

## **Strategie kontaktu w rodzinie a autoprezentacja pacjenta z zaburzeniami nerwicowymi**

**Klinika Nerwic Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa**

**Kierownik doc. dr hab. med. M. Siwiak-Kobayashi**

### **The Strategies of Contact and Self-presentation**

The conception of forming the self-presentation of non-psychotic patients based on received by them family transfers generating the state of threat and helplessness is described in the article. These transfers include negative emotions like anxiety, aggression, sadness. On the one hand they shame or make fear, lowering the high self-esteem and self-confidence. On the other hand they put exaggerated demands. Therefore, they split the patient and make him dependent from his parents. The examples of “neurotic” family transfers which determine the unfavourable strategies of contact and social roles, and not equal relationship in interaction with the partner are given in the article. The results of the own research on style of musical communication in three diagnostic groups are quoted, pointing the specific strategies of musical contact connected with different self-presentation in each group:

1. infantile in the group with the nutrition disorder (with the “inferior” strategy and “from” people)
2. too grown-up adult, “the critical parent” (with the attitude “from” and “above”)
3. exaggeratedly powerful man, impulsive, not taking into account the borders of the partner (with the attitude “against” people)

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

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

produktem społecznym. Inni ludzie są na różne sposoby uwikłani w to, jak jednostka rozumie i doświadcza własnej tożsamości. Stąd mówi się o „tożsamości społecznej” i „tożsamości osobistej” (1) i (2) s. 177); na kształtowanie obu wpływa silnie rodzina generacyjna.

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

### **1. Przekazy rodzinne otrzymywane przez pacjentów neurotycznych**

Sposób myślenia o świecie, system wartości oraz specyficzne dla rodziny rozumienie relacji „ja i ludzie” transmitowane są w postaci wiodącego przekazu kierowanego do dziecka. Często jego treść jest przekazywana z pokolenia na pokolenie (por. technikę genogramów). Przekaz ten wyznacza strategię kontaktu, relację i pozycję w jakiej jednostka ustawia się wobec innych oraz wynikającą stąd rolę społeczną, jaką podejmuje (6). W metodzie Portretu Muzycznego (PM) te składowe autoprezentacji wyznaczają też cel terapeutyczny (zob. niżej tabela 2). Większość przekazów otrzymywanych przez pacjentów Kliniki Nerwic od rodziców (a zwłaszcza dominującego rodzica) zawiera w sobie negatywne emocje i negatywną ocenę świata np. przekaz „bądź czujny ; życie jest pełne niebezpieczeństw” lub „walcz, bo inaczej cię zniszczą” itp. Ustawiają one kontakt z ludźmi i myślenie o ludziach na bazie lęku, wrogości,

niechęci, smutku. Generuje to u dziecka tzw. lęk podstawowy, na który wskazuje w opisie osobowości neurotycznej Karen Horney (7). Lęk ten przenoszony jest następnie w życie dorosłe, gdyż oceny negatywne mają wyższą moc regulacyjną, posiadają bowiem wyższą wartość informacyjną, niż oceny pozytywne, dotyczące stanów typowych (8) (zob. niżej).

Oprócz emocji negatywnych, przekazy te zawierają także nadmierne wymagania (np. „musisz być najlepszy”, albo „masz być silny”), stąd realizacja ich naraża dziecko na porażkę, wywołując stan frustracji. Zawierają one z jednej strony zagrożenie, które może hamować aktywność i obniżać samoocenę, a z drugiej strony nakaz wysokich aspiracji, osiągnięć, wymagań, którego realizacja wymaga wysokiej samooceny. Rozszczepiają one zatem dziecko, a następnie osobę dorosłą, o ile pozostanie zależna od tych przekazów. Jak wiadomo z badań psychologicznych, w sytuacji zagrożenia następuje łatwiejsza generalizacja przyjmowanych informacji i łatwiej formuje się stan uzależnienia od osób zagrażających. Stąd przytoczone wyżej przekazy nie tylko nie dają poczucia bezpieczeństwa, lecz również uzależniają dziecko i formują cechy zależne osobowości u jednostki dorosłej.

