Ks.mgr lic. Jacek Stasiak

Konspekt pracy :

Muzykoterapia we wspomaganiu procesu edukacji dzieci i młodzieży w okresie adolescencji

Opiekun naukowy pracy :
Prof.dr hab.n.med.Mirosław Janiszewski

Wpływ muzyki na reakcje emocjonalne i osobowość człowieka jest problemem kontrowersyjnym, a w odniesieniu do osób starszych nie był jeszcze podejmowany. Werbalizacja emocji związanych z muzyką nie jest ścisła, często słuchacz identyfikuje emocje, do których odnosi się utwór muzyczny (np. smutny, podniosły, radosny itp.) z uczuciami, które sam przeżywa. Często dostosowuje rodzaj muzyki do stanów, w jakich się znajduje, a kiedy indziej biernie poddaje się nastrojowi, który niesie ze sobą muzyka. Bardziej złożony, subtelniejszy, a równocześnie trudniejszy do uchwycenia jest wpływ słuchania określonej muzyki na osobowość, który wiąże się z długotrwałym jej oddziaływaniem.

Nie było do tej pory także badań nad wpływem długotrwałego oddziaływania muzyki jako eliminacji stresu edukacyjnego u dzieci i młodzieży w okresie adolescencji.

Jeżeli chodzi o zajęcia muzyczne możemy mieć do czynienia z różnymi formami artystycznego przeżycia - może to być tylko percepcja, choć równie dobrze może to być aktywny udział w indywidualnym odtwarzaniu melodii lub w śpiewie chóralnym, jak też w tańcu. Integracja i odpowiednie stopniowanie tych zajęć daje duże pole do popisu dla dobrze przygotowanego nauczyciela, dla dziecka zaś stanowi radosny, twórczy, dający satysfakcję sposób obcowania z muzyką. Takie zajęcia należy prowadzić od samego progu przedszkola. Można powiedzieć, że dziecko styka się z muzyką w chwili narodzin coraz częściej, bowiem na salach porodowych stosuje się odpowiednio dobraną muzykę, która ma działać kojąco na przebieg porodu. Początki muzykalności można zauważyć w pierwszym roku życia, kiedy dziecko reaguje radością lub niezadowoleniem na brzmienie instrumentów muzycznych oraz próbuje naśladować dźwięki głosem. W trzecim roku życia u niektórych dzieci można stwierdzić pewien stopień rozwoju słuchu muzycznego, poczucia rytmu, pamięci i zainteresowań muzycznych.

U dzieci 3-5 letnich pod wpływem systematycznych ćwiczeń rozwija się zdolność powtarzania i pamiętania melodii. Dzieci w tym wieku łatwiej zapamiętują rytm piosenki niż jej melodię, stąd ich śpiew przypomina muzyczną recytację. W tym wieku dzieci interesują się wszystkimi rodzajami kontaktu z muzyką, a głównie ruchem przy muzyce, gra na instrumentach, zabawami ze śpiewem. Zdecydowanie mniejszym zainteresowaniem cieszy się słuchanie muzyki. Wiąże się to z koniecznością koncentracji, a niewielka jej umiejętność utrudnia dziecku spokojne wysłuchanie utworu muzycznego. Wieku 5-7 lat dzieci chętnie kontynuują wyżej

wymienione formy kontaktu z muzyką. Śpiewane przez dzieci piosenki coraz rzadziej są już tylko rytmiczną recytacją, a coraz częściej prawie dokładnym powtórzeniem linii melodycznej. Świadczy to o rozwoju pamięci, wyobraźni muzycznej oraz aparatu głosowego. Dzieci pamiętają też piosenki, których się nauczyły i po upływie pewnego czasu potrafią je powtórzyć.

Wiek 7-10 lat jest bardzo istotny dla rozwoju uzdolnień i zainteresowań muzycznych dzieci. Jest to okres, w którym powstaje wiele nawyków, rozwijają się procesy poznawcze, cechy osobowości oraz następuje szybki rozwój fizyczny. Aby zaspokoić potrzeby dzieci wynikające z ich rozwoju należy zapewnić im bezpośredni kontakt z muzyką w formach różnorodnej muzycznej działalności. Należy, więc od pierwszej klasy zachęcać dzieci do śpiewania, uczyć gry na instrumentach muzycznych, doskonalić proces słuchania muzyki, pozwolić im bawić się przy muzyce.

Muzyka działa na sferę emocjonalno-wyobrażeniową dziecka, a połączona z aktywnością plastyczną może wzbogacać przeżycia, rozwijać smak estetyczny, kształtować poczucie piękna.

Inną formą ekspresji jest ruch z muzyką. Spontaniczna ekspresja ruchowa jest najbardziej naturalną, najbliższą dziecku, nie wymagającą od niego specjalnego przygotowania muzycznego formą współdziałania z muzyką. Ruchowa realizacja muzyki, która została nazwana przez Dalacroze'a „uplastycznioną muzyką", polega na ćwiczeniach, które są wykonywane na różne polecenia muzyczne (np. na poszczególne elementy muzyki), na przeżywaniu, a następnie wyrażaniu gestem i ruchem ciała treści emocjonalnych zawartych w muzyce. Ruch muzyczny jest specyficznym połączeniem muzyki i plastyki, a raczej transpozycją muzyki na formy przestrzenne, ruch staje się rysunkiem w przestrzeni. Ciekawą formą połączenia ruchu z muzyką jest interpretacja ruchowa utworów muzycznych. W związku z koniecznością wcześniejszego wielokierunkowego przygotowania dzieci do ruchowych interpretacji utworów wprowadza się ją dopiero w grupie dzieci 6-letnich, a rozwija w nauczaniu początkowym.

Szczególnie trudnym okresem rozwoju dziecka jest etap dojrzewania. Zmiany zachodzące w rozwoju fizycznym tego okresu są różnorodne. Oprócz szybkiego rośnięcia na długość i przybierania na wadze zmieniają się proporcje ciała, doprowadzające często do przejściowych dysproporcji w budowie. Następuje intensywny wzrost kości na długość, zwiększa się ich wrażliwość na obciążenia

mechaniczne, mięśnie wydłużają się i wiotczeją. Następuje niewielki wzrost zwinności, precyzji ruchów przy dużym wzroście siły. Nowe warunki układu mechanicznego narządu ruchu (dłuższe dźwignie kostne, wyżej położony środek ciężkości), odbijają się ujemnie na procesach koordynacji ruchowej i zmniejszają zdolność uczenia się nowych ruchów. W zakresie układu krążenia i oddychania stwierdza się powiększenie pojemności życiowej płuc oraz wzrost pojemności minutowej serca, co poprawia znacznie sprawność funkcji zaopatrzenia tlenowego oraz powoduje większą wydolność fizyczną dziecka. Niewykształcone są jednak mechanizmy adaptacyjne układu krążenia do szybkich zmian pozycji ciała oraz dużych zmian tempa wysiłku.

Powyższe zmiany odbijają się na motoryce dziecka w okresie dojrzewania. Uzewnętrznia się to w codziennych ruchach. Stają się one niezgrabne, pozbawione płynności i harmonii. Całe zachowanie ruchowe, bardziej podatne na emocje, nabiera równoczesnych cech hyperaktywności i lenistwa. Okresowe zachwianie procesów pobudzenia i hamowania w ośrodkowym układzie nerwowym wywołuje niepotrzebne przyruchy (przestępowanie z nogi na nogę czy wymachiwanie rękoma), a jednocześnie swoistą ociężałość oraz skłonność do niedbałych póz wypoczynkowych i postaw ciała. Szczególnie jest to zaznaczone u dziewcząt. Przybieranie kobiecej sylwetki utrudniającej wykonywanie zadań ruchowych zniechęca i obniża poziom aktywności ruchowej.

Zaznaczają się również różnice cech motorycznych u dziewcząt i chłopców. U dziewcząt rozwija się bardziej koordynacja ruchowa, natomiast u chłopców siła. Z powyższych obserwacji wypływają wnioski, że wszelkie formy aktywności fizycznej, a w tym i zajęcia muzyczno-ruchowe u dzieci w okresie dojrzewania muszą być szczególnie wnikliwe i ostrożnie zaplanowane oraz dawkowane. Zajęcia muzykoterapii w tym okresie w naturalny sposób pomagają rozładować napięcie, uczą przekazywania emocji innym, pomagają nabrać zaufania do własnej osobowości. Forma ta wymaga jednak obok sprawności ruchowej posiadania wiadomości o komponentach muzyki takich jak: rytm, metrum, charakter melodyki, faktura, forma itd. Dlatego też kompozycje przeznaczone do interpretacji ruchowej powinny być dobierane zgodnie z możliwościami percepcyjnymi dzieci. Oprócz ruchowej realizacji rytmu zawartego w utworze i odtworzeniu pozostałych elementów muzyki, dużą rolę w interpretacji ruchowej odgrywa kształt układu przestrzennego ćwiczących, rysunek liniowy, gest, a więc cała sfera plastyki ruchu podkreślająca

wyraz muzyczny danego dzieła. Przedstawione powyżej propozycje związane z wykorzystaniem muzyki mają na celu głównie stymulację rozwoju psychofizycznego dziecka, przyczynić się miały do rozwijania wrażliwości emocjonalnej, poczucia estetyki i rozwoju motoryki. W praktyce szkolnej mamy również do czynienia z dziećmi trudnymi, o różnym stopniu znerwicowania, często z dyskretnymi objawami zaburzeń psychofizycznych. Częstość występowania i nasilenie tych objawów zależy z reguły od postaw dorosłych (nauczycieli, rodziców). Przez stwarzanie sytuacji stresowych w szkole lub w domu przyczyniają się do ich powstawania, a następnie tak niewiele chcą lub potrafią zrobić, aby je złagodzić. Naszym obowiązkiem jest uświadomienie tego i dostarczenie wychowawcom i rodzicom tak prostego, a jednocześnie skutecznego narzędzia, jakim jest obcowanie ze sztuką.

HIPOTEZY BADAWCZE

1. Zbadanie, czy istnieje zależność między oddziaływaniem muzykoterapii a subiektywnie odczuwanym poziomem niepełnosprawności w okresie adolescencji.
2. Oszacowanie, czy wy stępują różnice w subiektywnie odczuwanym poziomie niepełnosprawności w obu badanych grupach.
3. Oszacowanie, czy występują różnice w poziomie neurotyzmu u dzieci poddawanych i nie poddawanych muzykoterapii.
4. Oszacowanie, czy występują różnice w poziomie lęku i depresji u dzieci poddawanych i nie poddawanych muzykoterapii.
5. Zbadanie, czy istnieje zależność między wiekiem badanych dzieci, a poziomem lęku w obu badanych grupach.

HIPOTEZA I

Istnieje współzależność między poziomem akceptacji i zadowolenia z terapii muzyką, a odczuwanym poziomem niepełnosprawności.

HIPOTEZA II

Istnieją statystycznie istotne różnice, w zakresie poziomu niepełnosprawności, między wynikami uzyskanymi przez dzieci poddawane i nie poddawane muzykoterapii.

HIPOTEZA III

Istnieją statystycznie istotne różnice, w zakresie poziomu neurotyzmu, między wynikami uzyskanymi przez dzieci poddawane i nie poddawane muzykoterapii.

HIPOTEZA IV

Istnieją statystycznie istotne różnice, w zakresie poziomu lęku i depresji, między wynikami uzyskanymi przez dzieci poddawane i nie poddawane muzykoterapii.

HIPOTEZ A V

Istnieje współzależność między wiekiem badanych dzieci, a poziomem przejawianego lęku i depresji w obu badanych grupach.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniu właściwemu zostało poddanych 280 dzieci. Połowa z nich tworzyła grupę kryterialną - osoby poddawane długotrwałej muzykoterapii. Drugą połowę, czyli grupę kontrolną, stanowiły osoby dobrane identycznie z grupą kryterialną, pod względem wieku, płci, wykształcenia, stopnia niepełnosprawności i parametrów psychologicznych poziom lęku jako cechy, (depresyjność i neurotyzm), które nie były poddawane terapii muzyką. Badani do obu grup rekrutowały się spośród uczniów Szkół Gimnazjalnych w Aleksandrowie Łódzkim, przy pomocy wstępnej procedury selekcyjnej. Do badań właściwych wzięto dzieci, które w teście Matryc Ravena uzyskały przynajmniej przeciętny poziom inteligencji dla swojej grupy wiekowej. Zastosowanie tej procedury było konieczne, aby dobrać osoby, których poziom funkcjonowania intelektualnego pozwala na uzyskanie rzetelnych wyników z pozostałych technik. Zostały przeprowadzone wstępne badania wszystkimi technikami badawczymi, z których została wybrana grupa 280 osób o tych samych parametrach psychologicznych (poziom lęku jako cechy, depresyjność i poziom neurotyzmu) i zbliżone kryterium wieku, wykształcenia i poziomu sprawności fizycznej przy zachowaniu równowagi płci, następnie podzielone zostały na połowę. Jedna połowa, czyli grupa kryterialną odbywała dwumiesięczny cykl muzykoterapii, składający się z dwóch spotkań tygodniowo po trzy godziny. Seanse muzyczne złożone były ze specjalnie dobranych przez prowadzącego utworów (muzyki relaksującej i aktywizującej), druga połowa - grupa kontrolna nie była poddawana muzykoterapii. Procedurą selekcyjną objętych zostało 924 badanych, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniach. Zastosowane zostały następujące testy: Skala Satysfakcji z Muzykoterapii, Skala Sprawności Karnofsk^ego, inwentarz Stanu i Cechy Lęku - CH.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R.E. Lushene"a, Kwestionariusz EPQR Eysencka i Test Becka. Wszystkie dzieci badane były w obecności prowadzącego badania.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH OSÓB

Obie badane grupy składały się po równej części z dziewcząt i chłopców, miało to na celu wyeliminowanie wpływu czynnika płci na uzyskane rezultaty. Wszystkie badane osoby znajdowały się w przedziale wieku 12-16 lat. Rozkład procentowy wieku badanych osób przedstawia się następująco:

Wiek % osób	12 - 13	13 - 14	14 - 15	15 - 16
Grupa kryterialna	27	23	25	25
Grupa kontrolna	27	19	23	31

Tabela 1.: Procentowy rozkład wieku badanych osób

Jak widzimy z przedstawionej tabeli ilość dzieci w poszczególnych przedziałach wiekowych w obu grupach była podobna. Trochę bardziej nierównomierny był rozkład grupy kontrolnej, gdzie w przedziale 12 - 16 lat znalazło się 19% osób, a w przedziale aż 15 – 16 31%.

WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ

Rozkład wyników poziomu cechy lęku w badaniu wstępnym w obu badanych grupach (N=280) przedstawiał się następująco:

Steny	1 – 3	4 – 6	7 – 10
Rozkład procentowy	10	38	52

Tabela 2. Procentowy rozkład poziomu lęku

Rozkład wyników poziomu depresji w badaniu wstępnym, w obu badanych grupach (NN280) przedstawił się następująco:

Steny	1 – 3	4 – 6	7 – 10
Rozkład procentowy	14	29	57

Tabela 3. Procentowy rozkład poziomu depresji.

Rozkład wyników poziomu neurotyzmu w badaniu wstępnym, w obu badanych grupach (N=280) przedstawiał się następująco:

Steny	1 – 3	4 – 6	7 – 10
Rozkład procentowy	22	45	33

Tabela 4. Procentowy rozkład poziomu neurotyzmu.

Jeśli chodzi o parametry psychologiczne w badaniu wstępnym to obserwujemy przede wszystkim podniesiony poziom cechy lęku i depresji w badanej populacji. Wyniki wysokie 7-10 sten uzyskało 52% dzieci w badaniu Kwestionariuszem STAI (cecha lęku) i 57 % osób w badaniu Testem Becka (depresja). Znaczące jest też, że nie wielki procent dzieci miał wyniki niskie 1-3 sten-10% Kwestionariusz STAI, 14% Test Becka. W przypadku trzeciego badanego wymiaru – neurotyzmu - wyniki rozłożyły się dosyć równomiernie w poszczególnych przedziałach stenowych, choć i tu wyników średnich i wysokich było więcej.

Wyniki uzyskane po dwumiesięcznym okresie terapii muzyką

1. ANALIZA WSPOŁZALEZNOŚCI MIĘDZY POZIOMEM AKCEPTACJI I ZADOWOLENIEM Z TERAPII MUZYKĄ. A ODCZUWANYM POZIOMEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Podaję tu wyniki zależności między poziomem akceptacji i zadowolenia z terapii muzyką mierzone za pomocą autorsko opracowanej skali, a subiektywnie odczuwanym poziomem niepełnosprawności mierzonym Skalą Sprawności Karnofsky'ego, W analizie zastosowałem współczynnik korelacji r - Pearsona.

GRUPA KRYTERIALNA (dzieci poddawane muzykoterapii)

Zależność między poziomem akceptacji i zadowolenia z terapii muzyką, a odczuwanym poziomem niepełnosprawności jest istotna, wskazuje na nią umiarkowany, ujemny współczynnik korelacji (r=-0,46), istotny statystycznie na poziomie p=0,05. Wynik wskazuje na to, że wraz ze wzrostem zadowolenia z terapii muzyką, maleje subiektywnie odczuwany poziom niepełnosprawności.

2. PROBLEM ISTOTNOŚCI RÓŻNIC MIĘDZY ŚREDNIMI WYNIKAMI UZYSKANYMI PRZEZ DZIECI PODDAWANE I NIE PODDAWANE MUZYKOTERAPII W ZAKRESIE POZIOMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

Przedstawię tu wyniki badań dotyczące różnic w zakresie poziomu niepełnosprawności między grupą dzieci poddawanych i nie poddawanych muzykoterapii. Do analizy różnic w poziomie niepełnosprawności mierzonym skalą Sprawności Karnofsky'ego zastosowałem analizę średnich matematycznych, ze względu na to, że skala ta nie posiada norm standaryzowanych, nie mogłem dokonać porównania za pomocą testów parametrycznych.

POZIOM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wyniki wskazują, że istnieje duża różnica, między średnimi wynikami obu grup w poziomie niepełnosprawności, między osobami poddanymi muzykoterapii (=77) i nie poddawanymi muzykoterapii obniża subiektywne poczucie niepełnosprawności.

3. PROBLEM ISTOTNOŚCI RÓŻNIC MIĘDZY ŚREDNIMI WYNIKAMI UZYSKANYMI PRZEZ OSOBY PODDAWANE I NIE PODDAWANE MUZYKOTERAPII W ZAKRESIE POZIOMU NEUROTYZMU.

Przedstawione porównanie poziomu neurotyzmu mierzonego kwestionariuszem EPQR- Eysencka w obu badanych grupach wykazywało niewielką i nieistotną statystycznie różnicę między średnimi wynikami testu-x=6,78 grupa poddana muzykoterapii, x=6,82 grupa kontrolna. Wyniki testu istotności różnic między średnimi t- Studenta okazały się nieistotne statystycznie przy poziomie ufności 0,05, także wyniki testu chi- Kwadrat okazały się nie istotne statystycznie, co wskazuje na podobieństwo rozkładów wyników w obu badanych grupach. Dane te mogą świadczyć o braku istotnego wpływu długotrwałej muzykoterapii na poziomie neurotyzmu u dzieci w okresie adolescencji, oczywiście neurotyzmu rozumianego zgodnie z założeniami teoretycznymi Eysencka.

4. PROBLEM ISTOTNOŚCI RÓŻNIC, W ZAKRESIE POZIOMU LĘKU I DEPRESJI, MIĘDZY WYNIKAMI UZYSKANYMI PRZEZ OSOBY PODDAWANE MUZYKOTERAPII.

Poziom lęku mierzony był w obu grupach Kwestionariuszem STAI, a poziomem depresji Testem Becka. Do analizy różnic w poziomie cechy lęku zastosowałem test t- Studenta oraz test chi-kwadrat potrzebny do stwierdzenia i analizy różnic ich rozkładów mierzonych. Przy analizie różnic w poziomie depresji mogłem porównać jedynie wartości średnich ze względu na brak norm.

POZIOM LĘKU

Wyniki wskazują, że istnieje, duża, i bardzo statystycznie istotna różnica, między średnimi wynikami obu grup w poziomie cechy lęku, między osobami poddanymi muzykoterapii (x=3,06250) i grupą kontrolną (x==6,2500).

Wartość testu t-Studenta wynosi t=-8,0155 i różnica między obu grupami jest bardzo istotna statystycznie na poziomie p=0,05.

Świadczy to o dużo mniejszym popędzie do reagowania lękiem u dzieci z grupy objętej muzykoterapią.

Wartość testu "chi-kwadrat" wynosi x2 = 64,40199; p=0,0004 dla różnic w zakresie procentowego rozkładu wyników. Świadczy to o istotnej statystycznie różnicy procentowych rozkładów wyników w obu badanych grupach.

POZIOM DEPRESJI

Uzyskane wartości średnich wskazują na dużą różnicę w poziomie depresji między obu grupami - dzieci poddane muzykoterapii (x=7,96875), grupa kontrolna (x=14,00000).

Oznacza to, że dzieci poddane długotrwałej muzykoterapii w znacznie mniejszym stopniu przeżywają stany przygnębienia, smutku czy apatii.

5. ANALIZA WSPÓŁZALEŻNOŚCI MIĘDZY WIEKIEM BADANYCH DZIECI, A POZIOMEM PRZEJAWIANEGO LĘKU I DEPRESJI W OBU BADANYCH GRUPACH.

GRUPA KRYTERIALNA

Zależności między wiekiem badanych dzieci a poziomem lęku mierzonego jako cecha jest istotna, na co wskazuje umiarkowany dodatni współczynnik korelacji (r=0,46), istotny statystycznie na poziomie p=0,05. Na podstawie tego wyniku możemy wnioskować, że wraz z wiekiem wzrasta natężenie cechy lęku u dzieci z grupy kryterialnej.

Brak zależności między wiekiem badanych dzieci a poziomem depresji (r=0,23; nieistotny statystycznie).

GRUPA KONTROLNA

Zależności między wiekiem badanych dzieci a poziomem lęku mierzonego jako cecha jest bardzo istotna, na co wskazuje wysoki dodatni współczynnik korelacji (r=0,71), istotny statystycznie na poziomie p=0,05. Na podstawie tego wyniku możemy wnioskować, że wraz z wiekiem wzrasta natężenie cechy lęku u dzieci z grupy kryterialnej i związek ten jest dość ścisły.

Brak zależności między wiekiem badanych dzieci a poziomem depresji (r=0,18); nieistotny statystycznie.

WNIOSKI

1. Wraz ze wzrostem zadowolenia i akceptacji terapii muzyką, maleje subiektywnie odczuwany poziom niepełnosprawności. Wyniki wskazują na podwyższenie samooceny badanych w zakresie radzenia sobie w życiu codziennym oraz zmniejszenia poczucia uzależnienia od osób opiekujących się.

2. Brak istotnego wpływu długotrwałej muzykoterapii na poziom neurotyzmu (rozumianego zgodnie z założeniami teoretycznymi Eysencka) u osób z badanej populacji. Może to być wynikiem, względnie trwałego temperamentalnego uwarunkowania tej cechy.

3. Dzieci poddane długotrwałej muzykoterapii mają mniejsze tendencje do reagowania lękiem.

4. Oznacza to, że dzieci poddane długotrwałej muzykoterapii w znacznie mniejszym stopniu przeżywają stany przygnębienia, smutku czy apatii.

5. Wraz z wiekiem wzrasta natężenie tendencji do reagowania lękiem w badanej populacji. Zjawisko to można zahamować poprzez długotrwałe stosowanie muzykoterapii.

LITERATURA - WAŻNIEJSZE POZYCJE

1. Armitage P., „Metody statystyczne w badaniach medycznych", W-wa 1978.
2. Beck A. T. "Thinking and Depression", Archives of General Psychiatry, t.IX, 1963.
3. Beck A. T., Rush A. J., Schaw B. F., Emery G., „Cognitive Therapy of Depression.
4. Bilikiewicz T., "Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej", W-wa 1961.
5. Brzeziński J. „Elementy metodologii badań psychologicznych", PWN, W-wa 1978.
6. Brzeziński J. „Metodologia badań psychologicznych:, PWN, W-wa 1976.
7. Dekisa Ja, Martin GM, Cumę DM. Rehabilitation Medicine: Past, Present and Future. In Delisa Ja, ed. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1988.
8. Drwal Radosław Łukasz "Adaptacja kwestionariuszy osobowości", PWN 1995.
9. Eysnck H.J.Eysenck S.B.g. 'Manuał for the Eysenck personality Questionnaire EPQ, Hodder and Stoughton Educational, London 1975.
10. Farnsworth P.R., "Socjal Psychology of musie". The Iowa State University press, 1969.
11. Garrison Sj. Geriatrie stroke rehabilitation. In Felsenthal G, Garrison S J, Steinberg FU, eds. „Rehabilitation of the Aging and Elderly patient. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.
12. Garrison S. "Podstawy rehabilitacji i medycyny fizykalnej", wydawnictwo lekarskie PZWL, W-wa 1997.
13. Guilford J.P. „Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice", PWN Warszawa 1960.
14. itoh M, Lee MHM. The Epidemiology of Disability as related to Rehabilitation Medicine. In Kottke FJ, Stillwell GK, Lehmann JF, eds. „Krusen^s Handbook of Psyhical Medicine and Rehabilitation", Philadelphia: W.B. Saunders, 1982.
15. Janiszewski M. - "Muzykoterapia w oczach lekarza praktyka". Terapia i Leki 1981,5,104.
16. Janiszewski M. „Muzyka w profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji", Akademia Muzyczna, Łódź 1998.
17. Janiszewski M. „Zastosowanie wybranych technik muzykoterapii aktywnej jako formy kinezyterapii', acta Universitatis Lodziensis", Łódź 1987.
18. Modrzycki T. „Deformacje w spostrzeganiu ludzi", PWN, Warszawa 1986.
19. Mursell J.L., „The psychology of Musie", Morton and Co, New York 1937.
20. Mursell J.L., "Psychology of musie", Psycholl. Buli. 1932.

21. Oleś P., Juros A. "Symptom poczucia beznadziejności w kognitywno - afektywnej teorii depresji A.T. Becka- Skala Hopelessness-Polska Adaptacja", maszynopis niepublikowany.
22. Ranschburg J. - „Lęk, Gniew, Agresja", WsiP W-wa 1980.
23. Rehm L.P., „A Self- Control Model of Depression", Behavior Therapy, t VIII 1977.
24. Rokeach M. "The Naturę of Human Yalues, New York 1973.
25. Sanocki - "Kwestionariusze osobowości w psychologii", PWN, W-wa 1986.
26. Siek S. „ Wybrane metody badania osobowości", akademia Teologii Katollckiej, Warszawa 1986.
27. Sosnowski Tytus – „Lęk jako stan i lek jako cecha w ujęciu Ch.D. Spielbergera", Przegląd P. psychologiczny, 1977.
28. Zimny Z. – „Analiza konstrukcji testu J.C. Rawena, PZWL, Warszawa 1962.