

Elżbieta Galińska

## MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA MUZYKOTERAPII I PSYCHODRAMY W LECZENIU OSÓB ZE SCHIZOFRENIĄ

### PERSPECTIVES AND LIMITS OF MUSIC THERAPY AND PSYCHODRAMA THERAPY IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

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

**music therapy  
dramatherapy  
schizophrenia**

*W artykule rozpatrywane są warunki zastosowania muzykoterapii i psychodramy Morenowskiej w leczeniu schizofrenii. Autorka rozważa zarówno wskazania, jak i ograniczenia obu metod terapii analizując ich sposób oddziaływania przy równoczesnym uwzględnieniu specyfiki choroby. Praca jest ilustrowana przykładami terapii.*

Ujęcie tego tematu zależy od orientacji teoretycznej leczenia schizofrenii. W przypadku orientacji biologicznej psychodrama może w ogóle nie mieć racji bytu, a muzykoterapia być ograniczona do wspomagania działania leków; pominięty wtedy zostanie jej wymiar relacyjny. Jednakże tam, gdzie włączane jest kompleksowe leczenie, uwzględniające różnorakie uwarunkowania schizofrenii, gdzie celem jest poprawa psychologicznego i społecznego funkcjonowania pacjenta, obie te metody mogą ofiarowywać środki działania nie do zastąpienia przez jakiegokolwiek inne. Są one szczególnie ważne właśnie wobec osób chorych na schizofrenię, gdyż oferta terapeutyczna z konieczności musi być tu ograniczona (mniejsze rezerwy emocjonalne — tj. większa podatność na zranienie, brak kontroli emocjonalnej — oraz intelektualne, wskutek zaburzeń myślenia, a także słabsze przystosowanie społeczne). I tak np. trudności w kontakcie werbalnym (autyzm, mutyzm, rozkojarzenie i inne) mogą być tu kompensowane przez kontakt niewerbalny — muzyczny. Wprawdzie wraz z rozszczepieniem „ja” rozpada się struktura osobowości pacjenta i następuje dezintegracja wszystkich podstawowych funkcji, co powoduje, że schizofrenia — jak się wydaje — najbardziej niszczy, spośród różnych zawodów twórczych związanych ze sztuką, właśnie muzyków (kompozytorów i wykonawców, por. ich biografie, z których wynika, że wraz z chorobą kończyła się ich twórczość — inaczej niż w przypadku malarzy), jednak nie wyklucza to stosowania muzyki w terapii schizofrenii. Dla profesjonalnych muzyków konieczność tworzenia lub odtwarzania muzyki staje się nieosiągalna z powo-

<sup>1</sup> Artykuł został napisany na podstawie referatu wygłoszonego na ogólnopolskiej konferencji „Schizofrenia. Arteterapia – powrót do społeczeństwa”, Łódź – Jedlicze 24–28 maja 2001, zorganizowanej przez II Klinikę Psychiatryczną Katedry Psychiatrii AM w Łodzi i Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych.

du rozbicia ich własnej „struktury”. W ich grze słycać perseweracje, nie do zniesienia, stereotypie, dysocjację poszczególnych parametrów muzycznych i w efekcie chaos i brak struktury muzycznej. Muzyka jako sztuka ściślejszej konstrukcji, u swego podłoża matematyczna, nakłada na nich rygory niemożliwe do spełnienia w stanie choroby, natomiast muzyka w terapii, słuchana lub produkowana przez samych pacjentów nie podlega rygorom ani ocenie artystycznej; można tu tworzyć lub wyrażać siebie nawet poprzez pojedynczy dźwięk czy poprzez brak struktury, kontaktując się jednak z otoczeniem.

### **Odbiór dźwięków przez chorych psychicznie**

W związku z mniejszymi rezerwami chorych na schizofrenię i kruchością ich aparatu psychicznego przypuszczano, że występuje u nich nadwrażliwość na dźwięki (hałas, słowa, muzykę), tym bardziej że słuch nie daje takiej ochrony przed bodźcami jak wzrok czy dotyk. Wymiar dźwięków jest szczególnie związany z pojęciem granicy, granicy fizycznej i psychicznej i relacją zewnątrz — wewnątrz, w której granica ta może być przekraczana łagodnie lub intruzywnie. Badania reakcji na odgłosy szpitala psychiatrycznego La Roche-sur-Yon [1] nie potwierdziły hipotezy o nadwrażliwości słuchowej pacjentów psychotycznych, o różnych rozpoznaniach, wręcz odwrotnie — spośród nich osoby starsze, szczególnie z otępieniem, wykazywały zapotrzebowanie na silną stymulację dźwiękową i muzykę witalną. Paradoksalnie okazało się, że to personel szpitala wykazywał większą wrażliwość na odgłosy otoczenia i dźwięki muzyczne, reagując przy tym drastycznie na „odgłosy szaleństwa” swoich pacjentów. Preferował ponadto głosy męskie, podczas gdy pacjenci woleli słycać głosów żeńskich (pacjenci i personel słuchali wyselekcjonowanych odcinków odgłosów swego szpitala, nagranych nieprzerwanie z całej doby, tj. i dnia, i nocy). Tę niewrażliwość chorych psychicznie na bodźce dźwiękowe i muzyczne autorzy badania tłumaczyli przede wszystkim działaniem farmakoterapii, wiadomo jednak, że np. w określonych stanach depresji emocje negatywne, ale bierne, związane z poczuciem bezradności, prowadzą do zmniejszenia wrażliwości na podniety, co przejawia się także w osłabieniu ostrości słuchu czy niemożności rozpoznawania źródła dźwięku niemuzycznego (zob. badania zespołów depresyjnych prowadzone przez Rubinszteiną [2]).

