

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu**

Justyna Chelmińska

*Wpływ terapii śpiewem na stan psychiczny chorych
z jądłowstrętem psychicznym*

Praca doktorska

*Promotor: dr hab. Filip Rybakowski
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu*

Poznań, 2013

**Mojemu Promotorowi,
Panu Docentowi Filipowi Rybakowskiemu
serdecznie dziękuję za życzliwość
i cenne uwagi w trakcie pracy**

SPIS TREŚCI

1.	Wstęp	
1.1	Jadłowstręt psychiczny.....	5
1.2	Zaburzenia nastroju chorych na jadłowstręt psychiczny.....	8
1.3	Aleksytymia.....	12
1.4	Muzykoterapia.....	15
1.5	Terapia śpiewem.....	19
1.6	Neurofizjologia w muzykoterapii.....	23
1.7	Motywacja i celowość badania.....	25
2.	Cel pracy.....	27
3.	Metodologia.....	28
3.1	Badanie jakościowe – ustalenie repertuaru do wykorzystania podczas terapii śpiewem zespołowym.....	28
3.2	Badanie skuteczności oddziaływania śpiewu zespołowego na zaburzenia nastroju.....	31
3.2.1	Charakterystyka ogólna grupy badanej.....	31
3.2.2	Narzędzia badawcze służące do oceny zaburzeń nastroju i skuteczności terapii.....	32
3.2.3	Badania dodatkowe.....	34
3.2.4	Kryteria włączenia do badania.....	35
3.2.5	Kryteria wyłączenia z badania.....	36
3.2.6	Plan badań i procedury.....	36
4.	Wyniki badań.....	38
4.1	Wyniki badania jakościowego – ustalenie repertuaru do wykorzystania w badaniu.....	38

4.2	Analiza porównawcza grupy badawczej i grupy porównawczej przed rozpoczęciem badania.....	39
4.3	Ocena skuteczności oddziaływań terapeutycznych w grupie badawczej i grupie porównawczej.....	40
5.	Dyskusja.....	47
5.1	Zaburzenia nastroju w jadłowstręcie psychicznym.....	48
5.2	Aleksytymia w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.....	52
6.	Wnioski.....	55
7.	Streszczenie.....	56
8.	Summary.....	59
9.	Bibliografia.....	62
10.	Spis tabel i rycin.....	71
11.	Załączniki.....	73

1. WSTĘP

1.1 Jadłowstręt psychiczny

Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) jest zespołem chorobowym polegającym na zaburzeniu nawyków żywieniowych prowadzących do ograniczenia masy ciała poniżej norm przyjętych w odniesieniu do wzrostu i wieku. W obrazie klinicznym dominują nieprawidłowe wzorce zachowań związanych z jedzeniem, zaburzenia postawii spostrzeżeń dotyczących kształtów i wagi oraz obsesyjny lęk przed przybraniem masy ciała, co w konsekwencji prowadzi do znaczącego zmniejszania ilości przyjmowanego pożywienia. Choroba dotyczy głównie dziewcząt, obserwuje się dwa szczyty zachorowań – między 13 a 15 r.ż. oraz między 17 a 25 r.ż. Etiologia zespołu jest złożona i wieloczynnikowa, wyróżnić można czynniki psychologiczne (zaburzona samoocena, skłonność do perfekcjonizmu z pomniejszaniem wartości dotychczasowych osiągnięć, silna potrzeba sukcesu oraz kontroli swojego życia czy władzy nad własnym ciałem, często wygórowane ambicje), rodzinne (problematyczna separacja od systemu rodzinnego), społeczno-kulturowe (lansowany model szczupłej sylwetki czy oczekiwania od kobiety pełnienia wielu, z trudem dających się pogodzić ról społecznych) oraz biologiczne, oparte głównie na zaburzeniach współdziałania układów decydujących o przyjmowaniu posiłków, tj. homeostatycznego

(aktywność zespołu jąder podwzgórza, które odbierają sygnały z układów neurologicznego i pokarmowego), niehomeostatycznego (działanie układu dopaminergicznego) i układu samoregulacji. [67] Istotnym czynnikiem biologicznym w patogenezie jadłowstrętu psychicznego są zaburzenia hormonalne związane z dysfunkcją osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (PPN). Oś ta jest uporządkowanym układem strukturalno – czynnościowym, będącym ważną częścią systemu neuroendokrynnego i regulującym procesy utrzymujące homeostazę organizmu. Regulacja wydzielania hormonów (CRH, ACTH) odbywa się poprzez ujemne sprzężenie zwrotne między poszczególnymi piętrami osi PPN w związku z oddziaływaniem kortyzolu na receptory glikokortykoidowe znajdujące się w przysadce, podwzgórzu i strukturach układu limbicznego (hipokampie i jądrze migdałowatym). W jadłowstręcie psychicznym obserwuje się wzmożoną aktywację osi PPN – u pacjentów z anoreksją zauważa się podwyższony poziom kortyzolu we krwi oraz w moczu [103], który na ogół ulega normalizacji po odzyskaniu masy ciała pacjentów [62,21].

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego wg DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision) obejmują:

- A. Odmowę utrzymywania masy ciała na poziomie minimalnej masy prawidłowej dla wzrostu i wieku lub ponad tym poziomem (np. spadek masy ciała prowadzący do utrzymania masy ciała poniżej 85% oczekiwanej albo niepowodzenie osiągnięcia oczekiwanego przyrostu masy ciała w okresie

wzrostu prowadzące do masy mniejszej niż 85% oczekiwanej).

B. Nasilona obawa przed przyrostem masy ciała i przytyciem, nawet w przypadku niedostatecznej masy ciała.

C. Zakłócenie sposobu przeżywania masy i kształtu własnego ciała, nadmierny wpływ masy ciała lub jego kształtu na samoocenę albo zaprzeczanie powadze aktualnie niskiej masy ciała.

D. U kobiet po rozpoczęciu miesiączkowania, brak miesiączki, tzn. brak co najmniej trzech kolejnych cykli miesięcznych (jeśli miesiączka występuje tylko w następstwie stosowania hormonów, np. estrogenów, kobieta uważana jest za niemiesiączkującą).

Charakterystyczny dla zespołu jest brak krytycyzmu wobec choroby i częsta niechęć do podjęcia leczenia. Leczeniem z wyboru jest psychoterapia z rozróżnieniem terapii rodzinnej, indywidualnej behawioralno-poznawczej, grupowej, psychoanalizy czy pracy z ciałem. W zależności od przebiegu choroby stosuje się także leczenie objawów somatycznych. Wyzdrowienie obserwuje się u 40 – 77% pacjentów, częściowa poprawa występuje w granicach od kilku do 40%, natomiast przewlekły przebieg choroby notuje się u około 20% pacjentów. Najczęstszą przyczyną zgonów są zaburzenia ze strony układu krążenia, zaburzenia wodno-elektrolitowe oraz zamachy samobójcze wynikające z tendencji depresyjnych, które obserwuje się u większości pacjentek cierpiących na jadłowstręt psychiczny. [13, 84, 74, 82, 55]

1.2 Zaburzenia nastroju chorych na jadłowstręt psychiczny

Badanie prospektywne oceniające przebieg jadłowstrętu psychicznego wykonane przez Fichtera i zespół wykazało, iż u 76,6% pacjentów wystąpiła w wywiadzie towarzysząca anomalia psychiczna, przy czym 63,6% stanowiły zaburzenia nastroju o charakterze depresyjnym. [33] Z kolei w badaniu Herpertz – Dahlmann i zespołu oceniającym przebieg choroby i leczenia jadłowstrętu psychicznego wykazano, iż po 10 latach obserwacji u ponad połowy pacjentów występowały inne zaburzenia psychiczne, z czego (na I osi diagnostycznej w klasyfikacji DSM) najczęstszym schorzeniem były zaburzenia afektywne i lękowe. [51]

W badaniu kanadyjskim Enza i zespołu stwierdzono, iż częstość występowania depresji wśród kobiet hospitalizowanych z rozpoznaniem anoreksji (11,5%) była ponad dwukrotnie wyższa niż wskaźnik depresji (5,7%) w populacji ogólnej kanadyjskich kobiet. [28] Natomiast rezultatem metaanalizy Vince – Walker przeprowadzonej w 2008 roku, gdzie zestawiono 232 badania obejmujące pacjentów z zaburzeniami jedzenia i ich choroby towarzyszące było stwierdzenie lęku uogólnionego u 47% oraz depresji u 37% chorych z jadłowstrętem psychicznym. [104]

Według DSM-IV kryteria diagnostyczne epizodu depresji „dużej” (wielkiej) są następujące:

A. Pięć (lub więcej) z wymienionych objawów przez okres 2 tygodni prezentujących zmianę w stosunku do poprzedniego funkcjonowania;

co najmniej jednym z tych objawów powinien być:

- 1) nastrój depresyjny albo
- 2) utrata zainteresowań lub zdolności do odczuwania przyjemności.

Uwaga: Nie należy brać pod uwagę objawów, które są ściśle związane z ogólnym stanem zdrowia lub niezwiązane z nastrojem urojeniami lub omamami.

- 1) nastrój depresyjny; uwaga: u dzieci i młodzieży może to być nastrój drażliwy,
- 2) utrata zainteresowania lub zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia),
- 3) istotny spadek masy ciała w warunkach braku odchudzania lub wzrost masy ciała, albo spadek lub wzrost apetytu; uwaga: u dzieci i młodzieży brak osiągnięcia oczekiwanych przyrostów masy ciała,
- 4) bezsenność lub nadmierna senność,
- 5) pobudzenie lub opóźnienie psychoruchowe,
- 6) zmęczenie lub utrata energii,
- 7) poczucie bezwartościowości lub nieuzasadnione /wyołbrzymione poczucie winy,
- 8) obniżona zdolność myślenia lub koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji,
- 9) nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie.

B. Objawy nie spełniają kryteriów epizodu mieszanego.

C. Objawy powodują istotne cierpienie lub pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego i w innych ważnych dziedzinach.

D. Objawy nie wynikają z bezpośredniego efektu fizjologicznego substancji (np. nadużywanego leku) lub ogólnego stanu zdrowia (np. niedoczynności tarczycy).

E. Objawów nie można uzasadnić żałobą (tj. objawami depresji/smutku trwającymi krócej niż 2 miesiące).

Należy dodać, iż przy diagnozowaniu depresji powyższe objawy nie mogą być związane z chorobą somatyczną lub czynnikami organicznymi odpowiedzialnymi za utrzymywanie się zaburzenia, ani obserwowany stan nie jest zrozumiałą reakcją na śmierć ukochanej osoby czy też w żadnej z faz nie wystąpiły omamy lub urojenia. Nietypowe postacie depresji, gdzie zamiast podstawowych objawów pojawiają się inne cechy maskujące podstawowe schorzenie określane są mianem depresji maskowanej lub ekwiwalentu depresji. [13, 82]

Patogeneza zaburzeń nastroju wciąż jest tematem poszukiwań i sporów. Wczesne teorie koncentrowały się na neuroprzekaźnikach w poszczególnych regionach mózgu – w 1965 roku Schildkraut wprowadził hipotezę dotyczącą zakłóceń funkcjonowania monoamin: serotoniny, noradrenaliny i GABA. [12] Teorie te jednak mają kilka ograniczeń, nie wyjaśniają złożonej etiologii i współwystępowania lęku i depresji (model neurohormonalny – zwiększenie aktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, model monoaminoergiczny – dysfunkcja układów noradrenergicznego i serotoninergetycznego,

modele psychologiczne). Oczywiście jest również, że prekursorzy neuroprzekaźników nie mają działania przeciwlękowego i przeciwdepresyjnego. Nie obserwuje się zaburzenia syntezy tych neuroprzekaźników ani też nie istnieje nadmierna ich degradacja. Efekt kliniczny działania inhibitorów wychwytu zwrotnego monoamin (adrenaliny, serotoniny czy dopaminy) jest opóźniony do kilku tygodni, co sugeruje, że zmiany w poziomie neuroprzekaźników występują wtórnie do lęku i depresji. Obecne badania sugerują, że podstawowym mechanizmem zaangażowanym w patogenezę lęku i depresji jest deregulacja osi hipokamp – podwzgórze – przysadka – nadnercza (oś HPA). [3] Do głównych obszarów anatomicznych zaangażowanych w lęk i depresję są hipokamp i ciało migdałowate. Decydują one o emocjach i pamięci. Natomiast aktywacja receptorów CRF1 poprzez kortykotropinę uwalnianą przez czynnik wydzielany w jądrze przykomorowym podwzgórza jest związana z objawami zaburzeń lękowych i depresyjnych. CRF stymuluje również syntezę i uwalnianie adrenokortykotropiny (ACTH) z przedniego płata przysadki przez aktywację receptorów CRF. ACTH stymuluje syntezę i uwalnianie glikokortykosteroidów z kory nadnerczy (kortyzolu u ludzi i kortykosteronu u gryzoni) [87, 35]. Efekty działania uwolnionego kortyzolu to między innymi: zaburzenia poznawcze, objawy psychotyczne, niepokój, zespoły afektywne, anoreksja, utrata libido, zespół metaboliczny, zaburzenia snu. [3] Inna hipoteza dotycząca patogenezy depresji odnosi się do badań nad hipokampalnym czynnikiem BDNF (brain-derived neurotrophic factor) prowadzonych przez Castre i zespół w Helisinkach w 2007

roku. Dowiedli oni, że w zaburzeniach nastroju obserwuje się spadek BDNF, natomiast wzrost poziomu BDNF powoduje poprawę nastroju. [21]

1.3 Aleksytymia

W ostatnich latach wielu badaczy interesowało się zaburzeniami odczuwania emocji w przebiegu depresji. Wprowadzono termin aleksytymii (z gr. dosłownie „brak słów dla emocji”), czyli niemożności rozpoznawania swoich uczuć i nieumiejętności nazwania ich słowami, co w znacznym stopniu ogranicza wgląd we własne życie emocjonalne i upośledza procesy przetwarzania emocji. [90, 47, 99] Niezwykle częste występowanie aleksytymii w depresji potwierdza większość opublikowanych raportów.

Na przykład badanie Luca i zespół przeprowadzone we Włoszech potwierdziło bezpośredni związek aleksytymii z zaburzeniami depresyjnymi w grupie 75 przebadanych osób [65], natomiast w badaniu Bratis i zespołu w Grecji poszukiwano związku depresji i syndromu wypalenia zawodowego z zaburzeniami odczuwania i przeżywania emocji u personelu pielęgniarstwa. Stwierdzono ścisłe powiązanie depresji i wypalenia zawodowego z aleksytymią. [16]

Interesowano się również bezpośrednią korelacją statystyczną jadłowstrętu psychicznego i aleksytymii. W badaniu Taylor i zespół przeprowadzonym w Toronto przebadano grupę 48 chorych na *anorexia nervosa* za pomocą dwudziestostopniowego współczynnika

aleksytymii TAS-20 i porównano z innymi zaburzeniami psychicznymi obserwowanymi u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym (lęk uogólniony, zaburzenia interpersonalne, wycofanie) oraz grupą kontrolną amerykańskich studentek. Wyniki sugerują, że aleksytymia dotyczy kilku cech psychologicznych, które są charakterystyczne dla pacjentów z zaburzeniami jedzenia i wydaje się odgrywać znaczną rolę w rozwoju tych zaburzeń, ale nie ma związku z zaburzeniami postaw i zachowań dotyczących nieprawidłowego odżywiania się i postrzegania swojej wagi oraz kształtu ciała. [98]

Jednym z najważniejszych aspektów aleksytymii jest niezdolność do rozróżnienia oraz nazwania swoich uczuć za pomocą słów. Ten deficyt utrudnia kontrolę i samoregulację emocjonalną, co powoduje wykształcenie przez osobę aleksytymiczną mechanizmów obronnych odcinających od doświadczanych przeżyć uczuciowych. Dodatkowo blokuje zakomunikowanie otoczeniu informacji o swoim stanie, a także świadome przeżywanie emocji. [68] Pacjenci aleksytymiczni w konsekwencji nie potrafią rozpoznać emocji u otaczających ich osób. [89]

Kolejnymi cechami charakterystycznymi dla zaburzeń odczuwania emocji są skąpe wyobrażenia i brak fantazjowania, które skutkują znacznym ograniczeniem w zakresie kreatywności i tworzenia strategii rozwiązywania problemów. Ponadto u osób z aleksytymią obserwuje się wysoki poziom lęku przed niepowodzeniem, często przybierający formę kreowania negatywnego obrotu zdarzeń w wyobraźni. [89] Dominującym typem myślenia jest styl operacyjny, który jest wynikiem trudności osób

aleksytymicznych w zakresie myślenia abstrakcyjnego i wyobraźniowego, natomiast akcentuje skupianie się na konkretach i szczegółach. [72] Osoby aleksytymiczne na ogół nie potrafią zlokalizować źródła pobudzenia emocjonalnego, które rzeczywiście przeżywają, dlatego mają wrażenie braku kontroli nad swoim stanem, co najczęściej rodzi frustrację, negatywne uczucia i silną chęć unikania sytuacji stymulujących. Osoby te często mają obniżoną zdolność do przeżywania pozytywnych uczuć (radości, szczęścia czy miłości), zdecydowanie przeważają u nich uczucia pejoratywne [89]. Cechami charakterystycznymi są sztywna postawa ciała i ograniczona mimika twarzy.

Powyższe mechanizmy patologiczne wynikają przede wszystkim z trzech płaszczyzn trudności dotarcia do własnych odczuć: psychicznej regulacji emocji (skutkującej zachowaniami rozładowującymi lub unikaniem sytuacji stymulujących), wskaźników behawioralnych (styl poznawczy skierowany na bodźce zewnętrzne, a także brak zachowań empatycznych) oraz wskaźników fizjologicznych (jak nieumiejętność odróżnienia stanów fizjologicznego pobudzenia od tych wywołanych przez uczucia) [68].

Chorzy z wysokim nasileniem aleksytymii są najczęściej określani jako trudni pacjenci i zgodnie z wynikami badań nie rokują znacznego sukcesu terapeutycznego [102]. Najprawdopodobniej niepowodzenia terapeutyczne są efektem wykorzystania przez terapeutę kodu symbolicznego, czyli werbalizacji i oczekiwania odpowiedzi w tym samym kodzie. Terapeuta na ogół nie interpretuje zachowania pacjenta czy jego odczuć, tylko opowieść o nich, czyli narrację. Chory

zazwyczaj ma za zadanie spontanicznie opowiedzieć swoje trudności, czyli ubrać przeżycia (emocje) w słowa. Jak wielokrotnie obserwowano, już sam fakt opisanie problemu ma pozytywne efekty (*'talking cure'*). [72]

1.4 Muzykoterapia

Znaczący wpływ muzyki na emocje człowieka dostrzega właściwie każdy, kto z tą dziedziną sztuki ma (lub miał) jakikolwiek kontakt. Już Platon zauważał: „Muzyka i rytm znajdują drogę do najbardziej tajemnych miejsc naszej duszy” [27], a związki medycyny i muzyki istnieją właściwie od zarania ludzkości. Dla człowieka pierwotnego muzyka miała znaczenie magiczne i mistyczne, z pewnością była częścią codziennych zajęć i czynności kultowych. Rytuały lecznicze z muzyką w roli panaceum stosowane były przede wszystkim do leczenia przewlekłych schorzeń psychosomatycznych, a także zaburzeń psychicznych (jak na przykład psychoza depresyjno – maniakalna) czy napięciowych bólów głowy. [37] Historia leczenia muzyką aż do wieku XX opiera się głównie na poszukiwaniu związków aspektów filozoficzno – religijnych muzyki z fizjologią człowieka, często opierających się na uwarunkowaniach kulturalnych w danej epoce. Dopiero wiek XX wiąże się z powstaniem muzykoterapii opartej na badaniach ściśle naukowych. Prowadzone są badania empiryczne, powstają laboratoria naukowe w dziedzinie muzykoterapii i ostatecznie wykształca się dziedzina psychologii muzyki. Śledząc dzieje muzykoterapii obserwujemy kształtowanie się

dwóch przeciwstawnych nurtów:

- intelektualne i idealistyczne podejście do muzyki (pitagorejska „katharsis”, platońska „Teoria Ethosu”, XIX wieczna „metafizyka muzyczna”)
- koncepcje podkreślające silne przeżycia emocjonalne (ekstazyzna muzyka kultowa misteriów orfickich, rytuały lecznicze kultur pierwotnych, arystotelesowska „katharsis”, „epidemie tanecznictwa” wybuchające w XIX w.) [37]

R. Schafke określa te dwa bieguny w muzykoterapii jako neoetykę i retorykę (1934r.) [88] i obie koncepcje odnajdują swoje miejsce we współczesnych działaniach muzykoterapeutycznych.

Psychiatria XIX wieku, a szczególnie jej nurt psychologiczny – w odróżnieniu od biologicznego – zaczyna dostrzegać podłoże emocjonalne wielu zaburzeń psychicznych [14] – zauważa się powiązanie stanów emocjonalnych z fizjologiczną reakcją organizmu w postaci chociażby przyspieszonego rytmu serca przy odczuwaniu radości czy jego zwolnieniu podczas przeżywania smutku. Zrozumiałym staje się fakt, że skoro stan emocjonalny ma tak duży wpływ na reakcje psychiczne i somatyczne, pozytywnie wpływające czynniki na emocje muszą przyczyniać się do leczenia. [41] Wraz z rozwojem sensualizmu (zwłaszcza w psychiatrii francuskiej) i wprowadzeniem w 1780 r. przez J. Browna podziału chorób na steniczne – wynikające z nadmiaru bodźców i asteniczne – uwarunkowane ich niedoborem, środkiem leczniczym stanie się bodźcowanie zmysłów. [41] Terapia polega na uśmierzaniu i uspokajaniu w stanach stenicznych oraz pobudzaniu w stanach

astenicznych. Również muzyka zostaje zaklasyfikowana w zależności od swoich wartości sensualnych.

Znaczącym odkryciem było stwierdzenie w 1911 roku przez E. Dupré'a i M. Nathan'a, że w „meloterapii” nie tylko wywołanie emocji ma znaczenie, ale też skojarzenia przywołane przez muzykę. [48] Późniejsi muzykoterapeuci wykorzystają to odkrycie do lokalizacji i diagnozy lęków czy trudnych przeżyć z dzieciństwa spychanych do podświadomości lub pozornie wymazanych z pamięci. Po II wojnie światowej następuje rozkwit badań prowadzonych nad muzykoterapią, wykształcają się dwie szkoły: „amerykańska” (empiryczno – kliniczna) oraz „szwedzka” (teoretyczno – spekulacyjna). W 1950 roku powstaje w Lawrence Kansas narodowe towarzystwo muzykoterapii (National Association for Music Therapy – NAMT), którego zadaniem jest organizacja muzykoterapii w USA, wykształcenie kadry, przygotowywanie i prowadzenie kongresów i sympozjów naukowych, działalność wydawnicza. Powstaje – jedno z pierwszych na świecie – czasopismo „Journal of Music Therapy”, natomiast w 1969 roku prowadzone są czteroletnie studia terapii muzyką na 15 amerykańskich uniwersytetach. [41] Muzykoterapia staje się dziedziną o wielokierunkowości i pluralizmie teoretycznym i metodologicznym, źródła koncepcji teoretycznych sięgają między innymi filozofii, estetyki muzycznej, psychologii muzyki i psychologii ogólnej, psychoterapii, neurofizjologii, etnomuzykologii, medycyny psychosomatycznej, antropologii kulturowej czy socjologii muzyki. W listopadzie 1974 roku odbył się I Światowy Kongres Muzykoterapii w Paryżu, którego głównym celem było

wypracowanie praktycznych metod i form muzykoterapii. Jednym z głównych osiągnięć kongresu było przyjęcie założenia komunikatywnej psychologii muzyki, co pozwoliło wykorzystać muzykę jako niewerbalną formę komunikacji terapeuty z pacjentem i odwrotnie. Odkryto konieczność opracowania muzykoterapii grupowej, która opiera się na produkcji dźwięków przez pacjentów, rozumianych jako interakcje. Tym samym wprowadzono podstawy teoretyczne psychologii społecznej („nauki zajmującej się badaniem zachowania i procesów psychicznych ludzi znajdujących się w sytuacjach społecznych”) [70]

Współczesna muzykoterapia stosowana jest w przeróżnych formach: indywidualnej lub grupowej, receptywnej lub aktywnej (czyli produktywnej, która opiera się na produkcjach dźwiękowych pacjentów wykorzystujących perkusyjne „instrumentarium Orffa”, terapii śpiewem lub terapii tanecznej czy rytmice) oraz w połączeniu z innymi technikami psychoterapii jak na przykład z hipnozą, autogennym treningiem, terapią snem, psychoterapią grupową, pantomimą, psychodramą czy rysunkiem. W ostatnich latach zdecydowanie przeważają grupowe metody terapii, a za optymalną formę uważa się dążenie do łączenia elementów muzykoterapii produktywnej i receptywnej. [41]

1.5 Terapia śpiewem

Badań skoncentrowanych na terapii śpiewem, zwłaszcza grupowym jest stosunkowo niewiele. Sam proces emisji głosu jest jedną z podstawowych fizjologicznych czynności człowieka, a formowane dźwięki w regularną linię melodyczną są znane w historii od zarania dziejów. Śpiew towarzyszył większości czynności wykonywanych przez człowieka począwszy od prac gospodarczych, poprzez polowania czy bitwy wojenne, aż po obrzędy magiczne związane z wywoływaniem deszczu, uzdrawianiem chorych czy odpędzaniem złych duchów. S. Mithen w swoich badaniach nad kulturą *Homo neanderthalensis* twierdzi, że śpiew, podobnie jak język mówiony powstał jako rozszczepienie 'protojęzyka' Neandertalczyków, który nazwał językiem 'Hmmmmm', co stanowi akronim przymiotników: *holistyczny*, *manipulatywny*, *multimodalny*, *muzykalny* i *mimetyczny*, a także podkreśla przewagę melodyki wypowiedzianych wyrażen nad ich werbalizacją. [71] W języku tym ważniejsza była zróżnicowana intonacja i akcentacja zdań, niż tworzenie konkretnych słów, stąd tytuł rozprawy 'Śpiewający Neandertalczyk'. Według hipotezy C. Drossera dalsze losy powstawania muzyki i śpiewu warunkowały potrzeby człowieka – rywalizacja między osobnikami tej samej płci o względy płci przeciwnej; poszukiwanie kontaktu i uspokojenie potomstwa, gdy matka zajmowała się codziennymi czynnościami nie pozwalającymi na ciągły kontakt cielesny z noworodkiem (tak narodziły się kołysanki); potrzeba „społecznego spoiwa” między ludźmi. [27]

Śpiew jest procesem polegającym na skojarzeniu pracy głównie mięśni oddechowych, mięśni krtani, gardła i aparatu artykulacyjnego, ale zaznaczyć należy, iż „instrumentem” jest cały organizm śpiewającego człowieka. [43] Melodyka prowadzonej frazy, rytmizacja czy artykułowanie tekstu nie tylko regulują i systematyzują oddech śpiewaka, ale także wymuszają rozluźnienie niepotrzebnie napiętych mięśni czy też wyzwalają uśpione pokłady energii. Prawidłowy śpiew wymaga przyjęcia fizjologicznej postawy ciała, ponadto zmusza do koncentracji, uruchomienia wyobraźni, uwrażliwia na piękno i prowokuje do interpretacji muzyki przez pryzmat swoich własnych przeżyć, doświadczeń i zdobytej wiedzy, co gwarantuje niepowtarzalność każdego wykonania dowolnego utworu.

Śpiew zespołowy charakteryzuje się z jednej strony pewnego rodzaju anonimowością muzyczną każdego śpiewaka, gdyż efekt odbierany przez słuchacza jest wypadkową wszystkich śpiewających. Daje to możliwość rozwoju amatorskiego ruchu śpiewaczego, ponieważ łatwo w takiej grupie ukryć niedoskonałości techniczne – nie trzeba więc być profesjonalistą, żeby śpiewać w chórze. Z drugiej strony śpiewanie w chórze uczy odpowiedzialności jednostki za grupę – świadomość, że w przygotowanym przez nierzadko wiele miesięcy utworze każda osoba jest ważna i jej wkład jest nieoceniony działa mobilizująco na jednostkę. Śpiewanie tej samej partii obok innej osoby w chórze (więc tym samym jednocześnie słuchanie sąsiada) jest niezwykłym doświadczeniem, ponieważ każdy człowiek (pomimo wykonywania wspólnie tego samego utworu) śpiewając opowiada o sobie – o tym co czuje, jak interpretuje śpiewany tekst, jaki ma nastrój

w danej chwili, często opowiada o swoich marzeniach czy przywołuje w pamięci wspomnienia. Jest to z pewnością rodzaj uzewnętrznienia swoich emocji, często nie do końca zamierzony, a sprowokowany muzyką i wspomnianym wcześniej wrażeniem anonimowości czy bezpiecznego kamuflażu w grupie. Kolejnym ważnym rozwojowo aspektem grupowego śpiewania jest możliwość poszerzania wiedzy zarówno muzycznej jak i szeroko rozumianej wiedzy o człowieku – opowieść o genezie każdego wykonywanego utworu wiąże się zawsze z kontekstem historycznym, kulturowym, stylistycznym, tematycznym i w końcu psychologicznym z ukierunkowaniem na emocjonalność danego utworu. Każde bowiem dzieło muzyczne, niezależnie od tego, kiedy i gdzie powstało niesie ze sobą jakieś przesłanie. Sztuką jest to przesłanie znaleźć, zinterpretować i przekazać słuchaczom w sposób możliwie zrozumiały dla odbiorcy tak, by spowodować potocznie nazywane 'muzyczne katharsis' czyli oczyszczenie lub też uniesienie u słuchających. Daje to też w pewnym sensie poczucie misji u śpiewaków w zespole, czy też wrażenie wspólnego celu, który razem muszą osiągnąć.

Interesujące badanie nad śpiewem zespołowym przeprowadzono w 2009 roku w Wielkiej Brytanii. Badano pacjentów z zaburzeniami jedzenia (bulimia, anorexia, napadowe objadanie się, znaczna otyłość, jedzenie 'emocjonalne') i obserwowano ich zachowanie podczas regularnych zajęć ze śpiewu zespołowego oraz porównywano nawyki żywieniowe sprzed i po badaniu. Większość pacjentów podkreślała lepszą samokontrolę po badaniu, zwiększone poczucie własnej wartości, autonomię oraz zmodyfikowany po zajęciach system

wartości. [79] Potwierdzałyby to wcześniejsze doniesienia o efektach muzykoterapii u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym opublikowanych w pracy 'Terapie empiryczne w zaburzeniach jedzenia' przez Lynne M. Hornyak i Ellen K. Baker. [54] Podkreślano bowiem, że w pierwszej fazie muzykoterapii pacjentki koncentrowały się na możliwie największym zużyciu energii podczas zajęć, a głównym celem terapeuty było odwrócenie ich uwagi w kierunku muzyki. Wspomnieć należy, że aktywność pacjentów polegała na grze na instrumentach, słuchaniu muzyki czy zajęciach rytmiczno – relaksacyjnych. W następnych etapach próbowano uzyskać redukcję negatywnych myśli, zwiększyć ekspresję uczuciową, poprawić relacje w grupie, usprawnić komunikatywność. [54]

Badania nad muzykoterapią w anoreksji przeprowadzała także G. Trondalen w Norwegii nazywając swoją pracę '*Significant Moments*' in Music Therapy with young persons suffering from *anorexia nervosa*. Istotą badania była analiza improwizacji muzycznych pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. Tytuł badania pochodzi z zaznaczania przez kilku terapeutów fragmentów improwizacji badanych, które mają znaczenie diagnostyczne (inne tłumaczenie '*significant*' – '*give clear sign*'). W zarejestrowanych improwizacjach szukano kodu muzycznego, który mógł zawierać informacje niechętnie opowiedane werbalnie przez pacjentów, a mające istotne znaczenie w terapii. Muzykę tworzoną przez osoby aleksytymiczne opisano jako 'sztywną', mało dynamiczną, przewidywalną i pozbawioną struktury lub ubogą rytmicznie. Po

zakończeniu badań i terapii pacjenci opisywali swoje uczucia jako 'wypełnienie wewnętrznej pustki muzyką' czy 'uzyskanie spokoju umysłu', a całą terapię nazwano 'żyjącym mostem'. [101] Podobne określenie 'żyjącego mostu' jako muzykoterapii w jadłowstręcie psychicznym pojawiło się w pracach A. Slobody [93] opisywanych przez D. Dokter w pracy *Arts Therapies and Clients with Eating Disorders: Fragile Board*. Badania te dotyczyły terapii indywidualnej i skupione były głównie na aspekcie aleksytymicznym jadłowstrętu psychicznego. [26]

Badania nad improwizacją muzyczną w bulimii prowadził P. Nolan, który znalazł w muzykoterapii możliwość rozładowania napięcia przez pacjentów bulimicznych. [75] Zmniejszało to ilość ataków objadania się.

1.6 Neurofizjologia w muzykoterapii.

W ostatnich latach powstało kilka prac poszukujących bezpośrednich mechanizmów neuro-fizjologicznych oddziaływania muzyki na mózg i układ neuroprzekaźników w organizmie człowieka. Poprzez oddziaływanie zarówno na część brzuszną układu limbicznego (ciała migdałowe, przedczołowa kora oczodołowa) jak i grzbietową (hipokamp i zakręt obręczy) oraz korę przedczołową [95] muzyka, wpływając bezpośrednio na emocje człowieka odblokowuje doświadczenia jednostki – przede wszystkim zachodzące w strefie emocjonalnej i może przywoływać zdarzenia z przeszłości,

które były z tymi emocjami związane. Można zatem za pomocą muzyki odzyskiwać ślady emocjonalne w postaci wspomnień. [39] Uruchamia ona złożone procesy metaforycznego myślenia, refleksję i przeżycia estetyczne wprowadzając odbiorcę w stan pewnego rodzaju odrealnienia, które uruchamia myślenie symboliczne wykorzystane w procesie semantyzacji muzycznych sekwencji. [42]

W badaniu prowadzonym przez Field'a i zespół porównywano wyniki badań EEG pacjentów z depresją słuchających kilku utworów muzyki popularnej z grupą kontrolną (pacjenci z takim samym rozpoznaniem nie słuchający muzyki) i zanotowano w grupie badawczej obniżenie amplitudy czynności EEG w prawej okolicy czołowej w trakcie słuchania muzyki i jej ponowne zwiększenie po wyłączeniu odtwarzaczy, co sugeruje znoszenie przez muzykę asymetrii przeważającej prawej półkuli nad lewą charakterystycznej dla depresji. [34, 23] Z kolei Evers i Suhr porównywali poziom serotoniny płytkowej we krwi w grupie badanych bez rozpoznanej depresji podczas odpoczynku bez słuchania muzyki z próbkami pobranymi po 3-5 minutowym okresie relaksacji z trzecią Symfonią Brahmsa lub wybranym fragmentem muzyki. Potwierdzono wzrost poziomu serotoniny płytkowej we krwi u badanych słuchających muzyki, co zgodnie z korelacją serotoniny płytkowej z mózgową sugeruje wzrost poziomu serotoniny w mózgu. [31] Przeprowadzono także badania na zwierzętach badając poziom BDNF w hipokampie szczurów po 21 dniach regularnego odtwarzania muzyki współczesnej przez 6 godzin dziennie i udowadniając jego wzrost [8]

Metaanaliza badań związku muzykoterapii z zaburzeniami psychicznymi przeprowadzona w Norwegii w 2008 roku [46] potwierdza pozytywny efekt działania muzykoterapii zarówno w zaburzeniach psychotycznych jak i niepsychotycznych. Zauważono poprawę stanu ogólnego pacjentów poddanych muzykoterapii oraz redukcję objawów chorobowych. U pacjentów z zaburzeniami nastroju określono trzy główne aspekty działań muzykoterapeutycznych:

- muzyka jako medium ekspresji emocjonalnej może pomóc pacjentom w zwiększaniu zakresu doznawanych emocji i ich rozpoznawaniu
- wspólne muzykowanie jako przedsięwzięcie społeczne jest ściśle powiązane z tworzeniem relacji interpersonalnych i może pomóc pacjentom przezwyciężyć braki w tej dziedzinie
- możliwość tworzenia muzyki w terapii może być głównym czynnikiem motywującym zwłaszcza u pacjentów, którzy wykazują niewielkie zaangażowanie lub jego brak w procesie leczenia [46]

1.7 Motywacja i celowość badania

Ze względu na złożoność etiologii jądłowstrętu psychicznego i współwystępujących zaburzeń lękowych, obniżonego nastroju i aleksytymii oraz niezadowalające efekty dotychczasowej

psychoterapii w leczeniu anoreksji, poszukiwania nowych efektów terapii śpiewem zespołowym wydają się budzić nadzieję na nowe perspektywy leczenia wspomagającego tej jednostki chorobowej.

2. Cel pracy

Jadłowstręt psychiczny jest chorobą występującą głównie u dziewcząt i młodych kobiet, charakteryzuje się dużą opornością na leczenie, tendencją do przewlekłego przebiegu i nawrotów, występowaniem powikłań psychicznych i somatycznych oraz największym ryzykiem śmiertelności spośród wszystkich dysfunkcji psychicznych, które sięga nawet 20%. Często współwystępują zaburzenia nastroju o charakterze depresji, a także zauważa się u chorych tendencje do rozwijania objawów aleksytymii, co znacznie pogarsza przebieg choroby i rokowanie, a także utrudnia psychoterapię, która jest leczeniem z wyboru. Ze względu na niezadowolające wyniki leczenia i dużą śmiertelność jadłowstręt psychiczny stanowi znaczący problem kliniczny i wymaga poszukiwania oraz opracowania bardziej skutecznych metod leczenia.

Celem pracy jest odpowiedź na pytania badawcze:

- czy śpiew zespołowy ma wpływ na zaburzenia nastroju pacjentów chorych na jadłowstręt psychiczny;
- czy terapia śpiewem zespołowym ma realne szanse na zwiększenie skuteczności psychoterapii w tej jednostce chorobowej;

czy śpiew zespołowy zmniejsza objawy aleksytymii w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

Praca składa się z dwóch etapów – badania jakościowego oraz oceny skuteczności terapii śpiewem zespołowym.

3. Metodologia

3.1 Badanie jakościowe – ustalenie repertuaru do wykorzystania podczas terapii śpiewem zespołowym

W celu ustalenia repertuaru do wykorzystania w badaniu oraz wpływu poszczególnych środków kompozytorskich na emocje odbiorców i wykonawców posłużono się wywiadami z kompozytorami tworzącymi współczesną muzykę chóralną:

prof. UMFC Pawłem Łukaszewskim, mgr Renatą Baszun oraz studentem kompozycji Janem Krutulem. Stosując metodę analizy kierunkowej ('top-down' – od ogółu do szczegółu) ustalono podczas wywiadów [Załącznik 1], że:

- zdaniem kompozytorów muzyka ma wpływ na emocje człowieka i może je stymulować czy kierunkować zadanie dzieła muzycznego może być przeróżne, między innymi powinno uzdrawiać emocje, wpływać na nastroje czy mieć terapeutyczny wpływ na odbiorcę
- istnieje różnica między biernym słuchaniem dzieła muzycznego a jego aktywnym wykonywaniem i polega ona na bliższym związku z muzyką czy też większej szansie zrozumienia dzieła przez wykonawców
- środki kompozytorskie najczęściej używane do wywołania poszczególnych emocji to:
 1. radość – szybkie tempo, skala jońska, lidyjska lub

- miksolidyjska, instrumentacja z uwzględnieniem głównie instrumentów o radosnym, lekkim brzmieniu, dynamika bliższa forte, wyrazisty, często punktowany rytm. Przykładowe utwory: *Gaudeamus Igitur* (trad), różne opracowania *Laudate Dominum* czy *Alleluja*
2. smutek – spokojne tempo, skala eolska, frygijska lub dorycka, instrumentacja z uwypukleniem instrumentów o ciężkim lub groźnym brzmieniu, stonowana dynamika. Przykładowe utwory: różne opracowania *Stabat Mater*, *Via crucis*, *O crux*, *Popule Meus*, *De profundis*.
 3. złość – szybkie tempo, współbrzmienia o 'gniewnym' charakterze (dysonanse, skala 12 – tonowa), wykorzystanie instrumentów o dynamicznym, groźnym brzmieniu (niskie instrumenty dęte, kontrabasy), dynamika forte, wyraziste rytmy. Przykładowe utwory: *Sonety Krymskie*, część *Burza* (S. Moniuszko)
 4. spokój – tempo powolne, łagodne, 'ciepłe' współbrzmienia, stonowana dynamika. Przykładowe utwory: *Nunc dimittis*, *Sonety Krymskie*, część *Bakczysaraj w nocy* (S. Moniuszko), różne opracowania *Laudate omnes gentes*
 5. euforia – szybkie tempo często o charakterze narastania do punktu kulminacyjnego, skala jońska, lidyjska, lub miksolidyjska, instrumentacja z

uwzględnieniem głównie instrumentów o radosnym brzmieniu, dynamika rozwijająca się do bardzo wyraźnego punktu kulminacyjnego, w którym następuje rozładowanie napięcia, a następnie stopniowe wyciszenie, wyrazisty, często punktowany rytm. Przykładowe utwory: różne opracowania *O Magnum Mysterium*, *Adeste fideles*, fragmenty *Exodus* W. Kilara.

6. zadowolenie – tempo raczej spokojniejsze, współbrzmienia i skala muzyczna o 'pozytywnym', zrelaksowanym, ciepłym charakterze, dynamika *mezzopiano*, *mezzoforte*. Przykładowe utwory: różne utwory w tempie poloneza, *Gaude Mater Polonia*
- muzyka wywołuje określone emocje, przez co pozwala nauczyć się lokalizować i interpretować wewnętrzne przeżycia. Ułatwia wyrzucenie z siebie pewnego ładunku emocjonalnego działając jako swoiste 'katharsis', przez co łagodzi stany lęku i przewlekłego napięcia.

Na podstawie powyższych danych utworzono zbiór utworów wykorzystanych w badaniu [załącznik 2].

3.2 Badanie skuteczności oddziaływania śpiewu zespołowego na zaburzenia nastroju.

W badaniu poddano ocenie skuteczność terapii śpiewem dla zmniejszenia nasilenia objawów depresyjnych u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. Oceniano także zmiany przeżywania emocji podczas badania u chorych z tą jednostką chorobową.

3.2.1 Charakterystyka ogólna grupy badanej.

W badaniu wzięło udział 45 pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Rozpoznanie choroby ustalono na podstawie kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych w DSM-IV [7], kwalifikowano pacjentów z BMI poniżej 17. U wszystkich chorych stwierdzono objawy obniżonego nastroju spełniające kryteria depresji – wszyscy chorzy uzyskiwali powyżej 20 punktów w skali depresji Becka oraz powyżej 10 punktów w skali depresji Hamiltona przed rozpoczęciem badania. Pacjenci byli w przedziale wiekowym od 11 do 17 lat, hospitalizowani w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Badania zrealizowano w okresie od października 2010 roku do czerwca 2013 roku. W trakcie pobytu pacjentów w Klinice zastosowano standardowy program leczenia dla całej grupy: kontrakt behawioralny dotyczący przyrostu masy ciała, zasad odżywiania się i związanych z tym nagród i przywilejów oraz kontroli zachowań

niepożądanych, elementy psychoterapii indywidualnej podtrzymującej, terapię grupową, kinezyterapię, trening relaksacyjny oraz terapię zajęciową. Leczenie farmakologiczne miało charakter pomocniczy, stosowano leki przeciwdepresyjne (mianserynę, mirtazapinę, sertralinę oraz fluoksetynę). Wszyscy pacjenci wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu, uzyskano również zgodę u co najmniej jednego z opiekunów badanych, którzy nie ukończyli 18 lat.

Projekt badawczy uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

3.2.2 Narzędzia badawcze służące do oceny zaburzeń nastroju i skuteczności terapii.

W ocenie zaburzeń nastroju badanych użyto dwie komplementarne skale – Skalę Depresji Becka oceniającą objawy poznawcze oraz Skalę Depresji Hamiltona analizującą objawy somatyczne depresji. Obie skale są rutynowo stosowane u adolescentów z różnymi zaburzeniami psychiatrycznymi, natomiast ze względu na fakt, iż w jadłowstręcie psychicznym powszechnie występują dysfunkcje w sferze seksualnej, tych punktów w skalach nie oceniano.

- Skala Depresji Becka (BDI) [106]
 Jest to ankieta wypełniana przez pacjenta oceniająca 21 najczęściej obserwowanych objawów depresji: obniżenie nastroju określane jako 'smutek', pesymizm, poczucie braku wydolności, utrata satysfakcji i poczucie winy, spodziewanie się kary, brak akceptacji siebie, samooskarżenie się, pragnienie śmierci, wołanie o pomoc, drażliwość, wycofanie z kontaktów społecznych, problemy z podejmowaniem decyzji, zniekształcony obraz własnego ciała, trudności w nauce i pracy, zaburzenia snu, chroniczne zmęczenie, utrata apetytu, utrata masy ciała, dolegliwości somatyczne, obniżony poziom energii. Intensywność dolegliwości oceniana jest przez pacjenta w skali 0 – 3 pkt, uzyskanie sumarycznej ilości punktów kwalifikuje chorego do odpowiednio: 0 - 10 punktów – brak depresji lub obniżenie nastroju, 11 - 27 punktów – depresja umiarkowana, 28 i więcej punktów – depresja ciężka.
- Skala Depresji Hamiltona (HAM-D) [107]
 Jest to 21-punktowe badanie przeprowadzane przez lekarza, które polega na ocenie zewnętrznych cech depresji: nastroju depresyjnego, poczucia winy, zniechęcenia do życia, myśli i tendencji samobójczych, zaburzeń zasypiania, płytkiego, przerywanego snu, wczesnego budzenia się, zaburzeń aktywności, spowolnienia lub zahamowania, niepokoju, podniecenia ruchowego, objawów depresyjnych i somatycznych lęku, braku apetytu, zaburzeń ze strony układu

pokarmowego, ogólnych objawów somatycznych, utraty libido, zaburzeń miesiączkowania, hipochondrii, ubytku masy ciała, krytycyzmu, dobowych wahań samopoczucia, depresjonalizacji, derealizacji, urojeń, natręctw i fobii. Z przydzielonych sumarycznie punktów wnioskuje się: 0-7 punktów – bez zaburzeń depresyjnych, 8-12 punktów – łagodna depresja, 13-17 punktów – depresja o nasileniu umiarkowanym, 18-29 punktów – ciężka depresja, 30-52 punktów bardzo ciężka depresja. [49]

3.2.3 Badania dodatkowe

- Ocena wskaźnika masy ciała
Oceniano również skuteczność terapii w aspekcie choroby wyjściowej za pomocą Wskaźnika Masy Ciała (BMI – Body Mass Index) według wzoru:
$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} / \text{wzrost (m}^2 \text{)}.$$
- Ocena umiejętności rozpoznania swoich emocji i adekwatnej reakcji na nie
Ze względu na wybrane podstawowe emocje (złość, smutek, radość, spokój, euforia, zadowolenie) i koncentrację na nich podczas tworzenia repertuaru do badania utworzono autorską ankietę ukierunkowaną na te emocje w celu oceny prawidłowej

lokalizacji emocji przez chorych i odpowiednich reakcji na nie [Załącznik 3] i zrezygnowano z powszechnie stosowanych skal aleksytymii (Torontowska Skala Aleksytymii TAS-20, Skala Aleksytymii Bermond-Vorst BVAQ czy Amsterdamska Skala Aleksytymii AAS). Przydzielano odpowiednio 0 punktów przy niewłaściwej lokalizacji i reakcji; 1 punkt przy określeniu wątpliwym i 2 punkty przy wyniku prawidłowym. Zestawienie punktacji sumarycznej podzielone zostało na przedziały: 0-10 – nieumiejętność lokalizacji przeżywanych emocji i nieprawidłowe reakcje na nie; 11-20 – częściowe rozpoznawanie przeżywanych emocji i wątpliwe reakcje na nie; 21-28 – prawidłowa lokalizacja przeżywanych emocji i adekwatne reakcje na nie. Ze względu na dostosowanie ankiety do wybranego repertuaru odstąpiono od jej przeprowadzenia w grupie kontrolnej.

3.2.4 Kryteria włączenia do badania

- pacjenci spełniający kryteria jadłowstrętu psychicznego wg DSM IV TR
- wskaźnik masy ciała BMI poniżej 17
- towarzyszące objawy epizodu depresyjnego (w Skali Depresji Becka powyżej 20 punktów oraz w Skali Depresji Hamiltona powyżej 10 punktów)

3.2.5 Kryteria wycofania z badania

- wycofanie świadomej zgody
- w opinii lekarza prowadzącego – korzystniej pacjenta wycofać z badania

3.2.6 Plan badań i procedury

Pacjenci zostali losowo podzieleni na grupę badawczą (30 osób, to jest 28 dziewcząt i 2 chłopców) oraz grupę porównawczą (15 dziewcząt). Grupę badawczą stanowili chorzy czynnie (jako wykonawcy) biorący udział w zajęciach ze śpiewu zespołowego oprócz standardowej terapii w Klinice, pacjenci z grupy kontrolnej poddani byli tylko standardowej terapii. Zajęcia ze śpiewu zespołowego trwały 45 minut – w pierwszych dwóch tygodniach dwa razy w tygodniu, w następnych czterech tygodniach jeden raz w tygodniu, łączny czas terapii – sześć tygodni. Chorych badano podczas trzech wizyt – wizyta „0” przed rozpoczęciem terapii, wizyta „1” po dwóch tygodniach terapii i wizyta „2” po sześciu tygodniach terapii. Podczas każdej wizyty badano stopień nasilenia depresji, aleksytymii i masę ciała za pomocą wyżej opisanych

narzędzi: skali depresji Becka, skali depresji Hamiltona, BMI oraz autorskiej ankiety określającej zaburzenia rozpoznawania i przeżywania emocji. Ocena obiektywna zaburzeń depresyjnych za pomocą Skali Depresji Hamiltona dokonywana była przez lekarza nie znającego statusu pacjenta w badaniu w celu uzyskania charakteru ślepej próby. Zajęcia z terapii śpiewem zespołowym wspierane były przez grupę wolontariuszy – studentów oraz absolwentów poznańskich uczelni mających przynajmniej dwuletnie doświadczenie w śpiewie chóralnym. Każde zajęcia rozpoczynane były 15-minutowym rozśpiewaniem, podczas którego tłumaczono podstawowe zasady prawidłowego śpiewu oraz wykonywano ćwiczenia przygotowawcze. W kolejnym etapie następowało krótkie wprowadzenie teoretyczne dotyczące śpiewanego utworu – jego genezy, stylu, formy, kompozytora, autora tekstu, przesłania, adresatów, epoki, w której powstał i emocji, które miał rozbudzić w odbiorcach. Następnie przystępowano do stopniowej nauki utworu z uwypukleniem środków artystycznych użytych przez kompozytora w celu wywołania odpowiednich przeżyć emocjonalnych. Na zakończenie przypominano wcześniej poznane utwory zgodnie z życzeniem uczestników zajęć.

Pacjenci zakwalifikowani do badania dołączali do grupy w ciągu kilku dni od rozpoczęcia hospitalizacji, wszyscy badani ukończyli sześciotygodniowy cykl zajęć.

4. WYNIKI BADAŃ

4.1 Wyniki badania jakościowego – ustalenie repertuaru do wykorzystania w badaniu.

W wyniku przeprowadzonych wywiadów z kompozytorami muzyki chóralnej: prof. UMFC Pawłem Łukaszewskim, mgr Renatą Baszun oraz studentem kompozycji Janem Krutulem wybrano 23 utwory chóralne zawierające opisywane środki kompozytorskie stosowane w celu wywołania odpowiednich emocji u wykonawców i odbiorców. Wyniki przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 1. Ustalony repertuar do badania.

Radość	Smutek	Złość
<i>Abba Ojciec</i> – J. Sykulski	<i>Ach, mój niebieski Panie</i> – Wacław z Szamotuł	<i>Morze</i> – K. Prosnak
<i>Oto są baranki młode</i> – J. Gałuszka	<i>De profundis clamavi</i> – P. Jańczak	<i>De profundis clamavi</i> – P. Jańczak
<i>Gaudeamus Igitur</i> – opr. K. Mroszczyk	<i>Miserere</i> – A. Lotti	
<i>The lion sleeps tonight</i> – R. John	<i>Stabat Mater</i> – Z. Kodaly	
<i>Orinoco Flow</i> – Enya		
<i>Simple Gifts</i> – J. Brackett		
<i>Syahamba</i> – opr. D. Rao		
<i>Tourdion</i> – anonim		

Spokój	Euforia	Zadowolenie
<i>Amazing Grace</i> – opr. A Secco	<i>Laudate Dominum</i> – Taize	<i>Misericordias Domini</i> – Taize
<i>Już się zmierzcha</i> – Waclaw z Szamotuł	<i>Sanctus</i> – P. Jańczak	<i>Moon River</i> – opr. F. Vela
<i>O crux ave</i> – R. Dubra	<i>Canticorum iubilo</i> – G. F. Haendel	<i>Laudate omnes gentes</i> – Taize
<i>Ave verum corpus</i> – W. A. Mozart		

4.2 Analiza porównawcza grupy badawczej i grupy porównawczej przed rozpoczęciem badania.

Zmienne ilościowe porównań dokonano za pomocą Testu t-Studenta przyjmując za wartość istotną statystycznie $p < 0,05$. Porównanie danych grupy badawczej (Grupa 1; $n=30$) i grupy porównawczej (Grupa 2; $n=15$) w początkowym punkcie badania (T0) wykazało brak istotnych różnic między obiema grupami – wszyscy pacjenci byli w przedziale wiekowym od 11 do 17 lat (średni wiek dla Grupy 1 wynosił 14 lat, natomiast dla Grupy 2 15 lat), wartości BMI badanych pacjentów wahały się między 12,37 a 16,72 w Grupie 1 (średnio 14,40), natomiast w Grupie 2 między 12,68 a 15,83 (średnio 14,83). Wartości skali depresji Becka podczas wizyty 0 mieściły się w przedziale między 21 a 29 w Grupie 1 (średnio 24,00), natomiast w Grupie 2 między 21 a 25 (średnio 22,93), a skali depresji Hamiltona między 10 a 26 w Grupie 1 (średnio 14,00), a w Grupie 2 między 11 a 16 (średnio 12,53).

Tabela 2. Porównanie grupy badawczej oraz grupy porównawczej przed rozpoczęciem badania

Zmienna	Grupa 1	Grupa 2	p
wiek	14,23 +/- 1,87	15,00 +/- 1,41	0,17
BMI wizyta 0	14,40 +/- 1,51	14,83 +/- 1,04	0,32
Beck wizyta 0	24,00 +/- 3,82	22,93 +/- 1,49	0,31
Hamilton wizyta 0	14,00 +/- 3,25	12,53 +/- 1,41	0,1

4.3 Ocena skuteczności oddziaływań terapeutycznych w grupie badawczej i grupie kontrolnej.

Dla porównania zmiennych charakteryzujących wynik leczenia w czasie zastosowano analizę wariancji dla szeregów czasowych. Za poziom różnic istotnych statystycznie zarówno wewnątrz i zewnątrzgrupowych uznano $p < 0,05$.

Po zestawieniu danych obserwuje się podobną poprawę BMI w obu grupach badanych. W grupie badawczej uśrednione wartości BMI podczas wizyt '0', '1' i '2' wynoszą odpowiednio 14.40, 15.31 i 16.94, natomiast w grupie kontrolnej odpowiednio 14.83, 15.16 i 16,44. Wnioskuje się, iż obecność w grupie badawczej lub kontrolnej nie wpływała na poprawę BMI pacjentów, gdyż nie ma różnicy statystycznej między wynikami obu grup.

Tabela 3. Zestawienie wyników BMI w grupie kontrolnej oraz porównawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'.

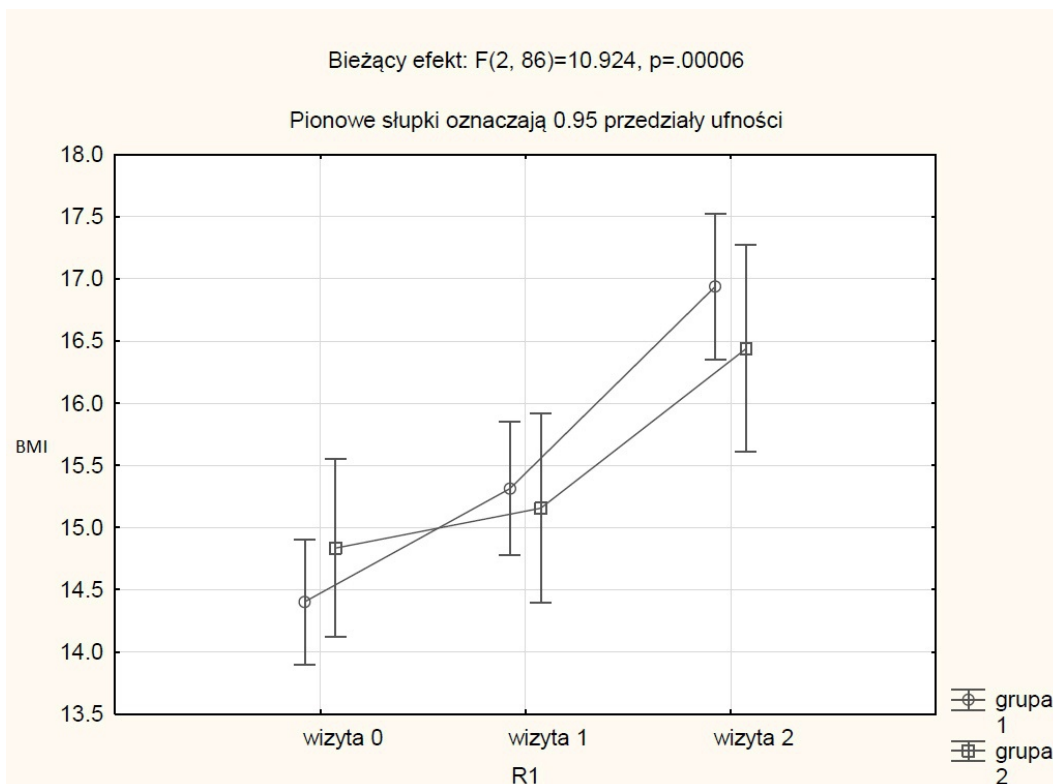
Zmienna			
	grupa	Średnia	Odch.Std
BMI wizyta 0	1	14.40	1.51
BMI wizyta 1	1	15.31	1.66
BMI wizyta 2	1	16.94	1.79
BMI wizyta 0	2	14.83	1.04
BMI wizyta 1	2	15.16	0.94
BMI wizyta 2	2	16.44	1.09

Legenda:

Grupa 1 – grupa poddana terapii śpiewem zespołowym

Grupa 2 – grupa kontrolna

Wykres 1. Zestawienie danych BMI w grupie badawczej (1) i kontrolnej (2) podczas wizyt '0', '1' i '2'



Porównanie wyników skali depresji Becka w obu grupach wykazuje istotną statystycznie poprawę subiektywnej oceny depresji za pomocą skali Becka w grupie badawczej w porównaniu z grupą porównawczą podczas wizyt '1' i '2'. Średnie wartości wykazywane podczas wizyt '0', '1' i '2' wynoszą w grupie badawczej odpowiednio 24.00, 16.40 i 8.50, natomiast w grupie porównawczej odpowiednio 22.93, 20.33 i 14.93.

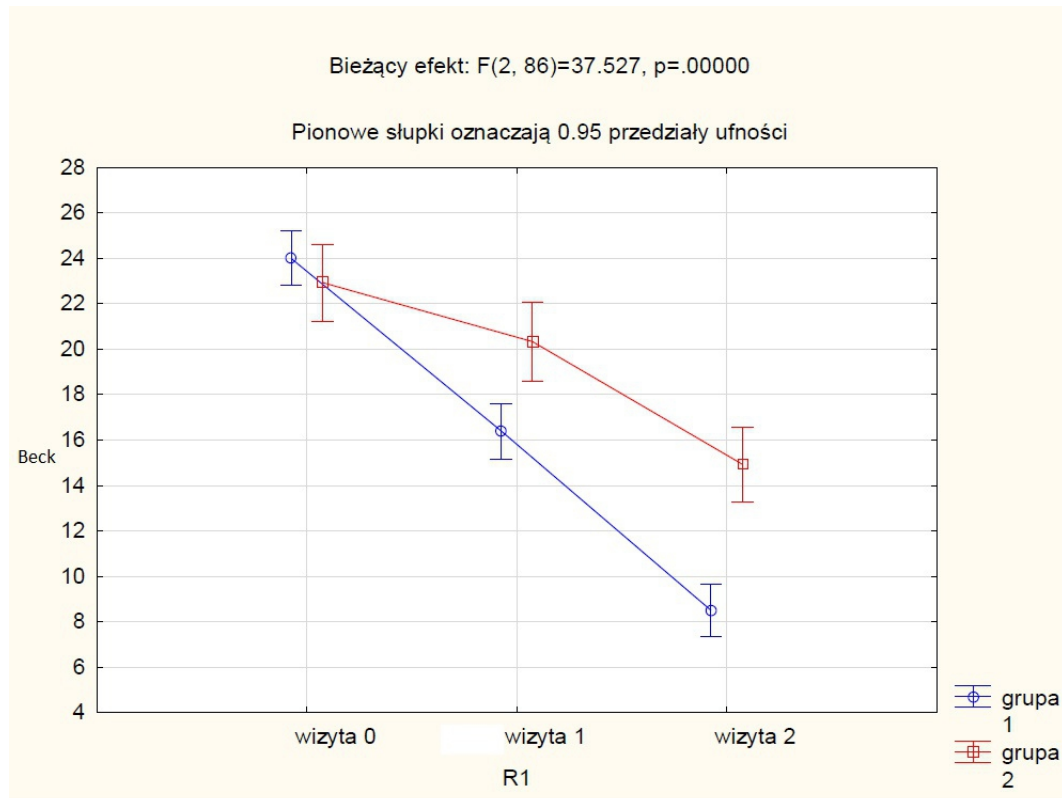
Tabela 4. Zestawienie wyników skali depresji Becka w grupie kontrolnej oraz badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'.

Zmienna			
	grupa	Średnia	Odch.Std
Beck wizyta 0	1	24.00	3.82
Beck wizyta 1	1	16.40	3.86
Beck wizyta 2	1	8.50	3.10
Beck wizyta 0	2	22.93	1.49
Beck wizyta 1	2	20.33	1.76
Beck wizyta 2	2	14.93	3.24

Legenda:

Grupa 1 – grupa poddana terapii śpiewem zespołowym
 Grupa 2 – grupa kontrolna

Wykres 2. Zestawienie danych skali depresji Becka w grupie badawczej (1) i kontrolnej (2) podczas wizyt '0', '1' i '2'



Analiza wyników skali depresji Hamiltona w obu grupach wykazuje nieistotną statystycznie poprawę oceny depresji w skali Hamiltona w grupie badawczej w porównaniu z grupą kontrolną podczas wizyty '1', natomiast zestawienie wyników podczas wizyty '2' ujawnia istotną statystycznie poprawę. Średnie wartości wykazywane podczas wizyt '0', '1' i '2' wynoszą w grupie badawczej odpowiednio 14.00, 8.53 i 3,37, natomiast w grupie kontrolnej odpowiednio 12.53, 10.07 i 6,73.

Tabela 5. Zestawienie wyników skali depresji Hamiltona w grupie kontrolnej oraz badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'

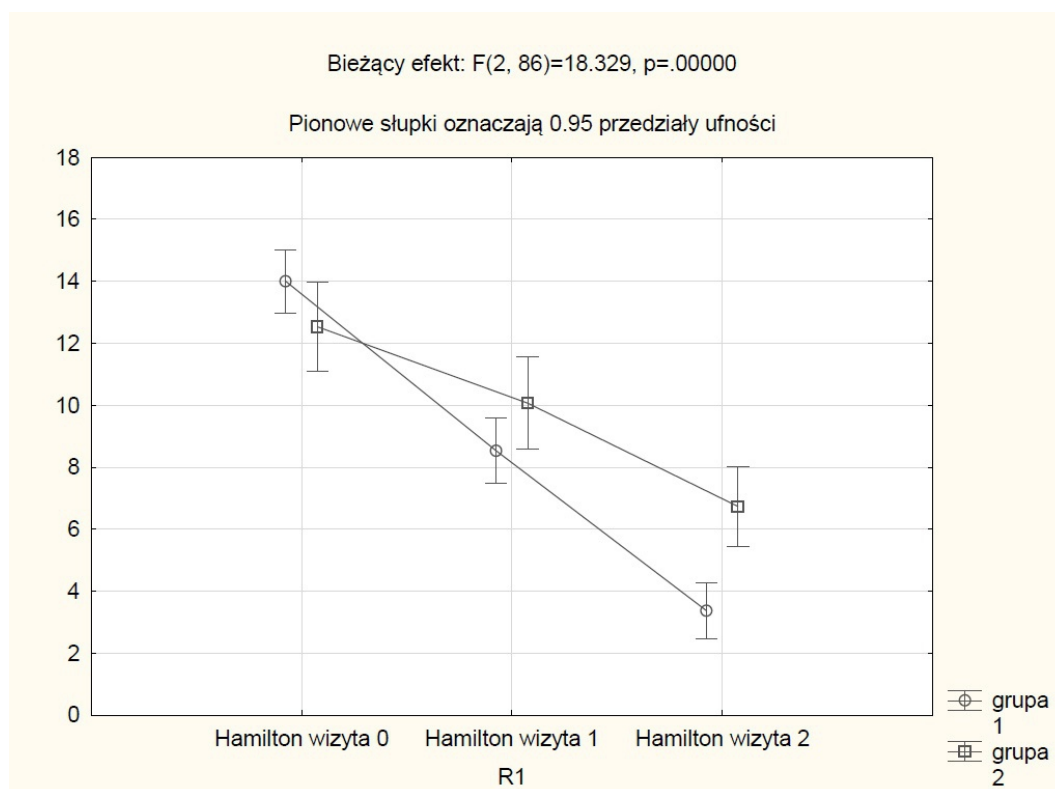
Zmienna			
	grupa	Średnia	Odch.Std
Hamilton wizyta 0	1	14.00	3.25
Hamilton wizyta 1	1	8.53	3.28
Hamilton wizyta 2	1	3.37	2.43
Hamilton wizyta 0	2	12.53	1.41
Hamilton wizyta 1	2	10.07	1.62
Hamilton wizyta 2	2	6.73	2.52

Legenda:

Grupa 1 – grupa poddana terapii śpiewem zespołowym

Grupa 2 – grupa kontrolna

Wykres 3. Zestawienie danych skali depresji Hamiltona w grupie badawczej (1) i kontrolnej (2) podczas wizyt '0', '1' i '2'



Zestawienie wyników autorskiej ankiety aleksytymii wykazuje istotną statystycznie poprawę w umiejętności rozpoznawania własnych emocji w grupie badawczej porównując wyniki z wizyt '0', '1' i '2'.

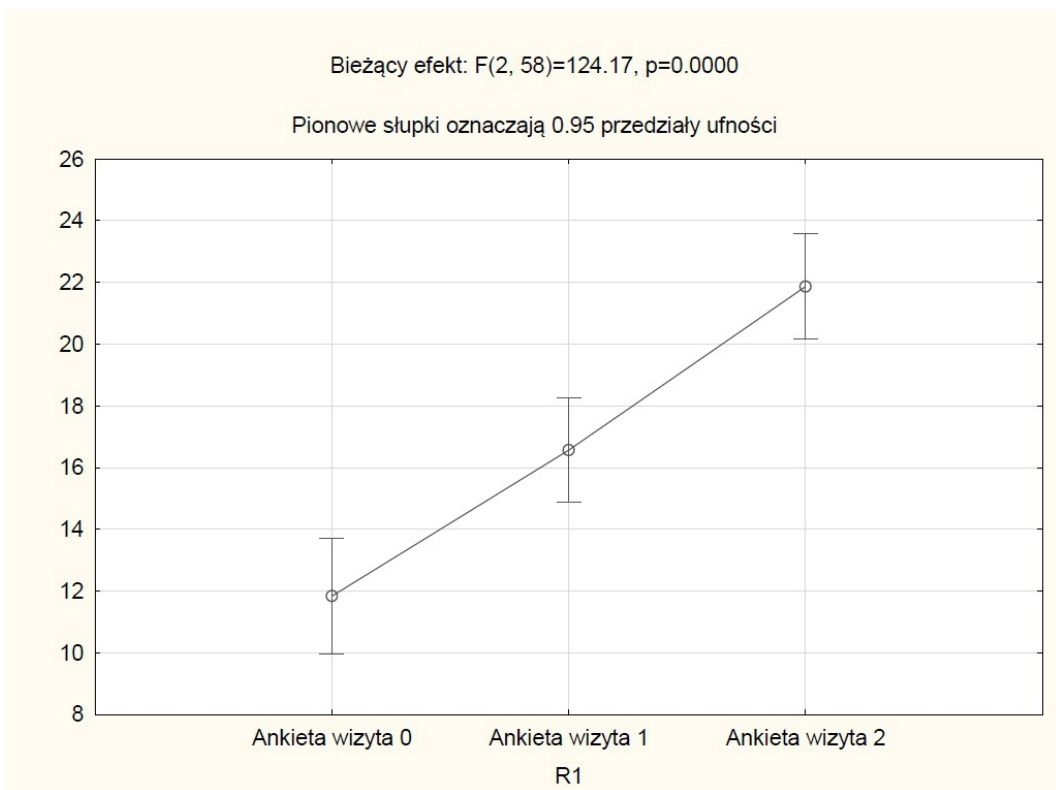
Tabela 6. Zestawienie wyników autorskiej ankiety umiejętności rozpoznawania własnych emocji w grupie badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'

Zmienna			
	grupa	Średnia	Odch.Std
Ankieta wizyta 0	1	11.83	5.02
Ankieta wizyta 1	1	16.57	4.56
Ankieta wizyta 2	1	21.87	4.57

Legenda:

Grupa 1 – grupa poddana terapii śpiewem zespołowym

Wykres 4. Zestawienie danych autorskiej ankiety umiejętności rozpoznawania własnych emocji w grupie badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'



5. DYSKUSJA

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem dotykającym głównie dziewczęta i młode kobiety, charakteryzuje się opornością na leczenie, tendencją do chronicznego przebiegu z nawrotami, częstym występowaniem powikłań somatycznych i psychicznych oraz największym ryzykiem śmiertelności spośród wszystkich chorób psychicznych, które sięga nawet 20% [76]. Jednym z czynników pogarszających przebieg choroby jest współwystępowanie zaburzeń psychicznych, z których najczęstszą dysfunkcją jest obniżenie nastroju z towarzyszącą aleksytymią. Ze względu na niezadowalające wyniki leczenia opierającego się głównie na psychoterapii, jadłowstręt psychiczny stanowi poważny problem kliniczny wymagający poszerzania wiedzy o etiopatogenezie choroby czy czynnikach mających wpływ na jej przebieg, gdyż konieczne jest poszukiwanie i opracowanie bardziej skutecznych metod leczenia.

Celem aktualnego badania była próba ustalenia skuteczności terapii śpiewem zespołowym w zaburzeniach nastroju u chorych z jadłowstrętem psychicznym. Ocenie poddano parametry odzwierciedlające stopień nasilenia objawów depresyjnych pacjentów hospitalizowanych z powodu *anorexia nervosa* (skala depresji Becka oraz skala depresji Hamiltona), stopień nasilenia objawów aleksytymii oraz wskaźnik masy ciała BMI. Dynamikę zmian porównywano z grupą kontrolną poddaną standardowemu leczeniu.

5.1 Zaburzenia nastroju w jadłowstręcie psychicznym

Wszyscy pacjenci poddani badaniu spełniali kryteria jadłowstrętu psychicznego (wg DSM-IV), a także występowały u nich objawy depresyjne – najczęściej o umiarkowanym nasileniu. Rezultaty zdecydowanej większości badań nad przebiegiem *anorexia nervosa* wykazują mniej korzystny przebieg u chorych z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi [52, 86, 64, 80, 60, 85, 61, 96]. Spośród zaburzeń kodowanych na osi I klasyfikacji diagnostycznych z anoreksją najczęściej współwystępują depresja i zaburzenia lękowe, natomiast do najczęściej współwystępujących zaburzeń z osi II należą zaburzenia osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego. Większość długoterminowych badań nad towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi u osób z anoreksją wykazuje wzrost ryzyka współzachorowalności wraz z czasem trwania choroby [51].

Objawy depresyjne takie jak spowolnienie, zahamowanie myślenia i mowy, upośledzenie koncentracji, obniżenie aktywności ruchowej, niepokój czy lęk utrudniają przebieg leczenia jadłowstrętu psychicznego, którego główną formą jest psychoterapia, a także blokują rozwinięcie motywacji do wyzdrowienia. W skrajnych przypadkach nasilenie objawów obniżonego nastroju doprowadza do samobójstwa, które jest obok wyniszczenia najczęstszą przyczyną zgonów w przebiegu jadłowstrętu psychicznego. [2]

U pacjentek badano dynamikę zmian nasilenia objawów depresyjnych

mierzonych skalami depresji Becka i Hamiltona oraz porównywano wyniki z grupą kontrolną niebiorącą udziału w zajęciach terapii śpiewem zespołowym. Zauważono istotny statystycznie wzrost subiektywnej samooceny chorych (Skala depresji Becka) w zestawieniu z grupą kontrolną już po pierwszych dwóch tygodniach terapii oraz dalszą zdecydowaną poprawę pod koniec badania. Nieco podobnie przebiegała ocena obiektywna prowadzona przez lekarza (Skala depresji Hamiltona), choć istotnej różnicy nie obserwowano podczas pierwszej wizyty po dwóch tygodniach terapii śpiewem, jednak była ona znacząca statystycznie pod koniec badania.

Należy jednak zaznaczyć, iż trudno rozróżnić, na ile pacjentom pomagał śpiew jako taki, a na ile po prostu praca grupowa. Warto by zastanowić się nad dalszym badaniem porównującym śpiew grupowy ze śpiewem indywidualnym, bądź śpiew grupowy z inną formą pracy w grupie.

Powyższe wyniki pokrywają się z większością dotychczasowych badań nad różnymi formami muzykoterapii w zaburzeniach nastroju z naciskiem na działanie przeciwłękowe muzyki. W 1996 Hammer badał wpływ muzykoterapii na pacjentów uzależnionych od środków chemicznych (w tym alkoholu) i wykazał znaczną redukcję lęku po zakończeniu terapii [50], podobnie jak w badaniu Cevasco i zespołu w 2005 roku, którzy badali wpływ muzykoterapii grupowej na kobiety z uzależnieniami. [22] Jednak Mays i zespół w 2008 roku badając wpływ muzykoterapii opartej na ruchu, pracy z rytmem i zabawach muzycznych nie wykazali istotnej redukcji stanów depresyjnych,

stresu, lęku i złości w grupie pacjentek z uzależnieniami [69]. Kontynuacją tych poszukiwań było badanie z udziałem pacjentów uzależnionych od hazardu przeprowadzone w 2010 roku przez Erkkilä i zespół potwierdzające redukcję objawów lękowych [30] oraz badania nad muzyczną improwizacją w grupie nastolatków i młodych dorosłych z uzależnieniami wykazujące znaczną poprawę w zaburzeniach depresyjnych [5] Jedno z ostatnio opublikowanych badań (2013 rok) nad wpływem muzykoterapii na zaburzenia lękowe przeprowadzone przez Gardstrom'a i zespół dotyczyło połączenia różnych form muzykoterapii – słuchania muzyki, komponowania, improwizacji i wykonywania wcześniej napisanych dzieł w grupie 53 kobiet z różnymi uzależnieniami. Wyniki potwierdziły redukcję objawów lękowych u większości badanych. [44]

Badania nad muzykoterapią w stanach lękowych badano także u pacjentów chirurgicznych przez Hook'a i zespół w 2008 roku. Wykazano obniżenie napięcia i zmniejszenie stresu zarówno przed jak i pooperacyjnego w grupie chorych słuchających muzyki na 3 dni przed zabiegiem chirurgicznym i 3 dni po operacji w porównaniu z grupą kontrolną. Zaobserwowano także mniejsze natężenie odczuwanego bólu pooperacyjnego przez pacjentów z grupy terapeutycznej [53] Burns badała natomiast wpływ muzykoterapii na pacjentów onkologicznych i również wykazała poprawę nastroju i zmniejszenie objawów lękowych u pacjentów z chorobą nowotworową poddanych muzykoterapii metodą GIM (Bonny Method of Guided Imagery nad Music). [18] Również niedawno w 2013 roku opublikowano badania nad muzykoterapią u pacjentów z

oddziałów intensywnej terapii – Azoulay i zespół badali wpływ muzykoterapii na pacjentów po doświadczonej traumie i wykazali redukcję objawów lękowych (splątanie, koszmary nocne, halucynacje, zaburzenia snu) w trakcie pobytu w oddziale intensywnej opieki medycznej a także w pierwszych miesiącach po wypisaniu z oddziału. [10]

W ostatnich latach wielu badaczy interesowało się szczególnie improwizacją muzyczną jako metodą psychoterapii umożliwiającą odczytywanie problemów, których chorzy nie potrafią bądź nie chcą nazwać słowami i możliwością doznania swego rodzaju *oczyszczenia* czy też wyrzucenia z siebie nagromadzonych napięć przez pacjenta. Niektórzy badacze pokładają nadzieję w improwizacji muzycznej jako w swego rodzaju niewerbalnym języku umożliwiającym bliski kontakt i lepsze zrozumienie muzykoterapeuty i pacjenta. Takie badania u pacjentów z depresją prowadził Ekkila wraz z zespołem i dowiódł równorzędności muzykoterapii poprzez improwizację z tradycyjną psychoterapią opartą na słowach. [29]

Badania nad terapią improwizacją muzyczną u pacjentów z zaburzeniami jedzenia prowadziła także wcześniej wspomniana Trondalen w 2005 roku badając dwóch pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, z czego jeden był muzykiem amatorem nie posiadającym umiejętności gry na fortepianie, a druga pacjentka zawodową pianistką. Mimo, że lepsze wyniki terapii uzyskano w drugim przypadku, to oboje chorych wykazało szybszy powrót do

zdrowia w porównaniu z kontrolą [101].

5.2 Aleksytymia w przebiegu jadłowstrętu psychicznego

Podczas poszukiwań patogenezy zaburzeń nastroju odwołując się zwłaszcza do okresu adolescencji i wydarzeń emocjonalnych we wczesnym i późnym dzieciństwie odnaleziono związek zaburzeń depresyjnych z nieumiejętnością identyfikacji własnych emocji i tym samym błędnym odczytywaniem emocji wśród otoczenia. Ustalono, iż narażenie na znamieny stres w okresie wczesnego dzieciństwa jest jednym z czynników rozwoju depresji w wieku dorosłym [24, 25]. Poszukuje się wielu sposobów wyjaśnienia etiologii depresji w kategoriach straty – w założeniu psychoanalitycznym strata obiektu prowadzi do ukierunkowania na siebie gniewu, co konsekwentnie generuje, nasila i rozwija objawy depresji [36]. Także teoria więzi J. Bowlby'ego zakłada, iż utrata *figury przywiązania* jest głównym czynnikiem rozwoju zaburzeń nastroju opartych na narastającej frustracji. [15] Złość rozumiana jako jedna z podstawowych emocji według Plutchika pełni funkcję adaptacyjną i najczęściej jest efektem naruszenia granic jednostki lub też wyrazem frustracji czy też niezaspokojonych potrzeb. Poza pozytywną funkcją stymulującą może także prowadzić do czynności agresywnych z autoagresją włącznie. [81, 11]. Optymalne zarządzanie złością jest jednym z najczęstszych

celów stawianych podczas psychoterapii.

Brak skuteczności psychoterapii w jadłowstręcie psychicznym przebiegającym z zaburzeniami nastroju może wiązać się z objawami aleksytymii, ponieważ w takiej sytuacji niemożliwe staje się oparcie procesu terapeutycznego na dostępie do własnych procesów psychicznych. Osoby z aleksytymią nie potrafią we właściwy sposób zdefiniować swoich emocji, a także nie potrafią opisać słowami swoich uczuć. [89, 72]. Badania nad dziećmi osób aleksytymicznych ujawniły, że nienauczenie podopiecznego przekazywania odczuć za pomocą słów spowoduje pozbawienie umiejętności identyfikacji uczuć, a także kontrolowania wynikającego z nich napięcia. [45] Takie poczucie narastającego napięcia może prowadzić do niekontrolowanych wybuchów emocjonalnych lub nieuzasadnionych działań agresywnych. Brak umiejętności przeżywania pozytywnych emocji (radość, zadowolenie) także w relacjach z otoczeniem (miłość) utrudnia osobom aleksytymicznym funkcjonowanie tak w społeczeństwie jak i w rodzinie i często jest źródłem konfliktów doprowadzających do osamotnienia. [59, 102]

W celu obserwacji subiektywnych zmian przebiegu aleksytymii zastosowano autorską ankietę inspirowaną repertuarem wykorzystanym w badaniu (poruszającym problematykę podstawowych emocji takich jak: złość, smutek, radość, spokój, euforia, zadowolenie), która ujawniła systematyczną poprawę w umiejętności rozpoznawania i nazywania przeżywanych emocji przez chorych poddanych terapii śpiewem zespołowym. Wyniki te mogą być

nawiązaniem do prac prowadzonych nad świadomością swojego ciała u osób aleksytymicznych [73, 58, 91, 19], które jednoznacznie wskazują na dobre efekty w terapii poznawania odruchów fizjologicznych podczas przeżywania określonych stanów emocjonalnych. Stern w pracy z osobami aleksytymicznymi [97] zwraca uwagę na rolę witalności i jej związku z przeżyciami cielesnymi, których nie mogą dostarczyć tylko słowa i myślenie abstrakcyjne – musi je sprowokować sztuka (taniec, teatr czy śpiew).

W badaniu obserwowano także zmiany BMI odzwierciedlające wzrost masy ciała zarówno u chorych poddanych terapii śpiewem zespołowym jak i standardowej terapii. Wyniki w obu grupach były porównywalne. Wynika z tego, iż terapia śpiewem zespołowym nie przyspieszyła bezpośrednio procesu zdrowienia u chorych poddanych muzykoterapii, natomiast wnioskuje się, iż poprzez redukcję objawów depresji i aleksytymii może uwrażliwić chorych z jądłowstrętem psychicznym na tradycyjną psychoterapię, co zwiększy skuteczność leczenia.

6. WNIOSKI

1. Potwierdzono korzystny wpływ terapii śpiewem zespołowym na objawy zaburzeń nastroju chorych na jadłowstręt psychiczny.
2. Terapia śpiewem zespołowym wspomagająca leczenie standardowe powodowała istotnie szybszą i lepszą poprawę subiektywnych objawów depresji niż leczenie standardowe
3. Wykazano istotnie większą poprawę w obiektywnej ocenie nasilenia objawów depresji w przypadku stosowania łącznego leczenia standardowego i terapii śpiewem zespołowym niż w przypadku leczenia standardowego
4. Terapia śpiewem zespołowym może powodować poprawę umiejętności identyfikacji i rozumienia własnych emocji u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym
5. Nie wykazano istotnego wpływu terapii śpiewem zespołowym na poprawę masy ciała chorych na jadłowstręt psychiczny

7. STRESZCZENIE

Jadłowstręt psychiczny jest chorobą głównie dziewcząt i młodych kobiet, która charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem z częstymi nawrotami, oraz wysokim ryzykiem powikłań somatycznych i psychicznych. Zaburzenie cechuje wysoka śmiertelność oraz duże ryzyko upośledzenia zdrowia fizycznego i funkcjonowania społecznego. Wśród czynników pogarszających przebieg choroby współwystępowanie zaburzeń psychicznych, z których najczęstszą dysfunkcją jest obniżenie nastroju z towarzyszącą aleksytymią zdecydowanie utrudnia oddziaływania terapeutyczne. Ze względu na niezadowolające wyniki leczenia jadłowstręt psychiczny stanowi poważny problem kliniczny i wymaga poszerzenia wiedzy o patogenezie choroby i czynnikach mających wpływ na jej przebieg, gdyż niezbędne jest dążenie do opracowania bardziej skutecznych metod leczenia.

Celem pracy była próba ustalenia wpływu terapii śpiewem zespołowym na nasilenie objawów u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym.

W celu ustalenia repertuaru do wykorzystania w badaniu przeprowadzono badanie jakościowe polegające na wywiadach z kompozytorami muzyki chóralnej, podczas których wyodrębniono środki kompozytorskie stosowane w utworach muzycznych w intencji wywołania odpowiednich emocji u wykonawców i odbiorców. Wyselekcjonowano 23 utwory wywołujące uczucia radości,

zadowolenia, spokoju, smutku, euforii i gniewu.

W badaniu skuteczności terapii brało udział 30 osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu poddanych oddziaływaniu śpiewu zespołowego oraz 15 osób z grupy kontrolnej z tym samym rozpoznaniem poddanych standardowej terapii w warunkach szpitalnych. Zajęcia terapeutyczne odbywały się w pierwszej dwutygodniowej fazie terapii dwa razy w tygodniu, następnie raz w tygodniu przez 4 kolejne tygodnie i trwały 45 minut. Pacjentki z Kliniki Psychiatrii dołączały do utworzonej w celu badania grupy wolontariuszy – studentów i absolwentów poznańskich uczelni mających przynajmniej dwuletnie doświadczenie w śpiewie zespołowym. Spotkania rozpoczynane były rozśpiewaniem poszerzonym o podstawowe instrukcje prawidłowego śpiewu, krótkim wprowadzeniem teoretycznym na temat przygotowywanego utworu (genezy, kompozytora, stylu, epoki, przesłania i ukierunkowania emocjonalnego), następnie przystępowano do nauki utworu, a na koniec wykonywano wcześniej poznane kompozycje w zależności od upodobań uczestników.

Obserwowano zmiany nasilenia objawów depresji mierzone zarówno w sposób subiektywny, jak i obiektywny za pomocą skal depresji odpowiednio Becka i Hamiltona, a także zmiany masy ciała mierzonej poprzez wskaźnik BMI. Oceny dokonywano przed, w trakcie i po zakończeniu 6-tygodniowego cyklu zajęć terapii śpiewem zespołowym. Dodatkowo w grupie badawczej badano dynamikę

zmian objawów aleksytymii za pomocą autorskiej skali zaburzeń identyfikacji i przeżywania emocji. Wyniki badania wskazują na zdecydowaną poprawę nastroju w subiektywnej ocenie pacjentów za pomocą skali depresji Becka już po dwóch tygodniach terapii w porównaniu z grupą kontrolną poddaną standardowej terapii, natomiast obiektywna ocena poprzez skalę depresji Hamiltona wykazała istotną statystycznie różnicę względem grupy kontrolnej pod koniec badania. Masa ciała ulegała poprawie podobnie w obu grupach niezależnie od terapii śpiewem. W grupie terapeutycznej badania nad umiejętnością identyfikacji i przeżywania własnych emocji wykazały systematyczną poprawę i tym samym redukcję objawów aleksytymii.

Uzyskane wyniki badania wskazują na skuteczność terapii śpiewem zespołowym w zaburzeniach nastroju pacjentów chorych na jadłowstręt psychiczny, natomiast obserwowaną redukcję objawów aleksytymii należałoby porównać z grupą kontrolną.

7. Summary

Anorexia nervosa is an illness of mainly female adolescents and young adults, which is characterized by chronic course with frequent relapses, and high risk of somatic and psychiatric complications. The disorder is characterized by high mortality and substantial risk of physical health and social functioning impairment. Treatment of anorexia can be disturbed by many comorbid factors, which influence its course, especially the depressive symptoms with alexithymia. Unsatisfactory effect of treatment in anorexia nervosa is a serious clinical problem, which implies broadening of knowledge on the pathogenesis of the disorder and factors influencing its course. The search for a more efficient therapy is still required.

The aim of the study was to assess the influence of group singing therapy on severity of symptoms in patients suffering from anorexia nervosa.

In order to determine the repertoire to be used in the study there was a qualitative study conducted involving interviews with composers of choral music, during which composition means used to evoke appropriate emotions at the performers and the audience were revealed. There were 23 compositions selected, which cause feelings of joy, contentment, peace, sadness, euphoria and anger.

Thirty patients with diagnosis of anorexia nervosa hospitalized in Child and Adolescent Psychiatry Department of Poznan University of

Medical Sciences in group singing therapy and 15 control subjects with standard inpatient therapy were recruited. The therapeutic activities were held in the first, two-week phase of the therapy, twice a week, then once a week for four consecutive weeks and lasted 45 minutes. Patients joined the group of volunteers established especially for the study – students and graduates of Poznan universities with at least two years of experience in collective singing. The meetings were initiated with vocal exercises extended by basic instructions for proper singing, a brief theoretical introduction on the forthcoming composition (genesis, composer, style, age, message and emotional orientation), then the group proceeded to learn the song, and finally performed previously known compositions depending on the participants preferences.

The subjective and objective mood assessments were made prior to the treatment, after two weeks and in the end of the six week study, respectively with Beck and Hamilton depression scales. Changes in body weight were measured with Body Mass Index (BMI). Additionally, in the experimental group the dynamics of alexithymia symptoms was observed by an original purpose-built questionnaire of disturbances in identifying and experiencing of emotions.

Results of the study indicate a significant mood improvement in the subjective assessment of patients using Beck depression scale already after two weeks of treatment in comparison with the control group subjected to a standard therapy. An objective assessment by Hamilton depression scale proved a statistically significant improvement in the

active treatment group at the end of the study. Body weight improved similarly in both treatment groups, regardless of the singing therapy. In the active treatment group, the ability to identify and experience emotions showed gradual improvement, thus reducing the symptoms of alexithymia.

The results of the study show, that group singing therapy may be effective for depressive symptoms in patients with anorexia nervosa. The observed reduction in the severity of alexithymia should be assessed in studies including control group.

Bibliografia

1. Ashwani A., Milind P.: *Harmonizing effect of music on the patients suffering from anxiety*, International Journal of Research in Ayurveda and Pharmacy ISSN/EISSN: 22293566 Volume: 2 Issue: 2 Pages: 484-490, 2011
2. Bedriye O, Direnc S.: *Suicidal Behavior in Eating Disorders*, Psikiyatride Guncel Yaklasimler ISSN/EISSN: 13090658 13090674, Volume: 5 Issue: 1, 48-59, 2013
3. Aakruti K., Swati D., Kalpana P., Vilasrao K.: *Anxiety and Depression: Advances in management of disorder*. Bharati Vidyapeeth's College of Pharmacy, Sector-8, C.B.D. Belapur, Navi Mumbai-400614, 2013
4. Aarre A.: *Dans som terapeutisk redskap. Vandepunkter i en gruppeterapi med barn*. Tidsskrift for norsk psykologforening, 39(9), 815-822, 2002
5. Albornoz, Y.: The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: A randomized controlled trial. Nordic Journal of Music Therapy, 20(3), 8-24, 2011
6. Aldridge D.: *Music Therapy Research and Practice in Medicine. From out of the silence*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1996
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* APA, Washington DC; 1994.
8. Angelucci F, Ricci E, Padua L, Sabino A, Tonali PA. *Music exposure differentially alters the levels of brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor in the mouse hypothalamus*. Neurosci Lett 429:152–5, 2007.
9. Arnason C.: *An Eclectic Approach to the Analysis of Improvisations in Music Therapy Sessions*. Music Therapy Perspectives, 20(1), 4-12, 2002.
10. Azoulay E., Chaize M., Kentish-Barnes N.: *Music Therapy for Reducing Anxiety in Critically Ill Patients*, JAMA. 309(22):2386-2387. doi:10.1001/jama.2013.5657, 2013

11. Bereza B.: *Wyrażanie złości a więź z rodzicami w depresji. Badania osób uczestniczących w psychoterapii*. Psychiatria i Psychoterapia ISSN 1895-3166 Tom 8, Nr 1-2: s.14-20, 2012
12. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Tom I 151-159, 2004
13. Bilikiewicz A.: *Psychiatria*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Wyd. trzecie, 449-451, 2003
14. Bilikiewicz T., Gallus J.: *Psychiatria polska na tle dziejowym*, PZWL Warszawa, 1962
15. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books; 1980
16. Bratis D., Tselebis A., Sikaras C., Moulou A.: *Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff*, Human Resources for Health, 2009
17. Bruscia K.E.: *Defining Music Therapy*. Lower Village: Barcelona Publishers, 1998
18. Burns D.: *The effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the mood and life quality of cancer patients*. Journal of Music Therapy XXXVIII(1) 51-65, 2001
19. Cash TF, Pruzinsky T.: *Body images: a handbook of theory, reaserch and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002
20. Casper RC., Chatterton RT., Davis JM.: *Alterations in serum cortisol and its binding characteristics in anorexia nervosa*, J. Clin. Endocrinol. Metab. 49(3):406-411, 1979
21. Castre E., Voikar V., Rantamaki T.: *Role of neurotrophic factors in depression*. Science Direct, Current Opinion in Pharmacology 7:18–21, 2007
22. Cevasco A., Kennedy R., & Generally, N. *Comparison of movement-to-music, rhythm activities, and competitive games on depression, stress, anxiety and anger of females in substance abuse rehabilitation*. Journal of Music Therapy, 42, 64-81, 2005
23. Coan JA, Allen JJB. *Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of*

- emotion*. Biol Psychol;67:7–50, 2004
- 24.Coffino B. *The role of childhood parent figure loss in the etiology of adult depression: findings from a prospective longitudinal study*. Attachment & Human Development. 11(5): 405-470, 2009
- 25.Dayan J, Creveuil Ch, Dreyfus M, Herlicovics M, Baleyte J-M, O’Keane V. *Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress*. www.plose.org 5(9): 1-8, 2010
- 26.Dokter D.: *Arts Therapies and Clients with Eating Disorders: Fragile Board*. Jessica Kingsley Publishers, 1994
- 27.Drosser C.: *Hast du Tone*, Rowohlt Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 46, 21-45
- 28.Enza G., Nalan C., Farah A., Donna S: *Eating Disorders*, BMC Women's Health 4 (1), S21, 2004
- 29.Erkkilä J., Gold C., Fachner J., Ala-Ruona E.: *The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial*, BMC Psychiatry ISSN/EISSN: 1471244X Volume: 8 Issue: 1 Pages: 50 DOI: 10.1186/1471-244X-8-50, 2008
- 30.Erkkilä, J. & Eerola, T.: *Gambling addiction: Evaluation of a multimethod treatment programme including music therapy*. In D. Aldridge & J. Fachner (Eds.), *Music therapy and addictions* (pp. 132-151). London: Jessica Kingsley, 2010
- 31.Evers S, Suhr B. *Changes of the neurotransmitter serotonin but not of hormones during short time music perception*. Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience 250:144–7, 2000
- 32.Ferrara L.: *Phenomenology as a Tool for Musical Analysis*. The Musical Quarterly, 70(3), 355-373, 1984
- 33.Fichter MM., Quadflieg N., Hedlund S.: *Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa*, Int. J. Eat. Disord. 39(2):87-100, 2006
- 34.Field T, Martinez A, Nawrocki T, Pickens J, Fox NA, Schanberg S. *Music shifts frontal EEG in depressed adolescents*. Adolescence 33:109–16, 1998

- 35.F. Holsboer, M. Ising: *Central CRH system in depression and anxiety-Evidence from clinical studies with CRH1 receptor antagonists*. European Journal of Pharmacology 583:350-357, 2008
- 36.Freud S. *Mourning and melancholia*. W: Frankiel RV. red. *Essential papers in psychoanalysis: The Essentials papers on object loss*. New York: New York University Press; 1917/ s. 38-51, 1994
- 37.Galińska E: *Dzieje poglądów na lecznicze działanie muzyki*. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny, 50, 2. PL ISSN 0860-1844, 1987
- 38.Galińska E., Kozińska J.: *Wpływ muzyki na symboliczny i diagnostyczny wymiar procesu wyobraźniowego*, praca dyplomowa Joanny Kozińskiej, Instytut Muzykologii Uniwersytetu Warszawskiego, 1-137, 2004
- 39.Galińska E.: *Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic*. Psychoterapia. Nr 2 27-60, 1995
- 40.Galińska E.: *Muzykoterapia grupowa w psychiatrii*. Psychoterapia, marzec 1973.
- 41.Galińska E.: *Początki muzykoterapii jako nowej dyscypliny medycznej*. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny, 50, 3. PL ISSN 0860-1844,1987
- 42.Galińska E.: *Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy działania muzyki w terapii*. Człowiek. Muzyka. Psychologia. Warszawa, AMFC, 473-486, 2000
- 43.Gałęska J.: *Śpiewam solo i w zespole*, Akademia Muzyczna im. Ignacego Jana Paderewskiego, Poznań, 16-28, 2009
- 44.Gardstrom S., Diestelkamp W.: *Women With Addictions Report Reduced Anxiety After Group Music Therapy: A Quasi-Experimental Study*, Voices: A World Forum for Music Therapy ISSN/EISSN: 15041611 Volume: 13 Issue: 2 Pages: 11, 2013
- 45.Gerhardt S.: *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.
- 46.Gold C., Solli H., Krüger V., Lie S.: *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review 29, 193-207, 2009
- 47.Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina; 2005

48. Guilhot J. et M., Jost J., Lecourt E.: *La musicotherapie et les méthodes nouvelles d'association des techniques*, ESF Paris 1973
49. Hamilton M.: *A rating scale for depression*, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23: 56-62, 1960
50. Hammer S.: *The effects of guided imagery through music on state and trait anxiety*. Journal of Music Therapy 33, 47-70, 1996
51. Herpertz-Dahlmann BM., Müller B., Herpertz S., Heussen N., Hebebrand J., Remschmidt H.: *Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation*, J. Child Psychol. Psychiatry; 42(5): 603-612, 2001
52. Hjern A., Lindberg L., Lindblad F.: *Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year followup*, Br. J. Psychiatry 189:428-432, 2006
53. Hook L., Songwathana P., Petpichetchian W.: *Music Therapy with Female Surgical Patients: Effect on Anxiety and Pain*. Thai J Nurs Res 12(4) 259 – 271, 2008
54. Hornyak L., Baker E.: *Experiential Therapies for Eating Disorders*, Guilford Press, 305-320, 1989
55. Józefik B.: *Anoreksja i bulimia psychiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 22-34, 40-51, 52-56, 1999
56. Kawalerowicz A. *Bioenergetyczna analiza charakterów. Typologia według Alexandra Lowena. W: Santorski J, red. Ciało i charakter: diagnoza i strategie w psychoterapii somatyczno-charakterologicznej* Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza; 1995
57. Koelsch S.: *A Neuroscientific Perspective on Music Therapy*, The Neurosciences and Music III—Disorders and Plasticity: Ann. N.Y. Acad. Sci. 1169: 374–384, 2009.
58. Krueger DW.: *Integrating body self and psychological self*. New York, London: Brunner-Routledge; 2002.
59. LeDoux J. *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*. Poznań: Media Rodzina; 2000.

60. Lee S., Chan YY., Hsu LK.: *The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong*, *Am. J. Psychiatry*; 160(5):967-972, 2003
61. Lilenfeld LR., Wonderlich S., Riso LP., Crosby R., Mitchell J.: *Eating disorders and personality: a methodological and empirical review*, *Clin. Psychol. Review*; 26:299-320, 2006
62. Lo Sauro C., Ravaldi C., Cabras PL., Faravelli C., Ricca V.: *Stress, hypothalamic – pituitary – adrenal axis and eating disorders*, *Neuropsychobiol*; 57:95-115, 2008
63. Loth H.: *'There is no getting away from anything in here': A music therapy group within an inpatient programme for adults with eating disorders*. In A. Davies and E. Richards (Eds.), *Music Therapy and Group Work*. Sound Company, 2002
64. Lowe B., Zipfel S., Buchholz C., Dupont Y., Reas DL., Herzog W.: *Longterm outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study*, *Psychol. Med.*; 31(5):881-890, 2001
65. Luca M., Luca A., Calandra C.: *Psychomotor retardation and externally oriented thinking in major depression*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Pages: 759-766, 2013
66. Mallinckrodt B, King JL, Coble HM.: *Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist*. *J. Couns. Psychol.* 45(4): 497–504, 1998
67. Marsh R. i wsp.: *Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies*. *Am. J. Psychiatry*, 6, 664-674, 2009
68. Maruszewski T, Ścigała E. *Emocje — aleksytymia — poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998
69. Mays, K., Clark, D., & Gordon, A.: *Treating addiction with tunes: A systematic review of music therapy for the treatment of patients with addictions*. *Substance Abuse*, 29(4), 51-59, 2008
70. Mika S.: *Psychologia społeczna*, PWN Warszawa 1972
71. Mithen S.: *The Singing Neanderthals*, Cambridge/ Mass. 2006
72. Młóżniak E., Schier K.: *Aleksytymia, ciało, psychoterapia — nowa*

- perspektywa badawcza i kliniczna*, Psychoterapia 2 (161) strony: 29–40 2012
73. Młóżniak EA. *Aleksytymia a obraz ciała u dzieci i osób dorosłych* W: Schier K, red. *Zapisane w ciele: Związek ciało–psychika u dzieci i rodziców* Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2009
74. Morris J., Twaddle S.: *Jadłowstręt psychiczny*, Med. Praktyczna –Psychiatria; 1:57 – 66, 2007
75. Nolan P.: *Music therapy improvisation techniques with bulimic patients*, New York Guilford Press, 1989
76. Papadopoulos FC., Ekblom A., Brandt L., Ekselius L.: *Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa*, Br.J.Psychiatry; 194(1):10-17, 2009
77. Parente A.: *Feeding the Hungry Soul: Music as a Therapeutic Modality in the Treatment of Anorexia Nervosa*. Music Therapy Perspectives, 6, 44-48, 1989
78. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM.: *Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles*. Compr. Psychiatry; 39(2): 91–98, 1998
79. Pavlakou M.: *Benefits of Group Singing for People with Eating Disorders: Preliminary Findings from a on-Clinical Study*. Music Therapy & Special Music Education | 1 (1) 2009
80. Pla C., Toro J.: *Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study*, Acta Psychiatr. Scand; 100(6):441-446, 1999
81. Plutchik R. *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper and Row; 1980
82. Rajewski A.: *Zaburzenia odżywiania*, rozdział w: *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, red. Namysłowska I., PZWL, Warszawa; 247-265, 2004
83. Robarts J.: *Music Therapy and Adolescents with Anorexia Nervosa*. Nordic Journal of Music Therapy 9(1), 3-12, 2000
84. Rymaszewska J.: *Psychiatria – co nowego?* Cornetis Wrocław, 223-227 2011
85. Saccomani L., Savoini M., Cirrincione M., Vercellino F., Ravera G.: *Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity*, J. of Psychosom. Research, 44(5):565-571, 1998
86. Salbach-Andrae H., Schneider N., Seifert K., Pfeiffer E., Lenz K., Lehmkuhl

- U., Korte A.: *Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study*, Eur. Child. Adolesc. Psychiatry; 18(11):701-704, 2009
- 87.Sandra E. File.: *Recent developments in anxiety, stress and depression*. Pharmacology, Biochemistry and Behaviour; 1:3-12, 1996
- 88.Schäfer R.: "Geschichte der Musikästhetik im Umrissen", Berlin Schöneberg 1934
- 89.Schier K. *Aleksytymia: mechanizm obronny czy cecha osobowości? Nowe perspektywy badawcze*. Psychoter. 1: 5–13, 2006
- 90.Schier K. *Bez tchu i bez słowa. Więzy psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
- 91.Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
- 92.Schier K. *Rozegrane w ciele — obraz ciała u osób ze strukturą osobowości borderline*. W: Brytek-Matera A, red. *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; s. 9–27, 2010
- 93.Sloboda A.: *Individual therapy with a man who has an eating disorder*, London Jessica Kingsley Publishers, 1993
- 94.Sloboda J.: *Poznanie, emocje i wykonanie – trzy wykłady z psychologii muzyki*. Warszawa, AMFC, 1999
- 95.Spintge R., Droh R.: *Music in der Medizin. Neurophysiologische Grundlagen. Klinische Applikationen. Geistwissenschaftliche Einordnung*. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokio, 1985
- 96.Steinhausen HC.: *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*, Am. J. Psychiatry; 159: 1284 -1293, 2002
- 97.Stern ND.: *Ausdrucksformen der Vitalität. Die Erforschung dynamischen Erlebens in Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und den Künsten*. Frankfurt am M: Brandes & Apsel Verlag; 2011.
- 98.Taylor G., Parker J., Bagby M., Bourke M.: *Relationships between alexithymia*

- and psychological characteristics associated with eating disorders*, Department of Psychiatry, University of Toronto and Mount Sinai Hospital, Toronto, Department of Psychology, Trent University, Peterborough, Canada, 1996
99. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
100. Tomalski R. *Aleksytymia w zaburzeniach jedzenia*. *Psychoter.* (1): 15–25, 2006
101. Trandolen G.: „*Significant Moments*” in *music therapy with young persons suffering from Anorexia Nervosa*, *Music Therapy Today* Vol. VI (3) July 2005
102. Vanheule S, Verhaeghe P, Desmet M. *In search of a framework for the treatment of alexithymia*. *Psychol. Psychother. Theor. Res. Pract.*; 84: 84–97, 2011
103. Vierhapper H., Kiss A., Nowotny P., Wiesnagrotzki S., Monder C., Waldhäusl W.: *Metabolism of cortisol in anorexia nervosa*, *Acta Endocrinol.* (Copenh). 122(6):753-758, 1990
104. Vince EP, Walker I. *A set of meta-analytic studies on the factors associated with disordered eating*. 2008
105. Wang J., Wang H., Zhang D.: *Impact of group music therapy on the depression mood of college students*, *Health* ISSN/EISSN: 19494998 19495005 Volume: 03 Issue: 03 Pages: 151-155, 2011
106. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: *An inventory for measuring depression*. *Arch Gen Psychiatry.* 1961, 4, 561–571.
107. Hamilton M.: *A rating scale for depression*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1960, 23, 56

Spis tabel i rycin

Tabela 1. Ustalony repertuar do badania

Tabela 2. Porównanie grupy badawczej i grupy kontrolnej przed rozpoczęciem badania

Tabela 3. Zestawienie wyników BMI w grupie kontrolnej oraz badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'

Tabela 4. Zestawienie wyników skali depresji Becka w grupie kontrolnej oraz badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'

Tabela 5. Zestawienie wyników skali depresji Hamiltona w grupie kontrolnej oraz badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'

Tabela 6. Zestawienie wyników autorskiej ankiety umiejętności rozpoznawania własnych emocji w grupie badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'

Wykres 1. Zestawienie danych BMI w grupie badawczej (1) i kontrolnej (2) podczas wizyt '0', '1' i '2'

Wykres 2. Zestawienie danych skali depresji Becka w grupie badawczej (1) i kontrolnej (2) podczas wizyt '0', '1' i '2'

Wykres 3. Zestawienie danych skali depresji Hamiltona w grupie badawczej (1) i kontrolnej (2) podczas wizyt '0', '1' i '2'

Wykres 4. Zestawienie danych autorskiej ankiety umiejętności rozpoznawania własnych emocji w grupie badawczej podczas wizyt '0', '1' i '2'

Załącznik 1. Wywiad Kompozytorski

Justyna Chelmińska
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Praca doktorska
'Wpływ terapii śpiewem na stan psychiczny chorych z jadłowstrętem
psychicznym'
pod kierunkiem dr hab. Filipa Rybakowskiego

WYWIAD KOMPOZYTORSKI

Szanowny/a Pan/i

.....

Poniższa ankieta dotyczy wpływu muzyki na emocje człowieka. Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Czy Pana/Pani zdaniem muzyka ma wpływ na emocje człowieka?

...

2. Jak ogólnie opisałby Pan/Pani zadanie dzieła muzycznego, cel jaki ma osiągnąć konkretny utwór muzyczny?

...

3. Czy Pana/Pani zdaniem istnieje różnica w przeżywaniu muzyki podczas słuchania i jej wykonywania? Jeśli tak, to jaka?

...

4. Jakich środków kompozytorskich używa Pan/Pani, aby wzbudzić w słuchaczu/wykonawcy poszczególne emocje:

radość –

smutek –

złość –

spokój –

euforię –

zadowolenie –

5. Czy może Pan/Pani podać przykłady utworów wokalnych, których celem jest wywołanie powyższych uczuć?

radość –

smutek –

złość –

spokój –

euforia –

zadowolenie –

6. Czy Pana zdaniem muzyka potrafi 'nauczyć' przeżywania emocji?
Pomagać w ich identyfikacji i uwolnieniu w sytuacjach
patologicznego blokowania uczuć?

...

Uprzejmie dziękuję za wypełnienie ankiety.

Załącznik 2

Repertuar do wykorzystania w badaniu

ABBA OJCZE

1a

Jr 18,6; Zob. Rz 8,29

muz. J. Sykułski Zm
sl. J. Góra OP

The musical score is written in G major and 4/4 time. It consists of a vocal line and a piano accompaniment. The vocal line begins with the lyrics: 'TY WYZ-WO-LI-ŁEŚ NAS, PA- NIE Z KAJDAN I SA- MYCH SIE- BIE, A CHRYS-TUS STA-JĄC SIĘ BRA- TEM NA-UCZYŁ NAS WO-LĄĆ DO CIE- BIE:'. The piano accompaniment features a simple harmonic structure with chords C, F, G, and E. The score includes a repeat sign at the beginning of the piano part. The lyrics 'AB- BA OJ- CZE' are repeated throughout the piece.

2. Bo Kościół jak drzewo życia
W wieczności zapuszcza korzenie
Przenika naszą codzienność
I pokazuje nam Ciebie.

Abba Ojciec!

3. Bóg hojnym Dawcą jest życia
On wyzwodził nas z śmierci
I przygarniając do siebie
Uczył swoimi dziećmi.

Abba Ojciec!

4. Wszyscy jesteśmy braćmi
Jesteśmy jedną rodziną.
Tej prawdy już nie załamamy
I teraz jest jej godzina.

Abba Ojciec!

Oto są baranki młode

Kyrie Benedyktynskie
m.: J. Gałuszka OP

refren $\text{♩} = 70$

O - to są Ba - ran - ki mło - de.

O - to ci, co za - wo - la - li Al - le - lu - ja.

Do - pie - ro przy - sz - li do zdro - jów, świa - toś - cią się na - peł - ni - li,

Al - le - lu - ja, al - le - lu - ja!

Na Ba - ran - ka Pań - skich go - dach, wszat świa - te - cznych czy - tej bie - li,

Po krwa - we - go mo - rza wo - dach, nieś - my Pa - nu pieśń we - se - li.

Gaudeamus igitur

dawna pieśń studencka

Zwawo

oprac. K. Mroszczyk

1. *f* 2. *p*

1. 2.

S. *f* 2. *p*
 3. 1. Gau - de - a - mus i - gi - tur, iu - ve - nes dum su - mus. su - mus.
 4. 2. Vi - vat A - ca - de - mi - a, vi - vant pro - fe - so - res. so - res.

A. *f* 2. *p*
 1. Gau - de - a - mus i - gi - tur, iu - ve - nes dum su - mus. su - mus.
 2. Vi - vat A - ca - de - mi - a, vi - vant pro - fe - so - res. so - res.

T. *f* 2. *p*
 3. 1. Gau - de - a - mus i - gi - tur, iu - ve - nes dum su - mus. su - mus.
 4. 2. Vi - vat A - ca - de - mi - a, vi - vant pro - fe - so - res. so - res.

B. *f* 2. *p*
 1. Gau - de - a - mus i - gi - tur, iu - ve - nes dum su - mus. su - mus.
 2. Vi - vat A - ca - de - mi - a, vi - vant pro - fe - so - res. so - res.

mf

S. *mf*
 Post iu - cun - dam iu - ven - tu - tem, post mo - le - stam se - nec - tu - tem
 Vi - vat mem - brum quod - li - bet, vi - vant mem - bra quae - li - bet,

A. *mf*
 Post iu - cun - dam iu - ven - tu - tem, post mo - le - stam se - nec - tu - tem
 Vi - vat mem - brum quod - li - bet, vi - vant mem - bra quae - li - bet,

T. *mf*
 Post iu - cun - dam iu - ven - tu - tem, post mo - le - stam se - nec - tu - tem
 Vi - vat mem - brum quod - li - bet, vi - vant mem - bra quae - li - bet,

B. *mf*
 Post iu - cun - dam iu - ven - tu - tem, post mo - le - stam se - nec - tu - tem
 Vi - vat mem - brum quod - li - bet, vi - vant mem - bra quae - li - bet,

S. *f*
 nos ha - be - bit hu - mus, nos ha - be - bit hu - mus.
 sem - per sint in flo - re, sem - per sint in flo - re.

A. *f*
 nos ha - be - bit hu - mus, nos ha - be - bit hu - mus.
 sem - per sint in flo - re, sem - per sint in flo - re.

T. *f*
 nos ha - be - bit hu - mus, nos ha - be - bit hu - mus.
 sem - per sint in flo - re, sem - per sint in flo - re.

B. *f*
 nos ha - be - bit hu - mus, nos ha - be - bit hu - mus.
 sem - per sint in flo - re, sem - per sint in flo - re.



ORFEON UNIVERSITARIO
DE MÁLAGA

The lion sleeps tonight

Robert John
arr.: Julio Domínguez

Soprano *p*
Wee_____ o-wim - o - weh,____

Alto

Tenor

Bajo

5

S

A *mp*
wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

T *mp*
wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

B *mp*
wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

9 *mp*

S
In the jun - gle, the might - y jun - gle, the li - on sleeps_ to - night.____
Hush, my dar - ling, don't fear my dar - ling, the li - on sleeps_ to - night.____

A
wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

T
wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

B
wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

13

S In the jun - gle, the might - y jun - gle, the li - on sleeps to - night. —
Hush, my dar - ling, don't fear my dar - ling, the li - on sleeps to - night. —

A wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

T wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

B wim-o-weh, o - wim-o-weh, wim-o-weh, o - wim-o-weh,

17

S Wee ————— o-wim - o - weh, —

A *mp* wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o -

T *mp* wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o -

B *mp* wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o -

21

S Wee ————— o-wim - o - weh, —

A wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wi, o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh

T wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh

B wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh

37

S Wee o-wim - o - weh,

A wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh,

T wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh,

B wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o - wim-o-weh, o-wim-o-weh,

41

S Wee o - wim - o - weh,

A Wee o - wim - o - weh,

T Wee o - wim - o - weh,

B sha! sha! sha! sha!

45

S Wee o - wim - o - weh,

A

T

B

Orinoco Flow

Music by Enya Lyrics by Roma Ryan

Moderately

The musical score is written for guitar and voice. It consists of four systems of music. Each system includes a guitar part with chords and a vocal line with lyrics. The chords are: E, F, C, G, F, C, G, F, C, G, F, C, G, F, C. The lyrics are: ((1.) Let me sail, let me sail, let the O - ri - no - co flow; let me reach, let me beach on the shores of Tri - po - li; let me sail, let me sail, let me crash up - on your shore; let me reach, let me beach far be - yond the Yel - low Sea. The tempo is marked 'Moderately'. The score ends with 'To Coda'.

© Copyright 1988 SBK Songs Limited, 3-5 Rothbone Place, London W1
All Rights Reserved, International Copyright Secured

Cm Bb F Cm
 De de de de de, de de de de de,

Bb F Cm Bb F
 de de de de de,

Cm Bb F G
 de de de de de, de de de de de.

1. G F C
 Sail a - way, sail a - way, sail a -

G F C G
 way. Sail a - way, sail a - way, sail a - way. Sail a -

F C G F C

way, sail a-way, sail a-way. Sail a-way, sail a-way, sail a-

(2.) From Bis
(3.) From the

2. C G

Turn it up, turn it up, turn it up, up, Ad-ieu,

Am Fmaj7 G C

oooh, Turn it up, turn it up,

G F D

turn it up, up, Ad-ieu ah.

D#, and back to repeat at Coda

⊕ CODA

F C G

lands I've nev-er seen. We can sail, we can sail, with the

O - ri - no - co flow; we can sail, we can sail, sail a - way, sail a - way, sail a - way, We can

way, steer, we can near with Rob Dick - ins at the wheel, we can sigh, say good-bye Ross and

his de - pen - den - cies. We can sail, we can sail, sail a - way, sail a - way, sail a - way, We can

way, sail, we can sail, sail a - way sail a - way, sail a - way. Sail a - way.

Repeat to Fade

VERSE 2:

From Bissau to Palau in the shade of Avalon
 From Fiji to Tirec and the Isles of Ebony
 From Peru to Cebu, feel the power of Babylon
 From Bali to Cali far beneath the Coral Sea.

VERSE 3:

From the North to the South, Ebuada unto Khartoum
 From the deep Sea of Clouds to the Island of the Moon
 Carry me on the waves to the lands I've never been
 Carry me on the waves to the lands I've never seen.

Simple Gifts

Joseph Brackett, Jr

Shaker Tune

Joseph Brackett, Jr

Robert A. Hudson

mf Allegretto $\text{♩} = 80$

C F B \flat C Dm B \flat F Edim Dm Dsus4 Dm

'Tis the gift to be sim - ple, 'tis the gift to be free, 'Tis the

3 Gm Gm7 C7 Am F Dm

gift to come down where we ought to be, And when we find our - selves in the

6 F B \flat Dm7 Gm C7 Dm Gm B \flat /C C7 F

place just right, 'Twill be in the val - ley of love and de - light.

9 F Dm F Dm Dm Dm7 C7

When true sim - pli - ci - ty is gain'd, To bow and to bend we shan't be a-sham'd, To

13 F Dm F Dm7 Gm C6 C7 F B \flat F

turn, turn will be our de-light, Till by turn - ing, turn - ing we come round right.

SIYAHAMBA

(African Song)

for SATB Chorus, a cappella

Zulu Song
edited by
Dorcas Rao

With an easy swaying motion, not too fast

Soprano
Alto

1.
Si - ya - hamb' e - ku - kha - nye - ni kwen - khos' Si - ya - hamb' e - ku - kha - nye - ni kwen - khos'
We are march - ing in the light of God we are march - ing in the light of God

Tenor
Bass

kwen - khos' - Si - ya -
of God - We are

2.
Si - ya - hamb' e - kha - kha - nye - ni kwen - nye - ni kwen - khos' - Si - ya -
We are march - ing in the light of the light of God - We are

kwen - khos' -
of God -

hamb - ba, march - ing, Co Si - ya - hamb' e - ku - kha - nye - ni kwen - khos' - Co
Co we are march - ing in the light of God - Co

rit.
hamb - ba, hamb - ba, Si - ya - hamb - ba, hamb - ba, Si - ya - hamb' e - ku - kha - nye - ni kwen - khos' -
march - ing, march - ing, we are march - ing, march - ing, we are march - ing in the light of God -

Tourdion

Pierre Attaignant, 1530

Quand je bois du vin clair-
ret, a-mi tout tourne, tourne, tourne, tour - ne, aussi desormais je
Le bon vin nou a ren - du gais, chan - tons,
Bu - vons bien, bu - vons mes a - mis, trinquons, bu -
Bu - vons bien, bu - vons mes a - mis, trin - quons, bu -

Fine
bois An - jou ou Ar - bois, chan-tons et bu-vons, à ce fla-con faisons la
ou-bli-ons no pei - nes, chan - tons! En man - geant d'un gras jam -
vons, gaie - ment chan - tons! En man - geant d'un gras jam -
vons, gaie - ment chan - tons! En man - geant d'un gras jam -

Da Capo
guer - re, chan - tons et bu - vons, mes a - mis, bu - vons donc!
bon, à ce fla - con fai - sons la guer - re!
bon, à ce fla - con fai - sons la guer - re!
bon, à ce fla - con fai - sons la guer - re!

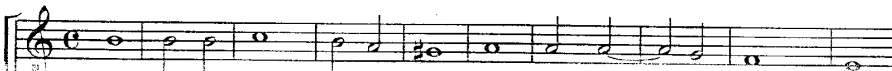
Powszednia spowiedź

pieśń "Ach, mój niebieski Panie"

(data pierwszego wydania: Kraków 1549-1558)

muzyka: Wacław z SZAMOTUŁ
(1526? - 1560?)
słowa: Andrzej TRZECIESKI
(1525/1530? - 1584)

Sopran



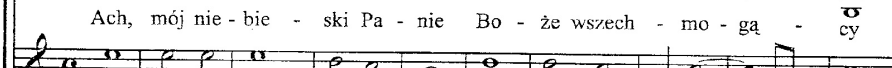
Ach, mój nie - bie - ski Pa - nie Bo - że wszech - mo - gą - cy

Alt



Ach, mój nie - bie - ski Pa - nie Bo - że wszech - mo - gą - cy

Tenor



Ach, mój nie - bie - ski Pa - nie Bo - że wszech - mo - gą - - - cy

Bas



Ach, mój nie - bie - ski Pa - nie Bo - że wszech - mo - gą - cy

S



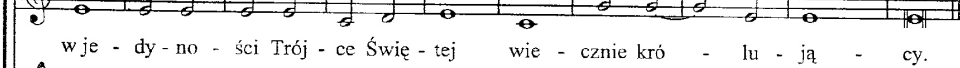
w je - dy - no - ści Trój - ce Świę - tej wie - cznie kró - lu - ją - cy.

A



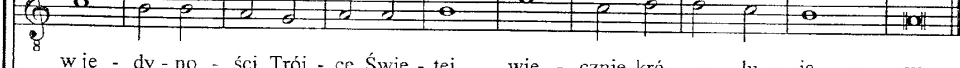
w je - dy - no - ści Trój - ce Świę - tej wie - cznie kró - lu - ją - cy.

T



w je - dy - no - ści Trój - ce Świę - tej wie - cznie kró - lu - ją - cy.

B



w je - dy - no - ści Trój - ce Świę - tej wie - cznie kró - lu - ją - cy.

De profundis clamavi

Piotr Jańczak (*1972), 2001

Misterioso *p* *cresc.*

S
A

De - pro - fun - dis cla - ma - vi, cla - ma - vi.

mf *decresc., rit.* *dim.*

De pro - fun - dis cla - ma - vi.

Moderato *9*

S I
S II
A I
A II

De pro - fun - dis, de pro - fun - dis cla - ma - vi, cla -
De pro - fun - dis, de pro - fun - dis cla - ma - vi, cla -
du du du du ...cla - ma -
du du ...cla - ma -

12

S I
S II
A I
A II

-ma - vi. De pro - fun - dis, de pro - fun - dis cla - ma - vi, cla -
-ma - vi. De pro - fun - dis, de pro - fun - dis cla - ma - vi, cla -
-vi, du du du du ...cla -
-vi, du du du du du du du du ...cla -

16 *Allegro*
f
 -ma - vi, cla - ma - vi. Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au -
 -ma - vi, cla - ma - vi. Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au -
 -ma - - - vi. Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au -
 -ma - - - vi. Do-mi-ne, Do-mi-ne,

21
 -di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di o - ra - ti - o - nem me - am...
 -di, ex - au - di. Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di o - ra - ti - o - nem me - am...
 -di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di o - ra - ti - o - nem me - am...
 Do-mi-ne, o - ra - ti - o - nem me - am...

26 *sub.p* *mf* *f*
 Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au -
sub.p *mf* *f*
 Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au -
sub.p *mf* *f*
 Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au - di, ex - au - di, Do-mi-ne ex - au -
sub.p *mf* *f*
 Do-mi-ne, Do-mi-ne, Do-mi-ne,

31 *ff* *mf* *Moderato*

-di, ex - au - di o - ra - ti - o - nem me - am, — o - ra - ti - o - nem me - am, — De pro-

-di, ex - au - di o - ra - ti - o - nem me - am, — o - ra - ti - o - nem me - am, — De pro-

-di, ex - au - di o - ra - ti - o - nem me - am, — o - ra - ti - o - nem me - am, —

o - ra - ti - o - nem me - am, — o - ra - ti - o - nem me - am, —

36

-fun - dis, de pro - fun - dis — cla - ma - vi, cla - ma - vi. De pro - fun - dis, de pro -

-fun - dis, de pro - fun - dis — cla - ma - vi, cla - ma - vi. De pro - fun - dis, de pro -

du du du du ...cla - ma - vi, du du

du du du du ...cla - ma - vi, du du du

41 *dim., rit.*

-fun - - - dis ad - te, — ad - te. —

-fun - - - dis ad - te, — ad - te. —

du du du du ...ad - - - te. Do - mi - ne.

du du du du ...ad - - - te. Do - mi - ne.

Miserere

A. Lotti.

Largo.

Mi - se - re - re, Mi - se - re - re, mi - se - re - re me - i De - us se - cun - dum

re - re me - i De - us se - cun - dum

re - re De - us, De - us se - cun - dum

ma - gnam mi - se - ri - cor - di - am, mi - se - ri - cor - di - am mi - se - ri - cor - di - am

mi - se - ri - cor - di - am

tu - am, et se - cun - dum mul - ti - tu - di - nem mi - se - ra - ti - o - num

tu - am, et se - cun - dum mul - ti - tu - di - nem mi - se - ra - ti - o - num

tu - a - rum de - le - rit. o - num tu - a - rum de - le - ni - qui - ta - tem me - am.

tu - a - rum de - le - rit. o - num tu - a - rum de - le - ni - qui - ta - tem me - am.

6324

Stabat Mater

muzyka: Zoltan KODALY
(1882 - 1967)

prawdopodobny autor słów: Jacopo da TODI
(1228? - 1306)

Stabat Mater dolorosa Bolejąca Matka stała
iuxta crucem lacrimosa Obok krzyża we łzach cała,
dum pendebat Filius. Gdy na krzyżu wisiał Syn.

Cuius animam gementem, Duszę Jej, pod mąk nawałą
contristatam et dolentem Zasmuconą i zbolałą
pertransiuit gladius. Przeszedł miecz dla naszych win.

Quis est homo qui non fleret Gdzież jest człowiek, co łzę wstrzyma,
Matrem Christi si videret Gdy mu stanie przed oczyma
in tanto supplicio. w mękach - Matka ta bez skaz?!

tłumaczenie: ks. Tadeusz Karyłowski TJ

The musical score is written for four voices: Soprano, Alto, Tenor, and Bass. It is in the key of B-flat major and common time (C). The tempo is marked *p* (piano). The score consists of four staves, each with a vocal line and three lines of lyrics. The lyrics are in Latin and Polish, with three different versions provided for each voice part. The Soprano part starts with a treble clef and a key signature of two flats. The Alto part starts with a treble clef and a key signature of two flats. The Tenor part starts with a treble clef and a key signature of two flats. The Bass part starts with a bass clef and a key signature of two flats. The lyrics are as follows:

Sopran

1. Sta - bat Ma - ter do - lo - ro - sa
2. Cu - ius a - ni - mam ge - men - tem,
3. Quis est ho - mo qui non fle - ret

Alt

1. Sta - bat Ma - ter do - lo - ro - sa
2. Cu - ius a - ni - mam ge - men - tem,
3. Quis est ho - mo qui non fle - ret

Tenor

1. Sta - bat Ma - ter do - lo - ro - sa
2. Cu - ius a - ni - mam ge - men - tem,
3. Quis est ho - mo qui non fle - ret

Bas

1. Sta - bat Ma - ter do - lo - ro - sa
2. Cu - ius a - ni - mam ge - men - tem,
3. Quis est ho - mo qui non fle - ret

5 10

S
iu - xta — cru - cem la - cri - mo - sa dum pe - nde - bat
con - tri - sta - tam et do - len - tem per - tran - si - vit
Ma - trem — Chri - sti si vi - de - ret in tan - to sup -

A
iu - xta — cru - cem la - cri - mo - sa dum pe - nde - bat
con - tri - sta - tam et do - len - tem per - tran - si - vit
Ma - trem — Chri - sti si vi - de - ret in tan - to sup -

T
iu - xta — cru - cem la - cri - mo - sa dum pe - nde - bat
con - tri - sta - tam et do - len - tem per - tran - si - vit
Ma - trem — Chri - sti si vi - de - ret in tan - to sup -

B
iu - xta — cru - cem la - cri - mo - sa dum pe - nde - bat
con - tri - sta - tam et do - len - tem per - tran - si - vit
Ma - trem — Chri - sti si vi - de - ret in tan - to sup -

15

S
Fi - li - us dum pe - nde - bat Fi - li - us.
gla - di - us, per - tran - si - vit gla - di - us.
pli - ci - o, in tan - to sup - pli - ci - o.

A
Fi - li - us dum pe - nde - bat Fi - li - us.
gla - di - us, per - tran - si - vit gla - di - us.
pli - ci - o, in tan - to sup - pli - ci - o.

T
Fi - li - us dum pe - nde - bat Fi - li - us.
gla - di - us, per - tran - si - vit gla - di - us.
pli - ci - o, in tan - to sup - pli - ci - o.

B
Fi - li - us dum pe - nde - bat Fi - li - us.
gla - di - us, per - tran - si - vit gla - di - us.
pli - ci - o, in tan - to sup - pli - ci - o.

MORZE

słowa: KRYSZYNA CHRUSCIELSKA

muzyka: KAROL M. PROSNAK

4/4 Allargando

SOPRANY

ALTY

TENORY

BASY

1. Błę-
2. Wda-

1. Błę-
2. Wda-

1. Bez- kre - sna prze-strzeń błę - ki - tnych fal, błę-
2. twar - ta bra - ma wda - le - ki świat, wda-

1. Bez- kre - sna prze-strzeń błę - ki - tnych fal,
2. twar - ta bra - ma wda - le - ki świat

3. Allegro agitato

espressivo *rit.*

S.

A.

T.

B.

ki - tnych fal, błę - ki - tnych fal... Na - gle zry - wa się wi - cher i
le - ki świat, wda - le - ki świat... Mo - rze wa - bi i ku - si głą -

ki - tnych fal, błę - ki - tnych fal... Na - gle zry - wa się wi - cher i
le - ki świat, wda - le - ki świat... Mo - rze wa - bi i ku - si głą -

ki - tnych fal, błę - ki - tnych fal... Na - gle, na - gle zry - wa się wi - cher i
le - ki świat, wda - le - ki świat... Mo - rze, mo - rze wa - bi i ku - si głą -

błę - ki - tnych fal... Na - gle, na - gle zry - wa się wi - cher i
wda - le - ki świat... Mo - rze, mo - rze wa - bi i ku - si głą -

6.

S.
z po za chmu - r.
bi - ną swą - -

A.
z po za chmu - r.
bi - ną swą - -

T.
z po za chmu - r.
bi - ną swą - -

B.
z po za chmu - r.
bi - ną swą - -

Gro - źnie za - brzmi zło - wie - szczy od -
Zmiennym wo - dy ko - lo - rem i

Gro - źnie, gro - źnie za - brzmi zło - wie - szczy od -
Zmiennym, zmiennym wo - dy ko - lo - rem i

Gro - źnie, gro - źnie za - brzmi zło - wie - szczy od -
Zmiennym, zmiennym wo - dy ko - lo - rem i

8.

S.
mę - tów chó - r. Drży w ciem - nych mgłach. U - kry - ty strach. I
świa - teł grą - - Po - dró - ży czar. Przy - go - dy dar. Ma -

A.
mę - tów chó - r. Drży w ciem - nych mgłach. U - kry - ty strach. I
świa - teł grą - - Po - dró - ży czar. Przy - go - dy dar. Ma -

T.
mę - tów chó - r. Drży w ciem - nych mgłach. U - kry - ty strach. I
świa - teł grą - - Po - dró - ży czar. Przy - go - dy dar. Ma -

B.
mę - tów chó - r. Drży w ciem - nych mgłach. U - kry - ty strach. I
świa - teł grą - - Po - dró - ży czar. Przy - go - dy dar. Ma -

11. **Andante tranquillo**

S.
Znów lśni w słońcu srebrzy - sta da -
rze - nie na - szych mło - dzień - czych la

A.
Znów lśni w słońcu srebrzy - sta da -
rze - nie na - szych mło - dzień - czych la

T.
Znów lśni w słońcu srebrzy - sta da - l.
rze - nie na - szych mło - dzień - czych la - t.

B.
Znów lśni w słońcu srebrzy - sta da
rze - nie na - szych mło - dzień - czych la

13. **3 Andante espressivo**

S.
1. O - czy two - je u -
t. E - chem wspom - nień po -

A.
1. O - czy two - je u -
t. E - chem wspom - nień po -

T.
pp (delikatnie)
O - czy two - je u - ko - i, o - czy two - je u - ko - i o - czy two - je ach u -
E - chem wspomnień wró - ci e - chem wspomnień wró - ci e - chem wspomnień ach po -
ch

B.
pp
1.
t.

16. *misterioso*

ko - i czar mórz.
wró - ci czar mórz.

ko - i czar mórz.
wró - ci czar mórz.

ko - i czar mórz.
wró - ci

1. o - czy ko - i czar mórz.
2. e - chem wró - ci czar mórz.
1-2 czar mórz.

20. *pp* *Largo e dolce* *pp*

Głęb mórz. Blask ran - nych zórz
Głęb mórz.

Głęb mórz. mórz. Blask ran - nych.

Głęb mórz. mórz. Blask

Głęb mórz. mórz. Blask

4 Allegro inquieto

24

S. *p*
Lecz ja - sną toń
Znów ja - sną toń

A. *p*
zórz
Lecz ja - sną toń
Znów je - sną toń

T. *p*
zórz
Lecz ja - sną toń, ja - sną toń
Znów je - sną toń,

B. *p*
ran - nych zórz.
Lecz ja - sną toń ja sną ton
Znów ja - sną toń

27

S. *mf* *f* *cresc.*
cień ma - ci burz. I fa - le wrą w głę - bi - nie mórz.

A. *mf* *f*
cień ma - ci burz. I fa - le wrą w głę - bi - nie mórz.

T. *mf* *f*
cień ma - ci burz. I fa - le wrą, fa le wrą w głę - bi - nie mórz.

B. *mf* *f*
cień ma - ci burz. I fa - le wrą, fa le wrą w głę - bi - nie mórz.

30. *Grave* *ff* *molto rit.* 1.

S. I hu - czy wkrąg. Przeciągly ich grzmio - t. E - chem drzy wśród

A. I hu - czy wkrąg. Prze - cią - gły ich grzmo - t. E - chem drzy wśród

T. I hu - czy wkrąg. Prze - cią - gły ich grzmo - t. E - chem drzy wśród

B. I hu - czy wkrąg. Prze - cią - gły ich grzmo! przeciągly ich grzmo! E - chem drzy wśród

33. *pp* (*lunga*) 2. *con forza* *ff*

S. mgły wśród mgły. - E - chem grom - kim drzy -!

A. mgły wśród mgły. - E - chem grom - kim drzy -!

T. mgły wśród mgły. 2. 0. - E - chem grom - kim drzy -!

B. mgły wśród mgły. 2. 0. grzmot! E - chem grom - kim drzy -!

c. 3'30"

AMAZING GRACE

Soprano solo, SATB a cappella

Tradizionale
Arr. Adriano Secco

$\text{♩} = 60$

Sopr. solo
A - maz - ing grace! How sweet the sound that saved a

Soprano

Alto

Tenor
U

Bass
U

7

Solo
wretch like me; I once was lost but now am

S.

A.

T.

B.

13

Solo
found was blind but now I see

S.
'Twas grace that

A.
'Twas grace that

T.
'Twas grace that

B.
'Twas grace that

19

Solo

S.
taught my heart to fear and grace my fears relieved;

A.
taught my heart to fear and grace my fears my fears re -

T.
taught my heart to fear and grace my fears re - lied

B.
taught my heart to fear and grace my fears my fears re -

25

Solo

S. 


 A. 


 T. 


 B. 


31

Solo

S. 

 A. 

 T. 

 B. 

37

Solo

S.

A.

T.

B.

sound that saved a wretch like me.

8

Już się zmierzcha

Wacław z Szamotuł

S
Już się zmierzcha, na-dcho - - - dzi noc, po-pro -

A
Już się zmierzcha, na-dcho - - - dzi noc, po -

T
Już się zmierzcha, na - dcho - - - dzi noc,

B
Już się zmierzcha, na - - - dcho-dzi noc, po -

6
- śmy Bo - - - - ga o po - - - - moc,
pro - - - śmy Bo - - - - ga o po - moc, a -

po - - - pro - śmy Bo - ga o po - moc,

- - - pro - - - śmy Bo - - - ga o po - moc,

11
a - by On na - - - szym stró - żem był, od
by On na - szym stró - żem był, od złych
a - - by On na - szym stró - żem był, od
a - - by On na - - - szym stró - - - żem był, od

17

złych cza - - - rtów nas o - bro - nił,
 cza - - - rtów nas o - bro - nił,
 złych cza - rtów nas o - bro - nił,
 złych cza - rtów nas o - bro - nił,

21

p
 któ - rzy na - jwię - cej w cie - mno - - - - ści
p
 któ - rzy na - jwię - - - cej w cie - mno - ści
p
 któ - rzy na - jwię - cej w cie - mno - ści
p
 któ - rzy na - jwię - cej w cie - mno - ści

26

pp
 u - ży - wa - - - ją swej chy - tro - - - ści.
pp
 u - ży - - - wa - - - ją swej chy - tro - - - ści.
pp
 u - - - ży - wa - - - ją swej chy - tro - - - ści.
pp
 u - - - ży - wa - - - ją swej chy - tro - - - ści.

O CRUX AVE

RIHARDS DUBRA
1995.

♩ = 46

S. A. *ppp* *p* *pp* *poco a poco diminuendo* *rit.*

O Crux a - ve, spes u - ni - ca, hoc pas - si - o - nis tem - po - re, hoc

T. B. *ppp* *p* *pp* *poco a poco diminuendo*

rit. *ppp* *p* *p < mp*

pas - si - o - nis tem - po - re. Au - ge pi - is jus - ti - ti - am re - is - que do - na ve - ni - am,

rit. *ppp* *p* *p < mp*

mf *mp* *sub. p* *pp* *ppp* *p*

au - ge pi - is jus - ti - ti - am re - is - que do - na ve - ni - am. O Crux a - ve,

mp *subp* *pp* *ppp* *p*

pp *poco a poco diminuendo e rit.* *ppp*

spes u - ni - ca, hoc pas - si - o - nis tem - po - re, hoc pas - si - o - nis tem - po - re.

pp *poco a poco diminuendo e rit.* *ppp*

Canticorum iubilo

Georg Friedrich Händel, 1685-1759
from „Josua“, 1748

A

Can - ti - co - rum iu - bi - lo Re - gi

Fine B

ma - gno psal - li - te. 1. iam re - sul - tent
2. Per - so - nan - tes

D. C.

mu - si - ca, Un - da, tel - lus, si - de - ra.
or - ga - nis, Iu - bi - la - te, plau - di - te.

(Adaptation: F. Van Ommeslaeghe,
Möseler Verlag, Wolfenbüttel u. Zürich)

11 Laudate Dominum

Allegro.

Lau - da - te Do - mi - num, Lau - da - te Do - mi - num, om - nes
Kiit - lä - kää Ju - ma - laa, kiit - lä - kää Ju - ma - laa, kaik - ki

gen - tes, Al - le - lu - ia! Al - le - lu - ia!
kan - sat hal - le - lu - ja! hal - le - lu - ja!

Sanctus

Piotr Jańczak (*1972), 2003

Moderato *cresc. poco a poco*

Sopran 1
2

Alt 1

Alt 2

p don din don din don din don din San-ctus Do-mi-nus De-us Sa-ba-oth.
p don din don din don din don din don din don din don din don din
don don don don don don don don don don don don don don

4

mf san - ctus Do - mi - nus De - us Sa - ba - oth, san - ctus Do - mi - nus De - us Sa - ba - oth,
mf don din don din don din don din don din don din don din don din don din
mf don don don don don don don don don don don don don don

6

f san - ctus Do - mi - nus De - us Sa - ba - oth, *rit.* *f* san - ctus Do - mi - nus De - us Sa - ba - oth.
f don din don din don din don din don din don din don din don din don din
f don don don don don don don don don don don don don don

tempo rubato

8

Sopran 1
2

Alt 1
2

f Ple - ni sunt coe - li et ter - ra glo - ri - a tu - a.
f Ple - ni sunt coe - li et ter - ra glo - ri - a tu - a.

10 *f* *mf* *rit.*

Ple - ni sunt coe - li et ter - ra glo - ri - a tu - a.

Ple - ni sunt coe - li et ter - ra glo - ri - a tu - a.

12 *1. p* *2. f* **Allegro**

Ho - san - na in - ex - cel - sis, ho - san - na in - ex - cel - sis, ho - san - na in - ex - cel - sis, in ex - cel - sis, —

Ho - san - na, ho - san - na, ho - san - na in ex - cel - sis, —

16 *mf* *ff* *mf* *ff* 1.

ho - san - na in - ex - cel - sis, ho - san - na in - ex - cel - sis, ho - san - na in - ex - cel - sis, in ex - cel - sis. —

ho - san - na, ho - san - na, ho - san - na in ex - cel - sis, —

20 *2. rit.* *mf* **Allegretto cantabile** *mf*

in ex - cel - sis. — Be - ne - di - ctus — qui ve - nit in no - mi - ne Do - mi - ni,

in ex - cel - sis. — Be - ne - di - ctus Do - mi - ni, Do - mi - ni,

S1
S2
A1
A2

25 *allarg.*

be - ne - di - ctus — qui ve - nit in no - mi - ne Do - mi - ni.

be - ne - di - ctus Do - mi - ni.

Allegro

30

1. *p*
2. *f*

S 1
2

Ho-san-na in— ex-cel-sis, ho-san-na in— ex-cel-sis. ho-san-na in— ex-cel-sis. in ex-cel-sis.—

A 1
2

1. *p*
2. *f*

Ho - san - na. ho - san - na, ho - san - na in ex-cel-sis.—

34

f
ff

1.

ho-san-na in— ex-cel-sis, ho-san-na in— ex-cel-sis, ho-san-na in— ex-cel-sis, in ex-cel-sis.—

f
ff

ho - san - na, ho - san - na, ho - san - na in ex-cel-sis.—

Moderato

38

2. *rit.*

p

in ex-cel-sis.— Ho-san-na in ex-cel-sis.

p

Ho-san-na in ex-cel-sis.

in ex-cel-sis.— Ho-san-na in ex-cel-sis.

41

morendo *rit.* *pp*

don don don don don don don

Laudate omnes gentes

Lau - da - te om - nes gen - tes, lau - da - te Do - mi - num. Lau -
 da - te om - nes gen - tes, lau - da - te Do - mi - num. Lau -

(Louez le Seigneur, tous les peuples. / Lodate il Signore tutte le genti. /
 Chwalcie Pana, wszystkie narody. / Прославляйте все народы Господа.)

♪ Sing prai-ses, all you peo-ples,
 sing prai-ses to the Lord. /
 Sjung lov-sång, al-la län-der, och
 pri-sa Her-rens namn! /
 Lob-singt, ihr Völ-ker al-le,
 lob-singt und preist den Herrn. /
 Can-tai to-dos os po-vos, lou-vai
 nos-so Se-nhor. /
 A-la-be to-do, el mun-do, a-la-be
 al Se-ñor. A-la-be to-do, el
 mun-do, a-la-be, a nues-tro Dios. /
 Gie-do-kit vi-sos tau-tos,
 gie-do-kit Vieš-pa-čiui. /
 Сла-ви-те, всі на-ро-ди
 Сла-ви-те Гос-по-да. /
 すべてのひとよ主をたたえよ /
 Si-fu-ni wa-tu wo-te si-fu-ni
 Mwen-yen-zi.

58 Misericordias Domini

Mi-se-ri-cor-di-as Do-mi-ni in æ-ter-num can-ta-bo.

♪ Guds un-der-ful-le barm-hjer-tig-het er til e-vig tid min sang. / Do-vije-ka pje-vaj-te ve-li-kom mi-lo-sr-du Go-spod-njem. /
 Go-spo-do-vo— u-smi-lje-nje bom o-pe-val ve-ko-maj. / Gai-les-tin-gu-mą mūs Vieš-pa-ties aš per am-žius šlo-vin-siu. /
 U-tu-hu-ru-mi-e ee Bwa-na tu-ku-si-fu da-i-ma. / Зав-жди спи-ва-ти-му Бо-гу честь Ми-ло-сти-ви-й бо Гос-подь. /
 주님의 자비를 영원히 노래하나다

(I will sing forever the mercy of
 God. / Cantaré eternamente las
 misericordias del Señor. / Les
 miséricordes du Seigneur à jamais
 je les chanterai. / Das Erbarmen des
 Herrn will ich ewig preisen. / Będę
 zawsze wyśpiewywał miłosierdzie
 Pana. / Милость Господа буду
 воспевать вовеки.)

Moon River

Cor Polifònic Ciutat de Xàtiva

H. Manchini
Arr. Felix Vela

Cantado, Expresivo y legato

Soprano: Moon Ri - ver wi - der than a mile I'm cros - sing you in style some
Alto: Moon Moon I'm cros - sing you in style some
Tenor: Moon Ri - - - ver Moon Ri - - - - ver some
Baix: Moon Moon Ri - - - - ver some

S: day. Old dream ma - ker you heart brea - ker, Whe -
A: day. Old dream ma - ker you heart brea - ker, Whe -
T: day. Old dream ma - ker you heart brea - ker, Whe -
B: day, some day, Old dream ma - ker you heart brea - ker, Whe -

S: re - ver you're go - ing I'm go - ing your way. Two drif - ters off to see the
A: re - ver you go I go your way. Two
T: re - ver you go I go your way. Two drif - ters off to see the
B: re - ver you go I go your way. Two drif - ters off

20
S world. There's such a lot of world to see. We're af - ter the same
A There's such world to see. We're af - ter the same
T There's such world to see. We're af - ter the same
B There's such world to see. We're af - ter the same

world. There's such a lot of world to see, to see. We're af - ter the same

28
S rain - bow's end Wai - ting round the bend, my hu - ckle be - rry
A rain - bow's end Wai - ting round the bend, my hu - ckle be - rry
T rain - bow's end Wai - ting round the bend,
B rain - bow's end Wai - ting round the bend,

33
S friend Moon ri - ver and me. me.
A friend Moon ri - ver and me. me. Moon Ri - ver.
T my hu - ckle be - rry Moon ri - ver and me. me. Moon Ri - ver.
B my hu - ckle be - rry Moon ri - ver and me. me. Moon Ri - ver.

1^a 2^a

Río de luna, más de una milla de ancho
Te voy a cruzar a la moda algún día,
Viejo creador de sueños,
destrozador de corazones ...
Adondequiera que vayas,
yo sigo tu camino.

Dos vagabundos, para ver el mundo
Hay tanto mundo para ver
Los dos buscamos el mismo arco iris
que nos aguarda al final de la curva ...
Mi fiel amigo,
el río de luna y yo.

Załącznik 3. Autorska ankieta umiejętności rozpoznawania swoich emocji i reakcji na nie

Odpowiedz na pytania:

(Spróbuj opisać swoimi słowami poniższe stany)

1. Czy lubisz mówić o swoich emocjach, przeżyciach? Dlaczego?

.....

2. Co czujesz, gdy jesteś zły/a, rozgniewany/a?

.....

3. Co robisz, gdy jesteś zły/a, rozgniewany/a?

.....

4. Co czujesz, gdy jesteś smutny/a?

.....

5. Co robisz, gdy jesteś smutny/a?

.....

6. Jak odczuwasz radość?

.....

7. Co robisz, gdy czujesz się radosny/a?

.....

8. Co czujesz, gdy jesteś zadowolony/a?

.....

9. Co robisz, gdy jesteś zadowolony/a?

.....

10. Jak odczuwasz spokój?

.....

11. Co robisz, gdy jesteś spokojny/a?

.....

12. Jak odczuwasz euforię?

.....

13. Co robisz, gdy jesteś w euforii?

.....

Załącznik 4

Formularz zgody na udział w badaniu

Tytuł badania: „Wpływ terapii śpiewem na stan psychiczny chorych z jądłowstrętem psychicznym”.

Po zapoznaniu się z charakterem i celem badań oraz wyjaśnieniem wszystkich jego aspektów przez lekarza wyrażam zgodę (pozwalam mojemu dziecku) na udział w badaniu.

Wskazówki dla wyrażenia zgody i współzgody:

Zgoda: zgodę wyraża pacjent a w przypadku niepełnoletności uczestnika badania jego prawni opiekunowie.

Współzgoda: współzgodę wyraża niepełnoletni uczestnik badania

IMIĘ I NAZWISKO

PACJENTA:

PODPIS ZGODY:

Nazwisko i imię pacjenta lub jego opiekunów prawnych:

Data:

Podpisy:

PODPIS WSPÓŁZGODY:

Objaśniono mi to badanie i zgadzam się w nim uczestniczyć.

Nazwisko i imię pacjenta:

Data:

Podpis:

Potwierdzam, że objaśniłam badanie pacjentowi w sposób dla niej/niego zrozumiały i pacjent zgodził się uczestniczyć w badaniu.

Nazwisko i imię lekarza:

Data:

Podpis:

Informacja dla badanego

Celem projektu jest odpowiedź na pytanie, czy śpiew zespołowy ma wpływ na zmiany nastroju pacjentów chorych na jadłowstręt psychiczny i czy terapia śpiewem może mieć praktyczne zastosowanie jako leczenie wspomagające farmakoterapię w tej jednostce chorobowej.

Badanie polega na udziale pacjenta w ośmiu zajęciach ze śpiewu zespołowego. Będą one trwały po 45 minut. Uczestnikami zajęć będzie przygotowana wcześniej grupa śpiewaków – amatorów mających minimum 2 letnie doświadczenie w śpiewie chóralnym (składająca się ze studentów i absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Akademii Muzycznej w Poznaniu i Uniwersytetu im.Adama Mickiewicza w Poznaniu). Do śpiewającej grupy dołączą pacjentki, które wylosują udział w grupie badawczej – biorące czynny udział w badaniu. Pozostałe osoby będą poddane standardowej terapii w Klinice.

Zajęcia będą się rozpoczynać 15 – minutowym rozśpiewaniem połączonym z ćwiczeniami emisyjnymi uczącymi podstaw prawidłowego śpiewu, dalej nastąpi krótkie wprowadzenie teoretyczne o przygotowanych utworach, a dalej śpiewanie kanonów, zabaw muzycznych, prostych utworów 2, 3 lub 4 głosowych w zależności od możliwości wokalnych i ilościowych grupy. Repertuar będzie dobierany na podstawie kryteriów uwzględniających atrakcyjność tekstu muzycznego i słownego, stopień trudności, walory estetyczne, zainteresowania badanych pacjentek oraz treści przekazujące postawy prospołeczne.

PYTANIA:

Jeżeli masz pytania związane z badaniem i swoim w nim uczestnictwem, skontaktuj się z lekarzem prowadzącym.

Kontakt:

lek. mgr Justyna Chełmińska

Promotor: dr hab. n.med: Filip Rybakowski

Katedra i Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

ul. Szpitalna 27/23 60-572 Poznań