

TEMAT ŚMIERCI I ODRÓDZENIA W PSYCHODRAMIE. CZĘŚĆ I

DEATH AND REBIRTH IN PSYCHODRAMA. PART I

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Kierownik: doc. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

death
rebirth
psychodrama

Tekst jest pracą dyplomową, napisaną na zakończenie szkolenia, prowadzonego przez Europejski Instytut Psychodramy w Berlinie (das Psychodrama Institut für Europa PIfE) i obronioną przed międzynarodową komisją. Porusza ważne i trudne zagadnienie, jakim jest praca metodą psychodramy nad tematem śmierci.

Summary

The article is a theoretical part of the work written as part of the requirement to obtain a degree in the European Institute of Psychodrama in Berlin (das Psychodrama Institut für Europa PIfE). It concerns the subject of death, which is a difficult, traumatic area of experience, rarely brought up in the psychodramatic literature. The concept of death is understood here very widely – symbolically and in real life. The reality encompasses not only the physical dimension (the ill or dying body), but also the psychological dimension (the experience of suffering and its awareness), the social dimension (a lack of closeness with the other human) and the spiritual dimension (transcendentalism, which is understood as going beyond the human dimension, the consciousness of being a cosmic and divine creature; it includes the possibility of exchanging the role with God on the psychodramatic scene). This integral approach to the process of treatment, requiring the consolidation of all four dimensions is consistent with the therapeutic philosophy of J.L. Moreno, which is opposed to the model of other psychotherapies which are considered reductionistic by the token of them perceiving the cause of human suffering inside the individual.

As a theoretical topic for any psychodramatic work on the issue of death, four universalities of Moreno were assumed: time, place (for example the scene), space and reality (surplus reality). They are considered from an objective/physical perspective as well as from the subjective/mental/internal perspective, and also from the perspective of the pathology of experiencing it.

A discussion of the issues of the therapeutic goals on the subject of death, understood as encountering the death of a relative or someone close, as well as coming face to face with one's own death conclude the theoretical part of this work.

The clinical part of the work, which will be published in the upcoming issue of "Psychotherpia" will provide examples of psychodramas with patients which lead to the integration and their own rebirth in all of the forementioned dimensions.

Od autora

Niniejszy tekst jest pracą dyplomową, napisaną na zakończenie szkolenia, prowadzonego przez Europejski Instytut Psychodramy w Berlinie (das Psychodrama Institut für Europa PIfE) i obronioną przed międzynarodową komisją. Fakt, iż jest to praca dyplomowa, wpłynął na jej charakter. Musiała ona spełniać określone wymagania, do których m.in. należało

dokonanie analizy przeprowadzonych przez siebie psychodram i dostrzeżenie zarówno ich walorów, jak i niedociągnięć, oraz możliwości alternatywnych rozwiązań. Rys subiektywny, a nawet osobisty wyróżnia zresztą nie tylko książki na temat psychodramy (por. dostępną w Polsce książkę Evy Røine [1]), lecz także samą pracę terapeutyczną, w której dopuszcza się, żeby *lider* (terapeuta) dzielił się z *protagonistą* (pacjentem) własnymi przeżyciami i wspomnieniami w fazie *sharingu*, czyli po zakończeniu gry przez protagonistę.

Prezentowana praca opisuje nieznaną wówczas w Polsce w praktyce psychoterapeutycznej metodę psychodramy Morenowskiej, polegającą głównie na odtwarzaniu na scenie pewnych etapów i zdarzeń z życia protagonisty oraz na zastosowaniu precyzyjnego warsztatu gry (tj. technik i reguł). Zwykle psychodrama w Polsce jest kojarzona z odgrywaniem różnego rodzaju ról w improwizowanych scenkach, co z punktu widzenia psychodramy Morenowskiej stanowi jedynie *rozgrzewkę* do właściwej gry z protagonistą, nie dociera się wtedy bowiem do jego świata psychicznego, do prowadzonego przez niego wewnętrznego dialogu, co można osiągnąć dzięki *zamianie ról*, tj. zamienieniu się przez protagonistę miejscami z kolejnymi osobami, z których pozycji kontaktuje się on zarówno z sobą samym (wymiar intrapsychiczny psychodramy), jak i z ważnymi osobami z własnego życia (wymiar interpersonalny). Bez stosowania techniki *zamiany ról* osoby odgrywające role z życia protagonisty wprowadzają na scenę własny świat, natomiast w psychodramie Morenowskiej one jedynie odzwierciedlają świat protagonisty.

Psychodrama Morenowska wywodzi się z psychoanalizy i jest jakby psychoanalizą w działaniu. Sam Moreno definiował ją jako „zglębianie prawdy duszy poprzez działanie”. Jest ona w stosunku do psychoanalizy wzbogacona złożoną teorią socjometrii, z której perspektywy Moreno rozpatruje wszystkie swoje teorie: roli, emocji, działania, osobowości, self i tożsamości, leżące u podstaw jego metody terapeutycznej.

Niniejsza praca pierwotnie miała tytuł „Temat śmierci w psychodramie”, jednak w trakcie jej pisania stwierdziłam, że równoległe do tematu śmierci, w każdej z przedstawionych przeze mnie psychodram, prowadzonych z pacjentami Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, pojawia się wątek odrodzenia jako cel terapeutyczny. Z tego względu oddając tekst do redakcji „Psychoterapii” zmieniłam jego tytuł na *Temat śmierci i odrodzenia w psychodramie*. Tekst ten został podzielony na dwie części: 1) teoretyczną i 2) kliniczną — zawierającą opis mojej pracy psychodramatycznej z pacjentami. Druga część ukaże się w kolejnym numerze „Psychoterapii”.

Do bibliografii zostały dołączone ponadto moje późniejsze prace. Jedna z nich jest już wydrukowana w „Psychoterapii” [2] i przedstawia reparację procesu żałoby oraz konfrontuje koncepcję Moreno z teorią Melanie Klein, druga natomiast stanowi rozdział mającego ukazać się wkrótce *Podręcznika psychoterapii*, pod redakcją L. Grzesiuk [3]. W rozdziale tym przedstawione są podstawowe zagadnienia psychodramy jako grupowej metody terapeutycznej oraz leżące u jej podstaw teorie Moreno. Została także dołączona filozoficzna książka J. Marksa [4] na temat idei samobójstwa. Ze względu na to, że psychodrama Moreno posługuje się specyficznym, specjalistycznym językiem, na końcu tekstu, w części II, został zamieszczony słownik terminów oraz opis struktury psychodramy Morenowskiej.

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I

Wstęp

1. Pojęcie śmierci
 - 1.1. Śmierć jako symbol
 - 1.2. Śmierć realna: fizyczna, psychiczna, społeczna i egzystencjalna
 2. Czas, miejsce, przestrzeń i rzeczywistość na scenie psychodramatycznej
 - 2.1. Scena
 - 2.2. Czas
 - 2.3. Przestrzeń
 - 2.4. Rzeczywistość (surplus reality)
 - 2.5. Patologia przeżywania czasu, przestrzeni i rzeczywistości w psychodramie
 3. Kosmos, dusza, Bóg i religia a „filozofia terapeutyczna” Moreno
 4. Filozofia momentu: locus, matrix i status nascendi w psychodramie
 5. Cele terapeutyczne psychodramy na temat śmierci
 - 5.1. Przywołanie śmierci osoby bliskiej
 - 5.2. Zetknięcie się z własną śmiercią
- Piśmiennictwo

CZĘŚĆ II. Temat śmierci we własnej pracy psychodramatycznej

- 1.1. Samobójstwo ojca; „śmierć i odrodzenie” kobiecości — psychodrama Iwony
 - 1.2. Śmierć dziecka; „śmierć i odrodzenie” macierzyństwa — psychodrama Elżbiety
 - 1.3. Samobójstwo brata; „uratowanie braterstwa”, „narodziny” mężczyzny — psychodrama Roberta
 - 1.4. Wypadek z wybuchem niewypału: lęk przed utratą kontroli; wstyd przed sobą oszpeconym czy przed szpetotą rodziny — psychodrama Bernarda
 - 1.5. Samobójstwo ojca, ojczyma, matki — „portret muzyczny” Grażyny — proces separacji i indywidualizacji
 2. Podsumowanie analizy opisanych psychodram
 3. Zakończenie
- Piśmiennictwo

CZĘŚĆ I

Wstęp

Temat śmierci jest trudnym, urazowym obszarem przeżyć, który często stanowi ważną część problematyki chorobowej pacjentów Kliniki Nerwic IPiN w Warszawie (nerwice, zaburzenia osobowości, łącznie z zależnościami i osobowością typu „borderline”, anoreksją, bulimią itd.). W ostatnich latach do kliniki zaczęły trafiać coraz częściej nie tylko osoby z zaburzeniami czynnościowymi, u których objawy są przede wszystkim lub wyłącznie

wyrazem problemów psychospołecznych, lecz także cierpiące na poważne choroby somatyczne, zagrażające ich życiu, a nawet terminalne, którym towarzyszą znaczne zaburzenia emocjonalne, wymagające leczenia psychoterapią. Wpływają one niekorzystnie na radzenie sobie z trudnymi sytuacjami, podobnie jak w zaburzeniach nerwicowych. W tym przypadku najtrudniejszą sytuacją jest jednak sama choroba somatyczna, a nieprawidłowe mechanizmy radzenia sobie z nią mogą nie tylko dalej zwiększać nieprzystosowanie pacjenta, ale również pogłębiać odczuwane zagrożenie. Przyczyny zaburzeń psychicznych u takich pacjentów mają charakter złożony [5].

W pracy psychoterapeutycznej z pacjentami o „podwójnej diagnozie” okazało się, iż zaprzeczają oni istnieniu choroby somatycznej (odwrotnie niż pacjenci nerwicy, którzy w swych objawach dopatrują się właśnie zmian organicznych). Zaprzeczają też konsekwencjom tej choroby dla ich życia osobistego i społecznego. Natomiast chętnie współpracują przy przepracowywaniu problemów osobowościowych i interpersonalnych. Kontakt ich z grupą terapeutyczną jest bardzo trudny. Bronią się przed niewerbalnymi technikami psychoterapii, a właśnie w przypadku metod takich, jak: rysunek, muzykoterapia i psychodrama ujawniają się ich sfery konfliktowe. Np. pacjent M. (z fobią społeczną i poalkoholową marskością wątroby z żylakami przełyku — następne krwawienie było równoznaczne ze śmiercią) zobaczył w psychodramie, że sam jest przeszkodą w osiągnięciu celu, tj. kontaktu z drugim człowiekiem (w bajce, w której matka wybiera się w podróż po życiodajną wodę dla chorego syna, wszedł w rolę wiedźmy, która nie pozwala jej nabrać wody). Podczas omawiania swego „portretu muzycznego” autorstwa E. Galińskiej [zob. 6, 7, 8, 9, 10, 11], w trakcie scenek granych na instrumentach muzycznych, zrozumiał, że nie zdobędzie miłości matki, będącej w koalicji z jego bratem, i że jeśli pozostanie w tej rodzinie — czeka go los ojca (także alkoholika, submisyjnego, postrzeganego jako ofiara matki, nieżyjącego od kilku lat). Podjął wtedy decyzję o wyprowadzeniu się z domu.

Wspólna publikacja nt. psychoterapii pacjentów z przewlekłą chorobą zagrażającą życiu [zob. 5], w której przytaczałam przykłady z prowadzonych przeze mnie zajęć psychodramy i muzykoterapii, stanowiła pierwsze przybliżenie się do problemu śmierci. Pierwotnie miało to być temat ciężkich chorób somatycznych podejmowany w psychodramach. Gdzieś w tle pozostawała jednak nienazwana wprost problematyka śmierci. Okazało się wkrótce, że jest ona często tematem psychodram prowadzonych przeze mnie z pacjentami i że są to jedyne zajęcia terapeutyczne (obok wspomnianej metody „portretu muzycznego”), w których jest ona poruszana — nie w postaci dyskusji, lecz poprzez działanie, tzn. odegranie jej na scenie. Okazało się też, że ta trudna problematyka, która budzi nie tylko lęk u samych pacjentów, ale i u ich terapeutów (szczególnie, gdy występuje zagrożenie dla życia), jest możliwa do przepracowania w psychodramie w sposób bezpieczny i skuteczny. Potwierdziła to opinia zarówno pacjentów, jak i zespołu terapeutycznego.

1. Pojęcie śmierci

1.1. Śmierć jako symbol

Na symbolikę śmierci zwrócili uwagę psychoanalicy. Zwolennik Freuda, P. Federn, wprowadził pojęcie Thanatos — „popędu śmierci”, od nazwy greckiego boga śmierci. Freud określał „popędy śmierci” jako „popędy niszczycielskie” i „popędy agresji”, rozu-

miane także jako ustawiczne nawroty bolesnych sytuacji życiowych, w rodzaju „przymusu powtarzania” (zob. niżej — pojęcie matrycy i status nascendi u Moreno). W jego teorii popędów antytezą Thanatosa był Eros — „popęd życia”, „miłości”. Mitologiczny wymiar tej teorii ujmuje miłość i nienawiść jako dwie wielkie siły we wszechświecie, przy czym miłość jest dobrem, a nienawiść złem. Prowadzą one wieczny bój [12].