Niekorzystne są również przekazy typu „wszystko ci wolno, możesz robić, co chcesz”. Produkują one postawę, którą określam jako postawę „w poprzek” ludzi (9). Osoba kierująca się takim przekazem, nie liczy się z nikim, realizuje swoje cele nie zwracając uwagi na partnera, np. naruszając jego granice, czy stosując różnego rodzaju przemoc. Generalnie przekazy, które otrzymują od swych rodziców pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości nie sprzyjają bliskiemu kontaktowi z ludźmi. Wręcz przeciwnie oddalają od ludzi lub produkują konflikty interpersonalne, powodowane na przykład wspomnianym naruszeniem granic partnera. Przykłady patogennych przekazów są przedstawione w tabeli 1.

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

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

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

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

Przekazy i nakazy rodzinne wyznaczają strategię kontaktu, relację w jakiej ustawiamy się wobec partnera, rolę społeczną oraz cel terapeutyczny. Te 5 elementów stanowi główne składowe autoprezentacji pacjenta w metodzie portretu muzycznego (6). Jej prawidłowa diagnoza stanowi

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

Przekazy, które formują przeciwną relację „nad” to takie jak np. „masz być najlepszy” lub „musisz być silny, nie licz na nikogo”(zob. początek tabeli 2). Pierwszy z nich wyznacza strategię rywalizacji ukierunkowaną na zdobywanie osiągnięć i rolę społeczną „gwiazdy”, „prymusa” z przekazem do ludzi „jestem świetny, podziwiającie mnie”. Na rysunku tabeli 2 w obecności rozblaskującej gwiazdy prawie nie widać jej malutkiego partnera. Celem terapeutycznym jest uczenie pacjenta współpracy z innymi. Drugi przekaz wyznacza strategię nie okazywania słabości oraz rolę „siłacza”, „herosa”, który „udźwignie wszystko” i „poradzi sobie

sam”. Także i w tym przypadku jego partner na rysunku jest malutki. Celem terapeutycznym jest uczenie proszenia o pomoc wprost, a nie poprzez chorobę, uczenie okazywania słabości i jej akceptacji u siebie.

Odmienną grupę relacji i postaw, które określiłam terminami: „przeciw” ludziom, „od” ludzi i „obok” ludzi (9) tworzą następujące przekazy (tabela 2). Relacja „przeciw” ludziom powstaje przy przekazie „walcz, bo inaczej cię zniszczą”. Strategią jest walka, atakowanie partnera widzianego jako przeciwnika, a rolą społeczną rolą „wroga” z przekazem kierowanym do otoczenia „bójcie się mnie”. Celem terapeutycznym jest wtedy uczenie przeżywania bliskości. Np. podając temat „Bliskość” do II części Koncertu fortepianowego e-moll Chopina można stopniowo poszerzać obszar bliskości, nawet u pacjenta psychiatrycznego, poczynając od bliskości ze słuchaną muzyką i samym sobą, poprzez bliskość z naturą, a następnie z ludźmi (3 i 10). Relacja „od ludzi” może powstać pod wpływem dominacji przekazu „bądź czujny, życie jest pełne niebezpieczeństw”. Strategią może być wtedy ucieczka, a metaforyczną rolą społeczną „mysz”, która radzi sobie ucieczką czy „jeż”, który odstrasza kolcami, ale także rola czujnego „obserwatora”. Celem terapeutycznym staje się tu stopniowe pozyskiwanie zaufania przez pacjenta, poprzez stwarzanie mu poczucia bezpieczeństwa w różnych sytuacjach. Relacja „obok” ludzi może powstawać przy przekazie „najlepiej nie angażuj się; bądź niewidoczny”. Na rysunku w tabeli 2 widać, że między dwiema osobami nie ma żadnego kontaktu. Stoją one daleko od siebie. Podejmowana jest tu rola „samotnika”. Celem terapeutycznym może być w takim przypadku dostarczanie pacjentowi przyjemności w kontakcie z ludźmi np. poprzez udział we wspólnej zabawie i tym samym rozwijanie jego towarzyskości.