Funkcją muzyki na oddziale psychiatrycznym było dostarczanie tła dźwiękowego w celu maskowania akustycznego, społecznego i psychologicznego, co stwarzało poczucie bezpieczeństwa i łagodziło ból na sposób anestezji muzycznej. Ponadto muzyka pozwalała na uczestnictwo emocjonalne w terapii i życiu oddziału i dynamizowała lub neutralizowała stan psychiczny. Znaczenie maskujące, szczególnie dla personelu, miał permanentnie włączony telewizor (źle znoszony przez pacjentów i personifikowany przez nich, podobnie jak magnetofon). W stosunku do dźwiękowości patologicznej pacjentów, „zbyt obecnej”, związanej z ich nadmierną, niekontrolowaną ekspresją emocji, z hałasem i krzykiem (lub przeciwnie — z brakiem ekspresji), muzyka była bardziej „przyswajalna”, niezauważalna — jako tło — i dawało się nad nią łatwiej zapanować.

Specyfika terapeutyczna muzyki. Muzyka wydaje się tworzyć w kontakcie pewną przestrzeń pośredniczącą w relacji (jako obiekt pośredniczący określa się w ujęciach psychoanalitycznych pierwszy obiekt różnicowania się własnego ja od rzeczywistości zewnętrznej). Unika bezpośredniej konfrontacji, zarówno jeśli chodzi o kontakt słuchacza

z samym sobą, jak i z innymi. Jest środkiem przekazu najbardziej abstrakcyjnym i wieloznacznym spośród tych, którymi dysponują różne sztuki. W ten sposób obchodzi się delikatnie z kruchością granic słuchacza czy obojga partnerów dialogujących na instrumentach muzycznych. Obchodzi się tym bardziej delikatnie, że emocje muzyczne/estetyczne nie są jednostkowymi, psychologicznymi jakościami. Są stylizacją kulturową i syntezą danej emocji, dokonaną za pomocą języka muzycznego [3]. To pośrednictwo kulturowe muzyki chroni i dystansuje przed własną subiektywnością pacjenta, zbyt konkretną i bliską, irracjonalną i pozbawioną kontroli, nie redukowaną do kadru przeżycia kolektywnego. I choć muzyka pobudza także wyobraźnię, co może być ryzykowne w przypadku objawów wytwórczych schizofrenii, to jednak kadr muzyczny ofiarowuje granice, nadając formę czasową, przestrzenną i emocjonalną projekcjom pacjentów.<sup>2</sup>

Proces rozwoju i budowania tożsamości muzycznej pacjenta w ujęciu psychoanalitycznym. Schizofrenia traktowana jest tu jako regresja, jako zaburzenie ewolucji psychicznej, które powoduje powrót do archaicznych form funkcjonowania psychiki. I tak np. Aulagnier [4] etapy rozwoju dziecka ujmuje jako: 1 — proces źródłowy (*originaire*), 2 — proces pierwotny (*primaire*) i 3 — wtórny (*secondaire*). W I okresie dziecko jest tożsame z matką. Lacas [5] określa ten etap tożsamości jako „głos-matka”. II okres to „głos matki”, pragnienie słuchania głosu matki, czyli rozróżnienie ja od ty, dziecka od matki, włączona jest tu już relacja; III okres to „głos” — związany jest z nabywaniem kompetencji językowej i systemu znaczeń symbolicznych swej kultury, to konieczność zrozumienia, co ten głos lub dyskurs kulturowy mówi. W muzykoterapii celem byłoby przeprowadzenie pacjenta w sposób bezpieczny i satysfakcjonujący przez wszystkie fazy jego rozwoju. Jest to możliwe, jak sądzą psychoanalicy, z racji podobieństwa niektórych pierwotnych elementów muzyki do sygnałów dźwiękowych, jakie jednostka odbiera w życiu płodowym i zaraz po urodzeniu. Za pomocą muzyki i jej analogii do tej „archaicznej dźwiękowości” można dotrzeć do chorego na schizofrenię i odbudować czy na nowo ustrukturować jego wczesny kontakt z matką, poczynając od relacji symbiotycznej, tj. stopienia się z muzyką (brak własnej odrębności, rytmu, pulsu, struktury). E. Lecourt [6] mówi tu o „*maternage musical*” (o macierzyństwie muzycznym) i w ostrej fazie psychozy porównuje rolę muzyki do karmienia mlekiem, czyli pokarmem płynnym, najłatwiej przyswajalnym (muzyka też powinna być tu najłatwiejsza, o niewielkim ładunku emocjonalnym i prostej formie, choć może trwać w nieskończoność, aż do momentu, kiedy pacjent się nią nasyci). Jedyne w tej fazie muzyka jest celem, a nie łącznikiem z drugą osobą. W tej fazie pacjent nie rozróżnia siebie od muzyki i mówi np. „to jest ciekawe”. W drugiej fazie wchodzi w relację/dialog z muzyką jako rozróżnialnym partnerem. Zaczyna mówić o muzyce jako o rezultacie swej gry, np. „lubię grać na tamburynie”. Potem dostrzega innych, np. „dziś było świetnie, wszyscy śpiewali”, a następnie zaczyna szukać relacji przyczynowej między muzyką a swymi uczuciami i spostrzega, że śpiewał taką piosenkę z powodu swego dzisiejszego nastroju lub sytuacji w grupie czy w domu. Zaczyna więc informować intencjonalnie i spójnie o swych emocjach, opiniach i sądach, co Aulagnier, cyt. za: Costa [7] nazywa nabywaniem pola semantycznego. Jest to już trzecia faza rozwojowa. Przejście przez kolejne fazy rozwojowe stanowi działanie