Fromm, inaczej niż Freud, uważa, że instynkt śmierci jest przejawem patologii i stąd jest wtórny do instynktu życia. Wykształca się on wtedy, gdy jednostka nie potrafi rozwinąć instynktu życia i dąży do dominacji, niszczenia i odrzucenia życia. Wkrótce zakwestionowane zostaje samo biologiczne pojęcie „popędu=instynktu agresji” i jest traktowane raczej jako czynnik frustracji wywołanej przez obiekt.

Jung wprowadza kulturowe pojęcie archetypu cienia indywidualnego i zbiorowego, „ciemnej” strony osobowości i kultury, a także uniwersalnych archetypów rany, cierpienia i śmierci. Przeciwwagą do nich są archetypy: narodzin, odrodzenia i uzdrowiciela, tj. wrodzonego obrazu wewnętrznego czynnika leczącego, personifikacji uzdrowienia. Terapia ma prowadzić do „obudzenia” wewnętrznego uzdrowiciela — zdolności widzenia autentycznego stanu rzeczy, takiego, jaki jest on naprawdę. Terapeutyczną moc ma także rana psychiczna. Osoba, która doświadczyła zranienia, a następnie uzdrowienia, staje się zranionym uzdrowicielem [13]. Niektóre modele terapii rozszczepiają archetyp uzdrowiciela: zdrowie lokują wyłącznie po stronie lekarza, a chorobę w pacjencie (np. biologiczna medycyna, psychoanaliza Freuda).

Tematyka życia i śmierci jest najbardziej pierwotna, a jak radzili sobie z nią ludzie — widać w ceremoniach inicjacyjnych i pogrzebowych. Np. w szamanizmie rytuały inicjacyjne zawierają motywy śmierci i zmartwychwstania, obejmują „rytuał śmierci mistycznej, często zasugerowanej rozczłonkowaniem ciała i odżyciem narządów, co jest odpowiednikiem ponownego wejścia do łona odwiecznego życia, czyli całkowitej odnowy i mistycznego odrodzenia” [14, s. 32]. Ceremonie inicjacyjne odcinają młodego człowieka od przeszłości, tak jakby on umarł, ale ta symboliczna śmierć jest zarazem jego narodzinami do nowej, bardziej autentycznej egzystencji. Malinowski, Eliade, a także Bettelheim zwracają uwagę na niezależne od kultury wspólne elementy rytuałów inicjacyjnych: zerwanie z rodzicami, pewien okres odosobnienia, przejście przez wiele prób, połączone zwykle z ideą śmierci i ponownych narodzin oraz aktualizacją treści światopoglądowych. Śmierć tego, co stare, jest warunkiem niezbędnych narodzin nowego. Wiele rytuałów inicjacyjnych przyspiesza proces dojrzewania poprzez wprowadzanie w stan frustracji oraz konfrontowanie z przeszłymi lub wywołanymi inicjacją urazami. Takie doświadczenie wewnętrzne poprzedzane jest często chorobą niosącą znaczny ładunek cierpień fizycznych i psychicznych, w rezultacie czego pojawia się wizja lub sen inicjacyjny, po którym następuje przejście na wyższy stopień rozwoju G. Dziwota 1980 [15]. Działanie inicjacyjne ma na celu zintegrowanie ciała i psychiki. Dezintegracja i kreacja współistnieją zatem ze sobą w rozwoju osobowym.

Wg Junga, bez napięcia, spowodowanego sprzecznościami i konfliktami, nie byłoby energii, a tym samym osobowości [za: 16].

W procesie terapeutycznym Jung wyróżnia 4 fazy: wyznanie (ujawnienie rany psychicznej), wyjaśnianie (rozumienie podłoża rany), edukację (powiązanie wiedzy o ranie z innymi funkcjami osobowości) oraz odrodzenie (uzdrowienie, uwolnienie od rany

i cierpienia). Odrodzenie, transformacja to IV faza odpowiadająca przemianie, do której bodźcem było doświadczenie rany. Pragnienie śmierci (depresja) wyraża niezdolność do przyjęcia i przeżycia indywidualnej rany, a w konsekwencji — niemożność jej zagojenia się. Dopiero ujawnienie i przeżycie rany psychicznej, a w rezultacie uzyskanie nowej świadomości, prowadzi do transformacji osobowości, która u Junga rozumiana jest także jako odzyskanie utraconych więzi z kulturą lub wytworzenie nowych relacji ze światem symboli (por. pojęcia „wtórnej integracji” czy „secondary personalisation” E. Neumanna [17]).

W kulturach Wschodu śmierć, która służy odrodzeniu, jest rezygnacją z życia i z pragnień (jogini). Odrodzenie jest wynikiem wolności od woli (por. archetyp woli u Schopenhauera), a drogą do spokoju duchowego i radości z piękna jest „kontemplacja sztuki”, podczas której umysł pozbawiony wszelkich pragnień i trosk doznaje tego, co niezmiennie i wieczne.

Nawiązuję tu do Junga, podobnie jak niektórzy zajmujący się psychodramą [1, 18], gdyż jego koncepcja wydaje się bliska pod wieloma względami koncepcji Moreno. Obaj opierają swą terapię raczej na modelu zdrowia, niż choroby, pozostającego wg nich w zależności od kultury — wierzeń, mitów, sztuki, obrzędów i religii, a także reprezentują holistyczne, integralne podejście do procesu leczenia. Wymaga on scalenia wymiaru fizycznego (ciało, śmierć fizyczna, wymiar zwierzęcy), psychicznego (przeżycie cierpienia, świadomość, wymiar ludzki) i duchowego (nieśmiertelność, wymiar boski — u Moreno człowiek jest istotą kosmiczną, a Bóg – terapeutą, odgrywaną rolą terapeutyczną). Wspólny dla obu jest też pogląd, że to, co jest doświadczane — a u Moreno zagrane na scenie psychodramatycznej — zostaje „oswojone” i nie wywołuje już lęku, natomiast daje protagoniście poczucie kontroli nad sytuacją i towarzyszącymi jej emocjami. W wypadku poruszenia tematu śmierci, przestaje ona stanowić tabu dla pacjenta.

Zarówno u Junga, jak i u Moreno uwzględniony jest element dziedziczenia kulturowego — u Moreno raczej ontologicznego, w postaci np. przekazów rodzinnych z pokolenia na pokolenie (por. genogramy we współczesnej terapii rodzinnej), u Junga także filogenetycznego (por. pojęcie archetypów — składnika nieświadomości zbiorowej). I. Namysłowska [19] uważa, że jeśli dana rodzina nie uporała się z ciężkimi chorobami, lub gdy straciła wiele osób, np. w czasie wojny, depresja może pojawić się w następnym pokoleniu, jako sposób poradzenia sobie z chorobą lub z żałobą. W tym ostatnim przypadku depresja jednego z członków rodziny daje okazję całej rodzinie do przeżycia żałoby. Tego typu wymiar, zwany u Moreno transcendentnym, podejmuje np. E. Røine [1] w swych psychodramach transpersonalnych, a także w technice „drabiny pokoleniowej”.

1.2. Śmierć realna: fizyczna, psychiczna, społeczna i egzystencjalna

Śmierć symboliczna, zarówno w mitach, rytuałach pierwotnych, inicjacyjnych, jak i w psychologii analitycznej Junga, jest oznaką rozwoju, przejścia do następnego etapu życia. Rozwój ten obejmuje zawsze konfrontację z lękiem przed śmiercią, tak symboliczną, np. lękiem przed dorosłością i pożegnaniem dzieciństwa, jak i rzeczywistą, np. nieumiejętność przeżycia i pogodzenia się ze śmiercią osoby bliskiej. U Freuda natomiast „popęd śmierci” wyraża tendencje autoagresywne, niszczące jednostkę. Tym samym należy je włączyć do

śmierci realnej, mogą one bowiem być źródłem, np. tzw. chorób autoimmunologicznych (por. sklerodemię układową, chorobę występującą głównie u kobiet).

W odróżnieniu od śmierci symbolicznej, rzeczywista śmierć ma zawsze znaczenie negatywne, szczególnie własna, choćby była ona „fragmentaryczna”, tzn. taka, której uniknęliśmy lub którą dało się opóźnić. Wszystko, co jest związane z umieraniem służy uzmysłowieniu konieczności zaprzeczenia życia i nieodwracalności śmierci. Zamknięcie okresu żałoby jest niezbędne dla zdrowia psychicznego. W wypadku ciężkich chorób somatycznych, terminalnych, ważne jest z kolei budowanie właściwej postawy wobec umierania. Polega ona na przygotowaniu się do zakończenia życia i pogodzenia się z tym faktem, czyli na uzgodnieniu poziomu fizycznego (umierające ciało) z psychicznym (chęć życia). Śmierć bowiem wbrew woli życia jest kolejnym cierpieniem. Dopiero taka, która jest zaakceptowana wewnętrznie, jest właściwym „prześciem” — elementem nieskończonego trwania.

Destrukcyjność może mieć charakter fizyczno-somatyczny, psychospołeczny lub egzystencjalny. Odpowiednio do tego można mówić o śmierci fizycznej, psychicznej, społecznej i egzystencjalnej.

W świadomości powszechnej pojęcie śmierci funkcjonuje w znaczeniu śmierci fizycznej, tj. utraty życia biologicznego. W niniejszej pracy do obszaru śmierci fizycznej włączę także doświadczenia częściowej śmierci, takie jak wspomniane tendencje i zachowania autoagresywne, np. próby samobójcze, w tym także nieszczęśliwe wypadki (zob. niżej psychodrama Bernarda) oraz ciężkie choroby somatyczne, zagrażające życiu. Mogą one wynikać z różnych przyczyn, ale mogą też być nieświadomym przymierzaniem się do śmierci, wywołanym lękiem przed śmiercią totalną.

Wydaje się, że na płaszczyźnie psychicznej śmierć przejawia się bezradnością (por. depresję i tzw. wprowadzoną przez Seligmmana „wyuczoną bezradność”, a także — w związku z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli „locus of control” — poczucie braku wpływu na własne życie wobec nieuchronności losu, rozumianego jako fatum). Przejawia się ona także poczuciem całkowitej bezsilności, związanej np. z niepokojem przekraczającym możliwości poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Przykładem jest tu śmierć voo doo, która jest specyficzną formą śmierci psychicznej, z lęku, z powodu przekroczenia tabu, śmiercią wbrew woli życia, bo ciało jest zdrowe, a mimo to człowiek umiera biologicznie. Symbolem śmierci psychicznej może być też wyobrażenie „przepaści”. W języku przestrzeni wewnętrznej oznaczać to może pierwotny chaos, „bramę śmierci”, cierpienie, szaleństwo.

Za wyraz śmierci społecznej można uznać głębokie poczucie „pustki”. Własne doświadczenia kliniczne wskazują, że wiąże się to z krańcowym zawężeniem pola społecznego — brakiem kontaktów społecznych, a szczególnie poczucia bliskości z ludźmi, czyli z niezaspokojeniem potrzeby bliskości.

Te dwa ostatnie aspekty: psychiczny i społeczny, włączyłam tu do śmierci realnej, gdyż składają się one na tzw. śmierć egzystencjalną, tj. śmierć za życia, jak mówi Laing w pracy nt. chronicznej schizofrenii *The ghost in the weed garden* [20]. Røine [1] w swej pracy nt. dramatu absurdu, powołuje się na Ibsena, który mówi o zabiciu duszy, mając na myśli zabicie umiejętności kochania i radości. W ten sam sposób L. Shengold określa

w swej książce: *The soul murder: child abuse and deprivation* [21], stan spustoszenia psychicznego po traumie.

Te 4 aspekty śmierci: fizycznej, psychicznej, społecznej i egzystencjalnej będę uwzględniała w analizie własnej pracy psychodramatycznej. Z punktu widzenia psychologicznego, a szczególnie Morenowskiego, można na nie skutecznie oddziaływać.

2. Czas, miejsce, przestrzeń i rzeczywistość na scenie psychodramatycznej

Zakładam, że tematem teoretycznym dla pracy nad problematyką śmierci są: czas, miejsce, przestrzeń i rzeczywistość na scenie psychodramatycznej. Dodając jeszcze „kosmos” otrzyma się 4 uniwersalne wymiary filozofii Moreno. Przedstawię je najpierw zgodnie z teorią Moreno, a następnie ustosunkuję się do nich pod kątem realizacji podczas sesji psychodramatycznych. Scena jest tu podstawowym elementem, na niej bowiem specyficznie traktowany jest czas, przestrzeń i rzeczywistość, i dzięki jej istnieniu może dojść do przedstawienia wszelkich zdarzeń z życia protagonisty związanych ze śmiercią, a także do zamiany ról z osobami zmarłymi oraz z samą śmiercią.

