

STRATEGIE KONTAKTU W RODZINIE A AUTOPREZENTACJA PACJENTA Z ZABURZENIAMI NERWICOWYMI*

THE STRATEGIES OF CONTACT WITHIN THE FAMILY AND SELF-PRESENTATION OF A PATIENT WITH A NEUROTIC DISORDER

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

**self-presentation
strategies of contact
family intergenerational
transfers**

W artykule przedstawiono koncepcję formowania się autoprezentacji pacjentów niepsychotycznych na podstawie otrzymywanych przez nich przekazów rodzinnych wyznaczających niekorzystne strategie kontaktu i role społeczne oraz nierówną relację w interakcji z partnerem. Przytoczono wyniki badań nad stylem komunikacji muzycznej w 3 grupach diagnostycznych, wskazując na specyficzne strategie kontaktu muzycznego, związane z odmienną autoprezentacją każdej z trzech grup. Na przykładzie stylu komunikacji muzycznej osób zdrowych (grupa kontrolna) opisano strategię kontaktu i zachowanie skierowane „ku ludziom” z wyjściowym nastawieniem pozytywnym.

Summary: The concept of forming a self-presentation by non-psychotic patients based on family transfers generating the state of threat and helplessness received by them is described in the article. These transfers include negative emotions like anxiety, aggression or sadness. On the one hand they cause shame or wake fear, lowering high self-esteem and self-confidence. On the other hand they bring about exaggerated demands. Therefore, they split the patient and make him dependent from his parents. Examples of “neurotic” family transfers which determine the unfavourable strategies of contact and social roles, and not an equal relationship in the interaction with the partner are shown in the article. The results of the author’s own research on the style of musical communication in three diagnostic groups are quoted, pointing at the specific strategies of musical contact connected with different self-presentation in each group: 1. infantile in the group with the nutrition disorder (with the “inferior” strategy and “away from” people; 2. too grown-up adult, “the critical parent” (with the attitude “from” and “above”); 3. an exaggeratedly powerful man, impulsive, not taking into account the borders of the partner (with the attitude “against” people).

Taking the style of musical communication of healthy people (the control group) as the example, strategies of contact and the behaviour “towards people” with the initial positive attitude (see the Polyanna’s effect – the phenomenon of positive-negative asymmetry PNA) are described.

Problematyka tożsamości, a zwłaszcza struktur i treści „ja”, do których należy autoprezentacja, jest jednym z najczęściej podejmowanych zagadnień w psychologii osobowości. Jest ona związana z wyposażeniem społecznym jednostki, z jakim wchodzi ona w życie; umysłowa reprezentacja własnej osoby, choć niewątpliwie prywatna i osobista, jest bo-

* Temat ten prezentowałam po raz pierwszy w 2004 r. podczas Festiwalu Nauki UW w Instytucie Muzykologii, w którym prowadziłam 3-letnią specjalizację z muzykoterapii, a następnie w 2005 r. podczas III Ogólnopolskiego Forum Muzykoterapeutów w Akademii Muzycznej we Wrocławiu. W obu przypadkach przedstawiałam referat, a następnie jego inscenizację psychodramatyczną w postaci 3-godzinnej warsztatu.

wiem produktem społecznym. Inni ludzie są na różne sposoby uwikłani w to, jak jednostka rozumie i doświadcza własnej tożsamości. Stąd mówi się o „tożsamości społecznej” i „tożsamości osobistej” [1, 2]; na kształtowanie obu wpływa silnie rodzina generacyjna.

Niniejszy artykuł jest fragmentem teorii „portretu muzycznego” (PM) — własnej metody opracowanej na potrzeby leczenia pacjentów niepsychotycznych. Metoda PM jest formą terapii zaburzonego poczucia tożsamości, zwłaszcza w zakresie struktury „ja”. Struktura „ja” jest w niej ujmowana w sposób relacyjny i warstwowy [3, 4, 5], ale w artykule ograniczę się jedynie do warstwy zewnętrznej, a mianowicie do autoprezentacji, którą rozumiem jako optymalną strategię kontaktu z otoczeniem, jaką jednostka wypracowuje dla siebie i prezentuje na zewnątrz w swym zachowaniu społecznym. Kształtuje się ona w dzieciństwie i rozumiem ją jako sposób pozyskiwania uczuć rodziców (a następnie innych osób) oraz radzenia sobie z zagrożeniem [6]. W artykule będę starała się wykazać, w jaki sposób rodzina — jej sposób myślenia i jej strategię kontaktu — wpływa na formowanie się autoprezentacji pacjenta.

