www.arteterapia.pl

Nr 2/2/1992

muzyko-terapia

Biuletyn
Grupy Roboczej "Muzykoterapia"

Sekcja Psychoterapii
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

www.arteterapia.pl

„MUZYKOTERAPIA" — biuletyn Grupy Roboczej „Muzykoterapia"
Numer 2/2/1992

zawiera prace dr E l ż b i e t y G a l i ń s k i e j

SPIS TREŚCI

1. Nota biograficzna 2

2. Od Autorki 3

3. Muzykoterapia grupowa w psychiatrii 5

Wstęp 6
Specyfika sztuki muzycznej 6
Fizjologiczny i psychologiczny aspekt oddziaływania muzyki... 7
Muzykoterapia w nerwicach 8
Muzykoterapia grupowa w psychozach 18
Uwagi końcowe 20
Aneks: Klasyfikacja wyrazowa utworów muzycznych 21
Bibliografia 23

4. Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja 24

Suplement do techniki portretu muzycznego 30
Bibliografia 32

www.arteterapia.pl

Nota biograficzna

Elżbieta Galińska studiowała równolegle muzykologię na Uniwersytecie Warszawskim i pianistykę u prof. Władysława Kędry (Akademia Muzyczna w Łodzi). W 1970 r. rozpoczęła pracę jako muzykoterapeuta w Państwowym Sanatorium dla Nerwowo Chorych w Warszawie (ul. Dolna 42) i należącym do niego Sanatorium w Komorowie pod Warszawą. W rok później w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Klinice Nerwic i w I Klinice Psychiatrycznej. W tym samym roku uzupełniała wiedzę psychologiczno-psychiatryczną uczęszczając na wykłady z III roku psychologii U.W. W 1982 napisała a w 1983 obroniła pracę doktorską nt. „Percepcja muzyczna a poziom lęku u pacjentów nerwicowych" w Instytucie Muzykologii U.W. W r. 1991 otrzymała certyfikat psychoterapeuty wydany przez Sekcję Psychoterapii P.T.P. Do chwili obecnej pracuje w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W 1985 r. założyła Grupę Roboczą „Muzykoterapia" w Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a w r. 1987 wprowadziła muzykoterapię do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego jako corocznie odbywający się kurs pn. „Muzykoterapia w różnych działach medycyny".

Jest autorką ok. 80 publikacji krajowych i zagranicznych, w tym także haseł encyklopedycznych. Brała udział w licznych — również światowych — kongresach poświęconych muzykoterapii. Od 1972 r. szkoli stażystów z kraju i zagranicy. Jest wykładowcą muzykoterapii w różnych uczelniach, m.in. przez kilka lat w Akademii Muzycznej we Wrocławiu. Dzięki temu jej metody rozpowszechniły się szeroko w kraju. W roku 1973 stworzyła m.in. rozbudowaną metodę „Portretu muzycznego pacjenta" dotyczącą teorii tożsamości i twórczego modelowania obrazu „ja" u pacjentów nerwicowych. Jest ona przedmiotem jej pracy habilitacyjnej.

Elżbieta Galińska jest członkiem Związku Kompozytorów Polskich oraz Sekcji Psychoterapii P.T.P. W 1991 r. została włączona do Międzynarodowego Centrum Biograficznego, tj. Encyklopedii „Who is who in Music and Musicien's directory" w Cambridge.

www.arteterapia.pl

OD AUTORKI

Spotkania naszej Grupy Roboczej dowodzą dużego zainteresowania metodyką muzykopterapii. Przy bardzo skromnej literaturze przedmiotu, wydanej w Polsce, moje prace są często jedynym źródłem wiedzy w tym zakresie dostępnym polskiemu czytelnikowi, przez co nabierają charakteru instruktażowego. Z tego względu zwrócono się do mnie z propozycją zbiorczego wydania wyboru z publikowanych wcześniej moich tekstów.

Spośród ok. 80 artykułów wybrałam dwa wczesne, napisane w okresie, gdy sama stawiałam pierwsze kroki w tej dziedzinie. Ich przystępność — mam nadzieję — ułatwi adeptom kontakt z podstawowymi zagadnieniami muzykoterapii. Np. praca z 1973 r. zawiera klastfikację wyrazową utworów muzycznych, która może ułatwić dobór muzyki. Z kolei praca z 1977 r. zawiera propozycję klasyfikacji metod muzykoterapii (ze względu na ich funkcje w psychoterapii). Zawiera też analizę produkcji dźwiękowych pacjentów oraz tabelę cech pacjenta oraz ich odpowiedników muzycznych. Jest to pomoc dla stosowania metody Potretu Muzycznego. Są to pierwsze propozycje tego typu, jakie ukazały się w owych latach w Polsce.

Pierwsza praca (1973) została napisana na zamówienie Redakcji czasopisma „Psychoterapia", która przeznaczyła na nią cały numer. Został on szybko wyczerpany, stąd celowe wydaje się wznowienie go. Pomysł sporządzenia klasyfikacji wyrazowej utworów również wyszedł od Redakcji. Ta 36-stronicowa pierwsza polska broszurka została napisana w 1972 r., a więc w oparciu o 1,5-roczną praktykę muzykoterapeutyczną. Została ona natychmiast przetłumaczona na język niemiecki przez Christopha Schwabe i rozpowszechniona w byłej NRD. Zaskoczeniem dla mnie był fakt przedrukowania wspomnianej klasyfikacji wyrazowej utworów muzycznych (zob. St. Kratochvil: Zagadnienia psychoterapii grupowej nerwic, 1981, str. 230-240, J. Wierszyłowski: Psychologia muzyki, wyd. II, H. Wundt: Musik und Schlaftherapie — jak poinformował mnie Ch. Schwabe).

W broszurce tej przedstawiona jest pierwsza moja metoda percepcyjna muzykoterapii, oparta na stopniowaniu muzyki (tzn. jej parametrów) oraz metoda kierowanej wyobraźni (w broszurce występuje ona pod nazwą sugestii-zdań podawanych pacjentom przed słuchaniem muzyki). Tu także opisane są elementy pantomimiczno-psychodramatyczne z użyciem Instrumentarium Orffa — chodzi o różnego rodzaju interakcje muzyczne i scenki odgrywane przez pacjentów na instrumentach muzycznych.

W broszurce tej używam terminów, z których już zrezygnowałam, choć funkcjonują one nadal w literaturze przedmiotu. Np. mówię o muzykoterapii receptywnej i aktywnej. Obecnie raczej mówię o percepcyjnej odbiorczej i wykonawczej, improwizacyjnej (chodzi o swobodne ekspresje pacjentów na instrumentach muzycznych). Podobnie termin „zestawy utworów muzycznych" jest już dla mnie nieaktualny.

W rozdziale „Muzykoterapia w nerwicach" opisuję trudności w stosowaniu muzykoterapii i tłumaczę je zgodnie z badaniami z zakresu psychologii muzyki istnieniem różnych typów przeżyć muzycznych (np. w wypadku braku skojarzeń przy muzyce). Niestety, badania te nie były prowadzone przez psychologów klinicznych, a więc nie dotyczyły osób z zaburzeniami psychicznymi. Własne doświadczenia i badania pozwalaja mi przypuszczać, że niemożność realizacji tematów metaforycznych przy muzyce (tzw. brak skojarzeń) łączy się najczęściej z różnego rodzaju zaburzeniami, np. zaburzeniami myślenia abstrakcyjnego, twórczego, co może mieć podłoże organiczne, niekiedy zaś psychotyczne. Podobnie u pacjentów z nasilonymi natręctwami myślowymi na początku leczenia mogą nie pojawiać się skojarzenia przy muzyce, nawet gdy są sugerowane czy prowokowane (indukowane) przez temat główny, podawany przez terapeutę. W trakcie leczenia trudności te zwykle zanikają. Innym powodem może być brak kontaktu z własnymi emocjami, tzw. blokada emocjonalna itd.

Drugi prezentowany w Biuletynie artykuł z 1977 r. jest referatem wygłoszonym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie podczas ogólnopolskiego zebrania Sekcji Naukowej Psychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Była to pierwsze prezentacja muzykoterapii na tak szerokim forum psychologiczno-medycznym. Jako organizator tej sesji zaprosiłam wtedy do udziału Christopha Schwabe z byłej NRD oraz Annę Meterę, której referat dotyczył fizjologicznych aspektów odbioru i przeżywania muzyki.

Artykuł z 1977 r. zawiera moje ówczesne credo odnośnie zasad stosowania muzykoterapii nerwic (artykuł z 1973 r. dotykał też problematyki psychoz). Sformułowane są tu założenia psychoterapeutyczne muzykoterapii, opisane są też techniki stosowane w zależności od fazy dynamiki grupowej. Opisany jest Portret Muzyczny, który już wtedy był rozbudowaną metodą, obejmującą m.in. techniki lustra dźwiękowego pacjenta „granego" przez grupę, technikę autoportretu, granie ról, dyskusję psychoterapeutyczną, stymulowaną poprzez

www.arteterapia.pl

przekładanie problemów pacjenta na „zadania" improwizowane na instrumencie muzycznym. Kończy się on collagem 3 utworów muzycznych — odpowiedników 3 podstruktur „Ja" pacjenta (przykładem jego zastosowania jest wspomniana tabela cech pacjenta i ich odpowiedników muzycznych, dołączona na końcu artykułu).

Artykuł zawiera wiele materiału diagnostycznego (np. wyniki badań nad zapotrzebowaniem na stymulację czy analiza ekspresji dźwiękowych pacjentów oraz wyboru i posługiwania się instrumentem muzycznym).

Pomysł ponownego publikowania prac stawia sobie ponadto za cel dokumentacje rozwoju koncepcji teoretycznych i metod muzykoterapii w Polsce. ze względu na barierę językową i nikłe kontakty z zagranicą, metody polskie są nieznane. Np. stosowanie techniki kierowanej wyobraźni ma swój początek — wg literatury przedmiotu — dopiero w 1980 r.(USA), podczas gdy u nas była stosowana 10 lat wcześniej. Nie była też ona znana w 1973 r. w byłej NRD, kiedy wygłaszałam w Brandenburgu referat, opublikowany następnie w 1974 r. w Zeitschrift für Psychiatrie, Neurologie und...

W celu dokumentacji polskich osiągnięć w dziedzinie muzykoterapii gotowi jesteśmy wznowić publikacje członków naszej Grupy Roboczej, o ile autorzy przekażą nam swe prace. Prawdopodobnie w Biuletynie będziemy zamieszczać także już istniejące wersje obcojęzyczne polskich prac. Pozwoli to na dostęp naszego czasopisma do odbiorców zagranicznych.

Spodziewamy się, że rozesłana ostatnio ankieta sondująca Państwa potrzeby odnośnie do charakteru i tematów spotkań Grupy Roboczej „Muzykoterapia", a także odnośnie do propozycji wydawniczych, wzbogaci a zarazem skonkretyzuje nasze plany.

www.arteterapia.pl

MUZYKOTERAPIA GRUPOWA W PSYCHIATRII

Artykuł opublikowany w: "Psychoterapia", zeszyt IV, Kraków, 1973

www.arteterapia.pl

WSTĘP

Muzykoterapia stanowi szczególną formę psychoterapii. Jej założenia naukowe, przeważnie oparte na psychoanalizie, rzadziej reprezentujące podejście psychologiczno-socjologiczne, zaczęto opracowywać w latach pięćdziesiątych. Wprawdzie dyscyplina ta nadal pozostaje w fazie eksperymentalnej, jednak w niektórych krajach stworzono już warunki do kształcenia kadry muzykoterapeutów. Aktualnie muzykoterapii naucza się w 16 uniwersytetach amerykańskich. W Europie można uzyskać dyplom muzykoterapeuty w trzech ośrodkach. Pierwszym z nich był Wiedeń, gdzie w 1959 r. powstał trzyletni kurs muzykoterapeutyczny przy Wiedeńskiej Akademii Muzycznej. Następnie British Society for Music Therapy z główną siedzibą w Londynie zorganizowało przy współpracy z „Guidhall School of Music and Drama" roczny kurs muzykoterapii. Muzykoterapeuci kształceni są ponadto w Instytucie Pedagogiki Społecznej w Middeloo (Hol.).

Lecznicze właściwości muzyki wykorzystywane są w różnych dziedzinach mecycyny, np. w ginekologii, stomatologii, chirurgii, a przede wszystkim w psychiatrii — w leczeniu psychoz, nerwic i innych zaburzeń czynnościowych, chorób psychosomatycznych, w uszkodzeniach mózgu oraz w leczeniu dzieci fizycznie i umysłowo upośledzonych. Muzykoterapia wprowadzana jest także w więzieniach, fabrykach, w specjalnych szkołach dla trudnych dzieci, itd.

Metoda ta stosowana jest w różnych formach: indywidualnie i grupowo, w postaci słuchania muzyki (muzykoterapia receptywna) lub jej wykonywania instrumentalnego, śpiewania i tańczenia (muzykoterapia aktywna). Bywa ona łączona z treningiem autogennym, z terapią snem i hipnozą. Niekiedy, jako jej uzupełnienie, wprowadzano takie oddziaływania jak efekty świetlne, masaż itp.

Muzykoterapia bywa włączana do terapii kompleksowej i jako taka nie stanowi wtedy samodzielnie istniejącej formy terapii, lecz ściśle podporządkowana jest ogólnemu kierunkowi, celom i założeniom teoretycznym całego leczenia.

Muzykoterapia stanowi jedną z technik obejmowanych wspólna nazwą arteterapii. Spośród różnych form arteterapii muzykoterapia receptywna spełnia szczególną rolę: udostępnia ona pacjentowi bezpośredni kontakt ze sztuką poprzez słuchanie dzieła muzycznego i tym samym rozwija jego wrażliwość estetyczną. Cel ten realizowany jest tym pełniej, że do celów muzykoterapeutycznych wykorzystywana jest głownie tzw. muzyka poważna (szczególnie w krajach europejskich). W odróżnieniu od muzyki rozrywkowej spełnia ona funkcję estetyczną. Znaczenie estetyczne dzieła muzycznego zależy od bogactwa i jakości środków artystycznych, wyrazowych. Muzyka rozrywkowa przeznaczona do tańczenia, do bawienia ludzi, tworzona przez artystów mniejszej rangi lub amatorów, nie przywiązuje wagi do efektów estetycznych w takim stopniu jak muzyka poważna.

Specyfika sztuki muzycznej

Ważnym zagadnieniem wydaje się specyfika muzyki jako sztuki. Silne oddziaływanie jej na psychikę człowieka dostrzegane było od najdawniejszych dziejów ludzkości; w czasach nowożytnych opisano dokładnie fizjologiczne działanie muzyki. Tworzywem muzyki są zjawiska akustyczne, a więc oddziaływuje ona na sferę słuchową, która (jak twierdzi H. Sutermeister) jest ściślej powiązana z emocjonalnością niż względnie „chłodna" sfera wzrokowa. Tym m.in. według tego autora — należy tłumaczyć silne oddziaływanie muzyki. Podobnie A. Pontvik utrzymuje, iż muzyka dzięki swoim właściwościom wnika do „najgłębszych warstw" osobowości ludzkiej, o wiele głębiej niż słowo mówione.

W odróżnieniu od innych sztuk muzyka jest abstrakcyjna, asemantyczna, tzn. nie zawiera określonych treści pozamuzycznych, jest przez to wieloznaczna. Wprawdzie utwór muzyczny posiada określony charakter wyrazowy, co sprawia, że słuchacz odczytuje z niego nastroje bohaterskie czy tragiczne, ale każdy może je interpretować i przeżywać odmiennie. Percepcja muzyczna zależy bowiem od wrażliwości muzycznej słuchacza, od jego

www.arteterapia.pl

nastroju, samopoczucia, stanu psychicznego i fizycznego, od osobowości, także od sytuacji poprzedzającej bezpośrednio słuchanie muzyki i oczywiście od wykształcenia muzycznego odbiorcy, a nawet od jego problematyki konfliktowej, patogennej (w wypadku pacjenta). Ta właściwość muzyki umożliwia uzyskanie u pacjenta różnorodnych asocjacji pozamuzycznych, w których widoczna może być jego problematyka osobista ważna dla poznania mechanizmów choroby.

Jak wykazały badania z zakresu psychologii muzyki, muzyka działa nie tylko na receptory słuchowe, lecz wywołuje ona również impulsy motoryczne, a u niektórych osób przeżyciu muzycznemu towarzyszą wyobrażenia wzrokowe, rzadziej węchowe, dotykowe i smakowe. W tym przypadku można więc mówić o polisensorycznym oddziaływaniu muzyki na człowieka. Muzyka działając tak wszechstronnie na sferę emocjonalną, sensoryczną, a także intelektualną (bowiem „percepcja muzyczna to proces słuchowego postrzegania muzyki oraz emocjonalne i racjonalne przetwarzanie określonych przebiegów w mózgu słuchacza" (1), sprzyja pełniejszemu rozwojowi życia uczuciowego człowieka. Im zaś pełniejszy jest ten rozwój, tym bogatsze doznania jednostki, wrażliwość jej na świat zewnętrzny, a nawet lepszy rozwój intelektualny.

Fizjologiczny i psychologiczny aspekt oddziaływania muzyki

Oddziaływanie muzykoterapii dokonuje się dwiema drogami: muzyka wpływa na procesy emocjonalne, psychiczne, a zarazem na procesy fizjologiczne — na funkcje wegetatywne, motoryczne itd. Jest to rozgraniczenie teoretyczne, gdyż w czasie percepcji muzycznej występuje współzależność procesów psychofizycznych.

Bardzo skomplikowana natura tych związków m.in. o charakterze neurofizjologicznym, nie jest jeszcze znana. Stwierdzono natomiast zależność między charakterem muzyki, jej tempem, dynamiką a działalnością układu sercowo-naczyniowego. G. Destunis i R. Seebrandt w oparciu o własne badania empiryczne uważają, że muzyka uspokajająca wywiera najczęściej wpływ sympatykolityczny, przy czym następuje działanie układu wegetatywnego w kierunku tropotroficznym. Przeciwny efekt wywołuje muzyka pobudzająca — obserwowana jest przy niej reakcja sympatykotroficzna (8) . C. Diserens i H. Fine podają, że muzyka wzmaga metabolizm, zwiększa lub zmniejsza energię muskularną, przyspiesza oddech i zmniejsza jego regularność, powoduje zmiany w tętnie i ciśnieniu krwi, obniża próg dla bodźców sensorycznych różnych rodzajów, wpływa na wydzielanie wewnętrzne itp. Zainteresowanie wzbudzają także zachodzące pod wpływem muzyki zmiany w odruchu skórno-galwanicznym oraz w czynnościowym napięciu mięśni. Z badań W. Sears'a wynika, że muzyka uspokajająca redukowała poziom napięcia przez prawie cały okres eksperymentu (99% czasu). Efekty muzyki pobudzającej były mniej wyraźne (2). W ostatnich latach pojawia się ponadto coraz więcej prac badających hamujący lub pobudzający wpływ muzyki na pewne podstawowe rytmy bioprądów ludzkiego mózgu.

Wpływ muzyki na psychikę człowieka można określić terminem „psychotropowy". Są to działania takie, jak: uspokajanie, usypianie, rozluźnianie, pobudzanie, aktywizowanie, mobilizowanie, działanie antydepresyjne, porządkujące, katartyczne itp.

Warto może bliżej rozpatrzeć niektóre z wymienionych typów oddziaływania muzyki. Z własnych obserwacji wynika np., że muzyka potrafi być skutecznym środkiem rozluźniającym napięcie mięśniowe. Obserwuje się także ustępowanie u niektórych pacjentów bólu głowy (najprawdopodobniej w związku z rozluźniającym napięcie emocjonalne działaniem muzyki). Z wypowiedzi bardzo wielu pacjentów, poddawanych metodom relaksacyjnym, np. autogennemu treningowi, wynika, że muzyka jest dla nich jedynym środkiem szybkiego i łatwego osiągnięcia odprężenia. Wydaje się, że takie działanie muzyki mogłoby zostać wykorzystane zamiast leków nasennych na szerszą skalę, pod warunkiem zradiofonizowania sal szpitalnych i sanatoryjnych i odtwarzania przed snem (np. przez słuchawki) specjalnie dobranej muzyki. Relacje z eksperymentów prowadzonych m.in. w Polsce (w Żegiestowie), wykazują skuteczność tej metody. Pod koniec leczenia u 75-85% chorych zanotowano poprawę samopoczucia i snu.