2.1. Scena

Scena w psychodramie jest miejscem fizycznym i psychologicznym. Jako miejsce fizyczne była w obu amerykańskich teatrach Moreno: w Beacon i w Nowym Jorku podobna do kolistego placu z czasów pierwotnych — miejsca tańców rytualnych oraz składania ofiar i hołdów bogom, a także do orchestry ze starożytnego teatru greckiego. Była więc okrągła i podwyższona o dwa stopnie w stosunku do widowni (m.in. pozwalało to przygotować protagonistę do grania; zbliżając się do sceny mógł on „głośno myśleć” lub rozmawiać z liderem, pozbywając się w ten sposób lęku). Teatr psychodramatyczny Moreno dysponował też balkonem, na którym pojawiały się postacie z wyższych sfer (role psychodramatyczne na planie symbolicznym), postacie ze snów lub postacie zmarłych. Mógł to być nawet sam Bóg zstępujący z niebios. Były to zatem postacie z „innego świata”, z którymi można było nawiązać kontakt dzięki sprowadzeniu ich na scenę.

Oba teatry Moreno miały kolorowe oświetlenie. I tak np. światło niebieskie stosowano dla zwiększenia koncentracji uwagi u protagonisty; światło czerwone — dla stymulacji emocjonalnej, a światło zielone, gdy akcja rozgrywała się na planie irracjonalnym, np. w halucynacjach. W pozostałych sytuacjach stosowano światło żółte, ciepłe. Niekiedy scena pozostawała w całkowitej ciemności, o ile to było potrzebne protagoniście, ale pod warunkiem, że panowała atmosfera bezpieczeństwa w grupie [1].

Scena jako miejsce fizyczne w przestrzeni, podobnie jak w teatrze, daje możliwość przedstawienia różnych zdarzeń z życia protagonisty, a także z jego snów, czyli z obszaru nieświadomości. Protagonista buduje scenę przedstawiając konkretne miejsca i sytuacje ze swego życia za pomocą „żywych”, tj. personifikowanych obrazów, w których zarówno realne, jak i symboliczne postacie oraz przedmioty stają się rolami psychodramatycznymi, granymi przez ego pomocnicze (osoby z grupy terapeutycznej). Samo budowanie sceny rozgrzewa emocjonalnie protagonistę, przypominając mu sytuację, osoby, atmosferę i nastrój. Rozgrzewa ono również grupę, która obserwuje to, co się dzieje na scenie. Im mniej rozgrzany jest protagonista, tzn. analizuje, a nie kontaktuje się z własnymi emocjami,

i im bardziej jest przepełniony lękiem, tym bardziej szczegółowo powinna być budowana scena. Przy tematyce śmierci nie tylko protagonistę, ale i ego pomocnicze należy przygotować do wejścia w trudne role, np. zmarłego.

W przypadku tematu śmierci scena daje możliwość przedstawienia samej sytuacji czyjejś śmierci lub własnej, zagrania pogrzebu i złożenia ciała do grobu, rozmowy ze zmarłym w wybranym przez protagonistę miejscu, odwiedzenia cmentarza itp.

Scena może stać się bezpiecznym schronieniem, w którym można stawić czoło nierozwiązanym konfliktom. Może być ona schronieniem terapeutycznym, w którym ludzie z problemami psychicznymi mogą uwolnić się od przeszłości i nawiązać kontakt z teraźniejszością i przyszłością.

Na scenie psychodramatycznej nie stosuje się tradycyjnych dekoracji teatralnych, choć można wykorzystywać rekwizyty, o ile są pomocne, np. w grach grupowych, takich jak bal maskowy lub podczas grania antyról. Zamiast rekwizytów można stosować natomiast jednokolorowe chusty, którymi zaznacza się obszar sceny i jego części, postacie oraz ich uczucia i problemy.

Scena w sensie psychologicznym jest obszarem przeżyć protagonisty, często nieświadomych, a więc jest jego sceną wewnętrzną, na której rozgrywają się jego role psychodramatyczne, związane z nimi konflikty i towarzyszące im uczucia. Przyjmuje się, że scena psychodramy i nieświadomość mają podobne cechy — są poza czasem. Przeszłość nie jest tu w opozycji do przyszłości, a rzeczywistość do fantazji. Wszystkie te wymiary łączą się w Morenowskiej koncepcji poszerzonej rzeczywistości [22]. Na scenie psychodramatycznej dociera się do subiektywnej prawdy protagonisty; „zglębia się prawdę duszy poprzez działanie” (Moreno [cyt. za: 23, s. 35]). Uzyskuje się wgląd w to, co dzieje się w jego umyśle. Można zrozumieć wtedy jego przeżywanie.

Scena, mimo iż jest miejscem fizycznym, staje się w psychodramie przestrzenią magiczną, to znaczy, że wszystko, co na niej pojawia się, zaczyna nabierać specjalnego sensu, a często staje się rytuałem. E. Røine [1, s. 77] uważa, że właśnie obowiązująca na scenie psychodramy konwencja na niby, jak gdyby to było w rzeczywistości („as-if”; „als-ob”), stwarza poczucie bezpieczeństwa, ale i rytualizuje podejmowane tam działania. Zyskują one niekiedy większą rangę niż w rzeczywistym życiu, tym bardziej że dzieją się w miejscu centralnym, wyeksponowanym, jakim jest scena, i w obecności widowni-grupy. Stają się usankcjonowane obecnością, współuczestniczeniem i akceptacją grupy. Rytualizacja działań symbolicznych na scenie i usankcjonowanie ich obecnością innych osób staje się też formą zakotwiczenia w protagoniście czegoś, co ma dla niego znaczenie, a co do tej pory nie mogło dojść do głosu, do pracy psychodramatycznej na scenie zgłaszają się bowiem osoby, które mają usilną potrzebę wyrażenia czegoś niewyrażanego dotąd. Określa się to pojęciem „głodu działania” („act-hunger”, „Handlungshunger”). Dla Moreno jest to główny motyw ludzkiego działania i werbalizacji [23]. Ale chodzi tu o głód działania, nieodparte pragnienie, żeby coś uzupełnić, skompletować i zakończyć w swoim życiu. Także „niespełnione role” jednostki dążą do uzewnętrznienia się po to, żeby protagonista mógł stawić im czoło, przezwyciężyć lęk oraz inne zagrażające uczucia. W ekstremalnych przypadkach „rola psychodramatyczna” może być tak silna, że zaczyna żyć własnym życiem u danej osoby. Może stać się elementem dysocjacyjnym osobowości. Taka zamieszkała w jednostce „osoba” może budzić strach (zob. „osobowość mnoga”).

Częstymi „nieprzetrawionymi” rolami są osoby zmarłe. Hamują one rozwój pacjenta i mogą być źródłem stanów depresyjnych, nawet zagrażających jego życiu. Tak było właśnie w przypadku pacjentki naszej kliniki, która nie dopuściła do omówienia nagłej śmierci męża (w wypadku samochodowym), ani podczas przedstawiania swego życiorysu w trakcie psychoterapii grupowej, z elementami psychodramy, ani podczas prezentowania swego „portretu muzycznego”. Groziła natomiast pod koniec leczenia, że jeśli jeszcze raz mąż jej się przyśni — popełni samobójstwo. Zadaniem psychodramy w tym wypadku byłoby umożliwienie kontaktu z mężem poprzez wprowadzenie go na scenę jako pomocnicze ego.

M. Karp [24] „głód działania” uznaje za jedną z form spontaniczności, a zarazem wentylacji wszystkich urazów. Adekwatna odpowiedź protagonisty na daną sytuację uzależniona jest od tego, czy będzie on odczuwał „głód działania”, tzn., czy będzie odpowiednio rozgrzany do wejścia na scenę i do gry psychodramatycznej. Celem psychodramy jest więc zawsze spełnienie wewnętrznej potrzeby protagonisty. Zakończenie, zaspokojenie „głodu działania” rozpoznaje się m.in. we wskazaniu przez protagonistę, gdzie działanie miało swą nadwyżkę w stosunku do realnego życia, a także w reakcji spontanicznego zaskoczenia uczestników samego protagonisty, że udało mu się coś takiego zrobić lub powiedzieć, że było go na to stać. Pokazał swe możliwości, był kreatywny.

Spontaniczność i kreatywność są dwoma najważniejszymi pojęciami w koncepcji terapeutycznej Moreno. Leżą u podłoża zdrowia psychicznego i fizycznego człowieka. Stopień spontaniczności i zdolność przystosowania się u dorosłego człowieka zależą od tego, w jakim stopniu potrafi on wejrzeć i zapanować nad rolami psychodramatycznymi, zwłaszcza w okresie dzieciństwa i młodości.

2.2. Czas

Czas na scenie psychodramatycznej jest pojęciem terapeutycznym. Oznacza to, że płynie on zgodnie z potrzebami pacjenta, według jego przeżyć i związanych z nimi wspomnień lub marzeń, a nie w kolejności faktograficznej, czyli chronologicznie. Używając greckich nazw, jest to czas rozumiany raczej jako *kairos* niż *chronos*, życie oglądane jest bowiem na scenie jako swoista całość, ze swym rytmem, punktami kulminacyjnymi i zdarzeniami węzłowymi, w których zbiegają się najważniejsze wątki problemów chorobowych pacjenta. Zamiarem Moreno jest uchwycenie istoty egzystencji protagonisty i przygotowanie go do spotkania z samym sobą (*encounter*, *Begegnung*). Stąd niekiedy czas jest zagęszczony i nakładają się na siebie jego 3 wymiary: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, a niekiedy — jest on zwolniony i rozrzedzony (technika *amplifikacji*). W tym ostatnim wypadku „bierze się pod lupę” jakieś zdarzenie, dziejące się zwykle na scenie błyskawicznie i gwałtownie. Jest ono powtarzane w zwolnionym tempie. Bez takiego zwolnienia, umknęłoby ono analizie grupy i samemu protagoniście — w sensie kontaktu z własnymi przeżyciami i uzyskania świadomości tego, co się wydarzyło.

Jak wspomniano, na scenie można swobodnie poruszać się w przestrzeni czasowej (podróżować w czasie) przenosząc się z czasu teraźniejszego do wczesnego dzieciństwa, do przeżywania starych ról czy posuwając się w przyszłość — np. wypróbować nowe, alternatywne role i rozwiązania. Specyfiką czasu rozgrywającego się na scenie psycho-

dramatycznej jest bycie „tu i teraz”, czyli nawet jeśli protagonista cofa się do przeszłości, gdy miał 3 lata, to nie opowiada o tym, lecz staje się 3-letnim dzieckiem i cała sytuacja na scenie rozgrywa się w kontekście świata małego dziecka. Jeśli wyobraża sobie siebie przed urodzeniem albo po śmierci, np. po dokonanej samobójstwie, nadal pozostaje „tu i teraz”. Mówi więc on — i wprowadzone przez niego na scenę postaci — zawsze w czasie teraźniejszym. Taka jest konwencja gry.

Mimo iż w punkcie wyjścia jakiejś sceny protagonista ma np. 3 lata, to w trakcie ponownego grania swego życia, zaspokajania swego „głodu działania”, czyli swych tłumionych dotąd potrzeb, a także podczas konfrontacji z ważnymi, zagrażającymi postaciami, będącymi źródłem urazów i konfliktów, z chwili na chwilę może dorastać, mieć już 8 lub 17 lat. Należy podążać za jego wewnętrznym czasem, który jest czasem rozwoju jego osobowości na scenie, czasem naprawy urazów, a więc czasem terapii. Regułą jest kończenie psychodramy biograficznej w aktualnym momencie i wieku protagonisty. Np. jeśli ma on 25 lat, nie można pozostawić go w stanie regresji psychicznej, np. w roli dziecka. Nie można jednak zostawić go w poczuciu, że ma 28 lat, ani nawet 26 lat. (Nie jest to bowiem nieistotny szczegół lub przypadek. Zwykle wyraża to coś ważnego i wymaga od lidera rozpoznania sytuacji i wprowadzenia dodatkowego działania, pozwalającego na powrót do wieku obecnego [zob. 11 i 25]).

