

Utjecaj glazboterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s poremećajima iz spektra autizma

Bujanović, Gita

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:432135>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-05**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD

**Utjecaj glazboterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s
poremećajem iz spektra autizma**

Gita Bujanović

Zagreb, rujan 2018

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD

Utjecaj glazboterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s poremećajem iz spektra autizma

Ime i prezime studenta:

Gita Bujanović

Ime i prezime mentora:

izv. prof. dr. sc. Renata Martinec

Ime i prezime komentora:

doc. dr. sc. Jasmina Stošić

Zagreb, rujan 2018

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Utjecaj glazboterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s poremećajem iz spektra autizma* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Gita Bujanović

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2018.

Zahvala

Zahvaljujem se svima koji su svojim znanjem i strpljenjem pomogli u izradi ovog rada. Prvenstveno se zahvaljujem svojoj mentorici prof. dr. sc. Renati Martinec i ko-mentorici doc.dr.sc. Jasmini Stošić na vodstvu i podršci tijekom pisanja ovog rada.

Također, zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima na strpljenju i potpori.

„Gdje riječi ne vrijede, glazba progovara.“

-Hans Christian Andersen

Utjecaj glazboterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s poremećajem iz spektra autizma

Ime i prezime autora: Gita Bujanović

Ime i prezime mentorice: Izv. prof. dr. sc. Renata Martinec

Ime i prezime komentorice: Doc. dr. sc. Jasmina Stošić

Program/modul: Edukacijska rehabilitacija, Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

Sažetak

Glavna karakteristika osoba s poremećajem iz spektra autizma je poremećaj socijalne komunikacije koji nastaje zbog njihove nemogućnosti da razumiju svoju okolinu pa bilo kakva interakcija s njom izaziva osjećaj straha i anksioznosti, posljedica čega je povlačenje i razvoj antisocijalnih obrazaca ponašanja poput stereotipija i opsesivnih radnji. Glavna zadaća svih stručnjaka koji rade s osobama s poremećajem iz spektra autizma jest otkriti način na koji klijent percipira svijet oko sebe te mu pomoći premostiti jaz između vlastitog svijeta u kojem je zatočen i onog vanjskog.

Glazboterapija je korištenje glazbe i njenih elemenata kao intervencije u zdravstvenim, obrazovnim i svakodnevnim uvjetima s pojedincima, grupama, obiteljima ili društvenim skupinama s ciljem unaprijeđenja fizičkog, socijalnog, komunikacijskog, emocionalnog, intelektualnog i duhovnog zdravlja i dobrostanja. Utemeljena je na jasnoj strukturi koja se sastoji od procjene, tretmana i evaluacije, a provodi ju licencirani glazboterapeut. U glazboterapiji razlikujemo više modela i tehnika koje glazboterapeut primjenjuje s ciljem razvoja terapijskog odnosa s klijentom.

Brojna empirijska istraživanja pokazala su da osobe s poremećajem iz spektra autizma pokazuju neobičan interes za glazbu, s često netaknutom ili čak superiornom sposobnošću sluha, melodijskom memorijom te razumijevanjem pravila strukture glazbe, melodije i ritma. Glazboterapija, a pogotovo improvizacijski modeli glazboterapije u suštini potiču socijalnu komunikaciju i mogu predstavljati ugodnu, sigurnu i motivirajuću okolinu za razvoj interakcije s osobama s poremećajem iz spektra autizma.

Cilj ovog rada odnosi se na ispitivanje kompleksnog međudnosa glazboterapije i socijalne komunikacije u osoba s poremećajem iz spektra autizma. U tu svrhu proveden je pregled dosadašnjih istraživanja u ovom području navedenih u citatnim bazama podataka i/ili web-portalima kao što su Hrčak, Google Scholar, EBSCO, Scopus i dr. Rezultati znanstvenih istraživanja i prikaza slučajeva obrađeni su deskriptivno te je posebice istaknuta improvizacija kao metoda glazboterapije koja se najčešće koristi u radu s osobama s poremećajem iz spektra autizma i predstavlja način postizanja komunikacijske razmjene, što može potaknuti daljnji razvoj socijalne komunikacije kod ove populacije.

Pregled rezultata dostupnih istraživanja u ovom problemskom području pokazao je da je većina glazboterapijskih intervencija pozitivno utjecala na elemente socijalne komunikacije kao što su: združena pažnja, kontakt očima, koncentracija, vokalizacija, verbalna i neverbalna komunikacija te veća suradljivost i interaktivno ponašanje djece i odraslih s poremećajem iz spektra autizma. Prisutan je veliki nedostatak randomiziranih, kontroliranih studija na većem uzorku ispitanika koje će pratiti generalizaciju promjena i izvan same terapije te njihovo zadržavanje i nakon završene terapije.

Neovisno o navedenim ograničenjima dosadašnjih istraživanja može se uočiti pozitivno opisan utjecaj primjene glazboterapijskih intervencija na različite razine socijalne komunikacije te se ističe potreba provedbe daljnjih istraživanja u cilju koncipiranja prikladnih terapijskih programa, metodoloških pristupa i standardiziranog sustava procjene. Tako dobivene spoznaje predstavljale bi vrijedan doprinos u pokušaju uključivanja glazboterapije, kao komplementarne terapije, u područje cjelovite podrške osobama s poremećajem iz spektra autizma.

Ključne riječi: autizam, glazboterapija, socijalna komunikacija

The effects of music therapy on social communication of persons with autism spectrum disorders

Name and surname of the author: Gita Bujanović

Name and surname of the mentor: Assoc. Prof. Renata Martinec, PhD

Name and surname of the co-mentor: Assis. Prof. Jasmina Stošić, PhD

Programme/module: Educational Rehabilitation, Rehabilitation, Sophrology, Creative and Art/Expressive Therapies

Abstract

The main characteristic of people with autism spectrum disorder are social communication difficulties that arises because of their inability to understand their environment and any interaction with it causes a sense of fear and anxiety, the consequence of which is withdrawal and development of antisocial patterns of behavior such as stereotypical and obsessive actions.

The main task of all practitioners working with people with autism spectrum disorder is to discover the way in which a client perceives the world around him and help him bridge the gap between his own world and the outside world.

Music therapy is the use of music and its elements as interventions in health, education and everyday conditions with individuals, groups, families or social groups to improve physical, social, communicative, emotional, intellectual and spiritual health and well-being. It is based on a clear structure that consists of assessment, treatment and evaluation and is conducted by a licensed music therapist. In music therapy, we differentiate several models and techniques used by the music therapist with the aim of developing a therapeutic relationship with the client.

Numerous empirical studies have shown that people with autism spectrum disorder exhibit an unusual interest in music, with often intact or even superior hearing ability, melody memory and understanding of the rules of music, melody and rhythm structure. Music therapy, especially improvisational models of music therapy, stimulate social communication and can be a pleasant, safe and motivating environment for developing interactions with people with autism spectrum disorders.

The aim of this paper is to examine the complex interplay of music therapy and social communication in people with autism spectrum disorder. For this purpose, an overview of the current research in this area is provided by using web portals such as Hrčak, Google Scholar, EBSCO, Scopus etc. The results of scientific research and case studies have been dealt with descriptively with a special emphasis on improvisation as a method of music therapy most commonly used working with people with autism spectrum disorder which represents the means of achieving communicational exchange which can stimulate further development of social communication in this population.

An overview of the results of the studies available in this problem area has shown that most of the music therapy interventions have had a positive impact on the elements of social communication such as: joint attention, eye contact, concentration, vocalization, verbal and nonverbal communication and greater co-operation and interactive behavior of children and adults with autism spectrum disorder. There is a great lack of randomized, controlled studies on a larger sample of subjects that will follow the generalization of the change outside of the therapeutic context itself and their retention after the end of the therapy.

Regardless of the above-mentioned limitations of previous research, the positive impact of the use of music therapy interventions at the various levels of social communication can be observed and the need to carry out further research in order to conceive suitable therapeutic programs, methodological approaches and standardized assessment system is emphasized. The findings thus obtained would be a valuable contribution to the inclusion of music therapy as a complementary therapy in the field of holistic support for people with autism spectrum disorder.

Key words: autism, music therapy, social communication

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. POREMEĆAJ IZ SPEKTRA AUTIZMA	3
2.1 Definicija poremećaja iz spektra autizma	3
2.2. Dijagnostika poremećaja iz spektra autizma.....	5
2.3. Prevalencija poremećaja iz spektra autizma	8
2.4. Karakteristike osoba s poremećajem iz spektra autizma	9
2.5. Poremećaj iz spektra autizma kroz život osobe	11
3. SOCIJALNA KOMUNIKACIJA OSOBA S POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA	13
4. GLAZBOTERAPIJA	17
4.1. Utjecaj glazbe na čovjeka u povijesno-kulturnom kontekstu.....	17
4.2. Povezanost glazbe i neuropsiholoških reakcija.....	19
4.3. Definicija glazboterapije.....	20
4.4. Teorijske osnove, transdisciplinarnost i upotreba glazboterapije.....	21
4.5. Povijest glazboterapije.....	23
4.6. Osnovne metode glazboterapije.....	24
4.6.1. Improvizacija.....	25
4.6.2. Reprodukcijska	27
4.6.3. Kompozicija	28
4.6.4. Slušanje	28
4.7. Provedba.....	30
4.8. Procjena i evaluacija.....	34
4.8.1. Instrumenti procjene	36
4.9. Glazboterapeut	45
4.10. Modeli glazboterapije	48
4.10.1. Glazbom vođena imaginacija.....	48
4.10.2. Analitička glazboterapija	48
4.10.3. Kreativna glazboterapija	49
4.10.4. Glazboterapija slobodnom improvizacijom	50
4.10.5. Bihevioralna glazboterapija	51
4.10.6. Orff glazboterapija.....	52
4.11. Glazboterapija i socijalna komunikacija	54
5. PRIMJENA GLAZBOTERAPIJE U OSOBA S POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA	57
5.1. Dosadašnje spoznaje o primjeni glazboterapije u radu s osobama s poremećajem iz spektra autizma	57

5.2. Procjena u glazboterapiji s osobama s PSA	59
5.3. Odabir odgovarajućih modela i tehnika glazboterapije u radu s osobama s poremećajem iz spektra autizma.....	64
5.3.1. Tehnike u glazbenoj improvizaciji.....	65
5.3.2. Specifičnosti seanse glazboterapije s osobama s PSA	71
5.4. Pregled dosadašnjih istraživanja o utjecaju glazboterapije na socijalnu komunikacija osoba s poremećajem iz spektra autizma.....	76
5.5. Primjena improvizacijske glazboterapije u djece s poremećajem iz spektra autizma – prikazi slučaja	86
5.6. Specifičnosti glazboterapije koje utječu na poboljšanje socijalne komunikacije kod osoba s poremećajem iz spektra autizma.....	92
6. ZAKLJUČAK	95
7. LITERATURA.....	97

1. UVOD

Kako bi pojмили svijet oko sebe, ljudska bića moraju istovremeno moći obavljati dvije naizgled kontradiktorne akcije. Prvo moramo procesuirati dolazne informacije i ugrađivati ih u cjelovitu strukturu koja nam omogućuje klasifikaciju, kategorizaciju, anticipaciju i razumijevanje. Međutim, moramo također biti sposobni odvojiti se od sigurnosti strukture i dopustiti promjenu, fluidnost i fleksibilnost, jer svaka nova informacija dovodi do promjene strukture. Zen Budizam oslikava ovu interakciju stabilnosti i promjene u obliku rijeke – koja je uvijek ista, ali ujedno i različita u svakom trenutku. Cijeli ljudski život svodi se na postizanje ravnoteže između održavanja strukture vlastite osobnosti, ali istovremeno mijenjanje sa svakom novom situacijom i svakim novim odnosom. Za osobe s poremećajem iz spektra autizma (PSA) ovaj normalan, nesvjestan tijek je nemoguć te se u suštini ovog poremećaja nalaze velike teškoće u razumijevanju svijeta oko sebe. To najbolje dočarava ova izjava osobe s PSA: „Stvarnost je jedna zbunjujuća, interaktivna masa događaja, mjesta i zvukova. Čini se kao da nema jasnih granica, reda ili značenja. Veliki dio mog života proveden je u pokušajima da razumijem uzorak iza svega. Uspostavljene rutine, točno vrijeme i rute te rituali pomažu dovesti red u nepodnošljivo kaotičnu svakodnevicu.“ (Jolliffe i sur., 1992). Brojna istraživanja sugeriraju da kod osoba s PSA postoji neurološki deficit koji se očituje kao teškoća obrade informacija u koherentnu cjelinu te nemogućnost afektivnih procesa, čime je za osobe s PSA znatno ograničeno poimanje značenja događaja u okolini te sposobnost shvaćanja da ono što se događa u umu drugih ne mora biti isto kao i u vlastitom (Klin i sur., 2002; Šakić i sur., 2012). Kao posljedica ovih deficita, osoba s poremećajem iz spektra autizma se izdvaja i 'bježi' u besmislene, ponavljajuće aktivnosti i rigidnost, pri čemu i mala varijacija u rutini, vremenu, ruti ili ritualu za nju može biti nepodnošljiva. Pojedincima s PSA zbog toga je narušeno normalno svakodnevno funkcioniranje, a područje u kojem je deficit najočigledniji je socijalna komunikacija u kojoj je nepredvidljivost i neizvjesnost pravilo.

Glazba i njezini elementi (ton, ritam, melodija) mogu se dovesti u vezu sa samom strukturom ljudskih bića, odnosima koje stvaramo s drugima i načinom kako procesuiramo informacije. Poznato je da je ljudski DNK moguće transkribirati u glazbenu notaciju i izvoditi orkestralno (Ohno i Ohno, 1986; prema Brown, 1994). Ljudsko biće funkcionira na temelju ritma (otkucaji srca, disanje), a boju i visinu tona nalazimo u našim glasovima koji kroz riječi i prozodiju stvaraju melodiju i harmoniju (Wigram, 2005). Svako glazbeno djelo ima određenu

strukturu, koja je kao i ljudsko biće u stalnom stanju fluidnosti i procesima kreativne promjene. Nepoznato i neočekivano su jednako važni za glazbu kao i pridržavanje određenoj formi.

U rehabilitaciji osoba s poremećajem iz spektra autizma se u novije vrijeme u većoj mjeri primjenjuje glazboterapija kao vrsta terapije koja primjenom različitih tehnika pruža glazbeno iskustvo kroz koje klijent može izraziti emocije, komunicirati s okolinom i razvijati odnose s drugima te ujedno potiče senzorički i motorički razvoj, razvija kognitivne vještine te pospješuje emocionalno stanje i kvalitetu života (Burić, 2012). Ova vrsta terapije pruža sigurnu i strukturiranu okolinu, ali nudi i velike mogućnosti za uklanjanje rigidnih granica i postizanje veće fleksibilnosti osoba s PSA. Stabilni i prepoznatljivi glazbeni okviri (npr. stabilan ritam i mjera) mogu pružiti sigurnost, ali istodobno omogućiti kreativno improviziranje unutar te strukture. Osim toga, glazboterapija ne zahtjeva prethodno glazbeno umijeće i određenu razinu intelektualnih sposobnosti te je primjenjiva u radu sa svim osobama s poremećajem iz spektra autizma.

Glazbeno iskustvo je prirodno utemeljeno na odnosima različitih vrsta. Ono spaja ritam i riječi, riječi i melodiju, melodiju i harmoniju, jednu temu s drugom, jedan glas s drugim, solista i pratnju, dvije osobe u improvizacijskom dijalogu itd. Unutar osobe povezuje glazbu s emocijama, događajima i drugim značajnim osobama. Ona integrira tijelo, um i duh, povezuje ljude u bezbroj odnosa i okuplja ih u njihovom društvu i kulturi (Bruscia, 2014). Kroz glazboterapiju s osobama s PSA glazba se najčešće koristi kao sredstvo komunikacije, a svaki glazbeni element sa svojim bezgraničnim varijacijama se može iskoristiti za uspostavljanje interakcije i odnosa.

U tom smislu definiran je cilj ovog rada koji se odnosi na ispitivanje kompleksnog međuodnosa glazboterapije i socijalne komunikacije u osoba s PSA. U tu svrhu proveden je pregled dosadašnjih istraživanja u ovom području navedenih u citatnim bazama podataka i/ili web-portalima kao što su Hrčak, Google Scholar, EBSCO, Scopus i dr. Pretraživanje literature, odnosno objavljenih radova, realizirano je odabirom sljedećih ključnih riječi: autizam, glazboterapija, socijalna komunikacija. Rezultati znanstvenih istraživanja i prikaza slučajeva obrađeni su deskriptivno te je posebice istaknuta improvizacija kao metoda glazboterapije koja se najčešće koristi u radu s osobama s PSA i predstavlja način postizanja komunikacijske razmjene, što može potaknuti daljnji razvoj socijalnih i komunikacijskih vještina.

2. POREMEĆAJ IZ SPEKTRA AUTIZMA

2.1 Definicija poremećaja iz spektra autizma

Pojam autizam prvi put se pojavljuje u spisima švicarskog liječnika Eugena Bleulera (1911) koji njime opisuje ponašanje shizofrenih bolesnika koji s vremenom smanjuju socijalne interakcije s ljudima koji ih okružuju, zatvarajući se u vlastiti svijet i prepuštajući se fantastičnim mislima (Remschmidt, 2009). 30-ak godina kasnije, gotovo istovremeno, dva velikana autizma, američki psihijatar Leo Kanner (1943) i austrijski pedijatar Hans Asperger (1944) opisuju autistični poremećaj u djece. Kanner opisuje jedanaestero djece koja su izgledala tjelesno zdrava, ali kod kojih je uočio specifične teškoće govora, komunikacije i ponašanja, a mogao ih je po simptomima razlikovati od druge djece s psihičkim bolestima rane dječje dobi. Poremećaj je nazvao *infantilni autizam* zbog pojavljivanja u prve tri godine života i dominantnih simptoma poremećaja komunikacije, koja uzrokuje ograničeno uspostavljanje socijalnih kontakata i zatvaranje u vlastiti svijet (grč. authos - sam). Hans Asperger, neznajući za Kannerov rad, opisao je četvero djece sa sindromom vrlo sličnim infantilnom autizmu, ali mu daje naziv *autistična psihopatija*. Kanner uzrok autizma pronalazi u visokoobrazovanim, pretjerano zaposlenim i hladnim roditeljima, što je kasnijim istraživanjima opovrgnuto te iako uzrok poremećaja iz spektra autizma ni danas nije poznat, glavnim se etiološkim čimbenicima smatraju genetski, metabolički i traumatski čimbenici (Bujas-Petković i sur., 2010).

Jedna od prvih definicija autizma jest ona Laurete Bender (1953): „Autizam je karakteristično promijenjeno ponašanje u svim područjima središnjeg živčanog sustava: motoričkom, perceptivnom, intelektualnom, emotivnom i socijalnom“ (Bujas-Petković i sur., 2010).

DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders)-III klasifikacija (1980) prva izdvaja autizam kao posebnu dijagnostičku kategoriju te se on više ne svrstava u dječju shizofreniju, što je do tada bila praksa. Novonastala kategorija naziva se infantilni autizam te se definira kao prisutnost ozbiljnih razvojnih teškoća u socijalnim odnosima, verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji te neobičnih odgovora na podražaje (Bujas-Petković i sur., 2010).

U klasifikacijama MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti, 1992) i DSM-IV (1995) izdvaja se skupina razvojnih poremećaja koja ne obuhvaća samo autistični poremećaj u užem smislu nego i niz poremećaja definiranih kao „poremećaji koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan,

ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti. Ove kvalitativne nenormalnosti su osnovno funkcionalno obilježje oboljele osobe, ali se razlikuju u izraženosti. S malobrojnim iznimkama nenormalnosti su manifestne od pete godine života, a od najranijeg djetinjstva prisutan je osebujan razvoj. Najčešće su prisutni određeni opći kognitivni deficiti, no poremećaji su definirani ponašanjem koje ne odgovara razini inteligencije osobe, bez obzira na to je li ona odgovarajuća za određenu dob ili ne.“ (MKB-10; prema Remschmidt, 2009). Za tu skupinu poremećaja rabi se naziv *pervazivni razvojni poremećaji* (lat. pervadere - prožimati). Ovi poremećaji istovremeno zahvaćaju veći broj razvojnih područja i na različite načine i u različitoj mjeri utječu na svaki od njih, što rezultira različitim razvojnim profilima i ishodima (Cepanec i sur., 2015). Lorna Wing koristi naziv *spektar autizma* (autistični spektar) kako bi opisala sve raznolikosti simptoma i razvoja (Bujas-Petković i sur., 2010).

Prema Frey Škrinjar (2010) autizam je pervazivni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu (uglavnom u prve tri godine života), traje cijeli život, a zahvaća gotovo sve psihičke funkcije. Osnovni simptomi su nedostatak emocionalnih odgovora prema ljudima tj. nedostatak socijalne interakcije, verbalne i neverbalne komunikacije te bizarnosti u ponašanju i stereotipije.

Zakon o hrvatskom registru osoba s invaliditetom iz 2015. navodi u članku 13 da je „poremećaj iz spektra autizma skupina poremećaja karakterizirana kvalitativnim nenormalnostima uzajamnih socijalnih odnosa i modela komunikacije te ograničenim, stereotipnim, ponavljanim aktivnostima i interesima.“ (Zakon o hrvatskom registru osoba s invaliditetom, 2015).

2.2. Dijagnostika poremećaja iz spektra autizma

Dijagnoza PSA postavlja se na temelju anamneze i opservacije djeteta, pri čemu se kao osnova uzimaju dijagnostički kriteriji DSM ili MKB (Remschmidt, 2009). Pošto još uvijek ne postoji biomedicinski marker za ove poremećaje dijagnoza se postavlja isključivo na temelju bihevioralnih (ponašajnih) odstupanja (Cepanec i sur., 2015). Dodatna pomoćna sredstva su standardizirani intervjui s roditeljima ili za dijete važnim osobama te različite skale za procjenu pojedinih aspekata ponašanja i njihovo vrednovanje. U praksi su nazastupljeniji ADOS - Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord i sur., 1989), CARS - Childhood Autism Rating Scale (Schloper i sur., 1980), ADI-R - Autism Diagnostic Interview, revidirana forma (Lord i sur., 1994) i ABC - Autism Behavior Checklist (Krug i sur., 1980) (Remschmidt, 2009).

Dijagnostička kategorija poremećaja iz spektra autizma ili pervazivnih razvojnih poremećaja ušla je u dijagnostičke priručnike relativno nedavno, 80-ih godina prošlog stoljeća, i to u približno isto vrijeme i u *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (DSM-III – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) i *Međunarodnu klasifikaciju bolesti* (MKB-9) (Cepanec i sur., 2015).

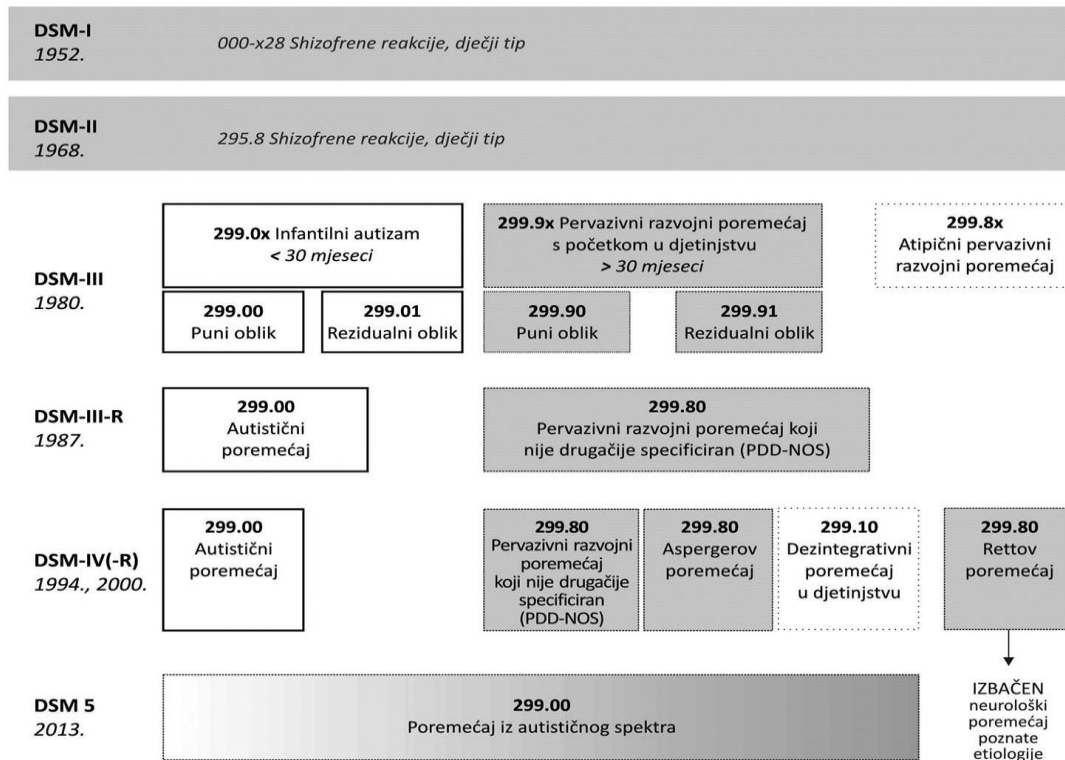
DSM-IV (1996) i 10. međunarodna klasifikacija bolesti (1994) svrstavaju autizam u skupinu pervazivnih razvojnih poremećaja s drugim sličnim poremećajem te ga opisuju kroz simptome razvrstane u tri skupine:

- poremećaji socijalnih interakcija,
- poremećaji verbalne i neverbalne komunikacije i
- ograničeno, ponavljajuće i stereotipno ponašanje.

Simptomi se pojavljuju u prve tri godine života (Bujas-Petković i sur., 2010). Prema DSM-IV poremećaji iz spektra autizma donedavno su promatrani kao skupina poremećaja koja obuhvaća: autistični poremećaj, Aspergerov poremećaj, Rettov poremećaj, pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specificiran i dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (Cepanec i sur., 2015).

Peto izdanje DSM-a (2013) uveo je neke od promjena. Prva promjena odnosi se na uvođenje jedinstvene kategorije, koja istodobno obuhvaća ranije navedene potkategorije s iznimkom Rettovog poremećaja, koji je kao neurološki poremećaj poznate etiologije izbačen iz ove skupine (slika 1) (Cepanec i sur., 2015). Poremećaji su objedinjeni pod nazivom *poremećaji iz spektra autizma*, zbog slaganja većine znanstvenika da su ti poremećaji, odnosno potkategorije, zapravo jedno stanje s različitim stupnjevima težine simptoma (Dukarić i sur. 2014). Učinci ove

promjene najbolje se mogu prikazati u sljedećem primjeru: osoba koja bi ranije dobila dijagnozu autizam i osoba koja bi ranije dobila dijagnozu Aspergerov sindrom – danas dobivaju istu dijagnozu (Gajić, 2005).



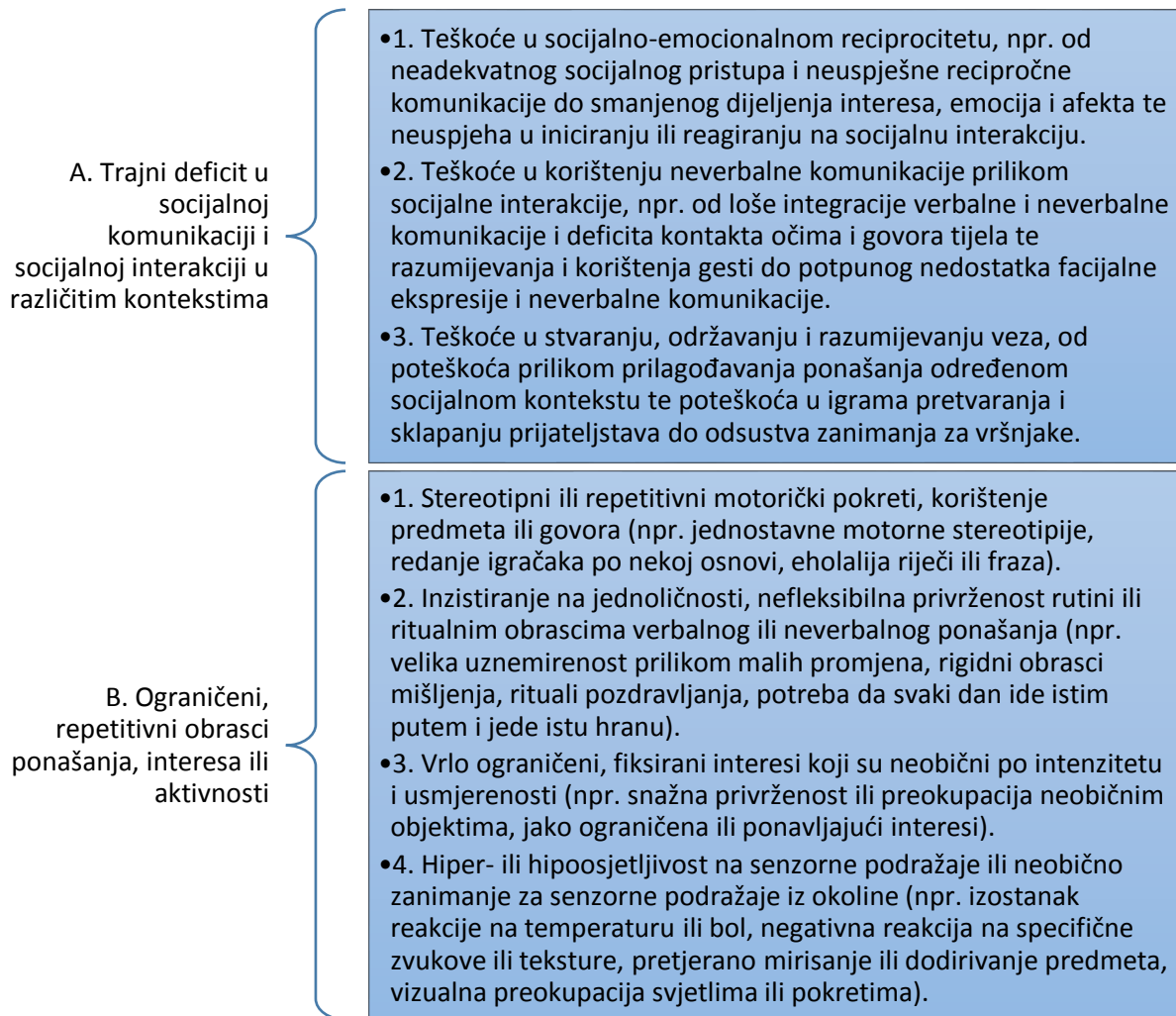
Slika 1. Promjene dijagnostičkih kriterija tijekom vremena (Cepanec i sur., 2015)

DSM-V donosi i promjenu u razlikovanju PSA s obzirom na stupanj teškoća tj. količinu potrebne podrške pa razlikujemo PSA 1, 2 i 3 (Dukarić, 2015). U vezi s tim dijagnostičari moraju naglasiti postoji li i koliko je intelektualno oštećenje kao i kolika je podrška potrebna osobi. Tako bi osoba koja bi ranije dobila dijagnozu Aspergerov sindrom, danas dobila dijagnozu PSA bez intelektualnih i jezičnih oštećenja (Gajić, 2005). Osim navedenog, DSM-V uvodi i dijadu simptoma umjesto trijade simptoma koja je bila aktualna u DSM-IV (Dukarić, 2015). Skupine simptoma poremećaji socijalnih interakcija i poremećaji verbalne i neverbalne komunikacije ujedinjeni su u skupinu simptoma pod nazivom poremećaji socijalne komunikacije. Tako sada imamo dvije skupine simptoma:

- poremećaji socijalne komunikacije i
- ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa ili aktivnosti

(Dukarić, 2015).

Također, promijenjen je i broj simptoma koji moraju biti prisutni da bi se kriterij smatrao ispunjenim. Prema DSM-IV bilo je potrebno zadovoljiti šest simptoma od ukupno dvanaest simptoma u sve tri skupine simptoma, dok u DSM-V moraju biti zadovoljena sva tri kriterija prve skupine simptoma i dva od četiri kriterija druge skupine simptoma (slika 2) (Gajić, 2015).



Slika 2. Skupine simptoma i stavke koje joj pripadaju prema DSM-V

DSM-V nalaže i kako simptomi PSA moraju biti prisutni u ranom djetinjstvu premda se uzima u obzir da neki simptomi neće biti vidljivi dok socijalni zahtjevi ne premaše ograničene sposobnosti (<https://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria>).

Kriteriji za dijagnozu PSA, sastavljeni prema manifestaciji kliničkih simptoma, minimalno su se promijenili od Kanner (1943) do danas. Jedina bitna promjena je novopriznata činjenica da se uz autizam u većini slučajeva javlja i različiti stupanj intelektualnog oštećenja.

Naime, Kanner je smatrao da su djeca s PSA prosječne ili iznadprosječne inteligencije, međutim činjenica je da više od 70 % djece s PSA ima i intelektualne teškoće (Bujas-Petković i sur., 2010).

2.3. Prevalencija poremećaja iz spektra autizma

Posljednjih nekoliko desetljeća zabilježen je znatan porast prevalencije PSA o čemu govore podatci da je još 1999. godine prevalencija autizma iznosila 7,5 na 10 000, a pervazivnih razvojnih poremećaja 12,5 na 10 000, (Fombonne, prema Bujas-Petković i sur., 2010) dok samo 15 godina kasnije, 2009. Fombonne izvještava o omjeru 22 na 10 000 za autizam i 60-70 na 10 000 za pervazivne razvojne poremećaje. Prema novijem izvješću američkog Centra za kontrolu bolesti (Centre for Disease Control) iz 2014. prevalencija PSA u SAD-u je 1 na 68 djece. (<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>), dok u Europi poremećaj zahvaća 1 na 100 djece prema podacima međunarodne udruge Autism Europe (<http://www.autizam-suzah.hr/index.php/autizam>).

U Hrvatskoj danas živi oko 8000 osoba s PSA (Ljubičić, 2014), iako je taj broj po svemu sudeći i veći. Velik broj osoba s PSA krije se pod drugim dijagnozama što je posljedica nedovoljnog poznavanja i prepoznavanja tih poremećaja te nedostatak standardiziranih dijagnostičkih instrumenata i referentnog dijagnostičkog centra za poremećaje iz spektra autizma u Republici Hrvatskoj (Cepanec i sur., 2015).

Najveći broj epidemioloških studija suglasan je da PSA podjednako zahvaćaju sve društvene slojeve, grupacije i narode. U nekim obiteljima je pojavnost PSA čak 50-100 puta veća nego u općoj populaciji, a to potvrđuje genetsku etiologiju. Omjer muškog i ženskog spola iznosi 3,8 prema 1, a 80 % osoba s PSA ima intelektualne teškoće određenog stupnja (Bujas-Petković i sur., 2010).

Veliki porast prevalencije PSA moguć je zbog stvarnog povećanja učestalosti autizma o kojoj se može samo nagađati zbog vrlo nepoznate etiologije poremećaja, ali i zbog velikih promjena u dijagnostičkim kriterijima. Osim toga, na taj podatak bi mogla utjecati i sve veća osviještenost stručnjaka i šire javnosti o ovim poremećajem i njihovim obilježjima te davanje dijagnoze u sve ranijoj dobi (Cepanec i sur., 2015).

2.4. Karakteristike osoba s poremećajem iz spektra autizma

DSM-V navodi dvije skupine karakteristika koje obilježavaju osobe s PSA, a to su: poremećaj socijalne komunikacije i ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa ili aktivnosti (Gajić, 2015).

Poremećaj socijalne komunikacije odnosi se na teškoće u socijalno-emocionalnom reciprocitetu, korištenju verbalne i neverbalne komunikacije i teškoće u stvaranju, održavanju i razumijevanju odnosa, o čemu će biti više govora u sljedećem poglavlju.

Ograničeno ponavljajuće ponašanje predstavlja široku skupinu karakteristika koje uključuje različita ponašanja: stereotipni motorički pokreti, stereotipno korištenje predmeta ili govora, privrženost rutini i ritualima te neobični, vrlo ograničeni interesi (<https://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria>). Ako osobu s PSA sprječavamo ili prekidamo u izvođenju ovih ponašanja ona se uznemiri, opire i negoduje, a može doći i do ispada velikog intenziteta (Bujas-Petković i sur., 2010). Bishop, Richler i Lord (2006) utvrdili su razlike u vrsti i intenzitetu ovih ponašanja unutar populacije djece s PSA, a one ovise o neverbalnom koeficijentu inteligencije i uzrastu (mlađa djeca pokazuju više stereotipnih motoričkih pokreta, a starija više inzistiraju na rutini) (Gajić, 2015).

Osim karakteristika specifičnih za postavljanje dijagnoze kod osoba s PSA često se javljaju i dodatne teškoće: psihomotorni nemir, stereotipije, slaba i kratkotrajna pažnja, neobične reakcije na vanjske podražaje, bezrazložan strah ili izostanak straha u opasnim situacijama (Bujas-Petković i sur., 2010), autogresija, agresija, destrukcija, samostimulacija, izoliranje (Stošić, 2008), preosjetljivost ili nedovoljna osjetljivost na zvuk, prizor, dodir, nedostatak samokontrole ili nesposobnost samosmirivanja i opuštanja (Fulgosi Masnjak i sur., 2010). Sva navedena ponašanja smatraju se nepoželjnim ponašanjima jer smanjuju mogućnost usvajanja novih informacija i vještina, povećavaju izolaciju osoba s PSA, onemogućuju uključivanje u redovne oblike odgoja i obrazovanja te smanjuju mogućnost uspostavljanja socijalne komunikacije (Stošić, 2008). Poseban naglasak kod nepoželjnih ponašanja stavlja se na agresiju, autoagresiju i destrukciju iz jasnih razloga. Autoagresija se najčešće izražava kao udaranje glavom o tvrdu površinu ili grebanje i griženje vlastitog tijela, a agresija kao grebanje, griženje i udaranje druge osobe. Ponašanja mogu biti repetitivna i ritmička ili eksplozivna koja se javljaju kao reakcija na neke vanjske podražaje, a češće se javljaju kod djece s većim intelektualnim teškoćama te kod djece sa slabije razvijenim komunikacijskim vještinama (Škrinjar i Kiš, 1990).

Osobe s PSA pokazuju i poteškoće senzorne integracije koje se očituju neobičnim reakcijama na osjetne podražaje, u sklopu taktilnog, auditivnog, vizualnog, olfaktornog, vestibularnog i proprioceptivnog sustava. Adekvatna senzorna integracija omogućuje svakom ljudskom biću dobru orijentaciju u okolini i primjereno kognitivno i emocionalno doživljavanje okoline te primjerenu adaptivnu reakciju. Greenspan i Wieder (1998) su na uzorku od 200 djece s PSA ustanovili da 94% njih ima neobične reakcije na osjetne podražaje, od čega je 39% ispitanika nedovoljno osjetljivo, 19% pretjerano osjetljivo, a 36% mješovito osjetljivo na podražaje (Fulgosi Masnjak i sur., 2010). Slušni i vidni podražaji se ne registriraju u mozgu osoba s PSA češće nego drugi podražaji i stoga osoba često ne reagira na dozivanje i upute, neki se zvukovi mogu pretjerano registrirati, a neki premalo te mozak teško razaznaje koja je informacija važna. Pojedinci s PSA ili uporno traže kretanje i vestibularnu stimulaciju ili je odbijaju, a duboki pritisak kao vrsta taktilnog i proprioceptivnog podražaja gotovo uvijek izaziva pozitivnu reakciju osobe s PSA. Učestala je i preosjetljivost na okus i teksturu hrane te hiperosjetljivost ili hipoosjetljivost na dodir (Ayres, 2009). Problemi senzorne integracije mogu pridonijeti kliničkoj slici PSA u vidu pojave raznih nepoželjnih ponašanja te je važno voditi računa o vrsti i količini osjetnih informacija u okolini osobe s PSA (Fulgosi Masnjak i sur., 2010).

Zbog teškoća socijalne komunikacije, ograničenja u razumijevanju okoline i teškoća u formiranju ličnosti, osobe s PSA podložne su razvoju emocionalnih poremećaja i poremećaja u ponašanju (Fulgosi Masnjak i sur., 2010). Važno je primjerenim intervencijama djelovati na prevenciju ili uklanjanje nepoželjnih ponašanja kod osoba s PSA, a najbolja prevencija uključuje razvijanje komunikacijskih i socijalnih vještina (Stošić, 2008).

2.5. Poremećaj iz spektra autizma kroz život osobe

Poremećaji iz spektra autizma se pojavljuju u prve tri godine života, s razdobljem normalnog razvoja ili bez njega. U neke djece s PSA prvi simptomi mogu se primijetiti već u dojenačkoj dobi: poremećaj prehrane (odbijanje dojke ili bočice, prihvaćanje samo neke vrste hrane), poremećaj sna, plačljivost, pretjerana mirnoća ili nemir, autoagresija, smanjen interes za igračke, nezainteresiranost za zbivanja u okolini, pretjerana anksioznost, nedostatak emocionalne povezanosti s roditeljima, nedostatak pogleda u oči i drugo. U anamnezi djece s PSA često se nailazi na podatke o početku nastupa simptoma nakon febriliteta nepoznatog uzroka, psihičkog stresa, cijepjenja, hospitalizacije, straha ili dugog odvajanja od majke. Dijete se potpuno psihički promijeni, prestane koristiti govor i uopće komunicirati, prestanu ga zanimati događanja u okolini te igra postaje stereotipna, neinventivna te osamljena (Bujas-Petković i sur, 2010). Važno je napomenuti da je dijete s PSA fizički zdravo i tjelesni razvoj ne odstupa od normalnog.

U drugoj i trećoj godini života simptomi postaju očitiji. Roditelji najprije primijete zaostajanje u razvoju govora ili njegov potpuni izostanak, ne odazivanje na vlastito ime, ne reagiranje na pitanja i upute, nedostatak kontakta očima i združene pažnje. S vremenom, pojavljuju se i druge smetnje kao što su poremećaji u socijalnim odnosima, stereotipne radnje i neobično igranje, izostanak socijalne igre, izostanak imitacije i u motoričkom i u vokalnom obliku, česte i bezrazložne promjene raspoloženja, destruktivno i autoagresivno ponašanje i otpor prema promjenama (Bujas-Petković i sur, 2010).

U razdoblju puberteta agresija može postati izraženija u nekim slučajevima, a očituje se u frustracijskim situacijama, kojima se često ni ne može razlučiti uzrok, a pojedinac može postati agresivan, autoagresivan ili destruktivan. U pubertetu oko 30% djece s PSA dobije epileptičke napadaje. Rutter (1978) u svojim istraživanjima navodi velik postotak djece koja dožive deterioraciju svih psihičkih funkcija u pubertetu, a veće pogoršanje simptoma nalazi u djevojčica nego u dječaka. Lotter (1966., 1979.), na uzorku od 1000 djece s PSA praćene između pete i dvadesete godine života, zaključuje da 62% do 74% djece ima lošu prognozu, te ostaju trajno ovisne o tuđoj pomoći dok za njih 5% do 17% navodi dobru prognozu, normalan ili gotovo normalan život, redovito školovanje i zaposlenje. Osobe s PSA imaju normalan životni vijek (Bujas-Petković i sur, 2010).

Tijek poremećaja i prognoza vrlo su individualne, a ovise o razini intelektualnog funkcioniranja, razvoju govora i težini simptoma. Nisko intelektualno funkcioniranje kao i epilepsija pogoršavaju prognozu. Kontinuirani edukacijsko-rehabilitacijski tretmani od najranije

dobi mogu donekle ublažiti simptome i prevenirati razvoj nepoželjnih ponašanja te omogućiti uspješnu socijalizaciju osoba s PSA (Bujas-Petković i sur, 2010).

3. SOCIJALNA KOMUNIKACIJA OSOBA S POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA

Sposobnost i mogućnost uspostavljanja kontakta i komunikacije s drugima je osnova za adekvatan ljudski razvoj (Owens 1998, prema Aigen 2014). Owens (1998) definira komunikaciju kao proces u kojem sudionici izmjenjuju informacije i ideje, potrebe i želje. Komunikacija zahtjeva pošiljatelja i primatelja, a uključuje kodiranje, prijenos i dekodiranje željene poruke.

Socijalna komunikacija u edukacijsko-rehabilitacijskom kontekstu spoj je međudjelovanja socijalne interakcije, socijalne kognicije, pragmatike te receptivne i ekspresivne jezične obrade. Ona omogućuje fleksibilnu uporabu jezika i neverbalne komunikacije u različitim situacijama, a počinje se razvijati još u dojenačkoj dobi i razvija se kroz cijeli život (Adams, 2005).

Poremećaj socijalne komunikacije (PSK) karakterističan je za osobe sa značajnim teškoćama u uporabi verbalne i neverbalne komunikacije za socijalne svrhe. PSK može postojati kao zasebna dijagnoza, ali se može javiti i u sklopu drugih stanja kao što su PSA (American Speech–Languag–Hearing Association, 2016). Osobe s PSA imaju teškoće u prilagodbi govornog stila i konteksta situaciji i sugovornicima, poteškoća u razumijevanju emocija kod sebe i drugih te teškoća u razumijevanju i korištenju kontakta očima i govora tijela.

Poremećaj socijalne komunikacije u kontekstu PSA javlja se s nastankom DSM-V (2013), a objedinjuje dva područja koja su u DSM-IV (1996) predstavljala dva dijagnostička kriterija: poremećaj verbalne i neverbalne komunikacije i poremećaj socijalnih interakcija.

Sve osobe s PSA imaju izražene teškoće verbalne i neverbalne komunikacije, a jezično-govorne sposobnosti osoba s PSA protežu se na kontinuumu od potpuno nerazvijenog funkcionalnog jezika i govora preko atipičnog i stereotipnog govora pa do urednog razvoja jezika i govora (Dukarić, 2014).

Djeca s PSA prve riječi počinju koristiti kasnije nego njihovi vršnjaci te im se govor nastavlja razvijati sporijim tijekom. U ranom razvoju djece s PSA također je primijećeno da slabije reaguju na majčin glas i rjeđe se odazivaju na vlastito ime. Fenomen koji nerijetko obilježava rani jezični razvoj djece s PSA je regresija koja nastupa uglavnom prije druge godine života. Čak 25% roditelja izvještava o gubitku riječi usvojenih između 12. i 18. mjeseca koje je popratilo otežano usvajanje novih riječi, prestanak sudjelovanja u komunikaciji u koju se dijete

upuštalo prije nastupa regresije, gubitak prethodno usvojenih socijalnih vještina (kontakt očima, odazivanje na ime, imitacija), a sve to popraćeno je pojavom ponavljajućih i stereotipnih ponašanja (Goldberg i sur., 2003; prema Dukarić, 2014). Usvajanje prvih riječi do treće godine života povećava šansu za usvajanjem određenih adaptivnih vještina, kao što su higijenske navike ili samoregulacija kao reakcija na frustraciju (Gajić, 2015) te je razvoj govora jedan od bitnih pokazatelja daljnjeg tijeka poremećaja (Bujas-Petković i sur., 2010).

19 % djece s PSA nema razvijen govor, dok kod njih 31% govor nije u funkciji komunikacije (Lotter, 1966.; prema Bujas-Petković i sur., 2010). Nefunkcionalan govor je onaj govor koji je sam sebi svrha i smatra se vrstom stereotipije, pri čemu dijete formalno govori, ali nije u stanju odgovoriti na pitanje ili verbalno tražiti nešto što želi (Gajić, 2015). U većine djece s PSA se javlja eholaličan govor koji karakterizira ponavljanje zadnje riječi u rečenici ili cijelih rečenica koje je dijete prije čulo, na isti način kako ih je čulo i to izvan konteksta i bez komunikacijske svrhe (Bujas-Petković i sur., 2010). Međutim, treba uzeti u obzir da dijete ima sposobnost imitacije i motivirano je da reproducira zvukove što je važna podloga za učenje i razvijanje interpersonalne komunikacije kod djece s PSA (Gajić, 2015). Uz eholaliju, javlja se i hiperleksija, za koju su karakteristične napredne vještine prepoznavanja riječi uz istovremeno vrlo nisko razumijevanje pročitano (Dukarić 2014).

Kod osoba s PSA koje razvijaju govor javljaju se teškoće u pragmatici tj. uporabi jezika u socijalnom kontekstu koja uključuje: teškoće iniciranja razgovora, rješavanja komunikacijskih nesporazuma, suočavanja s pogreškama, davanje nebitnih komentara, prekidanje sugovornika ili paralelno izražavanje s njim (Dukarić 2014), teškoće u razumijevanju idioma, humora, metafora, ironije, šala, pretvaranja, laži i sarkazma koji su sveprisutni u svakodnevnoj komunikaciji (Jančec i sur. 2016). Nadalje, prisutne su i atipičnosti u prozodiji: monotona ili robotska intonacija, nedostaci u vokalnoj kvaliteti, atipični oblici naglašavanja te teškoće u promjeni visine i kontroli volumena glasa (Dukarić, 2014). Česta je i inverzija zamjenica i druge gramatičke greške koje se događaju zbog toga što dijete izgovara rečenice onako kako ih čuje i ne može spoznati odnose među ljudima i pravilno ih imenovati (Bujas-Petković i sur., 2010). Također su prisutne teškoće neverbalne komunikacije: teškoće imitacije, izostanak pokazne geste kažiprstom ili rukom, izostanak združene pažnje te nerazvijena mimika (Gajić, 2015). Zbog navedenih brojnih teškoća u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji djeca s PSA često zaziru od upuštanja u socijalnu interakciju te se osamljuju, što djeluje negativno na razvoj govora (Bujas-Petković i sur., 2010).

Teškoće socijalne interakcije uključuju: teškoće neverbalnih načina ponašanja kao što su pogled u oči, geste, mimika lica; izostanak razvoja međuvršnjačkih odnosa primjerenih dobi;

nedostatak interesa i suosjećanja s drugima; nedostatak socijalnog i emocionalnog reciprociteta. (Bujas-Petković i sur., 2010).

Postoji nekoliko teorija koje pokušavaju objasniti nedostatke u socijalnoj interakciji osoba s PSA. To su: teorija slabe centralne povezanosti (Klin i sur., 2002), deficit teorije uma (Šakić, Topić i Ljubešić, 2012) i poremećaj izvršnih funkcija (Šimleša, 2011).

Teorija slabe centralne povezanosti govori o drugačijem stilu obrade informacija kod osoba s PSA koje informacije obrađuju pojedinačno, pri čemu se ne uzima u obzir kontekst i cjelina unutar koje se informacije pojavljuju. Tako se, na primjer, osobe s PSA kod prepričavanja priče lakše dosjećaju detalja iz priče, a ne uspijevaju sagledati i iznijeti cjelinu i bit same priče (Klin i sur., 2002).

Prema drugoj teoriji, koja poremećaje iz spektra autizma tumači kroz deficite u teoriji uma, osobe s PSA nisu sposobne zauzimati tuđu perspektivu, razumjeti tuđe želje, namjere, vjerovanja i znanja (Šimleša, 2011). Naime, teorija uma odnosi se na „sposobnost pripisivanja neopažljivih mentalnih stanja sebi i drugima te upotrebe tih stanja u objašnjavanju i predviđanju ponašanja“ (Šakić, Topić i Ljubešić, 2012). U svakodnevnim socijalnim interakcijama gotovo neprestano pokušavamo odgonetnuti što se događa u umu drugih ljudi. Ova sposobnost omogućuje nam detektirati šalu, laž i namjeru sugovornika te se uglavnom odvija automatski i nesvjesno za većinu odraslih osoba te je gotovo presudna za adekvatnu socijalnu interakciju. Rani pokazatelji teorije uma mogu se uočiti u dobi od 18 mjeseci kada se javljaju igre pretvaranja i združena pažnja. Već novorođenčad pokazuje sposobnost razlikovanja ljudi od ostalih neživih objekata i pojava u okolini, što ukazuje na urođenu sposobnost percepcije da su drugi ljudi 'kao i ja' što navodi dijete da imitira druge ljude, njihovo glasanje i izraze lica što je zapravo vježba socijalne interakcije i komunikacije. Združena pažnja je pojava kada u odnos djeteta i odrasle osobe počinju ulaziti različiti predmeti i bića te dijete počinje pratiti smjer pogleda odrasle osobe prema objektu združene pažnje te počinje aktivno koristiti pokazivanje kažiprstom s ciljem slanja poruke gdje se nalazi nešto zanimljivo (Šakić, Topić i Ljubešić, 2012). Dvogodišnjaci urednog razvoja uspješno predviđaju ponašanje osobe na temelju njezine želje, prepoznaju i imenuju osnovne emocije na temelju izraza lica te razumiju da objašnjenje emocija leži u mentalnim stanjima. S četiri godine razvija se sposobnost predviđanja ponašanja osobe na temelju njezina vjerovanja o stvarnosti tj. razumijevanje netočnih vjerovanja. Djeca s PSA pokazuju poteškoće u uspostavljanju združene pažnje i poteškoće u razumijevanju funkcije smjera pogleda (Šimleša, 2011), a izražene su i teškoće imitacije te su njihove igre nemaštovite i stereotipne, ne imitiraju svakodnevne životne situacije i igračkama se koriste na neadekvatan način (Bujas-Petković i sur.,

2010). Ujedno, osobe s PSA više su usmjerene na objekte nego na osobe u svojoj okolini (Klin i sur., 2002). Većina osoba s PSA ne uspostavlja pogled u oči s ciljem socijalnog kontakta (Bujas-Petković i sur., 2010), a neka istraživanja pokazala su pojavu specifičnih teškoća u razumijevanju mentalnih stanja na temelju dijela lica oko očiju te se osobe s PSA fokusiraju u većoj mjeri na usta, pri čemu se oslanjaju na detalje lica sugovornika, umjesto da ga percipiraju u cijelosti (Klin i sur., 2002).

Treća teorija odnosi se na deficit izvršnih funkcija. Taj termin obuhvaća sve vještine potrebne za svrhovitu, cilju usmjerenu aktivnost. Proces i podlozi izvršnih funkcija su: planiranje, vremenska organizacija ponašanja, iščekivanje cilja, započinjanje aktivnosti, nadgledanje aktivnosti, sposobnost inhibiranja ili odgađanja odgovora, evaluacija odgovora, kognitivna fleksibilnost. Teorija deficita izvršnih funkcija objašnjava brojna ponašanja osoba s PSA kao što su nedostatna kontrola impulsa, želja za uvijek istim stvarima, poteškoće započinjanja radnji koje nisu rutinizirane, poteškoće pri mijenjanju zadataka, repetitivna ponašanja i drugo (Šimleša, 2011).

Činjenica je da su centralna povezanost, teorija uma i izvršne funkcije ključne u uspostavljanju adekvatne socijalne komunikacije, odnosno oni su osnova za razvoj nekih složenijih psihičkih fenomena (Šimleša, 2011). Osoba s PSA vjerojatno češće ne razumije socijalnu situaciju nego što je svjesno odbija te ona postaje frustracija na koju reagira na neprimjeren način (Bujas-Petković i sur., 2010).

Poticanje socijalne komunikacije kod osoba s PSA od iznimne je važnosti kako bi one mogle razviti adaptivna ponašanja i aktivno sudjelovati u svojoj okolini. Većina terapija koje se provode s ovom populacijom za glavni i konačni cilj postavljaju upravo napredak u socijalnoj komunikaciji osobe s PSA.

4. GLAZBOTERAPIJA

4.1. Utjecaj glazbe na čovjeka u povijesno-kulturnom kontekstu

Glazboterapija je relativno nova vrsta terapije te unatoč tome što ideja o ljekovitosti glazbe datira još od vremena starih civilizacija (Horden, 2016), glazboterapija kao disciplina postoji tek od 20. stoljeća (Bruscia, 2014). Moreno (1988) smatra da je moderna profesija glazboterapije ništa drugo nego specijalizacija starih šamanskih glazbenih tradicija te njene korijene nalazi u zvuku šamanskog bubnja koji je još prije 30 000 godina zvonio svoju pjesmu iscjeljenja (Aigen, 2014).

Još u najranijoj povijesti čovječanstva, u doba „primitivnih“ zajednica i kultura vjerovalo se u iscijeliteljsku moć glazbe. Glazba je bila bitan element magijskih rituala kojima se slavilo bogove i tjeralo zle duhove koji izazivaju bolest i smrt (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011). Dosad najstariji pronađeni instrument, koštana flauta, datira u doba neandertalaca, prije 60 000 godina (Horden, 2016). Stara kineska poslovice iz približno 3000. g. pr. Kr. glasi: „Glazba ima moć smiriti napetost unutar srca te umanjiti i otpustiti opskurne emocije“ (Degmenčić i sur., 2005). I drevni Grci su prepoznali čudesnu moć glazbe o čemu dokaz pronalazimo u mitu o Orfeju koji odlazi na drugi svijet kako bi spasio dušu svoje ljubljene Euridike i samo zahvaljujući silini svoje glazbe, on uspijeva pokoriti sile podzemlja i natjerati ih da ju oslobode (Horden, 2016). Hebreji su koristili glazbu za liječenje tjelesnih i duševnih oboljenja, o čemu dokaz postoji u Bibliji, u djelu o Samuelu koja govori o „Davidu koji bi, svaki puta kada bi Saula napao zao duh, zasvirao harfu i zao duh bi otišao od Saula i odlanulo bi mu“ (slika 3) (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

Prvi filozofi prepoznali su terapijsku moć glazbe pa je tako Pitagora smatrao da harmonijom glazbe možemo održati harmoniju zdravog duha i tijela, Aristotel je smatrao da glazba čisti ljudsku dušu i odstranjuje štetne utjecaje, Filiston je glazbom liječio bolove kod išijasa, što je tumačio time da glazba stavlja udove u stanje transa i tako smanjuje bol, a Hipokrit smatra ne samo da je glazba terapijska nego ima i veliku ulogu u odgoju. Teofrast, Aristotelov učenik, navodi da glazba liječi dušu i tijelo, tjeskobu, nesvijest, dugotrajno ludilo, bolove u kuku i epilepsiju. Kvintilijan piše djelo *De musica libri VII* na prijelazu u 2. stoljeće u kojem piše da glazba ima utjecaj na svakog čovjeka i da je taj utjecaj individualan te da kod poremećaja afekta glazba može vratiti dušu u stanje harmonije. U srednjem vijeku svirači na dvorovima imali su dužnost zabavljanja svojih gospodara, a kad bi se jedan od gospodara razbolio, morali su skladati posebne skladbe za njih. U samostanima se razvijala samostanska medicina koja je za njegu

bolesnika koristila glazbu. Johannes de Muris piše djelo *Summa musicae* koje govori da glazba liječi bolesti uzrokovane melankolijom i tugom, neka glazba djeluje uzbuđujuće, neka uspavljujuće, ublažuje bijes, oslobađa teških misli i razvedruje tužne. U doba renesanse mnoga djela govore o utjecaju glazbe na zdrave i bolesne, a u 18. stoljeću Browne nastoji protumačiti raznovrsno djelovanje različite vrste glazbe i smatra da se snažne vibracije instrumenata prenose na dušu, a s nje na tijelo, dok mekane vibracije nježnih skladbi djeluju na udaljenije živce i živčani sustav (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).



Slika 3. David svira harfu za kralja Saula (11. st.pr.Kr.)

Korištenje glazbe u terapijske svrhe na našim prostorima razvijalo se paralelno s ostatkom Europe i već od 16. st. pojavljuju se znanstveni i stručni prikazi koji spajaju glazbu i medicinu. Dubrovački liječnik Đuro Baglivi bio je među prvima koji je promatrao djelovanje glazbe na čovjeka i to već 1696. u svome djelu *De praxi medica* navodi da glazba povoljno djeluje na liječenje duševno bolesnih stanja, a Ivan Krstitelj Bettini u svojoj doktorskoj disertaciji *De musicae influxu in morbis usu* (1833) obrađuje fiziološka i terapijska djelovanja glazbe na čovjeka i njegovo zdravlje (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

Glazba se definira kao ljudski konstrukt u kojem pojedinci stvaraju smisao i ljepotu kroz zvuk koristeći sredstva kompozicije, improvizacije, izvođenja i slušanja (Bruscia, 2014). Teško je istaknuti pojedinca koji ne voli glazbu i kome ona nije jedan od sastavnih elemenata svakodnevnog života. Glazba nas veže za određene važne trenutke, osobe ili periode u životu te može probuditi sjećanja na neke osobne unutarnje borbe i pobjede (Degmenčić i sur., 2005). Glazba omogućava ulaz u emocionalni svijet pojedinca i stoga je izuzetno vrijedno terapijsko sredstvo (Bruscia, 2014).

4.2. Povezanost glazbe i neuropsiholoških reakcija

Djelovanje glazbe na čovjeka primarno se manifestira u promjenama struktura i funkcija ljudskog organizma. Glazba može izravno utjecati na otkucaje srca, krvni tlak, disanje, aktivnost mozga, napetost mišića, hod, izlučivanje hormona, imunološki odgovor, temperaturu tijela, neurološke funkcije i drugo. S promjenama na fizičkoj razini javljaju se i promjene psiholoških stanja i procesa kao što je razina svijesti, napetost, anksioznost, bol, raspoloženje, razina energije i drugo. (Bruscia, 2014). Zbog svoje dinamičke kvalitete, primarna reakcija na glazbu je ujedno i fizička i emocionalna. Fizički glazba proizvodi zvučne valove koji se osjećaju tijelom, a emocionalno glazba stvara određeno raspoloženje na koje osoba reagira na nesvjesnoj i neverbalnoj razini (Wigram i sur., 2002).

Neuroanatomska i neurofiziološka osnova za povezanost glazbe i emocija je mali mozak koji sudjeluje u prepoznavanju i afektivnom doživljavanju glazbe, a daljnja obrada odvija se u amigdali smještenoj u prednjem dijelu mozga, gdje se osjetnim informacijama daje adekvatna emocionalna važnost i kontekst. Mali mozak odgovoran je i za motoričku kontrolu te ima važnu ulogu u praćenju takta skladbe. Funkcionalne snimke mozga dokazuju da emocije izazvane glazbom mogu promijeniti aktivnosti u gotovo svim strukturama malog mozga koje imaju glavnu ulogu u iniciranju, regulaciji i eliminaciji emocija koje su bitne za opstanak pojedinca i vrste. Prema tome se može zaključiti da emocije izazvane glazbom sudjeluju u evolucijskim, adaptivnim i neuroafektivnim mehanizmima čovjeka (Kovačević i Baniček, 2015).

Brojna istraživanja govore kako slušanje i izvođenje glazbe stimulira određene regije u mozgu i utječe na procese odgovorne za pamćenje, motoričku kontrolu i jezik. Sviranje glazbenog instrumenta kod djeteta dovodi do reorganizacije veza u mozgu i posljedično boljoj koordinaciji i motorici u kasnijem razvoju (Demarin i sur., 2016). Studije i danas istražuju nevjerojatni utjecaj Mozartove glazbe na mozak (tzv. Mozart efekt), pri čemu dolazi do reorganizacije u moždanom korteksu koji na neki način rezonira s arhitekturom Mozartove skladbe (Campbell 2009, prema Demarin i sur., 2016).

Unatoč nekolicini generalizacija, nemoguće je točno predvidjeti kako će neka vrsta glazbe utjecati na čovjeka jer svaki pojedinac ne reagira na glazbu na potpuno isti način, štoviše ista osoba ne mora reagirati na isto glazbeno djelo dva puta na isti način. Odgovor na glazbu u velikoj mjeri ovisi o osobnim pretenzijama na određenu vrstu glazbe, skladatelja ili izvođača (Wigram i sur., 2002). Za iskustvo glazbe nije nužna inteligencija te će visokoobrazovana osoba i osoba s

teškim intelektualnim teškoćama doživjeti glazbu na sebi svojstven način (Degmenčić i sur., 2005).

Danas, u modernom svijetu glazbu možemo koristiti kako bi upravljali svojim raspoloženjem, stvorili okružje koje može snažno utjecati na raspoloženje drugih, stimulirali koncentraciju, smanjili umor, potaknuli opuštanje i drugo (Bunt, 1994).

4.3. Definicija glazboterapije

Sam naziv, glazboterapija, spominje se još 1918. godine (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011), a Svjetsko udruženje za glazboterapiju (World Federation of Music Therapy - WFMT) definiralo ju je 1996. godine: „Glazboterapija je korištenje glazbe i/ili njezinih elemenata (ton, dinamika, ritam, melodija i harmonija) koje provodi kvalificirani glazbeni terapeut na osobi ili grupi u procesu koji je osmišljen kako bi osigurao i unaprijedio komunikaciju, učenje, potaknuo izričaj, organizaciju i druge bitne terapeutske ciljeve u svrhu postizanja fizičkih, emocionalnih, mentalnih, društvenih i kognitivnih potreba“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

Najnovija definicija WFMT iz 2011. godine stavlja fokus na poboljšanje kvalitete života, a tu definiciju preuzela je i Hrvatska udruga muzikoterapeuta: „Glazboterapija je korištenje glazbe i njenih elemenata kao intervencije u zdravstvenim, obrazovnim i svakodnevnim uvjetima s pojedincima, grupama, obiteljima ili društvenim skupinama koji žele optimizirati svoju kvalitetu života i unaprijediti fizičko, socijalno, komunikacijsko, emocionalno, intelektualno i duhovno zdravlje i dobrostanje. Istraživanja, praksa i obuka u glazboterapiji se zasnivaju na profesionalnim standardima u kulturnom, socijalnom i političkom kontekstu.“ (http://www.muzikoterapeuti.hr/?page_id=85).

Bruscia (1998) definira glazboterapiju kao refleksivan proces u kojem terapeut pomaže klijentu doseći optimalnu razinu zdravlja, koristeći različite aspekte glazbenog iskustva i odnos kreiran kroz taj proces koristi kao sredstvo promjene. Glazboterapija je praktična disciplina koja je zasnovana na teoretskoj podlozi i znanstvenom pristupu (Bruscia, 2014). Bruscia svoju definiciju bazira na psihodinamskom i psihoterapeutskom pristupu u kojem se u centar glazboterapije stavlja odnos između terapeuta i klijenta koji nastaje u glazbenim okvirima i pomoću kojeg terapeut može djelovati u smjeru ostvarivanja određenih potreba klijenta (Aigen, 2014; Wigram i sur., 2002).

Gledajući iz perspektve edukacijske-rehabilitacije kao znanstvene discipline koja se bavi zakonitostima funkcioniranja osoba s teškoćama socijalne integracije, koje su posljedice oštećenja ili funkcionalnog poremećaja, najprimjerenija definicija glazboterapije bila bi ona Juliette Alvin, koju je dopunio Linke: „Glazboterapija je komunikacijski postupak u kojem se glazba upotrebljava kao medij s ciljem ponovnog uspostavljanja integriteta osoba koje pate od psihičkih ili tjelesnih poremećaja u ponašanju.“ (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

4.4. Teorijske osnove, transdisciplinarnost i upotreba glazboterapije

Glazboterapija je spoj glazbe i terapije što bi značilo da je ujedno i spoj umjetnosti i znanosti što ju čini iznimno transdisciplinarnim područjem. Kao umjetnost obilježava ju subjektivnost, individualnost, kreativnost i estetika, a kao znanost obvezana je na objektivnost, univerzalnost, replikabilnost i točnost. Još jedna dimenzija koja dodatno komplicira glazboterapiju kao konstrukt je njena društvena dimenzija. Glazboterapija se bavi interpersonalnim procesima na svim razinama i pod utjecajem je različitosti u kulturi i društvenim skupinama. Za klijenta, a ujedno i terapeuta, proces glazboterapije može se opisati kao razvojni, obrazovni, interpersonalni, umjetnički, glazbeni, kreativni i znanstveni. Uzevši sve to u obzir, sažeto i jasno definiranje glazboterapije poprilično je teško i postoji velika količina znanstvenih radova koje ulaze u ovu problematiku iz različitih teoretskih pravaca (Bruscia, 2014).

Prema Wigramu i sur. (2002) s obzirom na teoretski pristup razlikujemo *biheviornu glazboterapiju*, *edukacijsku glazboterapiju* i *psihoterapijsku glazboterapiju*. U biheviornoj glazboterapiji terapeut koristi glazbu kako bi poticao željeno ponašanje, a eliminirao neželjeno, dok edukacijska glazboterapija koristi glazbu kao sredstvo za postizanje nekih odgojno-obrazovnih potreba klijenta, a odvija se uglavnom u obrazovnim ustanovama. U psihoterapijskoj glazboterapiji glazba se koristi kako bi olakšala klijentu stjecanje uvida u svoj unutarnji svijet, misli, osjećaje, stavove, probleme i konflikte.

U glazboterapiji prisutna su tri glavna agenta: terapeut, klijent i glazba. Psiholog Carl Rogers je 1940. godine razvio terapiju usmjerenu prema osobi koja je usko povezana s teorijskim osnovama glazboterapije jer se interakcija u glazboterapiji zasniva na temelju odnosa između klijenta i terapeuta i na razvoju povjerenja između njih (Burić i Katušić, 2012). Bezuvjetno prihvaćanje klijenta i empatija temeljni su koncepti glazboterapije te sigurno i suportivno okruženje u kojem terapeut reflektira interes i razumijevanje za klijentov svijet i njegove osjećaje,

omogućava razvoj odnosa klijent-terapeut koji ima iznimnu terapijsku vrijednost (Burić i Katusić, 2012). Glazba u glazboterapiji može imati dvojaku ulogu na temelju koje proizlazi distinkcija između *glazbe kao terapije* i *glazbe u terapiji*. U prvom slučaju, glazba ima ulogu primarnog medija i glavnog pokretača terapijskog procesa, pri čemu je uloga terapeuta svojom stručnošću olakšati klijentu doživljaj glazbe (Bruscia, 2014). U literaturi se ovaj pristup još naziva „glazbeno-usmjerena glazboterapija“ (Aigen, 2014). U *glazbi u terapiji* glazba nije jedini niti glavni pokretač promjene, a terapeutova zadaća je djelovati prema ispunjenju individualnih potreba klijenta koristeći najprikladniji medij, bilo da je to glazba ili nešto drugo (Bruscia, 2014).

Klijentov odnos s terapeutom kroz glazbu središte je glazboterapijskog procesa (Bruscia, 2014). U glazboterapiji glavni je prioritet ispunjenje potreba klijenta kroz glazbu, a ne stvaranje trajnog umjetničkog djela koje će imati značenje i važnost izvan terapijskog konteksta. To ne znači da kada klijent i terapeut izvode ili slušaju glazbu ne mare za njezinu ljepotu i da glazba stvorena na glazboterapiji nema estetsku vrijednost (Bruscia, 2014). Klijent ne mora unaprijed posjedovati određenu muzikalnost kako bi imao koristi od glazboterapije (Degmenčić i sur., 2005), naprotiv, uvriježeno je mišljenje da je muzikalnost urođena svakom živom biću. Colwyn Trevarthen i Stephen Malloch (2000) su iznijeli sveobuhvatnu teoriju razvoja privrženosti između majke i novorođenčeta temeljenu na glazbenim kvalitetama rane interakcije. Oni smatraju da glazbeni elementi rane interakcije otkrivaju u vrlo čistom obliku temelje svih ljudskih odnosa. Dijete i majka, kroz ritmičke pokrete tijela i vokalne ekspresije, „iniciraju, nadopunjuju i odgovaraju jedan drugome u vrlo fluidnom i intimnom plesu, unutar kojeg njihova unutarnja stanja rezoniraju jedno s drugim kroz međusobno razumijevanje njihove dinamičke forme“ (Aigen, 2014). Taj 'ples' ima sva obilježja glazbene improvizacije u paru – tempo (npr. *accelerando*, *rubato*, *ritardando*, *allargando*, *ritenuto*), dinamike (npr. *sforzando*, *crescendo*), boje tona (npr. promjene u kvaliteti glasa) i visine tona (melodičnost glasa) (Pavličević, 1990; prema Aigen, 2014). Istraživanja o tome kako novorođenčad potiče intuitivnu vokalnu igru u roditelja i može oponašati i odašiljati poprilično kompleksne afektivne izraze, sugeriraju da svaki pojedinac ima urođenu ritmičku povezanost pokreta tijela i regulacije afektivnih izraza. Točnije, temeljne motoričke i perceptivne sposobnosti za glazbu su urođene i nazivaju se *intrinzična muzikalnost*. Trevarthen i Malloch vjeruju da je sve što je čovjeku potrebno za glazbeno iskustvo prisutno pri rođenju, a urođena muzikalnost, uz utjecaj kreativnosti, kasnije se može razviti u glazbeno iskustvo kakvo poznajemo (Aigen, 2014).

S obzirom na uporabu glazbe, u glazboterapiji razlikujemo dva pristupa: aktivan pristup (*ekspresivna glazboterapija*) i pasivan pristup (*receptivna glazboterapija*). U aktivnoj

glazboterapiji klijent izvodi, improvizira ili sklada glazbu u kojoj može izraziti svoje probleme, konflikte i duboka stremljenja, razviti odnos te iznaći rješenje i ispunjenje kroz glazbu. Pasivna ili receptivna glazboterapija je ona tijekom koje klijent sluša glazbu, njegovo tijelo je izloženo njenim zvukovima i vibracijama, u zvuku čuje samog sebe i druge, sjeća se i ponovno proživljava iskustva, kroz zvuk razmišlja i približava se katarzi (Bruscia, 2014).

Glazboterapija je nastala iz različitih profesionalnih disciplina: radna terapija, fizioterapija, psihologija, medicina i antropologija. Danas se koristi u školama, klinikama, bolnicama, ustanovama, zadrugama, domovima za starije i nemoćne, hospicijima, zatvorima i privatnim praksama. Populacija klijenata uključuje osobe s teškoćama – vizualnim, slušnim, govorno-jezičnim, motoričkim, intelektualnim, osobe s PSA, djecu i odrasle s emocionalnim teškoćama i djecu s poremećajem u ponašanju, djecu s teškoćama učenja, osobe s psihičkim bolestima, ovisnike, zatvorenike, medicinske pacijente, starije osobe te terminalno bolesne osobe. Osim toga, glazboterapija se koristi i u radu sa zdravim pojedincima s ciljem redukcije stresa, bolova, pri porodu, u biofeedback terapijama, s ciljem samoaktualizacije i duhovnog razvoja (Bruscia, 2014).

4.5. Povijest glazboterapije

Unatoč tome što se glazba u terapijske svrhe koristila već tisućama godina, glazboterapija se kao profesija formirala tek u 20. stoljeću. Nakon Prvog i Drugog svjetskog rata glazbenici različitih vrsta, profesionalci i amateri, putovali su po bolnicama po Europi i SAD-u kako bi svirali tisućama veterana koji su patili od fizičkih i emocionalnih trauma (Degmenčić i sur., 2005). Tijekom tog razdoblja, medicina je doživjela pomak prema holističkom pristupu, osobito u liječenju psihijatrijskih poremećaja (Reschife-Hernandez, 2011). Kako su pacijenti vrlo dobro reagirali na glazbu, glazbenici su postali stalan dio tima u bolnicama, gdje su izvodili glazbu za podizanje morala i zabavu pacijentima, ali nisu bili dovoljno educirani na području medicine i psihologije da bi glazba bila iskorištena u terapijske svrhe u svom punom kapacitetu (Bunt, 1994). Prvi akademski kolegij glazboterapije pokrenut je na Michigan State University-u 1944., a American Association of Music Therapy (AAMT) osnovan je 1971. (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011). U Europi je 1958. osnovano Društvo za glazboterapiju i ljekovitu glazbu (Society for Music Therapy and Remedial Music) uskoro preimenovano u Britansko društvo za glazboterapiju. Godine 1968. pokrenut je smjer glazboterapije na Guildhall School of Music and Drama u Londonu koji je podučavala Juliette Alvin, jedna od pionira glazboterapije, a Paul

Nordoff i Clive Robbins počeli su podučavati 1974. u Goldie Leigh Hospital u Londonu (Bunt, 1994). Svjetska federacija glazboterapeuta (World Federation of Music Therapists) osnovana je 1985. godine (Reschife-Hernandez, 2011).

U specijalnom zavodu za rehabilitaciju djece, u Zagrebu, s primjenom glazbe započelo se 1947. godine u rekreacijske svrhe, a kasnije i kao nastavni program, rekreacija i terapija. U specijalnom zavodu za rehabilitaciju djece s intelektualnim teškoćama, u Velikoj Gorici, glazba se počela primjenjivati 1968. godine najprije kao predmetna nastava, a kasnije i kao glazboterapija. Danas se glazboterapija provodi u većini centara za rehabilitaciju djece i mladeži s teškoćama, bolnicama i ustanovama u Republici Hrvatskoj (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2011).

4.6. Osnovne metode glazboterapije

U glazbi postoji četiri tipa glazbenog iskustva: *improvizacija*, *reprodukcija*, *kompozicija* i *slušanje* (Burić i Katušić, 2012). Svaki tip ima svoje jedinstvene karakteristike, a uključuje različite vrste senzomotornih ponašanja, perceptivnih i kognitivnih sposobnosti, izaziva različite vrste emocija i bavi se različitim međuljudskim procesima. Zbog toga, svako od navedenih glazbenih iskustva ima i vlastite terapeutske potencijale i primjene. Navedena četiri tipa glazbenog iskustva ujedno su i četiri glavne metode u glazboterapiji (Bruscia, 2014).

Bruscia (2014) definira *metodu* kao određenu vrstu glazbenog iskustva koja se koristi za procjenu, tretman i/ili evaluaciju. Svaka metoda ima i mnogo *varijacija*, budući da postoji jako mnogo načina na koje se mogu oblikovati svaki od ova četiri glazbena iskustva. Svaka varijacija unutar metode također se može zvati metodom. Kako bi angažirao klijenta u tim glazbenim iskustvima, terapeut koristi različite procedure. *Procedura* je organizirani slijed postupaka i interakcija koje terapeut upotrebljava u vođenju klijenta kroz čitavo glazbeno iskustvo. Na primjer, ako je metoda improvizacija, a varijacija „instrumentalna grupa“ terapeut u jednoj glazboterapijskoj seansi može koristiti sljedeće proceduralne korake: (1) klijent izabire instrument, (2) grupa slobodno eksperimentira s instrumentima, (3) terapeut prezentira strukturu ili smjernice za improvizaciju, (4) grupa improvizira prema datim smjernicama, (5) grupa raspravlja o izvedenoj glazbenoj prezentaciji, (6) isti koraci se ponavljaju do kraja seanse. U sklopu svakog proceduralnog koraka terapeut može koristiti razne tehnike. *Tehnika* je jedna operacija ili interakcija koju terapeut koristi za izazivanje neposredne reakcije kod klijenta ili za oblikovanje trenutnog iskustva klijenta. U navedenom primjeru improvizacije, terapeut može

koristiti tehnike kao što su „zrcaljenje“, „imitacija“ i brojne druge o kojima će biti više govora kasnije (Bruscia, 2014).

Terapeut može odabrati isključivo jednu metodu, koristiti različite metode u različitim fazama terapije ili kombinaciju metoda u svakoj seansi. Odabrana metoda mora pružiti klijentu najučinkovitiju i najisplativiju strategiju za postizanje ciljeva terapije, stoga odabir i primjena najučinkovitije metode zahtjeva pažljivu procjenu indikacija i kontraindikacija za određenu metodu kod svakog klijenta, razinu potpore potrebnu da bi klijent mogao sudjelovati te razinu odgovornosti i kontrole za terapeuta (Bruscia, 2014).

4.6.1. Improvizacija

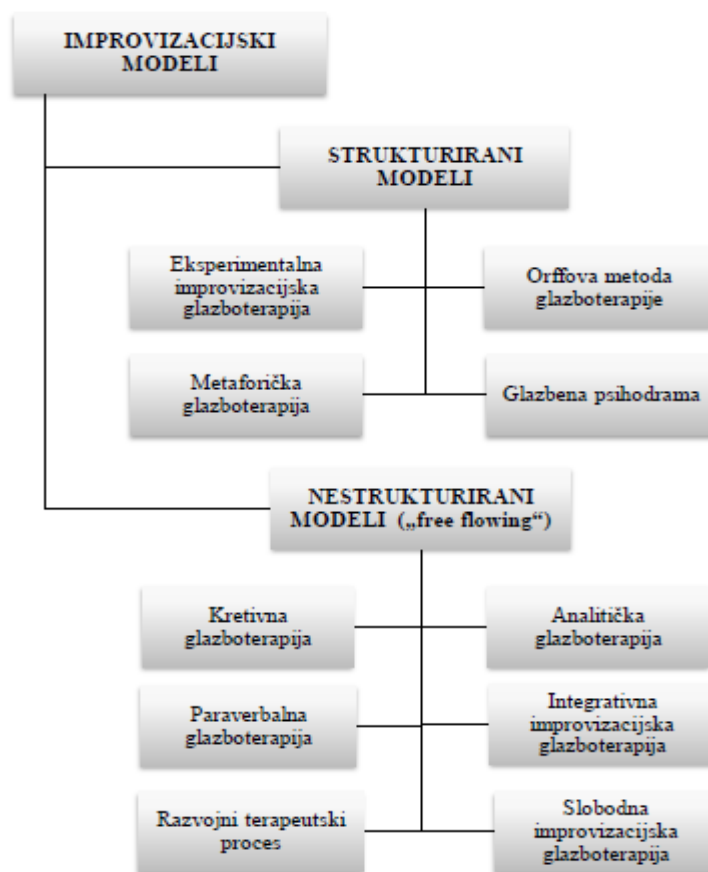
U improvizaciji klijent stvara glazbu kroz pjevanje ili sviranje, istodobno stvarajući melodiju, ritam, pjesmu ili instrumentalni komad (Burić i sur., 2012). Klijent može improvizirati sam, u duetu, ili grupi koja može uključivati terapeuta, druge klijente ili druge značajne osobe. U improvizaciji klijent može koristiti bilo koji glazbeni medij unutar svojih mogućnosti (npr. glas, zvukove tijela, udaraljke, žičane ili puhačke instrumente, klavijature itd.) (Bruscia, 2014). Terapeut pruža klijentu potrebne instrukcije i demonstracije, nudi glazbenu ideju ili strukturu na kojoj će se temeljiti improvizacija, svira ili pjeva pratnju koja stimulira ili usmjerava klijentovu improvizaciju ili predstavlja ne-glazbenu ideju (npr. sliku, naslov ili priču) koje će klijent predstaviti kroz improvizaciju (Wigram, 2004).

Improviziranje glazbe uključuje tijelo i aktivira osjetila na mnoge načine. U vokalnoj improvizaciji, tijelo je objekt koji proizvodi zvuk, stvara vibracije, rezonira i daje jasnu senzoričku povratnu informaciju samom sebi. U instrumentalnoj improvizaciji osoba istovremeno prima vizualne i taktilne informacije o obliku i teksturi instrumenta, kinestetičke informacije dok manipulira instrumentom i auditivne i kinestetičke informacije izazvane vibracijama koje proizvodi sviranjem (Bruscia, 2014).

Kroz improvizaciju se može uspostaviti kanal za neverbalnu komunikaciju i most za verbalnu komunikaciju, osigurati sredstvo za samoizražavanje i formiranje identiteta, istražiti različite aspekte sebe u odnosu na druge, prepoznati, izraziti i obraditi negativne emocije, razviti kapacitete za međuljudsko poštovanje i intimnost, razviti međuljudske vještine, riješiti međuljudske probleme, razviti kreativnost, slobodu izražavanja, spontanost i razigranost u strukturiranim uvjetima, podražavati i razvijati osjetila i razvijati perceptivne i kognitivne

vještine (Bruscia, 2014). Svaka je improvizacija jedinstveni personalizirani oblik samoizražavanja kroz koji improvizator može eksternalizirati impulse, osloboditi fizičku i emocionalnu energiju i izraziti osjećaje. Način na koji pojedinac odabire svaki zvuk, manipulira svakim glazbenim elementom i organizira glazbeni proces, nepogrešiva je manifestacija njegove jedinstvenosti. Kroz improvizaciju impulsi, ideje i osjećaji pojedinca dobivaju opipljivu formu i sadržaji njegovog unutarnjeg subjektivnog svijeta dobiva mjesto u vanjskoj stvarnosti. Improvizacija se može usporediti s igrom u kojoj je improvizator slobodan slijediti svoje impulse, istovremeno nalazeći načine kako ih kontrolirati i preusmjeravati kroz kreativan proces stvaranja glazbe što rezultira osjećam užitka i zadovoljstva (Bruscia, 2014). Tijekom glazbene improvizacije dolazi do malo promijenjenog stanja svijesti i za glazboterapeuta i za klijenta, što potiče nastanak novih ideja u sviranju/izražavanju sebe i razmatranju problema. Terapeut ima odgovornost otpustiti svjesnu kontrolu, istovremeno zadržavajući svijest o interakciji s klijentom. Dakle, terapeut radi u stanju dvostruke svijesti pri čemu snažni osjećaji koje klijent izražava moraju biti podržani od strane terapeuta (Wigram, 2004).

Improvizacija se u kontekstu glazboterapije počela koristiti 60-ih godina 20. stoljeća kada su Clive Robbins (američki skladatelj i pijanist) i Paul Nordoff (engleski edukacijski rehabilitator) počeli razvijati svoj pristup u glazboterapiji u radu s djecom s teškoćama, pri čemu je Nordoff improvizirao na klaviru, a Robbins izravno radio s djetetom. Istovremeno, Juliette Alvin je razvijala svoj model rada s djecom s poremećajem iz spektra autizma koristeći violončelo kao glavni instrument u slobodnoj improvizaciji s djetetom. Nordoff i Robbins svoj improvizacijski pristup u glazboterapiji izlažu u knjizi *Creative Music Therapy* (1977), a Alvinin model prozvan je izložen u knjizi *Music Therapy for Autistic Child* (1978) (slika 4). Improvizacijska glazboterapija utemeljena je ne na teorijama i istraživanjima već na temelju praktičnog rada s klijentima kroz duži vremenski period (Wosch i Wigram, 2007). Danas postoji cijeli niz improvizacijskih modela koji su prikazani na slici 4 (Svalina, 2010).



Slika 4. Improvizacijski modeli prema Kenneth E. Bruscii (Svalina 2010)

4.6.2. Reprodukcija

Kroz metodu izvođenja ili reprodukcije glazbe klijent uči, pjeva, svira ili izvodi unaprijed komponirano glazbeno djelo. Ova metoda obuhvaća interpretaciju i reprodukciju dijela glazbenog komada ili cjelovito izvođenje nekog glazbenog djela ili pjesme, bilo da se izvodi pred publikom ili ne. Metoda reprodukcije koristi se za razvoj senzomotornih vještina i adaptivnog ponašanja, poboljšanje koncentracije, razvoj pamćenja, razvoj samoopservacije i samoregulacije, razvoj identiteta i empatije, iskazivanje emocija kroz siguran i odgovarajući medij, razvoj vještina spoznavanja, tumačenja i komuniciranja ideja i osjećaja, razvoj interakcije i vještina funkcioniranja u grupi, razvoj osjećaja zajedništva i identificiranje s uvjerenjima neke grupe, zajednice, društva ili kulture. Ova metoda uključuje i strukturirane glazbene aktivnosti i igre u kojima klijent preuzima unaprijed određene uloge (Bruscia, 2014).

Izvođenje glazbe aktivira tijelo i osjetila na iste načine kao i improvizacija, jedina razlika je u tome što u improvizaciji ne postoji jasno zadani model i klijent smišlja glazbu u trenutku i može ju prilagoditi svojim sposobnostima. Pri izvođenju, od klijenta se očekuje da se uklopi u

strukturu koju je odredio skladatelj, izvede točne note u odgovarajućem ritmu i tempu, pri čemu on ne može prilagoditi izvedbu svojim sposobnostima, već mora razviti svoje vještine da zadovolji zahtjeve glazbenog djela. Zadaća izvođača je personalizirati glazbeno djelo, pružiti vlastito tumačenje značenja i emocija, sve dok ostaje unutar granica koje je odredio skladatelj (Bruscia, 2014).

4.6.3. Kompozicija

Kompozicija kao glazboterapijska metoda obuhvaća skladanje pjesama ili instrumentalnih djela, pri čemu klijent stvara pjesmu ili instrumentalno djelo u cijelosti ili samo djelomično (stihove, melodiju, ritam, pratnju) uz podršku glazboterapeuta. Kompozicija uključuje i transformaciju pjesme, pri čemu klijent mijenja dio ili cijelu melodiju pjesme dok stihovi ostaju netaknuti ili obrnuto, klijent mijenja stihove pjesme, a zadržava melodiju (Bruscia, 2014).

4.6.4. Slušanje

Slušanje glazbe ili receptivna glazboterapija metoda je glazboterapije u kojoj klijent sluša improvizaciju, izvedbu ili kompoziciju terapeuta ili komercijalnu glazbu različitog stila (klasična glazba, rock, jazz, country i dr.) i reagira neverbalno, verbalno ili kroz neki drugi medij. Glazba koja se sluša može biti unaprijed snimljena ili izvođena u živo (Bruscia, 2014).

Iskustvo slušanja može biti usmjereno na fizičke, emocionalne, intelektualne, estetske ili duhovne aspekte glazbe, a cilj glazboterapije slušanjem može biti razvoj sensorike, poticanje specifičnih tjelesnih odgovora, stimulacija ili opuštanje, razvoj slušnih i motoričkih sposobnosti, poticanje afektivnih stanja i iskustava, istraživanje tuđih misli i ideja, poticanje pamćenja, imaginacije i mašte, povezivanje klijenta sa sociokulturnom grupom i poticanje duhovnog iskustva (Bruscia, 2014).

Vibracije i zvukovi sadržani u glazbi ulaze u sve dijelove tijela slušača. Fizička svojstva glazbe i način na koji su ta svojstva organizirana u vremenu određuju kako će tijelo reagirati na glazbu. Visoki/glasni zvukovi utječu na tijelo različito od niskih/tihih zvukova, ali i način na koji se zvukovi ritmički konfiguriraju rezultirat će različitim tjelesnim senzacijama (Bruscia, 2014). Stimulativna glazba ima tendenciju da potiče aktivnost organizma, ubrzava rad srca i krvni tlak, dok opuštajuća glazba usporava rad srca i snižava krvni tlak, snižava razinu pobuđenosti i generalno smiruje pojedinca. Osobni ukus i pretenzije prema određenoj vrsti glazbe uzrokuju

neke varijacije u učinku glazbe, ali opća generalizacija postoji. Wigram i sur. (2002) su definirali parametre koji utječu na to da li će neka glazba biti stimulativna ili opuštajuća i zaključio da ukoliko su glazbeni elementi stabilni i predvidljivi, glazbeno djelo će djelovati opuštajuće, a ako se vrijednosti glazbenih elemenata značajno izmjenjuju tijekom glazbenog djela i podložni su iznenadnoj i nepredvidivoj promjeni glazba će imati stimulirajući utjecaj na slušača (tablica 1). Dakle, nagle promjene u tempu, glasnoći, kvaliteti tona i dr., učiniti će da glazbeno djelo bude stimulirajuće. U radu s klijentima važno je voditi računa o predvidljivosti glazbe koja se sluša s obzirom na utjecaj koja ona ima na klijenta. Neki klijenti trebaju stabilnost i sigurnost predvidljive glazbe, kao na primjer klijenti s psihotičnim poremećajem, čiji je svijet kaotičan i nepovezan, dok drugi, kao na primjer pacijenti s PSA, trebaju razviti sposobnost suočavanja s nepredvidljivom okolinom što se može poticati kroz razvoj prilagodljivosti na nepredvidljiva glazbena iskustva. Predvidljivost kao kvaliteta glazbenog iskustva važna je ne samo za receptivnu glazboterapiju, nego i za aktivno stvaranje glazbe, bilo kroz improvizaciju ili kroz rekreaciju glazbe (Wigram i sur., 2002).

Tablica 1. Elementi stimulirajuće i opuštajuće glazbe (Wigram, 2004)

Elementi stimulirajuće glazbe	Elementi opuštajuće glazbe
Nepredvidljive promjene tempa	Stabilan tempo
Nepredvidljive i nagle promjene: glasnoće, ritma, boje i visine tona te harmonije	Stabilnost ili postepene promjene: glasnoće, ritma, boje i visine tona te harmonije
Varijacije dinamike glazbe	Konstantna dinamika
Neočekivane disonance	Predvidljive harmonijske modulacije
Neočekivano naglašavanje	Predvidljive melodijske linije, ponavljanje
Oštri tonovi	Nježni tonovi
Nedostatak strukture i forme u glazbi	Stabilna struktura i forma glazbe
Naglo povećavanje glasnoće i smanjivanje glasnoće (crescendo i diminuendo)	Postepeno povećavanje glasnoće i smanjivanje glasnoće
Nagla ubrzavanja i usporavanja u glazbi (accelerando i ritardando)	Postepeno ubrzavanje i usporavanje u glazbi

Slušanje se još naziva i receptivnom ili čak pasivnom metodom glazboterapije u usporedbi s improvizacijom i izvođenjem glazbe, ali ne treba umanjivati vrijednost ovakve

glazboterapije. Čin slušanja glazbe ne može biti pasivan jer, da bi se došlo do spoznaje o značenju glazbe, klijent mora uključiti um i iskusiti emocije (Bruscia, 2014).

4.7. Provedba

Provedbu glazboterapije čini glazboterapijski tretman kroz koji glazboterapeut, koristeći posebne metode i tehnike, uvodi klijenta ili grupu u niz glazbenih iskustava s ciljem ostvarenja unaprijed postavljenih ciljeva. Svaka seansa glazboterapije odvija se u posebno opremljenoj prostoriji za glazboterapiju, može uključivati različite glazbene stilove i metode te ima određenu strukturu.

Ciljevi u glazboterapiji dijele se na kratkoročne i dugoročne, a mogu varirati od jednog okruženja do drugog, od jednog glazboterapeuta do drugog i od jedne populacije klijenata do druge. Ciljevi mogu biti edukativni, rehabilitacijski, psihoterapijski, rekreativni ili preventivni, a usredotočuju se na fizičke, emocionalne, intelektualne, socijalne ili duhovne potrebe klijenta. U glazboterapiji s osobama s teškoćama ciljevi mogu obuhvatiti gotovo sva razvojna područja: komunikaciju, socijalnu interakciju, emocionalni razvoj i kognitivne sposobnosti, što je detaljnije opisano u tablici 2 (Wigram, 2002). Ciljevi u glazboterapiji su prije svega individualni i razvijaju se kako terapija napreduje te su pod utjecajem promjenjivih potreba korisnika i prirode same terapije. Kada terapeut pokušava pronaći najučinkovitije sredstvo komuniciranja ili interakcije s korisnikom, on kroz samu terapiju isprobava i istražuje različite metode i pristupe u ostvarivanju cilja komunikacije (<http://www.muzikoterapeuti.hr>).

Tablica 2. Ciljevi glazboterapije (Wigram, 2002)

Razvojno područje	Ciljevi terapije
<i>Komunikacija</i>	Poticanje interpersonalnog ponašanja Spontano iniciranje kontakta Razvoj smislenih gesti i znakova Razvoj komunikativne vokalizacije Poticanje jezika kroz pjesmu
<i>Socijalna interakcija</i>	Motivirana interakcija Dijeljenje iskustva Vještine za izgradnju odnosa Tolerancija na promjenu Fleksibilnost Uvježbani odgovori
<i>Emocionalni razvoj</i>	Razvoj svijesti o sebi Empatička sinkronizacija – dijeljenje emocija Kontrolirano izražavanje emocija Poticanje samouvida i samopoštovanja
<i>Kognitivni razvoj</i>	Razvoj pažnje i koncentracije Razvoj organizacijskih vještina Razvoj memorije
<i>Područja terapije specifične za PSA</i>	Tolerancija na zvukove Smisleno korištenje predmeta Smanjenje stereotipnih, ritualnih i opsesivnih ponašanja

U pripremi prostora za glazboterapiju terapeut mora voditi računa o akustici, osvjetljenju, ukrasima i slikama na zidu, rasporedu instrumenata i opreme i drugo. Prostor u kojem se odvija glazboterapija od izuzetne je važnosti za sam tijekom terapije, raspoloženje i komunikaciju između klijenta i terapeuta. Prostor može poticati na sjedilački i kontemplativni oblik terapije, ali i potaknuti klijenta na pokret ako mu se omogući dovoljno slobodnog prostora i neometano kretanje (slika 5). Važno je prilagoditi prostoriju za glazboterapiju svakom klijentu, osiguravajući mu dovoljno slobode, ali i potrebne granice (Degmenčić i sur., 2005)



Slika 5. Prostorije za glazboterapiju

Glazboterapija se može provoditi individualno ili u grupi (slika 6). Johnn Pellitteri (2000) navodi značajke grupne glazboterapije s djecom s teškoćama: u skupini je uključeno četvero do osmero djece; uz glazboterapeuta prisutna je još jedna odrasla osoba koja ne mora biti profesionalni glazboterapeut; glazboterapeut najčešće izabire glasovir ili gitaru kao svoj instrument; djeca sviraju na instrumentima poput štapića, zvečki ili tamburina koje mogu držati u rukama, a ako sviraju na većim instrumentima (ksilofon ili konge) onda muziciraju na način da se izmjenjuju (Svalina, 2010). U grupnoj glazboterapiji određeni su individualni ciljevi za svakog pojedinog člana grupe, a najčešće su to ne-glazbeni ciljevi (Oldfield, 2006).



Slika 6. Grupna (lijevo) i individualna (desno) glazboterapija u Nordoff-Robbinsovu centru (New York - SAD)

Svi stilovi glazbe mogu biti korisni u glazboterapiji. Individualne preferencije klijenta, okolnosti i ciljevi terapije su okosnica prema kojoj terapeut izabire vrstu glazbe koja će se koristiti. Svaka seansa glazboterapije razlikuje se od druge i posebno je kreirana za potrebe pojedinca kojemu je usmjerena. Ovisno o modelu glazboterapije, u jednoj seansi, može se koristiti improvizacija, slušanje glazbe, pisanje pjesama, rasprava o stihovima, glazbena

imaginacija, izvedba glazbe ili/i učenje kroz glazbu, a mogu se koristiti i drugi mediji poput likovnosti, drame i plesa (Degmenčić i sur., 2005).

Ovisno o individualnim karakteristikama klijenta, seansa glazboterapije može biti nestrukturirana, djelomično strukturirana ili visoko strukturirana. U nestrukturiranom obliku seanse, glazboterapeut prati vodstvo klijenta i dozvoljava klijentu i glazbi da odrede smjer i tok interaktivnog procesa. Dobar primjer nestrukturirane glazboterapije je seansa improvizacijske glazboterapije u kojoj terapeut može glazbeno odgovarati na bilo što što klijent radi, potičući formiranje neke glazbene teme kroz koju dalje može poticati razvoj klijentovog glazbenog izražavanja i interakcije. Strukturirana seansa glazboterapije, s druge strane, ima jasan početak, sredinu i kraj, obično neki centralni dio terapije prema i od koje se terapija kreće. Ovdje terapeut može biti vrlo direktivan ukoliko postoji set ciljeva na kojima radi i kada je terapija usmjerena na ishod ili ne direktivan kada je terapija usmjerena na iskustvo i kada terapeut klijentu pomaže identificirati i ispuniti svoje potrebe. Djelomično strukturirana seansa kombinacija je strukture i prepuštanja vodstva klijentu, pri čemu se potiče razvijanje samokontrole (Bruscia, 2014).

Vrlo je teško predvidjeti broj seansi potreban za postizanje napretka i ostvarivanje ciljeva glazboterapije, međutim glazboterapeut dužan je predložiti okvirni broj seansi potrebnih za procjenu, tretman i evaluaciju. Prema Wigramu i sur. (2002) su to: 2 do 4 seanse za inicijalnu procjenu, 10 do 12 seansi u prvom krugu terapija nakon kojih slijedi evaluacija te eventualni nastavak terapije u drugom krugu, koji uključuje 15 do 20 seansi, nakon čega slijedi završna analiza, evaluacija i zaključak (Wigram i sur., 2002).

Terminacija ili završetak terapijskog procesa je faza terapije u kojoj terapeut i klijent revidiraju svoj zajednički rad ističući postignute uspjehe, razgovaraju o eventualnim osjećajima koji bi se mogli probuditi kada terapija prestane i pripremaju se za odvajanje (Bruscia, 2014). Terminacija programa glazboterapije mora se napraviti pravovremeno i to u slučaju kada je jasno da su ciljevi terapije postignuti, klijent više nema koristi od glazboterapijskog programa i/ili kada je isključenje iz programa neizbježno (<http://www.muzikoterapeuti.hr/>).

4.8. Procjena i evaluacija

Glazboterapija nije samo niz slučajnih, neplaniranih glazbenih iskustava već vrlo strukturirana, utemeljena, organizirana i regulirana vrsta terapije koja uključuje procjenu i evaluaciju kao glavne proceduralne komponente (Bruscia, 2014).

Procjena je početni dio svakog terapijskog procesa u kojem se upoznaje klijent, stječe uvid u probleme, potrebe i sposobnosti klijenta te određuju indikacije i kontraindikacije za glazboterapiju. Pritom se koriste razni instrumenti procjene, upitnici i/ili intervjui. Kao rezultat procjene, glazboterapeut u suradnji s klijentom (kada je to moguće) i klijentu značajnim osobama (roditelj, skrbnik) formulira opće i/ili specifične ciljeve (Bruscia, 2014).

Kroz evaluaciju terapeut utvrđuje da li klijent napreduje u ostvarivanju krajnjih ciljeva glazboterapije i da li glazboterapija ima pozitivan utjecaj na klijenta (Bruscia, 2014). Procedura glazboterapije s osobama s teškoćama mora se konstantno prilagođavati kako bi ispunila potrebe svakog klijenta koje se mijenja fizički, emocionalno i psihosocijalno. To zahtjeva stalnu evaluaciju glazboterapijskog rada kroz metode koje su posebno prilagođene razvojnim karakteristikama ove populacije (Plah 2000, prema Wosch i Wigram, 2007). Wigram ističe kako su u radu s ovom populacijom klijenata promjene redovito vrlo suptilne i gotovo nevidljive, ali mogu ponuditi vrlo važne informacije o razvojnom i terapijskom napretku (Wosch i Wigram, 2007). U svrhu vrednovanja učinkovitosti terapije, glazboterapeut može koristiti razne instrumente procjene kao što su upitnici, self-izviješća, check liste, skale procjene i druge odgovarajuće metode vrednovanja ponašanja.

Procjena u glazboterapiji može biti: dijagnostička, opća, glazboterapijska, inicijalna i evaluacijska kako je opisano u tablici 3 (Wigram i sur., 2002).

Tablica 3. Vrste procjene u glazboterapiji (Wigram i sur., 2002)

Procjena	Funkcija
<i>Dijagnostička</i>	sakupljanje dokaza koji podupiru dijagnostičku hipotezu
<i>Opća</i>	sakupljanje informacija o općim potrebama, snagama i slabostima klijenta
<i>Glazboterapijska</i>	ispitivanje vrijednosti glazboterapije kao intervencije za klijenta
<i>Inicijalna</i>	procjena odabira glazboterapijskih metoda i tehnika u radu s klijentom kroz prve tri seanse glazboterapije
<i>Evaluacijska</i>	procjena učinkovitosti glazboterapije tijekom vremena

Da bi se procjena mogla provesti potrebno je sakupiti podatke koji će se upotrijebiti u nekom od instrumenata procjene, a navedeni su u tablici 4. Podaci se mogu dokumentirati u obliku video snimke, audio snimke, transkripcije glazbe (slika 7) ili tekstualnog opisa, nakon čega se podvrgavaju mikroanalizi (Wosch i Wigram, 2007). Mikroanaliza je detaljna analiza trenutaka, događaja i epizoda unutar jedne seanse glazboterapije koja omogućava dokumentiranje suptilnih promjena u tijeku glazboterapije i odnosa između elemenata glazbe i kliničkih ishoda (Fachner, 2014).

Tablica 4. Sakupljanje podataka u procjeni i evaluaciji (Wigram i sur., 200)

Vrsta podataka	Opis
Glazbeni podaci	primjeri glazbenih događaja/glazbenih karakteristika
Glazbeni bihevioralni podaci	primjeri klijentovog ponašanja, bez opisa glazbe
Bihevioralni podaci	opće karakteristike ponašanja tijekom glazboterapije
Interpretativni podaci	interpretacije glazbenog i općeg ponašanja klijenta sa ili bez glazbenih i bihevioralnih podataka
Komparativni podaci	usporedba ponašanja klijenta tijekom glazboterapije s ponašanjem u drugoj situaciji

Seconds :42 :45 :50 :55

A tempo = 80 ♩~108 ♩~84

Throws himself over the drum, and play all that he can ——— Sits up again

Facial expr. Smiles ——— Smiles broadly ———

Boy { Direction of gaze (when possible) Th.'s hands ——— Drum head ——— Down at drum ——— Right ——— Th.'s face? ——— Up ———

Playing hand left ——— Large arm movem. (~rit.) Alternates r-l. ——— Left ——— Right fingertips ——— Left hand ———

Voice & drum *accel. - - .molto - -* *cresc.* *ff* *(Voice outburst.....)* *mf a tempo pp pp* *f*

Drum & singing *pp* *f*

Therapist { Movements (playing mov./ facial expr. Smiles ———

Gaze reaction patterns: Boy (gaze) → Th. (follows/imitates) Boy (gaze) → Th. (imitation)

Slika 7. Primjer transkripcije glazbe (Wosch i Wigram, 2007)

4.8.1. Instrumenti procjene

Instrumenti procjene koji se koriste za praćenje promjena tijekom glazboterapije mogu biti kvantitativni i kvalitativni. Zbog humanističke prirode glazboterapije, istraživanja koja koriste kvantitativne instrumente procjene vrlo je malo, dok su kvalitativni instrumenti procjene zastupljeni u većoj mjeri. Studija slučaja je najčešća metoda za analizu glazboterapije, a uključuje narativan opis tijeka i napretka terapije kroz vrijeme (Wigram i sur., 2002). Wigram (2002) navodi 8 vrsta znanstvenih studija s obzirom na vrstu dokaza koju nude i njihovu zastupljenost u istraživanju glazboterapije što je detaljnije opisano u tablici 5.

Tablica 5. Vrste znanstvenih studija i njihova zastupljenost u glazboterapiji

<u>Naziv</u>	<u>Vrsta dokaza</u>	<u>Zastupljenost u glazboterapiji</u>
Sustavni pregled	Pregled u kojem su dokazi sistematski identificirani i sumirani s obzirom na unaprijed određene kriterije.	Postoji nekoliko primjera ovakvih pregleda literature u glazboterapiji, koji ponajviše povezuju glazbu i medicinu.
Pregled	Sažeto sumiranje dostupne literature na neku temu.	Veliki broj preglednih radova posvećuju jedno ili više poglavlja sumiranju dosad provedenih istraživanja u glazboterapiji.
Eksperimentalne studije- Slučajna kontrolirana ispitivanja (RCT – randomised controled trials)	Eksperimentalne studije u kojim su sudionici slučajno raspoređeni u kontrolnu i eksperimentalnu skupinu. Učinci tretmana se objektivno uspoređuju u kontroliranim uvjetima.	Slabo je zastupljeno u glazboterapiji, no nešto više u psihologiji glazbe. U literaturi se često nailazi na argumente da je ovakva vrsta analize neprimjerena, čak i nemoguća u glazboterapiji.
Kontrolirana studija slučaja	Pacijenti s određenom kliničkom slikom uparaju se s kontrolnim sudionikom.	Malo zastupljeno u glazboterapiji, ali postoji nekolicina primjera u literaturi.
Serije slučaja	Studije slučaja koje se retrospektivno uspoređuju s kontrolnim skupinama.	Postoji nekoliko primjera u literaturi, međutim, zbog izrazito velike količine podataka teško je izvesti retrospektivnu analizu.
Studije slučaja/Prikaz slučaja	Jedinstvena, samostalna studija slučaja.	Najzastupljenija metoda kojom glazboterapeuti analiziraju i izvještavaju o učincima glazboterapije u kliničkoj praksi.
Kvalitativne studije	Naturalističke i holističke studije koje u fokusu imaju proces. Usmjerene su na subjektivno iskustvo ispitanika i često su opisnog karaktera.	Velik broj istraživanja, stručnih i doktorskih radova nudi upravo kvalitativne dokaze.
Stručno mišljenje	Stručnjak u određenom kliničkom polju daje svoje mišljenje.	Nije učestalo u glazboterapiji zbog ograničenog prepoznavanja i samoprepoznavanja stručnjaka u tom području. Međutim, nekolicina stručnjaka iz područja medicine ponudila su svoja stručna mišljenja o značaju glazboterapije.

Zbog iznimne transdisciplinarnosti i velikog broja različitih pristupa u glazboterapiji standardizacija instrumenata procjene ostaje izazov. Mnogi stručnjaci dovode u pitanje da li je moguće i uopće poželjno u glazboterapiji nametnuti standardizirani instrument procjene jer glazboterapeuti najčešće individualno razvijaju instrumente koji su im potrebni za rad s pojedinim klijentom ili za specifičnu situaciju, pojavu ili ponašanje koju žele pratiti te većina tih instrumenata nije niti objavljena u znanstvenoj literaturi (Wigram i sur., 2002). Takav trend mora se prekinuti kako bi glazboterapija dobila na kredibilitetu u znanstvenim krugovima i kako bi se mogla mjeriti s drugim terapijama kao jednako vrijedna i znanstveno utemeljena disciplina. Instrumenti procjene moraju biti standardizirani i replikabilni, sa zadovoljavajućom razinom pouzdanosti i valjanosti (Wigram, 2002; Bruscia, 2014). Prilikom pregleda literature u svrhu pisanja ovog rada istaknula se nekolicina instrumenata procjene koji su najbolje opisani i/ili korišteni u više znanstvenih istraživanja. Ovi instrumenti navedeni su u tablici 7 te detaljnije opisani u nastavku ovog poglavlja.

Tablica 6. Instrumenti procjene u glazboterapiji

Autor	Instrument procjene
Kenneth Bruscia (1987)	<i>Profili za procjenu improvizacije (Improvisational Assessment Profiles – IAP's)</i>
Colin Lee (2000)	<i>Analiza improvizacije u 9 faza</i>
Joanne Loewy (2000)	<i>Psihoterapijska procjena utjecaja glazboterapije na klijenta</i>
Paul Nordoff i Clive Robbins (1997)	<i>13 kategorija glazbenog odgovora, Skala glazbene interakcije, Skala odnosa klijent-terapeut u glazbenoj aktivnosti, Skala glazbene komunikativnosti i Skale glazbenog odgovora III</i>
Mercedes Pavličević (1995)	<i>Skala glazbene interakcije (Musical Interaction Rating Scale - MIRs)</i>
Karin Schumacker i Celvert Kruppa (1999)	<i>Analiza Kvalitete Odnosa (AQR – Analysis of the Quality of the Relationship)</i>
Jaakko Erkkilä (2006)	<i>Music Therapy Toolbox (MTTB)</i>
Westen i Weinberger (2004)	<i>Music Therapy Coding Scheme (MTCS)</i>

Kenneth Bruscia (1987) razvio je *Profile za procjenu improvizacije (Improvisational Assessment Profiles – IAP's)* kao metodu za analizu improvizacije u glazboterapiji. Ova metoda analizira glazbene (boja tona, glasnoća, tempo, ritam, mjera, harmonija, tonalitet, fraze, stil itd.) i neglazbene elemente (tijelo, motorika, verbalna interakcija itd.) kao bazu za uočavanje promjene ili izostanka promjene kod klijenta. IAP's se sastoji od šest različitih profila tj. područja potencijalne analize: *autonomija, varijabilnost, integracija, upečatljivost, napetost i skladnost*. Svaki profil pruža kriterije za analizu na kontinuumu od 5 nivoa od jedne polarnosti do druge (tablica 7). Kako bi se ovaj instrument koristio učinkovito valja najprije proučiti upute i preporuke Bruscie za korištenje IAP's-a koje se svode na odabiranje određenog profila (ili više njih) koji je relevantan za klijenta (kliničko pitanje) s kojim se provodi glazboterapija, cilj terapije ili element koji se želi procijeniti te izdvajanje određenih dijelova improvizacijske seanse koji sadrže najprimjerenije i najvrijednije informacije za analizu (Bruscia, 1987; prema Wosch i Wigam, 2007). Bruscia je ponudio i vrlo jasne definicije pojedinog glazbenog ponašanja, odgovora i interakcije koje omogućuju dosljednu primjenu (Wosch i Wigam, 2007). Ova vrsta procjene vremenski je iznimno zahtjevna jer je za analizu kratkog isječka glazboterapije potrebno i više sati (Burić i Katušić, 2012).

Tablica 7. IAP's profili sa stupnjevima i pripadajućim kvalitetama (Wosch i Wigam, 2007).

Profil	Nivo				
	1	2	3	4	5
<i>Integracija</i>	Nediferenciran	Spojen	Integriran	Diferenciran	Prediferenciran
<i>Varijabilnost</i>	Rigidan	Stabilan	Varijabilan	Kontrastan	Slučajan
<i>Napetost</i>	Hipotoničan	Smiren	Cikličan	Napet	Hipertoničan
<i>Usklađenost</i>	Nepripadan	Kongruentan	Centriran	Nekongruentan	Polariziran
<i>Upečatljivost</i>	Nestajući	Usklađen	Doprinosi	Kontrolirajući	Nadmoćan
<i>Autonomija</i>	Zavisan	Slijedi	Partner	Vođa	Otporan

Još jednu *Metodu za analizu improvizacije u glazboterapiji u 9 faza* razvio je Colin Lee (2000). Prvu fazu čini slušanje improvizacije u cijelosti nekoliko puta kako bi se dobio dojam o zaokruženosti improvizacije te istaknuli glazbeni elementi ili strukture koji su najznačajniji. U drugoj fazi terapeut daje svoje mišljenje o improvizaciji, a u trećoj klijent sluša djelo i ističe dijelove improvizacije koje on vidi kao bitne. U četvrtoj fazi improvizirani komad daje se na analizu drugim glazboterapeutima, glazbenicima, psihoterapeutima, čiji je zadatak istaknuti najvažnije dijelove u improvizaciji i opisati ih. Posljednje četiri faze Lee-ove metode uključuje detaljnu transkripciju glazbe, analizu njezine strukture i linije melodije (Lee 2000, prema Wigram i sur., 2002).

Joanne Loewy (2000) razvila je *Model za psihoterapijsku procjenu utjecaja glazboterapije na klijenta* te opisuje 13 područja ispitivanja: svijest o sebi, drugima i trenutku, tematsko izražavanje, slušanje i izvođenje, suradnja terapeuta i klijenta, stupanj koncentracije, raspon afekta, trud i motivacija, korištenje strukture, integracija, samopouzdanje, riskiranje i samostalnost. Pomoću ovih područja može se opisati glazbeno iskustvo i omogućiti interpretacija utjecaja koje ono ima na klijenta (Loewy 2000, prema Wigram i sur., 2002).

Paul Nordoff i Clive Robbins (1997) razvili su više instrumenata procjene, a neki od njih su: *13 kategorija glazbenog odgovora*, *Skala glazbene interakcije*, *Skala odnosa klijent-terapeut u glazbenoj aktivnosti*, *Skala glazbene komunikativnosti* i *Skale glazbenog odgovora III*. Navedene skale koriste glazboterapeuti educirani za izvođenje Nordoff-Robbins glazboterapije (Wigram i sur., 2002). Graham (2000) opisuje svoj rad s 26-godišnjakom s PSA na Nordoff-Robbins skali odnosa klijent-terapeut koji na početku nije reagirao na pokušaje iniciranja glazbene interakcije od strane terapeuta, ali kako je seansa odmicala uočen je napredak na skali i klijent se uključivao u ograničene povratne aktivnosti (razina 3 na skali). Istraživanje je provedeno kroz detaljnu analizu video-snimke seanse gdje je Graham promatrala promjene u jednostavnim ritamskim strukturama kod klijenta (Graham, 2000; prema Wigram i sur., 2002).

Mercedes Pavličević (1995) razvila je *Skalu glazbene interakcije (Musical Interaction RATings - MIRs)* za svoje istraživanje utjecaja glazboterapije na shizofrene bolesnike. MIRs se sastoji od devet razina koje opisuju prirodu interpersonalnog i interglazbenog odnosa (Pavličević, 1995; prema Wigram i sur., 2002). Kroz mikroanalizu seanse glazboterapije moguće je odrediti u kojem trenutku je klijent uspostavio koju razinu kontakta i koliko se na njoj zadržao, što može pružiti važne informacije o kvaliteti odnosa te daljnjem planiranju terapije. Svaka razina odnosi se na nivo kontakta koji su opisani u tablici 8.

Tablica 8. Skala glazbene interakcije (Wosch i Wigram, 2007)

Razina	Opis kontakta
1	Nema glazbenog kontakta.
2	Jednostrani kontakt, nema odgovora od klijenta.
3	Jednostrani kontakt, nema glazbenog odgovora od klijenta.
4	Samousmjereni glazbeni odgovor od klijenta.
5	Slab glazbeni odgovor od klijenta.
6	Održaniji glazbeni odgovor od klijenta.
7	Uspostava kontakta klijenta i terapeuta.
8	Zadržavanje kontakta klijenta i terapeuta.
9	Glazbeno partnerstvo.

Karin Schumacker i Celvert Kruppa (1999) osmislili su instrument za *Analizu kvalitete odnosa u glazboterapiji (Analysis of the Quality of the Relationship- AQR)*. AQR se bazira na razvojnoj psihologiji, točnije na ranoj interakciji majka-dijete i koristi se uvelike u radu s djecom s teškoćama i osobama s PSA (Schumacker i Kruppa, 1999; prema Wigram i sur., 2002). AQR se sastoji od 4 skale od kojih svaka ima različit fokus: tri su usmjerene na pacijenta i njegovu instrumentalnu ekspresivnost (tablica 9), vokalno-jezičnu ekspresivnost (tablica 10) i psiho-emocionalnu ekspresivnost (tablica 11), a četvrta skala je usmjerena na terapeuta i kvalitetu njegove intervencije (tablica 12). Svaka se skala sastoji od 7 ili 8 modusa koji ukazuju na način stvaranja kontakta i odnosa između klijenta i okoline.

Tablica 9. Skala instrumentalne kvalitete odnosa – IQR skala (Wosch i Wigram, 2007)

<u>Modus 0</u> Izostanak kontakta/ Odbijanje kontakta/ Pauza	Izostanak svijesti o prisutnosti glazbenog instrumenta u prostoriji. Unatoč intervenciji terapeuta ne dolazi do očitog kontakta s instrumentom. Potrebna je pauza kako bi se izregulirala afektivna napetost.
<u>Modus 1</u> Kontakt-Reakcija	Razvija se prvo iskustvo instrumenta. S njim se rukuje kratkotrajno, pri čemu može biti proizveden zvuk, nakon čega se instrument najčešće u potpunosti zanemaruje.
<u>Modus 2</u> Nefunkcionalan senzorički kontakt	Instrumentom se barata na senzorički, destruktivan ili stereotipan način: <ul style="list-style-type: none"> • Senzorički: dodir, miris, okus umjesto slušanja • Destruktivni: instrument je u opasnosti od oštećenja • Stereotipni način sviranja: monoton, nepromjenjiv, naizgled beznačajan
<u>Modus 3</u> Kontakt sa samim sobom/ Svijest o vlastitom ja	Instrument je prepoznat kao glazbeni instrument i istražuje ga se. Afektivno stanje koje se prenosi na instrument je adekvatno njegovim materijalnim karakteristikama.

<u>Modus 4</u> Kontakt s drugima/ Intersubjektivnost	Instrument je sviran u skladu sa svojom funkcionalnošću. Nastali zvukovi dobivaju socijalni osvrt.
<u>Modus 5</u> Odnos s drugima/ Interakcija	Instrument je sviran u obliku dijaloga, često uz vokalnu ekspresiju.
<u>Modus 6</u> Zajedničko iskustvo/ Međudjelovanje	Instrument je sviran konzistentno u pozitivnom raspoloženju i može dovesti do asocijacija.
<u>Modus 7</u> Glazbeno-verbalno okruženje	Instrument potiče emocionalno iskustvo ili imaginaciju koje dovodi do verbalizacije (opis/refleksija).

Tablica 10. Skala vokalno-jezične kvalitete odnosa - VQR skala (Wosch i Wigram, 2007)

<u>Modus 0</u> Izostanak kontakta/ Odbijanje kontakta/ Pauza	Dijete se smatra neverbalnim. Bilo kakvo glasanje nastaje bez komunikativne namjere. Klijent se zadržava u stereotipnom ponašanju ili mu je potrebna pauza.
<u>Modus 1</u> Kontakt-Reakcija	Postojanje vokalne ekspresije koja je stimulirana pokretom i izraz je pozitivnog raspoloženja.
<u>Modus 2</u> Nefunkcionalan senzorički kontakt	Pojava vokalizacije (duboko disanje, neregulirana vokalizacija) u funkciji je izražavanja unutarnje napetosti i trenutnih potreba. Glas se koristi funkcionalno.
<u>Modus 3</u> Kontakt sa samim sobom/ Svijest o vlastitom ja	Klijent je svjestan da je on izvor vlastitih vokalnih ekspresija i istražuje ih. Pojavljuju se prvi motivi.
<u>Modus 4</u> Kontakt s drugima/ Intersubjektivnost	Javlja se potreba klijenta za socijalnim osvrtom na vlastitu vokalnu ekspresiju i vokalno usklađivanje koje može biti povezano s gestom.
<u>Modus 5</u> Odnos s drugima/ Interakcija	Intrinzična motivacija dovodi do razvoja dijaloga. Sposobnost imitacije jasno se čuje i razvija u periode dužeg trajanja. Dijalog se razvija do razine pitanje-odgovor. Naizmjenični motivi i zajedničko stvaranje je očito.
<u>Modus 6</u> Zajedničko iskustvo/ Međudjelovanje	Glas se koristi u razigranoj igri, često u povezanosti s imaginacijom. Pojava slogova, rima i pjevušenja koje nemaju smisla, normalna su pojava kod korištenja glasa u igri.
<u>Modus 7</u> Glazbeno-verbalno okruženje	Glas vodi do imaginativnih ideja koje se verbaliziraju.

Tablica 11. Skala psiho-emocionalne kvalitete odnosa – PEQR skala (Wosch i Wigram, 2007)

<u>Modus 0</u> Izostanak kontakta/ Odbijanje kontakta/ Pauza	Osnovno obilježje je ograničenje socijalne interakcije. Klijentu se ne može pristupiti, izostaje kontakt očima i očite su stereotipne radnje. Ukoliko klijent pokaže afekt, vrlo teško ga je protumačiti.
<u>Modus 1</u> Kontakt-Reakcija	Klijent je vrlo kratko svjestan terapeuta, ne reagira na fizički kontakt, ali pasivno sudjeluje. Prisutan je vrlo kratak kontakt očima. Mogu biti uočene prve pozitivne reakcije na kontakt koje su vrlo kratkotrajne, u protivnom raspoloženje klijenta je vrlo neutralno i nemoguće za protumačiti.
<u>Modus 2</u> Nefunkcionalan senzorički kontakt	Osnovna karakteristika je velika unutarnja napetost klijenta koju izražava tjelesno. Karakteristično je i vrlo fluktuirajuće raspoloženje. Kontakt očima je prisutan, ali ima funkciju kontrole.
<u>Modus 3</u> Kontakt sa samim sobom/ Svijest o vlastitom ja	Klijent dozvoljava fizički kontakt s ciljem istraživanja vlastitog tijela koje izvodi aktivnost. Ostavlja dojam smirenosti i usmjerene pažnje na trenutnu aktivnost. Pogled je usmjeren prema terapeutu.
<u>Modus 4</u> Kontakt s drugima/ Intersubjektivnost	Pojava združene pažnje. Klijent pokazuje interes za terapeuta i zajedničku aktivnost te zadovoljstvo time. Prisutne su socijalne reference na vlastite fizičke senzacije. Kontakt očima izražava odobravanje.
<u>Modus 5</u> Odnos s drugima/ Interakcija	Klijent prihvaća i pozitivno reagira na fizički kontakt koji preuzima formu dijaloga. Izmjena je opuštena i popraćena pozitivnim afektivnim odgovorima uz redovite kontakte očima između klijenta i terapeuta.
<u>Modus 6</u> Zajedničko iskustvo/ Međudjelovanje	Odnos je čvrsto uspostavljen. Klijent izražava veselje i zadovoljstvo kroz simboliziranje tijelom i razigranu interakciju. Zadovoljstvo je održano u kontaktu očima s terapeutom.

Tablica 12. Skala terapijske kvalitete odnosa – TQR skala (Wosch i Wigram, 2007)

<u>Modus 0</u> Glazbeni prostor – okolina	Klijent ne pokazuje prepoznatljivu reakciju na terapeuta i njegove prijedloge. Glazba je usmjerena na stvaranje atmosfere koja potiče socijalni kontakt i razvoj odnosa, ali bez inzistiranja na izravnom kontaktu. Terapeut se osjeća neprepoznato od strane klijenta.
<u>Modus 1</u> Percepcija – povezivanje	Klijent se kreće prostorijom (uglavnom na stereotipan način) i kratko postaje svjestan terapeuta. Njegove kretnje moguće je pretočiti u glazbenu improvizaciju. Terapeut se osjeća potaknuto kratkom pozitivnom reakcijom klijenta
<u>Modus 2</u> Afektivno usklađivanje/ dopuštanje da se podvrgne funkciji	Pažnja je usmjerena na raspoloženje klijenta. Terapeut pokušava postići afektivno usklađenje s klijentom, koristeći se tijelom, glazbom ili verbalno. Terapeut se u potpunosti podredio ovoj funkciji.
<u>Modus 3</u> Kontakt sa samim sobom/ svijest vlastitog ja – poticanje svjesnosti	Klijent se izražava tjelesno, vokalno, instrumentalno ili kroz aktivnost. Terapeut prati klijenta te se koristi glazboterapijskim metodama kako bi ga poticao u istraživanju vlastitog tijela, glasa i instrumentalnog izraza. Terapeut ima suportivnu ulogu.

<u>Modus 4</u> Intersubjektivnost – biti uključen kao pojedinac	Klijent pokazuje potrebu za socijalnim osvrtom na vlastitu percepciju i osjeća te pokazuje da je svjestan svoje okoline i terapeuta kao pojedinca. Klijent predlaže vlastite ideje, ali se ne uključuje u dijalog. Klijent i terapeut sudjeluju u zajedničkoj aktivnosti s obostranim interesom.
<u>Modus 5</u> Glazbeni dijalog – glazbena pitanja i odgovori	Klijent pokazuje sposobnosti sudjelovanja i imitacije te se kroz svjesno iniciranje glazbenih i plesnih ideja razvija dijalog. Terapeut je partner u glazbenom dijalogu.
<u>Modus 6</u> Prostor za igru – igranje/ zabavljanje	Spaja se aktivnost i raspoloženje klijenta, tako što zadovoljstvo i veselje postaju očiti kroz sviranje, plesanje, zamjene uloga i fleksibilnu razmjenu ideja. Terapeut je partner za igru.
<u>Modus 7</u> Prostor za verbaliziranje – verbalizacija/ refleksija	U fokusu je klijentova verbalizacija emocionalnog iskustva pri čemu terapeut potiče introspekciju verbalno ili kroz prikladnu pjesmu.

Jaakko Erkkilä izvještava o još jednoj značajnoj metodi za analizu improvizacije u glazboterapiji u knjizi *Microanalysis in Music Therapy* (Wosch i Wigram, 2007) pod nazivom *Music Therapy Toolbox (MTTB)*. MTTB računalni je program razvijen kroz desetogodišnji rad znanstvenika na Sveučilištu Jyväskylä, koji omogućuje realističnu vizualizaciju glazbene improvizacije u obliku precizne grafičke notacije koja je spremna za daljnju analizu. MTTB analizira isključivo glazbu te nije u mogućnosti analizirati ponašajne karakteristike kao što su izraz lica i pokreti tijela. Unatoč nekim nedostacima, MTTB je vrijedan sustav za analizu jer omogućuje veliku uštedu vremena s obzirom na to da ostale metode za analizu improvizacije iziskuju preslušavanje i gledanje snimljene improvizacije mnogo puta tijekom analize (Wosch i Wigram, 2007).

Westen i Weinberger (2004) predložili su shemu za kodiranje u glazboterapiji (*Music Therapy Coding Scheme*) za identificiranje trenutaka afektivnog usklađivanja između klijenta i terapeuta kroz kvalitativnu i kvantitativnu obradu opserviranih podataka. Ovo je jedna od rijetkih tehnika kojom se kliničko promatranje može kvantificirati pomoću standardnih psihometrijskih procedura i time ostvariti statističko predviđanje. MTCS je metoda procjene koja bilježi afektivne i ponašajne karakteristike pacijenta i terapeuta tijekom interakcije u glazboterapiji. Za procjenu se koristi video zapis seanse glazboterapije, a promatraju se 4 skupine ponašanja: neverbalna komunikacija, facijalna ekspresija, verbalna komunikacija i glazbena komunikacija koja se odnosi na karakteristike i kvalitetu glazbene interakcije (Raglio, 2006).

Unatoč tome što brojna istraživanja u glazboterapiji koja koriste prethodno navedene skale i kriterije procjene, imaju problem pouzdanosti i subjektivnosti promatrača, često su iscrpne, dobro osmišljene i prikladne za određenu kliničku populaciju. Međutim, osim Nordoff-

Robbins skale, nema raširenog i sustavnog korištenja bilo kojeg od ovih instrumenata procjene (Wosch i Wigram, 2007).

4.9. Glazboterapeut

Glazboterapeut je osoba koja se obvezuje na pružanje pomoći klijentu u ostvarivanju prema zdravlju usmjerenih ciljeva kroz glazbu, koristeći svoje znanje i stručnost unutar profesionalnog odnosa. Ne samo da glazboterapeut mora raspolagati potrebnim znanjem i vještinama već mora biti i prepoznat kao stručnjak kroz neki službeni mehanizam ili autoritet (npr. certifikacija ili registracija od strane stručne udruge ili državnog licenciranog odbora). Glazboterapeut se u svome radu vodi prema načelima osobne i profesionalne etike i dužan je uvijek biti svjestan svojih profesionalnih granica, odgovornosti, emocija i sociokulturnih razlika u odnosu s klijentom. Također, mora ostati dobro informiran o glazboterapiji i klijentu kako bi klijentova dobrobit uvijek bila na prvom mjestu. Glazboterapeut je ujedno glazbenik, znanstvenik, terapeut i član društva. Glazboterapeut i glazba udružuju snage kako bi klijentu pružili mogućnost iskustva empatije, razumijevanja, propitivanja; verbalnog i neverbalnog izražavanja, interakcije i komunikacije; povratnu informaciju o samom sebi i uvid u vlastiti život; motivaciju i samo-transformaciju; izravnu pomoć i intervenciju. Od iznimne je važnosti da terapeut bez predrasuda prihvaća svaki klijentov glazbeni izričaj s jasnim poimanjem svrhe, vrijednosti i značenja glazbe unutar terapijskog procesa. Terapeut neprestano nastoji osvijestiti, procijeniti i, ako je potrebno, mijenjati svoj rad s klijentom – prije, tijekom i poslije svake seanse te u različitim fazama terapijskog procesa, što postiže kroz samopromatranje, samopropitivanje, suradnju s klijentom, konzultacije sa ostalim stručnjacima i stručni nadzor. Terapeut koji ima refleksivan pristup svom radu zna uočiti napretke ili određena postignuća kod klijenta, ali i potrebu za izmjenom ciljeva i strategija u terapijskog procesa (Bruscia, 2014).

Hrvatska udruga muzikoterapeuta sastavila je standarde rada glazboterapeuta, koji u provođenju glazboterapije moraju slijediti određene stručne postupke. Glazboterapeut prihvaća preporuku za uključenje osobe u glazboterapiju od strane zdravstvenog tima, edukacijsko-rehabilitacijskog tima, roditelja, skrbnika, drugih glazboterapeuta, samih klijenata ili udruga (1), provodi procjenu kako bi utvrdio prednosti i potrebe klijenta (2), na temelju koje kreira individualan plan glazboterapije (3), provodi program glazboterapije u skladu s utvrđenim kratkoročnim i dugoročnim ciljevima, pri čemu koristi glazboterapijske metode u kojima je adekvatno educiran, kreira sigurnu zvučnu okolinu te se pridržava pravila povjerljivosti struke

(4), provodi periodična mjerenja reakcija korisnika na glazboterapijske metode na temelju kojih prati učinkovitost terapije te uvodi potrebne promjene (5), dokumentira podatke o korisniku glazboterapijske usluge kao što su izvor upućivanja, postupci i rezultati procjene, ciljevi, reakcije klijenta na tretman i ostale informacije o vrednovanju na sustavan način, vodeći računa o povjerljivosti podataka (6) te radi prema završetku programa, pri čemu planira i priprema korisnika za terminaciju glazboterapijske usluge i vodi računa o duljini trajanja i dubini terapijskog odnosa te potrebama korisnika (<http://www.muzikoterapeuti.hr>).

Uloga glazboterapeuta u školama ili edukacijsko-rehabilitacijskim ustanovama mora biti jasna naspram uloge glazbenog učitelja ili glazbenog pedagoga. Glazbeni učitelj podučava teoriji glazbe i vještinama sviranja glazbenih instrumenata ili pjevanja, a glazboterapeut radi u smjeru ispunjavanja ne-glazbenih ciljeva, bilo da se radi o bihevioralnim, emocionalnim, socijalnim ili kognitivnim ciljevima izvedenih iz individualnog edukacijskog programa (IEP) pojedinog djeteta. Ti ciljevi su u fokusu terapije, a glazba predstavlja medij kojim se pokušavaju ostvariti (Wigram i sur., 2002). Stoga, stjecanje glazbenih vještina nije cilj glazboterapije i eventualno stjecanje tih vještina može biti samo nusprodukt glazboterapije (Bunt, 1994).

Glazboterapeuti se međusobno razlikuju prema područjima specijalizacije i različitim teoretskim orijentacijama unutar tih područja. Tako na primjer, glazboterapeuti specijalizirani za rad s klijentima s teškoćama u razvoju mogu temeljiti svoj rad na bihevioralnim teorijama, dok drugi mogu koristiti psihoterapijske i psihodinamske pristupe; neki mogu raditi prema usvajanju adaptivnih ponašanja, drugi na akademskim vještinama, dok treći mogu naglasak stavljati na poboljšanje kvalitete života (Bruscia, 2014).

Postoje velike različitosti u pogledu obuke glazboterapeuta u različitim zemljama. Negdje se kao glazboterapeuti priznaju samo profesionalni glazbenici s diplomskim studijem i iskustvom u radu s različitim grupama klijenata, a negdje se kao glazboterapeut može educirati osoba sa srednjom stručnom spremom. Uz međunarodno širenje zanimanja jako je važno ustanoviti međunarodne standarde i kodekse prakse (Bunt, 1994).

U Republici Hrvatskoj ne postoji sustavno i sveobuhvatno preddiplomsko obrazovanje za glazboterapeute koje bi sadržavalo programske sadržaje iz područja glazbe, pedagogije, metodike, psihologije, psihijatrije i dr., poput sličnih studija u inozemstvu. Glazboterapiju u brojnim ustanovama za osobe s teškoćama, često provode profesori glazbene kulture koji su obrazovani za rad u redovnoj školi koji se znatno razlikuje po ciljevima, zadaćama i metodičkom pristupu od glazboterapije (Kardum, 2008). Hrvatska udruga muzikoterapeuta (HUM) provodi

edukaciju pod nazivom „Primjena muzikoterapije u radu s osobama s razvojnim teškoćama“ koja pruža teorijske i praktične kompetencije stručnjacima u radu na ovom području, a namijenjena je profesorima glazbene kulture, akademskim glazbenicima, edukacijskim rehabilitatorima, logopedima, socijalnim radnicima, socijalnim pedagogima, psiholozima, pedagogima, radnim terapeutima, učiteljima i odgajateljima uz uvjet poznavanja teorije glazbe i vještine sviranja glazbenog instrumenta na razini četiri razreda osnovne glazbene škole (http://www.muzikoterapeuti.hr/?page_id=57).

U 2016. godini pokrenut je prvi poslijediplomski specijalistički studij Kreativnih terapija na Umjetničkoj akademiji u Osijeku koji nudi dvogodišnje sveobuhvatno teorijsko i praktično obrazovanje na području glazboterapije, likovne terapije, dramske terapije te terapije pokretom i plesom. Ovaj studij izuzetan je primjer dobre prakse u Hrvatskoj pošto je trenutno jedini studij ovakve vrste u Europi (<http://www.uaos.unios.hr/>).

U praksi, glazboterapeut može raditi u više različitih okruženja što dodatno naglašava interdisciplinarnost glazboterapije kao profesije. Može raditi u školi prema ostvarivanju određenih obrazovnih ili razvojnih ciljeva, u bolnicama na zdravstvenim ili medicinskim ciljevima, u ustanovama za mentalno zdravlje na psihoterapeutskim ciljevima ili u zajednicama na sociokulturnim ciljevima (Bruscia, 2014).

4.10. Modeli glazboterapije

Kada terapeut počne razvijati sustavni pristup u terapiji koristeći jednu ili više od glavnih četiri metoda glazboterapije, slijedeći određene proceduralne sekvence i oslanjajući se na određene tehnike, razvija se model u glazboterapiji. Model je sveobuhvatan pristup procjeni, tretmanu i evaluaciji koji uključuje određeno teoretsko usmjerenje, kliničke indikacije i kontraindikacije, ciljeve, metodološke smjernice i specifikacije te karakterističnu upotrebu određenih tehnika (Bruscia, 2014).

U nastavku je opisano 6 modela glazboterapije koji se najviše upotrebljavaju u radu s osobama s teškoćama, a to su: Glazbom vođena imaginacija (Bonny model), Analitička glazboterapija (Priestly model), Kreativna glazboterapija (Nordoff-Robbins model), Glazboterapija slobodnom improvizacijom (Alvin model), Bihevioralna glazboterapija i Orff glazboterapija (Wigram i sur., 2002; Burić i sur., 2012; Svalina, 2010).

4.10.1. Glazbom vođena imaginacija

Glazbom vođena imaginacija (Guided Imagery and Music - GIM) model je glazboterapije koji je razvila Helen Lindquist Bonny (1990) koja potiče imaginaciju tijekom slušanja glazbe (Bonny 1990, prema Wigram i sur., 2002). GIM je proces temeljen na glazbenoj psihoterapiji u kojem se posebno odabrana klasična glazba koristi za generiranje svih aspekata ljudskog iskustva: psihološko, emocionalno, fizičko, socijalno i duhovno. GIM se koristi u radu s različitim populacijama klijenata: za samo-razvoj i transpersonalni rad s ljudima tipičnog razvoja, s ovisnicima, žrtvama nasilja, oboljelim od HIV-a, raka, psihičkim bolesnicima, starim i nemoćnim, osobama s oštećenjem mozga i osobama s PSA (Wigram i sur., 2002).

4.10.2. Analitička glazboterapija

Analitička glazboterapija naziva se još i Analitički usmjerena glazboterapija ili Priestley model jer ju je razvila Mary Priestley (1994), a definirala ju je kao „alat kojim se istražuje unutarnji život klijenta kako bi mu se omogućio daljnji samo-razvoj i ispunjenje potencijala“ (Priestley, 1994, prema Wigram i sur., 2002). Najprikladnija metoda glazbene izvedbe je improvizacija, a može se koristiti i komponirana glazba ili aktivnosti komponiranja pjesama ili instrumentalne glazbe. U fokusu terapije je osobni i/ili funkcionalni razvoj klijenta, a ne estetika glazbenog produkta (Wigram i sur., 2002)

Seansa Analitičke glazboterapije započinje spontanom verbalizacijom onoga što je značajno klijentu u datom trenutku iz čega proizlazi radna tema kao inspiracija za glazbenu improvizaciju. Tijekom improvizacije, radna tema se neverbalno istražuje i glazboterapeut ima suportivnu ulogu te svoju improvizaciju formulira u vezi s klijentovom. Važno je da nakon sviranja ponovno slijedi verbalna refleksija na odsvirano, kako bi klijent osvijestio promjene unutar sebe izazvane improvizacijom. Seansa obično završava još jednom improvizacijom kojom se sav sadržaj koji se pojavio na terapiji obrađuje još jednom (Wigram i sur., 2002).

Analitička glazboterapija se može koristiti u radu s osobama s teškoćama kao temeljni izvor informacija za terapeuta, kako bi upoznao klijenta i utemeljio koje intervencije će koristiti i kada (Wigram i sur. 2002).

4.10.3. Kreativna glazboterapija

Kreativna glazboterapija naziva se još i Nordoff-Robbins model glazboterapije, a razvili su ga Paul Nordoff i Clive Robbins u periodu od 1959. do 1976. godine. Ovaj model glazboterapije najviše je korišten improvizacijski model glazboterapije u zadnjih 50-ak godina (Wigram i sur., 2002).

Nordoff i Robbins razvijali su svoj model pod utjecajem ideja Rudolfa Steinera i njegovog antropozofskog pokreta u humanističkoj psihologiji iz kojeg proizlazi ideja da unutar svakog ljudskog bića postoji urođena reakcija na glazbu i krije se 'glazbeno dijete' ili 'glazbena persona' koja se može doseći unatoč većim teškoćama u razvoju i/ili motoričkim teškoćama. Vjeruje se da svaka osoba, bez obzira na različitosti i teškoće, ima normalnu i prirodnu reakciju na glazbu koja može omogućiti samoizražavanje i komunikaciju (Wigram i sur., 2002).

U kreativnoj glazboterapiji veliki naglasak se stavlja na topli, prijateljski odnos s klijentom koji se prepoznaje i prihvaća takav kakav je, daje mu se sloboda izbora i autonomija kroz ne-direktivni pristup, aktivnosti praćenja i pružanje potpore (Wigram i sur., 2002).

Nordoff-Robbins glazboterapija konceptualno se smatra terapijom koja koristi *glazbu kao terapiju* gdje glazba predstavlja centralni dio terapije i katalizator promjene (Bruscia 1987; prema Wigram i sur., 2002). Glazba je prisutna za vrijeme cijele seanse i terapeutski odnos nastaje u glazbi te je glazbeni odgovor klijenta glavni materijal za analizu i interpretaciju. (Wigram i sur., 2002).

Glazboterapeuti koji koriste ovaj model, po mogućnosti, rade u paru gdje jedan terapeut uspostavlja glazbeni odnos s klijentom uz pomoć klavira, a drugi olakšava odgovore klijenta i potiče njegov angažman (Burić i Katušić, 2012). Terapeuti koriste kreativnu improvizaciju kao metodu kojom stvaraju glazbeno okružje od trenutka u kojem klijent ulazi u prostoriju glazboterapije do trenutka kada je napusti (Wigram i sur., 2002). Kreativna glazboterapija ima jasno određene faze rada:

1. glazbeno upoznavanje klijenta,
2. evociranje glazbenog odgovora,
3. razvoj glazbenih sposobnosti, slobode izražavanja i međusobnih reakcija.

Terapeut pruža glazbeni okvir koji uključuje jasan ritam i puls te često pjevanje o tome što klijent radi u tom trenutku, kako bi u fokus došlo trenutno klijentovo iskustvo. Svaki glazbeni izraz proizveden od strane klijenta, bilo vokalni ili instrumentalni se uključuje u glazbeni okvir i time potiče (Burić i Katušić, 2012). Vještina glazboterapeuta mjeri se njegovom sposobnošću da pruži odgovarajući glazbeni kontekst kroz tehnike podudaranja, zrcaljenja ili reflektiranja klijentovih glazbenih izraza, vodeći računa o adekvatnom reagiranju na boju, visinu, dinamiku i modulaciju klijentovog glasa, sviranja i tjelesnog izraza (Wigram i sur., 2002). Ovaj model, osim individualno, može se provoditi i u grupi, a uglavnom se koriste činele, bubnjevi, udaraljke, puhački i žičani instrumenti s poticajima klijentu da koristi svoj glas (Svalina, 2010)

4.10.4. Glazboterapija slobodnom improvizacijom

Glazboterapija slobodnom improvizacijom ili Alvin model razvila je Juliette Alvin, jedna od pionira glazboterapije (Rollin, 1998). Alvin je svoj pristup utemeljila na citatu: „Glazba je tvorevina čovjeka, stoga čovjek može vidjeti sebe u glazbi koju stvara“ (Alvin; prema Wigram i sur. 2002). Alvin ističe Stravinskyog kao najznačajnijeg glazbenika 20. stoljeća, čije skladbe zaobilaze „glazbena pravila“ po pitanju harmonije, melodije, ritma i forme i predstavljaju disonantne i atonalne zvukove koji su do tada bili tabu. Prema Alvin, klijent i terapeut mogu improvizirati bez ograničavanja glazbenim pravilima i glazba je zapravo izraz karaktera pojedinca kroz koju se može postići terapijski učinak (Wigram i sur., 2002).

Slobodna improvizacija ne zahtjeva nikakvu prethodnu glazbenu sposobnost ili obuku i ne vrednuje se prema glazbenim kriterijima. U svome radu s osobama s PSA i djecom s teškoćama u razvoju, Alvin je isticala važnost razvijanja odnosa između klijenta i glazbe, pri

čemu je odnos klijenta s glazbenim instrumentom primarni terapijski odnos. Glazbeni instrument predstavlja sigurni prijelazni objekt kojim klijent može ispoljavati sve svoje negativne emocije. Sljedeća faza je uspostavljanje odnosa klijenta i terapeutovog glazbenog instrumenta koji sam po sebi zainteresira klijenta, nakon čega se razvija odnos između klijenta i terapeuta kroz zajedničko stvaranje glazbe (Wigram i sur., 2002).

Wigram i sur. (2002) ističu da je Alvinin model u cjelini glazbeni tj. sav terapijski rad odnosi se na slušanje ili stvaranje glazbe pri čemu se može koristiti svaki mogući oblik glazbene aktivnosti. Improvizacija se koristi na potpuno slobodan način, a terapeut ne nameće nikakva glazbena pravila, ograničenja i smjernice te je klijent slobodan uspostaviti ili ne uspostaviti tempo, ritam, ljestvicu, tonalitet, melodijsku temu ili harmonijski okvir. Upotreba neorganiziranih zvukova ili sviranje instrumenta na drugačiji način omogućava slobodu izražavanja i istraživanja (Burić i Katušić, 2012).

4.10.5. Bihevioralna glazboterapija

Bihevioralna glazboterapija (Bihevioural Music Therapy - BMT) razvijena je uglavnom u SAD-u, a koristi glazbu kao pojačanje kako bi se potaknulo ili modificiralo adaptivno ponašanje ili ugasilo nepoželjno ponašanje. U bihevioralnoj glazboterapiji glazba može biti oznaka početka ili kraja neke aktivnosti, vremenski okvir ili okvir za izvođenje pokreta, fokus pozornosti ili nagrada (Wigram i sur., 2002).

U radu s osobama s teškoćama BMT se koristi za promjenu ponašanja i uklanjanje nepoželjnih ponašanja bez pokušaja da se istraži uzrok tih ponašanja. Na primjer, BMT se može koristiti kao poticaj da učenik s teškoćama poveća svoju koncentraciju u radu u grupi. Za vrijeme dok je učenikova pažnja usmjerena na zadatak ili na terapeuta svira glazba, a ukoliko njegova pažnja prestane biti usmjerena na zadatak, glazba se gasi (Wigram i sur., 2002).

Kroz bihevioralnu glazboterapiju, glazba i glazbene aktivnosti se koriste kako bi se postigli ne-glazbeni ciljevi kao što su: socijalna interakcija, fizička aktivnost, komunikacija, kognitivni procesi, pažnja i koncentracija, smanjenje i uklanjanje nepoželjnih ponašanja, vještine neovisnosti i uživanje. BMT je primjer modela glazboterapije koji koristi *glazbu u terapiji* kako bi se postigao neki ne-glazbeni cilj (Wigram i sur., 2002).

4.10.6. Orff glazboterapija

Još jedan model glazboterapije koji se uvelike koristi s osobama s teškoćama u razvoju je Orff glazboterapija (Svalina, 2010). Ovaj model nastao je na inicijativu Theodora Hellbruggea, njemačkog liječnika, koji se bavio proučavanjem ranih simptoma razvojnih kašnjenja i želio omogućiti djeci s teškoćama u razvoju glazboterapiju koja bi se temeljila na Orff-Schulwerku. Za pomoć je zatražio Gertrudu Orff, suprugu tada već pokojnog Carla Orffa, osnivača Orff-Schulwerka (Svalina, 2010).

Carl Orff je svoj filozofski pristup temeljio na ideji da je muzikalnost urođena svakom pojedincu, djeca osjećaju glazbu i kreću se na nju mnogo prije nego ju mogu razumjeti (Burić i sur., 2012). Na temelju ovog razmišljanja nastao je Orff-Schulwerk, 30.-ih godina prošlog stoljeća, a na temelju Orff-Schulwerka nastala je Orff glazboterapija. Orff-Schulwerk polazi od ideje da se dječje aktivnosti moraju provoditi u ne natjecateljskoj atmosferi kada djeca sudjeluju jer osjećaju zadovoljstvo za vrijeme izvođenja aktivnosti. Dok se pjeva ili recitira djeca mogu izvoditi pratnju na glazbenim instrumentima: udaraljicama (drveni štapići, bubnjevi, zvečke, triangli i dr.), metalofonu, ksilofonu ili blok-flauti; koji svi zajedno čine Orffov instrumentarij (slika 8). U Orff glazboterapiji glazba se spaja s pokretom, plesom, govorom, gestom (pljeskanje, pucketanje prstima, stupanje) (Burić i sur., 2012) i spontanom igrom pri čemu se koriste i razne igračke (krpene lutke, šalovi, lopte i sl.) (Svalina, 2010). U Orff glazboterapiji uvijek se koristi grupni oblik rada, osim ako dijete pokazuje agresivna ponašanja ili mu ne odgovara rad u skupini (Svalina, 2010).



Slika 8. Orffov instrumentarij

Seansa Orff glazboterapije započinje uvodnim pozdravljanjem i predstavljanjem, čime se potiče djecu na interakciju. Zatim terapeut nudi početnu glazbenu ideju, što može biti neki ritam, melodija, zvuk, pokret i sl., na temelju koje djeca kroz glazbenu improvizaciju kreiraju svoj

odgovor. Odgovore koordinira terapeut na način da se izmjenjuje skupno muziciranje i improviziranje jednog djeteta. Nakon toga se s djecom provodi verbalni osvrt na izvedenu improvizaciju ili se ponavljanjem već izvedenih aktivnosti radi na unaprjeđenju vještina pjevanja, sviranja i improviziranja. Na kraju seanse provodi se još jedna završna, zajednička aktivnost (Svalina, 2010).

Glavni ciljevi koji se žele postići Orff glazboterapijom su razvoj dječje razigranosti, spontanosti i kreativnosti, a specifični ovise o individualnim obilježjima i temelje se na procjeni poteškoća i potreba svakog djeteta (Svalina 2010).

U Orffovu glazboterapiju uključuju se djeca s intelektualnim teškoćama, oštećenjima vida ili sluha, poteškoćama govora i PSA (Svalina, 2010). Orff glazboterapija koristi vještine i sposobnosti djece s teškoćama u razvoju za improvizaciju i razvoj odnosa između djeteta i terapeuta koji je centralni čimbenik u terapiji. Važan element ove metode je multisenzorno djelovanje glazbe.

4.11. Glazboterapija i socijalna komunikacija

Leo Brouwer, kubanski skladatelj, rekao je da je „glazba kao pričanje priča“ (Degmenčić i sur., 2005). Glazba je komunikacija i socijalna interakcija (Wigram i sur., 2005) te je stvaranje i slušanje glazbe vrlo prirodan i jednostavan način povezivanja s drugima. Kada pjevamo ili sviramo instrument, moramo preuzeti određene uloge kako bi glazba imala smisla. Ako je jedna osoba solist, ona ima ulogu vodstva, a pratitelj ima ulogu slijedenja solista. Glazba je puna odnosa uloga i kao takva nudi beskonačne modele za interakciju (Bruscia, 2014).

Glazbeno iskustvo je istovremeno iznimno osobno, ali i zajedničko. Kada zajedno stvaraju glazbu, sudionici udružuju svoju pažnju, aktivnosti i zvukove s drugima kroz proces kontinuirane recipročne prilagodbe iz trenutka u trenutak, iz glazbene fraze u drugu. Ovo udruživanje pojačava osjećaj uzajamne povezanosti sudionika jednih s drugima, pri čemu svaki sudionik može tumačiti glazbu više-manje individualno, bez da dolazi u sukob s tumačenjima drugih. Stoga, glazba se može smatrati optimalnim medijem za poticanje socijalne interakcije, pojačavajući osjećaj međusobne povezanosti sudionika i omogućavajući zajedničko iskustvo koje je duboko osobno, ali i zajedničko (Cross, 2014).

Glazba je vrsta jezika koja omogućuje umjetnički izraz koji slijedi određena perceptivna i sintaktička pravila. Ona dijeli mnoge karakteristike s jezikom: oba medija su temporalna i auditivna, mogu se prikazati vizualnim simbolima i obično uključuju pošiljatelja, primatelja i poruku. Ove sličnosti dovele su do toga da brojni teoretičari glazboterapije razmatraju glazbu u terapiji kao jezik ili bar kao komunikativni medij. Aigen smatra da kada ljudi stvaraju glazbu, komunikacija se događa, ali to ne mora značiti da je glazba komunikacija, već glazba zahtjeva komunikaciju u svrhu izražavanja, tjeka i zajedništva jedinstvenog za glazbu (Aigen, 2014). Glazba ima svoj autohtoni sustav notacije i ima određeno značenje. Međutim, glazba nije točno određen jednoznačan jezik i ne može predstavljati ili opisivati pojave vanjskog ili unutarnjeg svijeta s preciznošću verbalnog jezika. Različite osobe različito će interpretirati značenje nekog glazbenog djela ili će ga više ili manje cijeniti s obzirom na svoj osobni ukus. Koncept 'jezika glazbe' kao okvira za komunikaciju jedna je od temeljnih ideja glazboterapije, ali Wigram upozorava da se on mora shvatiti upravo kao okvir, a ne kao precizan jezik s dosljednim značenjem (Wigram i sur., 2002). Jezična interakcija obično je koncipirana kao proces razmjene informacija, što zahtjeva od sudionika definiranje kolektivnih znanja, vjerovanja i pretpostavki. Govor, stoga, daje prednost *transakcijskoj dimenziji komunikacije*, omogućujući razmjenu informacija i kodiranje ciljanog ponašanja, a na *relacijsku dimenziju komunikacije* oslanja se u svrhu uspostavljanja i održavanja društvenih odnosa među sugovornicima. U glazbenoj

interakciji prevladava relacijska dimenzija komunikacije s prividnom isključenosti transakcijske, iako se glazbena interakcija u mnogo slučajeva može tumačiti kao djelomično transakcijska (Cross, 2014).

Od velike važnosti za ljudsko razumijevanje verbalne komunikacije su prozodijske osobine govora – tempo, boja glasa, glasnoća, visina glasa. Prema njima možemo tumačiti smisao onoga što nam sugovornik govori. Lako je uočiti povezanost prozodijskih osobina govora i osnovnih elemenata glazbe (ton, dinamika, ritam, melodija i harmonija) i uočiti sličnost između govora i glazbe. Isto tako, oblikovanje rečenica kroz sintaksu, izbor riječi, ritam i melodija govora podsjećaju na kompoziciju glazbene teme (Kovačević i Baniček, 2015).

Trevarthen i Malloch (2000) iznijeli su teoriju o ranoj interakciji između majke i djeteta koju karakterizira tzv. *komunikacijska muzikalnost*. Komunikacijska muzikalnost potiče razvoj pragmatičkih komunikativnih funkcija kao što su združena pažnja, emocionalno signaliziranje i regulacija ponašanja i time osigurava neophodnu osnovu za razvoj jezika (Wosch i Wigram, 2007) i uredan emocionalni i kognitivni razvoj (Aigen, 2014). Svako živo biće posjeduje urođenu muzikalnost kako bi se olakšala zdrava interakcija između novorođenčeta i majke, prije nego što dijete razvije sposobnost verbalnog izražavanja, prema tome muzikalnost je preverbalna (Aigen, 2014). Ranu interakciju između majke i djeteta karakterizira ritmički koordinirana interpersonalna komunikacija, kroz koju novorođenče komunicira sa svijetom oko sebe i omogućuje mu pristup socijalnoj okolini. Ovaj ne-verbalni način komunikacije je primarno sredstvo interakcije novorođenog djeteta. Dijete već u dobi od 2 mjeseca posjeduje potrebne osjetilne i kognitivne sposobnosti za prepoznavanje i predviđanje uzoraka ritmički strukturiranog ponašanja majke te sinkronizaciju svog vlastitog ponašanja s majčinim. Majčin ritam ko-varira s njezinom razinom emocionalnog angažmana. Majka i novorođenče tako prate i utječu na ritam jedno drugoga predviđajući točke međusobne sinkronizacije. Dijeljenjem i koordiniranjem ritmova živo biće pokazuje da cijeni životne impulse drugih pojedinaca i tako dijete može pridobiti pažnju majke i pristupiti socijalnom svijetu (Degmenčić i sur., 2005).

Pavličević (1997.) upućuje na literaturu o interakciji između majke i novorođenčeta kako bi objasnila upotrebu improvizacije u glazboterapiji. Roditelji spontano reaguju na vokalizaciju novorođenčeta kao da je ona komunikativno smislena, što potiče dijete da razvije svoju sposobnost upotrebe glasova za komunikaciju (Oldfield, 2006). Slično kao i majka i dijete, terapeut i klijent u improvizacijskoj glazboterapiji neverbalno komuniciraju kroz spontane promjene tempa, dinamike, intonacije, fraza, ritma i melodije. Iako je produkt te improvizacije glazba koja može biti estetski zadovoljavajuća, primarni cilj je da terapeut potakne i izravno

doživi klijentovo iskustvo svijeta (Pavličević, 2000; prema Aigen, 2014). Prema Stravinskyom „glazba je ništa više od niza napetosti koji pokušavaju naći svoje opuštanje“ (Degmenčić i sur., 2005). Ako to povežemo sa znanjem koje imamo o unutarnjem svijetu novorođenčeta možemo reći da se on sastoji od cikličkih varijacija različitih stanja napetosti i opuštanja (Degmenčić i sur., 2005).

Stoga, glazboterapija s osobama s teškoćama je, u velikoj većini slučajeva usmjerena upravo na poticanje socijalne komunikacije. Prema definiciji Lenga i Shawa (1991) „glazboterapija je komunikacijski postupak pri kojem se glazba upotrebljava kao medij sa svrhom ponovnog uspostavljanja integriteta osoba koje pate od duševnih, tjelesnih, kao i poremećaja u ponašanju.“ (Kovačević i Baniček, 2015). Glazboterapija pruža pojedincu glazbeno iskustvo kroz koje on može izraziti svoje misli i osjećaje i eksternalizirati svoj unutarnji svijet (Bruscia, 2014). Glazbeno izražavanje može uključivati jednu ili više nota, otpjevanih ili odsviranih na instrumentu, pljesak rukama, pjevušenje, fućkanje, plesanje, stapanje itd., i ukoliko je usmjereno drugoj osobi može se nazvati komunikacijom ili 'razgovorom u glazbi' (Wigram i sur., 2002). U glazboterapiji komunikacija kroz glazbu može biti verbalna i neverbalna. Kada se koristi neverbalno, glazba može zamijeniti riječi i omogućiti siguran i prihvatljiv način rješavanja konflikata i izražavanja osjećaja koje je teško izraziti riječima. Osim što pruža neverbalan način samoizražavanja, glazba može poslužiti i kao most između neverbalnih i verbalnih kanala komunikacije. Kada se upotrebljavaju i neverbalni i verbalni kanali, glazba služi za poticanje verbalne komunikacije koja služi i za definiranje i pojašnjenje glazbenog iskustva (Bruscia, 2014). Osim izražavanja u glazbi osoba se izražava i kroz geste, izraze lica i držanje tijela (Wigram i sur., 2002).

5. PRIMJENA GLAZBOTERAPIJE U OSOBA S POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA

5.1. Dosadašnje spoznaje o primjeni glazboterapije u radu s osobama s poremećajem iz spektra autizma

Već u 40-im i 50-im godinama prošlog stoljeća, kada je glazboterapija kao profesija bila u povojima, pioniri glazboterapije radili su s djecom s PSA u psihijatrijskim bolnicama, ustanovama i školama. U to vrijeme glazboterapeuti su koristili ritmičke aktivnosti, grupno pjevanje i narodne plesove za postizanje ciljeva poput samoizražavanja, socijalizacije, tjelesne rehabilitacije, psihološkog razvoja i rekreacije u individualnom i grupnom okruženju. Nedugo zatim, pokrenut je *British Journal of Music Therapy* i prvi članak koji je objavljen napisala je Juliette Alvin (1969) koja se osvrnula upravo na uspostavu komunikacije kroz glazboterapiju u radu s djecom s PSA (Reschife-Hernandez, 2011).

Glavna zadaća svih stručnjaka koji rade s osobama s PSA jest otkriti način na koji klijent percipira svijet oko sebe te mu kroz detaljno razrađeni individualni plan i program pomoći premostiti jaz između vlastitog svijeta u kojem je zatočen i onog vanjskog. Svi odgojni, obrazovni i terapijski programi za osobe s PSA pokušavaju razviti i aktivirati mehanizme prilagodbe osobe na okolinu (Kardum, 2008). Danas postoji veliki broj terapija i programa za osobe s PSA. Neki programi su znanstveno utemeljeni, neki ne, neki su pokazali pozitivne rezultate kod nekih osoba s PSA, dok kod drugih nisu imale utjecaja. Odabir terapija ovisi o individualnim potrebama osobe s PSA i preferencijama roditelja, a koliko god da su neke terapije ili procjene potrebne i korisne, vrlo često znaju biti stresne i negativne za dijete s PSA i roditelja, zbog čimbenika koji su u srži ovog poremećaja, a to je slaba suradnja osoba s PSA i poteškoće interakcije i socijalne komunikacije s terapeutom (Oldfield, 2006). Rezultati istraživanja i klinička iskustva potvrđuju primjenjivost glazboterapije čak i kod onih skupina klijenata koji odbijaju druge vrste terapija jer nju sačinjava poznata, predvidljiva i sigurna okolina u kojoj se procjena ili terapija provodi na posredan način te je klijent često nije niti svjestan (Degmenčić i sur., 2005).

Evers (1992) je provela anketu kako bi saznala u kojoj mjeri je glazboterapija prihvaćena od strane pedijatara i dječjih psihijatara u Saveznoj Republici Njemačkoj. Rezultati su pokazali da je 14,5 % pedijatara i 56% dječjih psihijatara koji su sudjelovali u istraživanju preporučilo glazboterapiju kao tretman za djecu s PSA. Spremnost stručnjaka da uputi dijete na

glazboterapiju korelira s informiranosti o glazboterapiji i vlastitim osobnim interesom za glazbu i slušanje glazbe (Oldfield, 2006).

Brojna empirijska istraživanja pokazala su da osobe s PSA pokazuju neobičan interes za glazbu, s često netaknutom ili čak superiornom sposobnošću sluha (boja i visina tonova), melodijskom memorijom te razumijevanjem pravila strukture glazbe, melodije i ritma (Jenzen i Thaut, 2018). Euper (1968) je provela studiju u kojoj samo 1 od 30 djece s PSA nije pokazalo interes za glazbu (Euper, 1968; prema Oldfield, 2006), a Oldfield (2006) navodi da samo 2 od 40 djece s PSA tijekom njenog 5-godišnjeg iskustva kao glazboterapeuta, nije reagiralo na glazboterapijski tretman.

Glazboterapija ima holistički pristup klijentu s PSA, potiče razvoj i ispunjavanje svih njegovih sposobnosti i potreba, uključujući komunikacijske, kognitivne, perceptivno-motoričke, socijalne i emocionalne potrebe, ne pridajući pritom prednost oštećenju. Kroz izravan kontakt s glazbenim instrumentom potiče se povezivanje opipnih, slušnih i vidnih podražaja, što osobi s PSA omogućuje da razvija pojam o sebi i svome tijelu, uči njime gospodariti i dobiva moć nad svojom ličnosti (Breitenfeld i Majsneć Vrbanić, 2008). Bez obzira da li se glazboterapija provodi u školama, bolnicama, udrugama ili privatnim praksama glavni terapijski ciljevi u radu s ovom populacijom su razvoj interakcije, komunikacije i senzorna stimulacija (Wigram i sur., 2002).

U knjizi Nordoffa i Robbinsa (1971) pod nazivom *Glazboterapija za hendikepiranu djecu* nalazi se poglavlje pod nazivom *Glazboterapija i promjena osobnosti kod djece s autizmom* u kojem kroz detaljne studije slučaja opisuju specifične pristupe u glazboterapiji s klijentima s PSA. Primijetili su kako terapija napreduje kroz određene faze: u prvoj fazi dijete nadvladava početne strahove i prihvaća glazboterapiju kao pozitivno iskustvo, u drugoj fazi otkriva i istražuje određene glazbene aktivnosti, a u završnoj postaje sposobno za samoizražavanje. Alvin također spominje tri faze u glazboterapiji s djecom s PSA: u prvoj se dijete povezuje uglavnom s objektima, u drugoj sa samim sobom ili terapeutom, a u završnoj s ostalim značajnim osobama u svom životu (Oldfield, 2006).

5.2. Procjena u glazboterapiji s osobama s PSA

Procjena u glazboterapiji s osobama s PSA se odnosi na promatranje kako klijent reagira na instrument i vokal, na koji instrument najviše reagira, kako reagira na promjene u dinamici, ritmu, glasnoći i visini tonova te kako prihvaća izmjene reda u glazbenoj komunikaciji, dijeljenje instrumenta i glazbenu improvizaciju. Način na koji se klijent kreće, osjeća, komunicira, razmišlja, usmjerava pažnju i ponaša se, također su važne dimenzije za procjenu jer omogućavaju predviđanje reakcija klijenta na glazbu i samu glazboterapiju (Burić i Katušić, 2012).

Tony Wigram i Amelia Oldfield, svako zasebno, razvili su metode procjene u glazboterapiji s djecom s PSA (Wosch i Wigram, 2007; Oldfield, 2006). Obje navedene metode procjene temelje se na činjenici da različiti glazbeni elementi (ton, dinamika, ritam, melodija i harmonija) izazivaju različitu reakciju kod čovjeka. Tako svaki sudionik glazboterapije reagira drukčije na određenu glazbu i kako bi postigao željenu reakciju kod klijenta, glazboterapeut mora dobro poznavati glazbene elemente i vješto ih koristiti.

Osnovni glazbeni elementi su: *ton (boja, glasnoća, visina)* i *dinamika*, a nešto složeniji elementi su *ritam, melodija* i *harmonija*. U bilo kojoj zbirci zvukova obično je jedan element u dominantnom položaju i upravo taj element zaslužan je za reakciju klijenta (Bunt, 1994).

Boja tona zavisi od vrste materijala, oblika i veličine zvučnog izvora tj. glazbenog instrumenta, a i svaki glas ima svoju boju. Istraživanja su pokazala da već dijete od 6 mjeseci može diskriminirati ljudski glas od drugih zvukova u okolini, što znači da se sposobnost percepcije boje tona razvija vrlo rano. Boja tona može se koristiti za buđenje interesa, znatiželje i pažnje kod klijenta u glazboterapiji jer su odrasli jednako koliko i djeca fascinirani otkrivanjem podrijetla zvuka te oblikom, teksturom i veličinom glazbenog instrumenta. Razlikovanje boje zvuka doprinosi razvoju zvučne diskriminacije koja je vitalna za razvoj jezika i govora (Bunt, 1994).

Glasnoća zvuka ovisi o energiji izvora zvuka, što utječe na intenzitet zvuka i na kraju naš subjektivni dojam glasnoće zvuka. Za nekog će određena glazba biti preglasna, dok za nekoga ta ista glazba može biti pretiha, stoga je važno voditi računa o klijentovoj osobnoj preferenciji glasnoće zvuka u glazboterapiji. Na iznenadni, glasni zvuk svi ljudi reagiraju na sličan način, a tih, mekan zvuk stvara opću umirujuću atmosferu. Promjene u razini glasnoće mogu se koristiti kao sredstvo poticanja pozornosti ili ukazivati na promjenu koja pokreće novu aktivnost (Bunt, 1994). Tišina je presudna za davanje značaja zvuku i prekidanje tišine ima fizički i psihološki utjecaj, a može pridodati osjećaju iščekivanja. U glazboterapiji klijent koristi element glasnoće

zvuka na brojne načina uz puno suptilnih varijacija. Na primjer, dijete s PSA može koristiti glasno bubnjanje kao način povlačenja od kontakta s terapeutom pri čemu glasni zvukovi onemogućuju izravnu komunikaciju. Glasno sviranje može ukazivati i na oslobađanje fizičke napetosti ili namjeru klijenta da izrazi negativne i agresivne osjećaje, ali može biti znak samopouzdanja, usredotočenosti i unutarnje snage. Tiho sviranje može ukazivati na plašljivost i sramežljivost, ali i razborit plan za privlačenje i zadržavanje tuđe pažnje (Bunt, 1994).

Visina zvuka je relativni položaj zvuka na nekoj ljestvici. U glazboterapiji pojedinci pokazuju različitu sklonost prema visini zvuka, tako neki klijenti pri ulasku u prostoriju glazboterapije, instinktivno odabiru instrumente s visokim zvukom i kasnije im se ponovno vraćaju. Visoki zvukovi često stimuliraju i uzbuđuju, a iznenadni niski zvuk može izazvati tjeskobu i nemir. Zvukovi visokih frekvencija utječu na kognitivne funkcije kao što su mišljenje, prostorna percepcija i pamćenje, srednje frekvencije stimuliraju srce, pluća i emocije, a zvukovi niskih frekvencija djeluju umirujuće, opuštajući motoričke strukture tijela (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008). Visina zvuka je element glazbe, ali i sustava verbalne memorije te korištenje elementa zvuka u glazboterapiji može potaknuti prozodiju, intonaciju i generalno razumijevanje govora i jezika (Bunt, 1994).

Dinamika se odnosi na fizičku i mjerljivu duljinu trajanja zvuka. Zvukovi koji dulje traju stvaraju sporiji tempo od kratki zvukova te je važno voditi računa o trajanju zvuka u glazboterapiji kako ne bi došlo do pretjerane stimulacije već ekscitirane osobe, a ako pažnja osobe više nije usmjerena na zvuk mogući razlog je u tome da zvuk predugo traje (Bunt, 1994).

Ritam je glazbeni element koji ima važan terapijski učinak zbog njegove moći da usmjeri energiju i unese strukturu u poimanje vremena. Ritam je općeprisutan element u svakodnevnom životu čovjeka, izmjena godišnjih doba, dana i noći, disanje i kucanje srca odvijaju se u određenom ritmu. U glazboterapiji s osobama s PSA stavljanje naglaska na ritmičku igru može razviti kod klijenata osjećaj anticipacije i predviđanja događaja te povezivanje događaja u sadašnjosti. U početnim seansama glazboterapije važno je da glazboterapeut podržava ritam klijenta, kako bi se uspostavio početni kontakt, a kasnije može 'odvesti' klijenta u istraživanje drugih ritmičkih struktura (Bunt, 1994).

Melodija je kratka sekvenca tonova određene visine, a harmonija je način na koji ti tonovi zvuče zajedno. Već u plaču i vokalizaciji malih beba možemo čuti različite melodije koje beba ne stvara namjerno, ali iskazuje potencijal za njezino stvaranje. Ljudi mogu povezati određeni emocionalni odgovor s određenom melodijom, a Meyer je opisao kako melodijska linija u svojoj

strukturi nosi implikacije za buduće glazbene događaje. U glazboterapiji s osobama s PSA neki komplicirani harmonijski svijet može biti prekompleksan i suvišan, previše promjena može izazvati tenzije i biti kontra-produktivno (Bunt, 1994).

Oldfield (2006) procjenu klijenta s PSA temelji na karakteristikama koje klijent pokazuje s obzirom na 4 glazbena elementa: visina tona, glasnoća tona, boja tona i ritam; a primjeri tih karakteristika prikazani su u tablici 13.

Tablica 13. Primjeri glazbenih karakteristika

Glazbeni element	Glazbena karakteristika
<i>Visina tona</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dijete uvijek svira istu notu na glasoviru. • Dijete uvijek odabire istu visinu tona na drvenom rogu i isprobava sve tonove dok ne nađe odabranu visinu. • Dijete često pjeva dvije note silazne molske terce. • Dijete ispunjava praznine u pjesmama pjevanjem na ispravnom mjestu i točno slijedeći moje promjene tonaliteta. • Dijete prepoznaje „Zvončići“ i „Veslaj, veslaj“. • Dijete pjeva ulomke „Blistaj, blistaj“ • Dijete reagira na melodije jazz tipa. • Djetetu se sviđaju melodije s nepredvidivim i širokim rasponom tonova. • Dijete reagira na vokalni i instrumentalni glissando.
<i>Ritam</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dijete obično koristi dosljedan, neprekidan ritam. • Dijete može pratiti ubrzavanje i usporavanje ritma. • Dijete uživa u naglim promjenama ritma • Dijete uživa u ubrzavanju ritma. • Dijete se kreće i pleše na folklorne ritmove. • Dijete često umeće karakteristične ritamske oblike u improvizaciju. • Dijete reagira na ritmičke varijacije svog imena. • Dijete uvijek odabire istu kombinaciju udaraljki za sviranje.
<i>Glasnoća tona</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dijete uvijek svira jako glasno. • Dijete uživa u naglim promjenama dinamike. • Dijete reagira kada promijenim glasnoću svog glasa. • Dijete uživa u zajedničkim improviziranim cresendima i decresendima. • Dijete umeće naglaske u karakterističnim ritamskim frazama. • Dijete reagira na očekivanu tišinu.
<i>Boja tona</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dijete posebno uživa u zvuku klarineta. • Dijete često svira klastere zvukova u donjoj lagi glasovira i intenzivno ih sluša. • Djetetu se sviđaju sve metalne udaraljke. • Dijete naginje drvenim udaraljka. • Dijete reagira na promjene boje tona. • Dijete uživa i reagira na specifične harmonijske sekvence.

Wigram je u svrhu procjene u glazboterapiji s osobama s PSA revidirao Profile za procjenu improvizacije (IAP's) Kennetha Bruscie te istaknuo dva profila koji su značajni za klijente s PSA, a to su autonomija i varijabilnost. Profil *autonomija* ukazuje na mikroprocese glazbene interakcije klijenta i terapeuta tijekom jedne seanse terapijske improvizacije. Kontinuum unutar profila opisuje razmjer u kojem je svaki glazbeni ili neglazbeni element korišten da bi vodio ili slijedio drugi (1- zavisn, 5- otporan). Ovaj profil daje informaciju o spremnosti klijenta na partnersku interakciju, klijentovu sklonost ka odbijanju suradnje ili pretjeranu ovisnost. Profil *varijabilnost* pokazuje kako su pojedini aspekti glazbe u improvizacijskoj seansi organizirani i povezani tj. koliko svaki glazbeni i neglazbeni element ostaje isti ili se mijenja (1- rigidan, 5 - slučajan). Ovaj profil pokazuje nivo klijentove kreativnosti tj. može ukazati na njegovu sklonost rigidnim i repetitivnim obrascima u sviranju što može podržati dijagnozu PSA (Wosch i Wigram, 2007).

U nastavku slijedi primjer procjene u glazboterapiji osoba s PSA koji su iznijeli su Wosch i Wigram u knjizi *Microanalysis in Music Therapy* (2007) u obliku prikaza slučaja petogodišnjeg dječaka kod kojeg je postojala sumnja na PSA zbog čega je i upućen na glazboterapijsku procjenu. Glazboterapijska seansa sastojala se od niza improvizacija od kojih su dvije podvrgnute analizi na IAP profilima autonomija i varijabilnost. Slika 9 pokazuje liste za bodovanje na kojima su označeni rezultati za oba profila za vrijeme jedne improvizacije, a slika 10 pokazuje konačan zbroj rezultata na oba profila u obje improvizacije. Rezultati su pokazali dobre sposobnosti *slijedenja* kod dječaka te omjer *slijedenja* i *vodstva* (32:9) pokazuje veće sklonosti slijedenju što nije tipično za PSA. Izostanak *zavisnosti* u obje improvizacije i vrlo mali broj *rigidnih* događaja ukazuje na varijabilan i fleksibilan način improvizacije kod dječaka (Wosch i Wigram, 2007).

Ime: Ben

Datum:

Profil: Autonomija

Glazbeni element	Zavisan	Slijedi	Partner	Vođa	Otporan/neovisan
Ritam		IIIIIIII		III	I
Glasnoća		III		I	II
Melodija		IIIIIII		III	I

Ime: Ben

Datum:

Profil: Varijabilnost

Glazbeni element	Rigidan	Stabilan	Varijabilan	Kontrastan	Slučajan
Tempo	I	II	IIIII		
Glasnoća	III	II	IIII		
Melodija		IIII	IIIIIIII		

Slika 9. Primjer procjene na profilima autonomija i varijabilnost (Wosch i Wigam, 2007)

Ime: Ben

Datum:

Improvizacija 1: Ben svira bubnjeve, terapeut glasovir.

Improvizacija 2: Ben i terapeut sviraju glasovir.

<u>Autonomija</u>				<u>Varijabilnost</u>			
Zavisan	1	2	3	Rigidan	1	2	3
Ritam	0	0	-	Tempo	1	1	-
Glasnoća	0	-	-	Glasnoća	3	-	-
Melodija	0	0	-	Melodija	0	0	-
Slijedi				Stabilan			
Ritam	10	4	-	Tempo	2	2	-
Glasnoća	3	-	-	Glasnoća	2	-	-
Melodija	8	7	-	Melodija	4	4	-
Partner				Varijabilan			
Ritam	0	0	-	Tempo	6	6	-
Glasnoća	0	-	-	Glasnoća	4	-	-
Melodija	0	0	-	Melodija	10	8	-
Vođa				Kontrastan			
Ritam	3	1	-	Tempo	0	0	-
Glasnoća	1	-	-	Glasnoća	0	-	-
Melodija	3	1	-	Melodija	0	0	-
Otporan				Slučajan			
Ritam	1	0	-	Tempo	0	0	-
Glasnoća	2	-	-	Glasnoća	0	-	-
Melodija	1	0	-	Melodija	0	0	-

Slika 10. Zajednički IAP za primjer procjene (Wosch i Wigam, 2007)

5.3. Odabir odgovarajućih modela i tehnika glazboterapije u radu s osobama s poremećajem iz spektra autizma

Jedan od ključnih čimbenika uspješne intervencije kod osoba s PSA je sustavno individualizirana intervencija pogodna za razvojne potrebe svakog klijenta i njegove jedinstvene karakteristike. Pristup usmjeren na klijenta uključuje predvidljivost i dosljedan odgovor terapeuta na djetetove interese tijekom interakcije, što dovodi do povećane združene pažnje i socijalnog angažmana osoba s PSA. Improvizacijska glazboterapija je upravo takva individualizirana intervencija koja facilitira spontane odgovore i interpersonalnu komunikaciju kod osoba s PSA (Kim, Wigram i Gold, 2009).

Glavno obilježje improvizacijske glazboterapije je nastojanje glazboterapeuta da uspostavi odnos s klijentom s PSA kroz zajedničku glazbenu improvizaciju. To postiže tako da nastoji identificirati glazbene elemente u klijentovom glazbenom i ne-glazbenom izrazu, na temelju kojih pruža predvidljivu, empatičnu i suportivnu glazbenu strukturu kako bi privukao i angažirao klijenta. To se uglavnom odvija kroz neverbalni kontekst koji uključuje vokalne i instrumentalne razmjene, kontakt očima, izraze lica, geste i pokret. Uspjeh ove metode u tretmanu osoba s PSA leži u klijentovom percipiranju glazbe koju izvodi glazboterapeut kao povezanu s vlastitim izrazom što ih može potaknuti na interakciju s terapeutom. Taj terapijski pristup naziva se 'glazbeno usklađivanje', a to je intuitivan proces koji se razvija u trenutku i može pomoći klijentu u regulaciji ponašanja i razvoju afektivnih vještina u socijalnom kontekstu (Kim, Wigram i Gold, 2007).

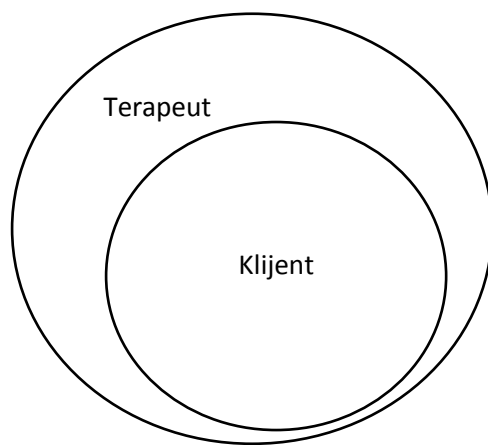
Improvizacijska glazboterapija se pokazala i učinkovitom intervencijom za poticanje spontanog samoizražavanja, emocionalne komunikacije i socijalnog uključivanja pojedinca, stoga se široko upotrebljava u radu s osobama s PSA (Kim, Wigram i Gold, 2009). Terapija slobodnom improvizacijom (J. Alvin) i Kreativna glazboterapija (P. Nordoff i C. Robbins) su improvizacijski modeli glazboterapije koji se najčešće koriste u radu s klijentima s PSA (Burić i Katušić, 2012).

5.3.1. Tehnike u glazbenoj improvizaciji

Postoji cijeli niz tehnika koje se mogu koristiti u primjeni improvizacije kao metode glazboterapije. Bruscia (1987) u svojoj knjizi opisuje 64 kliničke tehnike, a daljnjim razvojem glazboterapije taj broj postaje sve veći. Svaka od tih tehnika služi izazivanju reakcije kod klijenta, a izbor tehnika koje će glazboterapeut koristiti unutar jedne seanse improvizacije ovise isključivo o glazboterapeutu. Taj izbor može biti unaprijed određen s obzirom na specifične terapijske potrebe klijenta, ili se može dogoditi spontano kada terapeut intuitivno odabire tehnike za vrijeme rada s klijentom. Improvizacijska glazboterapija zahtjeva iznimnu fleksibilnost glazboterapeuta i prilagodljivost odgovora sviranju klijenta. Određena razina planiranja unaprijed na temelju procjene i potreba klijenta te ciljeva terapije može biti prisutna, ali terapeut može koristiti više tehnika u radu s klijentom i izmjenjivati ih više puta tijekom jedne seanse (Wosch i Wigram, 2007).

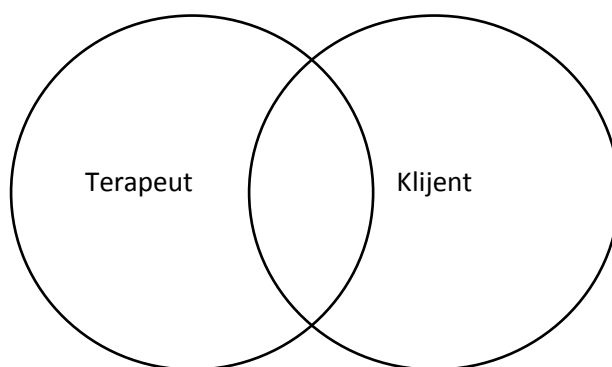
U ovom radu biti će detaljnije opisane tehnike *zrcaljenja*, *imitacije*, *uparivanja*, *reflektiranja*, *prizemljivanja*, *držanja*, *sadržavanja*, *empatičke improvizacije*, *dijaloga* i *pratnje*.

Zrcaljenje i *imitacija* su često korištene tehnike kojima se glazboterapeut pokušava sinkronizirati s klijentom izvodeći isto što i klijent (Bunt, 1994) glazbeno, ekspresivno i govorom tijela, istodobno s klijentom, pri čemu se omogućuje klijentu uvid u vlastito ponašanje kroz ponašanje terapeuta (Wigram i sur., 2002). Imitacija je temeljna vještina bitna za razvoj združene pažnje i jezika (Pawlby 1989; prema Bunt, 1994). Komparativne studije su pokazale da osobe s PSA reagiraju povećanim interesom kada vide ili čuju drugu osobu kako ih imitira (Wigram i sur., 2002). Zrcaljenje i imitacija su empatičke tehnike kojima glazboterapeut susreće klijenta točno na njegovoj razini, glazbeno odjekujući i potvrđujući ono što čini klijent (slika 11) (Wigram i sur., 2007). Za stvaranje odnosa s klijentom, glazboterapeut mora pružiti nešto više od sušte imitacije klijentovog ponašanja. Kako bi se postigla zadovoljavajuća razmjena između terapeuta i klijenta, terapeut mora iščitati klijentove osjećaje iz njegovog ponašanja (sviranje, postura tijela, vokalizacija) i pokazati mu da je razumio njegovo ponašanje pružanjem odgovora koji je više od imitacije tog ponašanja, ali ipak ima neku sličnost s njom. Na primjer, klijent svira na bubnju i glazboterapeut kao odgovor može ponuditi sviranje u istom tempu i glasnoći, ali uključivši svoje vlastite ideje. Terapeut može takve ideje artikulirati i na drugačijem instrumentu od klijenta, ali konačni cilj je da klijent osjeti povezanost s glazboterapeutom, ne na temelju imitacije, nego pravog pokušaja usklađivanja i povezivanja s klijentovim osjećajima (Bunt, 1994)



Slika 11. Glazbeni odnos u imitaciji

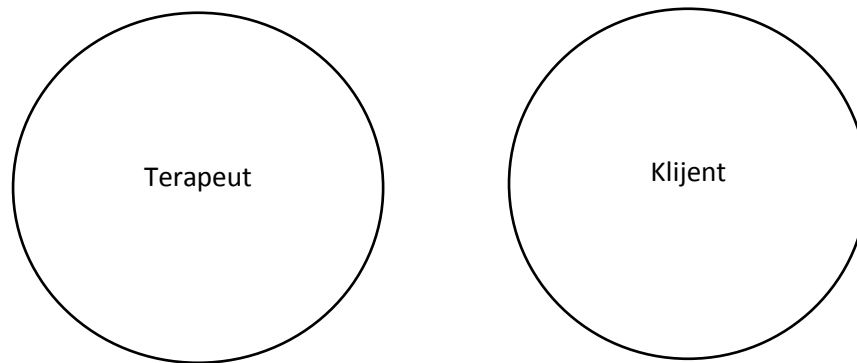
Uparivanje je tehnika kojom glazboterapeut improvizira glazbu koja je kompatibilna, odgovara ili se uklapa u klijentovu improviziranu glazbu, zadržavajući isti tempo, dinamiku, kvalitetu i složenost glazbenih elemenata. Da bi uparivanje bilo uspješno, terapeut ne smije izvoditi identičnu glazbu koju izvodi klijent, ali mora biti u istom stilu i kvaliteti. Konceptualno, kroz uparivanje možemo vidjeti dva odvojena identiteta (klijent i terapeut) i njihov glazbeni odnos (slika 12). Oni su glazbeno upareni i kongruentni, ali s nekim individualnim razlikama. Uparivanje je također empatička tehnika u kojoj glazboterapeut, u odgovoru na klijenta, prihvaća i potvrđuje njegovo sviranje i njegovo raspoloženje (Wigram i sur., 2002).



Slika 12. Glazbeni odnos u uparivanju

Reflektiranje Bruscia definira kao „podudaranje s raspoloženjima, stavovima i osjećajima klijenta“ (Bruscia 1987, prema Wosch i Wigram, 2007). Kod reflektiranja, za razliku od zrcaljenja, imitacije i uparivanja, terapeutova glazba može biti poprilično drukčija od glazbe klijenta jer je svrha ove terapijske tehnike razumjeti i reflektirati raspoloženje klijenta u tom trenutku, bez potrebe za reflektiranjem tehničkih elemenata klijentove glazbe. Pri reflektiranju

možemo vidjeti dva odvojena identiteta (terapeut i klijent) u zajedničkom odnosu gdje su odvojeni glazbeno, ali emocionalno kongruentni (slika13) (Wosch i Wigram, 2007).



Slika 13. Glazbeni odnos u reflektiranju– dva razdvojena glazbena identiteta, ali emocionalno kongruentna

Prizemljivanje, držanje i sadržavanje su iznimno korisne tehnike u radu s klijentima s PSA koji sviraju i ponašaju se na vrlo nepredvidljiv i nasumičan način. Kada se klijent doima nepovezan s glazbom koju proizvodi ili kada njegovoj glazbi fali stabilnosti, smjera i namjere, može se upotrijebiti jedna od ovih tehnika. Pri tom, terapeut stvara glazbu koja služi kao temelj, sidro ili okvir glazbi klijenta. Prizemljivanje može biti ritmičko, tonsko ili harmonijsko tj. glazboterapeut može svirati neki jednostavni ritam, oktavu ili akord kao temelj za klijentovu glazbu. Držanje i sadržavanje su vrlo slične terapijske metode, a odnose se na pružanje trajne harmonijske pratnje za vrijeme sviranja klijenta, bez pokušaja interaktivnog i dinamičnog stvaranja glazbe (Wosch i Wigram, 2007).

Empatička improvizacija je tehnika koju je razvila Juliette Alvin. Ona bi, obično na početku seanse, svirala na svom violončelu improvizaciju koja empatički nadopunjuje klijentov 'način postojanja'. U praksi to znači uzeti u obzir posturu tijela klijenta, izraz lica, raspoloženje te osobnost klijenta i pretočiti to u improvizaciju koja reflektira klijentovo postojanje u tom trenutku. Kroz empatičku improvizaciju glazboterapeut ne pokušava utjecati na klijentovo raspoloženje ili ponašanje, nego ga jednostavno reflektira klijentu, bez ikakvih skrivenih pokušaja manipulacije njegovim osjećajima. Ako klijent ulazi u terapijsku sobu uznemiren, glazboterapeut ugrađuje to raspoloženje u empatičku improvizaciju, bez pokušaja smirivanja klijenta, pružajući mu podršku i empatičku potvrdu (Wosch i Wigram, 2007).

Dijalog je tehnika kojom klijent i glazboterapeut komuniciraju kroz sviranje glazbe. Prema Wigramu postoje dvije vrste dijaloga: naizmjenični dijalog (eng. turn-taking) i dijalog slobodnog

tijeka (eng. free-flowing). *Naizmjenični dijalog* u glazboterapiji je tehnika u kojoj terapeut i klijent naizmjenično sviraju, dajući glazbeni ili gestovni znak jedno drugom za promjenu. Ova vrsta dijaloga zahtjeva da klijent ili terapeut prestanu svirati i daju prostora jedan drugome (slika). *Dijalog slobodnog tijeka*, s druge strane, je stvaranje glazbe u kontinuiranom glazbenom dijalogu, gdje terapeut i klijent sviraju simultano i bez stajanja. U njihovom sviranju, klijent i terapeut prepoznaju i odgovaraju na međusobne glazbene ideje, ali bez pauze u sviranju. Ovdje terapeut može percipirati i odjekivati glazbene ideje, teme, motive i dinamičke obrasce klijenta s ciljem izgradnje glazbenog dijaloga kroz improvizaciju. Ova vrsta dijaloga ne može se uspoređivati s konvencijalnim razgovorom, gdje je naizmjeničnost glavni i tipični element. Interakcija koja se razvija u dijalogu slobodnog tijeka vrlo je suptilna i često tek kasnija audio ili video analiza može ukazati na razvoj dijaloga. U radu s klijentima s PSA koji sviraju repetitivno i bez prestanka, možda čak i opsesivno i imaju teškoća stati sa sviranjem kako bi slušali, terapeut može koristiti dijalog slobodnog tijeka za poticanje interakcije (Wosch i Wigram, 2007). Glazbeni dijalog s osobama s PSA počinje s imitacijom melodije ili ritma klijenta koja se zatim može proširiti, varirati i nadograđivati dok se čeka sljedeći odgovor klijenta. Međutim, glazbeni dijalog se u glazboterapiji često može svesti na niz slučajnih atonalnih razmjena te je dobro, s vremena na vrijeme, umetnuti predvidljive ritmičke ili melodijske uzorke kako bi se održao smjer i smisao glazbenog dijaloga. Melodije glazboterapeuta se mogu bazirati i na segmentima dječjih pjesmica ili melodija za koje se zna da ih klijent poznaje, ili mogu proizaći iz djetetovog trenutnog raspoloženja. Glazboterapeut može, s vremena na vrijeme, umetnuti dobro poznate melodije u sviranje ili pjevanje kako bi privukao pažnju klijenta. Može se dogoditi da klijent s PSA opetovano traži od glazboterapeuta da svira istu pjesmu. U tim slučajevima je važno da glazboterapeut nađe načine kako nešto ponavljati, ali bez da to postane dosadno i rutinizirano. To može izbjeći sviranjem suptilnih varijacija te melodije ili fraze modulirajući u drugi tonalitet, mol ili kroz sitne varijacije u ritmu, postepeno se udaljujući od izvorne melodije, sve dok ne izgubi interes klijenta, u slučaju čega se uvijek može vratiti izvornoj melodiji. Za klijente s PSA taj sigurni i predvidljivi trenutak glazbene razmjene može se percipirati kao vrsta sigurnosnog objekta koji ga potiče na poduzimanje većih rizika i daljnje napredovanje (Oldfield, 2006).

The image shows a musical score for a dialogue between a client and a therapist. The client plays xylophone and the therapist plays congas. The score is divided into five measures, each with a measure number (1-5) above the client's staff. Measure 1: Client plays a sequence of notes on the xylophone, while the therapist plays a rhythmic pattern on the congas. Measure 2: Client plays a sequence of notes, therapist plays a rhythmic pattern. Measure 3: Client plays a sequence of notes, therapist plays a rhythmic pattern. Measure 4: Client plays a sequence of notes, therapist plays a rhythmic pattern. Measure 5: Client plays a sequence of notes, therapist plays a rhythmic pattern.

Slika 14. Primjer naizmjeničnog glazbenog dijaloga – klijent na ksilofonu, terapeut na kongama.

Glazbeni dijalozi s klijentima s PSA rijetko automatski ili prirodno nastaju u improvizaciji. Bruscia predlaže dvije tehnike za poticanje dijaloga: ubacivanje i stvaranje prostora. *Ubacivanje* je tehnika u kojoj terapeut čeka slobodan prostor u klijentovom sviranju, ubacuje se i popunjava taj prostor svojim sviranjem. *Stvaranje prostora* odnosi se na tehniku u kojoj terapeut ostavlja prostor unutar svog vlastitog improviziranja kako bi klijent mogao umetnuti svoj glazbeni materijal (Bruscia, 1987, prema Wosch i Wigram, 2007). U radu s klijentima koji ne mogu registrirati ili razumjeti signale za poticanje dijaloga, može se koristiti tehnika *modeliranja*. Wosch i Wigram (2007) opisuju modeliranje u kontekstu glazboterapije kao demonstriranje sviranja na način koji potiče klijenta da imitira ili uskladi nove glazbene ideje.

Praćenje je tehnika pružanja ritmičke, harmonijske ili melodijske pratnje klijentovoj glazbi, pri čemu pratnja leži ispod klijentove glazbe ističući ga kao solista. Glazbena pratnja mora biti jednostavna, repetitivna i stabilno se nastavljati kroz klijentovu improvizaciju. Pratnja je

empatička tehnika koja omogućuje klijentu da preuzme vodeću ulogu uz podršku i suosjećanje od strane glazboterapeuta (Wosch i Wigram, 2007).

Ove tehnike pretpostavljaju činjenicu da klijent prepoznaje element iznenađenja, tj. da je razvio tzv. *glazbeno očekivanje*. Za neke klijente sa PSA biti će potrebno više seansi glazboterapije kako bi na temelju iskustva razvili osjećaj iščekivanja. Even Ruud (1990) smatra kako se glazbeno iščekivanje može razviti vrlo jednostavnim glazbenim iskustvima kao što je serija udaraca o bubanj, u stalnom tempu, koja će kod klijenta vrlo brzo stvoriti očekivanje kada će doći sljedeći udarac. Čim je očekivanje izgrađeno, terapeut može upotrijebiti tehniku prekida usred ritmičke fraze ili može početi svirati malo brže, pri čemu očekivanje unutar glazbene strukture nije ispunjeno te dolazi do glazbenog iznenađenja i reakcije klijenta. Još jedan način razvoja glazbenog očekivanja kod klijenata s PSA jest stvaranje malih, prepoznatljivih tema s klijentom. Jedna tema može biti, na primjer, nekoliko stihova poznate dječje pjesmice koju klijent i terapeut ponavljaju iz seanse u seansu kao nešto poznato, stalno i očekivano. S vremenom, terapeut može izvoditi male varijacije na tu temu i time izazvati efekt iznenađenja kod klijenta (Wigram i sur., 2002).

Odnos između klijenta s PSA i glazboterapeuta je često asimetričan i može biti vrlo teško tumačiti aktivnosti klijenta kao smislene. Stoga, glazboterapeut mora oblikovati interakciju s klijentom na način da ona bude smisljena za oboje. Interakcijska teorija (Sameroff i Emde, 1989) naglašava kako se sav ljudski razvoj događa u interakciji s drugima, bez obzira na vrstu i stupanj teškoća. Kako bi interakcija bila smisljena važno je stvoriti povijest kontinuiteta i oblikovati očekivanja koja svaka osoba ima prema drugoj, što daje značenje aktivnostima. Na primjer, ako se glazboterapeut naglo zaustavi na iznenađujućem mjestu, klijent će smisljeno reagirati samo ako ima očekivanja o tome kako se glazba treba nastaviti. Isto tako, samo zbog ranijih iskustava terapeut može znati da klijent svira na određeni način jer očekuje da ga se imitira. Kroz zajednički izgrađen odnos i glazbenu povijest glazboterapeut i klijent mogu 'pročitati' aktivnosti jedno drugoga kao smislene i namjerne (Wigram i sur., 2002).

5.3.2. Specifičnosti seanse glazboterapije s osobama s PSA

Glazboterapija je vrsta terapije koja brzo postiže neku vrstu pozitivnog odgovora i angažmana od klijenta s PSA. Oldfield (2006) u svojoj knjizi *Interaktivna glazboterapija* jasno demonstrira moć glazbe u izazivanju pažnje i interesa i kod iznimno izolirane djece s PSA, ali i doprinos glazboterapije u poticanju svjesnosti o drugima u okolini i postavljanju osnovnih pravila interakcije u radu s osobama s PSA. Oldfield je razvila specifični terapijski pristup kroz svoj dugogodišnji rad s djecom s PSA pod nazivom *Interaktivna glazboterapija – pozitivan pristup*, u kojem se koristi glazba kako bi se ostvarili neki ne-glazbeni ciljevi. Interaktivna je jer je u samoj srži metode neverbalna glazbena razmjena između glazboterapeuta i klijenta koji oboje imaju aktivnu ulogu, a pozitivan pristup odnosi se na fokusiranje na ugodnu, razigranu i motivirajuću snagu stvaranja glazbe, što ne znači da djetetu nije dopušteno izraziti frustraciju ili tugu, već je pozitivan aspekt takve situacije mogućnost izražavanja i ventiliranja osjećaja ljutnje kroz glazbu (Oldfield, 2006). Bitno je razviti topao i komunikativni odnos s klijentima s PSA (Coates, 2001, prema Oldfield, 2006), što je moguće samo ako je opće iskustvo seanse glazbene terapije pozitivno (Oldfield, 2006). Važno je u glazboterapijskom radu stvoriti atmosferu u kojem klijenti s PSA nisu svjesni terapijske prirode intervencije, već odlazak na glazboterapiju asociraju sa sviranjem i komunikacijom kroz razigranu glazbenu razmjenu (Oldfield, 2006).

Oldfield (2006) je navela smjernice za glazboterapiju s djecom s PSA:

- motivacijski aspekt seansi glazboterapije,
- inherentna struktura u seansama i izvođenju glazbe,
- ravnoteža između slijedenja i vodstva,
- temeljna neverbalna razmjena,
- kontrola klijenta na konstruktivan način,
- glazba u kombinaciji s pokretom, igrom i dramatizacijom.

Na početku glazboterapije klijenti s PSA vrlo često odbijaju pokušaje socijalnog kontakta s glazboterapeutom, pri čemu glazba služi kao posrednik između klijenta i terapeuta. Klijenta glazba privlači na bazičnoj, fizičkoj razini i on ne treba posjedovati nikakve socijalne vještine ili intelektualne sposobnosti da bi fizički i emocionalno reagirao na glazbu. Ovaj inicijalni *motivacijski aspekt glazbe* pogotovo je značajan jer nadomješta komunikacijske teškoće osoba s PSA. Većina govora koji osobe s PSA čuju u svojoj okolini za njih nema značenje, štoviše dodatno je zbunjujuće to što on očito ima značenja za druge osobe u okolini. Vrlo brzo, neverbalna djeca s PSA, razvijaju osjećaj izoliranost i mogu se osjećati isključeno iz svijeta u

kojem svi drugi mogu komunicirati preko govornog jezika. Glazba kao komunikacija puno je manje specifična od jezika i može pružiti slično opće značenje za osobu s PSA, terapeuta ili roditelja. Dijete s PSA više neće biti isključeno jer shvaćanje glazbe nije vezano specifičnim značenjem jezika. Osim toga, glazba može pratiti klijenta s PSA čak i kada on ne svira i doima se u potpunosti nezainteresirano za instrumente u prostoriji. Klijenti s PSA koji su vrlo izolirani mogu se slobodno kretati prostorijom, ali improvizirana glazba koju proizvodi glazboterapeut će pratiti njihovo kretanje i možda ih motivirati da postanu zainteresirani za izvor zvuka (Oldfield, 2006).

U radu s osobama s PSA važno je voditi računa o jasnoj *strukturi seanse*, pogotovo za one klijente koje su izoliraniji i u većoj mjeri se oslanjaju na rutinu i ponavljanje, a određeni okvir svake seanse im pruža sigurnost i poticaj za sudjelovanjem. Taj okvir može se postići 'uvodnom' i 'pozdravnom' pjesmicom ili melodijom koje su konstantne u svakoj seansi, dok sve ono što se dogodi između, temeljeno je na glazbenoj improvizaciji i može uvelike varirati od seanse do seanse. Predvidljiva struktura poznatih dječjih pjesmica može potaknuti klijenta s PSA na vokalizaciju i održati njegovu pažnju na nekoj aktivnosti. Od velike je važnosti osigurati da seanse s osobama s PSA ne postanu ustaljene i nefleksibilne, što je u glazbenoj improvizaciji omogućeno kroz neograničen broj varijacija glazbenih fraza koje mogu zadržati interes klijenta. Klijentu najdraže pjesmice mogu se prenijeti u različite tonalitete ili se ritmički izmijeniti kako bi se osigurao efekt iznenađenja u sigurnom kontekstu. Poznati refren pjesme u kojeg se uključe neočekivane promjene može se doživjeti kao poziv na interakciju s klijentom, umjesto opetovane repeticije. U radu s klijentima s PSA važno je izvesti svaku glazbenu aktivnost do kraja, umjesto prekidanja i mijenjanja aktivnosti, čak i u situacijama kada je klijent to inicirao. Za osobe s PSA puno segmentiranih, nezaokruženih aktivnosti i glazbenih fraza može biti uznemirujuće te kako bi se to spriječilo aktivnost se treba izvesti do kraja i mogu se koristiti izjave za planiranje kraja aktivnosti kao što su 'još jednom', 'i zadnji put' ili 'jedan, dva, tri, gotovo' (Oldfield, 2006).

U svakoj seansi glazboterapije s osobama s PSA važno je voditi računa o *izmjeni slijedenja i vodstva* tj. glazbene pratnje klijenta s jedne strane i poticanja klijenta na neku aktivnost u kojoj on mora pratiti sugestije glazboterapeuta. Interakcija s klijentom s PSA može započeti glazbenom pratnjom njegovih kretnji, raspoloženja i aktivnosti s ciljem razvoja osjećaja sigurnosti kod klijenta, privlačenja njegove pažnje i interesa, no nakon što je inicijalni kontakt ostvaren, glazboterapeut treba ponuditi instrumente ili aktivnosti u kojima će klijent slijediti njegove upute. Tijekom zajedničke improvizacije također je bitno da glazboterapeut aktivno balansira između pratnje klijentovih glazbenih sugestija i pružanja vlastitog glazbenog materijala

(Oldfield, 2006). Pogled oči u oči između klijenta i glazboterapeuta moćno je sredstvo neverbalne komunikacije, međutim u radu s osobama s PSA *en face* pozicija može biti prestimulirajuća za klijenta te je adekvatnije koristiti nešto indirektniji pristup te balansirati između izravne komunikacije očima i prekida kontakta očima pri čemu se i dalje nastavlja glazbena komunikacija (Bunt, 1994).

U početku glazboterapije s klijentom s PSA koriste se metode zrcaljenja, imitacije i uparivanja klijentovog kretanja, raspoloženja i aktivnosti s ciljem privlačenja njegovog interesa i uspostavljanja interakcije. Ovaj pristup može se usporediti s odnosom novorođenčeta i majke koja ispunjava sve njegove potrebe, hrani ga kada je gladno, tješi ga kada plače i kada je novorođenče napokon zadovoljno i opušteno, ono će se nasmijati i očekivati da mu majka vrati osmjehom. To je *osnovna neverbalna razmjena* koja se na sličan način javlja u glazboterapiji kada glazboterapeut posvećuje svoju potpunu pažnju i glazbeno umijeće kako bi ispunio potrebe klijenta te kada napokon dođe do klijentovog odgovora bilo vokalno, glazbom, pogledom ili pokretom tijela, važno je glazbenim varijacijama tog odgovora produžiti klijentov interes za komunikacijsku razmjenu i usmjeriti ju prema razvoju glazbenog dijaloga. Ova osnovna neverbalna interakcija između majke i novorođenčeta temelj je razvoja govorno-jezične komunikacije, stoga glazboterapija klijentima s PSA pruža mogućnost povratka toj preverbalnoj vrsti komunikacije koja u mnogo slučajeva može dovesti do vokalizacije i razvoja govora. U glazboterapiji s klijentima s PSA često se kroz osnovnu neverbalnu razmjenu razvije neka posebna aktivnost u obliku igre, koja postaje omiljeni trenutak u glazboterapiji za klijenta. Za one klijente koji imaju izrazito smanjene sposobnosti komunikacije s okolinom, ovakvi trenutci interpersonalne razmjene predstavljaju određeni sigurnosni objekt koji im omogućuje da se oslobode rigidnosti i napreduju. Dakako, važno je voditi računa o tome da ove aktivnosti ne postanu repetitivne i dosadne i na vrijeme preusmjeriti klijenta na drugu aktivnost (Oldfield, 2006).

Mnogi klijenti s PSA imaju potrebu konstantno kontrolirati situaciju i okolinu u kojoj se nalaze. Ova potreba za kontrolom javlja se i kod dvogodišnje djece tipičnog razvoja, međutim oni se, za razliku od djece s PSA, postepeno oslobode ove kontrole i prilagode pravilima koje im nameću odrasli. Djeca s PSA imaju teškoće s razumijevanjem drugih ljudi i za njih gubitak kontrole i prihvaćanje pravila odraslih može biti izrazito traumatično. Ponekad djeca s PSA razviju izniman otpor prema zahtjevima okoline te se njihova komunikacija svodi na konflikte i ponašanja kojima traže pažnju. Stoga, glazboterapeut treba balansirati između praćenja klijenta s PSA (klijent ima kontrolu) i vodstva (klijenta se kontrolira). Kada klijent kontrolira glazbenu

razmjenu važno je osigurati da je ta *kontrola konstruktivna i pozitivna*, na primjer odgovarati na sviranje klijenta na predvidljiv način održavanjem njegovog ritma. Postepeno glazboterapeut može ubacivati male elemente vodstva u glazbenu interakciju te se vratiti slijedenju klijenta ukoliko klijent počne pružati otpor. Sama struktura glazbe osigurava neke elemente kontrole, na primjer silazna kadenca kojom se završava improvizacija. Ukoliko klijent s PSA počne pokazivati uznemirenost zbog gubitka kontrole, glazboterapeut se može poslužiti poznatom melodijom kako bi uspostavio sigurnu okolinu za klijenta te, kada procijeni da je optimalno, ponuditi varijacije na tu melodiju kako bi razbio strukturu i poticao fleksibilnost kod klijenta s PSA (Oldfield, 2006).

Djeca s PSA zredno se motorički razvijaju i čak i djeca s vrlo izraženim simptomima autizma postižu očekivane prekretnice u motoričkom razvoju istovremeno kad i vršnjaci. Stoga je vrlo važno klijentima s PSA osigurati da se za vrijeme glazboterapije neometano kreću prostorijom, te ih potaknuti na *kreativno korištenje pokreta uz glazbu*, po mogućnosti kao sredstvo razmjene. Uz normalan razvoj motorike kod osoba s PSA javljaju se ponavljajuće i stereotipne kretnje. S nekim klijentima se može potaknuti interakcija prateći glazbom njihove pokrete ili dati neki smisao i kreativnu ulogu naizgled besmislenom pokretu. S druge strane, kod nekih klijenata s PSA glazbena improvizacija stereotipnih i ponavljajućih kretnji može poslužiti kao pojačanje za to ponašanje, pri čemu osoba postaje izoliranija te je u tom slučaju bolje ignorirati kretnju ili pokušati preusmjeriti klijenta od ponavljajućih stereotipnih pokreta. Povezivanje pokreta i glazbe prirodno vodi ka igrama koje sadrže element iznenađenja. Na primjer igra 'ringe ringe jaje' povezuje pjesmu i pokret kako bi se kreirao klimaks koji djeca iščekuju s uzbuđenjem. Djeca s PSA imaju teškoće s razumijevanjem same pjesmice, ali reagirat će s uzbuđenjem na klimaks koji je kreiran pomoću crescenda i ubrzavanja. Osim toga, igre koje povezuju glazbu i pokret pretvaraju glazboterapeuta u dijete i sudionika u zaigranoj razmjeni, što dijete s PSA redovito prihvaća sa zadovoljstvom (Oldfield, 2016).

Većina klijenata s PSA uključuje se u individualni oblik glazboterapije, no za neke klijente grupna glazboterapija može doprinijeti ostvarivanju nekih ciljeva koje nije moguće ostvariti u individualnoj. Na primjer, individualni rad može pomoći klijentu s PSA da nauči kako izraziti osjećaje i postati otvoreniji u samoizražavanju, nakon čega ga se može uključiti u grupnu glazboterapiju kako bi se poticala socijalizacija, čekanje na red, naizmjenična interakcija i drugo (Oldfield, 2006; Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008). Neki klijenti s PSA imaju velike teškoće s pažnjom i koncentracijom te samo sporadično i kratko mogu komunicirati s vanjskim svijetom. Za njih male grupne glazboterapije mogu biti prikladnije od intenzivne individualne

glazboterapije te mogu imati koristi od povremenih pauza od interakcije dok je pozornost glazboterapeuta na drugom klijentu u grupi. Najmanja grupa predstavlja rad u paru gdje postoje dvije vrste odnosa koji stvara klijent: odnos s drugim klijentom i odnos s terapeutom (Oldfield, 2006). Važno je voditi računa da se u početku grupne glazboterapije s osobama s PSA koriste melodije i glazbala koje je klijent već upoznao u individualnoj terapiji (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kod izbora instrumenta i glazbe koja se koristi u terapiji osoba s PSA važno je voditi računa o tome da glazba bude na razini svjesnosti i razumijevanja klijenta ili ona prestaje biti terapijski učinkovita (Wigram i sur., 2002). Klijenta s PSA treba postepeno upoznavati s glazbalima tako da mu se omogući dovoljno vremena da ispita njihov oblik, zvuk i način rukovanja. Na samom početku glazboterapije s klijentom s PSA glazboterapeut može koristiti tehniku potpomognutog sviranja u kojem terapeut vodi klijentovu ruku po glazbalu i nakon učestalih ponavljanja klijent je pozitivno potaknut i potporu treba smanjiti (Breitenfeld i Majsec Vrbanić, 2008).

Kardum (2008) navodi još tri pristupa u glazbi koja mogu biti korisna u glazboterapiji s osobama s PSA, a to su programna glazba, glazbene priče i igre i konkretna glazba. *Programna glazba* je jedan od neestetčkih pristupa u glazbi koji se često koristi u redovnim školama (npr. traženje bumbara u skladbi „Bumbarov let“). Takav pristup se baš i ne savjetuje jer silom nameće značenje i glazbi oduzima autonomnost, međutim u glazboterapiji s osobama s PSA ovaj postupak se pokazao korisnim jer može pobuditi interes klijenta za komunikacijom, a i omogućuje klijentu saznavanje pojmova i činjenica. *Glazbene priče i igre* u glazboterapiji s klijentima s PSA primjenjuju se u velikoj mjeri, unatoč tome što se njihovo primjenjivanje ne preporuča nakon predškolske dobi jer glazbi oduzima autonomnost. U radu s osobama s PSA glazbene priče i igre mogu biti od velike koristi za razvoj klijentove brige o sebi, poimanje vlastitog tijela, poimanje vlastitog ponašanja te usvajanje osnovnih pojmova o ljudima, prirodi i odnosima, a u grupnoj terapiji korisne su za poticanje interakcije s ostalom djecom (Kardum, 2008). *Konkretna glazba* se odnosi na zvukove iz svakodnevnog života (buka, zvuk kiše, škripa automobila...). Smještanjem nepoznatih zvukova u poznati i sigurni kontekst kod klijenta s PSA može se smanjiti nepovjerenje i strah od okoline (Kardum 2008).

5.4. Pregled dosadašnjih istraživanja o utjecaju glazboterapije na socijalnu komunikacija osoba s poremećajem iz spektra autizma

Mnoge kvalitativne studije i nekolicina kvantitativnih studija na malom uzorku sugeriraju da je glazboterapija učinkovita za liječenje osoba s PSA. Međutim, stručnjaci, uključujući glazborepeute i ostale stručnjake, ističu nedostatak dokaza za potvrdu učinkovitosti glazboterapije za ovu populaciju i potrebu za dodatnim istraživanjima, pogotovo za istraživačkim projektima kvantitativne prirode (Wigram, 2002; Janzen i Thaut, 2018; Bruscia, 2014).

Pregled literature pokazao je da postoji vrlo širok raspon članaka koji opisuju uspješne studije slučaja glazboterapije u radu s osobama s PSA te brojni članci koji ističu određene glazboterapijske pristupe u radu s ovom populacijom (Oldfield, 2006). Izdano je nekoliko sustavnih pregleda koji povezuju glazboterapiju i PSA, velik broj studija slučaja od kojih su neke opisane u ovom poglavlju, a tiču se isključivo utjecaja glazboterapije na socijalnu komunikaciju osoba s PSA i nekolicina kvantitativnih istraživanja (tablica 14).

Tablica 14. Znanstvene studije o utjecaju glazboterapije na socijalnu komunikaciju kod osoba s PSA opisane u ovom radu

<u>Vrsta studije</u>	<u>Autor</u>
<i>Sustavni pregled</i>	Whipple, J. (2004); Ball, C. M. (2004); Geretsegger i sur (2013)
<i>Eksperimentalne studije - randomizirane kontrolirane studije (RCTs – randomised controled trials)</i>	Kim, Wigram i Gold, 2009; Burday (1995); Brownell (2002); Havlat (2006); Gattino i sur. (2011); La Gasse i sur. (2014); Bieleninik i sur. (2017); Thompson, McFerran i Gold (2014)
<i>Kontrolirana studija slučaja</i>	Wimpory i Nash (1999); Stevens i Clark (1969)
<i>Serija slučaja</i>	Edgerton (1994); Barrow-Moore (2007)
<i>Studija slučaja/Prikaz slučaja</i>	Mahlberg (1973); Gustorff i Neugebauer (1988); Mengedoht (1988); Howat (1995); Woodward (2004); Pasiali (2014); Jagudina (2011); Wetherick (2014) Saperston (1973); Wimpory i sur. (1995); Holck (2004); Silverman (2008); Brown (1994); Clarkson (1999); Oldfield (1999); Plah (2000)
<i>Kvalitativna studija</i>	Markworth (2014)
<i>Stručno mišljenje</i>	Toigo (1992)

Prvi sustavni pregled literature o utjecaju glazboterapije na osobe s PSA objavila je Whipple (2004). Pregled je uključivao 10 eksperimentalnih studija koje su uspoređivale učinke glazbe (intervencije raspona od glazboterapije do pozadinske glazbe) naspram neglazbenih intervencija na nepoželjna ponašanja i socijalnu interakciju. Sudionici su bile osobe s PSA u dobi od 2,5 do 21 godine, a uzorci veličine od 1 do 20 sudionika. Rezultati su pokazali značajan utjecaj glazbenih uvijeta koji su bili učinkovitiji od neglazbenih. Međutim, intervencije koje su korištene u ovom pregledu bile su vrlo raznolike te je nemoguće govoriti o konkretnim učincima glazboterapije na temelju ovog pregleda.

Još jedan sustavni pregled (Ball 2004) odnosio se na usporedbu učinka glazboterapije naspram kontrolne situacije bez tretmana na ponašanje, komunikaciju i socijalnu interakciju djece s PSA. Uključeno je 3 istraživanja koji su ispunili kriterije s minimalno 10 sudionika. Iako su sve tri studije pokazale statistički značajan utjecaj, autor je zaključio da su učinci glazboterapije nejasni.

Najnoviji sustavni pregled objavljen je 2006., a nadopunjen je 2013. godine u sklopu Cochrane Library (Geretsegger i sur, 2013) i uključivao je sve randomizirane kontrolirane studije ili kontrolirane kliničke studije koje su uspoređivale glazboterapiju ili glazbu u kombinaciji sa standardnom intervencijom s 'placebo' terapijom, standardnim tretmanom ili izostankom tretmana kod pojedinaca s PSA. U pregled je uključeno 10 studija u kojim je sudjelovalo 165 ispitanika, u trajanju od 1 tjedna do 7 mjeseci. Rezultati su išli u korist glazboterapiji naspram 'placebo' terapije i standardne terapije na varijablama socijalne interakcije unutar konteksta glazboterapije, generalizirane socijalne interakcije izvan konteksta glazboterapije, neverbalne komunikacijske vještine unutar konteksta glazboterapije, verbalne komunikacijske vještine, iniciranje kontakta i socijalno-emocionalni reciprocitet. Statistički značajne razlike nije bilo na varijabli neverbalne komunikacijske vještine izvan glazboterapije. Osim na navedenim varijablama, glazboterapija je imala statistički značajan utjecaj i na sekundarnim varijablama socijalne adaptacije i odnos roditelj-dijete. Autor je zaključio da mali uzorak koji je bio uključen u studiju ograničava metodološku utemeljenost ovih nalaza.

Kao što je navedeno ranije u ovom poglavlju, najzastupljenija vrsta istraživanja o utjecaju glazboterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s PSA u literaturi je studija slučaja. Samo neke od studija slučaja na ovom području proveli su Mahlberg (1973), Gustorff i Neugebauer (1988), Mengedoht (1988), Howat (1995), Woodward (1999), Pasiali (2014), Jagudina (2011),

Wetherick (2014), Saperston (1973), Wimpory i sur. (1995), Holck (2004), Silverman (2008), Brown (1994) i Clarkson (1994).

Mahlberg (1973) je u svojoj studiji opisao uspješan utjecaj glazboterapije na koncentraciju i neverbalnu komunikaciju kod šestogodišnjeg dječaka s PSA. Gustorff i Neugebauer (1988) te Mengedoht (1988) izložili su detaljne dnevnik individualnih glazboterapija s djecom s PSA te zaključili kako je odnos koji se razvija kroz glazboterapiju glavni pokretač napretka klijenta te centralni element glazboterapije. Howath (1995) i Woodward (1999) su u svojim studijama slučaja naglasili važnost emocionalnog iskustva djeteta s PSA u glazboterapiji što uključuje izražavanje osjećaja i uživanje u interakciji s drugom osobom za vrijeme seanse te razvoj neverbalnih komunikacijskih vještina. Pasiali (2014) je istražio učinak terapijskih pjesama na socijalne vještine i smanjenje nepoželjnih ponašanja kod djece s PSA i pokazao smanjenje nepoželjnih oblika ponašanja već nakon tri tjedna tretmana, a Jagudina (2011) navodi kako se pod utjecajem glazboterapije potiče stvaranje socijalnih odnosa kod djece s PSA kroz smanjenje negativnih emocija i opsesivnog ponašanja. Wetherick (2014) je iznio istraživanje u kojem opisuje grupnu improvizacijsku glazboterapiju koja je uključivala dva dječaka u dobi od 5 godina, od kojih je jedan imao dijagnozu PSA, a drugi zaostajanje u jezično-govornom razvoju te su kod oba dječaka bile prisutne teškoće socijalizacije, emocionalne regulacije te nedostatak samopoštovanja. Studija je uključivala 17 seansi glazboterapije koje su podvrgnute videoanalizi, a za procjenu su korištene dvije Nordoff-Robbins skale koje pomažu istaknuti elemente *sudjelovanja* (sinkronizacije, kooperativne igre) i *resistivnosti* (izbjegavanje, suprotne radnje) kroz vokalizaciju, gestikulaciju te instrumentalno izražavanje. Rezultati analize pokazali su smanjenje agresivne igre i ispada u ponašanju, a povećanje kooperativne igre te učestalost pokušaja verbalne interakcije (spontani govor). Saperston (1973) je proveo prvo istraživanje koje govori o generalizaciji stečenih vještina u glazboterapiji kod osoba s PSA, točnije o povećanoj učestalosti provjere pogledom tijekom glazboterapije i izvan nje, a Wimpory i sur. (1995) istraživali su generalizaciju učinaka glazboterapije na socijalne vještine kod kojih se poboljšanje zadržalo 20 mjeseci nakon tretmana. Holck (2004) je u svom doktoratu iznijela studiju slučaja 2,5 godišnjaka sa značajnim komunikacijskim teškoćama, senzoričkom osjetljivosti i zaostajanjem u socijalnom razvoju te zaključila da je interakciju s dječakom moguće postići uz pomoć raznih tehnika za poticanje dijaloga, točnije izmjenom prepuštanja reda u dijalogu i uzimanja reda. Holck je u istom radu detaljno usporedila razvoj odnosa i neverbalne interakcije između različitih glazboterapeuta i šestoro djece od koji su neka imala PSA te zaključila da je interakcija sa svakim klijentom utemeljena na nekom središnjem motivu koji se

zatim ponavlja i varira. Dvije studije slučaja s odraslim osobama s PSA iznjeli su Silverman (2008) i Clarkson (1994). Silverman (2008) je opisao svoj rad s 29- godišnjom ženskom osobom s PSA koja je bila neverbalna i nije se koristila nikakvim augmentativnim komunikacijskim sredstvima. Nakon jedne godine glazboterapije uočen je napredak u vokalizaciji i kontaktu očima, a prema ponašanju klijentice i izjavama skrbnika zaključeno je da je glazboterapija imala iznimno pozitivan utjecaj na socijalizaciju i kvalitetu života klijentice s PSA. Clarkson (1994) je koristila improvizacijsku glazboterapiju za ostvarivanje kontakta i interakcije te za razvoj komunikacijskih vještina uz korištenje uređaja za potpomognutu komunikaciju s 24-godišnjim muškarcem s PSA. Nakon 3 godine seansi glazboterapije, Clarkson je izvijestila o napretku u korištenju uređaja za potpomognutu komunikaciju i izvan glazboterapijskog konteksta te učestalosti pogleda u oči. Nadalje, Brown (1994) je opisala utjecaj improvizacijske glazboterapije na petero djece s dijagnozom PSA s posebnim osvrtom na: strukturu i prilagodljivost klijenta (s obzirom na metar i ritam), interakciju i komunikaciju te emocionalno iskustvo. Brown je zaključila da glazboterapija može potaknuti kognitivni, socijalni i emocionalni razvoj osobe s PSA.

U okviru studija slučaja koje su ispitivale utjecaj glazboterapije na socijalnu komunikaciju u osoba s PSA, osvrnut ću se još na dva opsežna istraživanja (Oldfield, 1999; Plah, 2000) u kojima je mjerenje provedeno kroz detaljnu video analizu, mjerne skale, izvješća o glazboterapiji, psihološkim testovima i intervjuima s roditeljima.

Oldfield (1999) je provela istraživanje dizajnirano kao prikaz slučaja koje je uključivalo 10 djece s PSA, a svako dijete je primilo 18 do 26 tjednih individualnih glazboterapijskih seansi sa svojim roditeljem ili njegovateljem u sobi. Svaka od seansi je snimljena i videozapisi su podvrgnuti analizi. Roditelji su također intervjuirani prije i poslije tretmana i ispunili detaljni upitnik kako bi se utvrdila njihova percepcija o funkcioniranju djeteta te u kojoj mjeri se to funkcioniranje promijenilo do kraja tretmana. Ciljevi tretmana su određeni za svako pojedino dijete na temelju glazboterapijske procjene (u trajanju od dvije seanse) i u suradnji s roditeljima, a većina ciljeva bili su usmjereni na poboljšanje komunikacije. Zajednički cilj za svu djecu, osim jednoga, bio je *povećati interakciju/razmjenu/dijalog*. Ciljevi su ovisili o razini sposobnosti svakog djeteta. Dvoje djece je koristilo riječi te njih nije trebalo *poticati na vokalizaciju i verbalizaciju*. Ostali ciljevi kao što su *povećanje tolerancije vodstva ili obeshrabriti dijete da uvlači odrasle u konflikt* bili su povezani s individualnim područjima poteškoća. Oldfield je koristila 4 načina prikupljanja informacija: izvješća o glazbenoj terapiji, video analiza, polustrukturirani intervju s roditeljem i upitnik za roditelje. Izvještaji o glazboterapiji bili su

općenito pozitivni, ukazujući na to da glazboterapeut smatra da je terapija bila korisna i za ispitanike i za roditelje. Analiza videozapisa pokazala je neke pozitivne promjene, međutim ne u tolikoj mjeri kao izvještaji o glazboterapiji. Autorica ističe da razlog tome može biti u načinu analize podataka koji ne pokazuje suptilne promjene u kvaliteti komunikacije između djeteta i roditelja ili djeteta i terapeuta. Četvero od desetero djece postalo je značajno angažiranije kako su seanse glazboterapije napredovale, a niti jedno nije postalo manje angažirano. Kod dvoje djece kod kojih je to bio cilj, uspješno se smanjio eholalični govor i povećao spontani govor. Kod troje ispitanika ciljevi su bili smanjiti određena negativna ponašanja i niti jedno od djece nije pokazalo smanjenje u tim područjima, štoviše došlo je do značajnog porasta negativnih ponašanja. Autorica tu pojavu objašnjava na način da klijenti na glazboterapiji imaju slobodu izraziti osjećaje ljutnje i frustracije te je važno da unatoč eskalaciji negativnih ponašanja nije došlo do smanjenja razine angažmana. Čin izražavanja jakih emocija može ublažiti napetost te u nekim slučajevima smanjiti pojavnost negativnih ponašanja izvan seansi glazboterapije. Dakle, u nekim slučajevima činjenica da se negativna ponašanja djeteta povećavaju na seansama glazboterapije može biti znak da je dijete u konstruktivnom terapijskom procesu. Nadalje, osim za jednog ispitanika, glazboterapija nije uspjela povećati vokalizaciju tijekom seanse, međutim prema izvješćima roditelja došlo je do porasta vokalizacije izvan terapije (Oldfield, 2006).

Plah (2000) je provela istraživanje s 12 djece s višestrukim teškoćama (neka od njih su imala dijagnozu PSA) u dobi od 2 do 6 godina kroz 10 individualnih glazbenih terapija po Orff modelu glazboterapije. Plah je pretpostavila da će ispitanici napraviti napredak na sedam različitih područja: predverbalna komunikacija, koncentracija, komunikativni doprinos, intencionalna komunikacija, komunikativne reakcije, dijalog i komunikativni izraz. Mjerenje je provedeno kroz detaljnu video analizu, mjerne skale, izvješća o glazboterapiji, psihološkim testovima i intervjuima s roditeljima. Rezultati su pokazali da je došlo do napretka kod sve djece, na varijablama pre-verbalne komunikacije i koncentracije.

Wimpory i Nash (1999) objavili su studiju slučaja s djevojčicom H. s dijagnozom PSA, starosti 3,5 godine kako bi ocijenili učinke *terapije glazbenom interakcijom* za vrijeme trajanja njezine primjene te dvije godine nakon terminacije terapije. Ova studija organizirana je kao kontrolirana studija slučaja, pri čemu je sudionica poslužila ujedno kao i ispitanik i kao kontrola, kroz prikupljanje podataka u obliku video snimki igre s majkom 4 mjeseca prije početka terapije te 7 mjeseci nakon početka implementacije terapije glazbenom interakcijom dva puta tjedno (B faza). Cjelokupna terapija glazbenom interakcijom trajala je godinu dana. H. je također snimana u dva navrata tijekom procjene bazirane na igri u lokalnom Centru prije samog početka terapije

glazbenom interakcijom te 20 mjeseci nakon završetka terapije (follow-up). Sve video snimke su analizirane prvenstveno za pojavu socijalnih vještina, komunikacijskih vještina i imaginativne igre. Analiza je pokazala napredak u kontaktu očima, iniciranju interakcije, neverbalnoj i verbalnoj komunikaciji te je došlo do razvoja imaginativne igre koja je snimljena u B fazi studije i u follow-up dijelu što je vrlo rijetka pojava kod djece s PSA.

Još jednu kontroliranu studiju slučaja proveli su Stevens i Clark (1969). Oni su proučili utjecaj individualne glazboterapije tijekom 18 tjedana na petero djece s PSA. Tri objektivna promatrača evaluirali su ponašanja ispitanika na 1, 10 i 18 seansi glazboterapije. Rezultati su pokazali da je došlo do poboljšanja u odnosima, komunikacijskim vještinama i motivaciji kod 4 od 5 ispitanika, međutim mjerni instrumenti koji su korišteni bili su nedovoljno precizni za mjerenje nekih kompliciranijih ponašanja (Stevens i Clark, 1969).

Utjecaj improvizacijske glazboterapije na osobe s PSA istražen je kroz dvije uspješne serije slučaja (Edgerton, 1994; Barrow-Moore, 2007). Edgerton (1994) je istražila utjecaj individualne improvizacijske glazboterapije prema Nordoff-Robbins modelu na komunikacijske vještine kod desetero djece s PSA u dobi od šest do devet godina. Istraživačka pitanja odnosila su se na količinu i vrstu komunikacijskih vještina za čije mjerenje je Edgerton osmislila originalnu skalu pod nazivom Check-lista komunikacijskih odgovora (Checklist of Communicative Responses/ Acts Score Sheet - CRASS) na temelju stavki iz drugih skala i procjena glazbene komunikativnosti, PSA, jezično-govornih skala. Svaka glazboterapijska seansa je snimana, a slučajno odabrani 10-minutni izvaci analizirani su pomoću CRASS-a. Edgerton je koristila a-b-a dizajn istraživanja: intervencija (a), povlačenje intervencije, na šestoj seansi (b) i ponovna uspostava intervencije (a). Šesta seansa sastojala se od izvođenja unaprijed komponirane glazbe, za razliku od improviziranja na ostalih 10 seansa. Rezultati su pokazali učinkovitost glazboterapije u povećanju komunikacijskih odgovora kod djece s PSA u 10 seansi improvizacijske glazboterapije, dok je u šestoj seansi zabilježen manji broj komunikacijskih odgovora. Barrow-Moore (2007) provela je istraživanje kojemu je cilj bio istražiti da li korištenje glazbe u terapiji potiče responzivnost djece s PSA. Specifični ciljevi ove studije bili su: korištenje govora u socijalne svrhe, naizmjeničnost u interakciji i kontakt očima. Istraživanje je provedeno kroz šest terapijskih seansi, od kojih je tri uključivalo glazbu, a tri ne. Usporedbom rezultata pokazala je da korištenje glazbe povećava svijest i pažnju djece s PSA te količinu pozitivnih odgovora. Ovo povećanje uočeno je samo kod nekih ispitanika dok kod drugih nije bilo razlike u broju pozitivnih odgovora kod korištenja glazbe naspram korištenja konvencionalnih metoda. Ovo istraživanje provedeno je tijekom tri tjedna, pri čemu dugoročni učinci intervencije nisu

poznati te su buduće preporuke autora uključivanje veće, raznolikije skupine ispitanika te duže vremensko razdoblje za prikupljanje i analizu podataka.

Iako većina literature o utjecaju glazboterapije na osobe s PSA ima tendenciju da bude deskriptivna, bilo da se radi o studijama slučaja ili člancima koji opisuju različite pristupe u glazboterapiji, može se naći i nekolicina kvantitativnih studija (Oldfield, 2006).

Kim, Wigram i Gold (2009) istražili su učinke improvizacijske glazbene terapije na pozitivne emocionalne reakcije, emocionalni angažman, interpersonalnu inicijativu i responzivnost djece s PSA. Ovo istraživanje koristilo je usporedni dizajn u dva različita konteksta (improvizacijska glazboterapija, naspram terapije igrom) i dva različita dijela seanse (neusmjereni – vodstvo djeteta, u odnosu na usmjereni – vodstvo terapeuta) u svakom kontekstu. Ova studija dizajnirana je kako bi se usporedio učinak dvaju različitih medija (glazba naspram igra) i kako bi se saznalo kako djeca s PSA reagiraju na direktivnosti terapeuta. U kontekstu glazbene terapije rezultati su pokazali veće vrijednosti na varijablama „veselje“, „emocionalni sinkronicitet“ i „iniciranje angažmana“ u neusmjerenom dijelu seanse, što upućuje na to da su djeca bila sretnija, sposobnija izraziti i dijeliti svoje emocije s terapeutom kada vode. Pozitivni odgovori bili su znatno više prisutni u glazboterapiji od terapije igrom, a neresponzivnost bila je dva puta češća u igri, nego u glazbenoj terapiji. Ovo sugerira da djeca s PSA pokazuju veću suradljivost i interaktivno ponašanje u glazboterapiji. Klijenti s PSA imaju poteškoća u izražavanju svojih emocija u pravom trenutku i unutar društvenog konteksta. Prema rezultatima istraživanja izražavanje i podudaranje pozitivnog emocionalnog odgovora dosljedno se poboljšavalo tijekom seansi glazboterapije. Djeca s PSA znaju biti vrlo izolirana i teritorijalna u svojoj igri s poteškoćama dijeljenja igračkama i općenito izbjegavanjem interaktivne igre. S jačinom simptoma autizma, izraženija je i nemogućnost dijeljenja, prihvaćanja uputa i interakcije s drugom osobom, te terapeutovo uključivanje u igru s djetetom s PSA često je prilično teško. S druge strane, glazba je vrsta interaktivnog medija koji omogućuje djetetu vlastiti prostor i izbor instrumenta, istovremeno ga uključujući u interakciju s terapeutom i njegovim instrumentom. U ovom istraživanju korištena je mikroanaliza ciljanog ponašanja kao metodu mjerenja.

Havlat (2006) je provela istraživanje kako bi usporedila učinke glazboterapije u odnosu na tradicionalne terapijske postupke s djecom s PSA, u dobi od 5 do 9 godina, na kontakt očima, neverbalnu komunikaciju i verbalnu komunikaciju. Ispitivanje je trajalo 9 dana i uključivalo 9 20- minutnih seansi za svaku grupu ispitanika. U prve tri i zadnje tri seanse implementirane su tradicionalne intervencijske metode, dok je u druge tri seanse implementirana glazboterapija.

Mjerenje je provedeno opservacijom i bilježenjem pojave ponašanja za svakog ispitanika. Svih 5 ispitanika pokazala su napredak na sva tri ispitivana područja u glazboterapijskom okruženju.

Burday (1995) je istražio učinke glazboterapije na razvoj komunikacije kod 10 djece s PSA, dobi 0,5 do 9 godina. Ispitanici su sudjelovali u 20 seansi u kojima se koristila glazba, prvi tjedan i 20 seansi u kojima se koristio ritam, drugi tjedan ispitivanja. Seanse su snimane i rezultati su pokazali da djeca s PSA uspješnije uče znakove i riječi kada se podučavaju uz glazbu, nego uz ritam. Slično istraživanje proveo je Brownell (2002) koje je uključivalo 4 djece s PSA u dobi 6-9 godina. Istraživanje je provedeno u 4 bloka od po 5 dana. U 1. i 3. petodnevnom bloku nije bilo nikakve intervencije, tijekom 2. bloka, dvoje djece je slušalo socijalne priče uz pratnju pjesmom, a ostalo dvoje je slušalo istu priču bez pjesme. U 4. bloku intervencije su primjenjene na obrnutom uzorku. Rezultati su pokazali statistički značajni utjecaj obiju intervenciju u usporedbi s periodom kada nikakva intervencija nije primijenjena. Kod jednog ispitanika dobivena je statistički značajna razlika u korist primjene glazbe uz socijalnu priču, naspram uvijeta bez glazbe. Oba istraživanja sastojala su se od kratkog razdoblja intervencije i malog uzorka. Prema autorima, potrebna su dodatna istraživanja s većim uzorcima ispitanika i duljim intervencijskim periodom za procjenu učinaka glazboterapije na komunikaciju osoba s PSA.

Gattino i sur. (2011) su proveli istraživanje na slučajnom uzorku od 24 sudionika srednje kronološke dobi od 9,75 godina i dijagnozom PSA u trajanju od 20 tjedana. Svaki ispitanik u eksperimentalnoj skupini primio je tri glazboterapijske seanse u svrhu procjene, 16 intervencijskih glazboterapijskih seansi i jednu finalnu seansu u svrhu procjene. Sudionici kontrolne skupine sudjelovali su samo u rutinskim terapijskim aktivnostima u periodu trajanja ispitivanja. Model glazboterapije korišten u ovom istraživanju je Relacijska glazbena terapija koju je razvio glazboterapeut Rube'n Gallardo (2004), koja za cilj ima poticati razvoj motoričkih, komunikacijskih, socijalnih, kognitivnih i emocionalnih kapaciteta kroz interakcije poput pjevanja, skladanja, improvizacije i glazbenih igara, u terapijskom okruženju (Gallardo, 2000; prema Gattino, 2011). Glazboterapeut koristi nedirektivan pristup i realizira intervencije na temelju svojih zapažanja klijenta na svakoj seansi. U RTM-u postoje improvizirane aktivnosti koje proizlaze iz inicijative klijenta ili inicijative glazboterapeuta na temelju promatranja ponašanja klijenta (Gallardo, 2000; prema Gattino, 2011). Učinci RMT na komunikacijske vještine osoba s PSA bili su ispitivani samo putem studije slučaja (Gallardo, 2007; prema Gattino i sur., 2011), dok je ovo istraživanje koristilo rigorozniji istraživački dizajn. Inicijalna hipoteza bila je da će ispitanici podvrgnuti relacijskoj glazboterapiji pokazati poboljšanje komunikacijskih vještina s obzirom na ispitanike u kontrolnoj skupini. Za procjenu rezultata korišten je CARS

(Childhood Autism Rating Scale, 1989) prije i poslije tretmana. Ukupni rezultati istraživanja bili su neuvjerljivi i samo kroz subgrupnu analizu dobiveni su rezultati u korist eksperimentalne skupine. Glavni razlozi neuspjeha ovog istraživanja, prema autoru su uporaba neodgovarajućeg mjernog instrumenta, mali istraživački uzorak i dijagnostička varijabilnost uzorka te malo vremensko trajanje istraživanja. CARS kao mjerni instrument nije adekvatan za procjenu napretka djeteta s PSA u kratkom vremenu, već je to dijagnostički instrument koji pokazuje prisutnost/odsutnost autizma i stupanj jačine simptoma.

U eksperimentalnoj studiji koju su proveli La Gasse i sur. (2014) djeca s PSA bila su raspoređena u dvije grupe od kojih je jedna uključena u glazboterapiju s ciljem poticanja suradničke igre i komunikacije, a druga u neglazbenu intervenciju poticanja socijalnih vještina u trajanju od 5 tjedana. Mjerena ponašanja uključivala su kontakt očima, združenu pažnju i komunikaciju među sudionicima. Rezultati su pokazali statistički značajan napredak u združenoj pažnji i kontaktu očima kod sudionika u glazboterapijskoj skupini s obzirom na kontrolnu skupinu, ali nije izmjerena značajna razlika na varijabli komunikacije. Nedostatak standardiziranih protokola otežali su interpretaciju rezultata te onemogućili replikaciju ove studije.

Najnoviju randomiziranu kontroliranu studiju koja je ispitala učinak improvizacijske glazboterapije na vještine socijalne komunikacije kod 364 djece s PSA proveli su Bieleninik i sur. (2017). Ispitanici u eksperimentalnoj skupini podvrgnuti su 5-mjesečnoj individualnoj glazboterapiji koja je bila usmjerena na poticanje socijalnih vještina kao što su združena pažnja i izražavanje emocija. Kontrolna skupina sudjelovala je samo u standardnim terapijskim tretmanima. Rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku između eksperimentalne i kontrolne skupine. Autori navode da intervencija glazboterapijom nije bila strogo kontrolirana i vjerojatno nedosljedno primjenjivana u ustanovama koje su bile uključene u ovo istraživanje.

Thompson, McFerran i Gold (2014) proveli su kvantitativnu studiju u kojoj je korištena obiteljski usmjerena intervencija glazboterapije te su se roditelji poticali da aktivno sudjeluju s terapeutom u seansama glazboterapije koje su se provodile u domu djeteta s PSA. Intervencija se sastojala od posebno strukturiranih glazbenih aktivnosti koje su bile namjenjene poticanju združene pažnje i naizmjeničnosti. Kontrolna skupina primala je samo standardne terapijske intervencije. Mjerenje je provedeno na temelju izvještaja roditelja i rezultati su pokazali da roditelji percipiraju statistički značajan napredak kvalitete socijalnih vještina njihovog djeteta koje je uključeno u glazboterapiju naspram kontrolne skupine. Analiza vide-snimki seansi

glazboterapije je također pokazala napredak u socijalnoj komunikaciji, međutim ove rezultate valja tumačiti s oprezom jer je roditeljska procjena sklona pristranosti.

Markworth (2014) je provela fenomenološku studiju s ciljem dobivanja uvida u komunikativnu prirodu glazbe u glazboterapiji s djecom s PSA. Sudionici su bila 3 Nordoff-Robbins glazboterapeuta, od kojih je svaki podnio video snimku seanse s klijentom s dijagnozom PSA i ograničenim govorno-jezičnim vještinama u dobi od 3 do 6 godina. Snimke su podvrgnute strukturiranom pregledu te je obavljen intervju sa svakim sudionikom. Bilješke prikupljene pri pregledu snimki i transkript intervjuja podvrgnuti su kvalitativnoj analizi koja je rezultirala popisom od 3 teme konzistentne za sva tri sudionika, a odnosile su se na: glazbeni jezik, glazbeni izričaj i glazbu kao zajedničko iskustvo. Jedinstveni glazbeni jezik uključuje uzastopnu interakciju glazbenih pitanja i glazbenih odgovora koja rezultira glazbenim dijalogom. U okviru ove teme istaknuta je potreba za ravnotežom između slijedenja i vodstva u glazboterapiji s osobama s PSA, pri čemu se potiče razvoj klijenta, ali je jednako važno i podržati klijentov odgovor. Druga tema odnosi se na glazbu kao sredstvo samoizražavanja pojedinca, njegovih emocija i kreativne slobode. Uslijed razvoja glazbenog jezika i odnosa klijenta i glazboterapeuta, kod svakog klijenta uočen je porast u iniciranju ideja, poduzimanju rizika te bogatiji vokalni i instrumentalni izraz koji se polako udaljavao od rigidnog i stereotipnog sviranja. Treća tema odnosila se na zajedničko glazbeno iskustvo koje njeguje snažan međuljudski odnos između glazboterapeuta i klijenta koji kroz razvoj zajedničkog glazbenog jezika međusobno komuniciraju i izražavaju se kroz glazbu, što doprinosi iznimnom osjećaju zajedništva u glazbenom iskustvu.

Toigo (1992) u članku *Autism: Integrating a Personal Perspective with Music Therapy Practice* iznosi stručno mišljenje Dr. Temple Grandin kojoj je dijagnosticiran PSA još u djetinjstvu. Dr. Grandin potiče glazboterapiju kao intervenciju kod osoba s PSA i preporuča ju u svojim radovima, pogotovo u obliku ritmičkih aktivnosti s glazbenim instrumentima, kao izvor zadovoljstva za osobe s PSA, za razvoj glazbene darovitosti kod pojedinaca s PSA te za razvoj komunikacijskih vještina kroz spajanje jezika, ritma i melodije.

5.5. Primjena improvizacijske glazboterapije u djece s poremećajem iz spektra autizma – prikazi slučaja

Amelia Oldfield, glazboterapeutkinja i autorica knjige *Interactive music therapy – a positive approach* (2006), iznosi 5 studija slučaja o utjecaju glazboterapije na predškolsku djecu s PSA. Ove studije slučaja prikaz su njenog rada s djecom s PSA u Centru za razvoj djeteta (Child Development Centre) u Cambridgeu.

Prikaz slučaja 1.

Joseph je bio dvogodišnjak sa značajnim komunikacijskim teškoćama i nije govorio te mu je nekoliko mjeseci nakon uključivanja u glazboterapiju uspostavljena dijagnoza PSA. Ovdje autorica opisuje dvije inicijalne seanse glazboterapijske procjene s refleksijama na rad u početnim fazama individualne glazboterapije.

Na prvoj polusatnoj seansi bila je prisutna majka dječaka i njegov mlađi brat. Joseph je pokazao vrlo slab interes za instrumente i zajedničko muziciranje s glazboterapeutkinjom te otežano zadržavanje na jednoj aktivnosti duže od nekoliko sekundi. Terapeutkinja i majka dječaka zaključile su da je razlog ovog ponašanja prisutnost majke i mlađeg brata u prostoriji te su se dogovorile da na sljedećoj seansi Joseph bude sam s terapeutkinjom.

Na drugoj seansi Joseph je za vrijeme 'uvodne' pjesmice sjedio uz podršku terapeutkinje i skretao pogled u drugom smjeru. Kao odgovor na to ponašanje, terapeutkinja je prilikom poticanja da zasvira gitaru skrenula pogled u suprotnom smjeru. Joseph je pritom zasvirao žicama na gitari te je uspostavljena prva kratka glazbena razmjena, pri čemu je uspostavljen kontakt očima nekoliko puta. Joseph je zatim krenuo u istraživanje prostorije kratko proučavajući instrumente na koje je naišao. Kada bi mu se terapeutkinja približila i zasvirala s njim, on bi se naglo udaljio. U jednom trenutku zasvirao je klavir, terapeutkinja bi odsvirala odgovarajući akord i naglo se udaljila. Joseph je nastavio svirati, a terapeutkinja odgovarati na sličan način te se razvio glazbeni dijalog. Joseph je pogledom tražio terapeutkinju i iščekivao odgovor. Terapeutkinja bi naglašavala svoje korake pri povratku do klavira, usklađujući ih s ritmom dječakovog sviranja na što bi se dječak zadovoljno smijao. Kao vrhunac ove interakcije, Joseph i terapeutkinja svirali su klavir zajedno nekoliko sekundi nakon čega bi se dječak udaljio. Sljedeća aktivnost bilo je sviranje drvenih rogova sjedeći na podu. Terapeutkinja je koristila tehniku uparivanja dječakovih kretnji i vokalizacije putem glasa i drvenih rogova pokušavajući

ga privući u dijalog. Joseph je zatim pružio jedan od svojih drvenih rogova prema terapeutkinji kako bi ona zasvirala rog, dok ga je dječak držao. Ostao je uključen u ovu glazbenu izmjenu nekoliko minuta, čekajući na red, promatrajući i iščekujući, prije nego što je izgubio interes. Prema kraju seanse došlo je do još jedne kratke glazbene razmjene na udaraljka, kroz izmjene reda na bubnju i činelama pri čemu je terapeutkinja ponovno naglašavala svoje pokrete i zadržala prostorni odmak od Josepha kako bi osigurala njegovu uključenost u razmjenu.

Prema opisanom, ova seansa bila je iznimno interaktivna pri čemu je terapeutkinja kroz glazbu uspjela ostvariti komunikaciju s dječakom. Ove dvije inicijalne seanse dale su jasno do znanja da Joseph treba nastaviti s individualnom glazboterapijom s ciljem poticanja socijalne komunikacije i pažnje.

Prikaz slučaja 2.

John je bio dječak od 2,5 godine s dijagnozom PSA. Tijekom dvije inicijalne seanse glazboterapije pokazivao je otpor, odgurujući i bacajući instrumente koje bi mu terapeutkinja ponudila, vrlo brzo eskalirajući u plač i glasnu vokalizaciju. Međutim, vrlo je dobro reagirao na sviranje terapeutkinje, pogotovo na nagle promjene ritma i dinamike te zaustavljanje sviranja i ponovnog naglog započinjanja. Glavni ciljevi glazboterapije u ovom slučaju bili su poticanje komunikacije i jezika, koncentracije te prihvaćanje uputa odrasle osobe.

Tijekom prvih nekoliko mjeseci glazboterapije uspostavljena je jasna struktura seanse s poznatom 'uvodnom' i 'pozdravnom' pjesmicom koje su se izvodile na istom instrumentu i na istom mjestu u prostoriji na svakoj seansi. Između te dvije točke terapeutkinja je izmjenjivala pratnju i vodstvo, balansirajući davanje uputa Johnu da svira ksilofon ili udaraljke te dopuštajući mu da radi što hoće, pri čemu je pratila njegove pokrete, radnje i bogatu vokalizaciju kroz improvizacijske tehnike imitiranja i uparivanja. Terapeutkinja bi svirajući i pjevušeći opisivala što John trenutno radi, npr. 'John svira bubanj'. Kroz sljedećih nekoliko mjeseci glazboterapije John je postao opušteniji, u potpunosti razumijevajući i prihvaćajući strukturu seansi koju je on djelomično mogao kontrolirati. Često bi odabirao instrumente za terapeutkinju i majku koja je bila prisutna na seansama i posebno bi uživao iskorištavajući potpuni dinamički opseg instrumenta, svirajući laganu glazbu koju bi naglo prekidao glasnim udarcima činelama u igri spavanja i buđenja.

Nakon dvogodišnje individualne glazboterapije John je pokazao značajan napredak. Od isključivog neverbalnog izražavanja pri uključivanju u glazboterapiju do trenutka njenog završetka izražavao se rečenicama od tri ili četiri riječi. Njegova koncentracija postala je izoštrenija i usmjerenija unatoč tome što je i dalje bila vrlo kratkotrajna. Nakon završetka glazboterapije bolje je prihvaćao upute i vodstvo druge osobe, iako je i dalje preferirao sam kontrolirati situaciju, lakše je podnosio ispade koji su postali kratkotrajniji i manjeg intenziteta. Johnova majka izvijestila je o pojavi generalizacije razvoja verbalne komunikacije kod Johna. Naime, za vrijeme povratka sa seanse glazboterapije, John je u autu počeo govoriti 'muma' ponavljajući riječ 'mama' koju mu je majka upravo rekla na isti način kako su vježbali vokalizaciju riječi na glazboterapiji. To je bila prva riječ koju je John ikad izgovorio.

Prikaz slučaja 3.

Danny je bio dječak od 2,5 godine s dijagnozom PSA. Preporučena mu je glazboterapija od strane pedijatra, a nakon dvije polusatne inicijalne seanse glazboterapije, dječak je uključen u 24 tjedne seanse glazboterapije u trajanju od sedam mjeseci.

Kroz prvih nekoliko tjedana Danny se prilagođavao na prostor i strukturu seanse. Lutao je prostorijom i kratko istraživao instrumente koji su mu se našli na putu. Kada bi glazboterapeutkinja proizvela neki zvuk, Danny bi pokazao interes gledajući u instrument i terapeutkinju, no nije bilo uspjeha u uspostavljanju glazbenog dijaloga. Na bilo kakve poticaje reagirao bi otporom koji bi kulminirao plakanjem i vriskovima. Terapeutkinja je izmjenjivala metodu poticanja na interakciju na bilo koji način (vodstva) i dozvoljavanja dječaku da se slobodno kreće prostorijom, pri čemu bi glazbeno i vokalno pratila njegove pokrete, aktivnosti i sviranje (slijeđenje). S vremenom, Danny je postao svjestan i zainteresiran za imitaciju njegovog koračanja koju je izvodila terapeutkinja, što je pokazivao smijehom i naglašavanjem svojih koraka. Još u prvoj seansi glazboterapije Danny je pokazao interes za igru u kojoj zvončići padaju s glave terapeutkinje na riječ 'dolje' za vrijeme pjevanja pjesme 'London Bridge is falling down'. Promatrao je i slušao glazboterapeutkinju dok je pjevala pjesmu i postavljala zvona na svoju, njegovu ili glavu njegove majke. Nasmiješio bi se i postojala bi jasna svijest da je došlo do dijeljenja interesa. U početnim fazama glazboterapije, terapeutkinja bi pratila Dannya, imitirajući njegove ritmičke fraze i improvizirala oko zvukova koje bi proizvodio. Postepeno, dječak je počeo iščekivati glazbene odgovore i jasno izražavati svoje želje i nakane pokaznom gestom ili vodeći terapeutkinju do instrumenta koji je želio svirati.

Danny je očito napredovao u komunikaciji i interakciji za vrijeme glazboterapije.

Prikaz slučaja 4.

Leon je trogodišnjak s dijagnozom PSA. Upućen je na glazboterapiju od strane logopeda te je bio uključen u 25 tjednih individualnih glazboterapija kroz period od 8 mjeseci, čemu su prethodile dvije inicijalne glazboterapije posvećene procjeni.

Leon je vrlo brzo prihvatio strukturu seanse, jasno iščekujući 'uvodnu' i 'pozdravnu' aktivnost. Od samog početka glazboterapije Leon je pokazao interes za ritmičku razmjenu kroz igru u kojoj bi koristio dvije palice za bubanj za stvaranje ritmičkog uzorka, nakon čega bi iščekivao odgovor terapeuta. Kako su seanse napredovale, tako se ova igra razvila uključivši pokret i ples po cijeloj prostoriji te pjevane fraze. Leon je promatrao i iščekivao odgovor terapeutkinje, inicirao vlastite ideje, ali i prihvaćao sugestije. S vremenom, u interakciju su se, osim udaraljki uključili i drugi instrumenti te su glazbene razmjene postajale sve kompliciranije. Leon je pokazao razumijevanje i osjećaj za kraj glazbenih fraza te promjene u tempu i glazbenom stilu. Reagirao bi s uzbuđenjem kada bi glazba postajala glasnija i brža ili kada bi uslijedila neočekivana tišina.

Kroz provedenu glazboterapiju Leon je sve više i više vokalizirao što je glazboterapeutkinja usmjeravala u kratku vokalnu razmjenu. Osim samoinicijativnog vokaliziranja, Leon je ponekad imitirao vokale terapeutkinje te je nakon nekoliko mjeseci glazboterapije izgovarao 'ei-ei' za 'bye-bye' u pozdravnoj aktivnosti na kraju seanse.

U cijelosti, glazboterapija je djelovala pozitivno na Leona koji je uživao u interakciji s terapeutkinjom kroz razigrane razmjene zvukova te je s vremenom počeo koristiti i neke riječi. Uočen je napredak u koncentraciji te bolje prihvaćanje ideja i sugestija druge osobe.

Prikaz slučaja 5.

Peter je trogodišnji dječak s dijagnozom PSA i značajnim zaostajanjem u govorno-jezičnom razvoju koji je uključen u individualnu glazboterapiju u trajanju od godine dana u kojoj je prisustvovala i njegova majka.

Peter je u početnim seansama bio vrlo uzbuđen i voljan svirati na brojnim instrumentima. Bio je jako svjestan zvukova u svojoj okolini i promjena u njihovoj boji i glasnoći te je jasno

prepoznao pjesmice 'Blistaj, blistaj' i 'Kotači na autobusu'. Volio je samostalno izabrati instrument, ali je prihvaćao i sugestije terapeutkinje. Često bi izabrao drveni rog i svirao krećući se prostorijom, dok bi terapeutkinja pratila dječaka svirajući klarinet. Drugi izbor bio bi mu bubanj i činele na kojima bi svirao vrlo glasno i kreativno, slobodno improvizirajući dok bi terapeutkinja svirala na klaviru. Peter je volio sudjelovati u glazbenom dijalogu kroz izmjenu reda i razmjenu glazbenih ideja, međutim bilo je teško zadržati dječakov interes duže vremena i njegovom sviranju često bi nedostajala jasna struktura i smjer. Kroz seanse glazboterapije Peter je imao periode u kojima je preferirao određeni instrument ili određenu aktivnost. Na primjer, u početku glazboterapije posebno mu se sviđala igra sa zvoncima koja padaju s glave uz pratnju pjesmicom 'London bridge is falling down'. Kasnije je samostalno razvio igru u kojoj je palicama udarao po crvenom ekranu na zidu, pri čemu bi terapeutkinja odjekivala proizvedeni ritam na drugoj strani ekrana te bi se dječak spremno uključio u ritmički dijalog. Kako su seanse napredovale Peter je koristio instrumente i interaktivne igre na sofisticiraniji način. Kroz glazbenu improvizaciju postepeno je razvijao uporabu kompliciranijih ritmova i istraživao širok raspon dinamike i stilova. Samostalno je razvio različite glazbene igre, uključujući onu u kojoj bi se, usmjeravajući zvonca u terapeutkinju, pretvarao da puca, a zatim ju budio udarajući činelama i vokalizirajući. Peterova majka je izvijestila kako je igru 'probudi se' koristio i doma u namjeri da probudi članove obitelji. Još jedan primjer generalizacije interaktivnih igara s glazboterapije na druge socijalne okoline je situacija u kojoj su dom dječaka posjetili gosti kojima bi inače posvećivao minimalno pažnje. Nakon nekoliko tjedana glazboterapije, navodi majka, dječak je iz svoje glazbene kutije izvadio nekolicinu instrumenata koje je podijelio prisutnima te počeo pjevati i poticati ostale da sviraju pratnju. Ovo je iznimna razina socijalne komunikacije za inače neverbalnog dječaka.

Unatoč vrlo dobroj inicijalnoj reakciji na glazboterapiju, Peter je bio vrlo nepredvidljiv dječak i iz tjedna u tjedan bilo je vrlo teško predvidjeti kako će reagirati za vrijeme seanse. Unatoč tome što se Peter u velikom broju seansi doimao opušten, s lakoćom prihvaćao ideje i sugestije terapeutkinje te se prilagođavao strukturi seanse, u nekim situacijama bi izrazito protestirao kada bi se nešto od njega tražilo do te mjere da bi ga se trebalo udaljiti iz prostorije. Razlog ovog otpora vjerojatno leži u nedostatku kontrole. Kako bi pomogla dječaku prebroditi ove ispade, terapeutkinja bi mu ponudila instrument koji omogućava glasno sviranje, pri čemu bi ga pratila jednako glasno. U drugim situacijama, dječaku bi pomoglo kada bi mu se ponudio neki novi instrument koji bi poslužio kao distraktor pažnje. U većini slučajeva bilo je potrebno pričekati da

ispad prođe te je bilo jasno da se Peterova unutarnja borba svodi na veliku želju za sudjelovanjem koju sprječava nemogućnost prepuštanja okolini.

Tijekom prvih šest mjeseci glazboterapije Peter je ponekad vokalizirao tijekom seansi, ali puno značajnije za vrijeme igre nakon samog završetka seanse, kada bi glazboterapeutkinja i majka provodile osvrt na seansu. Razlog tome vjerojatno leži u prevelikoj zasićenosti raznim zvukovima za vrijeme seanse koja bi kočila eventualnu vokalizaciju dječaka, ali glazbena stimulacija bi omogućila Peteru da pojačano vokalizira u tihom periodu nakon glazboterapijske seanse. Sve u svemu, Peter je počeo koristiti više riječi, izgovarajući ih ponekad kroz šapat, ali ponekad i vrlo jasno.

Glazboterapija je na Petera u cijelosti imala pozitivan učinak, pogotovo na vještine slušanja i naizmjeničnu komunikaciju te prihvaćanje uputa i vođenja od strane druge osobe.

5.6. Specifičnosti glazboterapije koje utječu na poboljšanje socijalne komunikacije kod osoba s poremećajem iz spektra autizma

Glavna karakteristika osoba s poremećajem iz spektra autizma je poremećaj socijalne komunikacije koji nastaje zbog nemogućnosti osoba s PSA da razumiju svoju okolinu pa bilo kakva interakcija s njom izaziva osjećaj straha i anksioznosti, posljedica čega je povlačenje i razvoj antisocijalnih obrazaca ponašanja poput stereotipija i opsesivnih radnji (Gajić, 2015). Glazba je univerzalni ljudski oblik komunikacije koji ima sposobnost prevladavanja jezičnih, fizičkih, mentalnih i kognitivnih prepreka (Cross, 2014). Glazboterapija, a pogotovo improvizacijski modeli glazboterapije u suštini potiču socijalnu komunikaciju i mogu predstavljati ugodnu, sigurnu i motivirajuću okolinu za razvoj interakcije s osobama s PSA (Wigram i sur., 2002).

Osobe s PSA imaju generalno oslabljenu percepciju jezičnih i socijalnih čimbenika, ali posjeduju netaknutu ili čak izraženiju glazbenu percepciju u usporedbi s kontrolnom skupinom. (Janzen i Thaut, 2018). Cross (2014) ističe kako je glazba učinkovit medij za uključivanje u neverbalnu socijalnu razmjenu djece i odraslih s PSA. prisutne su u glazboterapiji. Glazbena interakcija potiče neke od najvažnijih aspekata socijalne komunikacije kao što su združena pažnja, kontakt očima i naizmjeničnost kroz dijeljenje iskustva, recipročnu interakciju naizmjenično sviranje i vokalnu/verbalnu ekspresiju. Glazba nudi sirov oblik neverbalne komunikacije, gdje terapeut koristi glazbene elemente za stvaranje komunikacijske namjere – potrebe za dijeljenjem značenja, kroz repertoar zajedničkih aktivnosti i iskustava koji imaju značenje i za terapeuta i za klijenta. Prema Hadjever osobe s PSA koje su uključene u glazboterapiju pokazuju veći interes za kontakte i komunikaciju s okolinom (Mamić i Fulgosi-Masnjak, 2009).

Redosljed aktivnosti tijekom glazboterapijske seanse pruža priliku za izravnu upotrebu gesti, verbalizaciju i komunikaciju. Glazbene aktivnosti organizirane su tako da se prirodno izmjenjuju trenutci dijeljenja pažnje i združene pažnje, na primjer u trenutku početka i završetka sviranja. Ponavljajuća struktura seanse otvara priliku za imitiranje i razvijanje razumijevanja neverbalnih znakova u poznatim aktivnostima (Burić i Katušić, 2012). Glazbeni dijalog s frazama, prekidima i istovremenim sviranjem podsjeća na verbalni razgovor s elementima prozodije, naglascima, izmjenama, prekidima i stankama (Wosch i Wigram, 2007). On potiče samostalnu glazbenu kreativnost i pomaže neverbalno izražavanje emocija te ima važnu ulogu u povezivanju glazbenih aktivnosti i socijalne komunikacije (Kovačević i Baniček, 2015).

Osobe s PSA imaju poteškoće u sinkronizaciji i vremenskoj koordinaciji (Aldridge, 2005; prema Kovačević i Baniček, 2015) s drugim osobama u svojoj okolini što je osnova za razvoj socijalne komunikacije i uspostavljanje odnosa. Vremenska koordinacija u komunikaciji odnosi se na gledanje i slušanje što drugi čini i neophodna je za razumijevanje i izražavanje te povezivanje vlastitog ponašanja s tuđim, razvijanje vlastitog smisla i doživljaja sebe u odnosu prema drugima i društvu. Condon je, uspoređujući video snimke glazboterapije s djecom s PSA, ustvrdio kako postoji značajna korelacija između naizgled bizarnih i repetitivnih pokreta djeteta s ranijim sekvencama zvuka, kao da je dijete odgovaralo na zvukove u svom vlastitom vremenskom okviru. Condon je zaključio da naizgled bizarni pokreti djeteta mogu imati značenje u njegovom vlastitom perceptivnom okviru, o čemu treba voditi računa u pokušajima uspostavljanja interakcije i razvoja odnosa s klijentima s PSA (Bunt, 1994). Nedostatak vremenske koordinacije u komunikaciji osoba s PSA razlog je zbog kojeg se verbalni i neverbalni odgovori ne mogu uskladiti i komunikacija izostaje. Glazbena terapija ima sposobnost razviti taj potencijal koordinacije i omogućiti razvoj socijalne komunikacije (Aldridge, 2005; prema Kovačević i Baniček, 2015).

Glazba, jezik i pokret se međusobno prožimaju u djetetovom razvoju. Ukoliko je prirodni razvoj na bilo koji način ometen, glazba može potaknuti komunikaciju (Burić i Katusić, 2012). Daniel Stern (1996) iznio je svoju teoriju o „afektivnom usklađivanju“ između majke i novorođenčeta kroz preverbalnu vokalizaciju koja je temelj razvoja uredne socijalne komunikacije. Interakcija o kojoj govori Stern uključuje uzajamnu, ritmički usklađenu i sinkroniziranu komunikaciju, kroz vokalnu razmjenu, kontakt očima, izraz lica, geste i pokret što je po prirodi vrlo slično glazbenoj improvizaciji (Kim, Wigram i Gold, 2009). Prema istraživanjima, rana interakcija majke i novorođenčeta s PSA ne pokazuje obrasce afektivnog usklađivanja kao kod djece urednog razvoja, već pokazuje neorganiziranu i nesinkroniziranu interakciju (Kim, Wigram i Gold, 2009). Na temelju tih saznanja, Wendy Prevenser (2000) razvila je poseban oblik terapije glazbenom interakcijom, baziranu na ranoj interakciji između majke i djeteta koju je koristila u radu s predškolskom djecom s PSA. Prevenser je poticala roditelje djece s PSA da se uključuju u spontanu vokalizaciju i pokrete svoje djece kroz glazbene igre i aktivnosti. Na taj način se potiče komunikativno korištenje vokalizacije i gesti te bi dijete moglo početi pratiti vodstvo roditelja i naizmjenična komunikacija bi se mogla razviti (Oldfield, 2006). Oldfield također opisuje slučajeve klijenata s PSA kod kojih je glazbena interakcija dovela do vokalizacije, a potom i vokalne izmjene i kasnije početke govora (Oldfield, 2006).

Važnost glazboterapije u tretmanu osoba s PSA u konstantnom je porastu (Gattino i sur., 2011), a svodi se na uporabu glazbe kao medija komunikacije i socijalizacije s ciljem razvoja vještina poput iniciranja i odgovaranja na interakciju (Burić i Katušić, 2012) i stvaranja mehanizama prilagodbe na okolinu i promjene u njoj (Kardum, 2008).

Oldfield smatra da se u slučaju poteškoća socijalne komunikacije, intervencija glazboterapijom treba dogoditi što ranije u djetetovom razvoju, po mogućnosti kao jedna od prvih terapija nakon dijagnoze. Činjenica da se ona odvija u opuštenom i ugodnom kontekstu u kojem nema očitog testiranja djetetovih sposobnosti, čini ju jednom od najprikladnijih intervencija za ovu populaciju (Oldfield, 2006).

Koliki napredak se može postići glazboterapijom kod osobe s PSA ovisi o sposobnostima i ograničenjima svakog klijenta, ali i o sposobnosti glazboterapeuta da 'izvuče' komunikacijski potencijal iz klijenta, kao i njegovu suradnju s roditeljima i interdisciplinarnim timom (Wigram i sur., 2002). Važno je plan glazboterapije uskladiti s ostalim edukacijsko-rehabilitacijskim tretmanima kako ne bi došlo do preklapanja, već međusobnog nadopunjavanja intervencija u koje je uključena osoba s PSA.

6. ZAKLJUČAK

Osnovni cilj ovog rada bio je usmjeren na ispitivanje odnosa glazboterapije i socijalne komunikacije kod osoba s PSA te u kolikoj mjeri je ta tema relevantno problemsko područje u suvremenim znanstvenim istraživanjima. S obzirom na zabrinjavajući porast prevalencije PSA u zadnjih 20-ak godina nije iznenađujuće da je sve veći broj znanstvene literature usmjeren upravo na terapije PSA. Raspon tih terapija vrlo je širok te one uključuju veliki broj disciplina i teoretskih pravaca, a najzastupljenije u praksi su one koje u svojim temeljima imaju bihevioralna psihoterapijska usmjerenja. Poznata je izreka koja najbolje sažima veliku raznolikost i opseg simptoma koji se javljaju kod osoba s PSA i čine svakog pojedinca s PSA individuom za sebe: „Ako ste upoznali jednu osobu s PSA, upoznali ste jednu osobu s PSA.“. Zato je potrebno istaknuti kako neka terapija, uključujući i glazboterapiju, može povoljno utjecati na nekog pojedinca s PSA i istaknuti se naspram ostalih terapija, dok kod druge osobe s PSA ona ne mora imati nikakvog utjecaja.

Sposobnost komuniciranja, povezivanja i razmjenjivanja iskustva s ljudima u našoj okolini je neprocjenjivo i temelj zdravog i ispunjenog života. Osoba s PSA ima teškoća u integriranju i kodiranju istovremenih osjetnih informacija koje dolaze iz njegove okoline, a time i otežano razumijevanje svoje okoline, što je glavni uzrok nastajanja komunikacijskih i socijalnih poteškoća. Svijet u kojem živi za nju je nerazumljiv, izvor konstantnih nesigurnosti i neizvjesnosti, što uzrokuje strah i život u opetovanom stanju anksioznosti. Improvizacija kao glazboterapijska metoda može stvoriti kanal za socijalnu komunikaciju s okolinom koja će biti razumljiva za klijenta. Uz pomoć improvizacijske glazboterapije glazboterapeut pokušava ući u „zatvoreni svijet“ klijenta s PSA i kroz primitivan i gotovo nestrukturiran glazbeni okvir privući pažnju klijenta i stvoriti osjećaj iščekivanja (Burić, 2012). Klijent se pritom otvara svojoj okolini koja za njega više ne predstavlja opasnost i uspostavlja kontakt s ljudima u njoj.

Ovaj rad obuhvaća veći broj istraživanja o utjecaju glazboterapije na socijalnu komunikaciju kod osoba s PSA, a studija slučaja pokazala se kao najzastupljeniji tip znanstvenog istraživanja na ovu temu u literaturi. Pregled rezultata dostupnih istraživanja u ovom problemskom području pokazao je da je većina glazboterapijskih intervencija pozitivno utjecala na elemente socijalne komunikacije kao što su: združena pažnja, kontakt očima, koncentracija, vokalizacija, verbalna i neverbalna komunikacija, iniciranje kontakta, socijalne vještine te veća suradljivost i interaktivno ponašanje djece i odraslih s PSA. Nekolicina randomiziranih kontroliranih studija slučaja pokazala su statistički značajan utjecaj glazboterapije na socijalnu

komunikaciju kod osoba s PSA u usporedbi sa standardnim terapijama, neglazbenim kontekstom ili kontrolnim situacijama bez tretmana.

Glazboterapija je vrsta terapije koja ima nepobitan potencijal za razvoj socijalne komunikacije kod osoba s PSA te njezina popularnost raste kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj gdje je pokrenut jedan od prvih poslijediplomskih studija za obrazovanje glazboterapeuta. Međutim, u centrima za rehabilitaciju i školama koje pohađaju osobe s PSA glazboterapija se još uvijek nedovoljno primjenjuje, a često ju primjenjuju osobe koje nisu educirani glazboterapeuti, već nastavnici glazbene kulture. Pokretanje adekvatnog studija za obrazovanje glazboterapeuta u Hrvatskoj trebao bi promijeniti ovaj negativni trend i učiniti glazboterapiju dostupnijom osobama s PSA.

Većina istraživanja koja pokazuju pozitivan utjecaj glazboterapije na razvoj komunikacijskih i socijalnih vještina kod osoba s poremećajem iz spektra autizma su studije slučaja, čemu razlog leži u kvalitativnoj prirodi improvizacijske glazboterapije. Određena razina skepse koja je usmjerena prema glazboterapiji u znanstvenim krugovima potpuno je opravdana ne samo zbog nedostatka kvantitativnih studija već i zbog neprovedene standardizacije instrumenata procjene. Prisutan je veliki nedostatak randomiziranih, kontroliranih studija na većem uzorku ispitanika koje će pratiti generalizaciju promjena i izvan same terapije te njihovo zadržavanje i nakon završene terapije.

Neovisno o navedenim ograničenjima dosadašnjih istraživanja može se uočiti pozitivno opisan utjecaj primjene glazboterapijskih intervencija na različite razine socijalne komunikacije. U tom smislu, ističe se potreba provedbe daljnjih istraživanja u cilju koncipiranja prikladnih terapijskih programa, metodoloških pristupa i standardiziranog sustava procjene. Tako dobivene spoznaje predstavljale bi vrijedan doprinos u pokušaju uključivanja glazboterapije, kao komplementarne terapije, u područje cjelovite podrške osobama s PAS.

7. LITERATURA

1. Adams, C. (2005): Social communication intervention for school-age children: rationale and description, *Semin Speech Lang.* Vol. 26 (3), 181-188.
2. Aigen, K. S. (2014): *The study of music therapy: current issues and concepts.* New York: Routledge.
3. American Speech–Languag–Hearing Association: Social communication disorder. Posjećeno 27.2.2018 na mrežnoj stranici: www.asha.org
4. Autism Speaks: DSM-5 Diagnostic Criteria. Posjećeno 27.2.2018 na mrežnoj stranici <https://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria>
5. Ayres, J. A. (2009): *Dijete i senzorna integracija.* Zagreb: Naklada Slap.
6. Ball, C. M. (2004): *Music Therapy for Children with Autistic Spectrum Disorder* Bazian Ltd, London, Posjećeno 15.2.2018. na mrežnoj stranici <http://www.signpoststeer.org>
7. Barrow-Moore, J.L. (2007): *The Effects of Music Therapy on the Social Behavior of Children with Autism,* College of Education, California State University San Marcos.
8. Bieleninik, L., Geretsegger, M., Mossler, K., Assmus, J., Thompson, G., Gattino, G., Elefant, C., Gottfried, T., Iglizzi, R., Muratori, F., Suvini, F., Kim, J., Crawford, M.J., Odell-Miller, H., Oldfield, A., Finnemann, J., Carpenté, J., Park, A.L., Grossi, E., Gold, C. (2017): *Effects of Improvisational Music Therapy vs Enhanced Standard Care on Symptom Severity Among Children With Autism Spectrum Disorder: The TIME-A Randomized Clinical Trial.* *JAMA* Vol 8 (6), 525-535.
9. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2008). *Kako pomoći djeci glazbom? Paedomusicoterapia.* Zagreb: Ruke.
10. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2011). *Muzikoterapija. Pomozimo si glazbom.* Zagreb: Music play.
11. Brown, S. (1999): *The Music, The Meaning, and the Therapist's Dilemma.* u Wigram, T. Backer, J.: *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology,* London: JessicaKingsley Publishers

12. Bruscia, K. E. (2014): *Defining Music Therapy – Third Edition*. University Park: Barcelona Publishers.
13. Bujas-Petković, Z., Frey Škrinjar, J., Hranilović, D., Divčić, B., Stošić, J. (2010): *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
14. Brown, S. (1994): *Autism and music therapy - is change possible, and why music?*, *Journal of British Music Therapy*, Vol. 8 (1), 15-25.
15. Brownell, M. (2002): *Musically adapted social stories to modify behaviors in students with autism: four case studies*, *Journal of Music Therapy* Vol. 39 (2), 117-144
16. Bujas Petković, Z. (2000): *Autizam i autizmu slična stanja*, *Paediatr Croat* Vol. 44 (1), 217-222.
17. Bunt, L. (1994): *Music Therapy. An art beyond words*. New York: Routledge.
18. Bunt, L., Cross, I., Clarke, E., Hoskyns, S. (1988): *A discussion on the relationship between music therapy and the psychology of music*, *Psychology of music* Vol. 16, 62-70.
19. Burday, E. M. (1995): *The effects of signed and spoken words taught with music on sign and speech by children with autism*, *Journal of Music Therapy* Vol 32 (3), 189–202.
20. Burić Sarapa, K., Katušić, A. (2012): *Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajem iz akustičnog spektra*, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 48 (2), 124-132.
21. Burić Sarapa, K., Nikolić, B., Prstačić, M. (2013): *Analiza povezanosti glazbenih improvizacija i likovnog izražavanja u djeteta*, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 49 (1), 1-11.
22. Centre for Disease Control and Prevention: *Data and Statistics*. Posjećeno 25.2.2018. na mrežnoj stranici: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
23. Cepanec, M., Šimleša, S., Stošić, J. (2015): *Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra – teorija, istraživanja i praksa*, *Klinička psihologija* Vol. 8 (2), 203-224.
24. Clarkson, G. (1991): *Music Therapy for a Non-Verbal Autistic Adult*, u K. Bruscia: *Case Studies in Music Therapy*, Phoenixville: Barcelona Publishers.
25. Cross, I. (2014): *Music and communication in music psychology*, *Psychology of Music* Vol. 42 (6), 809-819.

26. Degmečić, D., Požgain, I., Filaković, P. (2005): Music as Therapy, *International Review of the Aesthetics and Sociology of Music*, Vol. 36 (2), 286-300.
27. Demarin, V., Roje Bedeković, M., Bosnar Puretić, M., Bošnjak Pašić, M. (2016): Arts, Brain and Cognition, *Psychiatria Danubina*, Vol. 28 (4), 343-348.
28. Dukarić, M., Ivšac Pavliša J., Šimleša, S. (2014): Prikaz poticanja komunikacije i jezika kod dječaka s visokofunkcionirajućim autizmom, *Logopedija*, Vol. 4 (1), 1-9.
29. Edgerton, C. L. (1994): The Effect of Improvisational Music Therapy on the Communicative Behaviors of Autistic Children, *Journal of Music Therapy* Vol.31 (1), 31-62.
30. Fachner J., (2014): Communicating change – meaningful moments, situated cognition and music therapy: A response to North, *Psychology of Music* Vol.42 (6), 791- 799.
31. Farmer, K. (2003): The effect of music vs. nonmusic paired with gestures on spontaneous verbal and nonverbal communication skills of children with autism between the ages 1–5. Tallahassee: Florida State University.
32. Fulgosi Masnjak, R., Mamić, D., Pintarić Mlinar, Lj. (2010): Senzorna integracija u radu s učenicima s autizmom, *Napredak* Vol. 151 (1), 69 – 84.
33. Gajic, T. (2015): Poremećaji autističnog spektra, JU Centar „Zaštiti me”, Banjaluka, Mrežni izvor: <http://personapsiho.com/wp-content/uploads/2015/03/Gajic-T.-2015.-Poremecaji-autisticnog-spektra.pdf>
34. Gattino, G. S., Riesgo, R. S., Longo, D., Loguercio Leite, J. C., Schuler Faccini, L. (2011): Effects of relational music therapy on communication of children with autism: a randomised controlled study, *Nordic Journal of Music Therapy* Vol. 20 (2), 142-154.
35. Geretsegger, M, Elefant, C., Mossler, K.A., Gold, C. (2013): Cochrane Database of Systematic Reviews: Music therapy for people with autism spectrum disorder. Posjećeno 30.8.2018. na mrežnoj stranici: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub3/full?highlightAbstract=music&highlightAbstract=therapy&highlightAbstract=therapi&highlightAbstract=autism>
36. Gustorff, D., Neugebauer, L. (1988): Ein Lied, ein Lied fur Bahmam, *Musiktherapeutische Umschau* Vol. 9, 79–88.
37. Havlat, J., J. (2006): The effects of music therapy on the interaction of verbal and non-verbal skills of students with moderate to severe autism. Znanstveni rad, California State University San Marcos.

38. Holck, U. (2004): Turn taking in music therapy with children with communication disorders. *British Journal of Music Therapy* Vol 18 (2), 45–54.
39. Horden, P. (2016): *Music as Medicine. The History of Music Therapy since Antiquity.* New York: Routledge.
40. Howat, R. (1995): Elizabeth: A Case Study of an Autistic Child in Individual Music Therapy'. U Wigram, T. Saperston, B., *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook.* London: Harwood Academic Publishers.
41. Hrvatska Udruga Muzikoterapeuta: Muzikoterapija. Posjećeno 22.6.2018. na mrežnoj stranici: http://www.muzikoterapeuti.hr/?page_id=85
42. Jugudina, Z., Johansson, S. (2011): Emotional expressions and therapist-participant interplay in the functional music therapy for the autistic child. *Zbornik radova 13. Svjetskog kongresa muzikoterapije (13th WFMT World Congress of Music Therapy)* 5.-9. 7. 2011. Seul, Korea: WFMT.
43. Jančec, M., Šimleša, S., Frey Škrinjar, J. (2016): Poticanje socijalne interakcije putem socijalnih priča u dječaka s poremećajem iz spektra autizma, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 52 (1), 87-99.
44. Janzen, T. B., Thaut, M. H. (2018): Rethinking the role of music in the neurodevelopment of autism spectrum disorder, *Music & Science* Vol. 1, 1-18.
45. Kardum, A. (2008): Teleološke i metodičke pretpostavke i specifičnosti glazbene terapije za djecu s autizmom u odnosu prema glazbenoj kulturi u redovitoj školi, *Metodički ogledi* Vol. 15 (2), 87-95.
46. Kim, J., Wigram, T., Gold, C. (2009): Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy, Sage Publication and The National Autistic Society, *Autism* Vol. 13 (4), 389-409.
47. Kiš, L., Škrinjar, J. (1990): Analiza komponenata promjena u procesu smanjenja učestalosti javljanja nepoželjnih oblika ponašanja djeteta s autizmom, *Defektologija* Vol. 26 (1), 39-50
48. Kovačević, D., Baniček, I. (2015): Muzikoterapija i njena učinkovitost kao sredstva komunikacije u rehabilitaciji neuroloških bolesnika, Mrežni izvor: <https://tvpodravina.files.wordpress.com/2014/09/glazbena-terapija-i-komunikacija1.pdf>
49. La Gasse, A. (2014): Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism, *Journal of Music Therapy*, Vol. 51 (3), 250-275

50. Lee, L. (2004): Using musical improvisation to effect linguistic and behavioral changes in a cohort of Taiwanese autistic children. Poster presented at the 6th annual conference of the American Music Therapy Association, Austin, TX, USA.
51. Levinge, A. (1990): The Use of I and Me: Music Therapy with an Autistic Child, *British Journal of Music Therapy*, Vol. 4 (2), 15-18.
52. Ljubičić, M., Šare, S., Markulin, M. (2015): Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom, *Sestrinski glasnik* Vol.3, 231-233.
53. Ljubešić, M. (2001): Obilježja komunikacije male djece s autizmom, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* Vol. 41 (2), 103-109.
54. Mamić, D., Fulgosi Masnjak, R., Pintarić Mlinar, Lj., (2009): Senzorna integracija u radu s učenicima s autizmom, *Napredak* Vol. 151 (1), 69-84.
55. Mahlberg, M. (1973): Music Therapy in the Treatment of an Autistic Child, *Journal of music therapy*, Vol. 10 (4), 189-193.
56. Mamić, D., Fulgosi-Masnjak, R. (2009). Poticanje senzorne integracije kod učenika s autizmom slušnim integracijskim treningom - Mozart efekt, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* Vol. 46 (1), 57-68.
57. Markworth, L. (2014): *Music as communication for children with autism*. Barcelona Publishers.
58. Mengedoht, T. (1988): Begegnung mit Karin. *Musiktherapeutische Umschau* Vol. 9, 89–99.
59. Miller, S.B., Toca, J.M. (1979): Adapted melodic intonation therapy: a case study of an experimental language program for an autistic child, *Journal of Clinical Psychiatry* Vol 40, 201–203.
60. Milošević, A., Kalanj, M., Jovanović, J., Čarakovac, M., Aleksić, B., Pejović Milovančević, M. (2015) : Rani skrining poremećaja autističnog spektra kod djece uzrasta 16 do 30 mjeseci, *Psihijat. dan.* Vol. 47 (1), 63-71.
61. North, F. (2014): Music, communication, relationship: A dual practitioner perspective from music therapy/speech and language therapy, *Psychology of Music* Vol. 42 (6), 776-790.
62. Oldfield, A. (2000): *Music Therapy as a Contribution to the Diagnosis Made by the Staff Team in Child and Family Psychiatry - An Initial Description of a Methodology*, u Wigram, T.: *Indications in Music Therapy, Assessment and Evaluation in the Arts Therapies: Art Therapy Music Therapy and Dramatherapy*. Radlett: Harper House Publications.

63. Oldfield, A. (2006): *Interactive Music Therapy – A positive Approach. Music Therapy at a Child Development Centre.* London: Jessica Kingsley Publishers.
64. Pasiali, V. (2004): The use of prescriptive therapeutic song sin a home-based environment to promote social skills acquisition by children with autism: Three case studies, *Music Therapy Perspectives* Vol. 22, 11-20.
65. Plah, C. (2000): *Entwicklung fördern durch Musik: Evaluation Musiktherapeutischer Behandlung.* Münster, Germany: Waxman.
66. Raglio A., Traficante D. (2006): A coding scheme for evaluation of the relationship in music therapy sessions, *Psychological Reports* Vol. 99, 85-90.
67. Reschke-Hernandez A. E. (2011): History of Music Therapy Treatment Interventions for Children with Autism, *Journal of Music Therapy* Vol. 48 (2), 169-207.
68. Remschmidt, H. (2009): *Autizam: pojavni oblici, uzroci, pomoć.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
69. Rollin, H. R. (1998): Pioneers of music therapy, *Journal of Medical Biography* Vol. 6, 160-165.
70. Saperston, B. (1973): The use of music in establishing communication with an autistic mentally retarded child, *Journal of Music Therapy* Vol. 10, 184-188.
71. Savez udruga za autizam Hrvatske: Autizam. Posjećeno 25.2.2018. na mrežnoj stranici: <http://www.autizam-suzah.hr/index.php/autizam>
72. Stevens, E., Clark, F. (1969): Music therapy in the treatment of autistic children, *Journal of Music Therapy* Vol. 6, 93–104.
73. Svalina, V. (2010): *Glazboterapija i djeca s posebnim potrebama, znanstveni rad, Međunarodna kolonija mladih Ernestinovo: 2003.-2008.: zbornik radova znanstvenog skupa s međunarodnim sudjelovanjem, 33-40, Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti.*
74. Šakić, M., Kotrla Topić, M., Ljubešić, M. (2012): Pristupi mjerenju teorije uma u dojenačkoj i predškolskoj dobi, *Drugi hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu – Program i izbornik sažetaka, Zagreb: Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu, str. 30-39.*
75. Šimleša, S. (2011): Izvršne funkcije i teorija uma kod osoba s poremećajem iz autističnog spektra, *Psihologijske teme* Vol. 20 (1), 91-114.
76. Šimleša, S., Ljubešić, M. (2009): Aspergerov sindrom u dječjoj dobi, *Suvremena psihologija* Vol. 12, 373-389.

77. Thompson, G.A., McFerran, K.S., Gold, C. (2014): Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. *Child Care Health* Vol. 40 (6), 840-852.
78. Toigo, D. (1992): Autism: Integrating a Personal Perspective with Music Therapy Practice, *Music Therapy Perspectives* Vol. 10, 13-20.
79. Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., Roberts., J. (1998): *Children with Autism: Diagnosis and Interventions to Meet Their Needs*, Second Edition, London: Jessica Kingsley Publishers.
80. Umjetnička akademija u Osijeku: Poslijediplomski specijalistički studij kreativne terapije. Posjećeno 15.7.2018. na mrežnoj stranici: <http://www.uaos.unios.hr/dokumenti/article/5807/KT%20brosura%202016%20spread.pdf>
81. Warwick, A. (1995): Music therapy in the education service: research with autistic children, *Journal of British Music Therapy* Vol 2 (2), 5–8.
82. Watson, T (2014): Relationship and communication in music therapy: A response to North, *Psychology of Music* Vol. 42 (6), 800-808.
83. Wetherick, D. (2014): Music therapy and children with a language impairment: Some examples of musical communication in action, *Psychology of Music* Vol 42 (6), 864-868.
84. Whipple, J. (2004) Music in intervention for children and adolescents with autism: a meta-analysis. *Journal of Music Therapy* Vol 41, 90–106.
85. Wigram, T. (2002): Indications in Music Therapy: evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as treatment for Autistic Spectrum Disorder (ASD); meeting the challenge of Evidence Based Practice, *British Journal of Music Therapy* Vol. 16 (1), 11-28.
86. Wigram, T. (2004): *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
87. Wigram, T., Gold, C. (2006): Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence, Blackwell Publishing Ltd., *Child: care, health and development* Vol. 32 (5), 535-542.
88. Wigram, T., Nygaard Pedersen, I., Ole Bond, L. (2002): *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.

89. Wimpory, D.C., Chadwick, P., Nash, S. (1995): Brief report: Musical interaction therapy for children with autism: An evaluative case study with two-year follow-up, *Journal of Autism and Developmental Disorders* Vol. 25, 541-552.
90. Wimpory, D. C., Nash, S. (1999): Musical interaction therapy – therapeutic play for children with autism, *Child Language Teaching and Therapy*, School of Psychology, University of Wales, 17-28.
91. Woodward, A, (2004): Music Therapy for Autistic Children and Their Families: A Creative Spectrum, *British Journal of Music Therapy* Vol. 18 (1), 89-112.
92. Wosch, T., Wigram, T. (2007): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
93. Zakon o hrvatskom registru osoba s invaliditetom (2015), *Narodne novine* 85/2015.