Primjena muzikoterapije u radu s djecom s razvojnim poteškoćama

Modrušić, Valeria

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Rijeci, Sveučilište u Rijeci, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:189:064033

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

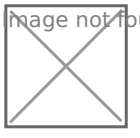


Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Teacher Education - FTERI Repository






Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI
UČITELJSKI FAKULTET U RIJECI

Valeria Modrušić

Primjena muzikoterapije u radu s djecom s razvojnim poteškoćama

DIPLOMSKI RAD

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

UČITELJSKI FAKULTET U RIJECI

Integrirani preddiplomski I diplomski sveučilišni učiteljski studij

Primjena muzikoterapije u radu s djecom s razvojnim poteškoćama

DIPLOMSKI RAD

Predmet: Metodika glazbene kulture II

Mentor: prof., v. pred. Darko Đekić

Studentica: Valeria Modrušić

Matični broj: 0303062497

Rijeka, lipanj 2020.

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

„Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam diplomski rad izradila samostalno, uz preporuke i savjetovanje s mentorom. U izradi rada pridržavala sam se Uputa za izradu diplomskog rada i poštivala odredbe Etičkog kodeksa za studente/studentice Sveučilišta u Rijeci o akademskom poštenju.“

Studentica:

_____

(potpis)

SAŽETAK:

Primjena muzikoterapije u radu s djecom s razvojnim poteškoćama

Ljudi su glazbu stvarali od samih početaka, a najčešće su je koristili u ritualne svrhe zbog vjerovanja u njenu moć. Iako tada muzikoterapija kao znanost nije postojala, svi ti rituali i obredi uz glazbenu pratnju bili su preteća muzikoterapije. Muzikoterapija se sve češće koristi u radu s djecom s razvojnim poteškoćama što pokazuje izvrsne rezultate. Za rad s upravo tom populacijom najviše se koristi aktivna metoda muzikoterapije, iako postoji i receptivna metoda, no ona se znatno rjeđe koristi. Osim toga u muzikoterapiji se koriste individualni i grupni rad, no kod djece s poteškoćama u razvoju češće se koristi individualni rad.

Ključni pojmovi: muzikoterapija, muzikoterapija u svijetu i u Hrvatskoj, seansa muzikoterapije.

SUMMARY:

Use of music therapy in work with children with development disability.

People have been creating music from the very beginning, and have most often used it for ritual purposes because of their belief in its power. Although music therapy as a science did not exist at the time, all these rituals and ceremonies accompanied by music were a forerunner to music therapy. Music therapy is increasingly used in working with children with developmental disabilities, and it has shown excellent results. The active method of music therapy is mostly used to work with this population, although there is also a receptive method, but it is used much less often. In addition, individual and group work are used in music therapy, but individual work is more often used in children with developmental difficulties.

Key words: music therapy, music therapy in the world and in Croatia, music therapy session.

SADRŽAJ

1. UVOD VII

2. MUZIKOTERAPIJA 2

2.1. Povijest muzikoterapije 2

2.2. Definicija i cilj muzikoterapije 3

2.3. Svrha i primjena muzikoterapije 4

2.4. Muzikoterapeut 5

3. PRISTUPI I METODE U MUZIKOTERAPIJI 6

3.1. Aktivne metode muzikoterapije 6

3.1.1. Strukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije 7

3.1.1.1. Orffova metoda muzikoterapije 7

3.1.1.2. Glazbena psihodrama 8

3.1.1.3. Eksperimentalna improvizacijska muzikoterapija 10

3.1.1.4. Metaforička muzikoterapija 11

3.1.2. Nestrukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije 12

3.1.2.1. Kreativna muzikoterapija (Nordoff-Robbins-ova metoda muzikoterapije) 13

3.1.2.2. Analitička muzikoterapija 14

3.1.2.3. Paraverbalna muzikoterapija 16

3.1.2.4. Integrativna improvizacijska muzikoterapija 17

3.1.2.5. Razvojni terapijski odnos 18

3.1.2.6. Slobodna improvizacijska muzikoterapija 19

3.2. Receptivne metode muzikoterapije 20

3.2.1. Pozadinska glazba 21

3.2.2. Bonny metoda vođene imaginacije i glazbe (BMVIG) 22

3.2.3. Metoda Musica Medica – glazba i vibracija 23

4. ART TERAPIJA 25

4.1. Muzikoterapija 25

4.2. Terapija pokretom i plesom 26

4.3. Likovna terapija 27

4.4. Psihodrama 28

5. OSAM NAČELA MUZIKOTERAPIJE 30

5.1. Načelo slušanja 30

5.2. Načelo promatranja 31

5.3. Načelo upijajućeg uma 33

5.4. Načelo kretanja 34

5.5. Načelo elemenata glazbe 34

5.6. Načelo postupnosti 36

5.7. Načelo četiri stupnja 37

5.8. Načelo glazbeno-scenskog izraza 38

6. PRIMJENA MUZIKOTERAPIJE KOD DJECE S RAZVOJNIM POTEŠKOĆAMA 39

6.1. Autizam 40

6.1.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s autizmom 42

6.2. Poremećaj govorne i glasovne komunikacije 47

6.2.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s poremećajem govorne i glasovne komunikacije 49

6.3. Motorički poremećaji.....55

6.3.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s motoričkim poremećajima 60

6.4. Down sindrom.....65

6.4.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s Down sindromom.....67

7. ZAKLJUČAK.....72

8. LITERATURA 74

1. UVOD

Sve veći broj djece s poteškoćama nažalost je dio svakodnevice vremena u kojem živimo. U redovne se škole uključuje sve veći broj djece s poteškoćama, a naš je zadatak maksimalno im pomoći da se prilagode svijetu koji ih okružuje. Glazba je sastavni dio svakog čovjeka te je to tako od davnina. Kroz glazbu pojedinac može shvatiti svijet oko sebe, a ta ista glazba može mu pomoći pri razvoju fizičkih i kognitivnih sposobnosti, što zapravo i jest cilj muzikoterapije.

Cilj ovog rada je utvrditi moguće načine i metode muzikoterapije u radu s djecom s razvojnim poteškoćama te istaknuti osam načela kojih se valja pridržavati prilikom muzikoterapije. Pravilan odabir metode, kao i pravilna primjena u radu, motiviraju dijete na aktivno sudjelovanje što dovodi do fizičkog i kognitivnog napretka djeteta.

Ovaj diplomski rad sastojat će se od teorijskog dijela u kojem će biti riječi o samoj muzikoterapiji, odnosno povijesti muzikoterapije, definiciji i cilju, kao i svrsi i primjeni muzikoterapije te o samom muzikoterapeutu. Osim toga, bit će navedeni i objašnjeni svi pristupi i metode muzikoterapije, kao i načela muzikoterapije. Obzirom da je muzikoterapija dio veće cjeline nazvane „art terapija“ i ona će biti ukratko prikazana, a sastoji se od muzikoterapije, terapije pokretom i plesom, likovne terapije te psihodrame. Posljednji dio ovog diplomskog rada odnosit će se na samu primjenu muzikoterapije u radu s djecom s razvojnim poteškoćama.

2. MUZIKOTERAPIJA

„Muzikoterapija je utemeljena zdravstvena djelatnost koja koristi glazbu i glazbeno povezane strategije u postizanju specifičnih neglazbenih ciljeva na području fizičkih, psiholoških i socijalnih potreba unutar terapijskog procesa.“ (Gazibara i Živković, 2009: 56).

2.1.Povijest muzikoterapije

Degmečić i sur. (2005) navode da se muzikoterapija kao disciplina pojavila u 20. st., nakon Prvog i Drugog svjetskog rata kada su glazbenici, kako amaterski tako i profesionalni, putovali bolnicama raznih zemalja kako bi svirali vojnicima koji su pretrpjeli i fizičku i psihičku traumu. Tada su doktori primijetili kako je velik broj pacijenata uistinu reagirao, odnosno dao psihički i/ili emocionalni odgovor, što je doktore i ostalo medicinsko osoblje navelo da uvedu praksu „bolničkih glazbenika“. Nakon relativno kratkog vremena provođenja takve prakse, bilo je jasno da je „bolničkim glazbenicima“ ipak potreban drugačiji program studija od onog kakvog su tada imali svi glazbenici te je tako nastao prvi muzikoterapijski studij u Michigan State University 1994. godine. Međutim, pojedini autori smatraju da je muzikoterapija postajala i mnogo ranije, barem od nastanka Platonovih i Aristotelovih spisa. (Degmečić i sur., 2005).

Rojko (2012) u svome djelu „Glazbenopedagoške teme“ navodi kako muzikoterapija, odnosno vjerovanje u moć glazbe postoji jednako dugo koliko i glazba sama. Također ističe da je glazba u primitivnim civilizacijama olakšavala svakodnevan život čovjeka. Osim toga, govori i o međusobnoj povezanosti tonova glazbe i pojedinih životnih pojava. Primjera spomenute međusobne povezanosti ima mnogo, dok je ovo samo jedan od mnoštva: „Sedam dana u tjednu, sedam poznatih nebeskih tijela – sedam tonova ljestvice, sedam žica na liri.“ (Rojko, 2012: 305).

Glazba je s medicinom povezana još od vremena magijske medicine, kada su se ljudi liječili uz pomoć plesa, pjevanja i raznih vrsta udaraljke, ističe Škrbina (2013).

2.2.Definicija i cilj muzikoterapije

„Muzikoterapija je psihoterapijski način rada – ovisan o dijagnozi – kod psihosomatskih oboljenja – koji se služi neverbalnim, nezamjenjivim komunikacijskim medijem – glazbom.“ (Harrer, 1975 prema Rojko, 2012: 3). Prema Škrbini (2013) muzikoterapija je psihoterapijska metoda u kojoj su receptivna i aktivna muzikoterapija medij za funkcionalnu upotrebu glazbe. „Muzikoterapija je upotreba zvukova i glazbe u razvojnom odnosu pojedinca i terapeuta u kojem se potiče fizička, mentalna, socijalna, duhovna i emocionalna dobrobit.“ (Bunt 1994 prema Škrbina 2013: 153). Svjetska udruga muzikoterapije 2011. godine je dala definiciju muzikoterapije koja glasi: „ Muzikoterapija je profesionalna upotreba glazbe i njezinih elemenata kao intervencija u medicinskom, obrazovnom i svakodnevnom okruženju s pojedincima, grupama, obiteljima ili zajednicama koje žele optimizirati kvalitetu svog života i poboljšati svoje fizičko, socijalno, komunikativno, emocionalno, intelektualno i duhovno zdravlje i dobrobit. Istraživanje, praksa, obrazovanje i klinička obuka u muzikoterapiji temelje se na profesionalnim standardima prema kulturnom, društvenom i političkom kontekstu.“ (Divljaković i sur. 2014: 4).

Postoje dva moguća kuta sagledavanja muzikoterapije, a to su znanstveno i terapeutsko stajalište. Znanstveno stajalište predstavlja muzikoterapiju kao „granu znanosti koja se bavi istraživanjem kompleksa zvukova srodnih čovjeku, bez obzira predstavlja li taj zvuk ono što zovemo glazbom ili ne, te otkriva njihove dijagnostičke parametre i terapeutsku primjenu.“ (Škrbina, 2013: 135). S druge pak strane, terapeutsko stajalište predstavlja muzikoterapiju kao „disciplinu koja koristi zvuk, glazbu i pokret da postigne povratne efekte i otvori komunikacijske kanale kako bi se započeo i ostvario proces osposobljavanja pacijenta za što bolje funkcioniranje.“ (Škrbina, 2013: 153).

Cilj svake muzikoterapije jest prevencija, ublažavanje ili pak liječenje određenih poremećaja. Ti poremećaji mogu biti fizičke ili psihičke prirode, a u ovisnosti o vrsti poremećaja provodit će se individualna ili pak grupna muzikoterapija. Grupna se muzikoterapija može koristiti primjerice kod skupine ljudi koji imaju poteškoća u društvenim odnosima. Škrbina (2013: 153) navodi kako se cilj muzikoterapije nalazi van samog tretmana muzikoterapijom, upravo zbog toga što se terapijom pokušava postići optimalno funkcioniranje pojedinca u mentalnom i fizičkom zdravlju kako bi mu svakodnevica bila jednostavnija i bolja.

2.3.Svrha i primjena muzikoterapije

Svrha muzikoterapije jest postizanje optimalnih društvenih, kognitivnih, mentalnih, fizičkih ili emocionalnih potreba kod pojedinca ili manje skupine. Škrbina (2013) navodi kako je glazba učinkovito terapijsko sredstvo upravo zbog vibracija zvuka koje izravno djeluju na sve procese u mozgu te utječu na čovjekove emocionalne, tjelesne i kognitivne funkcije. Osim toga ističe kako su istraživanja pokazala kako „glazba djeluje na stanje svjesnosti, harmonizacije desne i lijeve hemisfere mozga, krvni tlak, cirkulaciju, disanje i druge procese koji se odvijaju u tijelu.“ (Škrbina, 2013: 152).

Muzikoterapija je primjenjiva gotovo kod svih uzrasta i raznih zdravstvenih stanja kao što su: bol, terapija kod starijih osoba, kod depresivnih stanja, za razvoj komunikacije, kod osoba s autizmom, kod osoba s oštećenjem mozga, kod osoba s intelektualnim teškoćama, kod osoba s motoričkim oštećenjima i razni drugi. (Škrbina, 2013: 153). Jedan od dokaza da se muzikoterapija može provoditi s bilo kime, odnosno s osobom koja pati od bilo kakvog poremećaja, oštećenja ili slično, jest taj da su prema Škrbini (2013), Gustorff i Hannich (2000) provodili muzikoterapiju s pacijentima u stanju kome.

2.4.Muzikoterapeut

Muzikoterapeut je drugim riječima glazbeni pedagog koji radi u drugačijim uvjetima te s različitom perspektivom. Razlika između glazbenog pedagoga i muzikoterapeuta jest ta da glazbeni pedagog radi sa svom djecom, kako s onom prosječnom djecom, tako i s onom s poteškoćama u razvoju ili pak darovitom, primjerice u školi te sukladno tome planira prema budućnosti djece i izbor glazbe temelji na odgojno - obrazovnom cilju. S druge strane, muzikoterapeut glazbu koristi kao sredstvo u svome radu koji u potpunosti planira i provodi u skladu s individualnim potrebama pacijenta ili skupine. Za razliku od pedagoga, muzikoterapeut najčešće radi isključivo s djecom s teškoćama u razvoju iako valja naglasiti kako muzikoterapeut može raditi s apsolutno bilo kojom osobom (onom prosječnom, s poteškoćom u razvoju ili darovitom) i s bilo kojim uzrastom, ovisno o njegovim interesima i školovanju. (Rojko, 2012).

„Muzikoterapeut pomaže ljudima koji se susreću s brojnim problemima u raznim životnim sferama, ili koji pate od ozbiljnih zdravstvenih problema.“ (Bulatović Stanišić, 2019: 136). Svoj rad, muzikoterapeut mora prilagoditi u ovisnosti o željama, potrebama i mogućnostima pacijenta s kojim radi. Kako bi bio uspješan u svome poslu, on također mora biti izuzetno osjećajan i empatičan te pun znanja. Kako bi osoba postala muzikoterapeut potrebno je da ima primarno zanimanje iz medicinske ili pedagoške profesije te se dodatno obrazuje za muzikoterapeuta. Jednom kada osoba završi obuku, odnosno obrazovanje za muzikoterapeuta nikako nije gotovo, već se kao i u većini zanimanja treba neprekidno usavršavati. (Bulatović Stanišić, 2019).

3. PRISTUPI I METODE U MUZIKOTERAPIJI

Na temelju brojnih dokumentiranih terapija i mnoštvu provedenih istraživanja, pojedini su autori izdvojili pristupe i metode koje se koriste u muzikoterapiji. Tako kod gotovo svakog autora možemo vidjeti osnovnu podjelu na dvije metode, a to su aktivna i receptivna metoda muzikoterapije, koje se zatim dijele u razne podskupine. Osnovna razlika aktivne i receptivne metode muzikoterapije jest ta što aktivna muzikoterapija podrazumijeva aktivno sudjelovanje pacijenta u samoj terapiji, odnosno kada pacijent samostalno, uz poticaje i podršku terapeuta proizvodi zvukove na razne načine. S druge strane receptivna muzikoterapija od pacijenta ne očekuje nikakvu fizičku aktivnost kojom bi pacijent trebao proizvesti zvuk, već se provodi tako da terapeut bira skladbe ili pjesme u skladu s pacijentovim stanjem i osjećajima, a pacijent samo sluša glazbu koju je terapeut pripremio, a čiji je cilj da kod pacijenta izazove i pokrene određene emocije. (Bulatović Stanišić, 2019).

3.1.Aktivne metode muzikoterapije

Aktivne metode muzikoterapije jesu one metode koje podrazumijevaju aktivno sudjelovanje, stvaranje glazbe, terapeuta i pacijenta tijekom terapije. Bulatović Stanišić (2019) ističe kako je muzikoterapija aktivna onda kada pacijent samostalno proizvodi zvukove na raznim instrumentima, uz pomoć svoga tijela ili glasa. Osim toga, kroz ovu metodu muzikoterapije osoba postaje kreativna te svoje osjećaje izražava kroz svoje tijelo, zvukove i glazbu (Bulatović Stanišić, 2019). Aktivne metode podrazumijevaju sve improvizacijske modele, upravo zbog toga što aktivnim sudjelovanjem u terapiji nedvojbeno dolazi do improvizacije. „Improvizacija je spontano otkriće glazbe tijekom izvođenja bez unaprijed stvorene forme ili konteksta.“ (Solomon, 1986., prema Škrbina, 2013: 154). Bruscia (1988, prema Svalina, 2009) improvizacijske modele svrstava u dvije skupine, a to su: strukturirani improvizacijski modeli i nestrukturirani improvizacijski

modeli muzikoterapije. Svaki od oba navedena improvizacijska modela unutar sebe ima i potpodjele (Škrbina, 2013).

3.1.1. Strukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije

Strukturirani improvizacijski modeli jesu skupina modela koji su strogo strukturirani i kod kojih se prije samog početka terapije zna točan tijek terapija. Ovi se modeli koriste uglavnom u radu sa skupinama iako se mogu koristiti i prilikom individualnih terapija.

Prema Škrbina (2013) s*trukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije* podrazumijevaju sljedeće metode:

- Orffova metoda muzikoterapije
- Glazbena psihodrama
- Eksperimentalna improvizacijska muzikoterapija
- Metaforička muzikoterapija.

Ove četiri metode se koriste u raznim situacijama, a od svih je najistaknutija Orffova metoda muzikoterapije.

3.1.1.1.Orffova metoda muzikoterapije

Carl Orff začetnik je ove metode muzikoterapije, koja i nosi njegovo ime. Smatrao je da se dječje glazbene aktivnosti trebaju provoditi u opuštenoj atmosferi koja nikako nije natjecateljska (Škrbina, 2013). Iako je Carl Orff zasigurno najzaslužniji što ova metoda postoji, danas ne bi bila ovakva kakva jest da nije bilo njemačkog liječnika Theodora Hellbrüggea kojemu je supruga Carla Orffa, Getruda Orff pomogla pri smišljanju Orffove metode muzikoterapije kakvu poznajemo danas (Svalina, 2009). Ova metoda potiče dijete te ističe i koristi djetetove sposobnosti i vještine. Također, ono što je karakteristično za ovu metodu jest interakcija između pacijenta i terapeuta.

Orffova metoda muzikoterapije podrazumijeva glazbu u bilo kakvom obliku, međutim, isto tako podrazumijeva i pokret, ples i govor koji su itekako povezani s glazbom. Ono što je karakteristično za ovu metodu jest da nije nužno da dijete svira, pjeva ili na bilo koji način stvara glazbu, već ima na raspolaganju i druge predmete kao što su primjerice plišane igračke. Ukoliko dijete nije raspoloženo za sviranje, dozvoljeno mu je igrati se instrumentima ili nečim što se nalazi u prostoru u kojem se terapija provodi. (Svalina, 2009).

Instrumenti koji se koriste u ovoj metodi nazivamo Orffov instrumentarij. Škrbina (2013: 157) ističe kako se primjenom ovih instrumenata ciljano utječe na poboljšanje opuštanja i koncentracije, razvoj osjetilne percepcije (taktilne, optičke, akustičke i prostorne) te koordinaciju. U Orffovoj metodi muzikoterapije razlikujemo opće i specifične ciljeve. Opći ciljevi uvijek su isti a podrazumijevaju razvoj kreativnosti, spontanosti i dječje razigranosti, dok specifični ciljevi podrazumijevaju razvoj konkretnih sposobnosti i/ili vještina kod pojedinog djeteta. Specifični ciljevi se za razliku od općih mogu odrediti tek kada terapeut dobije uvid u poteškoće pojedinog djeteta te njegove potrebe (Škrbina, 2013).

3.1.1.2.Glazbena psihodrama

Psihodrama je posve različita disciplina od muzikoterapije, no ipak obje posjeduju veze koje ih mogu spojiti u jedno. Njihova najvažnija sličnost, odnosno veza jest ta da su obje akcijske metode koje svoje sudionike tretmana aktivno uključuju u sudjelovanje. Koristeći glazbenu improvizaciju u svrhu opuštanja na početku grupnog tretmana psihodrame, Moreno J. J. je razvio novu metodu pod nazivom „Glazbena psihodrama“. Iz toga slijedi da je glazbena psihodrama integracija tradicionalne psihodrame s glazbenom improvizacijom, imaginacijom i svim ostalim tehnikama muzikoterapije. (Škrbina, 2013).

Prema Škrbini (2013), Condon (1980) je došao do zaključka da kada slušač koncentrirano sluša govornika, podsvjesno se pomiče ritamski sinkronizirano s

govornikom. Iz toga proizlazi zaključak kako uvođenje glazbenih elemenata u psihodramu obogaćuje međusobnu komunikaciju sudionika. Glazbena psihodrama svojim sudionicima nudi bolji razvoj spontanosti i nesmetanog izražavanja emocija (Škrbina, 2013).

Moreno (1999, prema Škrbina, 2013) ističe kako postoje određene tehnike glazbene psihodrame, a one su: glazbena zamjena uloga, glazbeni dijalog, glazbeni zaključci, glazba i podjela selfa, glazbeno izražavanje, glazbeno oblikovanje, glazbene tehnike prodiranja i izbijanja, glazbena prazna stolica i monodrama te glazbena podjela.

Glazbena zamjena uloga temelj je psihodrame. Cilj zamjene uloga jest da protagonist zauzme ulogu druge osobe, dok istovremeno druga osoba uzima ulogu protagonista kako bi oboje mogli uvidjeti kako ih druga osoba doživljava te kako bi uvidjeli i razvili nove načine komunikacije. Protagonist je ona osoba koja tijekom terapije glumi određeni problem ili situaciju s kojom se susreo u stvarnom životu te tijekom terapije pokušava sagledati taj isti problem ili situaciju iz različitih perspektiva. Uloga glazbe u samoj zamjeni uloga jest da sudionik može iskoristiti bilo kakav glazbeni izraz ukoliko ne može ili se ne zna verbalno izraziti u datom trenutku. (Škrbina, 2013). *Glazbeni dijalog* koristi se kada protagonist i pomagač započnu s površnim verbalnim dijalogom te voditelj zatraži glazbeni dijalog. On može biti u obliku jednosmjerne glazbene ekspresije u kojoj se protagonist izražava putem glazbe, dok pomagač odgovara verbalno. Drugi način može biti dvosmjerni glazbeni dijalog, odnosno kada oba sudionika komuniciraju putem glazbe, bez verbalne komunikacije. (Škrbina, 2013). *Glazbeni zaključci* služe kao svojevrsna zaštita emocionalne privatnost protagonista (Škrbina, 2013). Naime, svaka terapija završava zaključkom određene vrste odnosa. Ukoliko protagonist nije siguran, boji se iz nekog razloga ili jednostavno ne zna kojim bi riječima opisao određeni odnos nakon terapije, on zaključak može iznijeti uz pomoć bilo kojeg instrumenta, odnosno koristeći se izabranim glazbenim izrazom. *Glazba i podjela selfa* može uvelike pomoći protagonistu kod donošenja odluka. Svaki se pojedinac, prije ili kasnije nađe u situaciji kada ima primjerice dva izbora kao rješenje, a nije u stanju odlučiti se kojeg iskoristiti

(primjerice ostati u vezi s nekime ili prekinuti kontakte). U takvim situacijama glazba i podjela selfa mogu pomoći prilikom dramatizacije dvaju mogućih rješenja te na taj način ohrabriti protagonista pri odabiru. (Škrbina, 2013). *Glazbeno izražavanje* tehnika je u kojoj pomagači izražavaju svoje viđenje protagonistova ponašanja i izražavanja kroz glazbu. Pozitivna stana ove tehnike jest ta da protagonist sa strane može vidjeti kako drugi doživljavaju i interpretiraju njegovo vlastito ponašanje. Na taj način protagonist može uvidjeti pozitivne i negativne strane svoga vlastitog ponašanja te prilagoditi, odnosno promijeniti pojedine obrasce ponašanja. (Škrbina, 2013). *Glazbeno oblikovanje* omogućava pomagačima prikazivanje novih obrazaca ponašanja protagonistu, bez mogućnosti dvosmislene prezentacije ili shvaćanja. Dakle prilikom tehnike glazbenog oblikovanja pomagači putem glazbe prezentiraju ponašanje protagonista te kroz tu prezentaciju ubacuju, odnosno protagonistu prikazuju nove načine i oblike ponašanja. (Škrbina, 2013). *Glazbene tehnike prodiranja i izbijanja* imaju za cilj protagonistu pomoći da se uključi ili pak isključi iz pojedine situacije ili grupe, a nije u stanju to učiniti sam. Tada se u dinamiku terapije uključuje situacija u kojoj bi protagonist volio biti ili se pak s druge strane, iz dinamike terapije izbacuje situacija iz koje bi protagonist volio izaći. (Škrbina, 2013). *Glazbena prazna stolica i monodrama* tehnika je u kojoj je protagonist komunicira sa zamišljenim pomagačem. Ta tehnika omogućava da u slučaju nedostatka pomagača protagonist komunicira sa zamišljenim pomagačem, odnosno praznom stolicom koja mu omogućuje zamjenu uloga, pri čemu protagonist stvara monodramu. (Škrbina, 2013). *Glazbena podjela* pruža mogućnost zaključnog izražavanja glazbom u slučaju nedostatka verbalnog komentara nakon provedene terapije (Škrbina, 2013).

3.1.1.3. Eksperimentalna improvizacijska muzikoterapija

„Eksperimentalna improvizacijska muzikoterapija model je grupne terapije koja uključuje glazbu i ples.“ (Bruscia, 1988: 8). Primarni ciljevi ove metode su: razvoj samoizražavanja i kreativnost, razvoj slobode pojedinca unutar grupe, razvijanje grupnih

vještina kao i razvoj fizičkih, kognitivnih, socijalnih, emocionalnih, duhovnih i kreativnih sposobnosti pojedinca. (Bruscia, 1988).

Ova metoda provodi se grupno i to na način da terapeut grupi daje fokusnu točku na temelju koje će grupa razvijati improvizaciju. Razlikujemo tri fokusne točke, a one su: verbalno davanje, proceduralno davanje i interpersonalno davanje. (Škrbina, 2013).

Verbalno davanje koristi se u situacijama kada želimo ograničiti pokrete ili zvukove koji se mogu koristiti. S druge pak strane *proceduralno davanje* koristit ćemo kada želimo ograničiti, odnosno odrediti vremenski slijed događaja. Treća mogućnost je *interpersonalno davanje* koje se koristi kada terapeut želi točno odrediti kakve će se interakcije, odnosno odnosi odvijati između sudionika. (Bruscia, 1988).

Drugim riječima „fokusne točke" su svojevrsne upute od strane terapeuta upućene sudionicima terapije, koje manje ili više ograničavaju mogućnosti slobode improvizacije. Ipak, sloboda improvizacije nije u potpunosti zakinuta fokusnim točkama, već je njihov cilj da se sudionici osposobe, odnosno razviju sposobnost improvizacije u datim trenucima i situacijama. Zadatak koji terapeut može postaviti je primjerice „u paru istražiti kako učiniti usporen pokret ili ravnomjeran zvuk" (Škrbina, 2013: 162).

Nakon postavljanja zadatka slijedi improvizacija tijekom koje sudionici dolaze do mnoštva novih spoznaja. U konačnici, nakon završetka procesa improvizacije grupa može analizirati tko je na koji način došao do „rješenja" te uvidjeti da postoje razni načini kako doći do „istog rješenja" (npr. usporeni pokret može se izvesti na mnogo raznih načina). (Škrbina, 2013).

3.1.1.4. Metaforička muzikoterapija

Prema Škrbini (2013), metaforičku muzikoterapiju razvili su Katsh i Merle-Fishman (1984). Primjenjuje se grupno u radu s odraslim osobama, a ciljevi ove metode muzikoterapije jesu uključivanje svjesnosti, kontakta, spontanosti i intimnosti u odnosima (Škrbina, 2013).

Sama seansa muzikoterapije ovom metodom podijeljena je u pet faza od kojih su prva i posljednja faza zagrijavanja i zaključivanja, dok su preostale tri faze središnji dio seanse. Faza zagrijavanja ima za cilj razviti odnos između pacijenta i terapeuta i odrediti cilj terapije. Prva faza središnjeg dijela terapije sastoji se od pacijentovog otkrivanja vlastitog problema, koji može biti jasno vidljiv ili pak „skriven“. Načini otkrivanja problema provode se uz pomoć metoda vođene fantazije, opuštenog slušanja i slobodne improvizacije. Na drugu fazu središnjeg dijela prelazi se onda kada je pacijent uspješno definirao svoj problem koji u ovoj fazi uz pomoć terapeuta istražuje kroz glazbeni eksperiment. Nakon improvizacijskog prikazivanja problema kroz glazbeni eksperiment prelazi se na posljednju fazu središnjeg dijela terapije, u kojoj kroz razgovor pacijent i terapeut raspravljaju o pacijentovim osjećajima. Posljednja faza je faza zaključivanja u kojoj terapeut verbalno zaključuje terapiju putem grupne rasprave ili improvizacije. (Škrbina, 2013: 162).

3.1.2. Nestrukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije

Druga skupina improvizacijskih modela aktivne metode muzikoterapije jesu nestrukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije. Za razliku od strukturiranih, nestrukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije imaju vrlo malo toga unaprijed određeno te se uglavnom provode u individualnim terapijama. (Škrbina, 2013).

Ovakvi modeli muzikoterapije pacijentu omogućuju prilagođavanje glazbenih aktivnosti u odnosu na njegove želje i potrebe.

Prema Škrbini (2013) *nestrukturirani improvizacijski modeli muzikoterapije* podrazumijevaju sljedeće metode:

- Kreativna muzikoterapija (Nordoff-Robbin-sova metoda muzikoterapije)
- Analitička muzikoterapija
- Paraverbalna muzikoterapija
- Integrativna improvizacijska muzikoterapija

- Razvojni terapijski odnos
- Slobodna improvizacijska muzikoterapija.

3.1.2.1.Kreativna muzikoterapija (Nordoff-Robbins-ova metoda muzikoterapije)

Kreativna muzikoterapija ili Nordoff-Robbins-ova metoda muzikoterapije nastala je pedesetih i šezdesetih godina prošlog stoljeća u suradnji kompozitora Paul Nordoff-a i specijaliziranog učitelja za rad s djecom s poteškoćama Clive Robbins-a (Davis i sur., 2008; Svalina, 2009). Nordoff i Robbins surađivali su i ovu metodu muzikoterapije razvijali punih sedamnaest godina, sve do Nordoff-ove smrti, nakon čega je Robbins i dalje nastavio s razvojem metode surađujući sa svojom suprugom kako bi zadržao timski pristup u terapiji (Davis i sur., 2008).

Škrbina (2018) ističe da je ovaj model muzikoterapije primarno osmišljen za rad s djecom s teškoćama, kao što su autizam, motoričke teškoće, intelektualne teškoće i dr., no kasnije je modificiran kako bi se mogao koristiti i u radu s ostalom, odnosno starijom populacijom.

Nordoff-Robbins-ova metoda ima za cilj razvijati međuljudske odnose, komunikaciju, samoizražavanje, gradnju stabilnije osobnosti, kao i razvoj osobne slobode i kreativnosti te otkloniti patološke obrasce ponašanja (Bruscia, 1988, prema Svalina, 2009).

U početku provođenja ove metode muzikoterapije, Nordoff i Robbins su prakticirali rad dvaju terapeuta s jednim pacijentom na način da jedan od terapeuta svira glasovir, dok je drugi terapeut u izravnom kontaktu s pacijentom (Davis i sur., 2008). Ovisno o željama i potrebama pacijenta terapija se može provoditi individualno, grupno ili kombinacijom individualnog i grupnog rada. U ovisnosti je li terapija individualna ili grupna razlikuju se mediji koje pacijent koristi za vrijeme terapije. U individualnoj terapiji najčešće se koriste pjevanje te sviranje bubnjeva i činela, eventualno po potrebi i neki drugi instrumenti, dok se u grupnoj terapiji najčešće koriste udaraljke i gudački instrumenti te pacijenti sudjeluju u glazbenoj drami (Škrbina, 2013).

Škrbina (2013: 164) ističe kako se ova metoda muzikoterapije sastoji od tri proceduralne faze, a to su:

- Glazbeni susret
- Evocirani glazbeni odgovor putem glazbene improvizacije
- Unapređenje glazbenih sposobnosti, izražajna sloboda, međuodgovornost terapeuta i pacijenta.

Glazbeni susret prva je faza koja je ujedno i preduvjet za daljnje provođenje terapije. Ova faza ima obvezu izgraditi povjerljiv odnos između pacijenta i terapeuta. Pacijentu se dozvoljava improvizacija koja je u skladu s njegovim trenutnim stanjem i sposobnostima kako bi terapeut mogao detaljno promotriti odnos prema glazbi i stanje pacijenta. (Škrbina, 2013).

Evocirani glazbeni odgovor putem glazbene improvizacije predstavlja drugu fazu ove metode koja za cilj ima razvoj glazbenog vokabulara kod pacijenta koji će mu olakšati izražavanje i stvaranje glazbe pomoću koje će razvijati daljnji odnos s terapeutom (Svalina, 2009). Ova faza započinje improvizacijom terapeuta koji potiče pacijenta na davanje glazbenog odgovora. Nakon što dijete ponudi glazbeni odgovor, terapeut taj isti odgovor nadopunjava kako bi mu dao logičan glazbeni smisao, te se na taj način razvija dijalog između pacijenta i terapeuta (Svalina, 2009).

Unapređenje glazbenih sposobnosti, izražajna sloboda, međuodgovornost terapeuta i pacijenta ciljevi su treće faze ove metode muzikoterapije, kako navodi Škrbina (2013: 165).

3.1.2.2.Analitička muzikoterapija

Analitička muzikoterapija je metoda koju je razvila britanska muzikoterapeutkinja Mary Priestley te ju „osmislila kao analitičko-simboličku primjenu glazbe improvizirane od strane terapeuta i pojedinca.“ (Škrbina, 2013: 165). Svoj rad, Priestley je opisala u knjizi *Music Therapy in Action* u kojoj opisuje metode rada muzikoterapije s odraslima

koji imaju mentalnih, psihičkih i emocionalnih poteškoća (Darnley-Smith i Patey, 2003). Analitička muzikoterapija osmišljena je na način da se provodi individualno (pacijent i terapeut), no moguće je prilagoditi ju za rad u paru (dva pacijenta i terapeut) ili grupno, ističe Škrbina (2013). Bruscia (1987: 115, prema Darnley-Smith i Patey, 2003) navodi definiciju ove metode muzikoterapije koja se koristi riječima i glazbenom improvizacijom pacijenta i terapeuta u svrhu istraživanja unutarnjeg života pacijenta te mogućnosti daljnjeg razvoja. U primjeni ove metode odnos između pacijenta i terapeuta vrlo je važan i nezaobilazan dio procesa terapije (Škrbina, 2013).

Ova metoda muzikoterapije ima za cilj stvoriti ravnotežu duha, uma i tijela te razvijati kreativnost na način da se prije svega identificiraju teškoće pacijenta te sukladno tome provoditi terapije putem glazbe koja ima zadatak ispraviti ili ublažiti disfunkcionalne obrasce ponašanja. Svaki tretman muzikoterapije ovom metodom započinje pacijentovim identificiranjem problema uz pomoć terapeuta te definiranjem cilja terapije. Kao što je već spomenuto, terapija se može provoditi individualno te u tom slučaju pacijent ima mogućnost velikog izbora instrumenata te se također smije izražavati pjevanjem, dok terapeut svira na glasoviru ili nekom drugom instrumentu, što ovisi o željama i potrebama pacijenta. (Škrbina, 2013).

Bruscia (1988) ističe kako se tretman analitičke muzikoterapije sastoji od četiri faze, a to su: identificiranje problema, definiranje ciljeva improvizacije, improvizacija naslova te rasprava o iskustvu i doživljajima tijekom improvizacije.

Identificiranje problema prva je i nezaobilazna faza tretmana koju terapeut može provesti putem razgovora s pacijentom, pomoću improviziranja glazbom ili promatranjem govora tijela pacijenta (Škrbina,2013).

Definiranje ciljeva improvizacije ovisi o nekoliko čimbenika koji se mogu sastojati od: terapijskog problema, pacijentove spremnosti na sudjelovanje, pacijentove potrebe za vođenjem od strane terapeuta te od tehnika koje terapeut upotrebljava (Škrbina, 21013).

Improvizacija naslova faza je koja pacijenta stavlja u kontakt s vlastitim emocijama, dopuštajući na taj način „unutarnji protok glazbe“ koju Priestley (1975, prema Škrbina, 2013: 166) definira kao „prevladavajuću emocionalnu klimu iza strukture nečijih misli.“.

Rasprava o iskustvu i doživljajima tijekom improvizacije posljednja je faza posljednja je faza u kojoj terapeut od pacijenta zahtjeva da verbalizira vlastite doživljaje improvizacije (Škrbina, 2013).

3.1.2.3.Paraverbalna muzikoterapija

Paraverbalna muzikoterapija je metoda koju je razvila Evelyn Heimlich kao oblik muzikoterapije, odnosno psihoterapije u kojem se koriste verbalni i neverbalni oblici komunikacije (Kirkland, 2013). Ono što ovu metodu čini vrlo efikasnom jest povezivanje emocionalnih doživljaja s vedrom i ugodnom atmosferom koja se postiže netradicionalnim načinom terapije. Paraverbalna muzikoterapija smatra se netradicionalnom zbog mogućnosti korištenja raznih ekspresivnih medija kao što su psihodrama, slikarstvo, crtež, govor, glazba (u svim svojim oblicima), pokret i dr. (Kirkland, 2013).

Škrbina (2013) ističe da se ova metoda muzikoterapije koristi s onim pojedincima koji imaju komunikacijske ili emocionalne poteškoće te ne reagiraju na verbalne terapijske metode. Promatranje je nezaobilazan postupak tijekom provođenja ove metode muzikoterapije. Tijekom tretmana paraverbalnom muzikoterapijom terapeut neprekidno promatra reakcije pacijenta, no osim za vrijeme samog trajanja terapije, terapeut pacijenta promatra i prije i nakon provedene terapije kako bi prikupio što više informacija te eventualno uvidjeo nužne promjene pri planiranju sljedeće terapije. Iz toga proizlazi da se ova metoda muzikoterapije sastoji od četiri postupka a to su: promatranje, upravljanje aktivnošću, promjene i susreti. (Škrbina, 2013).

Paraverbalna muzikoterapija sastoji se od više različitih aktivnosti, koje je razvila sama začetnica ove metode, a neke od njih sastoje se od: improvizacijskih ritamskih

dijaloga, improvizacijske priče, improvizacijskog pjevanja, upoznavanja instrumenata, zajedničkog sviranja, metaforičkog korištenja instrumenata, metaforičke upotrebe pjesama, uzajamnog ritamskog kretanja, crtanja ili slikanja uz glazbenu pratnju, mimike, igranja igrica te dramskih aktivnosti (Škrbina, 2013: 166).

3.1.2.4.Integrativna improvizacijska muzikoterapija

Integrativna improvizacijska muzikoterapija, metoda je muzikoterapije koju je razvio Peter Simpkins kroz svoj dugogodišnji rad s djecom različitih poteškoća (Bruscia, 1988). Nakon nekog vremena, svoju je metodu prilagodio radu s odraslom populacijom koja pati od psihijatrijskih poteškoća. Simpkins je ovu metodu bazirao na kognitivno-bihevioralnim tehnikama kao što su: vježbe opuštanja, vježbe disanja, autogeni trening, meditaciju, fokusiranje i vizualizaciju. (Škrbina, 2013).

Cilj ove metode je kod pacijenta integrirati osjetila i doživljaje kao što su: razna osjetila, tijelo sa psihom, ego, id i superego, nesvjesno sa svjesnim, neverbalno s verbalnim te odnos sebe s osobama iz neposredne okoline (Škrbina, 2013: 167). Osim navedenog, cilj je kod pacijenta razvijati pažnju, aktivno sudjelovanje, direktni rad te integraciju svega navedenog.

Ono što ova metoda nudi pacijentu je spontana improvizacija bez terapeutova nametanja, koji čeka trenutak kada će pacijent sam pokazati zainteresiranost za uključivanje terapeuta u improvizaciju. Pacijentu je za improvizaciju ponuđen širok spektar instrumenata kao i poticaj za pjevanje, vokalizaciju ili verbalizaciju, dok terapeut kombinira glasovir i vlastiti glas kao primarne izvore komunikacije s pacijentom. Za vrijeme pacijentova samostalnog improviziranja, terapeut aktivno prati i promatra pacijenta kroz glazbu i pokrete. Ukoliko pacijent odgovara verbalno, tada terapeut također odgovara verbalno nakon čega verbalni odgovor pokušava pretočiti u glazbenu improvizaciju. Situaciju u kojoj pacijent odgovara glazbeno terapeut će iskoristiti za poticanje improviziranog glazbenog dijaloga. Kada pacijent ne reagira niti verbalno, niti glazbeno, terapeut poziva pacijenta na neku drugu vrstu interakcije. (Škrbina, 2013).

3.1.2.5.Razvojni terapijski odnos

Razvojni terapijski odnos metoda je muzikoterapije koju je osmislila Barbara Grinnell prvenstveno za djecu koja pate od teških psihičkih ili emocionalnih poteškoća (Bruscia, 1988). Prilikom realizacije terapije koristeći se ovom metodom terapeut kombinira rad glazbene terapije, terapije igrom kao i verbalnu psihoterapiju prema razvojnim fazama (Škrbina, 2013). Ova metoda muzikoterapije namijenjena je individualnom radu terapeuta s pacijentom iako se može provoditi i grupno.

Razvoj interpersonalnih odnosa kroz verbalne i neverbalne načine glavni je cilj ove metode muzikoterapije, što se pokušava postići u skladu s emocionalnim konfliktima pojedinca, simptomima te razvojnim preprekama, ističe Škrbina (2013). Tijekom same realizacije terapije, terapeut najčešće improvizira na glasoviru dok pacijent sluša ili istovremeno svira neku vrstu udaraljki.

Škrbina (2013) navodi kako se tijek terapije ovom metodom muzikoterapije može podijeliti u tri faze. U *prvoj fazi* terapeut glazbeno improvizira kako bi uspostavio odnos s djetetom, odnosno pacijentom. Tijekom te početne glazbene improvizacije terapeut se najčešće koristi glasovirom te svojom improvizacijom pokušava reflektirati trenutno stanje i ponašanje pacijenta. Nakon što terapeut i pacijent uspostave kontakt, terapeut nastavlja s improvizacijom uz pomoć pjesme kako bi potaknuo pacijenta na glazbeni odgovor, što je glavni dio ove faze. *Druga faza* je ona u kojoj pacijent uz pomoć terapeuta otkriva načine na koje može simbolički izraziti svoje osjećaje. Načini na koje terapeut može pomoći pacijentu jesu korištenje improvizacije pjesmama, projektivnim glazbenim pričama te igrom s lutkama. U posljednjoj, *trećoj fazi* terapeut koristi aktivnosti kao što su crtanje, igra lutkama, dramske aktivnosti, personalizirane igre te verbalne rasprave kako bi izgradio odnos s pacijentom koji će mu omogućiti verbalno izražavanje vlastitih osjećaja koje je doživio tijekom tretmana. (Škrbina, 2013).

3.1.2.6.Slobodna improvizacijska muzikoterapija

Juliette Alvin začetnica je metode muzikoterapije pod nazivom slobodna improvizacijska muzikoterapija. Naziv terapije u sebi sadrži „slobodnu improvizaciju“ upravo zbog načina na koji se terapija provodi. Tijekom terapije koriste se raznolike glazbene aktivnosti, uključujući i slobodnu glazbenu improvizaciju, što znači da terapeut pacijentu ne nameće nikakve obrasce, strukture, teme ili pravila kojih se mora pridržavati već je pacijentu dozvoljeno da improvizira u potpunosti po svojim željama što mu omogućuje da se maksimalno opusti. (Bruscia, 1988).

Ova metoda najčešće je korištena tijekom rada s autističnom djecom iako se može koristiti i u radu s mnogim drugim populacijama, uključujući i odrasle osobe (Svalina, 2009). Ciljevi karakteristični za ovu metodu su: rast i razvoj komunikacije s okolinom kao i rast i razvoj u fizičkom, emocionalnom i socio-emocionalnom smislu te samospoznaja. (Bruscia, 1998). Metodu slobodne improvizacijske muzikoterapije moguće je primjenjivati individualno, unutar obitelji ili grupno što ovisi isključivo o potrebama pacijenta. Tijekom terapije terapeut improvizira na instrumentu koji odgovara pacijentu te će sam pacijent koristiti instrument po vlastitom izboru. (Škrbina, 2013).

Slobodna improvizacijska muzikoterapija je podijeljena u tri faze koje se planiraju sukladno s tri razvojna stupnja pacijenta, odnosno njegovog odnosa prema objektima, prema terapeutu i prema drugim osobama iz neposredne okoline. U svakoj od tri faze mogu biti korištene aktivne tehnike (pacijent sam proizvodi glazbu, aktivno sudjeluje) i/ili receptivne (pacijent samo sluša glazbu). *Prva faza* terapije može sadržavati aktivne tehnike koje imaju zadatak pacijentu pomoći pri odabiru i načinu korištenja instrumenta s ciljem percepcije i senzomotorne svijesti, dok receptivne tehnike mogu poslužiti za lakše prilagođavanje djeteta na terapeuta i samu glazbu. Uloga aktivnih tehnika u *drugoj fazi* je potaknuti pacijenta na improvizaciju, odnosno prikazivanje svojih emocija i osjećaja uz pomoć instrumenta te kako bi stekao povjerenje u terapeuta. S druge strane, uloga receptivnih metoda u ovoj fazi je osvještavanje glazbenih i osobnih osjećaja pacijenta. Ono što može biti vrlo korisno u ovoj fazi je da pacijent sluša snimku vlastita sviranja.

Treća faza je specifična jer može i ne mora biti provedena. Terapeut nakon prve dvije faze procjenjuje i donosi odluku hoće li ili neće pacijenta uključiti i u treću fazu koja se sastoji od grupne ili obiteljske terapije. Primjerice, ukoliko pacijent ima poteškoća u komunikaciji s članovima obitelji, kada pacijent savlada improvizaciju i glazbenu interakciju s terapeutom mogu prijeći na treću fazu (obiteljsku terapiju) kako bi pacijent uz pomoć glazbe popravio i unaprijedio odnose i komunikaciju s članovima obitelji. U grupne tehnike ubrajamo: raspravu, pokret, pjevanje, slušanje, te slobodne i tematske improvizacije. (Škrbina, 2013).

3.2.Receptivne metode muzikoterapije

Receptivne metode muzikoterapije su metode u kojima pacijent sluša glazbu, pri čemu glazba koja se sluša može biti snimljena ili ju terapeut može izvoditi uživo. Terapeut koristi receptivne metode muzikoterapije za opuštanje, odnosno onda kada pacijent ima poteškoća s izražavanjem vlastitih emocija ili ukoliko ima fizičko ograničenje zbog kojeg nije u mogućnosti aktivno sudjelovati. (Svalina, 2009).

„U receptivnim oblicima terapije, kada pacijent sluša glazbu, doživljava i razumije zvukove i vibracije svojim tijelom i psihom, čuje vlastite misli u zvukovima, čuje, odnosno razumije svijet drugih iz okoline, oslobađaju vlastita iskustva te pamte i razmišljaju kroz zvuk te se približavaju božanskom kroz zvuk.“ (Bruscia, 2014: 51).

Glazba koju će pacijent slušati terapeut priprema posebno za pojedinog pacijenta u ovisnosti o njegovim željama i potrebama. Pacijent se uz tu glazbu može u potpunosti opustiti te se istovremeno može uz nju kretati i izvoditi improvizirane plesne pokrete. Pacijentu se također može postaviti zahtjev da uz glazbu govori, prisjeća se svojih doživljaja ili pak da iznosi svoj doživljaj glazbe koju je slušao. (Svalina, 2009).

3.2.1. Pozadinska glazba

Pozadinska glazba uvrštena je u receptivne metode muzikoterapije jer tijekom slušanja pozadinske glazbe pacijent ne sudjeluje aktivno, čak ponekad nije niti svjestan prisutnosti pozadinske glazbe. Kada pacijent ima poteškoća s izražavanjem vlastitih emocija ili pak bolove izazvane nekom traumom, tada pozadinska glazba ima ulogu opuštanja (Škrbina, 2013). Pehlić i sur. (2012) ističu kako pozadinska glazba pozitivno utječe na jačanje i povezivanje grupe te interpersonalnih odnosa, pozitivno utječe na emocije pojedinca te smanjuje povučenost i stidljivost. Škrbina (2013) govori kako pozadinska glazba mora biti potpora primarnom podražaju, no nikako ne smije odvraćati pozornost. Da bi takva situacija bila ostvariva potrebno je prije svega zadovoljiti dva kriterija, a to su stupanj glasnoće pozadinske glazbe te karakterna prilagođenost pozadinske glazbe primarnoj situaciji.

Pozadinsku glazbu bira sam terapeut u skladu s pacijentovim potrebama, dakle individualno pristupa svakom pacijentu. Ukoliko je terapeutu cilj kod pacijenta razviti pažnju za određenu glazbu, tada bi terapeut trebao izmjenjivati razdoblja glazbe i tišine (Čudina-Obradović, 1991, prema Škrbina, 2013). Osim toga, poželjno je da pozadinska glazba bude instrumentalna, ne vokalna. Izbjegavanje vokalne glazbe kao pozadinske preporučuje se upravo zbog vokalnog sadržaja koji za pacijenta može biti ometajući. Instrumentalna glazba koja se vrlo često koristi u ove svrhe jest upravo Mozartova glazba, što je diljem svijeta poznato pod nazivom „Mozart efekt“ (Škrbina, 2013).

Škrbina (2013) u svojoj knjizi „Art terapija i kreativnost“ navodi podjelu pozadinske glazbe prema kriteriju vrste ili strategije slušanja glazbe koja slušatelje klasificira s obzirom na: aktivnost, koncentriranost na perceptivno polje, emocionalni i racionalni stav pri percepciji te usmjerenost na glazbene, odnosno izvanglazbene reference. Aktivnost slušatelja dijelimo na aktivno i pasivno slušanje, dok koncentriranost na perceptivno polje dijelimo na: slušanje koncentrirano na detalje, slušanje koncentrirano na cjelinu, slušanje kao spoznavanje, slušanje kao razumijevanje nekog problema i slušanje kao meditiranje (Rojko, 1996, prema Škrbina, 2013: 170). Emocionalni i racionalni stav pri percepciji

Rojko (1996) je podijelio na osjetilno, senzomotoričko, emocionalno, estetsko te imaginativno slušanje, dok je Sam (1998) definirao kao podjelu na motoričko, pasivno, asocijativno te kognitivno slušanje (Škrbina, 2013). Posljednja klasifikacija slušatelja je usmjerenost na glazbene, odnosno izvanglazbene reference koje Schoen (1940, prema Škrbina, 2013) klasificira na intrinzično i ekstrinzično slušanje.

3.2.2. Bonny metoda vođene imaginacije i glazbe (BMVIG)

Bonny metoda vođene imaginacije i glazbe provodi se slušanjem glazbe u opuštenoj atmosferi kako bi se pacijent potaknuo na imaginaciju s ciljem terapijskog učinka samorazumijevanja, samootkrivanja te spiritualnog iskustva kod pacijenta (Bonny, 1980, prema Škrbina, 2013). Ova je metoda zasnovana na humanističkim i transpersonalnim teorijama kao i vjerovanju da kombinacija glazbe sa slikom može pomoći pri razvoju samosvijesti što rezultira zdravijim bićem (Bonny i Savary, 1990, prema Davis i sur., 2008). Ono što je specifično za ovu metodu je da se može koristiti i u svrhe koje nisu isključivo kliničke, kao primjerice razvoj osobnosti kod pojedinca. Osim toga, može se koristiti i u primjeni s pacijentima koji imaju posebnu fizičku, emocionalnu ili duhovnu potrebu. Škrbina (2013) ističe kako je upravo ova metoda vrlo učinkovita kod pacijenata koji su bili žrtve zlostavljanja u djetinjstvu. Ono što je u takvim slučajevima vrlo dobro je to što terapeut ne mora odmah isprovocirati traumu već se to može činiti postepeno (Škrbina, 2013). Pojedini autori navode da je također učinkovito ovu metodu koristiti i u radu s pacijentima koji imaju razne poremećaje ličnosti kao i kod posttraumatskog stresnog poremećaja, osobito kod onih pacijenata koji su sudjelovali u ratnim događajima. (Škrbina, 2013).

Terapeut odabire klasičnu glazbu individualno za svakog pacijenta, ovisno o njegovim potrebama, kako bi pacijentu pomogao prisjetiti se slika iz prošlosti povezanih s traumatskim iskustvom, koje mogu predstavljati svjesne ili nesvjesne emocije. To pacijentu može pomoći pri otpuštanju neželjenih emocija kao i sagledavanje traumatske situacije iz druge, odnosno nove perspektive. (Davis i sur., 2008).

Svaka terapija ovom metodom provodi se u pet faza, a to su:

- „Uvodni razgovor tijekom kojeg terapeut i pacijent uspostavljaju inicijalni kontakt te određuju fokus terapije
- Početno opuštanje tijekom kojeg terapeut pojedincu pomaže ući u duboko opušteno stanje kako bi imao lakši pristup različitim razinama svijesti
- Razdoblje glazbene imaginacije tijekom kojeg pacijent spontano stvara predodžbene slike dok sluša glazbu
- Povratak u kojem terapeut pomaže pacijentu da se vrati u potpuno svjesno, budno stanje
- Završni razgovor tijekom kojega terapeut i pacijent diskutiraju o iskustvima tijekom seanse“ (Bonny, 2002, prema Škrbina, 2013: 172).

Cilj ove metode muzikoterapije je kod pacijenta pobuditi vizualno-mentalne slike koje će predstavljati osjećaje, a svaki pojedinac ima individualno iskustvo, što dovodi do podjele slikovnih iskustava u određene kategorije, a one su: tok svijesti, senzorika/kinestetika, pamćenje, metaforička mašta i liječenje (Škrbina, 2013).

3.2.3. Metoda Musica Medica – glazba i vibracija

Musica medica metoda je muzikoterapije koja multisenzorično potiče mozak istovremeno koristeći zvuk i vibraciju te ciljano djeluje na razvoj percepcije pojedinca i njegovih osjetila (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011). Ova se metoda muzikoterapije služi dvama tako zvanim „senzornim ulazima“, a to su dodir i sluh. Dodir se zadovoljava uz pomoć dvaju sondi koje se postavljaju na tijelo pacijenta te one tijelu prenose vibracije koje su u skladu s melodijom. Istovremeno, sluh se zadovoljava uz pomoć slušalica koje pacijentu prenose glazbu, odnosno melodiju koju je terapeut namijenio pacijentu. Osim sondi i slušalica, za provedbu ove metode muzikoterapije, potreban je još i aparat koji putem sondi stimulira vibracije te posebni zvučnici koji su ugrađeni u stolicu ili krevet na kojem je pacijent smješten za vrijeme terapije. (Škrbina, 2013).

Učinkovitost Musica medica metode muzikoterapije Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2011) objasnili su i s neurološkog aspekta. Navode da čovjeku kada mirno sjedi pokušavajući zapamtiti pojedini tekst radi samo lijeva strana mozga i to u području centra za govor. No, ukoliko se čovjek kreće u ritmu i pjeva pojedini tekst, tada će mozak automatski aktivirati i svoju desnu stranu koja je zadužena za motoriku te će na taj način istovremeno biti potaknut s barem tri senzoričke informacije što će svakako rezultirati boljim pamćenjem teksta. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

Škrbina (2013) navodi kako su Lundqvist i sur. (2009) dokazali da ova metoda ima pozitivan utjecaj na osobe s autizmom jer smanjuje nepoželjna ponašanja kao što su udaranje po glavi, pljuvanje, grebanje, griženje, ljuljanje i slično.

4. ART TERAPIJA

„Art terapija je integrativni, dubinsko-psihološki i hermeneutički pristup koji obuhvaća uporabu različitih kreativnih medija, odnosno elemenata umjetnosti (likovno-vizualni izražaj, glazbu, ples, dramu, poeziju) s ciljem unapređenja zdravlja i bržeg oporavka pojedinca.“ (Škrbina, 2013: 46). Uz art terapiju, često se spominju izrazi kreativna terapija i ekspresivna art terapija. Za razliku od art terapije, kreativna terapija je mnogo širi pojam. Ono što je zajedničko ovim dvjema terapijama jest da koriste iste, odnosno umjetničke medije, no kreativna terapija koristi i dodatne specifične kreativne metode. Art terapija sama po sebi je ekspresivna jer dozvoljava pojedincu da se izražava na svoj način putem medija koje sam izabere. U ekspresivnoj art terapiji, riječ ekspresivno ima značenje prednosti osjećaja, odnosno snažno izražavanje emocija putem nekog kreativnog medija. (Škrbina, 2013).

Škrbina (2013) navodi podjelu art terapije na sljedeće modele: model kontinuirane ekspresije, model predstavljanja i model kreativne osi. Model kontinuirane ekspresije sastoji se od četiri razine, a one su: senzomotorno-kinestetička razina (djelovanje), perceptivno-afektivna razina (oblik), kognitivno-simbolička razina (shema) te kreativna razina. Sljedeći je model predstavljanja koji polazi od važnosti prikazivanja vlastitog sebe pomoću gesti, slika ili nekog drugog kreativnog medija koji ima mogućnost prilagoditi se pojedincu. Posljednji model je model kreativne osi koji se sastoji od faza kontakta, organizacije, improvizacije, središnje teme, elaboracije te očuvanja. (Škrbina, 2013).

4.1.Muzikoterapija

Muzikoterapija je u prethodnim poglavljima detaljnije prikazana i objašnjena, dok će ovdje biti iznesene samo osnovne informacije.

Jedna od definicija muzikoterapije prema Jerkovu (2011) glasi da je muzikoterapija medicinsko-psihološki način liječenja koji se koristi glazbom kao lijekom. Mnogi

znanstvenici tvrde, a poneki su to svojim istraživanjima i dokazali, kako glazba svojim zvukom i vibracijama pozitivno djeluje na tjelesne, kognitivne i emocionalne funkcije čovjeka. Škrbina (2013: 152) navodi kako su istraživanja pokazala utjecaj glazbe na stanje „svjesnosti, harmoniziranje desne i lijeve hemisfere mozga, krvni tlak, cirkulaciju, disanje i druge procese koji se odvijaju u tijelu.“ Muzikoterapija se sastoji od dvije osnovne metode, a one su aktivna i receptivna metoda, koje su u prethodnim poglavljima detaljno pojašnjene. Glazba ima „moć“ utjecati na psihološke ili pak fiziološke promjene kod pojedinca kao što je primjerice usklađivanje ritma otkucaja srca ili disanja s ritmom glazbe. Osim toga, pravilnim odabirom glazbe može se utjecati na raspoloženje pojedinca kojeg glazba može potaknuti na osjećaj sreće, zadovoljstva ili pak tuge i nemira. (Škrbina, 2013).

U procesu muzikoterapije može sudjelovati svaki pojedinac, bez obzira na njegovu dob, zanimanje, prethodno glazbeno iskustvo, znanje i slično.

4.2.Terapija pokretom i plesom

Terapija plesom i pokretom koristi se primjenom plesa i pokreta u kreativnom procesu s ciljem razvoja tjelesne, kognitivne, socijalne i emotivne integracije pojedinca (Američko udruženje plesnih terapeuta – ADTA, 2012, prema Škrbina, 2013). Cilj terapije pokretom i plesom je razvijati predodžbu o sebi, vještine neverbalne komunikacije kao i emocionalnih doživljaja kod pojedinca.

Osnova ove vrste terapije je promatranje pacijenta od strane terapeuta, a osnovne kategorije promatranja su: oblik prostor i „effort“. U okviru oblika terapeut promatra oblik tijela koji je pacijent zauzeo u prostoru, dok u okviru prostora promatra način kretanja pacijenta kroz prostor. Effort podrazumijeva vrijeme, prostor tijek i snagu kretanja pacijenta kroz prostor. (Martinec i sur., 2014). Ovakvo promatranje terapeutu olakšava izbor i usklađivanje tehnika za rad s pojedincem (Škrbina, 2013).

Kako bi sudjelovao u terapiji plesom i pokretom pojedinac ne mora imati prethodna plesna iskustva i znanja kao niti određenu fizičku kondiciju jer fokus terapije nije na samom plesu i plesnim pokretima već na terapijskom procesu. Tijekom procesa naglasak se stavlja na usvajanje vještina prikazivanja vlastitog stava, misli i osjećaja kroz pokret. Prilikom terapije naglasak se ne stavlja na neki plesni pokret već na maštu pacijenta, jer je cijeli proces terapije osmišljen kao igra mašte. (Škrbina, 2013).

Halprin (1969) je razvio svoj RRPI ciklusni model terapije pokretom i plesom koji se dijeli na resurse, rezultat, vrednovanje i izvedbu (Škrbina, 2013). Osim toga, svaka terapija pokretom i plesom sastoji se od određenih faza učenje, a to su: zagrijavanje, razvoj svijesti o vlastitome tijelu, komunikacija unutar grupe te ples. Svaka vrsta terapije donosi pojedincu pozitivne promjene, a Kurjan Manestar (2011, prema Škrbina, 2013) ističe da terapija pokretom i plesom pozitivno utječe na: „bolji kontakt s tijelom, bolji kontakt s emocijama, integracija i protočnost u izražavanju emocija-mišljenja-ponašanja, unapređivanje sposobnosti određivanja optimalne granice, osvještavanje stvarnih unutrašnjih potreba te odbacivanje potreba koje su nametnute izvana, omogućavanje kvalitetnijeg kontakta s okolinom, bolje upoznavanje sebe i svojih suprotnosti i integracija tih suprotnosti na tjelesnoj , kognitivnoj i emotivnoj razini.“ (Škrbina, 2013: 192).

4.3.Likovna terapija

Likovna terapija je oblik psihoterapije koji se koristi raznim likovnim procesima poput crtanja, slikanja i modeliranja (u svakom smislu te riječi) kao glavno sredstvo komunikacije tijekom procesa terapije (Ivanović i sur., 2014). Likovna terapija nije svako likovno izražavanje, već se terapijski potencijal likovnog izražavanja ostvaruje unošenjem osobnog, odnosno emotivnog i misaonog u djelo, odnosno proces. Slika, kao produkt likovne terapije dio je pacijentove osobnosti te ju terapeut ne smije javno izlagati, osim ako ima odobrenje pacijenta kome slika pripada. Gotova slika u likovnoj terapiji nema veliko značenje kao i proces stvaranja iste. Naravno, i produkt ima svoje značenje jer se iz njega može iščitavati unutarnje stanje klijenta u ovisnosti o linijama, bojama i slično,

iako je to vrlo kompleksno jer crna boja većini možda znači tugu i depresiju, dok će istovremeno jednom pojedincu značiti ljepotu i prozračnost. (Ivanović i sur., 2014).

Art terapija daje poseban značaj likovno-oblikovnim metodama upravo zbog vizualnih doživljaja koji u velikom broju slučajeva olakšavaju primanje, pohranjivanje i daljnju razradu informacija. Ti vizualni doživljaji razlikuju se od osobe do osobe, pa će tako jedna osoba imati blijedu predodžbu, dok će druga osoba imati gotovo fotografsku sliku utisnutu u sjećanje. Nadalje, vizualno simboličko mišljenje izravno je povezano s podsvjesnim procesima i stanjima što dovodi do izravnog terapijskog učinka, osobito kada je u pitanju traumatsko iskustvo. Osim toga, likovna terapija vrlo je pristupačna upravo zbog toga što nije potrebna verbalna, već samo slikovna komunikacija, što ovu vrstu terapije čini dostupačnom svima bez obzira na dob, intelektualno stanje pojedinca ili bilo kakve druge moguće okolnosti. (Škrbina, 2013).

4.4.Psihodrama

Psihodrama je oblik grupne psihoterapije u kojoj glavnu ulogu ima protagonist, odnosno pacijent. Ova terapija koristi se dramskom akcijom kako bi kod protagonista izazvala ponavljanje slika iz prošlosti te oživjela osjećaje koje je protagonist doživio tijekom traume. Drugim riječima, psihoterapija je terapija „ovdje i sada“ što znači da protagonist u terapiji oživljava svoje traume i osjećaje te ih pokušava sagledati iz različitih perspektiva. (Škrbina, 2013).

Ciljeva psihodrame ima mnogo, a Jakelić (2011) izdvojio je sljedeće: otkriti probleme pojedinca te ga naučiti kako da se suoči s vlastitim problemima, postati osjećajan za sebe i druge, razviti sposobnost prepoznavanja neverbalnih znakova u komunikaciji s drugima, razviti sposobnost rješavanja konflikata i dobre komunikacije, naučiti izražavati tugu, strah, bijes i slične osjećaje na pozitivan način, razjasniti i iscijeliti razne traume iz prošlosti, razviti sposobnost vještog suočavanja s problemima, razvijati pozitivan potencijal kod pojedinca, razvoj kreativnosti, spontanosti i opuštenosti, razvijati sposobnost donošenja odluka te razvijati toleranciju (Škrbina, 2013).

Sudionik u psihodrami može biti bilo koja osoba (bez obzira na spol, dob, zanimanje i sl.) osim onih koji su u akutnom psihotičnom stanju (agresivne i destruktivne osobe) kako ne bi ugrozili ostale sudionike. Sudionici svake terapije mogu se smjestiti u četiri uloge. Najvažniju ulogu ima redatelj, odnosno moderator psihodrame, a to je terapeut. Zatim, glavnu ulogu ima protagonist, odnosno ona osoba koja prezentira svoj problem oko kojeg se odigrava psihodrama. Nakon protagonista slijedi pomoćni ego, odnosno bliske osobe protagonista koje mu pomažu po pitanju zamjene uloga (jer kada protagonist zamijeni ulogu, primjerice iz sebe ode u ulogu roditelja s kojim je bio u konfliktu, tada pomoćni ego mora doći u ulogu protagonista). Posljednja, ali ne i manje važna uloga je publika u kojoj se nalaze svi ostali sudionici s promjenjivim ulogama. (Škrbina, 2013).

Psihodrama se sastoji od tri osnovne faze, a to su: uvodna događanja, uživljavanje te izlazna događanja. U uvodnom se dijelu sudionici zagrijavaju, odnosno pripremaju za glavni dio kroz razgovor i dogovor teme terapije. Uživljavanje je glavna faza terapije u kojoj se odigrava određen prizor iz protagonistova života. Izlazna događanje faza je u kojoj gluma prestaje, a svi sudionici i terapeut opušteno razgovaraju o mišljenju i doživljajima koje su doživjeli tijekom uživljavanja. (Škrbina, 2013).

5. OSAM NAČELA MUZIKOTERAPIJE

Autori Breitenfeld. D. i Majsec Vrbanić, V. (2008) su tijekom trideset godina rada s djecom s poteškoćama u razvoju i primjene Montessori pedagogije osmislili osam načela muzikoterapije, a to su:

- Načelo slušanja
- Načelo promatranja
- Načelo upijajućeg uma
- Načelo kretanja
- Načelo elemenata glazbe
- Načelo postupnosti
- Načelo četiri stupnja
- Načelo glazbeno-scenskog izraza

Ovih osam načela jednako je vrijedno provoditi te su ujedno i temelj individualne i grupne muzikoterapije, ističu autori Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008).

5.1.Načelo slušanja

Slušanje, odnosno zvuk, nezamjenjiv je i najvažniji dio muzikoterapije. Slušanje je proces prikupljanja i obrade podataka, u ovom slučaju glazbe, uz pomoć slušnog sustava. Zvuk kao informacija putuje kroz vanjske, srednje i unutrašnje uho, koji putem bubnjića i slušnih koščica prevode zvuk u živčane impulse koji putuju sve do velikog mozga koji zatim percipira zvuk. Naši su preci zvuk nazivali „početkom“, a on je zapravo energija koja se može percipirati kao glazba i govor, ali i kao oblik, obrazac i slično. Kada govorimo o zvuku kao glavnom sredstvu muzikoterapije, on služi pojedincu kao pomoć pri opažanju i razlikovanju predmeta i situacija koje ga okružuju. Kako bi pojedinac mogao razlikovati zvuk i tišinu kojima se jedan muzikoterapeut služi tijekom terapije, potrebno je da posjeduje kratkotrajno pamćenje. Tijekom terapije muzikoterapeut može

uočiti različite načine doživljavanja glazbe kod različitih osoba, a te različitosti ovise o samom uhu kao slušnom organu, ali i o neuronskim impulsima koji nastaju, kao i o dijelu mozga koji te impulse prima i obrađuje. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Zvuk mjerimo u frekvencijama, što se odnosi na visinu tona, a mjerimo ih u hercima. Oni zvukovi koje ljudsko uho može čuti i raspoznati jesu oni koji su u rasponu između 16 i 20 000 herca, što znači da postoje i zvukovi nižih i viših frekvencija, no njih ljudsko uho jednostavno ne može čuti. Zvukove koje čovjek može čuti dijelimo u tri kategorije, a to su zvukovi visokih, srednjih i niskih frekvencija. Svaka skupina frekvencija utječe na ljudski organizam, no na različite dijelove organizma. Tako niske frekvencije na čovjeka djeluju smirujuće, osobito po pitanju motorike, dok srednje frekvencije utječu na srce, pluća i emocije, što znači da postoji vrlo velika mogućnost da će srce pojedinca početi kucati usklađenim ritmom s glazbom koju pojedinac sluša, kao i ritam disanja. Posljednje su visoke frekvencije koje utječu na kognitivne funkcije kao što su pamćenje, mišljenje te prostorna percepcija. Također, zvuk izravno utječe na mišiće tako što slušni živac završava u moždanom deblu, a on je pomoću živčanog sustava povezan sa svim mišićima u ljudskome tijelu. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Muzikoterapija se osim zvukom, služi i raznim drugim medijima kao što su slike i slično, no zvuk je uistinu osnova i jedino sredstvo bez kojeg je muzikoterapija neizvediva. To je zapravo medij, odnosno sredstvo kojim muzikoterapeut izravno utječe te razvija fizičko i kognitivno stanje pojedinca. Muzikoterapiju je poželjno provoditi što je češće moguće, osobito kada su u pitanju djeca s poteškoćama, jer njih treba naučiti slušati zvukove i glazbu kako bi muzikoterapija bila što učinkovitija. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

5.2.Načelo promatranja

Osim slušanja, jedno od najznačajnijih načela jest upravo načelo promatranja. Cilj ovog načela jest promatranjem otkriti, a zatim i ukloniti životne probleme pojedinca. Između ostaloga, cilj promatranja je uočiti sve karakteristike pojedinca kako bi se mogli

prilagoditi njegovim potrebama. Promatranje zahtjeva od muzikoterapeuta prethodnu pripremu, ali i od bliže okoline pojedinca s poteškoćom. Kako bi promatranje bilo kvalitetno, ono mora biti sustavno i svakodnevno jer se pojedinac neprestano mijenja te ukazuje na svoje potrebe, no osim toga, onaj koji promatra mora biti vrlo strpljiv i unaprijed dobro i kvalitetno pripremljen. Muzikoterapeut koji promatra izvana mora biti iznimno pasivan kako ne bi utjecao na ponašanje pojedinca, dok istovremeno iznutra mora biti vrlo aktivan te budno pratiti svaki pokret pojedinca kojeg prati. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Prije početka prvog tretmana muzikoterapije s pojedincem, muzikoterapeut mora prikupiti što je više moguće informacija o pojedincu s kojim će raditi. Takvo prikupljanje informacija prije svega uključuje dijagnozu koju pojedinac ima (što poneki nemaju), što je više moguće karakteristika njegova ponašanja u određenim situacijama (što saznaje kroz razgovor s roditeljem/skrbnikom), informacije o okolini u kojoj živi, što voli i što ga čini sretnim, kako voli provoditi slobodno vrijeme i slično. Dakle, poanta prethodnog prikupljanja podataka je da muzikoterapeut prikupi što je više moguće informacija kako bi „upoznao“ pojedinca prije prvog tretmana i kako bi se mogao pripremiti za promatranje, u čemu mu sve prikupljene informacije mogu samo pomoći i olakšati. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Promatranjem i prikupljanjem podataka o pojedincu, muzikoterapeut dobiva uvid u mogućnost planiranje individualnog ili grupnog tretmana muzikoterapije. U individualnoj će terapiji terapeut pacijentu pokazati jedan instrument uz pravilnu demonstraciju korištenja instrumenta uz sviranje nekoliko tonova, nakon čega instrument daje pacijentu. Ukoliko pacijent nije u mogućnosti uz takvu prethodnu demonstraciju proizvesti kvalitetan zvuk na instrumentu, tada terapeut daje jednostavnu, odnosno kratku i jasnu uputu. U slučajevima kada ni nakon upute pacijent ne uspijeva, tada terapeut prelazi na potpomognuto sviranje, tijekom kojeg terapeut svu svoju pozornost usmjerava na promatranje reakcije pacijenta na vlastito aktivno sudjelovanje u sviranju. Nakon toga,

pacijentu se treba dozvoliti da sam istražuje mogućnosti koje instrument pruža, a terapeut za to vrijeme pomno promatra pacijenta. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

5.3.Načelo upijajućeg uma

Načelo upijajućeg uma dolazi do svog maksimalnog izražaja kada je riječ o muzikoterapiji kod djece s poteškoćama. Često možemo čuti izreku „Djeca upijaju poput spužve“ što zapravo znači da djeca u samome početku svoga razvoja uče na način da preuzimaju obrasce ponašanja od odraslih osoba iz neposredne okoline. Tako djeca upijaju osjetilne utiske kao što su vidni, slušni, mirisni i okusni utisci, ali i utisci doživljeni osjetilom dodira, pa tako i sam pokret. Osim navedenih utisaka, dijete će upiti, odnosno preuzeti i oblike ponašanja, kako one pozitivne tako i negativne. Načelo upijajućeg uma nešto je što je urođeno svakom pojedincu i dijete će potpuno nesvjesno i bez uloženog napora upijati oblike ponašanja koje je vidjelo u svojoj okolini. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Pet osjetila, odnosno osjetila vida, sluha, njuha, okusa i dodira zapravo su sastavni dio prvih iskustava koja stječe svaka osoba. Nakon što dijete doživi i na neki način usvoji takva iskustva, počinje usvajati razne mimike i geste kao i izraze sreće te tuge koje je uočio kod svojih bližnjih. Kao što je već spomenuto, tijekom takvih procesa primanja, odnosno usvajanja iskustava i oblika ponašanja, dijete ne ulaže nikakav dodatan napor već mu je to nešto urođeno te to čini gotovo svakodnevno kada na “svoj način“ komunicira s odraslima. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Promatrajući ovo načelo može se doći do zaključka kako je od iznimne važnosti da terapeut tijekom terapije mora biti dosljedan i vrlo pažljiv pri korištenju instrumenata. Bude li terapeut uvijek na isti, odnosno ispravan način koristio pojedini instrument, s vremenom će i dijete usvojiti ispravan način. S druge strane bude li se terapeut ponašao neodgovorno prema instrumentima i prilikom korištenja zauzimao nepravilne položaje tijela, ne može se niti od djeteta očekivati drugačije.

5.4.Načelo kretanja

Načelo kretanja zapravo se nadovezuje na načelo upijajućeg uma. Kao što je već navedeno načelo upijajućeg uma bazira se na djetetovom oponašanju odraslih iz vlastite okoline, putem čega dijete zapravo uči. Načelo upijajućeg uma odnosi se većinom na usvajanje znanja na razini osjetilnih područja, dok motorika i pokreti ostaju na razini promatranja. Iz toga slijedi da je načelo kretanja nastavak na načelo upijajućeg uma, jer će putem ovog načela dijete ponovno oponašati pokrete odraslih te na taj način učiti i stvarati svoje kretanje. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

U muzikoterapiji načelo kretanja od velike je važnosti, osobito kada se terapija provodi s djetetom s poteškoćama. Naime, muzikoterapeut je taj koji djetetu nudi obrazac kretanja, a dijete ga oponaša. Upravo zbog toga, od velike je važnosti da terapeut sve što čini, čini svjesno i unaprijed isplanirano, a osim toga i ispravno kako dijete ne bi naučilo neispravno. Također, terapeut mora biti vrlo oprezan pri odabiru obrazaca ponašanja i pokreta koje će predstaviti djetetu, pri čemu je važno da ne učini nešto što je djetetu preteško za ponoviti u odnosu na njegovu dob i eventualnu poteškoću jer u tom slučaju kod djeteta se može razviti frustracija, nezadovoljstvo te pad samopouzdanja. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

5.5.Načelo elemenata glazbe

Načelo elemenata glazbe provodi se kao i prethodna dva, odnosno tako da dijete oponaša terapeuta te na taj način uči. Primjenom ovog načela dijete oponašajući terapeuta uči razlikovati podražaje. Učenje oponašanjem vrlo je učinkovito jer dijete na taj način mnogo brže usvaja znanja nego da uči sistemom pokušaja i pogrešaka. Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) govore da dijete ne treba ispravljati kada nešto učini pogrešno, već mu je potrebno višekratno pokazivati ispravnu radnju. Osnovni glazbeni elementi koje ovo načelo podrazumijeva su: zvuk, dinamika (tiho/glasno), tempo (brzo/sporo), trajanje tona (dugo/kratko) te visina tona. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Zvuk je prvi glazbeni element koji kod pacijenta na muzikoterapiji treba provjeriti prepoznaje li ga. Muzikoterapeuti to vrlo često rade uz pomoć vrlo jednostavne igre koju nazivaju zvono. Igra započinje tako da terapeut u jednoj ruci drži zvono i zazvoni te daje priliku pacijentu da učini isto. Zatim isto ponavlja drugom rukom kako bi pacijent shvatio da zvono proizvodi zvuk. Kada je to savladano, terapeut zatraži od pacijenta da zatvori oči te za to vrijeme terapeut ponovno zazvoni, nakon čega pacijentu postavlja pitanje što je čuo, a on bi trebao biti u stanju pokazati/reći da je zvono zazvonilo. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Nakon što pacijent usvoji pojam zvuka prelazi se na usvajanje dinamike, a zatim i tempa. Dinamiku se počinje usvajati oponašanjem terapeuta koji pljeskom prikazuje dinamiku, odnosno prvo plješće glasno, a zatim tiho. Kako bi bili sigurni da je pacijent usvojio dinamiku pojmove tiho i glasno vezujemo uz određene predmete (primjerice bongosi – tiho, bubanj – glasno), a zatim i za slike. Kada je dinamika usvojena, prelazi se na usvajanje tempa. Ovaj pojam pacijenti najlakše svladavaju uz pomoć kretanja. Kada se usvoji kretanje u tempu, prelazi se na pljeskanje koje se odvija istim postupkom kao i kod dinamike te se na kraju pojam tempa, odnosno brzo i sporo također vezuje uz predmete i slike. Nakon što je pacijent usvojio i svladao oba pojma možemo uvesti oba pojma istovremeno uz pomoć ranije uvedenih predmeta i slika. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kada su osnovni pojmovi svladani, prelazi se na usvajanje apstraktnih pojmova poput „dugo“ i „kratko“. Kod usvajanja ovih pojmova terapeut se koristi unaprijed pripremljenim gredicama i glasovirom. Terapeut je pripremio dvije gredice, jednu dulju i jednu kraću te kada svira dugi ton rukom prelazi preko duge gredice, a kada svira kraći ton rukom prelazi preko kraće gredice. Nakon demonstracije, pacijent oponaša pokrete terapeuta, a kada je to usvojio, sam izvodi odgovarajuće pokrete dok mu terapeut svira. Posljednji glazbeni element koji pacijent treba usvojiti jest visina tona. Terapeut se koristi glasovirom i pokretima na način da istovremeno svira visoke tonove i diže ruke u vis, a zatim duboke tonove uz kretanje ruku prema tlu. Važno je da razmak između visokih i

niskih tonova bude barem tri oktave. Pacijent oponaša pokrete terapeuta sve dok ne svlada pojam visine tona. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

5.6.Načelo postupnosti

Načelo postupnosti djelomično ograničava, odnosno unaprijed određuje koje će aktivnosti terapeut provoditi s pacijentom. Naravno, terapeut sam svjesno odabire aktivnosti, no ipak mu načelo postupnosti samo po sebi određuje tijek aktivnosti jer se čovjek razvija postupno. Drugim riječima, novorođenče „ne zna ništa“ te postupno razvija motoriku, pamćenje, svijest i sve ostalo. Kao znak inteligencije, prvo što dijete čini jest pružanje ruke kako bi taktilno osjetio ono što je njegov mozak već upio. Dijete mora sve primiti u ruke kako bi osjetilno doživio svijet oko sebe jer za razliku od odraslih, ono nema nikakva iskustava od ranije. Načelo postupnosti terapeutu nalaže da u radu s malom djecom krene od najmanjih i najjednostavnijih instrumenata i aktivnosti (kao što su primjerice zvečke) te postupno u skladu s djetetovim razvojem uvodi nova iskustva. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Nakon što dijete usvoji hvatanje i držanje najjednostavnijih instrumenata terapeut prelazi na upoznavanje djeteta s ostalim instrumentima i drugim načinima hvatanja. Terapeut zadaje vježbe koje će dijete raditi, a pri tome treba voditi računa da vježbe budu poticajne za dijete, odnosno za razvoj motorike kod djeteta. Svi instrumenti i sve vježbe koje terapeut provodi moraju biti postupne, odnosno moraju se provoditi od lakših ka težima te moraju biti prilagođene djetetovom uzrastu i mogućnostima. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kako bi se djetetu omogućio maksimalni napredak u razvoju, potrebno je voditi računa da svi njemu interesantni predmeti budu i nadohvat ruke, kako bi ih nesmetano mogao koristiti te istovremeno razvijati motoriku. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

5.7.Načelo četiri stupnja

Prije formiranja četiri stupnja muzikoterapije Seguin (1837, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) je u radu s djecom s poteškoćama primjenjivao načelo tri stupnja. Svrha tri stupnja bila je da djeca lakše usvoje pojedine pojmove, a stupnjevi su bili sljedeći:

- „1. stupanj: imenovanje onoga što se percipira osjetom
- 2. stupanj: prepoznavanje, na primjer boje
- 3. stupanj: pamćenje, na primjer imenovanje boja.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 69).

Četiri stupnja u muzikoterapiji sastavni su dio svakog tretmana muzikoterapije. Osnovni ciljevi muzikoterapije su poticanje razvoja slušanja, razvoj motorike i koordinacije, razvoj kretanja i ravnoteže, kao i poticanje djeteta na samostalno stvaranje glazbe. Upravo iz tog razloga tri stupnja nisu bila potpuna, pa su nadopunjena te je tako nastalo načelo četiri stupnja koje se sastoji od:

- „1. stupanj: imenovanje glazbala, odnosno predmeta kojim glazbeni terapeut svira ili proizvodi zvuk
- 2. stupanj: prepoznavanje glazbala, odnosno predmeta isključivo sluhom
- 3. stupanj: imenovanje glazbala, odnosno predmeta (kad dijete ne može imenovati predmet može se poslužiti onomatopejom, odnosno gestom)
- 4. stupanj: samostalno ili potpomognuto sviranje.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 69).

Četiri stupnja muzikoterapije moguće je djelomično prilagoditi kada terapeut ima za cilj dijete, odnosno pacijenta podučiti osnovnim glazbenim elementima. Tada su stupnjevi sljedeći:

- „1. stupanj: glazbeni terapeut imenuje pojam, pokazuje na koji način svira, uz mogućnost korištenja modela ili slike koja bi odgovarala pojmu (brzo – kao zec, polako – kao puž, tiho – kao miš, glasno – kao lav)

- 2. stupanj: prepoznavanje pojma isključivo osjetom sluha
- 3. stupanj: imenovanje pojma, odnosno njegove onomatopeje ili geste od strane djeteta
- 4. stupanj: samostalno ili potpomognuto kretanje, odnosno pljeskanje, pjevanje ili sviranje.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 70).

5.8.Načelo glazbeno-scenskog izraza

Načelo glazbeno-scenskog izraza posljednje je od osam načela muzikoterapije. Ovo načelo svakom pojedincu pruža mogućnost da bude kreativan na vlastiti način. Prema Breitenfeldu i Majsec Vrbanić (2008), Keller (1975) u svome djelu opisuje „MU WO TA“ metodu koja djecu stariju od šest godina potiče na aktivno sudjelovanje. „MU WO TA“ u prijevodu znači glazba, riječ i ples te kao cilj ima stvaranje svojevrsnog kazališta. Keller (1975) je ovu metodu opisao uz pomoć drva koje je podijelio u dva dijela, odnosno na korijenje i grane, pri čemu korijenje predstavlja individualiziranje, integriranje, karakteriziranje, stiliziranje, aranžiranje, ritmiziranje, komponiranje i oblike. Istovremeno grane predstavljaju gradnju kostima, maski i instrumenata, pomoćna sredstva, pjesme u pokretu, kretanje – igre pantomime, brojalice i plesove kao i igru jeke te sviranje instrumenata. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Widmer (2004, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008), Kellerova kći, ističe kako se, prethodno spomenutom metodom stvaranja kazališta kod djece razvija socijalizacija te postaju osjetljiva na probleme drugih, upravo zbog aktivne uključenosti djece s poteškoćama. Ona također smatra da je ova metoda vrlo korisna te navodi osam prednosti odnosno obilježja koja posjeduju djeca uključena u ovakav rad, a to su: samostalnost, solidarnost, tolerancija, osjećaj odgovornosti, dulju koncentraciju, razvoj osobnog izričaja, jačanje osjećaja samosvijesti te socijalna osjetljivost. Kako bi sudionici razvili takva obilježja potrebno je poštivati njihove želje kako bi bili što motiviraniji. Osim toga, sudionici bi trebali zajednički stvarati glazbu i koreografiju sa što manje terapeutovih sugestija. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

6. PRIMJENA MUZIKOTERAPIJE KOD DJECE S RAZVOJNIM POTEŠKOĆAMA

Razvojnim poteškoćama smatraju se stečena ili urođena zdravstvena stanja, zbog kojih je djetetu potrebna stalna i stručna pomoć pri razvoju kako bi postalo što samostalnije. Razvojne teškoće mogu biti različite vrste i različitog stupnja, zbog čega je svako dijete s razvojnom teškoćom posebno, odnosno zahtjeva individualizirani pristup u skladu s njegovim mogućnostima. (Mikas i Roudi, 2012).

Mikas i Roudi (2012: 208) navode kako Državni pedagoški standard predškolskog odgoja i naobrazbe djecom s teškoćama u razvoju smatra djecu s: autizmom, oštećenjem vida, oštećenjem sluha, poremećajem govorno-glasovne komunikacije, poremećajem u ponašanju, motoričkim poremećajima, promjenama ličnosti uvjetovanim psihozom ili organskim čimbenicima, smanjenim mentalnim sposobnostima (djeca s mentalnom retardacijom), neurološkim oštećenjima i zdravstvenim teškoćama poput dijabetesa, astme, epilepsije i slično te djeca s višestrukim teškoćama u razvoju. Nadalje, teškoće u razvoju dijele se na lakše i teže teškoće. Lakšim teškoćama u razvoju smatraju se nagluhost i slabovidnost, otežana glasovno-govorna komunikacija, poremećaji u ponašanju i neurotske smetnje, djeca sa smanjenim intelektualnim sposobnostima (laka mentalna retardacija), promjene u osobnosti djeteta uvjetovane organskim čimbenicima ili psihozom te motorička oštećenja koja podrazumijevaju djelomičnu samostalnu pokretljivost. Težim se pak teškoćama u razvoju smatraju, autizam, gluhoća, sljepoća, potpuni izostanak govorne komunikacije, djeca sa smanjenim intelektualnim sposobnostima u koje spadaju umjerena, teža i teška mentalna retardacija, motorička oštećenja koja podrazumijevaju mogućnost kretanja isključivo uz pomoć druge osobe ili elektromotornog pomagala, te višestruke teškoće u koje se ubrajaju sve kombinacije dvaju ili više težih ili teže s lakšom teškoćom u razvoju. (Mikas i Roudi, 2012: 208).

U ovom poglavlju bit će u kratko opisane četiri razvojne poteškoće te primjena muzikoterapije u radu s djecom s autizmom, Down sindromom, motoričkim poremećajima te poremećajem govorne i glasovne komunikacije.

6.1.Autizam

Autizam, odnosno poremećaj iz spektra autizma je poremećaj koji utječe na čovjekov odnos s okolinom te drugim ljudima, ali i na način komunikacije. Ovaj poremećaj razlikuje se kod svake osobe, što znači da niti jedno dijete s autizmom nije isto, upravo zbog različitosti u načinima i količini utjecaja samog poremećaja na osobu. Upravo zbog te različitosti kažemo „spektar autizma". „Spektar autizma", podrazumijeva jedan poremećaj koji je kod svake osobe drugačijeg stupnja, što dovodi do različitih načina funkcioniranja[1]. Bujas Petković (2000) navodi da je autizam poremećaj u razvoju koji je sveobuhvatan, odnosno zahvaća sve psihičke funkcije kod pojedinca te se obično pojavljuje unutar prve tri godine, a traje cijeli život.

„Poremećaj iz spektra autizma (PSA) je neurorazvojni poremećaj kojeg karakteriziraju teškoće u socijalnoj komunikaciji, odnosno interakciji te ograničeni i ponavljajući obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti. Važno je naglasiti da se radi o razvojnom poremećaju čija se klinička slika u pojedinaca tijekom života mijenja, kao i da se radi o spektru poremećaja, odnosno o izrazito heterogenoj kategoriji koja ujedinjuje različite manifestacije i težinu istog poremećaja." (Nacionalni okvir za probir i dijagnostiku poremećaja iz spektra autizma u djece dobi 0-7 godina u Republici Hrvatskoj, 2018: 5).

Karakteristika autizma jest da osobe s autizmom imaju značajan problem pri ostvarivanju socijalnog kontakta i komunikacije s drugim ljudima. U djelu „Autizam: Vodič za roditelje i njegovatelje nakon dijagnoze"[2] stoji sedam karakteristika, odnosno

[1, 2] Savez udruga za autizam Hrvatske. *Autizam: Vodič za roditelje i njegovatelje nakon dijagnoze.* Pribavljeno 18.04.2020., sa http://www.autizam-suzah.hr/wp-content/uploads/2019/09/Autizam-Vodic-za-roditelje-i-njegovatelje-compressed.pdf

područja karakterističnih za osobe s autizmom, a to su: socijalno razumijevanje i društveno ponašanje, rigidnost razmišljanja, osjetilna pitanja, ponavljajuća ponašanja, tjeskoba (anksioznost), društvena komunikacija te posebni interesi. Ovo su sva karakteristična područja ponašanja unutar kojih se javljaju karakteristike povezane s autizmom, no valja znati da osoba s autizmom može imati samo jednu, sve ili kombinaciju dijela navedenih karakterističnih područja ponašanja.

Kanner je prvi opisao autizam 1943. godine, a osnovni simptomi koje je on naveo su: „nemogućnost djeteta da uspostavi normalne odnose s osobama i stvarima, zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način (eholalija, metalalija, neadekvatna uporaba zamjenica), ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno insistiranje na poštivanju određenog reda, nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje te normalan tjelesni izgled.“ (Bujas Petković, 2000: 217). Prema Savezu udruga za autizam Hrvatske[3] simptomi su sljedeći: udaljavanje od ljudi, vrlo rijedak kontakt očima, teškoće u komunikaciji, odbija fizički kontakt, ponavlja riječi ili fraze umjesto dijaloga s drugom osobom, često se ne odaziva na verbalan poziv, ne prepoznaje opasnost, ne voli promjenu rutine i ima drugačiji način učenja, izražava vlastite potrebe na neobičan način, neobično se vezuje i zaokuplja raznim predmetima, ne prikazuje osjećaj boli, nemaštovita igra, konstantno okretanje predmeta u rukama, neujednačene vještine fine i grube motorike, smijanje bez jasnog razloga, krajnje pasivno ili hiperaktivno ponašanje te pojava „tantruma“ (ispad bijesa bez jasnog uzroka).

Iako se na autizam posumnja i eventualno dijagnosticira s nedostatkom govora kod djeteta, moguće ga je primijetiti i ranije. Autizam može biti vidljiv već u dobi od nekoliko mjeseci u slučajevima kada dijete ne obraća pažnju na ljude oko sebe i na njih ne reagira. Također, na autizam se može posumnjati kada je dojenče premirno ili pak izrazito aktivno te kada izostaje smiješak (Bujas Petković, 2000).

[3] Savez udruga za autizam Hrvatske. *Autizam: Vodič za roditelje i njegovatelje nakon dijagnoze.* Pribavljeno 18.04.2020., sa http://www.autizam-suzah.hr/wp-content/uploads/2019/09/Autizam-Vodic-za-roditelje-i-njegovatelje-compressed.pdf

Obzirom da većina djece s autizmom ima komunikacijske teškoće, provedena su brojna istraživanja koja su potvrdila da muzikoterapija pozitivno utječe na komunikacijske i socijalne vještine kod djece s autizmom (Wigram i Gold, 2006, prema Burić Sarapa i Katušić, 2012).

6.1.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s autizmom

Cilj muzikoterapije u radu s djecom s autizmom je uklanjanje, odnosno ublaživanje simptoma autizma, kao i edukacija kojom se djetetu pružaju osnovna znanja (Bujas Petković, 2000). Osim toga, jednako važan cilj muzikoterapije za dijete s autizmom jest razvoj samostalnosti i socijalizacije (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008). Kako bi proces muzikoterapije bio što učinkovitiji, terapeut mora postaviti individualizirane ciljeve i strategije za svako pojedino dijete (Ljubešić, 2005). Prije svega, valja znati da glazba na svakoga, pa tako i na dijete s autizmom ostavlja individualan dojam te je stoga zadatak terapeuta da tijekom terapije upotrebljava različite skladbe te konstantno prati djetetove reakcije. Terapeut u radu s djecom s autizmom pretežno koristi glazbenu improvizaciju, odnosno živu glazbu koju stvaraju terapeut i dijete, a koju nazivamo glazbom stvorenom „ovdje i sada“. (Burić Sarapa i Katušić, 2012).

Jedna od glavnih karakteristika djeteta s autizmom je komunikacijska i socijalna poteškoća, što je područje u kojem muzikoterapija može biti od velike pomoći jer pomoću glazbe potiče dijete na razvoj komunikacije i socijalizacije. Cilj muzikoterapeuta je da ga dijete s autizmom pusti u „svoj svijet“ kako bi mu terapeut mogao pomoći pri širenju vidika, odnosno pri stvaranju osjećaja iščekivanja i uzbuđenja prilikom novih iskustava (Burić Sarapa i Katušić, 2012). Terapeut ni u kojem slučaju ne smije „siliti“ dijete na korištenje instrumenata, kao i provođenje aktivnosti koje dijete odbija te u početku ne smije od djeteta zahtijevati preblizak kontakt. Dakle, želja i potreba djeteta u muzikoterapiji ima najveću ulogu te se niti jedna aktivnost ne smije provoditi ukoliko dijete to ne prihvaća (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Brojna istraživanja dokazuju da muzikoterapija ima itekako pozitivan učinak pri liječenju djece s autizmom. Poznato je kako djeca s autizmom imaju teškoća u komunikaciji s ostalim ljudima, pri čemu čak i zaziru od takve vrste kontakta. Nadovezujući se na tu činjenicu, pojedini autori (kao što su Baker, 1982; Nelson i sur., 1984., prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) tvrde kako djeca uz pomoć instrumenata mogu komunicirati te aktivno sudjelovati u aktivnostima izbjegavajući izravan kontakt s drugom osobom barem u početku. No, prilikom takve vrste komunikacije treba biti vrlo oprezan, jer glazba kod djeteta s autizmom može stvoriti novu rutinu pri čemu valja paziti da se ne postigne tako zvani „kontra efekt“. Sukladno tome, Alvin (1975, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) upozorava na mogućnost da se dijete još snažnije povuče u sebe, što se može desiti kao posljedica prerastanja glazbe u opsesiju. Nadalje, potvrđeno je kako muzikoterapija može poboljšati ponašanje ali i korištenje raznih pojmova u svakodnevnoj komunikaciji pri čemu značajnu ulogu mogu imati pjesma i ritam uz pokret. Pri korištenju pjesme i ritma popraćenih pokretom, osobito ako se koristi u prethodno navedenu svrhu, potrebno je voditi računa da dinamika, tempo, intonacija kao i sam pokret pri svakom ponavljanju budu istovjetni kako ne bi došlo do zbunjivanja djeteta. Dokazano je još i kako muzikoterapija, odnosno sama glazba pozitivno djeluje na oblikovanje i češće korištenje socijalno prikladnih ponašanja kod djece s autizmom. Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) ističu kako muzikoterapija može socijalne odnose učiniti bogatijima bez obzira na djetetove jezične teškoće. Nadovezujući se na jezične teškoće, Nelson i sur. (1984, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) govore kako se upravo takva teškoća može najbolje smanjiti upravo muzikoterapijom. Soraci i sur. (1982, prema prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) utvrdili su da glazba potiče smanjenje stereotipnih ponašanja. Ta „moć“ glazbe vrlo je korisna u primjeni muzikoterapije u radu s djecom s autizmom, zato što su takva djeca vrlo često zatvorena u svoj svijet upravo zbog prethodno spomenutih stereotipa te su sukladno tome isključena iz okoline. Putem muzikoterapije djeci s autizmom može se pomoći pri smanjenju stereotipija i uključivanju u okolinu. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) navode kako muzikoterapija može: „olakšati podršku i želju da komuniciraju (Thaut, 1984), slomiti uzroke izolacije i uključiti pojedinca u vanjska iskustva (Baker, 1982, prema Thaut, 1984), smanjiti eholalične odgovore koji sprječavaju funkcionalno korištenje jezika (Bruscia, 1982), upotrebom različitih glazbala smanjiti stereotipne kretnje (Scoraci i sur., 1982), grupnom terapijom naučiti socijalne vještine (Reid i sur., 1975) i olakšati povezivanje pojma predmeta i zvuka – onomatopeje te povećanje razumijevanja jezika (Litchman, 1976).“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 113, 114). Nelson i sur. (1984, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) govore kako muzikoterapija može vrlo pozitivno utjecati na jezične teškoće. Također, muzikoterapija vrlo povoljno utječe na smanjenje broja nekomunikacijskih obrazaca koji nerijetko dovode do teškoća pri učenju jezičnih sposobnosti. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Muzikoterapeut će kod djeteta s autizmom lakše pridobiti pažnju i zadržati koncentraciju istovremenim korištenjem kinestetskih i taktilnih podražaja. Naravno, najvažniji preduvjet za napredak djeteta kroz muzikoterapiju je da terapeut pridobije djetetovo povjerenje te kod njega probudi interes i želju za suradnju. Smisao i cilj muzikoterapije kod djeteta s autizmom je potaknuti ga da upozna samog sebe. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Gotovo svako dijete s autizmom na samom početku pohađanja tretmana muzikoterapije doživljava neizbježan jaz između intenzivnog doživljaja glazbe te nemogućnosti usmjeravanja osjećaja i želje za sudjelovanjem. U takvim slučajevima vrlo je poželjno tretman muzikoterapije započeti potpomognutim sviranjem u kojem muzikoterapeut djetetovu ruku vodi po instrumentu te na taj način dijete uz terapeutovu pomoć proizvodi glazbu. Višestrukim ponavljanjem takvog postupka, dijete postaje pozitivno potaknuto te počinje samo izražavati želju za sviranjem uz terapeutovu podršku. Osim navedenog, muzikoterapiju treba započeti materijalom i predmetima u koje dijete ima povjerenja i koji su mu od prije poznati, jer znamo da djeca, odnosno osobe s

autizmom vole rutinu i ono što im je od prije poznato. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Osim toga, djeca s autizmom vrlo često odbijaju pokušaj kontakta s drugom osobom, bilo društvene ili fizičke naravi. Nerijetko će se dogoditi da će dijete s autizmom na prvom ili prvih nekoliko tretmana muzikoterapijom odbijati kontakt s terapeutom. Tada glazba ima najvažniju ulogu, jer terapeutu omogućuje uspostavljanje kontakta s djetetom, bez potrebe za verbalnim komuniciranjem ili fizičkim kontaktom. Nakon uspješnog uspostavljanja kontakta s djetetom, terapeut nastavlja s novim strukturiranim glazbenim iskustvima kako bi se dijete što je više moguće udaljilo od svog unutarnjeg svijeta, što mu omogućuje bolji i uspješniji kontakt s okolinom koja ga okružuje. Što više dijete napreduje unutar terapije, njegovi su odnosi s okolinom sve uspješniji, a tada terapeut može potaknuti i započeti učenje socijalnih vještina kroz muzikoterapiju. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Raznim tehnikama muzikoterapije, terapeut pokušava djelovati na području djetetove komunikacije, odnosno na govor i razumijevanje. Prvi korak terapeuta jest kod djeteta podržati i olakšati želju za komunikacijom i sam način komuniciranja. Improvizirana pratnja može biti vrlo dobar primjer komunikacije, a odvija se između pojedinog instrumenta, odnosno njegova zvuka i djetetova ponašanja. Dijete s autizmom spremnije će prihvatiti takav zvuk, nego verbalni pristup. Primjerice, neprimjereno ponašanje, dijete s autizmom prije će prekinuti kao posljedicu zvuka instrumenta nego verbalnog upozorenja, koje će u većini slučajeva u potpunosti zanemariti. Kao motivacija za komunikaciju vrlo dobro može poslužiti djetetova svijest o glazbi, odnosno odnosu između glazbe i njegove vlastite akcije. Nakon što dijete pokaže interes za komunikaciju (bilo verbalnu ili neverbalnu) i odgovore, terapeut glazbu može početi koristiti kao poticaj za govor i vokalizaciju. Alvin (prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) ističe da tu uvelike pomaže učenje sviranja puhaćih instrumenata, poput blok flaute te ga poistovjećuje učenju govorne vokalizacije. Osim toga, učenje sviranja puhaćih instrumenata može kod djeteta osvijestiti korištenje usana, jezika, čeljusti i zubi, kao i

dišnih organa. Korištenje snažnih glazbenih obrazaca prilikom davanja verbalnih uputa može značajno poboljšati djetetovu pozornost i koncentraciju te razumijevanje izgovorene riječi. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Muzikoterapeut bi u radu s djetetom s autizmom trebao prije svega težiti smanjenju stereotipnih ponašanja i pokreta. Djeca, odnosno osobe s autizmom često znaju izvoditi stereotipni pokret tijela, odnosno ljuljati se te je upravo to primjer kada muzikoterapija, odnosno glazba svojim ritmom može utjecati na smanjenje takvog oblika stereotipnog ponašanja.

Djetetu svakako treba postepeno uvoditi instrumente, nikako mu se ne smiju na samom početku prezentirati i ponuditi svi instrumenti jer bi to dodatno zbunilo dijete. Kao što je već poznato, gotovo svi muzikoterapeuti koriste se najviše Orffovim instrumentarijem, kojeg je djetetu potrebno prezentirati postepeno i pružiti mu dovoljno vremena da ispita svaki instrument zasebno, odnosno da samostalno istraži njegov oblik i zvuk. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Dijete s autizmom moguće je uključiti i u grupne tretmane, no to je moguće učiniti tek kada dijete stekne potpuno povjerenje u terapeuta i kada dobro prihvati i svlada određenu pjesmu u individualnom tretmanu s terapeutom. Uključivanjem djeteta s autizmom u grupni tretman može dovesti do naizgled ponovnog povlačenja djeteta u sebe. To se vrlo često događa, no potrebno je znati da je djetetu samo potrebno određeno vrijeme da se opusti u grupi i nikako ga se ne smije forsirati i povlačiti u grupno sudjelovanje protiv njegove volje. Naprotiv, potrebno ga je motivirati i potaknuti na želju za sudjelovanjem, a to je najbolje činiti putem djetetu vrlo dragih aktivnosti. Dakle, terapeut koji dijete s autizmom želi uključiti u grupni tretman, odnosno grupnu aktivnost, s grupom će činiti ono što dijete voli (primjerice pjevati djetetovu najdražu pjesmu) kako bi dijete samo dobilo želju i potrebu da se uključi u grupnu aktivnost. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

6.2.Poremećaj govorne i glasovne komunikacije

Poremećaj govorne i glasovne komunikacije podrazumijeva otežanu ili u potpunosti onemogućenu komunikaciju djeteta s ostalim osobama putem govora. Igrić (2004) ističe da se kod govorne i glasovne komunikacije mogu razlikovati, odnosno razlikuju se jezične teškoće te oštećenja govora. Jezične teškoće podrazumijevaju teškoće u ekspresivnom govoru, odnosno u izražavanju te u receptivnom govoru, odnosno razumijevanju sadržaja. S druge strane, oštećenja govora podrazumijevaju artikulacijske teškoće, kao i teškoće u tečnosti govora u što spada mucanje te teškoće u glasu (što podrazumijeva kvalitetu, visinu glasa i slično). Nadalje, sve navedene teškoće mogu se pojaviti u više različitih oblika i težina teškoće. Primjerice, mucanje kod pojedinih osoba može biti vrlo rijetko, odnosno može se javljati isključivo u stresnim situacijama, dok će kod druge osobe mucanje biti konstantno bez obzira na situaciju u kojoj se nalazi. Kao gotovo svaka teškoća u razvoju, tako i poremećaj govorne i glasovne komunikacije može biti primarno ili sekundarno oštećenje, što znači da osoba može imati isključivo ovu vrstu teškoće ili pak može imati ovu uz još neku teškoću kao što su autizam, motorički poremećaji i slično. (Igrić, 2004).

Pojedini autori navode različite podjele govorne komunikacije. U priručniku za prepoznavanje i obrazovanje djece s jezičnim teškoćama nalazi se podjela govornih poremećaja koji su podijeljeni u tri poremećaja, a to su: artikulacijski poremećaji, poremećaji tečnosti govora koji su dodatno podijeljeni na mucanje i brzopletost govora, te dječja govorna apraksija. (Kologranić Belić i sur., 2015).

Artikulacijski poremećaji, poremećaji su izgovora glasova, a dijele se u omisije, supstitucije i distorzije. Omisija predstavlja nedostatak pojedinih glasova, supstitucija predstavlja korištenje usvojenog glasa kao zamjena za neusvojeni glas (primjerice kada dijete izgovara glas „l“ umjesto glasa „r“) te distorzija koja predstavlja iskrivljen izgovor (Blaži i Opačak, 2011). Najučestaliji artikulacijski poremećaj, odnosno teškoće u izgovoru glasova je sigmatizam (glasovi: s, z, c, š, ž, č, ć, dž, đ), zatim rotacizam (glas r) te posljednji, lambdacizam (glas l). Sljedeća podjela artikulacijskih poremećaja temelji se na samom uzroku poremećaja koji dijelimo na organski i funkcionalni. Organski uzroci

podrazumijevaju anatomske nepravilnosti kao što su nepravilni zubi, previsoko nepce, rascjep usne i slično, dok su funkcionalni uzroci povezani uz nedovoljnu pokretljivost i spretnost govornih organa. Nasuprot artikulacijskih teškoća stoje fonološke koje se vezuju za teškoće mentalne razine povezane s fonološkim sustavom. Za razliku od artikulacijskih, fonološke teškoće vezane su za teškoće na mentalnoj razini zbog mogućnosti da osoba proizvede pojedini glas, no ne zna kada ga treba proizvesti te konstantno ponavlja greške. (Kologranić Belić i sur., 2015).

Poremećaj tečnosti govora kao karakteristiku ima veći broj zastajkivanja, stanki te ispravljanja tijekom govora. Svaka osoba u stresnim ili sličnim situacijama mijenja tempo, intonaciju kao i naglasak u govoru, pa čak i povećan broj poštapalica, što nije zabrinjavajuće, već je u potpunosti normalno. Ipak, takav govor postaje zabrinjavajuć kada se greške i neispravnosti počinju javljati unutar riječi što je često popraćeno i velikom razinom napetosti. U zabrinjavajuće greške se ubrajaju ponavljanje glasova, slogova i riječi, kao i produljenje glasova te velike i značajne pauze i blokade tijekom govora. U takve poremećaje ubrajamo mucanje i brzopletost govora. (Kologranić Belić i sur., 2015).

„Mucanje je komunikacijski poremećaj koji karakterizira prekid u normalnoj tečnosti govora, pri čemu brzina govorenja nije u skladu s onom koja se očekuje s obzirom na dob. Učestala su ponavljanja glasova, slogova i jednosložnih riječi, produžavanja glasova, umetanja, pauze unutar riječi, čujne ili tihe blokade, napetosti i cirkumlokucije, odnosno zamjene riječi.“ (DSM-V, 2014, prema Kologranić Belić i sur., 2015: 72). „Brzopletost je poremećaj tečnosti govora čiji su segmenti zamijećeni kao prebrzi i/ili dizritmični, a mogu biti popraćeni pretjeranim *normalnim* netočnostima, pretjeranim izostavljanjem ili krivim izgovaranjem slogova i neprimjerenim stankama.“ (St. Louis i Schulte, 2011, prema Kologranić Belić i sur., 2015: 73). Osim toga, simptomi brzopletosti mogu biti nedostatak svijesti poremećaja, loš rukopis, poboljšanje kvalitete govora kao posljedica upozorenja, teškoće učenja i slično (Kologranić Belić i sur., 2015).

Posljednji govorni poremećaj je dječja govorna apraksija koja predstavlja motorički poremećaj govora za koji je karakteristična teškoća izgovora glasova, slogova i riječi, a

da uzrok tome nisu paraliza ili motorička teškoća (ASHA, 2007, prema Kologranić Belić i sur., 2015). Dijete s ovom vrstom teškoće gotovo uvijek zna točno što želi reći, no ponekad jednostavne ne može izgovoriti vlastitu misao.

Osim svega do sada navedenog Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) ističu još i dizartriju i afaziju. Dizartrija se očituje kao teškoća u artikulaciji čiji je uzrok oštećenje primarnih motornih centara moždane kore, iako ne mora isključivo to biti uzrok već to mogu biti i razna slična oštećenja u mozgu i živčanim sustavima. Govornu smetnju uzrokovanu oštećenjem dijelova moždanih centara nazivamo afazija, a razlikujemo motorne, senzorne, senzomotorne i amnestičke afazije. Motorna afazija očituje se kao mogućnost razumijevanja govora, koji je istovremeno oštećen, dok se senzorna afazija očituje kao smanjena sposobnost razumijevanja govora koji je oštećen u manjoj mjeri. Senzomotorna afazija spoj je motorne i senzorne afazije, što znači da se očituje kao smanjena sposobnost, odnosno teškoća i prilikom razumijevanja i prilikom govora. Posljednja, amnestička afazija karakteristična je po zaboravljanju riječi koje su uglavnom imenice, dok u manjoj mjeri to mogu biti i glagoli. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) postoji mnoštvo mogućih uzroka poremećaja govorne i glasovne komunikacije, no neki od najčešćih uzroka su anatomske anomalije kao što su anomalije grla, nosa, nepca i slično, s čime se u većini slučajeva osoba rodi. Osim toga, vrlo česti uzrok ovakve vrste poremećaja mogu biti razne bolesti i oštećenja kao i razni emocionalni ili psihološki uzroci.

6.2.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s poremećajem govorne i glasovne komunikacije

Muzikoterapija jedan je od mnogih oblika rehabilitacijskih postupaka koje mogu pomoći pri smanjenju i otklanjanju poremećaja govorne i glasovne komunikacije. Kako bi shvatili mogućnost pozitivnog utjecaja glazbe na govor, važno je znati da je ritam osnova govora. Kako bi govor bio pravilan, potrebno je „biti u ritmu“. Kako bi djetetu što lakše objasnili povezanost ritma i govora možemo se koristiti pokretom. Naime, za pokret

vrijedi isto što i za govor, odnosno vrijedi da ako želimo da pokret bude ispravan moramo „biti u ritmu“. Pokušajte samo zamisliti osobu kako hoda, a njene dvije noge ne rade ritmizirano. Nemoguće je, gotovo je sigurno da će osoba pasti već nakon prvog koraka. Još kao novorođenče dijete počinje razvijati tako zvani kibernetski krug koji predstavlja relaciju pokret tijela – percepciju – pokret tijela. Opće je poznata činjenica da djeca uče metodom imitacije, a to vrijedi ne samo za pokret, već i za govor. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Gotovo pa je sigurno kako su pjevanje i ritam daleko stariji način izražavanja i komunikacije od govora što dovodi do činjenice da glazbenim elementima, a osobito ritmom možemo pozitivno utjecati na razvoj govora i komunikacije. Sukladno tome, Gatson (1968, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) govori kako „glazba stimulira mišićnu snagu“ te tako potiče pozitivan razvoj kako verbalne, tako i neverbalne komunikacije.

Mnoštvo je stručnjaka i znanstvenika koji su, ponajviše unazad nekoliko desetaka godina, govorili i pisali o mogućnostima utjecaja glazbe na razvoj govora. Tako u brojnim djelima možemo pročitati kako glazba: „pobuđuje energiju i regulira mnogobrojne ritmičke akcije; pokreće sva naša osjetila, naše misli i osjećaje; smanjuje i uklanja emocionalne devijacije; olakšava i ojačava sposobnost koncentracije, djeluje pospješujuće na prilagođavanje sredini, podiže samopouzdanje; uspostavlja i poboljšava osjećaj odgovornosti i discipline, uspostavlja socijalni kontakt, provocira, stimulira i korigira izgradnju govora, unapređuje i korigira disanje, povoljno djeluje na ritam govora, visinu glasa, glasovnu percepciju i dopunjava rječnik, odnosno jezik djeteta.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 136). Osim svega navedenog, Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) ističu kako muzikoterapija može pomoći i u svladavanju pravilnog načina disanja (koje je između ostalog od iznimne važnosti u svladavanju govora), boljem svladavanju okulomotorne koordinacije, poboljšanju sposobnosti pamćenja te produljenja koncentracije u djeteta.

Kao što je već spomenuto, dijete govor uči sistemom imitacije, odnosno svjesne imitacije i istovremeno nesvjesne identifikacije, dok mu komunikacija s drugim osobama služi kao način učenja upotrebe govora. Tijekom svog procesa učenja govora, svako dijete prolazi određene faze, koje su definirane u odnosu na karakteristike u govoru i dob djeteta, iako to ne znači da će svako dijete u točno određenoj dobi prijeći iz jedne faze u drugu, već su moguća i vrlo česta blaža odstupanja. Ta odstupanja događaju se upravo iz razloga što je proces učenja govora zapravo jedan vrlo složen i kontinuiran proces na koji utječe mnoštvo unutarnjih i vanjskih faktora. Bez obzira na to što postoje odstupanja u vremenu ulaska u pojedinu fazu razvoja govora, ipak postoji određena dobna granica u kojoj dijete „mora“ imati razvijen adekvatan govor, odnosno odgovarajuć za svoju dob. Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) ističu kako dijete nema razvijen govor ukoliko do svoje šeste godine ne razvije govor sukladan svojoj kronološkoj dobi, a verbalna inteligencija mu je u skladu s kronološkom dobi te nema vidljivih oštećenja centralnog nervnog sistema.

Ciljeva muzikoterapije s djecom s poremećajem govorne i glasovne komunikacije ima uistinu mnogo, iako su oni glavni sljedeći: olakšati djetetu verbalno izražavanje i komuniciranje, motivirati dijete za učenje u raznim područjima, pružiti mu mogućnost uspjeha u skupnim aktivnostima te poticati samostalnost i svijest o sebi samome. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Iako muzikoterapija može uvelike pomoći pri razvoju glasovne i govorne komunikacije, valja napomenuti da niti jedan muzikoterapeut ne može zamijeniti primjerice logopeda, kao ni obrnuto. Dakle, kako bi se djetetu maksimalno olakšalo i pomoglo pri razvoju njegovih govornih i glasovnih sposobnosti (a to vrijedi i za sve ostale teškoće) vrlo je važna suradnja i zajednički cilj dvaju ili više rehabilitatora iz više područja kao što su primjerice, muzikoterapija, biblioterapija, logopedija i slično. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Prvi kontakt muzikoterapeuta s djetetom s poremećajem govorne i glasovne komunikacije (ili bilo kojeg drugog poremećaja) moguć je putem zvuka, koji prvi kontakt u svakom slučaju čini lakšim za samo dijete. Kada terapeut započinje rad s nešto starijim

djetetom, nije na odmet ispitati njegovu sklonost ka glazbi koja svakako može olakšati sam postupak terapije. Prilikom primjene muzikoterapije kod djece s poremećajem govorne i glasovne komunikacije mogu istovremeno biti primijenjeni slušni i vizualni efekti. Osim toga, glazba koja se sluša prilikom terapije vrlo je često, gotovo uvijek, vedra te s jakim ritamskim naglaskom, upravo zbog ranije spomenute povezanosti ritma i govora. Kako bi psihomotorika djeteta bila što više potaknuta, prilikom slušanja glazbe često se sama glazba reproducira što glasnije. Nadalje, kao i obično, tako i u muzikoterapiji kod djece s ovakvom vrstom poremećaja, koriste se instrumenti te se djecu potiče na samostalno stvaranje zvuka. Instrumenti u ovom slučaju služe kao poticaj na rad govornog aparata te motornih funkcija ekstremiteta, komunikaciju i pjevanje. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kao što je već spomenuto, mucanje je jedan od vrlo čestih oblika poremećaja govorne i glasovne komunikacije. Muzikoterapiju kod djeteta s ovim oblikom teškoće moguće je provoditi i individualno i grupno, što ponajviše ovisi o tome ima li dijete popratnih teškoća te ukoliko ima, koje su i kojeg stupnja. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Grupni tretman započinje slušanjem glazbe koja se odabire na temelju želja većine sudionika, a to mogu biti razna instrumentalna djela, uglazbljene priče, izvedbe pojedinog zbora i slično. Svrha ovakvog početka grupne muzikoterapije je opuštanje i „sinkronizacija“ sudionika, kao i poticanje na razgovor o pojedinoj temi. Osim toga u ovom se dijelu grupnog tretmana muzikoterapije može sudionicima dozvoliti i likovno izražavanje, koje može potaknuti maksimalnu opuštenost kod pojedinca. U drugoj fazi provodi se grupno pjevanje uz izvođenje ritma udaraljkama. Kao što je prethodno navedeno ritam je pri govoru vrlo važna i neizbježna stavka, a na ovaj način se sudionicima tretmana može pomoći da usklade ritam sa svojim govorom. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Autori Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) pretpostavili su da rad s djecom s teškoćom mucanja započinje grupnom muzikoterapijom, a nastavlja se individualnom. U tom slučaju individualna muzikoterapija sastoji se od ponavljanja tema s grupne terapije

kao i samostalnog izvođenja (pjevanja i izvođenja ritma) pjesme koja se izvodila na grupnoj terapiji. Svrha ponovnog izvođenja, ovaj puta samostalnog, jest da muzikoterapeut može svu svoju pažnju usmjeriti na jedno dijete te mu pomoći i ispraviti eventualne nepravilnosti u disanju prilikom izvođenja, artikulaciju govora, kao i intenziteta te melodičnosti govora. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kao što je spomenuto za grupnu terapiju, vrijedi i za individualnu da je moguće, ponekad čak i poželjno dopustiti djetetu da se likovno izrazi. Ukoliko se djetetu dozvoli likovno izražavanje, najbolje bi bilo kada bi dijete to činilo ili tijekom slušanja ili neposredno nakon slušanja glazbe. Poželjno je djeci dozvoliti ovakav oblik izražavanja zato što nam takvi radovi često mogu ukazati na djetetovo raspoloženje i mišljenje do kojeg možda ne bismo uspjeli doprijeti verbalnim ili putem glazbe. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Dizartrija je jedan od oblika poremećaja govorne i glasovne komunikacije. Naime dizartrija se razlikuje po svom uzroku koji može biti atetotičnog ili spastičnog oblika o čemu ovisi i sama primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem govorne i glasovne komunikacije. Umirujuću glazbu muzikoterapeut će koristiti kod atetotičnog oblika upravo zbog njene umirujuće „sposobnosti“. Tada je cilj slušanja glazbe, umirivanje djeteta i smanjenje pokreta te umirivanje, odnosno usklađivanje ritma disanja u svrhu lakšeg verbalnog izražavanja. S druge strane, glazbu jakih ritamskih elemenata koristimo kod spastičnog oblika dizartrije. U takvom slučaju, cilj glazbe je potaknuti željenu kontrolu, motornu koordinaciju muskulature, kao i tjelesnu aktivnost te aktiviranje psihičke energije. Glazba jakih ritamskih elemenata kod ovakvog oblika poremećaja dovodi do povećanja volumena grudnog koša kao posljedica dubljeg, kao i disanja u ritmu, što ujedno vodi i do pravilnog disanja koje u konačnici vodi ka pravilnom govoru. Općenito, u radu s djecom koja pate od dizartrije grupni rad je od iznimne koristi zbog emocionalnog raspoloženja kako pojedinca tako i čitave skupine. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Još jedan od oblika poremećaja govorne i glasovne komunikacije je afazija. U muzikoterapiji kod djece s ovakvim oblikom poremećaja, vedra ali istovremeno nenaglašena glazba vrlo povoljno utječe. Takva glazba dijete potiče na aktivnost i suradnju te stvaranje ugodne atmosfere koja je nužna za napredak i razvoj djeteta, odnosno njegova govora. Zapaženo je da metoda Varghi i Gerebu (1959, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) vrlo povoljno utječe na djecu s afazijom. Ova metoda radi na način da se djetetu predoči pojedina slika uz jednostavnu pjesmu. Kasije se djetetu pokaže niz fotografija koje ono opisuje, nakon čega izgovara riječi koje je koristilo prilikom opisivanja fotografija te u konačnici odgovara na postavljena pitanja i samo smišlja vlastita pitanja. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Osim svega do sada navedenog, još jedan od mogućih oblika poremećaja govorne i glasovne komunikacije, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) je rascjep nepca koji dovodi do „bježanja zraka kroz nos“ što uzrokuje otežan govor. Obzirom da je ovo poremećaj s kojim se djeca susreću i žive od samog rođenja, nerijetko stiču krive navike kod pokreta jezikom i donje čeljusti te naravno, govora. U muzikoterapiji kod djece s ovakvom teškoćom vrlo se često koriste vježbe „puhanja“ kako bi se ispravile, prethodno navedene, krivo stečene navike. Kao i kod svakog drugog djeteta, tako i kod djeteta s ovom vrstom teškoće treba biti vrlo oprezan, osobito na samom početku tretmana muzikoterapijom i prilikom uvođenja novih vježbi kako ne bi došlo do frustracije kod djeteta zbog prvotnog neuspjeha. Postupci koji konkretno uključuju glazbu u tretman muzikoterapijom su pjevanje, zviždanje i intoniranje, dok se od glazbala najviše koriste ona puhača, kao što su usna harmonika, melodika i flauta. „Kod rascjepa usne, pjevanjem je važno vježbati suglasnike t, d, l, k, g, r, te izabrati pjesmice u kojima se ti suglasnici češće pojavljuju, a kod rascjepa nepca suglasnike p, č, ž, š, na isti način.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008:144). Kako bismo djetetu pomogli da postigne jačinu glasa, potrebno je koristiti što je više moguće glazbeno scenski izraz jer on djetetu omogućuje da se izrazi intenzivnije uz pomoć emocija. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Metoda u muzikoterapiji koju možemo primijeniti kod svih teškoća, ovisno o djetetu, je ranije spomenuto intoniranje. Intoniranje u svrhu muzikoterapije djece s teškoćama u razvoju znači „pjevati u intonaciji koja odgovara djetetu služeći se samoglasnicima“. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 144). To je stara metoda u muzikoterapiji koja se koristi i danas u svrhu postizanja harmonije organizma, a pojedini autori smatraju da se njome usklađuju moždani valovi. Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) navode kako je intoniranjem moguće ublažiti psihološki stres, uskladiti disanje te sniziti krvni tlak.

Nešto što je vrlo korisno u muzikoterapiji kao pomoć pri razvoju govora jesu brojalice. „Brojalica je ritmička struktura koja sadrži logatome kombinirane s riječima koje imaju značenje.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 145). Cilj brojalice je da ona djetetu omogući lakše izgovaranje pojedinog glasa, a uz nju se mogu koristiti i pokreti koji djetetu mogu dodatno olakšati. Drugim riječima brojalice su kratke ritmizirane pjesmice koje djetetu omogućuju izgovaranje cijele rečenice. Ono što je vrlo zanimljivo, brojalice se mogu prilagođavati svakom djetetu individualno, u ovisnosti na njegove potrebe, odnosno mogu biti sastavljene od smislenog teksta ili pak pojedinih glasova, slogova i slično. Naravno, ukoliko je cilj muzikoterapeuta kod djeteta ispraviti pojedini glas kao primjerice glas „r“, tada terapeut neće koristiti brojalicu sa smislenim tekstom, već brojalicu koja se pretežno sastoji od tog glasa. Osim toga brojalice se mogu i uglazbiti, pa tada predstavljaju drugačiji oblik stimulacije. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

6.3.Motorički poremećaji

Najkompleksniju skupinu djece s poteškoćama u razvoju predstavljaju upravo djeca s motoričkim poremećajima. Motorički poremećaji su poremećaji koji se manifestiraju kao ispodprosječno fizičko funkcioniranje. Postoje dva glavna uzroka motoričkih oštećenja, a to su oštećenja lokomotornog aparata te oštećenja središnjeg i/ili perifernog živčanog sustava. Lokomotorni sustav predstavlja ljudski kostur, tetive, ligamente, hrskavice kao i pripadajuće mišiće, dok središnji i periferni živčani sustav čine cjelokupni živčani sustav čovjeka. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Oštećenja lokomotornog sustava ubrajaju sve bolesti i ozljede koje utječu na funkcioniranje, odnosno oslabljeno funkcioniranje lokomotornog sustava, ponajviše mišića kao pokretača ljudskoga tijela. Osim oslabljenog funkcioniranja mišića, oštećenja lokomotornog sustava mogu uzrokovati oslabljenu pokretljivost zglobova, kao i fizičku deformaciju kostiju. Najučestalije bolesti i ozljede koje ubrajamo u oštećenja lokomotornog sustava su: deformacije kralježnice kao što su skolioza, kifoza i slično, reumatska oboljenja, kongenitalna oštećenja, ozljede u obliku amputacija te opća zahvaćenost lokomotornog sustava čiji uzrok mogu biti poremećaji metabolizma ili hormona. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Oštećenja središnjeg i/ili perifernog živčanog sustava najčešće se očituju u obliku bolesti zvane cerebralna paraliza. Cerebralna paraliza je motorički poremećaj koji nije progresivan, a uzrok mu je prenatalno ili rano postnatalno oštećenje mozga. Kažemo da je to oštećenje središnjeg „i/ili“ perifernog živčanog sustava zato što se oštećenje na mozgu može pojaviti na jednom ili više mjesta, pa samim time može zahvatiti ili samo jedno ili oba živčana sustava. Cerebralna se paraliza kod svakog pojedinca očituje na drugačiji način zbog „lokacije“ oštećenja na mozgu. U nekim je slučajevima oslabljena samo motorička funkcija, no nažalost, češći su slučajevi kada je osim oslabljene motorike kod osobe oboljele od cerebralne paralize vidljiva i oslabljenost percepcije te intelektualnih sposobnosti. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kao što je već navedeno, cerebralna paraliza je poremećaj s kojim se dijete rodi, a traje do kraja života. Iako oboljele osobe žive s ovim poremećajem od samoga rođenja, vrlo često se ne dijagnosticira u prvih nekoliko mjeseci života. Razlog tome je taj što svako novorođenče, bez obzira je li rođeno s bilo kakvim oblikom oštećenja ili potpuno zdravo, ima slabo razvijenu, odnosno nezrelu motoriku. Dakle, obzirom da se niti jedno novorođenče u prvim tjednima i mjesecima života ne kreće mnogo, vrlo je teško uočiti ima li oslabljenu motoriku ili ne. Karakteristika ovog oblika oštećenja je da ono nije progresivno. No ipak, u ranom djetinjstvu se može činiti da je progresivno upravo zbog spomenute nemogućnosti rane dijagnostike. U prvim tjednima djetetova života može se

činiti da se kreće potpuno jednako kao i novorođenče bez oštećenja, a kasnije postaju vidljiva oštećenja u obliku oslabljene motorike, što rezultira prividom progresije. Tijekom prve godine djetetova života cerebralna paraliza očituje se u sljedećim simptomima: praćenje pogledom, dizanje glave, okretanje tijela, držanje i hvatanje predmeta, sjedenje, puzanje, dizanje i tako dalje. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Iako postoji velik broj klasifikacija cerebralne paralize danas se u većini slučajeva koriste tri klasifikacijske vrste, a to su: topografska klasifikacija, klasifikacija koja se odnosi na neuromotoričku simptomatologiju te klasifikacija prema težini oštećenja (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 151). Topografska klasifikacija dijeli se na kvadriplegiju, diplegiju, paraplegiju, triplegiju, hemiplegiju i monoplegiju (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008). Kvadriplegija predstavlja oblik cerebralne paralize u kojem su vidljiva motorička oštećenja na sva četiri ekstremiteta, odnosno obje ruke i obje noge. Diplegija je oblik cerebralne paralize u kojem je oštećena motorika samo dva ekstremiteta, odnosno samo ruku ili samo nogu. Paraplegija je slično kao i diplegija, no paraplegija za razliku od diplegija zahvaća motoriku samo donjih udova. Triplegija, kao što se i iz samog naziva može zaključiti, zahvaća motoriku triju ekstremiteta, odnosno dvije noge i jedne ruke ili pak dvije ruke i jedne noge. Hemiplegija za razliku od do sada navedenih oblika koji uglavnom zahvaćaju prema podijeli ekstremiteta na gornje i donje, zahvaća određenu stanu tijela, kao primjerice desnu ruku i desnu nogu, a u većini je slučajeva izraženija oštećenost motorike na ruci. Posljednji oblik je monoplegija za koju je karakteristično da je motoričko oštećenje vidljivo na samo jednom od četiriju ekstremiteta. [4]. Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) ističu kako prethodno navedene klasifikacije nisu u potpunosti precizne jer je kod svake osobe s cerebralnom paralizom mozak oštećen na drugačijem mjestu. Osim toga, ponekad ekstremiteti (jedan ili više njih) mogu biti minimalno zahvaćeni te je nemoguće primijetiti, što ne znači da ekstremitet nije uopće zahvaćen. Također, Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008) ističu kako je kvadriplegija u većini slučajeva asimetrična, dok monoplegija gotovo pa i ne postoji. „Klasifikacija koja se

[4] Kolarić, D. (2011., 09. ožujka). *Cerebralna paraliza*. Pribavljeno 29.04.2020., sa http://www.skole.hr/dobro-je-znati/rijec-strucnjaka?news_id=5222

odnosi na neuromotoričku simptomatologiju, očituje se kao spazam, rigor, korea, atetoza, ataksija, centralna hipotonija i tremor te miješani tip.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 151). Posljednja klasifikacija, odnosno klasifikacija cerebralne paralize prema težini oštećenja dijeli se na blagi, umjereni i teški stupanj. Blagi stupanj podrazumijeva sposobnost komunikacije, samostalne brige o sebi kao i kretanje. Umjereni stupanj također podrazumijeva sposobnost komunikacije, ali je potrebna pomoć pri kretanju. Teški stupanj cerebralne paralize imaju one osobe kojima je potrebna pomoć pri komunikaciji, kretanju i zbrinjavanju. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Cerebralna paraliza, kao i ostale teškoće u razvoju, može biti popraćena raznim drugim oštećenjima i oboljenjima. Neka od najčešćih oštećenja koja se javljaju uz cerebralnu paralizu su oštećenje vida kao i oštećenje sluha, smetnje odnosno poteškoće pri govoru, otežana percepcija, epilepsija te mentalna retardacija. Smetnje ponašanja su također moguće kod osoba oboljelih od cerebralne paralize, a njih se ni u kojem slučaju ne smije zanemariti jer upravo one djetetu mogu dodatno otežati svakodnevno funkcioniranje u okolini. Najučestalije smetnje ponašanja koje se javljaju kod oboljelih od cerebralne paralize, osobito kod djece, su: distraktibilnost, perseveracija, dezinhibicija, hiperaktivnost te nestabilnost temperamenta, odnosno osobnosti. Važno je u radu s djecom oboljelom od cerebralne paralize prepoznati sva popratna oštećenja te pokušati ublažiti njihov utjecaj na dijete, kako bi se djetetu omogućila maksimalna razina funkcioniranja u okolini koja ga okružuje. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Djetetovo funkcioniranje u okolini katkada može biti otežano raznim teškoćama koje su podijeljene u tri osnovne skupine. Prva skupina predstavlja teškoće senzorne aktivnosti. To znači da dijete ima teškoće prilikom primanja informacija senzornim putem, odnosno putem osjetila okusa, mirisa, dodira, vida i sluha. Druga skupina teškoća ubraja određene biološke poteškoće kao što su to motoričke teškoće. Treća i posljednja skupina su teškoće prilikom obrade, stvaranja i planiranja odgovora. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Progresivna mišićna distrofija, pored cerebralne paralize, predstavlja najučestaliji motorički poremećaj. Za razliku od cerebralne paralize koja nije progresivna, mišićna

distrofija nažalost je. To je bolest „primarne degeneracije poprečno prugastih mišića“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 157). Ona je progresivna bolest što znači da se postepeno razvija odnosno da su simptomi sve teži i teži što u konačnici može dovesti do potpune invalidnosti. Ova bolest može biti smrtonosna u slučajevima kada je oštećen respiratorni sustav. Mišićna distrofija se klasificira u više oblika u ovisnosti na izgled mišića, dob osobe u trenu oboljenja te o grupi najviše zahvaćenih mišića kao i promjenama u mišićnom tonusu. U ovisnosti na nastanak oboljenja i lokaciji oštećenja unutar organizma razlikujemo periferni oblik (koji primarno zahvaća mišiće trupa, zdjelice te natkoljenice), a naknadno ga dijelimo u atrofični i pseudohipertrofični tip, te skapulohumeralni oblik (koji primarno zahvaća mišiće nadlaktice i ramenog pojasa. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Prema tjelesnoj funkcionalnosti, odnosno samostalnosti osobe oboljele od mišićne distrofije razlikujemo sljedećih osam stupnjeva. Prvi stupanj predstavlja najveću razinu samostalnosti. Osoba se kreće blago gegavim pokretom te je sposobna ustati se bez tuđe pomoći. Drugi stupanj je gotovo isti kao i prvi, no osobi je potrebna pomoć pri ustajanju. Treći stupanj predstavlja oboljele osobe koje se kreću teškim gegavim korakom te nemaju sposobnost uspinjanja po stepenicama, ali imaju sposobnost samostalnog ustajanja sa stolice ukoliko je prilagođena visinom. Osobe koje imaju četvrti stupanj mišićne distrofije hodaju teškim gegavim korakom te se ne mogu ustati iz sjedećeg položaja bez pomoći druge osobe. Oboljele osobe čija je bolest na petom stupnju nemaju mogućnost kretanja, odnosno hodanja, već su u invalidskim kolicima u kojima imaju dobar stav tijela. Šesti stupanj predstavlja osobe koje se također kreću isključivo uz pomoć invalidskih kolica, ali za razliku od osoba koje imaju oboljenje petog stupnja, trebaju pomoć pri prelasku iz kolica u krevet i obrnuto. Sedmi stupanj podrazumijeva oboljele osobe koje se kreću uz pomoć invalidskih kolica, a samostalno upravljanje kolicima ograničeno je na kratke relacije. Posljednji, osmi stupanj imaju oboljele osobe koje su u potpunosti nesamostalne i trebaju konstantnu pomoć druge osobe. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008: 159).

6.3.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s motoričkim poremećajima

Pontivnik (1962, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) je ispitao utjecaj glazbe na psihofizičku napetost. Svojim ispitivanjem došao je do zaključka kako napredak kod oboljele osobe ovisi o samoj vrsti glazbe ali i o položaju tijela pacijenta tijekom slušanja glazbe. Zaključio je da se mišići znatno bolje opuštaju kada je pacijent u ležećem položaju. Liječenje glazbom ima mnoštvo pozitivnih učinaka, a samo jedno od njih je činjenica da glazba može stvoriti pokret. U nekim slučajevima je pokret potpun, a ponekad samo djelomičan. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kod osoba oboljelih od motoričkih poremećaja katkada je potrebno koristiti glazbu za poticanje pokreta, a katkada je pak potrebno pacijenta umiriti. Stoga je Schneider (1970, prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008) definirao poticajnu i umirujuću glazbu. Prema njemu, poticajna glazba je ona glazba koja ima izražen, odnosno sinkopiran ritam, isprekidanu melodiju te brz tempo. Također, kako bi bila što poticajnija potrebno ju je izvoditi ili na limenim glazbalima ili udaraljkama. S druge strane, umirujuću je glazbu definirao kao glazbu blagog ritma, postupne melodije te umjerenog ili sporog ritma. Kako bi umirivanje glazbom bilo što učinkovitije, glazbu je potrebno proizvoditi uz pomoć gudaćih ili pak drvenih puhaćih instrumenata, zbog njihove „nježnosti“ tona. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Osim navedenog, u muzikoterapiji kod djece s motoričkim poremećajima moguće su dvije različite primjene muzikoterapije, a to su već spominjane aktivna i pasivna metoda muzikoterapije. Hoće li terapeut koristiti aktivnu ili pasivnu metodu muzikoterapije ovisi o brojnim faktorima kao što su primjerice dob djeteta, njegove mentalne sposobnosti, stupanj motoričkog oštećenja i slično. Pasivna metoda muzikoterapije uglavnom se koristi kada terapeut kod djeteta želi potaknuti zanimanje i pozornost, dok se aktivnim slušanjem pokušava potaknuti pjevanje koje je najjednostavniji oblik izražavanja za dijete koje ima motorički poremećaj. Ovisno o vrsti motoričkog oštećenja kod djeteta terapeut će birati različite instrumente. Glasovir će se koristiti u radu s djetetom koji ima oštećene mišiće nadlaktice jer se oni aktiviraju sviranjem glasovira. Puhača glazbala i pjevanje iznimno su

korisni u radu s djecom kod koje su oštećeni mišići respiratornog i govornog sustava. Za razvoj same motorike najbolje je koristiti udaraljke. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Djeca s motoričkim poremećajima nerijetko su zatvorena sama u sebe i nemaju dovoljno socijalnih kontakata, osobito s vlastitim vršnjacima. U takvim slučajevima glazba je ta koja djetetu omogućava opuštanje kako fizičko, tako i psihičko te na taj način djetetu pruža mogućnost aktivne suradnje u grupnim tretmanima muzikoterapije. Osim toga putem glazbe dijete upoznaje samo sebe te stječe navike koje će mu pomagati i biti od koristi u svakodnevnom životu. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2008), Wilson i Jaedicke (1969) govore kako glazba pozitivno utječe na emotivno stanje djeteta, dok Pontvik (1962) govori kako je glazba vrlo pogodna za smanjenje psihofizičke napetosti te preporučuje korištenje glazbe u liječenju osoba s progresivnom mišićnom distrofijom.

Glazba pozitivno utječe na socijalizaciju djeteta, razvija kod djeteta osjećaj za druge, potiče ga na druženje s ostalom djecom što itekako dobro utječe na psihičko stanje djeteta s motoričkim oštećenjima. Pomoću glazbe bilo koje dijete, pa tako i ono s motoričkim oštećenjima može izraziti svoje osjećaje što je od velike važnosti za slabo pokretnu ili nepokretnu djecu. Glazbu je važno koristiti u radu s djecom s motoričkim oštećenjima zato što ona pokreće sva osjetila i mišiće u čovjeka. Kod djece s motoričkim oštećenjima možda će pojedino osjetilo ili mišić biti minimalno pokrenuti, ali to je od iznimne važnosti zato što se time usporava progresija oštećenja. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Muzikoterapija kod djeteta s cerebralnom paralizom može započeti utvrđivanjem djetetove glazbene sposobnosti, što nije uvijek slučaj jer to ovisi o više faktora kao što su dob djeteta, razina mentalnog funkcioniranja i slično. Sljedeći korak je poticanje djeteta na korištenje glazbalima na način da maksimalno iskoristi vlastite sposobnosti. Prilikom muzikoterapije s djetetom koje ima cerebralnu paralizu terapeut će često koristiti ritamska glazbala poput udaraljki jer je poznato da ritam potiče aktivnost mišića. U slučajevima težeg oboljenja većinom će se koristiti glazbala iz Orffova instrumentarija zbog njihove male težine i lakog rukovanja. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

U osoba s progresivnom mišićnom distrofijom glazba može biti od velike koristi. Naime, djeca s progresivnom mišićnom distrofijom mogu patiti od depresije i psihičke uznemirenosti zbog fizičkih ograničenja i nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti. U takvim slučajevima glazba može pomoći u smirivanju i opuštanju što može dovesti i do malo boljeg fizičkog funkcioniranja koje je uzrokovano opuštanjem. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Prilikom individualnog tretmana muzikoterapije kod djece s mišićnom distrofijom potrebno je što više koristiti glazbeno poticanje ritmom jer je upravo ritam taj koji potiče mišićnu aktivnost. Korištenje raznih i brojnih glazbala poželjno je zbog što veće aktivacije što većeg broja mišića što dovodi do bolje pokretljivosti zglobova. Obzirom da je respiratorni sustav jedan od najvažnijih za život, osobitu pozornost tijekom muzikoterapije kod djece s mišićnom distrofijom treba usmjeriti upravo aktivnostima za jačanje respiratornog sustava. Glazbala koja se koriste u te svrhe su puhača glazbala, a mnogi autori ističu da je od svih najbolja melodika. Upravo taj instrument je u ovakvim slučajevima najpogodniji zato što nema rupice poput primjerice blok flaute, već ima tipke što djeci s mišićnom distrofijom uvelike olakšava proces stvaranja glazbe. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Intoniranjem i pjevanjem postiže se sličan učinak kao i prilikom sviranja puhaćih instrumenata. U slučajevima kada dijete ne želi svirati, ili zbog oštećenja mišića ruku nije u mogućnosti svirati, tada je pjevanje najbolja zamjena sviranju za razvoj respiratornog sustava. Osim toga, intoniranjem se povećava kapacitet pluća kao posljedica intenzivnijeg disanja koje se iziskuje prilikom intoniranja. Pored svega do sada navedenog, valja naglasiti kako pjevanje aktivira uistinu velik broj organa, odnosno mišića u tijelu kao što su glava, vrat, toraks, abdomen te svi pripadajući organi (glasnice, pluća i slično) pa čak i ekstremiteti koji se koriste prilikom gestikulacije pogotovo kada dijete sudjeluje u glazbeno scenskom igrokazu. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Djeci koja pate od mišićne distrofije funkcionalnih stupnjeva od jedan do četiri, koji su opisani u prethodnom potpoglavlju, muzikoterapija pruža veliku mogućnost za uspjeh.

U njihovom se slučaju muzikoterapijom u određenoj mjeri može i poboljšati mišićna funkcionalnost. S druge strane, djeci koja pate od mišićne distrofije funkcionalnih stupnjeva od pet do osam, muzikoterapija također pruža određene mogućnosti. Nažalost, u njihovom slučaju su šanse za poboljšanje mišićne funkcionalnosti znatno manje, no ono što njima muzikoterapija može pružiti jest stagniranje, odnosno usporavanje progresije bolesti. Cilj muzikoterapije kod djece s mišićnom distrofijom je što dulje održavanje pokretljivosti kod djeteta. Produljenje pokretljivosti moguće je samo ukoliko dijete živi u veoma poticajnoj okolini te ako svakodnevno pohađa tretmane muzikoterapije, ali i drugih oblika rehabilitacije. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Prilikom odabira aktivnosti i instrumenata muzikoterapeut treba voditi računa o željama djeteta ali i o njegovoj sposobnosti kretanja. U radu s ovom populacijom terapeut treba biti iznimno oprezan prilikom određivanja trajanja aktivnosti kao i cjelokupnog tretmana muzikoterapije. Važno je djetetu omogućiti pauze između aktivnosti jer ukoliko se dijete previše umara tijekom procesa terapije, tada terapija donosi više štete nego koristi za samo dijete. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Mišićna snaga djeteta terapeutu je pokazatelj potrebnog, ujedno i maksimalnog intenziteta aktivnosti koji mora biti proporcionalan djetetovoj snazi i sposobnostima. Glazba koju terapeut bira također mora biti pažljivo odabrana obzirom na konačni cilj da se dijete kreće u ritmu, što znači da glazba ne smije biti prespora jer bi to bilo ispod granice djetetove mogućnosti, a niti prebrza jer dijete ne bi bilo sposobno pravilno izvesti aktivnost što eventualno može dovesti do frustracija i gubljenja samopouzdanja kod djeteta. Potrebno je naći zlatnu sredinu, odnosno odrediti takvu težinu aktivnosti koja će od djeteta zahtijevati maksimalan trud, ali će u konačnici dijete doći do uspjeha. Pokreti koje dijete izvodi izvode se u ritmu glazbe, a dijete izvodi pokrete donjim i gornjim ekstremitetima. Kako bi pokreti bili što učinkovitiji, izvode se iz raznih položaja tijela kao što su primjerice sjedenje, stajanje ležanje i slično, a time se ponajviše pokušava unaprijediti djetetov stav tijela kao i samo stajanje i hodanje. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Razne vrste udaraljki, od onih ručno izrađenih, odnosno improviziranih, pa sve do bubnjeva različitih vrsta mogu služiti za provjeravanje i uvježbavanje snage djeteta, ali oni istovremeno daju djetetu mogućnost oslobađanja eventualnih frustracija. Prilikom takvih aktivnost valja paziti da dijete ne pretjera, odnosno da ne bi došlo do besmislenog lupanja, terapeut može izvoditi pratnju primjerice na glasoviru. U takvim aktivnostima, pomno odabrana pratnja daje mogućnost zajedničkog muziciranja terapeuta i djeteta te terapeutu pruža mogućnost kontrole djetetova izražavanja na bubnjevima. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Muzikoterapeut također mora voditi računa i o položaju instrumenata koje će dijete koristiti. Instrumenti moraju biti postavljeni tako da dijete može do njih doći i njima manipulirati bez poteškoća ili pak mogu biti u neprilagođenom položaju za dijete, naravno, pod uvjetom da dijete uz određen napor i trud ipak može instrumentu pristupiti i njime manipulirati. Na taj način, da se dijete mora uz trud prilagoditi instrumentu, razvijaju se pokreti koji djetetu nisu laki ali ih se uz vježbu može eventualno poboljšati ili barem zadržati na toj razini kako se ne bi stanje pogoršalo. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Jedan od najvažnijih utjecaja muzikoterapije na dijete s progresivnom mišićnom distrofijom je onaj koji utječe na djetetovo psihičko, odnosno duševno zdravlje. Dijete koje pati od ove vrste poremećaja često može biti frustrirano i ponašati se potpuno asocijalno. Nažalost, ovo je vrsta poremećaja u kojoj se ne može mnogo napraviti po pitanju poboljšanja pokretljivosti, no ipak, može se usporiti daljnja progresija kao i pomoći djetetu u vidu njegova psihička i duševna stanja. Prilikom grupne terapije glazba djetetu pruža mogućnost sudjelovanja u aktivnosti što djetetu ulijeva samopouzdanje te time utječe na njegovo psihičko zdravlje. Izvrsna aktivnost u grupnom radu je glazbeno scenski igrokaz u kojem svako dijete može sudjelovati.(Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

6.4.Down sindrom

Down sindrom je poremećaj koji se još naziva i trisomija kromosoma (Barišić, 2005). Tijelo čovjeka sastoji se od nebrojeno mnogo stanica. Svaka od tih stanica u svojoj jezgri sadrži 46 kromosoma, od kojih je pola nasljeđeno od majke, a pola od oca. Osobe koje imaju Down sindrom, za razliku od ostalih imaju 47 kromosoma u jezgri svake stanice što uzrokuje mentalne i fizičke poremećaje. (Rizvanović, 2010).

Osobe s Down sindromom prepoznatljive su od samog rođenja na temelji fizičkog izgleda. Dakle osobe s Down sindromom imaju karakterističan izgled za taj poremećaj od samog rođenja. Karakteristike u izgledu su sljedeće: mala glava okrugla lica, koso postavljene oči, mali nos, mala usta, neproporcionalno velik jezik, neobičan oblih ušiju, kratak i širok vrat, kratki i široki ekstremiteti, kratke šake te smanjen tonus mišića (Vuković i sur., 2014). Osim karakterističnog izgleda, postoje i karakteristike u tjelesnom razvoju, a one su sljedeće: težina unutarnjih organa kao što su mozak, jetra, bubrezi i slično je manja pri rođenju i kasnije, rast u visinu je usporen, tijekom puberteta ubrzan, no u konačnici je visina ispod prosjeka te zrelost kostiju zaostaje u odnosu na dob (Rizvanović, 2010).

Poznato je kako većina osoba s Down sindromom ima određen stupanj mentalne retardacije. Mentalna retardacija je „snižena sposobnost kojoj su svojstvena značajna ograničenja u intelektualnom funkcioniranju i adaptivnom ponašanju, izražena u pojmovnim, socijalnim i praktičnim adaptivnim vještinama.“ (Rizvanović, 2010: 314). Mentalna se retardacija mjeri kvocijentom inteligencije (IQ) . Mentalna se retardacija dijeli na četiri stupnja, a to su blaga mentalna retardacija (IQ = 50 – 75), srednja mentalna retardacija (IQ = 35 – 50), teža mentalna retardacija (IQ = 20 – 35), teška mentalna retardacija (IQ = 0 – 20) (Rizvanović, 2010). U većini slučajeva osobe s Down sindromom imaju blagi ili srednji oblik mentalne retardacije, što znači da se većina djece svakako može uključiti u redovan školski sustav. (Vuković i sur., 2014).

Djeca s Down sindromom kao i sva ostala djeca imaju iste ako ne i veće socijalne, emotivne i obrazovne potrebe od ostale djece. Socijalni je razvoj u djece s Down

sindromom gotovo pa uvijek razvijeniji od mentalnog razvoja. Ono što je poznato gotovo svima koji su ikada bili u kontaktu s djetetom ili odraslom osobom s Down sindromom jest da su oni vrlo druželjubivi, vedri i puni ljubavi za svih u svojoj okolini. (Rizvanović, 2010).

Djeca s Down sindromom u velikom broju slučajeva imaju poteškoća sa sluhom što rezultira kasnom pojavom govora. Osim toga govor se kasnije razvija i zbog spomenutog tonusa mišića koji su itekako potrebni za funkciju govora. Kada se govor počne razvijati, često su pojedini glasovi nepravilno formirani kao posljedica visokog nepca koje je još jedna od karakteristika osoba s Down sindromom. Proces razvoja govora duži je nego uobičajeno (primjerice period između tako zvanog brbljanja i izgovaranja prve riječi je duži nego u ostale djece), te kasnije počinju razumijevati govor osoba iz okoline. Češće upotrebljavaju imenice od glagola, a i usvajanje gramatike je usporeno (Rizvanović, 2010). Vuković i sur. (2014) ističu kako u djece s Down sindromom postoji niz govorno-jezičnih teškoća te kako je rana intervencija u vidu logopedskih tretmana od velikog značaja. Osim toga, oni razumiju govor prije no što progovore te vrlo često dodir koriste radije nego govor. (Rizvanović, 2010).

„Kod djece s Down sindromom česta je pojava raznih nepoželjnih ponašanja kao što su namjerno plaženje jezika, pljeskanje ručicama, pljuvanje, odbijanje reagiranja na upit, fiksirano gledanje u oči s buljenjem ili smješkanjem, nepristajanje ni na što i povlačenje, glumatanje (vikanje, trčanje, razbacivanje, uništavanje), bježanje i skrivanje, ležanje ili sjedenje na podu, agresivna i samostimulacijska ponašanja i sl.“ (Vuković i sur., 2014: 56).

Kod bilo koje vrste razvojne teškoće, pa tako i kod Down sindroma, rana intervencija ima ključnu ulogu. Cilj rane intervencije je da se djetetu omogući njegov maksimalni razvoj koji može postići s obzirom na svoju teškoću. Djeca s poremećajem Down sindroma u ranu intervenciju mogu biti uključena sa svoja tri mjeseca. Što ranije dijete krene na ranu intervenciju, šanse za postizanje maksimalnog uspjeha su mu veće. Osim samih posjeta rehabilitatorima i ostalim stručnjacima koji sudjeluju u procesu rane

intervencije, važno je roditelje djeteta educirati kako bi djelovali poticajno na dijete i kada nije u izravnom procesu pojedine terapije. Osim toga, okolinu u kojoj dijete boravi potrebno je prilagoditi njemu i njegovim potrebama kako bi ta ista okolina na dijetu bila što je više moguće poticajna. Niti potpuno zdravo dijete se ne razvija „po knjizi“, pa tako ni ono dijete s Down sindromom. To znači da svaka rana intervencija mora biti individualno prilagođena svakom djetetu. (Rizvanović, 2010).

Svaka dobra rana intervencija mora u rad uključiti i roditelje, kao i braću i sestre djeteta s Down sindromom ukoliko ih ima (i ukoliko su sposobna sudjelovati). Osim toga, kao što je već navedeno mora biti prilagođena individualnim potrebama djeteta. Osobe koje sudjeluju u ranoj intervenciji (osim ranije spomenutih članova uže obitelji) moraju biti kvalificirane i stručne u svom području rada. Posljednje, ali ne i manje važno je da osoba koja provodi intervenciju mora koristiti oblike i metode rada koje dokazano vode ka uspješnosti, odnosno poboljšanju vještina djeteta s Down sindromom. (Vuković i sur., 2014).

6.4.1. Primjena muzikoterapije u radu s djecom s Down sindromom

Kao što je već spomenuto djeca s Down sindromom imaju iste obrazovne, emotivne i socijalne potrebe kao i svi ostali. Zbog kompleksnosti Down sindroma djeca nerijetko odlaze na razne terapije, a iznimno su se korisnima pokazale kreativne terapije kao što je muzikoterapija. Muzikoterapija, kao i ostale vrste kreativne terapije, kod ove skupine djece pokazala se vrlo korisna metoda terapije u svrhu poticanja psihosocijalnog razvoja djeteta. (Gvozdanović Debeljak, 2014).

Istraživanja o utjecaju muzikoterapije na djecu s Down sindromom vrlo je malo, pa samim time i literature koja govori o utjecaju i primjeni muzikoterapije u radu s djecom s Down sindromom (O' Donoghue, 2017). Ipak, postoje poneka istraživanja koja u određenoj mjeri potvrđuju efikasnost muzikoterapije kod djece s Down sindromom. Jedno od istraživanja provela je autorica Dorothea Pienaar (2012) pod nazivom „Muzikoterapija za djecu s Down sindromom: Percepcija terapeuta u posebnom školskom okruženju“. Kao

što se da zaključiti iz samog naziva istraživanja, ispitanici su bili terapeuti te su odgovarali na 29 pitanja koja se odnose na muzikoterapiju s djecom s Down sindromom, ponajviše kako djeca reagiraju na glazbu i mijenjaju li svoje raspoloženje i ponašanje pod njenim utjecajem. „Terapeuti su čvrsto vjerovali da djeca s DS-om uživaju u glazbi, vole se kretati / plesati kad čuju glazbu i vole nastupati.“ (Pienaar, 2012: 39). Osim toga, terapeuti su se složili kako je razgovor moguć bez riječi i to upravo putem glazbe i glazbenog dijaloga. Djeca s Down sindromom prema rezultatima ovog istraživanja vole slušati glazbu, ali ju jednako tako vole i stvarati. Ono što su terapeuti istaknuli kao karakteristiku djece s Down sindromom jest to da riječima ne znaju izraziti svoje emocije, odnosno teško ih je razumjeti, ali zato oni svoje emocije mogu izraziti uz pomoć glazbe što je vrlo korisno u grupnim tretmanima. (Pienaar, 2012).

Drugo istraživanje proveo je Daudt (2002, prema O' Donoghue, 2017). Za razliku od prethodno navedenog istraživanja, u ovom su ispitanici bili roditelji djece s Down sindromom. Anketa koja se koristila u ovom istraživanju imala je zadatak ispitati mišljenje roditelja djeteta s Down sindromom o učinkovitosti muzikoterapije na njihovo dijete, odnosno ispitati kako roditelji doživljavaju afektivne, socijalne i biheviоralne odgovore vlastitoga djeteta na glazbu. Odgovori koje su roditelji dali na pitanja vezana uz „kvalitetu života“ govore kako su roditelji zadovoljni muzikoterapijom, odnosno da oni sami primjećuju kako njihovo dijete voli i uživa u slušanju i stvaranju glazbe. Apsolutno svi ispitanici, odnosno roditelji su se složili s tvrdnjom „moje dijete voli glazbu“. Zaključak ovog istraživanja jest da roditelji primjećuju kako njihovo dijete uživa u aktivnostima koje su na bilo koji način povezane s glazbom i kako vjeruju da muzikoterapija može pomoći u razvoju njihova djeteta, odnosno pomoći u poboljšanju kvalitete njegova života. (O' Donoghue, 2017).

Prema O' Donoghue (2017), Cunningham je (2011) pisala o muzikoterapiji kao promicanju povezanosti majke i djeteta (u dobi do 12 mjeseci) s Down sindromom, odnosno opisivala svoj rad s grupom majki i njihove djece s Down sindromom. Ona je u svom djelu navela kako je u početku provođenja grupne muzikoterapije s majkama i

njihovom djecom s Down sindromom susrela s njihovim međusobnim odnosom, odnosno povezanošću koja je bila slaba, no s vremenom su se uz pomoć glazbe zbližili i povezali. (Cunningham, 2011, prema O' Donoghue, 2017).

Trevarthen (2004, prema O' Donoghue, 2017) govori kako dojenčad vrlo pozitivno reagiraju na glazbu te imaju sposobnost imitiranja glazbenih sastavnica kao što su ritam, visina tona i tempo. Majke vrlo često svojoj djeci (dojenčadi) tepaju, a karakteristike takve komunikacije s djecom su: visoki tonovi, izmjena visine tona govora u velikom (pretjeranom) rasponu kao i veliki raspon dinamike. Osim tepanja, majke u komunikaciji sa svojim djetetom koriste pjevanje usmjereno dojenčetu koje ima slične karakteristike kao i tepanje, a dokazano je da takvo pjevanje majke upućeno dojenčetu prenosi emocije te koordinira emocionalna stanja majke i djeteta (de I'Etoile, 2006, prema O' Donoghue, 2017).

Kao što sva djeca uče, tako i djeca s Down sindromom uče spontano i kroz igru. Igra je zapravo najbolji i najefikasniji način učenja kod sve djece. Ranije spomenuta rana intervencija pokazala se iznimno dobrom u radu s djecom s Down sindromom, osobito kada su u pitanju područja za razvoj govora i čitanja (Hanson, 2003, prema Pienaar, 2012). Muzikoterapija ima „moć“ za djecu s Down sindromom i zakašnjelim te neartikuliranim govorom upravo zbog toga što pruža djetetu priliku za neverbalno izražavanje emocija i mišljenja. Osim toga, dijete može razvijati svoje govorne vještine pjevanjem pomno odabranih pjesama (koje bira terapeut u ovisnosti na govornu teškoću djeteta). (Pienaar, 2012).

Mnogi muzikoterapeuti tvrde kako je upravo muzikoterapija korisna za djecu s Down sindromom koji imaju teškoća prilikom učenja, upravo zbog djelovanja u opuštenoj atmosferi što može vrlo dobro potaknuti i motivirati dijete. Osim svega do sada navedenog, Pienaar (2012) je prepoznala i motivacijsku ulogu glazbe, odnosno muzikoterapije koja vrlo lako može motivirati dijete s Down sindromom koje može imati poteškoća u motivaciji uzrokovane svojom teškoćom. (Pienaar, 2012).

Grupna terapija za djecu s Down sindromom može biti vrlo korisna. Naime, djeca s Down sindromom mogu imati komunikacijskih (govornih) poteškoća što dovodi do poteškoća u socijalnoj interakciji te upravo tu do izražaja dolazi učinkovitost grupne terapije koja itekako može pomoći pri razvoju socijalne interakcije. Ono što je problem, odnosno otežavajuća okolnost za terapeuta prilikom organizacije grupne muzikoterapije jest to da niti jedno dijete s Down sindromom nije isto, odnosno varijacije u njihovim poteškoćama mogu biti iznimno velike što terapeutu značajno smanjuje broj aktivnosti koje može koristiti unutar jedne skupine. Ono što terapeut može učiniti jest individualna prilagodba aktivnosti svakom pojedinom djetetu unutar grupne aktivnosti. (Pienaar, 2012).

Pienaar (2012) je predložila aktivnosti koje se mogu provoditi u grupnoj terapiji s djecom s Down sindromom, a to su:

- Grupna muzikoterapija bi se trebala odvijati po unaprijed izrađenom planu aktivnosti s ostavljenim slobodnim vremenom kako bi se djeci omogućila improvizacija
- Trebale bi se koristiti ponavljajuće aktivnosti i pjesme u više uzastopnih termina muzikoterapije kako bi se poboljšalo pamćenje kod djece
- Trebale bi se koristiti djeci poznate pjesme
- Poželjno je korištenje bubnjeva, kao i ostalih vrsti udaraljki i glasovira i/ili gitare u određenim dijelovima terapije
- Poželjno je koristiti aktivnosti koje potiču na dijalog i dijeljenje, jer potiču dijete da strpljivo čeka svoj red
- Upute moraju biti kratke i jasne
- U dijelu terapije valja provoditi aktivnost slušanja glazbe
- Poželjno je koristiti glazbene igre i plesne pokrete koji dodatno stimuliraju mozak.

Barker (1999) ističe kako je pjevanje i stvaranje glazbe ključno za razvoj svakog djeteta. Ona je na temelju vlastitog iskustva u radu s djecom i kao majka djeteta s Down

sindromom došla do zaključka kako je korištenje glazbe za dijete s poteškoćama u učenju od velike važnosti. Smatra da glazba prilikom učenja kod djeteta stvara osjećaj užitka što u spoju s učenjem svakako vodi ka boljim rezultatima čak i kod djece normalna razvoja, a osobito kod djece s poteškoćama u razvoju. Osim toga, Barker (1999) smatra da glazba vrlo dobro utječe na razvoj dječje mašte te za razvoj komunikacije, odnosno načina izražavanja bilo da se dijete izražava verbalno, putem glazbe, pokreta ili gestama. (Barker, 1999).

Postoji nebrojeno mnogo načina učenja, a jedan od njih je Viktorijanska moda učenja napamet (Barker, 1999). Ova metoda predstavlja metodu učenja napamet uzastopnim ponavljanjem, odnosno govorenjem određene rečenice. Ova metoda uistinu je djelotvorna, odnosno na ovaj se način može učiti, ali postoji metoda koja je zasigurno djeci zanimljivija kao i djelotvornija, a to je učenje pjevanjem. Sve što govorimo može se otpjevati i uglazbiti i učinimo li to u radu s djetetom s Down sindromom (ili bilo kojim drugim djetetom) zasigurno će lakše usvojiti nova znanja i vještine o kojima govori pjesma, a da dijete pritom neće biti svjesno da uči, već će se zabavljati. (Barker, 1999).

7. ZAKLJUČAK

Muzikoterapija je primjena glazbe u medicinske i obrazovne svrhe, ovisno s kime i na koji način, odnosno s kojim ciljem se provodi. Kod osobe s motoričkim oštećenjem, muzikoterapija će se koristiti u medicinske svrhe, odnosno glazbom će se poticati razvoj i poboljšanje određene motoričke funkcije. S druge strane, kod osobe oboljele od primjerice Down sindroma ili autizma, muzikoterapija će se koristiti u obrazovne svrhe na način da će se putem glazbe osobi koja pati od poremećaja pomoći pri razvoju osnovnih znanja i vještina potrebnih u svakodnevnim situacijama.

Muzikoterapiju, na temelju načina provođenja terapijskog tretmana, dijelimo u dvije velike skupine, a to su aktivna i receptivna metoda muzikoterapije. Mnogi autori i muzikoterapeuti aktivnu terapiju smatraju boljom i učinkovitijom metodom, upravo zbog toga što pacijent aktivno sudjeluje u procesu stvaranja glazbe što dovodi do boljih i brže ostvarenih ciljeva terapije. Ipak, postoje slučajevi kada pacijent nije u mogućnosti sudjelovati u aktivnoj metodi muzikoterapije (primjerice stare i nemoćne ili nepokretne osobe), kada receptivna metoda također može biti vrlo korisna. U radu s djecom s poteškoćama u razvoju gotovo uvijek se koristi aktivna metoda muzikoterapije, a najpoznatija je Orffova metoda muzikoterapije.

Muzikoterapija se rijetko koristi sama za sebe. Glazba sama po sebi svakog pojedinca potiče na pokret. Upravo se iz tog razloga istovremeno s muzikoterapijom provode i pojedini segmenti ostalih vrsta art terapija, a ponajviše terapije pokretom i plesom. Također, tijekom muzikoterapije terapeut od pacijenta može zahtijevati, ili čak i pacijent sam može zatražiti da se izrazi crtežom uz glazbu, što pojedini autori smatraju da može biti vrlo korisno prilikom muzikoterapije kod djece s poteškoćama u razvoju koja nerijetko imaju poteškoće prilikom verbalnog izražavanja vlastitih emocija i stavova.

Svaka osoba, bez obzira na dob, spol i zdravstveno stanje, može prisustvovati muzikoterapiji. Ipak, u većini slučajeva se muzikoterapija provodi s osobama koje imaju

zdravstvenih problema i razvojnih poteškoća, no može se koristiti i u radu s osobama koje su primjerice u procesu odvikavanja od raznih opijata. Međutim, muzikoterapija se u najvećem broju slučajeva koristi u radu s djecom koja imaju razvojne poteškoće. Cilj muzikoterapije s tom populacijom je da se djeci pomogne pri razvoju sposobnosti i vještina potrebnih za svakodnevni život, što se pokazalo kao učinkovita i uspješna metoda.

Poglavlje pod nazivom „Primjena muzikoterapije kod djece s razvojnim poteškoćama“ trebalo je sadržavati prikaz slučaja, odnosno prikaz tretmana muzikoterapije kod troje djece s razvojnim poteškoćama u trajanju od tri mjeseca u udruzi „Muzikopter“. Na žalost, zbog situacije u Republici Hrvatskoj, kao i u cijelome svijetu, rad s djecom u udruzi promatrala sam prekratko jer je udruga zatvorena do daljnjega zbog Covid-19, pa je stoga to poglavlje modificirano. Ipak, svakodnevno sam provodila vrijeme u udruzi s muzikoterapeutkinjom i djecom s poteškoćama u razvoju kao što su autizam, Down sindrom, sljepoća popraćena mentalnim oštećenjima, govorne i intelektualne teškoće. U tom kratkom periodu primijetila sam da djeca na muzikoterapiju, odnosno na samu glazbu reagiraju vrlo pozitivno te da im uistinu pomaže pri razvoju znanja i vještina. Važno je naglasiti da jedan tretman muzikoterapije nije dovoljan kako bi se vidio napredak, već je to složen i dugotrajan proces koji u konačnici uistinu vodi do poboljšanja.

8. LITERATURA

1. Barišić, I. (2005). Downov sindrom. *Medicina, 42(41), 69 – 75.*
2. Barker, J. (1999). Singing and music as aids to language development, and its relevance for children with Down syndrome. *Down syndrome mews and update, 1(3), 133 – 135.*
3. Blaži, D., Opačak, I. (2011). Teorijski prikaz dječje govorne apraksije i ostalih jezično – govornih poremećaja na temelju diferencijalno – dijagnostičkih parametara. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 47(1), 49 – 63.*
4. Bulatović Stanišić, S. (2019). Muzikoterapija – Muzika kao lijek. *Varaždinski učitelj – digitalni stručni časopis za odgoj i obrazovanje, 2(2), 129 – 139.*
5. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2008). *Kako pomoći djeci glazbom? Paedomusicotherapia.* Zagreb: Birotisak d.o.o.
6. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. i Burjan, J. (ur.). (2011). *Muzikoterapija. Pomozimo si glazbom.* Zagreb: Music play.
7. Bruscia, K. E. (1988). A survey of treatment procedures in improvisational music therapy. *Psychology of music, 16, 1 – 24.*
8. Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy. Third edition.* University Park, Illinois, USA: Barcelona Publishers.
9. Bujas Petković, Z. (2000). Autizam i autizmu slična stanja (pervazivni razvojni poremećaj). *Paediatria Croatica, 44(1), 218 – 222.*
10. Burić Sarapa, K., Katušić, A. (2012). Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz autističnog spektra. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 48(2), 124 – 132.*
11. Darnley.Smith, R., Patey, H. M. (2003). *Music therapy.* London: SAGE Publications Ltd.
12. Davis, W. B., Gfeller, K. E., Thaut, M. H. (2008). *An introduction to music therapy. Theory and practice.* Silver Spring, Maryland, USA: The American Music Therapy Association, Inc.

13. Degmečić, D., Požgain, I., Filaković P. (2005). Music as Therapy. *International review of the aesthetics and sociology of music, 36(2), 287 – 300.*
14. Divljaković, K., Lang Morović, M., Kraljević, M., Matijević, V., Maček Trifunović, Z. (2014). Terapija glazbom i ritmičke slušne stimulacije u radu s hospitaliziranom djecom. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina, 26(1-2), 1 – 11.*
15. Gazibara, D., Živković, I. (2009). Glazba kao terapisko sredstvo. *Sveta Cecilija: časopis za sakralnu glazbu, 79(3/4), 56 – 65.*
16. Gvozdanović Debeljak, A. (2014). Glazbe i boja u funkciji psihoemocionalnog razvoja i kompleksne rehabilitacije. *Media, culture and public relations, 5(2), 186 – 194.*
17. Igrić, Lj. (2004). Tko su djeca s posebnim potrebama? U Lj. Igrič (ur.), *Moje dijete u školi: Priručnik za roditelje djece s posebnim edukacijskim potrebama.* (str. 9 – 16). Samobor: Antun Gustav Matoš d.d.
18. Ivanović, N., Barun, I., Jovanović, N. (2014). Art terapija – Teorijske postavke, razvoj i klinička primjena. *Socijalna psihijatrija, 42(3), 190 – 198.*
19. Jerkov, S. (2011). Kratak istorijat muzikoterapije. *Vaspitanje i obrazovanje. Časopsi za pedagošku terapiju i praksu, 1(1), 82 – 92.*
20. Kirkland, K. (2013). *International dictionary of music therapy.* Hove, East Sussex, UK: Routledge.
21. Kologranić Belić, L., Matić, A., Olujić, M., Srebačić, I. (2015). Jezični, govorni i komunikacijski poremećaji djece predškolske i školske dobi. U J. Kuvač Kraljević (ur.), *Priručnik za prepoznavanje i obrazovanje djece s jezičnim teškoćama.* (str. 64 – 77). Čakovec: ACT PRINTLAB d.o.o.
22. Ljubešić, M. (2005). Obilježja komunikacije male djece s autizmom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 41(2), 103 – 109.*
23. Martinec, R., Šiškov, T., Pinjatela, R. i Stijačić, D. (2014). Primjena psihoterapije pokretom i plesom u osoba s depresijom. *Socijalna psihijatrija, 42(3), 145 – 154.*
24. Mikas, D., Roudi, B. (2012). Socijalizacija djece s teškoćama u razvoju u ustanovama predškolskog odgoja. *Paediatria Croatica, 56(1), 207 – 214.*

25. Ministarstvo zdravlja RH, Ministarstvo socijalne politike i mladih RH, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta RH, Ured UNICEF-a za Hrvatsku (2018). *Nacionalni okvir za probir i dijagnostiku poremećaja iz spektra autizma u djece dobi 0-7 godina u Republici Hrvatskoj.*
26. O' Donoghue, J. (2017). The observed experiences of music therapy on parent-child interaction for families with children with Down syndrome. *Voices a world forum for music therapy, 17(2).* Pribavljeno 02.05.2020., sa https://doi.org/10.15845/voices.v17i2.892
27. Pehlić, I., Hasanagić, A., Jusufović, N. (2012). Terapijska vrijednost muzike u inkluzivnom radu s osobama s mentalnom razvojnom teškoćom – prikaz slučaja. M. Arnaut (Ur.), *Zbornik radova pedagoškog fakulteta u Zenici* (str. 83 – 92). Zenica: Pedagoški fakultet u zenici.
28. Pienaar, D. (2012). Music therapy for children with Down syndrome: Perceptions of caregivers in a special school setting. *Kairaranga, 13(1), 36 – 43.*
29. Rizvanović, A. (2010). Opće karakteristike Down sindroma u kontekstu boljeg sagledavanja problematike razvoja i mogućnosti ove kategorije djece. U M. Arnaut (Ur.), *Zbornik radova Pedagoškog fakulteta u Zenici* (str. 307 – 328). Zenica: Pedagoški fakultet u Zenici.
30. Rojko, P. (2012). *Glazbenopedagoške teme*. Zagreb: ITG Zagreb.
31. Svalina, V. (2009). Glazboterapija i djeca s posebnim potrebama. *Tonovi, 24(1), 144 – 153.*
32. Škrbina, D. (2013). *Art terapija i kreativnost. Multidimenzionalni pristup u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji.* Zagreb: Veble commerce.
33. Vuković, D., Vrbić, T., Pucko, S., Marciuš, A. (2014). *Down sindrom, vodič za roditelje i stručnjake.* Zagreb: Kerschoffset d.o.o.