

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra Muzikologie



Martina Labudová

Muzikoterapie u dětí s mentálním postižením

Music Therapy for Children with Mental Retardation

Bakalářská práce

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Martina Stratilková, Ph.D.**

OLOMOUC 2017

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a použila jsem pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Souhlasím, aby má práce byla zpřístupněna ke studijním účelům na Univerzitě Palackého v Olomouci.

V Olomouci dne

Podpis.....

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. et Mgr. Martině Stratilkové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracování této práce. Děkuji také Mgr. Lucii Čapkové za ochotu a poskytnutí informací při zpracování praktické části mé práce. Velký dík patří také všem dětem, s nimiž jsem mohla společně probádat muzikoterapii.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Vymezení muzikoterapie.....	9
1.1 Pojem muzikoterapie.....	9
1.2 Definice muzikoterapie.....	10
2 Muzikoterapeutický proces.....	13
2.1 Formy muzikoterapie.....	14
2.1.1 Individuální terapie.....	14
2.1.2 Skupinová terapie.....	14
2.1.3 Komunitní terapie.....	15
2.1.4 Aktivní terapie.....	15
2.1.5 Receptivní (poslechová, pasivní) terapie.....	16
2.2 Metody a techniky muzikoterapie.....	16
2.2.1 Hudební improvizace.....	16
2.2.2 Hudební interpretace.....	17
2.2.3 Kompozice hudby.....	19
2.2.4 Poslech hudby.....	20
3 Hudební materiál v muzikoterapii.....	21
3.1 Hudební výrazové prostředky.....	22
3.1.1 Barva zvuku a alikvóty.....	22
3.1.2 Rytmus	24
3.1.3 Melodie	25
3.1.4 Harmonie.....	26
3.2 Hudební nástroje.....	27
3.2.1 Tradičně laděné nástroje.....	28
3.2.2 Orffův instrumentář.....	28
3.2.3 Etnické nástroje.....	29
3.3 Terapeutické působení hudby.....	29
3.3.1 Hudba a fyziologické procesy.....	31

4	Mentální retardace.....	32
4.1	Vymezení pojmu mentální retardace.....	32
4.2	Klasifikace mentální retardace.....	33
4.2.1	Lehká mentální retardace.....	34
4.2.2	Středně těžká mentální retardace.....	34
4.2.3	Těžká mentální retardace.....	35
4.2.4	Hluboká mentální retardace.....	35
4.2.5	Kombinované postižení	35
4.2.6	Poruchy autistického spektra.....	36
5	Problematika muzikoterapie u dětí s mentálním postižením.....	37
5.1	Muzikoterapeutické cíle u dětí s mentálním postižením.....	38
5.2	Výzkumy muzikoterapie u dětí s mentálním postižením.....	38
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
6	Výzkum muzikoterapeutické praxe s mentálně postiženými dětmi.....	42
6.1	Metodologie výzkumu.....	42
6.2	Charakteristika místa šetření.....	44
6.2.1	Zaměření školy.....	44
6.3	Charakteristika muzikoterapeuta.....	45
6.4	Příprava a realizace muzikoterapeutických setkání.....	46
6.5	Popis muzikoterapeutických setkání v jednotlivých skupinách.....	46
6.5.1	Skupina A.....	46
6.5.2	Skupina B.....	51
6.5.3	Skupina C.....	54
6.5.4	Skupina D.....	56
7	Shrnutí výsledků.....	58
	ZÁVĚR.....	61
	SHRnutí.....	63
	SUMMARY.....	64
	ZUSAMMENFASSUNG.....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66

PŘÍLOHY.....	71
--------------	----

ÚVOD

Hudba a rytmus nacházejí cestu k nejskrytějším místům duše.

Platón

Zvuk a hudba zastává v životě člověka důležitou roli již odnepaměti. V první řadě plní funkci estetickou, jak je tomu u všech jiných krásných umění. V druhé řadě má však velmi silný vliv na psychickou i tělesnou stránku člověka.

Nejstarší známé zmínky o léčbě hudbou lze nalézt ve Starém zákoně, kde je popisováno, jak David léčil hrou na lyru depresivní stavy krále Saula. Dokladem o léčebné síle hudby může být také Aristotelovo učení o katarzi. Hudbu zařazuje mezi příjemnosti, které pomáhají od námahy a nepříjemností. Později pak etnické rituály a magické obřady zastávaly funkci psychické očisty a uvolnění. Tyto rituály měly preventivní i léčebnou funkci. Koncem 17. století se pak objevila tzv. iatromusica – léčba vibracemi, která měla pomocí rytmu vypuzovat jedovaté látky z nemocného těla. Termín „muzikoterapie“ se ujal teprve ve 20. století, kdy se hudební účinky začaly systematicky zkoumat a využívat jako terapeutický prostředek pro osoby s posttraumatickým válečným syndromem. V současnosti má muzikoterapie ve světě poměrně vysoké postavení. Nejrozličnější hudebně-terapeutické metody v zahraničí dobře fungují a mají zde určitý kredit. Významná vzdělávací a výzkumná centra muzikoterapie lze nalézt např. ve Vídni (Wiener Institut für Musiktherapie), Norsku či v Dánsku na Univerzitě v Aalborgu.

V České republice se muzikoterapie ve spojení s léčbou začala uplatňovat až v sedmdesátých letech 20. století. Muzikoterapie v ČR není doposud zařazena jako organizovaná profese, a i přes značné pokroky kterými prošla, je stále ve svých začátcích.

Cílem této práce je tedy podpořit rozvoj muzikoterapie v České republice, zanalyzovat a popsat, jak funguje v praxi a jaký vliv má na chování dětí s mentálním postižením.

Motivem k tématu *Muzikoterapie u dětí s mentálním postižením* byla má osobní zkušenost na kurzu muzikoterapie u Mgr. Jiřího Kantora, Ph.D., na pedagogické fakultě v Olomouci, jenž jsem v rámci svého vysokoškolského studia měla možnost navštívit.

Tato terapie hudbou mě velmi zaujala a vzhledem k tomu, že také v osobním životě využívám hudbu ke snížení napětí, rozhodla jsem se tomuto tématu věnovat větší pozornost. Ve své práci se soustředím především na to, jakým způsobem ovlivňuje muzikoterapie chování dětí s mentálním postižením a jak přispívá k celkovému zvýšení kvality jejich života. Tuto skupinu jsem si zvolila proto, že osoby s mentálním postižením vnímají okolní svět zcela odlišně než intaktní jedinci. Z vlastních zkušeností vím, že hudbu prožívají velmi intenzivně, otevřeně a bezprostředně.

Teoretická část práce je rozdělena do pěti kapitol a zaměřuje se na systematizaci muzikoterapie, což vytváří teoretický základ potřebný pro výzkum v praxi. Tato část začíná vymezením muzikoterapie, s čímž souvisí také problém definice muzikoterapie. Následující kapitola poté obsahuje nástin muzikoterapeutického procesu, přičemž se blíže zaměřuje na vybrané terapeutické formy, metody a techniky. Pozornost je věnována také využití hudebních vyjadřovacích prostředků v muzikoterapii, kterými rozumíme především zvukovou barvu, rytmus, melodii a harmonii. Součástí kapitoly je také seznámení s hudebními nástroji, které se běžně využívají v muzikoterapii a terapeutické působení hudby na lidský organismus. Další kapitola se stručně věnuje psychologii mentálně postižených dětí a poslední kapitola se pak zabývá problematikou muzikoterapie u této skupiny osob, přičemž vychází především z výsledků zahraničních muzikoterapeutických výzkumů.

Praktická část práce představuje vlastní kvalitativní výzkum v zařízení Základní škola a Střední škola CREDO, o.p.s. v Olomouci, vymezení metod a cílů, charakteristiku zařízení, muzikoterapeuta, a především zkoumání využití hudby při práci s klienty a souhrnné vyhodnocení získaných dat výzkumu.

Jako výchozí publikace pro tuto práci posloužila kniha *Základy muzikoterapie* autorů Jiřího Kantora, Matěje Lipského, Jany Weber a kol., která je doposud nejucelenější českou publikací o muzikoterapii. Stěžejní zahraniční publikací, z níž čerpá mnoho muzikoterapeutických vzdělávacích programů po celém světě, je pak kniha *Defining music therapy* amerického muzikoterapeuta Kennetha Brusci, která se zaměřuje především na definici a terminologii muzikoterapie a rozčlenění oblastí a úrovní muzikoterapeutické praxe.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení muzikoterapie

1.1 Pojem muzikoterapie

Pojem muzikoterapie jako spojení dvou slov má řecko-latinský původ. Řecky *mousiké* (μουσική) a latinky *musica* znamená hudba; řecky *therapeía* (θεραπεία), latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se nebo pomáhat.¹ Někdy se také namísto pojmu muzikoterapie používá český překlad „hudební terapie“.²

Obecně patří muzikoterapie do skupiny tzv. expresivních terapií. Tyto terapie využívají výrazové umělecké prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Podle nich se tedy nazývají jednotlivé art terapeutické obory – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, biblioterapie a tanečně-pohybová terapie. V anglicky mluvících zemích se pro expresivní terapii rozšířil název „umělecké kreativní terapie“ (Art Creative Therapies) nebo „terapie uměním“ (Art Therapies). V České republice se někdy pojem expresivní terapie označuje jako *arteterapie*.³

Povahu muzikoterapie lze tedy chápat jako umění, spojené se subjektivitou, individualitou, kreativitou, ale také s krásou. J. Kantor uvádí, že na muzikoterapii je možné nazírat rovněž jako na vědecký obor, přičemž v tomto případě ji charakterizuje snaha o objektivitu, univerzálnost a pravidelnost; anebo jako na interpersonální proces, spojený s důvěrností, empatií, komunikací a se vztahy mezi jednotlivými rolemi, které terapeut i klient během terapeutického procesu zaujímají.⁴

V systému hudebních věd je muzikoterapie jako pragmaticky a empiricky orientovaná vědecká disciplína v nejtěsnějším kontaktu s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou a hudební teorií a estetikou. Její interdisciplinární charakter je

¹ MÁTEJOVÁ, Zlatica, Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogice*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992. s. 12.

² LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997, s. 36.

³ KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 21.

⁴ Tamtéž. s. 22.

však předurčen také metodologickou souvislostí se všeobecnou medicínou, psychiatrií, psychologíí a pedagogikou.⁵

Slovenská muzikoterapeutka J. Zeleiová o muzikoterapii píše: „*Stanovit fokus muzikoterapie a prozkoumat její perspektivy předpokládá neustálou vzájemnou konfrontaci autorů, kteří muzikoterapii definují, a zároveň kritickou reflexi.*“⁶

1.2 Definice muzikoterapie

Vzhledem k rychlému vývoji muzikoterapie, který je důvodem mnoha změn, a také ke značným odlišnostem muzikoterapeutické praxe, je její definování poněkud komplikované. Velkou roli také hraje rozdílná historie a kultura zemí, ve kterých je muzikoterapie aplikovaná. Lze vycházet z předpokladu, že o muzikoterapii hovoříme tehdy, pokud je hudba cíleně využívána k terapeutickým účelům.

Samozřejmě je mnoho definic, které nazírají na muzikoterapii i z jiných úhlů, ovšem po důkladnější analýze dojdeme k závěru, že právě terapeutický cíl je stěžejním bodem celého muzikoterapeutického procesu a je na něj kladen důraz ve většině definic.⁷

Mezinárodně akceptovaná je definice Světové federace muzikoterapie z roku 1996:

*„Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkci jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.“*⁸

⁵ ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 27.

⁶ Tamtéž, s. 27.

⁷ LIPSKÝ, Matěj. *Muzikoterapie a psychoterapie*. [online]. [cit. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/lipsky-m-2009-muzikoterapie-a-psychoterapie>

⁸ KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. s. 27.

K dalším významným definicím muzikoterapie patří například definice Americké muzikoterapeutické asociace z roku 2005:

„Muzikoterapie je klinické a evidované využití hudební intervence k naplnění individuálních cílů v prostředí terapeutického vztahu akreditovaným odborníkem s ukončeným schváleným programem muzikoterapeutického vzdělání.“⁹

Já se však více přikláním k definici K. Brusci. O muzikoterapii píše:

„Muzikoterapie je interpersonální proces, při kterém se využívají zkušenosti s hudbou za účelem zlepšení, stabilizace a znovuoobnovení zdraví. Muzikoterapie zahrnuje kreativní zacházení s jednoduše ovladatelnými hudebními nástroji a vůbec takovými nástroji, které vydávají zvuk, dále zahrnuje zpívání písní a improvizaci s hlasem. Muzikoterapie je systematický proces intervence, během něhož terapeut pomáhá klientovi podpořit zdraví za použití hudebních zkušeností a vztahů, jež se prostřednictvím hudebních prožitků vytvoří jako dynamické síly změny.“¹⁰

Příkladem definice, která se zabývá možnostmi muzikoterapie u mentálně postižených jedinců, je např. definice Z. Mátejové a S. Mašury. Muzikoterapii vysvětlují jako „léčebně výchovnou metodu vysoce komunikativního charakteru s mimořádnou šíří indikačního zaměření. Prostřednictvím neverbálních a verbálních médií muzikoterapie je možné preventivně a kurativně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání.“¹¹

Kantor došel k závěrům, že pokud se porovnají různé definice, lze z nich vyvodit tyto charakteristické znaky muzikoterapie:

- využívá hudební zkušenosti, které zahrnují hudbu, hudební elementy a podle některých definic také pouhý zvuk;
- po klientech není požadováno hudební vzdělání nebo hudební zkušenosti;
- hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální, kreativní a estetické kvality;
- muzikoterapie není autoterapie – zahrnuje vždy osobnost klienta i terapeuta;

⁹ KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. s. 27

¹⁰ BRUSCIA, Kenneth E. *Defining music therapy*. Second edition. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998. s. 57.

¹¹ MÁTEJOVÁ, Zlatica, Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. s. 16.

- měla by být prováděna kvalifikovaným a kompetentním muzikoterapeutem. Požadavky na jejich profesionální přípravu definují ve většině zemí muzikoterapeutické asociace;
- muzikoterapie má své indikace i kontraindikace. Je využívána u populace nejrůznějších věkových skupin, sociokulturního zázemí, specifických potřeb a schopností;
- muzikoterapeutická zkušenost může vyvolat pozitivní změny ve všech dimenzích lidského organismu;
- muzikoterapie je využívána k naplnění nejrůznějších tělesných, emocionálních, kognitivních, sociálních nebo spirituálních potřeb klientů;
- muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební cíle a zahrnují širokou oblast terapeutického působení, do kterého náleží léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládání bolesti a stresu, zvýšení kvality života, osobnosti a spirituální rozvoj aj;
- muzikoterapie může být realizována za různých uspořádání terapeutické situace;
- mnohé definice zdůrazňují rozvoj terapeutického vztahu prostřednictvím společně sdílných hudebních zkušeností a hudební komunikace;
- muzikoterapie je systematický proces, který zahrnuje diagnostiku, terapeutickou intervenci a evaluaci;
- muzikoterapeuti pracují v široké nabídce institucí, která zahrnuje medicínská, vzdělávací, psychiatrická, gerontologická a nápravná zařízení i soukromou praxi;
- muzikoterapie je podmíněna kulturou. Odlišnosti v národní i mezinárodní praxi jsou považovány za důležitou a zdravou vlastnost;
- pro muzikoterapii je charakteristická existence asociací a společností, které se starají o zavádění a dodržování standardů pro odbornou přípravu, profesionální chování terapeutů a celkový rozvoj muzikoterapie.¹²

¹² KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. s. 26-27.

2 Muzikoterapeutický proces

Proces muzikoterapie lze charakterizovat jako systematický a strukturovaný proces spolupráce mezi terapeutem a klientem, do něhož spadá příprava muzikoterapeutického programu, realizace a evaluace¹³, jak můžeme vidět níže. Podrobně se v této kapitole zaměříme na vybrané terapeutické formy, metody a techniky.

Tab. 1: Fáze muzikoterapeutického procesu¹⁴

Fáze muzikoterapeutického procesu		Specifika
Úvodní část: <i>Příprava muzikoterapeutického programu</i>	Doporučení do muzikoterapie	Indikace a kontraindikace
	Vstupní diagnostika	Terapeutický vztah Založení dokumentace Diagnostika klienta Muzikoterapeutický kontrakt
	Plánování muzikoterapie	Organizační podmínky Stanovení terapeutických cílů Muzikoterapeutický plán a volba muzikoterapeutických metod
<i>Realizace muzikoterapeutického programu</i>	Struktura muzikoterapeutického setkání	Způsoby vedení muzikoterapie Forma muzikoterapie Organizační podmínky Zpracování dokumentace Supervize
Závěrečná část: <i>Evaluace terapie</i>	Dokumentace	Průběžná a závěrečná zpráva
	Ukončení terapie	Jestliže se podařilo dosáhnout terapeutických cílů nebo: Není dlouhodobě zaznamenán pokrok klienta k jeho pozitivní změně nebo: Muzikoterapie není z nějakého důvodu realizovatelná nebo: Terapeutický vztah je z nějakého důvodu narušen.

¹³ KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. s. 107-122.

¹⁴ KRUŽÍKOVÁ, Lenka. *Kontaktní písňe v muzikoterapii*. Olomouc, 2013. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra hudební výchovy, 2014-02-24. s. 14.

2.1 Formy muzikoterapie

Uspořádání formy muzikoterapie se odvíjí podle počtu klientů. Hovoříme zde o muzikoterapeutických formách, které se používají nejčastěji. Mezi ně patří terapie individuální, skupinové a komunitní.

2.1.1 Individuální terapie

Tato terapie spočívá v interakčním vztahu terapeut – klient. Obvykle probíhá jako samostatné sezení s klientem, může k ní však docházet také ve skupině, v tomto případě se však musí snížit interakce mezi jejími členy. Ačkoliv je individuální terapie ekonomicky a personálně náročná, v některých případech představuje jedinou možnost, jak terapii realizovat. K těmto případům dochází např. u klientů se závažným tělesným nebo kombinovaným postižením; u klientů, kteří potřebují bipolární vztah, nebo u těch, kteří nejsou schopni efektivně pracovat ve skupině (z důvodů nerespektování pravidel, agrese či odmítání spolupráce).¹⁵ Terapeut pracuje na vybudování sebejistoty, samostatnosti a potlačení ostychu, který by mohl být překážkou při práci ve skupině. Nicméně i po následném zařazení klienta do skupiny je vhodné poskytnout klientovi možnost individuálního rozhovoru s terapeutem.¹⁶

2.1.2 Skupinová terapie

U jedinců s mentálním postižením se za vhodnou formu pokládá aktivní skupinová muzikoterapie. Tento druh terapie funguje jako skupinová interakce a využívá tzv. skupinovou dynamiku, která nabízí příležitost pro sociální učení a usnadňuje změnu postojů a modelů chování. Skupina také pomáhá ve zvýšení výkonu jedince. Terapeut pracuje s uzavřenou nebo otevřenou skupinou v rozmezí tří až patnácti klientů. Uzavřená skupina je tvořena stále stejnými členy, což umožňuje důkladnější poznání všech klientů mezi sebou. Tento typ skupiny je svou neměnností vhodný především pro děti s autismem. Dlouhodobě lze uzavřenou skupinu uskutečnit např. ve školách, stacionářích, ÚSP apod. Otevřená skupina funguje tak, že každý odcházející klient je nahrazen novým, což udržuje skupině stálou velikost. Nejčastěji probíhá terapie v zařízeních s krátkou stabilitou, ke kterým patří

¹⁵ KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. s. 122.

