

Psychodynamiczne spojrzenie na praktykę muzykoterapii w psychiatrii

Psychodynamic view of music therapy in psychiatry

Mariola Kokowska

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie założeń psychodynamicznego podejścia do praktyki muzykoterapii w klinicznych uwarunkowaniach psychiatrii. Tekst obejmuje krótkie tło europejskiej muzykoterapii, opis metody i wybranych technik muzykoterapii (indywidualnej) w diadzie: terapeuta – pacjent/klient, będących podstawą terapeutycznych oddziaływań z udziałem muzyki. Uzupełnia go zarys klinicznej koncepcji psychoterapii w psychiatrii, której fundamenty oparte są na klasycznych komponentach myśli psychodynamicznej i psychoanalitycznej: psychologii *ego*, teorii relacji z obiektem, psychologii *self* i teorii więzi psychicznej. Czytelnik ma możliwość zapoznania się z ogólnym opisem podstawowych technik muzykoterapii, które opierają się na improwizacji muzycznej: *free associative singing* i technice pracy z głosem, znanej pod nazwą: *free associative singing*. Oprócz charakterystyki przymierza terapeutycznego i faz terapeutycznej interakcji w muzykoterapii, w tekście znajduje się sekwencja działań podejmowanych przez muzykoterapeutę w trakcie muzycznej improwizacji. Niewerbalny aspekt komunikacji obecny w improwizacji otwiera przestrzeń do werbalnego przekazu istotnych treści, płynących z doświadczenia jednostki. Muzyka i przymierze terapeutyczne są czynnikami uzdrawiającymi w procesie leczenia, zaś psychodynamiczny model muzykoterapii jest jedną z wielu propozycji oddziaływań sztuki w medycynie.

Summary

The aim of the article is to present assumptions of the psychodynamic approach to the practice of music therapy in clinical psychiatry. The article provides a brief background of European music therapy, description of methods and selected techniques of music therapy in the dyad therapist - patient / client, underlying the therapeutic effects involving music. It contains also the outline of the clinical concept of psychotherapy in psychiatry, foundations of which are based on classic components of psychodynamic and psychoanalytic thought: ego psychology, object relations theory, *self* psychology and the theory of psychic bond. Readers will learn about basic techniques of music therapy, based on musical improvisation: free associative singing technique and working with voice, i.e. free associative singing, phases of therapeutic interaction in music therapy, the sequence of actions taken by the music therapist in the course of musical improvisation. Non-verbal aspect of communication present in improvisation opens up space for verbal communication. Music and therapeutic alliance are healing agents in the treatment process, and the psychodynamic model of music therapy is one of many proposals of interaction in the art in medicine.

Słowa kluczowe: model muzykoterapii psychodynamicznej, improwizacja muzyczna

Keywords: model of psychodynamic music therapy, musical improvisation

Wstęp

Terapeutyczne zastosowania muzyki są znane na całym świecie. Muzyka współistniała z rytuałami leczniczymi i szamańskimi formami uzdrawiania, służyła promowaniu stanu kontemplacji. Traktowana jako część ceremonii, tworzyła trans i wyrażała obecność sił duchowych. Stan pojmowania muzyki dotyczył jej mediującej roli w wymiarze: Bóg – człowiek. Duchowy aspekt muzyki odnoszony do obszaru ludzkiej fizjologii wyrażano w ruchu i tańcu – pobudzając lub rozładowując popęd, wyciszając lub wzbudzając emocje. W Europie udział muzyki w terapii wzbogacano o aktywność werbalną – słowo i narrację. Nawiązywano w ten sposób do treści i znaczeń rozpoznawalnych w symbolu, rozumiejąc muzykę jako sztukę semantyczną – tj. zawierającą treść muzyczną i emocjonalną (nazywaną inaczej autobiograficzną) [1]. Przekaz europejskiej muzykoterapii kształtuje się od starożytności, modelowany przez lekarzy (np. Xenocrates), filozofów i teoretyków muzyki greckiej (Arystoteles, Pitagoras) [2]. Terapeutyczne doświadczenia muzyczne tamtych czasów są pomostem, który łączy je z doświadczeniami współczesności. Współczesna *psychodynamiczna* koncepcja muzykoterapii poddaje myśl, że muzyka leczęc i ujmując dynamiczny aspekt psychiki – może swobodnie wyrażać emocje, myśli i nieświadome konflikty niedostępne słowom. Rozumienie muzyki jako symbolicznego przekazu w relacji terapeutycznej, odnoszonego do sfery emocjonalnej i intelektualnej oraz fizjologicznej, ma zastosowanie w tradycji muzykoterapii łączonej z improwizacją. Dominację niewerbalnego znaczenia muzyki w muzykoterapii ilustruje podejście Nordoff i Robbins w Wielkiej Brytanii, natomiast przewagę werbalnego kontekstu związanego z muzyką podkreśla – psychoterapeutyczne (psychoanalityczne) ujęcie szkół J. Alvin i M. Priestley [3]. Elementy tych modeli są włączane przez psychodynamiczną muzykoterapię, która odwołuje się do klinicznych koncepcji psychoterapii i jest stopniowo akceptowana w psychiatrii. Myśl psychodynamiczna, obecna w muzykoterapii najczęściej w leczeniu psychiatrycznym na oddziałach szpitalnych – jest zastępowana w Skandynawii przez podejście eklektyczne (*Integrative Improvisational Music Therapy (IIMT)*) [4]. Poddawana teoretycznym rozważaniom, dziedzina *muzykoterapii* jest rozumiana jako rodzaj systematycznej interwencji, która wykorzystuje doświadczenia muzyczne i relacje interpersonalne w rozwijaniu dążeń promujących zdrowie [5]. Dźwięk i muzyka są w niej stosowane dla poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego [6], pozostając leczniczym komponentem form psychoterapii, rehabilitacji lub pomocy psychologicznej. W muzykoterapii muzyka występuje jako środek wyrazu, komunikacji, strukturyzacji i analizy relacji [7], który wykorzystywany jest w aspekcie badawczo-praktycznym, edukacyjnym

i w klinicznym treningu przy zastosowaniu profesjonalnych standardów (*World Federation of Music Therapy*).

O muzykoterapii psychodynamicznej w leczeniu klinicznym

W Europie tradycje muzykoterapii są budowane na fundamentach orientacji psychodynamicznej i psychoanalitycznej. Psychodynamiczne podejście w muzykoterapii (Austin, 1996; Bruscia, 1998; Metzner, 1999; Kim, 2006; 2009; 2014; Sutton, 2002; Hadley, 2003, Stern, 2010) [8] jest modelem zakorzenionym w koncepcjach związanych z psychoanalizą. Tradycje te nawiązują do współczesnego podejścia freudowskiego, teorii intersubiektywnej i teorii więzi psychicznej. Pionierami muzykoterapii, która zaadaptowała myśl psychoanalityczną w Europie są m. in.: E. Lecorth we Francji, M. Priestley w Wielkiej Brytanii, J. Th. Eschen w Niemczech [4], E. Galińska w Polsce.

W leczeniu szpitalnym, ambulatoryjnym, sanatoryjnym i placówkach zdrowia psychicznego, muzykoterapia stanowi dodatek do standardowych form leczenia farmakologicznego i oddziaływań w ramach psychoterapii. W Norwegii, Szwecji i Wielkiej Brytanii muzykoterapia jest zalecana jako część normatywnej opieki dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne [9]. W Finlandii teoria psychodynamiczna wpłynęła na muzykoterapię, której stosowanie związane jest z tradycją tej formy terapii w leczeniu psychiatrycznym [10]. W Polsce muzykoterapia jest sporadycznie adresowana do pacjentów systemowo i nie stanowi standardu opieki medycznej w psychiatrii. Wyjątek stanowi Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie do muzykoterapii podchodzi się w sposób akceptujący i badawczy.

