

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI OSIJEK

Tihana Sabo

GLAZBA I DJECA S POSEBNIM POTREBAMA

ZAVRŠNI RAD

Osijek, 2018.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Sveučilišni preddiplomski studij ranoga i predškolskoga odgoja i obrazovanja

GLAZBA I DJECA S POSEBNIM POTREBAMA

ZAVRŠNI RAD

Predmet: Glazba u integriranom kurikulumu

Mentor: doc.dr.dc. Vesna Svalina

Student: Tihana Sabo

Matični broj: 2963

Osijek, lipanj 2018.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. UMJETNOST GLAZBE	2
2.1. Djelovanje glazbe na čovjeka	3
2.2. Glazba kao sredstvo estetskog odgoja	3
2.3. Utjecaj glazbe na razvoj sposobnosti i psihičkih funkcija	4
3. DJECA S POSEBNIM POTREBAMA	6
3.1. Djeca s teškoćama u razvoju	6
3.2. Djeca s posebnim edukacijskim potrebama	7
3.3. Teškoće učenja, čitanja i pisanja	7
3.4. ADHD – hiperaktivni poremećaj ili poremećaj pažnje	8
3.5. Emocionalne teškoće i poremećaji u ponašanju	10
3.6. Tjelesni invaliditet i kronične bolesti	11
3.7. Senzorička oštećenja	12
3.7.1. Oštećenja sluha	12
3.7.2. Oštećenja vida	14
3.7.3. Gluhosljepoća	14
3.8. Autizam	15
3.9. Poremećaji govorno glasovno-jezične komunikacije	16
3.10. Višestruke teškoće	17
3.11. Darovitost	17
4. ZVUČNA MEDICINA – POVIJESNI PREGLED	19
5. GLAZBOTERAPIJA	20
5.1. Različiti pristupi i metode u glazboterapiji	21
5.2. Aktivne metode glazboterapije	21
5.3. Strukturirani improvizacijski modeli glazboterapije	22
5.3.1. Orffova metoda glazboterapije	22
5.3.2. Glazbena psihodrama	24
5.3.3. Eksperimentalna improvizacijska glazboterapija	25
5.3.4. Metaforička glazboterapija	25
5.4. Nestrukturirani improvizacijski modeli	26
5.4.1. Kreativna glazboterapija (Nordoff-Robbinsova metoda glazboterapije)	26
5.4.2. Analitička glazboterapija	27
5.4.3. Paraverbalna glazboterapija	27
5.4.4. Integrativna improvizacijska glazboterapija	28
5.4.5. Razvojni terapijski odnos	29
5.4.6. Slobodna improvizacijska glazboterapija	29
6. ZAKLJUČAK	30
7. LITERATURA	31

GLAZBA I DJECA S POSEBNIM POTREBAMA:

Sažetak:

Djeca s posebnim potrebama su djeca kojima je potrebna dodatna podrška u procesu njihovog odgoja i obrazovanja. U ovu skupinu djece ubrajamo djecu s teškoćama, koja mogu imati prisutne različite teškoće u određenim područjima, te darovitu djecu, koja mogu imati izražene posebne potrebe u zadovoljavanju njihovih znanja, želja i interesa. Glazba može imati ulogu sredstva komunikacije u radu s djecom s posebnim potrebama. Glazba ujedno odražava dječje misli, osjećaje i doživljaje, ali služi i kao pomoć u razvoju sposobnosti i psihičkih funkcija djece. Glazboterapijom zadovoljavaju se djetetove fizičke, psihičke, emocionalne i socijalne potrebe. Glazboterapija je postala metoda koja se koristi kao veliki motivator koji ima značajan terapijski učinak na djecu s posebnim potrebama.

Ključne riječi: *djeca s teškoćama, darovita djeca, poremećaji u razvoju, glazboterapija, glazbena improvizacija*

MUSIC AND CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS:

Summary:

Children with special needs are children who need additional support in the process of Early Childhood Education and Care. In these group we include children with disabilities who may have different difficulties in certain areas, and gifted children who may have special needs in satisfying their knowledge, wishes and interests. Music can play the role of communication in working with children with special needs. Music also reflects children's thoughts, feelings and experiences, but also serves as an aid in the development of child's abilities and mental functions. Music therapy meets the child's physical, mental, emotional and social needs. It has become a method used as a major motivator that has a significant therapeutic effect on children with special needs.

Key words: *children with disabilities, gifted children, developmental disorders, Music therapy, musical improvisation*

1. UVOD

Od prvih civilizacija pa sve do danas, glazba je sastavni dio čovjekovog svakodnevnog života i kulture. Kombiniranjem melodije, ritma i harmonije može se na slušača djelovati na razne načine, a neki od njih su mijenjanje raspoloženja, izazivanje osjećaja ravnoteže, ugone, sreće, ali i nemira, tuge i nelagode. Glazba pruža direktan i nekomplificiran medij bliskosti te djeluje neverbalnim putem. To je dobro za pojedince koji nemaju sposobnost verbalnog izražavanja zbog različitih razloga. Glazba je, poput govora, sredstvo komunikacije (Škrbina, 2013).

Smatra se da glazba iz terapijskih razloga može pomoći u svladavanju poteškoća koje su izražene kod pojedinog djeteta. Ona može pomoći, no ne može se reći da glazba može izliječiti ili učini nekoga boljom osobom. Nekada se govorilo o nadnaravnoj ili magičnoj moći glazbe, ali danas se i dalje vjeruje da glazba može imati snažan utjecaj na čovjeka pa se ona koristi i u medicinske svrhe (Svalina, 2009).

Liječenje glazbom naziva se glazboterapijom. Prvi glazboterapijski postupci počeli su se provoditi u Americi nakon drugog svjetskog rata te se koriste i danas. U početku je glazboterapija bila namijenjena samo odraslima, ali kasnije se počela koristiti i u radu s djecom, posebno u radu s djecom s posebnim potrebama. No moguće je koristiti glazboterapiju i u radu s djecom koja nemaju neke izraženije teškoće. Glazboterapijom se pokušava ostvariti određena komunikacija kako bi se uočilo kakve su poteškoće određenog djeteta te kako bi se pomoglo u jačanju njihovog cjelokupnog zdravlja. Ona ne uči djecu izravno o glazbi, nego djeca mogu reproducirati, stvarati, improvizirati ili slušati glazbu (Svalina, 2009).

S terapijskog stajališta glazboterapija je disciplina koja koristi glazbu, zvuk i pokret kako bi postigla povratne efekte i otvorila komunikacijske kanale. Ona se koristi kako bi se postigli različiti psihoterapijski ciljevi. Stvaranje glazbe je ujedno i vrijedna forma učenja za djecu s disleksijom i drugim poteškoćama (Škrbina, 2013).

Glazba je katkad stimulativna, a katkad pretjerano stimulativna. Učinci glazbe su mentalni i tjelesni. Glazba može prikriti neugodne zvukove i osjećaje, može usporiti i ujednačiti moždane valove, utječe na disanje, rad srca, puls i krvni tlak, ublažuje mišićnu napetost te poboljšava tjelesne pokrete i koordinaciju, utječe na tjelesnu temperaturu, može povisiti razinu endorfina, može regulirati razine hormona vezanih uz stres, može poboljšati imunološke funkcije te mijenjati našu percepciju prostora i vremena (Campbell, 2005).

2. UMJETNOST GLAZBE

„Glazba je potrebna svima“ (Vukelić, 2004: 6). Za većinu ljudi prvi dodir s glazbom predstavlja nježna melodija koju svaka majka pjevuši svome djetetu kako bi ga uspavala ili nasmijala. Glazba je uvijek i svugdje prisutna. Ona je vjerojatno nastala s prvim ljudima. Ljudi su svojim glasom i oruđem počeli proizvoditi zvukove. Postupno su zatim izrađivali predmete namijenjene za proizvodnju zvuka. Zvuk je slušni doživljaj koji nastaje stvaranjem vibracija koje se šire zrakom putem zvučnih valova te je on temeljni glazbeni materijal. Zvukovi nastaju trljanjem ili udarcima, a imaju različito podrijetlo. Glas, naglo kretanje zraka, udarci čvrstih tvari ili tekućina, trenje zraka po određenoj materiji predstavljaju različita podrijetla nastajanja zvukova. Glazbala koriste sve ove pojave (Vukelić, 2004).

Najstarija glazbala datiraju iz paleolitika, iz vremena prije više od 10 000 godina pr. Kr., a to su izdubljena debela stabala, kamenje, udaraljke i zviždaljke od kostiju. Uloga glazbe u ovom razdoblju nije bila dobro poznata. U većini civilizacija prvotno je imala vjersku ulogu. Kasnije, u Mezopotamiji, Egiptu, Indiji i Kini glazba obilježava sve važne trenutke u životu pojedinca ili društva. Na Zapadu se glazba pojavljuje nešto kasnije, i to u Grčkoj gdje je bila vezana uz vjerske obrede, ali osim toga i uz ples i pjesništvo. Za njih je glazba bila božanske naravi te su tako štovali boga Apolona, koji je bogove s Olimpa opčinjavao svojom lirom. Osim boga Apolona, važno je spomenuti i legendu o pjesniku i glazbeniku Orfeju, koji je na ples pokretao životinje, drveće i stijene. Grčka glavna glazbala bila su lira, harfa, kitara i aulos. U kršćanstvu, glazba je jedan od glavnih elemenata liturgije. U srednjem vijeku započinje podjela glazbe na crkvenu i svjetovnu glazbu. Pod crkvenom glazbom podrazumijevamo psalme i crkvene pjesme, a pod svjetovnom trubadure i truvera uz pratnju lutnje ili vielle (Vukelić, 2004).

U renesansi započinje glazbeni izričaj koji će se prakticirati sve do 20. stoljeća. U to doba glazbenici su bili vezani uz kneževu dvoru. Oni stvaraju crkvenu ili svjetovnu glazbu koja je namijenjena za pratnju dvorskih svečanosti te sudjeluju u svim trenucima života. Narodna glazba i dalje je postojala i to u vidu brojalica, kola, uspavanki, radnih napjeva ili naricaljki, plesnih pjesama. U Indiji glazbenici nisu poznavali pojam „velikih spomenika zvuka“ nego su se bavili istančavanjem zvuka, uzimajući u obzir sve mogućnosti emocije koje zvuk pruža. Primjer glazbe kao sredstva približavanja božanstvu slijedili su i Koreja, Kina te Japan. Glazbena tradicija Afrike obilježena je zajedničkim snažnim ritmovima udaranim na bubnjevima različitih vrsta i veličina, no prevladava pjevanje. Pjevanjem se slave vjenčanja, porodi, suočava se sa smrću i bolestima te se prati rad. Za gotovo svaki događaj postoji

određeni napjev kojim se taj događaj obilježava (Vukelić, 2004).

2.1. Djelovanje glazbe na čovjeka

Čovjek slušanjem glazbe može dobiti dojam kao da glazba opisuje neki događaj, priča određenu priču ili u njemu budi neka raspoloženja. Ona je umjetnost koja tonovima odražava čovjekove misli, osjećaje i doživljaje. Jezik glazbe sastavljen je od glazbenih tonova i svih njezinih sredstava izražavanja. Glazba ima bezbroj različitih definicija koje ne mogu u potpunosti opisati fenomen glazbe. Glazba se definira i kao znanost i kao umjetnost. Ona je oduvijek pobuđivala izuzetan interes kod ljudi i stoljećima je bila predmet proučavanja te nitko nikada nije porekao snagu glazbenog čudesnog djelovanja na čovjeka. Glazba je u staroj Grčkoj smatrana umjetnošću božanskoga porijekla, o čemu svjedoči i sam naziv „muzika“ koji je izveden od riječi „muza“ kojom su Grci nazivali zaštitnice umjetnosti. Spoznaje o pozitivnom, ali i negativnom djelovanju glazbe na čovjeka dovela je u antičkoj filozofiji do učenja o etosu u glazbi. U srednjem vijeku i novijim vremenima sve se više isticala uloga glazbe u borbama čovječanstva za socijalnu pravdu i slobodu. Ispitivanje izvora ljepote glazbe i tumačenje snage njezinog djelovanja na unutarnji život čovjeka zadatak je glazbene estetike. Ona tumači djelovanje pojedinih izražajnih sredstava glazbe na čovjeka. Melodija, ritam, metar ili mjera, tempo, harmonija, dinamika te boja ili timbar tona izražajna su sredstva glazbe (Manasteriotti, 1977).

2.2. Glazba kao sredstvo estetskog odgoja

Glazba je komponenta estetskog odgoja. Glavna odlika estetskog odgoja i obrazovanja glazbom sastoji se od toga da se kod djeteta probudi i razvije smisao i osjećaj za lijepo u glazbi, da se dijete osposobi za zapažanje estetskih svojstava glazbe, da se postave osnove glazbenog ukusa kod djeteta, da glazba djetetu postane izvor njegovih estetskih doživljaja, da se razviju stvaralačke snage djeteta, da dijete usvoji elementarna znanja i vještine te da ovlada određenim navikama estetskog karaktera. Svaki od ovih zadataka postiže se odgojem. Svako dijete ima jednake mogućnosti za estetski odgoj glazbom jer se ne nasljeđuju gotove glazbene sposobnosti nego osnove, odnosno dispozicije. Dispozicije nisu nužno jednake za sve, njihov

razvoj ovisi o kontaktu djeteta s glazbom, stoga je odgojitelj u dječjem vrtiću prva osoba kojoj se povjerava takav zadatak. Smisao za lijepo u glazbi može se rastaviti na nekoliko sposobnosti, a to su sposobnost zapažanja estetskih obilježja glazbe, sposobnost za njihovo adekvatno prihvaćanje, sposobnost za njihovo prosuđivanje ili vrednovanje te sposobnost za njihovo ostvarivanje (Manasteriotti, 1977).

Djecu treba učiti estetskom percipiranju, razvijati u njima sposobnost zapažanja estetskih svojstava. Određene emocije javljaju se kod prihvaćanja i doživljavanja estetskih osobina i to gotovo uvijek jer se estetska ljepota glazbe ne može doživjeti u potpunosti intelektualno. Emocije kod predškolske djece mogu biti praćene vanjskim manifestacijama kao što su blistave oči, promjene u izrazu lica i držanju te pokreti usklađeni s glazbom. Osim doživljaja ljepote i sklada glazbe, djeca mogu biti sposobna doživjeti i sadržaj glazbe. Glazba koja ima točno određen sadržaj može biti osobito bliska djeci predškolske dobi. Glazba pridonosi tome da djeca upoznaju stvarnost te steku nova znanja i tako prošire svoje spoznaje (Manasteriotti, 1977).

2.3. Utjecaj glazbe na razvoj sposobnosti i psihičkih funkcija

Odgoj glazbom povezan je s razvojem senzornih sposobnosti, ponajviše slušnih sposobnosti. Seashore navodi da postoji šest elementarnih sposobnosti slušanja glazbenih tonova, a to su sposobnost zapažanja razlika u visini tona, u jakosti tonova, zapažanja razlika u ritmu glazbe, u trajanju tonova, konsonanci te sposobnost zapamćivanja raznih tonova. Drugi autori smatraju kako bi se ovdje mogla ubrojati i boja ili timbra tonova. U procesu glazbenih aktivnosti kod djeteta se razvijaju sposobnosti kao što su oštrina zapažanja razlika u visini tona, njegovu trajanju i jakosti te u uočavanju raznih ritmova, melodija i boja tonova. Učenjem pjesama ili sviranjem na melodijskim udaraljka djeca uče točnije zapaziti visinu tonova, ritmičke i dinamičke odnose među njima ili raznolikost boja među tonovima, dok slušanjem djeca provjeravaju čistoću i pravilnost intonacije, otkrivaju i ispravljaju pogreške u pjevanju, zapažaju brojna svojstva glazbenih tonova, skladnost i harmoničnost među njima. Osim toga, slušanjem djeca povezuju svojstva glazbenih tonova s prostornim predodžbama kao što su visoko – duboko ili dugo – kratko (Manasteriotti, 1977).

Za glazbene aktivnosti sposobna su sva djeca, dok kvaliteta glazbenih sposobnosti ovisi o urođenim dispozicijama, stupnju razvijenosti dispozicija, socijalnoj sredini djeteta te o pedagoškom utjecaju na dijete. Djeca iz socijalne sredine koja ih potiče i okružuje kulturnim

utjecajima imaju prednost nad onom djecom koja nemaju pristup takvoj socijalnoj sredini. Glazbenim igrama razvija se i motorika djece. Djeca postupno proširuju osnovne vještine koje posjeduju te uče složenije vještine. Djeca na taj način mogu povećati brzinu voljnih pokreta i točnost izvođenja tih pokreta. U praksi je dokazano i da glazba utječe na pravilno držanje tijela, koordinaciju pokreta ruku i nogu te na kvalitetu hoda i trčanja. U ovakvim tipovima aktivnosti djeca uče nekompleksne uvjetovane reakcije, npr. u igri s pjevanjem djeca moraju istovremeno brzo reagirati i na glazbu i na pokrete svojih prijatelja kako bi se na određeni način mogla kretati u prostoru. Postupno se kod djece razvijaju i vještine rukovanja udaraljka te skladno kretanje u ritmu glazbe. Glazbenim odgojem djeca stječu i različite navike, kao što je npr. kulturno ponašanje (Manasteriotti, 1977).

Opseg pažnje djece predškolske dobi je u razvoju te trajanje i opseg pažnje djeteta ovise o njegovom neposrednom interesu, o količini njegove motivacije i o složenosti predmeta s obzirom da dob djeteta. Složenije kompozicije ne pobuđuju kod djeteta dugotrajniju pažnju. Karakteristika dječje pažnje u toj dobi je da je ona uglavnom nehotična, odnosno dijete se koncentrira samo na one podražaje koji su izraziti i koji ga zanimaju (Manasteriotti, 1977).

Pamćenje djece ima karakteristične osobine. Kod mlađe djece pamćenje je nehotično, nesvjesno i nenamjerno stoga djeca lakše pamte pjesme koje su povezane s njihovom aktivnošću u igri. Prednost u radu s djecom mlađe dobi dobivaju igre s pjevanjem. Pamćenje od djece od pet godina nadalje počinje biti svjesno i namjerno. Ta se sposobnost također razvija igrama. Sposobnost namjernog pamćenja razvija se i postavljanjem zahtjeva koje dijete treba ispuniti. Osim pamćenju, glazbeni odgoj pridonosi i razvoju mišljenja. To se postiže procesom opažanja raznih glazbenih elemenata, njihovom usporedbom te stvaranjem prvih glazbenih pojmova. Sistematskim provođenjem glazbenog odgoja kod djece se razvija i stvaralačka fantazija te ona utječe na dječje slobodne igre. Glazbeni odgoj utječe na formiranje različitih osobina ličnosti djeteta te pridonosi formiranju karakternih osobina (Manasteriotti, 1977).

3. DJECA S POSEBNIM POTREBAMA

Djeca s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama dijele se na darovite učenike i na učenike s teškoćama (Škrobo, 2015 prema Zakonu o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 152/14, čl. 62.), 2015). Mnogi izjednačavaju sintagme „djeca s posebnim potrebama“ i „djeca s teškoćama u razvoju“, no oni nisu sinonimi s obzirom na to da nisu sve posebne potrebe djece uzrokovane teškoćama u razvoju (Škrobo, 2015).

3.1. Djeca s teškoćama u razvoju

Djeca s teškoćama u razvoju su djeca koja pokazuju određena razvojna odstupanja i koja zbog toga trebaju dodatnu potporu okruženja u području zdravstvene njege i zaštite, rehabilitacije, odgoja i obrazovanja, socijalne zaštite i dr. (Škrobo, 2015, prema Bouillet, 2010).

Učenici s teškoćama kategoriziraju se na učenike s teškoćama u razvoju, učenike s teškoćama u učenju, učenike s problemima u ponašanju i emocionalnim problemima te učenike s teškoćama uvjetovanim odgojnim, socijalnim, ekonomskim, kulturnim i jezičnim čimbenicima (Škrobo, 2015).

„Novi Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN 24/15, čl. 2., st. 2.) također navodi definiciju učenika s teškoćama u razvoju u kojoj se kaže da je riječ o učeniku čije sposobnosti u međudjelovanju s čimbenicima iz okoline ograničavaju njegovo puno, učinkovito i ravnopravno sudjelovanje u odgojno-obrazovnom procesu s ostalim učenicima, a proizlaze iz: tjelesnih, mentalnih, intelektualnih, osjetilnih oštećenja i poremećaja funkcija te kombinacije više vrsta prethodno navedenih stanja“ (Škrobo, 2015: 11-12).

Utvrđeno je sedam vrsta teškoća, a to su oštećenje vida, oštećenje sluha, oštećenja jezično-govorno-glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju, oštećenja organa i organskih sustava, intelektualne teškoće, poremećaji u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja te postojanje više vrsta teškoća u psihofizičkom razvoju (Škrobo, 2015).

3.2. Djeca s posebnim edukacijskim potrebama

Djeca svih dobi razlikuju se po mnogo toga. Djeca se međusobno razlikuju po tjelesnim i intelektualnim sposobnostima, vještinama, znanjima, ponašanju i ličnosti. Razlike proizlaze iz različitih iskustava djece, obiteljskog kulturalnog okruženja, prehrane, nasljednih osobina, temperamenta, sposobnosti za učenje te o vrsti tjelesnog ili intelektualnog oštećenja. Pod tjelesno oštećenje ubrajamo oštećenja motorike, vida ili sluha. Stupanj razvoja djeteta ovisi o težini invaliditeta, teškoćama u učenju te o uvjetima njegove životne sredine koja uključuje vrtić, školu te komunikaciju s vršnjacima i odraslima (Igrić, 2004).

Posebne edukacijske potrebe dijele se na teškoće učenja, specifične teškoće učenja i ADHD, emocionalne teškoće i poremećaje u ponašanju, oštećenja sluha, oštećenja vida, poremećaje govorno-glasovne komunikacije, višestruke teškoće i darovitost (Igrić, 2004, prema Alcott, 2001).

3.3. Teškoće učenja, čitanja i pisanja

Djeca s teškoćama učenja općeg tipa imaju teškoće u savladavanju školskog gradiva u većini predmeta te su njihova postignuća znatno niža od postignuća njihovih vršnjaka. Problemi koji se najčešće očituju su ozbiljni problemi u čitanju, pisanju i računanju. U ovom slučaju često se pojave i činitelji koji uzrokuju teškoće na području intelektualnih sposobnosti. Teškoće se dijele na blaže i veće teškoće. Blaže teškoće su teškoće prisutne u djece ograničene inteligencije i djece s lakom retardacijom, dok su veće teškoće prisutne kod djece s umjerenom i težom retardacijom. Djeca s teškoćama u učenju teže savladavaju i socijalne vještine koje su potrebne za svakodnevno funkcioniranje, kao što su skrb o sebi i odnosi s vršnjacima (Igrić, 2004).

Djeca sa specifičnim teškoćama u učenju su djeca koja imaju oštećenu jednu ili više osnovnih psiholoških funkcija. Psihološke funkcije važne su za razumijevanje ili uporabu jezika u govoru ili pisanju. Najčešće teškoće koje ovdje ubrajamo su disleksija, disgrafija i diskalkulija (Igrić, 2004). Ove teškoće klasificiraju se i pod teškoće čitanja i pisanja (Bouillet, 2010).

Disleksija je termin koji označava teškoće čitanja. Glasno čitanje kod osoba s poremećajem čitanja karakterizirano je iskrivljavanjem, zamjenama ili ispuštanjem glasova, sporim čitanjem i pogreškama u razumijevanju (Soudil-Prokopec, 2015). Postoje različiti

oblici disleksije, a to su duboka disleksija, površinska disleksija, aleksija, disleksija zbog zanemarivanja i disleksija vezana uz poremećaj pažnje i pamćenja (Bouillet, 2010, prema Jensen, 2004). Za djecu s disleksijom čitanje postaje mučna i teško savladiva, a ponekad i nesavladiva teškoća zbog koje osjećaju neuspjeh i zamor. Zbog toga djeca postaju nezadovoljna sobom i frustrirana školom. Takav psihološki razvoj može dovesti do nepoznavanja vlastitih potencijala što zatim dovodi do odsustva samosvijesti, pojave agresije, sklonosti delinkvenciji ili ovisnostima (Soudil-Prokopec, 2015).

Disgrafija podrazumijeva djetetovu nemogućnost savladavanja vještine pisanja prema pravopisnim načelima određenoga jezika koja se manifestira u mnogobrojnim, trajnim i tipičnim greškama. Greške ukazuju na nedovoljno formiranu određenu vještinu (Soudil-Prokopec, 2015). Specifične teškoće u ovladavanju vještinama pisanja osim termina disgrafija opisuje i termin agrafija. Agrafija je potpuno nevladanje vještinom pisanja (Bouillet, 2010).

Disgrafija dovodi do pogrešaka na razini slova i sloga, na razini riječi te na razini rečenice. Prema dominantnom sindromu postoje fonološke disgrafije, jezične disgrafije, vizualna disgrafija i motorička disgrafija (Bouillet, 2010).

Diskalkulija je poremećaj kod kojeg su djetetove sposobnosti računanja slabije od očekivanih za dob, inteligenciju i obrazovanje primjereno dobi (Bouillet, 2010). Diskalkulija obuhvaća skup specifičnih teškoća u učenju matematike ili aritmetike te u obavljanju matematičkih ili aritmetičkih zadataka. Ta odstupanja osobi stvaraju ozbiljne teškoće u ovladavanju matematikom ili aritmetikom bez obzira na dovoljan stupanj intelektualnog razvoja, normalno funkcioniranje osjetila ili optimalne uvjete podučavanja. Teškoće u savladavanju matematike mogu biti lake, umjerene ili teške pa je stoga rezultat djelomična ili potpuna matematička nesposobnost (Soudil-Prokopec, 2015). Oblici diskalkulije su verbalna, praktognostička, leksička, grafička, ideognostička i operacijska diskalkulija (Bouillet, 2010).

3.4. ADHD – hiperaktivni poremećaj ili poremećaj pažnje

ADHD je razvojni poremećaj. On podrazumijeva nedostatak inhibicije ponašanja koji se očituje kao razvojno neodgovarajući stupanj nepažnje, pretjerane aktivnosti i impulzivnosti, a otežava samoregulaciju i organizaciju ponašanja u odnosu prema budućnosti. Dijete s ADHD-om je u usporedbi sa svojim vršnjacima znatno nemirnije, teško se koncentrira, naglo je u svojim reakcijama, teško se organizira i orijentira u odnosu na budućnost te je zahtjevnije od svojih vršnjaka. Ne pokazuju sva djeca s ovim poremećajem

ista ponašanja, niti se sva ponašanja ili simptomi javljaju na isti način u svim situacijama. Ponašanja se mogu pogoršati u situacijama u kojima se traži trajnija pažnja ili mentalni napor ili kojima nedostaje vedrine, privlačnosti, dinamike, novosti. Djeca mogu imati i kombinirane teškoće koje uključuju poremećaj pažnje, pretjerane aktivnosti ili impulzivno ponašanje, ali se mogu javiti i u samo jednom području (Igrić, 2004).

Prema Velki (2015) radi se o razvojnom poremećaju gdje je dominantno narušena samokontrola djeteta te se problemi očituju u tri skupine simptoma, a to su hiperaktivnost, impulzivnost i deficit pažnje.

Postoje tri tipa hiperaktivnog poremećaja ili poremećaja pažnje te će, ovisno o tipu poremećaja, kod djece biti primjetnije dominantne skupine simptoma. Tipovi hiperaktivnog poremećaja ili poremećaja pažnje su kombinirani tip poremećaja, predominantno nepažljiv tip poremećaja te predominantno hiperaktivno-impulzivni poremećaj. Kod kombiniranog tipa poremećaja djeca iskazuju simptome nepažnje, ali i simptome hiperaktivnosti-impulzivnosti. Taj tip poremećaja pojavljuje se kod najvećeg broja djece i adolescenata. Kod predominantno nepažljivog tipa poremećaja djeca iskazuju više simptoma nepažnje, dok su simptomi hiperaktivnosti-impulzivnosti manje izraženi. Kod ovog tipa poremećaja djeca manje ometaju okolinu i imaju manje vidljiva problematična ponašanja te se ovaj tip poremećaja češće dijagnosticira u nešto kasnijoj dobi, kada dijete zbog poremećaja pažnje ne postiže dobar uspjeh u izvršavanju svakodnevnih zadataka. Djeca s predominantno hiperaktivno-impulzivnim tipom imaju očite simptome hiperaktivnosti-impulzivnosti, iako i nepažnja može predstavljati značajan problem. Taj se tip poremećaja češće dijagnosticira kod dječaka i to u godinama polaska u školu. ADHD se može javiti kod osoba različitih intelektualnih sposobnosti (Velki, 2015).

Djeca s poremećajem u održavanju pažnje se često ne mogu usmjeriti na detalje, imaju teškoća u obavljanju zadaća ili u igri, često se čini da ne slušaju čak i kad ime izravno obraća, često ne prate upute i ne dovršavaju zadatke, kućne poslove ili dužnosti. Takva djeca odsutna su mislima, rastresena su i sanjare. Često se ne uključuju u grupne razgovore, imaju poteškoća s organiziranjem zadataka i aktivnosti te rade pogreške. Izbjegavaju, ne vole ili odbijaju zadatke koji zahtijevaju veći i trajniji mentalni napor. Kada ih se prekine u radu, sporo se vraćaju ili se uopće ne mogu vratiti na aktivnost te tako i zaboravljaju dnevne aktivnosti. Dogodi se i da često gube stvari. Ometaju ih vanjski podražaji, a u obavljanju određenih školskih ili domaćih zadataka zahtijevaju stalnu pomoć. Povučeni su, osamljeni i ne uključuju se u društvo vršnjaka, mogu biti zanemareni i optuženi za nezainteresiranost (Igrić, 2004).

Kod djece vrtićke dobi simptomi nepažnje se ne primijete lako jer su manja djeca

motorički aktivnija i ne postavljaju im se često zahtjevi za trajnijim održavanjem pažnje. Pozornim promatranjem mogu se uočiti razlike jer se i njihova pažnja može održavati u različitim situacijama (Igrić, 2004). Pravi deficit pažnje obično postaje očit u dobi od šest do sedam godina (Velki, 2015).

Hiperaktivno ponašanje razlikuje se po dobi i po razvojnem stupnju djeteta. Hiperaktivno dijete ne može se neprestano kontrolirati. Ponašanje djece s ovim poremećajem bitno se razlikuje od ponašanja ostale vrtičke i predškolske djece, koja su inače izrazito motorički aktivna. Djeca s hiperaktivnim poremećajem stalno su u pokretu i svugdje su prisutna, trče, skaču, penju se, imaju teškoća sa sjedilačkim aktivnostima, posebno u grupi, često ustaju od stola za vrijeme obroka, dok gledaju televiziju ili dok rade zadaću te se rano bude. Kako djeca sazrijevaju, tako simptomi hiperaktivnog ponašanja obično postaju manje izražena. Do kasnog djetinjstva ili adolescencije pretjerana motorička aktivnost može se svesti samo na vrpoljenje, osjećaj razdražljivosti ili nemira (Igrić, 2004).

Impulzivnu djecu obilježava ponašanje bez razmišljanja te često imaju teškoća s odgađanjem odgovora. Nestrpljivi su, imaju teškoća s čekanjem reda, teško odgađaju zadovoljenje želja, teško čekaju neki događaj zbog nedovoljne mogućnosti planiranja. Teško se odupiru trenutnom iskušenju te često ometaju ili prekidaju druge u aktivnostima ili govoru. Često ne uvažavaju zahtjeve odraslih osoba, započinju razgovor u neprikladno vrijeme, ometaju druge, diraju stvari koje ne bi smjeli. Uz impulzivnost se često može javiti emocionalna nestabilnost. Ona se izražava kroz nisku toleranciju na frustracije pa dijete stalno plače, ima ispade bijesa, svađa se. Zbog loših odnosa s vršnjacima i okolinom često se povlači i osamljuje. Posebno je osjetljivo na kritiku te često okrivljuje druge za svoje probleme (Igrić, 2004).

3.5. Emocionalne teškoće i poremećaji u ponašanju

Poremećajima ponašanja smatraju se odstupanja od normi uobičajenih ponašanja te mogu biti prisutna na osobnom planu, kao što je depresija ili povlačenje, te u socijalnom okruženju, prisutnost agresije, udaranja, neposlušnosti (Igrić, 2004). Teško je postaviti granicu kad je riječ o teškoći koja svrstava dijete u skupinu s posebnim edukacijskim potrebama te se ova teškoća navodi kao vrsta teškoća pod nazivom „poremećaji u ponašanju uvjetovani organskim faktorima ili progredirajućim psihopatološkim stanjem“ (Igrić, 2004, prema Pravilnik o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju, 1991).

Riječ je o dugotrajnom stanju koje utječe na edukacijska postignuća. Djeca s ovim poremećajem zahtijevaju stručnu pomoć (Igrić, 2004).

3.6. Tjelesni invaliditet i kronične bolesti

Motoričkim oštećenjima smatraju se oštećenja i deformacije sustava za pokretanje, koji čine kosti, mišići i zglobovi, uključujući probleme u fiziologiji i funkcioniranju motorike, zbog čega je djetetu potrebna primjerena podrška. Ona obuhvaća uporabu primjerenih pomagala, arhitektonske uvjete te kontinuiranu podršku stručnjaka (Soudil-Prokopec, 2015).

U ovu grupu poremećaja ubrajaju se djeca s neurološkim oštećenjima, neuromuskularnim oštećenjima te oštećenjima lokomotoričkog aparata, kao i s oštećenjima i bolestima pod nazivom „tjelesni invaliditet“ (Igrić, 2004).

Neurološka oštećenja podrazumijevaju teškoće koje pogađaju mozak, leđnu moždinu i živce koji prenose, odašilju ili primaju pogrešne ili nekontrolirane upute ili je njihova interpretacija u mozgu pogrešna. U ovu skupinu teškoća najčešće pripadaju djeca s cerebralnom paralizom. Neuromuskularna oštećenja pogađaju živce i mišiće. U ovu skupinu ubrajaju se bolesti poput mišićne distrofije ili multiple skleroze i jedna su od veće skupine tjelesnih oštećenja. Oštećenja lokomotornog aparata podrazumijevaju ograničenu pokretljivost. Primjeri oštećenja ove skupine teškoća su deformacija kralježnice i oštećenja nogu i ruku. Oštećenja i bolesti pod nazivom „tjelesni invaliditet“ obilježava raznolikost oštećenja i bolesti, poput astme, leukemije, raka, dijabetesa te HIV-a ili AIDS-a (Igrić, 2004).

Teškoće ove djece mogu varirati od blažih smetnji, kao što je astma, do većih teškoća koje onemogućavaju kretanje, komunikaciju i učenje. Cerebralna paraliza primjer je veće teškoće jer može pogoditi mnoga tjelesna i psihička područja (Igrić, 2004). Cerebralna paraliza ili dječja moždana kljenut obuhvaća cijeli spektar kliničkih simptoma, a odnosi se na oštećenje mozga nastalo u vrijeme dozrijevanja, odnosno prije ili tijekom poroda ili u najranijoj dječjoj dobi. Ova bolest može imati razdoblja pogoršanja ili poboljšanja, no u pravilu je neprogresivna bolest. Zbog oštećenja mozga ponekad se javljaju i epileptički napadi, a kod neke djece poremećen je govor i gutanje (Soudil-Prokopec, 2015).

Epilepsija je povremeni poremećaj živčanog sustava koji nastaje zbog prekomjernog i nepravilnog izbijanja živčanih impulsa u mozgu. Epileptički napadaji su povremene, stereotipne epizode poremećaja svijesti i/ili ponašanja, i/ili emocionalnih reakcija, i/ili motorike, i/ili osjetilnih funkcija. Postoje primarno generalizirani epileptički napadaji i

epileptički napadaji sa žarišnim početkom (Bouillet, 2010).

Veliki epileptički napadaj ili grand mal karakterizira pojava toničkih i/ili kloničkih grčeva, a uobičajeno je praćen i gubitkom svijesti te najčešće nastupa bez predznaka. Zbog mišićnog umora prvo se javlja tremor, a zatim nastupaju klonički grčevi. Klonički grčevi su ritmičke kontrakcije svih mišića u tijelu. Čest je i ugriz jezika te pojava pjene na ustima. Trajanje napadaja je varijabilno, no u pravilu ne traje dulje od jedne do dvije minute. Mali epileptički napadaj ili petit mal javlja se u djetinjstvu ili prije puberteta te iznimno u odrasloj dobi. Napadaji u dječjoj dobi se najčešće manifestiraju kao jednostavan gubitak svijesti. Dijete nakratko izgubi kontakt s okolinom, kao da se zagleda u neku točku te nakon toga normalno nastavlja započetu aktivnost. Napadaji traju između 10 i 20 sekundi i nastupaju iznenada (Bouillet, 2010).

Psihosocijalne karakteristike djeteta s motoričkim oštećenjima ovise o mnogo čimbenika. Teškoće u psihosocijalnom funkcioniranju najčešće obuhvaćaju depresivnost, osjećaj bespomoćnosti i ovisnosti, osjećaj niže vrijednosti te nižu toleranciju na frustraciju. Takve emocije su jednim dijelom uzrokovane stanjem organizma, ali su dijelom i posljedica izvanjskih ili socijalnih čimbenika, kao što su prevelika zaštićenost u obitelji, česte hospitalizacije, izoliranost, negativni stavovi okoline, arhitektonske barijere. Kod djece s motoričkim i kroničnim bolestima ujedno postoji i povećani rizik od poremećaja u ponašanju koji se mogu javiti kao posljedica navedene psihosocijalne situacije. Neke od posljedica su perseveracija, introverzija i ekstroverzija, distrakcija te snižena motiviranost, koncentracija i pozornost (Soudil-Prokopec, 2015).

3.7. Senzorička oštećenja

3.7.1. Oštećenja sluha

Oštećenje sluha ubraja se u jedno od najčešćih prirodnih oštećenja te se u prosjeku javlja kod jednog od tri djeteta na 1000 novorođenčadi (Soudil-Prokopec, 2015, prema MZOŠ, 2005).

Oštećenje sluha podrazumijeva sve vrste ozljeda vanjskog ili srednjeg uha koje uzrokuju slabljenje sposobnosti vođenja zvuka do vanjskog uha (Bouillet, 2010, prema Knight i Swanwick, 1999). Ono pripada u senzorička oštećenja koja obuhvaćaju teškoće u načinu

primanja i obrade informacija koje se iz okoline primaju putem osjetila, u koje se osim osjetila sluha ubrajaju i osjetila vida, dodira, njuha, okusa i tjelesna osjetila o svjesnosti pokreta i položaja tijela u prostoru (Greenspan i Wieder, 2003).

Brojni prenatalni, perinatalni i postnatalni čimbenici mogu uzrokovati oštećenje sluha. Prevencijom, lijekovima ili operativnim postupcima mogu se ublažiti ili ukloniti neka oštećenja sluha. Na oštećenje sluha može upućivati kašnjenje govora, nekohezivni govor, teškoće s rimovanjem, kronične teškoće sa smjerovima i simptomima u ponašanju djeteta, kao što su teškoće s prizivom riječi, teškoće u praćenju usmenih uputa, ispuštanje završetka riječi, izmiješan redoslijed riječi, korištenje pogrešnih riječi, često okretanje glave, dječja nepažljivost i lako ometanje prilikom njegovog provođenja neke aktivnosti (Bouillet, 2010).

Pod oštećenjem sluha podrazumijeva se gluhoća i naglušost (Igrić, 2004). Oštećenje se razlikuje prema stupnju oštećenja sluha, ali i prema okolnosti oštećenja sluha (Bouillet, 2010).

Gluhe osobe su one osobe koje imaju prosječan gubitak sluha iznad 90 dB te ne mogu cjelovito percipirati govor čak ni uz pomoć slušnog aparata. Njihova percepcija govornog jezika dominantno se odvija putem vizualnog kanala, odnosno čitanjem s lica i usana govornika, a interpersonalna komunikacija odvija se i na znakovnom jeziku, ukoliko sugovornik ima potrebno znanje tog jezika (Bouillet, 2010, prema Pribanić, 2001).

Nagluhe osobe su osobe čiji je prosječni gubitak sluha od 20 ili 25 dB do 90 dB. Nagluhe osobe dijele se u četiri kategorije, a to su lako nagluhe, umjereno nagluhe, umjereno-teško nagluhe i teško nagluhe osobe. Lako nagluhe osobe su osobe s prosječnim gubitkom sluha od 25 do 40 dB, umjereno nagluhe s gubitkom od 40 do 55 dB, umjereno-teško nagluhe s gubitkom od 55 do 70 dB i teško nagluhe osobe s gubitkom od 70 do 90 dB. Nagluhe osobe u percepciji govora auditivne informacije nadopunjavaju vizualnom percepcijom. U tome im znatno pomaže slušni aparat, a nekima i kohlearni implantant ili umjetna pužnica (Bouillet, 2010).

S obzirom na okolnost oštećenja sluha postoji mogućnost da je oštećenje sluha nastalo u prelingvalnom ili postlingvalnom razdoblju. U postlingvalnom razdoblju je osoba usvojila govor i jezik prije oštećenja sluha, a u prelingvalnom razdoblju je oštećenje nastupilo prije usvajanja jezika (Bouillet, 2010).

Komunikacijski kanal za djecu s oštećenjem sluha predstavlja jednoručna znakovna abeceda. Ona je jednostavna za savladavanje pa ju nerijetko nauče i djeca bez oštećenja sluha. Za djecu s gluhosljepoćom postoji i taktilna znakovna abeceda. Dvoručna znakovna abeceda određena je položajima prstiju obje ruke. Temelji se na pokretima ruku zbog čega je potrebno

da osoba koja se koristi ovom abecedom nema značajnijih motoričkih teškoća (Škrobo, 2015).

3.7.2. Oštećenja vida

Oštećenje vida senzoričko je oštećenje koje kod osoba uzrokuje slabovidnost ili sljepoću te se određuje ostatom vidne oštine i širinom vidnog polja (Bouillet, 2010). Osobe koje na boljem oku uz korekciju nemaju ostatak vida veći od 40% smatraju se osobama s oštećenjem vida (Bouillet, 2010, prema Matok, 2007). Oštećenje vida može nastati prije ili neposredno nakon poroda, ali se može razviti i tijekom cijelog života, kao posljedica traume ili bolesti. *Svjetska zdravstvena organizacija* oštećenja vida dijeli na šest kategorija, a to su I. kategorija slabovidnosti, II. kategorija slabovidnosti, slabovidne osobe, III. kategorija sljepoće, IV. kategorija sljepoće i V. kategorija sljepoće (Bouillet, 2010, prema Fajdetić, 2007).

Postoje velike razlike među djecom oštećenog vida, ali ona imaju i neke specifične osobine. Djeca kojima je vid oštećen od rođenja ili ranog djetinjstva onemogućena su ili ograničena u vizualnom promatranju i praćenju, što im onemogućava ili ograničava učenje putem vizualne imitacije i identifikacije. Zbog vizualnog ograničenja kasni senzomotorički razvoj, što se kasnije očituje u razvoju fine i grube motorike. Kod slabovidne djece otežana je koordinacija oko-ruka, dok se kod slijepe djece umjesto nje razvija koordinacija uho-ruka. (Bouillet, 2010)

Dijete sa značajnijim oštećenjem vida upoznaje okolinu putem preostalih očuvanih osjetila, a to su najčešće osjetilo sluha i opipa (Škrobo, 2015).

U odgoju i obrazovanju visoko slabovidne djece, djece s progresivnim bolestima vidnog sustava ili slijepe djece u nastavi se redovito koristi Brailleovo pismo. Brailleovo pismo osmislio je u 19. stoljeću Louis Braille, koji je i sam bio slijep. Brailleovo pismo predstavlja reljefni sustav znakova pomoću kojeg se različitim kombiniranjem predočavaju slova, brojke, aritmetički znakovi i sl. Djeca s oštećenjem vida čitaju dodirom, dok videće osobe čitaju vidom ili gledanjem (Škrobo, 2015).

3.7.3. Gluhosljepoća

Gluhosljepoća je jedinstveno oštećenje te je njezino osnovno obilježje istodobno oštećenje vida i sluha. Ona može biti posljedica neke bolesti, no ona nije bolest, već stanje

koje pojedincu ograničava ili onemogućava optimalnu percepciju putem vida i sluha (Bouillet, 2010). Četiri su osnovne kategorije gluhosljepoće temeljene na kombinaciji intenziteta oštećenja vida i oštećenja sluha, a to su gluhoća-sljepoća, naglušost-slabovidnost, gluhoća-slabovidnost i sljepoća-naglušost (Škrobo, 2015, prema Tarczay, 2007). Osim ove podjele, gluhosljepoća se može klasificirati i prema uzrocima nastanka oštećenja vida i sluha, kao i s obzirom na vrijeme nastanka oštećenja na stečenu i urođenu gluhosljepoću. Glavna razlika između urođene i stečene gluhosljepoće je u stvaranju jezičnog sustava komunikacije. Djeca s urođenom gluhosljepoćom imaju velike poteškoće u usvajanju pojmova i većinom se zadržavaju na predmetima značenja, taktilnim i drugim znakovima za komuniciranje. U odgoju i obrazovanju djeca s gluhosljepoćom zahtijevaju kontinuirani edukacijsko-rehabilitacijski tretman (Škrobo, 2015).

3.8. Autizam

Autizam je kompleksan razvojni poremećaj čiji specifičan uzrok još nije poznat. Različiti uzroci, neurobiološki i genski, dovode do slične kliničke slike stanja koje nastaje u ranom djetinjstvu i traje cijeli život (Bouillet, 2010, prema Škrinjar, 2001). Autizam je sveobuhvatni razvojni poremećaj. Njime su zahvaćeni svi aspekti dječje ličnosti, a to su govor, motorika, ponašanje i učenje. Osnovni problem djece s autizmom je nekomunikativnost, nemogućnost uspostavljanja socijalnih odnosa te sklonost osamljivanju i povlačenju u sebe (Bouillet, 2010). Autizam ponajprije pogađa razvoj odnosa s okolinom koji se očituje iz izbjegavanja pogleda oči u oči, iz izraza lica te odnosa s vršnjacima. Pogađa i razvoj verbalne i neverbalne komunikacije, oblike ponašanja, interese i aktivnosti. Djeca s autizmom često ponavljaju neke aktivnosti te su zaokupljeni nekim stereotipnim ponašanjima, kao što su lupkanje prstima ili skupljanje samo nekih predmeta (Igrić, 2004). Među djecom s autizmom vidljive su velike individualne razlike. Za neke se kaže da su „bolje funkcionirajući autisti“, a na drugom kraju kontinuuma nalaze se djeca s izrazitim teškoćama funkcioniranja koje se očituju niskom intelektualnom razinom, nerazvijenim ili nedovoljno razvijenim govorom te većom izraženosti autističnog poremećaja. Česta karakteristika sve djece s autizmom je niska emocionalna zrelost. Ponekad se kod predškolske djece, ali i kod starije djece, može javiti agresivnost, autoagresivnost i destruktivnost, a česti su i psihički poremećaji (Bouillet, 2010).

Nadarenim autistom naziva se osoba koja ima jasno razvijenu izoliranu sposobnost

crtanja, glazbene sposobnosti, pamćenje i sposobnost računanja ili konstrukcijske vještine (Bouillet, 2010, prema Barton-Cohen i Bolton, 2000).

3.9. Poremećaji govorno glasovno-jezične komunikacije

Poremećaji govorno glasovno-jezične komunikacije poremećaji su kod kojih je komunikacija govora otežana ili ne postoji zbog nenadoknadivih promjena u središnjem i perifernom neuromuskulturnom sustavu. Zaostajanje u govornom razvoju može biti posljedica mnogih čimbenika. Moguće je i da kod istog djeteta postoji nekoliko čimbenika koje je teško razdvojiti. Ti čimbenici mogu biti organski i funkcionalni. S obzirom na to da su govor i slušanje neraskidivo povezani, ukoliko dijete neki glas ne čuje dobro, neće ga ni pravilno izgovarati, ni pravilno pročitati, ni pravilno napisati (Bouillet, 2010).

Poremećaji govorno glasovno-jezične komunikacije dijele se na poremećaje glasa, poremećaje govora i jezične teškoće. Poremećaji glasa odnose se na neprimjerenu visinu glasa, kvalitetu glasa, glasnoću te rezonanciju ili trajanje glasa. Poremećaji govora odnose se na artikulacijske poremećaje i poremećaje tečnosti, dok se jezične teškoće odnose na teškoće u izražavanju, ekspresiji i na teškoće u razumijevanju, recepciji jezika (Bouillet, 2010). Oštećenja govora uključuju i teškoće govora ili mucanje te teškoće u glasu, koje se očituju u kvaliteti, rezonanciji, visini i intenzitetu (Igrić, 2004).

Najučestaliji su poremećaji izgovora, koji se nazivaju još i artikulacijski poremećaji, a pripadaju u skupinu dislalija. Dislalija obuhvaća neispravan izgovor glasova koji se manifestira kao izostavljanje nekog glasa, njegova zamjena drugim glasom iz izgovornog sustava ili njegovim iskrivljenim izgovorom. Kod djece se manifestira na sva tri načina. Pogrešnom izgovoru podliježu suglasnici te iznimno samoglasnici. Razlikuju se sigmatizam, rotacizam, lambdacizam, kapacizam, gamacizam, tetacizam, deltacizam te leksičke dislalije (Bouillet, 2010).

U poremećaje tečnosti izgovora ubraja se mucanje, brzopletost ili batarizam te patološki spor govor ili bradilalija. Mucanje je poremećaj koji se najčešće definira kao poremećaj tečnosti u govoru ili kao prijelazni poremećaj u komunikativnoj upotrebi jezika. Tečnost se prekida grčevima, drhtanjem ili abnormalnostima u fonaciji i disanju (Bouillet, 2010). Razvoj mucanja odvija se kroz pet faza, a to su faza razvojne govorne tečnosti, granično mucanje, početno mucanje, prijelazno mucanje te uznapredovalo mucanje (Bouillet, 2010, prema Galić-Jušić, 2001). Brzopletost je poremećaj pripremnih misaonih procesa koji

prethode govoru i karakteriziran je kratkim rasponom pozornosti. Očituje se u osnovnim komunikacijskim aktivnostima, kao što su razumijevanje, govor, čitanje i pisanje. Patološki spor govor podrazumijeva produljivanje svih glasova, a posebno samoglasnika. Posljedica je organskih bolesti središnjeg živčanog sustava te je učestaliji kod djece s mentalnom retardacijom (Bouillet, 2010).

Posebne jezične teškoće su teškoće koje uzrokuju disproporcionalno siromašnije jezične vještine u odnosu na dob djeteta i njegove neverbalne sposobnosti u bilo kojem dijelu jezičnog razvoja. One utječu na teškoće u čitanju i pisanju pa stoga djeca s jezičnim teškoćama u pravilu otežano čitaju, slovčaju i imaju teškoće u pisanju sastavaka (Bouillet, 2010).

3.10. Višestruke teškoće

Osim o skupinama djece koja imaju posebne edukacijske potrebe, bitno je voditi računa i o djeci kod kojih se javljaju višestruke teškoće. Takva djeca mogu imati teškoće učenja općeg tipa i cerebralnu paralizu ili poteškoće u čitanju ili oštećenja vida ili sluha. Edukacijske potrebe ove djece vrlo su kompleksne i postavljaju velike zahtjeve u radu. Posebnu skupinu čine djeca s dvostrukim oštećenjima kao što je u slučaju gluhosljepoće (Igrić, 2004).

3.11. Darovitost

„Darovitost je sklop osobina koje omogućuju pojedincu da dosljedno postiže izrazito iznad prosječan uradak u jednoj ili više aktivnosti kojima se bavi“ (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998: 15). Odgojitelji u dječjem vrtiću kao darovitu djecu izdvajaju djecu koja mnoge stvari rade prije, brže, uspješnije i drugačije od svojih vršnjaka i koja u tome imaju bolja i veća postignuća (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998). Darovita djeca svrstavaju se i među one koji mogu imati teškoće socijalne integracije. Takvoj djeci potrebno je posebno obrazovanje koje će im omogućiti razvoj njihovih natprosječnih sposobnosti (Bouillet, 2010).

Produktivnom darovitošću smatra se darovitost iskazana u određenim produktima, u ranijem, bržem, boljem, višem i uspješnijem, odnosno u izrazito natprosječnom postignuću. Potencijalno darovitom osobom smatra se pojedinac koji omogućuje da se neke njegove sposobnosti razviju do tog stupnja. Potencijalnu darovitost čini niz naslijeđenih predispozicija koje omogućuju da se neke sposobnosti pojedinca razviju više i bolje nego u većine drugih

osoba. Prostor između potencijalne i produktivne darovitosti ogroman je prostor odgojnih utjecaja i o njima ovisi koji će i koliki dio potencijala biti iskazan kroz postignuća darovitog pojedinca (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998)

Troprstenasta koncepcija darovitosti podrazumijeva tri osnovne skupine osobina koje uvjetuju produktivnu darovitost, a to su iznad prosječno razvijene sposobnosti, osobine ličnosti, posebno specifična motivacija za rad te kreativnost. Mjesto njihovog međusobnog preklapanja je prostor u kojemu se iskazuje darovitost u specifičnim područjima aktivnosti. (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998, prema Renzulli i Reis, 1985)

Sva darovita djeca imaju izrazitije razvijene neke sposobnosti, kao i veće biološke potencijale za njihov razvoj. One im omogućuju postizanje značajno iznad prosječnih uradaka. Svrstavaju se u opće intelektualne sposobnosti i specifične sposobnosti. Visoko razvijene opće intelektualne sposobnosti najviše se iskazuju kroz iznimno kvalitetno kognitivno funkcioniranje. Iskazuje se kroz razvijenije metakognitivne vještine, posebno kvalitetne misaone procese i razvijeniju sposobnost apstraktnog mišljenja i pamćenja te kroz veće metakognitivno znanje. Specifične sposobnosti iskazuju se kroz različita specifična područja djelovanja (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998).

Darovitim djetetom smatra se dijete koje očituje iznimne potencijale u jednom ili više područja, a to su opće intelektualne sposobnosti, specifične školske sposobnosti, kreativne ili produktivne sposobnosti, sposobnost vođenja i rukovođenje, umjetničke sposobnosti i vještine te psihomotorne sposobnosti (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998, prema Koren, 1988).

Prema Gardnerovoj teorijskoj koncepciji ljudske sposobnosti podijeljene su u sedam vrsta koje je nazvao „sedam inteligencija“. To su verbalno-lingvistička inteligencija, logičko-matematička inteligencija, vizualno-spacijalna inteligencija, glazbeno-ritmička inteligencija, tjelesno-kinestetička inteligencija, intrapersonalna inteligencija te interpersonalna inteligencija (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998, prema Gardner, 1983).

Verbalno-lingvistička inteligencija iskazuje se kroz bogat rječnik te brzu i laku manipulaciju verbalnim simbolima i riječima. Logičko-matematička inteligencija obuhvaća vještine apstraktnog mišljenja i rješavanja problema. Vizualno-spacijalna inteligencija iskazuje se kroz sposobnost snalaženja u prostoru te stvaranje i transformiranje prostornih predodžbi. Glazbeno-ritmička inteligencija iskazuje se kroz smisao za glazbu i ritam. Tjelesno-kinestetička inteligencija iskazuje se kroz sposobnost izvođenja pokreta tijela te njihovog usklađivanja. Intrapersonalna inteligencija iskazuje se u boljem razumijevanju sebe i svojih potreba, dok se interpersonalna inteligencija iskazuje u boljem razumijevanju drugih ljudi i njihovih potreba (Cvetković Lay i Sekulić Majurec, 1998).

4. ZVUČNA MEDICINA – POVIJESNI PREGLED

Prve pokuse terapijske primjene glazbe izvela je američka medicina u devetnaestom i početkom dvadesetog stoljeća. Edwin Atlee već je 1804. godine napisao *Uvodni rad o utjecaju glazbe u liječenju bolesti* kojim je želio dokazati da glazba ima snažan utjecaj na um i tijelo. Nadalje, u njujorškoj umobolnici Blackwell's Island održan je niz jedinstvenih terapijskih koncerata još sedamdesetih godina devetnaestoga stoljeća. Devedesetih godina devetnaestoga stoljeća George Alder Blumer, reformator na području mentalnog zdravlja, zaposlio je doseljenike koji su svirali pacijentima u Državnoj bolnici Utica te je ta bolnica time postala prva američka bolnica s organiziranim glazbenim programom. Neurolog James L. Corning obavio je 1899. godine prvo nadzirano istraživanje primjene glazbe u liječenju pacijenata. Došao je do zaključka da glazba Richarda Wagnera i drugih romantičnih skladatelja može ublažiti morbidne misli te utvrditi predodžbe i emocije koje se pojavljuju u vrijeme buđenja što je i zabilježio u svom radu *Primjena glazbenih vibracija prije i tijekom spavanja* (Campbell, 2005).

Američka medicinska udruga prvi put spomenula je glazbenu terapiju 1914. godine objavivši u svom glasniku pismo dr. Evana O'Neill Kanea koji je koristio gramofon u svrhu smirivanja i odvratanja pozornosti pacijenata prilikom izvođenja kirurških zahvata. Sveučilište Columbijе prvi put je 1918. godine uvelo predavanja iz "muzikoterapije" koje je držala Margaret Anderton, britanska glazbenica. 1929. godine Sveučilišna bolnica Duke svojim je pacijentima prva ponudila glazbu puštenu preko radija ili iz zvučnika na zidovima neonatalnih i dječjih odjela. Od tridesetih i četrdesetih godina dvadesetoga stoljeća glazba se počela sve više koristiti pri stomatološkim i kirurškim zahvatima u svrhu prikriivanja ili ublažavanja boli (Campbell, 2005).

Suvremena glazbena terapija razvija se potkraj četrdesetih godina dvadesetoga stoljeća proizlazeći iz glazbe kojom se liječila borbena traumatska neuroza vojnika nakon Drugog svjetskog rata. Vojni liječnici, pročelnik mornaričkog odjela za medicinu i kirurgiju, kao i voditelj medicinske službe Uprave za veterane presudili su da glazbe nema toliko snažan utjecaj kao i penicilin, kinin ili zračenje, no unatoč tome glazba je u vojnoj medicini nedvojbeno imala svoje mjesto. Sanatorij dr. Johna H. Kellogga također je promicao terapijsku vrijednost glazbe i vizualizacije te ju je primjenjivao u svrhu liječenja jer je zaključio da je djelotvorna, bez obzira na to što nije znao točan razlog tome (Campbell, 2005).

5. GLAZBOTERAPIJA

Glazba i medicina povezane su od davnina, iz vremena magijske medicine plesom, udaraljka i pjevanjem. U 19. stoljeću počeo se istraživati njezin utjecaj na fiziološke funkcije. Razvoj holističkih pristupa i svijesti u medicinskim i paramedicinskim strukama doveo je do ponovnog zanimanja te uključivanja glazbe u suvremene oblike tretmana u psihoterapiji i drugim oblicima liječenja. Često se postavlja pitanje što je to što glazbu čini uspješnim terapijskim sredstvom. Odgovor je da vibracije zvuka djeluju na sve procese u mozgu, a time direktno utječu na čovjekove kognitivne, emocionalne i tjelesne funkcije. Pjevanje može na tijelo djelovati opuštajuće ili osnažujuće (Škrbina, 2013).

Zvuk utječe na tjelesne stanice i organe pa stoga glazba djeluje na stanje svjesnosti, harmoniziranje lijeve i desne hemisfere mozga, krvni tlak, cirkulaciju, disanje i druge procese koji se odvijaju unutar ljudskog tijela. Ona utječe na ljudsko ponašanje tako što utječe na mozak i tjelesne strukture. Taj utjecaj može se mjeriti, predvidjeti i identificirati što čini temelj za znanstvenu primjenu glazbe u terapijske svrhe (Škrbina, 2013).

„Glazboterapija se uglavnom opisuje kao psihoterapijska metoda u kojoj slušanje glazbe, odnosno *receptivna glazboterapija*, te kombinacija sviranja instrumenata, pjevanja, pokreta, odnosno *aktivna glazboterapija*, predstavljaju medij za funkcionalnu upotrebu glazbe“ (Škrbina, 2013: 152). Ciljevi glazboterapije nalaze se izvan same seanse jer se tijekom seanse pokušavaju postići pozitivne promjene u mentalnom i fizičkom zdravlju pojedinca (Škrbina, 2013).

Glazboterapija se može sagledati i sa znanstvenog i s terapeutskog stajališta. Sa znanstvenog stajališta ona je grana znanosti koja se bavi istraživanjem kompleksa zvukova koji su srodni čovjeku te otkriva njihove dijagnostičke parametre i terapeutsku primjenu. S terapeutskog stajališta glazboterapija je disciplina koja zvuk, glazbu i pokret koristi kako bi postigla povratne efekte i otvorila komunikacijske kanale kako bi se započeo i ostvario proces osposobljavanja pacijenta za što bolje funkcioniranje (Škrbina, 2013).

Osoba koja provodi glazboterapiju pokušava uspostaviti kontakt s drugom osobom pomoću glazbe. Glazboterapijom se zadovoljavaju fizičke, psihičke, emocionalne i socijalne potrebe. Fokusirana je na postizanje kliničkih i terapeutskih ciljeva koji nisu povezani s glazbenim obrazovanjem. Osoba koja provodi glazboterapiju ne uči pojedince o glazbi. Glazboterapija je primjenjiva kod velikog broja različitih stanja čovjeka kao što su: u terapiji boli, kod starijih osoba, kod osoba s oštećenjem mozga, depresivnih stanja, za razvijanje

komunikacije, kod osoba s intelektualnim poteškoćama, autizmom, kod osoba s motoričkim poremećajima, u obiteljskim terapijama i sl. (Škrbina, 2013).

Glazboterapija je i socijalna aktivnost koja razvija identitet i svjesnost te pojačava samopouzdanje. Kada se koristi u radu s djecom veliki je motivator, posebno zbog toga što stvara zabavnu okolinu za dijete u kojoj ono nije svjesno terapijskog učinka. Glazbeni trenutak ispunjen je tonskim, ritmičkim i dinamičkim elementima koji se uzajamno prožimaju te samostalno, ili u međusobnoj kombinaciji, imaju najveći terapijski učinak (Škrbina, 2013).

5.1. Različiti pristupi i metode u glazboterapiji

Glazboterapija je u današnje vrijeme posebna profesija koja obuhvaća niz pristupa, filozofija, metoda i intervencija koje su temeljene na glazbi. U okviru glazboterapije mogu se koristiti receptivne, odnosno pasivne i aktivne metode. Receptivne metode označavaju susret pojedinca s glazbom putem slušanja, aktivne označavaju aktivno sudjelovanje pojedinca u glazbenim aktivnostima kao što je pjevanje, sviranje i pokret (Škrbina, 2013).

5.2. Aktivne metode glazboterapije

Improvizacijski modeli glazboterapije zasnivaju se na aktivnom pristupu i glazbenoj improvizaciji. Oni obuhvaćaju niz metoda koje se svrstavaju u dvije skupine (Svalina, 2009, prema Bruscia, 1988).

Prvu skupinu čine metode koje su strogo strukturirane i precizno ih određuje glazboterapeut prilikom svakog susreta. Glazboterapeut precizno određuje tijek svakog susreta te način na koji će se provoditi glazbene aktivnosti. Rad je uglavnom u skupini, a posebno se ističe Orff metoda glazboterapije (Svalina, 2009).

U drugoj skupini su metode kod kojih je vrlo malo toga unaprijed određeno. Takve metode nisu strogo strukturirane i provode se najčešće individualno. Djetetu se omogućuje da samostalno usmjeravanje glazbene aktivnosti u onom smjeru koji njemu odgovara. Glazboterapeut se prilagođava situaciji i nastoji što više glazbom komunicirati s djetetom. Najpoznatija metoda ove skupine je kreativna ili Nordoff-Robbins metoda glazboterapije (Svalina, 2009).

U strukturirane modele ubrajaju se eksperimentalna improvizacijska glazboterapija, Orffova metoda glazboterapije, metaforička glazboterapija i glazbena psihodrama, a u nestrukturirane ili tzv. „free flowing“ metode ubrajaju se kreativna glazboterapija, analitička glazboterapija, paraverbalna glazboterapija, integrativna improvizacijska glazboterapija, razvojni terapijski proces te slobodna improvizacijska glazboterapija (Svalina, 2009, prema Bruscia, 1988).

Neke od metoda bile su osmišljene ponajviše za rad s djecom pa su tako integrativna, kreativna i Orffova metoda glazboterapije bile namijenjene svoj djeci s posebnim potrebama. Slobodna improvizacijska glazboterapija u početku se koristila u radu s autističnom djecom, a paraverbalna metoda i razvojni terapijski proces koristio se djecom koja imaju problema u komunikaciji ili određene emocionalne poremećaje. Djeci su većinom bili namijenjeni nestrukturirani modeli (Svalina, 2009, prema Bruscia, 1988). Jedini iz skupine strukturiranih modela ovdje je Orffova metoda glazboterapije (Svalina, 2009).

Aktivno improviziranje glazbom ima mnoge pozitivne učinke na pojedinca (Škrbina, 2013). Improvizacija je spontano otkriće glazbe tijekom izvođenja bez unaprijed stvorene forme ili konteksta (Škrbina, 2013, prema Solomon, 1986). Improvizacija omogućava pojedincu izražavanje emocija bez riječi i daje mu značajnost i intimno iskustvo samospoznaje. Terapeut podržava te ohrabruje pacijentovo kreativno i slobodno izražavanje. Grupna glazbena improvizacija ima raznolike ciljeve, a neki od njih su ohrabrivanje kreativnog samoizražavanja, smanjenje stresa, ublažavanje drugih dostignuća u okviru medicine i glazboterapije (Škrbina, 2013, prema Gabai, 1972).

5.3. Strukturirani improvizacijski modeli glazboterapije

5.3.1. Orffova metoda glazboterapije

Orffova metoda nastala je na inicijativu Theodora Hellbrüggea, njemačkog liječnika koji je proučavao rane simptome razvojnih odstupanja i dijagnostičkih instrumenata. Pomoću njih mogle su se ustanoviti poteškoće u razvoju kod djece mlađe dobi. Hellbrügge je smatrao da u svom radu ne može doći do značajnijih rezultata samo uz pomoć medicine, nego mu je potrebna i pomoć psihologa, psihoterapeuta, pedagoga, pedijatara, socijalnih radnika te glazboterapeuta. Želio je omogućiti djeci s posebnim potrebama uključivanje u

glazboterapiju koja bi se temeljila na Orff-Schulwerku te je pomoć potražio od Gertrude Orff, supruge Carla Orffa. Ona je sudjelovala u osmišljavanju nove Orff metode glazboterapije te ju je dugi niz godina provodila u Dječjem centru u Münchenu (Svalina, 2009).

Carl Orff smatrao je da se dječje glazbene aktivnosti trebaju provoditi u atmosferi koja nije natjecateljska te se na tome temelji Orff-Schulwerk koncepcija. Djeca sudjeluju u aktivnostima ponajprije zbog toga što osjećaju zadovoljstvo pri provođenju takvih aktivnosti. Osnovni materijal potreban za glazbene aktivnosti su pjesme, igre, stihovi i ples. Dok se pjeva ili recitira djeci je omogućeno izvođenje pratnje na glazbenim instrumentima. Najčešće se pratnja izvodi na udaraljkama kao što su drveni štapići, bubnjevi, zvečke, triangleri i sl., ali i na melodijskim instrumentima kao što su metalofoni, ksilofoni ili blok-flaute. Ti instrumenti poznati su pod nazivom „Orffov instrumentarij.“ Postoji i mogućnost okupljanja djece u manje orkestre u kojima svako dijete svira neki drugi instrument (Svalina, 2009).

U Orff-Schulwerku glazba je povezana s pokretom, plesom i govorom, a takav pristup glazbi prisutan je i u Orffovoj metodi glazboterapije (Svalina, 2009). Dječji pokret je trenutačni pokazatelj prihvaćanja glazbe. Glazbeni pokret odraz je glazbenog, ritmičkog i estetskog osjećaja te on razvija i kulturu pokreta u komunikaciji djeteta (Škrbina, 2013). Iz Orff-Schulwerka preuzeti su i glazbeni instrumenti i improvizacija, koja u glazboterapiji postaje središnji element te uključuje spontanu igru i stvaranje glazbe. Osim instrumenata, u igri su u upotrebi i razne igračke kao što su krpene lutke, lopte, šalovi i dr. (Svalina, 2009). Djecu koja nisu raspoložena ili nisu u stanju svirati na nekom instrumentu motivira se i uključuje na način da se djeca igraju s instrumentima (Svalina, 2009, prema Voigt, 2003). Najčešće se koristi skupni oblik rada. Individualni oblik rada koristi se samo u slučaju kada je neko dijete vrlo agresivno ili mu ne odgovara rad u skupini (Svalina, 2009).

Ciljevi koji se nastoje postići primjenom Orffove glazboterapije su s jedne strane specifični i ovise o obilježjima i potrebama određenog djeteta, a s druge strane su opći i jednaki za svu djecu. Specifični ciljevi određuju se tek nakon što se ustanovi o kakvim se poteškoćama kod nekog djeteta radi i koje su njegove potrebe, dok su opći ciljevi uvijek isti, a to su razvoj dječje razigranosti, kreativnosti i spontanosti (Svalina, 2009, prema Bruscia, 1988). U radu s djecom njeguje se odnos razumijevanja te prihvaćanja dječjih ideja i inicijativa (Svalina, 2009).

Svaki susret s djecom započinje uvodnim predstavljanjem i pozdravljanjem kako bi se djecu potaknulo na međusobnu interakciju te kad se osjeti da su djeca spremna za sudjelovanje u središnjoj aktivnosti, terapeut im nudi početnu glazbenu ideju na temelju koje se provodi glazbena improvizacija. To može biti bilo koji ritam, melodija, zvuk, pokret i sl.,

na koje djeca spontano kreiraju vlastiti odgovor. Odgovore koordinira terapeut. Najčešće se izmjenjuje skupno muziciranje i improviziranje jednog djeteta. Nastoji se poticati svako dijete da u aktivnostima pokaže svoj maksimum, dok se u skupnoj aktivnosti nastoji postići što bolja usklađenost. S djecom se nakon improvizacije razgovara o postignutim unapređenjima ili se, ponavljanjem već izvedenih aktivnosti, pokušava još više razviti vještina pjevanja, sviranja i improviziranja. Za kraj susreta terapeut predstavlja još jednu završnu ili oproštajnu aktivnost u koju se djeca aktivno uključuju (Svalina, 2009, prema Bruscia, 1988).

U proces Orffove glazboterapije uključuju se djeca s različitim razvojnim poteškoćama pa tako to mogu biti djeca s mentalnom retardacijom, s poteškoćama u govoru, oštećenim vidom ili sluhom, autistična djeca, a mogu se uključiti i djeca s cerebralnom paralizom. Posebnu skupinu predstavljaju djeca do godine dana starosti kod kojih je primijećeno postojanje određenih razvojnih poremećaja te se u takve aktivnosti, koje se provode s malom djecom, često se uključuju i njihovi roditelji (Svalina, 2009, prema Voigt, 2003).

5.3.2. Glazbena psihodrama

Psihodrama je optimistična forma terapije koja se ne fokusira na patologiju, nego traži resurse unutar pojedinca te uvodi nadu u terapijski proces (Škrbina, 2013, prema Roine, 2001). Glazbena psihodrama je pristup koji koristi glazbene improvizacije kao sredstvo za olakšavanje grupnog zagrijavanja i povećanje osobnog angažiranja u psihodrami, a razvio ju je Moreno (Škrbina, 2013, prema Moreno, 1980; 1984). Najvažniji ciljevi psihodrame su osposobiti pojedinca da razvije spontanost i kreativnost koje su često oslabljene zbog značajnih emocionalnih problema. Sudjelujući u psihodrami sposobnosti im se mogu pojačati. Glazboterapija i psihodrama dvije su zasebne discipline s jasnim razlikama, ali primarna veza između glazboterapije i psihodrame je ta da su obje metode akcijske i da direktno uključuju pojedinca kao aktivnog sudionika u tretmanu (Škrbina, 2013).

U glazbenoj psihodrami postoje određene tehnike koje se koriste prilikom tretmana, a to su glazbena zamjena uloga, glazbeni dijalog, glazbeni zaključci, glazba i podjela selfa, glazbeno izražavanje, glazbeno oblikovanje, glazbene tehnike prodiranja i izbijanja, glazbena prazna stolica i monodrama te glazbena podjela (Škrbina, 2013, prema Moreno, 1999).

5.3.3. Eksperimentalna improvizacijska glazboterapija

Eksperimentalna improvizacijska glazboterapija je model grupne terapije koji uključuje ples i glazbu te je izvorno razvijen kao metoda poučavanja plesne improvizacije za osobe s teškoćama, a kasnije je prilagođen kao glazboterapijska metoda za širu primjenu (Škrbina, 2013, prema Bruscia, 1987).

Ovaj model može se koristiti u radu s odraslima i s djecom, koja mogu imati, ali ni ne moraju imati određene teškoće, te se može koristiti i u terapijske i obrazovne svrhe. Primarni ciljevi ovog modela glazboterapije su unapređenje potencijala za samoizražavanje i kreativnost, razvoj individualne slobode unutar grupe, razvoj grupnih vještina te poboljšanje fizičkih, emocionalnih, kognitivnih, socijalnih, duhovnih i kreativnih sposobnosti (Škrbina, 2013).

Svaka seansa sastoji se od ciklusa koji se ponavljaju sve dok kompletna improvizacija nije u potpunosti razvijena, uvježbana i spremna na izvedbu. U prvom ciklusu terapeut daje grupi fokusnu točku na osnovu koje će se razviti improvizacija, a ta fokusna točka može biti verbalno davanje, proceduralno davanje i/ili interpersonalno davanje. Nakon toga grupa eksperimentira pronalazeći različite mogućnosti na zadanu temu. Nakon što je improvizacija započela, grupa uglavnom otkriva koja je jačina i dinamika glazbe jako važna. Tijekom improvizacije pojedinci postavljaju specifična pitanja kao što su: „Čiji je zvuk bolji?“, „Tko svira glasno i nježno?“ i sl. Nakon završetka eksperimenta slijedi diskusija o tome što su sudionici otkrili za vrijeme improvizacije ili što su iskusili te kakav je utjecaj imala improvizacija na grupni proces. U grupi je moguća i analiza sličnosti i razlika u pristupu glazbi različitih članova skupine te utjecaj pojedinca na grupu ili stvaranje glazbe (Škrbina, 2015, prema Bruscia, 1988).

5.3.4. Metaforička glazboterapija

Metaforička glazboterapija primjenjiva je u radu s odraslim osobama u zajednici. Ovaj model kombinira glazbu i psihoterapiju te je izvorno zamišljen kao oblik individualne terapije, a osmislili su ga Katsh i Merle-Fishman (1984). Ciljevi ove glazboterapije uključuju kontakt, svjesnost, spontanost i intimnost u odnosu sebe s drugima (Škrbina, 2013).

5.4. Nestrukturirani improvizacijski modeli

5.4.1. Kreativna glazboterapija (Nordoff-Robbinsova metoda glazboterapije)

Kreativna glazboterapija razvijena je na osnovi dugogodišnjeg timskog rada Nordoffa, američkog skladatelja i pijanista, i Robbinsa, učitelja djece s posebnim potrebama. Ovaj model izvorno je osmišljen za djecu s teškoćama u razvoju kao što su djeca s teškoćama u učenju, djeca s teškoćama izražavanja emocija, djeca s autizmom, s motoričkim teškoćama, s intelektualnim teškoćama, s teškoćama u govoru i dr. Model je kasnije modificiran tako da se može koristiti i u radu s odraslim osobama (Škrbina, 2013). Kreativnom glazboterapijom nastoji se razviti komunikacija, samoizražavanje, ljudski odnosi, nastoje se izgraditi snažnije osobnosti, poboljšati osobna sloboda i kreativnost te ukloniti patološke obrasce ponašanja (Svalina, 2009, prema Bruscia, 1988). Kreativna glazboterapija primjenjuje se u radu sa svom djecom, bez obzira na vrstu i izraženost poteškoća pa se stoga koristi u radu s djecom koja imaju poteškoće u učenju, u izražavanju emocija, s autističnom djecom, s djecom koja imaju određena tjelesna ili mentalnih oštećenja, ili kod djece s poteškoćama u govoru (Svalina, 2009). U radu se najviše koristi glazbena improvizacija. Glazbenom improvizacijom se gradi međusobni odnos djeteta i terapeuta. Čitavo vrijeme djeteta ima mogućnost aktivnog sudjelovanja u glazbenoj interakciji, odnosno djeteta ima priliku izravno komunicirati glazbom. Svaki terapijski sastanak bilježi se slikovno ili zvučno te se potanko analizira (Svalina, 2009, prema Howat, 2006).

Metoda se može provoditi individualno ili grupno. Najučinkovitiji pristup bio bi kada bi u terapijski proces bila uključena dva terapeuta. U tom slučaju jedan terapeut bi improvizirao na nekom glazbalu zajedno s djetetom, dok bi drugi pomagao djetetu u improvizaciji i postizanju kliničkog cilja (Škrbina, 2013).

Tijekom individualne terapije djeteta uglavnom koristi dva medija, a to su najčešće pjevanje i sviranje. Sviranje se provodi na bubnju i činelama, no ukoliko se ukaže potreba mogu se koristiti i drugi instrumenti. U grupnoj terapiji djeteta pjeva, improvizira s različitim vrstama udaraljki i gudačkim instrumentima i sudjeluje u posebno sastavljenoj glazbenoj drami (Škrbina, 2013). Naglasak se ipak stavlja na pojedinačnu terapiju iz razloga što se terapeut može više posvetiti konkretnim potrebama pojedinog djeteta (Svalina, 2009).

Kreativna glazboterapija ima tri faze. Prva predstavlja glazbeni susret s djetetom te je ona preduvjet za provođenje bilo koje tehnike ili postupka. U ovoj fazi na prvom mjestu je promatranje djetetovih reakcija na glazbu te se nastoji uspostaviti kontakt s djetetom, izgraditi

povjerljiv odnos, istražiti koje su potrebe i interesi djeteta. U drugoj fazi djecu se potiče na davanje glazbenih odgovora, što znači da se djecu uključuje u glazbenu improvizaciju. Terapeut prvo sam improvizira glazbu pomoću koje nastoji potaknuti dijete na davanje odgovora. Kada i dijete izvede neku glazbenu frazu, terapeut je odmah nadopunjuje sadržajem koji će joj dati logičan glazbeni smisao. Cilj ove faze je pomoći djeci u razvijanju glazbenog vokabulara uz koji će moći lakše izražavati stvaranje glazbenog konteksta. U okviru toga će terapeut i dijete surađivati. Posljednja faza obuhvaća razvoj glazbenih sposobnosti, slobode u izražavanju te unapređenje glazbenog dijaloga s terapeutom (Svalina, 2009, prema Bruscia, 1988).

5.4.2. Analitička glazboterapija

Analitička glazboterapija je metoda koju je osmislila Priestley (1975; 1977). Metodu je osmislila kao analitičko-simboličku primjenu glazbe improvizirane od strane terapeuta i pojedinca (Škrbina, 2013).

Ova metoda mogla bi se nazivati i psihodramskom improvizacijom temeljenom na metodama terapije glazbom. Glazba ima primarnu ulogu u uspostavljanju terapijskog odnosa te se ona koristi kako bi se pojedincu olakšalo istraživanje temeljnih odnosa, situacija i životnih obrazaca. Glazbeni i verbalni procesi u ovom pristupu su jednako važni za pozivanje misli, osjećaja i sjećanja pojedinca (Škrbina, 2013).

Cilj ove metode je uspostaviti sklad uma, tijela i duha, kao i poticati kreativnost pojedinca. U sklopu ove metode mogu se koristiti improvizacija glazbe, slušanje glazbe ili raspravljanje o glazbi (Škrbina, 2013).

5.4.3. Paraverbalna glazboterapija

Paraverbalna glazboterapija jedna je od metoda glazboterapije i razvila ju je Heimlich. U njoj se koriste verbalni i neverbalni komunikacijski kanali pri čemu se na neobičan način mogu koristiti i različiti ekspresivni mediji, kao što je vizualni govor, glazba, pantomima, pokret. Ovom metodom želi se zadovoljiti glavna svrha, a to je zadovoljiti ekspresivne, terapijske i komunikacijske potrebe pacijenata. Koristi se kod pojedinaca koji ne reagiraju na verbalne terapijske metode, a kod kojih su prisutni emocionalni ili komunikacijski problemi. U ovu metodu uključuju se i pojedinci s različitim dijagnozama, kao što su emocionalne

smetnje, intelektualne teškoće, autizam, disleksije i dr. (Škrbina, 2013).

Paraverbalnu glazboterapiju čine četiri glavna postupka, a to su: promatranje, upravljanje aktivnošću, promjena i susret. Terapeut konstantno promatra odgovor pojedinca na podražaj, a pacijent se promatra prijem tijekom i nakon svake intervencije (Škrbina, 2013, prema Heimlich, 1983).

Postoji nekoliko različitih aktivnosti koje se koriste u paraverbalnoj glazboterapiji, a neke od njih uključuju improvizacijske ritmičke dijaloge, improvizacijske priče, improvizacijsko pjevanje, upoznavanje instrumenta, zajedničko sviranje, metaforičko korištenje instrumenta, metaforičku uporabu pjesama, uzajamno ritmičko kretanje, crtanje ili slikanje uz glazbu, mimiku, igranje igrica i dramske aktivnosti (Škrbina, 2013, prema Heimlich, 1972). Terapeut bilježi reakcije, izbore, sklonosti i terapijske potrebe pojedinca. Te informacije često ukazuju na potrebu za promjenom komunikacijskog kanala, odnosno medija (Škrbina, 2013, prema Bruscia, 1988).

5.4.4. Integrativna improvizacijska glazboterapija

Integrativna improvizacijska glazboterapija proizašla je iz Simpkinsovog dugogodišnjeg rada s djecom s različitim dijagnozama (Škrbina, 2013, prema Simpkins, 1983). Kasnije je ova metoda prilagođena i za rad s odraslim osobama kod kojih su prisutne psihijatrijske teškoće. Integrativni pristup koncipiran je na kognitivno-bihevioralnim tehnikama koje uključuju tehnike disanja, vježbe opuštanja, autogeni trening, meditaciju, fokusiranje te vizualizaciju. Ova vrsta glazboterapije potiče sudionike na istraživanje odnosa prema glazbi kroz improvizaciju i razne druge kreativne glazbene interakcije. Svrha ove glazboterapije je integriranje različitih aspekata pacijenta kao što su tijelo sa psihom, ego, razna osjetila i dr. (Škrbina, 2013).

Ovaj model moguće je koristiti individualno i grupno, pri čemu se individualni pristup koristi kod izražene agresije ili introvertiranosti kod pojedinca. Terapeut kombinira klavir i vlastiti glas kao primarne instrumente, a pacijentu su ponuđeni instrumente i poticaj za vokalizaciju, pjevanje ili verbalizaciju. Ciljevi ovog pristupa su usmjeravanje pažnje, aktivno sudjelovanje, direktni rad te integracija svega navedenog. Osnovno obilježje ove metode je omogućavanje spontanosti kod pacijenta, bez terapeutovog nametanja, što znači da pacijent može slobodno koristiti medije i materijale koji su mu ponuđeni. Ukoliko se dogodi da pacijent ne reagira ni glazbeno ni verbalno, terapeut priziva odgovore tako što pacijenta angažira u nekoj drugoj vrsti interakcije. Ukoliko pacijent reagira glazbeno, terapeut ga

angažira kroz improvizirani dijalog (Škrbina, 2013).

5.4.5. Razvojni terapijski odnos

Razvojni terapijski odnos razvila je Grinnell za djecu s teškim psihičkim i emocionalnim poremećajima te ovaj pristup kombinira glazbenu terapiju, terapiju igrom i verbalnu psihoterapiju prema razvojnim fazama (Škrbina, 2013, prema Grinnell, 1980). Glavni ciljevi ovog pristupa su razvoj interpersonalnih odnosa kroz verbalne i neverbalne načine. Ti načini trebaju biti u skladu s emocionalnim konfliktima pojedinca, njegovim simptomima i razvojnim preprekama. Pristup se najčešće koristi individualno. Terapeut improvizira na klaviru, a dijete sluša ili svira bubanj ili neku drugu vrstu udaraljki (Škrbina, 2013).

Ovaj odnos temelji se na tri razvojne faze. Cilj prve faze je uključivanje djeteta u glazbene igre i improvizacijski dijalog. Cilj druge faze je da se djetetu pomaže u otkrivanju načina na koji će simbolički izraziti svoje osjećaje. Cilj treće faze je pokušaj izgradnje odnosa koji će djetetu omogućiti verbalno izražavanje unutarnjih konfliktata i problema koji su nastali tijekom prethodne faze (Škrbina, 2013).

5.4.6. Slobodna improvizacijska glazboterapija

Slobodna improvizacijska glazboterapija je terapija koja primjenjuje korištenje glazbe tijekom različitih glazbenih aktivnosti. Ona se odnosi na slobodne improvizacije, bez nametanja pravila, strukture ili tema od strane terapeuta. To pacijentu omogućava da se opusti i da instrumente, kojima proizvodi određene zvukove, koristi na sebi svojstven način (Škrbina, 2013, prema Alvin, 1975; 1976; 1978). Alvin (1978) je ovu metodu najviše koristila u radu s djecom s autizmom, no kasnije ju je primjenjivala i na drugu djecu sa specifičnim potrebama, uključujući i odrasle osobe (Škrbina, 2013).

Glavni ciljevi ove metode su samooslobađanje, uspostavljanje različitih vrsta odnosa s okolinom, razvojni rast, odnosno podupiranje razvoja intelektualnih, fizičkih te socijalno-emocionalnih sposobnosti. Model je moguće provoditi individualno, u formi obiteljske grupe ili grupno, što ovisi o specifičnim razvojnim potrebama pojedinca. Terapeut odabire instrument na temelju interesa. Alvin (1978) planira terapiju u skladu s tri razvojna stupnja, a to su djetetov odnos prema objektima, prema terapeutu i prema drugima (Škrbina, 2013).

6. ZAKLJUČAK

Glazba djeluje na sve ljude. Na svakog pojedinca glazba ima jedinstveno djelovanje te značajno djelovanje ima na djecu s posebnim potrebama, odnosno na darovite te djecu s teškoćama. Glazboterapija putem zvuka, glazbe i pokreta postiže mnogobrojne rezultate u radu s djecom s posebnim potrebama te je ona dobar pristup u olakšavanju komunikacije. S obzirom na to da ona može pomoći u olakšavanju simptoma kod djece s teškoćama, u razvoju komunikacije i samopouzdanja te razvoju različitih sposobnosti djece, potrebno je omogućiti svojoj djeci s posebnim potrebama jednak pristup kvalitetnoj glazboterapiji.

Aktivnim sudjelovanjem u glazbenoj terapiji postižu se pozitivni učinci na zdravlje djece. Potrebno je odabrati metodu od koje će djeca imati najviše koristi te koja će im omogućiti ostvarenje njihovog potencijala.

Ne može se reći da glazboterapija može u potpunosti izliječiti simptome djece s teškoćama, no ona u velikoj mjeri olakšava život takve djece. Promjene se mogu postići u mentalnom i fizičkom zdravlju te u sveopćem zadovoljstvu djeteta. Važno je olakšati djeci što je više moguće kako bi sretno mogla rasti i razvijati se te biti dio zajednice.

7. LITERATURA

1. Bouillet, D. (2010). *Izazovi integriranog odgoja i obrazovanja*. Zagreb: Školska knjiga.
2. Campbell, D. (2005). *Mozart efekt: primjena moći glazbe za iscjeljivanje tijela, jačanje uma i oslobađanje kreativnog duha*. Čakovec : Dvostruka duga.
3. Cvetković – Lay, J., Sekulić – Majurec, A. (1998). *Darovito je, što ću s njim?: Priručnik za odgoj i obrazovanje darovite djece predškolske dobi*. Alinea: Zagreb.
4. Duvnjak, I., Soudil-Prokopec, J. i Škrobo, S. (2015). *Učimo zajedno: priručnik za pomoćnike u nastavi za rad s djecom s teškoćama u razvoju*. Osijek: Osječko-baranjska županija, Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
5. Greenspan, S.I. i sur. (2003). *Dijete s posebnim potrebama: poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje.
6. Igrić, Lj. (2004). *Moje dijete u školi: priručnik za roditelje djece s posebnim edukacijskim potrebama*. Zagreb: Hrvatska udruga za stručnu pomoć djeci s posebnim potrebama „IDEM“.
7. Manasteriotti, V (1977). *Muzički odgoj na početnom stupnju, Methodske upute za odgajatelje i nastavnike razredne nastave*, Zagreb: Školska knjiga.
8. Svalina, V. (2009). Glazboterapija i djeca s posebnim potrebama. *Tonovi*, 53, 144 – 153.
9. Škrbina, D. (2013). *Art terapija i kreativnost : [multidimenzionalni pristup u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji]*. Zagreb: Veble commerce.
10. Vukelić, S. (2004). *Glazba*. Zagreb: ABC naklada.