<sup>2</sup> Z tego względu podczas słuchania muzyki stosuję techniki kierowanej wyobraźni/projeckji, które dodatkowo wzmacniają działanie formy muzycznej, nadając dodatkowe ramy i stwarzając oparcie dla procesu wyobraźniowego pacjentów.

reparacyjne. Muzykoterapia przebiega tu pod znakiem: akcji, relacji i komunikacji. Język muzyczny jest konotacyjny, pozwala na wiele znaczeń, otwiera różne kanały komunikacji, dzięki czemu pomaga pacjentowi zyskiwać umiejętności posługiwania się językiem symbolicznym i nawiązywać kontakt werbalny.

L. Schiltz [8], jako założenia teoretyczne do muzykoterapii adolescentów z osobowością typu borderline, przyjmuje połączenie psychologii rozwojowej Daniela Sterna z teorią Melanii Klein. Efektem tego jest przyporządkowanie faz rozwojowych dziecka, początków zyskiwania świadomości siebie parametrom muzycznym i fazom formowania się osobowości (zob. tabela niżej).

Najwcześniejszej fazie odczuwania siebie (od 0 do 2–3 r. życia) odpowiada rytm muzyczny i faza strukturalizacji (jeśli chodzi o odniesienie do osobowości). Następnej fazie — odczuwania siebie jako zarodka/jądra/rdzenia (od 2–3 do 7–9 r. życia) odpowiada dynamika

	Psychologia rozwojowa Daniela Sterna	Parametry muzyczne	Fazy rozwoju osobowości
od 0 do 23	Utyfianie się własnego ja	Rytm	Strukturalizacja
od 2–3 do 7–9	Kształtowanie się zębów własnego ja (ja jako zarodek/jądro)	Dynamika	Afirmacja samego siebie
od 7–9 do 15	Utyfianie siebie (poczucie własnej subiektywności)	Barwa	Integracja bliskości-oddalenia
15 i wyżej	Poczucie własnego ja werbalnego	Melodia	Tożsamość

(czyli operowanie głośnością) i faza afirmacji samego siebie. Trzeciej fazie odczuwania siebie w swej subiektywności (od 7–9 do 15 r. życia) odpowiada barwa dźwięku oraz faza integracji siebie w zakresie bliskości i dystansu. Ostatniej fazie rozwojowej, rozpoczynającej się od 15 r. życia w górę, odpowiada melodia i poczucie tożsamości. Rytm traktowany jest tu zatem jako najbardziej pierwotny element muzyczny, bliski podstawowemu rytmowi biologicznemu, stanowiącemu bazę egzystencji i poczucia bezpieczeństwa. Melodia odwołuje się raczej do wspomnień archaicznej komunikacji werbalnej [9]. U Sterna dominacja melodii manifestuje się w 2 r. życia (cyt. za: 10). G. Orff [11] określa ten okres jeszcze jako premelodyczny, a nawet prerytmiczny. Praca muzykoterapeutyczna odbywa się tu zgodnie z odnawianym rozwojem dziecka, począwszy od pracy z rytmem, do włączania i integracji coraz bardziej złożonych — choć zdysocjowanych u chorych psychicznie — parametrów muzycznych<sup>3</sup>.

Należy jednak przestrzec przed nieumiejętnym stosowaniem muzykoterapii, opartym jedynie na upodobaniach pacjentów, muzyka może bowiem stanowić obiekt autystyczny. W taki sposób działała muzyka utrzymana w wolnym tempie na badane dziecko psychotyczne. Szukało jej ono stale na taśmie; słuchając — stawało się nieobecne. Muzyka ta zamykała je w bezpiecznym świecie, izolując od otoczenia, podobnie jak czynią to różnego rodzaju stereotypie ruchowe, stanowiła więc barierę przed kontaktem ze światem zewnętrznym. Dziecko odczuwało lęk przed muzyką rytmiczną [12]. Muzyka wolna

<sup>3</sup> Dokładniejszy opis koncepcji psychoanalitycznej muzykoterapii schizofrenii zob. Galińska 1991

wzmacniała więc chorobę.