Pierwsze praktyki w muzykoterapii osadzonej psychodynamicznie wiążane są z rokiem 1960. Od tamtej pory współczesna muzykoterapia wchłonęła do swej teorii i praktyki koncepcje rozwojowe i przywiązania, zagadnienia mentalizacji i regulacji emocjonalnej, neuropsychoanalizę oraz psychotraumatologię. Kliniczne zastosowania tak ujmowanej muzykoterapii znajdują się w dziedzinie zdrowia psychicznego i psychosomatyki [4]. W muzykoterapii zorientowanej psychodynamicznie interwencje przyjmują organizację terapii grupowej lub indywidualnej.

Muzykoterapia psychodynamiczna, czyli o więzi zapisanej w dźwiękach i słowach

Podstawą oddziaływań muzykoterapii zorientowanej psychodynamicznie są odniesienia do dynamicznych procesów przebiegających w sferze umysłu i emocji (np. reprezentacji *self* i obiektu), których kontekst odbywa się w obszarze intrapsychoicznym i interpersonalnym. Zrozumienie relacji: pacjent – terapeuta – muzyka, wymaga uzyskania głębszego dostępu i analizy nie- i/lub świadomych treści ludzkiego doświadczenia. W sesjach muzykoterapii

istotne jest budowanie sojuszu terapeutycznego, za pomocą którego można uzyskać wgląd w życie pacjenta i zidentyfikować powtarzające się wzorce przeszkadzające mu w życiu. Zastosowanie muzyki sprzyja wyrażaniu i kształtowaniu umysłowej reprezentacji siebie i innych w relacji terapeutycznej, która jest odnoszona do osobistego doświadczenia i narracji. Rozwijając przymierze terapeutyczne, jego strony jednocześnie uczestniczą w tworzeniu muzyki jako sposobu na wzmacnianie wzajemnej więzi i dostępu do świadomych form komunikacji. Więzy pacjenta z terapeutą oparta na pozytywnym lub negatywnym przeniesieniu, ma możliwość ekspresji w pojawiającym się materiale dźwiękowym: bez użycia słów – metoda muzykoterapii Nordoff i Robbins lub uzupełniona o słowo – metoda M. Priestley, J. Alvin. Kształt tej relacji pozostaje w dynamicznym rozwoju, jest odzwierciedlany przez swobodę elementów struktur i wzorców muzycznych. Ich melodyczno-rytmiczno-agogiczne i dynamiczno-tonalno-kolorystyczne postacie są reprezentatywne dla nastrojów i stanów psychicznych tworzących je osób, bazując na formach elementarnych i ogólnie zrozumiałych. Innowacyjny i kreatywny kontekst muzykoterapii psychodynamicznej jest oparty na niedyrektywnej technice improwizacji, korzystającej z eksploracji instrumentów i głosu. Muzyka i instrument mogą w sposób nieświadomy pełnić dla osoby funkcję samodzielnego obiektu (prześciowego), przez co ułatwiają łagodne przejście od pierwszej do późniejszej relacji z innym obiektem (teoria *relacji z obiektem*) [11]. Symboliczny wymiar muzycznego obiektu pozwala jednostce z pewnym dystansem przetwarzać trudne uczucia, stwarzając jej poczucie bezpieczeństwa lub powodując stan zagrożenia [12]. Na sposób muzyczny (np. muzyczny dialog) pojawiająca się więź między stronami procesu jest określana jako analogiczna do relacji, powstającej w psychodynamicznej rozmowie. Następują w niej próby odtworzenia nieświadomej tendencji osoby do identyfikacji przymusu powtarzania wzorców, które mogą pojawiać się w myślach, uczuciach, obrazie siebie, związkach i doświadczeniach autobiograficznych z obecnością przeżywania traumy. Wzorce te mogą dotyczyć odtwarzania ważnej relacji z inną osobą, która podlega próbom zrozumienia i nadania jej nowych znaczeń. Ich swobodne odkrywanie umożliwia z początku niewerbalna, stopniowo przechodząca w formę słowną z udziałem improwizowanej muzyki – technika muzykoterapii, określana jako *free associative singing*. Zachęca się w niej klienta do śpiewania tego, co przychodzi mu do głowy. Muzykoterapeuta w pierwszej osobie dubluje unisono lub harmonicznie frazę lub motyw podany przez pacjenta, przyjmując rolę jego wewnętrznego głosu. [13].

W modelu muzykoterapii zorientowanej na ekspresję emocji i poznanie afektu, gdzie korzysta się z technik muzycznej improwizacji uznaje się różnice między *wglądem emocjonalnym a intelektualnym*. Wgląd z komponentą emocji pozytywnych (korektywny) lub

ze składową emocji negatywnych (awersyjny), motywuje osobę do zmiany i jest tego wskaźnikiem. Może zniechęcać jednostkę do realizacji nieadaptacyjnych celów lub sprawiać, że cele adaptacyjne stają się możliwe do przyjęcia i realizacji [14]. Z perspektywy udziału interwencji o charakterze muzycznym, szczególnym oddziaływaniem zostaje poddany *wgląd emocjonalny* – odnoszony do zagadnienia regulacji emocjonalnej. Towarzyszy temu pełna gama zagadnień, które dotyczą relacji interpersonalnych, ich reprezentacji, zachowań i wątków somatycznych. Dodatni lub ujemny emocjonalny stosunek jednostki jest bardziej wyrazisty, kiedy eksploracji w procesie leczenia podlega pełne spektrum jej emocji. W aspekcie doświadczeń osoby – poznaniu i zrozumieniu są podporządkowane próby uniknięcia przez nią zagrażających myśli i/lub uczuć, które się przejawiają w oporze i mechanizmach obronnych [15]. W poznawczym ujęciu polskiego modelu muzykoterapii grupowej E. Galińskiej – *Portret Muzyczny* (PM), *wgląd emocjonalny* jest różnicowany z *wglądem intelektualnym*. Eksploracji w nim podlega struktura osobowości, tj. spektrum treści ukrytych (*Ja ukryte*), fasadowych (*Ja jawne*) i koncepcji siebie „na przyszłość” (*Ja w przyszłości*) [16, 17].

W praktyce klinicznej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego, istnieje potrzeba łączenia *psychologii głębi* z praktyką muzykoterapii i wyjaśniania ich wzajemnych związków [18]. Ma to znaczenie podczas terapii z udziałem doświadczenia muzycznego, kiedy pomaganie dotyczy osób w głębokim procesie dążenia do przeobrażania siebie [19]. Praktyka psychoterapii, związana ze słowem i pojęciami typu: *odzwierciedlenie* i *odzwierciedlający obiekt self* (np. matka) (H. Kohut; B. Malin), *holding* i *obiekt przejściowy* (D. Winnicot), *klaryfikacja*, *interpretacja* i *konfrontacja*, *identyfikacja* [20] – ma zasadniczą rolę w interwencjach muzycznych, łączonych z psychoanalitycznym i psychodynamicznym nurtem. Zgodnie z podejściem psychodynamicznym, muzyka w relacji terapeutycznej stanowi narzędzie ułatwiające dotarcie do procesów psychicznych, które są wnoszone przez wzorzec wewnętrznego konfliktu. Eksploracja muzyczna jest kierowana w stronę (nie)znanych obszarów konfliktu, a afektywny przekaz przywołuje skojarzenia z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem oraz mechanizmami obronnymi [21]. Doświadczenia muzyczne są stosowane w muzykoterapii psychodynamicznej na poziomie przedświadomym [22] jako środek do przenikania ego i obron [23], dając możliwość przeszukiwania nieświadomych warstw umysłu. Muzyka ułatwia w dialogu interpersonalną relację, w której instrumenty są obiektem pośredniczącym. Terapeuta posługując się muzyką, dąży do przywołania w procesie swobodnej, empatycznej improwizacji – funkcji id, ego i superego [24].

Techniki oparte na improwizacji w muzykoterapii psychodynamicznej

W muzykoterapii wykorzystywane są doświadczenia muzyczne, które mogą wzbudzać w jednostce swobodną improwizację, komunikację i percepcję muzyki. Termin *improwizacja* jest rozumiany jako rodzaj muzycznych doświadczeń, stosowanych w muzykoterapii ujmowanej psychodynamicznie. Klient tworzy muzykę spontanicznie i wyraża aspekty *self*, używając instrumentów i/lub głosu do ekspresji stanów emocjonalnych. Metoda ta jest uznawana za środek wyrazu „wolnych skojarzeń” lub „projektowania się na dźwięki” [5].