Warto tu też wskazać na możliwość rozwijania zdolności koncentracji uwagi poprzez słuchanie muzyki. Wpływ ten niekiedy dostrzegają sami chorzy. W literaturze spotkać można pogląd, że uważne słuchanie muzyki jest lekcją koncentracji. Potwierdzeniem tego są np. wyniki badań B. Fields'a, przeprowadzonych na 28 dorastających pacjentach z ciężkimi uszkodzeniami mózgu, które wykazały, że pod wpływem słuchania muzyki 24 spośród nich uzyskało lepszą zdolność koncentracji.

www.arteterapia.pl

Muzykoterapia w nerwicach

Cele i zadania muzykoterapii grupowej

Działanie psychotropowe jest częścią psychoterapeutycznego oddziaływania muzyki. W wypadku ograniczenia zadań muzykoterapii do uzyskania efektów psychotropowych można pominąć omawianie utworów muzycznych po ich wysłuchaniu przez pacjentów, a więc zrezygnować z rowijania interakcji społecznych. Konieczny jest jednak wtedy homogenny skład grupy terapeutycznej. Dotyczy to szczególnie jednorodności emocjonalnej, podobnego tempa życia psychicznego u pacjentów, a także podobnych niektórych cech osobowości.

Przy nastawieniu na efekty psychoterapeutyczne czynnikiem decydującym terapii jest wywołanie dyskusji na temat odczuć, reakcji, zachowań czy skojarzeń pozamuzycznych poszczególnych pacjentów. Struktura grupy może być wówczas heterogenna pod względem osobowości, diagnozy, dominującego nastroju, kultury muzycznej itp.

Jak wynika z literatury przedmiotu większość celów muzykoterapii daje się sprowadzić do oddziaływania przy pomocy muzyki na trzy płaszczyzny osobowości człowieka. Na wpływ muzyki podatne są bowiem przede wszystkim emocjonalne, komunikatywne i regulujące funkcje organizmu (Schwabe).

Jak wiadomo zaburzeniom psychicznym różnego rodzaju towarzyszą najczęściej zaburzenia kontaktu społecznego. Stąd jak we wszystkich rodzajach leczenia, w muzykoterapii dużą wagę przywiązuje się do umożliwiania pacjentowi nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Z punktu widzenia heteronomicznej estetyki muzycznej, a szczególnie estetyki wyrazu* muzyka jest formą komunikacji emocjonalnej, gdyż jest nosicielem pewnych treści uczuciowych. Jest ona artystyczną, pozawerbalną formą porozumiewania się kompozytora ze słuchaczem. Ta właściwość muzyki sprzyja oddziaływaniu na zaburzenia kontaktu. Najistotniejszym efektem oddziaływania muzyki jest wytwarzanie takiego stanu emocjonalnego, w którym dochodzi do głosu potrzeba otwarcia się, uzewnętrzenia się, potrzeba zwierzeń. Nie chodzi tu tylko o osiągnięcie odprężenia, uspokojenia — często wzrost napięcia, pobudzenia psychoruchowe, napływ skojarzeń i myśli wywierają na pacjenta jakąś wewnętrzną „presję" wypowiedzenia tego co czuje. Odnosi się niekiedy wrażenie, że w mniejszym stopniu poddaje się on własnej samokontroli; czasem ktoś z członków grupy wręcz stwierdza, że dana osoba „zdjęła maskę", zaczęła mówić innym głosem, okazała się nagle inna niż ją dotychczas znano. Muzyka niekoniecznie musi być przyjęta przychylnie przez pacjenta, utwory wywołujące emocje negatywne mogą również sprzyjać zagęszczeniu interakcji społecznych. Fakt, że kilka osób zareagowało na ten sam utwór podobnie — negatywnie, może te osoby do siebie zbliżyć, tak samo jak wspólne, pozytywne odebranie muzyki. Trudno więc zgodzić się z twierdzeniem W. Szelenbergera, że „brak gratyfikacji przez samą muzykę blokuje potrzebę komunikacji" (11).

W czasie muzykoterapii obserwuje się ponadto występowanie komunikowania się pozawerbalnego, nie tylko poprzez samo słuchanie muzyki, która coś wyraża, lecz także przez reakcje mimiczne, a czasem (na ogół na początku leczenia) przez płacz, demonstrowanie objawów i zachowania typu acting out. Reakcje te stwarzają okazję do omówienia i zinterpretowania przez grupę, co ma istotne znaczenie dla terapii. Można więc twierdzić, że wspólne przeżywanie muzyki może przyspieszyć wspomniane wyżej emocjonalne otwarcie się, które umożliwia pacjentowi przezwyciężenie istniejących postaw obronnych, co ma zasadnicze znaczenie dla swobodnego komunikowania się.

Możliwość mówienia o własnych upodobaniach muzycznych, o działaniu muzyki, ułatwia wypowiadanie się osobom nieśmiałym, skrępowanym w sytuacji grupowej. Są to tematy stosunkowo bezpieczne. Nie znaczy to jednak, że rozmowy na muzykoterapii powinny ograniczać się do spraw obojętnych uczuciowo. Opisane sytuacje odnoszą się do początkowej fazy leczenia i do pacjentów mających większe niż inne trudności w uczestniczeniu w zajęciach grupowych. Pewne poczucie bezpieczeństwa w kontaktach stwarza również możliwość rzutowania własnych odczuć na muzykę, przypisywanie kompozytorowi określonych myśli, uczuć i nastrojów, które jakoby wyraził on w swoim dziele. „Projekcyjny charakter wypowiedzi, dotyczących wrażeń

* Heteronomiczna estetyka muzyczna uważa, że muzyka ujawnia coś od niej samej odmiennego. Jednym z kierunków tej estetyki jest estetyka wyrazu przyjmująca, że w utworze muzycznym ujawnia się życie psychiczne twórcy lub też — ogólnie — zjawiska psychiczne.

www.arteterapia.pl

związanych ze słuchaniem muzyki jest często tak czytelny, że bez trudu rozumiany przez uczestników grupy, co pozwala na komunikowanie się na tematy najbardziej bolesne, w sposób pozbawiony poczucia zagrożenia" (11).

Dla pełnego wykorzystania komunikatywnych możliwości muzykoterapii nie wystarcza ograniczenie się do wykorzystania psychotropowego oddziaływania muzyki. Niezbędne jest traktowanie jej jako metody psychoterapeutycznej, wykorzystującej możliwość oddziaływania na pojedynczego pacjenta poprzez całą sytuację grupową.

Drugim ważnym zadaniem muzykoterapii jest wpływ na emocjonalną sferę psychiki człowieka: modulowanie nastroju, oddziaływanie na samopoczucie, napęd, aktywność psychoruchową, tempo życia psychicznego itp. Na pierwszym miejscu wymienić tu jednak należy możliwość uzyskania za pośrednictwem muzyki aktywizacji emocjonalnej. W wypadku nerwic może ona przyczynić się do zmiany nastawień, postaw nerwicowych, dopomagając tym samym do usuwania zaburzeń czynnościowych.

W literaturze przedmiotu spotyka się pogląd, że dla leczenia nerwic niekorzystna jest bierna postawa chorego. H. Jaedicke opisuje, że 80% pacjentów zgłaszających się do niego oczekiwało, że leczenie — poza lekami — będzie się ograniczało do wypoczynku, spacerów, „nic nie robienia", oszczędzania się, pielęgnacji itp. Autor ten uważa, że terapeuta powinien przekonać pacjenta, że do zwalczania choroby potrzebna jest własna aktywność i współdziałanie we wszystkich formach terapii, także i w czasie muzykoterapii. Zaleca on użycie muzyki dramatycznej, wyrażającej konflikt przeciwstawnych sił muzycznych, np. przeciwstawnych tematów. Zakłada się przy tym, że nastąpi wówczas rzutowanie własnych konfliktów słuchacza.

Wydaje się, że Jaedicke przyjmuje tu, że muzyka stwarzająca odpowiedni klimat emocjonalny, uruchomi odpowiednie skojarzenia, związane z problematyką konfliktową pacjenta. Zakłada on, że muzyka powinna wywołać wstrząs emocjonalny, który jest — jego zdaniem — decydującym czynnikiem terapeutycznym u takich chorych, którzy dotychczas „unikali prawdziwych wzruszeń, rezygnując z prawidłowego rozwoju i dojrzałości" (9). Wstrząs ten może ułatwić przezwyciężenie „konsumpcyjnej", biernej postawy.

Ch. Schwabe wprowadza specjalną nazwę dla tego typu terapii — muzykoterapia reaktywna. Wywołany przez muzykę wstrząs emocjonalny ma tu doprowadzić „do emocjonalnej aktywizacji przeżyć i zdarzeń o charakterze patogennym". Następnym etapem ma być werbalizacja tych emocji.

Podobny cel stawia sobie metoda katatymicznych wyobrażeń Leunera, którą K. Nerenz rozwinął i nazwał „muzycznym dramatem symbolu" (das musikalische Symboldrama). Pod wpływem muzyki pacjent ujawnia, nie wiedząc o tym, problemy nerwicowe — poprzez relacjonowanie własnych odczuć i skojarzeń pozamuzycznych, które są często obrazowymi projekcjami podświadomych przeżyć psychicznych. Dochodzi do odreagowania przeżyć urazowych, najczęściej pochodzących z dzieciństwa, a także do „dynamizacji naturalnego dążenia do samowyleczenia". Mówiąc o aktywizacji, należy tu podkreślić przede wszystkim rolę terapii, polegającej na wspólnym muzykowaniu pacjentów w zespole instrumentalnym lub w chórze. Poprzez wprowadzenie elementu improwizacji do tego typu zajęć można wpłynąć korzystnie na rozwój dyspozycji twórczych pacjenta. Stosowana jest w tym celu improwizacja melodyczna, rytmiczna, harmoniczna np. z wykorzystaniem instrumentarium C. Orffa, improwizacja ruchowa i pantomima muzyczna dostosowana do słuchanej muzyki. Terapia taka daje również pacjentowi możliwość swobodnej ekspresji. Szczególnie warto tu podkreślić możliwość wyrażania uczuć negatywnych, nieakceptowanych społecznie. W czasie psychoterapii grupowej jest to utrudnione z tego względu, że uczucia takie należałoby wówczas wyrażać wprost do konkretnej osoby. Natomiast podczas muzykoterapii można mówić ze złością czy rozdrażnieniem nie o ludziach, lecz o samej muzyce, np. tzw. „poważnej", a jeśli o ludziach — to nieznanych, np. o kompozytorze, o złym wykonawcy. Agresja może być wyrażona i rozładowana poprzez słuchanie dynamicznej, mocnej, głośnej muzyki lub przez granie na instrumentach perkusyjnych, np. na bębnie, kotłach, poprzez śpiewanie pieśni wyrażających negatywne uczucia itp.

Warto jeszcze powrócić do efektów wspólnego muzykowania pacjentów. Wspólna działalność muzyczna, gdzie trzeba się dostroić do partnera i do całej grupy jako zespołu muzycznego, zmusza do współdziałania, do odwrócenia uwagi od siebie i skierowania jej na innych, „dopasowania" się do nich. Ma to zasadnicze znaczenie dla integracji grupy, dla ułatwienia uczestnikom nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Zresztą podobne zjawisko obserwuje się w czasie muzykoterapii receptywnej.

A. Kępiński pisze, że „pierwszym warunkiem interakcji z otoczeniem jest przyjęcie choćby pozorne wbrew własnej postawie uczuciowej, porządku panującego w danej sytuacji zewnętrznej". W sytuacji muzykoterapeutycznej, często już na pierwszych zajęciach obserwować można, że pacjenci zaczynają uwzględniać wzajemnie własne potrzeby, upodobania muzyczne, zgadzają się na wysłuchanie utworu, który im się nie podoba tylko dlatego, że inni tego chcą, żeby komuś sprawić przyjemność, a może spodziewaja się także, że potem i ich ulubiony utwór zostanie chętnie wysłuchany przez grupę. Czynnikiem integrującym w muzykoterapii jest ponadto sam fakt wspólnego przeżywania (lub wykonywania) muzyki.

Szczególnie satysfakcjonująca jest dla muzykoterapeuty (z wykształceniem muzycznym) obserwacja zmian postaw zachodzących u osób „surowych" pod względem muzycznym. Na początku leczenia wyrażają one sprzeciw wobec muzyki „poważnej", twierdzą, że nigdy nie będą chciały jej słuchać i rozumieć. Po kilku

www.arteterapia.pl

posiedzeniach ci sami chorzy wyrażają żal, że nie poznali dotychczas literatury muzycznej, zazdroszczą „melomanom", proszą o podanie informacji na temat muzyki, której słuchanie zaczyna stanowić dla nich również przeżycie estetyczne. Efekt rozbudzenia zainteresowań estetycznych wydaje się również cenny w leczeniu nerwic. U pacjentów neurotycznych występuje ograniczenie lub zanik zainteresowań wszystkim, co ich otacza, zniechęcenie do świata, a ich uwaga koncentruje się w pierwszej kolejności na własnych dolegliwościach. Muzykoterapia pozwala na rozwinięcie nowych obszarów zainteresowań u chorego, na rozszerzenie ograniczonej przez chorobę zdolności przeżywania, na rozwój życia uczuciowego i zmysłu estetycznego, co korzystnie wzbogaca jego osobowość.

Zadania te spełnia przede wszystkim muzyka „poważna", posiadająca walory artystyczne. Opisane poprzednio rozbudzenie zainteresowań tą muzyką u pacjentów „nieosłuchanych" muzycznie, stanowi dla nich satysfakcjonujące doświadczenie. Nabieraja oni stopniowo poczucia przynależności do elity znajdującej i rozumiejącej taką muzykę, co może wpływać pozytywnie na ich samoocene. Oni to teraz stają sie obiektem zazdrości zaczynających dopiero muzykoterapię pacjentów. W takiej sytuacji terapeuta powinien jednak zacierać różnice percepcji muzycznej, wynikające z niejednakowego „osłuchania się" pacjentów.

Wydaje się, że muzykoterapia łatwiej niż inne formy grupowego leczenia może dostarczać bezpośrednich satysfakcji. Satysfakcja z własnej działalności człowieka jest warunkiem jego zdrowia psychicznego, chroni go przed frustracją. Sytuacja, jaką stwarza czynna muzykoterapia, sprzyja osiągnięciu zadowolenia z siebie, np. z własnej gry lub śpiewu, ze zwrócenia na siebie uwagi grupy w sposób akceptowany społecznie, zyskania aprobaty* itp. Podobne efekty uzyskać można podczas muzykoterapii receptywnej. Zdarza się, że pacjenci, którzy czują się niżsi intelektualnie od pozostałych członków grupy, a także pacjenci nieśmiali, napięci, zahamowani, mający trudności z wypowiadaniem się w sytuacji grupowej — są aktywniejsi i odnoszą więcej korzyści z muzykoterapii niż z uczestniczenia w grupach dyskusyjnych. Muzykoterapia nie wymaga od nich — przynajmniej w pierwszym okresie — interpretowania czyichś postaw czy reakcji, wystarcza wyrażenie swoich uczuć wobec słuchanej muzyki. Zaznacza się przy tym, że każdy posiada równorzędny głos w grupie i że nie trzeba znać muzyki, aby móc poddać się jej działaniu. Poczucie bezpieczeństwa, jakie może im zapewnić muzykoterapia, powoduje u nich stopniowy wzrost aktywności w grupie, co z kolei jest zauważane, nagradzane i omawiane przez grupę, a osoba pacjenta staje dzięki temu w centrum zainteresowania. To wszystko pozwala pacjentowi zająć lepszą pozycję w grupie.

Obok satysfakcjonującej należałoby wymienić także kompensującą funkcję muzyki. Polega ona nie tylko na zaspokajaniu marzeń, przenoszeniu słuchacza do „lepszego świata", lecz także na osiąganiu kompensacji pod wpływem muzyki mocnej, dynamicznej, dostarczającej brakującego (zwłaszcza pacjentom o stenicznej osobowości) poczucia siły i pewności siebie. Przykładów podobnych można by tu podać wiele.

Innym ważnym zadaniem muzykoterapii jest możliwość uzyskania korzystnego wpływu na regulujące funkcje organizmu człowieka. W koncepcjach różnych szkół i kierunków muzykoterapeutycznych przywiązuje się wielką wagę do działania rytmu muzycznego — wprowadza on ład, porządek (dostrzegła to już szkoła pitagorejska w VI w. p.n.e.), a jednocześnie jest czynnikiem stymulującym. Można tu nawet mówić o synchronizacji funkcji ustrojowych, zachodzącej pod wpływem odczucia rytmu wewnętrznego (Janicki). Wielu autorów wskazuje na integrujący motorykę wpływ muzyki. Ch. Schwabe uważa, że wprowadzona przez niego szczególna technika, tzw. muzykoterapia regulatywna, może także zmniejszać napięcia i objawy (przeważnie o charakterze somatycznym) oraz doprowadzać do „harmonizowania psychofizycznego całokształtu osobowości". Zaletą tej metody jest także skierowanie uwagi pacjenta zarazem na własne ciało (jak przy treningu autogennym) i na muzykę, a więc uzyskanie „postawy korespondencyjnej" między ciałem a muzyką, która prowadzi „przez pewne zawężenie pola uwagi do neutralizacji psychofizycznego stanu napięcia". Zdaniem Ch. Schwabe jest to szczególnie wskazane dla nerwic hipochondrycznych, anankastycznych i z czynnościowymi zaburzeniami somatycznymi. Autor podkreśla tu także możliwość uzyskania korzystnego wpływu na zaburzenia psychowegetatywne i na utrzymujące się napięcie mięśniowe.

Na marginesie tych rozważań warto zaznaczyć, że Schwabe przy doborze muzyki do celów muzykoterapii, także indywidualnej, nie uwzględnia różnic reakcji na tę samą muzykę u różnych osób, zależności percepcji np. od cech osobowości itp. Jak się wydaje, proponowane przez niego zestawy nie mogą wywierać jednakowego efektu na wszystkich pacjentów.

Receptywna muzykoterapia grupowa w Klinice Nerwic.

W Klinice Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego muzykoterapia jest obowiązkową formą zajęć. W zasadzie prowadzona jest muzykoterapia receptywna, a tylko w okresie świąt Bożego Narodzenia również terapia śpiewem (śpiewanie i nagrywanie kolęd przez pacjentów). Cele terapii nie ograniczaja się do psycho-

* Wyklucza się tu wykorzystanie konkurencji jako bodźca stymulującego uzyskiwanie osiągnięć.

www.arteterapia.pl

tropowego aspektu oddziaływania muzyki. Nacisk położony jest przede wszystkim na psychoterapeutyczne możliwości muzykoterapii. Muzykoterapia nie jest tu samodzielną metodą, lecz częścią terapii kompleksowej. W związku z tym nie ogranicza się ona jedynie do biernego słuchania muzyki, prowadzącego do relaksu, odprężenia i wypoczynku. Jej celem jest emocjonalna aktywizacja osobowości, ułatwienie pacjentom nawiązywania wzajemnych kontaktów, a więc stworzenie sytuacji terapeutycznej, w której możliwe byłoby osiągnięcie intensywnej dynamiki grupowej. Dużą wagę przywiązuje się również do możliwości rozwijania wrażliwości estetycznej i rozbudzenia tym samym u pacjenta nowych zainteresowań, co pociąga za sobą wytworzenie korzystnej postawy wobec rzeczy nieznanych mu dotychczas (muzyka „poważna"). Są to ogólne ramy wyznaczające metodę doboru programu muzycznego i sposób prowadzenia zajęć.

We wszystkich grupowych formach terapii stosowanych w Klinice obowiązuje ten sam skład osobowy pacjentów. Grupy nie są więc dobierane pod kątem muzykoterapii, są heterogenne pod względem wieku, płci, diagnozy, osobowości, poziomu kultury muzycznej, składają się z 7 do 11 pacjentów, są „otwarte". Ze względu na to nie można przyjąć jakiegoś ogólnego planu terapii na okres pobytu danego pacjenta na oddziale, tzn. na okres ok. trzech miesięcy. W tym układzie istotna jest mikrostruktura poszczególnych posiedzeń. Zajęcia odbywają się dla każdej grupy jeden raz w tygodniu i trwaja półtorej godziny, przy czym ok. 30 minut przeznaczone jest na słuchanie muzyki odtwarzanej z magnetofonu, a pozostały okres czasu na jej omawianie. Po każdym wysłuchanym utworze pacjenci relacjonują swoje wrażenia. Nie jest to jednak stała zasada, bowiem dobór i czas programu uzależniony jest każdorazowo od przebiegu posiedzeń, od dynamiki grupowej i od sytuacji terapeutycznej. Z tej przyczyny na taśmach magnetofonowych nie są nagrywane stałe zestawy utworów, lecz terapeuta przygotowuje kolejne utwory w trakcie rozmów z pacjentami. Taka forma przygotowania programu muzycznego nie nastręcza trudności osobom posiadającym dobrą znajomość literatury muzycznej. Jej pozytywną stroną — oprócz elastyczności wobec sytuacji terapeutycznej — jest także możliwość konstruowania olbrzymiej ilości zestawów muzycznych, przy stosunkowo niewielkim zasobie taśm. Program muzyczny obejmuje przeważnie 3 lub 4 utwory, z których każdy trwa ok. 10 minut. Jest to optymalna ilość czasu sprzyjająca, w terapeutycznej sytuacji grupowej, osiągnięciu koncentracji uwagi na muzyce. Jeśli utwór trwa 15-20 minut, większość pacjentów po upływie pewnego czasu przestaje go słuchać, czuje się znużona, oczekuje z niecierpliwością zakończenia. Natomiast utwór trwający np. 5 minut najczęściej nie zdąża wprowadzić pacjentów w określony nastrój, wywołać „skojarzeń" pozamuzycznych, nasunąć myśli związanych z nastrojem — chatakterem wyrazowym muzyki.