Czas w psychodramie jest wolną, swobodną przestrzenią dla spontanicznego i kreatywnego działania. Inaczej niż w teatrze, nawet w teatrze absurdu, jest on czasem niepowtarzalnym, improwizowanym, aleatorycznym (używając pojęcia odnoszonego do muzyki współczesnej). Szczególnie w pracy z marzeniami sennymi rządzi się on własnymi, irracjonalnymi — z punktu widzenia obiektywnej rzeczywistości — prawami, podobnie jak rządzi się nimi nasza nieświadomość. Bustos [26] określa świat snu (w tym także snów o śmierci) jako bezczasowy. Podobnie jak na scenie psychodramatycznej wszystko dzieje się w nim „tu i teraz”, nie ma w nim przeszłości ani przyszłości. W przypadku tematu śmierci swobodne, niechronologiczne traktowanie czasu pozwala na cofanie się do momentu śmierci osoby bliskiej; można nieżyjącą od dawna osobę przywołać na scenę i ożywić ją lub porozmawiać z nią jako zmarłą, np. w niebie lub na cmentarzu. Pacjentowi usiłującemu kolejny raz dokonać próby samobójczej można zaproponować, żeby porozmawiał ze sobą po własnej śmierci, czyli ze sobą zmarłym, a więc w przyszłości i spojrzął z tej perspektywy na konsekwencje tego aktu dla siebie i swych bliskich. Dotykanie tematu śmierci w psychodramie wymaga więc ustawicznego poruszania się w trójwymiarowej płaszczyźnie czasu.

2.3. Przestrzeń

Przestrzeń w psychodramie jest pojęciem równie wieloznacznym, jak wszystkie inne. W pierwszej kolejności określa przestrzeń fizyczną, na scenie. Scenę buduje protagonista, czyli zarówno odzwierciedla rzeczywistą sytuację ze swego życia, jak i tworzy własną przestrzeń psychiczną, emocjonalną, społeczną i egzystencjalną. Jest to najczęściej przestrzeń jego wspomnień, pamięci. Tworzy on w ten sposób zwierciadło materialne fizyczne, dla przeżywania własnej rzeczywistości i fantazji.

Przestrzeń składa się z relacji między rzeczami i osobami. Zaznaczenie tych relacji w przestrzeni odkrywa nowe ich znaczenia. Najważniejszymi wymiarami okazują się tu: „blisko–daleko”, „wyżej–niżej” czy „duży–mały”. Gdy protagonista wprowadzi na scenę np. swoją rodzinę, widać natychmiast, kto z kim jest blisko, a kto daleko — widać więc więzi lub ich brak oraz koalicje między członkami rodziny (por. technikę „atomu społecznego”). Widać też, kto zajmuje wyższą lub niższą pozycję, choćby poprzez sposób umiejscowienia osób na scenie, np. jeden na podłodze, inny na krześle, jeszcze inny na fotelu jak na tronie. W zamianie ról z własnymi uczuciami protagonista może powiedzieć, że jego agresja jest tak wielka, że wypełnia całą przestrzeń sceny i wypływa oknami na zewnątrz.

W przypadku tematu śmierci wymiar „góra–dół” może symbolizować różne światy: piekło–niebo lub świat żywych i zmarłych, np. w grobie lub gdzieś w przestworzach, raj itp. Moreno poszerzył przestrzeń sięgając kosmosu. W ten sposób zniósł jej granice. Poszerzenie przestrzeni nastąpiło u niego także poprzez wprowadzenie na scenę obszaru nieświadomości, szczególnie w pracy ze snami, czy przy włączeniu psychopatologii typu halucynacji. Jednakże rozszerzając niewymiernie granice przestrzeni, Moreno nie pozbawił jej struktury. Wręcz przeciwnie, odzwierciedlenie przestrzeni na scenie przez protagonistę pozwala mu wytyczyć konkretnie jej granice fizyczne (np. zaznaczyć drzwi lub ściany pomieszczenia), uporządkować ją i zapanować nad nią. Zbudowanie własnej przestrzeni fizycznej i psychospołecznej na scenie „oswaja” , „oblaskawia” zagrażające sytuacje, miejsca, uczucia i osoby, nadaje bowiem konkretny kształt i postać nawet zjawiskom abstrakcyjnym, takim jak własne emocje. Można się z nimi wtedy łatwiej spotkać i wywierać na nie wpływ, czyli mieć poczucie kontroli nad sytuacją. Przestrzeń na scenie może zostać podzielona np. na obszar choroby i zdrowia lub dobra i zła, życia i śmierci, teraźniejszości i przyszłości. Kategorie fizyczne, takie jak zwykły podział sceny na dwie części, zyskują wtedy znaczenie symboliczne.

Podobnie jak „czas”, który jest stale w ruchu, przestrzeń na scenie ulega podczas sesji psychodramatycznej wielokrotnym zmianom. Jest więc traktowana swobodnie i zmiennie, czyli spontanicznie i kreatywnie. Moreno przestrzeń w psychodramie ujmuje w interakcji. Dotyczy to także interakcji werbalnych, zwłaszcza tzw. zdań ogniskujących, które wypowiada każda z ról na scenie (zob. niżej). Powstaje więc swoista przestrzeń werbalna [zob. 11 i 25]. Dotychczas opisywałam przestrzeń pacjenta, protagonisty. Moreno zwraca uwagę również na pozycję przestrzenną lidera, a także samą przestrzeń traktuje jako metaforę związku terapeutycznego [za: 18].

Pojęcie przestrzeni w psychodramie nie jest odrębne od pojęcia sceny i czasu oraz rzeczywistości i kosmosu (zob. niżej), każde z tych pojęć ma bowiem swoją przestrzeń. Jak wspomniałam wyżej, również relacja terapeutyczna między terapeutą a pacjentem, między liderem a protagonistą ma swoją przestrzeń. Z tego względu przestrzeń wydaje się kategorią najbardziej uniwersalną, chociaż Moreno wszystkie wymienione pojęcia uznaje za universalia [za: 1, 27].

2.4. Rzeczywistość (surplus reality)

Na scenie psychodramatycznej pojawiają się różne rodzaje rzeczywistości. Røine [1, s. 54] wyróżnia rzeczywistość aktualną, rzeczywistość zredukowaną i poszerzoną (surplus

reality — the total extension of the self). Ponadto można mówić o rzeczywistości obiektywnej i subiektywnej, czyli osobistej. W psychodramie chodzi przede wszystkim o tą drugą. Interesuje nas, jak protagonista przeżywa rzeczywistość obiektywną i co o niej myśli.

Rzeczywistość aktualna jest to codzienne przeżywanie naszego życia wraz z rolami, jakie w nim odgrywamy, sposobami pełnienia tych ról i przeżyciami, które temu towarzyszą. Pacjenci często trwają w rolach niechcianych przez nich, bo zmiana sytuacji wydaje im się zbyt niebezpieczna i trudna do przewidzenia. Dotyczy to niejednokrotnie ról, jakie podejmowali wobec osób już nieżyjących. Przekazy „zza grobu” mogą wiązać i blokować działanie równie silnie jak terażniejsze. Dlatego Moreno twierdzi, że rama terapeutyczna jest koniecznym warunkiem do określenia rzeczywistości aktualnej. Swoją teorię osobowości Moreno formułuje w terminach teorii roli, a samo „ja” jest dla niego systemem ról [23]. Człowiek jest tu ujmowany zawsze w aspekcie interpersonalnym, a nie intrapsychicznym (jak np. w psychoanalizie Freuda). Od tej rzeczywistości aktualnej rozpoczyna się gra na scenie psychodramatycznej.

Rzeczywistość zredukowana odnosi się do określonych sytuacji społecznych, w których strony otrzymały pewne role, w obrębie konkretnych ram działania, definiujących ich wzajemne relacje [1]. Taką rzeczywistością zredukowaną jest sytuacja w sądzie lub podczas wywiadu psychiatrycznego z pacjentem, w której kontakt nie jest dialogiem między równoprawnymi stronami. To pacjent ma się odkryć, nie lekarz. To, co się dzieje naprawdę z pacjentem, nie zostanie wyrażone, np. zamiar samobójstwa lub ucieczki ze szpitala. Pozostaje to na planie fantazji, a pacjent przekazuje tylko ułamki swego silnie przeżywanego dialogu wewnętrznego. Rzeczywistość się kurczy, staje się nieuchwytna i absurdalna, ponieważ myśli i działania pozostają w jaskrawym kontraście wobec siebie. Może tu pojawić się paraliżujący strach, który umocni niską samoocenę w pacjencie i poczucie słabości. Niewyrażone uczucia i myśli oraz towarzyszące im poczucie bezsilności zablokują działanie. Percepcja rzeczywistości ulegnie zniekształceniu.

Poszerzona rzeczywistość (surplus reality). Psychodrama usiłuje wyrwać jednostkę ze zredukowanej rzeczywistości i pozwolić jej wyrazić siebie w pełni, w zgodzie z własnymi potrzebami. Stąd Røine określa całą akcję psychodramy na scenie rzeczywistością poszerzoną. Sama technika zamiany ról wprowadza protagonistę w nowy świat nieznaną mu perspektywę, z pozycji innej osoby lub symbolu (przedmiotu, własnych uczuć), po to, żeby uchwycić, jak odbiera on swych antagonistów, w tym także, jak projektuje na nich swe myślenie, emocje i zachowania. Rzeczywistość poszerzona staje się sposobem rozumienia wewnętrznego świata pacjenta. Akceptuje się bez wyjątku wszystkie warunki i przesłanki pacjenta. To on decyduje o tym, jak wygląda jego świat na scenie, np. zmarli mogą jeść lub tańczyć. Pacjent wchodzi w tę konwencję, uznając ją za naturalną i pożądaną. Nie jest to tylko fantazja, choć oczywiście treści fantastyczne, wyobrazeniowe, marzeń sennych też należą do jej obszaru. Stanowi ona klucz do pracy nad nimi. Określa się ją jako wielowymiarową nadwyżkę w stosunku do rzeczywistości „Überschuss-Realität” [18].

Leutz [28] dzieli poszerzoną rzeczywistość na „doświadczenie ciebie” (Du-Erfahrung) i „doświadczenie samego siebie” (Selbsterfahrung). To ostatnie dzieli z kolei na doświadczenie poszerzania siebie, tzn. własnej świadomości, w stosunku do rzeczywistości: zewnętrznej i wewnętrznej.

Schemmel [18] zauważa, że poszerzona rzeczywistość mieści się w tzw. obszarze pośrednim, tzn. między światem fantazji a światem rzeczywistości oraz między rzeczywistością zewnętrzną a wewnętrzną. Aby móc pracować w psychodramie z poszerzoną rzeczywistością, trzeba mieć niezaburzoną „zdolność przekraczania” tych obu światów (Überstiegsfähigkeit). Wykształca się ona w sposób prawidłowy, podobnie jak i „obszar przejściowy” we wczesnej, opartej na poczuciu bezpieczeństwa, relacji matka–dziecko (tzw. potential space). W tej potencjalnej przestrzeni pojawia się także pierwsze doświadczenie zabawy, robienia czegoś „na niby” (Als–Ob–Erfahrung), niezbędne do grania na scenie. U pacjentów psychotycznych „zdolność przekraczania” jest zaburzona, a potencjalna przestrzeń do wyobrażeń zbyt słaba, aby pracować np. nad snami metodą psychodramy czy nawet zamieniać się rolami.

Najważniejszym aspektem „poszerzonej rzeczywistości” na scenie jest nie tylko wydobywanie na światło dzienne „nieprzetrawionych ról” z rzeczywistości aktualnej i granie ich w starych, dobrze znanych sytuacjach, lecz przede wszystkim wypróbowywanie nowych ról, niepodjętych dotąd w życiu. Do tego obszaru należy też tzw. praca „reparacyjna”, „naprawcza”, polegająca na korekcie zaburzonego świata protagonisty. Dotyczy to szczególnie jego doświadczeń urazowych i związanych z nimi sytuacji i osób. Moreno „zamiast posługiwać się przeniesieniem, tworzy świat pomocniczy, jako substytut świata rzeczywistego, w którym pacjent nie potrafi znaleźć sobie miejsca” [1, s. 175]. Nie chodzi przy tym o ucieczkę od realności w świat fantazji, lecz o wspomnianą korektę, która uleczy traumę, czyli „ranę na duszy” [29]. Np. protagonista może porozmawiać — w miejscu, w którym chciałby się znaleźć — ze zmarłym ojcem, z którym nie kontaktował się przez ostatnich 5 lat, i usłyszeć, że ojciec zawsze go kochał i jest z niego dumny.

Zarówno wypróbowywanie nowych ról i zachowań, jak i praca „naprawcza” należą zwykle do ostatniej fazy gry, poprzedzającej zakończenie, i wybiegają w przyszłość protagonisty. W fazie przejścia od „rozgrzewki” do „gry”, protagonista wyłania się z rzeczywistości obiektywnej, tj. z jakiejś struktury przestrzennej, z jakiegoś oświetlenia, ze wspólnoty jakiejś grupy. To są rzeczy konkretne. Przekracza on próg sceny i czuje, że izoluje się od grupy i od tamtej rzeczywistości. Jest sam. W tym momencie rzeczywistość mu się kurczy, staje się rzeczywistością zredukowaną, z powodu lęku przed nieznanym na scenie. Włącza on nierzadko wtedy zachowania obronne, takie jak śmiech, agresję, różne formy ucieczki itp. Zwykle zaleca mu się, żeby zaczął wtedy głośno myśleć, to doprowadza go do poziomu przeżywania rzeczywistości osobistej. Grupa przestaje wtedy być zbiorem osób ciekawskich lub oceniających sędziów i zaczyna współgrać w dramacie jego życia. Gra toczy się zatem od „peryferii do centrum”, czyli od grupy do punktu „niebezpieczeństwo” na scenie (do punktu kulminacyjnego akcji). Następnie protagonista powraca do peryferii, tj. do fizycznej obecności grupy, reprezentującej rzeczywistość zewnętrzną, obiektywną. Jeszcze przed powrotem do grupy należy zakończyć jego pracę w rzeczywistości obiektywnej, choć poszerzonej, tzn. nie zostawiać go w świecie regresji, symboliki i fantazji, a także w świecie zmarłych.