¹⁶ POKORNÁ, Pravdomila. *Úvod do muzikoterapie: pro speciální pedagogiku – obor vychovatelství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. s. 43-44.

např. poradenská zařízení, školy při nemocnicích, léčebny aj. Kantor tvrdí, že v každé terapeutické skupině se snaží především podporovat pocit sounáležitosti všech členů.¹⁷

2.1.3 Komunitní terapie

V současnosti velmi populární a vyhledávaná forma terapie. Na rozdíl od skupinové terapie se nepracuje s uměle vytvořenou skupinou klientů, ale s přirozeně fungujícími skupinkami. Terapie se tedy týká rodin, pracovišť nebo komunit v různých institucích. Horní hranice počtu klientů není limitována. Další rozdíl je v zaměření terapeutických cílů, které se snaží dosáhnout terapeutické změny v celém systému s nímž se pracuje, nejen u jednotlivce, jak tomu bylo u terapie skupinové.¹⁸

Déle lze muzikoterapii rozlišit podle pacientovy účasti na terapeuticky motivovaném hudebním dění. Podle toho ji rozlišujeme na aktivní a receptivní muzikoterapii.

2.1.4 Aktivní muzikoterapie

Při aktivní muzikoterapii se využívají další umělecké prostředky (pohyb, tanec, dramatizace, výtvarný projev). Obvykle pracuje klient sám s hudebním nástrojem nebo hlasem a spolu s klientem se na hře podílí také muzikoterapeut.¹⁹ Aktivní muzikoterapie probíhá především jako improvizace klienta na úrovni jeho hudební vyspělosti, která nemusí být nijak přísná. Jsou především sledovány terapeutické zájmy, zatímco umělecká a estetická hodnota vzniklých výkonů je brána spíše jen druhořadně. Pro rozvoj hudebnosti u mentálně postižených dětí se velmi osvědčil tzv. Schulwerk německého skladatele a pedagoga Carla Orffa.²⁰ Tato metoda aktivní muzikoterapie byla ve 30. letech 20. století nová hudební idea, založená na myšlence jednoty slova, hudby a pohybu. Prostřednictvím tvořivých dětských hudebních her měla rozvíjet hravou formou smysl pro rytmus, intonaci a hudebně-pohybové cítění.²¹

¹⁷ KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. s. 123-124.

¹⁸ Tamtéž. s. 124.

¹⁹ ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. s.142-143.

²⁰ LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. s. 60-61.

²¹ SELVET, Václav. Carl Orff. *Česká Orffova společnost*. [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.orff.cz/cs/CarlOrff>

2.1.5 Receptivní (poslechová, pasivní) muzikoterapie

V tomto případě klient hudbu pouze vnímá, popřípadě se může věnovat určité mimohudební činnosti (např. malování, pracování, čtení) či vytváření volných asociací. Z hlediska hudebního provozu je tedy pacient v daném okamžiku pasivní. Tato metoda může probíhat jednak jako poslech živé hudby, tak i jako poslech hudby reprodukované (např. prostřednictvím gramofonových desek, kazet či CD disků). Mnoho terapeutů však reprodukovanou hudbu odmítají a poukazují na to, že v ní chybí mezilidské vztahy a možnost navázat komunikaci s terapeutem.²²

2.2 Metody a techniky muzikoterapie

Pojem *metoda* by se v muzikoterapii dal chápat jako „*zvláštní typ hudební zkušenosti využívaný pro diagnostiku, intervenci či evaluaci*“.²³ *Technika* je „*individuální operace nebo interakce, kterou muzikoterapeut použije k docílení bezprostřední reakce klienta nebo k formování jeho hudební zkušenosti*“.²⁴

Hudba může být využívána muzikoterapeuty mnoha různými způsoby. Mezi nejzákladnější hudební zkušenosti patří čtyři následující metody.

2.2.1 Hudební improvizace

Hudební improvizace představuje základní metodu mnoha muzikoterapeutů. Zakládá se na spontánní hudební produkci, vytvářenou pomocí zpěvu, hudebních nástrojů či vlastního těla. Cílí především k rozvíjení schopnosti zapojit se do skupinové práce, utváření mezilidských vztahů, ale také k rozvoji svobodného vyjadřování, kreativity, soustředění a hravosti. Je ceněná pro svou schopnost vyvolávat a přenášet emoce. Prostřednictvím improvizace může klient svobodně a kreativně tvořit, čímž posiluje potřebu seberealizace a získává na sebe nový pohled. Výhodou této metody je, že i u klientů s velmi těžkým postižením se obvykle podaří vyvolat hudební reakce. Neverbální kvalita improvizované hudby vyvolává silné emoce, a právě proto se stává její využití pro muzikoterapeutický proces

²² LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. s. 67.

²³ BRUSCIA, Kenneth E. *Defining music therapy*. s. 114.

²⁴ Tamtéž. s. 114.

jedením z hlavních faktorů. Dalším důvodem, proč je improvizace v terapii důležitým médiem, je její komunikační vlastnost. Vše je prostředkem komunikace a zároveň i prostředím, což nabízí možnost vzájemné interakce.²⁵

Hudební improvizace má mimo terapeutického využití, také využití diagnostické. Z tohoto hlediska je chápána jako projektivní technika, tzn., že hudební nástroj či jiný výrazový prostředek představuje hráčovo *alter ego* (druhé já). Klient tak má možnost prostřednictvím hudby vyjádřit pocity, které je obtížné sdělit verbálně. Terapeut se snaží o citové vyladění (*affect attunement*) na základě pocitů, které v něm klientova hra vzbuzuje.²⁶

Příkladem hudební improvizace může být technika *Dialogy nástrojů*. Klienti si vyberou hudební nástroj, který se jim líbí a utvoří dvojice. V nich poté vedou rozhovory beze slov, pouze zvukem nástrojů. Povídají si, přikyvují, dohadují se a někdy se i přou. Při tom využívají všech dynamických a zvukových možností svých nástrojů. Hrají dialogy se zadáním (typové charakteristiky) nebo bez něj. Poté si klienti své role vymění. Cílem hry je rozvíjení schopnosti neverbální komunikace, sebezpoznání a empatie.²⁷

2.2.2 Hudební interpretace

Hudební interpretace učí klienta reprodukovat a překomponovávat vokální či instrumentální hudbu. Nejedná se však jen o reprodukci skladby, tato metoda rozvíjí u klientů i kreativitu, neboť zahrnuje také strukturované hudební aktivity a hry, kde klienti provádí předem dané role nebo chování. Tato omezenost spontánnosti přináší určité výhody. Klienti se učí dodržovat stanovená pravidla, vcítovat se do určitých rolí, posilovat paměť, pozornost, motoriku a sebedisciplínu. Primárně je tato metoda určena klientům s autismem nebo při úzkostných stavech.²⁸ Hudební interpretace je nejčastěji možná v těchto variacích:

- vokální interpretace;
- instrumentální interpretace;
- hudební produkce.

²⁵ ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. s.105.

²⁶ KANTOR, Jiří. *Muzikoterapie – popis některých muzikoterapeutických technik*. [online]. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

²⁷ ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. s. 83.

²⁸ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 194.

Nejčastější formou **vokální interpretace** je zpěv a jiné různé zvukové projevy, jako artikulace či hvízdání. Dětem s mentálním postižením pomáhá zpěv písní k rozšiřování slovní zásoby a ke zpracování informací.²⁹ Klienti si opakováním a kódováním písně lépe zapamatují např. dny v týdnu nebo barvy.

Z morfologického hlediska bývá u mentálně postižených osob nejméně poškozená oblast muzikálních schopností. V důsledku toho je možné chápat tuto formu metody za mimořádně efektivní. Z. Mátejová a S. Mašura došli k názoru, že i u těžce postižených jedinců, bývá často cílená systematická stimulace oblastí muzikálních schopností východiskem rozvíjení osobnosti mentálně postižených dětí, a to nejlépe když se aplikuje už v předškolním věku. Úspěšnost je dána pozitivním, pro děti lákavým a empaticky ztvárněným muzikálním projevem, bezprostředně působícím na individuální, přirozený rytmus klientů.³⁰

Písně komponované pro mentálně postižené děti by měly být přiměřené mentální úrovni a věku klienta. Obvykle se pracuje s jednoduchým textem, rytmem a melodií. Nejčastěji mají písně charakter repetitivní říkanky.

Příklad: „Dny v týdnu“ (hudba/text: Jiří Kantor)

Pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle,

To jsou, to jsou dny v týdnu.

Pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, sobota, neděle,

*Který den, který den, který den dnes máme jen.*³¹

Instrumentální interpretace využívá k interpretačním aktivitám hudební nástroje, kdy pomocí nich klienti reprodukuji strukturovaný nebo překomponovaný hudební materiál. Tyto úkony napomáhají budovat sebedisciplinu, schopnost vcítovat se do pocitů druhých a podporují imitativní schopnosti. Zvládnutí jednoduché melodie dodává klientovi pocit ukončení úlohy, čehož u improvizčních aktivit nelze tak jasně docílit. Instrumentální interpretace může probíhat buď formou imitace, kdy klient po krátkých úsecích napodobuje určitý druh hudby, anebo podle notace, přičemž se např. pomocí barev používá zjednodušený

²⁹ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 195.

³⁰ MÁTEJOVÁ, Zlatica, Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. s. 90.

³¹ KANTOR, Jiří. *Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením: výzkumy, teorie a jejich využití v edukaci a terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. s. 92

notační systém.³² U mentálně postižených dětí, které mají narušenou motoriku je však situace dosti ztížená. Velká část z nich trpí arytmií a jejich pohyby jsou nekoordinované. V tomto případě je nejelementárnějším řešením tzv. hra na tělo, kdy klienti doprovází skladbu tleskáním, pleskáním, luskáním či podupáváním.³³

U této formy terapie může jako příklad posloužit technika *Hrajeme poslepu*, kdy se všem klientům zavážou oči šátkem a rozeberou si hudební nástroje. Zahrají na ně a zase je vrátí, poté si vezmou jiný nástroj. Během hry jich několik vystřídají. V další sekvenci zkouší skupina hrát poslepu a najít jeden společný rytmus. Tato technika podporuje vcítění, souhru a cit pro rytmus.³⁴

Hudební produkce učí klienty nacvičovat a provádět různá hudební vystoupení před publikem. To může představovat jak širší veřejnost, tak i členy terapeutické skupiny. Při hudební produkci mohou klienti podle preferencí a schopností využívat instrumentální, vokální nebo pohybové aktivity. Cílem této formy je především budování sebedůvěry, sebevědomí a zodpovědnosti. Nácvik hudební produkce také nabízí osvojení percepčních, motorických, sociálních nebo komunikačních dovedností.³⁵

2.2.3 Kompozice hudby

Tato metoda zahrnuje aktivní a kreativní zapojení klienta do vytváření písni nebo instrumentálních skladeb. Kompozice hudby má mnoho variací: klient může měnit slova, nebo celý text existující písně, komponovat vlastní píseň s technickou podporou klienta (klient vytváří melodii a terapeut harmonii), vytvářet notační systém a poté podle něj komponovat apod. Mezi obecné cíle metody patří rozvoj schopností organizace a kreativity.³⁶

Příkladem může být hra *Opaky*. Jedna skupina hraje písničku na elementární nástroje, zpívá a bubnuje. Při hře se střídají kontrastní polohy: hlasitě / tiše, vysoko / hluboko, pomalu / rychle. Druhá skupina podle jejich hry spontánně improvizuje v prostoru a reaguje pohyby na změny. Cílem je posílit schopnost myšlení tělem, cit pro kontrast a pro rytmus.³⁷

³² KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 196-197.

³³ VALENTA, Milan, Olga KREJČÍŘOVÁ. *Psychopedie – didaktika mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 1992. s 97.

³⁴ ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. s. 84

³⁵ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 197-198.

³⁶ Tamtéž. s. 198-199.

³⁷ ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. s. 82.

2.2.4 Poslech hudby

Poslech hudby spadá do výše zmíněné receptivní formy muzikoterapie. Klient při ní naslouchá a verbálně či neverbálně na poslech reaguje. To může přispívat jak ke stimulaci, tak ke zklidnění psychických či tělesných procesů klienta.³⁸ Jak již bylo řečeno, kromě reprodukováné hudby se v terapii používá i hudba živě hraná, a to v instrumentálním nebo vokálním provedení. Do textů písní lze zařadit mnoho různých pohledů na obtížné situace a jak se s nimi vyrovnat. Tímto lze vytvořit lepší kontakt a komunikaci s terapeutem. Hudba u klientů vyvolává vzpomínky a asociace a pomáhá jim o daném problému mluvit. Tato muzikoterapeutická metoda zahrnuje nesčetné množství variací poslechu hudby.³⁹

Zde uvádím následující příklad: Muzikoterapeut vybere pro skupinu klientů s mentálním postižením poslech písně, ve kterých se zpívá např. o zvířatech, denních potřebách nebo jiných tématech, které jsou nějakým způsobem blízké klientům. Pomocí poslechu lze procvičovat paměť, pozornost a myšlení. Poslech je také spojený s následnou reflexí, kdy klienti podle schopností namalují na výkres, o čem se v písni zpívalo.⁴⁰

Kromě hudebních zkušeností může muzikoterapie využívat také metody nehudební povahy. Nejčastěji se jedná o metody převzaté z psychoterapie a jiných oborů, týkající se efektivního kladení otázek za účelem získání zpětné vazby, anebo o metody efektivní komunikace, smysluplného učení a terapie hrou.⁴¹

³⁸ MÁTEJOVÁ, Zlatica, Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. s. 168.

³⁹ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 201-202.

⁴⁰ KANTOR, Jiří. *Muzikoterapie – popis některých muzikoterapeutických technik*. [online]. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

⁴¹ ZELEIOVÁ, Gabriela. *Psychodynamické aspekty muzikoterapie*. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis. 2012. s. 138.

3 Hudební materiál v muzikoterapii

Protože hudba představuje pro muzikoterapeutický proces primární inspiraci, budeme se ji v této souvislosti alespoň rámcově věnovat. Paradoxem je, že hudbu lze v muzikoterapii definovat obtížně. Někteří používají pouze pojem hudba nebo hudební aktivity (S. Carter, 1982), jiní překračují tradiční pojetí hudby jako uměleckého prostředku a hovoří také o využití zvuku a jeho aspektů (J. Alvin, 1978, R. Benenzon, 1981, O. Skille, 1991), řeči a hudebních elementů (C. Orff in Voigt, 2003).⁴² Podle Bruscia, hudba používaná pro terapii není pouhý objekt, který působí na klienta, ale mnohostranná zkušenost s danou osobou, procesem a kontextem. Na hudbu nahlíží z jejího estetického hlediska a definuje ji z tohoto pohledu jako *„lidskou instituci, ve níž jednotlivci vytvářejí význam a krásu prostřednictvím zvuků, za využití umění kompozice, improvizace, provedení a poslechu. Význam a krása hudby jsou odvozeny z vnitřních vztahů vytvořených mezi samotnými zvuky a jinými formami lidské zkušenosti, stejně jako vesmír sám.“*⁴³

Postavení hudby v muzikoterapii se liší v závislosti na její funkci. Bruscia dělí přístupy na⁴⁴:

Hudba jako terapie (*Music as Therapy*):

- hudba má centrální postavení v terapeutickém procesu;
- terapeut zde zastává roli facilitátora, jehož úkolem je pomoci klientovi vytvořit vztah k hudbě a jejím terapeutickým vlastnostem;
- příklady: Kreativní muzikoterapie (Nordoff, Robins), FMT-metoda (Hjelm).

Hudba v terapii (*Music in Therapy*):

- prostředí terapeutického procesu je terapeutický vztah, kde úkolem hudebních zkušeností je podpořit vztah mezi terapeutem a klientem;
- úkolem terapeuta je vyjít vstříc potřebám klienta prostřednictvím takového terapeutického prostředku, který je v dané situaci nejvhodnější;

⁴² KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 130.

⁴³ „Music is human institution in which individuals create meaning and beauty through sound, using the arts of composition, improvisation, performance, and listening. Meaning and beauty are derived from the intrinsic relationships created between the sounds themselves and between sounds and other forms of human experience, as well as the universe itself.“ BRUSCIA, Kenneth E. *Defining music therapy*. 2014. s. 25.

⁴⁴ BRUSCIA, Kenneth. E. *Defining Music Therapy*. 1998. s. 38-40.

- příklady: Analytická muzikoterapie (Priestley), Improvizační muzikoterapie (Langdon).

3.1 Hudební výrazové prostředky

Základní vlastnosti zvuku jsou jeho barva, síla, výška a délka, ty se v hudbě projevují jako hudební výrazové prostředky – rytmus, melodie a harmonie. V jakémkoliv okamžiku hry muzikoterapeuta či klienta je jeden z těchto prostředků dominantní. Pomocí jejich analýzy může muzikoterapeut lépe porozumět hře klienta.⁴⁵ Pro účely mé práce uvedeme charakteristiku pouze některých vybraných souvislostí, které jsou svým způsobem důležité a zajímavé.

3.1.1 Barva zvuku a alikvóty

Každý hudební nástroj nebo lidský hlas má svou specifickou barvu zvuku. Již v prenatálním vývoji se dítě učí rozlišovat jednotlivé hlasy a zvuky právě podle jejich barvy. Ta je dána složením a kombinací alikvótních tónů, které určují jedinečnou barvu našeho hlasu či typickou barvu zvuku hudebního nástroje.⁴⁶ Alikvótní tóny tedy mají nesmírný význam. Sice jich většinu běžně neslyšíme, ale jsou to právě ony, které ovlivňují veškeré naše vnímání zvuku. „V elektronických laboratořích byly pomocí speciálních filtrů odstraněny alikvóty ze zvuku tří nástrojů. Při poslechu těchto nástrojů bez alikvót bylo nemožné je vzájemně rozpoznat. Ovšem za normálních okolností každý bezpečně pozná housle, trumpetu nebo piano.“⁴⁷

Zajímavý je také fakt, že alikvótní řada je teoreticky nekonečná. Každý alikvót je zvyšujícím se násobkem frekvence základního tónu – proto se mezi jednotlivými alikvóty zmenšuje slyšitelný rozdíl. V prvních čtyřech oktávách je prvních 16 alikvótů, které můžeme slyšet a rozlišit. Od 16. alikvótního tónu již lidské ucho není schopno rozpoznat rozdíly mezi nimi.⁴⁸ Slyšitelná řada vypadá takto:

C – C – G – C – E – G – B – C – D – E – snížené Fis – G – snížené A – snížené B – B – C

Zvláštní kvalita alikvótních tónů je dána jejich fyzikální kvalitou. Jsme zvyklí naslouchat hudbě, jejíž tóny jsou směsicí mnoha frekvencí. Alikvóty jsou však jednotlivé frekvence.

⁴⁵ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. Základy muzikoterapie. s. 134.

⁴⁶ Tamtéž. s. 134.

⁴⁷ GOLDMAN, Jonathan. *Healing Sounds*. Rochester, Vermont: Healing Arts Press, 2002. s. 25

⁴⁸ Tamtéž. s. 28.

A protože neobsahují šumy, na které jsme zvyklí, působí na nás alikvótní tóny dojemem čistoty a průzračnosti. Dalším zajímavým faktem týkajícím se fenoménu alikvót je, že svými fyzikálními vlastnostmi reflektují zákonitosti o harmonii. Intervaly mezi jednotlivými alikvóty odpovídají základním poměrům struktury lidského, zvířecího i rostlinného těla a odpovídají zákonitostem stavby veškerého organického světa. Tyto poměry jsou známé např. také z oblasti umění jako tzv. zlatý řez.⁴⁹

Protože preference barvy zvuku jsou individuální, má muzikoterapeut možnost využít tyto preference daného klienta k navázání bližšího kontaktu s hudbou a posílit tak terapeutický vztah. Je však třeba dávat pozor na určité zvuky, které by mohli vyvolat nečekané afektivní reakce. Kantor uvádí, že např. smyčcové nástroje příznivě ovlivňují stav deprimovaných klientů, zatímco žesťové nástroje nejsou vhodné při úzkostných stavech.⁵⁰ J. Kulka shrnuje psychoakustické zákonitosti následovně:

Tab. 2: Vliv alikvótních tónů na dojem⁵¹

Pořadí alikvótních tónů	Charakteristický interval	Dojem
druhý	č. 8	jasnost, lesk, svítivost
třetí	č. 5	jasnost, suchost, dusnost, nosové zabarvení
čtvrtý	č. 8	pronikavá jasnost
Pátý	v. 3	měkká, kulatá jasnost (jako u lesního rohu)
šestý	č. 5	pronikavost nosového zabarvení
sedmý	m. 7	ostrost, ječivost
osmý	č. 8	další složky jasu a vzdušné lehkosti
devátý	v. 2	ostrá kovová řinčivost
desátý	v. 3	zvyšování kovového dojmu

⁴⁹ ŠRAMLOVÁ, Lenka. *Alikvótní zpěv a některé jeho léčebné účinky*. 2007. [online]. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/sramlova-l-2007-alikvotni-zpev-a-nektere-jeho-lecebne-ucinky>

⁵⁰ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 135.

⁵¹ KULKA, Jiří. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). s. 264.

3.1.2 Rytmus

Jak již bylo řečeno v úvodu, hudba a rytmus nacházejí cestu k nejskrytějším místům duše. Obecně lze za rytmus označit pravidelné opakování určitého jevu, jako např. střídání dní, týdnů a měsíců v roce. Také z hudebního hlediska organizuje rytmus hudební materiál v čase. Podle M. Fraňka „rytmus představuje určitým způsobem strukturovaný čas.“⁵² Na somatické úrovni se rytmus projevuje v tepu srdce, ve spánkových a dechových cyklech nebo v cyklech příjmu potravy. Na psychické úrovni jsou osobní rytmy patrné v chování a prožívání jedince. Hudební rytmus může tyto osobní rytmy přirozeně podpořit, navíc rozvíjí schopnost učit se, myslet a tvořit. Výhodou tohoto hudebního výrazového prostředku je, že téměř každý člověk je schopen vytvářet hudbu prostřednictvím nástrojů nebo vlastního těla. Rytmus má v muzikoterapii centrální postavení také díky své schopnosti soustředit energii a vnést strukturu a řád, což umožňuje synchronizaci rytmů klientů a jejich zapojení do okolních rytmů. S tímto úzce souvisí také motorika člověka, neboť výrazné, akcentované či synkopické rytmy mají aktivizační efekt, vyvolávající chuť k pohybu a tanci. Opačný relaxační efekt pak mají málo akcentované rytmy s vázanými tóny v pomalém tempu. Typickým příkladem jsou ukolébavky, které evokují houpavé stereotypní pohyby.⁵³ V knize *Musicophilia* píše O. Sacks: „Poslech hudby není jen záležitost sluchu a emocí, ale také motoriky. Hudební rytmus sledujeme bezděčně, dokonce i když hudbu vědomě neposloucháme, a naše tváře i postoje těla zrcadlí „příběh“ melodie i myšlenky a pocity, které onen příběh vyvolává.“⁵⁴

J. Alvin uvádí příklady rytmických vzorců asociovaných prostřednictvím verbálních spojení (vytleskávání) a obrazových předloh. Jedná se o příklady metodické práce pro děti s autismem. Vnímání symbolů reprezentuje časovou délku rytmického úseku ve spojitosti s pohybem a hudebním schématem.

Obr. 1: Symbolické rytmické znázornění zvuku a pohybu⁵⁵



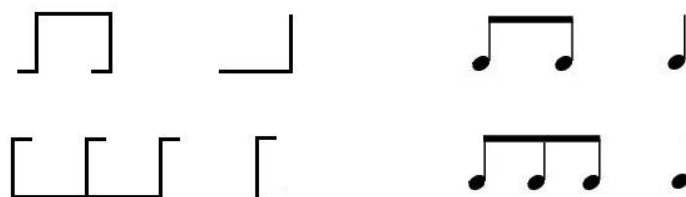
⁵² FRANĚK, Marek. *Hudební psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. s. 108.

⁵³ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 139.

⁵⁴ SACKS, Oliver. *Musicophilia: příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2009. s. 11.

⁵⁵ ALVIN, Juliette. *Music Therapy for the Autistic Child*. New York: Oxford University Press, 1978. s. 20.

Obr.2: Individuální hudební schéma pro dítě s autismem⁵⁶



3.1.3 Melodie

Melodie má zcela jiné kvality a působení než rytmus. Zatímco rytmus se týkal rytmických funkcí těla a motoriky, melodie je záležitostí psychiky a prožívání. L. Pals tvrdí, že stoupající melodie vzbuzují v člověku pocit radosti, světla a lehkosti, klesající melodie naopak evokují smutek, temno a námahu. „*Duše zakouší sebe sama v pohybu, stoupá ke světlem naplněné lehkosti a mizí do temných hlubin schovaných ve své vlastní niternosti. Poznává objektivní realitu radosti a zármutku, průzračnost i temnotu duše.*“⁵⁷ Důležitá je také délka tónů. Při jejich rychlém sledu můžeme pociťovat probuzení a jsme uváděni do pohybu. S dlouhými délkami tónů pociťujeme klid, monotónnost a někdy také pocit prázdnoty. Při střídání krátkých a dlouhých not se pohybujeme do rytmu, což může připomínat proces střídání fází nádech – výdech, naplnění – vyprázdnění.⁵⁸

Kantor soudí, že „*s délkou not, tempem a rytmem hudby souvisí správné načasování jednotlivých zvuků a reakcí na hudbu...Délka zvuků a tempo hry klienta může poskytnout mnoho důležitých informací o jeho percepčních funkcích a schopnostech sebevyjádření.*“⁵⁹

Tóny bývají organizovány do určitého řádu podle stupnic. V moderní západní hudbě se dnes nejčastěji užívá stupnic durových a mollových, které jsou sedmitónové. V mimoevropských kulturách se pak využívají především pentatonické stupnice, které jsou pětitéónové.⁶⁰ Nástroje laděné do pentatonických stupnic (např. metalofon, xylofon, zvonkohra) jsou vhodné k melodicko-improvizační činnosti, neboť neobsahují tóny, které by

⁵⁶ ALVIN, Juliette. *Music Therapy for the Autistic Child*. s. 20.

⁵⁷ PALS, Lea. *The Human Being as Music*. Stourbridge: The Robinswood Press, 1992. s. 18.

⁵⁸ Tamtéž. s. 18.

⁵⁹ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 137-138.

⁶⁰ Pentatonická stupnice se hraje na černých klávesách klavíru.

vzájemně neladily. Další vhodné stupnice pro improvizaci představují církevní mody⁶¹, jenž svou netradičností mohou osvobodit od klasického západního vnímání a nezbytnosti vyhnout se falešným notám.⁶²

Melodie také poukazuje na vzájemný vztah mezi hudbou a řečí. Alvin práci s autistickými dětmi začíná tak, že jméno klienta melodizuje nejprve na dvou tónech (velká tercie, malá tercie nebo čistá kvarta). Zároveň se u těchto dětí snaží podporovat dech – držení dlouhého tónu, ladění a modulace jejich hlasu na jednotlivých hláskách vede ke zlepšení komunikaci.⁶³ J. Pipeková a M. Vítková došly k závěru, že mnoho mentálně postižených dětí při sborovém zpěvu snadněji a uvolněněji vyslovuje než při běžném jednání.⁶⁴

Pokud se zaměříme na výškové rozdíly mezi jednotlivými tóny, jenž se v muzikoterapii využívají, lze uvést např. interval sestupné malé tercie (C – E), který se často vyskytuje v běžné dětské mluvě a slouží pro upoutání pozornosti k oslovení matky u malých dětí (zvolání „mami!“). Příkladem frekventovaného hudebního motivu, který se často objevuje v dětských hrách je sled tónů G – E – A – G – E. Tento dětský nápěv se používá k oslovení či volání v muzikoterapeutických hrách.⁶⁵ Podrobněji se tomuto zajímavému tématu věnuje např. Josef Krček v publikaci *Musica Humana*.⁶⁶

3.1.4 Harmonie

Harmonie je nejvyšším stupněm hudební komplexnosti. Vzniká souzněním dvou a více tónů nebo akordů současně. V tomto smyslu lze o harmonii hovořit jako o tzv. vertikálním aspektu hudby, zatímco horizontálním aspektem je melodie. Za určitý protipól harmonie je považována polyfonie, která je založená na současném znění několika melodických linek.⁶⁷

V souvislosti s libozvučností souzvuku je třeba zmínit pojmy konsonance a disonance, tedy libozvučný souzvuk a nelibozvučný souzvuk. Individuální kritérium konsonance a disonance se může vysvětlovat subjektivními dojmy a pocity, které jsou při poslechu

⁶¹ Jedná se o stupnice dórskou, frygickou, lydičkou, mixolydičkou, aiolskou a lokrijskou. Na klavíru se hrají na bílých klávesách.

⁶² KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 140.

⁶³ ALVIN, Juliette. *Music Therapy for the Autistic Child*. s. 17-18.

⁶⁴ VÍTKOVÁ, Marie, Jarmila PIPEKOVÁ, ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. s. 41.

⁶⁵ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 140.

⁶⁶ KRČEK, Josef. *Musica Humana. Úvod do muzikoterapie*. Hranice: Fabula, 2008.

⁶⁷ Harmonie. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia foundation, 6. 12.2016 08:39 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Harmonie>.

jednotlivých akordů (příjemný – nepříjemný, krásný – škaredý apod.) Mátejová a Mašura popisují, že také disonantní hudba má v muzikoterapii svůj aktivizující podíl a dokumentují dlouholeté zkušenosti německého skladatele P. Nordoffa, který u dětí s mentálním postižením aplikoval nestrukturovanou, arytmiickou hudbu. Tímto druhem hudby se mu podařilo vytvořit určitý způsob neverbální komunikace na úrovni metakomunikace. Hudba se tak projevila jako faktor, který uvolnil komunikační bariéru. Tento příklad ukazuje, jak se dá využít i krajně arytmiická a disonantní hudba při výchově těžce postižených dětí.⁶⁸

Naučit se vnímat svou melodii nebo tón ve struktuře společně s jinými melodiemi, může být pro klienta užitečným úkolem. Harmonie tak učí znít ve vzájemném souladu či nesouladu s ostatními lidmi. Muzikoterapeut obvykle sleduje, jakým způsobem klient organizuje tóny, neboť při skupinové improvizaci se v harmonické dimenzi může zrcadlit, jakým způsobem chce být klient s ostatními ve skupině.⁶⁹

Pokud si shrneme význam hudebních výrazových prostředků, tak rytmus přináší určitý pohyb a strukturu. Melodie nese hudební význam a harmonie se pak dotýká prožívání a vytváří most do nových světů, k novému porozumění.⁷⁰

3.2 Hudební nástroje

At' už se zabýváme jakoukoliv formou muzikoterapie, klíčovým prvkem jsou vždy hudební nástroje. Hudební nástroj otevírá novou dimenzi, přináší ozdravné tóny a vibrace, které na člověka působí zvnějšku i zevnitř a stává se prostředkem komunikace a sebevyjádření.⁷¹ V aktivní muzikoterapii se využívají především snadno ovladatelné rytmické a melodické nástroje, prostřednictvím kterých lze vytvářet vlastní hudbu i bez hudebního vzdělání. V receptivní muzikoterapii pak závisí výběr hudebních nástrojů na dovednostech daného terapeuta. Využívají se tradičně laděné nástroje, Orffův instrumentář a etnické nástroje.⁷²

⁶⁸ MÁTEJOVÁ, Zlatica, Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. s. 31-32.

⁶⁹ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 141.

⁷⁰ PALS, Lea. *The Human Being as Music*. s. 34-36.

⁷¹ Léčivé nástroje. *Hudební nástroje v muzikoterapii*. [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.lecive-nastroje.cz/cz/muzikoterapie.html>

⁷² KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 155.

3.2.1 Tradičně laděné nástroje

Nejrozšířenějšími tradičně laděnými nástroji, které se používají při muzikoterapii jsou klavír a kytara, méně často pak flétna, housle či violoncello. Důležitým předpokladem je, aby muzikoterapeut dostatečně ovládal hru na daný nástroj a mohl tak improvizovat či transponovat píseň do jiné tóniny. Terapeutům, jenž tyto dovednosti postrádají, se hra na zmíněné nástroje nedoporučuje. Existuje však technika, která usnadňuje improvizaci na tento typ hudebních nástrojů. Např. hra na černých klávesách na klavíru či hra v církevních modech. Jinou možností je ponechat klientům prostor pro svobodné zkoumání možností hry na klavír ve vyšších polohách, přičemž terapeut hraje mezitím jednoduchý bas.⁷³ Především hra na klavír působí v muzikoterapii jako intenzivní stimul pro nespočet způsobů tónového vyjádření, výškových kontrastů, dynamiky a barvy zvuku.⁷⁴ U kytary pak lze použít techniku párové hry na jednom nástroji, kdy terapeut drží akord a klient hraje pravou rukou doprovod, anebo techniku alternativního ladění, při němž se nevyžaduje držení akordů, např. ladění do akordu D (struny jsou podladěny do tónů D-A-d-fis-a-d).⁷⁵

3.2.2 Orffův instrumentář

Mnoho českých i zahraničních muzikoterapeutů používá tzv. Orffův instrumentář. Název je odvozen ze jména Carla Orffa, jenž prosazoval spojení hudební výchovy s pohybem nebo kufr plný různých hudebních nástrojů. Nástroje se ujaly díky oblibě Orffovy metody – Schulwerku, jenž byla zmiňována v předchozí kapitole. Do Orffova instrumentáře patří hůlky, ozvučená dřívka (claves), triangel, bubínek, tamburína, prstové činelky, činel, drhlo, dřevěný rourový blok, dřevěný plochý blok, rolničky, pandeiros, dětské tympány, bonga, kastaněty, rumba koule, marakas a zvonečky.⁷⁶

⁷³ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 155.

⁷⁴ MÁTEJOVÁ, Zlatica, Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. s. 62.

⁷⁵ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. s. 156.

⁷⁶ FAJTOVÁ, Jitka. *Orffovy nástroje v kontextu současné hudební výchovy dítěte předškolního věku*. Praha, 2011. Diplomová práce. Karlova Univerzita v Praze, Pedagogická fakulta, Katedra hudební výchovy, 2012-01-11.

3.2.3 Etnické nástroje

Široké uplatnění mají v muzikoterapii také netradičně laděné nástroje označované jako etnické. Jedná se v první řadě o rytmické a jednoduché melodické nástroje, mezi něž patří šamanské bubny, djembe, bonga, ocean drum, deštné hole, gongy, didgeridoo, bambusové flétničky, zvonce, tibetské mísy, tampuru⁷⁷ či pakhavaj.⁷⁸ Síla těchto nástrojů spočívá především v širokém spektru zvukových vibrací a v přirozeně naladěných alikvótních tónech, které mají léčebné a harmonizující účinky a přinášejí tělesnou i psychickou rovnováhu. Zvukové vibrace vedou skrze podvědomí také k prohloubení smyslového a nadsmyslového vnímání. U dětí se jedná také o motorický rozvoj, cit pro rytmus, radost ze hry a vnímání radosti ze sebe sama.⁷⁹

Některé méně známé hudební nástroje lze v této práci nalézt ve fotografických přílohách.

3.3 Terapeutické působení hudby

První pokusy o zkoumání léčebných účinků hudby lze datovat již od dob renesance. Avšak skutečně kontrolované výzkumy, se kterými může současná muzikoterapie pracovat, vznikají teprve od 20. století. V současnosti je možno na terapeutické účinky hudby nahlížet z několika úhlů pohledu (např. z pohledu neurologického, psychologického či lingvistického), proto je potřeba tyto teorie systematicky klasifikovat. Kantor ve své knize uvádí klasifikaci podle W. Searse a E. T. Gastona.

Tito muzikoterapeuti rozlišují tři základní terapeutické zkušenosti s hudbou:

- **Zkušenost uvnitř struktury:** tato zkušenost vede ke zlepšení senzomotorických funkcí, odkazuje ke změnám v chování a ve fyziologických a psychologických reakcích na hudbu. Pomáhá v rozvoji vnímání okolí, času a posloupnosti.
- **Zkušenost v organizaci osobnosti:** týká se změn v osobních postojích, zájmech a hodnotách. Hudba může být použita např. k sebevyjádření, podpoře sebevědomí, zprostředkování pozitivních zkušeností, docenění vlastní osobnosti.

⁷⁷ Indický čtyř strunný drnkací nástroj vyladěný v poměru kvinty a kvarty

⁷⁸ Indický dvoubanný buben

⁷⁹ BALKOVÁ, Věra. Meditační etnické nástroje – léčení zvukem. *Psychologie chaosu*. [online]. 2017. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <https://www.psychologiechaosu.cz/meditace/meditacni-etnicke-nastroje-leceni-zvukem/>

- **Zkušenost ve vztazích k ostatním:** tyto druhy zkušenosti se získávají při skupinové práci. Hudba pomáhá ve zlepšení komunikace, v rozvoji sociálního chování, vnímání, uvědomování si druhých apod.⁸⁰

Velmi podrobně se tomuto tématu věnuje např. Bruscia, který uvádí šest dynamických modelů hudební zkušenosti. Pro obsáhlost této klasifikace uvádím pouze odkaz.⁸¹

Nicméně základem k pochopení, jak hudba působí na člověka, je porozumění teorii sluchového vnímání. Kromě známého slyšení hudby prostřednictvím sluchového aparátu, existuje dalších pět způsobů vnímání zvuku, kterými lidský organismus vnímá vibrace v rozsahu sluchové frekvence 16 000-20 000 Hz:

- slyšení přenosem ve vzduchu – běžné vnímání prostřednictvím uší;
- kinetické vnímání vibrací – vnímání velmi nízkých vibrací prostřednictvím nervových zakončení ve svalové hmotě;
- haptické vnímání vibrací – vnímání nízkých vibrací prostřednictvím nervových zakončení v kloubech a hlubokých tkání;
- taktilní vnímání vibrací – vnímání prostřednictvím nervových zakončení uložených pod povrchem pokožky, např. dotekem při hře na hudební nástroj;
- vnímání prostřednictvím kostních spojení – sekundární způsob vnímání přes kochleární aparát, kam pronikají zvukové vibrace přes tkáň lebeční kosti.⁸²

Tyto závěry mají pro muzikoterapii nemalý význam. Pokud lze zvuky vnímat prostřednictvím celého těla, potom mohou být jednotlivé části těla zvukem ovlivňovány. Podle studie T. D. Katze a G. Révész, mohou i neslyšící lidé pociťovat vibrace tónů různou intenzitou v různých částech těla.^{83 84}

⁸⁰ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie* s. 142.

⁸¹ BRUSCIA, Kenneth E. *Defining music therapy*. Second edition. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

⁸² KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie* s. 143.

⁸³ Tamtéž. s. 143.

⁸⁴ Tato teorie se mi v muzikoterapeutické praxi několikrát potvrdila u případu těžce postiženého chlapce, který byl na jedno ucho hluchý a na druhé slyšel pouze 10 %. Při práci s tímto klientem se za nejefektivnější ukázala hra na africké bubny djembe a ruční gong. Tyto nástroje v chlapci probudili zvědavost a spustili zájem o taneční vyjádření hraného rytmu. Z tohoto projevu bylo patrné, že zvuky vnímá celým svým tělem a že vibrace bubnů a gongu přijímá velmi pozitivně.

3.3.1 Hudba a fyziologické procesy

Působení hudby na lidský organismus je velmi zajímavým tématem, možná také proto v současnosti k tomuto tématu existuje celá řada teorií a výzkumů. Účinky hudby na fyziologii lidského organismu se zabývaly již nejstarší muzikoterapeutické výzkumy.⁸⁵ (Podrobně se tímto tématem zabývají např. C. D. Maranto, A. Linka či J. Standley). V roce 1991 dokonce vznikl nový obor biomuzikologie, která zkoumá hudbu z biologického hlediska.⁸⁶

Podle mnoha autorů⁸⁷ lze synchronizovat fyziologické reakce organismu s rytmem a tempem hudby, což lze pozorovat na změnách srdeční činnosti či dechu. Různými technikami lze také snížit vysoký krevní tlak, posílit respirační svaly nebo předcházet pneumonii. Krom rytmické synchronizace organismu, má hudba vliv také na biochemické procesy. Vhodně vybraná hudba vyvolává uvolnění neurotransmiterů a hormonů. M. Kumar a kol. ve své studii⁸⁸ zjistili, že muzikoterapie přispívá ke zvýšení hladiny melatoninu (spánkový hormon), k uvolnění stavu klientů a ke snížení hladiny stresových hormonů. Podobně hudba ovlivňuje také imunitu. Např. u skupinového bubnování bylo zjištěno snížení hladiny kortizolu a zvýšení počtu bílých krvinek a lymfatické aktivity. V jiných experimentech docházelo ke zvýšení hladiny imunoglobulinu.⁸⁹

Ke snížení bolesti a úzkosti se používá tzv. anxioalgolytická hudba. Ta funguje za předpokladu, že klient zaměří pozornost na hudbu či hudební aktivity více než na bolest. Anxioalgolytická hudba by měla splňovat tyto parametry: malé změny dynamiky, plynulý rytmus, žádné nebo malé kontrasty, tempo by mělo odpovídat srdeční aktivitě v rozsahu 50-70 úderů za minutu. Zajímavé zjištění je, že tento druh hudby je účinnější u chronické bolesti než u těžce bolestivých stavů, u žen ve srovnání s muži, u dětí ve srovnání s dospělými a při použití živé hudby než při použití hudební nahrávky.⁹⁰

⁸⁵ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie* s. 144.

⁸⁶ ŘÍHOVÁ, Jaroslava. *Vliv hudby na člověka*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra hudební výchovy. 2011-06-07. s. 21.

⁸⁷ Např. P. Nordoff, C. Robbins, E. Grossmann, M. Schein a kol., B. Saperston, R. West, M. Franěk aj.

⁸⁸ KUMAR, A. M. et al.: *Music therapy increases serum melatonin levels in patients with alzheimer's disease*. In: *Altern. Ther. Health Med.*, 5 (6), 1999.

⁸⁹ KANTOR, Jiří, Jana WEBER. *Základy muzikoterapie* s. 144-145.

⁹⁰ Tamtéž. s. 145.

4 Mentální retardace

Společenský status mentálně postižených osob je horší než u jiných skupin postižení (např. u smyslového postižení). Proto se v posledních desetiletích uplatňuje snaha o vyšší možnou míru začlenění mentálně postižených do společnosti intaktních lidí. Jejich diagnostikou, etiologií a prevencí se zabývá mnoho medicínských oborů, včetně klinických i poradenských psychologů. Vzdělání a výchova mentálně postižených dětí je pak doménou speciálních pedagogů. V České republice jsou děti a mladiství se střední mentální retardací často vřazováni do ústavů sociální péče pro mentálně postižené. Zastaralý fakt, že tito lidé nejsou vzdělavatelni, z pohledu moderních společenských oborů, v nichž je problematika mentální retardace problematikou okrajovou, neobstojí. Cílem je tedy zespolečenštění. Vzhledem k tomu, že společenskost má dvě základní formy: komunikaci a spolupráci, můžeme na muzikoterapii nahlížet jako na jednu z možných cest komunikace, ale také spolupráce.⁹¹

4.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Na mentální retardaci se v minulosti nazíralo z různých úhlů. Až do konce padesátých let převažovalo zdůrazňování rozdílnosti inteligenčního kvocientu. Teprve šedesátá léta přinesla posun v definování tohoto termínu, kdy hanlivé označení (jako např. slabomyslnost, debilita, idiocie, imbecilita) vystřídaly jemnější termíny. V současné české odborné literatuře se nejčastěji vyskytují termíny *mentální postižení* a *mentální retardace*. Tyto termíny jsou obvykle používány jako synonyma.⁹²

Podle I. Švarcové⁹³ lze za mentálně retardované (postižené) označit jedince, u kterých v různé míře dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Mentální retardace je zapříčiněna strukturálním poškozením mozkových buněk nebo abnormálním vývojem mozku.

⁹¹ VÍTKOVÁ, Marie, Jarmila PIPEKOVÁ, ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. s. 39-40.

⁹² VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012.

⁹³ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006.

Podle období vývoje se rozlišuje oligofrenie – opoždění duševního vývoje v prenatálním období, a demence – důsledek poškození mozku již v průběhu života jedince, obvykle po dovršení druhého roku života. Vzhledem tomu, že u dětí může být negativní vliv organického poškození mozku kompenzován progresivními silami vývoje, nedá se demence u dětí považovat za nevratný proces.⁹⁴

Podle definice *American Association on Mental Retardation*, (nyní *Intellectual and Developmental Disabilities*)⁹⁵ je mentální postižení „*snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech a dále v sociálních a praktických adaptačních dovednostech.*“⁹⁶

Pro uplatnění této definice jsou nezbytné tyto základních předpoklady:

- omezenost rozumových schopností jedince je potřeba posoudit v souvislosti se společenským prostředím typickým pro daný věk a kulturu jedince;
- je nutné respektovat kulturní a jazykové rozmanitosti a také rozdíly v komunikaci, vnímání, motorice a chování;
- u každého jedince se vedle omezení objevují také jeho silné stránky;
- důležitým cílem zjišťování omezení je vypracování systému potřebné podpory;
- po určité době dojde pomocí vhodné individuální podpory ke zlepšení kvality života člověka s mentálním postižením.⁹⁷

4.2 Klasifikace mentální retardace

Existuje několik kritérií, jak lze mentální retardaci třídit. Např. podle starší kategorizace lze osoby s postižením dělit na torpidní (klidné, pasivní) jedince a eretické (neklidné, aktivní, agresivní) jedince.⁹⁸ Z hlediska současné speciálně pedagogické a psychopatologické praxe se

⁹⁴ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. s. 28-29.

⁹⁵ <https://aaidd.org/>

⁹⁶ „*Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills*“

⁹⁷ LUCKASSON, Ruth., et al. *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support*. 10th edition. Washington: AAMR. 2002. s.1.

⁹⁸ FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 3 doplněné vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. s. 35.

však nejčastěji uvádí třídění vycházející z mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, DSM-IV-TR),⁹⁹ kdy jsou osoby s mentálním postižením děleny do skupin podle hloubky postižení.

4.2.1 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

Nejjasněji se rozumové omezení projeví v předškolním věku, a ještě výrazněji po nástupu do školy. Na první pohled je dítě zdravé a aktivní, schopné ovládat říkanky a písničky. Nedostatky se objevují především v rozumové oblasti při náročnějších myšlenkových úkolech. Dítě se obtížněji zapojuje do her a celkově působí méně chápavě. U velké většiny dětí s lehkou mentální retardací se vyskytují poruchy řeči, proto se jedinec naučí číst se značným omezením. Za předpokladu podněcující rodiny se však mohou konkrétní, názorové a mechanické schopnosti dítěte rozvíjet velmi dobře.¹⁰⁰ Podle Švarcové může dokonce většina jedinců později najít uplatnění v praktickém manuálním zaměstnání, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti.¹⁰¹

4.2.2 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

Tento stupeň mentálního postižení se projevuje především v neuropsychickém vývoji. Dítě nezvládá koordinaci pohybů, začíná později sedět a chodit. Řeč se vyvíjí opožděně a slovník je velmi omezený, jedinci se vyjadřují obvykle jen jednoduchými větami či slovy. Citově jsou nevyrovnaní a labilní, někdy jednájí s nepřiměřenými afektivními výbuchy. Co se týká sociální integrace, je dítě schopné poznávat osoby ve svém okolí, komunikovat s nimi, navazovat kontakt a naučit se jíst a udržovat osobní hygienu.¹⁰² Povaha schopností je v této skupině velice variabilní. Některé osoby jsou schopné jednoduché konverzace, druzí se nedokážou domluvit o svých základních potřebách. Ačkoli v dospělosti zpravidla nebývá možný úplný samostatný život, jedinci bývají obvykle plně mobilní a fyzicky aktivní. U těchto jedinců se často projevují různé přidružené chorobné stavy jako např. tělesné postižení, dětský autismus či epilepsie.¹⁰³

⁹⁹ HÁJKOVÁ, Vanda, Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělání: teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. s. 18.

¹⁰⁰ FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. s. 38-39.

¹⁰¹ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. s. 34.

¹⁰² FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. s. 39-40.

¹⁰³ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. s. 35.

4.2.3 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

Příznaky celkového poškození CNS a výrazného opoždění psychomotorického vývoje se u těžké mentální retardaci projevuje již v předškolním věku. Řeč je primitivní nebo není vůbec vyvinuta, převažují spíše nonverbální výkřiky. Základní činnosti jako hygienické návyky si po dlouhodobém opakování někteří jedinci dokážou osvojit, jiní toho nejsou schopni ani v dospělém věku. Tito jedinci vyžadují péči druhých po celý svůj život.¹⁰⁴ U tohoto stupně postižení dochází často k výraznému omezení motorického vývoje a hybnosti. Pohyby jsou i v dospělosti dosti hrubé a nekoordinované. U některých jedinců se objevují stereotypní kývavé pohyby hlavy.¹⁰⁵ Podobně jako u předchozího stupně, i zde jsou častá jiná somatická postižení.

4.2.4 Hluboká mentální retardace (IQ 20 a níže)

Osoby s tímto stupněm mentální retardace vyžadují stálou péči a dohled. Možnost výchovy je v tomto případě značně omezená. Postižení jedinci zpravidla nejsou schopni porozumět požadavkům a vyhovět jim. Obvykle jsou imobilní a inkontinentní. Chápání a řeč je omezeno na jednoduché požadavky, je však možné dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a jedinec se může malým dílem podílet na praktické sebeobsluze. U osob s hlubokou mentální retardací se velmi často objevují nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zejména atypický autismus.¹⁰⁶

4.2.5 Kombinované postižení

O kombinované postižení se jedná v případě, že je jedinec postižen současně dvěma nebo více vadami. To pochopitelně zahrnuje velmi rozmanité množství nedostatků. Vady nejčastěji v různé míře postihují tělesnou, duševní a společenskou oblast (zrakové postižení, sluchové postižení, somatické postižení, narušení komunikační schopnosti aj.) Důležitým hlediskem při určování kombinovaných vad je primární postižení a s ním pak spojené další nedostatky. Franiok uvádí, že podle M. Sováka se vymezuje pojem kombinovaná vada v tom smyslu, že se jedná o jedince, kteří jsou postiženi několika nesouvisejícími vadami současně.

¹⁰⁴ PIPEKOVÁ, Jarmila. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. s. 174.

¹⁰⁵ FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. s. 40.

¹⁰⁶ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. s. 36.

Z toho vyplývá, že za kombinované vady nelze pokládat ty, které vznikly druhotně, působením primární vady. V kombinaci s mentálním postižením se za primární postižení vždy pokládá mentální retardace.¹⁰⁷

4.2.6 Poruchy autistického spektra

Porucha autistického spektra (PAS) je celoživotní vývojové mentální postižení projevující se abnormální sociální interakcí, narušenými komunikačními schopnostmi a stálými opakujícími se vzorci chování. Nejčastěji se objevuje před třetím rokem věku. Schopnosti a chování se u jednotlivých autistických jedinců velmi liší. Oproti zdravým lidem je smyslové vnímání odlišné a na určité podněty proto mohou reagovat jinak než ostatní. Mnoho autistických dětí má velké potíže naučit se každodenním mezilidským vztahům. Již během prvních měsíců života se vyhýbají očnímu kontaktu a nekomunikují tak jako zdravé děti. Autisté často dávají přednost spíše samotě před společností a mohou negativně reagovat např. na hlazení a mazlení.¹⁰⁸ U osob s autismem je nedostatečně vyvinuta levá mozková hemisféra, v níž se nachází řečové centrum. Pravá mozková hemisféra, která má vliv na hudební dovednosti, však funguje stejně jako u zdravých jedinců.¹⁰⁹ Z tohoto vyplývá, že muzikoterapie je vhodnou formou k posílení komunikace u autistických osob.

Počet osob s mentální retardací stále stoupá. Může to být však jen důsledkem lepší evidence a kvalifikovanější péče pediatrů o novorozence, kdy se zachraňují i děti, které by bez této péče nepřežily. V naší populaci se uvádí 3 % mentálně retardovaných občanů, přičemž největší počet - 2,6 % - připadá na lehký stupeň mentálního postižení. Osob s těžkou a hlubokou mentální retardací je v populaci pouze 0,1-0,2 %. Podobně je tomu tak i v jiných evropských zemích.¹¹⁰

Samozřejmě musíme brát na vědomí, že mentálně retardovaní jedinci netvoří homogenní skupinu, kterou lze globálně charakterizovat. Z hlediska psychické struktury se každý jedinec projevuje individuálními rozdíly a charakteristickým chováním. Dokonce i u osob s těžkou a

¹⁰⁷ FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. s. 43.

¹⁰⁸ Autismus. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia foundation, 8. 4.2017 11:35 [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Autismus>

¹⁰⁹ BRAGDON, Allen D., David GAMON. *Když mozek pracuje jinak*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 38.

¹¹⁰ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. s. 39.

hlubokou mentální retardací se tyto rozdíly projevují. Vzhledem ke značnému omezení jejich schopností komunikace a vyjádření potřeb, je velmi obtížné tyto individuální zvláštnosti obvyklými metodami diagnostikovat.¹¹¹

5 Problematika muzikoterapie u mentálně postižených dětí

Již v díle *Informatorium školy mateřské* (1632) od J. A. Komenského nalézáme myšlenky o výchově dětí a jejich vedení k hudbě. V tomto textu navrhuje Komenský vyučování hudební výchovy pro děti do tří let poslechem zpívaných nebo hraných ukázek. A pro děti od čtyř do šesti let vlastním zpěvem a hrou na hudební nástroj. Tímto rozlišením Komenský do jisté míry anticipoval polarizaci hudebně výchovného procesu, jak ji známe i dnes (aktivní a receptivní muzikoterapie).¹¹²

Stručný nástin vývoje muzikoterapie zaměřené na osoby s mentálním postižením by se dal podle O. Müllera vyložit takto:

- 50. léta – mezi typické cíle patřila sociální adaptace, zlepšení koncentrace, svalové koordinace, sebekontroly, emocionální stabilita, motivace a uspokojení z dosažených výsledků.
- 60. léta – v tomto období měly cíle spíše psychoanalytickou povahu, např. socializace, posilování obranných mechanismů psychiky, zvýšená kontrola impulzů, zkoumání fantazie či senzorická stimulace.
- 60. – 70. léta – v muzikoterapii převládá behaviorální orientace. Hudba se používá především jako prostředek zpevnění požadovaného chování.
- 70. – 80. léta – vznikají muzikoterapeutické programy pro osoby s těžkým mentálním postižením a programy, které podporují inkluzivní proces. Mění se pohled na mentální postižení a stále více se zdůrazňují adaptační schopnosti postiženého člověka.¹¹³

V současnosti má muzikoterapie obvykle behaviorální, kognitivně-behaviorální nebo humanistickou orientaci. Vždy se však zdůrazňuje určitý druh učení, který je klíčový pro rozvoj osoby s mentálním postižením.¹¹⁴

¹¹¹ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. s. 41.

¹¹² SETTAGI, Olga. Jan Amos Komenský a hudební výchova. *Časopis pro pedagogické vědy*, 1991, roč. 41, č. 5-6, s. 625-626.

¹¹³ MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). s. 288.

5.1 Muzikoterapeutické cíle u dětí s mentálním postižením

Podle O. Müllera patří mezi obecné cíle muzikoterapie u dětí s mentálním postižením:

- orientace v prostředí;
- zlepšení komunikace s okolím (vyjadřování svých potřeb, rozvoj slovní zásoby, zlepšení srozumitelnosti aj.);
- nácvik motorických dovedností a integrace;
- nácvik sociálních dovedností;
- schopnost porozumět emocím v různých situacích;
- celková aktivizace jedince a zvýšení jeho zájmu o okolí;
- odstranění nežádoucích projevů chování a nácvik adaptivních forem chování;
- smysluplné využití volného času.¹¹⁵

Výběr terapeutických cílů samozřejmě určuje vlastní postižení klientů pouze do malé míry. Mnoho muzikoterapeutů se při terapii soustředí především na naplnění psychosociálních potřeb a rozvoj osobnostního potenciálu. Např. u osoby s tělesným postižením se může provádět terapie, která se nebude vůbec týkat jeho motorických funkcí. Při muzikoterapii je také nutno brát v úvahu chronologický i mentální věk klienta. Výběr hudby a aktivity by neměly na klienta klást požadavky, které přesahují jeho mentální úroveň.¹¹⁶

5.2 Výzkumy muzikoterapie u dětí s mentálním postižením

Tato podkapitola představuje a shrnuje důležité zkušenosti, výsledky a pokroky zahraničních výzkumů z oblasti muzikoterapie u dětí s mentálním postižením a autismem. Rozdíl mezi výzkumnou oblastí v České Republice a v zahraničí je opravdu zřetelný. Studie zaměřené na problematiku muzikoterapie jsou u nás doposud bez odborné garance a jedná se spíše o sporadické závěry. Výzkumné studie v zahraničí se tomuto tématu věnují mnohem odborněji. Nejčastějším předmětem zkoumání je vliv hudby na chování a rozvoj klientů. Ve studiích se takovéto výzkumy provádí nejčastěji prostřednictvím kvalitativního výzkumu

¹¹⁴ Tamtéž. s. 288.

¹¹⁵ MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. s. 289.

¹¹⁶ Tamtéž. s. 288-289.

a případových studií ve formě pozorování, zaznamenávání výsledů a podrobné analýzy. Významné jsou také některé metaanalýzy¹¹⁷ a shrnující rešerše.

Protože většina muzikoterapeutických metod si zakládá na individuálním přístupu ke klientovi a proces muzikoterapie se odvíjí od momentálního stavu klienta, je zhodnocení a zobecnění výsledků poněkud komplikované. Z tohoto důvodu vznikají pro muzikoterapeutické výzkumy specifické metodologické postupy.

Přínosná je např. studie Teresy Lesiuk *Music perception ability of children with executive function deficits*¹¹⁸ z roku 2015, která zkoumá rozdíly v hudebním vnímání mezi dětmi s deficitem exekutivních funkcí (EF deficit)¹¹⁹ a normálně vyvíjejícími se dětmi. Pomocí několika jednoduchých hudebních úkolů byla zkoumána role schopností exekutivních funkcí při poslechu hudby. Mezi účastníky výzkumu bylo 71 dětí (40 chlapců) ve věku 9-11 let. Z výsledků bylo patrné, že děti s EF deficitem se při rozlišování délky tónů a rytmických vzorců projevovaly výrazně hůře než děti bez poruchy. Nicméně výsledky testů melodického vnímání nezaznamenaly žádné snížení výkonu. Jak se ukázalo u jiných regresivních modelů, exekutivní funkce krátkodobé paměti byla jedinou nezávislou proměnnou při vnímání rytmu a délky tónů. Takový druh testování vnímání hudby může tedy sloužit jako potenciaální měřítko hodnocení exekutivních funkcí a zlepšovat tak kvality krátkodobé paměti u dětí s EF deficitem.

Tématem zaměřeným na motivátory u dětí s těžkým mentálním postižením se zabývá Jennifer K. DeBedout a Mellisa C. Worden.¹²⁰ Cílem studie bylo zanalyzovat vliv přítomnosti muzikoterapeuta versus použití pohyblivých hraček během poslechu reprodukované hudby u dětí s těžkým mentálním postižením. Výzkumníci studovali pohybové reakce 17 dětí, aby určili, jak mohou klienti lépe reagovat na muzikoterapeuta, který s nimi hudebně komunikuje, než na hračky a nahranou hudbu. Z pozorování vyplývá, že přítomnost muzikoterapeuta, který zpívá a hraje na kytaru je z hlediska vyvolání pohybových reakcí více efektivnější než použití jiných stimulů.

¹¹⁷ Analýzy většího počtu srovnatelných studií, odborných sdělení a dat, za účelem jejich integrace a posouzení jejich efektivity.

¹¹⁸ LESIUK, Teresa. Music perception ability of children with executive function deficits. *Psychology of Music*. 2015. Vol. 43(4), s. 530-544.

¹¹⁹ Deficit exekutivních funkcí se projevuje zhoršenou schopností plánování, organizování, sníženou nebo chybějící motivací, zhoršenými vyjadřovacími schopnostmi, obtížemi ve flexibilitě a ve schopnosti abstrakce a řešení problémů.

¹²⁰ DEBEDOUT, Jennifer, K., Melissa C. WORDEN. Motivators for children with severe intellectual disabilities in the self-contained classroom: A movement analysis. *Journal of Music Therapy*. 2006. vol. 42, no. 2. s. 123-135.

TABLE 1
Operational Definitions for Movement Analysis

Movement response	Definition
Head	The change in head posture from one position to another; i.e., head-turning
Arm	Any movement in the arm, hand; fingers, or wrist; may include flicking, waving, clapping, flapping
Face	The change in facial expression; may include smiling, grimacing, mouth opening, eyebrows raising
Leg	Any movement in the leg or foot; may include kicking, stomping, or knocking knees together
Vocal	Vocal utterances, i.e., words (spoken or sung); groans, audible sighs, shrieks or shouts

Je prokázáno, že muzikoterapie může být nezbytným přínosem také v posilování sociálních vztahů a komunikace u dětí, které nejsou schopny, nebo mají problém používat verbální komunikaci. K tomuto závěru došel Tony Wigram ve studii *A comprehensive guide to music therapy*.¹²² Dokladem tohoto tvrzení je případová studie pětiletého chlapce, u nějž došlo důsledkem meningitidy (v devíti měsících života) k zastavení vývoje řeči. Chlapec i v pěti letech používal pouze zvuky jako „gigi“ a „gaga“. Zároveň byl však komunikativní v úzkém rozsahu různých zvuků, které používal. Když však neprojevil žádné známky schopnosti napodobení zvuků jiných lidí, logoped se tohoto případu vzdal. Později byla tomuto chlapci doporučena muzikoterapie s cílem rozšířit repertoár zvuků a zvýšit tak jeho komunikační schopnosti. Na začátku muzikoterapeuti nepožadovali po chlapci napodobování nebo opakování zvuků a slov. Využívali pouze rozsah jeho zvuků a ten pak vkládali do hudebního rytmu a melodie. Krátká melodie byla tak jednoduchá, že si na ni mohl chlapec vzpomenout a zopakovat ji při dalším muzikoterapeutickém sezení. Postupně se melodie stávaly součástí společné komunikace a chlapec byl schopen podílet se na tvorbě složitějších rytmických a melodických vzorců. Repertoár zvuků se tedy rozšířil a došlo tak ke zvýšení komunikačních schopností.

¹²¹ DEBEOUT, Jennifer, K., Melissa C. WORDEN. Motivators for children with severe intellectual disabilities in the self-contained classroom: A movement analysis. *Journal of Music Therapy*. s. 129.

¹²² WIGRAM, Tony. *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research, and training*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002. s 181-182.

Mezi některé významné studie, které se zaměřují na děti s poruchou autistického spektra, patří např. metaanalýza¹²³ americké muzikoterapeutky Jennifer Whipple. Ve své studii zkoumá hudební intervenci a její vliv na děti a dospívající trpící autismem. Porovnává devět kvantitativních výzkumů s počtem 97 účastníků ve věkovém rozmezí 3-21 let. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký vliv má hudební a nehudební intervence na rozvoj komunikace, sociálního chování a kognitivních schopností u autistických dětí. Autorka došla k tvrzení, že hudební intervence, tedy muzikoterapie, mají na tyto děti mnohem významnější účinky než intervence nehudební a pozitivně působí na rozvoj všech tří zkoumaných oblastí. Ovšem vzhledem k přílišné různosti jednotlivých studií, nelze vyvodit podrobnější závěry.

Americký lékař Daniel A. Rossignol pak ve své systematické rešerši¹²⁴ z roku 2009 porovnává téměř 300 studií a sílu evidence nových léčebných postupů u dětí s PAS. Do těchto inovativních postupů zahrnul podrobně zdokumentované nutriční doplňky, léky a nebiologické intervence. Autor došel k závěru, že muzikoterapie je vedle melatoninu, inhibitorů acetylchlinesterázy a neltrexonu, jediná nebiologická léčba na úrovni nejvyšší vědecké podpory (*evidence-based practice, level A*) při léčbě dětí s autismem.¹²⁵

Obr.4: Doporučení pro nebiologickou léčbu při PAS:¹²⁶

Grade of recommendation for nonbiological treatments in ASD

Treatment	Grade
Music therapy	A
Vision therapy	B
Acupuncture	C
Auditory integration training	C
Massage and yoga	C
Neurofeedback	C
Homeopathy	D
Vagus nerve stimulator	D

¹²³ WHIPPLE, Jennifer. Music in Intervention for Children and Adolescents with Autism: A Meta-Analysis. *Journal of Music Therapy*. 2004. vol. 41, no. 2. s. 60-106.

¹²⁴ ROSSIGNOL, D. A. Novel and emerging treatments for autism spectrum disorders: A systematic review. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2009. vol. 21, no. 4. s. 213-236.

¹²⁵ VLACHOVÁ, Zuzana. *Muzikoterapie: situace výzkumu u jedinců s autismem*. [online]. 2017. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: http://www.academia.edu/26067305/MUZIKOTERAPIE_SITUACE_V%3%9DZKUMU_U67305/MUZIKOTERAPIE_SITUACE_V%3%9DZKUMU_U_JEDINC%3%99_S_AUTISMEM

¹²⁶ ROSSIGNOL, D. A. Novel and emerging treatments for autism spectrum disorders: A systematic review. *Annals of Clinical Psychiatry*. s. 229

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkum muzikoterapeutické praxe s mentálně postiženými dětmi

Tato část práce se zaměřuje na vlastní výzkum muzikoterapie ve školním prostředí u dětí s mentálním postižením a u dětí s poruchou autistického spektra.

6.1 Metodologie výzkumu

Uvedený výzkum je zpracován formou **kvalitativního výzkumu**, jenž nejlépe splňuje cíle mé práce a efektivně zachycuje důležité informace o terapeutickém procesu. Podle metodologa J. W. Creswella je kvalitativní výzkum „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytvoří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“¹²⁷

Předkládaný výzkum si klade za **cíl** charakterizovat průběh muzikoterapeutického setkání s mentálně postiženými dětmi a zjistit, jakým způsobem muzikoterapie ovlivňuje chování těchto dětí.

Z těchto cílů se pak odvíjejí **výzkumné otázky**, které jsou položeny následovně:

1. Do jaké míry je muzikoterapie schopna ovlivnit chování dětí s mentálním postižením?
2. Které stránky osobnosti jsou nejvíce stimulovány při hudebním prožitku?
3. Které muzikoterapeutické metody jsou pro děti s mentálním postižením nejúčinnější?
4. Jaké hudební nástroje jsou při procesu muzikoterapie nejefektivnější?

Přípravná část mého výzkumného šetření (prosinec 2016–únor 2017) spočívala ve **vyhledání vhodného zařízení**, kde budou jednotlivá muzikoterapeutická setkání probíhat a jejich následné oslovení. Ze tří oslovených zařízení souhlasilo s výzkumem pouze zařízení Základní škola a Střední škola CREDO, o. p. s. v Olomouci (dále jen CREDO). Vlastní provedení studie poté zahrnovalo 16 muzikoterapeutických sezení v této škole, pozorování

¹²⁷ CRESWELL, John. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five tradition*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998 cit. In: HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008. s. 48.

jejich průběhu, analýzu a interpretaci výsledků. Tato fáze výzkumu trvala od února do dubna roku 2017.

Výzkumný soubor tvořily 4 uzavřené skupiny složené z různě starých žáků ve věkovém rozmezí 7-18 let. Jednalo se tedy o skupinovou formu muzikoterapie. S jednotlivou skupinou se pracovalo 60 minut a tvořilo ji 6-10 žáků. Šlo především o žáky se středně těžkým mentálním postižením, kombinovaným postižením a o žáky s poruchou autistického spektra.

Ke **sběru dat** byly využity metody zúčastněného pozorování, terénních poznámek a rozhovoru. „*Zúčastněné pozorování můžeme definovat jako dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu.*“¹²⁸ Ve školním zařízení CREDO jsem byla v roli pozorovatele a zároveň účastníka dění v přirozeném prostředí a během jednotlivých muzikoterapeutických sezení jsem si prostřednictvím psaní deníku zaznamenávala jejich průběh. Poznámky se během celého procesu muzikoterapie zaměřovaly především na reakce klientů na určité hudební aktivity, jejich emoce a tělesný stav. Ke získání dalších potřebných informací jsem použila nestrukturovaný (neformální) a polostrukturovaný rozhovor, zaměřený především na zkušenosti muzikoterapeuta a na informace týkající se klientů. Oproti nestrukturovaného rozhovoru vyžaduje polostrukturovaný rozhovor náročnější technickou přípravu. Vytváří se určité schéma, které specifikuje okruhy otázek, na které se bude tazatel ptát. Obvykle se může pořadí otázek měnit a upravovat, aby se maximalizovala vytiženost rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor má definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Na toto jádro se pak nabaluje množství doplňujících otázek či vysvětlení odpovědí. Téma tak může být rozpracováno do hloubky.¹²⁹

Analýza dat byla provedena prostřednictvím analýzy dokumentů (terénní poznámky, přepisy rozhovorů). Analýza dokumentů patří ke standardní aktivitě kvalitativního výzkumu, jenž otevírá přístup k informacím, které by se jiným způsobem získávaly obtížně.¹³⁰ Při analýze dokumentů jsem postupovala tak, že jsem na základě svých výzkumných cílů a otázek zanalyzovala materiál, který vznikl v procesu výzkumu. Následně jsem záznamy podrobně zpracovala a interpretovala ve smyslu formulovaného problému a otázek.

¹²⁸ ŠVARÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 143.

¹²⁹ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). s. 159-160.

¹³⁰ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. s. 130-131.

6.2 Charakteristika místa šetření

CREDO je samostatně zařízenou školou, která ve spolupráci s o. s. Jitro usiluje o komplexní sociální rehabilitaci dětí a mládeže se zdravotním postižením. Cílem školy je dosažení maximální možné integrace mladých lidí s vícenásobným postižením a poruchou autistického spektra do běžného života. Maximální kapacita je 48 žáků, přičemž v samotných třídách je vzděláváno 5-7 žáků s individuálním přístupem vyučujících k jednotlivému žákovi. Veškeré činnosti zohledňují žákovy fyzické i psychické možnosti a specifické potřeby. S výukou a sebeobslužnými činnostmi při výuce někdy dopomáhají asistenti pedagoga. Třídy jsou vybaveny speciálním nábytkem (lavice a židle nastavitelné dle potřeb žáků), úložnými prostorami na školní pomůcky, klasickými a magnetickými tabulemi, počítači, relaxačními koberci a sedačkami, televizí, videem, magnetofony, CD přehrávači, dále speciálními pomůckami individuálně vybranými dle potřeb žáků. Absolventům základního vzdělávání nabízí škola možnost pokračovat ve vzdělávání na Praktické škole dvouleté CREDO.

6.2.1 Zaměření školy

Škola se soustředí na rozvoj osobnosti žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, především žáků s kombinovaným postižením a žáků s poruchou autistického spektra. Průběh vyučování na Základní škole speciální je plně přizpůsoben individuálním zvláštostem žáků. Vyučovací hodina, způsob jejího zahájení i průběh se poté odvíjí dle aktuálního psychického i fyzického stavu žáků. Důraz je kladen na navození příjemné pohodové nálady po ranním nástupu do školy. Na úvod dne je proto zařazena oblíbená činnost dětí, např. hra s oblíbenou hračkou či poslech oblíbené hudby. Tímto je docíleno klidného, bezproblémového zahájení výuky. Rovněž střídání doby individuální výuky s pedagogem, skupinové práce i relaxačních chviliek plně závisí na momentálním stavu žáků. Na základě individuálních potřeb žáků využívá škola systém různých podpůrných činností, kromě muzikoterapie na škole probíhá také alternativní a augmentativní komunikace, bazální stimulace, „Snoezelen“, synergická reflexní terapie, míčkování a canisterapie. O zařazení dítěte do školy rozhoduje ředitel na základě žádosti rodiče či zákonných zástupců a na základě lékařského a speciálně pedagogického doporučení.¹³¹

¹³¹ ŠVP pro obor vzdělání ZŠ speciální č.j. ZŠ a SŠ speciální. [online]. 2010. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.credoskola.cz/file.php?nid=8551&oid=4095627>

6.3 Charakteristika muzikoterapeuta

Muzikoterapii v CREDU provozuje Mgr. Lucie Čapková. Vystudovala výtvarné umění a o muzikoterapii se začala zajímat v roce 2009, kdy se učila na seminářích a týdenních pobytech. Poté vystudovala Celostní muzikoterapii na Univerzitě Palackého v Olomouci (2011–2012) pod vedením PaedDr. Lubomíra Holzera. Předtím inicializovala založení mateřského centra v Trutnově, jež vytvářelo muzikoterapeutické programy pro děti v mateřských školách. Od roku 2012 se aktivně věnuje praktikování muzikoterapie po celé ČR (Olomouc, Prostějov, Brno, Opava, Litomyšl, Uherské Hradiště aj.). Podílí se na mnoha hudebních projektech pro děti i dospělé a zároveň vytváří hudební programy na letních pobytech pro rodiny s dětmi, benefiční koncerty, hudebně-taneční dílny s rituály v přírodě a prožitkové programy v rámci projektu „Slavnosti Harmonie“ ve Znojmě. Vystudovala v Praze také roční kurz „aktivní a vědomé přípravy na mateřství a rodičovství“ – obory Tanec a Hravé cvičení s dětmi do 3 let. Do CREDA dochází L. Čapková pravidelně od roku 2014. Předtím se muzikoterapii v této škole věnoval Mgr. Jiří Kantor, Ph.D. (2005-2010) a Mgr. Lenka Kružíková, Ph.D. (2010-2013).

L. Čapková využívá metodu celostní muzikoterapie, spadající do s humanistického přístupu. Snaží se vždy maximálně přizpůsobit klientům. Předem nijak zvlášť neplánuje, co se bude během muzikoterapeutického setkání dít, podporuje klienty pouze v aktivitě, kterou si zrovna vyberou. Při terapii využívá především etnické hudební nástroje v přirozeném ladění, pomocí kterých dochází k propojení hudby s pohybem, tancem a energickými systémy člověka a prostředí. Základem popisované metody je snaha o docílení spolupráci mezi pravou a levou mozkovou hemisférou. Vychází se zde z předpokladu, že aby obě hemisféry nezakrněly, potřebují neustálý trénink. Jakmile začnou mozkové hemisféry pracovat synchronizovaně a harmonicky, dojde ke změněnému stavu vědomí, z čehož pochází stav tzv. jednotného mozku. Podstatou celostní muzikoterapie je také používání přirozené, úplné alikvótní řady, se kterou se pracuje při hře na vhodné hudební nástroje a při rezonančním, vibračním, hrdelním a alikvótním zpívání.¹³²

¹³² HOLZER, Lubomír. *Úvod do celostní muzikoterapie*. [online]. 2011. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: http://muzikoterapie.net/wp-content/uploads/2015/05/Celostni_muzikoterapie_Holzer_L_popis_metody.pdf

6.4 Příprava a realizace muzikoterapeutických setkání

Do CREDA jsem docházela od února do dubna roku 2017 na základě domluvy s ředitelkou školy a L. Čapkovou. Muzikoterapeutická setkání probíhala 1x za 14 dní v dopoledních hodinách. Po mém příchodu do školy jsem se vždy setkala s L. Čapkovou, která mě stručně seznámila s náplní daného muzikoterapeutického setkání. Před samotným začátkem bylo nutné upravit třídu pro potřeby muzikoterapie tak, že z jiné třídy byly doneseny židle, které se podle počtu klientů uspořádaly do půlkruhu, či do kruhu. Vzhledem k tomu, že všechny hudební nástroje si L. Čapková dováží z domova a nejsou tedy součástí vybavení školy, bylo vždy potřeba nástroje donést do tříd a připravit je pro hodinu muzikoterapie. Do nošení nástrojů byli zapojeni také někteří klienti.

Každé muzikoterapeutické setkání mělo určitou strukturu a stálé rituály jak při zahájení, tak i při ukončení terapie. Neměnné rituály vytvářely pocit známé situace a zajišťovaly pocit bezpečí. Další průběh muzikoterapeutických setkání se pak odvíjel především podle momentálního duševního a zdravotního stavu dětí. Při setkání byly vždy přítomny 3-4 vychovatelky. Ty zajišťovaly kázeňskou podporu, kterou muzikoterapeutka nebyla v rámci svého vztahu ke klientovi schopna naplnit.

6.5 Popis muzikoterapeutických setkání v jednotlivých skupinách

6.5.1 Skupina A

První skupina zahrnovala 10 klientů v rozmezí 7-10 let. Jednalo se o děti s lehkou až těžkou mentální retardací a o děti s kombinovaným postižením, mezi nimiž byli 4 vozíčkáři. Muzikoterapie s touto skupinou probíhala ve speciální rehabilitační místnosti, která slouží klientům ke hře a k odpočinku. Kromě speciálního nábytku, jsou součástí místnosti také barevné pohovky, postel, sedací polštáře, houpací křesla, gymnastické míče a piano. Hudební podněty byly prezentovány pomocí etnických hudebních nástrojů, orffova instrumentáře a vokální interpretace. Aby děti udržely pozornost během muzikoterapeutického sezení, prokládala vždy muzikoterapeutka celý její průběh pohádkovým příběhem. Děj se většinou odvíjel od jednotlivého ročního období a od toho, co je pro dané období charakteristické. Využitím zvukové nápodoby na vybraný hudební nástroj pak navodila asociaci s daným tématem písně.

Popis muzikoterapeutického modelu pro skupinu A:

1. Přivítání (cca 3 minuty)
2. Receptivní část (cca 20 minut)
3. Aktivní část (cca 25 minut)
4. Relaxace (cca 10 minut)
5. Rozloučení (cca 3 minuty)

Jakmile se všichni klienti usadili na židle do půlkruhu, bylo muzikoterapeutické setkání zahájeno **přivítáním** a „naladěním“ skupiny. Tento rituál vítání proběhl při každém sezení vždy beze změny.

Přivítání bylo zahájeno tím, že si muzikoterapeutka vzala plyšovou figurku zajíčka a postupně každého klienta figurkou pohládila. Mezitím zpívala kontaktní píseň¹³³, do níž zakomponovala jméno jednotlivého klienta (např.: „Krásný den Míšo, zajíček vítá tě“), zároveň držela v ruce orientální koshi zvonkohru, kterou krouživými pohyby rozezvučovala. Koshi zvonečky jsou známy tím, že vynikají bohatými alikvótními tóny a léčivými vibracemi, které přispívají k celkové harmonizaci a zklidnění dětí. Zmíněné terapeutické účinky zvonkohry byly skutečně patrné. Klienti byli klidní a koncentrovaní.

Po přivítání následovala část **receptivní**, kde muzikoterapeutka vyprávěla příběh o příchodu jara, přičemž tóny harmonizační zvonkohry asociovaly sluneční paprsky. Jednotliví klienti si poté na zvonkohru mohli postupně zahrát paličkou několik tónů. Cílem tohoto cvičení bylo rozeznít nástroj pomocí horní končetiny a procvičovat tak pohybové funkce zodpovídající za úchop. Toto cvičení je velmi prospěšné především u klientů se zvýšeným svalovým tonem a spasticitou.¹³⁴ Hudba umožňuje, aby uvolnili svalové napětí a koordinovaným pohybem rozezvučely hudební nástroj. Tato manipulace s paličkou má pozitivní vliv např. na nácvik správného úchopu přístroje.

Po tomto cvičení muzikoterapeutka hrála na ústní harfu – monochord, vyrobený z dřevěného luku a struny. Harfa se rozezvučí tak, že se zúženým koncem vloží do úst a tenkou dřevěnou hůlkou se vytukává rytmus do napnuté struny. Současně se také zpívá. Tento

¹³³ Kontaktní písně se používají v muzikoterapii jako rituál při přivítání a loučení. Písně zůstávají většinou stejné pro daného jedince. Často se mění výraz, barva hlasu nebo hudebních nástrojů, tempo a dynamika. Důležitou hudební část tvoří písně o jméně.

¹³⁴ Křeč (latinsky: spasmus, řecky: hyperkinesis) je nefyziologický stav, kdy dochází k nadměrnému či dlouhodobému stahu kosterní nebo hladké svaloviny. Křeč může postihovat jeden sval nebo celé svalové skupiny. Pohyb je omezený a někdy bolestivý, pro člověka je těžké pohnout částí svého těla, protože svaly jsou příliš pevně napnuté – i když dotčený sval je ve skutečnosti velmi slabý.

nástroj s velmi dobře slyšitelnými alikvotními tóny je mezi klienty pro svůj barevný zvuk velmi oblíben.

Dalším nástrojem využitým pro poslechovou část bylo australské didgeridoo, jenž symbolizovalo vibrace země a vítr. Ocean drum pak přeléváním kuliček uvnitř bubnu evokoval zvuk oceánu – příliv a odliv. Tento relaxační nástroj vnesl do skupiny celkové uvolnění. Muzikoterapeutka s bubnem obešla postupně celou skupinu, přičemž každý klient si položil ruce na plátno a vnímal vibrace nástroje, které se vytvářely plynulým nakláněním bubnu. Houpavé pohyby zprava doleva napomáhají klientům rozvíjet správnou činnost obou mozkových hemisfér.

Následovala hra na dešťovou hůl. Tato hůl je vyrobena ze zdřevnatělého kmene kaktusu, jehož dutina je vyplněna vnitřními přepážkami, kterými se přesypají jemné kamínky vulkanického původu. Zvuk připomíná kapky vody, déšť, vodopádu apod. S tímto nástrojem muzikoterapeutka obcházela celou skupinu a každému dítěti jednotlivě zpívala píseň s jeho jménem (např.: „Voda zpívá Filípkovi“). Klienti si mohli, stejně jako u ocean drumu, na hůl sáhnout a cítit tak stékání jemných kamínků. Takto putoval symbolický déšť z jednoho klienta na druhého a vytvářel tak ve skupině pocit sounáležitosti, který je pro muzikoterapii velmi důležitý a má vliv na celkovou efektivitu muzikoterapeutického setkání.

Po těchto aktivitách přišla na řadu **aktivní část**, představující fázi společného muzicírování a vybouření se. Muzikoterapeutka i v této části pokračovala ve vyprávění pohádkového příběhu o jaru. Symbolický déšť nyní vystřídalo slunce v podobě žlutého závoje, jehož koncem hladila každé dítě a zpívala přitom píseň „Hladím tě křídlem slunce“. Klienti mezitím tleskali do rytmu a mohli se do zpívání zapojit. Poté následovala hra na africké bubny djembe. Každému klientovi byl přidělen jeden buben. Již při této činnosti projevovaly děti značné nadšení a bylo patrné, že se na bubnování velmi těší. Těm, kteří nebyli schopni sami buben přidržovat, dopomáhaly vychovatelky nebo asistentky pedagoga. Společné bubnování se skládalo ze čtyř částí:

- **První část:** hlazení a zahřívání blány bubnu oběma rukama. Při této činnosti dochází k uvolnění rukou a tréninku otevírání dlaně.
- **Druhá část:** jemné poťukávání všemi prsty o buben, mající za cíl trénink hybnosti jednotlivých prstů a zlepšení jemné motoriky. Tento pohyb měl připomínat pobíhající broučky na bubnu. Pro klienty bylo cvičení z hlediska obtížnosti koordinace pohybu

prstů značně obtížné, přesto se snažili docílit zvukomalby „pohybujících se nožiček brouků“.

- **Třetí část:** opakování jednoduchého rytmu podle muzikoterapeutky a společné bubnování. Zde muzikoterapeutka zvolila 4/4 takt s pomocným vokálním doprovodem „Bariky, bariky, bá bá, bariky“, který deklamuje k rytmu. Následně se tento vokální doprovod změnil na „Vítáme, vítáme slunce / květy / jaro /...“ se zachováním původního rytmu. Součástí cvičení byl nácvik střídavých pohybů, kdy každý horní končetina zahrála střídavě jeden úder. Postupně se rytmus zrychloval a gradoval, ve skupině vládl entuziasmus a bylo možno pozorovat psychické i tělesné uvolnění. Ruce klientů se při úderech na buben spontánně uvolňovaly. Skupina se do hry naprosto ponořila a dokázala se sladit do jednotného rytmu. Dokonce i jedinci, kteří se do této chvíle projevovali spíše pasivně, začali projevovat známky aktivity a snahy o rozezvučení bubnu. Někteří se zapojili také do zpívání. Výrazně na mě zapůsobil především osmiletý hoch s lehkým mentálním postižením, který se napojil na rytmus hudby a improvizovanou hrou na buben dokázal vytvářet složité rytmické struktury, které naprosto přesně zapadaly do 4/4 rytmu. Výsledkem bylo společné splnutí muzikoterapeutky a klienta prostřednictvím zvuku.

Obr. 3: ukázka rytmu „Bariky“



- **Čtvrtá část:** společné improvizované muzicírování. Každý klient si z orffova instrumentáře vybral dle vlastní volby jeden hudební nástroj. Dětem, které nebyly schopny udržet předmět v dlani, bylo na zápěstí nasazeno chřestítko, které se rozezvučovalo i při jemném pohybu horní končetiny. Díky tomu se společného hraní mohl účastnit každý člen skupiny. Poté muzikoterapeutka začala hrát na buben různé rytmické struktury doprovázené zpěvem „Heja heja hou“, klienti mezitím do rytmu improvizovali na vybrané hudební nástroje. Cílem cvičení bylo vybít ze sebe negativní energii a agresi. Muzikoterapeutka rytmus postupně zrychlovala a s tím se zvyšovala

také hlasitost a energie v celé skupině. Důsledkem toho byli klienti velmi živí, radostní a hlasitě se smáli. Tímto bujarým veselím byla aktivní část zakončena.

Nyní následovala část **relaxační**, jejíž cílem bylo vytvořit příjemné prostředí s využitím bazální stimulace. To probíhala tak, že si klienti mohli zvolit polohu vsedě nebo vleže. Když byli všichni pohodlně usazeni, začala muzikoterapeutka hrát na tibetské mísy, jejichž zvuk má harmonizující a energetizující účinky. Vzhledem k tomu, že muzikoterapeutka měla k dispozici 15 mís různých velikostí, mohla vytvářet rozmanité zvukové tvary a barvy. Při jejich poslechu se tělo dostává do hluboké relaxace a dochází k celkovému uvolnění. Bylo skutečně k neuvěření, jak rychle se klienti dokázali dostat z aktivního stavu do naprostého uvolnění. Celá skupina v klidu a tichosti poslouchala. Po několika minutách hraní se muzikoterapeutka zeptala, zda by si někdo ze skupiny chtěl na tibetské mísy zahrát. Dva dobrovolníci si tak mohli vyzkoušet rozeznít paličkou jednotlivé mísy a procvičovat koordinaci horních končetin, sílu úderu a zároveň upevnit pocit sebejistoty a vlastní důležitost.

Ekvivalentem tibetských mís je tibetský gong, jehož účinky jsou známy tím, že člověk ho poslouchá nejen ušima, ale také celým tělem. Muzikoterapeutka se s gongem postavila doprostřed skupiny, úderem paličky jej rozezněla a pohybovala s ním tak, aby se zvuk a vibrace lépe šířili prostorem. Tuto činnost opakovala asi desetkrát. Podobně jako při poslechu tibetských mís, byli i nyní klienti ve stavu relaxace, měli zavřené oči a hluboce dýchali, docházelo tedy ke změně dýchání a k uvolnění svalů. Tímto hudebním nástrojem byla relaxační část ukončena.

Nakonec se klienti opět posadili na židle, aby se s nimi muzikoterapeutka mohla **rozloučit** a poděkovat jim za spolupráci. Rituál loučení byl v podstatě stejný jako přivítání. Jediným rozdílem byla změna textu kontaktní písně (např.: „Krásný den Míšo, zajíček loučí se“)

6.5.2 Skupina B

Muzikoterapie ve druhé skupině se účastnilo 10 žáků ve věku od 16 do 18 let. Jednalo se o klienty s lehkou až středně těžkou mentální retardací a o klienty s kombinovaným postižením, mezi nimiž byli 3 vozičkáři. Setkání probíhalo v upravené místnosti určené k provozování muzikoterapie, kde seděli klienti v kruhu na židlích. Hudební podněty byly prezentovány prostřednictvím etnických hudebních nástrojů a vokální interpretace.

Popis muzikoterapeutického modelu pro skupinu B:

1. Přivítání, komunikace (cca 5 minut)
2. Receptivní část (cca 10 minut)
3. Aktivní část (cca 30 minut)
4. Relaxace (cca 10 minut)
5. Rozloučení (cca 5 minut)

První aktivitou na **přivítání** bylo zpívání písně „Krásný jarní den“ doprovázené zvukem koshi zvonečku. Muzikoterapeutka poté nástroj nechala ve skupině kolovat a toho, kdo měl zrovna zvoneček se zeptala „*Jak se ti daří? Na co se dnes nejvíce těšíš?*“ Odpovědi byli podobné, klienti nejčastěji sdělovali, že se mají dobře a že nejvíce se těší na společné bubnování. Mezitím, co jednotliví klienti odpovídali na otázku, rozezvučovali houpavým pohybem koshi zvoneček a po zodpovězení otázky jej předali spolužákovi vedle sebe.

Po této aktivitě přišla na řadu **receptivní část**, kdy mohli klienti poslouchat zvuky a tóny různých hudebních nástrojů. Ty se při jednotlivých muzikoterapeutických setkáních obměňovaly. Nejčastěji se jednalo o ocean drum, didgeridoo, dešťovou hůl či fujaru, což je jednoduchý dechový nástroj z bezového dřeva v přirozeném ladění. Hra na fujaru vytváří čisté alikvótní frekvence, působící uklidňujícím a meditativním dojmem. Na klientech bylo terapeutické působení fujary patrné, mnoho z nich mělo zavřené oči, uvolněné tělo, a přitom se usmívali. Podobně jako v první skupině, i zde muzikoterapeutka nechala kolovat harmonizační zvonkohru, na niž si klienti zkusili zahrát paličkou. Vzhledem k tomu, že v této skupině nebyl žádný klient se spasticitou, téměř všichni toto cvičení zvládli bez cizí pomoci. Klientům se úspěšně dařilo paličku uchopit a koordinovat směr a sílu úderu, tak aby zvuk nebyl příliš pronikavý a nepříjemný.

Aktivní část se skupinou B představovala vždy hlavní hudební činnost muzikoterapeutického sezení. Zahrnovala společné bubnování rozdělené do pěti částí.

- **První část:** hlazení a zahřívání plátna bubnu oběma rukama.
- **Druhá část:** nácvik střídavých pohybů. Muzikoterapeutka zvolila jednoduché rytmické cvičení, kdy každá horní končetina pravidelně hrála střídavě jeden úder, přičemž docházelo k rozvíjení správné činnosti obou mozkových hemisfér. Bubnování doprovázela zpěvem o stejném rytmickém vzorci tak, že každá slabika představovala jeden úder ruky na buben: „Jed-na no-ha za dru-hou, ma-lí ptáč-ci tan-cu-jou“. Klientům se cvičení líbilo a bubnování v nich probudilo značný zájem. Jeden klient se však projevoval pasivně a do hraní se vůbec nezapojil.
- **Třetí část:** opakování jednoduchého rytmu podle muzikoterapeutky a společné bubnování. Podobně jako tomu bylo u skupiny A, i zde muzikoterapeutka zvolila 4/4 takt. Nyní použila jako rytmickou pomůcku říkadlo „Koza jede, pes jde“, přičemž každá slabika představovala opět jeden úder na buben. Když byla celá skupina sladěná do stejného rytmu, bylo do bubnování zahrnuto také hraní na tělo, a to takovým způsobem, že namísto slova „jde“, napodobovali vždy žáci podle muzikoterapeutky různé úkony. Nejprve se slovo nahradilo tlesknutím o stehna, poté tlesknutím rukama, a nakonec zamáváním na některého spolužáka. Pořadí úkonů zůstávalo vždy stejné, avšak tempo se měnilo na rychlejší. To klienty trochu zmátlo a úkony, které jim při pomalém tempu nedělaly potíže, se jim nyní začaly trochu plést. Jejich soustředěnost a snaha se však zvýšila, což je podle mého názoru přednější a terapeuticky přínosnější než bezchybné provedení zadané aktivity.

Obr. 4: ukázka rytmu „Koza jede, pes jde“



- **Čtvrtá část:** různé muzikoterapeutické hry s bubny. Protože se hry v průběhu muzikoterapeutických setkání různily, vyberu pouze jednu, která se mi jeví jako nejefektivnější a nejzajímavější. Jedná se o hru „Zvířata v lese“, která vede k rozvoji

kreativity, soustředění a hravosti. Hra začínala tím, že se muzikoterapeutka každého klienta zeptala, kterým zvířetem by chtěl být. Odpovědi byli různé (např.: sokol, pesek, kočka, spící medvěd, dobrman, ...). Potom, co si všichni zvolili roli určitého zvířete, začala muzikoterapeutka vést jejich představy vyprávěním: *„Představte si, že vcházíte do lesa. Nejprve jdete pomalu a zlehka.“* Mezitím imitovala rychlost a sílu kroků na bubnu a klienti po ní „styl chůze“ napodobovali. *„Ted' před sebou vidíte padlý strom, který vám brání v cestě. Proto se rozběhneme a strom přeskochíme.“* Tentokrát se tedy rychlost úderů na buben zvýšila a představovala rozběh. Při pomyslném přeskočení se bubnování na okamžik pozastavilo a následný doskok pak představoval jeden silný úder na buben. Takovým způsobem skupina společně překonávala několik imaginárních překážek a měnila mezitím styl chůze. *„A protože jsou před námi nízké větve, budeme je muset podlézt.“* Tato představa přinutila klienty bubnovat v předklonu. Podobným způsobem pak klienti museli „v běhu“ řešit i jiné překážky, tentokrát se však museli naklánět doprava nebo doleva. *„A poslední věc, která nám stojí v naší cestě, je řeka. Společně ji všechna zvířátka přeplovou z jednoho břehu na druhý.“* Mezitím skupina pohybovala horními končetinami a napodobovali pohyb plavání. Tímto cvičením byla hra ukončena. Ve skupině nyní vládla pozitivní nálada, žáci se smáli, tleskali a byli rádi, že překonali všechny překážky.

- **Pátá část:** improvizované bubnování. Nejprve muzikoterapeutka udala základní rytmus, podobný výše popisovanému „Bariky“ a hru vokálně doprovázela zakomponováním jednotlivých zvířat do následující podoby: „Vítáme sokola / pejska / kočku / spícího medvěda / dobrmana, ...). Tímto kontaktním způsobem postupně oslovila každého klienta prostřednictvím role zvířete, což ve skupině upevnilo dobré vztahy. Poté hra plynule přešla do volné improvizace, kdy se klienti mohli svobodně vyjádřit a posílit potřebu seberealizace. Všichni, až na zmíněného klienta, se do hraní aktivně zapojovali.

Po těchto aktivitách následovala **relaxace**. V této skupině muzikoterapeutka nejčastěji využívala tzv. hapi drum, což je krásně znějící ocelový nástroj v různém ladění. Může se na něj hrát rukama nebo paličkami. Skupina se do jeho harmonizujících zvuků zaposlouchala a uvolnila se. Mnoho klientů zavíralo oči a patrná byla také změna dýchání. Po určité době pak muzikoterapeutka každému žákovi položila hapi drum na klín a předala mu do ruky paličku, kterou pak nástroj lehkým úderem rozezvučovali. Cvičení klientům nedělalo problém.

S klidem a citem regulovali sílu úhozu a koordinaci horní končetiny. Do cvičení se nyní dobrovolně zapojil také žák, projevující se až do této chvíle pasivně.

Rituál **rozloučení** pak proběhl opět za zvuku koshi zvonečku, který nechala muzikoterapeutka kolovat ve skupině. Žáci nemuseli nic říkat, pouze rozeznávali zvoneček a ten poté předali spolužákovi. Mezitím muzikoterapeutka poděkovala všem zúčastněným za spolupráci a popřála jim krásný den.

6.5.3 Skupina C

Muzikoterapeutické sezení se skupinou C bylo realizováno ve stejné místnosti, jako s předchozí skupinou. V tomto případě se sezení zúčastnilo 8 žáků ve věku od 8 do 15 let. Jednalo se o klienty se střední až těžkou mentální retardací a o klienty s kombinovaným postižením, mezi nimiž bylo 5 vozíčkářů. Hudební podněty byly prezentovány prostřednictvím etnických hudebních nástrojů, orffova instrumentáře a vokální interpretace.

Popis muzikoterapeutického modelu pro skupinu C:

1. Přivítání (cca 5 minut)
2. Receptivní část (cca 10 minut)
3. Aktivní část (cca 30 minut)
4. Relaxace (cca 10 minut)
5. Rozloučení (cca 5 minut)

Poté, co se všichni žáci usadili do kruhu na židle, mohla muzikoterapeutka skupinu pozdravit. Stejně jako ve skupině A, i zde probíhalo **přivítání** prostřednictvím kontaktu s plyšovou figurkou zajíčka, kterou postupně každého klienta pohládila a zpěv písně na přivítanou doprovázela koshi zvonkohrou. Tu se pak postupně každý klient snažil rozeznít. Vzhledem k tomu, že k rozezvučení nástroje je potřeba špetkový úchop provázku, bylo pro děti trpící spasticitou cvičení o něco náročnější. Nicméně i jim se s trochou pomoci dařilo ze zvonečku vyloudit tóny. Příjemný zvuk je motivoval k tomu, aby uvolnili svalové napětí a zapomněli přitom na bolest.

Receptivní část pak zahrnovala poslech různých etnických nástrojů. Nejčastěji se jednalo o dešťovou hůl, ocean drum a didgeridoo, při jehož poslechu děti sdělovaly, jaké zvíře jim zvuk nástroje připomíná. Mezi častými odpověďmi byly: slon, medvěd a tygr. Poté následovalo cvičení pro snížení svalového tonu za pomoci harmonizační zvonkohry. Nejprve

na nástroj muzikoterapeutka několik minut hrála, čímž chtěla ve skupině docílit navození klidu a uvolnění, a poté se na zvonkohru pomocí paličky pokoušel zahrát každý klient alespoň několik tónů. Protože v této skupině byly děti s vážnějším stupněm postižení, nepodařilo se cvičení provést každému. V takovém případě muzikoterapeutka či vychovatelka pomohla danému žákovi s uchopením a držením paličky a vedla mu pohyb jeho ruky. Překvapivé bylo, že i u takto postižených dětí docházelo k reakci na výsledný zvuk, projevující se radostí ze hry a radostí ze sebe sama.

Po těchto cvičeních následovala **aktivní část**, představující hlavní náplň muzikoterapeutického sezení. Zahrnovala společné bubnování, rozdělené do tří částí.

- **První část:** hlazení a zahřívání plátna bubnu oběma rukama.
- **Druhá část:** společné improvizované muzicírování. Jako základní rytmus byl zvolen opět 4/4 takt s vokálním doprovodem „Heja, heja hou“. Klienti měli k dispozici jeden buben a jeden nástroj z orffova instrumentáře dle vlastního výběru. Tak se každý mohl v danou chvíli rozhodnout, zda chce muzikoterapeutku doprovázet bubnováním anebo hrou na vybraný nástroj. Většinou cvičení probíhalo tak, že děti s nižším stupněm postižení bubnovali jednou či oběma rukama na buben a ti, kteří důsledkem spasticity měli problémy s napnutím dlaní, využívali spíše nástroje z orffova instrumentáře. Dětem tak byl ponechán volný prostor k sebevyjádření. Překvapivá byla např. reakce 15letého chlapce s kombinovaným sluchovým postižením, který při rytmickém bubnování začal v kruhu tancovat. Ačkoli v běžném životě mu chůze činí potíže, při tanci byly jeho pohyby koordinovanější a zároveň uvolněnější. Zajímavým faktem bylo také to, že chlapec má velmi špatný sluch, a je tedy pravděpodobné, že zvuk a vibrace bubnů vnímal skrze celé své tělo.

Obr. 5: Ukázka rytmu „Heja heja hou“



- **Třetí část:** hra na šamanský buben. Cvičení probíhalo tak, že muzikoterapeutka držela ruční buben a žáci na něj postupně hráli paličkou. Po několika úderech vždy změnila

polohu bubnu v prostoru a žáci tak museli směr následovat. Takto obešla postupně celou skupinu. Cílem byl trénink koordinovaného pohybu horní končetiny a zraku a také vnímání vibrací, které skrze podvědomí podporují smyslové a nadsmyslové vnímání.

Pro následnou **relaxační část** volila muzikoterapeutka nejčastěji tibetský gong, který se ji při práci s touto skupinou klientů nejlépe osvědčil. Muzikoterapeutka se podobně jako ve skupině A, postavila s gongem doprostřed kruhu, úderem paličky jej rozezněla a pohybovala s ním v prostoru. Obzvláště výrazně na zvuk gongu reagoval výše zmíněný chlapec, který měl patrně radost, že ho slyší. Vstal se ze své židle, přistoupil k muzikoterapeutce a přikládal k nástroji hlavu a soustředěně poslouchal. Zvuk gongu ho natolik fascinoval, že si na něj chtěl i sám zahrát, v čemž mu muzikoterapeutka vyhověla a nechala ho několik minut hrát.

Tímto bylo muzikoterapeutické sezení u konce a nastal čas pro **rozloučení**, probíhající stejně jako rituál vítání za pomoci plyšového zajíčka, koshi zvonku a zpívání písně „Zajíček loučí se“.

6.5.4 Skupina D

Poslední skupinu tvořilo 6 žáků ve věku 8-10 let. V tomto případě se jednalo o skupinu složenou z dětí s poruchou autistického spektra. Muzikoterapeutická sezení probíhala ve stejné místnosti, jako s předchozími dvěma skupinami. Hudební podněty byly prezentovány prostřednictvím etnických hudebních nástrojů, orffova instrumentáře a vokální interpretace. Protože děti s autismem upřednostňují neměnné stereotypní rituály, jednotlivá muzikoterapeutická setkání probíhala téměř beze změny. Muzikoterapeutka se v této skupině snažila především udržovat bytostný a vstřícný vztah s klienty.

Popis muzikoterapeutického modelu pro skupinu D:

1. Přivítání (cca 5 minut)
2. Receptivní část (cca 15 minut)
3. Aktivní část (cca 20 minut)
4. Relaxace (cca 15 minut)
5. Rozloučení (cca 5 minut)

Rituál **přivítání** byl totožný jako ve skupině A. Muzikoterapeutka k vítání používala figurku zajíčka, koshi zvonky a vokální doprovod. Zde hrála plyšová figurka významnou roli.

Přestože se jednalo o děti, které nemají příliš rády fyzický kontakt, pohlázení figurkou jim nevadilo. Prostřednictvím figurky tak mohla terapeutka navázat užší vztah s klienty.

Receptivní část poté zahrnovala poslech harmonizační zvonkohry, symbolizující sluneční paprsky. Zvuk nástroje měl na děti silný zklidňující efekt, obzvláště pozitivně působil na 10letou dívku, trpící hyperaktivitou. Proměna v jejím chování byla nesmírná. Kromě poslechu si klienti mohli na zvonkohru také zahrát paličkou. V porovnání s ostatními skupinami, neprojevovali autističtí klienti tolik emocí a na nástroj hráli s větší silou a rychlostí. Někteří se do hraní vůbec nezapojili. Dalším hudebním nástrojem využitým pro poslechovou část, byla dešťová hůl, doprovázená vokální písní „Voda voděnka“ a následně ocean drum. Tyto nástroje však neměly tak zklidňující účinky, jako harmonizační zvonkohra.

Následovala **část aktivní**, jenž zahrnovala společné bubnování. Nejprve zadala muzikoterapeutka na bubnu rytmus „Bariky“ a do něj vokálně zakomponovala jednotlivá jména žáků, např.: „Vítáme, vítáme Adélku“. Mezitím většina klientů zadaný rytmus na bubnu opakovali a společně s muzikoterapeutkou zpívali. Při zpívání jednotlivého jména navazovala vždy terapeutka oční kontakt s právě osloveným dítětem. Ten se ji ve většině případů navázat podařil. Komunikace prostřednictvím hudby je tedy pro děti s autismem mnohem jednodušší než verbální dorozumívání.

Po této aktivitě následovalo společné bubnování s využitím nástrojů z orffova instrumentáře. Rytmus se změnil na „Heja, heja hou“, do nějž muzikoterapeutka improvizovaně zakomponovala různé preference a oblíbené věci klientů. Např.: „Heja heja hou, medvědi bubnujou“. Přitom mohli ostatní žáci doplňovat rytmus na bubny, anebo na vybrané nástroje z orffova instrumentáře. Výše zmíněná klientka v této chvíli začala tancovat a radostně poskakovat. Z jejího jednání lze tedy vyvodit, že hudba dokáže i během krátké chvíle navodit jak relaxační, tak aktivizační efekt a ovlivňovat chování klientů. Překvapivé také bylo, že chlapec, který se až do této chvíle vůbec nezapojil do bubnování, se nyní při hře na ozvučená dřívka projevoval velmi aktivně a hlučně.

Každé muzikoterapeutické setkání by mělo plynule přecházet od klidu, odreagování a vybouření se, až po relaxování a uvedení klientů zpět do klidného stavu. Aktivní část tedy mohla vystřídat **část relaxační**. Jako efektivní hudební nástroj se se skupinou D ukázalo didgeridoo a hapi drum. Při hře na didgeridoo se děti shromáždily okolo konce nástroje, aby mohly lépe vnímat vibrace. Dětem se zvuk velmi líbil a při jeho poslechu se hlasitě smály.

Někteří si mohli na didgeridoo zkusit také sami zahrát. Zajímavé je, že autistické děti jsou schopny zahrát tón zcela přirozeně na první pokus.

Hapi drum měl poté za cíl uvedení klientů do vyrovnaného stavu mysli a prostřednictvím hry na něj upevnit vztah mezi terapeutkou a klienty. Nejprve na něj hrála pouze muzikoterapeutka, čímž skupinu zklidnila, a poté i jednotliví žáci. Bubínek jim vždy položila na stehna a přidržovala jej během toho, co na něj děti hrály. Celkově vnesl bubínek do skupiny pozitivní náladu. Mezi terapeutkou a dětmi, které běžně příliš věcí nespojuje, byl patrný sociální kontakt. Prostřednictvím hudebního projevu mohli také klienti vyjadřovat své emoce, které by slovy vyjádřit nemohly.

Závěrečná část **rozloučení** proběhla stejně jako přivítání, pomocí figurky, zpívání a Koshi zvonků, které mají konkrétně u dětí trpící poruchou autistického spektra zvláště pozitivní účinky.

7 Shrnutí výsledů

Výzkum byl zaměřen na pozorování muzikoterapie ve školním prostředí a na to, jaký vliv má hudba uvnitř muzikoterapeutických setkání na chování dětí s mentálním postižením. Po analýze nashromážděných údajů lze potvrdit, že muzikoterapie má na klienty jednoznačně pozitivní vliv, přičemž nejvíce jsou při hudebním prožitku stimulovány následující oblasti:

Oblast komunikační: Schopnost správného dorozumívání a vyjadřování názorů či pocitů hraje u dětí s mentálním postižením klíčovou roli. Protože hudební sdělování je jasné a porozumí mu každý bez ohledu na stupeň postižení, má muzikoterapie v této oblasti své nenahraditelné místo. Při skupinovém hraní na různé nástroje dochází k jakési neverbální komunikaci, pomocí níž mohou žáci vyjadřovat své emoce. Muzikoterapie tak klientům pomáhá s jejich sebevyjádřením. Ke cvičení verbální komunikace pak dochází při zpívání písní, kdy rytmizace slov a intonování známé písně na slabiky procvičuje plynulost řečového projevu a správné dýchání. Obzvláště u autistických dětí, které se komunikaci často straní, může hudba výrazně pomoci s navázáním kontaktu mezi terapeutem a klientem, popřípadě i s ostatními dětmi ve skupině.

Oblast motorická: Při hraní na bubny a jiné bicí nástroje dochází k rozvoji hrubé motoriky a k procvičování pohybů celé horní končetiny (ramenní kloub, loketní kloub a zápěstí). Při bubnování dochází také k tréninku hybnosti prstů a funkcí zodpovídajících za otevření dlaně, což souvisí s rozvojem jemné motoriky. Ta je také procvičována např. při hře na tělo, přesýpání dešťové hole nebo při hře paličkou, přičemž klienti cvičí různé druhy úchopů, koordinaci a sílu úhozu. Pozitivní vliv má muzikoterapie především u klientů se spasticitou, které oblíbená hudba silně motivuje k pohybu a umožňuje tak uvolnění svalových křečí.

Oblast sociální: Při procesu muzikoterapie dochází k posilování mezilidských vztahů a sociálního citění. K tomu je nejvhodnější právě skupinová forma muzikoterapie, ve které dochází ke kolektivní spolupráci a komunikaci. Důležitou součástí každého muzikoterapeutického setkání jsou také kontaktní písně se zakomponováním jména jednotlivého žáka. Tento druh písní upevňuje ve třídě důvěru mezi klientem a terapeutem a vytváří dobré klima.

Oblast vnímání a paměti: V oblasti pozornosti mívají žáci často nedostatky. Pomocí hudební motivace lze dosáhnout překvapivých výsledků, kdy klienti soustředěně sledují průběh muzikoterapie. Vhodným cvičením jsou např. různé aktivity s bubny, při kterých se střídá rytmus anebo se najednou musí přestat hrát. Pomocí napodobování rytmů a učení písniček se klienti učí také procvičovat paměť.

Z pozorování také vyplývá, že velmi důležitá je určitá struktura muzikoterapeutických setkání. Patrně nejdůležitější je její ohraničený začátek a konec s neměnnou kontaktní písní. Díky tomuto ustálenému rituálu klienti poznají, že něco začíná či končí a mohou se lépe koncentrovat pouze na tuto činnost. Zvláště ve skupině D se tato ustálená posloupnost činností osvědčila a byla dětmi s poruchou autistického spektra velmi kladně přijímána.

Během setkání by však neměla být opomenuta také dynamika. Ideálně by měl průběh muzikoterapie z běžné činnosti postupně nabírat na síle a dojít až k divokému vybouření. Poté by měl opět plynule přejít do klidné činnosti nebo relaxace. Z pozorování lze soudit, že muzikoterapie může pomoci také klientům s nevhodnými projevy chování, jako je agrese. To bylo nejvíce patrné ve skupině B, kde se pracovalo s nejstaršími klienty. Aktivní část jim umožňovala ze sebe vybit negativní energii a odstraňovat napětí. Muzikoterapeutka klientům v takovémto živelném projevu nebránila, uměla však svým hudebním jednáním korigovat celý průběh setkání, aby chování klientů bylo vždy vhodné a přijatelné.

Naopak ve skupině A a C, kde probíhala terapie převážně s dětmi s kombinovaným postižením a se středně těžkou až těžkou mentální retardací, se jako nejprínosnější jevila receptivní a relaxační část muzikoterapie. U těchto dětí docházelo při poslechu hudby k celkovému tělesnému uvolnění, odeznívání tenzí a změně dýchání. Jako efektivní metoda se ukázala též vibrační terapie, aplikovaná prostřednictvím tibetských mís, tibetského gongu a šamanského bubnu. Zvláště pozitivně působili tyto nástroje na klienty s poruchou hybnosti, doprovázenou stereotypními pohyby (automatické kývání těla). Bylo patrné, že vibrace prostupují skrze celé jejich tělo, které se postupně uvolňovalo a docházelo k celkovému odeznění křečovitých pohybů. Také se ukázalo, že zvukové vibrace mohou vnímat i nedoslýchaví klienti, což vyvrátilo mylnou představu, že s těmito jedinci nelze pracovat v oblasti hudební terapie.

ZÁVĚR

Práce si kladla za cíl zanalyzovat a popsat, jak muzikoterapie funguje v praxi a následně zjistit, jakým způsobem ovlivňuje chování dětí s mentálním postižením.

Hudba má zajisté vliv na všechny. Mentálně postižené děti mají navíc proces muzikoterapie spojen s pozitivní zkušeností a z radosti ze sebe samých. Hudba jim nabízí prostor k sebevyjádření, díky čehož mohou být oceňovány prostřednictvím něčeho, co sami vytvářejí. Podstatou není výkon či soutěžení, ale systematické vytvoření příjemných okamžiků. Důležité je, aby byl muzikoterapeut empatický a trpělivý. Dále se musí brát v úvahu, že každé dítě je individuální a má svůj charakteristický druh chování, proto nelze zaručit, že různé muzikoterapeutické metody provedené u jedné skupiny klientů budou fungovat i u další skupiny. Nicméně ve většině případů jsou pozitivní účinky nesporné a i přesto, že je muzikoterapie v České republice poměrně mladým oborem, který se stále vyvíjí, lze ji považovat za velmi efektivní druh terapie, díky které se klienti nejen učí novým dovednostem, ale také u nich dochází ke zlepšení zdravotního a psychického stavu.

Výzkumná část práce se snažila zanalyzovat průběh, cíle a vlivy muzikoterapie ve školním prostředí, konkrétně v zařízení Základní škola a Střední škola CREDO, o.p.s. v Olomouci. Tato část byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, jenž nejlépe odpovídal cíli práce. Po analýze získaných dat se v závěrečném vyhodnocení podařilo dokázat, že muzikoterapie je velmi vhodnou terapií pro děti s mentálním postižením různého stupně a působí pozitivně na rozvoj hned několika oblastí, především na rozvoj oblasti komunikační. Jako nejefektivnější se při práci s klienty ukázaly improvizační metody muzikoterapie. Mnoho dětí při improvizovaném hraní reaguje spontánně a se zájmem o hudbu – včetně dětí, se kterými je za jiných okolností obtížné navázat kontakt. Skutečnost, že muzikoterapie může vytvářet kontakt mezi terapeutem a klientem bez použití verbální komunikace, z ní vytváří vhodnou formu terapie, přínosnou právě pro mentálně postižené děti, které s verbální komunikací mívají často problémy. To se ostatně potvrdilo také ve studii Tonyho Wigramu.

Jako univerzální dorozumívací prostředek nachází hudba účelné uplatnění též při terapii s autistickými klienty. U této skupiny se naopak nejlépe odsvědčily strukturované muzikoterapeutické metody, které svou neměnností vyvolávají pocit bezpečí, učí klienty dodržovat daná pravidla, vcítovat se do určitých rolí, posilovat paměť a sebedisciplínu. Jennifer Whipple ve své metaanalýze navíc u těchto dětí prokázala pozitivní vliv hudebních

intervencí, působící příznivě na rozvoj komunikace, sociálního chování a kognitivních schopností. Daniel A. Rossignol pak došel ke zjištění, že z hlediska nebiologické léčby autistických osob, je muzikoterapie nejúčinnější možnou terapií.

Co se týče hudební interpretace, je živě hraná hudba rozhodně efektivnější než hudba reprodukováná. K tomuto tvrzení došla Jennifer K. DeBedout a Mellisa C. Worden. Ve svém výzkumu prokázaly, že muzikoterapeut, který zpívá či hraje na hudební nástroj, je z hlediska vyvolání pohybových reakcí více efektivnější než použití nahrané hudby. Dle mého zjištění, se z hudebních nástrojů v aktivní muzikoterapii nejlépe osvědčily africké djembe bubny, skrze které mohli klienti přirozeně vyjádřit své emoce a uvolnit při bubnování svalové napětí. Dokonce i u dětí s velmi těžkým stupněm postižení bylo docíleno pohybové a hudební reakce. Naopak pro zklidnění klientů se nejlépe osvědčil tibetský gong a tibetské mísy, které svými čistými alikvótními tóny a harmonizujícími účinky dokázaly všechny klienty uvést do hluboké relaxace, při níž docházelo ke změnám dýchání a k celkovému uvolnění těla. Při výběru a použití hudebních nástrojů je však potřeba zohlednit momentální zdravotní a psychický stav klienta a neustále se přizpůsobovat jeho potřebám. Proto nelze považovat toto tvrzení za všeobecně platné.

Nutno podotknout, že muzikoterapie v ZŠ a SŠ CREDO vychází z postupů a metod českých muzikoterapeutů. Proto věřím, že tato práce alespoň malým dílem přispěje k rozvoji muzikoterapie v České republice a poslouží dalším čtenářům, kteří se chtějí zorientovat v současném stavu muzikoterapie u nás.

SHRNUTÍ

Tato bakalářská práce prezentuje výzkum muzikoterapeutické praxe v Základní škole a Střední škole CREDO o. p. s., kde muzikoterapii provozuje Lucie Čapková. K tomuto výzkumu byly využity tyto metody kvalitativního výzkumu: otevřené zúčastněné pozorování, psaní deníku, polostrukturovaný rozhovor, nestrukturovaný rozhovor a analýza získaných dat. Výzkumné šetření se zaměřuje především na využití hudby při práci s mentálně postiženými dětmi, charakteristiku muzikoterapeuta, klientů, a především vlastních muzikoterapeutických setkání. Vyhodnocuje, v jaké podobě a formě muzikoterapie probíhá a jakým způsobem hudba ovlivňuje chování dětí s mentálním postižením. S tímto souvisí teoretická část v prvním oddílu práce. Ta se soustředí na vymezení muzikoterapie a její definice, popisuje muzikoterapeutický proces, využití hudebních vyjadřovacích prostředků a terapeutického působení hudby, psychologii mentálně postižených dětí a problematiku muzikoterapie u této skupiny osob.

SUMMARY

This bachelor thesis presents research on music therapy practise in Elementary school and High school CREDO, where music therapy is practiced by Lucie Čapková. This reasearch uses following qualitative methods: participant observation, note taking, semi-structured interview, unstructured interview and data analysis. The survey fosuses on the use of music in the work with mentally retarded children, reflects characteristics of music therapist, clients, and especially my own music therapy meetings. The work describes what form and shape music therapy takes and how music affects the behavior of children with mental disabilities. The theoretical part in the first section of the work is related to this. It also focuses on the definition of music therapy, describes the music therapy process, the use of elements of music and their therapeutic effects, psychology of mentally retarded children and the issue of using music therapy for their benefit.

ZUSAMMENFASSUNG

Diese Bachelorarbeit präsentiert Ergebnisse der Erforschung der musiktherapeutischen Praxis an der Grund- und Mittelschule CREDO, wo die Musiktherapie Frau Lucie Čapková realisiert. Für die Forschung wurden die Methoden der quantitativen Untersuchung angewendet: offene direkte Beobachtung, Tagebuch, halbstrukturiertes Gespräch, nicht-strukturiertes Gespräch und die Analyse der erworbenen Angaben. Die Untersuchung konzentriert sich vorrangig auf die Anwendung der Musik während der Behandlung der geistesbehinderten Kinder, die Charakteristik des Musiktherapeuten und der Klienten und vor allem auf eigene Musiktherapeutische Sitzungen. Es werden hier die Form des Musiktherapieverlaufes und der Einfluss der Musik auf das Verhalten der geistesbehinderten Kinder bewertet. Damit hängt der erste theoretische Teil der Arbeit zusammen. Dieser Teil befasst sich mit der Begriffserklärung und der Definition der Musiktherapie, beschreibt den musiktherapeutischen Prozess, die Ausnutzung der musikalischen Darstellungsmittel und die therapeutische Wirkung der Musik, gleichzeitig werden die Psychologie der geistesbehinderten Kinder und die Problematik der Musiktherapie bei dieser Zielgruppe beschrieben.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALVIN, Juliette. *Music therapy for the autistic child*. New York: Oxford University Press, 1978. ISBN 0193174146.

BRAGDON, Allen D., David GAMON. *Když mozek pracuje jinak*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-066-6.

BRUSCIA, Kenneth E. *Defining music therapy*. Second edition. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

BRUSCIA, Kenneth E., Frank MCSHANE a Jack BURNETT. *Defining music therapy*. Third edition. University Park, Illinois: Barcelona Publishers, 2014. ISBN 9781937440589.

DEBEDOUT, Jennifer, K., Melissa C. WORDEN. Motivators for children with severe intellectual disabilities in the self-contained classroom: A movement analysis. *Journal of Music Therapy*. 2006. vol. 42, no. 2.

FAJTOVÁ, Jitka. *Orffovy nástroje v kontextu současné hudební výchovy dítěte předškolního věku*. Praha, 2011. Diplomová práce. Karlova Univerzita v Praze, Pedagogická fakulta, Katedra hudební výchovy, 2012-01-11.

FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 3 doplněné vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.

FRANĚK, Marek. *Hudební psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0965-7.

GOLD, CH., WIGRAM, T., ELEFANT, C. 2006. Music Therapy for Autistic Spectrum Disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 2. ISSN 1469-493X.

GOLDMAN, Jonathan. *Healing Sounds*. Rochester, Vermont: Healing Arts Press, 2002. ISBN 089281993-6.

HÁJKOVÁ, Vanda, Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělání: teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KANTOR, Jiří. *Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením: výzkumy, teorie a jejich využití v edukaci a terapiích*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4358-4.

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.

KRUŽÍKOVÁ, Lenka. *Kontaktní písně v muzikoterapii*. Olomouc, 2013. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra hudební výchovy, 2014-02-24.

KULKA, Jiří. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2329-7.

LESIUK, Teresa. Music perception ability of children with executive function deficits. *Psychology of Music*. 2015, vol. 43(4).

LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-7178-264-5.

LUCKASSON, Ruth., et al. *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support. 10th edition*. Washington: AAMR. 2002

MÁTEJOVÁ, Zlatica, Silvester MAŠURA. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogice*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1992. ISBN 80-08-00315-4.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

PALS, Lea. *The Human Being as Music*. Stourbridge: The Robinswood Press, 1992. ISBN 1-869981-46-4.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-65-6.

POKORNÁ, Pravdomila. *Úvod do muzikoterapie: pro speciální pedagogiku – obor vychovatelství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982.

- POLEDŇÁK, Ivan a Jiří FUKAČ. *Úvod do studia hudební vědy*. 3. (nezměn. 2.) vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1257-8.
- ROSSIGNOL, D. A. Novel and emerging treatments for autism spectrum disorders: A systematic review. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2009. vol. 21, no. 4.
- ŘÍHOVÁ, Jaroslava. *Vliv hudby na člověka*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra hudební výchovy. 2011-06-07.
- SACKS, Oliver. *Musicophilia: příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2009. ISBN 978-80-86862-92-7.
- SETTAGI, Olga. Jan Amos Komenský a hudební výchova. *Časopis pro pedagogické vědy*, 1991, roč. 41, č. 5-6.
- ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-557-1.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, Milan a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Psychopedie – didaktika mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1992. ISBN 80-7067-211-0.
- VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024738291.
- VÍTKOVÁ, Marie, Jarmila PIPEKOVÁ, ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. Vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- WHIPPLE, Jennifer. Music in intervention for children and adolescents with autism: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*. 2004. vol. 41, no. 2.
- WIGRAM, Tony. *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research, and training*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002. ISBN 978-1843100836.
- ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Psychodynamické aspekty muzikoterapie: hudobnopedagogické a hudobnoterapeutické súvislosti*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2012. Editio Musica Therapeutica. ISBN 978-80-8082-492-1.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Autismus. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia foundation, 8. 4.2017 11:3ř [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Autismus>

BALKOVÁ, Věra. Meditační etnické nástroje – léčení zvukem. *Psychologie chaosu*. [online]. 2017. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <https://www.psychologiechaosu.cz/meditace/meditacni-etnicke-nastroje-leceni-zvukem/>

Harmonie. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia foundation, 6. 12.2016 08:39 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Harmonie>.

HOLZER, Lubomír. *Úvod do celostní muzikoterapie*. [online]. 2011. [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: http://muzikoterapie.net/wpcontent/uploads/2015/05/Celostni_muzikoterapie_Holzer_L_popis_metody.pdf

KANTOR, Jiří. *Muzikoterapie – popis některých muzikoterapeutických technik*. [online]. 2007 [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

Léčivé nástroje. *Hudební nástroje v muzikoterapii*. [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.lecive-nastroje.cz/cz/muzikoterapie.html>

LIPSKÝ, Matěj. *Muzikoterapie a psychoterapie*. [online]. [cit. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/lipsky-m-2009-muzikoterapie-a-psychoterapie>

SELVET, Václav. Carl Orff. *Česká Orffova společnost*. [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.orff.cz/cs/CarlOrff>

ŠRAMLOVÁ, Lenka. *Alikvótní zpěv a některé jeho léčebné účinky*. 2007. [online]. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/sramlova-l-2007-alikvotni-zpev-a-nektere-jeho-lecebne-ucinky>

VLACHOVÁ, Zuzana. *Muzikoterapie: situace výzkumu u jedinců s autismem*. [online]. 2017. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: http://www.academia.edu/26067305/MUZIKOTERAPIE_SITUACE_V%3%9DZKUMU_U67305/MUZIKOTERAPIE_SITUACE_V%3%9DYZKUMU_UJEDINC%3%9D_S_AUTISMEM

ŠVP pro obor vzdělání ZŠ speciální č.j. ZŠ a SŠ speciální. [online]. 2010. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.credoskola.cz/file.php?nid=8551&oid=4095627>
<https://aaid.org/>

<http://www.cestapropojeni.cz/>

<http://www.czmta.cz/profese-muzikoterapeut>

<http://www.credoskola.cz/>

<http://www.dajanapraha.cz/zvonkohry-koshi>

<http://www.musictherapy.org/>

<http://www.muzikoveru.cz/>

<http://zdravi.doktorka.cz/moderni-lecba-spasticity/>

PŘÍLOHY

Otázky polostrukturovaného rozhovoru

1. Jak dlouho již provozujete muzikoterapii v ZŠ a SŠ CREDO?
2. S kolika skupinami zde pracujete?
3. Přicházejí do skupin noví klienti?
4. Které hudební nástroje využíváte při muzikoterapii? Proč vybíráte zrovna tyto?
5. Které hudební nástroje mají klienti v oblibě a jak na ně reagují?
6. Inspirujete se některými muzikoterapeutickými modely, ze kterých vycházíte?
7. Zastává hudba ve Vaší práci hlavní funkci anebo slouží spíše jako doplňková činnost?
8. Zadáváte si u jednotlivých klientů terapeutické cíle? Poznáte, že jste jich dosáhla?
9. Plánujete si muzikoterapeutické setkání a jeho průběh?
10. Vedete si dokumentaci ze setkání s klienty? Zaznamenala jste některé hudební prvky, na které klienti působí pozitivně/negativně?
11. Které muzikoterapeutické hry se Vám při práci s klienty nejvíce osvědčily?
12. Jaká nálada panuje ve skupině při muzikoterapii?
13. Změnilo se při muzikoterapii chování klientů od doby, kdy jste s nimi začala pracovat?
Pokud ano, jakým způsobem?

Hudební nástroje využívané při muzikoterapii



Obr. 1: africké bubny djembe



Obr. 2: dešťová hůl



Obr. 3: harmonizační zvonkohra



Obr. 4: tibetské mísy



Obr. 5: koshi zvonky



Obr. 6: tibetský gong



Obr. 7: fujara



Obr. 8: orffův instrumentár



Obr. 9: didgeridoo



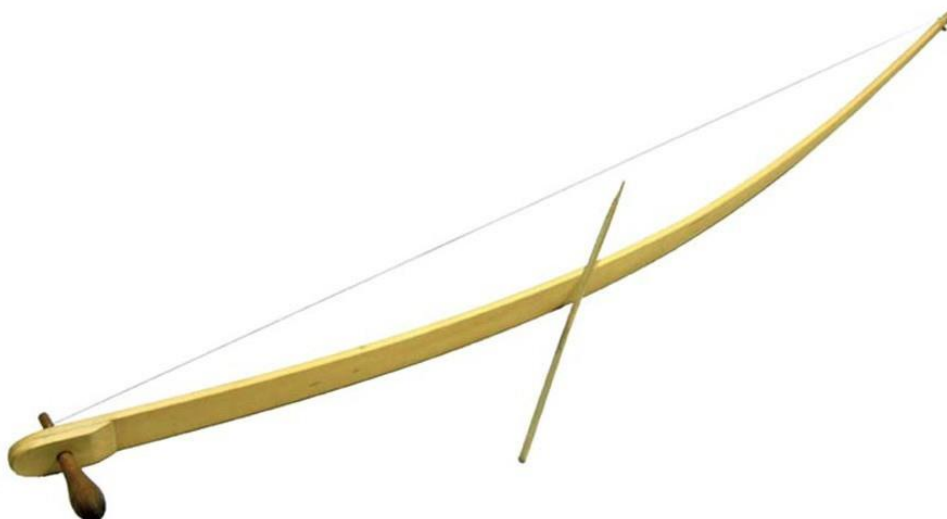
Obr. 10: hapi drum



Obr. 11: šamanský buben



Obr. 12: ocean drum



Obr. 13: ústní harfa (hudební luk)

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Martina Labudová

Katedra: Katedra muzikologie

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Martina Stratilková, Ph.D.

Rok obhajoby: 2017

Název práce: Muzikoterapie u mentálně postižených dětí

Název práce v angličtině: Music Therapy for Children with Mental Retardation

Rozsah práce: 80 stran

Počet příloh: 2

Jazyk práce: český jazyk

Práce se zabývá možnostmi využití muzikoterapie u dětí s mentálním postižením v Základní škole a Střední škole CREDO. Hlavním cílem práce je představit průběh muzikoterapeutických setkání a vyhodnotit, jaký vliv má hudební terapie na chování klientů. Teoretická část práce se soustředí na systematizaci muzikoterapie, využití hudebních výrazových prostředků, včetně jejich terapeutických vlivů a na problematiku muzikoterapie u mentálně postižených dětí.

Klíčová slova: muzikoterapie, hudba, děti s mentálním postižením, klient, muzikoterapeut, skupina, hudební nástroj

The thesis deals with the possibilities of using music therapy to treat children with mental disabilities in elementary school and high school CREDO. The purpose of this thesis is to describe the process of music therapy meetings and to evaluate the influence of music therapy on the behavior of clients. The theoretical part focuses on the systematization of music therapy, the use of elements of music, including their therapeutic effects, and on the issue of music therapy with mentally disabled children.

Keywords: music therapy, music, children with mental retardation, client, music therapist, group, musical instrument