Trzeba tu uwzględnić fakt, iż pacjenci, szczególnie w początkowej fazie leczenia, narzekaja na trudności koncentracji uwagi, co niekiedy wiąże się bezpośrednio z ich objawami nerwicowymi. Utwory krótsze niż pięciominutowe wywołują wtedy często rozdrażnienie („nie można się w nie wczuć, nie można o nich potem nic powiedzieć"*). Ze względu na takie ograniczenia czasowe, w terapii najczęściej wykorzystywane są krótkie utwory jednoczęściowe lub pojedyncze ustępy utworów cyklicznych, natomiast nie odtwarza się fragmentów dzieła muzycznego. Fragmenty takie wyrwane z kontekstu muzycznego tracą bowiem swój sens, przerwane w momencie nielogicznym z punktu widzenia muzycznego (tzn. nie na cezurze harmonicznej i formalnej), mogą stwarzać sytuację stressową dla słuchacza, wywoływać niepotrzebne napięcie. Utwór muzyczny jako pewna całość, struktura, posiada określony rozkład napięć i odprężeń, określony charakter wyrazowy i sens muzyczny, który zatraciłby się przy słuchaniu wycinkowym.

Program muzyczny obejmuje przeważnie muzykę „poważną", sporadycznie bywa jednak wprowadzana muzyka rozrywkowa w postaci piosenek lirycznych, np. balladowych lub dramatycznych. Wywołują one bowiem podobne reakcje jak muzyka „poważna". Piosenki wesołe, o wyraźnym rytmie tanecznym, wywołują nieraz zawstydzenie u pacjentów, że „czegoś takiego słucha sie na muzykoterapii", a przede wszystkim wprowadzają atmosferę spotkania towarzyskiego — rozmowy stają się powierzchowne i są „mówieniem o niczym". Jest to zjawisko niekorzystne dla samej terapii.

Program muzyczny obejmuje szeroki wachlarz kompozycji, od muzyki dawnej do współczesnej. Największe zastosowanie ma jednak muzyka okresu baroku, klasycyzmu, romantyzmu i neoromantyzmu. Raczej niechętnie przyjmowane są utwory impresjonistyczne, jako mniej angażujące emocjonalnie. Najczęśniej stosowana jest muzyka instrumentalna, rzadko operowa, prawie w ogóle nie korzysta się z liryki wokalno-instrumentalnej. Wiąże się to nie tylko z preferencją muzyki instrumentalnej, dostrzeganą u pacjentów, lecz także z chęcią

* Należy tu uzupełnić, że na oddziale leczenia nerwic w Komorowie, gdzie muzykoterapia nie była obowiązkową dla wszystkich formą zajęć i uczestniczyli w niej przede wszystkim pacjenci preferujący muzykę „poważną", zgłaszający się dobrowolnie, muzykalni, o wyższym poziomie kultury muzycznej — obserwowano wówczas dążenie do słuchania dłuższych utworów. Optymalny czas utworu wynosił tam ok. 15-20 minut, przy czym uwaga utrzymywała się nawet przez 40 minut. Odbiór więc był podobny jak na sali koncertowej. Domagano się zresztą by muzykoterapia miała formę koncertu. Z tego też względu zajęcia trwały tam ok. dwóch godzin i większość czasu przeznaczona była na słuchanie muzyki. Z powodu częstych zmian pacjentów na posiedzeniach, trudno było uzyskać spójność grupy. Ciągła wymiana chorych powodowała też, że nie mieli oni do siebie zaufania, nie znali się dobrze, co utrudniało ujawnienie swojej problematyki. Dla utrzymania zainteresowania tą formą terapii niezbędne było wprowadzenie czynnika atrakcyjności w postaci np. przekazywania pacjentom ciekawostek muzycznych itp., a także staranie o powstanie uczuć zadowolenia, akceptacji zajęć i satysfakcji z nich. To wszystko utrudniało efektywne oddziaływanie terapeutyczne.

www.arteterapia.pl

uniknięcia sugestii płynących z tekstu dzieła wokalnego oraz następującego przez to ograniczenia indywidualnych, pozamuzycznych asocjacji pacjentów.

Zestawy utworów muzycznych konstruowane są na zasadzie stopniowania nastroju, dynamiki i agogiki*, a nawet artykulacji**, przy czym z reguły stopniowanie takie przebiega od spokojnego, lirycznego nastroju, wolnego lub umiarkowanego tempa, artykulacji raczej legato, niedużej głośności brzmienia — w kierunku szybkiego tempa, wyeksponowania czynnika rytmicznego, pogodnego, radosnego lub bohaterskiego nastroju, większej dynamiki, możliwa jest tu także artykulacja staccato, rytmy punktowane występujące przy jednoczesnym zastosowaniu szybkiego tempa itp. Zasada ta opiera się na dopasowaniu pierwszego utworu programu do aktualnego, dominującego nastroju słuchacza (metoda J. Josta), w celu łatwiejszego nawiązania z nim kontaktu oraz na chęci zaktywizowania pacjenta i podniesienia jego nastroju, co powinien osiągnąć utwór końcowy. Obok zasady stopniowania wymienionych powyżej parametrów dzieła muzycznego, przy doborze zestawów stosowana jest zasada konstrastu obsady instrumentalnej, która zapewnia większe zainteresowanie pacjentów słuchana muzyką.

Rozpoczęcie programu od utworu spokojnego, niezbyt głośnego, zaspokaja potrzeby osób będących w obniżonym nastroju, o zwolnionym napędzie psychoruchowtm i aktywności oraz pacjentów o astenicznym typie osobowości, na których muzyka o silnej dynamice i gęstej fakturze działa przytłaczająco. Zasada stopniowania pozwala tu na przygotowanie takich pacjentów do przyjęcia muzyki żywej, głośnej, potężnej i wesołej. Zakłada się ponadto, że szczególnie w pierwszej fazie leczenia pacjenci przychodzą na zajęcia w obniżonym nastroju.

Opisany przez nas układ programu muzycznego może być niekorzystny dla pacjentów nadmiernie pobudzonych psychoruchowo, o nieco przyspieszonym tempie życia psychicznego. Wskazane dla nich byłoby przejście w kierunku odwrotnym, tzn. od utworów szybkich do spokojnych, o tempie umiarkowanym. Osoby takie reagują bowiem na początkowe utwory powolne znużeniem, sennością lub też wzrostem napięcia. że względu jednak na heterogenny charakter grupy, przy którym niemożliwe jest większe zindywidualizowanie metody oraz ze względu na małą ilość takich osób, przyjmuje się uprzednio opisany układ jako przydatny dla przeważającej większości członków grupy. Układ zestawów proponowany przez nas różni się od proponowanego przez W. Szelenbergera, opartego na zasadzie kontrastu, mającego na celu według autora uniknięcie znużenia słuchaczy i prowokowania do spontanicznych wypowiedzi. Dla tego autora program muzyczny nie ma decydującego znaczenia, z czym zresztą nie można się zgodzić.

Odmienny układ utworów wg zasady kontrastu proponuje A. Janicki przy leczeniu zespołów nerwicowych w gośćcu (przy czym wykorzystuje on obok całości muzycznych również urywki utworów). Zestaw obejmuje tam dwa utwory: pierwszy o działaniu pobudzającm, drugi uspokajający. Bezpośrednio po muzykoterapii następuje trening autogenny. Jak z tego wynika, oczekiwanym efektem końcowym u pacjenta jest odprężenie emocjonalne i relaks.

Przystępując do szczegółowego przedstawienia zestawów utworów muzycznych wykorzystywanych w Klinice Nerwic można stwierdzić, że: *Pierwszy utwór* spokojny, wolny, ma za zadanie nawiązanie kontaktu z pacjentem i wprowadzenie do zajęć. Jest przez to nieco krótszy od następnego. Działa on zazwyczaj albo kojąco, relaksująco (np. niektóre nekturny Chopina) lub ujawnia obniżony nastrój pacjenta i nasuwa przykre myśli związane z jego problematyką konfliktową. *Drugi utwór* — najdłuższy, dynamiczny, zróżnicowany pod względem wyrazowym, z przewagą nastroju dramatycznego — ma na celu wywołanie poruszenia emocjonalnego, pobudzenie wyobraźni pacjenta, sprowokowanie go do ujawnienia swoich fantazji i skojarzeń pozamuzycznych, będących bogatym materiałem projekcyjnym, wykorzystywanym w terapii. Po drugim utworze przeznacza się najwięcej czasu na omówienie emocji i problemów. *Trzeci utwór* — neutralizuje nastrój poprzedniego, wprowadza klimat pogody, a dzięki szybkiemu tempu, miarowemu rytmowi i często charakterowi tanecznemu, oddziaływuje także porządkująco i mobilizująco. *Czwarty utwór* wprowadzany jest wtedy, gdy zachodzi potrzeba utrwalenia działania utworu trzeciego lub przciwnie — gdy pacjenci czują się nadmiernie podnieceni i zmęczeni i należy ich uspokoić. W pierwszym wypadku wykorzystuje się utwór o charakterze beztroskim, wesołym, o szybkim tempie, w drugim — przeważnie bardzo krótką miniaturę (ok. 3-4 min.) utrzymaną w wolniejszym tempie (np. Siciliana z II sonaty fletowej J. S. Bacha, „Melodia" — fregment z baletu „Orfeusz i Eurydyka" Ch. W. Glucka w opracowaniu G. Sgambatiego itp.). Czas trwania dwu ostatnich utworów programu jest krótki. Uwzględnia się tu bowiem zmęczenie pacjentów, spowodowane koncentracją na utworach poprzednich oraz aktywnym udziałem w dyskusji.

A oto kilka przykładów zestawów muzycznych:

1. F. Chopin: Noktur H-dur op. 9 nr 3
2. S. Rachmaninow: II koncert fortepianowy c-moll op. 18, I cz.
3. L. v. Beethoven: I symfonia cz. III i IV

*

* Agogika — element muzyczny odnoszący się do tempa utworu i ruchliwości jego przebiegu.

** Artykulacja — element muzyczny oznaczający sposób wydobywania dźwięku.

www.arteterapia.pl

1. P. Czajkowski: VI symfonia h-moll „Patetyczna" op. 74 IV cz.
2. F. Chopin: Ballada f-moll op. 52
3. N. Paganini: II Koncert skrzypcowy h-moll op. 7, III cz. Campanella.

*

1. J. S. Bach: Passacaglia c-moll
2. A. Vivaldi: „Cztery pory roku" op. 8, Koncert skrzypcowy pt.: „Zima"
3. J. S. Bach: II Suita orkiestrowa h-moll, Badinerie

*

1. F. Chopin„ Nokturn cis-moll op. 27 nr 1
2. L. Beethoven: V Symfonia c-moll op. 67, I cz.
3. L. Beethoven: Sonata skrzypcowa A-dur op. 47, „Kreutzerowska", III cz.

Wyżej podanych schematów nie należy traktować sztywno; bywają one — jak już zostało wspomniane — modyfikowane w zależności od potrzeb terapeutycznych. I tak np. w sytuacji, gdy w grupie utrwalił sie opór lub jeśli grupa jest bierna, nie współpracuje, lub gdy pojawia się duże napięcie, przy układaniu zestawów muzycznych większy nacisk kładzie się na utwory dynamiczne, dramatyczne, mocne, szybkie, a także na utwory, które mogą wywołać uczucie rozdrażnienia (np. 1. 0. Messiaen: „Dieu parmi nous" z cyklu „Narodziny Pana", 2. F. Chopin: Sonata b-moll op. 35, I cz., 3. L. Beethoven: Sonata fortepianowa cis-moll op. 27 nr 2, zw. „Księżycową", III cz.). Pobudzenie psychoruchowe, jakie wywołują te utwory, prowadzi do zwiększenia dynamiki grupowej.

W dalszych fazach leczenia również ogranicza się użycie utworów o wolnym tempie, w związku z czym zajęcia mogą rozpoczynać się np. od początkowych ustępów symfonii Mozarta, od I cz. Koncertu e-moll op. 11 Chopina itp.

Mimo, iż grupy są w zasadzie otwarte, to jednak często większość uczestników rozpoczyna i kończy leczenie w tym samym okresie czasu. Uwzględniając to, można zaplanować przebieg posiedzeń muzykoterapeutycznych w ciągu całego pobytu pacjenta na oddziale, na trzy fazy:

1. — nawiązanie kontaktu, wytworzenie więzi terapeutycznej — w tym celu odtwarzana jest muzyka łatwiej odbierana, popularna, mniej dramatyczna, mniej głośna (chodzi tu także o stopniowanie trudności pacjentowi i uniknięcia u niego zniechęcenia wobec zajęć, o uzyskanie akceptacji, pozyskanie współpracy ze strony pacjentów i ich zaufania).

2. — działanie katartyczne, pobudzenie emocjonalne, dotarcie do problematyki konfliktowej pacjenta, sprowokowanie go do ekspresji, do werbalizacji osobistych odczuć — oddziaływanie silniejszymi bodźcami.

3. — aktywizacja, podniesienie nastroju, porządkowanie.

Nietrudno zauważyć, że struktura pojedynczego posiedzenia muzykoterapeutycznego posiada mikroformę zbliżoną do podanego tu planu całej terapii.

Warto jeszcze zaznaczyć, że przy doborze programu muzycznego na miejscu II, III i IV zestawu unika się kompozycji, w których po partiach mocnych, dramatycznych, następuje spokojne, utrzymane w smutnym nastroju zakończenie (jak np. w uwerturze „Coriolan" Beethovena). Dzieła takie wywołują przeważnie u pacjentów odczucia walki wewnętrznej, a następnie poczucie przegranej, rezygnacji, beznadziejności, co niezgodne jest z naszym założeniem konstruktywnego oddziaływania muzyki.

Ogólnie można więc powiedzieć, że wprawdzie cele psychoterapeutyczne stawiane są na pierwszym planie, to jednak nie rezygnuje sie z psychotropowych możliwości muzyki, co m.in. oznacza, że dobór programu muzycznego do muzykoterapii nie jest tu sprawą obojętną.

Warto jeszcze podać dla porównania opis metody J. Josta i zasadę konstruowania przez niego zestawów muzycznych dla celów muzykoterapii. W tej metodzie programy obejmują 3 utwory. Pierwszy z nich powinien zawierać ładunek emocjonalny adekwatny do aktualnego nastroju pacjenta oraz tempa jego życia psychicznego i ma za zadanie ułatwianie nawiązania kontaktu z pacjentem. Drugi — powinien neutralizować efekty wywołane przez pierwszy utwór, relaksować; trzeci — realizuje pożądane działanie terapeutyczne, np. uspokaja, pobudza, mobilizuje — w zależności od potrzeb pacjenta. Proponowanemu zestawowi J. Josta można by zarzucić, że nie spełnia swej roli w sytuacji gdy natrojem wyjściowym u pacjenta jest relaksacja.

Trzeba tu wyjaśnić, że jest to metoda indywidualnego postępowania muzykoterapeutycznego, uwzględniająca diagnozę i typ osobowości pacjenta. Autor zaleca tu umieszczenie pacjenta w nieprzepełnionym pokoju oraz zastosowanie barwnego oświetlenia, dla podkreślenia efektów muzycznych. Oto przykład zestawu proponowanego dla pacjenta depresyjnego: 1. A. Borodin: Aria księcia Igora z opery „Książę Igor", 2. C. Debussy — Arabeska nr 1, 3. F. Chopin: Ecossaises op. 72 lub: 1. L. v. Beethoven — Koncert szkrzpcowy op. 61, D-dur II cz., 2. L. v. Beethoven — VI Symfonia F-dur op. 68 „Pastoralna" V cz., 3. F. Schubert — V Symfonia B-dur, I cz.

www.arteterapia.pl

Środki oddziaływania stosowane w Klinice Nerwic w czasie posiedzeń muzykoterapeutycznych

Jest to jeden z najtrudniejszych problemów związanych z opisywaną przez nas formą terapii. W literaturze muzykoterapeutycznej nie istnieje monogaficzne ujęcie tego zagadnienia. W pojedynczych pracach najczęściej również nie spotyka się zbyt często wyszczególnienia i omówienia technik postępowania w grupie muzykoterapeutycznej, sposobów kontaktowania się terapeuty z pacjentami.

Wydaje się, że podobnie jak w każdej terapii grupowej, nastawionej na komunikację werbalną, tak i w muzykoterapii potrzebna jest znajomość technik psychoterapeutycznych. Nie można chyba poprzestać na tym, że tylko muzyka leczy, ważny tu bowiem jest także kontakt terapeutyczny. Z drugiej jednak strony, ze względu na specyfikę tej formy terapii, konieczne jest rozszerzenie technik wykorzystywanych w psychoterapii grupowej o nowe formy, związane bezpośrednio z faktem wprowadzenia muzyki jako bodźca oddziaływującego silnie na sferę emocjonalną pacjenta.

Na Oddziale Nerwic zajęcia rozpoczynaja sie od wysłuchania utworu muzycznego, przy czym może on być, podobnie jak dalsze kompozycje zestawu, prezentowany w trojaki sposób: 1. — bez podania informacji na temat utworu, kompozytora, obsady instrumentalnej, nawet bez podania tytułu, 2. — z podaniem nazwy i kompozytora oraz krótkiej informacji na temat utworu przed jego wysłuchaniem, 3. — z podaniem sugestii, komentarza, ukierunkowujących myśli, uczucia, skojarzenia pacjenta podczas słuchania muzyki.

W pierwszym przypadku chodzi o uniknięcie negatywnego nastawienia do utworu, spowodowanego np. negatywną oceną osoby kompozytora czy niechęcią do brzmienia danego instrumentu itp. Ponadto indywidualna percepcja pacjenta, niezależna od jakiejkolwiek sugestii, ułatwia uzyskanie informacji na temat problematyki pacjenta (zdarzeń z jego życia, uczuć z nimi związanych, marzeń). Z tego względu nazwę i kompozytora dzieła muzycznego ujawnia się po omówieniu przez grupę pacjentów emocji powstałych po wysłuchaniu muzyki.

W drugim wypadku chodzi o zaznajomienie chorych z epoką i stylem muzycznym, jaki reprezentuje utwór. Ma to na celu podniesienie ich kultury muzycznej, a także ułatwienie im uzyskania doznań estetycznych. Stwierdzenie to nie oznacza jednakże ukierunkowania dyskusji na sprawy ściśle muzyczne, analityczno-formalne.

Trzeci sposób podawania programu muzycznego z poprzedzeniem go sugestią stosowano wtedy, gdy zachodziła konieczność wywołania ściśle określonej sytuacji terapeutycznej i ukierunkowania reakcji emocjonalnej. Sugestia, poprzedzająca słuchanie muzyki, spełnia istotne zadanie i wykorzystywana jest przez wielu muzykoterapeutów. Stan, w jaki muzyka wprowadza człowieka — być może — posiada pewne cechy wspólne ze stanem „półsnu" czy stanem hipnotycznym. Z relacji pacjentów wynika, że pod wpływem muzyki następuje jakby zawężenie pola świadomości, w wyniku koncentracji na muzyce zmniejsza sie percepcja bodźców z zewnątrz. Podobnie jak w stanie hipnotycznym następuje „pobudzenie czynności wyobraźni, możliwość wizualizacji zdarzeń z przesłości, zmniejszenie poczucia realności, tolerancja na zniekształcenie rzeczywistości, wzrost podatności na sugestie" (Hilgard, wg Grabowskiej). Już same wyobrażenia towarzyszące percepcji muzycznej nabierają czasem postaci zbliżonej do marzenia sennego: zawierają elementy rzeczywistości, nieraz zestawiane pozornie bez żadnego związku, nakładające się na siebie i przez to odrealnione i zdeformowane, niekiedt powstają fantastyczne wizje, odbierane przez pacjenta jako dziwne i nieznane. Siła uczuć przeżywanych podczas muzyki a związanych ze wspomnieniami, podobnie jak we śnie, przewyższa czasem siłę uczuć powstających w realnych sytuacjach.