W poszerzonej rzeczywistości sceny (im Realitäts–Mehrwert) możliwe jest zatem kreowanie przestrzeni czasowych i emocjonalnych, które nie są osiągalne w faktycznej rzeczywistości życia, tam bowiem, gdzie gra toczy się na planie niewerbalnym lub symbolicznym, akcja będzie dokonywać zwrotów niezależnych od czasu i przestrzeni. De-

terminuje to użycie specjalnych technik, np. tzw. elementów cząstkowych (jak je określa Røine [1]), czyli scen wtrąconych).

Dla tematu śmierci przydatny może być np. „nienapisany list”, „fotografia” lub „therapeutic soliloquy”, tj. pojedyncza wypowiedź pacjenta, rodzaj monologu wewnętrznego. Stosowana jest ona wtedy, gdy pacjent nie może zbudować sceny lub wejść w kontakt z jakąś bolesną dla niego sytuacją, a także gdy sprawa dotyczy wydarzeń skrywanych przez bardzo długi czas. Wypowiada on wtedy swe repliki odwrócony plecami do grupy i do antagonisty. Całość nabiera charakteru tajemnicy. Terapeutyczna wypowiedź pacjenta jest szczególnie ważna, gdy trzeba przepracować głęboki dramat w ramach konfliktu lojalności, np. ukryć coś przed matką, rozmawiając z ojcem.

Odrzucenie wymiaru czasu i przestrzeni oraz odsunięcie na bok wszelkich form obwiązującej logiki, ma na celu uzyskanie wglądu w nieznany świat protagonisty.

2.5. Patologia przeżywania czasu, przestrzeni i rzeczywistości w psychodramie

Pojęcia czasu, przestrzeni i rzeczywistości są u Moreno nie tylko wymiarami psychoterapii psychodramatycznej, ale i pojęciami z zakresu zaburzeń przeżywania.

W przypadku patologii przeżywania czasu chodzi o to, że zostaje zaburzone przeżywanie w teraźniejszości, ponieważ przeszłość lub przyszłość (np. fantazje nt. możliwych przyszłych zdarzeń) są „zakonserwowane” [23]. Życie przeszłością lub przyszłością ogranicza teraźniejszość i przeszkadza w prawidłowym spostrzeganiu i przeżywaniu „tu i teraz”. W ekstremalnej formie zaburzenia takie występują w psychozach, natomiast życie przeszłością i bez projekcji siebie w przyszłość — w depresjach. Analogiczne zjawisko widać na płaszczyźnie wieku, szczególnie u pacjentek anorektycznych, które identyfikują się z wiekiem dziecięcym lub o jedną generację starszym od siebie (czyli wiekiem matki, a czasem babki, gdy funkcjonują w roli matki własnej matki, wspierając ją i opiekując się nią), pomijają natomiast własny wiek ok. 20–22 lat. Uciekają w ten sposób od roli młodej kobiety. Taką identyfikację z wiekiem znacznie zawyżonym należy odróżniać od identyfikacji na podłożu depresyjnym. W tej ostatniej nastroj skojarzeń widoczny w psychodramach jest obniżony, np. akcja rozgrywa się na cmentarzu, jest zimno, smutno, pada deszcz i toczy się w teraźniejszości, choć, podobnie jak w realnym życiu, wpływają na nią wszystkie 3 wymiary czasu.

Patologia przeżywania przestrzeni związana jest z zaburzeniami percepcji i adekwatnego poczucia jej różnych wymiarów. Widać to szczególnie w muzykoterapii, podczas której np. pacjent gra jedynie w dolnym rejestrze skali instrumentu lub w górnym — na ostatnich dwóch dźwiękach, lub skacze po krańcach, albo trzyma się tylko środka. W efekcie nie korzysta on z wszystkich możliwości, jakie daje pełna skala instrumentu muzycznego. W psychodramie na temat „poczucia winy”, pacjent (Radek), w zamianie roli z nim, stwierdził, że jest ono wyższe od niego o dwie głowy. Wszedł na krzesło, przybrał postawę „twardziela”, napiął mięśnie barków i klatki piersiowej, usztynił się i wyglądał jak pomnik. Potem poczucie winy pomniejszyło go. Zgiął się wpół — wyglądał wtedy jak małe dziecko, któremu można było dać klapsa. Bał się, że zostanie wykorzystany w tej pozycji przez mężczyzn. W klinice mówił niekiedy o swych lękach homoseksualnych. Dopiero po zakończeniu psychodramy, w której pozbył się rozległego poczucia winy, wrócił do swego normalnego wzrostu.

Patologia przeżywania rzeczywistości wiąże się przeważnie z niedostatkami rzeczywistości. Røine [1] określa ją jako rzeczywistość zredukowaną (zob. wyżej) lub „infrarzeczywistość”. Zredukowana rzeczywistość występuje nie tylko w depresji, ale i u wielu osób z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości. Związek osoby z rzeczywistością może zostać zaburzony, gdy jej życie nie rozgrywa się w bezpośrednim kontakcie ze światem, lecz na płaszczyźnie wyobraźni, fantazji, marzeń (np. u osób niedojrzałych emocjonalnie), ale także z powodu zniekształconej percepcji, myślenia oraz emocji typu lęku lub agresji. Zaburzona może być także rzeczywistość życia codziennego, np. w wyniku ograniczonych relacji (zob. „atom społeczny”) lub skośnych, tj. nie partnerskich [zob. 30]. Zaburzenie rzeczywistości może też wiązać się z przerostem jakiejś sfery życia, np. zawodowej (u tzw. pracoholików), a niedoborem innych, np. rodzinnej. W psychodramie można diagnozować i przywracać zakłóconą równowagę w zakresie przeżywania rzeczywistości, a także czasu i przestrzeni.

3. Kosmos, dusza, Bóg i religia a „filozofia terapeutyczna” Moreno

Kosmos — jeden z czterech składników filozofii terapeutycznej Moreno (obok czasu, przestrzeni i rzeczywistości) jest szczególnie ważny przy rozważaniu problematyki śmierci, która w swym wymiarze duchowym sięga kosmosu (por. mit o Erze w *Państwie* Platona, w którym nadziemskim, ale zarazem pośrednim miejscem dla dusz zmarłych ludzi — między niebem a obszarem pod ziemią — była łąka. Na niej dusze zażywały wytchnienia przez 7 dni, zanim wyruszyły w dalszą podróż).

Moreno, a także Jung, podobnie jak filozofowie greckiego antyku, podkreślają, że mikrokosmos, za jaki uważano człowieka, zawiera elementy makrokosmosu, jest odzwierciedleniem praw wiecznych, „to, co na zewnątrz jest także wewnątrz, a to, co jest w makrokosmosie, jest i w mikrokosmosie” (Kast, Verena 1988 [cyt. za: 18, s. 41]). Temat „ja i nieskończoność, wieczność” jest tematem uniwersalnym.

Jeśli akceptujemy koncepcję ciągłej kosmicznej dramy, możemy dostrzec, że rodzaj ludzki jest jej częścią. Gdy wchodzimy do pomieszczenia, gdzie trwa sesja, drama już tam jest — jest ciepło lub zimno, słonecznie lub pada deszcz, a za oknami wyje wiatr. Sprague [27] miał kiedyś w grupie protagonistę oddalonego od żony i odczuwającego smutek z powodu syna, upośledzonego umysłowo. Spytał go, czego on potrzebuje dla swego syna. Protagonista odparł, że „słońca”. Sprague natychmiast zamienił miejscami scenę z widownią, żeby wprowadzić na nią słońce. Energia grupy podniosła się wtedy i ludzie zaczęli wchodzić ze sobą w interakcje, zadowoleni ze spełnienia pragnienia ojca. Tak się złożyło, że gdy zaczął on płakać na scenie, na zewnątrz zrobiło się ciemno i zaczął padać deszcz. W sharingu nagle ostatni promień światła padł na ojca i jego syna (ego pomocnicze). „Czuliśmy się częścią czegoś większego” — pisze Sprague. „Nie mówię, że psychodrama jest magią, ale coś magicznego może się zdarzyć. Kiedy łączycie się z kosmiczną dramą, wtedy coś uniwersalnego włącza się w to, co osobiste” [27, s. 30].

Moreno wychodził poza ściany gabinetu terapeutycznego. Spostrzegał człowieka w 3 wymiarach: osobistym, społecznym i kosmicznym.

Wprowadził pojęcie „rzeczywistości kosmicznej”, obok opisanych wyżej aspektów rzeczywistości [27, s. 23]. Utworzył nawet termin „kosmodynamika”, w której przestrzeń

i czas traktuje jako konstytuujące cechy zarówno kosmosu, jak i człowieka [za: 31]. Jest to świat bezczasowy i nieograniczony, bliski „duszy świata” (world–soul) [22, s. 239]. Wśród alchemików istniało przekonanie alchemików, jak piszą Blomkvist i Rützel [22], że dusza jest częściowo osobista, a częściowo boska. W ten sposób łączyła się ona z duszą świata. Dla duszy śmierć jest tak samo nieznacząca, jak i dla nieświadomości. „For the soul, death is as insignificant as it is for the unconscious” [22, s. 239]. Dla ego jednak śmierć jest witalną groźbą (podobny pogląd wypowiada Schopenhauer). To dusza nadaje znaczenie życiu i dostarcza nam „elan vital”. Jeśli nie jest się połączonym z duszą, prowadzi to do braku substancji i energii życiowej.

Istnieje stare przekonanie, że czas i dusza są sobie pokrewne, są w pewnym sensie nawet tym samym (por. pogląd starożytnych Greków, którzy za boga czasu uznawali Aiona, czyli witalny fluid istot żywych, podstawową i generatywną substancję życia). Czas z tej perspektywy jest kreatywnym źródłem substancji i stąd ma tak duże znaczenie na scenie psychodramy. Jest on odniesiony do zasady momentu Moreno lub jego koncepcji „here and now”. W tym sensie Morenowska zasada spontaniczności i kreatywności jest także substancją dającą życie.

Z perspektywy Aiona śmierć jest częścią wielkiej zasady, a zadaniem na scenie psychodramatycznej jest uwolnić opisaną energię i połączyć się z kosmosem [22, s. 240].

Z perspektywy jednostki, Moreno mówi o „cosmic self”, o jaźni kosmicznej, włączając ją do psychologii rozwojowej. Pełnia kosmiczna jest stanem samowystarczalności. Przeżywa ją noworodek, dla którego jaźń i jej otoczenie są tym samym; rozplywa się on we wszechświecie, jest częścią całości. Stany schizofreniczne są powrotem do tego stanu. Chorego na schizofrenię otaczają siły kosmiczne.

Spojrzenie na człowieka jako na jednostkę kosmiczną z jednej strony daje jej niemalże boską siłę i kreatywność, nieograniczone możliwości samorealizacji (szczególnie na scenie psychodramatycznej — w zamianie roli z Bogiem; Bóg staje się tu źródłem energii), z drugiej zaś zwalnia ją z poczucia winy za wszystko, co nie udało jej się w życiu. Moreno przeciwstawia się redukcjonistycznemu modelowi innych psychoterapii, które upatrują przyczyny cierpienia w samym człowieku. Ludzie są istotami społecznymi, ale i kosmicznymi, uwarunkowanymi także zewnątrz, choćby przez fakt śmierci osób bliskich, szczególnie śmierci nagłej, np. w katastrofie lotniczej, na którą nie ma się wpływu, a którą przeżywa się z reguły z poczuciem winy — uczucie znane każdemu po śmierci osoby bliskiej. W zamianie roli z Bogiem (Bóg jako rola terapeutyczna) można się od niego uwolnić, otrzymać pocieszenie, a nawet przebaczenie za różnego rodzaju zaniedbania. W rzeczywistości protagonista przebacza sam sobie, dochodzi do porozumienia z samym sobą, do akceptacji siebie, która jest warunkiem pozytywnych relacji z innymi. Celem dla Moreno nie jest przeżyć jakoś życie, ale przeżyć je z miłością. Ma w tym pomóc psychodrama [27].

