

Krzysztof Stachyra

EFEKTYWNOŚĆ MUZYKOTERAPII W ROZWIJANIU KOMPETENCJI EMOCJONALNYCH STUDENTÓW

THE EFFECTIVENESS OF MUSIC THERAPY PROGRAMMING IN THE DEVELOPMENT OF UNIVERSITY STUDENTS' EMOTIONAL COMPETENCE

Zakład Muzykoterapii i Edukacji Muzycznej UMCS w Lublinie
Kierownik: prof. UMCS Andrea Jaworska

**music therapy
imagery
emotional competence**

Autor przedstawia badanie wykonane w przebiegu eksperymentu poddania studentów pedagogiki oddziaływaniom muzykoterapii i sugestii. Badania poziomu kompetencji emocjonalnych przed oraz w 3 miesiące po oddziaływaniach wykazały korzystne zmiany w zakresie poziomu lęku, przystosowania emocjonalnego oraz samooceny względem grupy kontrolnej.

Summary: The paper presents research of a music therapy programme that was developed to address students' personal emotional competence. The music therapy program, based on music and guided imagery techniques, consisted of nine sessions, two sessions per week. 90 university students were involved in the study (45 of them were in the experimental group and 45 were in the control group). The treatment lasted for one month. The effectiveness was estimated using diversity of psychological tests. It proved that after the intervention, ratings of emotional competence indicated strongly positive changes only in the experimental group. The positive changes were observed three months post-intervention. Music therapy programming employed in the author's music therapy programme was based on two equivalent elements: music and imagery formula. Each session followed a defined sequence: 1. Preparatory instruction for the session (the same in every session) 2. Relaxation phase (autogenic training of J. H. Schultz) 3. Induction phase (preliminary imagery deepening the state of relaxation) 4. Suggestion phase (main imagery) 5. Return phase 6. Experienced verbalization phase. The presented paper shows that music therapy can be an effective way to develop emotional competences of university students.

Efektywność muzykoterapii w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów

Muzyka jest powszechnym fenomenem. Ludzie wszystkich kultur, we wszystkich zakątkach świata, bez względu na wiek i płeć, słuchają muzyki, wykonują ją i tworzą. Towarzyszy ona ważnym chwilom życia, daje radość, ale i pozwala łatwiej poradzić sobie z troskami. Ułatwia ekspresję emocji w sposób społecznie akceptowalny.

Tak niezwykle „instrumentem” posługuje się muzykoterapia, wykorzystując muzykę i aktywności z nią związane (śpiew, ruch, gra na instrumentach etc.) w celu poprawy stanu zdrowia i jakości życia. Muzykoterapię prowadzi wykwalifikowany muzykoterapeuta.

Język muzyki to język emocji, te zaś stanowią nieodłączny element życia każdego człowieka — często nadają życiu sens, niekiedy sens życia przysłaniają. Tak w życiu

osobistym, jak i zawodowym niezwykle ważne jest przede wszystkim to, czy potrafimy właściwie radzić sobie z własnymi emocjami oraz jak kształtujemy nasze relacje z innymi osobami. Coraz częściej umiejętności te zwykło się określać wspólnym mianem kompetencji emocjonalnych [1].

Termin „kompetencje emocjonalne” jest pojęciem nowym, bardzo szerokim, a zarazem wciąż otwartym. Właściwie łączy w sobie wszystkie te elementy osobowości, które — wcześniej rozpatrywane z osobna — stanowią o poziomie dojrzałości i decydują o jakości funkcjonowania jednostki. Daniel Goleman [1, s. 48–50], omawiając strukturę kompetencji emocjonalnych, wyróżnia kompetencje osobiste i społeczne. Na kompetencje osobiste składają się: samoświadomość (świadomość emocjonalna, poprawna samoocena i wiara w siebie), samoregulacja (samokontrola, spolegliwość, sumienność, przystosowalność i innowacyjność) oraz motywacja (dążenie do osiągnięć, zaangażowanie oraz inicjatywa i optymizm). Kompetencje społeczne wg D. Golemana opierają się na dwóch podstawowych elementach: empatii i umiejętnościach społecznych. W ich ramach dodatkowo wyszczególnia: rozumienie innych, doskonalenie innych, nastawienie usługowe, wspieranie różnorodności, świadomość polityczną, wpływanie na innych, porozumienie, łagodzenie konfliktów, przewodzenie, katalizowanie zmian, tworzenie więzi i współpracę.

Działania zmierzające do rozwijania kompetencji emocjonalnych podejmowane są powszechnie w trakcie sesji muzykoterapeutycznych. W tym celu wykorzystywane są zarówno aktywne techniki muzykoterapii (improwizacja instrumentalna, wokalna i ruchowa, taniec, śpiew etc.), jak i receptywne, do których zalicza się relaksację i wizualizację.

Zamierzeniem autora było sprawdzenie efektywności programu terapii opartego na muzyce i wizualizacji. Przeprowadzone oddziaływania miały na celu rozwój kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki. Pomysł stworzenia takiego programu powstał w wyniku obserwacji zachowań i reakcji studentów na sytuacje stresowe. Wymagania stawiane uczniom i studentom są dla nich niejednokrotnie bardzo obciążające psychicznie. Nieumiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami może niekorzystnie wpływać na ich pracę i funkcjonowanie, czego efektem może być poczucie bezradności, pesymizm, brak wiary w siebie, problemy z kontrolowaniem własnych emocji (w szczególności wysokie nasilenie lęku).

