

**Univerzita Pardubice**

**Filozofická fakulta**

**Využití muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí  
s diagnostikovanými poruchami chování**

**Bc. Václav Bober**

**Diplomová práce**

**2017**

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Václav Bober**  
Osobní číslo: **H14506**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**  
Název tématu: **Využití muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí s diagnostikovanými poruchami chování.**  
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Magisterská práce bude zaměřena na aktuální téma, jak lze využít expresivní terapií - muzikoterapií - v resocializačním procesu u dětí s poruchami chování. Práce bude mít teoreticko-empirický charakter s klasickým členěním na teoretickou a praktickou (empirickou) část. Teoretická část bude zaměřena na definování terminologie se zaměřením na oblast expresivních terapií, na oblast cílové skupiny jedinců s poruchami chování, rodiny a terapeutického týmu. Nedílnou součástí teoretické části bude kompilace a komparace odborných literárních zdrojů. Při zpracování praktické části bude využít design kvalitativního výzkumu. Generování informací bude probíhat prostřednictvím pozorování, rozhovorů a kazuistiky.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- HALPERN, Steven; LINGERMAN A. Hal. Muzikoterapie. Eko-konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.
- KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj; kolektiv autorů. Základy muzikoterapie. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
- LABÁTH, Vladimír. Riziková mládež. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-66-4.
- MATOUŠEK, Oldřich; KROFTOVÁ, Andrea. Mládež a delikvence. Praha: Portál, 1998. ISBN 9788073678258.
- McFERRAN, Katrina. Adolescents, Music and Music Therapy: Methods and Techniques for Clinicians. Jessica Kingsley Publishers: 2010. ISBN 978-1-84905-019-7.
- MÜLLER, Oldřich. Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky. Olomouc: UP, 2006. ISBN 978-80-89229-06-2.
- MÜLLER, Oldřich. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 978-80-7464-280-7.
- STANKOWSKI, Adam; STANKOWSKA, Natalia. Wybrane problemy patologii społecznej i resocjalizacji. Aprint, 2004. ISBN 978-80-968914-3-6.
- STANKOWSKI, Adam; KUCYPER, Krzysztof. Terapia pedagogiczna w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Wyższa Szkoła Administracji, 2008. ISBN 83-60430-91-8.
- ŠVARÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce:

**PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:

**30. března 2015**


Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2016**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.  
děkan

L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. listopadu 2015

### **Prohlášení autora**

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9.12.2016

Václav Bober

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí této diplomové práce, paní doktorce Zdeňce Šándorové za metodické vedení práce a ochotu mi kdykoliv pomoci.

**Název:**

Využití muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí s diagnostikovanými poruchami chování.

**Anotace:**

Diplomová práce se zabývá analýzou muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí s diagnostikovanými poruchami chování. Charakterizuje muzikoterapii jako jednu z terapií ve speciální pedagogice. Provádí kvalitativní výzkum. Uvádí shrnutí teoretických, empirických a výzkumných poznatků.

**Klíčová slova:**

Muzikoterapie, resocializace, speciální pedagogika

**Title:**

Using of musical therapy in the resocialization proces of children diagnosed with behavioral disorders.

**Annotation:**

Diploma work is focused on analysis of music therapy of children with diagnosed behavioral disorders in resocialization proces. Define music therapy as one of special pedagogy therapies. Perform qualitative research. Perform theoretical and empirical knowledge.

**Keywords:**

Music therapy, resocialization, special pedagogy

# Obsah

Úvod.....	10
1. Teoretická část.....	12
1.1 Metaanalýza.....	12
1.2 Propedeutika.....	18
1.2.1 Vývoj hudby a muzikoterapie.....	18
1.2.2 Princip vzniku zvuku a hudby.....	20
1.2.3 Vliv zvuku a hudby na člověka.....	20
1.3 Vymezení muzikoterapie.....	22
1.3.1 Zařazení a pojem muzikoterapie.....	22
1.3.2 Východiska muzikoterapie.....	23
1.3.3 Klasifikace muzikoterapeutických přístupů.....	24
1.3.4 Charakteristika a definice muzikoterapie.....	25
1.4 Struktura muzikoterapie.....	26
1.4.1 Příprava muzikoterapeutického programu.....	26
1.4.2 Struktura a realizace muzikoterapeutické jednotky.....	28
1.5 Muzikoterapeutické modely.....	32
1.5.1 Muzikoterapie kreativní.....	32
1.5.2 Muzikoterapie nekreativní.....	32
1.5.3 Charakteristika nejznámějších muzikoterapeutických modelů.....	33
1.5.3.1 Volná improvizace.....	33
1.5.3.2 Kreativní muzikoterapie (Nordoff a Robbins).....	33
1.5.3.3 Experimentálně – improvizální terapie.....	34
1.5.3.4 FMT- metoda.....	34
1.5.3.5 Tomatisův poslechový program.....	35

1.5.3.6	Vibroakustická terapie.....	35
1.6	Muzikoterapeut x klient .....	36
1.6.1	Muzikoterapeut .....	36
1.6.2	Odborné kompetence muzikoterapeuta .....	36
1.6.3	Muzikoterapeuté v zahraničí .....	37
1.6.4	Klient .....	38
1.6.5	Indikace muzikoterapie.....	38
1.6.6	Klient v etopedii a resocializačním procesu.....	39
1.6.7	Klient z pohledu vývojové a rehabilitační muzikoterapie.....	42
1.7	Muzikoterapie ve speciální pedagogice .....	43
1.7.1	Význam muzikoterapie u osob s poruchami chování .....	44
1.8	Fungování muzikoterapie v ČR a zahraničí.....	45
1.8.1	Mezinárodní muzikoterapeutické asociace a sdružení.....	47
2.	Empirická část .....	48
2.1	Úvod k výzkumu .....	48
2.2	Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek.....	49
2.3	Výzkumný soubor a zařízení.....	49
2.4	Použité metody .....	51
2.5	Průběh výzkumu.....	52
2.5.1	Experimenty realizované autorem .....	52
2.5.2	Předvýzkum.....	54
2.6	Výzkum a případové studie .....	55
2.7	Výsledky otevřeného kódování .....	62
2.8	Závěr výzkumu.....	68
3.	Diskuze .....	70



Závěr .....	72
Použité zdroje .....	74
Seznam příloh .....	77
Příloha 1 .....	77
Příloha 2 .....	78
Příloha 3 .....	79
Příloha 4 .....	83

## Úvod

Tato diplomová práce vznikla ze záliby poslouchat hudbu ve spojení s touhou aplikovat hudbu pro jisté medicínální účely.

Hudba je všude kolem nás. Jsme také obklopeni různými zvuky. V průběhu dne člověk zaznamená ať vědomě, či nevědomě, mnoho různých kombinací zvuků a hudby - počínaje ranním vstáváním (zvuk budíku), přes reprodukovanou hudbu v obchodních centrech, konče hudebním pozadím v zapnuté televizi před usínáním. Každý zvuk má na člověka různý účinek, o to hůř, že většinu z nich nemůže ovlivnit – nemůžeme telepaticky přepnout písničky z reproduktorů, ani znělku při dosažené zastávce v dopravních prostředcích, ani zpěv ptáků a šum větru. Takovéto hudební podněty dávají našemu mozku různé podněty – mohou zlepšit náladu, nebo ji podráždit, ale nejen to. Hluku přibývá. „*Když Mozart koncem 18. století komponoval svou hudbu, bylo město Vídeň tak tiché, že hlídač z věže Dómu sv. Štěpána mohl vyhlásit požár. Ještě krátce před první světovou válkou postačil na autě požárníků zvonek, aby si uvolnili cestou městem. Ve třicátých letech byl už nedostačující. Na řadu přišla siréna. V roce 1964 byl hluk v anglických ulicích tak silný, že musela nastoupit siréna o síle 88 decibelů. V současné době ruch ve velkých městech USA na policejních autech vyžaduje sirénu o síle 122 decibelů*“ (Lingerman 2005: 12). Pochopitelně hluk, obzvláště v městech a velkoměstech narůstá a jejich občané mu musí každodenně čelit. Je to příčinou vzrůstající kriminality?

Již v mé bakalářské práci s názvem *Etnografie capoeiry v ČR* jsem se velkou měrou zabíral hudbou a jejím zastoupením v capoeire<sup>1</sup> – a co je důležité pro tuto práci – jejím vlivem na fungování a chování člověka. Jistě mnoho z těchto poznatků uplatním v následujících řádcích.

Je zajímavé, že muzikoterapie dokáže cíleně využívat zmíněné hudební podněty pro potřeby muzikoterapeutické disciplíny. Mou snahou je tedy analyzovat komplexní působení muzikoterapie a zjistit, jak ji lze efektivně využít pro resocializační potřeby – konkrétně u dětí

---

<sup>1</sup> Capoeira je bojový tanec, který vznikl převážením kulturních prvků afrických otroků do Brazílie, kde došlo k jejímu rozvoji; v současné době je capoeira brazilským národním sportem.

s diagnostikovanými poruchami chování. S tím souvisí následující otázky: *Jakou roli sehrává muzikoterapie v resocializačním procesu? Jaká je role muzikoterapie z pohledu klienta? Jaká je muzikoterapie z pohledu terapeuta? Je muzikoterapie dostatečně využívána? Jaká je její efektivita?*

Generování informací bude probíhat z odborné literatury a prostřednictvím kvalitativního výzkumu při muzikoterapeutických jednotkách.

*„Hudba je duševnímu životu v jistém bodě zcela příbuzná. Oboje probíhá v čase, oboje vzniká v toku, ve stálém chodu a v pohybu. Oboje doprovází rozpor mezi napětím a uvolněním, vzrušením a uklidněním. Hudba může duševní pohyb hned přímo obkreslit v pohybu tónů a zvuků“*

Eduard Hartmann

## 1. Teoretická část

V teoretické části se práce zabývá metaanalýzou, propedeutikou, vymezením a strukturou muzikoterapie, muzikoterapeutickými modely, muzikoterapeuty a klienty, muzikoterapií ve speciální pedagogice a fungováním muzikoterapií v České republice a v zahraničí.

### 1.1 Metaanalýza<sup>2</sup>

Na muzikoterapii obecně je sepsáno několik bakalářských a diplomových prací. Téměř ve všech případech je však muzikoterapie propojena s některou z „pedií“, v případech ostatních je sledování účinků celostní muzikoterapie v konkrétních zařízeních (organizacích). Vybral jsem proto pouze některé, které jsem pročetl v důsledku určitého vztahu k tématu mé diplomové práce.

Diplomová práce Pospíšilové s názvem *Muzikoterapie u lidí s diagnózou autismu z pohledu českých muzikoterapeutů* (2008) se zabývá rozšířením poznatků o české muzikoterapii a jejím vztahu k poruchám autistického spektra. Výzkumná otázka „jakým způsobem čeští muzikoterapeuté využívají hudbu v terapii jedinců s autismem?“ je do jisté míry totožná s mou výzkumnou otázkou, až na zaměřenou cílovou skupinu. Struktura práce Pospíšilové je jasná a srozumitelná, v první části se věnuje popisu autismu, ve druhé muzikoterapii a ve třetí se již věnuje praktické části. Autorka v práci píše o tom, že terapeuté svůj muzikoterapeutický přístup ke klientům s autismem teprve hledají – někteří z nich využívají osvědčené modely (např. FMT-metodu), jiní až ze svých zkušeností s cílovou skupinou jdou naopak svou vlastní cestou a z již zaběhlých metod a přístupů vytvářejí metody své. Všichni dotazovaní muzikoterapeuté však uvádějí, že používají metodu edukativní muzikoterapie, podle níž se u lidí s mentálním postižením využívá pedagogicky

---

<sup>2</sup> „Metaanalýza je metoda porovnávání, vyhodnocování a integrace výzkumných výsledků publikovaných o určitém tématu, problematice apod.“ PRŮCHA, J. *Metaanalýza v pedagogickém výzkumu*. Pedagogika, 40, 1990b, č. 4, s. 417-428.

zaměřených hudebně-terapeutických intervencí za účelem utlumení účinků postižení a posílení určitých dovedností. Zajímavé je, že čeští muzikoterapeuté čím dál více používají nové techniky metody práce a nové hudební nástroje (fujara, kantela,...) - klienty s autismem zaujme jejich „neotřelý“ zvuk, který upoutá jejich pozornost. Výsledkem této práce je řada podnětů pro další bádání v oblasti muzikoterapie a autismu.

Autorka ve své práci provádí kvalitativní výzkumnou strategii – polostrukturovaný rozhovor, ve kterém klade otázky způsobu práce, metod a zkušeností z praxe muzikoterapeutů. Rozhovor byl před zahájením výzkumu otestován pilotážním rozhovorem. Další metodou bylo zúčastněné pozorování při provádění výzkumu. Data následně analyzovala pomocí zakotvené teorie a při přepisu rozhovorů použila otevřené a axiální kódování, na základě kterých třídila do kategorií a subkategorií a hledala vzájemné vztahy. Do výzkumného souboru zvolila 3 české muzikoterapeuty (dvě ženy a jednoho muže), jejichž muzikoterapeutická praxe je v rozmezí 8-15 let a též se věnují klientům s poruchou autistického spektra. Výzkum probíhal v Diagnostickém ústavu v Černovicích u Tábora.

Diplomová práce *Aplikace celostní muzikoterapie v základní škole speciální* studentky Faltusové je také inspirativní. Za kvalitu práce hovoří i to, že jejím vedoucím je PaedDr. Lubomír Holzer (jehož metoda celostní muzikoterapie je v práci dostatečně popsána), přední český muzikoterapeut, profesionální umělec a speciální pedagog s mezinárodním dosahem. Faltusová se muzikoterapii věnuje podrobně a pečlivě. Vyzkoumala, že kurikulární dokumenty v oblasti speciálního školství vytvářejí podmínky pro začlenění muzikoterapie do výchovně vzdělávacího procesu. Každá škola si na základě rámcového vzdělávacího programu (ve kterém je muzikoterapie obsažena coby relaxační technika) může do svého školního vzdělávacího programu muzikoterapii začlenit ještě více, protože mnoho žáků je vzděláváno s podporou IVP, do kterého lze muzikoterapii začlenit již konkrétně.

V empirické části demonstruje využití CMLH (celostní medicínu Lubomíra Holzera) v praxi – ve Speciální základní škole, mateřské škole a praktické škole v Ústí nad Orlicí. Zkoumá prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Prostřednictvím 3 hlavních výzkumných otázek se snaží potvrdit nebo vyvrátit tezi: Aplikace metody CMLH pozitivně ovlivňuje žáka a edukační proces v základní škole speciální.

Využívá dotazníkové šetření – v důsledku mentální retardace žáků zvolené organizace probíhalo dotazníkové šetření u pedagogů a osobních asistentů žáků, celkem jich bylo vyplněno 32 písemně a 29 v elektronické podobě - a především případové studie. Zkoumaným vzorkem je 5 žáků (věk 12-19 let) Speciální základní školy, mateřské školy a praktické školy Ústí nad Orlicí, kteří plní speciální vzdělávací program a dlouhodobě se účastní modulu muzikoterapie. Kazuistika je u těchto pěti žáků prováděna v rozmezí 1,5 – 5,5 let.

Závěrem můžeme říci, že autorka na základě dosažení výborných výsledků shledává velmi vhodnou metodu CMLH pro edukační proces ve speciálních základních školách.

Velmi podobná je diplomová práce *Muzikoterapie v základní škole praktické – možnosti využití (2006)*, jejíž autorkou je Nováková. Celou kapitolu věnuje pro mě neznámému muzikoterapeutovi, Markovi. V porovnání s ostatními tematickými pracemi, se autorka chlubí ojedinělou kapitolou s názvem Vývoj muzikoterapie po 2. světové válce, kterou jsem se zájmem četl. Celkově vzato se práce věnuje spíše speciální pedagogice, nežli muzikoterapii. To může být tím, že vedoucí práce je paní PhDr. Mgr. Jarmila Pipeková, Ph.D, jejíž repertoár tvoří publikace převážně z oblasti speciální pedagogiky. Empirická část zahrnuje využití muzikoterapie v Základní škole praktické v Lanškrouně a její uplatnění ve výuce, v činnosti školní družiny a v různých školních kroužcích. Byly použity metody dotazníkového šetření, kazuistiky, pozorování, rozhovoru, analýzy dokumentů. Přestože se jedná o diplomovou práci, skepticky se stavím k následující autorčině větě: „Ve své práci jsme se snažila dokázat pozitivní účinek muzikoterapie na osobnost žáka základní školy praktické v oblasti komunikace a pokusila se eliminovat úzkost a nejistotu doprovázející obavy z přestupu a začlenění se do kolektivu třídy jiné školy.“ Myslím si, že není možné psát práci s tím, že se snažím prosadit konkrétní fenomén, ale je nutné zjistit, jestli muzikoterapie také není na škodu a nepůsobí negativně.

V empirické části autorka objasňuje, jakým způsobem prováděla svůj výzkum. Jelikož pracuje jako učitelka v Základní škole praktické v Lanškrouně (kde také probíhal celý výzkum), uvádí, že zde výzkum trval 8 let, přičemž muzikoterapii praktikovala několikrát

měsíčně. Využila strategii kvalitativního výzkumu, konkrétně metod rozhovorů, zúčastněného pozorování a kazuistiky (u 5 žáků). Výzkumný soubor tvořilo 26 žáků ze 4. ročníku, 6. ročníku a relaxačního kroužku. Tito žáci byli ve věku 9-15 let.

Disertační práce Břicháčkové s názvem *Problémy sluchové percepce z pohledu muzikoterapie (2006)*. Disertační práce je velmi přehledná, v první části teoretické se autorka věnuje specifickým poruchám učení, ve druhé muzikoterapii. Autorka udává, že v muzikoterapii a hipoterapii je skryt doslova „ohromný“ potenciál, který by v budoucnu chtěla využít propojením obou terapií. Osobně si myslím, že tato myšlenka je velmi zajímavá a jsem zvědavý, jestli autorka v budoucnu vydá další materiál týkající se tímto propojením, kterým obohatí tradiční logopedické přístupy a metody. Dále se ztotožňuji s tím, v co věří autorka – tedy že zdravotní pojišťovny zařadí muzikoterapii do rejstříku oficiálních terapií a stane se proplácenou formou podpůrné nebo samostatné logopedické metody.

Autorka v empirické části výzkumu použila kvantitativní strategii. Uvádí, že využívá metodu obsahové analýzy, historicko-srovnávací metody a statistiky. Výzkumný soubor tvoří žáci devíti základních škol České republiky, kteří byli v péči pedagogicko-psychologické poradny a byly u nich diagnostikovány problémy sluchové percepce. Žáci navštěvovali během terénní fáze výzkumu 3. – 9. třídu základní školy – celkem se jedná o 280 žáků (140 dívek a 140 chlapců).

Diplomová práce autorky Zdeňkové s názvem *Aktuální využití muzikoterapie a jejích prvků v praxi klinických logopedů v České republice (2008)*. Tato práce se zabývá muzikoterapií a její aplikací v praxi klinického logopeda v rezortu zdravotnictví. Snaží se popsat muzikoterapii coby nový vědecký obor a zjistit oblasti muzikoterapeutického využití, především v logopedické praxi. První část se věnuje muzikoterapii obecně. Ve druhé se autorka zabývá právě muzikoterapií a logopedickou praxí. Ve třetí části zpracovává průzkum aktuálního využívání muzikoterapie českými logopedy. Z této části vyplývá, že muzikoterapie není logopedy využívána, ale jako obor bývá zaměňována za edukaci a reedukaci pomocí hudebních prvků.

V praktické části autorka využívá dotazníkové šetření (obsahující 22 otázek), následně statisticky vyhodnocené. Dotazníků celkem bylo 130, avšak vyplněných se jich vrátilo 54. Autorka udává, že dotazníkové šetření probíhalo přibližně 15 měsíců.

Časopis *Muzikoterapie*, který je odborné periodikum v muzikoterapeutickém oboru, vyšel v jeho prvním čísle v listopadu 2015 rozhovor Maličkou, která vede lekce muzikoterapie pro dospělé osoby s těžkým mentálním postižením již 4 roky. Její klienti jsou obyvatelé domu pro osoby se zdravotním postižením (3 muži a 3 ženy), kteří trpí těžkým tělesným a mentálním postižením. Výzkumná metoda je zúčastněné pozorování včetně přímé interakce s klienty – uvádí, že lekce vede metodou individuální muzikoterapie ve skupině. Autorka závěrem uvádí, že muzikoterapie je vhodnou volbou pro osoby s těžkým zdravotním postižením v domě pro celoroční pobyt.

*Muzikoterapie a její využití u dětí se zdravotním postižením (2010)* je bakalářská práce studentky Kašparové. Autorka v práci nabízí náhled vybraných autorů na vývoj, dělení, a celkové dění muzikoterapie v České republice. Praktickou část autorka absolvovala v Dětském centru Arpida, kde spolupracovala s muzikoterapeutkou. Srozumitelnou formou popisuje průběh praxe – jednotlivé činnosti i hudební nástroje. Nicméně autorka použila mnohé doposud neznámou literaturu, kterou rád využiji pro inspiraci při psaní mé práce.

V empirické části se dozvídáme, že autorka absolvovala svůj výzkum v rámci projektu v Dětském centru Arpida v Českých Budějovicích a to konkrétně v rehabilitační třídě. Výzkumný soubor tvoří děti s těžkým mentálním postižením kombinovaným zdravotním postižením nebo autismem ve věku od 5ti let, třídy jsou pro 4-6 žáků, se kterými pracuje speciální pedagog a osobní asistent. Ve třídě, ve které probíhal výzkum, bylo 5 chlapců. Výzkum trval přibližně 3 hodiny. Autorka použila pouze metodu pozorování.

Bakalářská práce Uhrinové s názvem *Muzikoterapie a mentální retardace (2010)* se zabývá především muzikoterapií jako disciplínou a vysvětlováním toho, co je mentální retardace a logopedie. Dále se věnuje terapiím, které napomáhají rozvíjet narušenou



komunikační schopnost a osob s mentální retardací. V části týkající se muzikoterapií definuje hudbu, historii a současnost muzikoterapie. Zabývá se také vztahem muzikoterapie a speciální pedagogiky. Popisuje mi aktuálně neznámou metodu kreativní muzikoterapie Nordoff & Robbins.

V praktické části se autorka zaměřuje na individuální (9 klientů) i skupinové lekce (8-11 klientů) muzikoterapie. Použila metodu pozorování.

Na této práci je patrné, že se jedná o práci bakalářskou, protože studentka stále popisuje povrch, ale ne hloubku. Velmi záporně hodnotím to, že zařízení, ve kterém prováděla výzkum, popisuje jako „nejmenované“.

Dosavadní výzkumy se zabývají zapojením či začleněním muzikoterapie v konkrétním procesu – v logopedii, u klientů s problémy sluchové percepce, u klientů s diagnózou autismu, u klientů s mentální retardací a tělesným postižením. Většina výzkumů byla prováděna prostřednictvím kvalitativního výzkumné strategie – dlouhodobým pozorováním, interakci s klienty, rozhovory, pouze někteří autoři využili strategii kvantitativní, informace tedy získávali prostřednictvím dotazníků, které následně statisticky vyhodnocovali. Co se týká výzkumného souboru, převážná většina výzkumů probíhala u dětí do 15 let – možná i protože je „nejjednodušší“ se k nim dostat a výzkum provést. Ve všech výzkumech autoři informují o pozitivních účincích muzikoterapie na výzkumný soubor a shledávají ji vhodnou pro další aplikaci. Svou diplomovou prací chci rozšířit informace o užití muzikoterapie u dětí s diagnostikovanou poruchou chování.

## 1.2 Propedeutika

### 1.2.1 Vývoj hudby a muzikoterapie

Hudbou rozumíme organizovaný systém zvuků. Výběr zvuků, jejich rytmické členění a jejich uspořádání určují kvalitu, funkci a estetické působení hudby. Hudba byla velmi dlouho považována za ritus (zvyklost), za samostatné umění byla uznána poměrně pozdě. Odborná disciplína, která zkoumá hudbu a vše, co je s ní spojené, se nazývá muzikologie.

Existuje mnoho teorií o vzniku hudby. Jednou z nich je teorie o vzniku hudby jako prostředku doprovodu společné práce a socializace (rytmická složka hudby pomáhá udržovat pracovní tempo). V některých „primitivních“ kulturách má hudba funkci mimetickou (napodobující) – vyvinula se napodobováním přírodních zvuků, například zpěvu ptáků. Nicméně nás hudba jako taková doprovází již odedávna. Naši dávní předkové provozovali hudbu k uzdravování, při různých rituálech a obřadech, protože věřili v její moc. „Terapii hudbou znaly v podstatě všechny starověké civilizace (Egypt, Asýrie, Babylón, Izrael, Řecko, Řím). Například v Egyptě se již před 3000 lety používala zajímavá léčebně-terapeutická metoda: nemocní byli naloženi do loděk a plaveni po Nilu za doprovodu uklidňujících tónů jednoduchých hudebních nástrojů...hudební terapií se též zabývali známí myslitelé Pythagoras, Platón, Aristotelés...“ (Gerlichová 2014: 15).

Hudební terapie ve středověku již nebyla tak využívána jako dříve, avšak koncem 17. století byla muzikoterapie revitalizována v období renesance a novověku. V 17. a 18. století se znovu začíná hudba dostávat do popředí zájmu vědeckého. R. Brocklesby píše ucelenou publikaci o systému muzikoterapie. Na konci 17. století vydává jezuita A. Kircher významné dílo *Phonurgia Nova*, v němž říká, že existuje hudba přirozená a umělá. Ta přirozená obklopuje vesmír a umělá je ta, která představuje harmonické složení těla a jeho vnitřní fyziologická pohoda.

V 19. století se muzikoterapii nedařilo a upadala v zapomnění, byla odsuzována jako nevědecká. Teprve na přelomu 19. a 20. století se objevují snahy využít muzikoterapii v medicíně. Největší rozmach muzikoterapie zaznamenává po druhé světové válce. Je zakládána švédská škola muzikoterapie a paralelně s ní americká muzikoterapeutická škola.

Ve Velké Británii zakládá J. Alvinová Britskou společnost pro muzikoterapii. „Muzikoterapie jakožto součást medicíny se začala intenzivně rozvíjet po 2. světové válce v amerických nemocnicích v rámci péče o válečné veterány. V Americe byl též zaznamenán pokus na základě empirie vytvořit tzv. Hudební farmakologii, tedy předpis konkrétních skladeb na konkrétní diagnózy...od roku 1944 se muzikoterapie vyučovala jako studijní obor na několika amerických univerzitách“ (Gerlichová 2014: 16). Důležitým datem je rok 1950, kdy byla ve Spojených státech založena Americká asociace muzikoterapie<sup>3</sup> a taktéž Národní asociace pro muzikoterapii<sup>4</sup>. V Evropě byl první muzikoterapeutický obor na vídeňské univerzitě.

V České republice se muzikoterapie začala používat především v Praze v psychiatrické léčebně v Bohnicích, na foniatrické klinice M. Seemana a na foniatrickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho.

Největšími průkopníky pro využití hudby pro léčebné a výchovné účinky byli MUDr. Karel Slavoj Amerling (1807-1884) a František Bakule (1877-1957). V současné době se o rozvoj oboru snaží zejména Matěj Lipský, Jiří Kantor, Zdeněk Šimanovský a další. Majoritní muzikoterapeutickou organizací v České republice je Muzikoterapeutická asociace České republiky, která sdružuje převážnou většinu českých muzikoterapeutů.

*„Lidstvo je s hudbou neodmyslitelně spjato. Vždycky tomu tak bylo a pravděpodobně tomu tak bude i nadále. Účinek hudby je natolik všestranný, že působí na člověka bez ohledu na rasu, etnickou skupinu, náboženství nebo politickou příslušnost. Hudba pomáhá vyjádřit emocionální, fyzický i mentální stav, umožňuje osobní prožívání radosti a bolesti“* (Gerlichová 2014: 10),

---

<sup>3</sup> American music therapy association

<sup>4</sup> National association for music therapy

## 1.2.2 Princip vzniku zvuku a hudby

Co je to zvuk a jak vzniká? Uvedu to na příkladu, který je člověku nejpřirozenější a se kterým je spjat od narození – na tleskání. Velmi zjednodušeně: dlaně (zdroj zvuku) při nárazu do sebe vyvolají vlnu energie, která rozkmitá vzduch (vodič zvuku), jenž energii přeneše až na sluchové kůstky v uchu (přijímač zvuku). Proces je dále zpracováván v našem mozku. Reakce na zvuk v somatické sféře se projevují změnou svalového napětí, případně svalovou činností. Při dynamické hudbě tak můžeme u lidí sledovat kývání hlavou popř. celým tělem, bubnování prsty do taktu atd.

Je podstatné si uvědomit, že je důležité zvuk slyšet a vnímat ho, protože pouze to umožní mozku „vstřebání“ zvuku do těla. Jakmile si zacpeme uši, je jakýkoliv zvuk zbytečný – tělo ho nevyužije. *„Vědomé vnímání zvuků je obzvláště důležité. Ústa a zrak můžeme tomu, co nechceme vnímat, uzavřít. Není to však možné u sluchu. Příroda nám nedala 'klapky na uši'. Sluch je otevřen i během spánku. Je skutečností, že my lidé 24 hodin denně zvuk v nějaké formě zpracováváme“* (Halpern, Lingerman 2005: 7). Jak je zmíněno v citaci, naše vědomí vnímá zvuk i ve spánku, například když slyšíme déšť, zdá se nám o vodě.

Zvuk se dá přirozeně analyzovat na složku *melodickou, rytmickou a harmonickou*. Vliv rytmu na člověka je nesmírně důležitý pro zdravý vývoj. Je nám tolik přirozený vzhledem k rytmu bdění a spánku, rytmu ročních období atp.

## 1.2.3 Vliv zvuku a hudby na člověka

Hudební prožitek však nelze chápat jako pouhou reakci na hudební podněty. Fyziologické změny, které jsou způsobeny vlivem hudby, jako je změna dýchání, krevního tlaku, elektrického odporu kůže a zornic se dnes již dají objektivně změřit pomocí nejmodernějších zobrazovacích metod – magnetické rezonance, pozitronové emisní tomografie či elektroencefalogramu (EEG).

Mozkové vlny rozeznává současná medicína jako vlny beta (EEG, 13-30 Hz<sup>5</sup>), které jsou jakýmsi vnějším ukazatelem běžného bdělého stavu vědomí. Vlny alfa (EEG, 7-12 Hz) pak indikují zklidněný stav, běžný těsně před usnutím či při relaxaci, který je spojen s větší produkcí endorfinů (hormonu štěstí). Zvuk bubnu aktivuje mozek na frekvenci théta (EEG, 4-7 Hz).

Hudba působí na celého člověka a nasloucháme ji doslova každou buňkou našeho organismu. Naše tělo se tak podobá obrovskému rezonančnímu hudebnímu nástroji. Zajímavé je, že i od narození neslyšící lidé mají podobné reakce.

Na téma vnímání hudby lidským tělem reaguje i Votava: *„Hudba patří neodmyslitelně k člověku. Většina lidí vnímá hudbu v přírodě zcela přirozeně: zpěv ptáků, šumění stromů, bubnování deště, bzučení hmyzu atd... naše tělo se podobá obrovskému rezonančnímu nástroji. Čím vším tedy nasloucháme? Někteří autoři uvádějí, že téměř každou buňkou našeho těla“* (Votava 2003: 157).

Narozdíl od zvuku, který má pozitivní vliv na lidské zdraví, existuje i hluk, který na člověka působí negativně. *„Je prokázáno, že vysoký hluk v domácnosti pocházející od TV, rádií atd., brzdí u dětí vývoj smyslových, vnímacích a motorických schopností již v prvních dvou letech života“* (Halpern, Lingerman 2005: 15). Zajímavou myšlenku týkající se hluku nastínili výše zmínění autoři ve své knize Muzikoterapie: *„Když Mozart koncem 18. století komponoval svou hudbu, bylo město Vídeň tak tiché, že hlídač z věže Dómu sv. Štěpána mohl vyhlásit požár (ústně). Ještě krátce před První světovou válkou postačil na autě požárníků zvonek, ve 30. letech byl už nedostačující. Na řadu přišla siréna. V roce 1964 byl hluk v anglických ulicích tak silný, že musela nastoupit siréna o síle 88 decibelů...V naší době sluch a tělo musejí snést více decibelů, než kdykoliv v dějinách“* (Halpern, Lingerman 2005: 14).

Sluch však není jediným orgánem, který hlukem trpí. Stejně tak je na tom srdce. Vlivem hluku stoupá krevní tlak, který může zapříčinit srdeční infarkt. *„Vědecká bádání v různých zemích prokázala, že hluk může být příčinou různých tělesných nesnází – vředu*

---

<sup>5</sup> Zvuk slyšíme v rozmezí cca od 16 Hz do 2000 Hz

*žaludku a střev, migrény, impotence, neplodnosti, postižení jater a ledvin, snížené odolnosti vůči infekčním chorobám...“ (tamtéž).*

Autoři dále píší, že Dr. Levid Lipscomb z laboratoře pro výzkum hluku na univerzitě v Tennessee odhalil, že 60 procent mládeže, kterou zkoumal, má poškozený sluch v oblastech vysokých frekvencí. Uvádí, že mladí lidé dnes mají takový sluch, jako kdysi lidé mezi 60-69 věkem života (Lingerman 2005: 12).

Z výše zmíněných informací o hudbě a muzikoterapii je patrné, že pokud se správně zvolí rytmus hudby, lze cíleně pozitivně povzbudit činnost lidského těla. Podrobněji v následujícím textu.

## **1.3 Vymezení muzikoterapie**

### **1.3.1 Zařazení a pojem muzikoterapie**

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti arteterapií – tyto terapie pracují s výrazovému uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební (muzikoterapie), literární (biblioterapie), dramatické (dramaterapie), pohybové (tanečně-pohybová terapie), výtvarné (arteterapie). V zahraničí – anglicky mluvících zemích – je arteterapie nahrazena doslovným Art Creative Therapies, nebo Art Therapies.

Pojem muzikoterapie má řecko-latinský původ. Moisisika (řecky) a musica (latinsky) znamená hudba a therapeia (řecky) a iatreia (latinsky) znamená léčit. Doslova tedy můžeme muzikoterapii vyjádřit jako léčení hudbou či ekvivalentem hudební terapií.

Dříve byla muzikoterapie často definována jako psychoterapeutická metoda nebo jako pomocný prostředek psychoterapie. V současné době je ve většině zemí patrný posun k chápání pojmu muzikoterapie v širším významu. *„Muzikoterapie v tomto pojetí integrovala zkušenosti s terapeutickými aplikacemi hudby z pohledu noha různých oborů pomáhajících profesí – speciální pedagogiky, fyzioterapie, neurologie, porodnictví, paliativní péče a dalších oblastí. Adekvátní překlad pojmu muzikoterapie z tohoto pohledu již není pouhé léčení*

*hudbou, ale pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy“ (Americká muzikoterapeutická asociace 1998<sup>6</sup>).*

Pojem muzikoterapie ve vztahu ke speciální pedagogice v širším významu uvádí Alvinová, zakladatelka Britské společnosti pro muzikoterapii. Vymezuje ji jako *„organizované a kontrolované používání funkcí hudby v léčbě, rehabilitaci, ve výchově a výcvikových metodách u dětí a dospělých, kteří trpí fyzickými, mentálními nebo emocionálními poruchami či dysfunkcemi“* (Břicháčková, Vilímek: 2008). Interkulturní odlišnosti muzikoterapeutické praxe neumožňují vytvoření jednotné a obecně platné definice muzikoterapie. Mezinárodně akceptovatelná je definice Světové federace muzikoterapie (WFMT) *„Muzikoterapie je použití hudby nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu. Jejím účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné cíle za účelem upokojení tělesných, emocionálních, mentálních a kognitivních potřeb“* (WFMT: 1996).

Definici muzikoterapie srozumitelně uvádí K. Lewandovská v knize Dětská muzikoterapie: *„Muzikoterapie je jednou z forem psychoterapeutického a fyzioterapeutického působení“* (Lewandovská 1996: 41)

### **1.3.2 Východiska muzikoterapie**

Muzikoterapie se rozvíjí ve vzájemné interakci s jinými vědními obory, které pomáhají utvářet teorii i praxi muzikoterapie. Kombinuje se s následujícími obory:

- hudebními: hudební psychologie a pedagogika, etnomuzikologie, organologie
- psychologickými: obecná a vývojová psychologie, sociální psychologie
- psychoterapeutickými: hlubinná psychoterapie, humanistický psychoterapie atd.

---

<sup>6</sup> Americká muzikoterapeutická asociace (American Music Therapy Association), 2005. Maryland. <http://musictherapy.org>

- expresivními terapiemi: arteterapie, dramaterapie a psychodrama, tanečně-pohybová terapie
- pedagogickými: obecná pedagogika, speciální pedagogika, didaktika
- medicínskými: neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, anatomie, pediatrie, somatopatologie
- sociologickými: sociopatologie, sociologie skupin, sociologie rodiny
- lingvistickými: teorie komunikace, psycholingvistika

K výše uvedeným oborům můžeme přidat ještě antropologii a technické obory (Kantor 2009: 22)

### 1.3.3 Klasifikace muzikoterapeutických přístupů

Základní rozdělení muzikoterapeutických přístupů podle K. Bruscii<sup>7</sup> odkazuje k tomu, zda je primárním prostředkem k dosažení terapeutické změny hudba (hudba jako terapie), nebo vztah mezi terapeutem a klientem (hudba v terapii).

#### Hudba jako terapie

Hudba má centrální postavení v terapeutickém procesu. Terapeut zastává roli facilitátora, jehož úkolem je pomoci klientovi vytvořit vztah k hudbě a jejím terapeutickým vlastnostem. Terapeutický vztah vytváří kontext pro hudební zkušenost. Typickým příkladem je kreativní muzikoterapie.

#### Hudba v terapii

Úkolem hudebních zkušeností je podpořit vztah mezi terapeutem a klientem, popřípadě účinek jiných léčebných prostředků (např. verbální diskuse). Úkolem terapeuta je

---

<sup>7</sup> BRUSCIA, K.E. *Definig Music Therapy*. Barcelona: Pathway Book Service, 1998. ISBN 978-1891278075.



vyjít vstříc potřebám klienta prostřednictvím takového terapeutického prostředku, který je nejvhodnější v dané situaci. V popředí terapeutického procesu je terapeutický vztah. Typickým příkladem je analytická muzikoterapie nebo improvizální muzikoterapie dospělých.

Dle mého názoru „fungují“ oba přístupy i samostatně, avšak ve vzájemné kombinaci mají ohromný vliv na výsledný terapeutický proces.

### **1.3.4 Charakteristika a definice muzikoterapie**

Muzikoterapii lze chápat jako umění, vědecký obor nebo interpersonální proces. Každá tato identita přisuzuje muzikoterapii odlišné vlastnosti – jako umění je muzikoterapie spojena se subjektivitou, individualitou, kreativitou a krásou. Jako vědecký obor ji charakterizuje snaha o objektivitu, univerzálnost, replikovatelnost. Jako interpersonální proces je spojena s komunikací, empatií, důvěrností, a se vztahy mezi rolemi, které terapeut s klientem zauímají během muzikoterapeutického procesu.

Dále můžeme muzikoterapii rozlišovat jako disciplínu a jako profesi. Muzikoterapie jako profese označuje organizovanou skupinu lidí, kteří využívají stejných poznatků ve svých profesích (učitelé, kliničtí pracovníci, supervizoři, výzkumníci). Muzikoterapie jako disciplína představuje organizovaný systém poznatků skládající se z teorie, praxe a výzkumu.

Muzikoterapie je především systematický proces (nikoliv jednorázový), který zahrnuje diagnostiku, terapeutickou intervenci a evaluaci. Mnohé z definic zdůrazňují rozvoj terapeutického vztahu prostřednictvím společně sdílených hudebních zkušeností a hudební komunikace. Muzikoterapie může být realizována za různých uspořádání terapeutické situace (individuální nebo skupinové terapie, aktivní nebo receptivní,...) muzikoterapeutem, který by měl být kvalifikovaný a kompetentní – požadavky na profesionální přípravu muzikoterapeutů definují ve většině zemí muzikoterapeutické asociace. Po absolvované

muzikoterapeutické zkušenosti může dojít (je žádoucí, aby došlo) k pozitivním změnám ve všech dimenzích lidského organismu.

Muzikoterapie není autoterapie – vždy zahrnuje osobnost klienta i terapeuta a jejich vzájemný vztah – po klientech však není vyžadováno hudební vzdělání nebo předešlé hudební zkušenosti.

Muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební a zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení, do které náleží léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládnání bolesti a stresu, osobnostní a spirituální rozvoj aj.

## **1.4 Struktura muzikoterapie**

### **1.4.1 Příprava muzikoterapeutického programu**

Úvodní fáze muzikoterapeutického programu sestává z několika fází, které jsou popsány níže.

- Doporučení do muzikoterapie

Toto doporučení je pro muzikoterapeuta důležité kvůli zvážení indikací a kontraindikací (jak klient reaguje na hudbu, jaké upřednostňuje učební styly, jaké má nedostatky v komunikaci atp.). Doporučení do muzikoterapie uděluje zpravidla jiný odborník, který s klientem spolupracuje.

- Zaměření muzikoterapie s ohledem k potřebám klienta

Muzikoterapeut se před zahájením terapeutického programu nad tím, jakou zvolit terapeutickou metodu s ohledem k potřebám klienta, které jsou potřeba „léčit“. Mezi ně může patřit zlepšení komunikačních schopností a dovedností, časoprostorová orientace, koncentrace pozornosti, motorika, vyjadřování pocitů a kreativita, sociální

dovednosti, odstraňování nežádoucího chování, zvládnání stresu, hledání smyslu života a osobnosti a jiné.

- Vstupní diagnostika

Jakmile muzikoterapeut tuší, jakou terapeutickou strategii zvolí s konkrétním klientem, je potřeba toho klienta diagnostikovat – sledovat jeho hudební i nehudební charakteristiky během hudebního procesu.

- Plánování muzikoterapie

Zabezpečení organizačních podmínek – zajištění konkrétních prostor, ve kterých bude docházet k terapeutickým sezením, zajištění termínů a časů pro setkávání. Výběr prostor je důležitý ve vztahu ke klientovi z toho důvodu, aby mu zajistily dostatek intimity. Dále sem spadá výběr muzikoterapeutických strategií a upřesnění terapeutických cílů, s čímž úzce souvisí muzikoterapeutický plán.

- Muzikoterapeutický plán

Fáze přípravy muzikoterapeutického programu je v tomto bodu u konce – zbývá pouze vytvořit plán, který zachycuje výsledky celého předchozího procesu a navrhuje, jakým způsobem tento proces bude dále pokračovat. *„Muzikoterapeutický plán je písemně zaznamenávaný dokument a má dvě funkce – organizuje plán akcí muzikoterapeuta a sděluje elementy naplánovaného programu klientovi, ostatním odborníkům a zdravotním pojišťovnám. Rozsah i obsah není nikde stanoven“* (Kantor: 2009).

## 1.4.2 Struktura a realizace muzikoterapeutické jednotky

Struktura lekce může být různá, záleží na typu zařízení, ve kterém lekci provádíme, např:

- rozehřívací část (cca 10%)
- uvolnění a koncentrace (cca 10%)
- hlavní činnost (cca 50-60%)
- reflexe (cca 20-30%)

*„Pokud před lekcí předchází tělocvik, je možné rozehřívací část vynechat, naopak pokud jsou děti napjaté a unavené, je třeba rozehřívací části věnovat větší pozornost“ (Šimanovský: 2007).*

- Volba tématu

Téma je dáno cílem práce. Musí být významné jak pro skupinu, tak i pro vedoucího. Pokud ho nezaujme, nebude pracovat s plným nasazením, pokud ho naopak bude zajímat příliš, bude postrádat potřebný nadhled. Jedna z možností, jak zahájit lekci je pozdrav, který „obejde“ kruh, ve kterém všichni účastníci sedí. Užitečná pomůcka pro získání přehledu o náladě ve skupině je využití tzv. „náladoměru“. Každý si představí tyč se stupnicí od nuly do deseti. Nula je na zemi, desítka je až tam, kam každý dosáhne. Všichni se zavřenýma očima jedou po pomyslné stupnici rukou a zastaví se v bodě, který si myslí, že odpovídá jejich náladě. Otevrou oči a hned je vidět, jaká je nálada ve skupině.

- Rozehřívací fáze:

Muzikoterapeut vybere 2-3 dynamické hry, které nenásilně uvolní a aktivizují klienty.

- Koncentrace

Muzikoterapeut vybere jednu až dvě techniky, při kterých se žáci důkladně uvolní – krátká relaxace, dechová cvičení, jeden dva cviky z tai-chi atd.

- Hlavní činnost:

Je nejpodstatnější část lekce. Vychází většinou z osnov dlouhodobého plánu. Je dobré, když od začátku spolu činnosti korespondují – budeme-li se věnovat v hlavní části nějaké lidové písni, v předešlých fázích je již vhodné využít její melodii.

- Reflexe:

Chvilku klidu a ticha – klienti setrvávají v pozici, ve které jsou nebo si lehnou na zem. Volně dýchají a se zavřenýma očima zůstanou ponořeni do svých představ. Poté si sednou do kruhu a každý může vyjádřit své pocity, dojmy, myšlenky, které mu setkání přineslo. Každý mluví jen za sebe, neskáče nikomu do řeči, nikdo o tématu nebude mluvit s nikým mimo skupinu.

- Závěr lekce:

Na závěr je vhodné stručně shrnout celý průběh lekce – každý může jeden po druhém říct jedno slovo, které ho napadne při hodnocení proběhlé lekce.

Toto je struktura muzikoterapeutického sezení inspirovaného Šimanovským (Šimanovský: 2007).

Další strukturu muzikoterapeutického programu předkládá Hanser.

- Warming-up (zahřívání)

Na úvod nestresující aktivity připravující klienta na sezení. Představení účastníků, záměru sezení a materiálů, které budou použity. Sdílení informací o aktuálním stavu klientů. Tělesné a hudební cvičení aktivizující klienty na pozdější práci. Cvičení vytvářející důvěru mezi klientem a terapeutem (společný zpěv). Ohodnocení pocitů a chování před zahájením terapie.

- Aktivity podporující uvědomění

Neverbální cvičení podporující individuální reakce na hudbu, modelová hudební situace pro řešení určitého problému, aktivní hudební zkušenost provokující afektivní reakce. Modelová hudební situace pro učení nových dovedností a sociálního chování.

- Afektivní aktivity:

Následování receptivních hudebních zkušeností aktivními. Následování neverbálních cvičení verbálními nebo neverbálními aktivitami, které používají různé hudební prostředky k vyjádření reakcí. Interpretace projektivních hudebních zkušeností klientem, terapeutem nebo skupinou. Diskuse o výběru jednotlivých klientů při modelových hudebních situacích pro řešení určitého problému, příležitosti pro testování alternativ. Předvedení nových hudebních dovedností, které se klienti naučili během sezení. Zpětná vazba od terapeuta, jednotlivců nebo skupiny identifikující reakce na jakoukoliv z předešlých hudebních zkušeností.

- Syntéza:

Diskuze o významu zkušenosti nebo jejího vnímání. Reagování na záznam expresivního hudebního chování, které se během sezení vynořilo.

- Závěr

Hudební nebo nehudební shrnutí sezení terapeutem nebo účastníky. Popis procesu na konci sezení. Opakování warming-up aktivity ke zdůraznění rozdílů v chování a funkce sezení. Ohodnocení pocitů ze sezení. Zadání úkolu – vyzkoušení aplikace nových dovedností v budoucích situacích (Hanser: 1987).

- Evaluace terapie

Zhodnocení dosažených výsledků a efektivity terapie. Mezi nejoblíbenější patří dotazníky a rozhovory, pozorování, analýza hudební improvizace atp.

Závěrem terapie je psaná zpráva, která obsahuje informace a data a může se blížit kvalitativnímu popisu. Měla by obsahovat základní údaje o klientovi, diagnostika klienta včetně cílů, na které se terapeut zaměřoval, popis průběhu terapeutických sezení, popis stavu klienta při ukončení terapie a další doporučení od terapeuta pro ukončení, pokračování či změnu terapie.

Velkým mezníkem je ukončení terapie. K tomu může dojít, pokud se klientovi podařilo dosáhnout stanovených cílů, pokud nedochází k žádnému pokroku, pokud muzikoterapie není z organizačních, ekonomických či jiných důvodů dále proveditelná, popřípadě pokud je vztah mezi klientem a terapeutem z určitého důvodu špatný a neumožňuje další vývoj.

## 1.5 Muzikoterapeutické modely

Muzikoterapeutickými modely rozumíme ucelené přístupy k diagnostice, samotné terapii a evaluaci. Nejčastějším rozdělením modelů je rozdělení na kreativní a nekreativní, které vycházejí z hlediska aktivity během terapie.

### 1.5.1 Muzikoterapie kreativní

Je využívána technika improvizace na různé hudební instrumenty a jsou často využívány spontánní vokální projevy – ty využívají potenciálu klientů k rozvoji jejich fantazie, komunikace atd. Na základě improvizací dochází k hodnocení klientů ale i k léčbě a rehabilitaci. Kreativní metody využívají hudební stimulaci a verbální i neverbální řízení. Používají se různé expresivní techniky – hra na tělo, hra na hudební nástroje, zpěv, pohyb, tanec, pantomima.

Mezi nejznámější metody a modely, které spadají do kreativní muzikoterapie, jsou:

- volná improvizace
- kreativní improvizace (Nordoff a Robins)
- experimentálně-improvizační terapie
- analytická muzikoterapie

### 1.5.2 Muzikoterapie nekreativní

Jedná se o model, který je zaměřen spíše na poslech. Patří sem modely založené na výzkumech, zabývajících se působením zvuku na lidský organismus. Mezi nejznámější metody tohoto modelu patří:

- vibroakustická terapie
- hudební integrativní neuroterapie
- Tomatisův poslechový program



### 1.5.3 Charakteristika nejznámějších muzikoterapeutických modelů

#### 1.5.3.1 Volná improvizace

Založena v 50. letech 20. století Juliette Alvinovou. Improvizace trvá 3-8 minut, při které každý klient hraje tak jak chce. K tomu může využívat různé hudební nástroje – zvonkohru, xylofon, kytaru, flétnu, violoncellu. Improvizace nemá žádného dirigenta, terapeut se do ní může aktivně zapojit a sledovat, jak se chovají klienti – zda se zapojí do skupiny nebo hrají individuálně. Po skončení improvizace následuje diskuse se společným sdělením zážitků. Podle Alvinové zde dochází k několika vztahům:

- klient x nástroj
- klient x terapeutův nástroj
- klient x hudba
- klient x terapeutova hudba
- klient x terapeut
- klient x ostatní klienti

*„Klient by měl díky modelu získat hudební, percepční a kognitivní dovednosti, motorickou kontrolu a porozumění způsobu, jak se jeho jednání v reálném světě promítá do hry na hudební nástroj. Jedinci s autismem a mentálním postižením akceptují neverbální zvuky jako prostředek k dorozumění, který pozvolna přijímá formu a zprostředkovává uspokojivý sebeobraz. Prostřednictvím volné improvizace našlo mnoho klientů s postižením cestu k rozvoji své osobnosti“ (Alvinová 1984).*

#### 1.5.3.2 Kreativní muzikoterapie (Nordoff a Robbins)

Vytvořili ji speciální pedagog Clive Robbins a hudební skladatel a klavírista Paul Nordoff v 50. - 60. letech 20. století. Je často využívána především u dětí s mentálním a tělesným postižením. Důraz je kladen na hudební improvizace při hře na klavír za účasti

klienta a dvou muzikoterapeutů. Jeden z nich je po celou dobu setkání u klavíru (v dnešní době i u kytary) a improvizuje na základě interakce probíhající mezi všemi zúčastněnými. Především se však snaží navázat vztah s klientem prostřednictvím hudby. Druhý muzikoterapeut (koterapeut) je plně k dispozici klientovi a zajišťuje celkový komfort v rámci muzikoterapeutického sezení (Kantor 2009: 220.)

Přestože byl přístup původně vytvořen pro děti, využívá se i u dospělých. Výhodou je nepotřeba hudebních zkušeností klientů (z důvodu dvou muzikoterapeutů. Naopak muzikoterapeut musí projít psychologickým a speciálně-pedagogickým vzděláním a dalším postgraduálním programem se zaměřením na techniku Nordoff a Robbins.

### **1.5.3.3 Experimentálně – improvizální terapie**

Zakladatelem byl Kenneth Bruscia. Terapie vychází s taneční a hudební improvizace, jejich oddělenosti i provázanosti. Skupina klientů experimentuje při společné hře na hudební nástroje či při společném tanci. Při této terapii podle Bruscii dochází k rozvoji kreativity, zodpovědnosti, kognitivních schopností.

### **1.5.3.4 FMT- metoda**

Jedná se o netradiční a specifický druh hudební terapie, může být definována jako léčebná metoda s vlivem na nervový a svalový systém lidského organismu. Klient s terapeutem pracují individuálně a neverbálně.

Zakladatelem je Lasse Hjelm. Studium tohoto programu je tříleté a absolvent získá titul Diplomovaný terapeut. Program je možné vystudovat ve Švédsku a Finsku.

V FMT-metodě se využívají jednoduché melodie (tzv. Kódy), kterých je 20 – tyto melodie hraje terapeut na klavír nebo piano a klient na ně reaguje hrou na bicí. FMT-metoda je zvláště vhodná při léčení vývojových poruch mozku a svalů, poruchách učení a chování, autismu, Parkinsonově a Alzheimerově nemoci ADHD, poruchách spánky a jiných

poruchách. Terapii je vhodné provozovat jednou týdně (celková doba jednotky je 20-25 minut). V ČR je zatím jediná diplomovaná terapeutka Katarína Grochalová.

#### **1.5.3.5 Tomatisův poslechový program**

Vytvořil ho francouzský lékař Alfred Tomatis. K této terapii se využívá zařízení, které Tomatis nazval elektronickým uchem. Klient naslouchá zvukům, které jsou přepínány mezi dvěma kanály – v jednom kanálu jsou zesílené zvuky nízkých frekvencí a ve druhém jsou zvuky vysokých frekvencí. To napomáhá trénovat svaly, které kontrolují kladívko a kovadlinku ve středním uchu (Kantor 2009: 229). K poslechu se používá filtrovaná hudba, která obsahuje ty frekvence, jejichž slyšení má být posíleno. Průměrná délka programu je 70 hodin. Pro tuto terapii jsou vhodní klienti s poruchou pozornosti, řeči, poruchami učení. Tomatisův poslechový program není určen pro klienty se ztrátou sluchu.

#### **1.5.3.6 Vibroakustická terapie**

Tuto terapii vytvořil Nor Olav Skille v 80. letech 20. století. Jsou léčeny nízkofrekvenční zvukové vlny v rozmezí 30-120 Hz, které jsou smíchány s hudbou a určeny k terapeutickým účelům. Klient sedí na zvukové židli nebo leží na zvukové lůžku a do jeho těla je reprodukována nízkofrekvenční hudba z reproduktorů a zesilovačů. Klient si může vybrat ze 3 žánrů hudby: vážná hudba, relaxační hudba, populární hudba.

Při nesprávně provedené terapii může dojít k negativnímu působení na klienta – únava, střídání srdeční tepové frekvence, svalová bolest, úzkost.

*„Z akustického hlediska rezonují různé partie lidského těla nejvíce v rozmezí 40-80 Hz, který je hlavním frekvenčním rozmezím vibroakustické terapie. Nemocné orgány nebo narušené systémy mění své přirozené vibrační frekvence. K jednotlivým poruchám je vybírán konkrétní nízkofrekvenční rozsah“ (Skille 1991).*

## 1.6 Muzikoterapeut x klient

### 1.6.1 Muzikoterapeut

Muzikoterapeut je osoba pomáhající – to znamená, že jeho hlavní náplní je pomáhat klientovi. Muzikoterapeut musí pracovat v souladu s etickými pravidly muzikoterapeutické profese a musí mít dostatečnou kvalifikaci.

*„Muzikoterapeut musí respektovat skutečnost, že mnohá postižení klientů jsou primárně neléčitelná, ale je možné dosáhnout zlepšení celkové kvality života a schopností jedince prostřednictvím ucelené rehabilitační péče“ (Kantor 2009: 39).*

### 1.6.2 Odborné kompetence muzikoterapeuta

Nezbytnou odbornou kompetencí jsou hudební dovednosti a to jak v teoretické, tak i v praktické rovině. Muzikoterapeutické asociace zaštiťují vzdělávací programy (avšak každá země má své vlastní standardy). Komplexní vzdělávací program může zahrnovat například supervizi, sebezkušenostní výcvik a teoretickou přípravu. Sebezkušenostní výcvik je zahrnut většinou v psychoterapeuticky zaměřených programech. Jeho prostřednictvím absolvent prožije a pozná terapii hudbou na sobě a to mu následně pomůže při práci s klientem – pozná, jaké pocity asi klient v danou chvíli prožívá atd. Supervizi J. Fowler definuje jako *„formální proces profesionální podpory a učení, který umožňuje praktikujícím jednotlivcům rozvíjet znalosti a kompetence přebírat odpovědnost za svou praxi a posilovat ochranu klienta a bezpečí péče poskytované v klinické situaci“ (Fowler 1996: 472).* Supervize může být poskytována individuálně či skupinově. Zajišťuje kvalitu terapie, rozvoj terapeuta a zároveň brání jeho vyhoření.

Velmi důležitou schopností muzikoterapeuta je zvládat negativní projevy klientova chování. Důležitá je pro to empatie, zkušenosti a prožití sebezkušenostního výcviku.

Terapeut by se měl co nejlíže seznámit s klientovým stavem a být tak předčasně připraven na případné projevy.

S odbornými kompetencemi terapeuta souvisí etický kodex, který si vydávají jednotlivé muzikoterapeutické organizace. Kodexy obsahují žádoucí jednání terapeutů, čímž chrání bezpečí jak terapeuta, tak klienta.

### 1.6.3 Muzikoterapeuté v zahraničí

Mezi nejznámější světové muzikoterapeuty patří:

- Alvin Juliette (Velká Británie) – iniciátorka britské muzikoterapie, zakladatelka *volné improvizace*
- Bruscia Kenneth (USA)– dlouhodobě provozoval muzikoterapii v léčebnách v USA
- Bunt Leslie (USA)
- Hanser Suzanne (Velká Británie) – zasloužila se mimo jiné o rozvoj muzikoterapeutických programů pro klienty s Alzheimerovou chorobou
- Hjelm Lasse (Švédsko) – zakladatel FMT-metody
- Maranto Cheryl Dileo (USA)
- Nordoff Paul (USA)
- Pavlicevic Mercedes (Velká Británie)
- Robbins Clive (Velká Británie)
- Skille Olav (Norsko)
- Seijsters Henk (Nizozemsko)
- Standley Jayne (USA)
- Wigram Tony (Velká Británie)

#### 1.6.4 Klient

Klient v muzikoterapii není omezen věkem, sociokulturním zázemím ani speciálními potřebami. „Klienta lze definovat jako jednotlivce, skupinu, komunitu nebo společnost, která potřebuje nebo hledá pomoc terapeuta vzhledem k akutnímu nebo potencionálnímu ohrožení zdraví“ (Bruscia 1998: 75). Zdraví můžeme rozlišovat několika hledisky. Může to být zdraví fyzické s různým stupněm fyzického deficitu (např. pohybového aparátu), ale i mentální, sociální, spirituální, psychické, či kombinované.

Podle počtu účastníků (klientů) se muzikoterapie dělí na formu:

- individuální (muzikoterapeut pracuje s jedním klientem)
- skupinovou (muzikoterapeut pracuje s otevřenou nebo uzavřenou skupinou klientů)
  - malou: 3-8 klientů
  - velkou: 8-15 klientů
- hromadnou: více než 15 osob

#### 1.6.5 Indikace muzikoterapie

Z hlediska patologie je muzikoterapie indikována u širokého spektra různých potíží, které zahrnují (Kantor 2009, 181):

- duševní poruchy (psychózy, neurózy, poruchy osobnosti,..)
- mentální retardaci
- autismus a jiné pervazivní vývojové poruchy
- tělesné postižení
- senzorická postižení (zrakové, sluchové)
- terminální onemocnění (AIDS,..)
- poruchy komunikace
- psychogeriatrické poruchy (demence, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba)
- zneužívání návykových látek

- psychosomatické poruchy
- poruchy chování
- ADHD
- oběti týrání a sexuálního zneužívání

V současné době je trendem tzv. wellness využití, což je aplikace u klientů, kteří nemají žádnou klinickou diagnózu. Cílem terapií je tedy osobní růst klientů, celkový růst kvality života, sebepoznávání, rozvoj osobnosti, podpora zdraví a sebevědomí.

### 1.6.6 Klient v etopedii a resocializačním procesu

*„Etopedie je součástí sociální pedagogiky. Zabývá se výchovou, převýchovou, vzděláváním a zkoumáním dětí a mládeže sociálně narušené, neboli obtížně vychovatelné“* (Průcha, 2003).

Poruchy chování jsou takové projevy jedince, jimiž se vymyká z přiměřeného chování. Hovoříme o obtížné vychovatelnosti, která má příčinu sociální, výchovnou nebo je příčinou zanedbanost. Poruchy chování souvisí s porušováním normy, kterou stanovuje daná společnost. V závažnějších případech jde o nedodržování právních norem. Mezi nejčastější formy poruch chování patří: lhaní, podvádění, krádeže, utíkání z domova a toulání, agresivní a destruktivní projevy (Stankowski, 2003).

Resocializačním procesem rozumíme učení se klienta novým normám a hodnotám tak, aby došlo k znovuzачlenění do společnosti coby spořádaného občana. Resocializační pedagog pak jedná v přímé interakci s klientem, navrhuje různé terapie a aktivity tak, aby resocializační působení na klienta bylo co nejefektivnější.

Klienti s diagnostikovanými poruchami chování se dělí dle následujících kritérií (Jánský, 2008):

**A) hledisko stupně společenské závažnosti:**

- 1) disociální chování** – nepřiměřené, nespolečenské, dá se zvládnout běžnými pedagogickými postupy, bývá přechodné, nutno řešit z pohledu příčiny, např.: vynucování pozornosti, nástroj boje o moc s rodiči, školní problémy, důsledek perfekcionista výchovy, posílení sebevědomí, strach, získání výhody; disociální poruchy: zlozvyky → návykové nechutenství, návyková nespavost, odlišit od zdravotních problémů; vzdorovitost – různé projevy od pasivity až po agresivitu; negativismus – vystupňované, zásadně negativně odpovídá na kladné podněty, odmítnutí komunikace; lež
  
- 2) asociální chování** – porušení společenských norem, intenzitou nepřekračuje právní předpisy, v rozporu s morálkou, nedostatečné sociální cítění, většinou poškozuje sebe; vyžaduje speciálně pedagogický přístup v podobě poradenské i ústavní péče ve speciálních výchovných zařízeních; bývá setrvalé, s častou frekvencí, patrný vzestupný trend; podstatná je motivace, intenzita, dopad, příčiny; např.: přijetí partou, osvědčení schopností, dobrodružství, upoutání pozornosti, nedosažitelnost věci, problémy v komunikaci, neúspěch, šikana, reakce na náročnou situaci, narušení sociálních vztahů v rodině; asociální poruchy: → krádež (např. doma, svačiny) záškoláctví; útěky; závislostní chování; autoagrese, demonstrativní sebepoškozování; sebevražda (suicidium); sexuální deviace – fetišismus, transvetitismus, narcismus, voyerství, exhibicionismus, pedofilie, sadismus, masochismus, zoofilie, gerontofilie, nekrofilie, incest
  
- 3) antisociální chování** – protispolečenské jednání, porušení zákonů daných společností, poškozující společnost i jedince, ohrožuje společenské hodnoty, včetně lidského života; náprava ústavní péčí (školská zařízení, věznice), velká pravděpodobnost recidiv; antisociální poruchy → krádeže, loupeže – rozdíl v ohrožení objektu (majetková trestná



činnost); trestná činnost související s toxikomanií; sexuální delikty – pohlavní zneužití, znásilnění; ublížení na zdraví, zabití, vraždy; vandalství; vystupňované násilí, terorismus, rasismus; organizovaný zločin;

## **B) Hledisko osobnosti:**

- 1) neurotický jedinec** – nesnáší akutní zátěž; vliv neurotizujícího prostředí; objektivně labilnější s menším sebeovládáním a zkratovými reakcemi;
- 2) jedinec s poruchou osobnosti** (dříve psychopatie) – trvalé povahové odchylky, abnormální struktura osobnosti, neadekvátní chování, nepřizpůsobivost;
- 3) sociálně nepřizpůsobivý jedinec** – sociálně patologické jednání, důsledek závislosti, narušených sociálních vztahů po propuštění z výkonu ústavní výchovy či výkonu trestu odnětí svobody, nedůstojného způsobu života (spojeno s bezdomovstvím);
- 4) jedinec se sníženými rozumovými schopnostmi** – značně ovlivnitelný, má slabou volní složku, chybí mu náhled na své jednání, žije přítomností, dává přednost konzumnímu způsobu života;

## **C) hledisko věku při kriminogenním chování (antisociální):**

- 1) prekriminalita, dětská delikvence, dětská kriminalita** – děti 6 –15 let; riziková období: počátek školní docházky, puberta; u mladších dětí spíše asociální stupeň, kolem 12 roku antisociální; znaky: skupinovost, malá připravenost a promyšlenost;
- 2) juvenilní delikvence, kriminalita mladistvých** – mladiství 15 – 18 let; kritické období dospívání, sociální změny, vliv vrstevníků, zvláštnosti psychosomatického vývoje, sociální

nezralost, neukončený morální vývoj; často recidiva; více u ekonomicky závislých se základním vzděláním bez kvalifikace a dělnické profese;

**3) kriminalita mladých dospělých – 18 – 24 let;** přetrvávající sociální nezralost vzhledem k nesamostatnosti;

### **1.6.7 Klient z pohledu vývojové a rehabilitační muzikoterapie**

*„Termín vývojová muzikoterapie odkazuje k práci s handicapovanými klienty, jenž mají poruchy v různých oblastech (emoce, senzomotorika,...) - tyto poruchy jsou však patrné až v průběhu vývoje jedince, proto jsou označovány jako vývojová postižení. Následek vývojového postižení je omezení v oblastech jako sebeobsluha, motorika, nezávislost, učení apod. Jedná se tedy o postižení, ke kterému došlo v rané fázi vývoje dítěte – ve většině případů dítě ani nepozná zdravý stav, proto je obtížné jej motivovat ke změně“ (Kantor, 2009). Vývojová muzikoterapie se využívá u jedinců do 22 let, především pak u dětí trpících např. schizofrenií, neurotickými projevy ale i dětí intaktních, jejichž vývoj je ohrožen. Příkladem vývojového postižení je Downův syndrom.*

*„Rehabilitační muzikoterapie se zabývá terapeutickým užitím hudby u jedinců se získaným postižením. Muzikoterapie zde probíhá jako součást ucelené rehabilitace, protože klient potřebuje komplexní péči“ (Kantor, 2009). Získané postižení je pro člověka náročnější na adaptaci, než postižení vývojové. Dělíme jej na ty, co se projeví po úrazu a ty co se projeví v důsledku nemoci. Období po získaném postižení je pro člověka velmi stresující. Šok vystřídá úzkost následovaná pocitem bezcennosti. Terapeut musí tyto počáteční stresy zvládnout a klienta aktivně zapojit do rehabilitačního procesu.*

## 1.7 Muzikoterapie ve speciální pedagogice

*„Speciální pedagogika je pedagogickou disciplínou – jejím předmětem zájmu je péče o zdravotně nebo sociálně znevýhodněné osoby (zahrnuje oblasti terapie, poradenství, výchovy, vzdělávání a jiné)“* (Horňáková, 2003). Handicapované osoby se v současnosti označují jako osoby se speciálními, či specifickými potřebami.

Největší skupinou, kterou se speciální pedagogiky zabývá, jsou osoby s mentálním znevýhodněním (psychopedie), osoby fyzicky limitované (somatopedie) a jedinci s narušenými psychosociálními vztahy (etopedie).

Muzikoterapie se považuje za efektivní metodu výuky nejenom speciálních dovedností, ale také pro výuku dětí, které byly dříve považovány za nevzdělatelné.

Muzikoterapie ve speciální pedagogice nejčastěji působí jako alternativní terapie v kombinaci s dalšími edukačními přístupy. Muzikoterapeutické cíle jsou téměř totožné speciálně-pedagogické intervenci, jejíž úlohou je podle M. Horňákové (2003):

- omezit vývojové ztráty a optimalizovat podmínky vývoje
- přizpůsobit nároky prostředí možnostem člověka s postižením
- podpořit identitu a integraci člověka s postižením prostřednictvím interakcí s muzikoterapeutem
- poskytnout možnost pro vytváření vlastních strategií při řešení úloh

### 1.7.1 Význam muzikoterapie u osob s poruchami chování

Podle Kantora má muzikoterapie u jedinců s poruchami chování důležitý význam. Tito jedinci potřebují upoutat pozornost a soustředit se na konkrétní věc, zvuk. Právě to muzikoterapie umožňuje (Kantor, 2009).

První důležitý aspekt je reedukace narušených funkcí – během FMT-metody jsou při hře na bicí motorické, kognitivní a jiné funkce zapojeny současně. Klient tedy procvičuje úchop držením paliček, motoriku horních končetin a celkovou koordinaci pohybů vytvářením zvuků hraním na bicí, dále procvičuje paměť, koncentraci pozornosti. Jedná se o zdlouhavý a náročný proces, který může být hudbou a zábavou velmi odlehčen.

Podstatný význam je také v usnadnění orientace a zvládnání školního kurikula – v muzikoterapii můžeme kompenzovat kognitivní dysfunkce (deficity, kdy bývá narušena schopnost učit se a orientovat se v prostředí, ve vnímání čase a posloupnosti) tím, že hudba strukturuje čas a podporuje vybavování informací, prodlužuje kvalitu a délku koncentrace a usnadňuje aktivní učení.

Relaxace a zvládnání zátěže – nácvik relaxace při hudební terapii pomáhá vyrovnávat se a adaptovat se se stresory, které do života klienta vnesl stav postižení. Prostřednictvím hudby je možné zjistit pocity, stereotypy chování a automatické myšlenky, které se spouští, když je klient vystaven zátěži.

Muzikoterapie napomáhá podpoře celkového vývoje klienta. Pomáhá mobilizovat vnitřní zdroje klienta, kreativitu a motivaci.

Dále muzikoterapie zjednodušuje osvojování nových způsobů chování. Muzikoterapeut může prostřednictvím muzikoterapie změnit nežádoucí způsoby chování klienta a nahradit je adekvátními.

Podstatný význam tkví v nácviku komunikačních, emočních a sociálních dovedností – pomocí hudby můžeme podpořit sociální dovednosti a schopnost interakce s druhými lidmi.

## 1.8 Fungování muzikoterapie v ČR a zahraničí

*„Zatímco naše hudba proslavila Českou republiku po celém světě, jsou čeští muzikoterapeuti v zahraničí neznámí. A to navzdory skutečnosti, že zde působily takové osobnosti muzikoterapie, jejichž práce byla ve světě srovnatelná s působením mnoha významných muzikoterapeutů v zahraničí“* (Kantor 2009: 81). První vědeckou zprávu o muzikoterapii vydali Engelsmann a Študlar v 60. letech. Muzikoterapie se začala využívat v několika klinikách včetně psychiatrické léčebny v Bohnicích. V současnosti se u nás nevyužívá mnoho zahraničních modelů, terapeuté raději aplikují své vlastní metodiky. Nejznámější čeští muzikoterapeuté jsou zmíněni v této diplomové práci.

Budoucí muzikoterapeuté se v České republice musí obejít bez mezinárodně akreditovaného vzdělávacího programu. Jsou však dostupné různé několika semestrální vzdělávací programy akreditované pod pedagogickými fakultami našich univerzit.

Muzikoterapie funguje v řadě institucí a zařízení určených osobám se speciálními potřebami. V ČR jsou to zejména stacionáře, speciální školy, volnočasová centra, neziskové organizace a ústavy sociální péče. Současným problémem je financování muzikoterapie, protože Česká republika nemá tolik finančních zdrojů, jako některé ekonomicky vyspělé zahraniční země – česká legislativa tedy nezná profesi muzikoterapeuta. Primárním vzděláním českých muzikoterapeutů je nejčastěji učitelství, vychovatelství, speciální pedagogika, doplněna o kurz muzikoterapie konaný formou kroužků. Trendem jsou specializované terapie realizované v přirozeném klientském prostředí – *integrativní terapeutický model*. *„Například pokud má klient se specifickými potřebami potíže se zapojením do hry vrstevníků, přichází muzikoterapeut na hřiště, do herny nebo jiného přirozeného prostředí, ve kterém probíhají herní aktivity žáků, a tam provádí terapii s daným klientem“* (Gerlichová 2014: 40).

Nejvýznamnější tuzemskou asociací je *Muzikoterapeutická asociace ČR*, která byla založena roku 2008<sup>8</sup> lékaři, speciálními pedagogy, hudebníky, psychology a jinými profesemi, praktikujícími muzikoterapii. O rok později, v roce 2009, se asociace stala součástí Světové federace muzikoterapie, rozvíjí svou činnost jak v poli teorie, tak i praxe. Od té doby asociace pořádá další a další konference a uspořádala se do podoby, v jaké funguje dnes. Muzikoterapeutická asociace ČR má přibližně 100 členů. Řídícím a výkonným orgánem asociace je Rada složená z devíti členů, v jejímž čele je předseda a dva místopředsedové.

Velmi populární je muzikoterapie v Polsku, kde se vyučuje například ve Wroclawu. Vyučuje jí tamější *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego*. Tato akademie v prosinci 2016 pořádala Evropské fórum muzikoterapeutů k výročí 45ti let Wroclawské muzikoterapie<sup>9</sup>.

Na Slovensku se muzikoterapie učí v rámci oboru Léčebná pedagogika na Univerzitě Komenského v Bratislavě<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> V první podobě se jednalo o Czech Music Therapy Association – CZMTA, která se v roce 2012 spojila s Českou asociací muzikoterapie a dramaterapie a tvoří tak současnou podobu Muzikoterapeutické asociace ČR

<sup>9</sup> Příloha č.1

<sup>10</sup> <http://www.fedu.uniba.sk/>

## 1.8.1 Mezinárodní muzikoterapeutické asociace a sdružení

Mezi nejznámější a nejvýznamnější patří následující asociace:

- Světová federace muzikoterapie – (World Federation of Music Therapy, WFMT<sup>11</sup>). Jedná se o nejvýznamnější světovou organizaci, založenou roku 1985 v Janově. WFMT pořádá mezinárodní kongresy, rozšiřuje počet odborných publikací, rozvíjí povědomí o muzikoterapii,
- Evropská muzikoterapeutická konfederace – (European Music Therapy Confederation<sup>12</sup>, EMTC). Založena roku 1990 jako fórum pro výměnu muzikoterapeutů. V roce 2004 se z konfederace stala mezinárodní profesionální nezisková organizace. V současnosti má každá členská země EU svého reprezentanta v EMTC. Evropské konference se konají 1x za 3 roky.
- Evropská asociace studentů muzikoterapie – (European Association of Music Therapy Students, EAMTS<sup>13</sup>). Založena roku 2002. Funguje především na studentské bázi. Studenti organizují studentská sympozia

---

<sup>11</sup> <http://www.wfmt.info/>

<sup>12</sup> <http://www.emtc-eu.com/>

<sup>13</sup> <http://www.emtc-eu.com/>

## 2. Empirická část

### 2.1 Úvod k výzkumu

Prezentovaný výzkum byl koncipován tak, aby analyzoval roli muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí s diagnostikovanými poruchami chování. Na samotném začátku výzkumu jsem se setkal s problémem najít taková zařízení, ve kterých bude možné výzkum absolvovat. Setkal jsem se s několika zařízeními v Pardubickém kraji, která na svých internetových stránkách informují o tom, že pro své klienty realizují muzikoterapii, avšak po telefonickém kontaktování a dotazování mi bylo oznámeno, že se musí omluvit, ale že muzikoterapii nevedou. V několika zařízeních mi bylo sděleno zamítavé stanovisko, že na mne muzikoterapeut nemá čas. Vydedukoval jsem z reakcí, jako by si tato zařízení udržovala jistou anonymitu s tím, jak se jejich muzikoterapie odehrává. Nemyslím si totiž, že by má přítomnost pro muzikoterapeuta byla nějak časově náročná. Nicméně jsem se nakonec domluvil se dvěma zařízeními (zařízení 1 a 2), ve kterých jsem výzkum absolvoval. Tato dvě zařízení jsou výchovným ústavem a dětským domovem se školou. Byl jsem přítomen na celkem deseti muzikoterapeutických jednotkách, které navštěvovalo devatenáct dětí (11 dětí v *zařízení 1* a 8 dětí v *zařízení 2*).

Před muzikoterapeutickými jednotkami jsem se seznámil s dokumentací o vybraných dětech. Informace jsem získal také prostřednictvím rozhovorů s pedagogy a osobními asistenty.



## 2.2 Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek

Cílem výzkumu bylo zjistit, *jakou roli sehrává muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí s diagnostikovanými poruchami chování*. V rámci kvalitativního výzkumu bylo stanoveno pět hlavních výzkumných otázek: Jakou roli sehrává muzikoterapie v resocializačním procesu? Jaká je role muzikoterapie z pohledu klienta? Jaká je role muzikoterapie z pohledu terapeuta? Zda je muzikoterapie dostatečně využívána a zda je efektivní.

## 2.3 Výzkumný soubor a zařízení

Výzkum proběhl ve dvou zařízeních v Pardubickém kraji. Po vzájemné domluvě (na základě požadavku ze strany vedení zařízení) jsou v této práci použity označení „zařízení 1“ a „zařízení 2“.

*Zařízení 1* je výchovným ústavem, do kterého jsou umísťovány děti, které trpí poruchami emocí a chování, děti s lehkým mentálním postižením, specifickou poruchou učení či jejich kombinací a to na základě rozsudku soudu, Chování dětí je v běžných sociálních interakcích považováno za nepřijatelné a obtížně zvladatelné. Obvykle tyto děti pochází ze sociálně znevýhodněných rodin (častý je zde výskyt zanedbávání, týrání apod). Věk nástupu dětí do zařízení by neměl přesáhnout 12 let a jejich mentální postižení by nemělo klesnout pod hranici lehkého mentálního postižení, tzn. děti vzdělatelné v programech základní či praktické školy. Základní škola výchovného ústavu poskytuje základní vzdělávání dětem se speciálními vzdělávacími potřebami podle §16 odst.4b/zákona 561/2004Sb. Kapacita školy je 24 žáků, vyučuje se podle ŠVP Cesta do života<sup>14</sup> č. j. 231/09-I a č. j. 232/9-I pro žáky s mentálním postižením. Škola je umístěna přímo v budově zařízení.

---

<sup>14</sup> Na základě rámcového vzdělávacího programu si zařízení stanovilo školní vzdělávací program. Tímto programem jsou určeny například vyučovací předměty, způsob hodnocení žáků atd. Školní vzdělávací program se stanovuje v závislosti na typ zařízení a s ohledem k cílové skupině.

Někteří starší studenti, kteří vychodí školu v zařízení, mohou dojíždět do navazující, blízké střední praktické školy.

V tomto zařízení je několik bytů, ve kterých děti bydlí. Jejich denní program je stanoven konkrétním programem – dopoledne dochází do školy, volný čas tráví například různými terapiemi. Vychovatelé na děti dohlíží jak ve dne, tak i v noci. Čas od času je mohou navštívit členové rodiny. Děti se v zařízení také učí hospodařit s penězi tak, že si za získané peníze (které jim mohou být posílány od rodičů) nakoupí suroviny, ze kterých si pak společně pod dohledem vychovatelů vaří. Za vzorné chování jsou jim umožněny vycházky, ze kterých se zřídka nevrací, avšak následující den je z jejich „prodloužené“ vycházky přiveze Policie. O svátcích jako jsou Vánoce ty děti, které nemají rodinu nebo s ní nechtějí ten svátek trávit, zůstávají spolu s vychovateli v zařízení.

*Zařízení 2* je dětský domov se školou. Jedná se o školské zařízení pro děti s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a pro děti umístěné na základě předběžného opatření s diagnostikovanými poruchami chování, a to do ukončení povinné školní docházky nebo přípravy na povolání a poskytuje preventivně výchovnou péči. Výchovu a vzdělávání dětí zajišťuje tým odborníků složený z učitelů, vychovatelů, speciálních pedagogů, etopedů a sociálních pracovníce. Děti jsou v přímém zaopatření – stravování je jim poskytnuto šestkrát denně, žijí v bytech po třech. Volný čas mohou trávit na hřišti, v posilovně, tělocvičně, v keramické dílně. Účastní se různých přednášek a soutěží. Pro děti je zde možnost několika terapií. Mimo muzikoterapii se jedná o arteterapii, canisterapii a kurz přípravy pro život s partnery. Škola vyučuje taktéž podle ŠVP Cesta do života č. j. 231/09-I a č. j. 232/9-I pro žáky s mentálním postižením.

Výzkumný soubor sestává z celkem devatenácti dětí ze zařízení 1 a 2, v rozmezí 12-15 let. Celkem se jedná o třináct chlapců a šest dívek (7 chlapců a 4 dívky v zařízení 1 a 6 chlapců a 2 dívky v zařízení 2). U všech dětí byla diagnostikována určitá porucha chování. Reprezentativní vzorek je tvořen pěti dětmi (tři děti ze zařízení 1 a dvě ze zařízení 2) – u těchto realizují kazuistiku a zaznamenám rozhovor.

## 2.4 Použité metody

Vzhledem k tématu diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu lze nejlépe a do hloubky analyzovat problematiku muzikoterapie.

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Hendl: 2005, s. 50).

Za hlavní metodu je zvoleno zúčastněné pozorování. V kvalitativním výzkumu má pozorování (spolu s rozhovorem) nezastupitelnou úlohu. Autoři pozorování definují jako: *„Pedagogické pozorování bývá definováno jako „sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhů dějů aj.“* (Průcha; Walterová; Mareš, 2001, s. 395) *„Někteří autoři považují pozorování za nejdůležitější a nezastupitelný způsob shromažďování materiálu při studiu pedagogické reality“* (Chráska, 2007, s. 151).

*„Interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Někdy se v podobném významu používá také obsahově širšího českého termínu rozhovor“* (Chráska, 2007, s. 176).

Při rozhodování metody rozhovoru byl zvolen rozhovor narativní a to z několika důvodů. Jedná se o nestandardizovanou formu rozhovoru (v převážné většině případů tak není stejná struktura dotazovaných otázek), při které není nutné, aby respondent s výzkumníkem seděli proti sobě a oba se soustředili na to, že se jedná o rozhovor. Výhoda je v tom, že se narativní rozhovor může odehrávat „v praxi“ během normálního jednání zkoumaných jedinců, a respondent může odpovídat spontánně. Chybí zde jistá formalita, avšak tato metoda vyznívá přátelštěji. Je zde požadavek na to, aby výzkumník odhadl pravou chvíli na dotazování, přičemž ponechá respondenta volně mluvit, následně může reagovat. Je chybné myslet si, že narativní rozhovor nemá žádnou strukturu. Tato struktura a vlastně i směr toho, co chce výzkumník vyzkoumat, je v jeho hlavě – daného směru by se měl držet, s tím souvisí i zaměření pokládaných otázek. *„Je to specifická podoba volného rozhovoru, kdy*

*je jedinec vybídnut, aby volně vyprávěl o nějakém tématu, o životní události, zážitku, příběhu aj. Své vyprávění buduje z informačních segmentů, které na sebe smysluplně navazují, ať už chronologicky, obsahově nebo jiným způsobem, tudíž tato sdělení, o běžném osobním životě, mají určité konstantní a obecné struktury. Předpokládá se, že volné vyprávění odhalí subjektivní zkušenosti, což pomocí přímého dotazování nejde. Povoleno je ptát se otázkou „proč?“, to vede k podrobnějšímu vyprávění, popřípadě vysvětlení“ (Reichel, 2009, s. 111).*

Další metodou v diplomové práci je případová studie. *„Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a výsledkem resocializačního procesu. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy“ (Hartl, Hartlová: 2004, s. 253). Jedná se tedy o způsob práce s jednotlivými klienty, přičemž je klíčové seřadit si jednotlivá fakta která nám jsou známá a ty následně analyzujeme. Případová studie umožňuje pochopit některé souvislosti, které nejsou na první pohled zřejmé, a tím napomáhá pochopení celého problému do hloubky.*

## **2.5 Průběh výzkumu**

### **2.5.1 Experimenty realizované autorem**

Pro plné pochopení vnímání hudby člověkem jsou uvedeny experimenty, které lze vyzkoušet v polské Varšavě - v IQ centru s názvem Centrum nauki Kopernik, které je nejznámějším polským IQ centrem a co se týká kvality, řadí se mezi nejlepší v Evropě. Centrum nauki Kopernik má několik pater a několik částí dělených podle toho, na co se daná exhibice zaměřuje (hudba, věda a technika, poznávání lidského těla, astronomické centrum,...). Po zaplacení vstupenky návštěvník může být v CNK neomezenou dobu, a všechny atrakce si může vyzkoušet. Atrakce jsou uzpůsobeny tak, aby návštěvník poznával jejich princip na základě interakce s nimi. Uvedu to na příkladu dvou experimentů, které mne nejvíce nadchly právě vzhledem k jistému vnímání hudby člověkem.

Prvním experimentem byl poslech hudby přes lidské ruce. „Atrakce“ vypadala jako dlouhý dřevěný stůl, ve kterém byly na několika místech černé slitinové body, u kterých byla cedulka s nápisem – například hudba židovská, křesťanská, hinduistická. Pokud se přišlo do bezprostřední vzdálenosti stolu, bylo zde úplné ticho. Úkolem návštěvníka bylo zacpat si uši svými rukama a předklonit se tak, aby se lokty dotýkaly černých bodů na stole. Jakmile se lokty dotkly bodů, uslyšel jsem hudbu. Uvědomil jsem si, že hudba, která je vedena do černých bodů dále rozvibrovala kosti v mé ruce, skrz kterou byla vedena až do prstů a do uší. Poznatek je tedy takový, že hudba se nemusí přenášet pouze vzduchem, avšak pro její vnímání (využití mozkiem) je nutné ji „dovést“ až k přijímacímu receptoru v uchu. Vibrace se však mohou přenášet i kostmi, tzv. kostním vedením.

Druhým experimentem<sup>15</sup> byla atrakce, která vypadala jako buben s paličkou ve skleněné vitríně, před kterou byla namontována tyč v horizontální poloze, které se měl návštěvník chytit. Pakliže tak udělal, snímač zabudovaný v tyči rozpoznal srdeční tep daného návštěvníka a palička začala tlouct do bubnu v rytmu onoho srdečního tepu. Úkolem bylo držet se i nadále tyče a udělat několik dřepů a sledovat, jaká změna nastane u úderů paličky na buben – tedy že se zrychlí. Poznatek je ten, že srdce má svůj vlastní rytmus, který se dá ovlivnit fyzickým výkonem (což ovšem není nic nového), ale důležité je i poznání, že bubnování na buben (tím je myšlena i africká hudba, která se vyznačuje hrou na bubny) přímo ovlivňuje srdeční rytmus.

---

<sup>15</sup> Příloha č. 2

## 2.5.2 Předvýzkum

V integrační školce a rehabilitačním centru LENTILKA v Pardubicích se v listopadu 2016 konala „exhibiční“ hodina muzikoterapie pod vedením muzikoterapeutky. Této lekce se zúčastnilo několik studentů Univerzity Pardubice včetně mne. Muzikoterapeutka nám pověděla, abychom se usadili do pohodlných sedacích vaků a zavřeli oči. Studenti uposlechli ale já, jelikož jsem byl přítomen jako výzkumník, jsem měl oči otevřené. Muzikoterapeutka využívala metodu, která je u nás známa pod zkratkou CMLH (celostní medicína Lubomíra Holzera) – tedy postupně hrála na několik hudebních nástrojů, od různých dechových nástrojů (didžeridoo) přes šamanské bubny a tibetské mísy až k nim postupně přidávala zpěv a pozvolna i tanec. Všiml jsem si, že několik studentů usnulo (byli zřejmě v tak relaxačním stavu, až usnuli). Po hodině a tři čtvrtě muzikoterapeutka lekci skončila a nějaký čas počkala, až se studenti vzbudí. Opravdu usnuli téměř všichni. Poté se nás, účastníků, zeptala na názor, zdali jsme se řádně zrelaxovali (to je důležité zjištění – muzikoterapie měla za cíl hloubkovou relaxaci, nikoliv reedukaci, kompenzaci či rehabilitaci, tedy hlavní terapeutické metody). Celkové atmosféře přispěl i vzhled muzikoterapeutické místnosti, která se mi jevila velmi alternativní. Byly zde batikované přehozy, stínidla, ručně malované obrazy, rozličné hudební nástroje, ale především zde bylo šero.

V předvýzkumu shledávám důležitou část svého procesu výzkumu, protože jsem se jako výzkumník mohl zúčastnit lekce muzikoterapie v pravém slova smyslu a mohl jsem sledovat interakci terapeutky a jejích klientů (byť studentů, bez diagnostikované poruchy chování). Poznal jsem také CMLH v praxi.

## 2.6 Výzkum a případové studie

Samotný výzkum probíhal zúčastněným i nezúčastněným pozorováním. Jinými slovy, někdy jsem jednal v interakci s terapeutem, jindy ne. Pozorování bylo doplněno již zmíněným narativním rozhovorem jak během průběhu terapeutické jednotky, tak i po jejím skončení.

Celkem bylo realizováno deset návštěv, kde autor vystupoval coby výzkumník – pět návštěv v *zařízení 1* a pět návštěv v *zařízení 2*.

*Zařízení 1* – terapeutická jednotka je jednou týdně v dopoledních hodinách, jednotka trvá 90 minut. Za mé přítomnosti ji navštěvovalo 11 dětí (x chlapců a x dívek). Terapeutem je muž. Průběh jednotky byl takový, že děti (některé se svým osobním asistentem) usedly do připravených sedacích vaků a muzikoterapeut hrál na kytaru a k tomu zpíval písně ze zpěvníku s názvem „Já, písnička“. Muzikoterapeut se snažil děti začlenit do procesu zpívání, nicméně děti většinu písní (téměř žádnou) neznaly, a tak se aspoň pohupovaly, tleskaly nebo dupaly do rytmu. Já jsem vše sledoval ze židle a dělal si poznámky o tom, co mne zaujalo. Muzikoterapii prováděnou v zařízení 1 klasifikuji jako pasivní, tzn. sloužící pro relaxační účely zúčastněných klientů.

*Zařízení 2* – terapeutická jednotka je taktéž prováděna jednou týdně v odpoledních hodinách v délce 60 minut. Terapeutkou je žena. Průběh jednotky je totožný s tím, který jsem absolvoval v předvýzkumu. Děti se usadily do sedacích vaků a terapeutka je upozornila, aby si zavřely oči a relaxovaly (na rozdíl od zařízení 1, ve kterém byla vyžadována pozornost a jistá participace). Poté začala hrát na různé nástroje (šamanské bubny, didjeridoo, dešťové hole, a další perkusní nástroje, se kterými jsem se nikdy předtím nesetkal). Na závěr lekce vždy terapeutka vyžadovala zpětnou vazbu od dětí ve formě sebereflexe – každý mohl jednotlivě reagovat na to, co prožíval a jak se mu jednotka líbila.

Níže se nachází případové studie, které byla vypracovány na základě předložených písemných dokumentů personálem zařízení. Tyto dokumenty byly prostudovány a v rámci citlivosti k získaným datům bylo rozhodnuto, že jména dětí a jejich sourozenců se pozmění.

Struktura případové studie: jméno, věk, odůvodnění umístění v zařízení, rodinná a osobní anamnéza, pozorování při muzikoterapii.

### **Případová studie č.1**

**Jméno:** Adam

**Věk:** 14

**Důvod umístění v zařízení:** užívání návykových látek, vzdorovité chování

**Rodinná a osobní anamnéza:** Adam je umístěn v zařízení 1. Narodil se v roce 2003, je to pubertální chlapec, který si nedůvěřuje a je lehce ovlivnitelný. Jeho otec žádal o Adamovo umístění v diagnostickém ústavu kvůli výchovným problémům. Z diagnostického ústavu přešel do ústavu výchovného. Adam byl nejdříve svěřen do výchovy k matce, potom do péče otce. Rodiče Adama jsou rozvedeni.

Ve škole se Adam zhoršil v prospěchu a měl sníženou známku z chování kvůli neomluveným hodinám. Proto mu matka, ještě když u ní bydlel, zajistila docházení do střediska výchovné péče na dva měsíce. Po čase se jeho chování zlepšilo, následně opět zhoršilo. Několikrát nepřišel domů a matce se přiznal, že kouří a s partou kamarádů pije alkohol, načež se rodiče rozhodly, že podají žádost o výchovu Adama u otce. Po vyhovění žádosti Adam otce nejdříve respektoval, potom však začaly znovu problémy s jeho výchovou. Adam si dělal, co chce a nedbal příkazů otce. Prospěch ve škole se mu zhoršil a měl několik neomluvených hodin.

**Pozorování při muzikoterapii:** Adam se při jednotkách muzikoterapie jevil jako bezproblémový. Obvykle seděl nebo ležel a naslouchal hudbě. Pokud ho někdy uklidnila do té míry, že usnul, tak se po chvíli probudil a pečlivě sledoval své okolí, aby se přesvědčil, že



mu něco neuniklo. Často mi také říkal, že na nějaké hudební nástroje umí hrát – nevím ale, jestli mě jen zkoušel, nebo jestli měl pravdu. Při skončení jednotky a odchodu se ještě pohledem po místnosti přesvědčil, zda je vše tam, kde má být.

## **Případová studie č.2**

**Jméno:** Jan

**Věk:** 13

**Důvod umístění v zařízení:** záškoláctví, špatné chování ve škole, podezření na drogy

**Rodinná a osobní anamnéza:** Jan je umístěn v zařízení 1. Narodil se v roce 2004. Ve společné domácnosti s ním žije i jeho bratr Mirek, se kterým opětuji vzájemnou citovou vazbu, stejně tak jako s rodiči. Jan chodil do Speciální ZŠ v Chrudimi, kde byl vzděláván na základě vypracovaného individuálního vzdělávacího plánu ve Speciálním pedagogickém centru Svítání. Rodiče s Janem a Mirkem žijí v Chrudimi v běžném rodinném prostředí. Matka pracuje jako porodní asistentka, otec jako vedoucí oddělení ve společnosti JIP. Rodina nepobírá sociální dávky, hradí nezletilému stravu v zařízení. Dále mu rodiče příležitostně kupují oblečení. Veškerá péče je Janovi zajišťována personálem v zařízení. Pro zdárný život nezletilého je třeba vštípit mu nové vzorce chování, zajistit stabilní prostředí a vlídné zacházení. Rodiče jsou schopni s ním adekvátně komunikovat, pravidelně ho navštěvují a podílejí se na zásadních rozhodnutích týkajících se jeho života. Jan si přeje, aby nemusel měnit zařízení a zároveň aby byl co nejrychleji zpět doma u své rodiny.

**Pozorování při muzikoterapii:** Jan navštěvoval jednotky muzikoterapie velmi rád. Obvykle se dostal do takového stavu, že usnul. Nevím, zdali to bylo tím, že se dostal do takového

relaxačního stavu, nebo toho využíval pro své vlastní pohodlí. Nicméně ho terapeutka nemusela nikdy napomínat, vždy když přišel do místnosti, vizuálně zkontrolovat hudební nástroje a podle toho se mohl ujistit, že ho nečeká nic nového a že bude jednotka probíhat pravděpodobně podle již známého scénáře. To ho očividně uklidnilo

.

### **Případová studie č.3**

**Jméno:** Alena

**Věk:** 15

**Důvod umístění v zařízení:** záškoláctví, krádeže

**Rodinná a osobní anamnéza:** Alena je umístěna v zařízení 1. Žila v domácnosti s dalšími třemi sourozenci. Její aktuální zdravotní stav odpovídá věku. V roce 2015 u ní byla zjištěna převodní nedoslýchavost, která byla odstraněna v roce 2016. Alena má citovou vazbu na mladšího bratra. Po matce se jí však nestýská, neptá se na ni. Alenu jako jedinou ze svých dcer nemá matka v péči, ale má k ní pozitivní vztah. Matka jí také často využívala k hlídání mladšího bratra. Alena byla zařazena do mateřské školy Do Nového - matka nebyla schopna ji tam vodit. Následně byla zařazena do ZŠ Polabiny 3, ve které měla velmi časté absence a často byla nepřipravená na vyučování.

Alena je méně samostatná, má špatné návyky v oblasti stravování – jí pouze brambůrky, sladkosti. Rodiče nejsou schopni ji v tom nastolit řád. Chybí jí základní hygienické a sociální návyky, není schopna reagovat na pokyny vyučujících v mateřské škole, později i v ZŠ. Matka se často stěhuje, sdílí domácnost s přítelem a má dluhy na bydlení. Je také evidována na úřadu práce. Má problém s penězi. Tento problém vyústil množství dluhů, které nedokáže řádně specifikovat. Pobírá rodičovský příspěvek a hmotnou nouzi. V rámci svých možností

nedokáže zajistit dětem základní péči a proto spolupracuje s několika organizacemi. Aleny ostatní sourozenci jsou umístěni také v ústavním zařízení. S těmito sourozenci je matka v minimálním kontaktu, neprojevuje o ně zájem. Alena potřebuje mít denní režim a usměrnit stravovací zvyky.

**Pozorování při muzikoterapii:** Alena je velmi otevřená a vcelku usměvavá děvče.

Alena se z celého kolektivu dětí účastnících se muzikoterapie jevila jako ta, kterou jednotky nejvíce baví. Zná velký repertoár písní (nepamatuji si, že by nějakou neznala). Z mého pohledu ji při muzikoterapii nemůžu nic vytknout. Nezajímala se o to, co dělají ostatní, pouze sledovala muzikoterapeuta a dbala jeho pokynů.

#### **Případová studie č.4**

**Jméno:** Matěj

**Věk:** 15

**Důvod umístění v zařízení:** projevy agrese vůči vrstevníkům, potíže se sebeovládáním

**Rodinná a osobní anamnéza:** Matěj je umístěn v zařízení 2. Zdravotní stav Matěje je dobrý, je však v pravidelné péči dětského psychiatra. Má velmi velkou citovou vazbu k matce, po které se mu stýská a touží po pobytu u ní. Jsou u něj patrné projevy agrese a potíže se sebeovládáním. Matěj má špatné vztahy s vrstevníky, se kterými často soupeří jak slovně, tak fyzicky. Navštěvuje základní školu přímo v zařízení a je zařazen do vzdělávacího programu pro žáky se zdravotním postižením. Školu zvládá s velkými obtížemi. Nejvíce ho zajímá příroda, hraje si nejraději sám venku s přírodninami.

Matěj zvládá základní hygienické návyky, je samostatný v sebeobsluze, ale potřebuje kontrolu a dohled. Jeho rodiče o něj nemají zájem, občas jsou v kontaktu telefonicky. Trpí citovou deprivací. Při společném kontaktu s rodiči neví, co si mají říci. Matka není schopna Matěje vést, ani mu zajistit povinnou školní docházku a potřeby. Dítě potřebuje individuální péči, saturaci specifických vzdělávacích potřeb a láskyplné prostředí.

**Pozorování při muzikoterapii:** Matěj mne nejprve při jednotkách muzikoterapie bral jako cizí element. Často mne sledoval, jestli se na něj dívám. Byl ke mně nedůvěřivý. Přibližně ve třetí jednotce muzikoterapie, kterou jsem s ním a s ostatními dětmi absolvoval, mne přestal brát jako něco rušivého a plně se oddal interakci s muzikoterapeutem. Nejvíc ho baví, když může sledovat ostatní přítomné během muzikoterapie – u toho jsem zahlédl, že při sledování ostatních ztratí rytmus zpěvu či tleskání (způsobeno tím, jak se na daného člověka zahleděl a snad se do něj snažil i vcítit) a až si ztrátu rytmu uvědomil, napravil jí.

S Matějem při jednotkách nejsou žádné problémy, zřídka se musí napomenout, ihned poté se chová tak, jak by měl. Když muzikoterapeut ukončí jednotku, je na něm vidět jak je smutný a že by ještě pokračoval.

### **Případová studie č.5**

**Jméno:** Patrik

**Věk:** 14

**Důvod umístění v zařízení:** nezvladatelné chování, problémy ve škole, ADHD

**Rodinná a osobní anamnéza:** Patrik je umístěn v zařízení 2. Má dobrý zdravotní stav, je v pravidelné péči dětského psychiatra. Preventivní prohlídky i povinná očkování má v pořádku. Vzepřel se rodičům, neposlouchá je. Matka i otec mají stabilní, dobře placené zaměstnání ve státní sféře. Patrik je kamarádský, rád se zapojuje do kolektivních her. Bývá často náladový a tvrdohlavý. Má velmi hezký vztah se svou sestrou, která žije s rodiči. ZŠ navštěvuje přímo v zařízení – v této škole zažívá první školní úspěchy. Potřebuje individuální a citlivý přístup.

Hygienické návyky má dobré, je samostatný v samoobsluze, je schopen akceptovat názor druhých. Patrik je veselý chlapec, který se rád předvádí.

Má diagnostikovanou ADHD, trpí problémy se vzděláváním – specifické poruchy učení. Rodiče vyvíjejí soustavné úsilí o navázání kontaktu s Patrikem, ten si však myslí, že jdou proti němu. Vyhýbá se přímému kontaktu s nimi.

**Pozorování při muzikoterapii:** Patrik navštěvuje jednotky muzikoterapie velmi rád. V kolektivu ostatních dětí-klientů je středem pozornosti – předvádí se, tancuje, zpívá a tleská tak, aby to všichni viděli. Po pár napomenutích tohoto chování zanechá a začne se chovat slušně. Přibližně v půlce jednotky je jak vyměněný a je u něj snadné sledovat zápal do toho, aby se držel v rytmu zpíval a tleskal tak, jak má.

Patrik má několik svých oblíbených písní, u kterých lze pozorovat, jak je rád, že se zpívají. Při skončení muzikoterapie vypadá nadšeně a většinou ještě dodává, že by muzikoterapie měla pokračovat

## 2.7 Výsledky otevřeného kódování

V rámci analýzy dat kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda otevřeného kódování. „*Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů, pomocí pečlivého studia údajů...během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43). Během výzkumu se může vyskytnout velké množství pojmů. „*Tyto pojmy je třeba seskupit, podobné s podobnými...proces seskupování pojmů, které se zdají příslušet stejnému jevu, nazýváme kategorizace.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 45). Otevřené kódování je tedy část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Výzkumník má před sebou velké množství nejrůznějších pojmů získaných konceptualizací, které se snaží sdružit do kategorií a jednotlivé kategorie pojmenuje tak, aby co nejvíce logicky souvisely s údaji, které zastupují.

Pro co nejlepší zodpovězení stanovených výzkumných otázek byly zvoleny otázky do interview s muzikoterapeuty<sup>16</sup> a s klienty – dětmi<sup>17</sup>.

Na základě otevřeného kódování bylo zvoleno 8 kategorií u muzikoterapeutů a 7 u dětí, které jsou logicky seřazeny.

### *Přehled jednotlivých kategorií (muzikoterapeuté)*

1. Význam muzikoterapie
2. První kontakt s muzikoterapií
3. Vzdělání a zkušenosti
4. Používaný model a forma muzikoterapie
5. Metodika a průběh jednotky
6. Negativní zkušenost
7. Záznamy
8. Aplikace muzikoterapie

---

<sup>16</sup> Přepis rozhovoru viz. Příloha 3

<sup>17</sup> Otázky pro rozhovory s dětmi viz. Příloha 4

## **1. Význam muzikoterapie**

Do této kategorie jsou zahrnuty otázky na odpovědi týkající se významu muzikoterapie pro dotazovaného muzikoterapeuta.

Pro muzikoterapeuta znamená muzikoterapie interakce s klienty prostřednictvím hudby. Tato interakce má konkrétní úmysly s cílem pozitivního působení. Muzikoterapeut sleduje vývoj dětí jak na jednotkách muzikoterapie, tak i v zařízení. Baví ho sledovat děti, jak se učí nové písně a jak jsou aktivní při jednotkách muzikoterapie. Muzikoterapii shledává jako zajímavou metodu práce s dětmi.

Pro muzikoterapeutku znamená muzikoterapie zajímavou a fungující metodu práce s dětmi, protože děti hudbu vnímají obzvláště intenzivně. Muzikoterapii vnímá jako velmi hravou terapii. Muzikoterapeutka má často po muzikoterapeutických jednotkách dobrý pocit z toho, že se průběh jednotky líbil jak dětem, tak i jí samotné.

## **2. První kontakt s muzikoterapií**

Tato kategorie zahrnuje reakce na otázku týkající se prvního kontaktu terapeuta s muzikoterapií.

Muzikoterapeut odpověděl, že se mu hudba líbí prakticky od dětství, ale s muzikoterapií se poprvé setkal při sledování televize, kdy viděl muže hovořit o principech muzikoterapie. Na základě vysílání se muzikoterapeut začal o muzikoterapii více zajímat.

Muzikoterapeutka uvedla, že se s muzikoterapií poprvé setkala na střední škole při návštěvě a absolvování muzikoterapeutické jednotky.

## **3. Vzdělání a zkušenosti**

Důležité jsou odpovědi terapeutů na otázky týkající se jejich muzikoterapeutického vzdělání a zkušenosti, které s muzikoterapií mají.

Muzikoterapeut uvedl, že během studia na vysoké škole absolvoval dlouhodobý kurz lektorství muzikoterapie pořádaný Muzikoterapeutickou asociací České republiky. Po

jejím skončení prováděl muzikoterapeutická sezení soukromě a v posledních několika letech vede muzikoterapii v zařízení 1.

Muzikoterapeutka odpověděla, že má akademické vzdělání – tříletý obor muzikoterapie. Od té doby muzikoterapii využívá jednou za čas pro rodinné účely. Také vede muzikoterapii v zařízení 2.

#### **4. Používaný model a forma muzikoterapie**

V muzikoterapii existuje několik muzikoterapeutických modelů, přičemž má každý muzikoterapeut svůj oblíbený model, který praktikuje. Tato kategorie zahrnuje odpovědi na otázky, které se zaměřují na model používaný muzikoterapeutem a muzikoterapeutkou.

Muzikoterapeut uvedl, že používá aktivní muzikoterapii, ve které jde o to začlenit klienty do terapeutického procesu. Tento terapeutický model shledává vhodným i při poměrně velkém počtu klientů – dětí. Z toho důvodu upřednostňuje skupinovou formu muzikoterapie. V ní shledává pozitivum jisté socializace klientů, kteří se snaží přizpůsobit ostatním klientům a to prospívá dobrému fungování „terapeutické komunity“. Je si jistý tím, že skupinová forma terapie je jednodušší a zábavnější jak pro něj, tak i pro klienty.

Muzikoterapeutka odpověděla, že používá model, který se nazývá celostní muzikoterapie Lubomíra Holzera. Jedná se o relaxační formu muzikoterapie, při které by měl klient zapomenout na starosti které ho trápí a po skončení jednotky by měl být plný pozitivní energie. Uvedla, že vzhledem používanému modelu, který aplikuje, upřednostňuje skupinovou formu terapie. To však neznamená, že daný model nemůže být použit individuálně.

#### **5. Metodika a průběh jednotky**

Každý muzikoterapeut má svůj osvědčený průběh jednotky. Některé příklady průběhu jednotky jsou uvedeny v teoretické části této práce.

Muzikoterapeut uvedl, že metodiku nemá. Průběh jednotky je zohledněn počtem klientů. Jednotka probíhá tak, že děti se svými asistenty přijdou do terapeutické místnosti,



kde se posadí. Následuje krátká diskuze o tom, co je nového. Pokračuje se výběrem písní ze zpěvníku, děti zpívají a terapeut je doprovází hrou na kytaru. Na konci jednotky se zeptá na pocity dětí, které zažily v průběhu jednotky. Poté se rozloučí.

Průběh jednotky u muzikoterapeutky je obdobný. Po příchodu klientů je vyzve, aby se usadili, zavřeli oči a odpočívali. Následuje terapeutický proces, během kterého vystřídá několik hudebních nástrojů, postupně k hraní přidává i formu zpěvu. Stává se, že během jednotky několik klientů usne. Po skončení muzikoterapeutické jednotky chvíli počká, než se tito klienti probudí. Zakončení probíhá krátkou diskuzí a rozloučením.

## **6. Negativní zkušenost**

Pozitivních zkušeností mají terapeuté zajisté mnoho. Otázkou je, zdali mají také zkušenosti negativní. Tato kategorie zahrnuje reakce na otázky týkající se těchto negativních zkušeností.

Muzikoterapeut uvedl, že s klientem, který by působil či se choval negativně, se nesetkal. Někdy se stane, že klient „nemá svůj den“ a nespolupracuje jako jindy, ale nemyslí si, že takové jednání se dá označit jako negativní.

Muzikoterapeutka se také nesetkala s negativním či agresivním klientem. Udala, že občas je nějaký klient neposedný a nevydrží být dlouho v klidu. S tím však nic nezmůže. Pokud by ho napomenula, narušila by harmonický průběh jednotky.

## **7. Záznamy**

V teoretické části této práci je udáno, že je zcela běžné vedení určité formy záznamů. Tato kategorie zahrnuje velmi strohou odpověď na otázku týkající se vedení záznamů.

Muzikoterapeut si záznamy nevede.

Muzikoterapeutka si záznamy nevede.

## **8. Aplikace muzikoterapie**

Muzikoterapeutům bylo položeno několik otázek na místo, kde aplikují muzikoterapii.

Muzikoterapeut uvedl, že muzikoterapii vede pouze v zařízení 1.

Muzikoterapeutka uvedla, že v zařízení 2 pracuje jako vychovatelka, a současně s tím zde vede i muzikoterapii. Nezbyvá jí tedy čas na to, aby muzikoterapii mohla vést ještě někde jinde.

### *Přehled jednotlivých kategorií (klienti – děti)*

1. Zájem o muzikoterapii
2. Průběh muzikoterapie
3. Muzikoterapie či jiná aktivita
4. Doporučení muzikoterapie
5. Význam muzikoterapie
6. Muzikoterapie u ostatních
7. Četnost muzikoterapie

### **1. Zájem o muzikoterapii**

Na otázku týkající se zájmu o muzikoterapii všech 5 dětí uvedlo, že je muzikoterapie baví.

### **2. Průběh muzikoterapie**

Tato kategorie zahrnuje reakce na otázky zaměřené na to, jak jsou děti spokojené z průběhem muzikoterapeutických jednotek. Jestli je něco, co by změnili.

Dvě děti uvedly (Alena, Adam), že by se rády naučily hrát na hudební nástroj a mohly tak doprovázet muzikoterapeuta.

Další tři děti uvedly, že jsou spokojeny s průběhem jednotek a nic by neměnily.

### **3. Muzikoterapie či jiná aktivita**

Dětem – klientům bylo položeno několik otázek zjišťujících zájem dětí o muzikoterapii, popřípadě výměnu muzikoterapie za jinou aktivitu (kroužek), např. keramiku, sportovní kroužek.

Všech pět dětí uvedlo, že by aktivitu neměnilo. Toto tvrzení mne zaujalo.

### **4. Doporučení muzikoterapie**

Jedno dítě (Patrik) odpovědělo, že neví, jestli by muzikoterapii doporučilo svým kamarádům.

Všechny další děti udaly, že by jistě muzikoterapii doporučily svým kamarádům.

### **5. Význam muzikoterapie**

Tato kategorie zaznamenává reakce na otázky týkající se významu muzikoterapie pro děti.

Čtyři děti (Adam, Jan, Alena, Matěj) uvedly, že jim muzikoterapie pomáhá odreagovat se a zapomenout na problémy.

Jedno dítě (Patrik) uvedlo, že muzikoterapii mu nepomáhá v odreagování se. Dodal, že ho ale muzikoterapie baví.

### **6. Muzikoterapie u ostatních**

Kategorie muzikoterapie u ostatních kategorizuje odpovědi na otázky, které jsou zaměřeny na to, zdali si děti myslí, že muzikoterapie pomáhá ostatním členům „terapeutické

komunity“.

Dvě děti (Jan, Alena) uvedly, že muzikoterapie pomáhá všem, kdo ji navštěvují.

Ostatní děti (Adam, Matěj, Patrik) odpověděly, že nevědí, jestli muzikoterapie pomáhá ostatním.

## 7. Četnost muzikoterapie

Tuto kategorii shledávám velmi důležitou. Dětem byly položeny otázky zaměřující se na to, jestli by chtěly přidat muzikoterapeutické jednotky, nebo je naopak ubrat

Všech pět dětí uvedlo, že by chtěly mít více jednotek muzikoterapie týdně.

## 2.8 Závěr výzkumu

Výzkum této práce se zabývá aplikací muzikoterapie v etopedických zařízeních. Cílem výzkumu bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu a případových studií odpovědět na předem stanovené výzkumné otázky. Na základě výzkumného pozorování a výsledků otevřeného kódování rozhovorů lze výzkumné otázky zodpovědět.

. Muzikoterapie sehrává v resocializačním procesu u dětí důležitou roli. Nejenom že má hudba na děti-klienty terapeutický účinek (relaxace, správná činnost srdce,...), ale je nezastupitelná i z několika dalších důvodů. Děti se učí participovat ve společnosti – ve skupině s ostatními dětmi přítomnými na jednotce. Jsou „řízeny“ terapeutem, který je vybízí k jisté interakci a figuruje zde jako autorita. Muzikoterapie tedy má tři důležité aspekty: stanovuje režim, usměrňuje chování a hravou formou učí vnímání autority terapeuta (osoba terapeuta je v reálném životě zaměněna za rodiče, učitele atd.).

Z pohledu klientů je muzikoterapie zpestřením denního programu, jehož prostřednictvím se uklidní a na nějaký čas zapomenou na problémy. Dotázané děti – klienty muzikoterapeutické jednotky velmi baví a pokud by měly na výběr mezi muzikoterapií a

jinými aktivitami, zvolily by muzikoterapii. Pro děti je též vhodné, že jednotky navštěvují s dalšími dětmi, které znají ze zařízení. Nemusí si tedy zvykat na nové lidi a nové prostředí, což napomáhá více se věnovat průběhu terapie než vnímání okolních vlivů.

Pro muzikoterapeuty je muzikoterapie způsobem, jak „hravou“ formou působit na děti. Zkušenosti jsou takové, že po pozitivně naladěné muzikoterapeutické jednotce jsou spokojeni jak klienti, tak i terapeut. Muzikoterapeuté vedou jednotky tak, aby při nich panovala kázeň a současně aby se nesly v přátelské atmosféře. Děti se tak cítí dobře. Cílem muzikoterapeutova jednání je snaha o to, aby děti braly muzikoterapeutické jednotky jako dopňkový program, jako aktivitu, na jakou rády chodí, nikoliv aby jí vnímaly jako „terapii“, na kterou chodí s určitým záměrem.

### 3. Diskuze

V teoretické části práce předkládám analýzu prací, které byly na téma muzikoterapie sepsány. Jejich prostudování mi pomohlo zorientovat se v teoretickém rámci muzikoterapie převážně ve speciální pedagogice.

Od autorů zabývajících se muzikoterapií jsem se dozvěděl několik muzikoterapeutických modelů, které jsou využívány. Domníval jsem se, že se s těmito modely následně setkám při realizování výzkumu. Zařízení, ve kterých byl výzkum realizován, však používají metody odlišné – takové, které lze aplikovat pro skupinovou terapii.

Samotný výzkum probíhal bezproblémově. Po prostudování charakteristik dítěte a relevantních materiálů jsem se při muzikoterapeutických jednotkách zaměřil na konkrétní děti, o kterých jsem si po skončení jednotky vždy vedl pečlivé záznamy. Jsem si vědom toho, že vhodnější by bylo pořízení audiozáznamu či videozáznamu, to ale nebylo umožněno.

Atmosféra v zařízeních byla příjemná, personál se ke mne choval vstřícně, necítil jsem se jako nechtěná osoba, a tak si myslím, že průběh výzkumu probíhal podle mých představ. Nejenom že jsem byl přítomen jako výzkumník, ale pochopitelně na mě terapie přímo působila také. Při sezeních s terapeutem jsem se aktivně účastnil vybírání písní, zpívání jsem ale vynechal. Během jednotek s terapeutkou jsem relaxoval jak s otevřenýma, tak zavřenýma očima (abych mohl posoudit rozdíly ve vnímání hudby). Nikdy jsem však neusnul. Musím také podotknout, že po celou dobu výzkumu jsem pečlivě sledoval interakci přítomných dětí a terapeutů – jejich vzájemnou interakci, řeč těla, snahu o participaci.

Zařízení, ve kterých byl výzkum absolvován, poskytuje skupinovou formu muzikoterapie – jde tedy o „uspokojení potřeb“ celé skupiny dětí (skupinová forma je jednodušší na organizaci, muzikoterapeutické znalosti terapeuta, znalost konkrétního dítěte, množství nástrojů a podpůrného materiálu). Domníval jsem se, že se setkám s nějakou individuální metodou muzikoterapie, která je popsána výše v teoretické části této práce. Nicméně chápu a respektuji, že muzikoterapie ve skupině si žádá adekvátní terapeutickou formu.



## Závěr

Diplomová práce si stanovila za cíl hloubkovou analýzu muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí s diagnostikovanými poruchami chování.

V úvodu práce je psáno, že existuje jak hudba příjemná pro poslech, tak i hudba (ruch) kterou můžeme označit za rušivou a škodlivou. V muzikoterapii a hudební pedagogice je využívána hudba takovým způsobem, aby se neměnila na rušivou, tzn. udržuje se v jakési normě a v určité frekvenci.

Teoretická část započala analýzou akademických prací. To umožnilo náhled do problematiky a získání informací o tom, v jaké oblasti se dá muzikoterapie využít a a jaké poznatky ze zkoumání muzikoterapie již vzešly. Velmi důležitou kapitolou v teoretické části je kapitola zvuk a hudba, která pojednává o vývoji hudby a muzikoterapie, principu vzniku zvuku a hudby a vlivem zvuku a hudby na člověka – především tím, jak člověk dokáže hudbu vnímat a jakým způsobem je schopen ji využít ve svůj prospěch. Pozitivní využití hudby je základním požadavkem v léčebném využitím hudby. Dále teoretická část charakterizuje interakci muzikoterapeuta s klientem (především s klientem v etopedii) a následně využitím muzikoterapie ve speciální pedagogice.

Praktická část práce si kladla za cíl odpovědět na pět předem stanovených hlavních výzkumných otázek: *Jakou roli sehrává muzikoterapie v resocializačním procesu? Jaká je role muzikoterapie z pohledu klienta? Jaká je muzikoterapie z pohledu terapeuta? Zda je muzikoterapie dostatečně využívána a zda je efektivní.* S ohledem k tématu byl zvolen kvalitativní výzkum s důrazem na zúčastněné pozorování, případové studie a narativní rozhovory s muzikoterapeuty a dětmi – klienty.

Po několika neúspěšných pokusech o navázání kontaktu se zařízeními, které ve svých portfoliích informují o možnosti muzikoterapie (o tomto je psáno v úvodu k výzkumu), byla nakonec sjednána možnost aplikování výzkumu ve dvou zařízeních, nacházejících se v pardubickém kraji. Prvním zařízením se stal dům dětí a mládeže se školou a druhým se stal výchovný ústav.



Pozorování probíhalo u devatenácti dětí docházejících na muzikoterapeutické jednotky ve výše zmíněných zařízeních. U těchto dětí bylo pečlivě sledováno chování během muzikoterapie – řeč těla, reakce, interakce s terapeutem (terapeutkou), schopnost společenské participace. Jako reprezentativní vzorek bylo vybráno pět dětí, u kterých byla zaznamenána případová studie, včetně rodinné a osobní anamnézy a pozorování během muzikoterapeutických jednotek.

Na základě kvalitativního výzkumu, který byl realizován, lze odpovědět na stanovené otázky. Cíl diplomové práce byl tedy splněn.

### **Doporučení**

V zařízeních, ve kterých byl výzkum aplikován, se muzikoterapie odehrává jednou týdně. Myslím si, že pokud by se konala častěji, bylo by to pro děti efektivnější. Není však pochyb o tom, že již takto muzikoterapie disponující všemi svými aspekty zajisté efektivní je. Domnívám se, že ideální by bylo nechat skupinovou formu muzikoterapie jednou týdně, a dále přidat jednu muzikoterapeutickou jednotku týdně formou individuální. Individuální jednotka by měla být vedena jednou z modelů, které byly popsány výše v teoretické části této práce. Na základě poznatků o daném dítěti by se mu zvolil konkrétní terapeutický model. Dítě by se tak mohlo více rozvíjet a lépe resocializovat. Myslím si, že by pro ně byly individuální jednotky muzikoterapie zpestřením. Zpočátku by se chovaly zřejmě nedůvěřivě, nicméně po určitém čase by k těmto jednotkám přistupovaly svědomitě.

### **Doporučení pro praxi**

Využití této práce v praxi by spočívalo ve využití četnosti muzikoterapie v resocializačním procesu u dětí s diagnostikovanými poruchami chování - doporučuji, aby zařízení vedly muzikoterapeutické jednotky alespoň 2x týdně, ne však více než 3x týdně. Není žádoucí, aby se jednotky staly pro děti stereotypem, ale aby se děti na terapii těšily a snadněji a lépe se prostřednictvím nich resocializovaly.

## Použité zdroje

### Monografie

ALVIN, Juliette. *Music Therapy*. Stainer & Bell Ltd, 1991. ISBN 9780852498033.

BRUSCIA, K.E. *Definig Music Therapy*. Barcelona: Pathway Book Service, 1998. ISBN 978-1891278075.

BŘICHÁČKOVÁ, Marie, VILÍMEK, Zdeněk. *Muzikoterapie*. IPPP ČR, 2008. ISBN 978-80-86856-50-6.

FOWLER, John. *Journal of Advanced Nursing*. 1996.

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi*. Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.

HALPERN, Steven; LINGERMAN A. Hal. *Muzikoterapie*. Eko-konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Stručný psychologický slovník*. Portál, 2004. 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Portál, 2005. 978-80-7367-485-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu – základy kvantitativního výzkumu*. Grada, 2007. 978-80-247-1369-4.

KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj; kolektiv autorů. *Základy muzikoterapie*. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

KOVÁČOVÁ, Barbora. *Liečebná pedagogika II. Tvorba a evalvácia programu v liečebnej pedagogike*. Univerzita Komenského v Bratislave. Bratislava, 2015. ISBN: 978-80-223-3779-3.

LABÁTH, Vladimír. *Riziková mládež*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-66-4.

LEWANDOWSKA, K. *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk 1996.

MATOUŠEK, Oldřich; KROFTOVA, Andrea. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 1998. ISBN 9788073678258.

McFERRAN, Katrina. *Adolescents, Music and Music Therapy: Methods and Techniques for Clinicians*. Jessica Kingsley Publishers: 2010. ISBN 978-1-84905-019-7.

MÜLLER, Oldřich. *Speciálněpedagogické terapie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: UP, 2006. ISBN 978-80-89229-06-2.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 978-80-7464-280-7.

PRUCHA, J.; MARES, J.; WALTEROVA, E. *Pedagogický slovník*. Portál, 2001. 80-7178-772-8.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, s. 111. ISBN 978-80-24730-06-6.

SKILLE, Olav. *Vibroacoustic Therapy: Manual and Reports*. ISVA, 1991.

STANKOWSKI, Adam. *Etopedie – Úvod do resocializační pedagogiky*. Ostravská univerzita v Ostravě, 2003. ISBN 80-7042-257-2.

STANKOWSKI, Adam; STANKOWSKA, Natalia. *Wybrane problemy patologii społecznej i resocjalizacji*. Aprint, 2004. ISBN 978-80-968914-3-6.

STANKOWSKI, Adam; KUCYPER, Krzysztof. *Terapia pedagogiczna w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Wyższa Szkoła Administracji, 2008. ISBN 83-60430-91-8.

SIMANOVSKY, Zdenek. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Portál, 2007. ISBN 788073673390.

ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

## Internetové zdroje

JÁNSKÝ, Pavel. *Etopedie a etopedická diagnostika* [online]. Hradec Králové, 2008 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z:  
<http://www.dduhk.cz/ckfinder/userfiles/files/downloads/Etopedick%C3%A1%20diagnostika%20d%C3%ADt%C4%9Bte%20v%20DD%C3%9A.pdf>

*American Music Therapy Association* [online]. [cit. 2017-02-03]. Dostupné z:  
<http://www.musictherapy.org>

*Pedagogická fakulta Unverzity Komenského v Bratislavě* [online]. [cit. 2017-02-03].  
Dostupné z: <http://www.fedu.uniba.sk>

Muzikoterapeutická asociace České republiky [online]. [cit. 2017-02-03]. Dostupné z:  
<http://www.czmta.cz>

Muzikoterapie [online]. [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: [http:// www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz)

## Seznam příloh

### Příloha 1



alsu. Możesz  
zyspieszając  
uj bardzo się  
kilka przysia-  
j?

óry ustysza-  
styszeć mniej  
y, a pierwsze,  
nie bicie mat-  
awdopodobnie  
rytmu, z któ-  
riat. Uderzenia  
dla pierwszych  
lawną muzykę  
sapiens.

## Be still my beating heart

Grab both handles  
and observe the drum.

The drum beats at the rhythm of your pulse. You can change the tempo of the beats by speeding up or slowing down your own heart. Try to calm yourself down, or try doing a few knee-bends. How is the rhythm affected? This sound is a lot like **the first one you ever heard** in your life. A baby starts to gain a sense of hearing around the sixth month of pregnancy, and the first sound it hears is its mother's heartbeat. This probably helps develop **the innate sense of rhythm** humans are born with. The rhythm of the heart also presumably inspired the first percussionists making ancient music in Africa, the cradle of *Homo sapiens*.

## Příloha 3

### Přepisy rozhovorů s muzikoterapeuty

#### Rozhovor č.1– muzikoterapeut

*Co pro Vás znamená muzikoterapie?*

Interakce prostřednictvím hudby s konkrétními úmysly. Já se vlastně snažím pozitivně působit na děti a sledovat jejich vývoj jak na svých jednotkách, tak i v zařízení. Baví mne sledovat, jak se učí nové písně a jak jsou v průběhu muzikoterapie čím dál více aktivnější. Muzikoterapie je velmi zajímavá metoda práce s dětmi.

*Jaký byl Váš první kontakt s muzikoterapií?*

Hudba se mi líbí a poslouchám jí prakticky od dětství. S muzikoterapií jako takovou jsem se poprvé setkal při sledování TV, kdy nějaký pan vyprávěl o jejích principech. Tak mne to zaujalo a začal jsem se o ní více zajímat.

*Můžete specifikovat, jaké vzdělání v muzikoterapii máte a jaké již máte zkušenosti?*

Při studiu na vysoké škole jsem si udělal dlouhodobý kurz lektorství muzikoterapie pořádaný CZMTA (Muzikoterapeutická asociace České republiky). Po skončení kurzu jsem prováděl muzikoterapeutická sezení soukromě a v posledních několika letech vedu muzikoterapeutické sezení zde v zařízení.

*Jaký konkrétní muzikoterapeutický model používáte?*

Především používám aktivní muzikoterapii, kdy jde o to nějakým způsobem začlenit klienty do terapeutického procesu. Samozřejmě se musím podřídít tomu, v jakém zařízení se

nacházíme. Provádím muzikoterapii ve skupina asi deseti dětí, a forma, jakou u nich aplikuji, se mi zdá jako nejefektivnější.

*Upřednostňujete individuální či skupinovou formu muzikoterapie?*

Určitě upřednostňuji skupinovou muzikoterapii hned z několika důvodů. Jedním z nich je určitá socializace klientů – snaží se přizpůsobit ostatním klientům a to prospívá dobru a fungování „komunity“. Práce se skupinou také odbourá nejistotu a ostych konkrétních jedinců, kteří by se při individuální formě mohli držet zpátky. Skupinovou formu shledávám také jako jednodušší a zábavnější jak pro mě, tak pro klienty.

*Postupujete podle vypracované metodiky? Jaký je průběh Vaší muzikoterapeutické jednotky?*

Metodiku nemám, řídím se podle požadavků klientů, což se řídí také počtem členů během sezení. Co se týká průběhu, děti (některé s jejich asistenty) přijdou do naší terapeutické odhlučněné místnosti, posadí se, já se jich zeptám co je nového a pustíme se do toho. Postupně vybíráme písně ze zpěvníku „Já, písnička“ a hrajeme, zpíváme či tleskáme. Z reakcí dětí usuzuji, že během sezení užijí příjemný čas. Na konci sezení se zeptám na pocity a jak se dané sezení dětem líbilo a následně se rozloučíme.

*Setkal jste se někdy s klientem, kterému byla jednotka muzikoterapie vyložené nepříjemná a reagoval například agresivně? Pokud ano, jak jste reagoval?*

S nikým takovým jsem se doposud neseťkal. Někdy se stane, že klient, ve zdejších případech dítě, nemá svůj den a nespolupracuje tak jako jindy, ale nemyslím si, že se to dá posuzovat jako nepříjemné chování.

*Vedete si písemné či audiovizuální záznamy ze svých jednotek?*

Nevedu. Pracuji zde externě a mám na starosti pouze muzikoterapeutická sezení.

*Aplikujete muzikoterapii pouze zde v zařízení nebo i mimo?*



V současnosti jsem v důchodu, mám tedy mnoho času na to, abych zde mohl muzikoterapii vést. Nicméně ji aplikuji pouze zde, nikoliv někde jinde.

## **Rozhovor č.2 – muzikoterapeutka**

*Co pro Vás znamená muzikoterapie?*

Muzikoterapie pro mne znamená zajímavou a fungující metodu pro práci s dětmi. Děti hudbu vnímají zvláště intenzivně. Je to vlastně terapie, která je na rozdíl od jiných terapií velmi hravá. Často mám po jednotkách muzikoterapie velmi dobrý pocit z toho, že se to líbilo jak dětem, tak i mně.

*Jaký byl Váš první kontakt s muzikoterapií?*

Můj první kontakt s muzikoterapií byl na střední škole, kdy jsme spolu s pedagogem a spolužáky absolvovali muzikoterapeutickou jednotku. Velmi mne to tenkrát bavilo.

*Můžete specifikovat, jaké vzdělání v muzikoterapii máte a jaké již máte zkušenosti?*

Mám akademické vzdělání – tříletý obor muzikoterapie. Muzikoterapii od té doby využívám jak jednou za čas pro rodinu a přátele, tak i zde v zařízení.

*Jaký konkrétní muzikoterapeutický model používáte?*

Využívám model, kterému se u nás říká celostní muzikoterapie Lubomíra Holzera. Jedná se o relaxační formu muzikoterapie, můžeme říci, že až o hloubkovou relaxaci. Klient by měl zapomenout na starosti, které ho trápí a po terapii by měl být plný pozitivní energie.

*Upřednostňujete individuální či skupinovou formu muzikoterapie?*

Forma muzikoterapie, kterou aplikuji, si přímo vyžaduje skupinu klientů. To ale neznamena, že nemůže být využita individuálně, nicméně je specializována pro skupinovou práci. Takže abych odpověděla na otázku, upřednostňuji skupinovou formu.

*Postupujete podle vypracované metodiky? Jaký je průběh Vaší muzikoterapeutické jednotky?*

Postupuji podle toho, co si žádá forma, kterou aplikuji. Po příchodu klientů je vyzvu k tomu, aby se usadili, zavřeli oči a odpočívali. Následně začnu se samotnou terapií, postupně vystřídám několik nástrojů od djembe po tibetské mísy. Postupně k hraní přidám i formu zpěvu. Po přibližně jedné hodině skončím. Většina klientů v průběhu usne. Počkám chvíli, než se probudí, začnu s krátkou diskuzí s nimi a následně se rozloučíme. Terapeutická jednotka má vždy takovýto průběh.

*Setkala jste se někdy s klientem, kterému byla jednotka muzikoterapie vyložené nepříjemný a reagoval například agresivně? Pokud ano, jak jste reagovala?*

Nesetkala jsem se s vyloženě agresivním klientem. Občas je ale někdo neposedný, nevydrží být tak dlouho v klidu a sleduje mě, co dělám. S tím ale nic nenadělám. Pokud bych mu něco řekla, naruším tak harmonii muzikoterapie. Naštěstí ale nezačnou vyrušovat.

*Vedete si písemné či audiovizuální záznamy ze svých jednotek?*

Nevedu.

*Aplikujete muzikoterapii pouze zde v zařízení nebo i mimo?*

V tomto zařízení pracuji jako vychovatelka a současně s tím vedu i muzikoterapii. Nezbyvá mi tedy čas na to, abych ji aplikovala i někde jinde.

## **Příloha 4**

### **Rozhovory s dětmi (otázky)**

*Baví tě muzikoterapie?*

*Chtěl/a by jsi změnit něco na tom, jak muzikoterapie probíhá?*

*Kdyby sis mohl/a vybrat místo muzikoterapie jinou aktivitu (například keramický kroužek či fotbal), zůstal/a bys u muzikoterapie nebo ne?*

*Doporučil/a bys muzikoterapii svým kamarádům?*

*Pomáhá ti muzikoterapie zapomenout na problémy a starosti?*

*Myslíš si, že ostatním dětem, kteří navštěvují muzikoterapii, muzikoterapii pomáhá? V čem?*

*Stačí ti mít muzikoterapii 1x týdně, nebo je to moc, nebo naopak málo?*