Podobnie obiektem autystycznym może stać się muzyka stanowiąca analogię do świata halucynacji/omamów, na zasadzie metonimicznego przemieszczenia, związanego z brakiem granic u osoby chorej na schizofrenię. Zjawisko takie obserwowałam odtwarzając „Kosmogonię” K. Pendereckiego (fragment początkowy orkiestrowy do wejścia chóru i głosów wokalnych). Sama nie wpadłabym na pomysł, żeby tego rodzaju utwór wprowadzić do terapii schizofrenii, zdarzyło się jednak, że pacjent meloman poprosił o niego i grupa zgodziła się na taki eksperyment. Obserwowałam szczególnie jedną z pacjentek, która zwykle bez entuzjazmu uczestniczyła w zajęciach. Podczas słuchania fragmentu perkusyjnego „Kosmogonii” — z przewagą efektów szmerowych — wydawała się pochłonięta tym, co się dzieje w muzyce i całkowicie odcięta od pozostałych pacjentów. Oczywiście atmosfera utworu, na co wskazuje jego tytuł, była również oderwana od świata realnego. Utworu tego słuchaliśmy kilka razy do końca pobytu tegoż pacjenta melomana w klinice i za każdym razem reakcja opisywanej pacjentki (i w mniejszym stopniu innych osób) była podobna.

To, że nie każda muzyka jest przydatna w terapii, jest sprawą oczywistą. W przypadku pacjentów psychotycznych, szczególnie w ostrej fazie, pacjentów najbardziej zaburzonych, poddanych obserwacji, którzy właśnie wtedy najbardziej garną się do muzykoterapii, należy poprzestawać na muzyce bardzo prostej, o niewielkim ładunku emocjonalnym, a więc rozrywkowej, typu pop itp. lub popularnej z pogranicza muzyki poważnej w postaci krótkich utworów lub piosenek. Muzyka zbyt dramatyczna w swej wymowie może nasilać tendencje samobójcze, na co wskazuje literatura przedmiotu. Warto też zaznaczyć, że pacjenci oddziału całodobowego, gdzie muzykoterapia spełnia bardzo proste zadania: daje poczucie bezpieczeństwa, otwiera na kontakt, rozluźniając autyzm, próbuje wytwarzać więzi emocjonalne w grupie terapeutycznej, a ponadto dostarcza przyjemności, aktywizuje, pozwala na wyrażenie emocji, rozwija zainteresowania i „uestetycznia” proces leczenia, w momencie zdrowienia przestają w niej uczestniczyć, przestaje ona być im potrzebna [13, 14]. Inaczej dzieje się na oddziale dziennym, gdzie muzykoterapia ukierunkowana jest psychoterapeutycznie, nastawiona na rozwój własny pacjenta i wyrobienie w nim pewnej świadomości (wglądu) aktualnych problemów oraz na umiejętność ich rozwiązywania. Tu czas trwania muzykoterapii wydaje się zbyt krótki. Pacjent jest wypisywany natychmiast, gdy tylko poprawi się jego stan psychiczny.

O ile w muzykoterapii ważny jest w pierwszej kolejności obszar słuchowy, o tyle w psychodramie — obszar wizualny i werbalny z jednej strony, z drugiej zaś obszar własnego ciała. Jak wiadomo może ono być odczuwane jako rozkawałkowane, zmienione (dysmorfofobia) czy niewłasne. G. Pankow [15] zauważa, że strefy zniszczenia w obrazie ciała pacjenta psychotycznego odpowiadają strefom zniszczenia w strukturze jego rodziny. Poprzez analizę struktury codziennej rodziny można dojść do tego, co w obrazie ciała jest pokawałkowane. Włączając pracę z ciałem, wyznacza mu się granice i integruje się je (zob. niżej). Należy pamiętać przy tym, że dla niektórych pacjentów psychotycznych może być zagrażający dotyk [16].

Moreno — twórca psychodramy — informuje, że w leczeniu schizofrenii daje ona zdumiewające rezultaty [17, 18]. Psychodrama Morenowska jako teatr leczniczy składa się z:

Jak widać, ma ona określoną strukturę, co ważne jest w leczeniu osób chorych na schizofrenię (zdezorganizowanych totalnie z powodu procesu rozszczepienia). Reguły i normy (np. fakt, że zajęcia odbywają się regularnie, o stałej porze, że leczenie ma charakter

5 elementów	5 technik	3 fazy
Scena	Uświad	Rozpoznowka
Protagonista	Zmiana ról	Gra (po grze odjście z ról)
Ego pomocnicze	Dublowanie	Sharing + feedback z ról + feedback i identyfikacyjny
Grupa	lustro	
Lider	Mimodrama	

instytucjonalny) są tu traktowane także jako wyraz działania zasady ojcowskiej, chroniącej pacjenta przed zależnością od matki. Stabilność i nieruchomość ram instytucji, w której pacjent jest leczony, chroni go z kolei przed lękiem psychotycznym.

