

Edith Lecourt¹

PRACA MUZYKOTERAPEUTY W PSYCHIATRII²

THE TASKS OF MUSIC THERAPIST IN PSYCHIATRY

Universytet Paris V (Sorbonne)
Institut de Psychologie

Summary: The development of music therapy in France runs parallel to the development of psychiatry, beginning from Philip Pinel, who already spoke in his D. Sc thesis in 1802 about the application of music for stimulation and imparting of dynamism of apathetic patients and calming of those stimulated.

For the qualification of the patient to music therapy and the choice of the specific methods, the tool defined as the Psycho musical balance has been applied for about 25 years. During the last years, music therapy in France worked out 7 methods: 1. "feeding" by music, 2. development of the insight and analysis of audio communication (emphasis on the relational aspect), 3. building of the structure of the auditory experience, 4. development of musical thinking, free musical associations and their verbalization, 5. working with symptoms concerning the disturbances of the auditory sphere, 6. therapy of cultural identity, and 7. sensory-motor and affective methods.

The meditative methods of music therapy are those most commonly used, in which music mediates in the relation, but the methods which take the isomorphism of the musical and psychical structures into account are also applied. In the conclusion of the paper, the author points to the interesting research areas taken up by the French music therapy, such as own research of the phenomenon of humming in autistic and psychotic child and studying of the sound contents of the dream among others.

music
therapy

Związki historyczne pomiędzy psychiatrią a muzykoterapią we Francji

Rozwój muzykoterapii we Francji dokonywał się, przeciwnie niż w większości innych krajów, równoległe z procesem specjalizacji w psychiatrii. W latach 30. XIX w. pierwsi lekarze psychiatrzy, uczniowie Filipa Pinela (który w swojej pracy habilitacyjnej z roku 1802 mówił już o stosowaniu muzyki), wprowadzili muzykę jako formę aktywności do szpitala psychiatrycznego (w celu stymulacji i dynamizacji pacjentów apatycznych oraz przeciwnie — uspokojenia pacjentów najbardziej pobudzonych).

¹ Główny autorytet w muzykoterapii francuskiej. Autorka kilku książek na temat muzykoterapii.

² Jest to jeden z dwóch referatów E. Lecourt, wygłoszony przez nią na Konferencji Naukowej pt. „Współczesne problemy muzykoterapii”, zorganizowanej w 1994 r. w Radziejowicach przez Grupę Roboczą „Muzykoterapia” Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP oraz Departament Kształcenia Artystycznego Ministerstwa Kultury i Sztuki. Konferencja miała charakter międzynarodowy i brali w niej udział zaproszeni goście, m.in. prof. E. Lecourt z Paryża, której dwa artykuły zamieszczamy poniżej, oraz Ann Sloboda z Londynu — dyplomowana muzykoterapeutka, współpracująca z

Podobnie rozwój muzykoterapii od końca lat 60. XX w. pozostaje w ścisłym związku z leczeniem psychiatrycznym. Widać to wyraźnie:

- w zastosowaniach: zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży,
- w jej celach: pielęgnacja i terapia
- w środowisku, w którym się odbywa: instytucja i personel psychiatryczny.

Z powyższego punktu widzenia muzykoterapeuta jest we Francji w naturalny sposób zintegrowany z personelem troszczącym się o pacjenta. Nakłada się na niego określone obowiązki.

Opieka nad pacjentem: zagadnienie kwalifikowania do muzykoterapii

Muzykoterapeuta uczestniczy w podejmowaniu decyzji co do zalecenia muzykoterapii dla danego pacjenta, a poprzez przeprowadzenie bilansu psychomuzycznego³ określa także jej postać.

Badanie wstępne: bilans psychomuzyczny

Składa się ono z trzech części:

- spotkanie: wywiad dotyczący doświadczeń muzycznych pacjenta (jeśli to możliwe). Chodzi tu o poznanie historii danej jednostki;
- seans muzyczny (fragmenty utworów muzycznych o różnym charakterze), którego celem jest określenie stosunku pacjenta do wysłuchanej muzyki i poznanie jego reakcji na różne jej rodzaje;
- sekwencja improwizacji dźwiękowych, z celowo ograniczonego materiału muzycznego, lecz reprezentatywnego dla różnych typów produkcji muzycznej, z użyciem różnych instrumentów muzycznych oraz kładąca nacisk na poszczególne parametry muzyczne.