Z kolei relację, którą określiłam jako „w poprzek ludzi” (9) prowokuje przekaz „bierz i rób, co chcesz i jak chcesz, nie licząc się z nikim”. Wyznacza on strategię skracania dystansu, łamania norm, granic partnera i przemocy. Rolą społeczną, którą podejmuje osoba realizująca ten

przekaz określam jako rolę „błazna”, „uwodziciela”, tyrana (agresora). Błazen skraca dystans i pod pretekstem żartu potrafi przekroczyć granice emocjonalne, a nawet cielesne (niby po przyjacielsku klepnie w plecy, czy po ramieniu partnera interakcji; to jest raczej rola kumpla). Podobnie jest przypadku „uwodziciela”, który przekracza granice stwarzając pozory związku uczuciowego. „Tyran” już nie musi szukać ani pretekstów ani stwarzać pozorów, ponieważ sądzi, że „wszystko mu wolno” i że jest onnipotentny. Warto przytoczyć doświadczenia z jednego z warsztatów (zob. przypis 1), podczas którego osoba, która wybrała sobie rolę „tyrana”, w kolejnej inscenizacji psychodramatycznej, która była modyfikacją wyjściowej sytuacji, zmieniła swą rolę, na rolę „dziecka”. Dla grupy stało się jasne, że rola „tyrana” wiązała się tu z niedojrzałością. Celem terapeutycznym, we wszystkich trzech opisanych przypadkach ustawiania się „w poprzek ludzi”, jest uczenie empatii w relacji z partnerem oraz wyczuwania granic własnych i cudzych.

**Tabela 2. Formowanie się modeli autoprezentacji**

<b>Przekaz</b>	<b>Strategia</b>	<b>Relacja</b>	<b>Rola</b>	<b>Cel terapeut.</b>
„Masz być najlepszy”	<b>rywalizacja</b> <b>zdoBYwanie</b> <b>osiągnięć</b>	„nad” ludźmi	<b>gwiazda, prymus</b> „jestem świetny” „podziwiającie mnie”	<b>Współpraca</b>
„Musisz być silny nie licząc na innych”	<b>Nie okazywanie</b> <b>słabości</b>	„nad”	<b>silacz, heros</b> „udźwignę wszystko poradzę sobie”	Prośenie o pomoc akceptacja słabości
„Musisz wszystko znieść”	Wytrwanie podporządkowanie	„pod” (poniżej <b>ludzi</b> )	cierpiętnik/ca, ofiara losu, ugrzecznione dziecko „chcę żebyś mnie	Autonomia Przeciwstawienie się

dla dobra rodziny”	uległość		lubiał/a”	Własne potrzeby
„Jesteś do niczego, nie dasz sobie rady”	<b>Rezygnacja</b> <b>Bierność</b>	„poniżej”	Nieudacznik, oferma „nie warto nic robić i tak mi się nie uda”	Autonomia, działanie poczucie wpływu na sytuację
„Walcz, bo inaczej cię zniszczą”	<b>Walka</b> <b>atakowanie</b>	„przeciw”	<b>wróg</b> <b>„bój się!”</b>	<b>Bliskość</b>
„Bądź czujny, życie jest pełne niebezpieczeństw”	<b>Ucieczka</b>	„od”	Jeż, mysz, obserwator „boję się”	Bezpieczeństwo Zaufanie
„Najlepiej nie angażuj się, bądź niewidoczny”	<b>Izolacja</b>	„obok”	<b>Samotnik</b>	Towarzystwość, zabawa Przyjemność
„Bierz i rób co chcesz, ile i jak chcesz, nie licząc się z nikim”	Skracanie dystansu łamanie granic przemoc	„w poprzek”	Błazen, uwodziciel tyran (agresor),” wszystko mi wolno”	Empatia, wyczuwanie granic własnych i cudzych
„Świat jest ciekawy, trudny, ale poradzisz sobie”	<b>Aktywność</b> <b>Otwartość</b>	„do” ludzi	<b>Partner, przyjaciel</b> „lubię cię”	Akceptacja siebie Dojrzałość

( źródło własne 1994, zob. przypis 1)

### 3. Postawa „ku” ludziom

Wydaje się, że korzystny dla dziecka przekaz powinien zachęcać je do aktywnej postawy wobec otoczenia, pociągającej za sobą otwarcie na kontakty i działanie. Na przykład mógłby on brzmieć następująco: „świat jest ciekawy, wprawdzie trudny, ale poradzisz sobie”. Formowałyby się wtedy postawa „ku” ludziom, a nie „od”, „nad” lub „przeciw” ludziom (opis tych postaw i relacji zob. 9). Osoba przyjmowałaby rolę partnera lub przyjaciela z przekazem wyjściowym do niego „lubię cię”, rozumianym tu jako stan emocjonalny neutralny. Przekaz taki pociągałby za sobą relację bardziej przyjazną i dojrzałą, zawierającą akceptację siebie i drugiej osoby, co nie



znaczy, że submisyjną, czy nie dopuszczającą do wyrażania emocji negatywnych.

Przyjmujemy tu wzorzec regulacji, który Peeters(11) określa jako „orientację inwencyjną”, czyli postrzegania „pozytywności” jako normy, a negatywnych elementów jako wyjątków, jako odchylających się od stanów „typowych” (por. zjawisko Pollyanny, czyli pozytywno-negatywnej asymetrii (PNA), wyższej preferencji do wykorzystywania w procesie oceny ocen pozytywnych niż negatywnych (8)). Ten wzorzec regulacji ułatwia realizację celów długoterminowych, których istotą jest przekształcanie rzeczywistości, jej kreacja. (założenie, że warto ponieść pewne ryzyko, gdyż w ostatecznym rozrachunku okazuje się ono opłacalne). Natomiast przyjęcie odwrotnego założenia o „negatywności” jako normie (odwrócona wersja PNA) prowadzi do przyjęcia orientacji konserwatywnej, „na przetrwanie” i spotyka się je przy wszelkiego rodzaju patologii (zarówno w nerwicach, jak i psychozach) (tamże s. 79).

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

Celem badań było poznanie mechanizmów komunikacji niewerbalnej i jej specyfiki diagnostycznej u pacjentów niepsychotycznych na przykładzie komunikacji za pomocą instrumentu muzycznego. Analizowano sposoby komunikowania (zmienna zależna) w trzech grupach diagnostycznych pacjentów (zmienna niezależna) zakładając, że sposoby komunikacji są istotnie różne. Do badań została wprowadzona także grupa kontrolna studentów, jako osób nie leczonych. Przyjęto m.in. hipotezy że: **H1** Grupy diagnostyczne różnią się odmiennym stylem komunikacji muzycznej: H1.1. Grupa z zaburzeniami odżywiania odznacza się stylem opartym na regule podobieństwa, H1.2. Pozostałe dwie grupy pacjentów odznaczają się raczej „konfliktowym” stylem, opartym na regule kontrastu, przeciwstawiania się, oddalenia oraz **H2** Komunikacja muzyczna w grupie pacjentów jest różna w stosunku do grupy studentów. H2.1. U studentów odznacza się ona stylem opartym raczej na regule komplementarności, H2.2. U

studentów komunikacja muzyczna jest bardziej złożona i zorganizowana (przede wszystkim zrytmizowana); (a) u pacjentów – mniej zróżnicowana pod względem emocjonalnym i struktury muzycznej, ale (b) bardziej wyrazista, tzn. występuje tu większa zgodność w ocenach sędziów kompetentnych.

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

Zastosowano własną technikę dziesięciu dialogów muzycznych, zwaną „stołeczkiem” (osoba badana siada na stołku w kręgu i nawiązuje kontakt za pomocą instrumentu muzycznego z dziesięcioma kolejnymi osobami z tego kręgu). Technikę tę nazywam także „stylem komunikacji muzycznej” z tego względu, że jej podstawą nie jest jednorazowy kontakt z jedną osobą, lecz z 10 osobami (liczebność grup w Klinice). Cechy dotyczące aspektu interpersonalnego i intrapsychnicznego kontaktu muzycznego (zob. 9) każdej osoby były określane przez sędziów kompetentnych na podstawie opracowanego przeze mnie Kwestionariusza Stylu Komunikacji Muzycznej (zawierającego 48 pytań typu skal przedziałowych, w większości dwubiegunowych, typu dyferencjału semantycznego, na których można było uzyskać pomiar dyskretny 1-5, a także 80 skal nominalnych). Obliczenia statystyczne przeprowadzono na dwóch poziomach: 1) materiał muzyczny został oszacowany przez sędziów kompetentnych 2) na bazie otrzymanych danych z tych ocen sprawdzono stopień wyrazistości cech pacjenta ( $\lambda$  – wskaźnik opracowany przez prof. Elżbietę Aranowską specjalnie dla tych badań (zob. 9) i rozwinięty w jej książce (zob. 12) oraz stopień nasilenia (średnie) cech komunikacji muzycznej. Wyniki porównano we wszystkich

badanych grupach za pomocą testów istotności różnic (t Studenta i testy porównań wielokrotnych). Zastosowano następnie analizę korelacyjną w przypadku każdej grupy oddzielnie a w tym analizę skupień metodą BAVERAGE ( z opcją COSINE).

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

zainteresowanie można uzyskać jedynie w sytuacjach ekstremalnie trudnych lub zagrażających.

Styl komunikacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oparty był również na regule kontrastu wobec partnera, ale nie tak nadmiernego, jak w opisanej wyżej grupie, lecz raczej kontrastu typu oddalenia (postawa „od” ludzi niż „przeciw” ludziom). Inaczej niż pacjenci z zaburzeniami odżywiania – o wysokich aspiracjach (którzy wybierali nowe, atrakcyjne instrumenty o dużych możliwościach wyrazowych) – reprezentowali raczej postawę asekuracyjną: odcinali się w swej grze od partnera, wybierali instrumenty łatwe do grania, ograniczające, wprawdzie bardziej dorosłe (niż w grupie z zaburzeniami odżywiania), ale zarazem zniszczone. Ich przekaz muzyczny przypominał wprawdzie figurę, ale zniekształconą nadmierną kontrolą i usztywnieniem, a ich styl komunikacji muzycznej przypominał model człowieka „nadmiernie dorosłego”, Krytycznego Rodzica (por. Inwentarz Osobowości ACL Gougha), racjonalnego, powierzchownego emocjonalnie, stereotypowego, rozwlekłego w swych długich (może moralizatorskich) wypowiedziach muzycznych. Z tym stylem - odcinania się poprzez intelektualizację i przyjmowania roli starszego, krytycznego, mądrzejszego („od” i „nad”), badana grupa terapeutyczna czuła się najgorzej. Prawdopodobnie taka strategia kontaktu formowała się w rodzinach „alkoholowych”, z których pochodzi przeważająca część pacjentów Kliniki Nerwic, a które produkują tzw. syndrom DDA - Dorosłych Dzieci Alkoholików - nadmiernie dorosłych w dzieciństwie, przejmujących role, obowiązki i odpowiedzialność swych rodziców

### **5. Zachowanie otwierające na kontakt społeczny**

Przytoczone wyniki badań wskazują, że w stylu komunikacji muzycznej pacjentów Kliniki Nerwic pojawiały się strategie kontaktu prowadzące do relacji nie równych, nie partnerskich. Wynikały one z opisanych wyżej w tabeli 2 postaw: „poniżej”, „od”, „nad”, „w poprzek” i „przeciw” ludziom. Nie pojawiła się postawa „obok” związana z zachowaniem

izolacyjnym (prawdopodobnie dostrzeżona byłaby w przypadku badania osób psychotycznych) oraz postawa „ku” ludziom, którą zaobserwowano u studentów.

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

Na podstawie przytoczonych badań, jak i przeprowadzonego wyżej wywodu, zachowanie zorientowane na kontakt społeczny, sprzyjające dobrej komunikacji, czyli uzyskaniu porozumienia i bliskości z partnerem, można by określić jako cechujące się spontanicznością emocjonalną, wzajemnością, w sensie dialogu tj. wymiany informacji (zob. na rysunku w tabeli 3 strzałki zwrotne idące od partnerów interakcji) oraz równowagą pozycji, o ile partnerzy reprezentują podobny status społeczny np. są kolegami (na rysunku oba koła symbolizujące

osoby są tej samej wielkości i leżą na tej samej linii). Strategia kontaktu wynikająca z postawy „ku” ludziom jest strategią otwarcia na drugiego człowieka i aktywnej postawy wobec niego, a więc wychodzenia z inicjatywą kontaktu i nie czekania biernego na zainteresowanie ze strony otoczenia (zob. tabela 2 ostatni wiersz).

Z badań wynika także, że ważna dla autoprezentacji jest ponadto postać (Gestalt) komunikatów nadawanych do siebie przez partnerów interakcji. Jeśli przekaz ma postać tła, a nie figury tzn. nie jest wyrazisty i nie jest dostatecznie zróżnicowany w swej strukturze, to jest mało czytelny i nie ma siły oddziaływania na partnera relacji. Może być nie dostrzegany przez partnera w pełni lub może zostać zagłuszony, co nie stworzy warunków dla równorzędnej pozycji obu partnerów relacji.

### **Tabela 3. Charakterystyka zachowania „ku” ludziom**

<p><b>•Otwartość, aktywność, zaufanie, bliskość, wyrażanie emocji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, dialog, wyrazistość i zróżnicowanie wypowiedzi, respektowanie własnych granic i cudzych, adekwatność do sytuacji i roli, jaką aktualnie pełnią; zgodność z płcią i wiekiem</b></p>
---

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

rzeczywiste emocje i potrzeby, wprowadzając w błąd otoczenie, a więc utrudniając kontakt.

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

### **Wnioski .**

1. Przekazy rodzinne o życiu i relacji „ja-ludzie”, które zawierają negatywne oceny i emocje: lęku, smutku, a zarazem nadmiernych wymagań, rozszczepiają jednostkę i formują autoprezentację nieadekwatną do możliwości jednostki: albo zaniżoną ustawiając ją w nierównej, niższej pozycji wobec partnera, ewentualnie ucieczkową („od”), albo zawyżoną, dominującą nad partnerem.
2. Przekazy zawierające treści agresywne społecznie formują autoprezentację posługującą się strategią walki, postawą „przeciw” ludziom i rolą społeczną wroga.

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

## **Literatura**

1. Oyserman, D. i Markus, H.R. (1994). Self as social representation, W: S. Moscovici i U. Flick (red.), *Psychology of the social*. (str. 9-39). Berlin: Rowhlt Taschenbuch Verlag GmbH
2. E. Trzebińska: Dwa wizerunki własnej osoby. Studia nad sposobami rozumienia siebie. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998.
3. Galińska, E. (1995). Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. *Psychoterapia*, nr 2 (93), s. 27-60
4. Galińska, E : Le portrait musical. Une methode d' harmonization de la structure du “moi”. *Rev. Musicoth.* Paryż 1998, nr 3, s. 3-21.
5. Galińska: Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą portretu muzycznego (PM). *Psychoterapia* 2003, nr 1(124), s. 19-40.
6. Galińska, E: Muzykoterapia . W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik*



*akademicki*. „Eneteia” Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 531-541

7. Horney K. (1978) Nerwica a rozwój człowieka. Warszawa: PIW
8. Lewicka M., Czapiński J.(1983). Efekt Pollyanny w percepcji świata społecznego – jego aspekty językowe i konsekwencje dla psychologicznego funkcjonowania jednostki. W: Ida Kurcz (red.): Studia z psycholingwistyki ogólnej i rozwojowej. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich. PAN, s. 63-84.
9. Galińska, E. Aranowska, E: Podstawy metodologiczne stylu komunikacji muzycznej. *Przeгляд Psychologiczny*, 2004, 4 (47) , s. 327-344.
10. Galińska, E: Muzykoterapia w kompleksowym leczeniu schizofrenii w warunkach oddziału dziennego. *Psychoterapia* 1991, nr 3(78), s. 39-50.
11. Peeters, G. (1971) : The positive-negative asymmetry: on cognitive consistency and positivity bias. *European Journal of Social Psychology*, 1, s. 455-474
12. Aranowska, E. (2005). Pomiar ilościowy w psychologii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe *Scholar*
13. Cierpka, A. (2002). Tożsamość jednostki wśród rodzinnych narracji. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 173-199), Gdańsk : GWP.
14. Berne, E. (1994). *W co grają ludzie*. Warszawa: PWN.

## Strategie kontaktu w rodzinie a autoprezentacja pacjenta z zaburzeniami nerwicowymi

Wstęp	.....1
1. Przekazy rodzinne otrzymywane przez pacjentów neurotycznych.....2	.....2
<i>Tabela 1. Przekazy i nakazy rodzinne generujące poczucie zagrożenia i bezradności.....3</i>	
2. Przekazy rodzinne a formowanie się postaw społecznych niekorzystnych dla autoprezentacji.....4	.....4
<i>Tabela 2. Formowanie się modeli autoprezentacji.....7</i>	
3. Postawa „ku” ludziom.....8	.....8
4. Styl komunikacji muzycznej a autoprezentacja pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, odżywiania i osobowości (wyniki badań).....9	.....9
5. Zachowanie otwierające na kontakt społeczny .....11	.....11
<i>Tabela 3. Charakterystyka zachowania „ku” ludziom.....13</i>	
6. Wnioski	

### Streszczenie

W artykule przedstawiono koncepcję formowania się autoprezentacji pacjentów niepsychotycznych na podstawie otrzymywanych przez nich przekazów rodzinnych, generujących stan zagrożenia i bezradności. Zawierają one emocje negatywne: lęku, agresji, smutku.. Z jednej strony zawstydzają lub budzą lęk, obniżając poczucie wartości i pewności siebie, z drugiej - stawiają nadmierne wymagania. Rozszczepiają zatem pacjenta i uzależniają go od rodziców. W artykule podano przykłady „neurotycznych” przekazów rodzinnych wyznaczających

niekorzystne strategie kontaktu i role społeczne oraz nierówną relację w interakcji z partnerem. Przytoczono wyniki badań nad stylem komunikacji muzycznej w 3 grupach diagnostycznych, wskazując na specyficzne strategie kontaktu muzycznego, związane z odmienną autoprezentacją każdej z 3 grup: 1) dziecięcą w grupie z zaburzeniami odżywiania (z postawą „poniżej” i „od” ludzi), 2) nadmiernie dorosłą „krytycznego rodzica” (postawą „od” i „nad”) oraz człowieka przesadnie silnego, impulsywnego, nie liczącego się z granicami partnera (z postawą „ w poprzek” ludzi). Na przykładzie stylu komunikacji muzycznej osób zdrowych (grupa kontrolna) opisano strategię kontaktu i zachowanie skierowane „ku ludziom” z wyjściowym nastawieniem pozytywnym (por. efekt Pollyanny – zjawisko pozytywno-negatywnej asymetrii PNA).

**1.**