Jak twierdzi Røine [1], największym wydarzeniem religii nowożytnej było zastąpienie Boga, jako niewidzialnej, wszechmocnej istoty kosmicznej, postacią zwykłego mężczyzny — Jezusa, którego mógł zrozumieć każdy prosty człowiek. W różnych religiach człowiek demonstrował swe głębokie pragnienie zmartwychwstania. Zdaniem Moreno istnieje ścisły związek między pojęciami katharsis, wcielenia i zmartwychwstania, przy czym katharsis, podobnie jak opisane wyżej czas, przestrzeń, rzeczywistość, ma tu głębokie znaczenie,

znacznie wykraczające poza odreagowanie emocji [23]. Na scenie psychodramatycznej dochodzi do wcielenia, gdy człowiek staje się częścią mocy symbolicznych, boskich. Dzięki nim może się zbawić, odrodzić, a więc symbolicznie zmartwychwstać. Różnica w stosunku do innych form psychoterapii polega na tym, że w psychodramie stosuje się środki rytualne i magiczne dla inscenizacji takich działań [1]. Psychoterapia, która pomija olbrzymie zasoby tkwiące w człowieku, zostawia pacjenta w pół drogi, gdyż — choć w psychice ludzkiej tkwi głęboko marzenie o Zbawicielu — zdaniem Moreno człowiek może siebie zbawić tylko sam. Tym różni się psychodrama od religii, w której Bóg panuje nad człowiekiem poprzez swych namiestników na Ziemi.

Sprawa religii, w sensie wiary w Boga, jest szalenie ważna w terapii pacjentów depresyjnych, szczególnie przy nasilonych tendencjach samobójczych lub w chorobach terminalnych. E. Røine [1] pisze, że o wiele trudniej pracować i dokonywać reparacji z osobą niewierzącą, szczególnie, kiedy nie ma ona więzi z rodziną lub jej rodzina wymarła — nie ma skąd czerpać wsparcia, ani od aniołów, ani od Boga, ani nawet od księdza. Tam, gdzie nie ma źródła wiary, istnieje niebezpieczeństwo popełnienia samobójstwa. Nadzieja (w sensie wiary) staje się więc wymiarem terapeutycznym. W zamianie roli z Bogiem można odkryć odpowiedź, jaki jest sens życia i śmierci.

Psychodramy, w których występuje Bóg, Jezus, traktują najczęściej o nieutulonym żalu, wyrzutach sumienia lub agresji. Najczęstszym tematem spotkań z Bogiem jest agresja. Bóg Ojciec jawi się tu jako surowe superego, karząca ręka, która wisi całe życie nad człowiekiem. Celem staje się tu sprowadzenie, osądzającego, przeżywanego jako niesprawiedliwego, Boga na Ziemię i umożliwienie rozmowy z Nim [1].

Zdarza się też na scenie psychodramatycznej, że siła czerpana jest od szatana. Jeden z pacjentów, Robert, nie pozwolił odebrać sobie roli szatana, do której ktoś go wybrał. Jego problemem było poczucie słabości i pragnienie mocy za wszelką cenę.

Podsumowując, można jeszcze raz spojrzeć na wymienione elementy psychodramy: scenę, czas, przestrzeń i rzeczywistość z antyredukcyjnej kosmicznej perspektywy „filozofii terapeutycznej” Moreno. Przestrzeń i czas jako kosmiczne uwarunkowania (nawet tylko wtedy, gdy na scenę psychodramatyczną pada światło lub cień) tworzą „poszerzoną rzeczywistość kosmosu” wraz z siłami duchowymi człowieka, sprowadzonymi do boskich rozmiarów. Człowiek jest tu ujęty w wymiarze transpersonalnym obok intrapsychnicznego i interpersonalnego [26, 31]. Rozumienie człowieka jako istoty kosmicznej odzwierciedla Morenowską kosmologię (pojęcie Boga jako spotkanie — *Begegnung*, kreatywność i spontaniczność), teorię społeczną *Gesellschaftstheorie* (spotkanie z Bogiem jako dynamiką wytwarzającą siłę procesów socjalizacji, czyli dynamiką uspołecznienia) i antropologię („zamiana roli z Bogiem” jako główne ludzkie dokonanie i spełnienie). Wszystko to składa się na „filozofię terapeutyczną” Moreno, silnie zabarwioną teologicznie.

Podstawowymi jej składnikami są pojęcia „Theometrie” i „Augenblick”, które wyjaśniają znaczenie wymiarów przestrzeni i czasu dla „filozofii terapeutycznej”. Theometria oznacza pomiar prawdziwego (boskiego) miejsca (*Ort*). Miejsce to, czyli „tu” (*hier*) ma taką przestrzeń, która gwarantuje tożsamość, istotę człowieka lub przedmiotu, gdyż zapewnia im swoistą sieć relacji społecznych, ich unikalność i subiektywność [zob. 31].

Zmiana tak rozumianego miejsca pociąga za sobą zmianę tożsamości. „Augenblick” — moment („teraz”, „jetzt”) (razem „Hier” und „jetzt” tworzą „tu i teraz”) jest jakością

czasową. W psychodramie to jest ten właściwy moment, którego dotyczy temat protagonisty i który rozgrywany jest na scenie. Dochodzi tu w grze do punktu kulminacyjnego (katharsis specyficznie rozumianego) [zob. 24] w odniesieniu do przeszłości (biografia), terażniejszości (scena) i przyszłości (pragnienia, fantazje, utopie); po nim następuje punkt decyzji i jej konsekwencji. Chwila, decyzja i konsekwencja są nierozzerwalne. Czas rozumiany jest tu jako wolna przestrzeń dla spontaniczności i kreatywnego działania. Razem oba te pojęcia tworzą „tu i teraz” psychodramy, czyli jej ujęcie jako przestrzeni („tu”) czasowej („teraz”). Ta przestrzeń czasowa psychodramy dotyczy 3 płaszczyzn: przestrzeni czasowej społeczeństwa i kosmosu, struktury grupy oraz rzeczywistości scenicznej (przestrzeni czasowej sceny).

Każde zdarzenie psychodramatyczne jest włączone w rzeczywistość zdarzenia czasowego, w konkretną sytuację społeczną z wszystkimi jej złożonymi powiązaniem. Z tego miejsca (Ort) wychodzi grupa, protagonista, i jego temat, po to, żeby dokonać zmian i powrócić znów do tego pierwotnego miejsca.

Drugą ważną przestrzenią czasową jest grupa. Nadaje ona strukturę całości gry, tworząc rytualne — przestrzenne i czasowe — ramy i dając poczucie bezpieczeństwa protagoniście.

Trzecią płaszczyzną jest rzeczywistość sceny i kreatywnego, spontanicznego eksperymentowania w wolnej przestrzeni wizualnej, obrazowej i czasowej.

4. Filozofia momentu: locus, matrix i status nascendi w psychodramie

„Nie można o czymś pomyśleć bez jego locus, ani o locus bez jego status nascendi, ani o status nascendi bez jego matrycy... Każdy akt ludzki lub wykonanie ma pierwotny wzór działania, pewien status nascendi”[32]. Locus i status nascendi oznaczają miejsce i moment narodzin czegoś. Termin „matryca” (zależkowe nasienie) oznacza to „coś” w jego maksimum specyficzności (prototyp) i zawiera elementy informacji genetycznej, która określi w przyszłości, czy to „coś” będzie rośliną czy dzieckiem.

Termin „locus” jest warunkującym, ale nie determinującym czynnikiem per se. Gleba, w której nasienie zostało zasiane, może być bardziej lub mniej żyzna, ale warunki te nie mogą przekształcić np. róży w fiołek [26]. Roślina, która kiełkuje we właściwym momencie, kiedy ziemia ofiarowuje jej maksimum żyzności, jest różna od rośliny, która kiełkuje i rozwija się w złym momencie, kiedy otoczenie i warunki są niesprzyjające. Podobnie jest z psychodramą rozgrywaną na scenie. Pacjent przychodzi ze specyficzną skargą. To jest ekwiwalent tego „coś”.

Należy: 1 — określić to, co jest niekorzystne w tym „coś”, i co powinno się osiągnąć — jako efekt terapeutyczny; 2 — zbadać locus — miejsce i czynniki warunkujące, gdzie to „coś” uformowało się, zrodziło; 3 — zbadać specyficznie determinującą odpowiedź, którą pacjent zareagował na bodźce, tj. matrycę (pierwotny wzór działania, strategia); 4 — zbadać specyficzny moment, kiedy ta odpowiedź (strategia) na bodziec ujawniła się, tj. status nascendi.

Bustos [26] podaje następujący przykład. Jeśli „miła męczennica” jest rolą patologiczną, którą protagonistka wypracowała sobie, to trzeba odkryć, kiedy i gdzie to się stało. Następnie wyrazić emocje, które temu towarzyszyły, a zostały zahamowane, aby

utworzyć patologiczną rolę „pleasant martyr” i zmienić ją. Dokonuje się tu rematrycyzacji roli, czyli formuje się nową matrycę, nowe zachowanie, nowy wzór roli, adekwatny do bodźca. Protagonistka zrezygnuje ze starego zachowania, o ile zrozumie, dlaczego postępowała w taki sposób. Może na nowo uformować swe życie i wtedy na nowo się urodzi. Protagonistka pomaga ego pomocniczemu zakończyć rolę „miłego męczennika” i mówi: „jesteś wolna”. Problemem nie jest bycie męczennicą, aby kontrolować innych lub chcieć ich „zabijać”, lecz to, że robiąc to jest się nieszczęśliwym (to stanowi problem). Aby zaszła rematrycyzacja, niezbędna jest katharsis. Dzięki niej zostanie przywrócona spontaniczność, protagonistka bowiem utworzyła zafiksowany sztywny wzór zachowania obronnego, połączonego z lękiem, a nie ze spontanicznością. Pojawi się też dorosła i afirmacyjna odpowiedzialność za zachowanie.

Opis ten można rozumieć zarówno w odniesieniu do zmiany roli i wypróbowywania nowego zachowania, jak i do struktury jednej sesji psychodramy, jako pierwotnego jej modelu, niezależnie od tego, czy będzie jej tematem śmierć, czy cokolwiek innego.

Centralne pojęcia dla metapsychologii Moreno: locus, matryca, status nascendi odnoszą się do miejsca i czasu, w którym coś się zaczyna, ale także i do jego finalnej formy. Teoretycznie zostały one rozdzielone, ale w psychodramie zazębiają się. W praktyce klinicznej użycie ich podyktowane jest zależnością między źródłem problemów emocjonalnych a metodami, które mogą doprowadzić do zmiany.

5. Cele terapeutyczne psychodramy na temat śmierci

Szczególną właściwością psychodramy jest jej zdolność do rozwiązywania tragicznych problemów realnego życia. W pierwszej kolejności chodzi tu o przeżycia urazowe. Zetknięcie się z własną śmiercią, choćby tzw. fragmentaryczną, a także z cudzą może być jednym z najsilniejszych przeżyć traumatycznych. Tezą psychodramy nt. śmierci byłoby to, że powtórne przeżycie doświadczenia urazowego, w atmosferze bezpieczeństwa i akceptacji ze strony grupy terapeutycznej, oraz wyrażenie wszelkich emocji towarzyszących temu (katharsis) uwolni od traumy, związanej ze śmiercią.

5.1. Przywołanie śmierci osoby bliskiej

Można tu mieć na myśli śmierć naturalną osoby bliskiej lub samobójczą. Ta ostatnia stanowi o wiele większe obciążenie emocjonalne dla pacjenta oraz członków jego rodziny i sama w sobie może być niewerbalnym komunikatem dla osób pozostających przy życiu. Komunikat ten może być niekiedy bardzo agresywny, jak w przypadku Iwony, której ojciec powiesił się na bramie jej domu. Ale są też samobójstwa ukryte, najłagodniejsze w swej wymowie emocjonalnej, takie, jakie zdarzają się często w Norwegii, np. pójście z nartami w góry i zaginięcie.

Postępowanie psychodramatyczne może być rozpatrywane jako rodzaj rytuału, ceremonii leczniczej, o znaczeniu symbolicznym. Jak wspominałam, tradycyjne rytuały pomagają przejść ludziom z jednej fazy życia do drugiej. W wypadku śmierci może być to także praca nad przejściem z jednej roli, np. mężatki do drugiej — wdowy. Ceremonie żałobne i psychodramatyczne „leave-taking rituals” pomagają ludziom żyjącym oddzielić

się od zmarłych, zostawić ich, a więc sfinalizować niezakończone sprawy z przeszłości (zob. wyżej „act hunger”).