W podejściu psychoanalitycznym (*Analytical Music Therapy, ATM*), rozwiniętym przez Mary Priestley (1994) i należącym do rodziny metod psychodynamicznych – improwizacja łączy się z ruchem i werbalizacją. Terapeuta dostarcza podstawowych struktur muzycznych lub form, które pozwalają klientowi zbliżyć się do doświadczania trudnych emocji. Improwizowanie muzyczne odbywa się na poziomie kinestetycznym, co otwiera zablokowane emocje i daje dostęp do tłumionych wspomnień. Przedstawiciele tego nurtu uznają, że świadoma kontrola oparta na rzeczywistości (*ego*) ma możliwość rozwinięcia się przy udziale ekspresyjnych technik improwizacyjnych (np. afirmacja, programowana regresja) [25]. Improwizacje muzyczne są specyficzną techniką, zawierającą reprezentacje tematyczne lub metaforyczne w celu zbadania wewnętrznego życia osoby przez zastosowanie słów i symboli. Instrumenty muzyczne pełnią rolę obiektu przejściowego w dynamice relacji terapeuty z pacjentem, pozwalając zgłębić analizę mechanizmów obronnych. Istnieje przekonanie, że w terapii muzycznej muzyka może symbolizować funkcję przestrzeni przejściowej, zaś sala terapeutyczna – bezpieczne miejsce, będące pomostem między światem zewnętrznym i wewnętrznym [26]. Techniki te doceniają wartość słowa, które zapewnia: 1) wywołanie przeniesienia; 2) odpowiedź na formę odporności; 3) utrzymywanie granic; 4) wyjaśnienie kwestii związanych z wewnętrzną i zewnętrzną sytuacją pacjenta [27]. Muzyka – jako jeden z głównych czynników terapeutycznych w AMT obejmuje wartości, systemy i złożone elementy konstrukcyjne. Są one użyteczne, bowiem zawierają część oceny klienta przez terapeutę podczas sesji i przedmiot ich ustnej interpretacji.

Większość sesji ATM ma stałą strukturę, zawierającą: a) otwarcie rytuału (*the opening ritual*) – poprzez ćwiczenia relaksacyjne lub technikę kierowanych wyobrażeń – terapeuta koncentruje uwagę klienta na „nigdzie i teraz,” starając się zminimalizować i wykluczyć wpływ zewnętrznych czynników zakłócających; b) otwarcie dyskusji słownej (*the opening verbal discussion*) – klient i terapeuta lub sam klient ustanawia reguły improwizacji muzycznej z użyciem słów w ramach tematu o określonym kontekście; c) improwizacja muzyczna – klient kreuje swobodnie własną wypowiedź w relacji z terapeutą. Terapeuta pełni rolę ustalaną przez

klienta na początku sesji z możliwością jej rozwinięcia. Związek między stronami może być budowany na dwóch koncepcjach: 1) ma on konsolidować oddzielne role i pomagać w percepcji komunikacyjnej przestrzeni lub 2) można odnieść się do pierwotnego związku z matką na różnych etapach rozwojowych; d) po dyskusji klient wyraża słownie wrażenia i refleksje z materiału muzycznego i interpretuje aspekty muzyki; e) zamknięcie rytuału (*the closed ritual*) – wykorzystywane by zachować świadomość wszystkiego, co jest przydatne dla klienta [28].

Muzykoterapia o profilu psychoterapeutycznym polega na wykorzystywaniu muzyki w relacji klienta z terapeutą w celu promowania emocjonalnego, psychicznego, fizycznego i duchowego rozwoju i uzdrowienia [29]. Psychoterapia wokalna polega na wykorzystaniu oddechu, dźwięków naturalnych, improwizacji wokalne, piosenek i dialogu w relacjach terapeuty z klientem. Łączy koncepcje i idee psychologii głębi z praktyką terapii przy użyciu muzyki wokalne. Znanymi technikami oddziaływać w muzykoterapii tego rodzaju, opartymi na aktywnym słuchaniu, improwizowaniu, śpiewaniu i pisaniu piosenek jest tzw. *songwriting* i muzyczna improwizacja – *free associative singing*.

Songwriting – to grupa technik związana z pisaniem piosenek, które są stosowane i praktykowane w wielu orientacjach klinicznych. Obecnie istnieje około 20 modeli *songwriting*, praktykowanych zgodnie z orientacją teoretyczną, tj.: *lyric repetition technique*, *free associative singing*, *restorative songwriting*, *narrative songwriting*, *reality contemplation songwriting* itd. [30]. Różnorodność tych technik podzielono na trzy kategorie, zaproponowane przez Bruscia (2014): a) pisanie piosenek zorientowane na wyniki; b) pisanie zorientowane na doświadczenie; c) komponowanie zorientowane na kontekst [31].

Vocal Holding Techniques – to technika improwizacji, łącząca mowę, ruch i dramat. Jest to skuteczna technika w tworzeniu okazji do odczuwania bezpiecznej, terapeutycznej regresji lub nieświadomych uczuć. Połączenie improwizowanego śpiewu z werbalizacją jest jednym z efektywnych sposobów pracy z traumami dzieciństwa [32]. Techniki wokalne obejmują świadome użycie dwóch akordów w połączeniu z głosem terapeuty, co służy stworzeniu spójnego i stabilnego środowiska muzycznego. Technika ta (unisono, harmonia, odzwierciedlenie, dublowanie, zakończenie) jest podstawą tworzenia bezpiecznej struktury u klienta, którą wykorzystuje się do tworzenia i wspierania relacji terapeutycznej. Ma to służyć uzyskaniu regresji terapeutycznej, dzięki czemu wczesne urazy mogą zostać przepracowane w sposób bezpieczny i naprawione [33]. Muzyka improwizowana zawiera w sobie doświadczenie „tu i teraz”, stanowi symboliczny przekaz i mediuje między treściami nieświadomymi a świadomością. Istotną rolą muzyki jest spowodowanie, aby wyparty materiał

psychiczny stał się dostępny na poziomie świadomym. W procesie niewerbalnej komunikacji, prowadzącej do werbalizacji tłumionych treści – zastępującej impulsywne działanie, improwizacja muzyczna może przypominać „wolne skojarzenia” (*free associations*) i tworzyć osobistą narrację. Głos bywa uznawany za podstawowy instrument, a śpiew – za jeden z najbardziej skutecznych sposobów budowania relacji z wewnętrznym *Ja* i innymi. Swobodne *śpiewy asocjacyjne* pojawiają się, gdy słowa wkraczają do improwizacji wokalne. W spontanicznym procesie terapeuta powtarza (*mirroring*) pojedyncze słowa i zwroty klienta w pierwszej osobie (*Ja*), zadaje mu pytania i podaje klientowi własne rozszerzenia i interpretacje pojawiających się na bieżąco treści. Klient ma swobodę odtwarzania muzyki bez ograniczeń, aby wyrażać własne stany emocjonalne i poznawcze. Terapeuta może być lustrzanym odbiciem improwizacyjnych działań klienta lub tylko aktywnym słuchaczem. Technika *Tonal Vocal Holding* – opisuje dwa alternatywne obszary harmoniczne, wspomagające interakcje wokalne między klientem, a terapeutą. Przez płynne i elastyczne wykorzystywanie unisono, harmonizację, „lustrzane odbicie” (*mirroring*), uziemianie – terapeuta pomaga klientowi wydobyć głosem na powierzchnię traumę i zintegrować fragmentowane ego [34]. Interwencja ta jest szczególnie przydatna dla osób, które własne doświadczenia przekazują w sposób oddzielający myślenie od przeżywania, a umysł od ciała. Pozwala to łatwiej dotrzeć do nieświadomych emocji, wrażeń i wspomnień, aby móc je przetwarzać i zintegrować w bardziej kompletne poczucie jaźni [35]. Słowa, głos i mowa w połączeniu z muzyką są w opisanych technikach przykładem osobistej i unikalnej prezentacji ludzkiej ekspresji.