Znając ograniczenia wynikające z warunków pracy uczelni, przyjęto założenie, że program rozwijania kompetencji emocjonalnych musi być łatwy do przeprowadzenia na uczelni, możliwy do wielokrotnego powtórzenia z wieloma grupami, a zarazem tani w realizacji. Studenci w wyjątkowych sytuacjach (np. przed egzaminem) powinni także mieć możliwość powtórzenia poszczególnych sesji samodzielnie, w domu, bez obecności terapeuty. Z tego powodu zdecydowano, że program powinien być odtwarzany z płyt CD i koncentrować się na rozwoju osobistych kompetencji emocjonalnych studentów. Rozwój kompetencji społecznych wymagałby uwzględnienia roli grupy, a także zastosowania innych technik terapeutycznych, gdyż logiczne jest, że kompetencje społeczne opierają się na kompetencjach osobistych, stanowiących podstawę osiągania pozytywnych relacji interpersonalnych.

Prezentowany autorski program terapii składał się z 9 sesji odbywających się dwa razy w tygodniu przez miesiąc. Czas trwania pojedynczej sesji terapeutycznej oscylował w granicach 35–45 minut.

Każda sesja oparta została na określonym schemacie:

1. Instrukcja przygotowująca do sesji (do każdej sesji taka sama)
2. Faza relaksacji (trening autogenny wg J. H. Schultza)
3. Faza indukcji (wizualizacja wstępna, pogłębiająca relaks)
4. Faza sugestii (wizualizacja właściwa)
5. Faza toniczności, czyli powrót do normalnego stanu
6. Faza werbalizacji przeżycia.

Program muzykoterapii składał się z dwóch równoważnych elementów: muzyki i tekstu wizualizacji.

Zasady doboru muzyki i jej rola w prezentowanym programie terapii

Muzyka stanowi element scalający każdą sesję, ułatwia osiągnięcie, utrzymanie i pogłębianie stanu relaksu, stymuluje wyobrażenia poprzez docieranie bezpośrednio do głębszych pokładów świadomości. Ponadto może spełniać jeszcze jedną funkcję — może stanowić swoistą barierę dla odgłosów dochodzących z zewnątrz, dla hałasów utrudniających koncentrację w trakcie ćwiczenia.

Zgodnie z przyjętymi przez autora programu regułami doboru muzyki, każda sesja terapeutyczna składała się z trzech muzycznych etapów. Na każdym etapie sesji muzyka była ściśle zespolona z prezentowanym na jej tle tekstem. W pierwszym etapie miała za zadanie scalać instrukcję przygotowującą do sesji oraz fazę relaksacji. Kompozycje użyte w drugim etapie sesji łączyły fazę indukcji i sugestii. Etap trzeci, w którym prezentowany był zawsze ten sam utwór muzyczny, związany był z fazą toniczności.

Muzyka relaksacyjna prezentowana była już w czasie podawania słownej instrukcji przygotowującej do sesji. Wykorzystano w tym celu kompozycję Zdzisława Bartkowicza pt. „W objęciach łagodności” pochodzącą z płyty pt. „Relaksacja”. Zadaniem muzyki było wytworzenie nastroju sprzyjającego wyciszeniu się, relaksacji oraz ułatwienie płynnego przejścia od podawania instrukcji przygotowującej relaks do właściwego treningu relaksacyjnego. Prezentowanie na początku każdej sesji tego samego utworu muzycznego było zabiegiem celowym, zmierzającym do wytworzenia skojarzeń ułatwiających wejście w stan odprężenia. Dzięki temu po kilku sesjach utwór ten stał się sygnałem („wyzwalaczem”) powodującym uspokojenie grupy. Już parę pierwszych taktów muzyki powodowało wyciszenie rozmów, wyraźne zmniejszenie się liczby i dynamiki ruchów, tempa oddychania, skupienie się uczestników programu na sobie.

Instrukcja, przygotowująca uczestników do sesji, płynnie przechodziła we właściwy trening relaksacyjny. Jedyną cechą charakterystyczną, oddzielającą te dwie fazy, była delikatna zmiana w sposobie prezentacji tekstu. Muzyka na tym etapie programu w pierwszych dwóch tygodniach pracy nie ulegała zmianom. Począwszy od piątej sesji, do fazy relaksacji dołączona została kolejna, niepublikowana dotąd kompozycja Z. Bartkowicza pt. „Alfa 2”. Związane to było z wprowadzeniem sugestii ciepła w treningu autogenym J. H. Schultza.

W drugim etapie, obejmującym fazę indukcji i sugestii, muzyka dobierana była (obok zasady utrzymywania i pogłębiania stanu relaksu) przede wszystkim pod kątem prezentowanego tekstu. Zadaniem jej było wywoływanie lub podtrzymywanie pożądanego stanu

emocjonalnych. W związku z powyższym, tło dźwiękowe bardzo często stanowiło wynik montażu fragmentów jednego lub kilku utworów muzycznych. Ponadto, poszczególne utwory poddane zostały obróbce komputerowej, dzięki której uzyskano zmiany w zakresie ich tempa, dynamiki dźwięku i niekiedy także eksponowanych częstotliwości. Na tym etapie podstawę tła muzycznego stanowiły zmodyfikowane komputerowo kompozycje J. S. Bacha, J. Pachelbela, P. Czajkowskiego oraz E. Morricone.