Zastosowanie poszczególnych technik psychodramy pozostaje według Moreno w ścisłym związku z wczesnym rozwojem dziecka. Jako najważniejsze fazy rozwoju wymienia on 1 — fazę identyfikacji podmiotu z otaczającymi go obiektami (por. „głos-matka” Lacasa), 2 — fazę rozpoznawanie własnej odrębności jako osoby i 3 — fazę rozpoznawania „ty” i innych. Według Moreno [17] poszczególnym fazom odpowiadają określone techniki:

Technika sobowtóra/dublera i dublowania ma, według Moreno, najważniejsze znaczenie w leczeniu osób psychotycznych. Pacjent regresuje się w ostrej fazie psychozy do najwcześniejszego stadium relacji matka—dziecko, tj. do stadium pierwotnego narcyzmu. Matka i dziecko stanowią jedność nierozróżnialną. Matka jest pomocniczym „ja” dziecka.

I faza	Identyfikacja podmiotu z otoczeń <sup>1</sup> z nimi go obiektami (matka)	Technika sobowtóra/dublowania
I faza	Rozpoznowanie własnej odrębności jako osoby, jako „ja”	Technika lustra
II faza	Rozpoznowanie „ty” i innych	Technika zmiany ról

Moreno zaleca włączenie pomocniczych ego do leczenia schizofrenii. Gdy pacjent czuje się splątany, zagubiony, pusty w środku, nie wie, co się z nim dzieje, dublowanie przez lidera wypełnia go i informuje, kim jest i co czuje. Dublowanie nie polega tu zatem na takim włączaniu alter ego, jak w przypadku pacjentów nerwicowych, gdy chodzi o ułatwienie im ujawnienia tłumionych emocji, np. agresji. Nie jest to dublowanie emocjonalne, gdyż takie raczej osłabia pacjentów psychotycznych. Jest ono przeprowadzane po to, żeby, włączając „ja” pomocnicze, ułatwić kontakt z samym sobą oraz przywrócić kontakt z otoczeniem.

Technika lustra — typowo psychodramatyczna, może być też szeroko stosowana poprzez pracę z wideo czy z magnetofonem. Pozwala ona (przy wprowadzeniu ego pomocniczego/reprezentacji pacjenta) pokazać choremu, jak radzić sobie z codziennymi zajęciami, np. ze sprzątaniami, gotowaniem, zakupami czy jak rozmawiać z innymi, a więc pokazuje mu, jak radzić sobie w sytuacjach, w których się gubi. Osiąga się przy tym efekt uczenia się całej grupy.

Technika zamiany ról u chorych psychicznie powinna być wprowadzana ostrożnie

i w specyficzny sposób. Wiąże się to ze słabością ich własnego „ja” i z zatarciem granic między pacjentem a rzeczywistością zewnętrzną. Pacjent może nie utrzymywać się w roli, wypadać z niej, nie umieć się zdystansować do siebie, szczególnie w ostrej fazie psychozy. Prowadzi to wtedy do silniejszej dezorganizacji jego „ja”, zamiast do stabilizacji. Zamiast zamiany ról, można raczej przejmować role. Oto przykład: pacjent boi się wejść do sklepu ze sprzętem elektrycznym z reklamacją, obawiając się, jak właścicielka sklepu zareaguje na niego, co sobie o nim pomyśli, może go wyrzucić za drzwi? Przejmuje on rolę właścicielki sklepu. Lider pyta ją, co myśli ona o pacjencie, następnie pacjent wraca do własnej roli i odgrywana jest scenka w sklepie. Pacjent wchodzi do sklepu ze swą skargą i nie boi się właścicielki, przeciwyczył z nią kontakt, przewiduje i kontroluje teraz sytuację. Został też odciążony od lęku. Okazało się, że ego pomocnicze stało po jego stronie.

Inna pacjentka nie była 3 dni w pracy. W niedzielę ma odwiedzić ją matka i spyta o pracę. Matka jest silnie zorientowana na osiągnięcia córki i reaguje wyrzutami. Pacjentka boi się odrzucenia. Wybiera inną pacjentkę z grupy do roli matki. Lider prosi ją, żeby krótko przedstawiła matkę. Następnie odgrywana jest scenka. Tak, jak przewidywała, matka robi jej wyrzuty. Pacjentka staje się coraz cichsza. Przy zamianie ról z matką, staje się znów żywa, wymyśla, wchodzi coraz bardziej w tę rolę. Mówi potem, że miała okazję, choć raz w życiu zobaczyć się nie z pozycji osoby zależnej. Poczła się bardzo silna. Z drugiej strony zobaczyła, że matka nie tylko odwraca się od niej, ale i troszczy się o nią (empatia). Przy uważnie prowadzonej zamianie ról można próbować integrować „dobre” i „złe” obiekty (tu „dobrą” i „złą” część matki).