***Free associations singing* – opis przypadku: Beth (Austin, 2001) [29]**

Podejście jakościowe: D. Austin – terapeutka, opisuje własną pracę z klientką: Beth.

Beth, 35-letnia artystka początkowo znalazła się na terapii z powodu poczucia, że nie radzi sobie w życiu zawodowym. Czuliła, że niska samoocena jest jej problemem. Podczas pracy terapeutycznej okazało się, że Beth cierpi na lęk i depresję, co uniemożliwia jej wychodzenie z domu. W świetle jej historii stało się jasne, dlaczego miała takie objawy. Beth była jedynaczką, której rodzice się rozwiedli, gdy miała 7 lat. Zawsze czuła się bliżej związana z ojcem, mimo, że rzadko go widywała. Beth opisuje matkę jako „intelektualistkę” i „silną”, ale nieczułą i podatną na wybuchy gniewu. Z czasem dowiedziałam się, że niektóre z tych „złych” wybuchów miały formę ataków fizycznych (tym, co miała pod ręką: but, patelnia) i słownych na Beth. Jeśli Beth słownie odpowiadała, kara była jeszcze ostrzejsza. Beth żyła we własnym świecie, głęboko wewnątrz siebie. W tym sanktuarium mogła śpiewać i kołysać się i opowiadać sobie same smutne historie. Sztuka pomogła jej poprzez nadanie w sposób twórczy emocjonalnej odpowiedzi. Mimo to, pragnęła uwagi i przyjąłam, że to przerażające, iż Beth związała swoją uwagę z bólem.

W ciągu pierwszego roku terapii, Beth często używała szkiełki i pasteli do wyrażania uczuć, których nie przekazywała słownie. Kiedy zaufanie w relacji terapeuta – pacjent zaczęło rosnąć, zaczęłam z Beth improwizować na fortepianie i innych instrumentach. Beth stopniowo zaczynała odnajdywać głos – dosłownie i symbolicznie. Kiedy po raz pierwszy ją spotkałam, zauważyłam, że mówi bardzo cicho i stopniowo przyspiesza jednocześnie zanikając pod koniec zdania. Potem zaczęła

ustawiać granice z ludźmi w swoim życiu i potwierdzać swoje uczucia i potrzeby, a jej głos odzwierciedlał tę zmianę. Wydawała się silniejsza i bardziej zrealizowana. Z czasem wspólne ćwiczenia oddechowe przyczyniły się do zmniejszenia niepokoju interpersonalnego i pomogły jej cieszyć się chwilą, rozmawiać z innymi. W trzecim roku wspólnej pracy, zaczęłyśmy improwizować wokalnie przy użyciu *technik holdingowych*. Sesja teraz zaczynać się będzie od omówienia relacji Beth z jej bliskim przyjacielem, Michelem. Michel kiedyś rozczarował Beth poprzez anulowanie wspólnych planów w ostatniej chwili. Gdy Beth powiedziała Michelowi, jak to boli i że stanowi to stały wzorzec w ich związku, Michel „ekspłodował” i odłożył słuchawkę. Ta bolesna wymiana spowodowała poszukiwanie doświadczeń porzucenia Beth przez matkę. Poprosiłam Beth, aby – jeśli nie jest skłonna o tym mówić – zbadać jej relacje z matką za pomocą muzyki, wspólnie śpiewając. Zgodziła się i usiadła obok mnie przy fortepianie. Powiedziała, że chce „ciemnych” akordów i „drobnych”. Grałam w tonacji E-minor 7 (interwały w lewej ręce: 1 - pryma i 5-kwinta; w prawej ręce: 3-tercja i 7-septyma), zwalniając tempo. Zaczęła wspólnie ze mną oddychać, a następnie śpiewać unisono na „ah...” Czułam, że Beth nawiązała kontakt i czerpała ze swoich zasobów – jej wewnętrznej siły i cech, które pomagały jej przetrwać trudny czas. Jej twarz złagodniała, a ramiona rozluźniły się. Jej głos stał się stabilny i rósł w siłę, kiedy kontynuowała śpiew. Wydaje się być ugruntowana w swoim własnym ciele i czuje wsparcie w naszej relacji. Po kilku chwilach śpiewała: „Ja nie jestem osobą, jaką byłam.” Dublowałam jej słowa i melodie. Śpiewała dalej: „osobą, którą uczyniono że jestem”. Znowu odzwierciedlałam jej słowa i melodię, dopasowując wielkość, jakość wokalną i frazowanie. Powtórzyła te dwie frazy i śpiewała dalej: „Ja nie jestem brzydka, mam, nie jestem brzydka”. Powtórzyła te frazy, a następnie powiedziała: „Nie jestem już dzieckiem”. Odzwierciedliłam jej słowa i dołączyłam do niej w muzycznej harmonii na słowie „dziecko”, które zorganizowałyśmy dla danego środka. Beth następnie zwiększała głośność i intensywność śpiewu, podwajając czas frazowania – wyrażając własne emocje i/lub inicjację uczuć. Śpiewała: „Jestem kobietą, silną kobietą, kwiat, drzewo.” Utrzymywała się na słowie „drzewo” i powtórzyła tak, że udało mi się te afirmacje obsłużyć przez harmonizację z nią. Śpiewała w zakresie mniejszym, niż oktawa. Jej melodie zawierały się w kwintach i kwartach rosnąco. Moje skojarzenia, dotyczące tej muzyki były takie, że Beth brała skok i lądowała na twardym podłożu. Potem śpiewała: „Ty mnie nie zabijaj!”, wzbudzając we mnie dreszcze. Zrobiła pauzę. Potem zaśpiewała: „Chciałabym móc powiedzieć, że nie jesteś już moją matką.” Czułam wtedy smutek, ale też że śpiew ma większą głębokość uczuć. Śpiewałam: „Czuję się smutna”, a jej głos był miękki. Śpiewała: „Nigdy nie miałam prawdziwej matki”, a ja odzwierciedlałam to łącząc się w muzyce zgodnie na słowie „matka” i śpiewałam następnie „chciałam matkę” (dublowanie). Beth powtórzyła to zdanie, po czym śpiewałyśmy to w kółko w zgodzie, harmonii i nakładając mirroring. Lewą ręką grałam piano niżej basów wspierając intensywność naszego śpiewu. Grałam ósemki i triole prawą ręką, dopasowując energię, kiedy zaczęła śpiewać głośniej i pełniej. Beth znowu śpiewała: „Boli mnie”, powtarzało się to i znowu śpiewałyśmy tę frazę w kółko. Czułam, jakby słowa tonęły głębiej w czasie. I śpiewałam: „Ja nie pozwolę ci mnie boleć!” (podwojenie) i powtórzyła to dodając: „Mogę powiedzieć NIE!” Śpiewałyśmy tę frazę razem zgodnie i harmoniczne szło w górę w skali melodycznej, budowane dynamicznie. Wtedy ona zatrzymała się i wróciłam do śpiewania, aby podtrzymać kontakt i wesprzeć ją. Po chwili Beth wróciła do śpiewu: „Jak można zobaczyć dziecko tak pełne miłości” – głosem, który brzmiał wrażliwie i dziecięco. Śpiewałam: „Nigdy nie widziała mnie”. Ona powtórzyła to i dalej śpiewała: „Nigdy nie widziałaś moich rysunków... Nigdy nie widziałaś dziewczynki”. Powtórzyła swoje słowa i melodię, a następnie zaśpiewała „więc odeszłam”. Nastąpiła krótka chwila zawieszenia i pauza, a następnie Beth śpiewała: „Ale teraz jestem z powrotem”. W tym momencie podczas śpiewu Beth zaczęła płakać cicho. Przeniosłam powoli muzykę do śpiewu na samogłosce „Oo...,” żeby ją uspokoić i pocieszyć. Czułam się bardzo poruszona. Następnie pokrótce przetwarzałam to, co było w muzyce. Beth powiedziała na koniec sesji: „Wiele rzeczy czułam śpiewając, ale nie mogłam znaleźć słów, abym... wróciła na dzień dzisiejszy jako Ja”. Przedstawiony proces stanowi punkt wyjścia do terapeutycznej dyskusji.

