

Elżbieta Galińska

MUZYKOTERAPIA ZABURZONEGO POCZUCIA TOŻSAMOŚCI. „KODOWANIE MUZYCZNE” – INSTALACJA EGO¹

MUSIC THERAPY OF SELF-IDENTITY. “MUSICAL CODING” — EGO INSTALATION.

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. med. M. Siwiak Kobayashi

sens of identity
musical coding
musical portrait

W pracy opisano zaburzenia poczucia tożsamości pacjentów niepsycho-
tycznych, przejawiające się w rozmyciu własnych granic i zacieraniu ich
podczas pełnienia ról społecznych, a także wiążące się z nieprawidłową
identyfikacją z wiekiem i własną płcią. Zwrócono uwagę na głębsze zabu-
rzenia poczucia tożsamości — brak struktury u pacjenta. Opisano sposoby
jej odbudowywania.

Summary: In the paper, the author describes disturbances of the sense of identity of non psychotic patients, manifesting itself as fuzzification and covering up of their own boundaries, when they fulfill their social roles. These disturbances are also connected with improper identification of the patients with their own age and sex (in the sense of social pattern realization). Moreover, attention was drawn here on the disturbances of the sense of identity, determined by the author as “lack of the structures” in the patient. It emerges because of their dependence from significant persons and of impossibility to form their own “self” structure and, in consequence, to realize the “structure” of somebody else, as for example of one of the parents. This phenomenon occurs also in form of some defaults of musical nature. Such patient plays chaotically, does not feel his own pulse and does not order the musical course, assigning a defined meter to it. His play is shapeless. In the interpersonal situation he melts with the partner, and does not feel his own autonomy. The anancastic patient, in turn, does not differentiates his musical outcome, neither in the melodic, nor metro-rhythmic and dynamic range, playing independently of the problem, on the consecutive steps of the scale in the constant, regular rhythm (“scalar pattern”). He doesn’t create the hierarchy of importance. In the paper, the author introduces several ways of building the structure of the patient, beginning with the so called “musical coding” (Galińska), that is with installation of the ego, in the form of building rhythmic-melodic “embryo” on a musical instrument, which is based on the biological pulse of the patient. Such activity is introduced during the Musical Portrait (PM) procedure, the method of individual, two hours work with the patient, in presence of the background and help from the therapeutic group. Fragments of clinical work with 4 patients are included:

I – two male patients with emotionally shaky personality: the first who was not able, even when he wanted, to brake the contact with partner and melted with him musically and the second in which the rhythm of the father was absent, because his

¹ Artykuł został napisany na podstawie referatu pt. „Muzyka w terapii tożsamości”, ogłoszonego 13 marca 2003 r. na Jubileuszowej Konferencji Naukowej, zorganizowanej w Akademii Muzycznej we Wrocławiu z okazji XXX-lecia Zakładu Muzykoterapii.

father died, when the patient was ten years old;

II – female patient with obsessive neurosis – by which “recoding” of relation with a male partner was performed, from the triangle structure to the dual one, and

III – female anorectic patient, experiencing strong anxiety in the regressive situation from the age of the 4-5, when she was sexually abused (molested) by his father in the situations mentioned above.

In all such situations, helplessness of the patient appeared and blockade of the therapeutic process. Coding of musical embryo of “self” strengthened the patients and removed the blockade, opening them to the development.

The activity described above, acting in the intrapsychical dimension, has creative character, “implantative” and regulative: it creates something new, removes distortions and completes deficits, integrates personality of the patient and strengthens his sense of

1. Poczucie tożsamości u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi

Poczucie tożsamości jest jednym z podstawowych wymiarów osobowości, regulującym zachowanie człowieka. M. Sokolik [1], definiując je, stwierdza, że jest to poczucie własnego istnienia jako jednostki, czyli posiadania własnego „ja”. W sensie psychofizycznym jest to poczucie, że się jest, i orientacja, kim się jest. Według literatury przedmiotu na poczucie własnego istnienia składa się: 1 — indywidualność i poczucie odrębności od otoczenia oraz poczucie granic własnego „ja”, 2 — poczucie ciągłości własnego „ja”, pomimo upływu czasu i zmian, jakie w człowieku zaszły, 3 — poczucie wewnętrznej spójności, 4 — poczucie posiadania wewnętrznej treści — w przeciwieństwie do pustki emocjonalnej. Dopiero spełnienie wszystkich 4 warunków określa się jako niezaburzone poczucie tożsamości człowieka dorosłego.

Poczucie tożsamości jest najsilniej zaburzone w schizofrenii, z powodu rozpadu własnego „ja”, czyli rozszczepienia intrapsychicznego. W niniejszym artykule przedstawimy pacjentów Kliniki Nerwic, u których wymienione warunki (poza drugim – tj. poczuciem ciągłości własnego „ja”) również nie są w pełni spełnione. Granice ich „ja” są często rozmyte, gdyż funkcjonują oni w rodzinach, w których zacierane są różnice między rolami społecznymi, wskutek czego pozostają oni niewyodrębnieni od osób znaczących, a czasem i od rodzeństwa. Ich wnętrze jest niespójne, pełne chaosu, sprzeczności i krańcowych elementów, często labilne, gdyż nie mają w nikim oparcia, są rozdarci między cudze potrzeby a własne, otrzymują sprzeczne, podwójne komunikaty, funkcjonują między stanami skrajnego napięcia i zagrożenia (np. gdy wraca pijany ojciec) a chwilowym spokojem (gdy jest on trzeźwy) itd. Obserwuje się u nich brak integracji sensoryczno-emocjonalno-poznawczej (por. istnienie mechanizmu splitting w zaburzeniach osobowości [2]). Niekiedy odczuwają oni pustkę wewnętrzną. Ponadto ich identyfikacja w zakresie płci i wieku często okazuje się nieprawidłowa.