Interesującym zabiegiem było zsynchronizowanie pojawiających się motywów muzycznych z odpowiednimi fragmentami tekstu. Miało to na celu wywołanie pozytywnych skojarzeń u słuchaczy. Dana fraza muzyczna, z reguły w bardzo przyjemnej dla uczestników fazie indukcji, łączona była z sugestią spokoju i odprężenia. Następnie ta sama fraza muzyczna pojawiała się ponownie w fazie sugestii, szczególnie w sytuacji, gdy tekst mógł powodować powstanie napięcia czy niewielkich reakcji lękowych. Zabieg ten wprowadzany był w zależności od treści zawartych w tekście oraz możliwości technicznych. Pomysł inspirowany był popularną techniką systematycznej desensibilizacji. Przyjęto założenie, że połączenie motywów muzycznych kojarzonych ze stanem relaksu z przeciwstawnym bodźcem lękowym wpłynie na zmniejszenie intensywności tego drugiego.

W ostatnim etapie — obejmującym fazę toniczności — wykorzystano zawsze ten sam utwór muzyczny. Według przyjętych reguł dotyczących budowy sesji, zarówno pierwszy, jak i ostatni etap każdej sesji był niezmienny od strony muzycznej. Faza toniczności wspomagana była zmodyfikowaną, instrumentalną wersją utworu „Up where we belong”, pochodzącą z płyty „Peruvian pan pipes — solitude”. Opracowanie komputerowe ograniczono tu jednak wyłącznie do wprowadzenia właściwych zmian dynamicznych, współgrających z tekstem. Muzyka rozpoczyna się w dynamice piano, po czym następuje stopniowe crescendo, aż do dynamiki mezzoforte. Modyfikacja ta miała na celu ułatwienie przejścia ze stanu relaksu do stanu normalnego funkcjonowania organizmu. Stopniowe zwiększanie dynamiki, zespolone ze zmianą brzmienia głosu terapeuty na zdecydowanie bardziej wyrazisty i prężny, miało na celu zmotywowanie uczestników sesji do przejścia w stan aktywności.

Zabiegiem mającym na celu ułatwienie osiągnięcia stanu relaksu, utrzymanie go, a niekiedy pogłębienie w przebiegu sesji, było uzupełnienie muzycznej strony każdej sesji odgłosami natury. Stanowią one dodatkowy czynnik konsolidujący poszczególne fazy kierowanej wizualizacji. Rolą dźwięków natury, prezentowanych w tle fazy indukcji i sugestii, było przede wszystkim utrzymywanie stanu relaksu, jak również wywołanie pozytywnych wyobrażeń. Odgłosy łąki, lasu czy szumu morskich fal stanowią substytut kontaktu z żywą naturą, oddziałują na podświadomość odbiorcy. Pojawiają się one w trzeciej fazie sesji terapeutycznej i trwają aż do rozpoczęcia fazy piątej. Schemat ten został zachowany przez wszystkie sesje.

Instrukcje słowne

Kolejnym, bardzo ważnym, elementem programu były instrukcje słowne towarzyszące muzyce od samego początku każdej sesji. Tekst prezentowany na tle muzyki dostosowany był do poszczególnych faz sesji według określonych poniżej reguł.

Przed rozpoczęciem treningu relaksacyjnego na każdej z sesji prezentowana była, na tle muzyki relaksacyjnej, dwuipółminutowa instrukcja słowna — identyczna w trakcie całego przebiegu programu. Zawarte w niej zostały instrukcje dotyczące przyjęcia odpowiedniej pozycji ciała, rozluźnienia się, skupienia i koncentracji na oddechu. Oprócz charakteru informacyjnego miała ona na celu wyciszenie wewnętrzne uczestników programu, dawała także dodatkowy czas na przygotowanie się do ćwiczeń relaksacyjnych i wizualizacji.

Faza treningu autogennego miała dwa warianty. Przez pierwsze dwa tygodnie trwania programu (sesje I–IV) ograniczono się jedynie do sugestii ciężkości. Dopiero począwszy od sesji piątej trening autogenny został rozszerzony o kolejny jego etap, wprowadzający sugestię odczuwania ciepła.

Faza indukcji miała za zadanie pogłębić i utrwalić stan relaksu osiągany przez uczestników sesji. Sugestie przekazywane w tej części sesji formułowane były w taki sposób, aby pobudzać do odczuwania możliwie największą liczbę zmysłów. Bardzo często treść sugestii odwoływała się do odczuć ciepła; przyjemnych wrażeń płynących ze zmysłu powonienia i dotyku; postrzegania pastelowych barw — w szczególności żółci, zieleni i błękitu.

Oto przykładowy fragment tekstu z fazy indukcji:

„Jest słoneczny, letni dzień [...] Idziesz wolno brzegiem morza. Stąpasz po żółtym, gładkim piasku. Bose stopy zapadają się w nim. Jest bardzo miękki i ciepły. Czujesz spokój i odprężenie [...] Aromat żywicznych drzew miesza się z zapachem wody [...] Wokół ciebie unosi się cudowny bukiet zapachów i barw. Kładziesz się na plaży. Układasz się bardzo wygodnie. Twoje ciało grzeje ciepły piasek i słońce. Leniwie bawisz się ciepłym piaskiem.

Czujesz spokój i odprężenie [...] Z każdym oddechem odprężasz się coraz głębiej. Zamykasz oczy i czujesz delikatne ciepło słońca na swoich powiekach, policzkach, włosach, szyi i całym ciele. Przepelnia cię uczucie szczęścia i miłości. Ono jest wszędzie. W tobie i wokół ciebie. Czujesz zupełny spokój i odprężenie. Całkowite odprężenie. Czujesz się wspaniale”.

