

Sara Knapik-Szweda
Akademia Muzyczna
im. Karola Szymanowskiego w Katowicach
Uniwersytet Śląski w Katowicach,
Zakład Pedagogiki Twórczości i Ekspresji Dziecka

Muzyczne zdolności dzieci autystycznych jako przejaw ekspresji ujawniającej się podczas procesu muzykoterapeutycznego – studium przypadku

Musical Abilities of Autistic Children
as a Manifestation of Expression
Occurring during the Process
of Musical Therapy – a Case Study

Wprowadzenie

Muzykoterapia i całe jej muzyczne bogactwo są coraz bardziej doceniane i wykorzystywane w procesie terapeutycznym. Liczne techniki, metody muzykoterapeutyczne docierają do każdego pacjenta, bez względu na wiek, pochodzenie, płeć, schorzenie, czy wykształcenie. Jest ona zupełnie wyjątkową dyscypliną, która wywiera wpływ na organizm człowieka, jego sferę psychosomatyczną. Ułatwia komunikację, proces uczenia się, poprawia koncentrację, sferę emocjonalną oraz poznawczą, wspomagając leczenie jednostki w taki sposób, aby osiągnęła lepszą jakość życia.

Muzykoterapia, aby oddziaływać holistycznie na człowieka opiera się na procesie terapeutycznym wykorzystującym muzykę, wielość środków przekazu i możliwości ekspresji. Ponadto jest formą zabawy, dzięki której pacjenci najwięcej korzystają, zwłaszcza dzieci z zaburzeniami zachowania, zahamowania i różnymi trudnościami.

T. Natanson (twórca polskiej muzykoterapii) w swojej definicji podaje, że dyscyplina ta przywołuje wiele elementów, które mogą stać się podstawą myślenia holistycznego: „Muzykoterapia jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i panujące w nim stosunki międzyludzkie”¹. Tutaj muzykoterapia przyjmuje wymiar holistyczny poprzez dogłębne dotarcie do cech ludzkich każdego człowieka, zwrócenie się do największej wartości jego życia – zdrowia oraz przywołuje istotny społeczny aspekt, jakim są relacje międzyludzkie. E. Ruud uważa², że muzykoterapia jest sposobem osiągnięcia lepszej jakości życia, a swoje rozważania opiera na holistycznej teorii zdrowia, według której zdrowie człowieka wiąże się z dobrym samopoczuciem, poczuciem spełnienia oraz zdolnością do wszelkiej aktywności³.

Światowa Federacja Muzykoterapii, podając szczegółową definicję muzykoterapii, podkreśla całościowe podejście do jednostki, które w ramach realizacji wyznaczonych celów terapeutycznych wychodzi naprzeciw „fizycznym, emocjonalnym, umysłowym, społecznym i poznawczym potrzebom jednostki”⁴. P. Nordoff oraz C. Robbins również podkreślali całościowe podejście do człowieka, przy zachowaniu jego potrzeb i pragnień – „za pośrednictwem muzyki możliwe jest dotarcie do najgłębszych warstw osobowości. Techniki terapii muzyką zostały opracowane z myślą o rozwoju ich twórczego potencjału i wzmocnieniu ich funkcji psychicznych (również fizycznych) przez pozytywne przeżycia i korzystne doświadczenia społeczne”⁵. Światowa Federacja Muzykoterapeutów określiła również cele muzykoterapii, których podstawą jest myślenie oparte na przekonaniu, że jednostka to integralna, nierozrwalna całość – „ce-

¹ T. Natanson, *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania-wychowania. Wybrane refleksje teoretyczne*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu” (1988) 45, s. 121–127.

² Wszystkie przytoczenia i cytaty tekstów anglojęzycznych są prezentowane w tłumaczeniu własnym.

³ E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation, Communication and Culture*, Gilsum 1998, s. 53.

⁴ K. Stachyra, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, Lublin 2009, s. 62.

⁵ P. Nordoff, C. Robbins, *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, tłum. A. Bryndal i E. Masiak, Kraków 2008, s. 118.

lem muzykoterapii jest rozwijanie potencjału i/lub przywracanie funkcji jednostki, tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą intra- i interpersonalną integrację, a w konsekwencji lepszą jakość życia dzięki profilaktyce, rehabilitacji lub leczeniu”⁶. Wielu terapeutów, określając cele pracy muzykoterapeutycznej podaje osiągnięcie lepszej jakości życia klienta. Cel ten zawiera elementy, które dają nam całościowy obraz człowieka–klienta.

Jest to:

- aktywność związana z zaangażowaniem, energią do wykonywanych czynności, samorealizacją, wolnością;
- nawiązywanie relacji interpersonalnych (przyjaźnie, intymne relacje);
- pewność siebie, która wiąże się z prawidłową samooceną i samoakceptacją;
- poczucie szczęścia oparte na emocjonalnych doświadczeniach;
- bezpieczeństwo i radość⁷.

Powyższe twierdzenia ściśle wiążą się z psychologią humanistyczną, skoncentrowaną na osobie. Teoria humanistyczna, ze względu na swój szeroki zasięg zainteresowań, poszukiwała inspiracji w naukach przyrodniczych, nauce o historii, literaturze czy sztuce, chcąc stworzyć pełniejszy obraz jednostki. Psychologowie humanistyczni sądzili, że prawidłowy rozwój jednostki jest możliwy wyłącznie w kontakcie z drugim człowiekiem. Rola drugiego człowieka stanowi fundament rozwoju osobowości. Odpowiednia postawa jednostki powinna się opierać na samoakceptacji wszystkich odczuć według zasady „tu i teraz”. Ponadto C. Rogers podkreślał pełną akceptację drugiego człowieka, bez sądzenia jego czynów czy sposobu myślenia. Takie „rozumowanie empatyczne” przynosi pozytywne skutki rozwojowe, których przyczyną jest zależność pomiędzy jednostkami. Bycie autentycznym, akceptacja siebie i innych, realizacja własnych celów, zdolność do wyrażania swoich emocji, otwartość na swoje doświadczenia sprawiają, że jednostka jest zdolna do twórczenia. Staje się jednostką twórczą⁸.