Okolo 75% mężczyzn spośród pacjentów naszej kliniki identyfikuje się w zakresie płci psychologicznej², i związanej z nią roli społecznej, z kobietą (a szczególnie z jej emocjonalnością). Dzieje się tak najczęściej wskutek wspomnianego wyżej w ich rodzinach zacierania granic między rolami społecznymi i tymi związanymi z płcią, wskutek

² Opieram się tu m.in. na wypracowanej przez siebie technice „postaci” wyobrażonej przy odpowiedniej muzyce, służącej jako wskaźnik do diagnozy identyfikacji „ja”. Mężczyźni leczeni w Klinice Nerwic przypisują wyobrażonej przy muzyce postaci kobiecej własne cechy osobowości.

ich niedojrzałości, silnej zależności od dominującej matki, a także braku kontaktu z ojcem lub odrzucenia wzorca męczyzny danego przez ojca.

Niekiedy przyczyną takiego stanu rzeczy bywa poczucie nieakceptacji płci dziecka przez rodziców. Np. niechciana córka próbuje kompensować rozczarowanie jednego z rodziców co do jej płci, podejmując zachowania i role męskie. Ma to konsekwencje dla jej życia osobistego, z którymi próbuje sobie radzić za pomocą choroby. Jednak zjawisko identyfikacji z płcią opozycyjną w stosunku do biologicznej rzadziej obserwowane jest w odniesieniu do kobiet. Tylko u ok. 20% pacjentek zachodzi identyfikacja z mężczyzną. Wzorcem dla takiej identyfikacji jest najczęściej postać ojca. Odrzucają one rolę kobiety, gdyż kojarzy im się ze słabością, uległością i bezradnością, jaką dostrzegają u matki, wobec której ojciec stosuje przemoc. Pacjentki wolą się identyfikować z agresorem, gdyż agresja jest dla nich równoznaczna z siłą. Jak pokazują badania własne oraz doświadczenia kliniczne, u większości osób z zaburzeniami nerwicowymi centralnym schematem „ja” jest czynnik „siły”, traktowanej w sposób fasadowy, tzn. pokrywającej słabość (zob. pole semantyczne „ja jawnego” [3]).

Podobnie nieprawidłowa identyfikacja dotyczy wieku. Pacjenci mogą się identyfikować nie tylko z dzieckiem, ale także z osobą w wieku rodzica lub babci/dziadka, przy czym nie chodzi wtedy o skojarzenia depresyjne, gdyż nastrój panujący w skojarzeniach pacjenta nie jest obniżony, lecz o unikanie roli młodej kobiety lub mężczyzny w wieku „produkcyjnym”. Występuje tu zatem skrajność, rozszczepienie w identyfikacji dotyczącej wieku, szczególnie u pacjentek anorektycznych [4]³. Natomiast jeśli idzie o identyfikację tych pacjentek w zakresie płci, diagnozowaną za pomocą skojarzeń wywołanych pod wpływem słuchanej muzyki, to mogą pojawiać się obie postacie: męska i kobieca, przy czym jedna z nich, zwykle męska, może być olbrzymia, podczas gdy druga jest cieniem. Dysproporcje te nasilają się w stanie odczuwanego przy muzyce zagrożenia, a proporcje między częścią męską i kobiecą harmonizują się podczas odczuwania bezpieczeństwa. Do diagnozowania nieprawidłowości w zakresie identyfikacji siebie służy tu od ok. 30 lat stosowana przeze mnie technika wyobrażenia „postaci” przy muzyce [5, 6].

Teorie relacji z obiektem przyjmują, że zaburzenia różnych aspektów poczucia tożsamości wynikają z zaburzeń faz rozwoju człowieka. W związku z tym w pracy terapeutycznej pracuje się niejednokrotnie w „poszerzonej rzeczywistości” (termin Moreno, zob. [7]) dokonując korekcji historii życia pacjenta (zob. niżej przykłady pracy klinicznej oraz mój wcześniejszy artykuł [8]).

Temat muzyki w terapii tożsamości jest bardzo szeroki. Problematyką tą zajmowałam się już od 1973 r., tj. od momentu tworzenia i rozwijania metody portretu muzycznego PM, dotyczącej diagnozowania i harmonizowania struktury „ja” pacjenta [9, 8].

Przedmiotem niniejszego referatu są jednak tylko wybrane aspekty terapii tożsamości, a mianowicie budowanie „struktury” u pacjenta za pomocą techniki zwanej przeze mnie kodowaniem muzycznym.

2. Pojęcie „struktury” lub jej braku u pacjenta

Pojęcie „struktury” pacjenta zaczęłam stosować od kilkunastu lat, wzorując się na terminie wynikającym z pracy nad materiałem muzycznym. Jak wiadomo, muzyka zbudowana

³ Artykuł ten powstał na podstawie posteru przedstawionego na Światowym Kongresie Medycyny Psychosomatycznej w Bernie, w Szwajcarii, w 1993 r.

jest zgodnie z określonymi regułami gramatycznymi [10] i reguły te podlegają pewnemu uporządkowaniu hierarchicznemu. Słuchając muzyki odkrywa się, że jeden element jest ważniejszy niż inny lub że jeden element jest silnie związany z jakimś elementem, natomiast jego związek z innym elementem jest słabszy. Można powiedzieć, że słuchanie i wykonywanie muzyki jest nauką struktury. W odniesieniu do tzw. muzykoterapii aktywnej, w której pacjent do wyrażenia siebie używa bardzo prostego instrumentu muzycznego, mówiąc o strukturze muzycznej ma się na myśli głównie jej czynnik metrorrytmiczny i agogiczny oraz sposób operowania przestrzenią muzyczną. Deficyty w zakresie tych czynników są z łatwością diagnozowane.