Psychodrama może mieć na celu integrację pacjenta w ostrej fazie psychozy z grupą terapeutyczną. Gröschner [18] podaje następujący przykład takiej pracy. Susanne weszła do grupy splątana. Nie potrafiła wykonać zadania zamiany w jakieś zwierzę, które odpowiadałoby jej nastrojowi i znaleźć miejsca, w którym czułaby się dobrze. Stała przy grzejniku, mówiąc, że jest „człowiekiem przy grzejniku” w pokoju. Zamiana w zwierzę w jej stanie była zbyt zagrażająca (ja zbyt labilne, z tendencją do rozluźnienia). Możliwe było jednak ustrukturywanie własnej przestrzeni, tzn. znalezienie dla siebie miejsca, co jest często w ostrej fazie niemożliwe. Według Pankow [15], obraz ciała i percepcji przestrzennej są od siebie uzależnione. Ażeby uzyskać dostęp do pacjenta psychotycznego, trzeba go doprowadzić do uznania granic własnego ciała. Może to nastąpić poprzez pracę z ciałem, mającą na celu wywołanie wrażeń cielesnych (masaże, kąpiele, prysznic itp.). Chodzi o to, żeby pacjenta będącego magicznie wszędzie — odgraniczyć tak, żeby poczuł, że jego ciało nie jest tożsame z przestrzenią pokoju, że jest ograniczone. Susanne mogła to zrobić, stając przy grzejniku. Potem została zaproszona przez terapeutkę do wspólnego spacerowania między zwierzętami i zadawania im pytań, co robią, jak się czują itp. Następnie ustawiła socjogram grupy, pokazując, w jakiej odległości chciałyby z każdym pozostawać. Cały czas była więc dostępna interwencji terapeutki.

Psychodrama może też służyć jako pomoc w rozwiązywaniu codziennych problemów, takich jak np. wyprowadzka z hostelu czy konflikt między kobietami i mężczyznami.

Innym celem może być przedstawianie trudnych do zwerbalizowania części osobowości. Cytowana tu autorka [18] stosuje pacynki, jako obiekty pośredniczące, które mogą personifikować wizualne, akustyczne i dotykowe halucynacje oraz umożliwić częściowe i czasowe zniesienie projekcji — własną ręką i głosem pacjent odgrywa wtedy własne

odcięte części osobowości, które dzięki temu znów znajdują się w nim i są integrowane (na zasadzie wprowadzenia obiektu przejściowego). Są one najpierw przygotowywane na terapii zajęciowej, podczas której już wtedy wchodzi się w kontakt z nimi. Np. pacjentka zrobiła starą kobietę — powiedziała, że to jest jej matka. Kobieta była brzydka i podobna do wiedźmy. Zatem już na tym etapie mogą zarysowywać się obszary konfliktowe. Następnie wszystkie pacynki są wystawione i każdy może sobie jakąś wybrać. Holger wybrał diabła i przedstawił go. Dzięki temu mógł pierwszy raz zagrać „złą” rolę. Dotychczas na „złą” rolę mógł sobie pozwolić tylko w psychozie.

Podobną sytuację miałam na muzykoterapii, gdy pacjent zawsze miły i ugrzeczniony poskarżył się, że gdy patrzy w lustro, widzi diabła. Poprosiłam, żeby zagrał go na wybranym przez siebie instrumencie. Po raz pierwszy grupa usłyszała inną grę pacjenta: agresywną, szybką, ostrą. Wielu osobom podobała się ona bardziej niż dotychczasowa — pozbawiona energii i martwa. Personelowi oddziału psychiatrycznego bardzo trudno przyjąć agresję pacjenta psychotycznego, wobec nich samych (może to być przecież wyraz identyfikacji projekcyjnej). Zwykle dostaje on wtedy zastrzyk lub zwiększa mu się dawkę leku. Pacjent psychotyczny najczęściej nie ma prawa do wyrażania emocji negatywnych, w przeciwieństwie do neurotycznego, którego trenuje się w tym kierunku.

Oczywiście inaczej wygląda praca nad agresją z pacjentem psychotycznym i należy uważać, żeby nie uruchomić np. w scenkach rodzinnych, dotyczących przeżyć urazowych, granych na instrumentach muzycznych, pierwotnego, skumulowanego przez lata ogromnego koncentratu agresji (może to prowadzić do zachowań autodestrukcyjnych). Z pacjentami psychotycznymi nie pracuje się zazwyczaj nad tego rodzaju wczesnodziecięcymi urazami. Nie oznacza to, że nie pracuje się nad problematyką rodzinną. Doświadczenia własne pokazują, że właśnie najbezpieczniej pracować nad nią metodą muzykoterapii, zarówno z użyciem instrumentów muzycznych, jak i technik kierowania wyobraźni na słuchaną muzykę. Praca taka wskazana jest na oddziale dziennym, a nie całodobowym. Muzykoterapia wprowadza element zabawy, przez co odciąża od zbyt dosłownego i konkretnego podejścia. Zarazem z łatwością diagnozuje strukturę rodziny, zachodzące w niej relacje, koalicje, stosowane strategie i gry rodzinne. Pokazuje, kto dominuje, jaki jest układ sił i jaką rolę pełni pacjent i jego choroba oraz jak pozyskuje on uczucia i radzi sobie z zagrożeniem.

Wprowadzając poziom symbolicznego kontaktu, zarówno w muzykoterapii, jak i w psychodramie można łatwiej przekazać pacjentowi, co się o nim myśli lub czego oczekuje od niego grupa. Np. jeden z pacjentów grał rolę łóżka innego pacjenta. Jako łóżko narzekał, że jest przeciążone, gdyż ów pacjent od rana do nocy na nim leży, nie włączając się do jakichkolwiek prac. Z kolei na muzykoterapii pacjentka poinformowała, że przemawia do niej telewizor. Zagrała to na instrumencie muzycznym. Jej gra była podobna do jej codziennego zachowania. Telewizor był więc tak samo nudny, jak jej zachowanie. Grupa zaproponowała jej, żeby jako telewizor grała szybciej, ciekawiej, bardziej emocjonalnie, żywo i dynamicznie. Pacjentka bardzo się zdziwiła, ale zagrała. W ten sposób próbowano ją modelować w kierunku większej aktywności i ekspresji, wychodząc od jej tożsamości psychotycznej. Modelowanie jest techniką często stosowaną na oddziale dziennym leczenia schizofrenii, przy udziale zarówno muzyki (która dostarcza wzorów kobiecości, męskości, siły, słabości, wieku dziecięcego lub dorosłego itp.), jak i scenek psychodramatyczno-muzycznych. Psychodrama muzyczna, w której to samo zdanie wypowiada się słownie

i muzycznie, ujawnia często podwójne komunikaty; pokazuje też, w których rolach są one podwójne, a w których zgodne. Można następnie uzgadniać ekspresję słowną z muzyczną. Efekty są natychmiastowe, np. pacjentka przychodzi od fryzjera, ubrana inaczej, umalowana, próbuje inaczej się zachowywać i kontaktować.

Bardzo ważną płaszczyzną pracy jest komunikacja. Tu muzykoterapia pełni niezastąpioną rolę, np. diagnozuje autyzm. Jeśli dwaj pacjenci schizofreniczni mają rozmawiać ze sobą za pomocą instrumentów muzycznych, okazuje się, że grają jednocześnie, nie słuchając siebie, monologują, a nie dialogują, nie mają potrzeby wymiany informacji. Praca terapeutyczna uświadamia, na czym polega rozmowa i rozbudza przyjemność z dialogowania.

Muzykoterapia może też obejmować sferę myślenia i diagnozować ją, np. pacjenci grają czasem na krańcach skali, z pominięciem jej środka, albo tylko na jednym z biegunów skali instrumentu. Mogą też zamykać się w małej komórce melodycznej, ograniczonej do 3 dźwięków, w zależności od zadania. Pacjenci schizofreniczni zwykle sami wybierają słuchanie muzyki jako ćwiczenie koncentracji uwagi. Gdy nic już im nie pozostaje — ani czytanie, ani oglądanie telewizji, wskutek zaburzeń uwagi, chętnie słuchają muzyki. Muzyka wpływa ponadto korzystnie na porządkowanie myślenia oraz na czynności pamięciowe, uruchamia z łatwością wspomnienia oraz aktywizuje proces wyobraźni. Jednakże na oddziale całodobowym nie należy raczej korzystać z technik kierowania wyobraźni na muzykę, gdyż najczęściej pokazują one deficyty pacjentów w zakresie myślenia, np. w postaci braku skojarzeń lub jedynie stereotypii, spowodowane, jak się wydaje, długotrwałym leczeniem farmakologicznym lub występowaniem objawów negatywnych. Braki skojarzeń przy muzyce mogą też wynikać z blokady emocjonalnej i mają wtedy charakter obronny, jak być może było w przypadku młodego pacjenta, który zabił swoją babcie — nigdy nic nie kojarzyło mu się z muzyką.

### **Uwagi końcowe**

#### **Oдноśnie do psychodramy**

Pacjenci w grupie psychodramatycznej stają się bardziej żywotni, mają większą energię, a relacje między nimi są bardziej otwarte i zrozumiałe; ponadto zmniejsza się ich lęk przed publiczną ekspozycją, wzrasta aktywność i chęć do gry.

Punktem głównym programu są gry grupowe, także fantastyczne, oraz krótkie prace indywidualne. Nie wprowadza się długich biograficznych gier z protagonistą. Inaczej stosuje się technikę dublowania i zamiany ról. Nacisk położony jest na pracę ochraniającą i stabilizującą „ja” [18] lub na technikę monodramy, tj. pracę bez grupy [16].

Wskazane jest stosowanie różnych mediów (pacynki, gazetka ścienna, wideo, magnetofon, malowanie itd.), ponieważ ta różnorodność zachęca do rozwijania własnej kreatywności i spontaniczności. Czyni to grupę żywszą i ochrania terapeutów przed permanentnym, regresywnym „ssaniem ich” przez pacjentów [18].

#### **Oдноśnie do muzykoterapii**

Ważne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu stymulacji i emocji, gdyż przy zbyt małej dawce stymulacji pacjenci „zapadają w autyzm”, stają się zamknięci i bierni, spada energia grupy. Zbyt wysoki poziom stymulacji, szczególnie emocjonalnej, może wprowadzać niepokój. Dobór programu nie powinien uwydatniać deficytów, których pacjent nie jest w stanie kompensować. Powinno się uważać na to, żeby muzyka nie stanowiła

obiekty autystycznego dla pacjenta.

Praca nad agresją wyrażaną na instrumencie muzycznym nie powinna przekraczać możliwości kontroli pacjenta.

Muzyka może modelować zachowania pacjenta oraz kształtować jego uczuciowość i nadawać jej odpowiednią formę. Dzięki różnym aktywnościom muzycznym pacjent może wyrazić siebie i nawiązać kontakt z samym sobą i z innymi w sposób bezpieczny, ale satysfakcjonujący.

W muzykoterapii można budować „ja” pacjenta (odtworząc na płaszczyźnie muzycznej jego fazy rozwoju) i wzmacniać jego poczucie tożsamości (np. przez różnego rodzaju zakotwiczenia i „zaszczepienia” muzyczne).

### Summary

Basic problems of the treatment of schizophrenic patients by means of music therapy and Moreno's psychodrama were outlined. The sonority area of psychotic patients, function of music background in the psychiatric ward, as well as therapeutic specific of music in schizophrenia was discussed. In the case of psychodrama the importance of the body area was indicated. In both methods the development and self-identity building process of the psychotic patients was presented. Using of the techniques compatible with the development phases of the patient (see the Moreno's theory of role development), building of an internal (different kinds of „anchoring and musical inoculating”) and a social (rules, institutional frames, systematic therapeutic work, distinct rules of the game in music therapy and psychodrama) „structure” of the patient was discussed.

The examples of the therapeutic activity, directing the following goals were given: 1. Integration of a patient in the acute phase of psychosis into the therapeutic group. 2. Assistance in solving everyday problems. 3. Presentation of the personality parts, which are difficult to verbalise and contact (possibility of secure self-expression by means of musical instruments or playing the „bad” role, being sometimes part of productive symptoms or gaining of independence, self-reliance and force, by means of playing the role – opposite to the role played in the real life). The following indications and limitations for music therapy were mentioned: 1. Providing and watching the proper stimulation level. 2. Preventing music from being the autistic object for the patient. 3. The choice of the therapeutic program, which would not display patient's deficits, which he is unable to compensate for, in order to prevent 'permanent defeats' of the patient. 4. Expression of aggression by means of a musical instrument preventing him from losing control.

Referring to psychodrama the following advice is given: 1. More frequent use of group games. 2. Avoiding long biographical psychodramas with a protagonist. 3. Doubling technique in the goal of auxiliary „self” installation or filling-in of empty interior and making contact with oneself rather, then for emotional cathartic doubling. 4. Being careful when using the technique of changing the roles (the patient dropout of the role). The effect of both methods is the growth of energy, activity, openness, spontaneity and creativity of the patients.

### Piśmiennictwo

1. Baillet JL, Bourgouin Ph, Farges C, Guedet E, Laeng N, Lecourt E, Pennec J, Pennec E. Bilan des recherches sur relations du malade mental et de son environnement sonore. *Rev. Musicother.* 1998; 2, 1: 9-26.
2. Rubinsztein SJ. *Metody patopsychologii eksperymentalnej.* Warszawa: PZWL; 1967.
3. Galińska E. Problematyka percepcji muzycznej z perspektywy współczesnych kierunków antropologii kulturowej i semiotyki. *Muzyka (Kwartalnik Muzykologiczny Instytutu Sztuki PAN).* 1985; 31-42.
4. Aulagnier P. *A violencia da interpretacao.* Rio de Janeiro: Imago Ed.; 1979.
5. Lacas PP. Questions aux musicothérapeutes sur l'efficience du signe sonore. *Rev. Musicother.* 1984; 4, 1: 26-39.

6. Lecourt E. Musique et depression. *Ann. Psychother.*, 5, 1974, suplement do nr 9: 25-33.
7. Costa CM. Musicotherapie pour malades schizophréniques. *Rev. Musicother.* 1992; 12, 5: 10-21.
8. Schiltz L. L' utilisation différentielle du rythme et de la melodie par les adolescents borderline. *Rev. Musicother.* 2000; 3: 47-52.
9. Klein M, Riviere J. L' amour et la haine. Le besoin de reparation. Paryż: Payot; 1968.
10. Decker-Voigt HH, i in. *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe; 1996.
11. Orff G. Kluczowe pojęcia muzykoterapii Orffowskiej. *Psychoter.* 1995; 2(93): 5-13.
12. Pelletier L, Stricher F, Beursztejn C, Lecourt E. Conduites sonores et stereotypies chez des enfants en hopital de jour. *Rev. Musicother.* 1998; 1: 26-49.
13. Galińska E. Sposób przeżywania muzyki przez pacjentów depresyjnych i jego konsekwencje psychoterapeutyczne dla metodyki muzykoterapii. *Psychoter.* 1979; 21: 33-39.
14. Galińska E. La musicotherapie de la schizophrénie. *Rev. Musicother.* 1991; 1: 8-35.
15. Pankow G. *Gesprengte Fesseln der Psychose*. München; 1974.
16. Roine E. *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*. Opole: Wyd. „Kontakt”; 1994.
17. Moreno J. *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart; 1959.
18. Gröschner U. Das Drama des Psychose – Gruppentherapeutische Erfahrungen mit dem Psychodrama in einer psychiatrischen Übergangseinrichtung. W: Bosselmann R, Luffe-Leonhardt E, Gellert M, red. *Variationen des Psychodramas*. Meezen: Verlag Christa Limmer; 1993; s. 59-74.

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