Rodzi się zatem pytanie, co to jest twórczość i jak się objawia. Próbę udzielenia odpowiedzi podjęli R. Gloton i C. Clero: „Twórczość jest wyznaczona przez dzieła, istnieje tylko dzięki nim, może się urzeczywistniać jedynie w otwartym i swobodnym klimacie porozumienia z drugim człowiekiem, w środowisku bogatym i stymulującym wrażliwość i wyobraźnię”⁹. Twórczość to nic innego jak wyrażanie siebie i przeżywanie

⁶ K. Stachyra, *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, dz. cyt., s. 62.

⁷ E. Ruud, *Music Therapy, Improvisation, Communication and Culture*, dz. cyt., s. 55–56.

⁸ R. Gloton, C. Clero, *Twórcza aktywność dziecka*, Warszawa 1988, s. 45.

⁹ Tamże, s. 45.

swoich doświadczeń życiowych w inny sposób. To subiektywne odkrywanie nowych wartości, nowych również dla jednostki. Ta aktywność twórcza ujawnia się u małego dziecka i jest potrzebą biologiczną, zarówno prawidłowo rozwijającego się, jak i niepełnosprawnego. Jak piszą autorzy: „dziecko w sposób naturalny jest twórcą”¹⁰.

W przypadku dziecka tworzenie równoważne jest z potrzebą rozwoju i poznawania siebie i świata. W przypadku dzieci niepełnosprawnych czy dzieci autystycznych ten rozwój będzie przebiegał inaczej – pewne cechy rozwiną się w małym stopniu lub nie rozwiną się wcale, co nie znaczy, że chęć aktywności twórczej zmaleje czy nie ujawni się, wręcz przeciwnie. Dzieci zaburzone w różnych sferach rozwoju, mające ograniczone możliwości komunikacyjne, społeczne czy poznawcze, nie mogą się porozumiewać ze światem w werbalny sposób, mogą to czynić właśnie za pomocą swobodnej działalności twórczej – między innymi malarskiej, rzeźbiarskiej czy muzycznej. Ta ostatnia możliwość ze względu na różnorodność elementów muzycznych, dopasowania się do każdej jednostki i jej umiejętności, a co najważniejsze ze względu na dostarczenie medium komunikacji niewerbalnej – do której zalicza się muzykę – pozwala dziecku kontaktować się z drugą osobą. Więż, która pojawia się w trakcie tworzenia muzyki, jest podstawą rozwoju, o którym pisał C. Rogers. Wszelka aktywność instrumentalna, wokalna, ruchowa, a więc forma ekspresji to wyraz autentyczności, akceptacji oraz chęci wyrażenia siebie w pełni. A co za tym idzie – chęci tworzenia, bez granic czy ograniczeń. Czym zatem jest ekspresja?

„Ekspresja jest tym zjawiskiem, które uzewnętrznia się i uobecnia innym (...) to co, najbardziej intymne w osobowości”¹¹. Ponadto likwiduje napięcia i wyparte do podświadomości wewnętrzne konflikty, dając możliwość na ich rozwiązanie czy ponowne przeżycie. „Ekspresja to przede wszystkim odsłanianie siebie, stawanie się przejrzystym dla innych, co nie jest możliwe we wszystkich sytuacjach”¹². Taką właśnie doskonałą możliwość „odsłaniania siebie” daje muzyka, a zwłaszcza improwizacja (swobodne tworzenie bez wcześniejszego przygotowania), technika stanowiąca podstawę modelu muzykoterapeutycznego – Muzykoterapii Kreatywnej/Kreacyjnej stworzonej przez wspomnianych autorów – P. Nordoffa i C. Robbinsa. J. Uszyńska-Jarmoc wyróżnia trzy rodzaje ekspresji: naturalną (swobodną), zamierzoną (kierowaną) oraz inspirowaną (połączone cechy ekspresji swobodnej i kierowanej).

Dla Muzykoterapii Kreatywnej przodującą formą ekspresji jest ekspresja naturalna, która jest „instynktowna, spontaniczna, autentyczna, twórcza, wyrażająca potrzebę samorealizacji”¹³. Ekspresja (eksploracja siebie) utożsamiana jest z twórczością i wszelką aktywnością dziecka. 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. Współimprowizacja, która zachodzi podczas sesji jest metaforą rozmowy, naprzemienną wymianą różnych muzycznych informacji, które zawierają nagromadzone napięcia, konflikty, trudności, emocje zarówno pozytywne, jak i negatywne. P. Nordoff oraz C. Robbins w swoich pracach dotyczących nowo powstałego wówczas podejścia podkreślali ważną i niepodważalną myśl. Według nich każde dziecko, niezależnie od zaburzenia, niepełnosprawności, wieku, zainteresowań, osobowości posiada w sobie „wrodzoną, zindywidualizowaną muzykalność”, która jest określana mianem „muzyczne dziecko”¹⁴. To „muzyczne dziecko” jest wrażliwe na wszelkie zmiany zachodzące w muzyce: w ruchu harmonicznym, rytmicznym, agogicznym czy dynamicznym. Każde dziecko poprzez swój akt twórczy dokonuje autoekspresji, co jest istotną chwilą w rozwoju. Jak piszą autorzy: „Termin Muzyczne Dziecko oznacza organizację receptywnych, kognitywnych i ekspresyjnych możliwości, które mogą stać się kluczowe dla organizacji osobowości”¹⁵. Jeżeli dziecko jest zaangażowane w proces tworzenia, to w jego trakcie zostają pobudzane i rozwijane umiejętności poznawcze (jak koncentracja uwagi, pamięć, percepcja bodźców zewnętrznych oraz ich prawidłowe przetwarzanie), a także umiejętności społeczne, motoryczne (koordynacja wzrokowo-ruchowo-słuchowa) oraz emocjonalne.

Muzyczne doświadczenia są uniwersalne, a ich dobór jest dostosowany do pacjenta. E. Jutrzyzna pisze, że „będąc naturalnym środkiem wzmacniającym uczucia o działaniu natychmiastowym oraz dzięki swojej wieloaspektowości, giętkości muzyka dociera do każdego, bez względu na jego poziom inteligencji lub wykształcenia (...)”¹⁶. Dźwięk, ton, skala, akord, współbrzmienie, motywy, sekwencje, dążenia tonalne, modulacje,

¹³ J. Uszyńska-Jarmoc, *Twórcza aktywność dziecka. Teoria – rzeczywistość – perspektywy rozwoju*, Białystok 2003, s. 39–40.

¹⁴ A. Bryndal, S. Procter, *Muzykoterapia Nordoff – Robbins*, [w:] *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2012, s. 20.

¹⁵ Tamże, s. 20.

¹⁶ E. Jutrzyzna, *Dziecko autystyczne w kręgu muzyki*, [w:] *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, red. J. Bleszyński, Kraków 2005, s. 59.

rytm to elementy mające swoje miejsce i cel w utworze. Ta pewna niezmiennosc porządku muzycznego fascynuje zwłaszcza dzieci autystyczne, które tak mocno potrzebują jasnych i klarownych zasad w funkcjonowaniu. Muzykoterapia dla nich jest na tyle plastyczna, a zarazem przewidywalna, że pozwala dziecku autystycznemu na wyrażenie swoich ukrytych emocji i nawiązanie niewerbalnego kontaktu z terapeutą poprzez muzyczny język.

Swobodna gra na instrumentach z terapeutą sprawia, że dzieci autystyczne stopniowo uczą się naśladować (rodzaj gry, sposób wydobywania dźwięków) oraz powtarzać odpowiednie wzorce muzyczne, potrzebne w komunikacji niewerbalnej (pytanie – terapeuta gra na danym instrumencie i w sposób sugestywny czeka na odpowiedź pacjenta, który gra na jednym z instrumentów perkusyjnych). Improwizacja instrumentalna lub wokalna (śpiewanie piosenek, różnych kombinacji spółgłosek, samogłosek, naśladowanie dźwięków) wyzwała spontaniczną aktywność u dziecka. Obserwując te zachowania, terapeuta wykorzystuje zdolności muzyczne pacjenta, jego przeżycia, współuczestnicząc i nadając odpowiednią strukturę w muzycznym działaniu. Wspólne tworzenie muzyki powoduje również poprawę umiejętności motorycznych oraz sensomotorycznych (koordynację bilateralną)¹⁷. Przetwarzanie materiału muzycznego wpływa na zapamiętywanie schematów oraz daje możliwość stopniowego jego modyfikowania, co pokazuje i przyzwyczajają dzieci autystyczne do małych i czasem nieznaczących zmian¹⁸. Muzykoterapia przyczynia się do wzrostu tempa rozwoju mowy tych dzieci, likwidacji zaburzeń komunikacyjnych oraz zdecydowanie zmniejsza występowanie echolalii¹⁹. Według J. Alvin muzyka ułatwia zdobywanie przez dziecko doświadczeń sensorycznych, dotykowych i słuchowych²⁰, odczuwanie wydobywanego dźwięku oraz słuchanie i porównanie siły włożonej w uderzenie. Słuchanie muzyki w trakcie relaksacji pomaga dziecku autystycznemu w obniżeniu ciągłego napięcia, redukcji niepokoju, pobudliwości oraz pozwala na lepszą poprawę świadomości własnego ciała²¹.

Wielu badaczy wykazało, że dzieci autystyczne są niezwykle zainteresowane muzyką i jej wykonywaniem, przeżywając ją w sposób niezwykajny w porównaniu do dzieci prawidłowo rozwijających się. Stwierdzono również, że autyści reagują intensywniej i właściwiej na muzykę

¹⁷ B. Wheeler, C. Shultis, D. Polen, *Clinical training Guide for the Student Music Therapist*, Gilsum 2005, s. 81.

¹⁸ Tamże, s. 91.

¹⁹ E. Jutrzyzna, *Dziecko autystyczne w kręgu muzyki*, dz. cyt., s. 62.

²⁰ Tamże, s. 62.

²¹ B. Wheeler, C. Shultis, D. Polen, *Clinical training Guide for the Student Music Therapist*, dz. cyt., s. 109.

niż na inne stymulacje słuchowe. M. Applebaum (1979) stwierdził, że dzieci autystyczne naśladowują pojedyncze dźwięki lub serie dźwięków w taki sam sposób lub lepiej niż dzieci zdrowe²². D. O'Connell (1974) ukazywał wyjątkową zdolność gry na fortepianie przez głęboko zaburzonego autystę²³. E.G. Blackstock (1978) badał wizualne i muzyczne preferencje dzieci autystycznych oraz dzieci zdrowych. Wskazał, że dzieci nie autystyczne nie wykazywały konkretnej preferencji w przeciwieństwie do dzieci autystycznych, które zdecydowanie wybierały muzykę²⁴. M. Thaut (1987) wskazał na znaczące preferencje stymulacji muzycznej dzieci autystycznych w porównaniu do stymulacji wzrokowej, w przeciwieństwie do dzieci zdrowych. V. Firth (1972) analizując i porównując spontanicznie wydobywane dźwięki z ksylofonu przez dzieci autystyczne oraz tworzone sekwencyjnie kolorowe karty, wykazał, że dźwięki zagrane na ksylofonie były znacznie bardziej złożone i zróżnicowane od sekwencji ułożonych kolorów²⁵. C. Lu Edgerton (1994) wykazała, że stosowanie improwizacji muzykoterapeutycznej w grupie jedenaściora dzieci w wieku od 6 do 9 lat, podczas indywidualnych sesji, poprawiło muzyczne i niemuzyczne zachowania społeczne nastawione na nawiązanie kontaktu²⁶.

Kolejni badacze, P. Vaiouli oraz M.H. Schertz (2012), wykazali, że improwizacja jako aktywna interwencja muzyczna wpływa na wspólną i naprzemienną koncentrację dzieci autystycznych względem nauczycieli oraz rodziców. Muzykoterapia była prowadzona u trójki dzieci autystycznych w wieku od 5 do 7 lat, indywidualnie, raz w tygodniu, przez 8 miesięcy. Jak pokazują wyniki, u dzieci znacznie poprawił się spontaniczny kontakt wzrokowy. W trakcie sesji pojawiało się więcej celowych zachowań społecznych. Podczas analizy sesji muzykoterapeutycznych wykazano, że dzieci reagowały na wspólne pole uwagi oraz inicjowały kontakt z terapeutą w trakcie muzycznej interakcji²⁷.

Istnieje jeszcze wiele przykładów, które zostały udowodnione naukowo na to, że muzyka silnie wpływa na dzieci autystyczne, co widoczne jest w ich graniu, tworzeniu, słyszeniu. Wielu muzykoterapeutów podkreślało, że stosowanie licznych metod muzykoterapeutycznych u dzieci

²² W. Davis, K. Geffler, M. Thaut, *An Introduction to Music Therapy. Theory and Practise*, USA 1999, s.170.

²³ Tamże, s.170.

²⁴ Tamże, s.170.

²⁵ Tamże, s.170.

²⁶ Tamże, s.170.

²⁷ P. Vaiouli, M.H. Schertz, *Promoting Social Engagement for Young Children with Autism: A Music Therapy Approach*, http://icmpc-escom2012.web.auth.gr/sites/default/files/papers/1044_Proc.pdf (Dostęp: 01.04.2014).

autystycznych poprawiało i wzmacniało: relacje interpersonalne, ich sferę emocjonalną, koordynację ruchową, świadomość własnego ciała, umiejętności komunikacyjne oraz językowe, czyli wszystkie te sfery, które są najbardziej zaburzone u dzieci autystycznych.

Prezentacja indywidualnych przypadków

Prowadzone badania mają charakter jakościowy ze względu na dokonywanie holistycznej analizy badanych zjawisk, które rzeczywiście wydarzyły się w swobodnie zmieniającym się środowisku²⁸. Metody jakościowe wymagają od badacza bezpośredniego i bliskiego zrozumienia procesu, co jest charakterystyczne dla zastosowanej w tej pracy improwizacji jako formy ekspresji. Ważnym elementem w tym rodzaju badań jest pełna dokumentacja wraz z interpretacją, w celu zyskania argumentów i potwierdzenia tezy badawczej. Przedmiotem badań jest jakościowy opis trzech indywidualnych przypadków – chłopców, u których zdiagnozowano autyzm, będących w trakcie prowadzonej muzykoterapii lub po jej zakończeniu z przyczyn niezależnych. Celem badania jest poznanie wpływu improwizacji jako elementu muzykoterapii holistycznej na rozwój komunikacji muzycznej i pozamuzycznej oraz na rozwój funkcjonowania społecznego.

Do celów szczegółowych przyjętych w pracy muzykoterapeutycznej w trzech przypadkach zostały zaliczone:

- polepszenie komunikacji niewerbalnej – (stopniowe wydłużanie kontaktu wzrokowego,
- poprawa w inicjowaniu i dłuższym podtrzymywaniu komunikacji,
- utrzymanie i stopniowe wydłużanie funkcjonowania sfery poznawczej – wspólnego pola uwagi, koncentracji, zapamiętywania i innych operacji myślowych.

Tak postawione cele autorka pracy realizowała na indywidualnych sesjach muzykoterapeutycznych, które opierały się na wspomnianej już wcześniej improwizacji. Wskaźnikami komunikacji niewerbalnej w procesie muzykoterapeutycznym były:

- a) wspólne tworzenie oparte czasem na grze impulsywnej (dziecko wyraża swoje emocje z dużą intensywnością)²⁹,
- b) wspólne tworzenie będące formą gry chaotycznej (niestabilnej, ale fragmentarycznie nawiązującej do muzycznego materiału terapeutycznego),
- c) gra w tym samym pulsie, wykazująca elementy gry stabilnej,

d) dialog muzyczny, w którym terapeuta i dziecko naprzemiennie komunikują się poprzez swoje muzyczne wytwory³⁰,

e) nucenie w tonacji granej improwizacji jako umiejętność nawiązania do improwizacji terapeuty,

f) wykorzystywanie możliwości dopasowywania (dziecko stara się dopasować do muzycznego stylu terapeuty, tempa, w którym gra, stosując podobne schematy rytmiczne, dynamiczne) i naśladowania (dziecko kopiuje czynności wykonane przez klienta, jego ekspresję muzyczną, ruchy ciała, zachowanie czy reakcje), aby stopniowo wraz z terapeutą współtworzyć improwizację wokalnie-instrumentalną.

Wskaźnikami komunikacji werbalnej były: tworzenie improwizowanych piosenek (zwłaszcza słów), które ujawniały dobór bogatego słownictwa; oryginalność i kreatywność wypowiedzi uczestników terapii; podejmowanie rozmowy na podstawie tworzonej piosenki.

Sesje wykorzystywały niedyrektywny charakter i opierały się na założeniach Muzykoterapii Kreatywnej Nordoffa i Robbinsa. Terapeuta nie wymagał od chłopców wykonywania poleceń, nie zmuszał do realizowania pewnych czynności opartych na graniu czy śpiewaniu, starał się ograniczyć słowne komentarze i próby werbalnego zachęcania klienta do aktywności. Każda sesja była zbliżona do siebie strukturą, miejscem i czasem. Ponadto w ramach badań każda sesja była nagrywana oraz po każdej z nich autorka sporządzała szczegółowe sprawozdania z istotnych chwil podczas procesu muzykoterapeutycznego.

Przypadek 1. Chłopiec P., który ma 5 lat, został zdiagnozowany jako dziecko z niepełnosprawnością sprzężoną, której cechą jest niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym, niepełnosprawność ruchowa oraz autyzm. Chłopiec wykazuje globalne opóźnienie rozwoju psychoruchowego, z zaburzeniami integracji sensorycznej oraz z obniżoną sprawnością manualną. Osoby są traktowane przez klienta przedmiotowo, gdy czegoś chce to „ciągnie” osobę dorosłą w celu otrzymania konkretnego przedmiotu. Aktywność chłopca jest schematyczna i jednolita. Ponadto są zauważalne stereotypie ruchowe w postaci autostymulacji, kręcenia głową na boki, podskakiwanie i ogólne pobudzenie ruchowe w pewnych sytuacjach, np. przed rozpoczęciem sesji muzykoterapeutycznej. Dziecko próbuje inicjować kontakt, ale nie potrafi go podtrzymać przez dłuższy czas. Kontakt wzrokowy jest znacznie utrudniony, czasem wy-

³⁰ T. Wigram, *Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*, London 2004, s. 84.

³¹ Ze względu na zachowanie anonimowości dzieci oraz odróżnienie trzech chłopców, autorka przedstawia tylko inicjał imienia.

stępuje w chwilach motywacji i zainteresowania klienta daną rzeczą lub zdarzeniem. Zauważalny jest brak komunikacji werbalnej, choć jest on aktywny wokalnie (pojawiające się wokalizacje, nieartykułowane zestawienia zgłosek). Rozumienie mowy jest trudne do oceny, ponieważ współdziałanie klienta jest bardzo słabe. Jego sytuacja rodzinna jest dość trudna, gdyż jest wychowywany przez samotną matkę. Uczęszcza do specjalnego przedszkola od 1,5 roku. Muzykoterapia u chłopca pięcioletniego początkowo była prowadzona w formie zajęć grupowych. Już na pierwszych zajęciach można było zauważyć, jak duży potencjał muzyczny posiada klient i z jaką chęcią uczestniczy w sesjach. Odkrywanie brzmień instrumentów, pokazywanie licznych możliwości głosowych oraz pierwsze próby nawiązywania interakcji poprzez improwizację, skłoniły autorkę do wyboru właśnie tego chłopca do przyszłych badań.

Początkowo chłopiec czuł się na sesjach niekomfortowo, często wskazywał, że chce opuścić salę. Nie nawiązywał muzycznego kontaktu z terapeutą, nie był zainteresowany muzycznymi zdarzeniami na sesji. Podczas sesji dziecko często manifestowało niechęć do gry na instrumentach lub wykonywania danych czynności poprzez odciąganie ręki terapeuty od strun gitary i przytrzymywanie ich przez pewien czas. W trakcie procesu zdarzały się momenty, w których chłopiec był zaintrygowany poznawczo instrumentami (zwłaszcza gitarą i dzwonekami sztabkowymi) – szarpał struny, wydobywał akordy lub pojedyncze dźwięki o zbliżonej dynamice, układał dzwonki w różnych konfiguracjach melodycznych oraz zmieniał sposoby wydobywania dźwięków z instrumentów, tym samym badając ich możliwości. Początkowo jego gra była fragmentaryczna, powtarzająca się i nie nawiązująca w żaden sposób do muzycznego materiału terapeuty. Od siódmej sesji chłopiec stawał się coraz bardziej odważny i asertywny w tworzeniu (niezależność w rytmicznych i melodycznych elementach improwizacji). Stopniowo ukazywał nabyte umiejętności muzyczne (utrzymywanie stałego pulsu, reagowanie na dynamiczno-agogiczne zmiany, dostosowywanie się do nastroju muzycznych fraz tworzonych przez terapeutę) oraz coraz lepiej nawiązywał muzyczną interakcję z terapeutą. Wykazywał dużą wrażliwość słuchową na muzyczne zmiany, np. często wsłuchiwał się w brzmienie instrumentu i koncentrował się na sposobie wydobywania dźwięku, na jego brzmieniu i wibracji (klient kładł się przy wibrującym instrumencie, odczuwając wydobywające się drgania). Istotnymi chwilami podczas całego procesu terapeutycznego opartego na działaniach muzykoterapeutycznych było chwywanie ręki terapeuty, przyciąganie jej do siebie i granie za jej pomocą na gitarze; wokalizacje klienta były utrzymane w tej samej tonacji, co grana improwizacja; spośród wielu instrumentów (gitary, dzwoneków, bębna, tambury,

grzechotek) dzwonki sztabkowe stały się sposobem dotarcia do klienta i tym samym, najlepszym instrumentem, który wspomagał kontakt między terapeutą i klientem. Dzwonki sztabkowe umożliwiały utworzenie wspólnego pola uwagi, jednej z trudności poznawczej występującej w autyzmie oraz sprawiały, że chłopiec podczas grania koncentrował się i tym samym niwelował ruchy stereotypowe. Ponadto na ostatnich sesjach, klient wypracował z terapeutą muzyczny naprzemienny dialog do takiego stopnia, że chłopiec oczekiwał muzycznej odpowiedzi od terapeuty, nawiązując z nim kontakt wzrokowy, czasem naśladowując jego muzyczne motywy, a czasem tworząc własne.

Przypadek 2. Chłopiec O. (4 lata) w wywiadzie rodzinnym obciążony okołoporodowo, w drugim roku życia zdiagnozowano u niego autyzm. Rozwój poznawczy jest opóźniony i nieharmonijny. Obecnie chłopiec wypowiada pojedyncze słowa, posługuje się ręką dorosłego, gdy czegoś chce. Rozumie polecenia proste, związane z konkretną sytuacją, ma trudności w rozumieniu poleceń złożonych. Biorąc pod uwagę wiek dziecka, jego myślenie jest na etapie sensomotorycznym. Podczas aktywności własnej dominuje prosta zabawa manipulacyjna. Jeśli chodzi o kontakty społeczne, dziecko chętniej nawiązuje kontakty z osobami dorosłymi, natomiast podczas funkcjonowania w grupie rówieśniczej wymaga wsparcia i ukierunkowania na dane aktywności. Często wybiera samotne zajęcia. Kontakt wzrokowy jest utrudniony. Dostrzegalne są również zaburzenia integracji sensorycznej (zwłaszcza niedowrażliwość czucia głębokiego). Emocje chłopca są zmiennie i szybko osiągają duże pobudzenie. Muzykoterapia u O. rozpoczęła się w listopadzie 2013 roku i trwa do chwili obecnej. Początkowo były to sesje grupowe, w których chłopiec nie potrafił się odnaleźć, stronił od dzieci i ich aktywności muzycznych. Nie angażował się we wspólne tworzenie i zabawy muzyczne, co było powodem podjęcia działań indywidualnych z chłopcem. Muzykoterapia odbywa się systematycznie raz w tygodniu indywidualnie i grupowo.

Na początkowych sesjach grupowych chłopiec nie zwracał uwagi na muzyczne działania. Jego uwaga była wielokrotnie rozproszona, przez co nie mógł się skupić na pewnych zabawach muzykoterapeutycznych w grupie. Nie uczestniczył w zajęciach, stronił od dzieci, raczej samotnie siedział poza muzycznymi aktywnościami. Od momentu rozpoczęcia sesji indywidualnych chłopiec wykazywał ciekawość i radość we wspólnym, muzycznym tworzeniu, ale bardzo trudno było mu utrzymywać wspólne pole uwagi przez dłuższy czas. Podczas śpiewania piosenki powitalnej (jeden z elementów powtarzających się na każdej sesji), chłopiec w skupie-

niu wykonywał polecenia wynikające z piosenki (skakanie jak zajęczki, pocieranie nosami, tupanie). Przy kolejnych zwrotkach chłopiec stawał się zamysłony i nieobecny. Jego uwaga była rozproszona. Muzyczna gra na bębnie miała charakter nieuporządkowany – impulsywno-powikłany (gra nie miała związku z improwizacją, pulsem ani naprzemiennym dialogiem). Można było zauważyć przypadkowe, grane bez wewnętrznego przekonania, motywy rytmiczne, które nawiązywały do rytmu improwizacji. Podczas zabawy z dzwonekami układał je w różnej konfiguracji, a terapeuta starał się obramowywać i nadawać pewną strukturę improwizacji. Później jednak, gdy chłopiec zaczął grać na dzwonekach, terapeuta naśladował jego grę na zmianę z akompaniowaniem jej. Gdy dana czynność trwała dłuższy czas, chłopiec zdawał się tracić świadomość miejsca i czasu. Zatracał się w wykonywanej czynności. Z biegiem czasu (7 sesja) chłopiec zaczął podtrzymywać rozpoczynającą się muzyczną interakcję. Dawał terapeutce czas na rytmiczną odpowiedź. Ponadto podczas improwizacji wokalnych pojawiła się reakcja dziecka na krótkie wokalizacje terapeuty – chłopiec naśladował je oraz próbował naśladować ich ekspresję (wokalizacje nawiązujące do muzycznego materiału zastosowanego przez terapeutę). Często na sesjach to terapeuta inicjował dziełem się muzycznym materiałem muzycznym – dialogowaniem na dzwonekach. Ważnym elementem podczas sesji była złamana pałeczka do dzwonek, do której terapeuta zaczął tworzyć piosenkę – stała się ona formą nawiązania relacji z chłopcem, w której dziecko w skupieniu oczekiwało dalszego ciągu piosenki. Podobne zdarzenie miało miejsce przy tworzeniu improwizowanej piosenki o samolocie. Dziecko mówiło jedno słowo, a terapeuta powtarzał je, śpiewając i dodawał kolejne słowo: np. samolot leci wysoko, jest brązowy, ma zielono-białe skrzydła. Terapeuta starał się odtworzyć odgłos samolotu oraz w trakcie piosenki pytał chłopca o różne rzeczy związane z samolotem, a dziecko cały czas odpowiadało. Czasem „samolot” przyspieszał, wtedy piosenka też przyspieszała, gdy „lądował” improwizacja zatrzymywała się lub zmniejszała dynamikę. Podczas tworzenia wspomnianych improwizowanych piosenek, chłopiec aktywnie uczestniczył w tworzeniu, był świadomy tego, co dzieje się na sesji, a co najważniejsze, w skupieniu kontynuował i dodawał nowe słowa piosenki.

Przypadek 3. N. jest chłopcem 9-letnim ze zdiagnozowanym autyzmem. Bardzo dużo mówi spontanicznie, ale są to wypowiedzi, które nie mają charakteru komunikacyjnego; są raczej formą eholalii odroczo-nych. Przejawia duże trudności w uczestniczeniu w dialogu i jego podtrzymywaniu. Kontakt wzrokowy jest utrudniony, pojawia się z chwilą,

gdy klient zwraca się do rozmówcy – wtedy patrzy on w jego kierunku dość natarczywie, a czasem dotyka go, wymuszając kontakt. Jeśli chodzi o komunikację niewerbalną (gesty czy mimikę), to N. używa jej mało, a mimika jest neutralna. Chłopiec nie interesuje się rówieśnikami, preferuje samodzielne czynności. Częściej inicjuje kontakt z dziećmi, które są bardziej ekspresyjne w zachowaniu. Jeśli chodzi o sferę emocjonalną, to sposoby okazywania uczuć, kompetencje w zakresie rozpoznawania stanów emocjonalnych są u N. wyraźnie opóźnione. Często jest on skoncentrowany na własnych potrzebach i dotarciu do swoich celów. Ma dość duże zaburzenia integracji sensorycznej i wraz z nią nadwrażliwość słuchową, która przejawia się takimi zachowaniami jak: hałasowanie, wytworzenie głośnych dźwięków, ostukiwanie głowy. Występują również stereotypie ruchowe – obracanie przedmiotów, podskakiwanie, klaskanie. N. rozpoczął indywidualne zajęcia z muzykoterapii w listopadzie 2011 roku. Przez cały okres od listopada do kwietnia 2012 roku terapia była prowadzona systematycznie, raz w tygodniu (z przerwami powodowanymi trudnościami zdrowotnymi). W przypadku starszego chłopca terapia była prowadzona także indywidualnie. Rodzicom chłopca zależało początkowo, aby mógł się uczyć gry na instrumencie, gdyż zauważyli, że pod wpływem muzyki mogą nawiązywać z nim lepszy kontakt, a co najważniejsze, także chłopcu sprawiało to wiele radości.

Chłopiec od samego początku wykazywał dużą samodzielność w tworzeniu, improwizowaniu. Nie koncentrował się na działaniach muzycznych i pozamuzycznych terapeuty, stanowił indywidualność w graniu, a czasem sprzeciwiał się wspólnej grze z terapeutą. Na początkowych sesjach dziecko było bardzo pobudzone, jego gra była chaotyczna, impulsywna, zawierająca bardzo duże napięcie, ze względu na dynamikę i dysonansowe współbrzmienia. Terapeuta starał się dostosowywać do gry chłopca (pod względem formalnym, stosując formę wariacji, w której pojawiający się motyw przewodni, przewijał się przez całą improwizację z pewnymi modyfikacjami oraz harmonicznym, w którym terapeuta budował muzyczne napięcie na pianinie, dochodząc do kulminacji i nagle kończąc grę, czekając na reakcję dziecka). Gra na bębnie była nieprzerwanie stała, z krótkimi chwilami zatrzymania się, by ponownie rozpocząć mocne uderzenia. Taka intensywność gry N. powodowała, że chłopiec zatapiał się w mechanicznym świecie, odcinając się od relacji z terapeutą i świata zewnętrznego. Podobna sytuacja miała miejsce podczas wspólnego grania na pianinie. Wtedy chłopiec grał naraz na wszystkich klawiszach z dużą intensywnością. Chęć zawładnięcia instrumentem oraz niedostrzeganie innej osoby przejawiała się parokrotnie na sesjach. W trakcie kilku następujących sesji chłopiec stawał się coraz spokoj-

niejszy. Stopniowo zaczął wykazywać dużą wrażliwość muzyczną w postaci tworzenia swobodnych improwizacji fortepianowych, które zaczynały przybierać strukturę początku i końca. Ponadto chłopiec zaczął dostrzegać muzyczny materiał terapeuty i w pewnych sytuacjach naśladował go pod względem rytmicznym, kolorystycznym (zachowując nastrój improwizacji terapeuty). Pomimo wielu trudności z podtrzymywaniem i inicjowaniem kontaktu, podczas przerwy w wspólnym tworzeniu, chłopiec nakierowywał rękę terapeuty na klawisze instrumentu i przyciskał ją, wydobywając charakterystyczne brzmienia, a tym samym podkreślając kontynuację gry. Istotnym elementem podczas całego procesu terapeutycznego było tworzenie piosenek wynikających z wielu echolalii chłopca. Chłopiec wraz z terapeutą stworzyli liczne krótkie piosenki o „Miskach Sally”, o samochodach (Skoda, Peugeot), o sprzętach AGD – wszystkie przedstawione elementy służyły uświadomieniu chłopcu, gdzie jest, co robi, a co najważniejsze, miały na celu polepszyć komunikację werbalną i niewerbalną (zwłaszcza poprawić kontakt wzrokowy) oraz sferę poznawczą. Z każdą chwilą tworzonej piosenki powyższe cele ulegały poprawie. Wielokrotnie pojawiał się entuzjazm w muzycznej ekspresji i widoczne zainteresowanie w naprzemienności komunikacyjnej – improwizacji opartej na dialogu. Podczas improwizacji uczestnik wykazywał również dużą niezależność w tworzeniu, co powodowało, że obok terapeuty stawał się odrębnym, istotnym ogniwem i akceptował muzyczne działania terapeuty, co działało na chłopca motywująco i powodowało, że mógł realizować potrzebę samorealizacji i współpracy z terapeutą.

Dyskusja i wnioski

Na podstawie obserwacji³² oraz dogłębnych sprawozdań zarówno muzycznych, niemuzycznych, jak i nagrań z sesji stwierdzono, że w trzech przedstawionych przypadkach można wykazać muzyczne zdolności, które były i są przejawem ekspresji i komunikacji niewerbalnej (w postaci wspólnego tworzenia, grania w tym samym pulsie, nucenia w tonacji granej improwizacji, wykorzystywania możliwości dopasowywania, naśladowania, aby stopniowo wraz z terapeutą współtworzyć improwizację wokально-instrumentalną – przypadek 1 oraz przypadek 3) oraz przejawem komunikacji werbalnej (tworzenie improwizowanych piosenek, które ujawniały bogate słownictwo, oryginalność i kreatywność uczestników

terapii oraz wspomagały wydłużanie kontaktu wzrokowego – przypadek 2 oraz przypadek 3). U trzech uczestników terapii można było zauważyć polepszenie funkcjonowania sfery poznawczej, zwłaszcza w działaniach takich umiejętności jak: utrzymywanie wspólnego pola uwagi, koncentracji, zapamiętywanie pewnych sekwencji, naśladowanie czy ciekawość poznawcza związana np. z poznawaniem instrumentów, brzmieniem, fakturą czy kształtem. Takie umiejętności jak: kontrolowanie siebie przed grą na instrumencie, naprzemiennność w muzycznej interakcji są początkiem rozwijania umiejętności społecznych, które uwidoczniły się zwłaszcza w przypadku 1 i 3.

Na podstawie uzyskanych danych można wykazać, że muzyczne umiejętności pojawiające się podczas procesu terapeutycznego w trzech przypadkach są jak najbardziej uzasadnione. Kreatywność w trakcie tworzenia improwizacji i piosenek była zauważalna podczas procesu muzykoterapeutycznego, o czym świadczą opisy przypadków. W tym miejscu warto odnieść się do teorii uczniów podwójnie wyjątkowych. Dzieci w tej grupie posiadają deficyty czy trudności, które sprawiają, że ich twórczy potencjał jest niedostrzegalny – maskowany³³. Teorię dzieci podwójnie wyjątkowych można dostrzec w opisie trzech przypadków, w których deficyty wynikające z zaburzenia, mogły maskować muzyczne zdolności, a tym samym ich potencjał. Uzyskane wyniki (opisy sytuacji terapeutycznych) są istotne, gdyż znacznie wzbogacają świadomość i rozumienie danego zjawiska – muzycznych zdolności chłopców, które stopniowo ukazywały się pod wpływem muzykoterapeutycznych interwencji (stopniowe dostrzeżenie, że przedstawione przypadki można uznać za zdolne). Nie możemy jednak uogólniać wyników, gdyż prowadzone badania były oparte przede wszystkim na opisie poszczególnych sytuacji muzykoterapeutycznych w trzech przypadkach, ale dzięki skoncentrowaniu się na opisie faktów dotyczących zdolności, można stwierdzić, że osoby autystyczne również posiadają wiele zdolności i możliwości, które czasem są pomijane i spychane na dalszy plan. Ważnym postulatem dotyczącym istotności badań jest to, że dzięki muzycznym zdolnościom chłopcy wraz z terapeutą stopniowo wypracowywali nowe umiejętności: podtrzymywanie, inicjowanie kontaktu, poprawa sfery poznawczej i społecznej oraz relacji z terapeutą. Powyższe badania, pomimo braku możliwości stwierdzenia generalizacji i obiektywności badawczej, prawdopodobnie wzbogacają obecny stan wiedzy polskiej, zwłaszcza w dzie-

³³ A. Al-Hroub, *Developing assessment profiles for mathematically gifted children with learning difficulties at three schools in Cambridgeshire, England*, „Journal of Education for the Gifted”, 34(2010)1, s. 7–44.

dzinie muzykoterapii i jej wpływu na dzieci autystyczne i ich rozwój. Autorka zapewnia, że badania dotyczące wpływu muzykoterapii oraz muzycznych zdolności dzieci autystycznych będą rozszerzane i kontynuowane, gdyż dostrzegalny jest deficyt badań łączących muzykoterapię i autyzm.

Bibliografia

Al-Hroub A., *Developing assessment profiles for mathematically gifted children with learning difficulties at three schools in Cambridgeshire, England*, „Journal of Education for the Gifted”, 34(2010)1.

Aigen K., *Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy*, NH Barcelona Publishers, Gilsum 1998.

Bruscia K.E., *Defining Music Therapy*, NH Barcelona Publishers, Gilsum 1998.

Bruscia K. (red.), *Case study in music therapy*, Third Edition, NH Barcelona Publishers, Gilsum 2006.

Błeszyński J. (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, „Impuls”, Kraków 2005.

Creswell J.W., *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wyd. UJ, Kraków 2013.

Davis W.B., Geffler K.E., Thaut M.H., *An Introduction to Music Therapy. Theory and Practise*, Second Edition, The McGraw-Hill Companies, USA 1998.

Gaston E.T., *Music in Therapy*, Collier-Macmillan, Londyn 1968.

Flick U., *Projektowanie badania jakościowego*, PWN, Warszawa 2010.

Gloton R., Clero C., *Twórcza aktywność dziecka*, WSiP, Warszawa 1988.

Jemieliński D. (red.), *Badania jakościowe. Podejścia i teorie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, t.1.

Natanson T., *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania – wychowania. Wybrane refleksje teoretyczne*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu”, (1988)45, s. 121–127.

Nordoff P., Robbins C., *Creative Music Therapy. A Guide to Fostering Clinical Musicianship*, Second Edition, Barcelona Publishers, Gilsum 2007.

Ruud E., *Music Therapy, Improvisation, Communication and Culture*, Barcelona Publishers, Gilsum 1998.

Simpson K., Keen D., *Music Interventions for Children with Autism: Narrative Review of the Literature*, PubMed, 2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21203898> (Dostęp: 01.04.2014).

66 Stachyra K. (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, Wyd. UMCS, Lublin 2012.

Stachyra K., *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*, Wyd. UMCS, Lublin 2009.

Szmidt K.J., *Pedagogika twórczości*, GWP, Gdańsk 2007.

Uszyńska-Jarmoc J., *Twórcza aktywność dziecka. Teoria – rzeczywistość – perspektywy rozwoju*, Wyd. Trans Humana, Białystok 2003.

Wheeler B.L., Shultis C.L., Polen D.W., *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*, NH Barcelona Publishers, Gilsum 2005.

Wheeler B.L. (red.), *Music Therapy Research*, Second Edition, Barcelona Publishers, Gilsum 2005.

Wigram T., *Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*, Jessica Kingsley Publishers, London 2004.

Wigram T., De Backer J. (red.), *Clinical Application of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2002.

Wigram T., Pedersen I.N., Bonde L.O., *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical, Practise, Research and Training*, Jessica Kingsley Publishers, London–Philadelphia 2004.

Vaiouli P., Schertz H., *Promoting Social Engagement for Young Children with Autism: A Music Therapy Approach*, http://icmpcescom2012.web.auth.gr/sites/default/files/papers/1044_Proc.pdf (Dostęp: 01.04.2014).

Streszczenie

Muzykoterapia jest młodą dyscypliną naukową, która ze względu na swoje wszechstronne zastosowania prężenie się rozwija, zwłaszcza na terenie krajów zachodnich, również i w Polsce. Jest ona formą terapii wykorzystującej wszechstronny wpływ muzyki, jej elementów by wyjść naprzeciw społecznym, edukacyjnym, emocjonalnym, poznawczym potrzebom jednostki. Liczne techniki, metody muzykoterapeutyczne docierają do każdego uczestnika terapii, bez względu na wiek, pochodzenie, płeć, zaburzenie, czy niepełnosprawność. Muzykoterapia stanowi proces leczenia, ale również wspiera inne formy leczenia, wspomaganie czy rehabilitacji. Jednym z zaburzeń, w którym muzykoterapia odnajduje swoje miejsce jest autyzm. Dzieci z autyzmem charakteryzują się nieprawidłową komunikacją międzyludzką, są niezdolne do tworzenia odpowiednich relacji społecznych oraz posiadają zaburzenia oparte na powtarzających się, stereotypowych zachowaniach. Ponadto mają zaburzoną sferę emocjonalną oraz poznawczą. Poprzez działania muzykoterapeutyczne dzieci autystyczne mogą nabyć praktyczne zachowania w zakresie komunikacji, koncentracji, percepcji słuchowej czy motorycznej. Muzyka może się stać elementem zainteresowania, dzięki któremu polepszą swoją sferę emocjonalną i uwalniając siebie, mogą minimalizować lęk. Artykuł pre-

zentuje wyniki badań jakościowych dotyczących wpływu działań muzykoterapeutycznych oraz odpowiednio dobranych technik muzykoterapeutycznych, takich jak improwizacja i tworzenie na możliwości komunikacyjne trzech chłopców autystycznych, z którymi autorka pracowała lub wciąż prowadzi terapię poprzez muzykę. Każdy przypadek, zgodnie z założeniami badań jakościowych, jest dokładnie opisany pod względem umiejętności, zaburzeń chłopców oraz przebiegu procesu muzykoterapeutycznego, uwzględniając zmiany zachodzące pod wpływem wspomnianych działań muzycznych i zdolności muzyczne jakie ujawniły się podczas trwania procesu. Artykuł zostaje zwieńczony dyskusją i wnioskami płynącymi z badań.

Słowa kluczowe: autyzm, Muzykoterapia Kreatywna, muzyczne zdolności, tworzenie piosenek, improwizacja, komunikacja

Musical Abilities of Autistic Children as a Manifestation of Expression Occurring during the Process of Musical Therapy – a Case Study

Summary

Music therapy is a young and rapidly growing discipline, especially in Western culture. It is a form of therapy that makes use of the comprehensive impact of music and its elements to fulfil the social, educational, emotional and cognitive needs of the individual. In music therapy, each and every participant is subjected to the influence of a range of methods and techniques, regardless of age, origin, sex, disturbance or disabilities. Music therapy is a therapeutic process, and it also supports other forms of therapy and/or rehabilitation. One of the disturbances which music therapy might be particularly helpful for is autism. Children with autism have problems with verbal and nonverbal communication: they are not able to sustain and initiate interactions with others. What is more, they have behavioral disturbances based on repetitive, stereotyped patterns of behavior, and cognitive problems. Thanks to music and music therapy, children with autism can acquire communicative, cognitive, social and motor skills. Music promises to be a source of interest for them – something that may help to improve their emotional side, in particular by sensitizing them and helping them let off tension. This article examines the list of qualitative research relevant to the issue of the effectiveness of musico-therapeutic interventions, and of such music therapy techniques as songwriting and improvisation, together with their influence on development, especially in the communicative area and with respect to the musi-

cal abilities of three children with autism who participated in the music therapy process conducted by the author. Each case is described along with all details pertaining to abilities and disturbances resulting from autism. The presentation includes resulting improvements to both the communicativity and the musical abilities of the children in question, as these emerged during the music therapy process. The article ends with an analysis and conclusions drawn from the research.

Keywords: autism, Creative Music Therapy, musical abilities, song-writing, improvisation, communication