



SARA KNAPIK-SZWEDA

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Akademia Muzyczna
im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Muzykoterapia i jej właściwości w usprawnianiu dziecka z autyzmem

ABSTRACT: Knapik-Szweda Sara, *Music Therapy and its Properties as a Developmental Improvement of Child with Autism* [Muzykoterapia i jej właściwości w usprawnianiu dziecka z autyzmem]. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, nr 6, Poznań 2014. Pp. 81-97. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2900-1. ISSN 2300-391X.

The article presents the outlines of the research and the conclusions based on the author's PhD dissertation. It touches upon the influence of music therapy techniques on the improvement of a development of autistic children, especially in terms of communication as well as their social, cognitive, emotional and behavioral development. The researcher presents and compares two undirective methods: Music therapy and Growth through Play System (GPS). Among many therapeutic applications of music, the most significant ones are chosen and analysed: improvisation, re-creation, composition and listening associated with musical relaxation. The results are presented in the form of an evaluation which therapy is the most beneficial for autistic children and their holistic development.

KEY WORDS: music therapy, autism, growth through play, quasi-experiment

Wprowadzenie

Zasadniczym polem dociekań artykułu są dwie płaszczyzny zagadnień: pierwszą autyzm, drugą zaś muzykoterapia jako forma niwelowania deficytów generowanych badanym syndromem. Te

dwa obszary zainteresowań – autyzm oraz muzykoterapia wykorzystywana w pracy z dzieckiem autystycznym – wymagają niewątpliwie szerszych badań podejmowanych w pogłębionym wymiarze skoncentrowanym na empirycznie weryfikowanej skuteczności, z dodatkowo podjętą próbą zobrazowania wzajemnych zależności.

Rozważania teoretyczne. Stan badań

Autyzm to zaburzenie rozwojowe, którego poznanie wciąż jeszcze stawia wiele pytań bez jednoznacznych odpowiedzi. Współczesne kryteria diagnozowania autyzmu – przyjęte także przez mnie – zostały opracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i zawarte w *Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM* (wyd. IV) oraz w najnowszym – V wydaniu DSM. Trzy najważniejsze objawy autyzmu według DSM IV to: zakłócenia w regulacji stanów afektywnych i lęku, zakłócenia w zachowaniu społecznym i wrażliwości społecznej, zakłócenia przetwarzania informacji rozumiane jako irracjonalne myślenie oraz mylenie rzeczywistości z fantazją. Najnowsza wersja DSM V natomiast redukuje trzy powyższe objawy autyzmu, charakteryzując je jako dwa główne obszary zaburzeń: deficyty w komunikacji społecznej i w interakcjach oraz restrykcyjne, powtarzające się wzory zachowań, zainteresowań, aktywność¹. Autyzm wymaga specjalistycznego i holistycznego wsparcia wielu specjalistów, którzy wspomagając rozwój dziecka, stopniowo będą realizować wyznaczone cele terapeutyczne, zachowując potrzeby dziecka. Jedną z terapii, która może zostać włączona do wczesnej interwencji usprawniającej pacjenta, jest muzykoterapia.

¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition DSM V, American Psychiatric Publishers, Washington DC/London 2013.

Muzykoterapia jest interdyscyplinarną dziedziną nauki oraz formą terapii, która zakłada możliwość dotarcia poprzez estetyczny komunikat dźwiękowy do każdego człowieka. Co więcej, dokonuje się ów proces całościowo, angażując zarówno emocje, zmysły, ekspresję, jak i substancjonalność uczestnika terapii. Światowa Federacja Muzykoterapeutów formułuje następującą definicję interesującego nas pojęcia:

Muzykoterapia jest użyciem muzyki i/lub muzycznych elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez wykwalifikowanego muzykoterapeutę w pracy z klientem lub grupą, w procesie skierowanym na umożliwienie lub sprzyjanie komunikacji, nawiązywaniu relacji, uczeniu się, mobilizacji, ekspresji, organizacji i realizację innych ważnych terapeutycznych celów po to, aby wyjść naprzeciw fizycznym, emocjonalnym, umysłowym, społecznym i poznawczym potrzebom jednostki².

Kenneth Bruscia, amerykański muzykoterapeuta, przedstawia sposoby muzycznego oddziaływania jako takie doświadczenia muzyczne, jak: improwizacja, odtwarzanie, tworzenie, słuchanie³, które wyzwalają ekspresję oraz komunikację muzyczną i pozamuzyczną (werbalną i niewerbalną), stając się nośnikiem przekazu pomiędzy odbiorcą i nadawcą⁴. Wspólne tworzenie muzyki (nawiązywanie interakcji pomiędzy dzieckiem a terapeutą), możliwość dostosowania do gry uczestnika, wykorzystywanie do maksimum muzycznych środków wykonawczych sprawia, że terapia poprzez muzykę uważana jest niejednokrotnie za jeden z najbardziej skutecznych narzędzi terapeutycznych.

W niniejszym artykule wykorzystaną metodą pracy jest Muzykoterapia Kreatywna Paula Nordoffa i Cliva Robbinsa oraz Growth

² K. Stachyra, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009, s. 62.

³ K. Bruscia, *Defining Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum 1998, s. 115.

⁴ A. Brandalise, *Music Therapy, Song and Communication*, Voices A World Forum for Music Therapy 2009, Vol. 9, nr 2.

Through Play (GPS), a technikami improwizacja, odtwarzanie, tworzenie i słuchanie.

Muzykoterapia Kreatywna, zwana również „Podejściem Nordoff – Robbins”, określa sposób traktowania muzyki jako formy komunikacji, a uczestnika terapii jako człowieka, który pod maską zaburzeń i trudności ujawnia niespotykane zdolności i umiejętności. Twórcami tej metody byli amerykański kompozytor Paul Nordoff oraz angielski pedagog specjalny Clive Robbins. Głównym założeniem tego podejścia jest odkrywanie wewnętrznego potencjału człowieka poprzez aktywność twórczą, która jest nieodzownym elementem życia i rozwoju każdego człowieka. Tworzenie muzyki wyrażonej w swobodnej i naturalnej improwizacji pozwala dziecku na przeżycie wielu doświadczeń muzycznych i pozamuzycznych, wspomaga poszczególne sfery rozwojowe, a co najważniejsze dla tego podejścia – pozwala nawiązać niewerbalny kontakt z terapeutą lub grupą. Tutaj muzyka występuje jako terapia, bo jest podstawowym medium relacji. Jeżeli dziecko jest zaangażowane w proces tworzenia, to w jego trakcie zostają pobudzone i rozwijane umiejętności poznawcze, społeczne, motoryczne oraz emocjonalne.

Inna metoda wprowadzoną do badań to komplementarna metoda pracy z dziećmi autystycznymi – Growth through Play, GPS – Rozwój przez Zabawę. Jest ona opozycyjną formą terapii opartą na budowaniu relacji poprzez zabawę o niedyrektywnym charakterze. Growth through Play System jest autorskim programem terapii Kat Houghton, założycielki i dyrektora Instytutu Relate to Autism. W swoich założeniach metoda wykorzystuje podejście rozwojowe, według którego umiejętności komunikacyjne są nabywane przez wszystkie dzieci niezależnie od predyspozycji czy zaburzeń⁵. Głównym postulatem metody jest teza świadcząca o tym, że dzieci z autyzmem uczą się przede wszystkim poprzez związki emocjonalne nastawione na wzajemną interakcję z rodzicami/opiekunami, które zachodzą poprzez zabawę i niedyrektywne aktywności.

⁵ <http://www.relatetoautism.com/index.php?subform=article&article_id=17>, [data dostępu: 30.04.2015].

Tematyka podejmowana w niniejszym badaniu nie jest przypadkowa. Wyrażona jest istnieniem dość znaczącej luki w dotychczasowych badaniach nad zastosowaniem muzykoterapii w pracy z dzieckiem autystycznym, która zauważalna jest zwłaszcza w polskim piśmiennictwie naukowym. Do najważniejszych badaczy zajmujących się muzykoterapią możemy zaliczyć: Tadeusza Natanson⁶, Elżbietę Galińską⁷, Macieja Kieryła⁸, Pawła Cylulko⁹, Kingę Lewandowską¹⁰, Krzysztofa Stachyrę¹¹ i Ludwikę Konieczną-Nową¹². Większość wymienionych twórców sytuowała swoje zainteresowania badawcze w koincydencji z psychologią muzyki, dociekaniem psychiatrycznymi czy naukami skupionymi wokół problemów psychosomatycznych.

W piśmiennictwie anglojęzycznym natomiast jest wiele przykładów badań muzykoterapeutycznych z dziećmi, młodzieżą czy osobami dorosłymi z autyzmem. Do wiodących reprezentantów tego nurtu naukowego, zajmujących się muzykoterapią, którzy udowadniali, że jest ona formą terapii mającą pozytywny wpływ na pacjentów autystycznych, należą m.in.: Paul Nordoff i Clive Robbins (twórcy Muzykoterapii Kreatywnej, 1971¹³), Kenneth Bruscia (twórca teoretycznych koncepcji muzykoterapeutycznych, 1982¹⁴,

⁶ T. Natanson, *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1979.

⁷ E. Galińska, *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*, Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu 1990, nr 52, s. 32–42.

⁸ M. Kierył, *Elementy terapii i profilaktyki muzycznej*, Wyd. „Żak”, Warszawa 1996.

⁹ P. Cylulko, *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci*, Wydawnictwa Tyflogiczne PZN, Warszawa 1999.

¹⁰ K. Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca: zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Kinga Lewandowska (nakł. autora), Gdańsk 2001.

¹¹ K. Stachyra, dz. cyt.

¹² L. Konieczna-Nowak, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.

¹³ P. Nordoff, C. Robbins, *Music Therapy in Special Education*, The John Day Company, New York 1971.

¹⁴ K. Bruscia, *Music in the Assessment and Treatment of Echolalia*, Music Therapy 1982, Vol. 2, nr 1, s. 25–42.

1998¹⁵), Julite Alvin (twórczyni metody opartej na swobodnej improwizacji, 1978, 1991¹⁶), Edith Hillman Boxil (twórczyni Kontinuum Świadomości, 1985¹⁷), Tony Wigram (1999, 2000, 2006¹⁸). Powyższe badania, zarówno jakościowe, jak i ilościowe, dostarczają wielu informacji na temat metod, podejść i technik muzykoterapeutycznych, które w określony sposób wpływają na funkcjonowanie najbardziej zaburzonych sfer rozwojowych autystów. Rozumiejąc odmienność badań prowadzonych w naszym kraju, a także dostrzegając brak penetracji zagadnienia wykorzystania muzyki w terapii autyzmu, uznano, iż stanie się ono tematem wiodącym prezentowanego badania.

Metodologia badań własnych

Podjęmowane kwestie badawcze będą wskazywały oddziaływanie muzykoterapii (wybranych technik muzykoterapeutycznych) na poziom funkcjonowania dzieci w sferze poznawczej, motorycznej, emocjonalnej, społecznej, komunikacyjnej w zakresie niwelowania napięcia oraz w zakresie niwelowania stereotypii. Zatem, **przedmiotem niniejszych badań jest muzykoterapia, a właściwie techniki muzykoterapeutyczne wprowadzane w interwencję¹⁹ terapeutyczną dzieci z autyzmem.**

¹⁵ K. Bruscia, *Defining Music...*, dz. cyt.

¹⁶ J. Alvin, *Music Therapy for the Autistic Child*, Oxford University Press, New York 1991.

¹⁷ E.H. Boxill, *Music Therapy for the Developmentally Disabled*, Aspen Systems Corporation, Rockville 1985.

¹⁸ T. Wigram, Ch. Gold, *Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence*, Child: Care, Health and Development 2006, Vol. 32, nr 5, s. 535–542.

¹⁹ „Interwencja to [...] wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie” (B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2014).

Najistotniejszym **celem** podjętych badań jest poznanie wpływu działań opartych na aktywności muzycznej na wybrane sfery rozwojowe dzieci autystycznych. Jest niezwykle istotne, aby za pomocą badań udokumentowano w sposób możliwie rzetelny zakres wpływu i znaczenie muzykoterapii dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, potwierdzając tym samym to, że terapia poprzez muzykę może być skutecznym narzędziem pracy terapeutycznej. Celami **weryfikacyjnymi** będą sprawdzenie skuteczności działań muzykoterapeutycznych w ramach quasi-eksperymentu oraz porównanie dwóch niedyrektywnych metod pracy z dziećmi autystycznym – muzykoterapią a terapią poprzez zabawę (GPS). Celem **eksploracyjnym** będzie przysposobienie, modyfikacja oraz opracowanie narzędzi badawczych do pomiarów ilościowych i jakościowych sfery społecznej, emocjonalnej, poznawczej, komunikacyjnej, motorycznej w zakresie niwelowania napięcia i stereotypii dzieci autystycznych oraz skuteczności powyższych technik muzykoterapeutycznych. Celami **praktycznymi** jest opracowanie programu oddziaływań opartych na muzykoterapii oraz metod sprawdzających ich zastosowanie (szczegółowe raporty z sesji oraz nagrania wideo z całego procesu badawczego). Ponadto, cele te odnoszą się do wskazania muzykoterapii jako terapii, która może okazać się skuteczną metodą wspomagania rozwoju dzieci z autyzmem.

Postawione przez autorkę pracy **pytania badawcze** są następujące:

1. **Jaka jest skuteczność zastosowania działań muzykoterapeutycznych w usprawnianiu rozwoju dzieci autystycznych w ujęciu ilościowym (pomiar) i jakościowym (badanie fenomenologiczne)?**
2. **Jaka jest skuteczność zastosowania działań terapią opartą na zabawie - GPS w usprawnianiu rozwoju dzieci autystycznych w ujęciu ilościowym (pomiar) i jakościowym (badanie fenomenologiczne)?**

Poniżej wyszczególniono hipotezy:

1. **Zauważalna jest istotna efektywność działań muzykoterapeutycznych w usprawnianiu dziecka z autyzmem w sferze**

- poznawczej, motorycznej, emocjonalnej, społecznej, komunikacyjnej, w zmniejszeniu napięcia i stereotypii.
2. Zauważalna jest istotna efektywność terapii opartej na zabawie - GPS w usprawnianiu dziecka autyzmem w sferze poznawczej, motorycznej, emocjonalnej, społecznej, komunikacyjnej oraz w zmniejszeniu napięcia i stereotypii.

Zmienną niezależną w niniejszym badaniu jest **prowadzenie muzykoterapii opartej na improwizacji, tworzeniu, odtwarzaniu, słuchaniu/relaksacji**, zmienną zależną natomiast jest **poziom funkcjonowania rozwojowego dziecka autystycznego**. Ze zmiennych wyłaniają się wskaźniki. Wskaźnikiem zmiennej niezależnej są **raporty, obserwacje z sesji muzykoterapeutycznych oraz nagrania**. Wskaźnikiem zmiennej zależnej są **wyniki uzyskane z analizy jakościowej oraz z pomiaru sfer rozwojowych dziecka autystycznego: poznawczej, motorycznej, emocjonalnej, społecznej, komunikacyjnej, napięcia oraz stereotypii (sfera specjalna)**.

Badaniom eksperymentalnym poddana została grupa dzieci autystycznych ($n = 18$) w wieku od 3 do 7 lat z ośrodków i fundacji Górnego Śląska. Zaznaczyć należy, że był to quasi-eksperyment naturalny (główna metoda badań) prowadzony w typowych, niezmiennych warunkach zajęć. Wspomniany quasi-eksperyment był oparty na technice dwóch grup równoległych, tj. **grupy eksperymentalnej**, w której wprowadzony został czynnik eksperymentalny oparty na zmiennych niezależnych jakimi są techniki muzykoterapeutyczne oraz **grupy kontrolnej**, w której nie wprowadzono zmiennych niezależnych, ale w tym przypadku czynnikiem kontrolnym jest metoda oparta na zabawie - GPS. Każda sesja trwała 20-30 min i odbywała się raz w tygodniu. Całość badań eksploracyjno-weryfikacyjnych (faza eksplanacyjna) zakończona została analizą wyników w ujęciu ilościowym (z zastosowaniem pomiaru **zmiennych zależnych** - funkcjonowania dziecka autystycznego w sferze poznawczej, motorycznej, emocjonalnej, społecznej, komunikacyjnej, a także w zakresie niwelowania napięcia i stereotypii) oraz jakościowym (w zakresie relacji z terapeutą i funkcjonowania pacjentów poza terapią). Techniki wykorzystane w projekcie ba-

dawczym to: obserwacja uczestnicząca, wywiad ze specjalistami, analiza dokumentów.

Narzędzia badawcze użyte w fazie przygotowania badania, służące do rozwiązywania problemu badawczego, przedstawione są następująco: **The Autism Developmental Skillset Assesment (ADSA)**²⁰ – przeznaczony do pomiaru i oceny zachowań dziecka autystycznego w trzech obszarach: umiejętności społeczne, odbiór i ekspresja komunikacji oraz stereotypowe, powtarzające się wzory zachowań, zainteresowań i aktywności²¹; **Standaryzowana Skala Obserwacji Zachowania Dziecka (SOZ)** opracowana przez Martę Bogdanowicz, zawiera kategorie opisowe i liczbowe zachowań dziecka pod względem funkcjonowania sfery społecznej, emocjonalnej, poznawczej, ruchowej oraz wykazuje stopień świadomości kierunków, stereotypii, wokalizacji, agresji lub/i autoagresji, lęku²²; ponadto liczne arkusze obserwacyjne, skale, szczegółowe raporty z sesji oraz nagrania wideo (m.in. arkusze obserwacyjne M. Raszewska i W. Kuleczka²³; kwestionariusze obserwacyjne rozwoju dziecka A. Franczyk i K. Krajewska²⁴ oraz A.J. Cotugno²⁵).

²⁰ A.E. Reschke-Hernández, *The Autism Developmental Skillset Assesment (ADSA)*, University of Missouri, Kansas City 2004, s. 76–78.

²¹ Tamże. Narzędzie *The Autism Skillest Assessment* jest przetłumaczone (przez A. Knapik-Mikolajczak i S. Knapik-Szweda) oraz zaadaptowane tylko do powyższych celów badawczych i stosowane wyłącznie – za zgodą autorki – przez S. Knapik-Szweda.

²² M. Bogdanowicz, *Skala Obserwacji Zachowania (SOZ) dzieci i rodziców, uczestniczących w zajęciach Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wyd. „Fokus”, Gdańsk 2000, s. 22–23.

²³ M. Raszewska, W. Kuleczka, *Muzyka otwiera nam świat*, Wyd. „Harmonia”, Gdańsk 2009, s. 54–56.

²⁴ A. Franczyk, K. Krajewska, *Skarbiec nauczyciela-terapeuty. Na bazie własnych doświadczeń z pracy terapeutycznej, czyli od programu do realizacji, propozycje rozwiązań pracy terapeutycznej prowadzonej z dziećmi w wieku przedszkolnym o specyficznych specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Wyd. „Impuls”, Kraków 2006, s. 51–54.

²⁵ A.J. Cotugno, *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wyd. „Fraszka Edukacyjna”, Warszawa 2010, s. 55.

Wyniki i analiza

Ze względu na niemożność przedstawienia całościowych wyników danych (w tym danych statystycznych) zostaną zaprezentowane wybrane aspekty zachodzących zmian na podstawie Standaryzowanej Skali Obserwacji Zachowania Dziecka (SOZ) i z The Autism Developmental Skillset Assesment (ADSA). Nie sposób przedstawić szczegółowo zmian zachodzących u wszystkich uczestników badania, dlatego uwzględniono poszczególne przypadki (dwa przypadki z grupy eksperymentalnej, w której czynnikiem zachodzących zmian była muzykoterapia oraz dwa przypadki dzieci z grupy kontrolnej, w której wprowadzono czynnik terapii poprzez zabawę GPS.)

Badania z wyżej opisanymi dziećmi trwały od stycznia 2014 do lipca 2014 r. Zgodnie ze strategiami quasi-eksperymentu pierwszy pomiar odbył się w styczniu, drugi w lipcu. Kwestionariusz SOZ wypełniały (oprócz muzykoterapeuty) także dwie obiektywne osoby (specjaliści z różnych dziedzin – psycholog, logopeda, fizjoterapeuta, pedagog specjalny), które nie uczestniczyły w sesjach muzykoterapeutycznych. Poniżej przedstawiono uśrednione dane ilościowe z pierwszego i drugiego pomiaru czterech przypadków. Na wykresie pomiar I zaznaczono linią ciągłą, a pomiar II linią przerywaną.

Z powyższej analizy wynikają poziomy reprezentowanych umiejętności według kategorii, przy czym 1 pkt oznacza bardzo słaby poziom rozwoju, 2 pkt słaby poziom, 3 pkt poziom dostateczny, niski przeciętny, 4 pkt dobry poziom, 5 pkt bardzo dobry poziom. Na dwóch pierwszych wykresach przedstawiono wyniki przypadków, do których wprowadzono czynnik eksperymentalny – muzykoterapię. Dość klarowne konstatacje, można bowiem dostrzec wyraźne różnice w poszczególnych sferach rozwojowych. Na pierwszym wykresie, **przypadek 1** poprawił swoją sferę społeczną oraz sferę specjalną (stereotypie, wokalizacje, świadomość kierunków, agresja, lęk). Dziecko podczas ostatniej sesji muzykoterapeutycznej, słuchało i nawiązywało kontakt wzrokowy z terapeutą podczas piosenki powitalnej, która ewoluowała w swobodną

Tabela. Opis przypadków

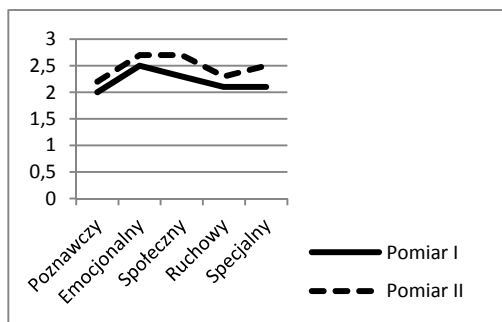
Przypadek 1 MT		Przypadek 2 MT		Przypadek 3 GPS		Przypadek 4 GPS	
Dziecko	chłopiec, 7 lat	dziewczynka, 3 lata	chłopiec, 6 lat	chłopiec, 6 lat	chłopiec, 7 lat	chłopiec, 7 lat	
Płeć i wiek	chłopiec, 7 lat	dziewczynka, 3 lata	chłopiec, 6 lat	chłopiec, 6 lat	chłopiec, 7 lat	chłopiec, 7 lat	
Kwalifikacja zaburzenia	autyzm, niepełnosprawność sprzężona	autyzm, niesamoistne opóźnienie mowy	autyzm	autyzm	alobalne opóźnienie rozwoju psychoruchowego, autyzm dziecięcy oraz encefalopatia padaczkowa	alobalne opóźnienie rozwoju psychoruchowego, autyzm dziecięcy oraz encefalopatia padaczkowa	
Obserwowane cechy syndromu	opóźnienie rozwoju psychoruchowego, z zaburzeniami integracji sensorycznej, słaba sprawność manualna	zwiększone napięcie psychoruchowe, słaba sfera poznawcza pod względem naśladownictwa	wzmoczona ruchliwość, impulsywność, brak dostosowania się do panujących zasad, nie reaguje na polecenia, poszukiwanie bodźców proprioceptywnych – zakłócają proces uwagi i uczenia się (trudności w naśladowaniu)	wzmoczona ruchliwość, impulsywność, brak dostosowania się do panujących zasad, nie reaguje na polecenia, poszukiwanie bodźców proprioceptywnych – zakłócają proces uwagi i uczenia się (trudności w naśladowaniu)	wzmoczona ruchliwość, impulsywność, brak dostosowania się do panujących zasad, nie reaguje na polecenia, poszukiwanie bodźców proprioceptywnych – zakłócają proces uwagi i uczenia się (trudności w naśladowaniu)	wzmoczona ruchliwość, impulsywność, brak dostosowania się do panujących zasad, nie reaguje na polecenia, poszukiwanie bodźców proprioceptywnych – zakłócają proces uwagi i uczenia się (trudności w naśladowaniu)	
Obecność stereotypii	stereotypie ruchowe, aktywność schematyczna	zabawy stereotypowe oparte na układaniu wieży z klocków czy ustawianiu zabawek w rzędy	trudności z przetwarzaniem sensomotorycznym (potrzeba ruchu lub mocne zaciskanie rąk)	trudności z przetwarzaniem sensomotorycznym (potrzeba ruchu lub mocne zaciskanie rąk)	stereotypie ruchowe: rzucanie przedmiotami, uderzanie lub poruszanie wiszącymi przedmiotami	stereotypie ruchowe: rzucanie przedmiotami, uderzanie lub poruszanie wiszącymi przedmiotami	
Sfera społeczna	zainteresowanie otoczeniem, inicjuje kontakt, nie podtrzymuje go, przedmiotowe traktowanie	preferuje kontakt indywidualny, trudności społeczne (nieakceptowanie decyzji podejmowanych przez osoby dorosłe), brak reakcji na rówieśników	trudności w funkcjonowaniu w grupie, sporadycznie agresja względem rówieśników	trudności w funkcjonowaniu w grupie, sporadycznie agresja względem rówieśników	nie jest zainteresowany nawiązywaniem kontaktów społecznych, nie podporządkowuje się poleceniom, w działaniach grupowych wymagane jest duże wsparcie terapeutę, przedmiotowe traktowanie względem dorosłych	nie jest zainteresowany nawiązywaniem kontaktów społecznych, nie podporządkowuje się poleceniom, w działaniach grupowych wymagane jest duże wsparcie terapeutę, przedmiotowe traktowanie względem dorosłych	

cd. tab.

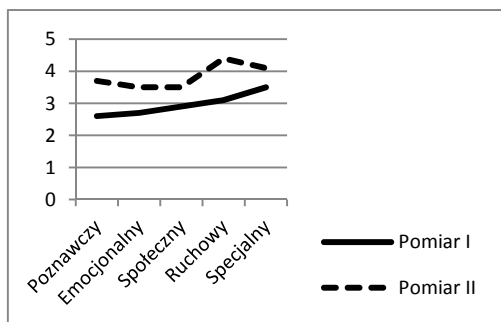
Dziecko	Przypadek 1 MT	Przypadek 2 MT	Przypadek 3 GPS	Przypadek 4 GPS
Sfera komunikacyjna - kontakt wzrokowy	kontakt wzrokowy znacznie utrudniony	słaby kontakt wzrokowy	kontakt wzrokowy oparty na spoglądaniu, trudność z podtrzymaniem go przez dłuższy czas	duże trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktu wzrokowego
Sposoby komunikacji	brak komunikacji werbalnej (wokalizacje)	porozumiewanie się poprzez gesty lub obrazki	porozumiewa się z otoczeniem w sposób werbalny	nie komunikuje się werbalnie, stosuje pojedyncze gesty z komunikacji alternatywnej

improwizację na bębnie opartą na naprzemiennym dialogu. Chłopiec w szybkim tempie naprzemiennie uderzał w dwa bębny, nasłuchując swoich produkcji dźwiękowych. Ponadto, chłopiec grał na dzwoneczkach (improwizacja i tworzenie). Stopniowo pojawiała się naprzemiennosc w tworzeniu, w której to chłopiec stawał się prowadzącym, a terapeuta naśladował produkcje chłopca, jego nastrój.

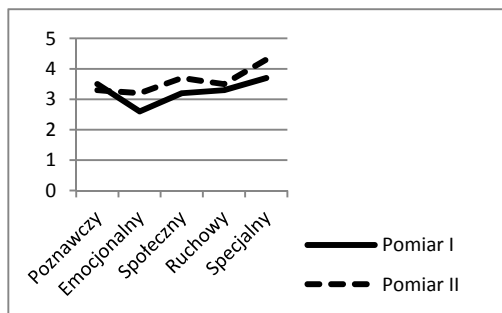
Wykres. Wyniki badań



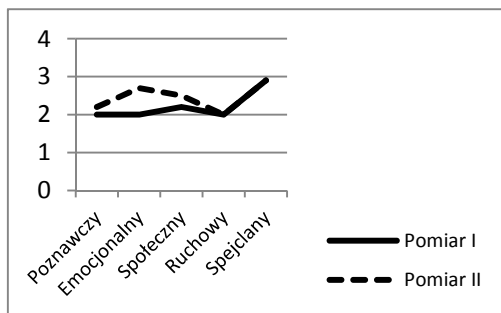
Przypadek 1. MT



Przypadek 2. MT



Przypadek 3. GPS



Przypadek 4. GPS

Znacząca różnica pojawiła się również w **przypadku 2**, gdzie można zaobserwować widoczne zmiany, zwłaszcza w obszarze sfery ruchowej, społecznej i emocjonalnej. Dziecko podczas sesji

wyraźnie poprawiło swoją ekspresję i zaangażowanie w muzycznej naprzemienności, zwłaszcza podczas improwizacji instrumentalnej i odtwarzania piosenek – przeważających doświadczeń muzykoterapeutycznych. Stopniowo zaczęło akceptować wprowadzane zasady oraz z dużą radością podążało za nimi. Poprzez improwizacje na pianinie i na bębnie motywowała się do podtrzymywania i wydłużania kontaktu wzrokowego, który na początku terapii stanowił trudność. Pod koniec procesu dziecko dużo wokalizowało i gaworzyło, dostosowując się do muzycznego materiału podawanego przez terapeutę. Podczas zabaw muzyczno-ruchowych znacznie częściej obserwowano, a na późniejszym etapie naśladowała działania terapeuty.

Dwa kolejne przypadki, należące do grupy kontrolnej, wprowadzającej zabawę poprzez terapię – GPS, wykazują mniejsze różnice w sferach rozwojowych w przeprowadzonych pomiarach. Pomimo że jednostki liczbowe w **przypadku 3** są wyższe od dwóch pierwszych przypadków, to zmiany pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wskazują na minimalną poprawę, zwłaszcza w sferze poznawczej i ruchowej. Wyjątek stanowi sfera emocjonalna i społeczna dziecka, która pozytywnie się rozwinęła. Chłopiec podczas terapii miał duże trudności z przystosowywaniem się do pewnych reguł. Opornie wykonywał polecenia zgodne z założeniami zabawy. Jednakże z biegiem czasu chłopiec przełamywał bariery, potrafił inicjować zabawę oraz kreatywnie tworzyć jej zasady, które przedstawiał terapeutę. Ponadto, nadmierna impulsywność chłopca była przekierowana na specjalnie dobrane zabawy ruchowe, które wspomagały go w odciążeniu energii.

Podobną sytuację dostrzegamy w **przypadku 4**, w którym sfera emocjonalna znacznie uległa poprawie. Dziecko ekspresyjnie wyrażało swoje emocje adekwatnie do sytuacji, preferowała jedną formę zabawy, dzięki której nawiązywał pozytywną relację z terapeutą. Jednakże sfera ruchowa oraz specjalna nie wykazała znaczącej zmiany. Chłopiec podczas ostatniej sesji przejawiał wiele zachowań stereotypowych, trudności w sferze poznawczej i podążaniu za proponowanymi zabawami.

Dyskusja

Wspierając muzyką terapię zaburzeń ze spektrum autyzmu, należy podkreślić, że ze względu na niedyrektywny charakter sesji, możliwości dostosowania się do potrzeb każdego dziecka oraz interakcje, do jakich można dochodzić podczas muzycznej aktywności, profesjonalni muzykoterapeuci, za pośrednictwem działań muzycznych, wspomagają rozwój dziecka z autyzmem. Otrzymuje ono potrzebne bodźce, odpowiednie impulsy twórcze, które kształtują sfery zaburzone w tempie i konfiguracji odpowiedniej dla dziecka.

Autorka pragnie zasygnalizować, że zaprezentowane powyższe wyniki nie są całościowym materiałem badawczym. Celem nadrzędnym artykułu było przedstawienie koncepcji perspektywy badawczej i narzędzi badawczych oraz wskazanie potrzeby prowadzenia badań w modelu jakościowo-ilościowym skupiającym zagadnienia autyzmu oraz muzykoterapii. Ponadto, istotnym celem była prezentacja, czym jest muzykoterapia i inne formy niedyrektywnych działań względem dzieci z autyzmem. Na podstawie powyższych danych można zauważyć zmiany, jakie pojawiły się podczas prowadzonych terapii w czterech przypadkach. Trudno jednakże jest jednoznacznie wskazać, która z terapii (ze względu na swoje właściwości) z większą intensywnością wspomaga rozwój dziecka z autyzmem, gdyż nie zostały ukazane całościowe dane ilościowe i jakościowe, ze względu na obecny proces opracowywania wyników. Ukazane cztery przypadki nie wskazują jednoznacznie, która z terapii – muzykoterapia czy terapia poprzez zabawę (GPS) – bardziej efektywnie usprawniania dziecko z autyzmem, jednakże pojawiają się opisane zmiany.

Zakończenie

Powyższe badania, pomimo braku możliwości stwierdzenia generalizacji i obiektywności badawczej, mogą wzbogacać obecny stan wiedzy, zwłaszcza w dziedzinie muzykoterapii oraz jej wpływu na

dzieci z autyzmem i ich rozwój. Należy zatem zapewnić, że badania dotyczące wpływu muzykoterapii na dzieci z autyzmem będą rozszerzane i kontynuowane, gdyż dostrzegalny jest deficyt badań łączących muzykoterapię i autyzm. Sądzę, że muzykoterapia jest ciekawym, wciąż mało znanym zagadnieniem badawczym, z punktu widzenia polskiej teorii, terapii czy działań pedagogicznych, dlatego warto podjąć trud penetracji powyżej zarysowanych zagadnień.

Bibliografia

- ALVIN J., *Music Therapy for the Autistic Child*, Oxford University Press, New York 1991.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition DSM V, American Psychiatric Publishers, Washington DC/London 2013.
- BOGDANOWICZ M., *Skala Obserwacji Zachowania (SOZ) dzieci i rodziców, uczestniczących w zajęciach Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wyd. „Fokus”, Gdańsk 2000.
- BOXILL E.H., *Music Therapy for the Developmentally Disabled*, Aspen Systems Corporation, Rockville 1985.
- BRANDALISE A., *Music Therapy, Song and Communication*, Voices a World Forum for Music Therapy 2009, Vol. 9, nr 2.
- BRUSCIA K., *Defening Music Therapy*, Barcelona Publishers, Gilsum 1998.
- BRUSCIA K., *Music in the Assessment and Treatment of Echolalia*, Music Therapy 1982, Vol. 2, nr 1, s. 25–42.
- COTUGNO A.J., *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. Rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych*, Wyd. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010.
- CYLULKO P., *Muzykoterapia niewidomych i słabowidzących dzieci*, Wydawnictwa Tyfologiczne PZN, Warszawa 1999.
- CYTOWSKA B., *Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2014.
- FRANCZYK A., KRAJEWSKA K., *Skarbiec nauczyciela-terapeuty. Na bazie własnych doświadczeń z pracy terapeutycznej, czyli od programu do realizacji, propozycje rozwiązań pracy terapeutycznej prowadzonej z dziećmi w wieku przedszkolnym o specyficznych i specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.

- GALIŃSKA E., *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*. Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu 1990, nr 52, s. 32–42.
- KIERYŁ M., *Elementy terapii i profilaktyki muzycznej*, Wyd. „Żak”, Warszawa 1996.
- KONIECZNA-NOWAK L., *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013.
- LEWANDOWSKA K., *Muzykoterapia dziecięca: zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Kinga Lewandowska, Gdańsk 2001.
- NATANSON T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- NORDOFF P., ROBBINS C., *Music Therapy in Special Education*, The John Day Company, New York 1971.
- RASZEWSKA M., KULECZKA W., *Muzyka otwiera nam świat*, Wyd. „Harmonia”, Gdańsk 2009.
- RESCHKE-HERNÁNDEZ A.E., *Evaluation of a developmentally-based Music Therapy Assessment Tool for Children with Autism*, University of Missouri, Kansas City 2004.
- STACHYRA K., *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.
- WIGRAM T., GOLD CH., *Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence*, Child: Care, Health and Development 2006, Vol. 32, nr 5, s. 535–542.