Wniosek: Dzięki swobodnemu asocjacyjnemu śpiewaniu, słowa zostają zintegrowane z uczuciami, przez co klienci mogą łatwiej leczyć podziały między myśleniem, uczuciami i własnymi odczuciami. Dorośli, cierpiący z powodu nadużyć w dzieciństwie, zaniedbania, depriwacji emocjonalnej i nieadekwatnego rodzicielstwa – wymagają metod psychoterapii, które mogą dotyczyć przedwerbalnej rany i niezaspokojonej potrzeby zależności z wczesnego dzieciństwa. Śpiew może przebić ścianę izolacji, ale wymaga odwagi ze strony klienta i terapeuty w przywoływaniu bolesnych wspomnień.

Muzyka pogłębia wspólny związek, zapewnia bezpieczną, kameralną przestrzeń w perspektywie empatii i zrozumienia, by można zebrać siły i znaleźć nadzieję w tym procesie i pójść do przodu w rozwoju.

Free associations singing – opis przypadku: Michelle (Austin, 2001) [29]

Podejście jakościowe: D. Austin – terapeutka, opisuje własną pracę z klientką: Michelle.

Pierwszą rzeczą, jaką zauważyłam w Michelle był jej głos. Był bardzo miękki i zwiewny i wydawało się, że pochodzi z daleka. Podobnie jak jej głos, Michelle wydawała się być bardziej duchem, niż ciałem. Pojawiła się bezcielesna, miała niską energię, a wyglądała młodziej, niż osoby w jej wieku. Choć powiedziała "szczęśliwe dzieciństwo", z czasem dowiedziałam się, że była bardzo zaniedbana jako dziecko i spędziła dużo czasu samotnie w swoim własnym świecie. Nie pamiętała wielu konkretnych szczegółów jej wczesnego okresu życia poza tym, że rodzina przenosiła się często. Jeden wyjazd do domu jej dziadków i z powrotem z Włoch do Kanady był dla niej bardzo traumatyczny. Pamiętała bycie szczęśliwą we Włoszech, ale wracając do Kanady po roku i kontynuowaniu samotnego istnienia "miała spojrzenie na życie, a potem straciła je ponownie." Nasza praca postępowała, Michelle zaczęła wyłączać się z dysocjacyjnych aspektów siebie, przede wszystkim przez piosenki i swobodny asocjacyjny śpiew. Podczas następnej sesji mogła skontaktować wyizolowaną, młodą część siebie, zaczynając akceptować prawdę o swoim dzieciństwie. Poczła współczucie dla smutku i samotnej dziewczyny, jaką była.

Zaczynamy od wokalnego gospodarstwa. Michelle preferuje drobne akordy. Dziś wybiera moll na e-moll. śpiewamy w zgodzie na "ah" przez kilka chwil, by następnie przejść i wyjść z harmonizacji. Zamyka oczy i wydaje się wprowadzać siebie w zmieniony stan świadomości, podobny do transu. Zaczyna śpiewać słowa, a ja zaczynam powtarzać jej słowa i melodię.

Michelle	Terapeutka
Widzę drzewa	Widzę drzewa
i rzekę	i rzekę
i szukam	i szukam
w lesie	w lesie
sama	Sama
ale nigdy nie wydaje się, bym cokolwiek zrobiła	ale nigdy nie wydaje się, bym cokolwiek zrobiła
coś zrobiła	coś zrobiła

Zauważam, że jej zakres wokalu jest ograniczony i że jej melodie zawierają dużo malejących tercji i kwart, mających dziecięcą jakość. Po kilku minutach zaczynają być wprowadzane inne słowa i zwroty, które mogą być ważne dla niej, zamiast po prostu powtarzanie jej tekstu.

Michelle	Terapeutka
Ja wędruję	Sama.
Tylko są drzewa i woda	Jestem sama
Jestem sama.	Jest spokojna
Sama	i jestem smutna
i jestem smutna	

Używam wywołanego przeciwprzeniesienia, dokonując interwencji muzycznej słowami "i jestem smutna." Czuję jak smutek przechodzi przeze mnie, gdy wcześniej śpiewam te słowa. Gdy Michelle powtarza je, czuję się jak ona uznając jej smutek, jak własny. Ona ma teraz słowa i możliwość sprawdzania poprawności dla tego uczucia. I nadal bardziej aktywne interwencje w sposób liryczny i muzyczny przenosi jako proces do przodu. I podnosi tempo lekko, więc śpiewam trochę głośniej.

Michelle	Terapeutka
	Gdzie są wszyscy?
Gdzie są wszyscy? Wiem, że nie jestem tam	
	Sama... Gdzie są wszyscy?
Jestem tutaj, ale sama, i wiem, że nie będzie to tu.	
	I wiem, że nie widzą mnie
Nie widzą mnie	Nie widzą mnie
Razem: Nie widzą mnie! Nie widzą mnie!	

Myślę, że to ostatnie zdanie jest podłączone do wcześniejszego doświadczenia z dzieciństwa Michelle, uczucia niewidoczności. Wątpię, że kiedykolwiek czuła się, naprawdę widziała, słyszała, albo rozumiała jako dziecko. Teraz zмага się z problemami tożsamości i niemożnością poznania i działania jej autentycznych uczuć i potrzeb. My nadal śpiewamy. Śpiewamy o tym, czy jest gotowa do wyjścia, czy też nie i że nie musi się już ukrywać. Ma wybór.

Michelle	Terapeutka
Chciałabym wrócić, powrócić do szkoły i nauczyć się znowu, jak nie być sama	Powrócić do szkoły. Chciałabym, aby mama nauczyła mnie
Była tam	żeby mi pomóc
Daj mi to, co potrzebne, aby się rozwijać	Nikogo tak naprawdę nie było
Nikogo tak naprawdę nie było	by zrozumieć, co czułam.
To prawda	Taka jest prawda?
Nikt mi nie pomógł	Nikt nie pomógł mi
Nikt nie słuchał	Nikt nie wiedział
Jak smutna i samotna byłam	Nikt nie pomógł mi
Czuć	Czuć się
Taka jest prawda!	Taka jest prawda!
Taka jest prawda!	Taka jest prawda!
Psychodramatyczny śpiew	

Znaną techniką, używaną w podejściu psychodynamicznym jest tzw. *obrazowanie muzyki* – *the Bonny Method of Guided Imagery and Music* (BMGIM). *Guided Imagery and Music* (GIM) – jest techniką stosowaną do leczenia stresu pourazowego, gdzie za pomocą obrazu (zdjęć) pacjent może zidentyfikować własne obawy, dotyczące traumatycznego wydarzenia z przeszłości. Terapeuta używa muzyki do stymulowania stanu hipotetycznego, czyli osiąganego przez wyobraźnię. Słuchanie muzyki (klasycznej) łączone jest ze stanem rozluźnienia umysłu i ciała, aby możliwe było wywołanie obrazów i opisanie pojawiającego się i rozwijanego doświadczenia przez klienta. Rolą terapeuty jest aktywne towarzyszenie i wspieranie zaangażowania klienta w trwającej ok. 35-45 minut sesji muzycznej. Po tym następuje wspólny przegląd sesji. Technika GIM stosowana jest jako poszukiwanie wewnętrznej świadomości klienta, nad którą należy się skupić, aby zidentyfikować jego problemy. Przykład zastosowania techniki GIM znajdują czytelnicy w artykule Fachner, Ala-Ruona i Bonde [36].