Analiza danych dotyczących powyższych trzech sytuacji (aspektów biograficznych i obserwacji aktualnych) pozwala na sprecyzowanie:

- rodzaju muzykoterapii (indywidualna/grupowa, słuchanie/produkcja muzyczna, rodzaje muzyki, rodzaje instrumentów itd.),
- celów muzykoterapeutycznych.

Wnioski te są następnie prezentowane personelowi opiekującemu się pacjentem, który podejmuje ostateczną decyzję.

Jakie są wskazania do stosowania muzykoterapii w psychiatrii?

Trzeba tu rozpatrzyć muzykoterapię w kontekście różnych form leczenia, jakie oferuje psychiatria (farmakoterapia, psychoedukacja, psychoterapia), następnie korzyści, jakie

³ Rodzaj kwestionariusza badającego kwalifikacje pacjenta do muzykoterapii, np. uwzględnia się jego podatność na percepcję muzyki. Jest to odmienne podejście niż w Polsce. W Klinice Nerwic IPiN w Warszawie muzykoterapia stosowana jest wobec wszystkich pacjentów, tzn. że trudności pacjenta w jakiejś sferze aktywności muzycznych nie eliminują go z tej formy terapii. Przeciwnie uważa się, że diagnozują one jego problem, który właśnie w muzykoterapii można rozwiązać [przypis E.G.].

wnieść może dana technika, a także możliwości lokalne (np. wykształcenie zawodowe personelu szpitalnego).

Istnieje wiele rozmaitych form psychoterapii (można ich doliczyć się prawie 500), lecz jest ich stosunkowo mało, jeśli chodzi o pacjentów dotkniętych ciężkimi schorzeniami: psychotycznych, z upośledzeniem umysłowym, przywiązanych do łóżka oraz tych z demencją starczą. Gdy normalne posługiwanie się słowem w terapii zawodzi, pozostaje stosowanie metod psychoterapii zwanych mediacyjnymi. Chodzi tu o metody oferujące środki wyrazu i relacje oparte na komunikacji niewerbalnej. Co w tej dziedzinie oferuje muzyka, czego nie umożliwiałyby w tym stopniu inne metody terapii?

- Użycie wektora dźwiękowego — wektora istotnego w komunikacji międzyludzkiej, gdyż jest on nośnikiem zarówno słowa, jak i muzyki, a więc dwu podstawowych kodów komunikacyjnych stworzonych przez człowieka. Chodzi tutaj o pracę nad samą sensorycznością dźwiękową, a także nad strukturyzacją tego uniwersum abstrakcyjnego, jakim jest świat dźwięków, nad jego mentalizacją [reprezentacją poznawczą — przypis E.G]. Ta oś terapii odnosi się szczególnie do pacjentów najgłębiej zaburzonych (zregresowanych wg terminologii autorki).
- Drugi wymiar (oś) natomiast, związany bezpośrednio z pierwszym, dotyczy umiejętności słuchania i jej rozwoju w aspekcie ludzkim. Odnosi się on oczywiście do wszystkich poziomów zaburzeń — od psychoz do nerwic. W ostatnim przypadku może stanowić stymulację, mobilizację w ramach psychoterapii werbalnej.
- Inną specyficzną właściwością muzyki jest to, iż oferuje ona grupową, polifoniczną strukturę komunikacyjną, opartą na połączeniu głosów. Chodzi tu o pracę nad wprowadzeniem relacji pomiędzy głosami wewnętrznymi pacjenta (posługując się przy tym głosami muzycznymi) a głosami członków grupy terapeutycznej.
- Istnieje wreszcie wymiar czasowy, nie będący oczywiście cechą jedynie muzyki, gdyż występuje także w komunikacji werbalnej, stanowiąc ogólnie mówiąc jeden z wymiarów wektora dźwiękowego. Ale właśnie w przypadku, gdy nie jest możliwe ustanowienie komunikacji na poziomie werbalnym, muzyka pozwala na kształtowanie osi czasu, czyli na tworzenie historii pacjenta, a więc jego pamięci. Znane są zalety tej techniki w pracy z pacjentami w podeszłym wieku, a nawet dotkniętymi otępieniem starczym.

Takie są więc główne osie/wymiary/kierunki pracy, tworzące specyfikę muzykoterapii, względem innych form psychoterapii werbalnej oraz mediacji, stosowanych w psychiatrii. Pragnę jednak podkreślić, że relacja muzykoterapeutyczna obejmuje oczywiście słowo w tym zakresie, w jakim wpisuje się ono w ogóle w relacje między ludźmi. Nie istnieje więc w ścisłym znaczeniu tego słowa komunikacja niewerbalna.

Z drugiej strony, muzykoterapia może być w pewnych szczególnych przypadkach łączona z innymi formami psychoterapii (np. z relaksacją, z terapią werbalną). Stąd w mniejszym stopniu bada się ją pod kątem jej specyficznych cech, natomiast bardziej w funkcji zalet łączenia jej z określonymi terapiami.

Zajmę się teraz poszczególnymi metodami stosowanymi w muzykoterapii.

Metody muzykoterapii stosowane w psychiatrii

Ten rozdział jest szczególnie trudny, gdyż odnośnie do muzykoterapii istnieje tak wiele wariantów zastosowania nośnika muzycznego, a zarazem tak niewiele prac badawczych

wykazujących ważność tych działań terapeutycznych. Zajmujemy się dziedziną, w której wszystko (lub prawie wszystko) prowadzi do jakiegoś rezultatu, tak za przyczyną sugestii, jak i samego uroku muzyki — czynników grających w omawianych relacjach niesłuchanie ważną rolę. Punktów odniesienia należy więc poszukiwać w dążeniu do rozumienia tego, co się robi. Podczas kilkunastu ostatnich lat stosowaliśmy 7 metod, które przedstawiamy poniżej:

1. Metoda zwana „odżywianiem” (nourissage) muzycznym od: „konsumpcji” do percepcji dzieła. W tym przypadku chodzi głównie o słuchanie utworów muzycznych, przy czym sytuacja ta odpowiada postawie zależnościowej pacjenta, z jaką spotykamy się szczególnie w pewnych formach depresji. Pierwsza faza jest więc fazą słuchania, „karmienia” mającą na celu ustanowienie relacji, zaufania, pewnej renarcytyzacji⁴ po to, żeby przygotować pacjenta do następnego etapu. Będzie on ukierunkowany na mobilizację pacjenta do słuchania muzyki dla niej samej, tzn. chodzi o otwarcie go na obiekt zewnętrzny jako obiekt sam w sobie. W drugiej fazie związanej ze słuchaniem muzyki przeznacza się dostatecznie dużo czasu na niezbędne omówienie przeżycia muzycznego. Seanse odbywają się indywidualnie lub w grupie co tydzień, albo raz na dwa tygodnie.

2. Metoda zyskiwania świadomości i analizy komunikacji dźwiękowej. Praca koncentruje się tutaj na relacji (a nie na muzyce), na relacji dualnej dla której punktem wyjścia jest wsparcie dźwiękowe. Zaletą takiego podejścia jest możliwość, w razie konieczności, zastosowania nagrania audiofonicznego (wideo), wykorzystywanego w dalszej pracy z pacjentem, w celu ułatwienia mu procesu zyskiwania świadomości, albo w grupie — do analizy następstw relacji dualnych, analizowanych przy udziale grupy. Chodzi tu o pewną formę improwizacji grupowej, której metody kliniczne oraz analityczne przedstawiłam w poprzednich publikacjach [1–5]. Wskazaniami dla ich stosowania są trudności pacjenta z wchodzeniem w relacje z innymi.

3. Metoda strukturyzacji przeżycia dźwiękowego. Metodę tę stosuje się w zaburzeniach, w których przejawia się brak zorganizowania lub dezorganizacja przeżycia dźwiękowego. Uwaga skierowana jest tu na stosunek pacjenta do świata dźwięków w ogóle (percepcja, reprezentacja, organizacja itd.) i na wprowadzeniu tego wymiaru sensorycznego do wektora relacji terapeutycznej.

4. Metoda rozwijania muzycznego myślenia, wolnych skojarzeń muzycznych i ich wyrażania się słowami. Chodzi tu o głębszą analizę intelektualną, prowadzącą do integracji wektora/wymiaru sensorycznego i afektywnego w myśleniu muzycznym pacjenta. Improwizowane dźwięki zastępuje stopniowo głos, będący nośnikiem artykulacji werbalnej i muzycznej.

5. Metoda podejścia terapeutycznego do symptomatologii dźwiękowych⁵. W tym

⁴ Chodzi o powrót do I fazy rozwojowej, pierwotnego narcyzmu u niemowlęcia, kiedy jest ono w centrum zainteresowania matki i umożliwienia pacjentowi powtórnego przeżycia takiej całkowitej bliskości symbiotycznej z matką (tu jej symbolem jest muzyka) po to, żeby uzupełnić deficyt tej fazy rozwojowej u pacjenta [przypis E.G.].

⁵ Symptomatologie dźwiękowe — metoda podejścia terapeutycznego do objawów związanych z zaburzeniami sfery słuchowej, np. nadwrażliwość na dźwięki, głuchota psychogenna itp. [przypis E.G.].

przypadku pracuje się wychodząc od symptomu dźwiękowego lub muzycznego, celem poznania i zrozumienia jego znaczenia w biografii pacjenta (arytmia, fałszowanie przy śpiewaniu, nadwrażliwość na dźwięki, psychiczna głuchota itd.).

6. Metoda muzycznej analizy trudności w określeniu tożsamości i adaptacji kulturowej. Jest to najnowszy rodzaju pracy terapeutycznej i wydaje się bardzo obiecujący. Nie chodzi tu o poważne patologie psychiczne (choć i te się zdarzają), lecz o problematykę związaną z tożsamością kulturową. Słuchanie muzyki, improwizacja muzyczna stanowią w tym przypadku przywilej, szczególnie w grupie o pochodzeniu quasi-etnologicznym, cechy grupy związane z przynależnością kulturową stanowią podstawowe elementy tożsamości.

7. Metoda stymulacji sensorycznej, sensomotorycznej i sensoryczno-afektywnej. Celem tej metody jest nie tyle terapia, ile raczej mobilizacja istniejącego jeszcze u pacjentów potencjału, wychodząca od cielesnego zakotwiczenia relacji. Jednym z jej aktualnych zastosowań jest geriatryka. W tym przypadku, postępowanie może przybierać raczej formy animacji lub reedukacji niż relacji psychoterapeutycznej.

Powyższy krótki przegląd ukazuje dostatecznie rozległe pole działań muzykoterapeutycznych w psychiatrii. Poważnym mankamentem muzykoterapii, odczuwanym może jeszcze bardziej w psychiatrii, jest brak podstaw teoretycznych. Tym gorzej, iż baza teoretyczna stanowi, wraz z pracą w zespole, dwie jedyne „bariery ochronne” terapeutów!

Próby szukania podstaw teoretycznych dla muzykoterapii

Muzykoterapeuci są specjalistami o bardzo różnym wykształceniu zawodowym i dlatego próbują czerpać swoje pomysły z różnych dziedzin wiedzy. Spotyka się więc istne „koktajle” idei, pozbawionych spójnej struktury i opartych na niewielkim doświadczeniu praktycznym. Niektóre wzięte są ze szkół teoretycznych bez szczególnego związku z muzyką (myślę, przykładowo, o Clive Robbins i teorii humanistycznej Masłowa).

Osobiście wyróżniłabym dwie wielkie osie teoretyczne: Pierwsza jest bardzo ogólna i dotyczy zagadnienia mediacji terapeutycznej — wydaje mi się ważna, lecz z pewnością jest wspólna dla wszystkich terapii mediacyjnych. Druga oś jest osią struktury muzycznej i jej związku ze strukturą psychiczną. Jest ona najważniejsza w refleksji nad muzykoterapią.

Rodzi się pytanie, czy możemy wprowadzić tylko muzykę jako czynnik pośredniczący w relacji. Sam akt wprowadzenia muzyki wydaje mi się fundamentalny, co jednak robimy, gdy pacjentowi proszącemu o pomoc oferujemy ją RAZEM z muzyką? Czy oznacza to przyjęcie dystansu, zbliżenie, pokazywanie „marchewki”, „gwizdka”? Jak usprawiedliwić teoretycznie takie postępowanie? Jakie znaczenie ma dla pacjenta taka propozycja? Miałam okazję pisać już na ten temat i nie chcę się powtarzać, ale podkreślam — jest to bardzo ważny problem.

Jeśli chodzi o drugi problem — prowadziłam badania nad strukturą grupową muzyki i nad jej związkami ze strukturą grupową (groupale) życia psychicznego, wykorzystując moje wykształcenie psychoanalityczne i prace realizowane w dziedzinie struktury grupowej przez francuską szkołę analityków (D. Anzieu, R. Kaës). Badania te są opisane w różnych publikacjach, z których dwie ukazały się niedawno [6, 7, 8].

Chciałabym zakończyć ten artykuł punktem poświęconym badaniom w muzykoterapii,

gdyż jej przyszłość tkwi nie tyle w powielaniu praktyk dla nich samych, ile w precyzyjnych badaniach służących zrozumieniu tego, co się robi w kontakcie z pacjentem.

Badania w muzykoterapii

Przedstawię tu tylko te kierunki/osie badań, które są prowadzone wraz z muzykoterapeutami i psychologami w moim laboratorium.

1. Po wielu badaniach nad reakcją chorego psychicznie (dorosłego, dziecka) na dźwięki zainteresowano się nuceniem dziecka autystycznego lub psychotycznego. Istnieje zespół badawczy zajmujący się tym zagadnieniem.

2. Po wielu własnych badaniach nad analizą improwizacji muzycznej w grupie terapeutycznej, podjęto zagadnienie tego, co się gra na instrumentach muzycznych w grupie interkulturowej, zakotwiczenia sensorycznego i tożsamości kulturowej. Badanie to prowadzimy w ramach Europejskiego Stowarzyszenia Transkulturowej Analizy Grupy. Wychodząc od grupy werbalnej zamierzam przeprowadzić analizę na płaszczyźnie sensorycznej.

3. W sposób bardziej ogólny podjęto badanie roli dźwięku w funkcjonowaniu psychiki. Od wielu lat prowadzę badania nad dźwiękową treścią snu (słyszane hałasy, muzyka, słowa). Zagadnienie to jest związane z badaniami nad nuceniem – z relacją pomiędzy myśleniem werbalnym a myśleniem muzycznym w codziennym życiu.

Powyższe zagadnienia wydają się fundamentalne, jeśli chcemy uczynić postępy w badaniach nad psychicznymi funkcjami dźwięku i muzyki. Opracowanie ich powinno wyjaśnić praktyczną stronę muzykoterapii, a także nadać właściwy kierunek naszemu podejściu do chorób psychicznych.

Piśmiennictwo

1. Lecourt E. *La musicotherapie*. Paris: P.U.F; 1987.
2. Lecourt E. *Freud et sonore*. Paris: L'Harmattan; 1992.
3. Lecourt E. *Analyse de groupe et musicotherapie*. Paris: Editions Sociales Françaises; 1993.
4. Lecourt E. *L'expérience musicale, résonances psychanalytiques*. Paris: L'Harmattan; 1994.
5. Lecourt E. *Una musica antica come l'umanità, esperienza di comunicazione*. *Sonora non-verbale psichanalitica a Napoli*. *Musicoterapia/Fone* 1990, 4: 17–31.
6. Kaës R. *L'appareil psychique groupal: construction du groupe*. Paris: Dunod; 1976.
7. Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient, l'imaginaire groupal*. Paris: Bordas; 1981.
8. Anzieu D. *L'enveloppe sonore du soi*. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1984, 9: s. 161–179.
9. Verdeau-Pailles J. *Le bilan psychomusical*. Conlay: Ed. Fuzeau; 1981.

Thumaczenie z języka francuskiego: dr Bogdan Galiński
Adiustacja merytoryczna i naukowa tekstu: dr Elżbieta Galińska