1. Przekazy rodzinne otrzymywane przez pacjentów neurotycznych

Sposób myślenia o świecie, system wartości oraz specyficzne dla rodziny rozumienie relacji ja–ludzie transmitowane są w postaci głównego przekazu kierowanego do dzieci, często z pokolenia na pokolenie (por. technikę genogramów). Przekaz ten wyznacza strategię kontaktu, relację i pozycję, w jakiej jednostka ustawia się wobec innych, oraz wynikającą stąd rolę społeczną, jaką podejmuje [6]. W metodzie portretu muzycznego (PM) te składowe autoprezentacji wyznaczają też cel terapeutyczny (zob. niżej tabela 2). Większość przekazów, otrzymywanych przez pacjentów Kliniki Nerwic od rodziców (a zwłaszcza dominującego rodzica), zawiera w sobie negatywne emocje i negatywną ocenę świata, np. „bądź czujny; życie jest pełne niebezpieczeństw” lub „walcz, bo inaczej cię zniszczą” itp. Ustawiają one kontakt z ludźmi i myślenie o ludziach na bazie lęku, wrogości, niechęci, smutku. Generuje to u dziecka tzw. lęk podstawowy, na który wskazuje w opisie osobowości neurotycznej Karen Horney [7]. Lęk ten przenoszony jest następnie w życie dorosłe, gdyż oceny negatywne mają wyższą moc regulacyjną, mają bowiem wyższą wartość informacyjną niż oceny pozytywne, dotyczące stanów typowych [8] (zob. niżej).

Oprócz emocji negatywnych, przekazy te zawierają także nadmierne wymagania (np. „musisz być najlepszy” albo „masz być silny”), stąd sprostanie im naraża dziecko na porażkę, wywołując stan frustracji. Z jednej strony uzmysławiają mu one zagrożenie, co może hamować aktywność i obniżać samoocenę, a z drugiej budzą potrzebę wysokich aspiracji, osiągnięć, które wymagają wysokiej samooceny. Powodują zatem u dziecka, a później u osoby dorosłej, dezorientację. Jak wiadomo z badań psychologicznych, w sytuacji zagrożenia następuje łatwiejsza generalizacja przyjmowanych informacji i łatwiej formuje się stan uzależnienia od osób zagrażających. Stąd przytoczone wyżej przekazy nie tylko nie dają poczucia bezpieczeństwa, lecz również uzależniają dziecko i kształtują jednostkę o zależnej osobowości.

Niekorzystne są również przekazy typu „wszystko ci wolno, możesz robić, co chcesz”. Wyrabiają one postawę, którą określam jako postawę „w poprzek” ludzi [9]. Osoba kierująca się takim przekazem nie liczy się z nikim, dąży do swoich celów nie zwracając uwagi na

partnera, np. naruszając jego granice czy stosując różnego rodzaju przemoc. Generalnie, przekazy, jakimi obarczeni są przez swoich rodziców pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości nie sprzyjają bliskiemu kontaktowi z ludźmi. Wręcz przeciwnie — oddalają od ludzi lub są powodem konfliktów interpersonalnych, wynikających na przykład ze wspomnianego naruszania granic partnera. Przykłady patogennych przekazów są przedstawione w tabeli 1.

Tabela. 1 Przekazy i nakazy rodzinne generujące poczucie zagrożenia i bezradności

1. Życie to marsz ku śmierci
2. Kobieta musi się poświęcać i znosić wszystko dla dobra rodziny
3. Masz być silny, nie licz na nikogo
4. Nie okazuj emocji, bo to słabość
5. Musisz być kimś nadzwyczajnym, to zyskasz powodzenie u płci przeciwnej
6. Jak mogłaś dostać „4+” z matematyki. Twoja siostra potrafi dostać „5”.
7. Jak ty wyglądasz, zobacz, jaka śliczna i szczupła jest Kasia
8. Zjedz coś synku, żadna kobieta nie zadba o Ciebie nigdy tak jak ja

Z przekazem pierwszym zetknęłam się podczas szkolenia w genogramach w Strasburgu — jedna z uczestniczek, przejąwszy się nim, została zakonnica. Drugi przekaz formuje postawę męczennicy i wywołuje lęk przed podjęciem roli dorosłej kobiety, która kojarzy się jedynie z przeżywaniem przykrości i obciążeniem obowiązkami. W terapii zetknęłam się z młodą osobą, która bezpośrednio przed ślubem miała sny, że jest staruszką, ma zmarszczki, a na jawie wystąpił u niej, oszpecający ją, stan zapalny skóry na twarzy. Przekaz czwarty pozwala ujawniać emocje jedynie poprzez objawy nerwicowe. Przekaz piąty zilustrował kiedyś młody pacjent chory na schizofrenię, który podczas słuchania muzyki wyobraził sobie, że jeśli będzie wielkim artystą i wyrzeźbi wspaniałą posąg kobiety, która mu się podoba, to pozyska jej względy. „A czy ty w ogóle potrafisz całować?” spytała go wtedy jedna z pacjentek, także chora na schizofrenię [10]. Kolejne dwa przekazy zawstydzają dziecko, obniżając jego poczucie własnej wartości, oraz formują postawę perfekcjonistyczną i rywalizacyjną, przy czym powodują dezorientację. Ostatni przekaz regresuje i uzależnia syna, zwłaszcza dorosłego, nie zachęcając go do założenia własnej rodziny.

2. Przekazy rodzinne a formowanie się postaw społecznych niekorzystnych dla autoprezentacji

Przekazy i nakazy rodzinne wyznaczają strategię kontaktu, relację, w jakiej ustawiamy się wobec partnera, rolę społeczną oraz cel terapeutyczny. Tych 5 elementów, łącznie z przekazem, stanowi główne składowe autoprezentacji pacjenta w metodzie portretu muzycznego [6]. Jej prawidłowa ocena jest punktem wyjścia budowania portretu (PM)¹.

