

ELEMENTY REPARACJI W PSYCHODRAMIE I W MUZYKOTERAPII WEDŁUG TEORII MELANIE KLEIN

ELEMENTS OF REPARATION IN PSYCHODRAMA AND MUSIC THERAPY ACCORDING TO MELANIE KLEIN

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii
Kierownik: doc. dr hab. med. M. Siviak-Kobayashi

Artykuł oparty na przykładach pracy reparacyjnej u pacjentów niepsychotycznych dokonywanych w Klinice Nerwic IPiN. Zawiera interesujące opisy przypadków odnoszące się do teorii relacji z obiektem Melanii Klein. Autorka posługuje się technikami psychodramy oraz muzykoterapii w swych działaniach klinicznych.

Melanie Klein theory reparative work

Summary: The paper presents fragments of reparative work with non-psychotic patients, using the Moreno's psychodrama method and music therapy (the Musical Portrait method of E. Galińska, concerning the "self" structure of the patient and the identity therapy) in the light of Melanie Klein's theory. Reparation of mourning (based on the dreams of the patient) and early childhood traumas, requiring the use of regression, up to the moment preceding the birth and directly after, using "musical breast-feeding" (played by mother and child by means of musical instrument) is described. All examples show the symbolic transformation of the "bad" object into a "good" one, with which the patient begins to identify himself.

1. Pojęcie reparacji według teorii Melanie Klein

Reparacja – naprawienie czegoś – niem. Wiedergutmachung, ang. reparation, fr. réparation [1], jest pojęciem psychoanalitycznym wiążącym się z nazwiskiem Melanie Klein. W swej teorii relacji z obiektem Klein uważa, że wszyscy ludzie w swym rozwoju przechodzą przez stany psychozopodobne, które określa jako pozycję paranoidalną i pozycję depresyjną. **Pozycja paranoidalna** obejmuje okres rozwoju od urodzenia do 4 miesiąca życia. Tu pojawia się pierwsza relacja dziecka z obiektem, który jest postrzegany w sposób rozszczepiony na „dobry” i „zły”. Pierwszym obiektem częściowym jest piersi matki; niemowlę spostrzega dobrą piersi, która karmi, i złą, która nie karmi, jest nieobecna. Ta piersi frustrująca jest obsadzana energią agresywną, projektowaną jako siła prześladowcza i niszczyielska, która wywołuje silny lęk. Natomiast libido zwraca się w stronę dobrej, karmiącej piersi matki, która jest idealizowana¹. W swej pracy z 1927 r. pt. *Criminal*

¹ Taką pierwotną idealizację oraz rozszczepienie obiektu na „dobry” i „zły” obserwuje się w terapii u pacjentek anorektycznych. Idealizują one matkę nie dopuszczając do świadomości swej tłumionej wobec niej agresji ani wyrządzonych przez nią krzywd.

tendencies in normal children [2 [cyt. za: 3]] Klein pisze, że wszystkie dzieci przechodzą przez stłumione i nieświadomione stany, które obserwujemy nadal u prymitywnych ludów, a mianowicie tendencje do kanibalizmu i morderstw, przejawiające się w bardzo różnych postaciach. Nazywa je ona kanibalistycznym stadium oralnej agresji². Ok. 4 miesiąca życia dziecko zaczyna odbierać matkę jako cały obiekt i zaczyna rozumieć, że zarówno jego miłość, jak i nienawiść kierują się ku temu samemu obiektowi, co z kolei prowadzi do ambiwalencji wobec matki. Uświadamiając to sobie, dziecko przeżywa depresyjny lęk, wywołany fantazją zniszczenia matki i jej utraty. Tę fazę rozwoju M. Klein nazywa **pozycją depresyjną**. Dziecko próbuje sobie radzić z lękiem, m.in. hamując swą agresywność i podejmując reparację, tj. naprawienie i wynagrodzenie szkody wyrządzonej przez swe fantazje niszczeniowskie obiektowi miłości. Dokonuje ono tego **poprzez introjekcję dobrej części obiektu**. Klein zakłada, że dziecko wskutek reparacji jest w stanie przewyciężyć pozycję depresyjną, w której przeżywa lęk depresyjny i poczucie winy. **Reparacja prowadzi do stabilnej identyfikacji ego dziecka z „dobrym” obiektem**. Udana reparacja oznacza zdaniem M. Klein zwycięstwo popędów życia (introjekcja dobrego obiektu) nad popędami śmierci (zły obiekt) [1].

2. Zakłócenia procesu rozwojowego

2.1 Reaktywacja pozycji paranoidalnej

W normalnym przebiegu faz rozwoju dziecka po pozycji paranoidalnej (etap rozszczepienia na obiekt dobry, idealizowany, i obiekt zły, wobec którego kierowane są impulsy sadystyczne) następuje pozycja depresyjna (integracji obu obiektów w jednej osobie). Według Klein, „gdy ustanowione zostanie stadium genitalne w rozwoju dziecka, sadystyczne impulsy zostają przewyciężone” [4, s. 251]. Ale wskutek traumy psychiki, jak i traumy relacji z obiektem, proces ten może zostać zakłócony i pozycja paranoidalna może zostać reaktywowana. „Obiekty prześladowcze dostają się do ego, przytłaczając i unicestwiając zarówno idealny obiekt, jak i self” [2 [cyt za: 4, s. 26]]. Lęk prześladowczy może prowadzić do dekompensacji psychotycznej. Klein podkreśla, że przed silnymi lękami paranoidalnymi lub prześladowczymi, prymitywna dyssocjacyjna obrona nie jest skuteczna; pojawia się schizoidalna obrona w postaci rozszczepienia (splitting). Istnieje związek przyczynowy między lękiem dziecięcym a agresywnymi tendencjami, które wynikają z lęku przed cierpieniem z powodu niewyobrażalnie okrutnych ataków złych obiektów. Lęk nasila te sadystyczne impulsy, aby zniszczyć wrogie obiekty i umożliwić w ten sposób ucieczkę przed ich atakami, zła część obiektów zatapia bowiem wszystko. Dobre obiekty mogą wtedy być nadzwyczaj kruche i łatwo podlegać zniszczeniu. Pojawia się kompulsja zabijania, włączająca także zabijanie traumatycznej pamięci, gdyż nie można się od niej uwolnić.

Teoria Klein sugeruje, że **zaburzenia jedzenia** lub **nadużycia** wiążą się z potrzebą internalizacji negatywnej wewnętrznej introjekcji. Te zjadane rzeczy pozwalają symbolicznie zinternalizować negatywny obiekt. Zdaniem Klein oralna agresja (gryzienia, zja-

² Por. postać głównego bohatera z filmu „Milczenie owiec”, zamkniętego w więzieniu, w klatce, i jego ataki kanibalistycznej agresji oralnej wobec osób, które podejść zbyt blisko do klatki. Według teorii M. Klein jest on zregresowany do oralno-agresywnego stadium pozycji schizoidalno-paranoidalnej.

dania) może być kierowana także na rodzeństwo (chodzi wtedy o zazdrość). Guntrip [5] formułuje schizoidalną pozycję jako głód miłości, który prowadzi do miłości destrukcyjnej. We wszystkich zaburzeniach jedzenia, wg teorii Guntripa, pokarm symbolizuje wczesny dręczący/dręczony (tantalizing) obiekt, który jest dobrym obiektem. „Napad żarłoczności (analogia do kanibalizmu) jest niekontrolowanym pragnieniem zabezpieczenia obiektu przez połknięcie go. **Bulimia** włącza lęk przed niszczyielskim (destroyed) obiektem poprzez pożeranie go. Jeśli żądza pożarcia obiektu jest przytłaczająco intensywna, może zagrażać utratą ego, z powodu zalewającego lęku. **Anoreksja jest schizoidalną obroną przeciw pragnieniu pożarcia obiektu**” [5, s. 59].

Osoba z zaburzeniami, inaczej niż zdrowa, nie jest zdolna do gratyfikowania swych destrukcyjnych impulsów za pomocą fantazji. Fantazja prowadzi ją do powtórnego przeżywania traumy; dlatego trauma nie ustępuje. **Dopiero odtworzenie rytualnego mordy i reprodukcja wzoru rany, w którym można przeobrazić zły prześladowczy obiekt (np. luk myśliwego raniącego jelenia) w artystyczny, konstruktywny i dobry obiekt (np. w luk muzyczny), może uwolnić od paranoidalnego lęku.** Taka ekspozycja rany może zmierzać do reprodukcji ukrzyżowania Chrystusa; tu także występuje dążenie do fizycznego przeobrażenia złego obiektu, powodującego lęk prześladowczy, w dobry obiekt [3]. Gregory wskazuje jednak, że osoby z zaburzeniami mogą nie być zdolne do docenienia i wykorzystania religijnych metafor. Proces przemiany może ułatwić dopiero terapia. Następca Winnicotta — Khan [6] tę niemożność gratyfikacji poprzez fantazję tłumaczy tym, że dzieci zniewolone skumulowaną traumą tworzą fałszywe self, zatrzymując w ten sposób rozwój swych psychologicznych zdolności, co prowadzi do niemożności stosowania symbolizmu. Dzieci te działają, aby rozładować napięcie, ale nie są zdolne do użycia symbolicznej aktywności psychicznej (mentalnej), takiej jak język.

Gregory [3] opierając się na teorii Klein, analizuje bohatera książki T. Harrisa i zauważa, że Lecter ma trudności z okazaniem uczuć miłości, że jest hiperczuły w prymitywny, sensoryczny sposób, szczególnie na zapachy i odory, skojarzone z częścią gadzią mózgu związaną z reakcjami na bodźce zagrażające, typu walki lub ucieczki. Czyni on wysiłki, aby uniknąć myśli i odczuć skojarzonych z ciężkimi traumami z dzieciństwa, lecz bez skutku. Jest opanowany obsesyjnie przez swoje złe obiekty (natręctwa), które tak zagrażają, że chce je zabić. **On nie ma dobrych obiektów**, gdyż doświadczał we wczesnym dzieciństwie tak wielu różnego rodzaju deprivacji, że uniemożliwiało mu to budowanie pamięciowego banku obrazów dobrych obiektów. Klein zakłada, że brak magazynu pamięciowego z obrazami dobrych obiektów zatrzymuje lub zabija całkowicie rozwój superego, skutkując tendencjami kryminalnymi lub antyspołecznymi [zob. niżej].

Jako kolejny mechanizm obronny pozycji paranoidalno-schizoidalnej bohater książki Harrisa stosuje **omnipotencję i identyfikację projekcyjną** (do obrony przed oralną nienawiścią i zawiścią) grając rolę okrutnego Boga wobec własnych pacjentów, aby zdevaluować ludzi i pokazać, że ich nie potrzebuje. Bóg staje się tu kontenerem dla jego własnej wściekłości, agresji, którą projektuje na zewnątrz. Wg Kernberga [7] u pacjentów narcystycznych istnieje — maskowana wściekłością — niezdolność do zależności od ludzi, z powodu lęku wzbudzanego przez oralną nienawiść wobec samych siebie. Kernberg [11] mówi tu o złośliwym narcyzmie (malignant narcissism). U normalnych jednostek idealizowane obrazy obiektu są włączane i integrowane z superego. Złośliwy narcyzm

wchłania je całkowicie do wielkościowego self. To jest jedna z możliwości wyjaśnienia braku poczucia winy lub braku wyrzutów sumienia. Złośliwy narcyzm wykazuje tendencje antyspołeczne, projektując na innych swe wysoko sadystyczne, okrutne, karzące ataki na ją, dając w efekcie paranoidalną strukturę osobowości. Wg Klein osoby, które stosują paranoidalno-schizoidalne obrony, rozwijają ciężkie zaburzenia charakteru (typu borderline i narcystycznych zaburzeń charakteru).

2.2 Reaktywacja pozycji depresyjnej; własne przykłady kliniczne

W trakcie normalnego rozwoju pozycja depresyjna ulega rozwiązaniu podczas pierwszego roku życia, lecz może ulec reaktywacji w okresach późniejszych, zwłaszcza w związku z żałobą (utrata ukochanego obiektu) lub depresją. Praca żałoby lub depresji nie przebiega według prawidłowego wzorca. **Zamiast wyzwolenia się od obiektu, następuje identyfikacja z utraconym obiektem.** Malcolm [8] mówi jeszcze o innym mechanizmie obronnym, a mianowicie o **ekspiacji**, która wymaga stałego karania self i wewnętrznych obiektów. Tym samym jest ona zjawiskiem przeciwnym do reparacji; uniemożliwia ją. Ma ona na celu unieruchomienie analityka i pracy analitycznej, aby ochronić się przed bólem wynikającym z poczucia winy, wskutek zyskania świadomości, że dobry i kochany obiekt jest tym samym, co ten, którego pacjent nienawidził i atakował. Klein podkreśla, że jest prawdopodobne, że reparacja rozpoczęta w późnym okresie życia może być nieudana i udaremnia wtedy możliwość utrzymania związku [3]³.

Dla zrozumienia tego procesu można przytoczyć przykład 31-letniej pacjentki K.P. z rozpoznaniem: przejadanie się związane z czynnikami psychologicznymi, F 50.4, która w ciągu 2 lat od śmierci ojca przytyła 40 kg i ważyła 108 kg w chwili przyjęcia do Kliniki Nerwic⁴ (1,5 roku po śmierci ojca rozpoznano też u niej w związku z napadami drgawek guz przysadkowy mózgu — incydentaloma, nie nadający się do operacji chirurgicznej). Pacjentka była jedynaczką i od 4. do 17. r. życia była przez ojca alkoholika molestowana, przeżywała wstyd (matka, chłodna, biła ją; pacjentka nie miała wsparcia). Ojciec — jak można było wnioskować — wykorzystywał pacjentkę jako narzędzie do walki z żoną, gdyż po wyjeździe żony do Stanów Zjednoczonych, gdy pacjentka miała 16 lat, przerwał molestowanie córki i ożenił się (w tajemnicy przed pacjentką, bezpośrednio przed jej maturą); druga żona wkrótce zmarła na raka. Próbował wtedy nakłonić ponownie córkę do zamieszkania z nim i do kontaktu seksualnego, ale ona odmówiła. Niedługo potem popełnił samobójstwo⁵. Córka znalazła go 2 tygodnie po zgonie; ciało było już w stanie rozkładu. Przez 14 dni po pogrzebie nic nie jadła, potem zaczęła jeść nadmiernie i utyła 40 kg.

— Podczas zajęć terapeutycznych pacjentka rozmawiała jedynie o ojcu, właściwie wy-

³ W opisywanym wyżej przykładzie bohatera z powieści T. Harrisa polegała ona m.in. na zastąpieniu siostry jako dobrego obiektu przez partnerkę. Clarice próbuje pomóc Lecterowi zacząć w końcu oplakiwać brak siostry, zamordowanej w czasie wojny. Gdy zaczął ujawniać emocje, siostra przestała mu się śnić. W ciągu 3 lat związek Lectera i Clarice rozwinął się od stadium seksu oralnego do genitalnego [9].

⁴ W związku z myślami „S” znalazła się najpierw w I Klinice Psychiatrycznej, skąd skierowano ją do Kliniki Nerwic.

⁵ Taka strategia radzenia sobie z trudnościami była często stosowana w tej rodzinie; matka ojca popełniła „S”, gdy miał 14 lat; z kolei matka pacjentki napisała list do jej ojca strasząc go, że jak się z nią nie ożeni, to ona popełni „S” i usunie ciążę; list ten znalazła pacjentka.

pełniał on całą jej przestrzeń przeżyć i relacji. Oczywiście było, że nie wyszła z żałoby. W dalszym ciągu czuła się zespoloną z ojcem (była nawet podobna do niego fizycznie, co wypominała jej matka). Czuła się zawsze za niego odpowiedzialna (DDA) i mimo że wszyscy w grupie mówili jej, że ojciec ją wykorzystywał, „nie potrafiła się oderwać od niego” – jak mówiła. Od 1,5 r. miała koszmary senne ze zwłokami⁶, o których opowiadała w pulsie⁷ na początku każdego zajęcia psychodramy, np. że kładzie się z ojcem do trumny, że musi się opiekować zgniłymi królikami. Widać tu było jej „stopień się” z ojcem. Podczas realizacji jej „portretu muzycznego” (PM) na muzykoterapii [9–12], dotyczącego struktury „ja”, okazało się, że w warstwie zewnętrznej pacjentka prezentuje się jako małe dziecko, uległe, jako ofiara, ale wewnątrz jest wielkim, silnym ponad 100-kg wojownikiem. Coraz bardziej widoczne stawało się jej stopienie z ojcem. Mechanizm tego stopienia, zdiagnozowany podczas PM okazał się **związany z patologiczną introjekcją i identyfikacją z utraconym obiektem**. Pacjentka zamiast się oddzielić od ojca po jego śmierci, symbolicznie wchłonęła go w siebie, przede wszystkim cieleśnie (mogło być znaczące, że kontaktu z ojcem doświadczała na płaszczyźnie cielesnej). Przeobraziła go przy tym w wielką postać, w pomnik herosa, dodając mu wspaniałości (wychowana była przez babkę w poczuciu wyjątkowości, a matka i macocha były lekarkami). W rzeczywistości — w muzycznej scenie rodzinnej — ojciec okazał się słabą osobą, pacjentka wybrała dla niego mniejszy i słabszy instrument muzyczny niż dla matki. Po śmierci ojca pacjentka „nosiła go w sobie” wyglądając potężnie i po męsku jak olbrzymka. Była dominująca poprzez swoje rozmiary, choć psychicznie uległa, ugrzeczniona, nie wyrażała emocji negatywnych.

Reaktywacja pozycji depresyjnej i identyfikacji z utraconym obiektem jest widoczna w projekcjach pacjentów, uruchamianych podczas słuchania muzyki. W technice wyobrażenia „postaci” [9, 10] do muzyki pojawiają się obrazy obiektów dobrych i złych albo tylko idealizowanych lub tylko złych. Mogą one zachodzić na różnych poziomach osobowości; np. u pacjentki M. Ch., która była wykorzystywana seksualnie przez ojca i obcego mężczyznę, przy muzyce, która uruchamia identyfikację na poziomie cielesności, zmysłowości, seksualności, pojawiła się postać 72-letniego mężczyzny i tęsknota za przeżyciami z nim związanymi. *Muzyka ta podsunęła mi obraz starszego 72-letniego dystyngowanego mężczyzny o usposobieniu melancholijnym. Człowiek ten spaceruje po parku i rozpamiętuje barwną przeszłość, która bezpowrotnie minęła. Wspomnienia te są bardzo barwne i raczej pozytywne. Wyczułam w nich nutkę tęsknoty za czymś, co już się skończyło.* Natomiast to samo wyobrażenie „postaci” zastosowane do muzyki, która uruchamia identyfikację przede wszystkim psychiczną i jakby „całościową”, z obszaru całej osobowości, wprowadziło postać kobiety, ale postarzałej, czymś obciążonej, bo 36-letniej (a pacjentka ma 28 lat). *Jest to postać elegancka i bardzo oryginalna w swoim sposobie bycia. Przeżywa różnorodne i skomplikowane emocje, które emanują od refleksji i marzeń po uczucia krańcowe: niepokój, strach i brak opanowania. Osoba ta na pewno przeżywa poważne dylematy moralne, być może o podłożu rodzinnym. Kobieta ta jest niewątpliwie*

⁶ Zresztą tak się złożyło, że jej obecny partner pracował w zakładzie pogrzebowym ubierając zwłoki.

⁷ „Puls” poprzedzający psychodramę jest krótką, telegraficzną informacją, którą podaje każdy pacjent. Dotyczy ona tego, z czym przyszedł na zajęcia, z jakim problemem, z jakimi emocjami, co mu się śniło i czy zostały w nim jeszcze przeżycia i refleksje z poprzednich zajęć psychodramy.

osobą twórczą i wrażliwą, ale jednocześnie budzącą mój niepokój, być może jest nieobliczalna. We mnie budzi duży dystans, a nawet strach, a z drugiej strony ciekawość. Ta melodia, mimo że pełna niepokoju i groźnej ekspresji, była mi bliższa i zdecydowanie bardziej mi odpowiadała (niż utwór, w którym zidentyfikowała się ze starszym mężczyzną). Pacjentka zgłosiła się do psychodramy i od razu na wstępie powiedziała, że to, co robił ojciec z nią, było przyjemne. Mimo to chciała przeżyć reparację tej traumy, mówiąc, że zabiłaby tego mężczyznę i nienawidzi go za bardzo destrukcyjne konsekwencje jego czynu dla jej życia: pozostaje nadal samotna, ma natręctwa, lecz się.

3. Samorzutny proces reparacji

Działania reparacyjne podejmowane są przez ludzi niejednokrotnie samorzutnie i nieświadomie, zarówno na jawie, jak i we śnie. W tym ostatnim przypadku mogą one przejawiać się w postaci koszmarów nocnych (pomijam tu sny w ciężkich chorobach somatycznych, wynikające np. z niedotlenienia organizmu itp.). Freud rozumie je nie jako sygnał pogorszenia się stanu psychicznego pacjenta, lecz paradoksalnie — jako wskaźnik wzrastającego poczucia bezpieczeństwa, wskutek czego odważa się on dotknąć trudnych, urazowych przeżyć. W ten sposób pacjent oswaja swój lęk i opanowuje sytuację — taka jest zresztą rola teatru leczniczego, jakim jest metoda psychodramy Morenowskiej. Zakłada się, że wyjście na scenę z zagrażającym problemem i konfrontacja z nim zmniejszy poziom lęku u pacjenta, ułatwi mu zrozumienie problemu (wgląd poprzez działanie), a także pozwoli znaleźć dla niego rozwiązanie.

Przykładem samorzutnego, spontanicznego działania reparacyjnego może być np. sen osoby uczestniczącej w 2-letnim szkoleniu z muzykoterapii⁸, która, inaczej niż cała rodzina, nie była obecna podczas śmierci babci — była w tym czasie z mężczyzną — i przeżywała długotrwałe poczucie winy. Miała potem sen, w którym ubierała babcię po śmierci i całowała ją na pożegnanie (a więc wynagradzała jej zaniedbanie i niepożegnanie się, mimo towarzyszącego ogromnego lęku; być może również karała siebie — całując babcię zobaczyła jej nadgniłe ucho). Wcześniej (jeszcze przed pojawieniem się tego snu) zapisała się do zespołu teatralnego, który inscenizował obrzędy pogrzebowe różnych krajów. Otrzymała tam rolę matki zmarłego mężczyzny; z rolą tą nie czuła się dobrze. Po omówieniu tej sytuacji podczas warsztatów muzykoterapii, gdzie otrzymała wsparcie ze strony grupy szkoleniowej, postanowiła się wycofać z tego spektaklu, zrozumiała bowiem źródło swych wyborów i poczynań. Cała ta praca z grupą szkoleniową odciążała ją także w pewnym stopniu od przeżywanego poczucia winy.

4. Reparacja w psychodramie i w muzykoterapii

4.1 Praca z regresją

Reparacja traumy jest procesem złożonym i wielofazowym⁹ (zob. opis wg teorii Moreno [12]). Rozpoczyna się od odciążenia od zablokowanych emocji negatywnych: żalu, lęku, wstydu, brudu upokorzenia. Chodzi przy tym o przeżycie i wyrażenie złości zwycięskiej, a nie złości przegranej ofiary [13]. Następnie reparacja może polegać na uzupełnieniu deficytów, stanów deprywacji (pracuje się wtedy w tzw. poszerzonej rzeczywistości — pojęcie

⁸ Szkolenie odbywało się w postaci warsztatów typu pracy własnej.

⁹ Opis doświadczeń urazowych, mechanizmu traumy oraz faz reparacji według teorii Moreno (6, 7, 8).

Moreno). Według teorii Klein polega ona na przemianie „złego” obiektu w „dobry” i na introjkcji tego „dobrego” obiektu.

W pracy terapeutycznej dokonywana jest reparacja traum, poprzedzających nawet narodziny pacjenta, np. związanych z informacjami, jakie uzyskał on od rodziców. Zwykle traumatycznie przeżywana jest informacja, że jest się niechcianym, nieoczekiwanym dzieckiem, „z przypadku”, albo że matka zamierzała dokonać aborcji. W terapii metodą psychodramy stosuje się wtedy cofnięcie w czasie do okresu poprzedzającego narodziny.

Jako traumatyczne przeżycie traktowany jest także trudny czy wczesny poród i w konsekwencji pobyt w inkubatorze, co pociąga za sobą wczesną izolację od ciała matki i niekorzystanie z karmienia piersią. Jeśli pacjent przekazuje informację, że nie był karmiony piersią i że to ma dla niego znaczenie, fakt ten brany jest pod uwagę w terapii. Tego typu niedobór niekiedy jest widoczny np. gdy osoba dorosła (mężczyzna) ma nawyk ssania od wewnątrz swego policzka.

Muzykoterapia stwarza w tym zakresie nowe i niezastępowalne przez inne techniki możliwości. Np. możliwe jest uzupełnienie karmienia piersią w sposób muzyczny. Takie działanie zostało zastosowane wobec 48-letniego pacjenta o rozpoznaniu „osobowość zależna” F 60.7, którego matka nie mogła karmić piersią w dzieciństwie (z powodu czyraków piersi) i który miał z tego powodu (jak informował) w wieku dorosłym poczucie zaniedbania i nienasycenia; nie podejmował roli dorosłej ani wobec matki (był jej piątym dzieckiem), ani wobec żony. Matka natomiast odrabiała teraz zaległości wobec niego, traktując go jak nieporadnego synka. **Symboliczne karmienie piersią w muzykoterapii** (w celu integracji obu obiektów: dobrej i złej piersi) było działaniem niezwykle prostym, ze względu na abstrakcyjny charakter środków muzycznych. Pacjent siedział na małym stołeczku przy matce (odgrywanej przez pacjentkę z grupy) i grał z nią na wybranym przez siebie instrumencie. „Matka” otrzymała polecenie grania bardzo powoli, płynnie, łagodnie i cicho, w sposób rozmyty, bez wyraźnego rytmu i pulsu. Pacjent przejął sposób grania matki; przeżył tu głębokie poczucie bezpieczeństwa i bliskości. Interakcja muzyczna z matką miała charakter symbolicznego stopienia się w jedność i uzupełniła fazę relacji symbiotycznej. Pacjent kontynuował grę do uzyskania poczucia wieku trzech lat. Potem miał już potrzebę kontaktu z ojcem i przeszedł następnie do scenki z ojcem.

W pracy reparacyjnej z kobietami stosuję niekiedy regresywną technikę psychodramatyczną „kołyski”, która symbolizuje zbiorową, grupową matkę. Kołysze ona dziecko, dając mu brakujące ciepło i bezpieczeństwo, a następnie wyposaża je na przyszłość. Pacjentka zwykle regresuje się do czasu urodzin lub najwyżej do wieku 2–3 lat. Po takim wyposażeniu pacjentka powraca do wieku faktycznego [12]. Takie wyposażenie na przyszłość przez matkę jest też ważne dla zakończenia procesu żałoby po jej utracie [14]. Nie wystarcza tu tylko odreagowanie emocji negatywnych. Potrzebne jest uzupełnienie przyszlých braków w rozwoju pacjentki, związanych ze śmiercią matki, tzn. w określonej fazie gry psychodramatycznej należy wprowadzić „poszerzoną rzeczywistość” (termin Moreno), w której matka będzie nadal żyła i towarzyszyła pacjentce w kolejnych ważnych zdarzeniach z jej życia, np. pójdzie na wywiadówkę i zatroszczy się o córkę lub obroni ją przed „złą” nauczycielką; w momencie dojrzewania uświadomi ją i da poczucie bezpieczeństwa, następnie wprowadzi ją w rolę kobiety dorosłej itd. Na ogół sama pacjentka wie, co jest jej potrzebne [14]. W przypadku mężczyzn ważne jest przekazanie synowi wzorca męskości.

W pracy muzykoterapeutycznej jest to zwykle przekazanie synowi mocnego rytmu. Ale znaczenie może mieć tu także kontakt z matką, jak np. w terapii pacjenta Krzysztofa, który, mimo stosowania różnych treningów behawioralnych na wyrażanie złości, nadal pozostawał bierny i uległy w kontakcie z innymi. Dopiero w psychodramie dotyczącej śmierci samobójczej jego matki, gdy spotkał się z nią i wyraził jej swoje niezadowolenie, że dawała mu za życia wzorzec zachowania uległego wobec swego męża, który ją poniżał i bił, a ona z kolei pokazała mu jak przeciwstawiała się ojcu — nastąpiła zmiana w jego zachowaniu, obserwowana w klinice. W przypadku psychodramy regresywnej pacjent jest informowany, że, mimo iż cofa się do roli dziecka, jest w rzeczywistości osobą dorosłą, a więc silniejszą niż dziecko, mądrzejszą o doświadczenia i stąd łatwiej sobie poradzi z zagrożeniem.

Jeśli rodzic jest tak zdegenerowany, że pacjent nie chce z nim kontaktu, można wtedy wybrać jego idealną reprezentację spośród członków grupy lub wyodrębnić jego „dobrą” część i kontaktować pacjenta z tą częścią. Efektem jest silne przeżycie naprawcze bliskości i introjeksja „dobrego” obiektu. Tym samym następuje zmiana relacji ze sprawcą traumy, gdy jest to rodzic; jeśli jest to osoba obca, np. gwałciciel, nie prowadzi się pacjenta w kierunku bliskości z nim. Reparacja polega na kontakcie z „dobrą” częścią rodzica, którą w końcowej fazie pracy terapeutycznej należy zintegrować ze „złą” częścią w całościowy obiekt.

Reparacja polega też na przemianie złego obiektu w dobry. Za przykład można tu podać psychodramę muzyczną w „portrecie muzycznym” pacjentki A. na temat: „aborcja”, która w kontakcie z agresywną matką (*swym kontaktem od urodzenia po trochu mnie uśmiercała, odrywała mi części ciała*) nagle przypomniała sobie sytuację z życia, gdy jest małą dziewczynką i na śmietniku (gdzie zwykle się bawi szukając kolorowych szkiełek) znajduje nagle martwą świnię, czuje ogromny lęk (grupa powiązała z tym wydarzeniem jej lęk przed śmiercią). Bała się o tym powiedzieć matce, gdyż ta nie pozwalała jej chodzić na śmietnik. Jako symbol martwej świni wzięła beczułkowaty bęben i umieściła go sobie na kolanach, a nie położyła na śmietniku. Symbolika martwej świni była tu wieloznaczna. Po przejściu kolejnych faz zgodnych z regułami psychodramy Morenowskiej, tzn. katharsis w postaci odreagowania agresji, a następnie napełnienia się pozytywnymi emocjami [15] (tu pacjentka grała bliski kontakt z matką) poczuła ulgę. Następnie przyśnił jej się sen, w którym martwa świnią stała się małą żywą świnką, którą opiekowały się obie z matką. A. czuła ogromną potrzebę kupienia sobie do domu małej świnki i szukała jej w sklepach zoologicznych.

4.2 Proces reparacji żałoby

W celu przedstawienia procesu reparacji żałoby wróć do pacjentki K.P. z zaburzeniami odżywiania się opisanej wcześniej. Praca reparatorna rozpoczęła się od psychodramy, w której odtworzyła ona swe koszmarne sny związane ze śmiercią ojca. W drugim śnie zobaczyła ojca w trumnie i położyła się obok niego na boku, przytulając do ręki ojca głowę (z guzem!). Grupa widzi małe dziecko w pozycji embrionalnej, które zajmuje mało miejsca, czuje się bezpiecznie, chce się schować za niego, wstydzi się, jest skulone, zasłania atrybuty kobiece, brzuch i piersi. Mówi *on jest taki dobry dla mnie*. Stopniowo widać, jak nasila się u niej przeżywanie poczucia winy, idealizuje ojca, oczyszcza z krzywd, obciąża siebie. Może w sobie zniszczyć kobietę. W odczuciu grupy pacjentka cofnęła się

do czasu, kiedy ojciec jej nie molestował jeszcze. Chcąc w ten sposób oczyścić relację ze zmarłym ojcem z zabarwienia erotycznego, mówi *szkoda mi go* i płacze. *Nie mam pomysłu, co robić; poświęcił się dla mnie*. Pacjentka w tej fazie nie była zdolna do zobaczenia obiektywnie sytuacji i w związku z tym do wyrażenia agresji. Skorzystałam z potencjału grupy, która dublowała pacjentkę wypowiadając jej ukryte myśli i odczucia: *jestem na ciebie wściekła za to, co mi zrobiłeś; jak byłeś dobry to był to plaster na rany, które sam robiłeś; czuję złość, że byłam dla ciebie przedmiotem, którym się zabawiałeś; zniszczyłeś mi dzieciństwo, nienawidzę cię, że byłeś egoistą, że ty byłeś najważniejszy, że nie byłam w ogóle dzieckiem; czemu tego nie widziałeś, dlaczego ze mną tak postępowałeś, dlaczego nie dawałeś mi miłości, dlaczego nie myślałeś o konsekwencjach na przyszłość; nienawidzę cię, najlepiej bym cię pobila; jeśli mnie kochałeś, to pozwól mi żyć własnym życiem; wzbudziłeś u mnie poczucie winy, nie wiem, czy będę mogła ci przebaczyć; przyjmij ten protest, który ci daję*". Pacjentka mimo początkowej bezradności skorzystała z pomocy grupy i zapytała ojca: *czemu mi to zrobiłeś, przecież nic złego ci nie zrobiłam*. Na następnych zajęciach psychodramy K. opowiada w pulsie o 2 snach: *ojciec przychodzi i mówi, że go bardzo boli brzuch, jest strasznie brudny, a ja się nim opiekuję (DDA) i czuję jego ból*. Drugi sen: *jestem w kuchni, a ojciec mówi szybciej, szybciej, gotuj*. Trzeci sen: *leżę na materacach, a obcy mężczyźni zaczynają mnie rozbierać, leżę nieruchomo*. K. kładzie się na macie w pulsie i mówi: *czuję się jakbym była chora i bezbronna; w tym śnie jestem taka bezbronna*. K. jest dziś bardziej otwarta, ale zakrywa nadal piersi. Na balu maskowym granym przez grupę na psychodramie, K. przebiera się w koc i chustę; ktoś z grupy mówi, że jest to Krzyżak, który przyszedł szpiegować. Zdejmuje maskę przed ojcem; pacjent, który grał jej ojca mówi, że K. boi się zobaczyć siebie taką, jaką jest. K. w zamianie roli z ojcem mówi: *widzę swoją córkę, chroniącą siebie, bezbronną; nie bój się mnie*.

Kolejna psychodrama — w pulsie K. mówi: *czuję lęk, osoby, które zmarły, śnią mi się jak żywe* (oprócz ojca, w tym samym czasie zmarła jej babka i druga żona ojca). Sygnalizuje też lęk przed rozmową z matką. Wspomina krzywdy, jakie wyrządzili jej rówieśnicy w VII klasie. Jak z tego widać, jej świat relacji społecznych zaczyna się poszerzać o inne osoby niż ojciec. Na kolejnej psychodramie czuje się winna śmierci prof. Ledera: *ten profesor zmarł przeze mnie, gdyż kiedyś widząc go w klinice pomyślałam, że zaraz umrze i tak się stało. Śniło mi się, że jego trumna stała w stołówce, wstawał i miał do mnie jakieś pretensje* (według Klein byłoby to być może potencjalne zjadanie złego obiektu, internalizacja wewnętrzna negatywnej introjeksi — zob. wcześniej). Zamiast ojca, przyśnił się prof. Leder. Jest to z jednej strony stopniowe rozszerzanie relacji z ojcem na inne osoby i tym samym rozluźnianie stopienia z nim, a z drugiej — nobilitacja ojca alkoholika i pedofila. K. zgłasza się do pracy z dwoma tematami: 1. Obronić się przed kimś, kto robi mi krzywdę i 2. zdobyć zaufanie do mężczyzn. Na kolejnej psychodramie K. mówi, że ma coraz to nowe objawy, nerwobóle w żebrach. *We śnie strasznie biłam swego byłego partnera, z którym się chciałam rozstać*. Mówiąc o tym, aż siada na krześle z bólu; ból odczuwany jest na równi ze złością. *Poczułam złość do byłego chłopaka, nadużył mojego zaufania, oszukał mnie*. K. zgłasza się do pracy z tematem „Zerwanie zależności, która mnie niszczy, zależności od człowieka wykorzystującego mnie; wyrazić mu złość”.

Podczas dwugodzinnego „portretu muzycznego” [9–12, 16] poświęconego pacjentce zostaje zdiagnozowana jej struktura „ja” i mechanizm tycia (opisany wcześniej). Grupa stwierdza: *Dominujesz nad nami swą wielkością; ojciec umarł, ale żyje w tobie*. Celem

terapii staje się wyodrębnienie od ojca i odkrycie własnej kobiecości. W rodzinnej psychodramie z matką i ojcem okazuje się, że K. dominuje zajmując się sprawami rodziny, a nie swoimi (pacjentka do 20. r. życia nie potrafiła rozróżnić, czy czuje się dobrze, czy źle), że dźwiga całą rodzinę na sobie (DDA) i musi być przez to wielka nawet rozmiarami, że mimo to jest ofiarą atakowaną przez rodziców. We wspólnej grze rodzinnej grupa wyczuwa atmosferę walki. Pacjentka sama dochodzi do wniosku, że musi wyrzucić pretensje, żal, złość do ojca (*z matką już to załatwiłam w psychodramie*), chce, żeby ojciec sobie poszedł, chce poczuć się kobietą. Matka jej pomaga w scenie z ojcem. K. konfrontuje się tu także z samobójstwem ojca. W zamianie roli z ojcem sama sobie przekazuje następujące słowa: *chciałbym, żebyś poszła swoją drogą, znalazła własne szczęście i nie brała ze mnie przykładu; nie byłem dobrym ojcem, nie dorosłem do tej roli, proszę, żebyś mi wybaczyła, będę cię wspierał, jako ojciec wierzę w ciebie, jesteś moją córką, przepraszam cię. Z własnych doświadczeń klinicznych wynika, że pacjenci na ogół nie mają potrzeby karania sprawców swych urazów, o ile są to ich rodzice, natomiast oczekują od nich przeproszenia. To przywraca im poczucie własnej godności i pozwala na wybaczenie im i tym samym sobie, bo następuje tu nieuzasadnione branie winy przez pacjenta na siebie. Właściwie reparacji w sensie naprawienia krzywdy powinien dokonać sprawca, agresor. Praca reparatorna obejmuje zatem przywrócenie właściwej perspektywy i obejmuje relację ofiara—agresor.*

Po „portrecie muzycznym” pacjentka jest uśmiechnięta, czuje ulgę, dziękuje mi. Miała przyjemny sen: *ojciec uśmiechnięty pomagał mi przy samochodzie, latałam i czułam się wolna; śniła mi się też Irenka* (pacjentka, która na fotografii psychodramatycznej znalazła się w centrum grupy). Sen ten można traktować jako jeden ze wskaźników reparacji. W kolejnej psychodramie K. rozmawiała ze swoją chorobą, która powiedziała *nie pozwalam ci dorosnąć, abyś mnie pokonać musiałabyś oderwać się od rodziców. Nie chcę, żebyś była samodzielna i poszła do ludzi, chcę żebyś była dzieckiem, pobaw się ze mną misiem, dobrze nam razem, zjedz jeszcze troszkę, będzie ci lepiej*”. K. poczuła złość, że choroba robi z nią, co chce. Grupa wskazała jej, że choroba zwalnia ją od obowiązków i daje dziecięcą zabawę, w zamian za utratę kobiecości i wpływu na przyszłość. K. odepchnęła chorobę i wzięła przyszłość (symbolizowała ją chusta) w swoje ręce. Niedługo potem została wybrana do roli kobiety ciężarnej przez inną pacjentkę i po urodzeniu dziecka bardzo broniła jego praw. Poinformowała następnie grupę, że napisała list do ojca i przeczytała go na cmentarzu, co przyniosło jej ulgę. W ostatniej psychodramie zmierzyła się z trudnościami: przeprowadziła rozmowę z byłym chłopakiem, który namawiał ją do złego, i z szefową w pracy (przeniesienie relacji z matką). Poradziła sobie. Przy wypisie z kliniki poprosiła mnie o kontynuowanie dalej jej terapii metodą psychodramy.

Wspomniane działania terapeutyczne są weryfikowane przez odczucia pacjenta. Po prawidłowo przeprowadzonej reparacji doświadczeń urazowych pacjent odczuwa ulgę i uspokojenie, wskutek odbarczenia od agresji, poczucia winy, lęku, wstydu, a ponadto „rośnie”, dojrzewa z regresji do wieku zgodnego z biologicznym. Towarzyszy temu pogodny nastrój i często przeżywanie nie tylko poczucia bliskości, lecz nawet stanu błogości. Poczucie wieku u pacjenta i jego stan psychiczny są zatem istotnymi **wskaźnikami prawidłowej pracy reparatornej**. W metodzie „portretu muzycznego” — wskaźnikiem rozwoju symbolicznego pacjenta są zmiany instrumentu muzycznego [11, 12, 14].

Zakończenie

Celem przedstawionych tu przykładów terapii jest wyposażanie pacjenta w dobre „obiekty”, czyli — jak to określa M. Klein — budowanie banku czy magazynu pamięciowego z obrazami dobrych obiektów. Nie tylko wpływa to korzystnie na proces uspołecznienia pacjenta (dobre obiekty włączane są do superego), lecz także uruchamia u niego rozwój symbolicznej aktywności psychicznej, dzięki czemu może on uzyskać gratyfikację poprzez fantazję. Niemożność gratyfikacji poprzez fantazję w świetle teorii relacji z obiektem wyjaśniana jest (Kahn) [6] uformowaniem się u dziecka fałszywego self, czyli usztynieniem psychiki, i odcięciem jej od własnych potrzeb, wskutek skumulowanej traumy. Do tak rozumianej reparacji przyczynia się istotnie „portret muzyczny”, w którym dokonywana jest regulacja w obrębie struktury „ja” pacjenta. Dla rozwoju myślenia symbolicznego, uruchamiającego fantazję, przydatna jest z kolei metoda „kierowanej wyobraźni”, tj. projekcji tematycznej do muzyki [9, 10]. Abstrakcyjność środków muzycznych pozwala ponadto w terapii na realizację zadań takich, jak np. „muzyczne karmienie piersią”, niewykonalnych w innych warunkach. W Morenowskiej psychodramie celem reparacji jest rozpoznanie i usunięcie patologicznej matrycy, tj. pierwotnego wzoru myślenia, odczuwania i zachowania się pacjenta, związanego z traumą, a więc z lękiem i z zahamowaniem spontaniczności. Z wzorca tego wyrasta utrwalona rola ofiary. Efektem końcowym jest dokonanie rematrycyzacji [12, 14]. Pacjent zyskuje tu również „dobre” obiekty do identyfikacji oraz rozprawia się ze „złymi”.

Warto podkreślić, że podejmowanie działań reparacyjnych, dotyczących wczesnego dzieciństwa, wymaga odrębnego traktowania czasu niż w przypadku stosowania metod behawioralno-poznawczych. Czas płynie tu własnym tempem, wyznaczonym przez potrzeby pacjenta. Im wcześniejszego okresu życia dotyczy reparaacja, tym jest on mniej ustrukturywany, jak np. u niemowlęcia stopionego z matką, które w ogóle nie ma poczucia czasu. „Nasycanie” pacjenta brakującym ciepłem i pozwolenie mu na symboliczne dojrzewanie wymaga dania pacjentowi tyle czasu, ile on potrzebuje, i niezakłócania wspomnianego stanu błogości pośpiechem wynikającym z cezur czasowych, według których podzielone są kolejne grupowe zajęcia terapeutyczne.

Piśmiennictwo

1. Fahnér S. Słownik psychoanalizy. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1996.
2. Klein M. Criminal tendencies in normal children. W: Love guilt and reparation and other works 1921–1945. New York: Free Press; 1975, s. 170–185 (cyt. za Gregory B. zob. [3]).
3. Gregory B. Hannibal Lecter: The honey in the lion’s mouth. *Am. J. Psychother.* 2002; 56, 1: 100–114.
4. Klein M. The early development of conscience in the child. W: Love guilt and reparation and other works 1921–1945. New York: Free Press; 1975, s. 170–185 (cyt. za Gregory B. zob. [3]).
5. Guntrip H. Schizoid phenomenon, object relations and the self. New York: International Universities Press; 1969.
6. Khan M. Dream psychology and the evolution of the psychoanalytic situation. W: The privacy of self. New York, International Universities Press; , 1974, s. 27–41.
7. Kernberg O. Severe personality disorders. New Haven, CT: Yale University Press; 1984.
8. Malcolm RR. Expiation as a defense. *Int. J. Psychoanal Psychother.* 1980; 8: 549–70.
9. Galińska E. La musicotherapie cognitive; le portrait musical du patient. *Rev. Musicother.*, 1989; 1: 33–63.
10. Galińska E. Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. *Psychoter.* 1995; 2: 27–60.
11. Galińska E. Portret muzyczny jako metoda harmonizacji struktury „ja” pacjentów z zaburzeniami nerwico-

- wymi. Probl. Poradn. Psychol. Pedagog. 2001; 1: 55–67.
12. Galińska E. Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „portretu muzycznego” (PM). Psychoter. 2003; 1: 19–40.
 13. Galińska E. Ciało, emocje, myślenie w obrazie „ja” pacjentek anorektycznych. Gestalt 1994; 14: 28–31.
 14. Galińska E. Temat śmierci w psychodramie. Praca dyplomowa. Europejskie Towarzystwo Psychodramy, Warszawa, kwiecień 2002.
 15. Roine E. Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu. Opole: Wydawnictwo Kontakt; 1994.
 16. Galińska E. Muzykoterapia zaburzonego poczucia tożsamości. „Kodowanie muzyczne” – instalacja ego. Psychoter. 2003; 3: 61–72.

Adres: Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii
al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa