

Glazbena edukacija djece s posebnim potrebama

Borovec, Matea

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:372826>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ**

**MATEA BOROVEC
ZAVRŠNI RAD**

**GLAZBENA EDUKACIJA DJECE S
POSEBNIM POTREBAMA**

Petrinja, rujan 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(Petrinja)**

PREDMET: METODIKA GLAZBENE KULTURE

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Matea Borovec

**TEMA ZAVRŠNOG RADA: GLAZBENA EDUKACIJA DJECE
S POSEBNIM POTREBAMA**

MENTOR: dr. sc. Jelena Blašković, predavačica

Petrinja, rujan 2016.

SADRŽAJ

Sažetak	1
Summary	2
UVOD	3
1. TKO SU DJECA S POSEBNIM POTREBAMA	4
1.1. Promjene u pristupima odgoju i obrazovanju djece s posebnim potrebama	5
1.2. Pedagoška opservacija	5
1.3. Kompetencije odgojitelja i učitelja u radu s djecom s posebnim potrebama	6
2. GLAZBA U EDUKACIJI DJECE	7
2.1. Utjecaj glazbe na pojedinca	7
2.2. Neurološki aspekti glazbenog procesuiranja	7
2.3. Glazbene sposobnosti i glazbeni razvoj pojedinca	7
3. GLAZBOTERAPIJA	9
3.1. Načela glazbene terapije	11
3.1.1. Načelo slušanja	11
3.1.2. Načelo promatranja	11
3.1.3. Načelo upijajućeg uma	12
3.1.4. Načelo kretanja	12
3.1.5. Načelo elemenata glazbe	12
3.1.6. Načelo postupnosti	13
3.1.7. Načelo četiri stupnja	14
3.1.8. Načelo glazbeno-scenskog izraza	14
4. RAZLIČITI PRISTUPI I METODE U GLAZBOTERAPIJI	15
4.1. Aktivne metode glazboterapije	15
4.2. Strukturirani improvizacijski modeli glazboterapije	16
4.2.1. Orffova metoda glazboterapije	16
4.2.2. Glazbena psihodrama	18
4.2.3. Eksperimentalna improvizacijska glazboterapija	19
4.3. Nestrukturirani improvizacijski modeli glazboterapije	20
4.3.1. Kreativna glazboterapija (Nordoff-Robbinsova metoda glazboterapije)	20
4.3.2. Paraverbalna glazboterapija	21
4.3.3. Integrativna improvizacijska glazboterapija	21
4.3.4. Razvojni terapijski odnos	22
4.3.5. Slobodna improvizacijska glazboterapija	22
4.4. Pasivne (receptivne) metode glazboterapije	23

4.4.1. Pozadinska glazba	23
4.4.2. Metoda Musica Medica – glazba i vibracija	23
5. UTJECAJ GLAZBE NA DJECU S DOWN SINDROMOM.....	25
5.1. Sindrom Down	25
5.1.1. Kliničke promjene.....	25
5.1.2. Senzomotorni razvoj	26
5.1.3. Govorno-jezični razvoj	27
5.1.4. Spoznajni razvoj.....	27
5.1.5. Socioemocionalni razvoj.....	28
5.1.6. Sposobnosti učenja djece sa sindromom Down	28
5.1.7. Uključivanje djece s Down sindromom u predškolske i školske programe	29
5.2. Glazbeno-plesne igre kao terapija i rehabilitacija.....	29
6. ZAKLJUČAK	34
7. LITERATURA	35
KRATAK ŽIVOTOPIS	36
Izjava o samostalnoj izradi rada.....	37

Sažetak

Glazba je sastavni dio života pojedinca, a na slušatelja ima fizički, emocionalni i kognitivni utjecaj. Smatra se da svako dijete posjeduje određene glazbene sposobnosti, a na njihov razvoj utječu razni čimbenici. Glazbena terapija razvila se djelovanjem glazbe na osobe s teškoćama socijalne integracije. Kada se glazboterapija koristi u radu s djecom, ona je veliki motivator jer stvara interesantniju i radosniju okolinu da dijete nije svjesno terapijskog smisla. Moguće ju je promatrati sa znanstvenog i terapijskog stajališta. Glazbenom terapijom pokušavaju se postići pozitivne promjene u mentalnom i fizičkom stanju pojedinca. Načela glazbene terapije predstavljaju temelje grupne i individualne glazbene terapije. U grupnu terapiju trebalo bi uključivati djecu bez teškoća u razvoju kako bi se olakšala i ubrzala socijalizacija, a djeca bez teškoća će prije prihvatiti djecu s teškoćama. U sklopu glazbene terapije koriste se aktivne metode, koje se odnose na aktivno sudjelovanje pojedinca u glazbenim aktivnostima i pasivne metode, koje se odnose na susrete pojedinaca s glazbom putem slušanja. Aktivnim metodama pripadaju improvizacijski modeli glazbene terapije koji se dijele na strukturirane metode, među kojima je najistaknutija Orff metoda glazboterapije i nestrukturirane metode, među kojima se ističe Kreativna metoda glazboterapije. Djeca s Down sindromom često imaju teškoće u auditivnoj, vizualnoj i prostornoj obradi te zastoje u motoričkom razvoju, ali i teškoće u jezično-govornome razvoju. Istraživanja su pokazala pozitivan utjecaj glazbe i glazbeno-plesnih igara na djecu s Down sindromom te na poboljšanje njihovih sposobnosti.

Ključne riječi: *djeca s posebnim potrebama, Down sindrom, glazba, glazbena terapija.*

Summary

Music is an integral part of life for individual, and has a physical, emotional and cognitive impact on listener. It is believed that every child has a certain musical abilities and their development is influenced by different impacts. Musical therapy has been developed by the influence of music on people with difficulties in social integration. When music therapy is used with children, it is a great motivator it creates a more interesting and joyful environment in which the child is not aware of the therapeutic cause. It can be observed from a scientific and a therapeutic point of view. Through musical therapy is trying to achieve positive changes in mental and physical condition of the individual. The principles of music therapy are based on group and individual music therapy. The group therapy should include children without disabilities in order to facilitate and speed up the socialization as well as children without disabilities would easier accept children with disabilities. As part of musical therapy are active methods which are related to the active participation of the individuals in musical activities. On the other hand, passive methods are applied to individual meetings with music by listening. In active methods belong improvisational musical therapy models which are divided into structured methods, most notably Orff method of musical therapy and unstructured methods, among which is Creative method of musical therapy. Children with Down syndrome often have difficulty in auditory, visual and spatial processing, and delay in motorical development, but also the difficulties in language-speaking-world development. Some researchs have shown the positive impact of music and music-dance games on children with Down syndrome and on improving their skills.

Keywords: *children with special needs, Down syndrome, music, music therapy.*

UVOD

Glazba na svakog čovjeka djeluje različito. Ona djeluje na čovjekovo raspoloženje, emocije, komunikaciju, potiče na pokret i ples. Glazbu i njene elemente trebalo bi početi primjenjivati već kod sasvim male djece. Da bi se potaklo na slušanje i probudila pozornost na nešto novo, važno je pravilno odabirati glazbu, ne samo klasičnu nego i dječje kompozicije koje izvode djeca. Iako je slušanje glazbe dobro, pretjerano slušanje ipak djeluje štetno (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010). Howers (b.g., Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010) smatra da je glazbu moguće doživjeti na tri načina, a ljude prema tome dijelimo u tri skupine. Prvi su cecilijanci koji glazbu primaju kao niz zvukova, dakle isključivo osjetilno. Dionizijci ju primaju većinom emocionalno i posljednji su apolonijci koji ju primaju racionalno, ali i dvojako – osjetilno i emocionalno. Slušanjem glazbe može se utjecati na obujam i ritam disanja, izmjenu tvari i krvni tlak, rad i umor mišića. U pristupu djeci s teškoćama u razvoju, zvuk je osnovno sredstvo. Pomoću njega dijete uči razlikovati zvuk od tišine. Kod susreta djeteta i glazbenog terapeuta sa zvukom, bitno je da ono shvati odslušano kao oblik ljudske komunikacije. Glazbena terapija je znanstvena disciplina koja se razvila djelovanjem glazbe na osobe s teškoćama socijalne integracije. Utjecaj glazbe i ostalih ritmičkih aktivnosti najznačajniji je do osamnaeste godine. Glazba i njeno uvođenje u školske aktivnosti vrlo pozitivno utječu na motivaciju, učenje i ponašanje. S dva mjeseca djeca su već sposobna pogoditi visinu, glasnoću i melodijski obris majčine pjesme, a s 4 mjeseca već mogu pogoditi i ritmičku strukturu. Ako se želi postići da dijete bude inteligentnije, potrebno mu je pružiti što više poticaja putem glazbe, pokreta i umjetnosti. Pregledom stotina empirijskih istraživanja koja su objavljena između 1972. i 1992., utvrđeno je da se glazbenom poukom poboljšava sposobnost svladavanja čitanja, jezika, uključujući i strani jezik, matematike i opći školski uspjeh. Također, glazba pojačava kreativnost, podiže samopouzdanje, potiče razvoj perceptivno-motoričkih vještina i psihomotorike (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010). Kako bi se na konkretnom primjeru vidjelo na koji način glazba utječe na djecu s određenom teškoćom, u nastavku je opisan sindrom Down te je prikazano istraživanje u kojem je dokazan pozitivan utjecaj glazbe na unapređenje djetetovih sposobnosti.

1. TKO SU DJECA S POSEBNIM POTREBAMA

Kako bi se uopće moglo govoriti o djeci s posebnim potrebama potrebno je najprije objasniti razliku između djece s teškoćama i djece s posebnim potrebama. Slijepa, slabovidna, gluha i nagluha djeca, djeca s poremećajima govora, glasa i jezika, djeca s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima, djeca s poremećajem pažnje i sa smetnjama u ponašanju, autistična djeca te djeca sa sniženim intelektualnim sposobnostima i specifičnim teškoćama učenja ubrajaju se među djecu s teškoćama. U drugu kategoriju, kategoriju djece s posebnim potrebama ne ubrajaju se samo djeca s teškoćama, nego i darovita djeca. Odgojiteljima i učiteljima takva su djeca svojevrsni izazov, a razlog tome je najčešće osjećaj nekompetentnosti. Upravo zato, rad s djecom s posebnim potrebama od odgojitelja i učitelja zahtijeva cjeloživotno obrazovanje. Izričito je važno dobro poznavanje uzroka oštećenja, metodike rada, korištenje brojnih specifičnih nastavnih pomagala te dobro razvijene socijalne kompetencije radi sprječavanja mogućih emotivnih i socijalnih teškoća djece i učenika s posebnim potrebama. Kao što je i prethodno navedeno, među učenike s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama ubrajaju se sva djeca koja imaju znatno veće teškoće u učenju od svojih vršnjaka, ali i darovita djeca koja trajno postižu natprosječne rezultate koji su uvjetovani visokom razvijenošću pojedinih sposobnosti, osobnom motivacijom i izvanjskim poticajima. Upravo zbog toga, i jedni i drugi zahtijevaju posebnu odgojno-obrazovnu podršku (Zrilić, 2011).

Spomenute teškoće dijele se na određene vrste, a prema orijentacijskoj Listi vrsta i stupnjeva teškoća u razvoju one su sljedeće: oštećenje vida, oštećenje sluha, poremećaji govorno-glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju, tjelesni invaliditet i kronične bolesti, mentalna retardacija, poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima ili progredirajućim psihopatološkim stanjem, autizam, postojanje više vrsta i stupnjeva teškoća u psihofizičkome razvoju (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

1.1. Promjene u pristupima odgoju i obrazovanju djece s posebnim potrebama

Problem obrazovanja djece s posebnim potrebama ne tako davno, rješavao se smještajem djece u posebne ustanove što se pokazalo nekorisnim jer su u tim ustanovama metode rada vrlo često bile neprilagođene, ispod razine njihovih mogućnosti, čime nisu bili iskorišteni djetetovi potencijali koji su potrebni za uspješnu integraciju u školsku sredinu (Zrilić, 2011). Takvo odvajanje djece s teškoćama u razvoju ima negativne posljedice i na osobe bez teškoća koje odrastaju i žive u grupama sebi sličnih pa ne nauče prepoznavati i uvažavati različitosti i vrijednosti koje ima osoba s teškoćama u razvoju. Zbog toga dolazi do formiranja raznih predrasuda i isticanja neuspješnih područja. Djetetovi nedostaci u prvome su planu, postavljaju se niska očekivanja, mogućnost dovođenja do niskog samopouzdanja djeteta i socijalnog odbacivanja od strane druge djece, teško rješavanje oznake kategoriziranosti, pogrešno kategoriziranje, a kategorije su čest izgovor za izdvajanje djece iz redovitih razreda. To su negativne strane kategorizacije. No, unatoč tome, ona ima i nekih pozitivnih strana kao što su: da njezino određivanje može pomoći kod planiranja tretmana, dovodi do zaštitničkog odnosa od strane druge djece, pomaže boljoj komunikaciji među stručnjacima itd. Integracija djece s posebnim potrebama u redoviti odgojno-obrazovni sustav potporu je pronašla u zahtijevanju prava na jednak odgoj i obrazovanje za sve ljude. Zahtjevi su brzo prerasli u zakonske odredbe kojima se obrazovanje ozakonjuje kao integrirano školovanje djece s teškoćama u razvoju i djece bez teškoća. Takav zakon pojavio se u Švedskoj i nekim skandinavskim zemljama 60-ih godina 20. stoljeća, dok se u Hrvatskoj pojavio 1980. godine (Zrilić, 2011).

1.2. Pedagoška opservacija

Dijete koje ima određene teškoće moguće je uočiti tijekom utvrđivanja psihofizičkog stanja djeteta i njegove spremnosti za školu. Ukoliko je teškoća kod djeteta uočena ranije (npr. u vrtiću), tada roditelj donosi kompletnu dokumentaciju o dijagnostici. Teškoća kod djeteta može biti primijećena i prije polaska u vrtić, pa tada uključivanje djeteta zahtijeva drugačiji postupak. Potrebno je provesti inicijalni razgovor s roditeljima tijekom kojeg se prikupljaju anamnestički podaci, medicinska dokumentacija te način i rezultati tretmana. Dijete se tada uključuje u primjerenu

odgojnu skupinu vodeći računa o vrsti i težini oštećenja te je neophodna izrada individualnih programa za dijete s posebnim potrebama, dopunjavanje i izmjena tih programa na temelju praćenja razvoja djeteta (Zrilić, 2011).

1.3. Kompetencije odgojitelja i učitelja u radu s djecom s posebnim potrebama

Za uspješno uključivanje djece s posebnim potrebama u redoviti odgojno-obrazovni sustav nužno je dodatno profesionalno usavršavanje odgojitelja i učitelja koji će to dijete doživjeti kao izazov i novi interes u radu. Odgojitelj je taj koji treba stvoriti pozitivno ozračje, djetetu pružiti osjećaj sigurnosti, prihvaćenosti i poštovanja i omogućiti djetetu s posebnim potrebama doživljavanje uspjeha. Također je i vrlo bitan faktor u odgoju i obrazovanju djece s posebnim potrebama jer oni djecu promatraju, bilježe zapažanja te kasnije sa stručnjacima planiraju rad s djecom. Boljoj integraciji djece s posebnim potrebama odgojitelji mogu pridonijeti ukoliko unaprijed upoznaju prirodu djetetove smetnje, ali i njegove jake strane, pripreme ostalu djecu na dolazak djeteta s posebnim potrebama, ako predvide moguće reakcije druge djece i sl. Odgojitelj u radu s djecom s posebnim potrebama ima određene zadatke koje bi trebao izvršavati. Trebao bi uočavati i prepoznavati poteškoće, proučavati dokumentaciju o djetetu, pravilno pristupiti djetetu, pripremiti drugu djecu na dolazak djeteta s posebnim potrebama i objasniti im kako mu mogu pomoći, stalno se usavršavati kroz razne seminare, predavanja, surađivati sa stručnjacima i roditeljima djeteta s posebnim potrebama, ali i roditeljima druge djece. Djetetovo vodstvo nužno je slijediti, služiti se njegovim emocijama i uključivati ga u interakciju, a odgojitelji i učitelji dužni su postavljati osnove za gestikulacijsku i verbalnu komunikaciju i simboličku igru. Kako bi se svi složeni zadaci uspješno riješili, važna je usmjerenost na timski rad odgojitelja i učitelja sa stručnim suradnicima i roditeljima (Zrilić, 2011).

2. GLAZBA U EDUKACIJI DJECE

2.1. Utjecaj glazbe na pojedinca

Glazba je sve do danas ostala sastavni dio čovjekova života i kulture, a u filozofiji se smatra najvišim oblikom umjetničke kreacije. Glazbom se na slušatelja može djelovati na razne načine, kao što su promjena raspoloženja, izazivanje osjećaja ravnoteže, sreće, ugone, ali i nemira, nelagode i tuge (Rojko, 1982). Kakav će biti učinak glazbe najviše ovisi o tonalitetu, intenzitetu i boji zvuka. Glazbenim podražajima moguće je postići mnoštvo somatskih promjena kao što su povišenje krvnog tlaka, znojenje, usporavanje srčane aktivnosti itd. (Costa-Giomi i sur. 1999, navedeno u Škrbina, 2013). Thompson i sur. (2001, navedeno u Škrbina, 2013) navode kako je sama srž teorije u praksi glazboterapije vjerojatno u mogućnosti da glazba utječe na raspoloženje i osjećajne reakcije kod pojedinaca. Spomenuti utjecaj glazbe na raspoloženje i pobuđenost može se mjeriti uzevši u obzir promjene u električnoj vodljivosti kože, promjeni pulsa, brzini disanja i sl. (Škrbina, 2013).

2.2. Neurološki aspekti glazbenog procesuiranja

Glazba ima fizički, emocionalni i kognitivni utjecaj pa osoba kad sluša glazbu ne reagira samo na zvuk (Pinel, 2002). U kasnijim stadijima trudnoće razvijaju se oni dijelovi mozga koji se bave procesuiranjem glazbe. Oni se sastoje od razgranatog neurološkog sustava koji je raširen po cijelom mozgu i koji ima određena specijalizirana područja koja se bave raznim oblicima glazbenog ponašanja. Za procesiranje jezika kao što su govor, čitanje, pisanje i računanje aktivnija je lijeva hemisfera mozga, dok je desna hemisfera superiorna u glazbenim sposobnostima, emocionalnoj percepciji, te snalaženju u prostoru (Pinel, 2002).

2.3. Glazbene sposobnosti i glazbeni razvoj pojedinca

Glazba ima važnu ulogu u razvoju svakog pojedinca. Djeca se vrlo brzo nakon rođenja okreću prema mjestu od kud zvuk dopire, a već sa šest mjeseci oni su u mogućnosti slušati melodije i prepoznavati već poznate (Trehub i sur., 1985, navedeno u Škrbina, 2013). Prema Gordonu (1990) svako dijete posjeduje određene

glazbene sposobnosti, 68% njih rađa se s prosječnim, a po 16% s ispod ili iznad prosječnim glazbenim sposobnostima. No, za njihov razvoj vrlo je važan i utjecaj okoline. Postoje određena stajališta s kojih je moguće promatrati glazbeni razvoj kod djece. Što se tiče perceptivnog razvoja, središnje mjesto zauzima opažanje tona, melodije, ritma, harmonije i tonaliteta, a s njim je povezan kognitivni razvoj koji se odnosi na proučavanje formiranja glazbenih pojmova. Nadalje, afektivni razvoj odnosi se na sposobnosti estetskog procjenjivanja, preferencija i glazbenog ukusa. Četvrto stajalište bavi se razvojem vokalnog reagiranja, a istraživanje motoričkih komponenti glazbenog razvoja je vrlo zanimljivo za određivanje spremnosti djeteta za polaganje raznih glazbenih programa (Mirković-Radoš, 1996).

3. GLAZBOTERAPIJA

Još od davnina glazba i medicina usko su povezane, iz vremena magijske medicine plesom, udaraljka i pjevanjem. Često se postavlja pitanje što to čini glazbu terapijskim sredstvom. Odgovor na to su vibracije zvuka koje djeluju na sve procese u mozgu, a time utječu na kognitivne, emocionalne i tjelesne funkcije. Pjevanje također može na sličan način utjecati na tijelo tako što ga opušta ili osnažuje (Škrbina, 2013). Glazboterapiju se može promatrati s dva stajališta, terapijskog i znanstvenog. Sa znanstvenog stajališta ona je grana znanosti koja se bavi istraživanjem kompleksa zvukova koji su srodni čovjeku i otkriva njihove dijagnostičke parametre i terapijsku primjenu. S terapijskog stajališta to je disciplina koja glazbu, pokret i zvuk koristi kako bi postigla povratne efekte i otvorila komunikacijske kanale da bi se započeo i ostvario proces osposobljavanja pacijenta za bolje funkcioniranje (Škrbina, 2013). Glazboterapija se opisuje kao psihoterapijska metoda u kojoj receptivna glazboterapija tj. slušanje glazbe i aktivna glazboterapija, odnosno kombinacija pjevanja, pokreta i sviranja instrumenta predstavljaju medij za funkcionalnu upotrebu glazbe. Terapijom se pokušavaju postići pozitivne promjene u mentalnom i fizičkom zdravlju pojedinca. Prema Buntu (1994), glazboterapija je upotreba zvukova i glazbe u odnosu pojedinca i terapeuta u kojem se želi potaknuti emocionalna, duhovna, socijalna, mentalna i fizička dobrobit. Terapeut u tom procesu pokušava pomoći pacijentu da poboljša, zadrži ili uspostavi stanje blagostanja pritom koristeći glazbena iskustva i odnose koji se razvijaju unutar njih. Glazboterapijom je moguće postići kliničke i terapijske ciljeve koji nisu povezani s glazbenim obrazovanjem pa je moguće reći da je primjenjiva kod različitih stanja kao što su: kod starijih osoba, u terapiji boli, kod osoba s oštećenjem mozga, depresivnih stanja, kod osoba s intelektualnim poteškoćama, autizmom itd. Glazboterapija je i socijalna aktivnost koja pojačava samopouzdanje i razvija svjesnost i identitet. Kada se koristi s djecom je veliki motivator, prvenstveno zbog toga što stvara interesantniju i radosniju okolinu za dijete u kojoj ono nije svjesno terapijskog smisla. Glazbeni trenutak prožet je tonskim, ritmičkim i dinamičkim elementima koji se uzajamno prožimaju (Škrbina, 2013).

Prema osobama s teškoćama u razvoju postoje različite reakcije, prihvatanje i neprihvatanje i upravo zbog toga Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2010) smatraju da bi glazbena terapija mogla biti od velikog značaja, jer je ona kao specifični estetski i

informatijski nosilac, uvijek vezana za društveni realitet. Psihosocijalni udio u znanosti o bolestima je prisutan, a može biti i uzrok smetnjama pa od tog gledišta proizlazi primjena glazbene terapije. Iz toga također proizlazi i činjenica da teškoće možemo prepoznati i dijagnosticirati samo ako ih uzmemo u obzir. Osnovne glazbene terapijske tehnike su improvizacijska tehnika koja uglavnom uključuje ritmička glazbala i Orffov instrumentarij, terapija plesom, aktivno slušanje glazbe, vođenja imaginacija koja se odnosi na izazivanje vizija i osjećaja određenom glazbom i pjevanje koje se odvija bez obzira na sposobnosti, a uključuje i razgovor o tekstu otpjevane pjesme. Glazbena terapije djece obuhvaća glazbenu terapiju kod djece s teškoćama, produljenje koncentracije, glazbenu terapiju kao prevenciju kod djece s teškoćama, ublažavanje nedostataka koji se javljaju u govoru i problema dišnih puteva, poticanje kreativnosti kod djece koja imaju problema s komunikacijom, razvijanje svijesti o sebi i drugima, poticanje na učenje i samostalnost, unapređivanje motoričke usklađenosti i memorijskih sposobnosti te utjecaj na glazbeni ukus pojedinca (Breitenfeld i Majsec Vrabanić, 2010).

Za razvoj glazbene terapije važan je njezin odnos s pedagogijom, a naročito s rehabilitacijom. Glazbena terapija potiče razvoj i usavršavanje svih djetetovih sposobnosti, a pritom ne pridajući pažnju samo jednom oštećenju. Kod odabira glazbe koja se koristi u terapijske svrhe mora se voditi računa da bude odabrana na odgovarajući način, ali i prilagođena, naročito što se tiče duljine. Kako bi se dobio najbolji učinak, potrebno je pažljivo promatrati djetetov odgovor na glazbeni poticaj. Kako se rehabilitacijske i glazbeno terapijske djelatnosti ne bi preklapale već nadopunjavale, potrebno je zajednički oblikovati plan i program. Tako na primjer, dok dijete s teškoćama svira na različitim instrumentima, ono vježba finu motoriku prstiju, a istodobno će mu to biti od velike pomoći kod učenja početnog pisanja s rehabilitatorom. Također, pjevajući vokale i razne brojalice, dijete će u rehabilitaciji lakše svladati čitanje. Treba upamtiti da se jedino individualnim, multidisciplinarnim pristupom može postići uspjeh, a to će pomoći i djetetu i njegovom samopouzdanju, ali i roditeljima da se lakše suoče s problemima djeteta (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

3.1. Načela glazbene terapije

Breitenfeld i Majsec Vrbanić, (2010) navode osam načela koja su osmislili tijekom dugogodišnjeg rada s djecom s teškoćama u razvoju i primjenom Montessori pedagogije. Načela predstavljaju temelje grupne i individualne glazbene terapije. U grupnu terapiju bilo bi dobro uključivati djecu bez teškoća u razvoju zbog načela *upijajućeg uma*. Time se olakšava i ubrzava socijalizacija, a djeca bez teškoća će u ranijoj dobi prihvatiti djecu s teškoćama. Uz već navedeno načelo *upijajućeg uma*, u osam načela glazbene terapije ubrajaju se i *načelo slušanja*, *načelo promatranja*, *načelo kretanja*, *načelo elemenata glazbe*, *načelo postupnosti*, *načelo četiri stupnja* i *načelo glazbeno-scenskog izraza*.

3.1.1. Načelo slušanja

Osnovno sredstvo glazbene terapije u pristupu djetetu s teškoćama u razvoju je zvuk. Slušanje se odnosi na primanje i obradu informacija preko slušnog sustava, a slušni podražaji koji su u obliku uzdužnih zvučnih valova različitih frekvencija primaju se pomoću uha. Na kognitivne frekvencije kao što su mišljenje i pamćenje utječu zvukovi visoke frekvencije, oni srednje frekvencije stimuliraju srce, emocije i pluća, dok zvukovi niskih frekvencija na pojedinca djeluju na umirujuć način, osobito na motoriku. Kako bi dijete s teškoćama u razvoju naučilo slušati, vrlo je važno s njime provoditi glazbenu terapiju koja bi se najvećim dijelom sastojala od slušanja različitih glazbala. Nakon toga valjalo bi slušati kratke glazbene motive i kratke skladbe, ali ne dulje od jedne do dvije minute (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

3.1.2. Načelo promatranja

Već spomenuta Montessori pedagogija nastala je upravo iz neposrednog promatranja djeteta. Montessori (b.g., Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010) je smatrala da se pojedincu i grupi pristupiti može isključivo promatranjem, a ono za cilj ima što veću prilagodbu djetetu i njegovim razvojnim razdobljima. Vođenje djeteta od strane terapeuta zahtijeva takav način da dijete uvijek može zatražiti pomoć terapeuta, ali da njegova prisutnost nije pretjerana. U slučaju česte potražnje za pomoći, terapeut bi se trebao zapitati o primjerenosti glazbala koje je odabrao. No, prije početka glazbene

terapije obavlja se prikupljanje informacija o djetetu i njegovoj okolini. Na temelju tih informacija i učestalog promatranja djeteta dobiva se uvid u mogućnosti planiranja individualne i grupne glazbene terapije. Velik broj djece s teškoćama u razvoju ima kratkotrajnu pozornost, a samostalno stvaranje zvuka je često prvo što dijete uspije samo izvesti (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

3.1.3. Načelo upijajućeg uma

Djetetov um u početku sve preuzima iz okoline i to uglavnom u cjelinama. Kao što upija osjetilne utiske (vidne, slušne, mirisne, okusne) tako upija i pokret, ali i socijalno ponašanje koje može biti pozitivno i negativno. S vremenom ono uočava i ponašanja u obitelji, mimiku, geste, izraze veselja, radosti, tuge i ljutnje. Za vrijeme kada dijete razvija osjećaje i kada je oslobođeno predrasuda, treba ga upoznavati s djecom različite kronološke dobi i s djecom s različitim poteškoćama. U razdoblju od treće do šeste godine dijete želi opipati sve što je njegov um prethodno upio, a iz tog razloga glazbala pomažu razvoju djetetove makro i mikro motorike i osjetila uha. S vremenom raste i zanimanje za okolinu, a ljubav prema okolini postat će intenzivnija ili će izostati (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

3.1.4. Načelo kretanja

Prema Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2010) glazba i njeni elementi mogu biti snažni poticaji u pokušaju kretanja. U početku se odabiru kratki motivi, različiti u dinamici i tempu. Dijete promatra terapeuta te počinje slijediti način kretanja puzajući, hodajući, trčeći ili stupajući, a zadatak glazbenog terapeuta je i uključiti roditelje, osobito majke. Također mora paziti i na kretanje koje želi da dijete oponaša jer ono mora biti primjereno djetetovoj dobi i mogućnostima. U suprotnom će dijete doživjeti neuspjeh što nije dobro.

3.1.5. Načelo elemenata glazbe

Prvi puta na glazbenoj terapiji potrebno je za početak provjeriti opaža li dijete zvuk. Da bi ono to moglo shvatiti potrebno mu je kratkotrajno pamćenje, vidno i slušno

praćenje i razlikovanje. Zatim slijede vježbe u kojima dijete pokušava slijediti dinamiku (tiho/glasno), ali oponašanjem. Kako bi dijete uspjelo usvojiti ove pojmove, potrebno mu je uz prethodno spomenuto kratkotrajno pamćenje, vidno i slušno praćenje još i motoričko praćenje i razlikovanje, sposobnost ritmičkog podražavanja i okulomotorna koordinacija. Sljedeći na redu element glazbe je tempo, a dijete ga najlakše oponaša uz brzo i polagano kretanje. Za ovaj element djetetu je potrebno kratkotrajno pamćenje i sposobnosti opažanja te mogućnost razlikovanja dvaju različitih podražaja koji su iste kvalitete u vrlo kratkom vremenskom slijedu. Na kraju dijete usvaja pojmove dugo/kratko za što mu je potrebno kratkotrajna memorija, slušno i vidno praćenje te sposobnost razlikovanja vremenski različitih odjeljaka. Senzorna integracija organizacija je osjeta koja je slaba kod djece s teškoćama u razvoju. Ona su prvih nekoliko godina zakinuta za doticaje s okolinom i zbog toga ne razvijaju odgovarajuće osjetilno i motoričko funkcioniranje što rezultira slabijim razvojem. No, senzoričku integraciju moguće je itekako poboljšati uz pomoć glazbe (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

3.1.6. Načelo postupnosti

Odrasli imaju iskustvo i na neki način mogu pretpostaviti kakve će osjete proizvesti, na primjer, dodir s glazbalom. S druge strane, dijete ne posjeduje takva iskustva te ono to treba doživjeti. U početku dijete počinje upotrebljavati prste na način da pomiče i premješta predmete koji su mu nadohvat i za koje pokazuje zanimanje. U ovakvoj situaciji, terapeut može osmisliti aktivnosti s jednostavnim zvečkama koje će dijete moći uhvatiti cijelom rukom, ali i pokušati proizvesti zvuk. Slijedi djetetovo upoznavanje s glazbalima i vježbe različitih hvatova, a naposljetku bi trebalo usvojiti vježbe u kojima istovremeno koristi obje ruke. Dok se dijete upoznaje s glazbalima, istovremeno ga se potiče i da samo pokuša svirati. No, iznimno je važno voditi računa o veličini glazbala i snazi djeteta koja mu je potrebna da bi proizvelo zvuk. Djeca s teškoćama u razvoju često imaju slabije razvijenu mikro motoriku, stoga je od velike pomoći učenje djeteta na rukovanje jednostavnim glazbalima. Predvježbe za početno pisanje biti će uspješnije ako dijete istovremeno sluša glazbu, a ona može biti dobar poticaj i za likovno izražavanje (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

3.1.7. Načelo četiri stupnja

U radu s djecom s teškoćama u razvoju, Seguin (1837, navedeno u Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010) je primjenjivao načelo tri stupnja za lakše usvajanje određenih pojmova. Prvi stupanj odnosi se na imenovanje onoga što se percipira osjetom, drugim stupnjem označava se prepoznavanje, a trećim pamćenje. Spomenuta načela u svome radu trebali bi primjenjivati i glazbeni terapeuti. No, iz razloga što je u glazbenoj terapiji osnovni cilj poticanje razvoja slušanja, razvoja mikro i makro motorike, ovladavanje kretanjem i ravnotežom, potrebno je dodati i četvrti stupanj. Dakle, prvi stupanj odnosi se na imenovanje glazbala ili predmeta kojim terapeut svira ili proizvodi zvuk, drugi stupanj odnosi se na prepoznavanje tih glazbala sluhom, treći stupanj označava imenovanje glazbala, pri čemu se dijete može poslužiti onomatopejom i gestom i četvrti stupanj, odnosi se na samostalno ili potpomognuto sviranje djeteta (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

3.1.8. Načelo glazbeno-scenskog izraza

Widmer (2004, navedeno u Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010) navodi kako se djeca stvarajući kazalište lakše socijaliziraju i postaju osjetljiva na probleme drugih. Razlog tome je sudjelovanje djece s teškoćama u razvoju kazališta. Isti autor navodi osam kvalitetnih obilježja djece koja aktivno sudjeluju u stvaranju takvog kazališta, a to su samostalnost, osjećaj odgovornosti, razvoj osobnog izričaja, jačanje osjećaja samosvijesti, dulja koncentracija, tolerancija, socijalna osjetljivost, solidarnost. Kako bi se to uspješno postiglo bitno je da su u prvom planu želje i mogućnosti sudionika, a to će povećati volju za sudjelovanjem. Zajedničko skladanje pjesmica i osmišljavanje koreografija sa što manjim uplitanjem terapeuta je vrlo dobro. Također, na kraju bi pjevanje, plesanje i muziciranje trebalo izvesti bez sugestija voditelja kako djeca ne bi imala osjećaj pritiska (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010).

4. RAZLIČITI PRISTUPI I METODE U GLAZBOTERAPIJI

U današnje vrijeme, glazboterapija je posebna profesija koja uključuje niz pristupa, filozofija, metoda i intervencija koje su temeljene na glazbi (Škrbina, 2013). U sklopu glazboterapije mogu se koristiti aktivne i pasivne metode. Aktivne se odnose na aktivno sudjelovanje pojedinca u glazbenim aktivnostima kao što je pjevanje, sviranje, pokret, a pasivne metode odnose se na susrete pojedinca s glazbom putem slušanja (Škrbina, 2013).

4.1. Aktivne metode glazboterapije

Improvizacijski modeli glazboterapije pripadaju aktivnim metodama, a zasnivaju se na aktivnom pristupu i glazbenoj improvizaciji. Oni obuhvaćaju niz metoda koja Bruscia (1988, navedeno u Škrbina, 2013) svrstava u dvije skupine. U jednoj skupini nalaze se metode koje su strogo strukturirane i precizno se određuje tijekom svakog susreta i način provođenja glazbene aktivnosti, a među njima najistaknutija je Orff metoda glazboterapije (Orff, 1988, navedeno u Škrbina, 2013). U drugoj skupini javljaju se metode koje nisu strogo strukturirane, najčešće se provode individualno i vrlo malo toga je unaprijed određeno. Kod tih metoda pojedincu je omogućeno usmjeravanje glazbenih aktivnosti u smjeru koji njemu odgovara, dok se terapeut prilagođava situaciji. Među njima, najistaknutija je Kreativna ili Nordoff-Robbins metoda glazboterapije (Nordoff i Robbins, 1977; 1983, navedeno u Škrbina, 2013).

Kako bi uspostavio dobar odnos s pacijentom, terapeut koji koristi glazbenu improvizaciju, nudi širok raspon usklađenih i neusklađenih instrumenata, a za cilj ima upoznavanje pacijenta s glazbom. Iskustvo slušanja vlastite improvizacije jedan je od načina kako potpuno cijeniti dinamiku i potencijal izražavanja koji je prisutan u ovom pristupu. Za razliku od pasivnog slušanja glazbe, aktivno stvaranje ne samo da može utjecati na ljudske misli i osjećaje, već proširuje mentalne sposobnosti, pomaže pri oslobađanju od svakodnevnog stresa usmjeravanjem cjelokupne pažnje i svijesti osobe, a sve to pomaže boljem emocionalnom i psihičkom stanju pojedinca i povećanju motivacije. Ono također omogućuje da se izjasne osobni interesi, izraze emocije, individualnost i da se dobije osjećaj vrijednosti. Stvaranje glazbe pojedincu pruža osjećaj pripadanja, osjećaj vrijednosti i važnosti. Sutton (1993, navedeno u

Škrbina, 2013) i Tomatis (1991, navedeno u Škrbina, 2013) za povećanje slušne osjetljivosti predlažu glazbeno slušanje i glazbeno stvaranje, ali i kao pomoćno sredstvo kod govornih poteškoća. Stvaranje glazbe je aktivnost koja zahtijeva precizne slušne i motorne vještine tempiranja pa predstavlja i potencijalno oruđe kao pomoćno sredstvo u tom području. Ono je i multisenzorna aktivnost, kao vrijedna forma učenja za dislektičnu djecu i djecu s drugim teškoćama (Škrbina, 2013).

Postoje strukturirani i nestrukturirani improvizacijski modeli glazboterapije. U strukturirane se ubrajaju: Orffova metoda glazboterapije, glazbena psihodrama, eksperimentalna improvizacijska glazboterapija, metaforička glazboterapija, a nestrukturiranim modelima pripadaju: kreativna glazboterapija (Nordoff-Robbinsova metoda glazboterapije), analitička glazboterapija, paraverbalna glazboterapija, integrativna improvizacijska glazboterapija, razvojni terapijski odnos, slobodna improvizacijska glazboterapija. U nastavku su pobliže objašnjeni oni modeli koji se koriste u radu s djecom (Škrbina, 2013).

4.2. Strukturirani improvizacijski modeli glazboterapije

4.2.1. Orffova metoda glazboterapije

Ova metoda nastala je na inicijativu Theodora Hellbrüggea, njemačkog liječnika koji je proučavao rane simptome razvojnih odstupanja i dijagnostičkih instrumenata, pomoću kojih bi se mogle ustanoviti poteškoće u razvoju kod djece mlađe dobi. Smatrao je da mu uz medicinu, psihologe, pedagoge, psihoterapeute, pedijatre i socijalne radnike, treba i pomoć glazbenog terapeuta. Želio je djeci s posebnim potrebama omogućiti uključivanje u glazboterapiju, a u tome mu je pomogla Gertruda Orff, supruga Carla Orffa, koji je smatrao da se dječje glazbene aktivnosti trebaju provoditi u atmosferi koja nije natjecateljska i da djeca u tim aktivnostima sudjeluju zbog toga što osjećaju zadovoljstvo dok ih izvode (Svalina, 2009). Sredstva koja se koriste u Orffovoj metodi glazboterapije su pjevanje, sviranje na instrumentima, mimika i geste, te pokreti, ritam i ples. Ova metoda je aktivni oblik glazboterapije koji koristi dječje sposobnosti i vještine bez obzira imaju li ona neke poteškoće u razvoju ili ne. Orffovu metodu karakterizira interaktivno i multisenzorno djelovanje, a ono je posljedica korištenja navedenih sredstava u različitim

kombinacijama, npr. u Orff-glazboterapiji pokret se vrlo često kombinira s nekim drugim glazbenim sredstvom. Pokret se često pojavljuje spontano, primjerice dok pjevaju, pričaju priču. Stoga je upravo dječji pokret pokazatelj prihvaćanja glazbe, i upravo je komunikacija pokretom djetetu najbliža i najznačajnija (Sam, 1998). Djeca, osobito ona jasličke i vrtičke dobi, dok slušaju najčešće plešu, a to se naziva senzomotoričkim slušanjem. Ono je temeljeno na činjenici da nijedan drugi osjet ne prodire toliko u druga osjetna područja kao što je to slučaj s glazbom. Ovoj vrsti slušanja pripada i sklonost osobe da uz slušanu glazbu stvara određene motoričke asocijacije, kao što su: glazba zvuči „kao uspavanka“, „kao za ples“ i sl. (Rojko, 1996). Življa glazba može potaknuti neke grube motoričke aktivnosti kao što su trčanje, skokovi i pokreti cijelim tijelom. Ritam se kao važno sredstvo prenosi i u druga područja pa se tako, npr. periodičko ponavljanje ne mora samo čuti, moguće ga je i naslikati, napisati ili otplesati. Pojedini elementi iz ovog pristupa su temeljeni na različitim teorijama ritma, a Lundin (1985, navedeno u Škrbina, 2013) ih svrstava u tri skupine, a to su: instinktivne teorije ritma, fiziološke teorije ritma i motoričke teorije ritma. Seashore (1938) smatra da je ritam instinktivna namjera za grupiranjem preciznih osjetilnih impresija s obzirom na trajanje i intenzitet. Ritam potiče bolju percepciju i pamćenje, uz to pruža i osjećaj ravnoteže, slobode, snage i zanosu. To osobito dolazi do izražaja u ritmičkim akcijama kao što je ples. Zbog svega navedenog može se reći da ritam potiče osjećaj ugone i zadovoljstva (Rojko, 1982). Fiziološka teorija ritma se temelji na periodičnosti fizioloških procesa u organizmu: na kucanju srca, disanju itd. Njezin je predstavnik MacDougall (1903). Lijeno i tromo na čovjeka će djelovati glazba kojoj je brzina ispod brzine pulsa, dok će se brzom doživjeti ona kojoj je brzina veća od brzine pulsa. Ritmičko bubnjanje utječe na električnu aktivnost mozga na način da ga dovodi u rezonantnu frekvenciju s vanjskim podražajima, a sam zvuk je sposoban aktivirati veliki dio mozga. Prema motoričkoj teoriji, ritam shvaćamo i na njega reagiramo zato što je naš muskularni aparat sposoban izvježbati se da reagira ritmički (Rojko, 1982). To mogu potvrditi činjenice da pojedinac reagira muskularno na glazbu i onda kada to nije vidljivo. Orffov instrumentarij čine glazbeni instrumenti koji se koriste u Orff-glazboterapiji, a u njega se ubrajaju: udaraljke s neodređenom visinom tona (zvečka, drvena kutija, štapići, činele, tamburin, praporci, mali bubanj, veliki bubanj, timpani) i udaraljke s određenom visinom tona (zvončići - glockenspiel sopran i alt), metalofon (sopran i alt), ksilofon (sopran, alt i bas), basovi instrumenti. Primjenom navedenih

instrumenata pospješuju se opuštanje i koncentracija, potiče se razvoj osjetilne percepcije (prostorne, taktilne, akustičke i optičke) i koordinacija. Ukoliko netko od djece nije u stanju ili nije raspoložen svirati na nekom od instrumenata, ono se aktivira na način da im je omogućeno slobodno manipuliranje, odnosno igranje instrumentima (Voight, 1999, navedeno u Škrbina, 2013).

Ciljevi Orff-glazboterapije dijele se na specifične i opće. Specifični ciljevi su oni koji ovise o potrebama i obilježjima određenog djeteta i mogu se odrediti tek kada je omogućen uvid u poteškoće određenog djeteta i njegove potrebe. Opći ciljevi su jednaki za svu djecu i uvijek su isti, a odnose se na razvoj dječje razigranosti, spontanosti i kreativnosti (Bruscia, 1988, navedeno u Škrbina, 2013). Parsonovim istraživanjem (1996, navedeno u Škrbina, 2013) dokazano je da za vrijeme 10 minutnog slušanja varijabilnog ritma moguće kod djece poboljšati prostorne sposobnosti za 15%, za razliku od one djece koja su slušala tišinu, jednostavniju melodiju ili određeni kontinuirani ton. Orff-glazboterapiju moguće je provoditi grupno i individualno, iako je grupni rad ipak najčešći oblik rada. Individualno se uglavnom provodi u situacijama kada je pojedinac agresivan ili ako zbog drugih razloga njemu nije primjeren grupni rad. Ova glazboterapija počinje zagrijavanjem, a na taj način pojedinci se pripremaju za glavnu aktivnost. Za to vrijeme potiče se grupna interakcija i međusobno upoznavanje sudionika. Kada je grupa emocionalno, kognitivno i društveno spremna, terapeut potiče glavnu aktivnost na način da prezentira ideje za individualnu i grupnu improvizaciju za čiju je realizaciju moguće koristiti zvuk, ritam, pjesmu, pokret, melodiju, instrument itd., a koji omogućuje pojedincu da stvori spontan i jedinstven odgovor (Škrbina, 2013). U Orff-glazboterapiju uključuju se djeca s raznim razvojnim teškoćama kao što su mentalna retardacija, teškoće u govoru, oštećeni vid i sluh, autistična djeca, a moguće je uključiti i djecu s cerebralnom paralizom (Svalina, 2009; Škrbina, 2013).

4.2.2. Glazbena psihodrama

Forma terapije koja traži resurse unutar pojedinaca i koja uvodi dimenziju nade u terapijski proces naziva se psihodrama, a razvio ju je Moreno (1980; 1984). Ona koristi glazbene improvizacije kao sredstvo za olakšavanje grupnog zagrijavanja i povećanje osobnog angažmana u psihodrami. Glazbenu psihodramu moguće je

definirati i kao spoj glazbene improvizacije, imaginacije i ostalih tehnika glazboterapije s tradicijskom psihodramom. Najvažniji ciljevi psihodrame su razvoj spontanosti i kreativnosti kod pojedinaca jer su one često oslabljene kod onih koji pate od značajnih emocionalnih problema. Glavna veza između glazboterapije i psihodrame je ta da su obje metode akcijske i da direktno uključuju pojedinca kao aktivnog sudionika u tretmanu (Škrbina, 2013). Objе podržavaju razvoj spontanosti i neometano izražavanje emocija. Tijekom tretmana u glazbenoj psihodrami koriste se određene tehnike, a prema Morenu (1999) 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 i glazbena podjela.

4.2.3. Eksperimentalna improvizacijska glazboterapija

U ovoj metodi glazboterapije prakticira se grupni oblik rada, a ona uključuje i glazbu i ples. Ovaj model grupne terapije razvijen je kao metoda poučavanja plesne improvizacije za osobe s teškoćama, no kasnije je prilagođen za širu primjenu (Bruscia, 1987, navedeno u Škrbina, 2013). Model se koristi u terapijske, ali i obrazovne svrhe, a može se koristiti s djecom i odraslima bez obzira postoje li teškoće ili ne. Ciljevi ovog modela glazboterapije su razvoj individualne slobode unutar grupe, unapređenje potencijala za samoizražavanje i kreativnost, razvoj grupnih vještina te poboljšanje sposobnosti kao što su emocionalne, kognitivne, fizičke, socijalne, duhovne i kreativne. Grupa od terapeuta dobiva fokusnu točku na temelju koje će se razviti tema improvizacije. Nakon toga grupa eksperimentira tako što pronalazi različite mogućnosti na zadanu temu (Škrbina, 2013). Kada je improvizacija započela, grupa uglavnom otkriva koja je jačina i dinamika glazbe jako važna. Također se tijekom improvizacije postavljaju specifična pitanja kao što su: „Čiji je zvuk bolji?“, „Tko kontrolira jačinu zvuka u grupi?“. Nakon toga slijedi rasprava o tome što su sudionici otkrili za vrijeme improvizacije te kakav je utjecaj imala improvizacija na grupni proces. Uz raspravu, moguća je i analiza sličnosti i razlika članova pristupu glazbi te utjecaj pojedinca na grupu ili stvaranje glazbe (Bruscia, 1988, navedeno u Škrbina, 2013).

4.3. Nestrukturirani improvizacijski modeli glazboterapije

4.3.1. Kreativna glazboterapija (Nordoff-Robbinsova metoda glazboterapije)

Dugogodišnji timski rad Nordoffa, američkog skladatelja i pijanista i Robbinsa, učitelja djece s posebnim potrebama, rezultirao je osnivanjem kreativne glazboterapije. Ovaj model zapravo je stvoren za djecu s teškoćama u razvoju kao što su djeca s teškoćama u učenju, djeca s autizmom, s motoričkim teškoćama, s intelektualnim teškoćama, s teškoćama u govoru, djeca s teškoćama izražavanja emocija. Kasnije je model prilagođen tako da se može koristiti i u radu s odraslim osobama. Svalina (2009) navodi kako se u ovoj metodi najviše koristi glazbena improvizacija. Njome se gradi odnos između djeteta i terapeuta, a djetetu je pri tome omogućeno aktivno sudjelovanje u glazbenoj interakciji. Ovu metodu moguće je provoditi individualno i grupno. Za vrijeme individualne terapije pacijent uglavnom koristi dva medija, to su najčešće pjevanje i sviranje na bubnju i činelama, ukoliko se ukaže potreba i drugim instrumentima. Što se tiče grupne terapije, u njoj pacijent pjeva, improvizira s različitim vrstama udaraljki i gudačkim instrumentima i sudjeluje u glazbenoj drami koja je posebno sastavljena (Škrbina, 2013).

Kreativna glazboterapija ima tri faze. To su: glazbeni susret, evocirani glazbeni odgovor putem glazbene improvizacije te unapređenje glazbenih sposobnosti, izražajna sloboda, međuodgovornost terapeuta i pacijenta. U prvoj fazi promatraju se pacijentove reakcije na glazbu i nastoji se uspostaviti dobar odnos s pacijentom te istražiti njegove potrebe i interese. U drugoj fazi pojedince se potiče na davanje glazbenih odgovora na način da se uključe u glazbenu improvizaciju, a cilj faze je razvijati glazbeni rječnik te stvaranje glazbenog konteksta unutar kojeg će terapeut i pacijent bolje surađivati. Tijekom treće faze žele se razviti i unaprijediti glazbene sposobnosti, sloboda izražavanja i međuodgovornost između pacijenta i terapeuta (Škrbina, 2013). Kreativna glazboterapija bazirana je na waldorfskoj pedagogiji, čija je posebnost euritmija, a to je umjetnost izražavanja i kretanja koja ima preventivnu, odgojnu i terapijsku ulogu. Škrbina (2013) navodi kako su osnivači ove metode smatrali da svaki pojedinac ima urođenu osjetljivost za glazbu, bez obzira na svoje mentalne i psihičke teškoće. Glavni ciljevi ove metode su izgraditi stabilnu ličnost, povećati slobodu, razviti samoizražavanje, poboljšati komunikaciju i odnose među ljudima, povećati kreativnost (Škrbina, 2013).

4.3.2. Paraverbalna glazboterapija

Paraverbalna glazboterapija je jedna od metoda glazboterapije, a razvila ju je Heimlich (Škrbina, 2013). U njoj se koriste verbalni i neverbalni komunikacijski kanali. Mogu se koristiti i različiti ekspresivni mediji kao što je vizualni govor, glazba, pantomima, pokret. Ovom metodom žele se zadovoljiti ekspresivne, terapijske i komunikacijske potrebe pacijenata. Koristi se kod pojedinaca kod kojih su prisutni emocionalni ili komunikacijski problemi, a koji ne reagiraju na verbalne terapijske metode. U ovu metodu uključeni su pojedinci s različitim dijagnozama, emocionalne smetnje, autizam, intelektualne teškoće i dr. Četiri glavna postupka čine paraverbalnu glazboterapiju, a to su: *promatranje, upravljanje aktivnošću, promjena i susret* (Heimlich, 1983, navedeno u Škrbina, 2013). Terapeut promatra odgovor pojedinca na podražaj, a pacijent se promatra prije svake intervencije, tijekom i nakon nje. Postoji nekoliko aktivnosti koje se koriste u paraverbalnoj glazboterapiji, a neke od njih uključuju improvizacijske ritmičke dijaloge, improvizacijske priče, improvizacijsko pjevanje, zajedničko sviranje, mimiku, igranje igrice i dramske aktivnosti (Heimlich, 1972, navedeno u Škrbina, 2013). Terapeut bilježi reakcije, sklonosti i terapijske potrebe pojedinca, a te informacije često pokazuju potrebu za promjenom medija (Bruscia, 1988, navedeno u Škrbina, 2013).

4.3.3. Integrativna improvizacijska glazboterapija

Dugogodišnji rad s djecom s različitim dijagnozama kod Simpkinsa (1983, navedeno u Škrbina, 2013) rezultirao je integrativnom improvizacijskom glazboterapijom. Kasnije je ova metoda prilagođena za rad s odraslim osobama koje imaju psihijatrijske teškoće. Integrativni pristup uključuje tehnike disanja, vježbe opuštanja, meditaciju, fokusiranje. Ona potiče sudionike na istraživanje odnosa prema glazbi kroz razne kreativne glazbene interakcije i improvizaciju. Ovaj model moguće je koristiti individualno i grupno. Individualno se koristi kod izražene agresije ili introvertiranosti kod pojedinca. Terapeut koristi klavir i vlastiti glas kao primarne instrumente, a pacijent ima ponuđene instrumente i poticaje za vokalizaciju, pjevanje ili verbalizaciju. Osnovno obilježje ove metode je omogućavanje spontanosti kod pacijenta, bez nametanja terapeuta, a to znači da pacijent može slobodno koristiti medije i materijale koji su mu ponuđeni. Ukoliko

pacijent ne reagira ni glazbeno ni verbalno, terapeut će odgovore izvući tako što će pacijenta angažirati u nekoj drugoj vrsti interakcije. Usmjeravanje pažnje, direktni rad, aktivno sudjelovanje te integracija svega navedenog su ciljevi ovog pristupa (Škrbina, 2013).

4.3.4. Razvojni terapijski odnos

Razvojni terapijski odnos je razvila Grinell (1980, navedeno u Škrbina, 2013), a kombinira glazbenu terapiju, terapiju igrom i verbalnu psihoterapiju prema razvojnim fazama. Pristup je razvijen za djecu s teškim psihičkim i emocionalnim poremećajima. Koristi se uglavnom individualno, terapeut improvizira na klaviru, a dijete sluša ili svira bubanj ili neku drugu vrstu udaraljki. Ovaj odnos temelji se na trima razvojnim fazama. U prvoj fazi cilj je uključivanje djeteta u glazbene igre i improvizacijski dijalog. U drugoj fazi djetetu se pomaže otkriti način na koji će simbolički izraziti svoje osjećaje, a u trećoj fazi se pokušava izgraditi odnos koji će djetetu omogućiti verbalno izražavanje unutarnjih konflikata i problema koji su nastali tijekom prethodne faze. Ovim pristupom žele se razviti interpersonalni odnosi kroz verbalne i neverbalne načine, u skladu s emocionalnim konfliktima, simptomima i razvojnim preprekama pojedinca (Škrbina, 2013).

4.3.5. Slobodna improvizacijska glazboterapija

Slobodna improvizacijska glazboterapija odnosi se na slobodne improvizacije, bez nametanja pravila ili tema od strane terapeuta, a to pacijentu omogućuje da se opusti i da instrumente kojima proizvodi određene zvukove koristi na sebi svojstven način. Ovu metodu Alvin (1978) najviše je koristila u radu s djecom s autizmom, no kasnije ju je primjenjivala i na drugu djecu koja imaju posebne potrebe. Također ju je koristila i u radu s odraslima. Ovaj model glazboterapije moguće je provoditi grupno i individualno, a koji način će biti odabran ovisi o specifičnim razvojnim potrebama pojedinca. Ovim pristupom želi se postići samooslobađanje, razvojni rast te uspostavljanje različitih odnosa s okolinom (Škrbina, 2013).

4.4. Pasivne (receptivne) metode glazboterapije

4.4.1. Pozadinska glazba

Kad pojedinac ima problema s izražavanjem emocija ili nakon bolnih operativnih zahvata koristi se pozadinska glazba koja služi za opuštanje. Prilikom slušanja glazbe oni se mogu potpuno opustiti, mogu izvoditi plesne pokrete te iznositi svoj doživljaj glazbe koju su odslušali. Vrlo je važan individualan pristup kod odabira glazbe (Svalina, 2009). Kako bi se zainteresiralo djecu za određenu glazbu potrebno je izmjenjivati glazbu s razdobljima tišine (Čudina-Obradović, 1991). Pozadinska glazba povećava pažnju kod djeteta, potiče sudjelovanje, podiže toleranciju na frustracije, a pri tome se i vanjska i unutarnja napetost smanjuje zato što realnost postaje ugodnija. Ona također može i neki prostor učiniti ugodnim ili pak neugodnim, mora biti potpora primarnom podražaju, a istovremeno ne bi smjela odvlačiti pažnju pojedinca s primarnog zadatka. Vokalna glazba može biti ometajuća zbog svojeg sadržaja pa se preporuča njeno izbjegavanje. Umjesto toga, dobro je koristiti instrumentalnu glazbu, kao što je Mozartova glazba, a poznata je pod nazivom „Mozart efekt“. Ova glazba mijenja i pobuđuje raspoloženje. Istraživanje slušanja glazbe rezultiralo je podjelama pa podjela prema kriteriju vrste ili strategije slušanja glazbe dijeli slušatelje s obzirom na njihovu aktivnost, koncentriranost na perceptivno polje, emocionalni i racionalni stav kod percepcije, usmjerenost na glazbene i izvan-glazbene reference (Škrbina, 2013).

4.4.2. Metoda Musica Medica – glazba i vibracija

Metodu Musica Medica osmislili su Schiffan i Stadnicki (2007, navedeno u Škrbina, 2013). To je multisenzorna metoda koja istovremeno koristi zvuk i vibraciju. Koristi dva senzorna ulaza, a to su dodir i sluh. Za dodir koristi dvije male sonde na različitim dijelovima tijela, a za sluh slušalice. Dakle, terapijski učinak se temelji na transmisiji glazbe putem slušalica te primanju njegovih vibracija kroz dvije sonde koje su postavljene na različitim dijelovima tijela. Kao što je već spomenuto, za provođenje ove metode potrebna je aparatura, a to su slušalice, sonde, zvučnici koji su posebno dizajnirani i ugrađeni u stolicu ili krevet. Svi dijelovi ljudskog organizma međusobno su povezani i utječu jedan na drugog pa tako i kada se mozak stimulira određenim akustičnim i somatosenzornim podražajima, pobuđen je i limbični sustav

koji je odgovoran za osjećaje i emocije. Ovu metodu moguće je primjenjivati kao dodatnu metodu u različitim odgojnim, obrazovnim i terapijskim pristupima. Kao djelotvoran tretman za osobe s teškoćama u razvoju i poremećajima u ponašanju predložena je vibroakustična glazba (Wigram i Gold, 2006, navedeno u Škrbina, 2013). Dokazano je da ta glazba smanjuje nepoželjna ponašanja kod pojedinaca s autizmom. Ova metoda također je učinkovita i kod osoba sa senzornim teškoćama i teškoćama govora, jer se korištenjem ove metode stimulira govor (Škrbina, 2013).

Breitenfeld i Majsec Vrbanić (2011) su proveli istraživanje kojim se dokazalo da su djeca majki koje su koristile *musicu medicu* bila motorički spretnija, odnosno njihov motorički razvoj bio je brži. Ujedno su bila mirnija i imala su veće kognitivne sposobnosti.

5. UTJECAJ GLAZBE NA DJECU S DOWN SINDROMOM

5.1. Sindrom Down

Čovjekovo tijelo izgrađeno je od stanica koje uglavnom sadrže 46 kromosoma, dok djeca s Down sindromom u svojim stanicama imaju jedan kromosom (broj 21) više (Čulić, 2009). Citogenetski se razlikuju tri tipa sindroma, a to su: klasični tip čiji je razlog nastanka nerazdvajanje kromosoma i čija je učestalost 95%, mozaički tip čija je učestalost 2-4% i translokacijski tip do kojeg dolazi najčešće između akrocentričnih kromosoma 14 i 21, a čija je učestalost 5%. Učestalost ovog sindroma u općoj populaciji iznosi 1 na 600-800 poroda, a velik broj plodova pobaci se spontano. Trisomija 21 u većini slučajeva nastaje kod starijih trudnica za vrijeme oogeneze tijekom prve mejotske diobe. Kod 20% oboljelih greške se događaju tijekom majčine druge mejotske diobe, a kod samo 5% nastaju za vrijeme spermatogeneze, tijekom druge mejotske diobe. Kritično mjesto za sindrom Down nalazi se na drugom kraku kromosoma 21 jer se na tom području nalaze razni geni koji u triplikatu uzrokuju promjene koje su tipične za sindrom kao što su fenotipske promjene lica, srčane greške, mentalnu retardaciju i promjene na mozgu. Moguća je prenatalna dijagnoza trisomije 21, a komplikacije i spontani pobačaji javljaju se u 5% trudnica. Pri rođenju djeteta lako je uočiti da se radi o djetetu s Down sindromom, ne samo zbog fenotipskih osobitosti, već i zbog često manje porođajne težine i dužine. No, tek se analizom kromosoma potvrđuje klinička dijagnoza. Down sindrom najčešće nije nasljedna bolest, nego nastaje kao *de novo* promjena broja kromosoma (Čulić i Čulić, 2009).

5.1.1. Kliničke promjene

Djeca s Down sindromom karakterističnog su izgleda, a najčešća obilježja su: mišićna hipotonija, djeca mogu imati kratak, široki vrat s previše kože i masnog tkiva, suha, gruba koža koja se često ljušti, kosa je ravna, meka i tanka, a završava nisko na vratu, zatiljak je plosnat, a glava manjeg opsega, oči su koso položene, šire razmaknute, na unutrašnjem očnom kutu širi nabor kože, uz obod šarenice bijele pjege, javljaju se teškoće u brzini i načinu izbijanja zubića te su karakteristične anatomske posebnosti kao što su broj i oblik zubi i veličina usne šupljine, nos i usta su maleni, a nepce je visoko i usko, uške su malene i loše oblikovane. Što se tiče

ekstremiteta, prsti su kratki, šake su široke, peti prst je zakrivljen, stopala su kratka i široka s razmaknutim palcem. 40% osoba s Down sindromom ima prirođenu srčanu manu, a kod 50% njih se javlja nespretan hod i slabo usklađene te spore kretnje. Česte su teškoće u auditivnoj, vizualnoj i prostornoj obradi te zastoj u motoričkome razvoju, ali i teškoće u jezično-govornome razvoju (Zrilić, 2011).

Uz prethodno navedene karakteristike, djeca sa sindromom Down su vrlo topla i društvena, no sporije od ostale djece registriraju zvuk i česte su poteškoće u auditivnoj i vizualno-prostornoj obradi. Također, kod njih je prisutan zastoj u tjelesnom rastu i razvoju, odrasle osobe sa sindromom Down imaju prosječan IQ do 50, mentalno zaostajanje je izraženije nakon 2. do 3. godine života djeteta i tu se javlja tendencija opadanja. Psihomotorni razvoj svakog djeteta s Down sindromom je specifičan i individualan, a najbolje ih opisuje emotivnost, dobrodušnost i veselo raspoloženje. No, nakon puberteta se kod osoba s Down sindromom javlja deficit pažnje, mrzovoljnost, tvrdoglavost (Zrilić, 2011).

Kod djece s Down sindromom mentalna retardacija je srednja do blaga, skloni su Alzheimerovoj bolesti, a prisutni su i psihički poremećaji. Za razliku od zdravih osoba, oni za razumijevanje govora upotrebljavaju više desnu hemisferu mozga, a za složene pokrete lijevu. Niskog su rasta, ali dobro reagiraju na liječenje hormonom rasta, rano sijede, skloni su debljanju i šećernoj bolesti. Kod njih su česte upale dišnih putova i ostale infekcije. Osobe sa sindromom Down su vrlo tople, rijetko agresivne, prijateljski nastrojene i popustljive. Svoju sklonost prema umjetnosti pokazuju već u predškolskoj dobi, a bilo bi poželjno glazbu i likovno izražavanje uvesti u liječenje (Čulić i Čulić, 2009; Zrilić, 2011).

5.1.2. Senzomotorni razvoj

Senzomotorni razvoj se odnosi na sve pokrete, na razvoj krupne i fine motorike, te vizualnu koordinaciju pokreta. Kod novorođenčadi s Down sindromom je uočeno da postoji sposobnost samoregulacije, odnosno zanimanje za zvukove i prizore iz okoline. Preporučuje se da se u radu s tom djecom koristi materijal koji je napravljen sukladno njihovim sposobnostima npr. da crteži budu prikazani jakim kontrastima, obojeni jakim bojama, umjesto grafitne olovke se koristi flomaster, a sve to iz

razloga što je utvrđeno da djeca s Down sindromom imaju teškoće u fokusiranju bližih predmeta, vide manje detalja, manje kontrasta i mutnije vide boje (Čulić i Čulić, 2009).

5.1.3. Govorno-jezični razvoj

Zbog vrlo čestih infekcija dišnih putova, slina se slijeva u slušni kanal, a to uzrokuje promjenu slušne percepcije u ranom, najosjetljivijem razdoblju razvoja. To je samo jedan od razloga zašto se govorno-jezični razvoj ubraja u visoko rizična razvojna područja. Nadalje, sposobnost artikulacije otežava opća hipotonija koja obuhvaća i mišiće usta. Prijelazno razdoblje od brbljanja i slogovanja do prve riječi je duže, kao što je duže i od prve riječi do prve rečenice. Djeca sa sindromom Down dosta dugo koriste jednu riječ kojom izražavaju svoje potrebe i misli, a mnogo lakše usvajaju i koriste imenice nego glagole. Kod njih se mucanje javlja češće nego kod zdrave djece, teže razumijevaju govor okoline i znatno kasnije počnu postavljati pitanja. Zbog svega navedenog važna je rana razvojna intervencija, a njezin prvenstveni cilj je poboljšanje razumijevanja govora. Djeca s Down sindromom najbolje usvajaju vizualno pa je stoga potrebno svaku riječ potkrijepiti gestom, mimikom ili slikom. S njima je dobro komunicirati licem u lice i ostvariti očni kontakt. Za poticanje tečnosti govora vrlo je korisno primjenjivati ritam, melodiju, zajedničko pjevanje, a to može biti osobito korisno u liječenju mucanja (Čulić i Čulić, 2009).

5.1.4. Spoznajni razvoj

Djeca sa sindromom Down na pogreške najčešće reaguju povlačenjem i izmicanjem, a u susretu s novim izbjegavaju napor, protive se preuzimanju inicijative, pribjegavaju trikovima i humoru. Ona uče bolje odnosno uspješnije bez dodatnog verbalnog, fizičkog ili socijalnog vođenja. Djetetu je potrebno pružiti dovoljno vremena uz često ponavljanje istih sadržaja. Model aktivnosti potrebno je demonstrirati jednim osjetilnim modalitetom, naglasak je na vizualnom jer su auditivni i taktilni najslabiji. Ukoliko se opaze teškoće u učenju, potrebno je ponuditi učenje istog na drugačiji način. Tada je moguće model aktivnosti prikazati u kraćim odsječcima, sporije te nekoliko puta izložiti materijal koji je prilagođen djetetovu

uzrastu i interesu. Važno je i ukazivanje poštovanja od strane partnera u učenju za trud i napor koje dijete ulaže (Čulić i Čulić, 2009).

5.1.5. Socioemocionalni razvoj

Odnos topline i intimnosti s drugima dijete s lakoćom uspostavlja tijekom prve godine života. Također zapaža i promjene u okolini i reagira na njih, a na emocije majke odgovara prikladno. Kao i drugi vršnjaci, djeca sa sindromom Down izražavaju četiri osnovne emocije, no za razliku od zdrave djece oni duže zadržavaju način izražavanja emocija koji je specifičan za ranu dob kao što je burno, kratkotrajno i površno emotivno reagiranje. Bitno je naglasiti da su u iskazivanju emocija vrlo spontani. Stručnjaci i roditelji pak tvrde da su djeca sa sindromom Down sklona inatu, no analizom ovog oblika ponašanja dolazi se do zaključka da iza inata stoje drugačiji razlozi kao što su nesnalazjenje i nerazumijevanje zahtjeva koje dobiva od okoline. Kako bi se poticao socijalno-emotivni razvoj djetetu treba postavljati jasne zadatke, očekivanja i pravila, izbjegavati popustljivost i nedosljednost, davati mu kratke upute koje su potkrijepljene mimikom i gestom, poticati ga da samo bira aktivnosti, nagraditi samostalnost u tome, no treba i naučiti što dijete stvarno ne može, a što ne želi (Čulić i Čulić, 2009).

5.1.6. Sposobnosti učenja djece sa sindromom Down

Kao i druga djeca, tako i djeca s Down sindromom imaju sposobnosti učenja, no kod njih one ovise o stupnju mentalne retardacije i o načinima poučavanja. Iako se uključuju u redovne oblike odgoja i obrazovanja, neophodna je prilagodba njihovim sposobnostima. Oni mogu naučiti vještine i ponašanja koja su im potrebna za svakodnevni život, a vrlo dobro se snalaze u raznim sportskim, ritmičkim i dramskim aktivnostima. S učenjem treba započeti odmah nakon što se teškoća utvrdi, a pomoći mogu dobri postupci ocjenjivanja i podučavanja koji potiču bolje učenje. Dakle, oni imaju sposobnosti učenja, ali im je za to potrebno više vremena. Djeci s Down sindromom treba prilagoditi okolinu kako bi dobili što više poticaja i informacija, iz razloga što oni nisu dovoljno motivirani pa okolinu ne mogu zadovoljavajuće iskorištavati sami (Zrilić, 2011).

5.1.7. Uključivanje djece s Down sindromom u predškolske i školske programe

Uključivanjem u redoviti odgojno-obrazovni sustav djeca sa sindromom Down postižu puno bolje obrazovne rezultate, a razlog tome je sredina koja ih potiče i koja omogućava jasno otkrivanje njihovih mogućnosti. Na taj način, ne samo da postaju članovi društvene zajednice, već se i bolje pripremaju za samostalniji način življenja (Zrilić, 2011).

5.2. Glazbeno-plesne igre kao terapija i rehabilitacija

Glavni zadatak koji odgojitelji i nastavnici imaju u radu s djecom s posebnim potrebama, osobito se to odnosi na djecu s Down sindromom i mentalnom retardacijom je osamostaljšivanje djece za osnovne životne aktivnosti i pružanje mogućnosti za sudjelovanje u svim segmentima života kao i ostatku populacije. Oni glazbu koriste u terapijske i rehabilitacijske svrhe, no ona kao takva ne može postojati bez pokreta. U 2010. godini provedeno je istraživanje kojim je Gojmerac (2014) željela utvrditi utjecaj glazbeno-plesnih igara na kognitivne i psihofizičke sposobnosti djece, osobito one sa sindromom Down i mentalnom retardacijom. Terapijsko-rehabilitacijski proces odvijao se kroz tri mjeseca, dva puta tjedno po sat vremena. Autorica navodi kako su u prvoj grupi djece s kojom je radila bila djeca s lakom mentalnom retardacijom popraćena dodatnim smetnjama. Broj djece je bio dvanaest, od čega je djevojčica bilo sedam, a dječaka pet. Kasnije je radila s drugom grupom djece u kojoj je bilo osmero djece s Down sindromom, njih pet je pratila umjerena, a troje teža mentalna retardacija. Djeca iz obje grupe imala su od 10 do 18 godina (Gojmerac, 2014).

Glazbeno-plesne igre osmišljene su s određenim ciljem. Ukoliko se žele unaprijediti kognitivne sposobnosti koristit će se igre terapijskog tipa, dok će se za unapređenje psihofizičkih sposobnosti koristiti igre rehabilitacijskog tipa. U igrama terapijskog tipa glazba služi kao pokretač aktivne mašte, koja potom ulazi u srž emocije i zatim usmjerava kroz pokrete tijela. U rehabilitacijskom tipu igara glazbu je moguće pronaći na početku i u sredini uzročno-posljedičnog lanca. Cilj je uvijek rezultat rehabilitacije. Unatoč svim teorijama i metodama nije moguće svim osobama pomoći na isti način pa ih ne možemo ni tretirati na isti način. U početku su djeca tijekom

terapija s nepovjerenjem prihvaćala rad, osobito ako su sami trebali improvizirati, no kasnije su se počeli opuštati. Oni koji su imali određene tjelesne nedostatke, izbjegavali su fizičke aktivnosti jer su smatrali da ih neće obaviti dobro. Gojmerac (2014) nije vršila pritisak na njih, već ih je povremenim obraćanjem uvlačila u cijelu njihovu zajedničku priču. Kod djece s mentalnom retardacijom i Down sindromom svijest o cjelokupnom tijelu i njegovom postojanju razvija se znatno sporije od djece od djece bez navedenih teškoća. Oni mnogo teže osvješćuju i spoznaju svoje tijelo kao cjelinu, ali i njegove dijelove (Gojmerac, 2014).

Gojmerac (2014) se u svojem istraživanju koristila raznim glazbeno-plesnim igrama za unapređenje različitih sposobnosti kod djece, a jedna od tih igara je igra *Teatar*, koja za cilj ima unapređenje svijesti o tijelu. To je igra u kojoj djeca moraju iz šešira izvući papirić na kojemu su pojmovi ili osobe koje oni trebaju glumiti. Jedan od dijelova tijela je naznačen pored pojmova i njega je potrebno pomicati kako bi gluma bila vjerodostojnija. Za svaki pojam pripremljeni su glazbeni isječci. Filip, dječak sa sindromom Down, izvukao je zadatak: „Dama hoda ulicom s podignutom obrvom“. Od njega se ne može očekivati da će podići jednu obrvu, ali bitno je da podigne obje kako bi se vidjelo da zna gdje se one nalaze. Prije početka glume, Filip je desetak sekundi slušao „Libertango“ Astora Piazzolle. Podigao se na poluprste i prošetao je dvoranom visoko uzdignute glave i podignutih obrva. Za to vrijeme samouvjeren je razgledavao okolo, tako je poput glazbe djelovao vrlo odmjereno i ne previše napadno. Uključivanjem u grupne zadatke, Filip je za razliku od početka, kada je bio nametljiv i pomalo agresivan prema onima koji su mu se sviđali, postao prirodniji i podnošljiviji. Filipu je ovakvom vrstom zadatka pridavana pažnja pa je s vremenom postao smireniji i suzdržaniji. No, nekima je za tako nešto trebalo puno više vremena (Gojmerac, 2014).

Benjamin, dječak s Down sindromom koji prati teža mentalna retardacija, izvukao je papirić sa zadatkom: „Žaba koja pomiče obraze“. Za njega je zadatak bio težak s obzirom da nije imao razvijen govor. U početku su samo puhali obraze, a kasnije su ih postavljali u različite položaje kako bi Benjamin stekao osjećaj da ih može pomicati na razne načine. On je ovaj zadatak kao i vježbe koje vode do zadatka, ponavljao u četiri terapije. Na taj način počeo je pamtit određene funkcije svoga tijela te je na četvrtoj terapiji čučao na podu i pomicao obraze, a pomalo je i kreketao, dakle glumio je žabu. Opisana su dva primjera kojima je pokazano da je

ovo dvoje djece različitih osobnosti i da im treba pristupiti različito, koristeći se različitim metodama. Prisutne su i različite razine mentalne retardacije i različita oštećenja koja ne moraju biti preduvjet za uspješnije rješavanje problema.

Gojmerac (2014) je poseban napredak u spoznaji dijelova tijela zamijetila u igri *Dodir*. Djeci je puštena Debussyjeva kompozicija „Mjesečina“ na način da je CD player stavljen na pod. Djeca su ležala na podu sa zatvorenim očima dok se podom širila vibracija tonova sve do njihovih tijela. Zatim su raširili noge i ruke, a dlanove okrenuli prema podu kako bi osjetili vibracije koje su prenosile zvuk harfe. Na taj način dobila je izmamljene osmjehе koji su pokazivali uživanje i opuštanje. Potom je djeci rečeno da probaju osjetiti mali prst na nozi, palac i leđa. Oni na taj način nisu morali pomicati dijelove tijela, već ih samo osjetiti da postoje i da njima mogu upravljati. Zahvaljujući ovakvom buđenju svijesti primijećen je napredak u igrama ravnoteže i koordinacije.

Sljedeće u unapređenju psihofizičkih sposobnosti je buđenje svijesti o lijevoj i desnoj strani tijela i prostora oko nas, drugim riječima sposobnost lateralizacije. Gojmerac (2014) se dosjetila kako na pravi način djeci približiti lateralizaciju tijela i to je učinila crtanjem znakova na dječje dlanove. Na desnom dlanu bilo je nacrtano crveno sunce, a na lijevom žuta zvijezda. Djeci je već samo crtanje po njihovom tijelu bilo zanimljivo. Prvi zadatak bio je napraviti pjesmu o Sunčici i Zvezdani koju će pratiti pokreti, a bitno je da se pored nadimka spomene i pravi naziv strane. U drugom zadatku su se uz to, kretali po dvorani, a time su kroz pokrete i pjesmu stekli osjećaj za prostor. Ona djeca koja ni uz ponavljanje nisu reagirala na kretanje, dobila su pomoć držeći se za ruke s voditeljem igre.

Igrom *Kiša i vjetar* Gojmerac (2014) je željela da djeca dobiju stvarni osjećaj za prostor. Podijelila im je kišobrane i zamolila ih da zamisle da pada kiša, a da oni hodaju ulicom. Bili su podijeljeni u dvije grupe, svaka grupa stajala je na svojem kraju dvorane, a zadatak je bio da se mimoilaze kišobranima, pritom sudarajući se i ne dodirujući se ni kišobranima. Na taj način probudili su svijest o drugim osobama u prostoru i svijest o tijelu u prostoru.

Igrom *Sat* unapređuje se osjećaj za vrijeme. Djeca su trebala sjediti u krugu, u pozi koja im je najudobnija i osjećati svoje otkucaje srca, odnosno puls. Zatim su se u ritmu pulsa počeli lagano njihati. Kada su se počeli smirivati, puštena im je glazbe

bržeg tempa i rečeno im je da počnu plesati. Glazba je izazivala sve brže otkucaje srca. Gojmerac (2014) je iz razgovora s djecom shvatila da su svi uočili razliku između prvog i drugog zadatka, a grupa djece s lakom mentalnom retardacijom jasno je uočavala razlike u brzini izvođenja pokreta. No, rezultati kod djece sa sindromom Down nisu bili jednaki. Oni su razumjeli da razlika postoji, ali je nisu mogli shvatiti. Kod dječaka Tea, Gojmerac (2014) je bila uporna i željela je da on na svojim koljenima daje puls kao što ga je i ona davala na njegovim leđima. Nakon nekoliko pokušaja primijetila je da se Teo uznemirio pa je pričekala i da se smiri. Ona je počela davati sporo četiri dobe pa malo brže, nakon čega se Teo samoinicijativno uključio. U trećem pokušaju vidjelo se da je uhvatio ritam. Kako bi bila sigurna da je shvatio razliku, rekla mu je da kuca sporo što je on i napravio, potom mu je rekla da kuca brzo i on je počeo kucati brže. Nakon toga je bilo jasno da su mu pojmovi razumljivi i jasni (Gojmerac, 2014).

U igri za unapređenje koordinacije pokreta, zamolila je djevojčicu Amilu s lakom mentalnom retardacijom da sjedne za klavir, dok je druga djevojčica 30 centimetara iznad njenih ruku držala def. Amila je trebala naizmjenično podizati lijevu i desnu ruku kako bi u najnižem položaju dodirivala tipke klavira, a u najvišem udarala def. U početku ona nije dobivala zvukove jer su opseg kretnji i jačina bili preslabi. Nakon što je spustila def, a Amilini pokreti još uvijek nisu bili koordinirani, Gojmerac (2014) ju je zamolila da svoje ruke stavi na njezine i opusti se. Koordiniranim pokretima Amila je počela proizvoditi zvukove na defu i klaviru. Upravo zbog toga što ona nije imala osjećaj za koordinaciju gornjih ekstremiteta, sva njena pažnja na ovakav je način bila usmjerena prema pokretima ruku (Gojmerac, 2014).

Kako bi kod djece probudila svijest o emocijama, Gojmerac (2014) je pronašla prototipnu ekspresnu akciju svakog primarnog efekta. Da bi izrazili ljutnju rekla im je da se pokreću kao da su ljuti. Tada su pokazivali iritiranost i razdražljivost, no, kada im je rekla da sada imaju pravo biti ljuti, oni su počeli udarati, skakati, gurati. Ubrzo nakon toga, rečeno im je da svu tu energiju pretvore u prekrasan ples, a dvorana je tada bila ispunjena plesnim koracima djece.

Nakon što su prošla tri mjeseca ovog terapijsko-rehabilitacijskog procesa, izvršila se završna procjena psihofizičkih i kognitivnih sposobnosti. Ovom procjenom se pokazalo da je kod djece s mentalnom retardacijom došlo do poboljšanja od oko 30

posto, a djeca sa sindromom Down su napredovala 40 posto. Što se pak tiče procjene kognitivnih sposobnosti, djeca s lakom mentalnom retardacijom su napredovala za nešto više od 30 posto, dok su djeca s Down sindromom napredovala za nešto manje od 40 posto. Kad se zbrojio cjelokupan napredak u obje grupe, došlo se do zaključka da je grupa u kojoj su bila djeca s Down sindromom napredovala više tj. imala je za oko 10 posto bolje rezultate u odnosu na grupu djece s lakom mentalnom retardacijom (Gojmerac, 2014).

Ove igre mogu se koristiti i s djecom predškolske dobi bez mentalnih smetnji, kao i s djecom ranog školskog uzrasta kojima je zanimljivo učenje pojmova i unapređenje svijesti o svome tijelu, prostoru i vremenu. Gojmerac (2014) igre upotrebljava u nastavi klasičnog baleta s djecom predškolske dobi. U takvim grupama sudjeluju i djeca s posebnim potrebama kojima ova metoda kao i druženje s drugom djecom pridonosi razvoju sposobnosti.

6. ZAKLJUČAK

Kod sve djece, a osobito one s posebnim potrebama, nužno je što ranije početi primjenjivati glazbu i njene elemente (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2010). Utjecaj glazbe na pojedinca je najsnažniji do osamnaeste godine. Ona pozitivno utječe na fiziološke promjene (Costa-Giomi i sur. 1999, navedeno u Škrbina, 2013), emocionalno prilagođavanje, djeluje opuštajuće te potiče na aktivnost i društvenu komunikaciju (Rojko, 2002, navedeno u Svalina, 2009). Aktivne metode glazboterapije odnose se na aktivno sudjelovanje pojedinca u glazbenim aktivnostima te na taj način omogućavaju i djeci s vrlo izraženim poteškoćama da ostvare svoj potencijal (Škrbina, 2013). U radu su navedeni i improvizacijski modeli među kojima je najistaknutija Orff metoda glazboterapije. Načine rada i sredstva koja se koriste u različitim metodama glazboterapije potrebno je prilagoditi svakom djetetu i njegovim potrebama (Svalina, 2009). Gojmerac (2014) je svojim istraživanjem pokazala koliko djeca s Down sindromom mogu napredovati uz pomoć glazbeno-plesnih igara. Smještanje djece s posebnim potrebama u posebne ustanove pokazalo se nekorisnim jer se na taj način ne zadovoljavaju djetetove potrebe, a uz to i djeca bez teškoća u razvoju ne nauče prepoznavati i uvažavati različitosti i vrijednosti koje takva djeca imaju (Zrilić, 2011).

7. LITERATURA

- Alvin, J. (1978). *Music therapy for the autistic child*. London: Oxford University Press.
- Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2010). *Kako pomoći djeci glazbom. Paedomusicoterapia*. Zagreb: „Ruke“.
- Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2011). *Muzikoterapija. Pomozimo si glazbom*. Zagreb: Music Play.
- Bunt, L. (1994). *Music therapy: An Art Beyond Words*. London: Routledge.
- Čudina-Obradović, M. (1991). *Nadarenost – razumijevanje, prepoznavanje, razvijanje*. Zagreb: Školska knjiga.
- Čulić, V., Čulić, S. (2009). *Sindrom Down*. Split: Naklada Bošković.
- Gojmerac, I. (2014). Glazbeno-plesne igre kao terapija i rehabilitacija djece s posebnim potrebama. *Music Education Research*. UDK 615.85:78.085>:616.899-053.3. Preuzeto s: <file:///E:/Dokumenti/Downloads/ivana%20gojmerac%20.pdf> [10.kolovoza 2016.]
- Gordon, E. (1990). *A music learning theory for newborn and young children*. Chicago: GIA.
- MacDougall, R. (1903). The structure of simple rhythm forms. *Psychological Review Monograph Supplements*, 4, str. 309-416.
- Mirković-Radoš, K. (1996). *Psihologija muzike*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Moreno, J. J. (1980). Musical psychodrama: A new direction in music therapy. *Journal of Music Therapy*, 17 (1), str. 3-43.
- Moreno, J. J. (1984). Musical psychodrama in Paris. *Music Therapy Perspectives*, 1 (4), str. 2-6.
- Moreno, J. J. (1999). Terapija glazbom i liječenje boli: Istok i Zapad. *Zbornik radova međunarodnog simpozija „Umjetnost i znanost u razvoju životnog potencijala“* (Ur. Miroslav Prstačić). Hvar, str. 29-34.
- Pinel, J. P. J. (2002). *Biološka psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Rojko, P. (1982). *Psihološke osnove intonacije i ritma*. Zagreb: Muzička akademija.
- Rojko, P. (1996). *Metodika nastave glazbe. Teorijsko-tematski aspekti*. Osijek: Pedagoški fakultet, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera.
- Sam, R. (1998). *Glazbeni doživljaj u odgoju djeteta*. Rijeka: Glosa.
- Seashore, C. E. (1938). *Psychology of music*. New York: McGraw-Hill.
- Svalina, V. (2009). Glazboterapija i djeca s posebnim potrebama. *Tonovi*, 24 (1), str. 144-153.
- Škrbina, D. (2013). *Art terapija i kreativnost. Multidimenzionalni pristup u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji*. Zagreb: Veble commerce.
- Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole. Priručnik za roditelje, odgojitelje i učitelje*. Zadar: Sveučilište u Zadru.

KRATAK ŽIVOTOPIS

Osobni podaci	
Ime i prezime	Matea Borovec
Adresa	
Broj mobilnog telefona	
E-mail	
Državljanstvo	Hrvatsko
Datum rođenja	22.10. 1994.
Formalno obrazovanje	
Datum	20. 07. 2013. – 22. 6. 2016.
Preddiplomski studij	Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet – Odsjek u Petrinji Smjer: Rani i predškolski odgoj i obrazovanje
Datum	2009. – 2013.
Srednja škola	1. Ekonomska škola, Zagreb
Datum	2001. – 2009.
Osnovna škola	Osnovna škola Bistra
Radno iskustvo	
	2015. – 2016. Razni studentski poslovi preko Student servisa
Znanja, vještine i kompetencije	
Strani jezici	Aktivno poznavanje engleskog jezika i pasivno poznavanje njemačkog i talijanskog jezika
Računalne vještine i kompetencije	Microsoft Office – znanje stečeno u osnovnoj i srednjoj školi, te na fakultetu
Vozačka dozvola	/

Izjava o samostalnoj izradi rada

Izjavljujem da sam završni rad na temu *Glazbena edukacija djece s posebnim potrebama* izradila samostalno uz potrebne konzultacije i uporabu navedene literature.

Matea Borovec

Naziv visokog učilišta

IZJAVA

kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i javno objavi moj rad

naslov

vrsta rada

u javno dostupnom institucijskom repozitoriju

i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, *NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15*).

U Petrinji, datum _____

Ime i prezime

OIB

Potpis