¹ Doświadczenia własne pokazują, że niekiedy bardzo trudno jest określić, co stanowi zewnętrzną (tj. autoprezentację), a co wewnętrzną warstwę struktury „ja”. W klinice portret muzyczny przygotowuję przede wszystkim z terapeutą indywidualnym pacjenta, który zna najlepiej jego problemy i osobowość. W przypadku trudności postawienia diagnozy zewnętrznej, jawnej warstwie „ja”,

I tak np. nakaz „musisz wszystko znieść dla dobra rodziny” (zob. tabela 2, trzeci przekaz) formuje strategię wytrwania, podporządkowania się i uległości, a więc postawę submisyjną, a relację, w jakiej ustawia, można określić jako relację „pod”, „poniżej” innych. W tabeli 2 zaznaczono ją jako dysproporcję między dwiema osobami, jako przytłoczenie jednej osoby przez drugą. Pociąga to za sobą rolę społeczną „cierpiętnika”, „ofiary losu” lub „ugrzecz-nionego dziecka”, które wszystko zniesie, żeby być lubiane. Celem terapeutycznym jest wtedy uzyskanie przez pacjenta autonomii poprzez nabycie umiejętności przeciwstawi-ania się i realizowania własnych potrzeb. Kolejny, czwarty przekaz w tabeli 2: „jesteś do niczego, nie dasz sobie rady”, obniża u jego adresata poczucie własnej wartości do tego stopnia, że przestaje on wierzyć we własne siły i wykazuje postawę rezygnacji i bierności. Ustawia się w relacji „pod”, „poniżej” innych, ale na rysunku zaznaczono, że nie tyle jest zdominowany i przytłoczony, ile w ogóle jest „rozdeptany” i wygląda jak „mokra plama” (w tabeli 2 adresat przekazu zaznaczony jest zawsze kolorem szarym, a jego partner białym). Formuje się tu rola „nieudacznika”, „ofermy”, osoby, która myśli, że i tak nie warto nic robić, bo się nic nie uda. Celem terapeutycznym jest także i w tym przypadku zdobycie autonomii przez pacjenta, poprzez podejmowanie działania i przekonywanie się o poczuciu własnego wpływu na sytuację.










Przekazy, które formują przeciwną relację — „nad”, to takie, jak np. „masz być naj-lepszy” lub „musisz być silny, nie licz na nikogo” (zob. początek tabeli 2). Pierwszy z nich wyznacza strategię rywalizacji ukierunkowaną na zdobywanie osiągnięć i rolę społeczną „gwiazdy”, „prymusa”, z przekazem: „jestem świetny, podziwiającie mnie”. Na rysunku w tabeli 2 w świetle rozbłyskującej gwiazdy prawie nie widać jej malutkiego partnera. Celem terapeutycznym jest uczenie pacjenta współpracy z innymi. Drugi przekaz wyznacza strategię nieokazywania słabości oraz rolę „siłacza”, „herosa”, który „udźwignie wszystko” i „poradzi sobie sam”. Także i w tym przypadku jego partner na rysunku jest malutki. Celem terapeutycznym jest uczenie proszenia o pomoc wprost, a nie poprzez chorobę, uczenie okazywania słabości i jej akceptacji u siebie.

Odmianą grupę relacji i postaw, które określiłam terminami: „przeciw” ludziom, „od” ludzi i „obok” ludzi [9]², tworzą następujące przekazy (tabela 2). Relacja „przeciw” ludziom powstaje przy przekazie „walcz, bo inaczej cię zniszczą”. Strategią jest walka, atakowanie partnera widzianego jako przeciwnika, a rolą społeczną rola „wroga” z przekazem kierow-anim do otoczenia: bójcie się mnie. Celem terapeutycznym jest wtedy uczenie przeżywania bliskości. Np. podając temat „bliskość” do II części Koncertu fortepianowego e-moll

przydają się pomocnicze pytania, a zwłaszcza uświadomienie sobie, z jakiego zachowania pacjent powinien zrezygnować, żeby móc lepiej funkcjonować. Pozwala to łatwiej ocenić jego autoprezen-tację. Ten punkt wyjścia ustawia całą strukturę „ja”, a ponieważ jest ona prezentowana pacjentowi w postaci lustra muzycznego opracowanego przez terapeutę, jest więc dla niego bardzo znaczącym komunikatem, który ukierunkowuje jego myślenie, przeżywanie i zachowanie. Dlatego portret wy-maga dobrej diagnozy osobowości, w przeciwnym razie może szkodzić, a nie pomagać.

² K. Horney [7] wymienia u dziecka neurotycznego, występujące równocześnie, trzy sprzeczne postawy: „ku”, „przeciw” i „od” ludzi, które kształtują je pod wpływem sprzecznych nacisków rodziny. Wywołują one konflikt między nim a osobami z otoczenia (s. 23). Z czasem dziecko stara się rozwiązać ów konflikt przez uczynienie jednej z tych postaw konsekwentnie dominującą, np. usiłuje zająć postawę uległości, agresji lub rezerwy. Dokonuje więc wyboru wartości. Pociąga to za sobą pewne zmiany w jego osobowości.

Tabela 2. Formowanie się modeli autoprezentacji (źródło własne 2004, zob. przypis 1)

Przekaz	Strategia	Relacja	Rola	Cel terapeutyczny
„Masz być najlepszy”	rywalizacja zdobywanie osiągnięć	„nad” ludźmi 	gwiazda prymus „jestem świetny” „podziwiającie mnie”	Współpraca
„Musisz być silny, nie licz na innych”	nieokazywanie słabości	„nad” 	siłacz heros „udźwignę wszystko, poradzę sobie”	Proślenie o pomoc akceptacja słabości
„Musisz wszystko znieść dla dobra rodziny”	wytrwanie podporząd- kowanie się uległość	„pod” (poniżej ludzi) 	cierpiętnik/ca ofiara losu ugrzecznione dziecko „chcę, żebyś mnie lubił/a”	Autonomia przeciwi- stawienie się własne potrzeby
„Jesteś do niczego, nie dasz sobie rady”	rezygnacja bierność	„poniżej” 	niedużaczek ofiara „nie warto nic robić i tak mi się nie uda”	Autonomia działanie poczucie wpływu na sytuację
„Walcz, bo inaczej cię zniszczą”	walka atakowanie	„przeciw” 	wróg „bój się!”	Bliskość
„Bądź czujny, życie jest pełne niebezpieczeństw”	ucieczka	„od” 	jeż mysz, obserwator „boję się”	Bezpieczeństwo zaufanie
„Najlepiej nie angażuj się, bądź niewidoczny”	izolacja	„obok” 	samotnik	Towarzystwo zabawa przyjemność
„Bierz i rób co chcesz, ile i jak chcesz, nie licząc się z nikim”	skracanie dystansu łamanie granic przemoc	„w poprzek” 	blażen uwodziciel tyran (agresor) „wszystko mi wolno”	Empatia wyczuwanie granic własnych i cudzych
„Świat jest ciekawy, trudny, ale poradzisz sobie”	aktywność otwartość	„ku” ludziom 	partner przyjaciel „lubię cię”	Akceptacja siebie dojrzałość

Chopina można stopniowo poszerzać obszar bliskości, nawet u pacjenta psychiatrycznego, poczynając od bliskości ze słuchaną muzyką i samym sobą, poprzez bliskość z naturą, a następnie z ludźmi [3, 10]. Relacja „od” ludzi może powstać pod wpływem dominacji przekazu „bądź czujny, życie jest pełne niebezpieczeństw”. Strategią może być wtedy ucieczka, a metaforyczną rolą społeczną „mysz”, która ratuje się ucieczką, czy „jeż”, który odstrasza kolcami, ale także rola czujnego „obserwatora”. Celem terapeutycznym staje się tu stopniowe nabieranie przez pacjenta zaufania, poprzez stwarzanie mu poczucia bez-

pieczeństwa w różnych sytuacjach. Relacja „obok” ludzi może powstawać przy przekazie „najlepiej nie angażuj się, bądź niewidoczny”. Na rysunku w tabeli 2 widać, że między dwiema osobami nie ma żadnego kontaktu. Znajdują się one daleko od siebie. Podejmowana jest tu rola „samotnika”. Celem terapeutycznym może być w takim przypadku dostarczanie pacjentowi przyjemności w kontakcie z ludźmi, np. poprzez udział we wspólnej zabawie, i tym samym rozwijanie jego towarzyskości.

Z kolei relację, którą określiłam jako „w poprzek” ludzi [9], prowokuje przekaz „bierz i rób, co chcesz, ile i jak chcesz, nie licząc się z nikim”. Wyznacza on strategię skracania dystansu, łamania norm, granic partnera i przemocy. Rolę społeczną, którą podejmuje osoba realizująca ten przekaz, określam jako rolę „błazna”, „uwodziciela”, „tyrana” (agresora). „Błazen” skraca dystans i pod pretekstem żartu potrafi przekroczyć granice emocjonalne, a nawet cielesne (niby po przyjacielsku klepnie w plecy czy po ramieniu partnera interakcji). Podobnie jest w przypadku „uwodziciela”, który przekracza granice, stwarzając pozory związku uczuciowego. „Tyran” już nie musi szukać ani pretekstów, ani stwarzać pozorów, ponieważ sądzi, że „wszystko mu wolno” i że jest onnipotentny. Warto przytoczyć doświadczenia z jednego z warsztatów (zob. przypis 1), podczas którego osoba, która wybrała sobie rolę „tyrana”, w kolejnej inscenizacji psychodramatycznej, będącej modyfikacją wyjściowej sytuacji, zmieniła ją na rolę „dziecka”. Dla grupy stało się jasne, że rola „tyrana” wiązała się tu z niedojrzałością. Celem terapeutycznym, we wszystkich trzech opisanych przypadkach ustawiania się „w poprzek” ludzi, jest uczenie empatii w relacji z partnerem oraz wyczuwania granic własnych i cudzych.

3. Postawa „ku” ludziom

Wydaje się, że korzystny dla dziecka przekaz powinien zachęcać je do aktywnej postawy wobec otoczenia, pociągającej za sobą otwarcie na kontakty i działanie. Na przykład mógłby brzmieć następująco: „świat jest ciekawy, wprawdzie trudny, ale poradzisz sobie”. Formowałyby się wtedy postawa „ku” ludziom, a nie „od”, „nad” lub „przeciw” nim oraz włączony byłby element poznawczy, a nie tylko emocjonalny, dominujący w poprzednich przekazach [opis tych postaw i relacji zob. 9]. Taka osoba przyjmowałaby rolę partnera lub przyjaciela z przekazem „lubię cię”, rozumianym tu jako stan emocjonalny neutralny. Przekaz taki pociągałby za sobą relację bardziej przyjazną i dojrzałą, zawierającą akceptację siebie i drugiej osoby, co nie znaczy, że submisyjną czy nie dopuszczającą do wyrażania emocji negatywnych³.

Przyjmujemy tu wzorzec regulacji, który Peeters [11] określa jako „orientację inwencyjną”, czyli postrzeganie „pozytywności” jako normy, a negatywnych elementów jako wyjątków, odchyleń się od stanów „typowych” (por. zjawisko Pollyanny, czyli pozytywno-negatywnej asymetrii (PNA), wyższej preferencji ocen pozytywnych niż negatywnych [8]). Ten wzorzec regulacji ułatwia osiągnięcie celów długofalowych, których istotą jest przekształcanie rzeczywistości, jej kreacja (założenie, że warto ponosić pewne ryzyko, gdyż w ostatecznym rozrachunku okazuje się ono opłacalne). Natomiast przyjęcie odwrotnego założenia — o „negatywności” jako normie (odwrócona wersja PNA), prowadzi do

³ Zob. tabela 2 ostatni wiersz — w kolumnie „cel terapeutyczny” wymieniono „akceptację siebie i dojrzałość”, ale w rzeczywistości nie jest tu potrzebna terapia, bo uznajemy postawę „ku” ludziom za przejaw zdrowia psychicznego.

orientacji konserwatywnej, nastawionej na przetrwanie, i spotyka się ją we wszelkiego rodzaju patologii (zarówno w nerwicach, jak i psychozach) [8, s. 79].

4. Styl komunikacji muzycznej a autoprezentacja pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, odżywiania się i osobowości (wyniki badań)⁴

Celem badań było poznanie mechanizmów komunikacji niewerbalnej, i jej specyfiki diagnostycznej, u pacjentów niepsychotycznych na przykładzie komunikacji za pomocą instrumentu muzycznego. Analizowano sposoby komunikowania się (zmienna zależna) w trzech grupach diagnostycznych pacjentów (zmienna niezależna) zakładając, że sposoby komunikacji są istotnie różne. Do badań została wprowadzona także grupa kontrolna studentów, jako osób nieleczonych. Przyjęto m.in. hipotezy:

H1. Grupy diagnostyczne różnią się odmiennym stylem komunikacji muzycznej. H1.1. Grupa z zaburzeniami odżywiania się odznacza się stylem opartym na regule podobieństwa. H1.2. Pozostałe dwie grupy pacjentów odznaczają się raczej „konfliktowym” stylem, opartym na regule kontrastu, przeciwstawiania się, oddalenia.

H2. Komunikacja muzyczna w grupie pacjentów jest inna niż w grupie studentów. H2.1. U studentów odznacza się ona stylem opartym raczej na regule komplementarności. H2.2. Jest u nich bardziej złożona i zorganizowana (przede wszystkim zrytmizowana). U pacjentów (a) jest mniej zróżnicowana pod względem emocjonalnym i struktury muzycznej, ale (b) bardziej wyrazista, tzn. występuje tu większa zgodność w ocenach sędziów kompetentnych.

Zbadano 74 osoby: 53 pacjentów Kliniki Nerwic oraz 21 studentów szkolących się w muzykoterapii (psychologów, pedagogów, lekarzy, muzyków/muzykologów)⁵. Grupę pacjentów podzielono wg dominujących diagnoz psychiatrycznych na 3 podgrupy: 54,7% stanowiły osoby z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem, i pod postacią somatyczną (F 40–48), 34% stanowili pacjenci z zaburzeniami odżywiania się (F 50) i 11,3% pacjenci z innymi rozpoznaniem, głównie z zaburzeniami osobowości i dystymią.

Zastosowano własną technikę dziesięciu dialogów⁶ muzycznych, zwaną „stołeczkiem” (osoba badana siada na stołku w kręgu i nawiązuje kontakt za pomocą instrumentu muzycznego z dziesięcioma kolejnymi osobami z tego kręgu). Technikę tę nazywam także „stylem komunikacji muzycznej” z tego względu, że jej podstawą nie jest jednorazowy kontakt z jedną osobą, lecz z 10 osobami (liczebność grup w klinice). Cechy dotyczące aspektu interpersonalnego i intrapsychoicznego kontaktu muzycznego [zob. 9] każdej osoby były określane przez sędziów kompetentnych na podstawie opracowanego przeze mnie Kwestionariusza Stylu Komunikacji Muzycznej (zawierającego 48 pytań typu skal przedziałowych, w większości dwubiegunowych, typu dyferencjału semantycznego, na których można było uzyskać pomiar dyskretny 1–5, a także 80 skal nominalnych).

⁴ Przedstawiam tu jedynie streszczenie fragmentu wyników badań zaprezentowanych wraz z E. Aranowską w „Przeglądzie Psychologicznym” (2004, nr 4 [zob. 9]). Badania te zostały przeprowadzone w ramach statutowego programu badawczego nr 14, realizowanego w Klinice Nerwic IPiN, którego byłam kierownikiem naukowym w latach 2001–2003.

⁵ Przeprowadzenie badania było bardzo czasochłonne [zob. niżej] opis procedury badawczej, stąd zbadano niezbyt dużą liczbę osób.

⁶ Mimo poinformowania o regule dialogu, niektórzy badani raczej monologowali zdaniem sędziów kompetentnych.

Obliczenia statystyczne przeprowadzono na dwóch poziomach: 1) materiał muzyczny został oszacowany przez sędziów kompetentnych, 2) na podstawie otrzymanych danych z tych ocen sprawdzono stopień wyrazistości cech pacjenta (λ – wskaźnik opracowany przez prof. Elżbietę Aranowską specjalnie dla tych badań [zob. 9] i rozwinięty w jej książce [zob. 12]) oraz stopień nasilenia (średnie) cech komunikacji muzycznej. Wyniki porównano we wszystkich badanych grupach za pomocą testów istotności różnic (t Studenta i testy porównań wielokrotnych). Zastosowano następnie analizę korelacyjną w przypadku każdej grupy oddzielnie, w tym analizę skupień metodą BAVERAGE (z opcją COSINE)⁷.

Okazało się, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania się wykazywali dziecięcy styl komunikacji i przekaz muzyczny typu tła, niezróżnicowany, wytłumiony, „zlewający się z partnerem”, który przypominał kontakt z idealizowaną matką, wobec której rezygnowali z własnych potrzeb, reprezentując postawę „poniżej” – uległą, oraz postawę „od” – ucieczkową. Wobec partnera stosowali regułę podobieństwa, naśladowując jego motyw wyuczony, prawie je powielając, grając na zasadzie echa muzycznego. Olson [za: 13] wskazuje, że taki styl kontaktu formuje się w tzw. rodzinach splecionych, o skrajnie wysokim poziomie jednorodności, w których, jako systemie, nie ma odrębności (ich ego rodzinne jest niezróżnicowane). Przeciwną grupę w stosunku do nich stanowili pacjenci „z innymi” diagnozami (niż zaburzenia nerwicowe i odżywiania). Charakteryzowali się oni stylem muzycznym najbardziej „konfliktowym”, opartym na regule kontrastu. Grali przesadnie głośno, „z nadmiarem” (jedna ze zmiennych ocenianych przez sędziów kompetentnych), nie udawało im się utrzymać kontroli emocjonalnej (widoczna tu była postawa „w poprzek” i zachowania naruszające granice partnera, np. uderzali w instrument partnera bez jego zgody), kontaktowali się w sposób chaotyczny, destrukcyjny, mniej adekwatny i czytelny dla innych (w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami pacjentów i osobami zdrowymi). Wybierali duże, mocne instrumenty muzyczne, realizując model człowieka silnego (relacja nierówna „nad”), który rywalizuje i walczy, wyrażali głównie emocje negatywne (postawa „przeciw” ludziom), monologując i nie podejmując dialogu. Ich styl komunikacji muzycznej odznaczał się jaskrawością, a ich przekaz muzyczny (używając paradygmatu figura-tło) można było porównać do „wybuchającej” figury. Prawdopodobnie formował się on w tzw. rodzinach niezwiązanych [13], o najniższym poziomie spójności i braku więzi emocjonalnej, w których zainteresowanie można uzyskać jedynie w sytuacjach ekstremalnie trudnych lub zagrażających.

Styl komunikacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oparty był również na regule kontrastu wobec partnera, ale nie tak nadmiernego, jak w opisanej wyżej grupie, lecz raczej kontrastu typu oddalenia (postawa bardziej „od” ludzi niż „przeciw” ludziom). W przeciwieństwie do pacjentów z zaburzeniami odżywiania się – o wysokich aspiracjach (którzy wybierali nowe, atrakcyjne instrumenty o dużych możliwościach wyrazowych) — reprezentowali oni raczej postawę asekuracyjną: odcinali się w swej grze od partnera, wybierali instrumenty łatwe do grania, ograniczające ekspresję, wprawdzie bardziej „dorosłe” (niż w grupie z zaburzeniami odżywiania się), ale zarazem zniszczone. W ich przekazie muzycznym można było dostrzec figurę zniekształconą nadmierną kontrolą i usztywnieniem, a ich styl komunikacji muzycznej przypominał model człowieka „nadmiernie dorosłego”, krytycznego rodzica (por. Inwentarz Osobowości ACL Gougha),

⁷ Dokładniejszy opis metody [zarówno Kwestionariusza, jak i procedury badawczej] zob. 9.

racjonalnego, powierzchownego emocjonalnie, stereotypowego, rozwlekłego w swych długich (może moralizatorskich) wypowiedziach muzycznych. Z tym stylem — odcinania się poprzez intelektualizację i przyjmowania roli starszego, krytycznego, mądrzejszego („od” i „nad”) — badana grupa terapeutyczna czuła się najgorzej. Prawdopodobnie taka strategia kontaktu formowała się w rodzinach „alkoholowych”, z których pochodzi przeważająca część pacjentów Kliniki Nerwic, a które produkują tzw. syndrom DDA — Dorosłych Dzieci Alkoholików — nadmiernie dojrzałych w dzieciństwie, przejmujących rolę, obowiązki i odpowiedzialność swych rodziców.

5. Zachowanie otwierające na kontakt społeczny

Przytoczone wyniki badań wskazują, że w stylu komunikacji muzycznej pacjentów Kliniki Nerwic pojawiały się strategie kontaktu prowadzące do relacji nierównych, niepartnerskich. Wynikały one z opisanych wyżej w tabeli 2 postaw: „poniżej”, „od”, „nad” „w poprzek” i „przeciw” ludziom. Nie pojawiła się postawa „obok” związana z zachowaniem izolacyjnym (prawdopodobnie dostrzeżona byłaby w przypadku badania osób psychotycznych) oraz postawa „ku” ludziom, którą zaobserwowano u studentów.

Badana grupa osób zdrowych (głównie studentów) w swym kontakcie muzycznym najbliższa była postawie „ku” ludziom, która w prezentowanym badaniu wiązała się ze stylem komunikacji muzycznej opartym na regule komplementarności (wypośrodkowania między krańcami) [zob. 9]. Studenci współpracowali, dialogowali, porozumiewali się, nie odcinając się czy walcząc; wyrażali więcej emocji pozytywnych niż pacjenci, ale nie w formie ugrzecznionej: grali w sposób zróżnicowany emocjonalnie i pod względem formy muzycznej (jedynie u nich pojawiła się wiązka formalnych cech komunikacji muzycznej w analizie skupień) [zob. 9]. Ich gra była bezpośrednia, spontaniczna, przechodząca w zabawę podczas 10 interakcji (osoba badana siadała w środku kręgu i nawiązywała kontakt za pomocą instrumentu muzycznego z 10 osobami siedzącymi w kręgu). Ich styl komunikacji muzycznej przypominał tzw. wolne dziecko [14]: spontaniczne, pełne radości, rozwijające się w kierunku „dorosłego” (reprezentowali jeszcze styl adoleseńcki, np. nie różnicując płci w kontakcie muzycznym). Lepiej czuli się w kontakcie z mężczyznami (jakby symbolicznie z ojcem, a nie z matką — jak pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi i odżywiania się). Przekaz studentów przypominał figurę zróżnicowaną emocjonalnie i rytmicznie, złożoną, pogodną, o wyraźnych konturach (mniej łagodne brzmienie niż u pacjentów).

Na podstawie przytoczonych badań, jak i przeprowadzonego wyżej wywodu, zachowanie zorientowane na kontakt społeczny, sprzyjające dobrej komunikacji, czyli uzyskaniu porozumienia i bliskości z partnerem, można by określić jako cechujące się spontanicznością emocjonalną, wzajemnością — w sensie dialogu, tj. wymiany informacji (zob. na rysunku w tabeli 3, strzałki zwrotne idące od partnerów interakcji), oraz równowagą pozycji, jeśli partnerzy reprezentują podobny status społeczny, np. są kolegami (na rysunku oba koła symbolizujące osoby są tej samej wielkości i leżą na tej samej linii). Strategia kontaktu wynikająca z postawy „ku” ludziom jest strategią otwarcia na drugiego człowieka i aktywnej postawy wobec niego, a więc wychodzenia z inicjatywą kontaktu, a nie biernego czekania na zainteresowanie otoczenia (zob. tabela 2 ostatni wiersz).

Z badań wynika także, że ważna dla autoprezentacji jest ponadto postać (Gestalt) komunikatów przekazywanych sobie przez partnerów interakcji. Jeśli przekaz ma postać

tylko tła, a nie figury tzn. nie jest wyrazisty i nie jest dostatecznie zróżnicowany w swej strukturze, to jest mało czytelny i nie ma siły oddziaływania na partnera relacji. Może być niedostrzegany w pełni przez partnera lub zagłuszony, co nie stworzy warunków do równorzędnej pozycji obu partnerów relacji.

Tabela 3. Charakterystyka zachowania „ku” ludziom

• Otwartość, aktywność, zaufanie, bliskość, wyrażanie emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, dialog, wyrazistość i zróżnicowanie wypowiedzi, respektowanie własnych granic i cudzych, adekwatność do sytuacji i obecnej roli, zgodność z płcią i wiekiem.



Z przytoczonego w artykule wywodu nie należy wyciągać wniosku, że każda sytuacja, w której znajdujemy się w nierównej relacji, jest niekorzystna czy nieprawidłowa, gdyż potrzebna jest umiejętność podejmowania różnych ról, np. gwiazdy czy eksperta, naturalna jest także relacja nauczyciel—uczeń lub szef—podwładny („nad” — „pod”). W psychoterapii chodzi jednak o pokazanie wyuczonych w dzieciństwie sposobów pozyskiwania uczuć i radzenia sobie z zagrożeniem, które utrwaliły się, usztywniły, a nawet zautomatyzowały (w sytuacji lękotwórczej) i które pojawiają się w życiu dorosłym jako przeszkoda w kontakcie, jako fasada pokrywająca rzeczywiste emocje i potrzeby, wprowadzając w błąd otoczenie, a więc utrudniając kontakt.

Ze względu na to, że w pełnej rodzinie pacjent w dzieciństwie otrzymuje przynajmniej dwa główne przekazy i systemy wartości oraz dwa wzorce autoprezentacji, zarówno matki, jak i ojca, które nie muszą być zbieżne, a wręcz mogą pozostawać w opozycji wobec siebie, jak pokazują doświadczenia kliniczne — często rozwiązuje on ten dylemat w taki sposób, że buduje z nich warstwy swego „ja”. I tak np. na poziomie jawnym, „ja” zewnętrznego, społecznego, prezentuje wzorzec myślenia, przeżywania i zachowania matki (jest np. uległy, cichy, bezradny, słaby), a na poziomie „ja wewnętrznego”, „ukrytego” kieruje się wzorcem ojca (agresywnego, stawiającego nadmierne wymagania); oczywiście może być też odwrotnie — matka może być dominująca, a ojciec submisyjny. Praca terapeutyczna polega wtedy na pomocy mu w wyodrębnieniu siebie i stworzeniu własnej autonomicznej koncepcji „ja”, która niekiedy stanowi integrację obu wzorców społecznych, w metodzie PM nie odbiera się bowiem pacjentowi głównych wartości, jakie wyniósł on ze swojej rodziny, lecz dokonuje się ich modyfikacji, przeformułowania i wypełnienia inną treścią („reframing”) [zob. 3, 5] w celu korekty postaw niekorzystnych dla funkcjonowania społecznego. Wyodrębnienie siebie i wzmocnienie własnej tożsamości obejmuje także rozgraniczenie oraz krystalizację wzorca kobiecości i męskości.

Wnioski

1. Przekazy rodzinne o życiu i relacji „ja—ludzie”, które zawierają negatywne oceny i emocje: lęku, smutku, a zarazem nadmiernych wymagań, dezorientują jednostkę

i formują autoprezentację nieadekwatną do jej możliwości — albo zaniżoną, ustawiając ją w nierównej, niższej pozycji wobec partnera, ewentualnie ucieczkową („od”), albo zawyżoną, dominującą nad partnerem.

2. Przekazy zawierające treści agresywne społecznie formują autoprezentację posługującą się strategią walki, postawą „przeciw” ludziom i rolą społeczną wroga.
3. Przekazy nieliczące się z normami i ograniczeniami społecznymi, np. uczuciami partnera, formują autoprezentację ze strategią skracania dystansu, łamania granic i przemocy (z postawą „w poprzek” ludzi).
4. Przekazy, które zachęcają do eksploracji świata i ludzi, a zarazem wzmacniają poczucie pewności siebie, formują autoprezentację opartą na strategii otwartości, spontaniczności emocjonalnej i aktywności w kontakcie z partnerem (z postawą „ku ludziom”).
5. Pozytywna postawa wyjściowa jako stan neutralny emocjonalnie jest wyrazem przyjęcia pozytywnego standardu (ukrytej teorii, „że świat jest dobry, choć są w nim obiekty zagrażające, wyjątki od tej reguły, których nie należy lekceważyć” — tzw. zjawisko Polyanny, pozytywno-negatywnej asymetrii poznawczej). Postawa ta stwarza poczucie bezpieczeństwa i formuje jednostkę bardziej autonomiczną, o silniejszym poczuciu tożsamości.

Piśmiennictwo

1. Oyserman D, Markus HR. Self as social representation. W: Moscovici S, Flick U, red. *Psychology of the social*. Berlin: Rowhl Taschenbuch Verlag GmbH; 1994, s. 9–39.
2. Trzebińska E. Dwa wizerunki własnej osoby. *Studia nad sposobami rozumienia siebie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1998.
3. Galińska E. Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. *Psychoter.* 1995; 2 (93): 27–60.
4. Galińska E. Le portrait musical. Une methode d'harmonization de la structure du „moi”. *Rev. Musicoth.* 1998; 3: 3–21.
5. Galińska E. Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą portretu muzycznego (PM). *Psychoter.* 2003; 1 (124): 19–40.
6. Galińska E. Muzykoterapia. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Teoria*. Podręcznik akademicki. Warszawa: „Eneteia” Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2005, s. 531–541.
7. Horney K. *Nerwica a rozwój człowieka*. Warszawa: PIW; 1978.
8. Lewicka M, Czapiński J. Efekt Polyanny w percepcji świata społecznego — jego aspekty językowe i konsekwencje dla psychologicznego funkcjonowania jednostki. W: Kurcz I, red. *Studia z psycholingwistyki ogólnej i rozwojowej*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1983, s. 63–84.
9. Galińska E, Aranowska E. Podstawy metodologiczne stylu komunikacji muzycznej. *Przegl. Psychol.* 2004; 4 (47): 327–344.
10. Galińska E. Muzykoterapia w kompleksowym leczeniu schizofrenii w warunkach oddziału dziennego. *Psychoter.* 1991; 3 (78): 39–50.
11. Peeters G. The positive-negative asymmetry: on cognitive consistency and positivity bias. *Eur. J. Soc. Psychol.*, 1971; 455–474.
12. Aranowska E. *Pomiar ilościowy w psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.

13. Cierpka A. Tożsamość jednostki wśród rodzinnych narracji. W: Trzebiński J, red. Narracja jako sposób rozumienia świata. Gdańsk: GWP; 2002, s. 173–199.
14. Berne E. W co grają ludzie. Warszawa: PWN; 1994.

Adres: Elżbieta Galińska
Klinika Nerwic IPiN
al. Sobieskiego 9, 02-087 Warszawa
elgal@sadyba.elartnet.pl