

## Metodologiczne podstawy analizy stylu komunikacji muzycznej<sup>1</sup>

Elżbieta Galińska<sup>2</sup>

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Elżbieta Aranowska

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

### METHODOLOGICAL BASIS OF MUSICAL COMMUNICATION STYLE

**Abstract.** Communication was studied using musical instrument in three diagnostic groups and in the group of students. The following communication styles were obtained: (1) in the group with eating disorders – the „childish” style, based on the similarity rule, on melting with the partner, on submission (the „beneath” strategy); musical message of the background type; (2) in the neurotic group – the style of the „critical parent” based on the dissimilarity rule, of the cutting off, being away, intellectualizing (the „above” strategy); musical message as the figure distorted by control and stiffening; (3) in the group with „others” disorders – the style of a „strong man”, based on the rule of contrast, „excess”, chaos, rivalry, battle (the „crosswise” type strategy, violation of boundaries of the partner); musical message as the „exploding” figure; (4) in the group of students – the style based on the rule of complementarity, (the „towards” people strategy); the message as emotionally and musically differentiated figure. In this research, a new statistical proposal – the  $\lambda$  coefficient of expressiveness of the traits of the patient, introduced by E. Aranowska (2004), was empirically verified.

### KOMUNIKACJA MUZYCZNA W TERAPII

Metodologia badań w muzykoterapii jest trudna nie tylko z racji nowości samej dziedziny, lecz także z powodu jej złożoności, projekcyjności materiału i interdyscyplinarnych założeń. Źródła poznania wykraczają tu poza sferę intelektu. Komunikacja zachodzi niespecyficznymi kanałami, w sposób polisensoryczny, a niekiedy nawet synestezyjny (Bragdon, Gamon, 2003), angażując różne zmysły, poczynając od najbardziej pierwotnych: dotyku i słuchu, poprzez wizualizację, metaforyczne, twórcze myślenie aż do głębokiej refleksji i przeżycia estetycznego (dotyczącego istoty i wartości zarówno jednostki, jak i jej dzieła). Uruchamiane są przy tym wszelkiego rodzaju wrażenia i odczucia: emocje, empatia, intuicja, a także ciało (reakcje fizjologiczne). W procesie komunikacji muzycznej zaangażowany jest zatem cały człowiek na różnych poziomach poznania, przeżywania i integracji. Dlatego też badania w muzykoterapii mogą w perspektywie stanowić cenne i niezastąpione źródło informacji. Wymagają jednak tworzenia nowych, własnych metod i paradygmatów badawczych (Wheeler, 1995).

W artykule prezentowane są pierwsze w Polsce badania nad komunikacją, przeprowadzone za pomocą instrumentu muzycznego w warunkach terapii. Jakościowa analiza danych, otrzymanych na podstawie tych badań, bazuje na metodach ilościowych (Bruscia, 1995). Zwykle zagadnienie komunikacji, ze względu na swój charakter projekcyjny, przedstawiane jest w sposób jakościowy – poprzez opis przypadku i analizę procesu terapeutycznego (Pavlicevic, 2000; Nowak, 2002; Wosch, 2002) oraz składowych komunikacji muzycznej terapeuty z pacjentem, np. na zasadzie imitacji, echa, pytania-odpowiedzi, kontrapunktowania rytmu pacjenta itp. (Bruscia, 1987). Badana bywa też werbalizacja improwizacji muzycznych (Sembdner i in., 2004). Inną metodą jakościową są próby transkrypcji muzycznej (Lee, 2000) i graficznej ekspresji dźwiękowych pacjenta (Galińska, 1994) czy opracowywania nowej notacji muzycznej na potrzeby terapii. Oryginalną metodą jest wizualizacja produkcji dźwiękowych na ekranie oscyloskopu (nagranych uprzednio na taśmę magnetofonową), dająca ich wykresy oscyloskopowe w wyniku zrobienia zdjęć ekranu (Szczęsna, 1998).

Komunikacja muzyczna jest komunikacją niewerbalną, ale można przyjąć, że stanowi ona odpowiednik komunikacji werbalnej, zwłaszcza w aspekcie formalnym. Jeśli np. ktoś mówi szybko i głośno, przerywając partnerowi i nie słuchając go, to w symbolicznej rozmowie za pomocą instrumentu muzycznego z reguły będzie grał analogicznie: szybko, głośno, nie robiąc pauz, z tendencją do monologowania. Z łatwością identyfikowane będą też emocje wypowiedzi muzycznej, które można uznać za jej aspekt treściowy.

Badania dotyczące percepcji muzyki jako dzieła artystycznego wskazują również na pewne podobieństwa formalne np. między warstwą fonologiczną muzyki i języka mówionego (Bielawski, 1969; Sloboda, 1985; Rakowski, 1994). Zagadnienie komunikacji muzycznej było szeroko podejmowane w muzykologii w ramach

1 Artykuł prezentuje część wyników badań przeprowadzonych w ramach statutowego programu badawczego nr 14, realizowanego w Klinice Nerwic IPiN, którego kierownikiem naukowym w latach 2001-2003 była E. Galińska.

2 Adres do korespondencji: Elżbieta Galińska, ul. Piekalkiewicza 3/1; 00-710 Warszawa; e-mail: elgal@poczta.fm

koncepcji odnoszących się do proveniencji lingwistycznej i semiotycznej (ich przegląd zob. Galińska, 1985) oraz jako problem znaczenia muzycznego w psychologii muzyki (Meyer, 1974; Sloboda, 1985; Jordan-Szymańska, 1994; Aranowska i in., 2002) i w filozofii muzyki (Guczalski, 1999).

W artykule prezentowany jest jednak inny aspekt komunikacji muzycznej, a mianowicie komunikacji za pomocą prostego Orffowskiego instrumentu, używanego w terapii przez pacjenta nie szkolonego muzycznie. Dlatego też bardziej przydatne dla analizy wydaje się tu uwzględnienie pierwotnych i uniwersalnych mechanizmów percepcji muzycznej, dotyczących grupowania słyszanych dźwięków, nawiązujące do reguł psychologii postaci, które Sloboda (1985) określa jako „słyszenie naturalne”. Prawa te pozwalają uchwycić przede wszystkim formę muzycznej wypowiedzi, czyli np. to, czy jest ona zorganizowana, czy chaotyczna (por. prawo dobrej figury; Deutsch, 1999). Takie „gestalty” muzyczne mają swe źródła w przedświadomym przetwarzaniu danych (*Vorurteil*) w sensie tzw. instruktazu wrodzonego, zaproponowanego przez K. Lorenza, jako reakcji orientacyjnej w środowisku (np. nagły głośny dźwięk wywołuje odczucie zagrożenia). Barrow (1995) i Hsü, Hsü (1990) mówią nawet o „fraktalach” muzycznych, mając na myśli naturalne wzorce dźwiękowe, odzwierciedlone w muzyce, która niezależnie od stylu i gatunku – jak pokazały badania – ma rozkład widmowy typu szumu różowego<sup>3</sup>.

Wzory dźwiękowe mają swe źródła także w doświadczeniu emocjonalnym i społecznym człowieka. Pewne określenia językowe związane z percepcją zmysłową – np. słuchową: *głośny-cichy*, dotykową, np. *ciepły-zimny*, *szorstki-gładki*, przestrzenną, np. *wysoki-niski*, *bliski-daleki*, *krótki-długi*, czasową, np. *szybki-wolny*, ruchową, np. *rozluźniony-napięty* – stanowią uniwersalia semantyczne i zarazem muzyczne. Przy odczytywaniu znaczeń ekspresji dźwiękowych pacjentów zyskują one metaforyczne znaczenie. Na przykład kategoria określeń dotykowych (*ciepły-zimny*) zyskuje znaczenie emocjonalne, kategoria słuchowa (*głośny-cichy*) – obok znaczenia emocjonalnego (agresywny-łagodny; zagrażający-bezpieczny) – zyskuje znaczenie społeczne jako silny-słaby lub dobry-zły (Galińska, 1995a). Nadanie znaczenia tym wymiarom sensorycznym zależy od kontekstu, w jakim pojawia się informacja. Wymiary te łączą się w wiązki znaczeniowe, np. zimny, napięty, głośny, krótki. Między innymi na tej zasadzie możliwa jest reprezentacja symboliczna osobowości człowieka w muzyce (zob. opis metody Portretu Muzycznego Galińskiej – 1995; 1989; 1998).

Na poziomie języka muzycznego wiązkom znaczeniowym odpowiadają pewne wzory melodyczno-rytmiczne (melodia o konturze falistym, motywy wirowania), które można określić jako muzyczne, a zarazem formalne jednostki znaczeniowe, w muzyce bowiem treść i forma przenikają się nawzajem. Dzięki rozpoznaniu ich w produkcjach dźwiękowych pacjentów można diagnozować określone struktury poznawcze (np. granie na krańcach skali instrumentu muzycznego jako przejaw myślenia jedno- lub dwubiegunowego) oraz cechy typowe dla danego obrazu psychopatologicznego, np. wzór „skalowy” u pacjentów o cechach anankastycznych (którzy – niezależnie od zadania – grają po kolejnych stopniach skali w miarowym rytmie, bez różnicowania go) czy wzór ostinatowy, który podobnie jak „skalowy”, wskazuje na osłabienie ekspresji emocjonalnej i zautomatyzowanie przebiegu (Galińska, 1991; 1995b). Charakterystyczną jednostką jest *glissando*; grane głośno, ostro, szybko oznacza zwykle element destrukcji, przekreślenia, natomiast grane w postaci prześlizgiwania się – może wskazywać na powierzchowność kontaktu. Elementy autodestrukcji przejawiają się także w uderzaniu instrumentem o własne ciało, a granie w taki sposób, że instrument muzyczny „ponosi koszty”, wyraża agresję. Ten ostatni przykład wskazuje na nieadekwatny wybór środka do wyrażenia złości (gdyż instrument muzyczny jest zbyt delikatny) oraz na niewyczuwanie granic ekspresji emocji (Galińska, 1989; 1995a; 1995b). Wymienione „wzory muzyczne” można przyporządkować regułom myślenia opartym na zasadach: (1) podobieństwa („wzór skalowy”); (2) kontrastu, niepodobieństwa (np. granie na przemian na krańcach skali instrumentu); (3) komplementarności, która wprowadza trzecią, pośrednią płaszczyznę.

Przy odczytywaniu komunikatu muzycznego (inaczej przekazu) dokonuje się projekcja własnych emocji, skojarzeń, refleksji. Zakładamy, że o ile jest to „projekcja empatyczna”, pozostaje ona w zgodzie z intencją nadawcy, nie zniekształca przekazu, ale kreatywnie pogłębia odkrycie jego znaczenia. Nieadekwatne, zniekształcające odczytanie znaczenia przekazu muzycznego może się łączyć z zachodzącą u odbiorcy „projekcją nieempatyczną”, najczęściej powstającą pod wpływem silnego przeżywania jakiejś emocji, np. niepokoju czy gniewu.

Trudność z odczytaniem komunikatu muzycznego może wynikać także z innych przyczyn. Przyjmuje się, że komunikacja zachodzi wtedy, gdy wysłany komunikat zostaje odczytany przez odbiorcę zgodnie z intencją nadawcy. W psychoterapii ważne jest także odczytanie komunikatu wysłanego poza świadomą intencją nadawcy – ukrytego, emocjonalnego, sprzecznego z tym, co nadawca werbalizuje, pochodzącego z różnych poziomów osobowości, a także z ciała. Wartością komunikacji muzycznej w terapii jest jej (1) silne zabarwienie emocjonalne, przy czym emocje te są czytelne dla odbiorcy (Szczęsna, 1998); (2) obniżenie poziomu kontroli (cenzurowania) w stosunku do komunikatu werbalnego; w przypadku dawania „podwójnych komunikatów” (*double bind*) komunikat muzyczny weryfikuje werbalny, trudniej go „zafalszować”, choć i w nim mogą być

<sup>3</sup> Wysuwa on hipotezę, że muzyka – podobnie jak sztuka i nauka – jest efektem ubocznym specjalnej adaptacji ewolucyjnej naszego mózgu, która odpowiadałaby istotnym wzorcom występującym w przyrodzie.

## METODOLOGICZNE PODSTAWY ANALIZY STYLU KOMUNIKACJI MUZYCZNEJ

słyszane zachowania obronne; (3) syntetyczność przekazu oraz łatwość i trafność odczytania go (np. pacjent może zagrać realizację celu wyznaczoną przez siebie na okres 4 miesiące i odbiorca wyczuje dość precyzyjnie, czy realizacja ta trwała 4 miesiące, czy dłużej lub krócej i czy cel został osiągnięty); (4) symbolika (każde zadanie pozamuzyczne wykonane na instrumencie zyskuje wymiar symboliczny, np. zagranie objawu nerwicowego); (5) abstrakcyjna reprezentacja przeżyć i zdarzeń (można wyrazić wszelkie sytuacje i przeżycia, nawet te najbardziej intymne, jak np. relację seksualną z partnerem bez poczucia przekroczenia granicy dobrego smaku; nie jest to możliwe w psychodramie czy w rysunku, gdzie środki wyrazu są bardziej konkretne); (6) ustrukturuwanie wypowiedzi muzycznej analogiczne do stopnia i rodzaju „ustrukturuwania” osobowości pacjenta (Galińska, 1995b; 1998; 2003a; 2003b).

## PROBLEM BADAWCZY I HIPOTEZY

Artykuł przedstawia część wyników badań podjętych w celu poznania mechanizmów komunikacji niewerbalnej i jej specyfiki diagnostycznej u pacjentów niepsychotycznych na przykładzie komunikacji za pomocą instrumentu muzycznego. Oczekiwano, że wyniki tego badania w dalszej perspektywie mogą stanowić źródło szybkiej i trafnej diagnozy, a w konsekwencji wyznaczać koncepcję psychoterapii. W artykule są analizowane 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. Przyjmuje się, że:

**H1.** Grupy diagnostyczne różnią się odmiennym stylem komunikacji muzycznej.

H1.1. Grupa 1 odznacza się stylem opartym na regule podobieństwa.

H1.2. Grupy 2 i 3 odznaczają się raczej „konfliktowym” stylem, opartym na regule kontrastu, przeciwstawiania się, oddalenia.

**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 rytmizowana); (a) u pacjentów – mniej zróżnicowana pod względem emocjonalnym i struktury muzycznej, ale (b) bardziej wyrazista, tzn. występuje tu większa zgodność w ocenach sędziów kompetentnych.

## METODA

### Populacja i próba

Zbadano 74 osoby: 53 pacjentów oraz 21 studentów szkolących się w muzykoterapii (psychologów, pedagogów, lekarzy, muzyków i muzykologów). W grupie pacjentów było 37 kobiet i 16 mężczyzn w wieku od 26 do 56 lat (średnia – 28,89), w grupie studentów – 13 kobiet i 8 mężczyzn w wieku od 19 do 31 lat (jedna osoba miała 50 lat); średnia 24,13. Wśród pacjentów wyodrębniono trzy grupy diagnostyczne według ICD 10: (1) z zaburzeniami odżywiania (F 50, średni wiek 25,28; 18 osób, w tym 2 mężczyzn z anoreksją); (2) z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną (F 40-F 48, średni wiek 30,93); (3) z pozostałymi rozpoznaniem (F 34.1, F 34.1, F 06.4, F 60.3, F 60.8, F 60.3; dwie osoby z dystymią, dwie z osobowością chwiejną emocjonalnie, jedna z organicznymi zaburzeniami lękowymi, jedna z innymi zaburzeniami osobowości; średni wiek 29,83). W grupie (1) było 18 pacjentów, co stanowiło 34% badanej próby, w grupie (2) – 29 pacjentów (54,7% badanych), a w grupie (3) – 6 pacjentów (11,3% badanej próbki).

### Narzędzia i procedura

W celu zbadania „stylu komunikacji muzycznej” opracowano kwestionariusz dotyczący aspektu interpersonalnego, relacyjnego (np. czy pacjent przyjmował pozycję dominującą, uległą czy partnerską; jaką rolę podejmował) oraz intrapsychoicznego (np. cechy instrumentu muzycznego, z którymi osoba badana identyfikuje się i wyraża siebie, symbolizujące jej tożsamość: kobiecy-męski; dziecięcy-dorosły; nowy-zniszczony itp.). Kwestionariusz uwzględnia: sposób grania (pałkami, dłońmi lub uderzając instrumentem o własne ciało), ilość używanych instrumentów, stopień zróżnicowania przekazu muzycznego w zakresie ekspresji emocjonalnej oraz cech muzycznych (rytmu, melodyki, dynamiki (głośności), tempa, czasu), cechy formalne (np. długość i stopień złożoności wypowiedzi muzycznej), cechy emocjonalne kontaktu (np. spontaniczny-kontrolowany, bliski-daleki, wesół-smutny, łagodny-ostry itp.), cechy istotnościowe komunikacji (czy osoba badana porozumiała się, czy zachodziła wymiana informacji, tzn. czy dialogowano, a nie monologowano itd.). Badano ponadto cel kontaktu oraz ułatwiające i utrudniające go strategie. Kwestionariusz Stylu Komunikacji Muzycznej zawiera ogółem 48

pytań typu skal przedziałowych, w większości dwubiegunowych, w rodzaju dyferencjału semantycznego, na których można uzyskać pomiar dyskretny 1-5, a także 80 skal nominalnych, których wyniki nie zostały tu przedstawione.

Badanie przeprowadzono metodą eksperymentalną, która zarazem miała charakter terapeutyczny, a więc nie zakłócała procesu terapii, co było jej dużym walorem (podobnie jak w badaniu Lee, 2002). Zastosowano własną technikę dziesięciu dialogów muzycznych, zwaną stołczkiem (osoba badana siada na stołku w środku kręgu i nawiązuje kontakt muzyczny z dziesięcioma kolejnymi osobami z tego kręgu<sup>4</sup>). Technikę tę Galińska nazywa 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).

### Metody statystyczne

Analizie poddano ekspresje dźwiękowe pacjentów, a więc materiał projekcyjny, subiektywny w swej naturze. Dlatego obliczenia statystyczne przeprowadzono na dwóch poziomach: po pierwsze – materiał muzyczny został oszacowany przez sędziów kompetentnych, stażystów kliniki nerwic (lekarzy, psychologów, muzykoterapeutów); po drugie – na bazie otrzymanych danych z tych ocen sprawdzono stopień wyrazistości cech pacjenta ( $\lambda$ ) i stopień nasilenia (średnie) cech komunikacji muzycznej. Wyniki porównano we wszystkich badanych grupach za pomocą testów istotności różnic ( $t$  Studenta i testy porównań wielokrotnych). Ponadto w przypadku każdej grupy oddzielnie zastosowano analizę skupień metodą BAVERAGE (z opcją COSINE).

Na potrzeby badań został wykorzystany współczynnik  $\lambda$  autorstwa E. Aranowskiej (2004). Wzór Kendalla do obliczania zgodności sędziów kompetentnych nie ma tu zastosowania, ponieważ wyraża poziom podobieństwa ocen sędziowskich łącznie dla wielu badanych (całej próby). Galińska zaproponowała, aby wzór  $\lambda$  nazwać wskaźnikiem wyrazistości badanych cech u pacjenta. Zakłada się bowiem, że większa wyrazistość cech obiektu badanego prowadzi do większej zgodności ocen sędziów kompetentnych, kierujących się tym samym kryterium. W odniesieniu do komunikacji muzycznej oznacza to, że większa zgodność sędziów wystąpi w sytuacji oceny bodźca, który jest łatwiej uchwytany, bo jest bardziej wyrazisty. Przekaz pusty, nie intencjonalny (gdy pacjent gra cokolwiek, żeby tylko spełnić polecenie), lub przekaz mało wyrazisty (gdy pacjent nie czuje siebie i nie ma kontaktu z własnymi emocjami) jest niejednoznaczny lub nieuchwytny. Wskaźnik wyrazistości  $\lambda$  można rozumieć także jako miarę skupienia lub rozproszenia ocen sędziów.

Wskaźnik wyrazistości oceny pacjenta, lub inaczej wskaźnik zgodności sędziów kompetentnych  $\lambda$  Aranowskiej w ocenie pojedynczego badanego, stanowi unormowaną wartość (z przedziału  $\langle 0, 1 \rangle$ ).

(1),

gdzie:

- to rzeczywista wariancja ocen pacjenta przez nieskończony zespół sędziów;
- możliwa maksymalna wariancja tych ocen przy ustalonej długości skali ocen  $k$ ;
- wariancja empiryczna ocen w konkretnym badaniu;
- wariancja maksymalna  $k$ -punktowej skali przy  $n$ -sędziach kompetentnych.

Wskaźnik  $\lambda$  charakteryzuje jednego badanego w zakresie jednego kryterium (atrybutu). Ważne jest porównanie tej zgodności dla różnych atrybutów. W celu oszacowania istotnej różnicy między parą wskaźników  $\lambda_1$  i  $\lambda_2$  stosuje się rozkład  $t$  Studenta. Hipotezę zerową postaci  $\lambda_1 = \lambda_2 = \lambda$  weryfikuje się statystyką wyrażoną wzorem:

(2),

gdzie:

, to wariancje otrzymane dla kryterium (1) i (2),  $r_{12}$  – współczynnik korelacji liniowej ocen uzyskanych dla pary kryteriów (Aranowska, 2004).

Statystyka ta ma asymptotyczny rozkład  $t$  Studenta z  $f = n - 2$  stopniami swobody; por. Fergusson (1966), Góralski (1974).

Można wykazać (Aranowska, 2004), że – wariancja maksymalna – nie zależy od rozpiętości skali parzystej bądź nieparzystej, czyli liczby  $x_{\max} - x_{\min} = k$ , gdzie  $x_{\max}$  to wartość największa skali,  $x_{\min}$  – wartość najmniejsza. Zależy natomiast od liczby sędziów.

Niech  $k$  będzie dowolne:

(3) dla  $n$  parzystego,

(4) dla  $n$  nieparzystego.

Wyprowadzenie tych wzorów będzie można znaleźć w pracy Aranowskiej (w druku).

---

4Por. nazwę techniki „pustego krzesła” w psychodramie Morenowskiej, przejętą przez terapię Gestalt.

## WYNIKI BADANIA

**Styl komunikacji muzycznej w grupie z zaburzeniami odżywiania**

Grupa 1 jest najbardziej jednorodna (aż w 7 zmiennych na 12 różnicujących; tabela 1 – a, b) i najbardziej wyrazista. Najwyższe wartości  $\lambda$  (od 0,84-0,96) występują w 21 zmiennych, a najwyższe wartości średnich (gdzie wartość 3 rozdziela bieguny skali 1-5) – od 4,22 do 1,58 (drugi biegun skali) w 22 zmiennych. Oto kilka najwyższych wyników w stosunku do pozostałych pacjentów: brak zróżnicowania emocjonalnego (0,87; 3,11)<sup>5</sup> i w zakresie rytmu, melodyki (0,96; 1,58), tempa, czasu i głośności; przekaz krótki (0,86; –) urwany (0,94; –), z niedoborem elementów (0,93; –), korespondują (0,88; 3,47) i porozumiewają się z partnerem (0,90; 3,27), grają łagodnie (0,93; 3,48), luźno (0,91; –) i harmonijnie (0,88; –), nie wyrażając emocji, grupa terapeutyczna dobrze się z nimi czuje (0,88; 3,59), nawiązują kontakt (0,89; 3,89), także wzrokowy (0,90; 4,22).

**Tabela 1.**  
**Wyniki testu jednorodności wariancji Levene'a**

Zmienne	Wartość p
<b>a) na podstawie współczynników <math>\lambda</math></b>	
Instrument nowy- <u>zniszczony</u>	0,001 (najbardziej jednorodna <u>grupa 2</u> , najmniej grupa 3)
Zachowanie <u>destrukcyjne-konstruktywne</u>	0,007 (najbardziej jednorodna <u>grupa 2</u> , najmniej grupa 3)
Instrument <u>delikatny-mocny</u>	0,024 (najbardziej jednorodna <u>grupa 2</u> , najmniej grupa 1)
Gra <u>niezróżnicowana pod względem melodycznym-zróżnicowana</u>	0,038 (najbardziej jednorodna <u>grupa 1</u> , najmniej grupa 3)
Grupa czuła się z pacjentem <u>dobrze-źle</u>	0,009 (najbardziej jednorodna <u>grupa 1</u> , najmniej grupa 3)
Pacjent <u>nawiązuje kontakt-nie nawiązuje</u>	0,024 (najbardziej jednorodna <u>grupa 1</u> , najmniej grupa 3)
Trzyma <u>pałki / ręce luźno-sztywno</u>	0,021 (najbardziej jednorodna <u>grupa 1</u> , najmniej grupa 3)
Gra <u>zróżnicowana pod względem czasu trwania-niezróżnicowana</u>	0,024 (najbardziej jednorodna <u>grupa 3</u> , najmniej grupa 2)
Rywalizuje- <u>współpracuje</u>	0,024 (najbardziej jednorodna <u>grupa 2</u> , najmniej grupa 3)
Instrument ograniczający z <u>możliwościami</u> (tend)	0,075 (najbardziej jednorodna <u>grupa 1</u> , najmniej grupa 3)

<sup>5</sup> Najwyższe wartości  $\lambda$  i średnich najczęściej dotyczyły tych samych zmiennych, co oznacza, że stopień wyrazistości cechy korespondował ze stopniem jej nasilenia. Jak dotąd, nie ma statystyki porównującej wartości  $\lambda$  i średnich, dlatego wysokie wartości obydwu miar przytacza się w tekście w jednym nawiasie:  $\lambda$  – pierwszy element pary, – drugi element; „–” oznacza niski wynik (choć jest on i tak najwyższy w porównaniu z wynikiem grupy 2 i 3).

b) na podstawie indywidualnych średnich arytmetycznych	
Instrument bezbarwny-kolorowy	0,001 (najbardziej bezbarwna, jednorodna grupa 1, kolorowa grupa 3)
Przewaga dźwięku lub ruchu w grze	0,009 (najdźwięczniej gra i najbardziej jednorodna grupa 1, najmniej jednorodna grupa 2)

Opracowanie własne; podkreślenia w tabeli oznaczają pokrywanie się najwyższych wyników w nasileniu cechy () i w jej wyrazistości ( $\lambda$ ): kursywa wskazuje, że występuje rozbieżność między wyrazistością a nasileniem cechy

Tabela 2.

Cechy komunikacji muzycznej istotnie ( $\alpha = 0,05$ ) różnicujące 3 grupy pacjentów pod względem średnich wartości

Grupa	Grupa 2	<i>p</i>	Grupa 3	<i>p</i>
1	<u>Duży-mały</u>	0,026	duży-mały	0,048
	<u>Kobiety-męski</u>	0,049	<u>bezbarwny-kolorowy</u>	0,074 (tendencja)
	Głośność zróżnicowana-nie-zróżnicowana	0,022	<u>delikatny-mocny</u>	0,068
	<u>Nawiązał kontakt-nie nawiązał</u>	0,038	<u>zróżnicowana głośność-nie-zróżnicowana</u>	0,065
	<u>Łagodny-ostry</u>	0,05	<u>nawiązał kontakt-nie nawiązał</u>	0,051
	<u>Jednoznaczny-sprzeczny</u>	0,039	<u>rywalizuje-współpracuje</u>	0,009
	<u>Adekwatny-nieadekwatny</u>	0,04	<u>bezpośredni-niepośredni</u>	0,026
	<u>Nadmiar-niedobór</u>	0,068 (tendencja)	<u>łagodny-ostry</u>	0,012
	<u>Emocje pozytywne-negatywne</u>	0,018	<u>nadmiar-niedobór</u>	0,039
	<u>Grupa czuła się dobrze-źle</u>	0,0551	<u>emocje pozytywne-negatywne</u>	0,001
	<u>Dźwięk-ruch</u>	0,071 (tendencja)		
2	<u>Koresponduje-odcina się</u>	0,076 (tendencja)		
			<u>emocje pozytywne-negatywne</u>	0,022

Opracowanie własne; podkreślenia w tabeli oznaczają cechy właściwe dla grupy wymienianej w pierwszej kolumnie tabeli

Testy porównań wielokrotnych dla par grup (tzw. *post hoc*) wskazują, że grupa 1 różni się od grupy 2 pod względem średnich wartości w zakresie 12 cech, w tym zaledwie 3 razy na granicy istotności; grupa 1 od grupy 3 w zakresie 10 cech (tabela 2)<sup>6</sup>. Pod względem wyrazistości  $\lambda$  pacjenci z grupy 1 istotnie różnią się od grupy 2 w zakresie 7 cech (tabela 3). Wartości  $\lambda$  wskazują u nich przede wszystkim na brak zróżnicowania, czyli na przekaz muzyczny typu tła, oraz na wybór instrumentu dziecięcego.

Tabela 3.

Cechy komunikacji muzycznej istotnie ( $\alpha = 0,05$ ) różnicujące 3 grupy pacjentów pod względem współczynników wyrazistości  $\lambda$

Grupa	Grupa 2	<i>p</i>	Grupa 3	<i>p</i>
1	<u>Dziecięcy-dorosły</u>	0,038	<u>dziecięcy-dorosły</u>	0,038
	<u>Zróżnicowane emocjonalnie-niezróżnicowane</u>	0,063 (tendencja)	<u>nowy-zniszczony</u>	0,023
	<u>Zróżnicowane melodycznie-niezróżnicowane</u>	0,074 (tendencja)	<u>łatwy-trudny</u>	0,062 (tendencja)
	<u>Zróżnicowane czasowo-niezróżnicowane</u>	0,014	<u>nawiązał kontakt-nie nawiązał</u>	0,008

<sup>6</sup> Ze względu na ograniczone ramy artykułu wyniki przedstawione w tabelach są interpretowane w punkcie Dyskusja i wnioski.

METODOLOGICZNE PODSTAWY ANALIZY STYLU KOMUNIKACJI MUZYCZNEJ

	Ogólnie zróżnicowane-nie zróżnicowane	0,078 (tendencja)	łagodny-ostry	0,035
	Łagodny-ostry	0,058		
	Koresponduje-odcina się	0,058		
2			dziecięcy-dorosły nowy-zniszczony nawiązał kontakt-nie nawiązał dialoguje-monologuje  smutny-wesoły	0,017 0,016  0,011 0,070 (tendencja) 0,056 (tendencja)

Opracowanie własne; podkreślenia w tabeli oznaczają cechy właściwe dla grupy wymienianej w pierwszej kolumnie

Badając wewnętrzną strukturę komunikacji muzycznej grupy 1, dokonano analizy skupień opartej na średnich oraz na wartościach  $\lambda$ . W analizie średnich wyodrębniono 3 skupienia: **I** (24 zmienne) – przekaz jednoznaczny, adekwatny, naśladuje<sup>7</sup> motywy partnera, z przewagą dźwięku nad ruchem, harmonijny, wyrazisty, ale mało czytelny, złożony, ale z niedoborem, nie zróżnicowany, skontrolowany, emocjonalny, bliski i głęboki, instrument z możliwościami wyrazowymi; **II** (9 zmiennych) – nawiązuje kontakt, rozgrzewa się w trakcie 10 interakcji, gra na nowym instrumencie, dialoguje, koresponduje, ale gra krótko i „urywa” wypowiedź, nie wyraża emocji negatywnych, **III** (5 zmiennych) – dotyczy symbolicznie cech tożsamościowych: mały, dziecięcy, stapia się, porozumiewa się i współpracuje. W analizie skupień przeprowadzonych na wartościach  $\lambda$  pierwsze skupienie (11 cech) potwierdza przedstawione wyżej wyniki: raczej głęboki kontakt, grupa czuje się z nim dobrze, nie różnicuje głośności i łatwiej mu kontaktować się z kobietami.

**Styl komunikacji w grupie z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną**

Grupa 2 jest mniej wyrazista (najwyższe wyniki w 16 zmiennych, najniższe w 13) i mniej jednorodna w porównaniu z grupą 1 (4 istotne różnice – tabela 1 – a, b). Najbardziej jednorodna jest w wyborze raczej zniszczonych, ale mocnych instrumentów; jest oceniana przez sędziów jako konstruktywna i współpracująca. Pacjenci wybierają częściej instrumenty zniszczone (0,89; –), najmniej w stosunku do innych grup różnicują rytm i tempo, a najbardziej czas trwania swojej wypowiedzi; ich wypowiedzi są najdłuższe (–; 3,08); nie różnicują kontaktu w zależności od płci partnera (–; 3,29), a jeśli różnicują, to łatwiej im porozumieć się z kobietami (0,90; 2,85); wprowadzają własne motywy (0,87; 3,86), zachowują odrębność (0,89; 3,63), ich przekaz jest mniej emocjonalny, a bardziej racjonalny, kontrolowany, powierzchowny (0,92; –), stereotypowy, w kierunku rozwlekłego, najmniej adekwatny (0,91; –) i raczej smutny w nastroju; sztywno trzymają ręce lub pałki podczas grania.

Pod względem nasilenia cech () różnią się istotnie od grupy 1 w 12 cechach (tabela 2). Tylko w zakresie jednej cechy różnią się od pacjentów z grupy 3. Natomiast aż 5 różnic w stosunku do grupy 3 dają testy oparte na wartościach  $\lambda$  (tabela 3). W analizie skupień, opartej na średnich w I skupieniu, grupy 1 i 2 są identyczne: jednoznaczny, adekwatny, ale zaraz potem różnicują się (w grupie 1 jest „naśladuje”, w 2 – „odcina się”). Charakterystyczne jest IV skupienie: wprowadza własne motywy, odrębny, wybiera instrument łatwy, ograniczający w ekspresji, nie rozgrzewa się w trakcie interakcji z 10 osobami, lecz „stoi w miejscu”. W I skupieniu, opartym na wartościach  $\lambda$  (14 cech): smutny, sztywny, grupa czuła się z nim niezbyt dobrze, raczej odcina się, niż koresponduje, instrument zniszczony, przekaz z elementami destrukcji, nie różnicuje tempa, mniej adekwatny, z nadmiarem elementów (rozwlekłość), powierzchowny, daleki, instrument męski.

7 Podkreślono tu w każdym skupieniu trzy pierwsze zmienne – jako najsilniejsze i najważniejsze połączenia.

**Styl komunikacji muzycznej grupy z „innymi” rozpoznaniem**

Grupa ta jest najmniej wyrazista (w 11 zmiennych najwyższa zgodność ocen i aż w 27 – najniższa), składa się z najmniej jednorodnych i wyrazistych osób jest więc przeciwstawna do grupy 1; najbardziej jednorodna jest tylko w zakresie braku różnicowania czasu (tabela 1 – a, b). W wyniku analizy skupień na wartościach  $\lambda$  uwidacznia się brak struktury wewnętrznej w tej grupie, np. I skupienie obejmuje 18 zmiennych powiązanych identycznie najbliższym połączeniem. Tylko w 11 cechach (na 48) jest najbardziej wyrazista: duży<sup>8</sup> (0,91; 3,18), męski (0,91; 2,75), zróżnicowany rytm (0,86; 3,12), emocjonalny (0,88; 3,27), spontaniczny (0,87; 3,03), wesoły/smutny (0,96; 3,06), daleki (0,91; 2,62), sprzeczny (0,85; 3,19), odrębny (0,91; 3,68), wyraża emocje negatywne (0,92; 3,50), zamyka się w trakcie 10 interakcji (0,87; 2,90). Pacjenci wybierają instrumenty duże, w ich grze wyodrębnia się rytm, różnicują kontakt w zależności od płci partnera i łatwiej im grać z mężczyznami; rywalizują, walczą monologują (unikając dialogu), grają „z nadmiarem”, np. zbyt głośno; są bezpośredni, spontaniczni i czytelni dla grupy, grają ostrym dźwiękiem, w ich grze przeważa ruch nad dźwiękiem, podkreślają własną odrębność (*reguła kontrastu*). Ich przekaz muzyczny jest określany przez sędziów jako prosty, zamazany, chaotyczny, pełen sprzeczności, destrukcji i emocji negatywnych, nie wyczuwa się w nim bliskości (I skupienie oparte na średnich zaczyna się od zmiennej *bliski / daleki*).

Grupa 3 istotnie różni się od grupy 1 w 10 cechach, a tylko w jednej od grupy 2 (tabela 2). Tabela 3 pokazuje, że statystyka Aranowskiej okazuje się bardziej czuła. Test istotności różnic przeprowadzony na podstawie wartości  $\lambda$  wskazał bowiem na aż 5 różnic między grupami 2 i 3, podczas gdy przeprowadzony na średnich (tabela 2) dał tylko jedną różnicę. Grupa 3 okazała się mniej wyrazista w zakresie wszystkich cech wymienionych w tabeli 3, z wyjątkiem nastroju, w którym jest najbardziej wyrazista (0,96).

**Styl komunikacji muzycznej studentów**

W porównaniu z nie dzieloną na rozpoznania populacją pacjentów, we wszystkich zmiennych (48), z wyjątkiem jednej – *dziecięcy-dorosły*, zachowanie muzyczne studentów jest mniej wyraziste dla sędziów, co potwierdza hipotezę **H2.2.b**. Jednak ich przekaz muzyczny jest istotnie bardziej zróżnicowany i zrytmizowany niż przekaz pacjentów (tabela 4). Analiza skupień na wartościach  $\lambda$  wylania właśnie rytm i stopień jego zróżnicowania jako pierwsze, najsilniejsze połączenie cech. W analizie opartej na średnich II skupienie (7 zmiennych) wylania także rytm i zróżnicowanie emocjonalne oraz zróżnicowanie struktury muzycznej (tempa), a następnie stopień urozmaicenia przebiegu i jego czytelności, jako najsilniej połączone cechy. Weryfikuje to hipotezę **H2.2.a**. Zastosowany test *t* Studenta wykazuje, że w 28 zmiennych studenci różnią się od pacjentów na poziomie istotności 0,05 pod względem wartości średnich i aż w 39 zmiennych (na 48) na podstawie wartości  $\lambda$ . W większości te różnice pokrywają się. Jedynie w czterech cechach, dotyczących instrumentu muzycznego, studenci nie różnią się od pacjentów ani w zakresie średnich, ani pod względem wartości  $\lambda$ : *dziecięcy-dorosły*, *kobięcy-męski*, *łatwy-trudny*, *delikatny-mocny*; czyli nie różnią się w zakresie tożsamościowym, gdyż tu instrument symbolizuje człowieka. Wybierają oni instrumenty mniejsze, delikatniejsze i mniej „dorosłe” niż pacjenci, mniej kolorowe i raczej stare, ale bardziej męskie, trudniejsze do grania, o dużo większych możliwościach wyrazowych. Grają w sposób bardziej zróżnicowany, stąd ich wypowiedź muzyczna jest bardziej urozmaicona i złożona, dłuższa niż wypowiedzi pacjentów. Natomiast w mniejszym stopniu różnicują kontakt w zależności od płci partnera. Częściej niż pacjenci porozumiewają się, współpracując i dialogując; są bardziej bezpośredni, spontaniczni, emocjonalni, pogodni, bliscy; ich przekaz jest czytelny, adekwatny i harmonijny, choć nieco ostrzejszy w barwie (mimo że w porównaniu z pacjentami wyrażają mniej emocji negatywnych, a więcej pozytywnych). Studenci wprowadzają więcej własnych motywów; grają luźniejszymi rękami, nawiązują kontakt wzrokowy, w trakcie interakcji z 10 osobami czują się coraz lepiej i zaczynają się bawić. Grupa czuła się z badanymi studentami lepiej niż z badanymi pacjentami.

**Tabela 4.**

**Wybrane cechy komunikacji muzycznej istotnie różnicujące pacjentów od studentów pod względem średnich wartości (*t* Studenta) (28 cech) i wartości  $\lambda$  (39 cech)**

Różnice	Pod względem średnich		Pod względem $\lambda$	
Zróżnicowanie emocjonalne	$t(50,1) = -1,71$	$p < 0,047$	$t(72) = 2,66$	$p < 0,005$
Zróżnicowana głośność	$t(53,6) = -1,93$	$p < 0,029$	$t(72) = 2,93$	$p < 0,003$
Zróżnicowany rytmicznie	$t(54,8) = -3,11$	$p < 0,005$	$t(72) = 2,12$	$p < 0,02$
Zróżnicowane tempo	$t(72) = -2,40$	$p < 0,008$	$t(72) = 2,45$	$p < 0,009$
Zróżnicowana melodyka	$t(61) = -3,040$	$p < 0,005$	$t(59) = 6,50$	$p < 0,0003$
Zróżnicowanie czasowe	$t(72) = -1,96$	$p < 0,027$	$t(72) = 3,60$	$p < 0,0005$

8 Podkreślenie oznacza, że najwyższy wynik w stosunku do pozostałych grup był także w średnich.



METODOLOGICZNE PODSTAWY ANALIZY STYLU KOMUNIKACJI MUZYCZNEJ

Ogólny stopień zróżnicowania	$t(72) = -2,13$	$p < 0,018$	$t(72) = 3,98$	$p < 0,0003$
------------------------------	-----------------	-------------	----------------	--------------

Przytoczone tu wyniki pozytywnie weryfikuje **H 1.1**. Grupa 1 jest najbardziej wyrazista i jednoznaczna w swej jednorodności, globalności w sensie braku zróżnicowania pod względem emocjonalnym i struktury muzycznej. W budowie wewnętrznej stylu komunikacji muzycznej ta grupa wykorzystuje zatem regułę podobieństwa. Natomiast pacjenci wprowadzają w relacji z partnerem nie tylko regułę podobieństwa (grają w sposób niezróżnicowany, monotonicznie, łagodnie), ale wręcz przylegania do partnera. Porozumiewają się, współpracując na zasadzie naśladowania motywów partnera, stapienia się z nimi, rezygnując z wprowadzania własnych motywów, „zawieszają się” wzrokiem na partnerze (zob. s. 334; kontakt wzrokowy – 0,90; 4,22). Prawdopodobnie dlatego ich przekaz odbierany jest jako adekwatny, jednoznaczny, bliski, gdyż koresponduje silnie z przekazem odbiorcy. Z tego samego względu prawdopodobnie przekaz ten odznacza się niedoborem elementów. Pacjenci są jakby „głodni” w kontakcie z drugą osobą, „głodni samych siebie” rezygnują bowiem z własnego „ja” (strategia „poniżej”). Być może czują brak własnej „struktury”, ukształtowania własnego, zróżnicowanego „ja”; ich przekaz muzyczny należy do typu tła, a nie figury. Występuje tu jakby „nadmiar” drugiej osoby, a „niedobór” własnej (III skupienie w analizie opartej na średnich: instrument mały, dziecięcy, stapia się). Być może dlatego grają najkrócej i urywają kontakt, żeby uniknąć zatracenia poczucia siebie (strategia „od” ludzi). Wprawdzie wybierają m.in. instrumenty nowe, o większych możliwościach wyrazowych, a ich przekaz jest złożony i harmonijny, ale nie korzystają z tych możliwości (rozbieżność między aspiracjami a ich realizacją), grając w sposób niezróżnicowany, na bezbarwnych instrumentach, w sposób ugrzeczniony, oczekując aprobaty ze strony partnera. W ich stylu widać zatem sprzeczności (reguła kontrastu), które przejawiają się w mniej jawnej formie.

Ten dziecięcy styl komunikacji i przekaz typu tła, niezróżnicowany, wytlumiony i „zlewający się” z partnerem, przypomina kontakt z idealizowaną matką, wobec której rezygnują z własnych potrzeb, reprezentując postawę „poniżej”, uległą oraz postawę „od” – ucieczkową. Z perspektywy analizy transakcyjnej Berne'a (1994) przypominają „dziecko przystosowane” (a nie „naturalne”, odznaczające się spontaniczną ekspresją), czyli stan *ego* zawierający przekonania i działania polegające na dostosowaniu się i samoograniczeniu. Osoby o cechach tak zależnych, że niemalże o tożsamości przylegającej (por. koncepcję wczesnodziecięcego autyzmu Esther Bick – Escoubes, 2003), formują tzw. splątane rodziny (Olson – za: Cierpka, 2000), o skrajnie wysokim poziomie jednorodności, które same jako system nie posiadają odrębności (tzw. niezróżnicowane *ego* rodzinne Bowena). Przeciwna w stosunku do grupy 1 w swej budowie wewnętrznej (najmniej jednorodna i wyrazista) jest grupa 3 – pacjentów z zaburzeniami osobowości i z dystymią. Charakteryzuje się ona stylem muzycznym najbardziej „konfliktowym”, opartym na *regule kontrastu*, nawet w sensie statystycznym (opozycja między nasileniem cechy a jej wyrazistością dla sędziów: np. porównaniu z grupami 1 i 2 grupa 3 jest najbardziej destrukcyjna i rywalizująca (0), a zarazem najmniej wyrazista (Λ) w tym względzie (tabela 1 – a). Potwierdza to hipotezę **H 1.2**. Wydaje się, że pacjenci próbują w ten sposób realizować model człowieka silnego, ale raczej fasadowo, gdyż grają przesadnie głośno, „z nadmiarem” (tabela 2), nie udaje im się utrzymać kontroli emocjonalnej (postawa w „poprzek”, naruszająca granice partnera), kontaktują się w sposób chaotyczny, destrukcyjny, mniej adekwatny i czytelny dla innych. Wybierają duże, mocne, męskie instrumenty, rywalizują, walczą, wyrażają głównie emocje negatywne (postawa „przeciw”), monologując i nie podejmując dialogu (tabela 3). Pochodzą oni prawdopodobnie z rodzin „niezwiązanych” (Cierpka, 2000), o najniższym poziomie spójności i braku więzi emocjonalnej, gdzie zainteresowanie można uzyskać jedynie w sytuacjach ekstremalnie trudnych lub zagrażających. Stąd prawdopodobnie ich styl komunikacji muzycznej odznacza się jaskrawością, a ich przekaz muzyczny można porównać do „wybuchającej” figury. Wyniki te wymagają potwierdzenia (mała liczebność próby).

Analiza wyników grupy 2 – z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną – potwierdza hipotezę **H 1.2**. Styl komunikacji muzycznej jest tu oparty także na *regule kontrastu*, ale nie tyle nadmiernego, jak w grupie 3, lecz typu oddalenia (raczej postawa „od” ludzi niż „przeciw” ludziom). Inaczej niż pacjenci z grupy 1 – o wysokich aspiracjach – reprezentują raczej postawę asekuracyjną: odcinają się od partnera, wybierają instrumenty łatwe do grania, ograniczające, o symbolice męskiej, bardziej dorosłe, ale zniszczone, a ich przekaz muzyczny przypomina wprawdzie figurę, ale zniekształconą nadmierną kontrolą i usztywnieniem. Ich styl komunikacji muzycznej przypomina model człowieka „nadmiernie dorosłego”, Rodzica (według Berne'a), Krytycznego Rodzica (Inwentarz Osobowościowy ACL Gougha), racjonalnego, stereotypowego, rozwlekłego w swych długich (być może moralizatorskich) wypowiedziach, ale powierzchownego emocjonalnie. Zrozumiałe jest, że z tym stylem – odcinania się poprzez intelektualizację i przyjmowania roli starszego, krytycznego, mądrzejszego („od” i „nad”) – grupa czuła się najgorzej. Styl ten przypomina zachowanie fasadowe, podobnie jak w grupie 3, gdyż pacjenci nie różnicują rytmu i tempa muzycznego płci ani wieku, nie czują się więc naprawdę dorośli.

Grupa studentów w swym kontakcie muzycznym najbliższa jest *regule komplementarności*, która tu wiąże się

## METODOLOGICZNE PODSTAWY ANALIZY STYLU KOMUNIKACJI MUZYCZNEJ

z postawą „ku ludziom”. Studenci współpracowali, dialogowali, porozumiewali się, nie odcinając się czy walcząc; wyrażali bowiem więcej emocji pozytywnych niż pacjenci, ale nie w formie ugrzecznienia. Zweryfikowana została zatem hipoteza **H 2.1**. Ze względu na wybór instrumentów delikatniejszych, mniejszych, dziecięcych, a także zróżnicowanie emocjonalne i formalne ich gry, bezpośredniość, spontaniczność i przechodzenie w zabawę podczas 10 interakcji, ich styl komunikacji można określić jako przypominający tzw. Wolne Dziecko (Berne, 1994): spontaniczne, pełne radości, rozwijające się w kierunku „Dorosłego” (reprezentowali jeszcze styl adoleseńcki: np. brak różnicowania płci w kontakcie muzycznym). Lepiej czuli się w kontakcie z mężczyznami (jakby symbolicznie z ojcem, a nie z matką – jak pacjenci z grup 1 i 2). Przekaz studentów przypominał figurę zróżnicowaną emocjonalnie i rytmicznie, złożoną, pogodną, o wyraźnych konturach (mniej łagodne brzmienie niż u pacjentów). Jedynie w grupie studentów pojawiła się wiązka cech formalnych komunikacji muzycznej w analizie skupień. Została niniejszym zweryfikowana również hipoteza **H 2.2** także w tym zakresie, że mimo lepszej struktury komunikatu muzycznego, studenci są grupą mniej wyrazistą dla sędziów niż pacjenci (we wszystkich zmiennych – z wyjątkiem „dziecięcy/dorosły”). Zachowania zaburzone, patologiczne „dzieją się” bowiem zwykle na krańcach (mechanizm *splitting*) lub przeciwnie, są zbyt blisko „środka” – rodzaj „ścieśnienia”, w stosunku do niezaburzonych, bardziej wypośrodkowanych i stąd są bardziej wyraziste. Wydaje się, że otrzymane wyniki wskazują w sposób oczywisty na diagnostyczne znaczenie komunikacji muzycznej i wynikające stąd implikacje dla psychoterapii, np. w kierunku równoważenia zaburzeń komunikacji typu transakcji krzyżowych zachodzących pomiędzy różnymi, a nie tymi samymi poziomami stanów *ego* (Berne, 1994). Celowe byłoby zatem uczenie relacji partnerskich opartych na współpracy, dialogowaniu oraz otwartym wyrażaniu emocji, przy zachowaniu własnej odrębności oraz respektowaniu własnych granic i partnera. Z badań wynika ponadto, że w procesie komunikacji muzycznej niezbędny jest przekaz muzyczny typu wyrazistej, zróżnicowanej emocjonalnie i formalnie „figury”. Wprowadzone badanie posłużyło do sformułowania ważnych wniosków treściowych dla terapii, co świadczy o trafności samego Kwestionariusza Stylu Komunikacji Muzycznej oraz użytej nowej miary statystycznej  $\lambda$ . Widać, że analizowane grupy częściej i na wyższym poziomie istotności różniły się wartościami  $\lambda$  niż średnimi. Oznacza to, że  $\lambda$  – jako miara wyrazistości w ocenach sędziów – jest bardziej czuła niż średnia wartości cechy. Badanie to stanowi weryfikację empiryczną nowej propozycji statystycznej.

## BIBLIOGRAFIA

- Aranowska, E. (1996). *Metodologiczne problemy zastosowań modeli statystycznych w psychologii. Teoria i praktyka*. Warszawa: Studio 1.
- Aranowska, E. (2004). *Podstawy pomiarów w psychologii* (w druku).
- Aranowska, E., Witkowski, P., Zieliński, P. (2002). Wpływ koloru otoczenia i stanu emocjonalnego słuchaczy na percepcję muzyki. [W:] A. Rakowski (red.), *Ukształtowanie i percepcja sekwencji dźwięków muzycznych* (s. 245-272). Warszawa: Akademia Muzyczna.
- Barrow, J. D. (1995). *The artfull universe*. Oxford: Oxford University Press.
- Berne, E. (1994). *W co grają ludzie*. Warszawa: PWN.
- Bielawski, L. (1969). Muzyka jako system fonologiczny. *Res Facta*, 3, 166-171.
- Bragdon, A., Gamon, D. (2003). *Kiedy mózg pracuje inaczej*. Gdańsk: GWP.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: Ch. C. Thomas.
- Bruscia, K. (1995). Differences between quantitative and qualitative research paradigms: Implications for music therapy. [W:] B. Wheeler (red.), *Music Therapy Research* (s. 65-78). Barcelona: Publishers.
- Cierpka, A. (2002). Tożsamość jednostki wśród rodzinnych narracji. [W:] J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 173-188). Gdańsk: GWP.
- Deutsch, D. (1999). Grouping mechanisms in music. [W:] D. Deutsch (red.), *The psychology of music* (s. 299-328). San Diego–London–Boston: Academic Press.
- Escoubes, A. (2003). Autisme et musicothérapie. *La Revue Musicothérapie* (Paris), 23, 4, 30-41.
- Fergusson, S. A. (1966). *Statistical analysis in psychology and education* (wyd. 2). New York: Mc Graw Hill, Inc.
- Galińska, E. (1985). Problematyka percepcji muzyki z perspektywy współczesnych kierunków antropologii kulturowej i semiotyki. *Muzyka. Kwartalnik Muzykologiczny Instytutu Sztuki PAN*, 2, 31-41.
- Galińska, E. (1989). La musicothérapie cognitive; le portrait musical du patient. *La Revue Musicothérapie*, 1, 33-63.
- Galińska, E. (1991). La musicothérapie de la schizophrénie. *La Revue Musicothérapie*, 1, 8-35.
- Galińska, E. (1994). Ciało, emocje, myślenie w obrazie „ja” pacjentek anorektycznych w muzykoterapii. World Congress of Psychosomatic Medicine Bern 1993. *Gestalt*, 14, 28-31.
- Galińska E. (1995a). Musical thinking in the process of music therapy for neurotics and psychotics. [W:] M. Manturzevska, K. Miklaszewski, A. Białkowski (red.), *Psychology of music today. The International Seminar of Researchers and Lecturers in the Psychology of Music. Radziejowice 1990* (s. 104-114). Warsaw: Fryderyk Chopin Academy of Music.
- Galińska, E. (1995b). Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic. *Psychoterapia*, 2, 27-60.
- Galińska, E. (1998). Le portrait musical. Une méthode d'harmonisation de la structure du „moi”. *La Revue de Musicothérapie*, 3, 3-21.

ELŻBIETA GALIŃSKA, ELŻBIETA ARANOWSKA

- Galińska, E. (2003). Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą „Portretu Muzycznego” (PM). *Psychoterapia*, 1, 19-40.
- Galińska, E. (2003). Muzykoterapia zaburzonego poczucia tożsamości. „Kodowanie muzyczne” – instalacja ego. *Psychoterapia*, 3, 61-72.
- Gardner, M. (1978). White and brown music, fractal curves and one-over-f fluctuations. *Scientific American*, April, 16-31.
- Góralski, A. (1974). *Metody opisu i wnioskowania statystycznego w psychologii*. Warszawa: PWN.
- Guczalski, K. (1999). *Znaczenie muzyki. Znaczenia w muzyce*. Kraków: Musica Jagellonica.
- Hsü, K. J., Hsü, A. J. (1990). Fractal geometry of music. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA* 87, 938-941.
- Jordan-Szymańska, A. (1994). Poznanie w muzyce w świetle odbioru znaczeń muzycznych. *Monochord*, 3, 31-44.
- Lee, C. (2000). A method of analyzing improvisations in music therapy. *Journal of Music Therapy*, 37, 2, 147-167.
- Meyer, L. B. (1974). *Emocje i znaczenie w muzyce*. Kraków: PWM.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. ICD 10 (rozdz. V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, F 00-F 99). Kraków: Uniw. Wyd. Medyczne „Vesalius” 1994.
- Nowak, I. (2002). *Komunikacja za pomocą instrumentu muzycznego w procesie terapii zaburzeń nerwicowych* (mps pracy licencjackiej, Instytut Muzykologii Uniwersytetu Warszawskiego).
- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in music therapy: Human communication in sound. *Journal of Music Therapy*, 4, 269-285.
- Rakowski, A. (1998). Wysokość dźwięku jako material fonologiczny języka muzycznego. *Muzyka*, 43, 7-24.
- Semdnner, M., Wosch, T., Frommer, J. (2004). Musiktherapeutische Einzelforschung. Sprachanalytische Prozessuntersuchung zu einer musitherapeutischen Improvisation. *Musiktherapeutische Umschau*, 25, 2, 154-163.
- Sloboda, J. (1985). *Musical mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Szczęsna, B. (1998). *Komunikacja muzyczna w procesie terapii nerwic* (mps pracy magisterskiej, Instytut Muzykologii Uniwersytetu Warszawskiego).
- Wheeler, B. L. (1995) (red.). *Music therapy research*. Barcelona: Publishers.
- Wosch, T. (2002). *Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen. Eine Einzelfallanalyse zur Untersuchung musiktherapeutischer Improvisationen*. Münster: Waxmann.