Odczucie piękna może prawdopodobnie powodować zobojętnienie na bodźce zewnętrzne. Słyszy się nieraz np. takie relacje pacjentów: „było mi tak dobrze, że można było ze mną zrobić wszystko, nie broniłbym sie przed śmiercią, jestem łagodny".

Uwzględniając te właściwości przeżycia muzycznego stosuje sie sugestię w celu ukierunkowania myśli, emocji i wyobrażeń w sposób korzystny dla procesu terapeutycznego, np. dla uzyskania wzrostu aktywności.

Wydaje się, że można by tu rozróżnić sugestię słowną przekazywana przez terapeutę oraz niesłowną, przekazywana przez odpowiednio do zamierzeń terapeutycznych dobraną muzykę. W obydwu wypadkach wykorzystywany jest utwór muzyczny, którego charakter wyrazowy można by ująć w schemat: od poważnego, tragicznego nastroju, poprzez dramatyczny, aż do radosnego, triumfalnego.

W pierwszym przypadku można sugerować pacjentom określoną treść emocjonalną, a nawet zaproponować, żeby równolegle ze stanami uczuciowymi odczytywanymi z muzyki przeżywali sami podobne. Do tego celu przydatna jest np. uwertura Beethovena „Egmont", w której jako program aktywizujący, wzmacniający i podnoszący nastrój może posłużyć sylwetka bohatera znajdującego się w ciężkiej sytuacji bez wyjścia, zmagającego się z losem, walczącego i przezwyciężającego trudności i w końcu odnoszącego zwycięstwo. Podobny program może być podany do II Koncertu fortepianowego A-dur F. Liszta, do jego poematów symfonicznych, np. „Preludia", „Tasso", „Mazepa" czy do etiud fortepianowych skonstruowanych w oparciu o technikę wariacyjną, gdzie wraz z rozwojem formy następuje stopniowy rozwój wszystkich elementów utworu, przede wszystkim zaś stopniowy rozwój dynamiczny i fakturalny. Podobne stopniowanie formalne zachodzi w tzw.

www.arteterapia.pl

formach swobodnych Chopina: ballady, Fantazja f-moll, Polonez-Fantazja, II, III i IV scherzo, Barkarola Fis-dur i Allegro de Concert. Punkt kulminacyjny następuje tu w repryzach i kodach* utworu, przejawiając się w postaci przyspieszenia i dramatyzacji, które oddziaływują mobilizująco.

Nieraz sam charakter muzyki sugeruje pacjentom pożądany odbiór. Komentarz do takiej muzyki może zawierać zalecenie wyobrażenia sobie na początku utworu własnych trudności, z którymi wiąże się np. występowanie dolegliwości, następnie walkę wewnętrzną, przezwyciężanie ich, szukanie rozwiązań i na zakończenie przełom, radość z pozytywnego efektu walki, ze zwycięstwa nad własnymi słabościami, przekonanie o możliwościach ingerencji we własne życie, wpływu na proces leczenia, aktywizację itp.

Z obserwacji wynika, że komantarz taki jest wykorzystywany przez większość osób, co więcej, często słyszy się wypowiedzi, że „dopiero teraz zaczyna się właściwa terapia poprzez muzykę". Po osiągnięciu pożądanego efektu widoczna jest satysfakcja z aktywizacji i z uzyskanych sukcesów. Przy okazji poruszana bywa niekiedy problematyka konfliktowa pacjenta oraz sposoby czy środki, przy pomocy których chciałby on osiągnąć zmianę swego zachowania.

Często, gdy terapeuta opisuje przeżycia bohatera utworu muzycznego, nie wydając przy tym polecenia, żeby pacjenci je odczuwali, u wielu osób następuje spontanicznie, podświadomie, identyfikacja z bohaterem lub z kompozytorem i projekcja własnych problemów czy pragnień na muzykę. Efekt końcowy jest tu podobny jak przy wprowadzeniu zamierzonej sugestii słownej.

Innym przykładem sugestii zmierzającej tym razem do osiągnięcia uspokojenia, odprężenia, relaksacji u pacjentów, jest polecenie wyobrażenia sobie lub przypomnienie sytuacji z życia, w której czuło się spokój. Przy okazji zdobywa się wtedy informacje na temat wyobrażenia o takich sytuacjach u poszczególnych osób. Okazuje się, że dla jednych jest to np. otoczenie przyrody, cisza, samotność (przeważnie dla pacjentów lękowych), dla innych przeciwnie — ciągły ruch, obecność innych ludzi, gdyż cisza stwarza w nich niepokój.

Poprawa nastroju najczęściej następuje spontanicznie, bez dodatkowych sugestii. Jeśli jednak wprowadza się komentarz, można polecić, analogicznie jak poprzednio, wyobrażenie sobie sytuacji kojarzącej się z czymś przyjemnym, wesołym, w której czułby się dobrze.

Podobne sugestie można podać w celu uzyskania stanu rozluźnienia czy wzmocnienia porządkującego oddziaływanie muzyki itp. Niekiedy poleca się pacjentom myślenie podczas muzyki o danej osobie z grupy, o jej problemach. W zależności od tego, jakie zabarwienie uczuciowe tych myśli uznaje się za korzystne, dobiera się odpowiednią muzykę. I tak np. przy pożegnaniu jednej z osób z grupy, kończącej swe leczenie, można przygotować do tego celu utwór oddziałujący „budująco", przy słuchaniu którego zainteresowana osoba w lepszych barwach będzie widziała swoją przyszłość a grupa, omawiając jej pobyt, udzielając rad, nie będzie jej zniechęcała do podjęcia codziennych zadań w życiu poza oddziałem**.

Muzyka umożliwia takie oddziaływanie dzięki znacznej intensywności wywoływanych przez nią stanów, bliskich doznaniom zmysłowym. Pacjenci informuja o zmysłowym przeżywaniu muzyki, przenikaniu jej przez całe ciało, o wrażeniach ciężkości, ciepła lub lekkości, zimna itp. Na przykład pacjentka B., lat ok. 20, pod wpływem słuchania I cz. II Koncertu fortepianowego c-moll Rachmaninowa czuła narastające napięcie i strach, chciała uciec z sali, miała wrażenie, że biegnie z wyciągniętą ręką przed siebie. Nagle ściany stopniowo zacieśniającego się korytarza zeszły się, miażdżąc jej rękę. W tym momencie jakby straciła przytomność, po chwili obudziła się. Czuła ból ręki, była przekonana, że jest ona zmiażdżona, bała się na nią spojrzeć, potem zaczęła lekko poruszać palcami, sprawdzając czy są całe.

Sugestia wykorzystywana jest też w opisanej wyżej metodzie J. Josta i ma na celu określenie sposobu słuchania muzyki przez pacjenta. Przy pierwszym utworze sugeruje się myślenie o swoich kłopotach, smutkach, nieszczęściach. Komentarz do drugiego utworu powinien stworzyć pacjentowi wizję przyjemną, relaksującą, natomiast końcowy utwór zazwyczaj poprzedzony bywa sugestią o charakterze uspokajającm lub pobudza.

A. Janicki proponuje w czasie pierwszego utworu myślenie o związanych z chorobą własnych trudnościach, które udało się już przezwyciężyć oraz o trudnościach oczekujących pacjenta — i o konieczności ich pokonywania. Drugi utwór poprzedza np. następujący komantarz: „jestem spokojny, nawet drobna, ale skuteczna poprawa w moim stanie zdrowia przekonuje mnie o skuteczności leczenia, tylko własnemu wysiłkowi zawdzięczam, że poruszam sie coraz sprawniej, odczuwając przy tym mniejszy ból. Przeżywam sukces wynikający z mojej woli, stan mojego zdrowia będzie ulegał ciągłej poprawie".

Po wysłuchaniu muzyki, po każdym utworze zestawu następuje omówienie odczuć i przeżyć pacjentów. Wypowiedzi pacjentów prowokowane są przez zapytania terapeuty. Rola terapeuty polega więc na pobudzeniu aktywności pacjentów do ujawnienia własnych emocji, przy czym warto tu podkreślić znaczenie pierwszego pytania. Wprawdzie pacjenci zazwyczaj wiedzą czego od nich oczekuje sie po wysłuchaniu muzyki, niemniej zabierają na ogół spontanicznie głos dopiero po — często nawet stereotypowej — interwencji terapeuty. Ustala

---

* Repryza — końcowa część utworu zbudowanego w formie sonatowej powtarzająca z pewnymi zmianami ekspozycję tematów. Koda — fragment końcowy utworu (może występować po repryzie).

** Metoda ta, zaproponowana przez mgr B. Bigo, okazała się bardzo użyteczna.

www.arteterapia.pl

się jakby pewien „rytuał" przebiegu zajęć. Nie jest to zresztą zasadą. Spostrzeżenie to odnosi się przede wszystkim do dyskusji po pierwszym utworze zestawu. Jeśli grupa jest bierna lub utrzymuje się w niej napięcie, szereg osób jest zahamowanych, skuteczne są pytania najprostsze, typu: „Czy komuś odpowiadał nastrój muzyki?". Zazwyczaj jeśli ktoś zabierze wtedy głos, przekazuje także inne informacje: relacjonuje swoje myśli, skojarzenia pozamuzyczne, uczucia itp. Pierwszym etapem jest więc zebranie informacji o przeżyciach, jakie wywołała muzyka.

Wstępne pytania po każdym utworze mogą dotyczyć preferencji muzycznych pacjenta. Są one ważne ze względów diagnostycznych, wraz z myślami, uczuciami i skojarzeniami ujawniają one aktualny nastrój, stan psychiczny i niektóre cechy osobowości pacjenta.

Gdy poszczególni członkowie grupy relacjonuja swoje odczucia, stosowane są techniki interpretacyjne. W tym momencie zajęć pojawia się coraz więcej intrakcji społecznych, następuje odwrócenie uwagi od siebie i skierowanie jej na innych, realizowane są tu cele zadaniowe. Jako przykład można tu podać wypowiedź pacjenta A., który podczas słuchania II cz. Koncertu fortepianowego f-moll Chopina wyobrażał sobie własny pogrzeb, idącą za jego trumną rodzinę i żonę, brnącą przez błoto i deszcz. Grupa pacjentów zwróciła uwagę, że motywy pogrzebu pojawiają się dosyć często w jego wypowiedziach, nie tylko na muzykoterapii, lecz także w czasie innych zajęć terapeutycznych. Padły określenia „obsesja", „stereotyp". Następnie tłumaczono to jako chęć zwrócenia w ten sposób uwagi rodziny i żony, z którymi pacjent był aktualnie w konflikcie, jako chęć wzbudzenia litości nad sobą a zarazem jako formę zemsty nad rodziną, chęć ukarania jej i wywołania poczucia winy za śmierć pacjenta.

Zdarza się też, że sam pacjent wyjaśnia grupie co oznacza jego skojarzenie towarzyszące muzyce. Np. pacjentka N. (lat ok. 20) wyobrażała sobie przy I cz. „Symfonii Niedokończonej" Schuberta, że rozrywa swojemu chłopcu ciało na piersi, chcąc dotrzeć do niego do środka, odkrywa po kolei różne narządy, dociera do serca, widzi je bijące, jest przy tym szczęśliwą, następnie prowadzi za sobą chłopca z rozpłataną piersią. Pacjentka tłumaczyła, że zawsze czuła się wobec innych ludzi i swojego chłopca szczególnie poniżana przez to, że o niej wszystko wiedziano, podczas gdy ona o nikim nic nie wiedziała. Skojarzenie to ma wiele wartości diagnostycznych, m.in. wskazuje również na agresję pacjentki.

Przy interpretacjach tego rodzaju stosowane jest „odbijanie uczuć", klaryfikacja, konfrontacja itp. Konfrontacja jest założona niejako w samej strukturze muzykoterapii. Pacjenci werbalnie wyrażają odmienne lub podobne stany uczuciowe, myśli i asocjacje powstałe pow wpływem tego samego utworu. Ażeby ręodmienność lub podobieństwo zauważyć, nie potrzebny jest żaden komentarz. Techniki pobudzające i interpretujące, np. klaryfikacja, mają na celu zwrócenie uwagi pacjentów na ich wzajemne odczucia i pobudzenie ich do poszukiwania przyczyn powstania tych uczuć. Jeśli np. pacjent twierdzi, że w muzyce wyczuwa napięcie i że muzyka wprawiła go w stan napięcia, a jednocześnie sygnalizuje, że myślał o swoich nieuzasadnionych pretensjach do żony, działanie terapeutyczne zmierza do uświadomienia związku między stanem napięcia a przykrymi myślami. Jednocześnie uwzględnia się bodziec akustyczny, muzyczny, który mógł stworzyć odpowiedni klimat do powstania takich myśli u pacjenta. Szczególnie ważne wydaje się wyjaśnienie przyczyn powstawania emocji negatywnych u pacjentów podczas słuchania muzyki pogodnej, spokojnej. Brak wyjaśnienia prowadzi tu często do niechęci wobec słuchanej muzyki, do zniechęcenia w stosunku do zajęć.

Często radzi się pacjentowi, ażeby wyobraził sobie lub przypomniał uprzednie sytuacje z życia, w których czuł się podobnie jak podczas słuchania muzyki. Środek ten stosuje się przy wystąpieniu bardzo silnych reakcji emocjonalnych, np. lęku, rozdrażnienia lub wtedy, gdy pacjent nie potrafi sprecyzować, co czuł.

Ogólnie można powiedzieć, że w czasie posiedzeń muzykoterapeutycznych największą wagę przywiązuje się do omawiania sytuacji „tu i teraz", do analizy reakcji i zachowań pojawiających się zarówno pod wpływem muzyki, jak i w trakcie dyskusji między pacjentami. Często stosuje się przy tym technikę „odbijania" (feedback), która ma na celu przekazanie pacjentowi informacji o tym, w jaki sposób otoczenie reaguje na jego zachowanie, wypowiedzi itp.

Warto zasygnalizować częste występowanie na muzykoterapii zachowań typu acting out, spowodowanych m.in. zagrożeniem i napięciem, jakie stwarza konieczność ujawnienia własnych osobistych odczuć, asocjacji pozamuzycznych i myśli, które pacjentom niejednokrotnie wydają się dziwne i o których wstydzą się mówić, obawiając się ośmieszenia. Omówienie takich zachowań oraz specyfiki sytuacji muzykoterapeutycznej stanowi często podstawę dalszej pracy terapeutycznej.

W toku muzykoterapii wykorzystywane są czasem elementy pantomimy i psychodramy. Pacjenci milczący proszeni są o przekazywanie swoich odczuć w sposób pozawerbalny lub w dialogu z innymi członkami grupy. Jeśli spostrzega się opór w grupie, zogniskowany na osobie terapeuty, lub gdy grupa jest bierna, nie współpracująca ze sobą, proponuje się niekiedy, żeby pacjenci sami spośród siebie wybrali do prowadzenia zajęć osoby, którym może się to przydać z terapeutycznego punktu widzenia. Zazwyczaj wybierane są do tej roli osoby nieśmiałe, mające trudności z zabieraniem głosu w grupie. Każda z nich prowadzi omawianie kolejnych utworów muzycznych. Zdarza się, że osoba taka odmawia wykonania powierzonego jej zadania, należy to jednak do wyjątków. Najczęściej sytuacja taka wpływa mobilizująco nie tylko na tę osobę, lecz także

www.arteterapia.pl

na grupę. Sytuacje takie są następnie grupowo omawiane. Zauważa sie wtedy, jaki kontakt z grupą ma osoba prowadząca zajęcia, czy pacjenci pomagają jej wykonać dobrze rolę, mówią o sobie, czy też jest im to obojętne, milczą lub przeszkadzają. Technika ta pozwala również na wzmocnienie i uaktywnienie osób nieśmiałych, zahamowanych.

Innym sposobem zaktywizowania grupy i zebrania informacji o sposobie przeżywania przez nią muzyki, jest polecenie opisywania swoich odczuć na kartkach. Stosuje się to wtedy, gdy grupa jest bierna, napięta, gdy ustali się w niej niekorzystny wzór przebiegu zajęć, tzn. gdy rozmowy są powierzchowne i ogólnikowe. Zazwyczaj pisemne relacje pisane są np. po pierwszym utworze, reszta zajęć przeznaczona jest na omówienie zaistniałej sytuacji. Okazuje się, że osoby mające trudność z wypowiadaniem się w grupie lub w ujawnianiu swoich emocji, łatwiej nawiązują kontakt drogą pośrednią, poprzez pisemną relację.

Taka forma stosowana jest bardzo rzadko w muzykoterapii. Bowiem w muzykoterapii chodzi także o uczenie kontaktu werbalnego. Niemniej czasami okazuje się konieczne odwoływanie do technik pozawerbalnych. Można wówczas łączyć muzykoterapią np. z rysunkiem. Werbalizacja (i w ogóle ujawnianie) emocji, które wywołuje muzyka, jest - jak się wydaje — bardzo trudne. Stąd np. w szpitalu w Branicach stosuje sie malowanie przeżyć, mające za zadanie ułatwienie ekspresji.

Trudności związane z prowadzeniem receptywnej muzykoterapii grupowej

Jak każda nowa metoda, tak i muzykoterapia może spotkać się z brakiem zrozumienia — zarówno ze strony personelu lekarskiej, jak i pacjentów. Przyczyn tego należy szukać przede wszystkim w niejasności celów muzykoterapii dla osób, które pierwszy raz się z nią spotykają. W przekonaniu personelu i pacjentów działanie lecznicze muzyki wiąże się najczęściej z działaniem relaksującym, odprężającym i rozrywkowym. Tymczasem pacjenci spotykają się tu nieraz po raz pierwszy z muzyką poważną. W czasie muzykoterapii zostaje poruszona i przypomniana problematyka konfliktowa, którą pacjenci starają się odsunąć od siebie jak najdalej. Ponadto muzyka wywołuje niekiedy smutny nastrój, uczucia lęku, skojarzenia ze śmiercią (szczególnie muzyka oratoryjna, organowa, muzyka utrzymana w rytmie marszowym, np. początkowy fragment fantazji f-moll op. 49 i nokturnu f-moll op. 55 nr 1 i c-moll op. 48 nr 1 Chopina) — porusza tę całą sferę emocji, którą pacjent starał się dotychczas tłumić. Wszystko to budzi zjawiska oporu, jak każde oddziaływanie terepeutyczne tego rodzaju.

Muzyka poważna często bywa odczuwana jako trudna, niezrozumiała i elitarna. Obecność w grupie pacjentów „melomanów", którzy popisując się pewną znajomością takiej muzyki starają się zająć pozycję dominującą, okazując przy tym postawę wyższościową wobec pozostałych osób, stwarza dodatkowe problemy. Może to doprowadzić do konfliktu w grupie, częściej jednak obserwuje się zjawisko rywalizacji i chęć dorównania takim osobom. Zdarza sie jednak często, że zainteresowanie muzyką poważną, pobudzone przez rywalizację lub snobizm, prowadzi do autentycznego zainteresowania muzyką, do muzycznego i estetycznego uwrażliwienia.

Pomimo powstawania wielu emocji negatywnych, pozornie niekorzystnych terapeutycznie, możliwość wyrażenia ich na kanwie muzyki w sposób akceptowany społecznie ma istotne znaczenie dla terapii. Dla wielu pacjentów istotne znaczenie ma także element treningu np. osoby, którym sprawia ogromną trudność słuchanie muzyki głośnej, potężnie brzmiącej, stopniowo adaptują się to niej, czują się mniej zagrożone. Ma to duże znaczenie dla jednostek o astenicznym typie osobowości, o cechach zależnych, a przede wszystkim u osób pozostających w konflikcie z kimś dominującym, apodyktycznym, używającym często wobec nich krzyku. Muzyka głośna kojarzy się im z reguły z tym krzykiem. Osoby asteniczne czują się przytłoczone, odczuwają lęk i przerażenie, podobnie jak niektórzy pacjenci z nerwicą lękową. W leczeniu pomocna bywa sugestia, że energia płynąca z utworu nie jest „zewnętrzną" czyjąś energią, przytłaczającą i niszczącą, lecz własną energią pacjenta, która może być zwrócona na zewnątrz. Chodzi tu o uczenie pacjentów przeciwstawiania się osobom znaczącym, uczenie ekspresji uczuć negatywnych i agresji. Głównie ze względu na takich pacjentów, program muzyczny dobierany jest na zasadzie stopniowania głośności, tempa i gęstości fakturalnej.

Inną trudność sprawia pacjentom i terapeucie różnorodność przeżywania muzyki. Pacjenci, którym muzyka nie nasuwa obrazów wizualnych, czują się gorsi niż inni, sądzą, iż nie mają wyobraźni, że odbiegają od normy, zazdroszczą tym, którzy łatwo „kojarzą" w czasie słuchania. U takich pacjentów już po kilku zajęciach obserwuje się albo rozdrażnienie i zachowanie typu „acting out" albo spadek aktywności, a nawet obniżenie nastroju. Jeśli są to osoby dominujące w grupie, wymienione zachowania mogą rozprzestrzenić się, utrudniając oddziaływanie terapeutyczne.