W muzykoterapii o charakterze wglądowym w *self*, znane są metody projekcyjnego słuchania – tj. technika *Wyobrażona Postać* E. Galińskiej. Zakłada się w niej identyfikację osoby z wygenerowaną pod wpływem muzyki postacią. Dość powszechnie stosowana jest kliniczna technika E. Galińskiej, oparta o koncepcję J. Moreno, tj. *psychodrama muzyczna* [37], a także *wokalne techniki holdingowe* [38]. Ich przydatność w stymulowaniu wyrażania siebie w interakcji z muzyką i terapeutą jest formą doświadczeń, których dynamika wiąże się ze znaczeniem myślenia metaforycznego i hierarchizacji struktury *Ja*. Muzyka służy pobudzeniu rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej podmiotu, aby można wprowadzić i uruchomić stan dialogu na poziomie werbalnym.

Psychika, dynamika i muzyka, czyli o relacji zapisanej w improwizacji muzycznej

W praktyce klinicznej spotyka się odwołania do modelu muzykoterapii, w którym uwzględnia się kliniczną improwizację (*clinical improvisation*) i muzyczną relację (*musical relationship*) między pacjentem i muzykoterapeutą w interwencjach z udziałem muzyki [39]. Leczenie muzyką w warunkach klinicznych, bez użycia farmakologii – zapewnia improwizacyjna muzykoterapia (*improvisational music therapy*) [40]. Uniwersalność tego spojrzenia polega na zastosowaniu współimprowizacji muzykoterapeuty i pacjenta w muzycznym dialogu, który jest ukierunkowany na poprawę funkcjonowania jednostki. Doświadczenie muzyczne w improwizacji koncentruje się na podstawowych aktywnościach związanych z muzyką: improwizacji muzycznej, odtwarzaniu muzyki, kompozycji muzycznej i receptywnym słuchaniu muzyki. W psychodynamicznym podejściu do muzykoterapii stosującej technikę muzycznej improwizacji, obecne są dwie perspektywy słyszenia dualnej relacji interpersonalnej: pacjent – terapeuta. Terapeuta w kontakcie z pacjentem może być bardziej skupiony na grze klienta podczas swobodnej improwizacji lub zwracać większą uwagę na własną, emocjonalną reakcję na muzykę [41].

Różnemu postrzeganiu muzycznej improwizacji w wymiarze klinicznym poddane są opisy modeli muzykoterapii, prezentowane m. in. przez: Psychodynamic Music Therapy, Creative Music Therapy (The Nordoff-Robbins Model), Analytical Music Therapy (The Priestley Model), Orff Improvisational Model, Free Improvisation Model (The Alvin Model), Metaphoric Music Therapy (The Kate i Mere-Fishman Model), Vocal Improvisation Therapy (The Sokolov Model), Paraverbal Therapy (The Heimlich Model), Experimental Improvisation (The Riordan-Bruscia Model) [42].

Stosowanie swobodnej improwizacji odzwierciedla pogląd, zgodnie z którym improwizowana gra na instrumentach działa na poziomie pre-symbolicznym. Uruchamia więc nieświadome procesy spoza sfery zaburzeń, przygotowując osobę do pełnej symbolicznej ekspresji i ewentualnej werbalizacji [10] – ukierunkowanej na adaptacyjny sposób funkcjonowania jednostki. Biorąc pod uwagę złożoność muzycznej interwencji, jaką jest swobodna improwizacja – odtwarzanie muzyki angażuje niewerbalne procesy w zakresie psychofizjologii. W indywidualnej sesji z udziałem improwizacji istnieje możliwość muzycznego opisanego wewnętrznego stanu pacjenta, określanego jako „sen na jawie” [43]. Stany odmienne niż „sen na jawie”, czyli zjawisko występowania muzycznych motywów w snach zaobserwowali badacze z Uniwersytetu we Florencji. Okazało się, że muzyczne motywy są przywoływane częściej przez muzyków i nieco rzadziej nie-muzyków (18%), stanowiąc ogólną zdolność do radzenia sobie z reprezentacjami dźwiękowymi – ujawniając ich nowe, nie znane wcześniej treści (28%). Wiek osób wpływał na obecność muzycznych treści w snach, wskazując na dzieciństwo jako najważniejszy okres rozwoju muzycznych zdolności. Tym samym nie uzyskała wsparcia teoria, zgodnie z którą treść snów odzwierciedla dzienną aktywność osoby śniącej (*continuity hypothesis of dreaming*) [44].

Zastosowanie atonalnej muzyki w improwizacji pozwala na dotarcie i wyrażenie stanów, tkwiących w sferze nieświadomości – tłumionych emocji i wypartych konfliktów [45]. Improwizacja w relacji pacjent – terapeuta zawiera potencjał obecny w wielu zastosowaniach muzycznych. Zasadniczą rolą tego rodzaju interwencji jest dostarczenie korzyści zdrowotnych w terapii – zarówno w relacji indywidualnej, jak i w grupie [46]. W literaturze przedmiotu postrzegane jest jej kluczowe znaczenie dla muzykoterapii psychodynamicznej i muzykoterapii kreatywnej (Nordoff – Robbins).

Muzyczna improwizacja – fazy terapeutycznej interakcji i praca z głosem

W indywidualnych sesjach z pacjentem znana jest sekwencja działań podejmowanych przez muzykoterapeutę, kiedy zastosowaniu podlega technika muzycznej improwizacji [47]. Podstawą jej opisu są następujące komponenty: odzwierciedlanie (*mirroring*) – jednoczesne odtwarzanie przez terapeuta za pacjentem muzycznej treści, którą on zaprezentował; dopasowanie (*matching*) – harmonijne (w zgodnym tempie, rytmie, dynamice, tonalności), choć nie identyczne wejście terapeuty w muzyczną produkcję pacjenta; empatyczna improwizacja i refleksja (*empathic improvising and reflection*) – terapeuta odgrywa na instrumencie stan emocjonalny pacjenta, zapewniając mu empatyczne wsparcie i akceptację; techniki stabilizujące (*grounding, holding and containing*) – zapewnienie ciągłej stabilności

przez powtarzanie rytmu lub tonalności; prowadzenie dialogu (*dialoging*) – muzyczna komunikacja jest w analogii do dialogu słownego; modelowanie (*modelling*) – terapeuta dostarcza pacjentowi muzyczne motywy w celu ich wzajemnego opracowania i odpowiedzi; towarzyszenie (*accompanying*) – empatyczne wsparcie terapeuty na najniższym poziomie dynamiki – rytmu, melodii.

W muzycznych oddziaływaniach z wykorzystaniem improwizacji zwraca się szczególną uwagę na aspekt relacji terapeutycznej, który umożliwia zmianę. Badana jest w tym procesie więź z innymi ludźmi, stopień adaptacyjnego zaspokojenia potrzeb i poczucie obrazu siebie osoby. Niewerbalny aspekt komunikacji zawarty w improwizacji otwiera przestrzeń do werbalnego przekazu istotnych treści, płynących z doświadczenia podmiotu. W tym sensie, improwizacja muzyczna jest narzędziem zbliżającym oddziaływania muzykoterapii do interwencji z dziedziny klasycznej psychoterapii. W muzykoterapii indywidualnej podstawową techniką pracy z pacjentem jest kontynuowanie powtarzania jednej aktywności muzycznej. Może nią być pojedynczy rytm, czy prosta struktura melodyczna. Wewnętrzne usłyszenie, zapamiętanie i utrwalenie muzyki ma służyć zmniejszeniu poczucia depersonalizacji przez pacjenta np. ze schizofrenią [48].

W trybie muzykoterapii indywidualnej, stosowanej w pracy z osobami ze schizofrenią, zidentyfikowano 4 fazy w procesie interakcji: terapeuta – pacjent [41, 49]. Są to: faza początkowa – muzykoterapeuta świadomie dąży do odzwierciedlenia i naśladowania muzyki pacjenta, by zapewnić mu bezpieczny kontakt i wsparcie dla ego, faza modyfikacji – terapeuta stopniowo uzupełnia i modyfikuje strukturę muzyczną ekspresji pacjenta, przyjmując rolę towarzyszącą i podtrzymującą. Pacjent stopniowo przekształca patologiczny uraz: rytm pozwala mu poczuć ciało i stabilizuje ruch, a powstające piosenki zapewniają strukturę i bezpieczeństwo – bez nacisku na wyrażanie siebie. Muzyka pomaga zapamiętać mu estetyczne zdarzenia w odczuwanym chaosie, zapewnia emocjonalny kontakt i ustala granice w strukturze. Faza progresji – muzykoterapeuta stopniowo prowokuje kontrasty muzyczne, świadomie torując progresję ku zwiększeniu autonomii (separacja) i wzmocnieniu twórczości pacjenta. Terapeuta przechodzi z roli inicjatora improwizowanego doświadczenia muzycznego do roli akompaniatora. Faza końcowa – w kontakcie stron muzykoterapii pojawia się większa elastyczność. Zaczyna się zdrowsze funkcjonowanie pacjenta, który zyskuje świadomość własnych słabości, lepiej reguluje doświadczenie i odzyskuje własne możliwości.

W psychodynamicznym podejściu w muzykoterapii stosowana jest efektywna technika pracy z głosem znana pod nazwą swobodne skojarzeniowe śpiewanie (*free associative singing*) [50] – obejmuje ona konsekwentne tworzenie bezpiecznego i stabilnego środowiska na

początku terapii z klientem. Rozpoczyna się od odpowiedzi pacjenta na dwa akordy, grane przez terapeutę. Kiedy klient nie ma umiejętności i podstawowej wiedzy muzycznej, wówczas terapeuta podaje przekłady prostej struktury akordów. Pacjent ma za zadanie wybrać tryb akordu, który mu bardziej odpowiada: durowy lub molowy. Czasem klient opisuje jakość pojawiających się dźwięków oraz ich wpływ na niego. W ten sposób próbuje wstępnie określić, jakie uczucia i nastrój chciałby przywołać i odnaleźć w akordach. Technika ta ogranicza się do stosowania dwóch akordów, stanowiących podstawę do stworzenia swoistego rodzaju kontenera na nieakceptowany nadmiar myśli. Dopuszcza się w niej do spontanicznego wyrażania siebie przez pacjenta, wyłaniając ten efekt spośród prostej struktury dźwięków. Następnie, w ten sam sposób dodaje się rytmiczny wzór – jako podstawową strukturę. Grając wcześniej ustalony wzór akordu o wybranym trybie, dodaje się element rytmiczny, a następnie głos – jako wokalne lustro pacjenta (i/lub z użyciem słów). Następnie, rozwijając ten materiał, zachęca się pacjenta do kontynuowania śpiewania. Służy to stopniowemu tworzeniu możliwego do przewidzenia – bezpiecznego środowiska przez muzyczną improwizację dla wyrażania siebie. Dwa akordy i rytmiczny wzór ma potencjał wzbudzania u osoby dowolnych obrazów i wspomnień. Działanie to stymuluje do emocjonalnej werbalizacji własnych doświadczeń, uruchamianych podczas improwizacji w muzykoterapii. Technika ta jest szczególnie wartościowa w przypadku pacjentów z dysocjacją. Prezentuje naturalny proces budzenia się obrazu siebie, stopniowego odkrywania i różnicowania *Ja* przez osobiste doświadczanie swobodnego rozwijania struktur muzyką.

Podjęcie psychodynamiczne w psychiatrii a muzykoterapia

Podjęcie psychodynamiczne jest teoretyczną koncepcją w psychoterapii włączoną do praktyki muzykoterapii, która stosowana jest wobec pacjentów leczonych w strukturach placówek zdrowia psychicznego. Podstawą współpracy w relacji terapeutycznej między pacjentem a terapeutą jest dynamika przeżyć psychicznych, ujmowana na sposób dynamiczny, ma powiązania w diagnozie i terapii z psychoanalizą. W modelu psychiatrii psychodynamicznej model zaburzeń (tzw. *trójkąt konfliktu*: obrona – lęk – ukryte uczucia/impulsy), koegzystuje z modelem *deficytu* i jest identyfikowany za pomocą metod obrazowania mózgu [13]. Pamięć i jej systemy są komponentem procesów poznawczych, pozwalając na kodowanie, przechowywanie i odtwarzanie doświadczeń jednostki. Pamięć jawna (świadoma): tj. semantyczna (fakty) i epizodyczna (wspomnienia) oraz pamięć ukryta (nieświadoma) – tj. proceduralna (np. gra na instrumencie) może zawierać zniekształcenia struktur umysłu. Rozwój jednostki ma z nią związek i ze źródłem wewnętrznego konfliktu,

osadzonego w popędie i pragnieniu. W obszarze relacji zawarte są reprezentacje ważnych osób, oparte na uwewnętrznionej świadomości rzeczywistości zewnętrznej i poczuciu siebie. Rozpatrywanie wypieranych treści – marzeń sennych i fantazji, niezamierzonych pomyłek słownych, obrazów *Ja* i zgromadzonego doświadczenia, podlega wprowadzaniu ich w pole świadomości. Doświadczenie urazu psychicznego w relacji z drugim człowiekiem może odzwierciedlać powstawanie konfliktu psychicznego, mającego wpływ na rozwój jednostki.

Współczesna psychiatria psychodynamiczna opiera się na czterech obszernych koncepcjach psychoanalitycznych: psychologii ego, teorii relacji z obiektem, psychologii *self*, oraz teorii przywiązania [51]. W muzykoterapii zorientowanej psychodynamicznie znajduje to swój odpowiednik w modelu analitycznym – The Priestley Model. W strukturze psychicznej opisanej przez Freuda: *ego*, *id* i *superego* – nieświadomy aspekt ego obejmuje mechanizmy obronne, które są w opozycji do instynktu i *popędów* reprezentowanych przez *id* – libido i agresji. *Ego* jest świadomym aspektem spójności psychicznej, a objaw stanowi obronę przed nadmiernym pragnieniem pochodzącym z *id* i pozornie go zaspokaja. Konfliktowe dążenia prowadzą do lęku, uruchamiającego obrony i potrzebę redukcji napięcia. Z kolei w teorii relacji z obiektem, popędy są traktowane jako relacja z ważną osobą (np. diada: matka – dziecko). Związki międzyludzkie są uwewnętrznieniem reprezentacji obiektu w relacji: pierwsze pozytywne doświadczenie *self* jest więzią niemowlęcia z matką (troskliwą), a pierwsze negatywne (frustrujący obiekt, tj. niedostępna matka) – wywołuje negatywny afekt (złość, trwoga) i uwewnętrznia obiekt jako wrogi i niedostępny [52]. Psychologia *self* jest koncepcją, w której postrzega się spójność i niespójność osoby przez zewnętrzne relacje (*self* jądrowe) i poczucie jej własnej wartości. W teorii podkreśla się proces przeniesienia: lustrzanego (*mirror transference*) – przypisywania terapeutce przez pacjenta obrazu potwierdzającego mu własną wartość, i/lub idealizującego (*idealising transference*) – przypisywania terapeutce obrazu wyidealizowanego rodzica. W psychiatrii ujmowanej psychodynamicznie, rozwój jednostki uwzględnia fazy relacji matki z dzieckiem, opisane przez M. Mahler. W fazie: autystycznej – percepcja siebie w diadzie jest ukierunkowana na przetrwanie; symbiotycznej – dziecko jest podwójną jednością, a nie odrębne od matki; separacji-indywiduacji – ma miejsce wyodrębnienie się dziecka od obiektu (matki) i pojawia się jego spójny obraz [53]. Wiedza o rozwoju człowieka w psychoterapii i psychiatrii psychodynamicznej to zaledwie punkt wyjścia dla podejmowania działań terapeutycznych, służących zdrowiu.