Wypowiedź muzyczna pacjenta może nie mieć „struktury” czasowej — metrorrytmicznej, i przestrzennej — melodycznej, jest więc nieuporządkowana i chaotyczna. Np. pacjenci o osobowości anankastycznej, niezależnie od tego, co wyrażają, grają jakby „gamy”, poruszając się po kolejnych stopniach skali, nie różnicując dźwięków, ani pod względem dynamicznym, ani rytmicznym czy agogicznym (można to nazwać „scalar pattern”). Przebieg nie jest ujęty w określone metrum, nie ma więc akcentacji. Brak jest tu „struktury” muzycznej, która zakłada, wspomniane wyżej, hierarchizowanie, czyli istnienie ważniejszych i mniej ważnych elementów. Kurczowe trzymanie się kolejnych stopni skali instrumentu daje pacjentowi poczucie kontroli i stwarza mu pozory „struktury”, podobnie jak jego obsesyjne objawy.

Brak lub gubienie własnej „struktury” widoczne jest także w improwizacjach muzycznych pacjentów z osobowością o cechach zależnych, szczególnie gdy mają oni utrzymać swój rytm i puls (metrum) w relacji dualnej [zob. 5, 6, 11, 12, 13]. Stapiają się wtedy z partnerem. Zdarza się, że członkowie grupy terapeutycznej i terapeuta nazywają pacjenta nieświadomie innym imieniem, np. kogoś z rodzeństwa lub partnera z podgrupy w klinice. Jest to sygnał, że pacjent „gubi” swą odrębność i że jest to odczuwane nie tylko przez terapeutę, ale i przez grupę. Gdy w wyniku pracy terapeutycznej wyodrębni się on ze swą „strukturą”, znika mylenie jego imienia.

Z wywiadu psychologicznego okazuje się w takich wypadkach, że podobnie i w życiu pacjenci realizują narzuconą im czyjąś „strukturę” (np. matki, ojca, babci czy innej osoby znaczącej), nie mając okazji do tworzenia własnej. Realizują zatem cudze potrzeby nie czując własnych. Dotyczy to np. organizacji czasowej ich życia codziennego, dokonywania wyborów, a więc podejmowania decyzji i ogólnie braku poczucia własnego sprawstwa. A zatem przez pojęcie istnienia „struktury” u pacjenta rozumiem posiadanie silnego poczucia tożsamości, czyli zintegrowanej struktury „ja”, oznaczającej wewnątrzsterowność, tj. kierowanie się w życiu własnymi standardami, a nie standardami osób znaczących, czyli posiadanie poczucia wpływu na sytuację. Jest to także kontakt z własnymi uczuciami, pragnieniami, potrzebami i umiejętność ich zaspokajania, oraz powiązana z tym zdolność wyznaczania celów i ich realizowania. Pojęcie „struktury” obejmuje ponadto posiadanie zinternalizowanego systemu norm i wartości.

Na poziomie muzycznym posiadanie „struktury” przejawia się w umiejętności zrytmizowania i zhierarchizowania przebiegu muzycznego, nadania mu metrum (pulsu muzycznego) i utrzymania go w sposób twórczy w relacji z partnerem (tzn. współpracując z nim na zasadzie improwizacji muzycznej, a nie podporządkowując się i rezygnując z własnego rytmu i pomysłów muzycznych).

Pojęcie „struktury” jest jednym z pojęć pomostów, łączących muzykologię z psychologią, ponieważ daje się zastosować zarówno do opisu osobowości człowieka (i do diagnozy jego struktury psychicznej), jak i do opisu ekspresji muzycznej⁴.

Problematyką tożsamości w muzykoterapii zajmują się przedstawiciele orientacji psychoanalitycznej. Spośród nich warto tu zasygnalizować koncepcję tożsamości dźwiękowej R. Benezona (argentyńskiego psychiatry i muzykoterapeuty), który dla jej określenia wprowadza pojęcie iso, definiując je jako strukturę dynamiczną, zbiór dźwięków i zjawisk akustycznych, które charakteryzują człowieka i wpływają na jego indywidualność. Wyróżnia on 5 rodzajów tożsamości dźwiękowej, które umieszcza, w zależności od funkcji, na odpowiednich poziomach struktur nieświadomości. Są to: iso Gestalt rozwijające się w okresie płodowym, iso kulturowe – produkt wpływu kultury, w której jednostka wyrasta, iso uniwersalne dla wszystkich ludzi, obejmujące ich rytmy biologiczne oraz rytmy i odgłosy natury; iso zbiorowe określonej grupy etnicznej oraz iso komplementarne – dotyczące przejściowego, chwilowego stanu. Jest ono nietwale i słabo ukształtowane [15]. Z kolei E. Lecourt [16]⁵ określa rytm jako formę symbolizacji bezpieczeństwa biologiczno-afektywnego, tworzącą się w przebiegu historii indywidualnych i kolektywnych, a strukturę muzyczną — jako grę wymiarów: czasowego, biologicznego, a z drugiej strony subiektywnego i społecznego.

3. Założenia i pojęcie „kodowania muzycznego” (instalacja ego)

Pacjenci „bez struktury”, tj. ze słabym poczuciem tożsamości, o słabo zintegrowanej psychice, u których występują zaburzenia głębsze niż neurotyczne, stanowią znaczny procent całej populacji Kliniki Nerwic w Warszawie. Dlatego budowanie u nich „struktury” stanowi główną część mojej pracy terapeutycznej. Szczególną jej techniką jest nazwane przeze mnie „kodowanie muzyczne”. Następuje ono zwykle po reparacji doświadczeń urazowych pacjenta albo w momencie impasu, kiedy pacjent nagle nie radzi sobie z czymś. Ze względu na to, że jest to oddziaływanie głębokie, stosuję je jedynie w ramach metody portretu muzycznego, kiedy to całe zajęcia prawie 2-godzinne poświęcone są jednemu pacjentowi, którego życiorysu grupa wysłuchała uprzednio na psychoterapii grupowej. Jest to zatem indywidualna praca z pacjentem na tle i przy udziale aktywnym grupy terapeutycznej.

Przez pojęcie „kodowania muzycznego” za pomocą instrumentu muzycznego rozumieć działania terapeuty i pacjenta, polegające na wprowadzaniu, a następnie utrwalaniu określonej informacji muzycznej, w określonym kontekście i momencie procesu terapeutycznego portretu muzycznego, kiedy pacjent ma silny kontakt z własnymi emocjami i potrzebami,

⁴ Jest ono b. pomocne przy dokonywaniu „przekładu” osobowości człowieka na muzykę podczas konstruowania lustra muzycznego oraz przy „odczytywaniu” produkcji dźwiękowej wykonywanej na instrumencie przez pacjenta [14, s. 37]. W ostatnich latach nazwa ta została przejęta z muzykoterapii i jest powszechnie stosowana przez personel Kliniki Nerwic w Warszawie.

⁵ Pod wpływem postawionej przeze mnie hipotezy na seminarium w Paryżu w 1998 r., że czynnik metrytmiczny stanowi wskaźnik diagnostyczny posiadania „struktury” przez jednostkę, Lecourt zorganizowała interdyscyplinarną konferencję na temat rytmu (4.12.1999), wydając następnie jej materiały w „La Revue de Musicotherapie”. Paryż 2000, nr 3.

a więc jest otwarty na głębokie odsłonięcie siebie. Działania te mają na celu budowanie zarodka, a następnie rdzenia „ja”, tj. czegoś stabilnego, dającego pacjentowi poczucie oparcia w samym sobie, miernika, punktu odniesienia znajdującego wewnątrz siebie, a nie na zewnątrz. Dokonuje się to przy świadomym włączeniu pamięci muzycznej i stanu zmienionej świadomości porównywalnego do transu⁶. Chodzi tu o chwilowe zatrzymanie działania muzycznego lub psychodramatycznego w celu przeżycia go i zapamiętania; czasem jest ono powtarzane. Kodowanie muzyczne odbywa się w stanie zogniskowania pacjenta na własnych problemach i odciążenia się niejako od kontaktu z tym, co na zewnątrz, przy silnej motywacji do współpracy z terapeutą, który go wspiera, uznając, że zmierza on we właściwym kierunku, zgodnie ze swymi potrzebami (aksjomat C. Rogersa). Wszystkie działania są planowane i uzgadniane z pacjentem.

Kodowanie muzyczne wykorzystuje polisensoryczny i asocjacyjny charakter pamięci muzycznej oraz emocjonalność języka muzycznego, wynikającą – jak twierdzą Meyer [17] i Sloboda [18] — z elementu zaskoczenia, jaki niesie ze sobą rozwijająca się w czasie muzyka. Aktywuje ona szeroki krąg skojarzeniowy, sięgając do śladów neuronowych wspomnień z najdawniejszych nawet okresów rozwoju jednostki. Być może do śladów tych sięga także proces kodowania muzycznego [13].

Oprócz kodowania na instrumencie muzycznym od ponad 20 lat stosuję w portrecie muzycznym (PM) działanie podobne, ale dokonywane na drodze percepcji muzyki, które określam jako „zaszczepianie muzyczne ekstraktu czułości” u osób o nieprawidłowej osobowości, głośnych, agresywnych i chłodnych, oraz „delikatnej kobiecości” u kobiet, realizujących wzorzec siły męskiej, fizycznej w swym zachowaniu; zob. opis we wcześniejszych artykułach [5, 6].

4. Technika kodowania na instrumencie muzycznym

Budowanie „struktury” u pacjenta jest działaniem szerszym i bardziej złożonym niż technika kodowania muzycznego. Obejmuje ono reparację doświadczeń urazowych, usuwając zalegające toksyczne emocje oraz wypełniając pacjenta nowymi treściami i formą. Zwykle rozpoczyna się ono od zagrania przez pacjenta swych potrzeb i sposobu, w jaki je zaspokaja. Potrzeby te są z reguły niezaspokojone. Pacjenci często są osobami opuszczonymi, odrzuconymi, obciążonymi nadmiernymi ciężarami. Szczególnie wobec kobiet wprowadzam wtedy kontakt z dobrą częścią matki, reprezentowaną często przez całą grupę (tzw. technika „kołyski”), która wyposaża córkę na przyszłość (opis działań naprawiających przeżycia urazowe zob. w innych artykułach [19, 8]⁷). Natomiast sama technika „kodowania muzycznego” dotyczy pracy terapeutycznej w zakresie intrapsychnym. Polega ona na znalezieniu przez pacjenta 1 dźwięku na instrumencie, który mu się podoba, następnie zrytmizowaniu go i nadaniu mu metrum. Jeśli pacjent nie jest w stanie powtarzać danego motywu rytmicznego w określonym metrum, proszę go, żeby wyczuł i odwzorował swój rytm biologiczny: tętna, oddechu, serca – zwykle jest to rytm tętna. Ten zarodek sonory-

⁶ Jak wiadomo, każde przeżywanie muzyki wprowadza w stan zmienionej świadomości.