Niewiele jest prac o psychodramach poruszających problem śmierci. Znalazłam właściwie tylko jedną, autorstwa Siroki i Schloss pt. „The death scene in psychodrama” [33]. Wydaje się, że jest to temat często podejmowany na sesjach psychodramatycznych — tak można by wnioskować z książki E. Røine [1], w której autorka podaje wiele przykładów tego typu pracy; ja też poruszam ten temat w swojej praktyce klinicznej, o czym wspominałam we wstępie. Kellermann [34, s. 136] podaje opis psychodramy, której tematem była aborcja. Temat ten kobieta była w stanie podjąć dopiero będąc w ciąży z następnym dzieckiem. Przedstawiła ona na scenie stopniowy proces ciąży aż do momentu porodu. Dopiero potem zaczęła mówić o swoim nienarodzonym dziecku. Wyraziła złość do swego lekarza i otrzymała ambiwalentne wsparcie od swego męża (granego przez ego pomocnicze), który zemdlął w pokoju porodowym. W scenie spontanicznej aborcji dziecko zostało jej zabrane. Ale ona nalegała w psychodramie, żeby wziąć je w ramiona, pożegnać się z nim i pochować je symbolicznie. W tej zamykającej scenie, nienarodzone dziecko, grane najpierw przez protagonistkę, a następnie przez ego pomocnicze, poprosiło ją, żeby sobie przypomniała moment szczęścia, gdy usłyszała, że jest w ciąży. Opisany tu rytuał zyskał przez to także charakter pracy „naprawczej” i to dokonanej (paradoksalnie) przez nienarodzone dziecko. Jest to przykład działania w obrębie „poszerzonej rzeczywistości”.

Rekonstrukcje (re-enactments) rytuałów pogrzebowych są szczególnie pomocne dla osób, które nie były obecne przy rzeczywistej śmierci osoby bliskiej lub nie mogły być na jej pogrzebie, zatem nie mogły uczestniczyć w pierwotnym procesie żałoby. W takich wypadkach może być ważne wykonanie rytuałów separacyjnych, używając przedmiotów, które służą jako symbole związku ze zmarłymi osobami. Np. dzieci mogą być specjalnie ubierane do trumny, palone, grzebane lub wysyłane gdzieś daleko. Mogą być pisane listy do lekarza i mogą być niszczone rzeczywiste przedmioty o znaczeniu symbolicznym, np. ślubne obrączki, fotografie, listy miłosne, co opisuje Selvini-Palazolli i wsp. [cyt. za 34] w swej pracy na temat rytuałów rodzinnych. Brzmi to może brutalnie, chciałoby się bowiem, żeby wspomniane osoby i przedmioty, wyrażające uczucia miłości do nich, były pielęgnowane i hołubione, ale postępowanie takie, choć wysoce aprobowane społecznie, może być źródłem zahamowania rozwoju jednostki, z powodu niekończącego się procesu żałoby, przechodzącego w depresję. Powstaje bowiem błędne koło: osoba nie oddzielona od osoby zmarłej, nie jest gotowa na przyjęcie nowej bliskiej osoby. Pozostaje więc samotna, wypełniając pustkę iluzją wspomnień. Tłumaczy sobie, że jest nieatrakcyjna lub że nie ma szans na bliskość z innymi. Tymczasem, po prostu nie ma możliwości nawiązania nowego bliskiego kontaktu, skoro sama trzyma na uwięzi osobę zmarłą i jest przez nią trzymana na uwięzi. Po wielu latach takiej przymusowej więzi, osoba taka może odrzucać z lęku nowe znajomości, wmawiając sobie, że dlatego pozostaje samotna, gdyż kocha zmarłego przed 10 laty narzeczonego. Może go jeszcze dodatkowo wyidealizować i wtedy nikt mu już nie dorówna. Te różnorodne ceremonie żałoby pomagają zatem pacjentowi zaakceptować sytuację i dostosować się do nowej rzeczywistości, a także wypróbować ją. W ten sposób w realnym życiu będzie już łatwiej się z nią zmierzyć.

W opisanych „leave-taking rituals” nie tylko chodzi o zamknięcie sprawy śmierci osoby bliskiej, lecz także niekiedy o uzyskanie od niej pozytywnego przekazu, jakby

błogosławieństwa. Przekaz ten ma dać siłę osamotnionemu pacjentowi. Ojciec może np. przekazać synowi swą męskość (co zaszło symbolicznie w śnie kolegi ze szkolenia, który rozegrał to na scenie). W tym celu skuteczna jest zamiana roli protagonisty z taką bliską zmarłą osobą, gdyż ludzie są bardziej spontaniczni w innej roli niż własna. W ten sposób protagonistka, jako umierająca matka, może usłyszeć od niej to, na czym jej zależy. Może przeżyć silną bliskość, zapłakać wspólnie i czuć się na tyle swobodnie, by wybrać nową reakcję na starą sytuację. Technika zamiany roli z ego pomocniczym ze swej natury ma założoną w sobie spontaniczność i kreatywność. Przy temacie poczucia winy z powodu śmierci osoby bliskiej, pacjent może się od niego uwolnić poprzez zamianę roli z Bogiem, który powie mu, że cierpi on niepotrzebnie, że na nic nie miał wpływu i nie mógł ochronić ojca czy matki przed śmiercią.

Brak zakończenia procesu żałoby może przejawiać się w nawracających, męczących, budzących lęk i poczucie winy snach. Jest to sygnał dla terapeuty, że należy rozwiązać ten problem.

W psychodramach związanych z traumą śmierci należy stopniowo przygotować protagonistę i ego pomocnicze do podjęcia tego tematu i konfrontacji ze światem zmarłych. Nie należy zatem zaczynać od najtragiczniejszych zdarzeń, ale z drugiej strony wskazane jest szybkie ujawnienie i pozbycie się uczuć negatywnych (katharsis). Gdy to nastąpi, blisko jest do łez i pojednania. Zwykle towarzyszy temu uroczysta cisza całej grupy. Indywidualna praca protagonisty na scenie ma zatem znaczenie terapeutyczne także dla członków grupy, którzy ją obserwują i współuczestniczą emocjonalnie, identyfikując się z protagonistą. Między protagonistą a grupą tworzy się krąg sprzężenia zwrotnego. Protagonista, angażując grupę i włączając ją do swej pracy na scenie, otrzymuje od niej energię, kreatywność, poczucie bezpieczeństwa, wsparcie i akceptację.

Proces katharsis, jaki zachodzi w psychodramie, jest wielostronny i głęboki. Nie ogranicza się do redukcji napięcia fizjologicznego (por. rozumienie Freuda) i do odreagowania afektu, bez przepracowania problemu z uruchomieniem świadomości. Zeitlinger–Hochreiter [23] wymienia za Moreno 4 rodzaje katharsis: 1 — katharsis poprzez spontaniczne działanie jednego lub kilku członków grupy = katharsis działania, „aktive Katharsis” lub katharsis aktora; 2 — katharsis poprzez bogatą w pomoc interakcję między członkami grupy, tj. grupowa katharsis lub katharsis integrująca (pozostaje ona w sprzeczności z „odreagowującą, dysocjacyjną katharsis, o której można mówić, gdy członkowie są od siebie izolowani” [23, s. 114]); 3 — katharsis przez spotkanie z podobnie cierpiącymi ludźmi (Libeskatharsis) i 4 — katharsis przez współprzeżywanie jako widz (Zuschauerkatharsis). Katharsis aktora potęguje katharsis widza. Zeitlinger–Hochreiter wymienia ponadto katharsis poprzez wgląd, poprzez śmiech itd.

Podsumowując, jako cele psychodramy o tematyce śmierci można wymienić: nawiązanie kontaktu z osobą zmarłą, wyrażenie jej różnych, także negatywnych, uczuć (np. że opuściła protagonistę lub że popełniła samobójstwo, że wyrządziła wiele krzywd itp.) i silne przeżycie katharsis, uzyskanie wglądu w uczucia i myśli osoby zmarłej po to, żeby zrozumieć motywy jej postępowania wobec pacjenta, załatwienie spraw niedokończonych, związanych z jego potrzebami („act hunger”), zniesienie poczucia winy, otrzymanie pozytywnych przekazów, siły, wsparcia i akceptacji od osoby zmarłej oraz powrót protagonisty

do świata żywych, do realnego, aktualnego czasu i do rzeczywistości. Może to prowadzić do zniesienia traumy związanej ze śmiercią.

Cele te mogą być osiągnięte dzięki umownemu określeniu czasu, przestrzeni i rzeczywistości na scenie oraz zastosowaniu określonych technik takich, jak: wprowadzenie różnego rodzaju rytuałów, np. pogrzebowych, zamiany roli z osobą zmarłą i jej symbolami, zamiany roli z Bogiem, zamiany roli z własnymi uczuciami, agresją, poczuciem winy, tęsknotą, therapeutic soliloquy itd. Ponadto, w zależności od potrzeb, mogą być zastosowane np. w celu „rozgrzewki” takie techniki, jak „nienapisany list” „fotografia”, „puste krzesło” i „ostatnie puste krzesło”.

Jeśli śmierć osoby bliskiej nastąpiła we wczesnym dzieciństwie protagonisty, to należy po realizacji wyżej wymienionych celów, wprowadzić „poszerzoną rzeczywistość”, w której matka lub ojciec będą żyli i umożliwią protagoniście normalny rozwój. Działanie takie uzupełni deficyt obecności rodzica w życiu dziecka, nastolatka lub osoby wychodzącej za mąż itp. [zob. 2].

Należy przy tym zaznaczyć, że do poprowadzenia psychodramy na temat śmierci osoby bliskiej potrzebna jest odpowiednia dyspozycja terapeuty/lidera. Jeśli on sam jest w sytuacji świeżej lub długotrwałej, niezakończonych żałoby, może mieć trudności z realizacją takiej pracy terapeutycznej, może jej nie udźwignąć emocjonalnie, a także nie mieć dystansu wobec zachodzących zdarzeń na scenie.

5.2. Zetknięcie się z własną śmiercią

Dotyczy ono doświadczenia śmierci „fragmentarycznej” rozumianej jako 1 — własna nieudana próba lub próby samobójcze, 2 — różnego rodzaju zachowania autodestrukcyjne, prawdopodobnie można tu włączyć niektóre tzw. nieszczęśliwe wypadki oraz 3 — ciężka choroba somatyczna, szczególnie terminalna.

Psychodramę poruszającą te problemy można przeprowadzać jedynie w warunkach szpitala czy kliniki, gdyż wymaga ona stworzenia specjalnych warunków dla protagonisty i grupy. Røine [1] stwierdza, że grupa niechętnie podejmuje temat samobójstwa, a szczególnie grupa wrogo lub niechętnie nastawiona do siebie lub do protagonisty. Stąd trzeba ją pozytywnie w ten temat włączyć przeprowadzając odpowiednią „rozgrzewkę”. Ponadto, gdy okaże się, że terapia za pomocą psychodramy nie wystarcza i myśli samobójcze rzeczywiście zagrażają życiu pacjenta, warunki szpitalne dadzą mu odpowiednie zabezpieczenie, łącznie ze wsparciem farmakologicznym. To samo dotyczy ciężkich chorób somatycznych.

Próby samobójcze są często wołaniem o pomoc, pacjentowi zatem nie zależy na śmierci, lecz na poprawie kontaktu z ludźmi i uzyskaniu bliskości. Dlatego z pacjentami o tendencjach samobójczych stosuje się w psychodramie technikę „wypróbowywania zamiaru samobójstwa” [1]. Pacjentowi myślącemu o samobójstwie proponuje się ustalenie sposobu jego popełnienia i rytuału pogrzebowego (suicidal tryout). Celem jest sprawdzenie, czy rzeczywiście osoba nosi się z zamiarem samobójstwa i jak poważny jest ten zamiar. Niekiedy pacjent delectuje się przygotowywaniem własnej śmierci i pogrzebu. Zaprasza osoby i wymienia przedmioty, które mu należy włożyć do trumny. W ten sposób uzyskuje się także informacje o jego rodzinie i przyjaciółach, i o tym, jak beznadziejny stał się dla

niego świat. Gdy pacjent położy się w symbolicznej trumnie (tj. na podłodze), grupa zbiera się wokół niego i „żałuje go”. Po jakimś czasie uczestnicy mówią, że już czas w drogę, że życie toczy się dalej, że pójdą zjeść coś smacznego, obejrzeć ciekawy film. Odbywa się to cały czas przy „zwałkach”. Mówią o wszystkim, co jest miłe, nie wymieniają nic, co mogłoby przypomnieć protagoniście o przyczynach samobójstwa. Ktoś, kto rzeczywiście chce umrzeć, nie reaguje na grupę i pozostaje „martwy” na scenie, gdy grupa odchodzi do swych spraw. Wtedy należy go poddać ścisłej obserwacji i terapii antydepresyjnej. Natomiast pacjent, któremu zależy na życiu, nie chce zostać sam w symbolicznej „trumnie”. Natychmiast po odejściu żałobników otwiera oczy, wstaje i wychodzi razem z nimi. W fazie końcowej protagonista wspierany przez grupę, wypróbuje nowe spojrzenie w przeszłość.

Podczas pracy psychodramatycznej z protagonistą skuteczne są tzw. pytania ogniskujące (zob. Fichtenhofer). Np. jeśli mówi on, że nie chce dłużej żyć na tym świecie, można go spytać, gdzie chciałby być. Jest to ogniskowanie poprzez opozycję. Inną formą ogniskowania jest spytanie go o konsekwencje dokonania samobójstwa. Może on sobie uświadomić wtedy, że nic, albo niewiele zyska, a może stracić życie.

Jeśli pacjent z myślami samobójczymi waha się, jaką podjąć decyzję, można skorzystać z techniki „3 krzesła”. Umieszcza się go naprzeciw 3 pustych krzesła, z których każde reprezentuje jedną możliwość. Np. w pracy Røine [1] na jednym siedziała protagonistka jako gospodyni domowa, na drugim — jako osoba, która chce przystąpić do egzaminu i usamodzielnic się, na trzecim — jako osoba, zamierzająca popełnić samobójstwo. Siadając na każdym z nich pacjentka, rozpoczynając dialog z każdą z tych 3 swoich części, mogła lepiej wniknąć w siebie z perspektywy zewnętrznej. Jako „martwa” — odparła natychmiast: „przecież to głupie, chyba nie myślałaś o tym poważnie”. Zamysł ten od razu odpadł. Na pozostałych krzesłach dialog trwał dłużej. Pacjentka zmieniała swoje role kilkakrotnie i siadała raz na jednym, raz na drugim krześle. Następnie lider usadowił na obu krzesłach ego pomocnicze. Ich zadaniem było wydobyć najsłabszych elementów argumentacji (gospodyni domowa wymagająca opieki), by przejść do wskazania dobrych stron danego wyboru (potrzeba samodzielności). Lider musi tu uważać, aby nie akcentować przesadnie jedynie aspektów negatywnych danego wyboru. Protagonista mógłby mieć wtedy poczucie klęski. Wymiana argumentów przemawiających za obydwoma stronami wywołuje u protagonisty gotowość do obrony i pobudza w nim chęć bycia mocnym.

W wypadku choroby somatycznej, psychodrama pozwala ustalić symboliczne związki między objawami fizycznymi a przyczynami psychicznymi. Røine [1] przytacza wiele przykładów ze swej pracy psychodramatycznej, w których symptomy fizyczne pojawiały się wskutek wstrzymywania oddechu jako reakcji utrwalonej podczas pierwotnego doświadczenia urazowego, np. lęku przed karą bicia, lub z powodu tłumionej agresji. Celem terapii jest wtedy uzyskanie wglądu poprzez działanie na scenie, odblokowanie agresji oraz odwarunkowanie i rematrycyzacja (zob. wyżej) pierwotnego, zafiksowanego, powtarzanego automatycznie, urazowego wzoru zachowania. Włączona tu może być także praca z ciałem, np. w postaci lokalizacji bólu psychicznego i fizycznego w ciele, i zamiany z nim roli przez protagonistę.

Najtrudniejsza wydaje się psychodrama z osobami chorymi na raka, istnieje bowiem obawa przed tym, żeby nie pogorszyć ich stanu, uruchamiając w nich jakiś ukryty proces,

którego nie można kontrolować — zachodzi on w ciele, a więc jest niewidoczny. Ponadto ludzie chorzy na raka odczuwają z tego powodu wstyd (podobnie jak w wypadku samobójstwa członka rodziny), stąd ujawnienie i dotarcie do problemu może napotykać trudności. Np. pacjentka chora na raka może przywiązywać nadmierną wagę do eleganckiego ubioru, pokrywając w ten sposób poczucie utraty kobiecości. Może pokazywać, że jest dzielna i silna. Może tym samym wprowadzać w błąd otoczenie, które nie udzieli jej wsparcia i nie stworzy okazji do wyrażenia uczuć: lęku, złości, rozpacz, żalu itp. Psychodrama może pozwolić przepracować kolejne traumy (znane z biografii pacjentki, np. śmierć matki we wczesnym dzieciństwie, gwałt dokonany przez wujka i kuzyna itd.), które mogą wiązać się z chorobą terminalną, a następnie może skupić się na samej chorobie.

Røine [1] stosuje tu technikę 2 krzesła: 1 — silnego i 2 — słabego, bez energii, na które pacjentka kolejno siada. Na słabym krześle ma ona pomyśleć, co utraciła przez tę chorobę i podzielić się smutkiem i żalem — celem pracy psychodramatycznej jest tu zaakceptowanie choroby i wyrażenie wszystkich uczuć z nią związanych, m.in. wypłakanie się i powrót do roli małej dziewczynki, i dialogu z matką, której wtedy zwierzy się ze wszystkich strasznych doświadczeń. Potem może ona wyrazić złość z powodu niesprawiedliwości, jaką była śmierć matki. Tu także może zostać wprowadzona praca „naprawcza” z ochronieniem pacjentki przed gwałtem zadawanym przez matkę. Gdyby pacjentka siedziała na zdrowym krześle bez przepracowania traumy, to choroba mogłaby wrócić. Za każdym razem, gdy pacjentka idzie do domu, wysyłać ją należy ze zdrowego krzesła.

Innym przykładem psychodramy na temat choroby — tym razem dziedzicznej — była zamiana roli ze zmarłym ojcem, który we śnie powiedział pacjentce: „ty nie jesteś obciążona tą chorobą”. Jak pisze Røine [1], psychodrama ta miała wpływ uzdrawiający. Pacjentka przestała się zajmować chorobą i urodziła dwoje dzieci, na co wcześniej nie miała odwagi.

Jak widać, wprowadzenie protagonisty w stan wyobrazonego snu jest specjalną techniką — w opisanym przykładzie wzmacniającą efekt psychoterapii. Ale technika ta może też być zastosowana w celu ominięcia oporu u pacjenta przed kontaktem z osobą zmarłą. Np. lider może powiedzieć do niego: „teraz śpisz i podczas snu przyjdzie do ciebie matka porozmawiać z tobą”.

Poruszające przykłady psychodram — w których był sam protagonistą, a dotyczących śmierci własnej córki, a potem własnej choroby na raka — podaje Sprague [27].

Podsumowując, można wymienić następujące cele opisanych tu psychodram: zetknięcie się ze śmiercią (łącznie z zamianą roli z nią) po to, żeby spojrzeć na własne życie z jej perspektywy, zrozumieć motywy własnego myślenia, zobaczyć konsekwencje odebrania sobie życia i w następstwie zastanowić się, czy rzeczywiście dotychczasowa egzystencja nie miała sensu i jak można żyć w przyszłości (technika np. 3 krzesła). Można skonfrontować tu 3 wymiary czasu: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Spojrzeć z góry na własne życie można z perspektywy Boga (zamiana roli z Nim). W przypadku chęci dokonania przez pacjenta próby samobójstwa, należy pokazać mu, czy rzeczywiście zyska coś poprzez śmierć i jakie koszty poniesie przy tym (podział sceny na dwie części: życia i śmierci).

Jako technika stosowany jest tu amerykański model „wypróbowywania zamiaru samobójstwa” (zob. wyżej). Po odbyciu rytuału próby samobójstwa następuje „kuszenie” protagonisty przyjemnościami życia (współuczestnictwo grupy), wydobywa się z zapomnienia

jego zdolności dostrzegania ich i przeżywania oraz doceniania wartości życia. Zachodzi przy tym restrukturyzowanie poznawcze związane z modyfikacją myślenia negatywnego. W każdej psychodramie na scenie powinno dojść do punktu kulminacyjnego, którym jest zwykle przeżycie katharsis — wyrażenie lęku przed życiem, smutku, rozczarowania sobą i innymi, złości do nich itp.

W przypadku psychodramy z ciężką chorobą somatyczną celem będzie akceptacja jej, ale i wyrażenie bólu, lęku, złości, poczucia słabości, bezradności (poprzez zamianę roli z chorobą, z miejscem chorym w ciele, z bólem psychicznym i fizycznym), oraz dotarcie do psychogenezy choroby, np. do traumy lub kilku traum. Praca nad traumą jest wtedy elementem całościowej pracy nad chorobą (zob. wyżej). Energia destrukcyjna powinna tu zostać skierowana na zewnątrz, a nie na własne ciało (np. w kierunku sprawcy traumy). Ważna jest tu praca „naprawcza” w końcowej fazie gry, dzięki której protagonista uzyska konstruktywną energię niezbędną do bycia zdrowym. Jako techniki typu „elementów wtrąconych” można stosować tu „2 fotele: słabości/choroby oraz siły/energii/zdrowia”, symboliczne oczyszczanie i odradzanie się, np. „ożywić martwe drzewo” itp.

W obu przypadkach, ważnym celem terapeutycznym będzie nauczenie pacjenta prośbienia o pomoc w inny sposób niż poprzez samobójstwo lub chorobę.

Piśmiennictwo

1. Røine E. Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu. Opole: Wyd. „Kontakt”; 1994.
2. Galińska E. Elementy reparacji w psychodramie i w muzykoterapii według teorii Melanie Klein. *Psychoter.* 2004; 4(131): 17–28.
3. Galińska E. Muzykoterapia. W: Grzesiuk L, red. Podręcznik psychoterapii. Tom 3, rozdział 19.1.[w druku].
4. Marx J. Idea samobójstwa w filozofii; od antyku do współczesności. Warszawa: Alfa; 2003.
5. 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.
6. Galińska E. Muzykoterapia grupowa w psychiatrii. *Psychoter.* 1973, nr 4 (cały zeszyt).
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. Le portrait musical. Une methode d’harmonisation de la structure du „moi” . *Rev. Musicother.* 1998; 3: 3–21.
10. Galińska E. Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „portretu muzycznego”. *Albo—albo. Probl. Psychol. Kult.* 2001; 4: 46–60.
11. Galińska E. Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „portretu muzycznego” (PM) *Psychoter.* 2003; 1(124): 19–40.
12. Phaner S. Słownik psychoanalizy. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1996.
13. Dudek W. Zraniony uzdrowiciel. *Albo—albo. Probl. Psychol. i Kult.* 1997; 3–4: 58–70.
14. Eliade M. Shamanism: archaic technics of ecstasy. New York: Pantheon Book; New York: 1964.

15. Dziwota G. Szamanizm i indywidualizacja. Albo albo. Inspiracje Jungowskie. Psychologia uzdrawiania. Zraniony uzdrowiciel, 1997; 3–4: 17–24.
16. Hall C, Lindzey G. Teorie osobowości. Warszawa: PWN; 1990.
17. Neumann E. The origins and history of consciousness. Bollingen Series XLII; Princeton: University Press; 1973.
18. Schemmel H. Zur Surplus Reality auf der inneren Bühne. Psychodrama 1996; 9(1): 31–46.
19. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
20. Laing RD. The divided self an existential study in sanity and madness. Routledge/Tavistock 1960.
21. Shengold L. Soul murder: child abuse and deprivation. New York: Fawcett Columbine, Paperback; 1989.
22. Blomkvist LD, Rützel T. Desintegration: its role in personality integration. Surplus reality and beyond. W: Holmes P, Karp M, Watson M. red. Psychodrama since Moreno. London, New York: Routledge; 1994, s. 233–260.
23. Zeitlinger–Hochreiter K. Kompendium der Psychodrama–Therapie. Analyse, Prazisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J.L. Moreno. Köln: inScenario Verlag; 1996.
24. Karp M. Spontaneity and creativity. The river of freedom. W: Holmes P, Karp M, Watson M. red. Psychodrama since Moreno. London, New York: Routledge; 1994, s. 37–60.
25. Galińska E. Muzykoterapia zaburzonego poczucia tożsamości. „Kodowanie muzyczne” — instalacja ego. Psychoter. 2003; 3 (126): 61–72.
26. 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.
27. Sprague K. Time, space, reality and the cosmos: the four universals of Moreno’s philosophy. Stepping into the cosmos with our feet on the ground. W: Holmes P, Karp M, Watson M. red. Psychodrama since Moreno. London, New York: Routledge; 1994, s. 7–36.
28. Leutz G. Psychodrama. Berlin: Springer; 1974.
29. Galińska E. Możliwości i ograniczenia muzykoterapii i psychodramy w leczeniu osób ze schizofrenią. Psychoter. 2001; 3: 5–15.
30. Berne E. W co grają ludzie. Warszawa: PWN; 1987.
31. Hutter Ch. Existenz im Hier und Jetzt. Versuche über Raum und Zeit im Frühwerk Morenos. Psychodrama, inScenario 1996; 16: 167–184.
32. Moreno JL, Moreno ZT: Psychodrama. New York: Beacon; 1969.
33. Siroka RW, Schloss G A. The death scene in psychodrama. Psychotherapy: Theory, Research. Pract. 1968; 5: 355–361.
34. Kellermann PF. Focus on psychodrama. The therapeutic aspects of psychodrama. London: Jessica Kingsley; 1992.

Adres: Klinika Nerwic IPiN, Sobieskiego 1/9, 02–957 Warszawa