Wnioski

Zasygnalizowanie obecności powyższych zagadnień ma znaczenie dla praktyki psychoterapii w psychiatrii, w placówkach zdrowia psychicznego i w obszarze pomocy psychologicznej. Ich znaczenie akcentowane jest w praktyce muzykoterapii, stosującej psychodynamiczne rozumienie człowieka i psychoanalizę w przełożeniu na doświadczenia muzyczne. W muzykoterapii korzysta się z szerokiego wachlarza muzycznych doświadczeń (receptywne słuchanie muzyki, improwizacja, odtwarzanie i komponowanie muzyki, śpiew, praca z głosem, ich formy mieszane), odwołując się do złożoności ludzkiej istoty jako całości włączając w tą całość oznaki choroby. Muzyka i przymierze terapeutyczne są czynnikami uzdrawiającymi w procesie leczenia, zaś model psychodynamiczny muzykoterapii jest jedną z wielu propozycji oddziaływań sztuki w medycynie, psychoterapii i innych dziedzinach wspierania zdrowia. Każda teoria muzykoterapii rozpoczyna się od konceptualizacji człowieka, którą poprzedza pytanie: jak muzyka wpływa na wszystkie aspekty istoty ludzkiej, a ona reaguje na muzyczne oddziaływania?

Piśmiennictwo

1. Tęcza B. *Podręcznik do kwestionariusza EEM badającego wrażliwość na natężenie ekspresji emocjonalnej w muzyce*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2006; 12-13.
2. Alanne S. *Music psychotherapy with refugee survivors of torture. interpretations of three clinical case studies*. Helsinki: Sibelius Academy 2010; 11-12.
3. Wigram T, Pedersen IN, Bonde LO. *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
4. Edwards J. *Psychodynamic Music Therapy*. New York: Oxford University Press; 2016; 448-471.
5. Bruscia K. *Defining Music Therapy 2nd Edition*. Gilsum: Barcelona publications; 1998; 300.
6. Patterson A. *Music teachers and music therapists: Helping children together*. Music Educators J. 2003; 89(4): 35-38.
7. Lecourt E. *Muzyka i struktura muzyczna*. Psychoterapia I 2004; 128: 77-81.
8. Stern DN. *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology and the arts*. Oxford: Oxford University Press; 2010, 192.
9. Dileo Ch. *Envisioning the Future of Music Therapy*. Temple University's Arts and Quality of Life Research Center; 2016.
10. Erkkilä J, Gold C, Fachner J, Ala-Ruona E, Punkanen M, Vanhala M. *The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: Protocol for a randomised controlled trial*. BMC Psychiatry 2008; 8, 50.
11. Winnicott DW. *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Frankfurt 1997.
12. Erkkilä J. *Taiteet ja Kuntoutus*. W: Rissanen P, Kallanranta T. red. Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2001, 523-539.
13. Austin DS. *The role of improvised music in psychodynamic music therapy with adults*. Music Therapy 1996; 14(1): 29-43.
14. Kuncewicz D, Lachowicz-Tabaczek K, Załuski J. *Why insight in psychotherapy does not always lead to behaviour change?* Polish J. Applied Psychology. 2014; 12(2): 99-122.
15. Shedler J. *Skuteczność psychoterapii psychodynamicznej*. Przegląd Psychodynamiczny. 2011; 2.
16. Galińska E. *Ocena niektórych aspektów efektywności metody portretu muzycznego na tle analogicznych metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia. 1994; 4(91): 49-60.

17. Galińska E. *Portret muzyczny jako metoda harmonizacji struktury „ja” pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi*. Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego 2001; 1(14): 55–67.
18. Hillman J. *Archetypal psychology*. Putnam, CT: Spring 2004.
19. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford, 2002.
20. Edwards J. *Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press; 2016, 453.
21. Kim J. *Psychodynamic music therapy*. Voices A World Forum for Music Therapy 2016; 16 (2).
22. Erkkilä J. *From signs to symbols, from symbols to words – about the relationship between music and language, music therapy and psychotherapy*. Voices: A World Forum for Music Therapy 2004; 23: 110.
23. Evans E, Garner J. *Talking over the years. A handbook of dynamic psychotherapy with older adults*. New York: Brunner-Routledge. Taylor&Francis Group; 2004, 182-183.
24. Hadley S. *Psychodynamic Music Therapy: Case Studies*. Barcelona Publishers; 2003.
25. Priestley M. *Essays on analytical music therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers, 1994.
26. Odell-Miller H. *The practice of music therapy for adults with mental health problems: The relationship between diagnosis and clinical method*. Danmark: Aalborg University, 2007.
27. Stewart D. *Chaos, noise and a wall of silence: psychodynamic music therapy*. Br. J. Music Therapy. 1996; 10(2): 21–34.
28. Risvas Ch. *Analytical music therapy: bringing unconscious alive*. Hellenic American University, 2015.
29. Austin P. *In search of the self: the use of vocal holding techniques with adults traumatized as children*. Music Therapy Perspectives. 2001; 19(1): 22-30.
30. Baker FA. *Therapeutic songwriting: Developments in theory, methods, and practice*. London: Palgrave Macmillan, 2015.
31. Bruscia KE. *Defining music therapy*. 3 wyd. University Park, IL: Barcelona Publishers, 2014.
32. Austin D. *Vocal improvisation in analytically oriented music therapy with adults*. W: Wigram T, De Backer J. red. *Clinical applications of music therapy in psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.
33. Austin D. *When the psych sings: transference and countertransference in improvised singing with individual adults*. W: Bruscia K. red. *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998.
34. Bonny HL. *Music and healing*. Music Therapy. 1986; 6A (1), 3-12.
35. Loewy JV. *The musical stages of speech: a developmental model of pre-verbal sound making*. Music Therapy. 1995; 13(1), 47-73.
36. Fachner J, Ala-Ruona E, Bonde LO. *Guided Imagery and Music: A neurometric EEG/Loreta Case Study*. I Proceedings of the Ninth Triennial Conference of the Eur. Society for the Cognitive Sciences of Music, 17-22.08.2015, Manchester, UK. Ginsborg J, Lamont A, Phillips M, Bramley S. red.
37. Galińska E. *Muzyka jako nośnik cech człowieka – Muzyczny Test Tożsamości (MTT)*. Przegląd Psychologiczny 2008; 51 (4): 423-4441.
38. Austin P. *The theory and practice of vocal psychotherapy: songs of the self*. Music Therapy Perspectives. 2014.
39. Wigram T, Pedersen IN, Bonde LO. *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2002, 10-11.
40. Bruscia K. *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: Ch.C.Thomas Publishers; 1987.
41. Pedersen IN. *Music therapy in psychiatry today: Do we need specialization based on the reduction of diagnosis-specific symptoms or on the overall development of resources? Or do we need both?* Nordic J. Music Therapy. 2014; 23(2): 173-194.
42. Fidelibus JF. *Mindfulness in Music Therapy Clinical Improvisation: when the music flows*. New York University; 2004, 15.
43. Skar P. *The goal as process: Music and the search for the Self*. J. Analytical Psychol. 2002; 47: 629-638.
44. Amir D. *Giving trauma a voice: The role of improvisational music therapy in exposing, dealing with and healing a traumatic experience of sexual abuse*. Music Therapy Perspectives. 2004; 22(2): 96–103.
45. Uga V, Lemut MCh, Zampi Ch, Zilli I, Salzarulo P. *Music in dreams*. Consciousness and Cognition. 2006; 15 (2): 351-357.
46. Pavlicevic M, Ansdell G. *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004
47. MacDonald RA, Wilson GB, Connolly B, Barenboim D, Wonka W. *Jazz bastards and the universality of improvisation*. The Oxford Handbook of Critical Improvisation Studies. 2014.

48. Wigram T. *Improvisation: methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.
49. Pedersen IN. *Music therapy as holding and re-organizing work with schizophrenic and psychotic patients*. W: Wigram T. & Backer JD. Red. *Clinical applications of music therapy in psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers 1999; 24-44.
50. Thorgaard L. *Relationsbehandling i psykiatrien. Bd III. Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling. [Relational based treatment in psychiatry. Vol. III. Dynamic understanding of psychosis and of relational based treatment.]* Stavanger: Hertevig Forlag; 2006.
51. Leiper R, Maltby, L. *The Psychodynamic Approach to Therapeutic Change*. London: SAGE Publications Ltd; 2004, 16-17.
52. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015, 47-85.
53. Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books; 1975.

Adres:

Mariola Kokowska

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie