

Krzysztof Stachyra

ROLA MUZYKI I WYOBRAŹNI W MUZYKOTERAPII METODĄ GUIDED IMAGERY AND MUSIC (GIM)

THE ROLE OF MUSIC AND IMAGERY IN GIM MUSIC THERAPY METHOD

Zakład Muzykoterapii i Edukacji Muzycznej UMCS w Lublinie

Kierownik: prof. Andrea Jaworska

Autor przedstawia najbardziej popularny model muzykoterapii receptywnej, a mianowicie model kierowanej wizualizacji z muzyką, w którym owo kierowanie wyobrażeniami przebiega za pośrednictwem utworów muzycznych. Opisuje kolejno stadia tej terapii oraz analizuje mechanizmy za pośrednictwem których działa. Poświęca uwagę również zastosowaniu i efektywności tej metody, przedstawiając badania nad różnymi grupami pacjentów, u których uzyskano poprawę objawową.

music therapy
Guided Imagery and Music

Summary: The author shows the basic description of Guided Imagery and Music, the most popular receptive music therapy model. The course of the session and the results of the research confirming the effectiveness of this method have been presented.

Wyobraźnia jest potężnym narzędziem, które odgrywa znaczącą rolę nie tylko w codziennym funkcjonowaniu człowieka, ale również w różnego rodzaju terapiach. Nikt już dziś nie wątpi, że wyobrażenia, będące produktem wyobraźni, mogą mieć zarówno wartość diagnostyczną, jak i terapeutyczną. Wiedza ta wykorzystywana jest również w muzykoterapii. Muzyka nie tylko stymuluje wyobraźnię, ale również pomaga w osiągnięciu i utrzymaniu stanu relaksu wskazanego przy tego rodzaju oddziaływaniach.

Potocznie muzykoterapia kojarzona jest z technikami relaksacyjnymi i wizualizacją na tle muzyki. Modele muzykoterapii receptywnej, bazujące na wyobrażeniach klienta, określane są z reguły wspólnym mianem Guided Imagery and Music (GIM), czyli kierowanej wizualizacji z muzyką. Należy zaznaczyć, że w klasycznej metodzie GIM kierowanie odbywa się — w przeciwieństwie do psychoterapii werbalnej — nie za pomocą słów, ale muzyki. Obecnie jednym z najbardziej znanych i cenionych na świecie modeli muzykoterapii jest stworzona przez amerykańską muzykoterapeutkę Helen Lindquist Bonny tzw. Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). H. Bonny określa ją jako proces, w którym wyobrażenia wywoływane są podczas słuchania muzyki, lub też bardziej szczegółowo — jako głębokie podejście do muzycznej psychoterapii, w której specjalnie programowana muzyka klasyczna służy do generowania dynamicznego rozwoju wewnętrznych doświadczeń. Jest to terapia holistyczna, humanistyczna i transpersonalna. Pozwala na czerpanie ze wszystkich aspektów ludzkiego doświadczenia: psychicznego,

emocjonalnego, fizycznego, społecznego, duchowego i zbiorowej nieświadomości [1]. BMGIM z reguły kwalifikuje się jako transformatywną psychoterapię muzyczną.

Podstawą powstania BMGIM były eksperymenty prowadzone w Maryland Psychiatric Research Centre, które dotyczyły możliwości wykorzystania LSD w celu osiągania głębszych pokładów świadomości pacjenta. Testowano również możliwości dołączenia muzyki do prowadzonych eksperymentów. W efekcie dowiedziono, że muzyka może stanowić bezpieczny, a zarazem bardzo skuteczny środek towarzyszący zażywaniu farmaceutyków. H. Bonny uznała, iż ze względu na bogactwo wywoływanych emocji i wyobrażeń najlepiej do tego celu nadaje się muzyka klasyczna. Pod wpływem rezultatów przeprowadzonych eksperymentów zaczęto rozważać kwestię, czy może ona zastąpić środki o działaniu narkotycznym w celu wywołania wewnętrznych wrażeń? Odpowiedzią na pytanie było opracowanie, na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku założeń teoretycznych BMGIM. H. Bonny opracowała swoją metodę w nurcie psychologii humanistycznej i transpersonalnej: oparła się na rogersowskiej terapii skoncentrowanej na kliencie i modelu samoaktualizacji w ujęciu A.H. Masłowa. W podbudowie teoretycznej sięgnęła do koncepcji C. Junga, R. Assagioli, S. Grofa i K. Wilbera. Bardzo ważną rolę odegrała także, popularna w owym czasie, metoda psychoterapii analitycznej autorstwa H. Leunera, znana pod nazwą Guided Affective Imagery.

Sesja z zastosowaniem BMGIM składa się z czterech faz — na wzór czteroczęściowej formy sonatowej w muzyce klasycznej. W BMGIM są to:

I. Preludium

Pierwsza część każdej sesji trwa około 15–20 minut. Z reguły poprzedza ją rozmowa wstępna typowa dla werbalnej sesji psychoterapii. Omawiane są spostrzeżenia z ostatniego spotkania, jednocześnie terapeuta przygotowuje klienta do sesji. Zadaniem pierwszego etapu sesji jest stopniowe nakierowanie jego uwagi na przeżycia psychiczne. Działania te równocześnie mają na celu przygotowanie do kolejnego etapu spotkania. Klient proszony jest o położenie się na macie lub tapczanie i zamknięcie oczu.

II. Indukcja

W fazie indukcji, trwającej z reguły od 2 do 7 minut, dąży się do wprowadzenia klienta w stan relaksu i skupienia na własnym wnętrzu. W tym celu stosuje się indukcje, których intencją jest zmiana stanu świadomości klienta w celu ułatwienia dotarcia do jego głębszych pokładów świadomości. Ten etap sesji GIM, mający prowadzić do zrelaksowania i koncentracji, określany jest niekiedy jako „otwarcie drzwi do nowych poziomów świadomości”. Klient, leżąc na kozetce lub macie, zamyka oczy i stara się podążać za sugestiami terapeuty. Faza indukcji przebiega bez towarzyszenia muzyki.

III. Muzyczna podróż

Dopiero po osiągnięciu przez klienta stanu relaksu, zmienionej świadomości, prezentowana jest muzyka — z reguły wybierana z jednego z tzw. programów muzycznych BMGIM. Wyboru programu muzycznego dokonuje terapeuta, kierując się stanem psychicznym klienta i ewolucją jego wyobrażeń. Jest to najważniejszy punkt całej sesji muzykoterapii. Klient

zachęcany jest do opisywania swoich wyobrażeń i doświadczeń, które są następnie notowane przez terapeutę. O ile w pierwszych, początkowych fazach BMGIM terapeuta może przyjmować rolę dyrektywnego przewodnika, o tyle w czasie muzycznej podróży musi nastąpić zmiana formy jego aktywności z dyrektywnej na receptywną. Jego rolą jest obserwowanie, słuchanie, percypowanie oraz zachęcanie i wspieranie. Musi być niejako towarzyszem podróży, asystującym klientowi w podążaniu wybraną przez niego „ścieżką”. Brane są pod uwagę wszystkie szczegóły pojawiających się w umyśle klienta wyobrażeń — począwszy od wyobrażeń wzrokowych, słuchowych, węchowych, smakowych, poprzez przywoływane wspomnienia i emocje. Każdy klient ma własny, specyficzny styl „podróżowania”.

Celem tej części sesji jest możliwie największe zmobilizowanie klienta do eksploracji pojawiających się wyobrażeń. Podróż muzyczna trwa od 30 do 50 minut, w zależności od wybranego przez terapeutę programu muzycznego, jak również rzeczywistych wyobrażeń i reakcji klienta.

IV. Postludium

Kiedy kończy się muzyka, klienta powoli, lecz zdecydowanie przywraca się do normalnego stanu świadomości. W ostatniej fazie sesji przetwarza się i integruje przeżycia wywołane w czasie wizualizacji. Można to czynić zarówno poprzez działania plastyczne (np. narysowanie mandali, wykonanie rzeźby etc.), jak i improwizacje muzyczne, dyskusję, pisanie pamiętnika, wiersza czy też kombinację tych technik [2, s. 25]. Na ogół ta część fazy Postludium zajmuje ok. 5–10 minut. Następnie terapeuta inicjuje dialog zmierzający do próby zinterpretowania wyobrażeń i znalezienia związków zachodzących między doświadczeniami życia codziennego a przeżywanymi problemami, co w efekcie ma dać nowe spojrzenie na problemy klienta. Dialog z reguły trwa około 10–20 minut.

H. Bonny [3] twierdzi, że efekt „głębokiej penetracji” umysłu możliwy jest niekiedy już podczas pierwszej sesji, a innym razem może wymagać wielu spotkań. Najważniejszym elementem każdej sesji jest muzyka klasyczna, wprowadzająca klienta w „przestrzeń wyobrażeń”. Muzyka stanowi klucz do wyzwalań zmienionych stanów świadomości, wzbudzania rezonansu emocjonalnego, stymulowania archetypicznych wyobrażeń. Może również sprzyjać osłabieniu działania mechanizmów obronnych klienta, a dzięki temu umożliwiać pełniejsze zagłębienie się w jego wewnętrzny świat doświadczeń. Przyczynia się do uwolnienia emocji i przeżyć, dostarczając ciągłości doświadczeń. Nadaje strukturę doznaniom, jest inicjatorem, wsparciem i mediatorem głębokich wewnętrznych przeżyć, nie powodując przy tym skutków ubocznych i uzależnienia. Muzyka świetnie nadaje się jako uzupełnienie innych metod i procedur terapeutycznych, poszerzając możliwości uzyskania przez klienta pozytywnych zmian. Prowadzi człowieka bezpośrednio poprzez niewerbalne doświadczenia i ułatwia przemieszczanie się pomiędzy różnymi stanami świadomości. K. Aigen [4] twierdzi, że muzyka znajduje się na granicy między światem wewnętrznym a zewnętrznym jednostki — jej znaczenie i potencjał terapeutyczny pochodzi od jej istoty, ponieważ może ona łączyć obie te sfery. Wpływ muzyki na podświadomość człowieka można przyrównać do oddziaływania metafor w języku. Znaczenie niesione przez muzykę, pomijając świadomą kontrolę, trafia bezpośrednio do nieświadomości.

W doborze muzyki do programów BMGIM brane są pod uwagę między innymi zmiany instrumentacji, brzmienia, tempa i dynamiki, budowanie napięć i odprężeń, jak również brak

ustalonego „znaczenia”, czyli jednoznacznego kojarzenia utworów, co często zdarza się w przypadku muzyki popularnej. Podkreśla się także, że relaksacja, choć stanowi niezbędny warunek powodzenia sesji z zastosowaniem BMGIM, nie jest jej celem, a więc wyłącznie muzyka relaksacyjna nie jest odpowiednia dla tej techniki [2]. W sesjach wykorzystuje się zazwyczaj gotowe zestawy utworów (programy muzyczne). Ich doboru dokonuje muzykoterapeuta — w odniesieniu do aktualnego stanu psychofizycznego klienta.

Pomimo wielu lat badań, problematyka programowania muzyki przeznaczonej dla oddziaływań terapeutycznych pozostaje kwestią niezwykle złożoną i zapewne niemożliwe jest stworzenie konkretnych i stałych wzorców postępowania przy jej doborze lub tworzeniu. Czynnikiem ostatecznie decydującym o wyborze takiej a nie innej muzyki pozostaje doświadczenie i intuicja terapeuty. Należy zauważyć, że odpowiedź człowieka na dany utwór jest wypadkową reakcji psychologicznych i fizjologicznych wywoływanych przez różne aspekty samej muzyki, aczkolwiek kolosalne znaczenie mają również osobiste i kulturowe doświadczenia odbiorcy, trening, skojarzenia i oczekiwania [5].

Dobór muzyki do sesji muzykoterapii zależy od metody, na którą terapeuta się decyduje. Generalnie wyróżnia się dwa rodzaje muzyki stosowane w trakcie sesji wizualizacji. W sytuacji, kiedy proces wyobraźniowy kierowany jest sugestiami terapeuty, pożądana jest muzyka relaksacyjna. Jej podstawowym zadaniem jest tworzenie tła do działań terapeutycznych. Sprzyja ona osiągnięciu stanu alfa, pomaga w skupieniu się na tekście nadającym kierunek wyobrażeniom, ale równocześnie sama daje niewielką przestrzeń do wyobrażeń. Inaczej jest w klasycznej metodzie BMGIM. Tutaj to muzyka, a nie sugestia czy głos terapeuty, ma „prowadzić” klienta. Z tego powodu wymagana jest muzyka o zdecydowanie bogatszej fakturze, z wieloma elementami muzycznymi, dzięki którym mózg odbiorcy stymulowany jest istotnie silniej. Jej celem nie jest relaksacja słuchacza, a pobudzenie jego wyobrażeń, dlatego bardzo często wykorzystywana jest w tym celu muzyka klasyczna, która w przeciwieństwie do muzyki relaksacyjnej ma znacząco bardziej rozbudowane frazowanie, instrumentację, większe zmiany w zakresie dynamiki i tempa, dając tym samym znacznie większe pole do wyobrażeń.

Efektywność terapii metodą GIM

Zagadnienie efektywności technik opartych na kierowanej wizualizacji z muzyką było wielokrotnie poruszane w publikacjach naukowych. Aby móc zastosować taką formę terapii, uczestnik sesji musi mieć na tyle silne ego, aby nie bać się wejść w sferę wyobrażeń, a zarazem potrafić dokonać rozróżnienia, co jest wyobrażeniem, a co rzeczywistością. Terapię za pomocą GIM najczęściej stosuje się wobec osób z zaburzeniami postraumatycznymi, uzależnionych od środków psychoaktywnych, cierpiących na depresję, zaburzenia jedzenia, zaburzenia osobowości, przy różnego rodzaju zaburzeniach psychosomatycznych. Jest to także popularna metoda służąca do wspomagania rozwoju osobowego ludzi uważanych za zdrowych psychicznie. Ze względu na swoją specyfikę metoda GIM nie jest stosowana z osobami chwiejnymi emocjonalnie czy też z upośledzeniem umysłowym. Wielu autorów prezentowało badania wskazujące na skuteczność terapii za pomocą GIM między innymi w zakresie modyfikacji nastroju, uzyskiwania lepszego wglądu we własne problemy i zachowania, poprawy samooceny, zmniejszania napięcia fizycznego czy integracji własnego ja [3, 6, 7].

C. Maack i P. Nolan [8] przeprowadzili badania wśród swoich byłych klientów, wobec których zastosowano klasyczną metodę GIM. Celem badań było sprawdzenie, czy korzyści osiągnięte w czasie terapii (każda z badanych osób uczestniczyła w minimum sześciu sesjach z zastosowaniem GIM) zostały ugruntowane w codziennym życiu klientów. W wyniku analizy zebranych danych stwierdzono, że spośród głównych korzyści z uczestniczenia w terapii, byli klienci najczęściej wymieniają lepszy kontakt z własnymi emocjami, umiejętność lepszego wglądu w swoje problemy, rozwój duchowy. Bardzo często pojawiały się również opinie, iż uczestniczenie w programie terapii metodami opartymi na wizualizacji pogłębia umiejętność relaksacji i odkrywania nowych stron własnego ja. Wyniki przeprowadzonych badań wyraźnie wskazują na fakt, iż terapia metodą GIM może być pomocna przede wszystkim dla klientów z symptomami lękowymi oraz osób chcących wzmocnić poczucie własnej wartości. Na podstawie uzyskanych wyników badacze sugerują, że w tym zakresie terapia za pomocą GIM może być skuteczniejsza od innych rodzajów psychoterapii, opartych jedynie na technikach werbalnych. W rezultacie analizy danych zebranych w badaniu, zaobserwowano, iż pozytywne zmiany osiągnięte w czasie sesji z zastosowaniem GIM zostały utrzymane również po zakończeniu terapii.

Potwierdzenie efektywności technik opartych na kierowanej wizualizacji z muzyką uzyskał K. Stachyra [9]. Przeprowadził on krótkoterminową, 4-tygodniową terapię studentów pedagogiki. W jej wyniku u osób uczestniczących w terapii wykazano istotne statystycznie zmniejszenie się nasilenia lęku, wyraźną poprawę obrazu własnej osoby oraz poziomu przystosowania emocjonalnego. Co ważne, rezultaty badania wykonanego trzy miesiące po zakończeniu programu terapii krótkoterminowej dowiodły, że pozytywne zmiany uzyskane w trakcie terapii zostały utrzymane.

Interesujące badania nad efektywnością GIM w redukowaniu lęku prezentuje Susan E. Hammer [10]. Jej podstawowym narzędziem badawczym był Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) poszerzony o raport samooceny. Program terapii obejmował pracowników i rezydentów ośrodka dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków i składał się z dziesięciu półgodzinnych sesji z zastosowaniem kierowanej wizualizacji z muzyką, odbywających się raz w tygodniu. Analiza wyników uzyskanych przez osoby z grupy eksperymentalnej wykazała wysoce istotne statystycznie obniżenie się poziomu lęku jako stanu. Również w grupie kontrolnej odnotowano spadek poziomu lęku, jednakże był on nieistotny statystycznie. Nie zarejestrowano natomiast istotnych statystycznie zmian w poziomie lęku jako cechy osobowości badanych. Wszyscy uczestnicy grupy eksperymentalnej zaobserwowali u siebie poprawę funkcjonowania, polegającą na mniejszym nasileniu reakcji stresowych. W raporcie samooceny część uczestników stwierdziła dodatkowo poprawę umiejętności koncentracji, relaksacji i ogólnego zadowolenia. Uczestnicy grupy kontrolnej nie odnotowali u siebie żadnych zmian. Autorka we wnioskach końcowych wyraziła przypuszczenie, że lepsze efekty terapii metodą GIM w zakresie redukcji poziomu lęku można uzyskać zmniejszając odstępy czasowe pomiędzy sesjami — proponuje przeprowadzać dwie sesje w tygodniu.

Skuteczność terapii wizualizacyjnych opartych na muzyce wynika — według J. Jarvisa [11] — z trzech podstawowych faktów:

Muzyka oddziałuje na tę część mózgu, która powiązana jest z emocjami i pamięcią. Muzyka umożliwia lub zachęca go do większej reakcji uczuciowej.

Muzyka jest zdolna do zwiększenia koncentracji lub zakresu uwagi, podtrzymywania nastroju, tworzenia i rozładowywania napięcia wewnętrznego oraz ułatwiania ekspresji własnej i oczyszczenia (catharsis).

Specyficzne dla stanów zmienionej świadomości, wykorzystywanych na gruncie wizualizacji z muzyką, jest występowanie fal mózgowych alfa. Fakt ten powoduje, że terapię opartą na muzyce i wizualizacji bardzo często stosuje się wobec klientów z symptomami klasycznego wyparcia. Umożliwia ona dostęp do nieświadomych uczuć, wyobrażeń i wspomnień. Daje także sposobność odkrycia emocji związanych z traumą, rozwija u pacjentów zdolność do relaksu, odczuwania emocji, a także wpływa na wzrost zrozumienia samego siebie.

Przystępność technik wyobrażeniowych, jak i pozytywny odbiór przez klientów, powinny zachęcać do ich stosowania. Muzyka jako medium niewerbalne stanowi cenny materiał stymulujący wyobraźnię. Do włączania jej w proces leczniczy dodatkowo zachęca fakt, iż wyobrażenia wywoływane za pomocą muzyki mogą mieć zarówno charakter terapeutyczny, jak i diagnostyczny. Należy wierzyć, że wraz z rozwojem zainteresowania muzykoterapią będzie przybywać w Polsce osób wykorzystujących muzykę i wizualizację w sposób profesjonalny. Metoda GIM — z pogranicza psycho- i muzykoterapii — może być również dobrym pomysłem na połączenie sił, zacieśnienie współpracy psychologów i muzykoterapeutów, a dzięki temu bardziej efektywne wykorzystanie wiedzy specjalistów z obu tych dziedzin.

Piśmiennictwo

1. Goldberg FS. *The Bonny Method of Guided Imagery and Music*. W: Wigram T, West R, Saperston B, red. *The art and science of music therapy: A handbook*, Harwood: Routledge; 1995.
2. Rugenstein L. Music as a vehicle for inner exploration: The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM). *Guid. & Counsel.* 2000; 3: 23–28.
3. Bonny H. *Music consciousness: The evolution of Guided Imagery and Music*. Barcelona Publisher; 2002.
4. Aigen K. The voice of the forest: A conception of music for music therapy. *Music Ther.* 1991; 10 (1): 77–98.
5. Rosenfeld A. Music, the beautiful disturber. *Psychol. Today* 1985 (12): s. 48–56.
6. Summer L. *Guided Imagery and Music in the institutional setting*. St. Louis: MMB Music; 1988.
7. Grocke D, Wigram T. *Receptive methods in music therapy*. Londyn: JK Publishers; 2007.
8. Maack C, Nolan P. The effects of Guided Imagery and Music Therapy on reported change in normal adults. *J. Music Ther.* 1999; XXXVI (1): 39–55.
9. Stachyra K. *Efektywność kierowanej wizualizacji i muzykoterapii w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*. Rozprawa doktorska. Lublin: UMCS; 2004.
10. Hammer SE. The effects of Guided Imagery through Music on state and trait anxiety. *J. Music Ther.* 1996; 33 (1): 47–70.
11. Jarvis J. Guided Imagery and Music (GIM) as a primary psychotherapeutic approach. *Music Ther. Prosp.* 1988; 5: 69–72.

Adres: Krzysztof Stachyra
al. Kraśnicka 2a, 20-718 Lublin
muzykoterapia@wp.pl