⁷ Tu mogę sobie pozwolić niekiedy na kontakt dotykowy całej grupy z pacjentką (o ile nie obawia się ona bliskości), nie stosuję tej techniki wobec mężczyzn.

styczno-rytmiczny rozszerzam obudowując go sąsiednimi dźwiękami i tworząc także motyw melodyczny (najczęściej pacjenci do tego zadania wybierają instrumenty melodyczne — dzwonki chromatyczne). Ma on stanowić oparcie w sytuacji trudnej dla pacjenta. Np. pacjent agorafobiczny grając wychodzenie z domu (lub wchodzenie w dorosłe życie), którego się bardzo bał, co jakiś czas wracał do zakodowanego pierwotnie dźwięku i to dawało mu poczucie bezpieczeństwa. Zadanie początkowo niewykonalne — po zakodowaniu udało mu się wykonać. Niekiedy pacjent, mając już utworzony swój motyw rytmiczny, ma za zadanie utrzymać go i nie zgubić w relacji z inną osobą. Efekty zakodowania muzycznego widoczne są i słyszalne z łatwością w grze na instrumencie.

5. Przykłady pracy klinicznej

Oto przykłady wybranych fragmentów pracy terapeutycznej metodą portretu muzycznego z czterema pacjentami: Krystianem, Danielą, Ewą i Wojtkiem.

Krystian lat 24 (rozpoznanie wg ICD 10 — 60.3: osobowość chwiejna emocjonalnie), kleryk — po reparacji podczas portretu muzycznego (PM), kilkakrotnych nadużyć seksualnych⁸ i po otrzymaniu wsparcia przez rodziców w „poszerzonej rzeczywistości”, skontaktował się za pomocą instrumentu muzycznego ze swym przyjacielem Sebastianem, z którym chciał zerwać kontakt, gdyż relacja z nim rozwijała się w kierunku kontaktów homoseksualnych. Celu jednak nie osiągnął. Grali obaj w sposób „stopiony”, zatarły się granice między nimi, zaczęliśmy nazywać Krystiana Sebastianem. Zaczęłam więc budować „strukturę” u pacjenta poprzez kodowanie muzyczne. Po znalezieniu swego ulubionego dźwięku i rytmu, i utrwaleniu go, Krystian miał zagrać na instrumencie 3 własne emocje, a następnie dać coś komuś z grupy terapeutycznej lub wziąć coś od kogoś. Powiedział wtedy, że wyrzuci z siebie zaborczość wobec partnera, czyli wspomnianego Sebastiana, w zamian za to weźmie zaufanie od Danieli i miłość do ojca od Agnieszki, a ponadto wyrzuci z siebie jeszcze niepokój i lęk personifikowany przez młodą, atrakcyjną pacjentkę Anię (kojarzyło się to grupie z lękiem przed kobietami). Wyrzucanie z siebie jednych cech oraz wprowadzanie innych odbywało się w sposób psychodramatyczny i miało charakter „zakotwiczeń” (zob. niżej) oraz działań regulacyjnych w obrębie osobowości⁹.

Oczyszczony z przeszkód i wyposażony w „strukturę” ponownie zagrał z Sebastianem. Tym razem zerwał z nim kontakt, grając jednoznacznie, ostro, agresywnie i powtarzając

⁸ Mówiąc o reparacji mam tu na myśli działania terapeutyczne typu scenek muzyczno-psychodramatycznych, zagranych zgodnie z regułami morenowskiej pracy naprawczej [zob. 8], które poprzedziły rozmowę muzyczną z Sebastianem i kodowanie muzyczne, a dotyczyły sytuacji z dzieciństwa, gdy pacjent jako mały chłopiec był wykorzystywany przez kolegę ojca, w obecności pijanego ojca; następnie grał swą urazową inicjację seksualną jako adolescent. W scenkach tych — inaczej niż w życiu w tzw. poszerzonej rzeczywistości (pojęcie Moreno) mógł wyrazić przeżywane emocje wobec rodziców, np. ukarał ojca, a następnie został przez niego przeproszony, a także otrzymał wsparcie itd. Zyskał też wgląd w mechanizm swoich obecnych zachowań i kontaktów.

⁹ Należy tu podkreślić, że przy włączaniu technik psychodramy muzycznej, tzn. wejścia w obszar relacji interpersonalnych, zwracam uwagę na to, żeby nie zacierać granic między rolami, reprezentowanymi także przez instrumenty muzyczne i żeby komunikaty werbalne były spójne z muzycznymi [8].

swój przekaz trzy razy. Był autentycznie silny, stanowczy i wyodrębniony od Sebastiana. Przestaliśmy mówić do niego Sebastian. Wyszedł zadowolony z zajęć¹⁰.

Daniela l. 27 (rozpoznanie w ICD 10 nr 42.0: zaburzenia z przewagą myśli i czynności natrętnych) — była ulubioną córką ojca, który pił, zdradzał żonę, interesował się córkami (rywalizowały o jego względy z matką i między sobą). Dał Danieli wzorzec kontaktu w trójkacie, a nie w parze. Uwiodła ona następnie męża siostry. W scenkach muzyczno-psychodramatycznych otrzymała przeproszenie od ojca i sama przeprosiła siostrę oraz otrzymała od niej wybaczenie. Zastosowałam przekodowywanie muzyczne, aby zmienić jej dotychczasową „trójkątną strukturę relacji z mężczyzną”. W tym celu zagrała ona na instrumencie dobro i zło¹¹. Następnie wypełniła oba obszary treścią. Do obszaru zła wprowadziła to, że spotykała się z mężem siostry i że się w nim zakochała; do obszaru dobra to, że sobie wybaczyły (w zamianie roli z siostrą, „siostra” powiedziała do niej „kocham cię”). Emocję złości jako potrzebną, przydatną, umieściła w obu obszarach, pośrodku skali instrumentu. Do świata zła wprowadziła ponadto przemoc. Znalazła jeden dźwięk na symbolizację przemocy i grała go mocno, wielokrotnie powtarzając. Nazwała go nielojalnością. Do obszaru dobra wprowadziła następnie kochające się 2 osoby, które się nie zdradzają, ale zagrała je na 3 płytkach instrumentu. Zauważono to, więc poprawiła się grając na 2 płytkach, jednostajnie i nudno. Poprosiłam, żeby wprowadziła tam rytm i metrum dwumiarowe oraz inne elementy muzyczne. Zagrała różnego rodzaju powtórzenia oraz wprowadziła także rytm punktowany. Powiedziała, że teraz „przyjemnie jest”.

Jak widać z powyższego opisu, „przekodowywaniu” muzycznemu towarzyszyły działania regulacyjne w obrębie systemu wartości pacjentki.

Ewa l. 21, chora na anoreksję (50.1: jadłowstręt psychiczny atypowy). Urodziła się jako bliźniak pierwszy, brat, drugi w kolejności, zmarł po 2 dniach. Ma do dziś poczucie winy za tę śmierć. Rodzice czekali na chłopca, a nie na dziewczynkę, więc Ewa była przekonana, że to ona powinna umrzeć, a nie brat. Dlatego też dla potrzeb rodziny weszła w rolę zmarłego brata; rodzina ubierała ją jak chłopca, wyrosła z niej chłopczyca.

W skrócie przytoczę fragment procesu terapeutycznego podczas stosowania portretu muzycznego pacjentki, czyli sytuację, kiedy poświęcono jej prawie 2-godzinne zajęcia muzykoterapii. Były to scenki psychodramatyczne z instrumentami muzycznymi: 1. Spotkanie ze zmarłym bratem bliźniakiem. Tu pacjentka była prawie psychotyczna, zagubiona i zdezorientowana, zatarły się jej granice, urwał się z nią kontakt; przywróciłam ją do rzeczywistości techniką dublowania, instalującego ego, a nie odreagowującego emocje¹². W tym celu poprosiłam osobę z grupy, która została wcześniej wybrana przez pacjentkę na

¹⁰ Wpłynęło to dobrze na nastrój grupy, po muzykoterapii siedzieli wszyscy razem radośnie pijąc kawę (poprzedniego dnia Krystian miał atak, leżał na korytarzu jęcząc i wołając Sebastiana, budził niepokój także u personelu. Został położony do łóżka, otrzymał zastrzyk).

¹¹ Problematyka zła i dobra jest szczególnie ważna dla obrazu „ja” pacjentów z nerwicą natręctw [5, 6].

¹² Różnicę między tymi dwoma rodzajami dublowania w psychodramie morenowskiej opisuję w artykule na temat psychodramy osób ze schizofrenią [20], w którym zwracam uwagę na to (opierając się na literaturze przedmiotu), że dublowanie typu odreagowania emocji negatywnych może być zbyt zagrażające.

dublerkę (jej reprezentację), żeby stanęła za nią i w jej imieniu powiedziała, kim jest, ile ma lat, gdzie się znajduje, co się z nią dzieje, co przeżywa itp. Dublerka improwizowała ten tekst. Nastąpił powrót z sytuacji regresji do obecnego wieku¹³. Z pozycji obecnego wieku pacjentka przeprosiła brata za to, że ona jako pierwszy bliźniak była silniejsza i przeżyła. Odciażyła się w ten sposób od poczucia winy za jego śmierć i pochowała go, kończąc symbolicznie dotychczas nierozwiązany problem i zalegające w związku z nim emocje¹⁴. **2.** Następnie zagrano ponownie narodziny E. jako oczekiwanej przez rodziców córeczki – ale tu wystąpiła blokada w wieku 4–5 lat, gdy rodzice zaczęli ją przytulać; odskoczyła od nich. Potem mówiła, że ich granie i zachowanie było agresywne, czuła lęk i przerażenie (po zajęciach, gdy referowałam ich przebieg, jej terapeutka indywidualna poinformowała mnie, że w tym okresie wiekowym był epizod molestowania pacjentki przez ojca). W tym momencie muzykoterapii pacjentka przeżywała kryzys i zachodziło niebezpieczeństwo, że ucieknie z zajęć lub że nie będzie współpracowała. Poderwała się nagle z krzesła i pobiegła w stronę drzwi krzycząc, że już nie chce grać. Wprowadziłam więc działanie, które wzmocniłoby ją. Było to **3.** Kodowanie muzyczne „ja” – jako 5-letniej dziewczynki. W efekcie tego pacjentka poczuła swe granice i mogła się bez trudu zamienić rolą z matką i ojcem (przedtem nie była zdolna do zamiany ról). Odpowiedziała im swoim dźwiękiem i rytmem, tym „zakodowanym”. Poczła bezpieczeństwo, spokój. Miała 5 lat. **4.** Następnie chciała się spotkać z przyjacielem Piotrem, który zastąpił jej brata, ale popełnił samobójstwo. Poczła, że ma już 18 lat. Chciała go przeprosić i pozbyć się poczucia winy za jego śmierć. Otrzymała od niego pocieszenie i bliskość. Dorosła po tej scenie do swego wieku obecnego – 21 lat. **5.** Otworzyła się na nowe sytuacje i kontakty oraz wyodrębniła się od brata, grając siebie jako pełnię, a nie jako połówkę. Następnie inna pacjentka anorektyczna, Ania, poprosiła, żeby E. zagrała siebie zdrową. E. zaczęła grać siebie wesoło. Wtedy pacjent, który grał rolę zmarłego przyjaciela Piotra, z własnej inicjatywy od niej odszedł, zostawiając miejsce dla innego mężczyzny w jej życiu (do tego czasu E. nie zgadzała się na jego odejście). **6.** Następnie pacjentka „utrwaliła” zdrowie – modelując siebie jako młodą kobietę i prosząc o pomoc w tym zakresie właśnie Anię

¹³ Stażystka – lekarz psychiatra, która obserwowała zajęcia, siedząc poza kręgiem, miała podobne jak ja odczucie niepokoju o stan pacjentki w tym właśnie momencie, uważając, że sprawiała ona wrażenie psychotycznej. Analogiczną sytuację opisałam w artykule pt. *Doświadczenia urazowe...*[8], również z pacjentką anorektyczną, która w toku procesu terapeutycznego metodą PM, dotyczącego jej dzieciństwa, gdy doszła do bólu odczuwanego w kontakcie z matką [matka do ich rodziny, a nawet do jej pokoju wprowadziła «przybraną, ukochaną córeczkę» (określenia pacjentki)] i gdy zamieniła się rolą ze swym bólem, a następnie wyraziła go na instrumencie muzycznym – zamknęła się, urwał się z nią kontakt. Budziła mój niepokój, sprawiała wrażenie dziecka autystycznego. Wtedy po raz pierwszy odkryłam skuteczność techniki dublowania, w sensie możliwości wydobywania pacjentki z jej zamknięcia we własnym bólu. W tym wypadku dublerka wyraziła werbalnie i spontanicznie złość do matki. Otrząsnęło to i ożywiło pacjentkę, przywracając z nią kontakt.

¹⁴ W psychodramie morenowskiej uważa się, że jednorazowe interwencje psychodramatyczne (typu jakby psychoanalizy w działaniu [zob. 8]) mogą zakończyć np. przeżywanie żałoby lub innych traumatycznych przeżyć. Pracując z pacjentką, która doświadczyła kilku samobójczych śmierci swej rodziny we własnym mieszkaniu (ojca, ojczyma, matki, sama też podjęła próbę „S”), wydaje się, że zamknęłam skutecznie tę problematykę [opis tego zob. 21]. Po dwóch miesiącach spotkałam pacjentkę. Potwierdziła moje przypuszczenie mówiąc, że śpi w domu spokojnie i że podczas portretu muzycznego pożegnała się i odprawiła wszystkie duchy; już jej nie straszą.

— dziewczynę w jej wieku, wspomnianą pacjentkę anorektyczną (50.1), która pomogła jej spontanicznie, z własnej inicjatywy być młodą kobietą; grały razem wesoło na zakończenie portretu muzycznego.

Wojtek, l. 22 (60.3: osobowość chwiejna emocjonalnie) stracił ojca w wieku 10 lat (zmarł na zawał serca). W ostatnim czasie próbował za wszelką cenę zwrócić na siebie uwagę matki (lekarce) leżąc w łóżku. Do kliniki przyszedł jako „swawolny Dyzio” – jak się sam określił po wysłuchaniu muzyki do PM — a po omówieniu życiorysu na psychoterapii grupowej stał się refleksyjny, ale i depresyjny (przedstawiająca go muzyka PM skojarzyła się grupie z 70-letnim chorym człowiekiem, może umierającym ojcem). Grupa dostrzegła go w relacji z matką w roli 3-letniego dziecka (gdy zagrał swoją słabość) lub 70-letniego starego człowieka (gdy zagrał swe zrzędzenie), zastępującego jej męża. Nie widziano go w roli młodego mężczyzny. W jego portrecie muzycznym (PM) zagrany przez grupę zabrakło mu stałego rytmu. W dalszych fazach procesu terapeutycznego PM pacjent spotkał się z nieżyjącym ojcem, od którego otrzymał mocny, stały rytm (do roli ojca wybrał młodego, wysokiego pacjenta, dał mu duży bęben i pokazał mu muzycznie w zamianie roli, czego oczekuje od niego). Kodowanie muzyczne miało tu charakter dawania wzorca męskości. Pacjent z własnej inicjatywy grał bardzo długo z ojcem, dialogował z nim rytmem, który przypominał parafrazę rytmu serca. Dialogowanie było nowym zachowaniem. Pacjent zwykle monologował. Po zakończeniu gry, jeszcze raz ją podjął z własnej inicjatywy i potrzeby, podkreślając coraz większą prężność, siłę i stanowczość swego rytmu. Kodowanie muzyczne „męskiego rytmu” miało charakter wyposażania syna przez ojca i stanowiło jakby rodzaj „implantu” rytmicznego, elementu stabilizacji, oparcia, energii, witalności. Jednocześnie stanowiło pożegnanie z ojcem i zakończenie symboliczne procesu żałoby w tej psychodramie.

Zakończenie

Spośród przedstawionych powyżej 4 przykładów pracy terapeutycznej, w dwóch kodowanie muzyczne zostało wprowadzone w momencie zacierania się granic między „Ja a Ty”.

W wypadku Krystiana utworzono muzyczny zarodek „ja”, powiększono jego przestrzeń, a następnie dokonano regulacji w jej obrębie: pewne elementy zostały usunięte, a inne wprowadzone. To ostatnie działanie miało charakter „zakotwiczeń” (pojęcie używane w programowaniu neurolingwistycznym) przy udziale techniki psychodramy. W przypadku Ewy kodowanie wprowadzono w 4—5 r. życia, w momencie ogromnego lęku związanego prawdopodobnie ze wspomnieniem molestowania. Być może to przeżycie zablokowało dodatkowo jej rozwój jako dziewczynki. Rola ta stała się zagrażająca, a więc pacjentka zrezygnowała z niej. Kodowanie muzyczne ułatwiło bezpieczny powrót do roli dziewczynki.

W obu przypadkach kodowanie pozwoliło na kontynuację procesu terapeutycznego, który w przeciwnym razie byłby zatrzymany, a pacjent pozostałby bezradny.

W przypadku Danieli dokonano najpierw korekty jej systemu wartości, za pomocą techniki „zakotwiczenia” z użyciem psychodramy, a następnie wprowadzono kodowanie muzyczne relacji dualnej kobieta—mężczyzna, zamiast trójkątnej.

Natomiast w ostatnim przypadku pacjent z osobowością chwiejną emocjonalnie sam poczuł w sobie brak rytmu (czuł niepokój, zagubienie, chaos) i paradoksalnie życiodajną energię, siłę, męskość, wirylność (od łacińskiego wir = mąż = mężny, męski, wojownik) wziął od nieżyjącego ojca. Dała mu ona oparcie i pozwoliła podjąć rolę młodego mężczyzny.

Przy budowaniu „struktury” pacjenta w PM stosuję między innymi 3 techniki zbliżone do siebie: **1.** — „zaszczepiania” poprzez percepcję utworów muzycznych („zaszczepiam” nowy element, nową strukturę lub dokonuję zmiany struktury na zasadzie wywołania przeżycia zaskoczenia, zachwytu i wzruszenia), **2.** — „kodowania” na instrumencie muzycznym (budowanie muzycznego zarodka „ja”) i **3.** — „zakotwiczenia” za pomocą psychodramy i muzyki. Ostatnie dwa działania związane są z utrwalaniem danego działania w pamięci. Spośród wymienionych technik przedstawiłam tu tylko jedną — kodowania (a ponadto pominęłam pracę naprawczą doświadczeń urazowych, która odbywa się w płaszczyźnie interpersonalnej).

Zaprezentowane powyżej działania dokonują się w wymiarze intrapsychoicznym i mają charakter twórczy, „inplantacyjny” i regulacyjny: budują coś nowego, usuwają zniekształcenia i uzupełniają deficyty integrując osobowość pacjenta i wzmacniając jego poczucie tożsamości. W ich efekcie znika chaos, pojawiają się wyraźniejsze procesy różnicowania i uruchomiony zostaje proces zmian, który otwiera perspektywy na przyszłość. Należy jednak podkreślić, że opisane interwencje terapeutyczne stanowią fragment złożonego procesu rozwiązywania problemów psychologicznych przez pacjentów, dając możliwość eksploracji i integracji trudnych dla nich treści psychicznych i tym samym wspomagając ich rozwój.

Piśmiennictwo

1. Sokolik M. *Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 1988.
2. Goldstein EG. *Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
3. Galińska E. Wpływ metody portretu muzycznego na aktualny obraz własnego „ja” u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Psychoter.* 1997, 3: 57–72.
4. Galińska E. Ciało, emocje, myślenie w obrazie „ja” pacjentek anorektycznych w muzykoterapii. *Gestalt* 1994, 14: 28–31.
5. Galińska E. La musicotherapie cognitive; le portrait musical du patient. *Rev. Musicothér.* 1989; 1: 33–63.
6. Galińska E. Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. *Psychoter.* 1995, 2: 27–60.
7. Røne E. *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*. Opole: Wyd. „Kontakt”; 1994.
8. Galińska E. Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą portretu muzycznego. *Psychoter.* 2003, 1: 19–40.
9. Galińska E. Muzykoterapia grupowa w psychiatrii. *Psychoter.* 1973, 4 (cały zeszyt).
10. Jackendoff R, Lerdahl F. A gramatical parallel between music and language. W: Clynes M, red. *Music, mind and brain. The neuropsychology of music*. New York: Plenum Press; 1983.
11. Galińska E. Myślenie muzyczne w procesie muzykoterapii nerwic i psychoz – projekt badań. W: Miklaszewski K, Meyer-Borysewicz M, red. *Psychologia muzyki. Problemy, zadania, perspektywy. Materiały Międzynarodowego Seminarium Psychologów Muzyki. Radziejowice, 24–29 września 1990 r.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. F. Chopina; 1991, s. 171–191.
12. Galińska E. Musical thinking in the process of music therapy for neurotics and psychotics. W: Manturzevska M, Miklaszewski K, Białkowski A, red. *Psychology of music today*. Warszawa: Wydawnictwo

- Akademii Muzycznej im. F. Chopina; 1995, s. 104–114.
13. Galińska E. Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania. W: Jankowski W, Kamińska B, Miśkiewicz A, red. Człowiek–muzyka–psychologia. Książka jubileuszowa prof. Marii Manturzewskiej, wyd. przez Katedrę Psychologii Muzyki Akademii Muzycznej im. F. Chopina. Warszawa: 2000, s. 473–486.
 14. Brylka M. Analiza metody portretu muzycznego. Przebieg procesu terapii. Praca magisterska napisana pod kier. dr Marii Sokolik. Warszawa: UW; 1999.
 15. Benezon RO. Teoria della musicoterapia. 1994
 16. Lecourt E. Rythme et cadre therapeutique en psychanalyse et en musicotherapie. Rev. Musicother. 2000, 3: 2–7.
 17. Meyer LB. Emocja i znaczenie w muzyce. Kraków: PWM; 1974.
 18. Sloboda J. Poznanie, emocje i wykonanie. Trzy wykłady z psychologii muzyki. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. F. Chopina; 1999.
 19. Galińska E. Doświadczenia urazowe a metoda „portretu muzycznego” (PM). Albo albo. Probl. Psychol. Kult. 2001; 4 (zespół pt. „Kozioł ofiarny” – ofiara, cierpienie, transgresja): 46–60.
 20. Galińska E. Możliwości i ograniczenia muzykoterapii i psychodramy w leczeniu osób ze schizofrenią. Psychoter., 2001; 3: 5–15.
 21. Galińska E. Temat śmierci w psychodramie. Praca dyplomowa. Warszawa: Europ. Tow. Psychodr. Kwiecień 2002.

Adres: Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii
 al. Sobieskiego 1/9