Faza sugestii była centralnym punktem każdej sesji. Zawarte w niej wizualizacje stworzone zostały przez autora pracy, bądź oparte były na tekstach zamieszczonych w książce J. Hadleya i C. Staudachera [2]. Wybrane teksty, pochodzące ze wspomnianej publikacji, zmodyfikowano i dostosowano do potrzeb programu rozwijania kompetencji emocjonalnych studentów. Ponadto zastosowano w nich reguły tzw. skutecznego języka, metamodelu znanego z neurolingwistycznego programowania [3]. Pośród reguł skutecznego języka za najważniejsze dla prezentowanego programu uznano równoczesne używanie wszystkich systemów reprezentacji (predykatów), świadome, poprawne stosowanie modalnych operatorów możliwości, właściwe operowanie czasem. Jednocześnie w tekstach wizualizacji unikano sformułowań negatywnych, jak również określeń zawierających przeczenie „nie”. Jak podkreślają J. O'Connor i J. Seymour [3, s. 148], negatywy istnieją jedynie na poziomie języka, nie zaś w doświadczeniu, w związku z czym nieświadomość przyjmuje je tak jak pozytywne, co w konsekwencji może prowadzić do trudnych do przewidzenia przeinaczeń (zniekształceń sugestii). Pozytywne sugestie wydają się wobec tego bardziej bezpośrednim i bezpiecznym środkiem oddziaływania.

Teksty wizualizacji zawarte w fazie indukcji miały charakter afirmacyjny, odnosiły się do poczucia własnej wartości, uczenia się, motywacji do osiągnięcia sukcesu.

O skuteczności terapii decyduje między innymi właściwie ustalony i przybliżony uczestnikowi jej cel. Wskazane jest, aby cel i treść wizualizacji spełniały następujące kryteria [3]:

1. Cel musi być pozytywny.
2. Osoba uczestnicząca w terapii winna mieć możliwość odgrywania aktywnej roli w dążeniu do osiągnięcia celu (musi mieć możliwość podejmowania działań przybliżających do osiągnięcia celu).
3. Cel powinien być określony jak najbardziej szczegółowo.
4. W procesie terapii ustalone winny być znaki świadczące o osiągnięciu celu.
5. Cel musi być możliwy do osiągnięcia.
6. Uczestnik terapii powinien być świadomy pozytywnych zmian, jakie nastąpią w jego funkcjonowaniu w rezultacie osiągnięcia celu.

Teksty poszczególnych wizualizacji w fazie sugestii konstruowane były ze świadomością i z uwzględnieniem powyższych założeń. Tekst wizualizacji prezentowany był w taki sposób, aby każdy uczestnik miał możliwość ingerencji w obrazy, uzupełniania ich treściami wypływającymi z własnych skojarzeń i doświadczeń. W tym celu stosowano kilku- lub kilkunastosekundowe pauzy w trakcie prezentacji tekstu. Dawały one czas na zareagowanie na sugestie, podkreślały znaczenie poszczególnych sugestii, jak również stwarzały możliwość wypełnienia luk — świadomie pozostawionych w tekście wizualizacji — obrazami płynącymi z podświadomości ćwiczącego, z zasobu jego indywidualnych doświadczeń. W ten sposób — komponując powstające w umyśle obrazy — uzyskiwał on pewien zakres kontroli, poczucie „sprawczości”, co zapewne powodowało jego większe zaangażowanie się w proces terapii i mogło pozytywnie wpłynąć na jej rezultaty.

W wizualizacjach odnoszących się do sytuacji mogących wywoływać lęk (np. egzamin) stosowano zabieg przeciwny — uczestnicy sesji zachęceni byli do możliwie najbardziej szczegółowego wyobrażenia sobie poszczególnych scen, skupiania się na detalach. Taki sposób wizualizowania wiąże się z tezą, iż koncentracja na szczegółach wpływa na zmniejszenie się poziomu lęku związanego z daną sytuacją [4].

W wizualizacjach zawartych w fazie sugestii wielokrotnie odwoływano się do wyobrażeń idealnych, do wizji sukcesu. Dostarczenie umysłowi mocnego, pozytywnego obrazu własnej osoby, wizji siebie działającego skutecznie, a także pozytywnych konsekwencji tych działań, czyni sukces bardziej prawdopodobnym. Umiejętność wyobrażenia sobie „ja idealnego” w sposób możliwie najbardziej realny może działać na zasadzie samospełniającej się przepowiedni [3, s. 89]. Może zwiększać wiarę w siebie i poczucie własnej wartości, motywować do stawiania czoła wyzwaniom. Stan elacji, czyli podwyższonego nastroju wyzwalanego w sytuacjach, gdy człowiek spostrzega możliwość odniesienia osiągnięcia sukcesu, powiązany jest z uruchomieniem działań zmierzających do osiągnięcia celu [5, s. 45]. Podkreśla się także, że ludzie potrafiący dostrzec pożądaną cel jako realny, mocniej do niego dążą, nawet w sytuacjach, kiedy dochodzenie do niego jest trudne i powolne [6].

Dostrzeganie rozbieżności między wyobrażeniem idealnym a zastaną rzeczywistością może pobudzać do działania, motywować do pracy nad sobą [6, 7]. Może też odgrywać

rolę swoistego programu sterującego działaniami zmierzającymi do realizacji wizji idealnej. W tym przypadku droga do osiągnięcia celu wiedzie przez tzw. wizje sterujące, czyli takie, które dadzą się realizować w rzeczywistości. Im większe jest przekonanie o możliwości „spełnienia się” wizji, tym większa jest możliwość realnego zaistnienia jej w rzeczywistości [8, s. 18].

Analogicznie jak w muzyce, faza toniczności była niezmienna również w odniesieniu do tekstu. Prezentowany tekst miał wspomagać przejście ze stanu relaksu do stanu aktywności organizmu, a także wpływać na zaakceptowanie „ja realnego”. Uczestnicy byli zachęceni do zaakceptowania własnej osoby oraz swoich wyobrażeń poprzez podziękowanie sobie za wszystkie przeżycia.

Ostatnią fazą każdego spotkania była werbalizacja przeżycia. Według J. Dollarda i N. E. Millera [9] werbalizacja przeżycia podnosi poziom uświadomienia go sobie oraz ułatwia jednostce samokontrolę życia wewnętrznego i zachowania. Była to jedyna część sesji bez udziału muzyki. Czas ten przeznaczony był na podzielenie się przeżyciami i opisanie wyobrażeń, które pojawiły się w trakcie sesji. Nie stosowano żadnego nacisku czy przymusu — mógł to robić każdy, kto miał na to ochotę. Obowiązywały jedynie zasady ujęte w kontrakcie terapeutycznym. Zdarzało się, że uczestnicy prosili o chwilę rozmowy bez udziału osób trzecich.

Z reguły dużym zaskoczeniem były dla nich ich reakcje i przeżycia w trakcie kolejnych sesji. Pośród nich należy wymienić lży podczas wizualizacji (często uczestnicy zdawali sobie z tego sprawę dopiero po zakończeniu wizualizacji), dreszcze, uczucie lewitowania, niekiedy bóle głowy (pojawiały się również stwierdzenia, że sesje usuwały bóle głowy).

W prezentacji tekstu stosowano głównie technikę permissywną, polecaną szczególnie w sesjach grupowych [2]. Polega ona na takiej modulacji przez terapeutę głosu, aby jego ton i barwa ułatwiały utrzymanie uczestników sesji w stanie relaksu. Tempo prezentacji tekstu i brzmienie głosu terapeuty ulegało zmianie w trakcie sesji — od naturalnego w kierunku wolniejszego, barwy bardziej miękkiej, w niskim rejestrze. Zarówno tempo mówienia, jak i barwa głosu terapeuty stopniowo powracały do swojego naturalnego rytmu i wysokości w trakcie fazy toniczności.

W tekstach poszczególnych sesji wykorzystano tzw. kotwice, znane z NLP-owskich technik wywołania i kotwiczenia. Techniki te polegają na wywoływaniu konkretnych stanów emocjonalnych (najczęściej za pomocą obrazów i wspomnień), a następnie na ustanowieniu kojarzonych z nimi punktów zaczepienia, tzw. kotwic. Kotwica to bodziec, który jest połączony ze stanem fizjologicznym i który ten stan wyzwała. Mogą być nią gesty, słowa, praktycznie wszystko, co umożliwia człowiekowi dostęp do stanów emocjonalnych. W prezentowanym programie terapii trening relaksacyjny J. H. Schultza, przeplatany był sugestią: „odczuwasz spokój i odprężenie”. Sugestią tą posługiwano się dodatkowo w dalszych etapach sesji wizualizacyjnej jako tzw. kotwicą słuchową, której celem było pogłębienie lub podtrzymanie stanu relaksu — zarówno w fazie indukcji, jak i fazie sugestii.

Wielokrotne powtarzanie słów „spokój i odprężenie”, w fazie relaksacji i indukcji podczas każdej sesji terapii, miało, w zamierzeniu autora, wytworzyć połączenia pomiędzy brzmieniem niniejszego zwrotu a fizjologicznym stanem odprężenia, spokoju, bezpieczeństwa. Wydaje się, że powyższe sformułowanie, skojarzone w treningu relaksacyjnym

z rzeczywistym stanem odprężenia i relaksu, może stanowić hasło ułatwiające osiągnięcie podobnego stanu w sytuacjach życia codziennego. Wedle założeń psychoterapii NLP, wypowiedzenie czy nawet pomyślenie tych słów w przyszłości w sytuacji stresowej mogłoby spowodować obniżenie poziomu stresu, zmotywować jednostkę do podjęcia wyzwania, ułatwić kontrolę negatywnych emocji. Studenci uczestniczący w terapii zostali poinformowani o powyższych założeniach i poinstruowani, w jaki sposób można realizować je w realnych sytuacjach stresowych, np. przed egzaminem lub w jego trakcie. Destrukcyjne zachowania, jak na przykład paraliżujący strach przed egzaminem, zostały nabyte w toku kontaktów społecznych — można zatem je zmienić, „odprogramować” poprzez pracę i ćwiczenia [5, s. 44].

Oprócz zastosowania omówionych powyżej koncepcji i technik terapeutycznych, niezwykle duże znaczenie dla właściwego przebiegu terapii ma odpowiednia atmosfera panująca w trakcie spotkań. Stworzenie przez terapeutę pozytywnego klimatu otwartości i zaufania jest niezwykle istotne, gdyż daje uczestnikom terapii podłoże „otwarcia się”, opisywania własnych przeżyć w fazie werbalizacji przeżycia.

Uczestniczenie w programie sprawiało większości studentów radość. Spotkania stały się niejako ucieczką od problemów dnia codziennego. Był to czas, który każdy z uczestników poświęcał sobie — poznawaniu, odkrywaniu i doskonaleniu siebie. Odnosiło się wrażenie, że to ich fascynuje i zarazem intryguje.

Procedury badawcze

W celu oceny skuteczności programu przebadano 90 studentów Wydziału Pedagogiki i Psychologii UMCS w Lublinie. W przeprowadzonych badaniach zastosowano model eksperymentalny z udziałem dwóch grup równoległych (45 osób w grupie eksperymentalnej i 45 osób w grupie kontrolnej). Celem sprawdzenia trwałości zaistniałych zmian, studenci uczestniczący w programie terapii zostali dodatkowo przebadani w 3 miesiące od jej zakończenia.

Zajęcia odbywały się w grupach 8-, 12-osobowych. Każda z dziewięciu sesji programu odtwarzana była z płyty kompaktowej. Wszystkie osoby biorące udział w eksperymencie otrzymywały na czas sesji karimatę i poduszkę.

Ze względu na brak jednego, odpowiednio precyzyjnego narzędzia określającego poziom kompetencji emocjonalnych zdecydowano się na użycie kilku narzędzi, mierzących m.in. samoocenę, nasilenie lęku, poziom przystosowania, czyli właściwości, które — zdaniem autora — są najważniejsze dla oceny poziomu osobistych kompetencji emocjonalnych. Zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Ch. D. Spielbergera, Skalę Samooceny W. H. Fittsa, Test Zdań Niedokończonych J. B. Rottera oraz ankietę skonstruowaną do mierzenia wybranych elementów kompetencji emocjonalnych (na podstawie objawów lękowych, poziomu przystosowania, wiary we własne możliwości i optymizmu).

Wyniki

Przed rozpoczęciem programu terapii dokonano porównania grupy eksperymentalnej i kontrolnej za pomocą testu *t* dla dwóch grup niezależnych. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Wyniki pomiarów nie wykazały istotnych statystycznie różnic między grupami.

W rezultacie przeprowadzonych badań ustalono, że uczestniczenie w terapii istotnie obniżyło nasilenie lęku u studentów. Wyniki uzyskane w badaniu za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku Ch. D. Spielbergera wskazują na radykalny spadek nasilenia lęku u studentów z grupy eksperymentalnej. Różnice między pomiarem początkowym a końcowym w tej grupie badanych były istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Badania dokonane w grupie kontrolnej nie wykazały istotnych statystycznie zmian w zakresie poziomu lęku. Dodatkowy pomiar, przeprowadzony w grupie osób poddanych terapii trzy miesiące po

Tabela 1. **Zmiany poziomu lęku jako stanu i cechy u badanych studentów, ujawnione za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (ISCL) Ch. D. Spielbergera**

| Grupa | Lęk jako | Pretest | | Posttest | | Test-t | (p) |
|-----------------|----------|---------|------|----------|------|--------|---------|
| | | M | SD | M | SD | | |
| Eksperymentalna | stan | 9,73 | 5,42 | 4,84 | 4,17 | 5,685 | (0,000) |
| | cecha | 16,04 | 6,52 | 11,60 | 6,50 | 4,761 | (0,000) |
| Kontrolna | stan | 12,04 | 6,32 | 11,47 | 6,43 | 0,625 | (0,535) |
| | cecha | 18,47 | 6,60 | 18,33 | 7,30 | 0,154 | (0,878) |

Podkreślono wyniki, których poziom istotności statystycznej wynosi $p < 0,05$

Tabela 2. **Trwałość zmian poziomu lęku jako stanu i cechy u studentów uczestniczących w terapii, ujawniona za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (ISCL) Ch. D. Spielbergera**

| Grupa | Lęk jako | Posttest (po terapii) | | 3 miesiące po terapii | | Test-t | (p) |
|-----------------|----------|-----------------------|------|-----------------------|------|--------|---------|
| | | M | SD | M | SD | | |
| Eksperymentalna | stan | 4,84 | 4,17 | 4,86 | 4,56 | -0,031 | (0,975) |
| | cecha | 11,60 | 6,50 | 11,53 | 4,96 | 0,092 | (0,927) |

zakończeniu programu terapii, wykazał, iż uzyskane pozytywne zmiany są trwałe. Zmiany w nasileniu lęku u badanych studentów ilustrują tabele 1 i 2.

U studentów uczestniczących w terapii nastąpiła wyraźna poprawa obrazu własnej osoby, co stwierdzono analizując dane zebrane za pomocą Skali Samooceny W. H. Fittsa. W obrębie prawie wszystkich wymiarów obrazu siebie, wyszczególnionych przez W.H. Fittsa, zaobserwowano znaczny wzrost wyników uzyskanych przez studentów z grupy eksperymentalnej. Uzyskane rezultaty badań wskazują na korzystne zmiany między innymi w zakresie: globalnego wskaźnika pozytywnego, zadowolenia, oceny zachowania oraz „ja fizycznego”. Badanie wykonane 3 miesiące po zakończeniu terapii ukazało trwałość zaobserwowanych zmian. Dodatkowo, porównanie wyników uzyskanych przez studentów z grupy eksperymentalnej w pomiarze początkowym z wynikami uzyskanymi 3 miesiące po zakończeniu terapii ujawniło dalsze korzystne zmiany w zakresie takich czynników, jak: „ja moralno-etyczne” ($p = 0,020$), „ja rodzinne” ($p = 0,003$) i „ja społeczne” ($p = 0,005$). Należy zauważyć, że w tym czasie u studentów z grupy kontrolnej odnotowano

tendencję do utrzymywania się lub pogorszenia średnich wyników (w zakresie czynnika „tożsamość”). W tabeli 3 i 4 zamieszczono wyniki pomiarów dokonanych za pomocą

Tabela 3. Zmiany w zakresie samooceny u studentów z grupy eksperymentalnej, ujawnione za pomocą Skali Samooceny W. H. Fittsa

| Czynnik | Pretest | | Posttest | | Test-t | (p) |
|-----------------------------|---------|-------|----------|-------|--------|----------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| Globalny wskaźnik pozytywny | 338,31 | 23,57 | 349,84 | 27,58 | -3,557 | <u>(0,001)</u> |
| Samokrytycyzm | 33,64 | 5,56 | 32,78 | 5,25 | 1,155 | (0,254) |
| Tożsamość | 118,93 | 8,41 | 121,02 | 10,13 | -1,575 | (0,122) |
| Zadowolenie | 108,33 | 11,84 | 113,62 | 12,09 | -3,707 | <u>(0,001)</u> |
| Zachowanie | 111,04 | 8,95 | 115,20 | 9,64 | -3,091 | <u>(0,003)</u> |
| Ja fizyczne | 67,60 | 7,31 | 72,00 | 7,81 | -5,081 | <u>(0,000)</u> |
| Ja moralno-etyczne | 72,58 | 7,07 | 74,04 | 7,38 | -1,413 | (0,165) |
| Ja personalne | 67,44 | 7,17 | 69,89 | 6,59 | -2,332 | (0,024) |
| Ja rodzinne | 65,44 | 7,80 | 67,31 | 8,89 | -1,904 | (0,063) |
| Ja społeczne | 65,24 | 4,71 | 66,60 | 5,59 | -1,861 | (0,069) |

Podkreślono wyniki, których poziom istotności statystycznej wynosi $p < 0,05$

Tabela 4. Zmiany w zakresie samooceny studentów z grupy kontrolnej, ujawnione za pomocą Skali Samooceny W. H. Fittsa

| Czynnik | Pretest | | Posttest | | t-test | (p) |
|-----------------------------|---------|-------|----------|-------|--------|----------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| Globalny wskaźnik pozytywny | 334,98 | 32,68 | 331,33 | 35,36 | 1,139 | (0,261) |
| Samokrytycyzm | 36,07 | 5,22 | 34,76 | 5,93 | 1,699 | (0,096) |
| Tożsamość | 120,00 | 9,04 | 116,49 | 10,39 | 2,956 | <u>(0,005)</u> |
| Zadowolenie | 106,82 | 14,90 | 107,31 | 13,35 | -0,444 | (0,659) |
| Zachowanie | 108,16 | 12,29 | 107,53 | 14,38 | 0,384 | (0,703) |
| Ja fizyczne | 66,93 | 8,53 | 67,22 | 9,25 | -0,337 | (0,737) |
| Ja moralno-etyczne | 70,64 | 8,61 | 69,80 | 7,79 | 0,898 | (0,374) |
| Ja personalne | 66,31 | 7,60 | 66,04 | 7,93 | 0,322 | (0,749) |
| Ja rodzinne | 65,38 | 9,66 | 63,93 | 10,21 | 1,545 | (0,130) |
| Ja społeczne | 65,71 | 6,31 | 64,33 | 6,76 | 1,632 | (0,110) |

Podkreślono wyniki, których poziom istotności statystycznej wynosi $p < 0,05$

Tabela 5. Trwałość zmian w zakresie samooceny studentów uczestniczących w terapii, ujawniona za pomocą *Skali Samooceny W. H. Fittsa*

| Czynnik | Posttest (po terapii) | | 3 miesiące po terapii | | Test-t | (p) |
|-----------------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|--------|----------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| Globalny wskaźnik pozytywny | 349,84 | 27,58 | 351,51 | 27,30 | -0,479 | (0,634) |
| Samokrytycyzm | 32,78 | 5,25 | 34,33 | 5,08 | -2,828 | <u>(0,007)</u> |
| Tożsamość | 121,02 | 10,13 | 121,24 | 10,86 | -0,163 | (0,871) |
| Zadowolenie | 113,62 | 12,09 | 114,53 | 12,53 | -0,516 | (0,609) |
| Zachowanie | 115,20 | 9,64 | 115,73 | 8,53 | -0,452 | (0,654) |
| Ja fizyczne | 72,00 | 7,81 | 71,27 | 9,22 | 0,635 | (0,529) |
| Ja moralno-etyczne | 74,04 | 7,38 | 74,64 | 6,94 | -0,678 | (0,502) |
| Ja personalne | 69,89 | 6,59 | 70,22 | 6,08 | -0,423 | (0,675) |
| Ja rodzinne | 67,31 | 8,89 | 67,84 | 8,45 | -0,509 | (0,613) |
| Ja społeczne | 66,60 | 5,59 | 67,53 | 5,07 | -1,214 | (0,231) |

Podkreślono wyniki, których poziom istotności statystycznej wynosi $p < 0,05$

Skali Samooceny W. H. Fittsa u studentów z grupy eksperymentalnej i kontrolnej. Tabela 5 obrazuje trwałość zmian zaobserwowanych w grupie eksperymentalnej.

W celu oszacowania poziomu przystosowania emocjonalnego studentów użyto projekcyjnego Testu Niedokończonych Zdań J. B. Rottera. Okazało się, że w ciągu miesiąca uczestniczenia w sesjach muzykoterapii i wizualizacji zdecydowanie podniósł się poziom przystosowania u studentów z grupy eksperymentalnej, przy jednoczesnym bardzo wyraźnym wzroście nieprzystosowania u osób z grupy kontrolnej.

W przypadku tego składnika kompetencji emocjonalnych wykazano, iż osiągnięcia u uczestników terapii poprawa nieco się zmniejsza. Warto jednak zaznaczyć, że uzupełnienia zdań, dokonywane przez studentów z grupy eksperymentalnej po zakończeniu terapii, świadczyły o zdecydowanie mniejszym, niż przed rozpoczęciem programu, przeżywaniu przez nich problemów emocjonalnych. Wyraźnej poprawie uległ również koloryt emocjonalny uzupełnień zdań. Wyniki pomiarów za pomocą testu J. B. Rottera zamieszczono w tabelach 6 i 7.

Tabela 6. Zmiany w zakresie poziomu przystosowania, mierzonego za pomocą *Testu Niedokończonych Zdań J.B. Rottera*

| Grupa | Pretest | | Posttest | | Test-t | (p) |
|-----------------|---------|-------|----------|-------|--------|----------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| Eksperymentalna | 122,33 | 12,83 | 110,09 | 12,11 | 7,191 | <u>(0,000)</u> |
| Kontrolna | 118,07 | 12,26 | 122,22 | 12,11 | -2,784 | <u>(0,008)</u> |

Podkreślono wyniki, których poziom istotności statystycznej wynosi $p < 0,05$

Tabela 7. **Trwałość zmian w zakresie poziomu przystosowania, mierzonego za pomocą Testu Niedokończonych Zdań J.B. Rottera**

| Grupa | Posttest (po terapii) | | 3 miesiące po terapii | | Test-t | (p) |
|-----------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|--------|---------|
| | M | SD | M | SD | | |
| Eksperymentalna | 110.09 | 12.11 | 113.29 | 11.38 | -2,057 | (0,046) |

Podkreślono wyniki, których poziom istotności statystycznej wynosi $p < 0,05$

Wyniki pomiarów wykonanych za pomocą narzędzi psychologicznych znalazły potwierdzenie w odczuciach studentów (dane zebrano za pomocą skonstruowanej w tym celu ankiety). Studenci z grupy eksperymetalnej dostrzegli u siebie korzystną zmianę w zakresie kompetencji emocjonalnych — przede wszystkim zauważyli wyraźne zmniejszenie się obaw o ośmieszenie się na zajęciach ($p = 0,001$), co można wiązać z podniesieniem się ich samooceny oraz poziomu wiary w siebie. Spostrzegli również zdecydowaną poprawę samopoczucia ($p = 0,005$). W tym samym czasie u studentów z grupy kontrolnej w przypadku aż pięciu twierdzeń odnotowano zmiany wyników, wskazujące na pogorszenie się oceny dotyczącej poziomu ich kompetencji emocjonalnych. W przypadku twierdzenia „martwię się wynikami najbliższej sesji” pogorszenie było wysoce istotne statystycznie ($p = 0,001$).

Wnioski

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż u studentów uczestniczących w terapii każdy z testów wykonanych bezpośrednio po jej zakończeniu wskazał na ogólną poprawę wyników. Jedynie w zakresie kilku zmiennych uzyskane zmiany średnich wyników nie były istotne statystycznie, jednak w takich sytuacjach najczęściej w grupie kontrolnej odnotowywano istotne statystycznie pogorszenie się wyników. W takich przypadkach można mówić o profilaktycznej roli zastosowanej terapii.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają tezę, że program muzykoterapii może być efektywny, osiągnięte zaś, pozytywne zmiany — względnie trwałe. Co ważne, uczestnicy zajęć określili je jako skuteczne i zarazem bardzo przyjemne, pozytywnie wyrażali się o zaproponowanym programie terapii oraz jego wpływie na ich funkcjonowanie. Wspominali najczęściej o wyciszeniu się, odprężeniu, poprawie wiary w siebie czy wzroście optymizmu. Oczywiście należy pamiętać, że osiągnięte pozytywne wyniki odnoszą się jedynie do wybranych aspektów kompetencji emocjonalnych, szacowanych na podstawie nasilenia lęku, poziomu przystosowania emocjonalnego i samooceny. Jednak fakt, iż znaczne korzyści osiągnięte zostały już po kilku tygodniach pracy przy oddziaływaniu wyłącznie na wybrane przejawy kompetencji emocjonalnych, daje podstawy do twierdzenia, że nawet krótkotrwała terapia zmierzająca do rozwijania kompetencji emocjonalnych może być efektywna.

Piśmiennictwo

1. Goleman D. Inteligencja emocjonalna w praktyce. Poznań: Media Rodzina; 1999.
2. Hadley J, Staudacher C. Hipnoza. Gdańsk: GWP; 2001.

3. O'Connor J, Seymour J. NLP. Wprowadzenie do programowania neurolingwistycznego. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 1996.
4. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.
5. Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: PWN; 2002.
6. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cogn. Ther. Res.* 1992; 2: 201–228.
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychol. Rev.* 1977; 84: 191–215.
8. Reykowski J. Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość. Warszawa: PWN; 1986.
9. Dollard J, Miller NE. Osobowość i psychoterapia. Warszawa: PWN; 1997.

Adres: Dr Krzysztof Stachyra
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
Zakład Muzykoterapii i Edukacji Muzycznej
al. Kraśnicka 2A, 20-718 Lublin
e-mail: muzykoterapia@wp.pl