Dlatego niekiedy konieczne jest wyjaśnienie przyczyn różnorodności przeżyć muzycznych, odwołując się do istnienia kilku odmiennych typów percepcyjnych (zob. J. Wróblowa-Koblewska). Wyjaśnienie takie z reguły rozładowuje sytuację.

www.arteterapia.pl

Trudności mogą też stwarzać same skojarzenia i myśli towarzyszące słuchaniu muzyki. Dotyczą one często bardzo osobistych, intymnych odczuć. Trudniej jest o nich mówić, niż np. relacjonować własny życiorys. Ze względu na te wszystkie trudności w pierwszym etapie leczenia wprowadzana jest muzyka łatwiejsza i pacjenci „nowi" w grupie, nieśmiali i napięci, nie są od razu pobudzani do mówienia o własnych odczuciach.

Muzykoterapia grupowa w psychozach

Możliwości terapeutyczne

Niektóre z oddziaływań muzykoterapii, wymienione przy omawianiu nerwic, mają wartość także w terapii psychoz. Mamy tu na myśli komunikatywną funkcję muzyki, możliwość oddziaływania poprzez nią na życie uczuciowe człowieka, na regulację funkcji organizmu itp.

Komunikatywne możliwości muzykoterapii w psychozach oparte są na ułatwieniu kontaktu werbalnego w chwili przeżywania muzyki w grupie, na zachodzącym pod jej wpływem rozluźnieniu emocjonalnym oraz na zjawiskach komunikacji pozawerbalnej. Mają one ogromne znaczenie u chorych autystycznych i zahamowanych pstchomotorycznie (jak np. w schizofrenii katatonicznej), urojeniowych (szczególnie z urojeniami ksobnymi i prześladowczymi) itp. Wydaje się, że poprzez muzykę można pacjentowi przekazać pożądane dla procesu leczenia treści uczuciowe. Jo Ann Euper stwierdza w oparciu o własne doświadczenia, że u dzieci autystycznych występuje silne zainteresowanie muzyką, a niejednokrotnie nawet talent muzyczny. Dzieci te, używające swoistego języka, pełnego metafor, niezrozumiałego dla nikogo poza nimi samymi, nie odczuwające potrzeby obecności ani kontaktu z ludźmi, poprzez muzykę zbliżały się do otoczenia. Muzykoterapeuta grający na fortepianie stawał się takiemu dziecku potrzebny. Prosiło go ono o granie, ciągnęło w stronę instrumentu, kładło ręce na klawiaturze. Był to początek kontaktu dziecka autystycznego ze światem ludzi, wyjście poza świat przedmiotów.

Wielu autorów wskazuje na rozluźnienie autyzmu, jakie zachodziło pod wpływem słuchania muzyki (Lubońska). „Chorzy po wielomiesięcznym milczeniu ożywiali się, zaczynali mówić na koncertach. Twarze chorych, zobojętniałych i otępiałych, pod wpływem pewnych melodii rozjaśniały się, zaczynali oni poruszać palcami, ruszać się, przytupywać, niektórzy nawet podnosili się i próbowali tańczyć". Wielu autorów uważa, że muzykoterapia — zwłaszcza czynna — umożliwia zmniejszenie autyzmu. W takiej sytuacji pacjenci uczą się reagować na swojego partnera, uczą się wyrażać uczucia wobec niego i terapeuty. Improwizacja muzyczna pobudza ponadto dyspozycje twórcze. Dotychczasowe własne doświadczenia wskazują również na to, że za pośrednictwem muzyki wpłynąć można na polepszenie kontaktu emocjonalnego w schizofrenii, aktywizację sfery emocjonalnej. Obserwowano to m.in. u grupy pacjentów w wieku około 19-25 lat z rozpoznaniem schizofrenii. Słuchali oni chętnie muzyki dramatycznej, dynamicznej, w której występowało stopniowanie nastroju od tragicznego, aż do zwycięskiego, radosnego. Utwory takie kojarzyły im się z walką z własną chorobą, z przezwyciężaniem choroby. W efekcie, po wysłuchaniu muzyki, u pacjentów o obniżonym nastroju i napędzie, obserwowane było zwiększenie (wyrównanie) napędu psychoruchowego, poprawa nastroju, mobilizacja do działania oraz lepszy kontakt werbalny. Mobilizujące działanie muzyki przejawiało się również w poprawie wyglądu zewnętrznego pacjentów. Przychodzili oni na zajęcia w ubraniach a nie w piżamach, uczesani i bardziej zadbani.

Działanie muzyki posiada dla wielu osób znaczenie kompensacyjne i satysfakcjonujące. Muzyka, szczególnie dla pacjentów psychotycznych, jest niejednokrotnie możliwością kontaktu z innym, lepszym światem, płaszczyzną realizacji własnych marzeń. Wpływ muzyki na sferę emocjonalna psychiki pacjenta psychotycznego polega także na modulowaniu nastroju, na odblokowywaniu uczuć, ułatwianiu ekspresji i aktywizacji emocjonalnej.

Porządkujące oddziaływanie rytmu muzycznego może mieć istotne znaczenie przede wszystkim dla osób o przyspieszonym toku myślenia, osób u których obserwuje się występowanie ruchów mimowolnych itp. Własne obserwacje wskazują, że utwory, w których czynnik rytmiczny wyeksponowany jest na pierwszy plan, gdzie rytm jest miarowy, jednostajny i tempo niezbyt wolne (np. utwory barokowe, niektóre klasyczne), wpływają korzystnie na koordynację psychoruchową pacjentów.

W literaturze można spotkać się z poglądem, że pod wpływem muzyki można osiągnąć korekcję i regulację ruchową, zmniejszenie się ruchów mimowolnych, a więc i integrację motoryki wyrażeniowej. Szczególnie ważną rolę może tu spełniać terapia muzyczno-ruchowa. Z. Sulikowska stosowała taką terapię w latach 1953-1954,

www.arteterapia.pl

dla niespokojnych pacjentek w stanie zamącenia. Wprowadzano je pojedynczo, w miękkim obuwiu, do zaciemnionej sali, w której ktoś grał na fortepianie, rozmowy prowadzono przyciszonym głosem. Pacjentki uspokajały się natychmiast, ustawiały w kole i naśladowały ruchy terapeuty. Efekt uspokojenia był krótkotrwały — zdaniem autorki dlatego, że pacjentki po ćwiczeniach muzyczno-ruchowych wracały na oddział dla chorych niespokojnych, pełen krzyku i niesprzyjającej atmosfery*.

Korzystny wpływ rytmu muzycznego obserwuje sie u pacjentów spowolniałych, ociężałych ruchowo. Muzyka szybka, miarowa, działa pobudzająco. Może dlatego chorzy przyjmujący neuroleptyki chętnie słuchają muzyki żywej i głośnej.

Nie bagatelizując możliwości wykorzystania muzyki dla oddziaływania psychoterapeutycznego na pacjentów psychotycznych, wydaje się jednak, że większe znaczenie ma oddziaływanie psychotropowe. Oczywiście pogłębianie i obniżanie nastroju w depresji poprzez stosowanie muzyki poważnej, tragicznej w swym wyrazie, podobnie jak zastosowanie programu pobudzającego dla pacjentów maniakalnych, byłoby błędem. Z tego względu konieczny wydaje się odpowiedni dobór grupy muzykoterapeutycznej. Powinna ona być homogenna pod względem dominującego nastroju, napędu psychoruchowego, aktywności i diagnozy. Z własnych obserwacji wynika, że pacjent hypomaniakalny w grupie chorych depresyjnych nie dopuszczał nikogo do głosu. Wprowadzenie takiego pacjenta do grupy schizofrenicznej powodowało lekceważenie zajęć, błaznowanie, przeszkadzanie w ich prowadzeniu itp. Z drugiej strony homogenność wydaje się niekorzystna wtedy, gdy grupa składa się wyłącznie z pacjentów biernych, nie wypowiadających się, niechętnie nastawionych do aktywnych form terapii, np. wspólnego śpiewania. Korzystniejsza jest sytuacja, w której wśród nieco aktywniejszych pacjentów znajduje się kilku biernych. Osoby aktywniejsze inicjują wtedy dyskusje, proponują wspólne śpiewanie piosenek, stwarzają atmosferę sprzyjającą aktywizacji osób biernych. Często chorzy, początkowo sprzeciwiający się czynnej muzykoterapii, podczas takich zajęć zaczynają się sami spontanicznie włączać do śpiewania, stopniowo ożywiają się, nawiązują kontakty.

Na zakończenie warto jeszcze wspomnieć o diagnostycznym znaczeniu muzykoterapii. Dla obserwatora ten element zajęć wydaje się z reguły bardziej oczywisty niż czynnik terapeutyczny. Stwierdzenie to odnosi się zarówno do psychoz, jak i do nerwic.

Przebieg zajęć w Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychoneurologicznego

Muzykoterapia odbywa się jeden raz w tygodniu dla każdej grupy i trwa ok. 40-45 minut. Skład grupy jest heterogenny pod względem wieku, płci, kultury muzycznej, natomiast homogenny (w przybliżeniu) pod względem dominującego nastroju, aktywności i diagnozy. Liczba osób waha się od 7 do 12. Wydaje się, że optymalnie grupa powinna liczyć 6—8 osób, gdyż tylko wtedy możliwe jest nawiązanie kontaktu z każdym pacjentem w tak krótkim okresie czasu.

Zajęcia składają się z dwu części: pierwsza polega na słuchaniu a następnie omawianiu muzyki, druga — na śpiewaniu piosenek. Terapia zawiera tu więc połączenie elementów muzykoterapii receptywnej i aktywnej. I cz. trwa ok. 20 minut, pozostały czas przeznaczony jest na śpiewanie. Zajęcia rozpoczynają sie od słuchania muzyki, która ma na celu stopniowe przygotowanie pacjentów do bardziej aktywnego uczestniczenia. Z tego względu pierwszy utwór dopasowany jest do przeważającego w grupie pacjentów nastroju. Jeśli dominuje nastrój obniżony, kompozycja utrzymana jest w spokojnym nastroju i umiarkowanym lub powolnym tempie. Przeważnie jest to piosenka typu balladowego. Drugim punktem programu muzycznego jest poważna muzyka popularna, łatwa w odbiorze, utrzymana w żywym tempie i pogodnym nastroju. Celem drugiego utworu jest pobudzenie pacjentów i podniesienie ich nastroju.

Przebieg terapii zmierza w kierunku zaktywizowania grupy, zmobilizowania i zachęcenia do działania, do żywszego uczestnictwa w życiu oddziału. Najlepsze rezultaty daje tu wspólne śpiewanie pacjentów, w którym bierze zresztą udział terapeuta. Dla ułatwienia pacjentom zadania, początkowo słuchano piosenki odtwarzanej z taśmy magnetofonowej, następnie nucono razem z magnetofonem, w końcu samodzielnie śpiewano (bez pomocy aparatu) — przy czym okazywało się, że w tej sytuacji śpiewała większa ilość osób, śpiewano głośniej, śmielej i z większym zaangażowaniem. W późniejszym okresie leczenia, gdy grupa była już przyzwyczajona do tej formy terapii, melodię nowej, nieznanej piosenki podawał terapeuta a pacjenci powtarzali ją za nim.

Sytuacja wspólnego śpiewania stwarza wiele momentów aktywizujących i integrujących grupę. Na przykład dla odczytania tekstu piosenki z kartki należało usiąść bliżej siebie, co wpływało m.in. na zwiększenie interakcji społecznych. Niektórzy pacjenci musieli głośno przeczytać tekst lub podać wysokość dźwięku, od którego grupa

* Informacja zaczerpnięta z dyskusji na konferencji muzykoterapeutycznej, która odbyła się 13 stycznia 1973 r. Autorka jest instruktorem terapii ruchowej, a jej wspomnienia dotyczą okresu pracy w szpitalu psychiatrycznym w Kobierzynie.

www.arteterapia.pl

zaczynała śpiewać, a niekiedy także sami uczyli nowych melodii, co równiez przyczyniało się korzystnie do osiągnięcia wyżej wymienionych celów. Wspólne działanie, podczas którego koniecznością było dostosowanie się pod względem rytmicznym i melodycznym do innych osób, integrowało grupę. Ponadto śpiewanie — spontaniczna forma ekspresji, sprawiało wiele radości pacjentom. Obserwowało się poprawę nastroju, wzrostu dynamiki grupowej i ożywienie. Po zajęciach pacjenci wracając na oddział śpiewali na korytarzu oraz rozmawiali ze sobą.

Jako dodatkowy bodziec aktywizujący i satysfakcjonujący wprowadzane było nagrywanie piosenek śpiewanych przez pacjentów. Chęć uzyskania dobrego nagrania wszystkich bardzo mobilizowała. Śpiewano z entuzjazmem, z przejęciem i z niecierpliwością oczekiwano na efekty nagrania. Podczas odtwarzania nagrania pacjenci niejednokrotnie odczuwali satysfakcję, proponowali, żeby taśmy te wykorzystać na wieczorkach i innego typu spotkania na oddziale. Nagrania było spontanicznie omawiane, chwalono osoby, których głos udawało się „wychwycić z magnetofonu". Warto też zaznaczyć, że nawet pacjenci nie nawiązujący kontaktów werbalnych chętnie uczestniczyli w śpiewie. Do wspólnego śpiewania wykorzystywana była muzyka ludowa. W okresie świątecznym dużym powodzeniem cieszyły się kolędy, w późniejszym także pastorałki.

W odróżnieniu od zestawów muzycznych stosowanych w muzykoterapii nerwic, w terapii psychoz korzystne jest wprowadzanie utworów krótkich, 3 do 5 minutowych. Wiąże się to z trudnościami koncentracji m.in. związanymi z przyjmowaniem dużych dawek leków oraz męczliwością.

Rozmowy prowadzone w trakcie muzykoterapii receptywnej dotyczą przede wszystkim preferencji muzycznych pacjentów, oddziaływania muzyki, nastroju, rzadziej skojarzeń, jakie ona wywołuje. Unika sie poruszania własnej problematyki chorych. Interakcji werbalnych jest zazwyczaj znaczniej mniej niż w trakcie muzykoterapii w grupach nerwicowych.

Uwagi końcowe

W literaturze muzykoterapeutycznej panuje zgodność co do tego, że dla prowadzenia muzykoterapii niezbędna jest znajomość osobistej problematyki pacjenta, patogennych związków i sytuacji konfliktowych, znajomość planów odnośnie leczenia — a co za tym idzie, zachodzi konieczność ukierunkowania zajęć (w miarę możności) pod kątem indywidualnych potrzeb pacjenta. Im ściślejsza jest współpraca pomiędzy całym zajmującym się chorymi zespołem a muzykoterapeutą, tym lepsze wyniki. Jeśli muzykoterapia traktowana jest jako jedna z metod, wchodzących w skład kompleksowej terapii, osoba prowadząca ją powinna być zorientowana w aktualnych wydarzeniach zachodzących na oddziale i w problematyce innych zajęć grupowych. Jest to potrzebne dla zachowania ciągłości pomiędzy wszystkimi metodami oddziaływania na pacjenta.

Przy prowadzeniu muzykoterapii grupowej wzmacnianie osób znających tzw. muzykę „poważną" na ogół sprowadza negatywne efekty — wytwarza się u nich postawa wyższościowa wobec pozostałych członków grupy. Nie wskazane jest ponadto zezwalanie na rozmowy dotyczące konstrukcji muzycznej słuchanych utworów, ich wartości artystycznej i interpretacji, a więc zezwalanie na percepcję analityczno-formalną. W muzykoterapii indywidualnej może to być wskazane dla osób, u których zachodzi potrzeba rozbudzenia nowego obszaru zainteresowań.

Wydaje się niekorzystne nakłanianie pacjentów lub zezwalanie im na słuchanie muzyki poza godzinami terapeutycznymi (zazwyczaj utworów rozrywkowych, beatowych), Muzyka traktowana jest w takich sytuacjach jako tło do rozmów, czasem jako ucieczka przed grupą, ucieczka przed samotnością wtedy, gdy kontakt z grupą jest niedostateczny lub jako ucieczka od własnych problemów. Jest ona traktowana często podobnie jak palenie papierosów, które w najłatwiejszy sposób, na zasadzie czynności automatycznej, powoduje pewien spadek napięcia. Efektem tego jest zmniejszenie wrażliwości na muzykę. Muzyka działa tu jako środek otępiający, jakby „narkotyzujący" (Gaston). Szczególnie niekorzystne wydaje się słuchanie takiej muzyki bezpośrednio przed muzykoterapią.

Terapeutyczne efekty muzykoterapii nie są jeszcze naukowo zobiektywizowane. Przyczyną tego jest nie tylko nowość samej dyscypliny oraz fakt, iż stosowana jest ona w kompleksie innych metod psychoterapeutycznych, których wyniki także trudno ściśle ustalić, lecz również złożoność i nieuchwytność zjawiska percepcji muzycznej. Badania tego problemu wymagają badań z zakresu psychologii muzyki, będącej także dopiero w fazie eksperymentalnej.

www.arteterapia.pl

Aneks

Próba klasyfikacji wyrazowej wybranych utworów muzycznych

Przeprowadzenie klasyfikacji wyrazowej utworów muzycznych uwarunkowane jest tu względami praktycznymi. Ma ona na celu ułatwienie właściwego doboru programu osobom prowadzącym muzykoterapię receptywną. Klasyfikację tę należy traktować umownie, jest ona bowiem subiektywna. Trudności związane z przeprowadzeniem jej spowodowane są przede wszystkim różnorodnością emocjonalną przeważającej ilości utworów, gdzie zmiany nastroju mogą zachodzić nawet na przestrzeni frazy muzycznej. Ponadto na charakter wyrazowy utworu wpływa jego interpretacja artystyczna. W klasyfikacji uwzględniono więc dominujący nastrój oraz działanie, jakie wywołuje dany utwór, opierając się na doświadczeniach i obserwacjach percepcji muzycznej pacjentów.

Ogólnie można wyróżnić następujące kategorie wyrazowe utworów muzycznych:

1. utwory pogodne, w tempie umiarkowanym,
2. smutne, melancholijne,
3. liryczne, pełne zadumy, marzycielskie,
4. tragiczne, posępne, żałobne,
5. dramatyczne,
6. zawierające stopniowanie nastroju od poważnego, poprzez dramatyczny do zwycięskiego,
7. zawierające wymienione stopniowanie, ale bez elementu tragiczno-dramatycznego,
8. wesołe, szybkie,
9. bohaterskie, dynamiczne, mobilizujące, wzmacniające,
10. utwory o charakterze i tematyce dziecięcej*.

Do **pierwszego rodzaju utworów** można by zaliczyć: Beethoven: VI Symfonia F-dur „Pastoralna", op. 68; Berlioz: II cz. Symfonia Fantastyczna; Brahms — Serenada D-dur op. 11, II Symfonia D-dur op. 73 III cz., I Symfonia c-moll op. 68 III cz.; Czajkowski: IV Symfonia f-moll op. 36 III cz., V Symfonia e-moll op. 64 III cz.; Chopin: mazurki As-dur op. 41 nr 4 i As-dur op. 59 nr 2, impromptus As-dur op. 30 i Ges-dur op. 51 (skrajne części), preludia H-dur, Es-dur i F-dur, etiuda Des-dur bez opusu, etiuda e-moll op. 25 nr 5, walc As-dur op. 64 nr 3, Des-dur i f-moll op. 70, op. posth. e-moll, E-dur i Es-dur; A. Borodin: obraz symfoniczny „W stepach Azji Środkowej"; Bach: 4 suity orkiestrowe; Debussy: 2 arabeski fort., „Popołudnie fauna", „Morze" I i II cz.; Grieg: I suita z muzyki do Peer Gynta op. 46 „Taniec Anitry", II suita z muzyki do Peer Gynta op. 55 „Taniec arabski"; G. Händel: Water Music i Firework Musik (suity barokowe o skontrastowanych ze sobą częściach); J. Haydn: części menuetowe symfonii, a także pierwsze ustępy wielu symfonii; W. Mozart (podobnie) oraz serenada „Eine kleine Nachtmusik" KV 525; F. Mendelssohn: Uwertura Koncertowa „Hebrydy" op. 26, niektóre „Pieśni bez słów"; M. Ravel: Szecherezada; F. Schubert: IV Symfonia c-moll II cz., Symfonia V i VII-III cz., Kwintet fortepianowy A-dur op. 114 „Pstrąg"; R. Schumann: III Symfonia Es-dur „Reńska" op. 97 II cz.; Vivaldi: koncerty skrzypcowe (skrajne części).

Do tej kategorii można byłoby chyba zaliczyć utwory o charakterze ekspresyjnym, np. K. Szymanowskiego: I koncert skrzypcowy, III Symfonia, IV Symfonia „Koncertująca", „Mity" op. 30, „Metopy" op. 29; M. Ravel: Gaspard de la nuit I cz. Ondine; M. de Falla — „Noce w ogrodach Hiszpanii"; O. Messiaen: Symfonia „Turangalila".

II kategoria: J. S. Bach: Aria z II Suity orkiestrowej D-dur, „Das musikalische Opfer" — ricercar a sei voci, Msza h-moll, Credo nr 3 duet „Et in unum Dominum"; Beethoven: Koncert skrzypcowy D-dur op. 61 II cz., V Symfonia c-moll op. 67 II cz., IX Symfonia d-moll op. 125 III cz., Sonata fort. cis-moll op. 27 nr 2 „Księżycowa" I cz., H. Berlioz: Symfonia fantastyczna III cz.; J. Brahms: I Symfonia c-moll op. 68 II cz., III Symfonia F-dur op. 90 II cz. 4 utwory op. 119 (3 intermezza), II Koncert fortepianowy B-dur op. 83 II cz., F. Chopin: nokturny

* Ta kategoria utworów nie określa właściwie nastroju. Została tu dołączona dodatkowo, na wypadek gdyby zaszła potrzeba nawiązania kontaktu z osobą niedojrzałą emocjonalnie, infantylną, w oparciu o receptywną muzykoterapię indywidualną — lub wywołania w grupie nastroju i wspomnień związanych z dzieciństwem.

www.arteterapia.pl

Fis-dur op. 15 nr 2 (skrajne części), cis-moll op. 27 nr 1 (dramatyczny w części środkowej), etiudy op. 10 E-dur nr 3 i es-moll nr 6, op. 25 cis-moll nr 7, preludia op. 28 h-moll i Fis-dur, mazurki e-moll op. 41 nr 2 i f-moll op. 68 nr 4, walc a-moll op. 34, Sonata h-moll III cz.; P. Czajkowski: Jezioro łabędzie — Suita orkiestrowa nr 1 „Taniec łabędzi" i nr 4 „Pas d'action" (Odetta i książę); C. Debussy: La soir*f*e dans Grenade z cyklu „Estampes", Preludia fortepianowe „Zatopiona katedra", „Zwiędłe liście", „Kanopa"; E. Grieg: II Suita z muzyki do "Peer Gynta" nr 1 (Porwanie narzeczonej. Skarga Ingridy) i nr 4 (Pieśń Solwejgi); F. Liszt — Consolation Des-dur; W. Mozart — Stmfonia D-dur „Haffnerowska" KV 385 II cz., D-dur „Praska" KV 504, II cz., g-moll KV 550 II cz., C-dur „Jowiszowa" KV 551 II cz., Koncert fortepianowy B-dur KV 595 cz. II, Koncert skrzypcowy A-dur KV 219 II cz. G. Puccini: Aria Mme Butterfly z II aktu, „Cyganeria" — aria Mimi z I aktu; G. Verdi: „Traviata" — aria Violetty z I aktu; G. Bizet: „Carmen": Aria z kwiatkiem (akt II) i aria Micaeli (akt III), P. Czajkowski: „Eugeniusz Oniegin" — Aria Gremina; S. Rachmaninow: Koncert fortepianowy c-moll op. 18 II cz., preludia fortepianowe: D-dur op. 23 nr 4, op. 9 nr 1, op. 11 nr 4 i nr 5, nr 13, nr 15 itd. K. Szymanowski: Etiuda b-moll; H. Wieniawski: II Koncert skrzypcowy d-moll op. 22 II cz., Rimski-Korsakow: Szecherezada III cz.; F. Schubert: VIII Symfonia h-moll „Niedokończona" II cz., A. Vivaldi: środkowe ustępy niektórych koncertów skrzypcowych.

III Kategoria: L. Beethoven: I Symfonia II cz., II Symfonia II cz., IV Symfonia II cz., I Koncert fortepianowy C-dur op. 15 II cz., V Koncert fortepianowy Es-dur op. 73 II cz.; F. Chopin: środkowe ustępy koncertów fortepianowych, nokturny: op. 9 b-moll i Es-dur, op. 15 g-moll i H-dur, op. 27 Des-dur, op. 32 H-dur i As-dur, op. 48 fis-moll, op. 55 Es-dur, op. 62 H-dur i op. 72 e-moll, Kołysanka Des-dur, preludia: e-moll, A-dur, As-dur, etiudy f-moll i As-dur bez opusu, etiuda As-dur op. 25 nr 1 i Es-dur op. 10 nr 11, mazurki: op. 33 nr 4, op. 50 nr 2, op. 59 nr 1, op. 63 nr 2 i 3, op. 67 nr 3, op. 67 nr 4, op. 68 nr 2 i 3, 2alce: op. 64 cis-moll, op. 69 As-dur i h-moll, impromptu cis-moll; P. Czajkowski: Koncert fort. b-moll op. 23 II cz., IV Symfonia II cz., VI Symfonia II cz., Koncert skrzypcowy D-dur II cz.; C. Debussy: Clair de lune z „Suite Bergamasque", preludia fortepianowe: Tancerki delfickie, Żagle, Dźwięki i wonie..., Dziewczyna o lnianych włosach, Mgły, Wrzosy, Pagody, z cyklu „Estampes"; F. Liszt: Marzenie miłosne; N. Paganini: II Koncert skrzypcowy h-moll II cz.; S. Prokofjew: VII Symfonia op. 131 I cz. i III, I Koncert fortepianowy Des-dur II cz.; F. Mendelssohn: Koncert skrzypcowy e-moll II cz., IV Symfonia A-dur „Włoska" op. 90 II i III cz.; E. Grieg: Koncert fort. a-moll II cz., R. Wagner: Tannhäuser - Pieśń do gwiazdy z III aktu I. Paderewski: Koncert fort. e-moll II cz., R. Schumann: Koncert fort. a-moll II cz., III Symfonia Es-dur: II cz., F. Schubert: V Symfonia B-dur II cz., Brahms III Symfonia F-dur III cz., Ravel: Koncert fort. G-dur II cz., I. Strawiński: Suita z baletu „Ognisty ptak" — Kołysanka.

IV Kategoria: (utwory tragiczne, posępne, żałobne): J. S. Bach: fragmenty z pasji oraz z Mszy h-moll (np. z Credo „Et incarnatus" i „Crucifixus"), L. Beethoven: III Symfonia „Eroica" II cz., Sonata for. As-dur op. 26 III cz., Chopin: polonez c-moll op. 40, preludia a-moll i c-moll, początkowy fragment nukturnów c-moll op. 48 i f-moll op. 55 oraz fantazji f-moll, a także środkowa część nokturnu G-dur op. 37 i g-moll op. 37 nr 1; P. Czajkowski: VI Symfonia IV cz., V Symfonia II cz., A. Dvorak: IX Symfonia „Z Nowego Świata" II cz., E. Grieg: Śmierć Azy (I suita z muzyki do Peer Gynta), W. Lutosławski: Muzyka żałobna, K. Szymanowski: Stabat Mater, R. Wagner: Wstęp do „Tristana i Izoldy", A. Borodin: opera „Książę Igor" — aria Ks. Igora, G. Verdi: „Don Carlos" — aria Ks. Filipa, M. Musogorski: Borys Godunow — scena śmierci Borysa, G. Verdi: Otello — credo Jagona z II aktu, G. Bizet: „Carmen" — aria z kartami z III aktu.

V Kategoria: L. Beethoven: V Symfonia I cz., Sonata f-moll op. 57 „Appassionata", Sonata c-moll op. 111, Sonata d-moll op. 31 nr 2, Ginał Sonaty cis-moll op. 27 „Księżycowej", Sonata C-dur op. 53 „Waldsteinowska", Uwartura „Coriolan"; Chopin: Sonata b-moll I cz., etiudy op. 10 C-dur nr 1, f-moll nr 9, c-moll nr 12, op. 25 h-moll nr 10, a-moll nr 11, c-moll nr 12, preludia gis-moll, b-moll, g-moll i d-moll, polonezy As-dur op. 53, es-moll op. 26, fis-moll op. 44 (za wyjątkiem części mazurkowej), scherzo h-moll (oprócz kołysanki); P. Czajkowski: pierwsze ustępy IV, V i VI Symfonii, H. Berlioz: Symfonia fantastyczna IV i V czt. (elementy groteski), A. Honegger: III Symfonia „Liturgiczna", F. Liszt: Sonata h-moll, A. Bruckner: IV Symfonia Es-dur finał.

Do tej kategorii utworów można zaliczyć również utwory o charakterze patetycznym, np. S. Rachmaninow: II Koncert fort. c-moll I cz., J. Brahms: I Symfonia c-moll I cz., L. Beethoven: Sonata c-moll op. 13 „Patetyczna" I cz., P. Czajkowski: VI Symfonia I cz., M. Ravel: Koncert D-dur na lewą rękę oraz utwory majestatyczne i hymniczne, np. R. Wagner: Wstęp do „Tannhäusera", J. S. Bach: Passacaglia c-moll, Toccata i fuga d-moll, fragmenty oratoryjne, np. Alleluja z „Mesjasza" Händla, finał III symfonii szkockiej F. Mendelssohna i inne.

VI Kategoria: L. Beethoven: Sonata fort. c-moll op. 111 II cz., Sonata fort. cis-moll op. 27 „Księżycowa", Uwartura „Egmont", F. Chopin: ballady, scherza b-moll i E-dur, Polonez-Fantazja; A. Honegger: Pacific 231; F. Liszt: II Koncert fort. A-dur, poematy symfoniczne: „Preludia", „Tasso", „Mazepa", etiudy fortepianowe, sonata h-moll.

VII Kategoria: F. Chopin: barkarola Fis-dur, C. Debussy: Radosna wyspa, E. Grieg: I suita z muzyki do Peer Gynta, M. Karłowicz: poemat symfoniczny: „Rapsodia litewska", St. Moniuszko: uwertura koncertowa „Bajka", Z. Noskowski: poemat symf. „Step", M. Ravel: Bolero „la Valse", B. Smetana: poemat symfoniczny „Wcłtawa".

VIII Kategoria: L. Beethoven: I Symfonia III i IV cz., finały większości sonat fort. i skrzypcowych, a także koncertów fortepianowych, J. Brahms: finał II Symfonii, finał koncertu fort. B-dur i koncertu skrzypcowego

www.arteterapia.pl

D-dur; A. Borodin: Tańce połowieckie z II aktu opery „Kniaź Igor"; F. Chopin: Polonez na wiolonczelę, Bolero C-dur, Tarantella, Rondo à la Krakowiak, 3 Ecossaises op. 72, mazurki op. 7 nr 4, op. 50 nr 1, op. 56 nr 2, op. 59 nr 2, preludia D-dur i cis-moll, etiudy op. 10 nr 2, nr 5 i 7, op. 25 nr 2, 9, walce op. 18 Es-dur, op. 34 As-dur i F-dur, op. 42 As-dur, op. 54 Des-dur, op. 70 Ges-dur i op. posth. As-dur; P. Czajkowski: walce z suit z „Jeziora łabędziego" i „Śpiącej królewny", z V Symfonii, finał Koncertu fort. b-moll i koncertu skrzypcowego D-dur; C. Debussy: preludia fort. „Taniec Puka", „Minstrelle„ "Preludium tercjowe", „Sztuczne ognie", G. Gershiwn: Błękitna Rapsodia, poemat symf. „Amerykanin w Paryżu", M. Glinka: uwertura do opery „Rusłan i Ludmiła", J. Haydn: finały wielu symfonii; Mozart — podobnie, finały koncertów fort. i sonat, W. Lutosławski: II cz. Koncertu na orkiestrę, Mała Suita, F. Mendelssohn: finał IV Symfonii i koncertu skrzypcowego e-moll. uwertura i scherzo z Muztki do „Snu nocy letniej", M. Karłowicz: Serenada na orkiestrę smyczkową op. 2, A. Chaczaturian: suity z baletu „Gajane", A. Bruckner: IV Symfonia III cz., S. Moniuszko: Mazur z „Halki" i „Strasznego dworu", N. Paganini: finał II koncertu skrzypcowego „La campanella", S. Prokofjew: Symfonia Klasyczna, finał VII symfonii, suita z opery „Miłość do trzech pomarańcz", I Koncert fort. Des-dur, finał III koncertu fort. D-dur, M. Ravel: Rapsodia hiszpańska, Koncert fort. G-dur I i III cz., M. Rimski-Korsakow: Szecherezada II i IV cz., G. Rossini: uwertury orkiestrowe, opery komiczne, D. Scarlatti: Sonaty fort., I. Paderewski: finał koncertu fort. a-moll, R. Schumann: Finał koncertu fort. a-moll i III Symfonii, C. Weber: uwartury operowe, I. Strawiński: „Pulcinella", Pietruszka, D. Szostakowicz: IX Symfonia Es-dur, H. Wieniawski: finał II koncertu skrzypcowego d-moll, polonezy skrzypcowe A-dur i D-dur, F. Schubert: V Symfonia I i IV cz.

IX Kategoria: L. Beethoven: III Symfonia I cz., V Symfonia IV cz., VII Symfonia I i IV cz., VIII Symfonia IV cz., IX Symf. IV cz., uwartura „Leonora III"; J. Brahms: Koncert fort. d-moll I cz. i finał, F. Chopin: Koncert fort. f-moll I cz., Sonata h-moll finał, początkowe ustępy wielu koncertów fort. i skrzypcowych różnych kompozytorów, P. Czajkowski: finał IV i V Symfonii, III cz. VI Symfonii, F. Liszt: Walc Mefisto, Koncert fort. Es-dur, W. Mozart: finał Symfonii C-dur KV 551, S. Prokofjew: Marsz z suity „Romeo i Julia", S. Rachmaninow: preludia fort. op. 23 nr 2 i 5, op. 11 nr 18, S. Skriabin: preludia, O. Respighi: „Pinie rzymskie", R. Schumann: finał symfonii IV d-moll, F. Schubert: VII Symfonia I i IV cz., R. Wagner: Uwertura do „Śpiewaków norymberskich", „Cwałowanie Walkirii" z dramatu muz. „Walkiria".

X Kategoria: C. Debussy: Kącik dziecięcy, S. Prokofjew: baśń symfoniczna „Piotruś i wilk", C. Saint-Saëns: Karnawał zwierząt, M. Ravel: suita „Moja matka gęś", R. Schumann: Sceny dziecięce, D. Szostakowicz: suita „Tańce lalki".

Bibliografia

Prezentowany artykuł w publikacji z 1973 r. miał ok. 50 pozycji bibliograficznych, co wynikało z konieczności przedstawienia wówczas szerzej nieznanej literatury przedmiotu. W niniejszym wydaniu ograniczyliśmy bibliografię wyłącznie do literatury cytowanej .

1. Diserens C., Fine H.: A psychology of music. Cincinnati, Ohio: Authors, 1939.

2. Gaston E. Th.: Music in Therapy. The Macmillan Company New York, Collier-Macmillan Ltd. London 1968.

3. Grabowska M.: Hipnoza i jej zastosowanie lecznicze. „Psychoterapia", Warszawa, listopad 1972.

4. Guilhot J.: Musique psychologie et psychothfrapie. Paris 1964, Les Editions Sociales Franśaises.

5. Janicki A., Kochański W.: Korzystny wpływ muzyki na zespoły nerwicowe w gośćcu. Polski Tygodnik Lekarski, 1970, nr 45.

6. Kępiński A.: Schizofrenia, PZWL, Warszawa 1972.

7. Lubońska A.: Próby zastosowania muzyki jako środka terapii i readaptacji w szpitalu psychiatrycznym. Psychiatria Polska 1967, nr 5.

8. Musik in der Medizin. Red. H. Teirich, Stuttgart 1958.

9. Schwabe Ch.: Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen. VEB Gustav Fischer Verlag Jena 1969.

10. Schwabe Ch.: Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi. PZWL, Warszawa 1972.

11. Szelenberger W.: Muzykoterapia w oddziale psychiatrycznym. Psychiatria Polska 1971, nr 1, s. 69-72.

12. Wróblowa-Koblewska J.: Typy przeżyć muzycznych. Materiały pomocnicze dla Szkół i Ognisk Artystycznych, COPSA, 1958.

www.arteterapia.pl

PSYCHOTERAPEUTYCZNE ZAŁOŻENIA MUZYKOTERAPII I ICH REALIZACJA

Artykuł opublikowany w: „Psychoterapia", zeszyt XII, Kraków, 1977

www.arteterapia.pl

Coraz szersze rozpowszechnianie się muzykoterapii wiąże się z ogólną tendencją do wzbogacania arsenału metod leczniczych w psychiatrii o środki psychoterapeutycznego oddziaływania na pacjenta, pozwalające również na łatwiejsze dotarcie do jego świata przeżyć i poznanie go. Muzykoterapia, ze względu na swój specyficzny charakter diagnostyczny, uważana jest za niezastąpioną w leczeniu (39). Często mówi sie o niej jako o metodzie projekcyjnej, czego dowodem są liczne testy muzyczne (21), w których na podstawie preferencji muzycznych osób badanych diagnozuje sie ich strukturę osobowości, a także określone formy chorób psychicznych (Testy Cattela (8, 9), Deutschmanna (10) czy testy, w których na podstawie percepcji muzycznej pacjentów psychiatrycznych wnioskuje sie o ich sposobie reakcji i poziomie inteligencji (Test Weituscha (37)) lub testy, w których znaczenie diagnostyczne posiada motoryka (Test rytmiczny Holthausa (18)).

Od strony psychoterapeutycznej muzyka w ramach muzykoterapii uważana jest za niezastąpiony środek niewerbalnej komunikacji międzyludzkiej, szczególnie w niektórych zaburzeniach psychicznych — kiedy słowo traci dla pacjenta znaczenie (psychozy schizofreniczne, wczesnodziecięcy autyzm, niedorozwoje i uszkodzenia mózgu u dzieci), a także gdy kontakt werbalny z pacjentem ma charakter stereotypowy (pacjenci wielokrotnie leczeni) lub sprowadza się jedynie do kontaktu intelektualnego.

Muzykoterapii przypisuje się szczególne znaczenie w psychoterapii opartej na koncepcji psychoanalitycznej. Język asemantyczny muzyki, język sygnałów akustycznych stwarza różnorodne możliwości kontaktu niewerbalnego, komunikacji infrawerbalnej, tj. języka symbolicznego podświadomości (31) czy kontaktu prewerbalnego, koniecznego w psychozach schizofrenicznych w celu cofnięcia się do wczesnodziecięcych przeżyć pacjenta, kiedy znaczenie posiadał sam dźwięk, intonacja głosu matki (19, 39). Psychoanalityczna koncepcja katharsis realizowana jest przy użyciu metod odreagowujących, jak np. przeżycia wyobrażeniowe pod wpływem muzyki „le rêve éveillé" z muzyką (28) czy „muzyczny dramat symboliczny" Nerenza, rozwinięty w oparciu o metodę wyobrażeń katatymicznych Leunera (25, 26), w których muzyka jest środkiem katalizującym i intensyfikującm proces wyobrażeniowy u pacjenta.

Użycie technik psychomuzycznych ułatwia rozległą i subtelną eksplorację reakcji emocjonalnych pacjenta, pozwala na poznanie jego świata marzeń i pragnień (kompensacyjna funkcja muzyki), a taże świata lęków, obaw, słabości. Techniki te ofiarowują ponadto psychoterapii wiele rozwiązań w zakresie restrukturalizacji i rekonstrukcji osobowości pacjenta, w postaci aktywizacji emocjonalnej i intelektualnej poprzez rozwijanie wyobraźni i inteligencji muzycznej, rozwijanie spontaniczności emocjonalnej i dyspozycji twórczych w improwizacjach dźwiękowych przez pacjentów oraz poprzez stymulację konstruktywnych uczuć w czasie percepcji muzycznej. Ta polityka aktywacji i innowacji może przyczyniać się do przezwyciężenia skostniałego zachowania — powszechnego symptomu neurotycznego (22, 23). Jest ona jednocześnie zgodna ze współczesnymi tendencjami terapeutycznymi stawiającymi sobie za cel nie tyle przystosowanie się jednostki, ile jej witalizację (40). Z drugiej strony muzyka może przyczyniać się do „harmonizacji wewnętrznej" słuchacza (rytm muzyczny posiada nie tylko funkcję energetyzującą, ale i porządkującą), a także poprzez udostępnienie pacjentowi kontaktu z dziełem sztuki (co zapewnia spośród form arteterapii jedynie muzykoterapia) może ona zaspokajać jego potrzeby estetyczne, rozszerzać jego „wartości doznaniowe" o percepcje muzyczna i rozwijać nowe zainteresowania, co w sumie prowadzi do wzbogacenia życia wewnętrznego pacjenta. Przeżycia muzyczne niekiedy są intensyfikowane do ekstatycznych, niemal „psychodelicznych", np. w Kanadzie i USA (23) czy medytacyjnych i kontemplacyjnych, jak w RFN (35). Mają one uwznioślać i wznosić pacjenta ponad jego problematykę osobistą, co pozwoliłoby mu spojrzeć z innej perspektywy na własne życie i otaczający go świat. Muzyka jako środek odurzający i ekstatyczny znana była od zarania ludzkości.

Nie sposób przedstawić tu pełnego obrazu psychoterapeutycznych założeń muzykoterapii związanych z różnymi kierunkami teoretycznymi, warto może natomiast podjąć się próby klasyfikacji metod muzykoterapeutycznych na:

1. odreagowująco-wyobrażeniowe oraz aktywizujące emocjonalnie,
2. treningowe, stosowane najczęściej w ramach terapii behavioralnej,
3. relaksacyjne, stosowane w różnych dziedzinach medycyny, nie tylko w psychiatrii,
4. komunikatywne, związane z uczeniem komunikacji społecznej,
5. kreatywne w postaci improwizacji instrumentalnej, wokalnej i ruchowej,
5. psychodeliczne, ekstatyczne, estetyzujące, kontemplacyjne,
7. muzyczny trening uwrażliwienia (stosowany przez Azinalę), uczący dostrzegania przejawów i odgłosów życia w muzyce (2).

www.arteterapia.pl

Metody treningowe i relaksacyjne stosowane są najczęściej łącznie, np. muzyka z autogennym treningiem (jako przykład można podać płytę relaksacyjną Aleksandrowicza i Cwynara (1) oraz podobną płytę stomatologa Gabai z Francji (12) czy muzyka w ramach terapii snem Wendta (39). Przykładem metody relaksacyjno-treningowej jest również muzykoterapia regulatywna Schwabego (36). Wydaje się, że metody te można by rozwinąć ponadto w kierunku metod desensybilizacyjnych.

Muzykoterapia w Klinice Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego jest jedną z metod terapii kompleksowej, oddziaływującej na płaszczyźnie psychologicznej (obok psychoterapii indywidualnej, grupowej, rysunku, psychodramy i pantomimy). Celem terapii kompleksowej jest dążenie do zmiany postaw społecznych i zachowań pacjenta na takie, które ułatwią mu nieneurotyczne funkcjonowanie w życiu, co ma przyczynić się do eliminacji objawów nerwicowych (24). Ponieważ koncepcja ta wychodzi z założeń teorii uczenia, a proces uczenia szczególnie w drugim etapie leczenia ma charakter społeczny, wszystkie formy zajęć (poza psychoterapią indywidualną) odbywają się w sytucaji grupowej, jako bardziej sprzyjającej realizacji wyżej wymienionych celów.

Muzykoterapia, obok funkcji katartycznej i katalizującej procesy emocjonalne, stwarza możliwość eksploracji pacjenta i uzyskiwania przez niego wglądu we własną problematykę neurotyczną, a także dostarcza okazji do przyswajania nowych postaw i bardziej dostosowanego społecznego komunikowania się. Muzykoterapia w Klinice Nerwic kładzie nacisk na różnorodność form i technik, co umożliwia łatwiejszą i bardziej plastyczną realizacje jej celów, a także decyduje o wiekszej atrakcyjności zajęć dla pacjentów.

Struktura jednego posiedzenia muzykoterapeutycznego trwającego półtorej godziny raz w tygodniu, obejmuje zazwyczaj część receptywną (bądź percepcyjną)*, polegającą na słuchaniu muzyki i przekazywaniu odczuć muzycznych przez pacjentów oraz obejmuje dyskusję psychoterapeutyczną związaną z tymi odczuciami i zaistniałymi w trakcie sytuacjami. Po tej części następuje tzw. muzykoterapia aktywna w postaci różnego rodzaju produkcji dźwiękowej pacjentów, wykonywanych na Instrumentarium Orffa. Zajęcia kończy często część receptywna, w której słucha się utworów pogodnych, żywych, mobilizujących, łatwiejszych w odbiorze, mniej angażujących emocjonalnie i redukujących zmęczenie. Zasada przeplatania części receptywnej i instrumentalnej opiera się nie tylko na chęci urozmaicenia zajęć, ale przede wszystkich uzyskania większej koncentracji uwagi grupy, a zatem lepszej pracy terapeutycznej. Muzykoterapia receptywna wymaga długotrwałej koncentracji oraz słuchania w bezruchu, co może wywołać szybciej zmęczenie. Z kolei półtoragodzinna forma aktywna usuwa z terapii element przeżycia estetycznego, kontemplacji i refleksji.

W części receptywnej wykorzystywana jest najczęsciej muzyka „poważna" różnych epok do XX wieku włącznie. Przyjmujemy, że silniej angażuje ona pacjentów, wywołuje więcej katatymicznych wyobrażeń wzrokowych o charakterze projekcyjnym oraz daje więcej przeżyć estetycznych. Badania Brömse i Köttera, prowadzone na młodzieży zachodnioniemieckiej, wykazały, że percepcja przebojów beatowych jest bardzo niezróżnicowana, efekty są takie, jakby słuchano tego samego utworu. Nieco bardziej zróżnicowany okazał się odbiór przebojów sentymentalnych (5). Ponadto muzyka poważna jest mniej znana pacjentom, co eliminuje przy jej percepcji wpływ niekorzystnych nerwicowych sposobów przeżywania, nabytych przez pacjentów w dotychczasowym doświadczeniu muzycznym (36).

Dobór programu muzycznego oraz dobór tematów i technik uwarunkowany jest aktualnymi potrzebami grupy. I tak np. w celu zbierania informacji o pacjentach proponuje im się do słuchania utwory pobudzające wyobraźnię, wywołujące dużo skojarzeń pozamuzycznych, np. suity z baletów „Historia żołnierza" i „Pietruszka" I. Strawińskiego czy koncerty skrzypcowe A. Vivaldiego z cyklu „Pory roku". Stosuje się też określone techniki, jak np. polecenie wyobrażenia sobie postaci przy muzyce. Jest to technika identyfikacji własnej postaci z muzyką, badająca również samoakceptację u pacjenta (14, 15). Na zasadzie niemalże testu projekcyjnego zyskujemy wtedy informację jak pacjent postrzega siebie i co akceptuje u siebie, a czego nie. Przydatnym utworem jest tu „Pierrot lunaire" A. Schönberga. Jako przykład może posłużyć wyobrażenie przez pacjentkę Świtezianki, kobiety powabnej, urokliwej, zmiennej, która swym pięknym głosem zwabia ludzi, żeby ich zniszczyć. Jest złośliwa, oschła, niesympatyczna. Technika ta pokazuje także identyfikacje z płcią, np. pacjentka z homoseksualizmem wyobrażała sobie przy wokalnej partii kobiecej piękną postać tancerza, natomiast pacjent z homoseksualizmem wyobrażał sobie piękną, młodą, zgrabną, wysportowaną kobietę, widząc ją z daleka i z tyłu, gdy obróciła się przodem miała przerażająco starą twarz, szponiaste paznokcie i była w otoczeniu drapieżnych ptaków. Ze skojarzenia przebijał niepokój związany z postacią kobiecą.

Na zasadzie diagnostycznego testu na psychopatię działa zadanie wyobrażenia sobie sytuacji bezpiecznej podczas słuchania utworu powolnego, cichego. Jak wykazały moje badania eksperymentalne, muzyka spokojna wywołuje u osób o nieprawidłowej strukturze osobowości większy niepokój niż głośne, potężne utwory muzyki

* W języku polskim bardziej precyzyjne jest określenie „muzykoterapia percepcyjna" ponieważ termin recepcja muzyczna odnosi się u nas do odbioru muzyki w szerokich kręgach społecznych, np. „recepcja muzyki Chopina w społeczeństwie polskim". Zazwyczaj używane jest jednak pojęcie „muzykoterapii receptywnej", co podyktowane jest chęcią ujednolicenia terminologii polskiej w stosunku do międzynarodowej.

www.arteterapia.pl

współczesnej. Wiąże się to, być może, ze słabą kontrolą emocjonalną u tych osób, przy równoczesnej potrzebie dużej stymulacji bodźcami.

Informacje o pacjentach można uzyskać już na pierwszych zajęciach przy prostym zadaniu podawania własnego rytmu. Daje ono analogiczne informacje jak temat rysunku „Jestem drzewem". Np. nowo przybyła pacjentka sprawiająca wrażenie depresyjnej, amimiczna, bez kontaktu, podała rytm prężny, szybki, głośny, jednocześnie narysowała silne drzewo skupione w sobie, dające poczucie bezpieczeństwa.

Zastosowana w muzykoterapii aktywnej pantomimiczna technika odgrywania zwierząt, nabiera tu nowego wymiaru. Wydaje się, że improwizacja muzyczna daje więcej możliwości wyrazu; oprócz mimicznych i gestykulacyjnych, towarzyszących grze na instrumentach, dochodzi tu bowiem możliwość przekazania dźwięku. Zazwyczaj grupa zgaduje, jakie zwierzę jest odtwarzane, co pobudza jej wyobraźnię i zmusza do empatii, do wczuwania sie w to, co ktoś chce wyrazić. Jest to zresztą naczelne założenie przy produkcji dźwiękowych pacjentów. Te same zwierzęta grane w relacji zbiorowej pokazują relacje społeczne w grupie. I tak np. przy złych kontaktach w grupie zaproponowano, że zwierzęta nie będą odtwarzane we wspólnej sytuacji w lesie, lecz że będą w ogrodzie zoologicznym, każde w swojej klatce.

Drugą grupę mogą stanowić techniki, które ujawniają sposoby kontaktowania się pacjentów i wyrażania przez nich emocji, a także pozwalają na uczenie nowych zachowań społecznych i emocjonalnych. Dla realizacji tego ostatniego celu wprowadza się niekiedy techniki o charakterze treningowym. Są to różnego rodzaju dialogi instrumentalne pacjentów, w których zamiast słów używaja oni instrumentu muzycznego do „rozmowy" i do wyrażania uczuć. Ta forma muzykoterapii pozwala na wykorzystanie elementów psychodramy. Pacjenci mogą się w niej uczyć wyrażania emocji pozytywnych lub negatywnych, mogą się uczyć przeciwstawiania osobom znaczącym czy nawiązywania kontaktu z osobami, z którymi pozostają w stosunkach konfliktowych. Tu najczęściej widoczne są zaburzenia komunikacji, takie jak: drażliwość, wygłaszanie monologów i nie dopuszczanie partnera do głosu i inne.

W ścisłym związku z tą grupą technik pozostaje następna, ujawniająca dynamikę i relacje społeczne w grupie. Już dowolna improwizacja dźwiękowa całej grupy tutti pokazuje, kto jest agresywny, kto dominujący, kto zahamowany lub w obniżonym nastroju, widać też czy grupa współpracuje, czy raczej jest pełna napięć, czy jest aktywna, czy bierna. Wypowiedzi pacjentów, informujące jak czuli się w tej grze, są także znaczące. Kontynuacja tego może być zadanie, aby grupa zaproponowała osoby, które wystąpiłyby z partiami solowymi na tle akompaniamentu ostinatowego grupy. Zazwyczaj proponowane są osoby bierne, natomiast aktywne muszą postarać się o ułatwienie im wystąpienia. Sytuacje takie są omawiane i ćwiczone.

Polecenie podzielenia się na zespoły, z których każdy następnie produkuje się muzycznie, pokazuje jak przebiegają podziały wewnątrzgrupowe, ujawnia kto jest odrzucany przez grupę, a także jakie relacje zachodzą w ramach zespołów: kto jest instrumentem widoącym, które instrumenty współdziałają z nim, a które nie. Pacjenci wypowiadają się, czy dobrze czuli się w trakcie gry, czy źle oraz interpretują werbalnie zaistniałą sytuację. Inne zadanie może polegać na dobraniu przez grupę zespołów pacjentów o wspólnych cechach. Zespoły te są następnie charakteryzowane środkami muzycznymi przez grupę i omawiane w dyskusji psychoterapeutycznej.

W sytuacjach, gdy grupa funkcjonuje źle, stawia się niekiedy zadanie wykonania na instrumentach portretu muzycznego grupy, a także zagrania indywidualne, jak każdy się w niej czuje. We wszyskich zadaniach z użyciem Instrumentarium Orffa należy obserwować, czy ekspresja niewerbalna pacjentów potwierdza werbalną.

Inną grupę technik stanowią techniki na integrację grupy. Należy do nich przede wszystkim wspólne elementarne muzykowanie wg metody Orffa (27) stosowanej przez A. Gassion (16) w reedukacji psychomotorycznej, podczas którego pacjenci realizują proste formy muzyczne, np. rondo rytmiczne i kanon rytmiczny. Oto przykłady tych form opartych na tym samym schemacie rytmicznym (przykł. a, b):

Jest to technika bardziej muzyczna niż psychoterapeutyczna, niezwykle przydatna w sytuacjach, gdy grupa wykazuje tendencję do bezproduktywnych dyskusji, narzekań czy racjonalizowania. Uczy ona koncentracji, współdziałania, daje zadowolenie ze wspólnie dobrze wykonanej gry, daje radość z improwizacji melodyczno-kolorystycznej na bazie określonego modelu rytmicznego.

Działanie integrujące posiada także wspólna improwizacja grupy na zadany temat, który grupa sama bliżej określa, np. wspólna wycieczka do lasu, walka ze wspólnym wrogiem (tu pacjenci proponuja zazwyczaj walkę z nerwicą lub walkę z samym sobą) czy wieczorek taneczny, który — jak się okazuje — nie kojarzy się pacjentom z zabawą czy przyjemnością; w trakcie gry dominowały tu ponure brzmienia bębnów w rytmie marsza pogrzebowego, a wieczorek nazwano stypą. Niekiedy inicjuje się zadania pod wpływem sytuacji zachodzącej w trakcie zajęć. Zdarza się też, że propozycje tematów wychodzą spontanicznie od grupy, np. kilku pacjentów będących ostatni raz na muzykoterapii zagrało na instrumentach „marsz w nowe życie".

Przy użyciu Instrumentarium Orffa stosowana jest również technika typu relaksacyjno-kontemplacyjnego, którą można określić jako ilustrację czy malarstwo dźwiękowe, np. przedstawianie scen przyrody. W części receptywnej odpowiednikiem jej mogą być tematy takie, jak „Mój świat marzeń", które pacjenci starają sobie wyobrazić podczas słuchania np. II cz. Suitr orkiestrowej „Szecherezada" Rimskiego-Korsakowa. Przeciwnie

www.arteterapia.pl

— w celu aktywizacji emocjonalnej, wentylowania i odreagowywania, szczególnie gdy w grupie dominuja powierzchowne kontakty lub gdy wyczuwa się tłumione emocje negatywne, wprowadzany jest program muzyczny wywołujący silne przeżycia: lęku, agresji, np. poprzes słuchanie utworów współczesnych i improwizację na instrumentach w ich stylu, ale także wywołujący intensywne przeżycia piękna, np. przy Symfonii Hiszpańskiej E. Lalo, przy utworach Chopina czy uczucia wzniosłości przy muzyce organowej.

Warto może wskazać także na techniki aktywizujące skutecznie w ramach muzykoterapii receptywnej osoby bierne. Jedną z nich można nazwać techniką empatii. W sytuacji, gdy część osób milczy, prosi się grupę, ażeby spróbowała się domyślić, co osoby te przeżywały w trakcie słuchania muzyki. Innym sposobem aktywizacji osób biernych prowadzenie przez nich zajęć po wysłuchaniu danego utworu muzycznego (14, 15). Do roli terapeuty grupa proponuje zazwyczaj osoby bierne, zahamowane. Realizacja tego zadania przyczynia się do wzmocnienia pozycji tych osób w grupie, pokazuje też, jaki stosunek ma do nich grupa, czy z nimi współpracuje, czy nie. Osoby prowadzące zajęcia mogą również łatwiej wczuć się w rolę terapeuty i zrozumieć jego trudności, kiedy musi on znosić milczenie grupy. Generalnie technika ta zwiększa samodzielność i aktywność grupy.

Techniką, która okazuje się niezwykle przydatna i zaakceptowana przez pacjentów jest portret muzyczny. Składa się ona z montażu utworów muzycznych przygotowanego przez muzykoterapię oraz portretu danego pacjenta granego przez grupę i autoportretu granego przez omawianą osobę. Technika ta stosowana jest albo na zakończenie leczenia, jako jego podsumowanie i jest wtedy także sygnałem, z jakim wglądem pacjent opuszcza klinikę, albo po omówieniu życiorysu na psychoterapii grupowej, jako kontynuacja i pogłębienie jego problematyki przy użyciu technik niewerbalnych. Montaż utworów przedstawia najczęściej cechy pacjenta utrudniające mu nieneurotyczne funkcjonowania, a następnie zmiany, jakie zaszły u niego pod wpływem leczenia i pokazuje mu także możliwości własnego rozwoju, co ma na celu m.in. dodanie wiary pacjentowi we własne siły przed wejściem w „nowe" życie (13. 14. 15).

Część instrumentalna opiera się na konfrontacji obrazu, jaki ma grupa i jaki posiada on sam o sobie. Tu pacjent odgrywa niekiedy rolę męża, partnera seksualnego, pracownika, zwierzchnika, podwładnego lub wyraża swój stosunek do ludzi, do grupy, do obowiązków, wyraża uczucia sympatii i złości. Sytuacje do grania proponuje mu także grupa. Montaż utworów muzycznych może prowokować pacjenta do ujawnienia się, np. odgrywając utwór mocny pacjentowi stwarzającemu wrażenie, że jest słaby, uzyskujemy informację od grupy, czy muzyka silna pasuje do pacjenta, czy nie, a wypowiedź pacjenta informuje, czy identyfikacja z muzyką ma dla niego znaczenie życzeniowe, czy raczej odzwierciedla jego stenicznośc. Przede wszystkim jednak muzyka charakteryzująca pacjenta ma go zniechęcić do jego nieprawidłowych postaw i zachowań. Np. pacjentka, która z reguły mówiła na muzykoterapii o bezsensie życia, a na oddziale podjęła nawet próbę samobójczą, po wysłuchaniu żałobnego wstępu do V Symfonii Czajkowskiego jako swego portretu, pierwszy raz nie płakała, muzyka drażniła ją. Po zajęciach oznajmiła mi, iż nie sądziła, że jej zachowanie może być tak przykre dla otoczenia i że więcej taka nie będzie.

Umiejętność odczytania informacji z ekspresji niewerbalnej pacjentów zależy głównie od wyobraźni i intuicji muzycznej, ale także od możliwości intelektualnych grupy. Niejednokrotnie odczytuje ona z łatwością treści często symboliczne, przejawiające się zarówno w percepcji muzycznej, jak i w produkcjach dźwiękowych pacjentów. W tym ostatnim wypadku dostrzegamt je już przy wyborze instrumentu przez pacjenta. Perkusyjne Instrumentarium Orffa można pogrupować na instrumenty:

1. mocne — wielki bęben, talerze,
2. hałaśliwe — grzechotki, tamburyny, kastaniety orkiestrowe, bębny typu „półkociołków", werble
3. delikatne, ciche, dźwięczne — Glockenspiel, triangle,
4. melodyjne, o różnorodnych możliwościach wyrazowych, duże rozmiarami — ksylofony, metalofony,
5. neutralne — pudełka akustyczne.

Można też uwzględniać kształt instrumentu, jak np. w przypadku pewnego rodzaju grzechotki, którą można by uznać hipotetycznie za symbol falliczny. Jest ona wybierana z reguły przez osoby z zaburzeniami seksualnymi. Duże bębny wybierają zazwyczaj osoby, które chcą dominować w grupie. Niekiedy grupa próbuje charakteryzować pacjenta na podstawie instrumentu, jaki wybrał. Np. pacjentowi, który zawsze grał na bębnach, radzono instrument delikatniejszy i bardziej wyrafinowany; pacjentowi, który grywał na ksylofonie, powiedziano, że siedzi za nim jak za biurkiem, oddzielony od grupy (domyślnie z poczuciem dystansu i wyższości wobec grupy).

Przy interpretacji produkcji dźwiękowych pacjentów należy przeanalizować właściwie wszystkie elementy muzyczne, tj. czynnik agogiczny związany z tempem i ruchliwością przebiegu, czynnik rytmiczny i dynamiczny, które najłatwiej zrozumieć w grze pacjentów, a które informują głównie o cechach temperamentalnych, ale i o tym, czy pacjent wyraża niepokój, napięcie lub odprężenie i jaki wyraża nastrój. Bardzo istotny jest sposób dysponowania materiałem melodycznym (np. szeroki ambitus melodyczny, wąski, „krańce" skali instrumentu) oraz organizacja materiału dźwiękowego (schematyzm, „swoboda zorganizowana", chaos), ponadto artykulacja, tj. sposób wydobywania dźwięku, z czym wiąże sie jego barwa. Istotny jest także rodzaj motywiki (np. dziecięca), aspekt przestrzenny i czas trwania gry. Wszystkiego nie sposób tu omówić. Oto kilka przykładów.

www.arteterapia.pl

Pacjenci o sztywnych normach lub sztywni w swym zachowaniu, wyrażając siebie, poruszają się w jednakowym tempie i rytmie po kolejnych stopniach skali, jakby grali gamę, co bywa odbierane jako chodzenie utartymi szlakami, obawa przed spontanicznością i ryzykiem. Sposoby wyrażania agresji bywaja różne, np. krótkie, mocne uderzenia oznaczające wybuch, ale także „piłowanie" nogi ksylofonu, co oznacza podjudzanie i drażnienie partnera, z którym pacjent kłócił się na instrumencie. Wyrażając dominację pacjent uderzał uporczywie i głośno w najwyższy klawisz instrumentu, natomiast kręcąc w kółko grzechotką, chciał wyrazić brak postępów leczenia i bezradność. Na prośbę grupy pacjentka wyrażała swoją dobroć. Zauważono, że grała ją bardzo krótko i niepewnie. Wyrażając swój stosunek do osób silnych, grała z nadmierną koncentracją uwagi, ujawniając napięcie i agresję, wyrażając swój stosunek do osób słabych, grała od niechcenia i cicho, co grupa odebrała jako lekceważenie tych osób i brak zainteresowania nimi.

Operowanie całą skalą instrumentu interpretowane jest na ogół jako równorodność ekspresji lub jako wykorzystanie różnych możliwości przy wykonaniu zadania. I tak np. pacjent homoseksualista grał siebie w roli męża, jakim był i jakim chciałby być. W pierwszym przypadku uderzał w jeden klawisz, początkowo niepewnie, następnie z narastającym napięciem, aż do silnej agresji. Wyrażając, jakim mężem chciałby być, poruszał sie po całej skali instrumentu, grał na ksylofonie ciszej, miękko, trzymając luźno pałeczki w ręku, co interpretowano jako otwartość, swobodę, ciepło i wykorzystywanie różnych możliwości działania.

Operowanie jedynie „krańcami" skali może oznaczać niepewność, ale także krańcowość sądów o kimś (raz pozytywnych, raz negatywnych). Przy portretowaniu osób o cechach histerycznych grupa często wyraża krańcową zmienność nastrojów, wykorzystując kontrastowe zestawienia wszystkich elementów muzycznych. Istotna jest też barwa, czyli rodzaj dźwięku: suchy, ostry, wytłumiony kojarzy się z oschłością emocjonalną, z agresją lub napięciem i niepokojem, dźwięczny — z ciepłem emocjonalnym.

Wydaje się, że wykorzystanie Instrumentarium Orffa w przedstawiony powyżej sposób, pozwala pacjentowi wyrazić wszelkie sytuacje, a przede wszystkim przeżycia związane z nimi. Możliwości muzykoterapii nie są jeszcze w pełni wykorzystane. Informacje, jakie uzyskuje ona o pacjentach od razu na początku leczenia, zdobywane są niejednokrotnie w znacznie późniejszym terminie na psychoterapii grupowej. Zapobiega ona także powtarzaniu steretypowych opinii, jakie utarły sie o kimś w trakcie jego pobytu na oddziale, prowokując grupę do głębszego wczuwania się w niego i poznawania go oraz do konfrontacji jego ekspresji werbalnej i niewerbalnej. Jedną z najistotniejszych cech dynamiki grupy muzykoterapeutycznej jest odmienność ról w stosunku do pełnionych przez pacjentów na innych zajęciach grupowych. Szczególnie ważne jest to dla pacjentów pozostających na psychoterapii grupowej w pozycji omega, stale w toku leczenia dodatkowo traumatyzowanych. Muzykoterapia stwarza im możliwość łatwej zmiany pozycji (często już na pierwszych zajęciach) nawet na pozycję lidera grupy (29).

Zaprezentowana tu koncepcja muzykoterapii grupowej stanowi psychoterapeutyczne vehiculum terapii kompleksowej stosowanej w Klinice Nerwic. Warunkiem jej realizacji jest ścisła współpraca muzykoterapeuty z pozostałym zespołem leczącym oraz wymienność informacji pomiędzy wszelkimi formami terapii kompleksowej.

Muzykoterapia wprowadzana jest z myślą o intesyfikacji leczenia (6, 34). Wyniki badań nad jej efektywnością wykazują najczęściej, że wprowadzenie muzyki do terapii wpływa na procesy komunikacji w grupie. Shatin i Zimet (4, 11, 32) udowodnili, że tło muzyczne powodowało statystycznie istotne zmiany w częstości i jakości interakcji werbalnych pacjentów w czasie grup psychoterapeutycznych. Badania skuteczności różnych form leczenia: farmakoterapii, ergoterapii, psychoterapii i muzykoterapii grupowej prowadzone przez Ruiza i Pilona (30) na pacjentach psychotycznych i grupie kontrolnej wykazały, że w stosunku do innych metod muzykoterapia, mimo najtrudniejszych początków (chorzy okazywali nią mało zainteresowania), stała się najbardziej akceptowana. Grupa poddawana muzykoterapii okazywała wyraźnie niższy niepokój i bardziej bezpośrednią partycypację uczuciową. Polepszenie obserwowano u 46% osób pod względem aktywności, u 35% pod względem resocjalizacji i u 23% pod względem motywacji.

L. Bock (3) informuje, że można wpływać przy pomocy muzyki na zaburzone przeżywanie czasu u pacjentów depresyjnych. Pacjentów badano dwukrotnie Testem Apercepcji Tematycznej Murraya, razem z tłem muzycznym, raz bez niego. Bez muzyki w opowiadaniach pacjentów było więcej beznadziejności oraz obserwowano brak odczucia czasu. Przy muzyce opowiadania stały się dłuższe, znaczna ich część otrzymała przebieg czasowy, prawie we wszystkich wystąpiło silniejsze fantazjowanie i otrzymały one wyraz emocjonalny, podczas gdy bez muzyki opisy były pozbawione napięcia.

Obserwując tendencje rozwojowe muzykoterapii na świecie zmierzające do zapewnienia pacjentowi maksymalnie różnorodnych form ekspresji i działalności twórczej, co przejawia się w stosowaniu oprócz form czysto muzycznych także elementów psychodramy i pantomimy, śpiewu, improwizacji poetyckiej, ruchowej i tanecznej, malowania przy muzyce, a nawet formy teatru muzycznego (7, 20) — odnosi się wrażenie, że na gruncie psychiatrii zachodzi jakby nawrót do starożytnego pojmowania muzyki jako sztuki synkretycznej, jednoczącej w sobie sztuki ekspresyjne: taniec, muzykę, śpiew i poezję.

www.arteterapia.pl

Suplement do techniki portretu muzycznego

CECHY PACJENTA ILUSTROWANE MUZYCZNIE	UTWÓR MUZYCZNY
1. Tłumienie emocji, szczególnie negatywnych	
a. gładkość, poprawność, „jednakowość" ekspresji, „stale uśmiech na twarzy"	W. A. Mozart: Symfonia B-dur nr 24, K. V. 182, II cz. Allegretto grazioso
b. Stale na zewnątrz miękkość, romantyczność, delikatność (raczej dla kobiet)	D. Sozstakowicz: Romans z I Suity baletowej
c. „słodkość", powolność, gładkość	L. van Beethoven: VI Symfonia F-dur op. 68 „Pastoralna", II cz. SCena nad strumykiem, B. Flies: Kołysanka
2. Nieokazywanie słabości	
a. model siły (dla mężczyzn)	S. Rachmaninow: Preludium g-moll op. 23 nr 5
b. zewnętrzna pewność siebie, aktywność, zarazem zagubienie, chaos, zmienność nastrojów z przewagą obniżonego, chłód emocjonalny, racjonalizowanie	B. Bartok: I koncert fortepianowy, I część
c. zewnętrzna pewność siebie, krzykliwość, gadatliwość, wrażenie wesołości	B. Bartok: II Koncert fortepianowy, I część
d. chęć błyszczenia, bycia silnym, wspaniałym, w centrum zainteresowania, aktywnym	W. A. Mozart: Uwertura do opery „Wesele Figara"
e. konkretność, rzeczowość, branie wszystkiego na serio, nieujawnianie uczuć, marzeń, ambicji, kroczenie do przodu	W. A Mozart: Symfonia g-moll nr 40
3. Agresywność	
a. dziecinna w rodzaju „tupania nogami"	I. Strawiński: Suita z baletu „Pietruszka", III cz. „U Murzyna"
b. bardziej groźna	M. Musorgski: „Gnom" z „Obrazków z wystawy"
c. buntowanie się w postaci biernego oporu na zajęciach, zarazem nieporadność, niepewność, dziecięcość (raczej dla kobiet utwór)	W. Lutosławski: Postludium na orkiestrę
d. tłumiona silna agresja (na powierzchni utworu wszystko nieruchome, groza)	K. Penderecki: De natura sonoris III (początkowy fragment)
e. wybuchowość, dysforyczność, walka wewnętrzna	F. Liszt: II Koncert fort. A-dur II cz.
f. nieopanowanie nad emocjami, burzliwe ich okazywanie, chłód emocjonalny	I. Strawiński: Suita z baletu „Święto Wiosny"
4. Sztywność zachowania, norm	
a. towarzysząca temu aktywność werbalna	J. S. Bach: VI Koncert Brandenburski, I cz.
b. silna kontrola intelektualna, nie ujawnianie uczuć, zamkniętość, planowanie każdego kroku, „ścisły umysł"	J. S. Bach: Fuga gis-moll z „Das Wohltemperirte Klavier", t. I
5. Bierność	
a. autyzm, zawężenie zainteresowań, brak uczuciowości, pustka	I. Strawiński: Suita z baletu „Orfeusz", początek — temat Orfeusza
b. apatia, nieśmiałość	C. Debussy: Preludium „Ślady na śniegu"

www.arteterapia.pl

CECHY PACJENTA ILUSTROWANE MUZYCZNIE	UTWÓR MUZYCZNY
c. smutek, nawet jakby „cierpiętnictwo" (skargi związane z objawami), ukryta agresywność	E. Ysayë: Sonata na skrzypce solo op. 27, nr 2, cz. II, Maliconia
d. nieśmiałość, delikatność	C. Debussy: Preludia „Ondine„ i "Wrzosy"
5. Walka wewnętrzna	
a. dramatyzm; tragizm, monumentalizm	J. Brahms: I Koncert fort. I cz.
b. rozpacz	P. Czajkowski: VI Symfonia h-moll IV cz. Adagio lamentoso
7. Elementy żałobne	P. Czajkowski: Wstęp do V Symfonii
8. Niepokój	
a. ilustracja ataku lęku	B. Bartók: Suita z baletu „Cudowny Mandaryn", fragment początkowy
b. „skradanie się", pozorny spokój	B. Bartók: I Koncert for. II cz.
c. niepokój, stała pulsacja	M. Musorgski: „Chatka na kurzej stopne" z „Obrazków z wystawy", efekt wirowania
9. Dominacja	
a. chłód emocjonalny, umiarkowane tempo utworu, dominacja	J. S. Bach: Partita fort. nr 4 D-dur, B. 828, Ouverture
b. dominacja, kłótliwość („wymyślanie komuś")	E. Ysayë: Sonata na vl solo op. 27, nr 2, I cz. „Obsession"
c. energia, aktywność, dominacja	J. Brahms: I Koncert fort. III cz.; F. Chopin: Sonata h-moll, III cz.
10. Infaltylność, wesołość, delikatność	M. Musorgski: „Taniec kurcząteк w skorupkach" z „Obrazków z wystawy"
11. Zachowanie przesadne i nienaturalne, kierowanie się popędami, bez refleksji intelektualnej	P. Boulez: Improvisation sur Mallarmé (utwór wokalno-instrumentalny)
12. Marzycielskość, romantyzm	M. Rimski-Korsakow: Suita symfoniczna „Scherezada", II i III cz.
13. Liryzm, zaduma, refleksyjność, delikatność	F. Chopin: Nokturn b-moll op. 1, nr 1
14. Spontaniczność emocjonalna	
a. różnorodność emocj., aktywność, ciepło emocj., harmonia	S. Rachmaninow: III Koncert fort. d-moll I cz. (początkowy fragm., ekspozycja tem.)
b. to samo + większy liryzm tematu	F. Chopin: I Koncert fort. e-moll, I cz. (Fortepianowa ekspozycja tematów - po orkiestrowej)
15. Wdzięk, dziewczęcość, jednocześnie energia, aktywność, barwność, różnorodność emocjonalna	J. Brahms: II Koncert fort. B-dur, finał
16. Spokój, przyjemność	F. Schubert: Duet na vl i fort. A-dur op. 162, I cz.; E. Lalo: Symfonia Hiszpańska, II cz.
17. Wesołość	
a. chęć zabawy, dobre funkcjonowanie na wieczorkach tanecznych	Muzyka beatowe, szybkie tempo
b. żywotność, pogoda, „jędrność", muzyka prosta, nie wyrafinowana	F. Schubert: Symfonia B-dur, nr V, I cz.
c. radość, żywiołowość	S. Prokofjew: Symfonia Klasyczna, I i IV cz.
18. „Wesołkowatość"	
a. elementy „łobuzerskie", pokrywanie napięcia, niepokoju (utwory raczej dla mężczyzny)	D. Szostakowicz: I Koncert na fortepian, trąbkę i orkiestrę, I cz.; S. Prokofjew: I Koncert fort., finał

www.arteterapia.pl

CECHY PACJENTA ILUSTROWANE MUZYCZNIE	UTWÓR MUZYCZNY
19. Flirt, muzyka sygnalizuje kontakty seksualne	„Ma chatelaine" — piosenka w wykonaniu G. Becaud, śpiewana przez mężczyznę i kobietą (specyficzny śmiech kobiety o zabarwieniu erotycznym)

Tabela zawiera utwory muzyczne, które „sprawdziły się" w toku kilkuletniego stosowania techniki portretu muzycznego, tzn. pacjenci wyczuwali w niej wyżej wymienione cechy. Transpozycja cech osobowości pacjenta na muzykę jest tu umowna. Wiąże się ona z konwencjami przyjętymi w naszym kręgu kulturowym, zgodnie z którymi muzykę, a także określone zachowania społeczne i emocjonalne (w dużym stopniu wyuczone), rozumie się i interpretuje w pewien określony sposób.

Bibliografia

1. Aleksandrowicz J., Cwynar S., Szyszko-Bohusz A.: Relaks. PZWL Warszawa 1976, II wyd.
2. Azinala L.: Presentation du travail de Liliane Azinala. Ulotka informacyjna z I Światowego Kongresu Muzykoterapii. Paryż 1974.
3. Bock L.: Musiktherapie und Zeiterleben in der Depression. In: Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart 1975, s. 231-237.
4. Bonny H. L., Cistrunk M., Makuch R., Stevens E., Tally J.: Some Effects of Music on Verbal Interaction in Groups. J. Music Therapy, 2(2), 1965, s. 61-65.
5. Brömse P., Kötter E.: Musikpädagogik. Zur Musikrezeption Jugendlicher. B. Schott's Söhne. Mainz 1971.
6. Butler B.: Psychotherapie musicale de groupe. Annales de Psychotherapie, 1974, supplement au nr 9, 63-68.
7. Castello D. et al.: Musical Theater as psychopedagogic instrument. Minrva Pediatr., 26, 28, Jan. 1974, 49-58.
8. Cattel R. B., Eber H. W.: Handboolk for the IPAT Music Preference Test of Personality. Cahmpaign, Illinois, 1954, 1960.
9. Cattel R. B., McMichael R. F.: Clinical Diagnosis by the IPAT Music Preference Test. J. Consulting Psychol., 24, 4, 1960, 333-341.
10. Deutschmann M.: Das Problem der Urteilsbildung über eine unbekannte Person. Göttingen, 1956.
11. Farnsworth P. R.: Sozialpsychologie der Musik. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart 1976.
12. Gabaoi M.: Psycho-sophrologie et musique. Information dentaire, 9, 1968.
13. Galińska E.: Die rezeptive Gruppenmusiktherapie in der Neurosenklinik das Psychoneurologischen Institutes Warschau. Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 26, 12, 1974, 714-721.
14. Galińska E.: Receptywna muzykoterapia grupowa w terapii kompleksowej nerwic. Psychiatr. Pol., T. IX, 4, 435-442.
15. Galińska E.: La musicotherapie receptive de groupe dans le traitement complexe des nevroses. La Vie medicale au Canada francais vol. 5, oct. 1976, 1040-1046.
16. Gassion A.: Le rhythme, source d'equilibre. La methode Orff appliquee a la reeducation de la psychomotricite. Editions Aug. Zurfluh. Paris 1973.
17. Guilhot M. A., Guilhot J., Jost J., Lecourt E.: La musicotherapie et les methodes nouvelles d'association des technique. Les Editions ESF. Paris 1973.
18. Holthaus C.: Der Rhytmustest als diagnostisches Verfahren. In: Musiktherapie. Theorie und Methodik. VEB Gustav Fischer. Jena 1971, 116-119.
19. Jaedicke H. G.: Musiktherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. In: Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart 1975, 219-231.
20. Keller W.: Orff-Schulwerk in Musiktherapie und Heilpädagogik. In: Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart 1975, 175-187.

www.arteterapia.pl

21. Kleinen G.: Experimentelle Arbeiten im Bereich der Musikpsychologie. In: Musik im Unterricht. Berlin 1968.

22. Kubie L. S.: Psychoanalyse und Genie. Rowohlt 244, 1960.

23. Kratochvil S.: Psychoterapia. PWN Warszawa 1974.

24. Leder S.: O istocie psychoterapii; oddziaływanie i uczenie się w świetle własnych doświadczeń. Psychiatr. Pol., 1971, 6, 631-639.

25. Leuner H., Nerenz K.: Das musikalische Symboldrama und seine psychotherapeutische Wirkung. Heilkunst 77, 1964, 330-335.

26. Leuner H.: Die bedeutung der Musik in imaginatien Techniken der Psychotherapie. In: Neue Wege der Musiktherapie. Econ. Verlag. Düsseldorf, Wien 1974, 178-201.

27. Orff G.: Die Orff Musiktherapie. München 1974.

28. Peresson L.: Reve eveille et musicotherapie dans les etats de depression. Referat wygłoszony na I Światowym Kongresie Muzykoterapii. Paryż 1974.

29. Ploeger A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Stuttgart 1972.

30. Ruiz C., Pilon W.: Therapie de groupe: musictherapie et ergotherapie controlees dans un milieu psychiatrique. Laval med., Canada, 1969, 40, 189-197.

31. Reicher S.: La communication ingraverbale et la Musicotherapie. Annales de Psychotherapie, 1974, supplement au nr 9, 17-21.

32. Shatin L., Zimet C.: The influence of music upon cerbal participation in group psychotherapy. Dis. nerv. System., 1958, 19, 66-72.

33. Schmölz A.: Kreativität in der Musiktherapie. In: Neue Wege der Musiktherapie. Econ. Verlag. Düsseldorf, Wien 1974, 173-178.

34. Schultze-Goerlitz F., Krack E.: Der Stand der Musiktherapie im Rahmen des psychiatrischen Krankenhaus. In: Grundlagen der Musik therapie und Musikpsychologie. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart 1975, 165-175.

35. Schultze-Goerlitz F., Krack E.: Die Rolle der Kontemplation in einer Musiktherapiegruppe. Z. Psychother. med. Psychol. 22, 1972, 66-69.

36. Schwabe Ch.: Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen. VEB Gustav Fischer Verlag. 1974, Dritte Auglage.

37. Waitusch A.: Informationsgehalt und Deutungsversuche subjektiv unbekannten Musik. Praxis der Psychotherapie, Bd. XV, 1, 1970, 1-6.

38. Wendt M.: Musik und Schlaftherapie. In: Musik in der Medizin. Stuttgart 1958, 104-112.

39. Willms H.: Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart 1975.

40. Zaleski Z.: Jerome Liss: Free to feel: Finding your way through the new therapies. Wildwood House Ltd., London 1974, Psychotheraphy, grudzień 1976, 38-40.

Redakcja i opracowanie:

Elżbieta Galińska,
Andrzej Goleniewski

Wydawca:

Grupa Robocza „Muzykoterapia",
Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Adres:

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa