

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Renáta Miková

Muzikoterapie jako součást výuky žáků s mentálním postižením
na vybrané škole

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a použila jsem pouze bibliografické a elektronické zdroje uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....

Renáta Miková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za odborné vedení, poskytnutí cenných rad a vstřícného přístupu při zpracování mé diplomové práce. Velký dík patří rovněž paní ředitelce školy, na které byla tato diplomová práce realizována, za její ochotu, trpělivost, poskytnutí dokumentací žáků, svých rad a předání veškerých informací jak teoretických tak praktických z pohledu muzikoterapeutky. Děkuji paní třídní učitelce zainteresované do výzkumného šetření a poskytnutí doplňujících informací.

Obsah

Úvod.....	6
1 Mentální postižení.....	9
1.1 Vymezení základních pojmů.....	9
1.2 Klasifikace mentálního postižení.....	13
1.3 Etiologie mentálního postižení.....	19
1.4 Psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením.....	20
2 Edukace žáků s mentálním postižením.....	28
2.1 Legislativní ukotvení edukace žáků s mentálním postižením.....	28
2.2 Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS)	30
2.2.1 Zařazení Hudební výchovy do oblasti RVP ZŠS	32
2.3 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV).....	34
2.3.1 Zařazení Hudební výchovy do oblasti RVP ZV	35
3 Muzikoterapie jako jedna z terapeutických přístupů využitelných v péči žáků s mentálním postižením	38
3.1 Jak hudba působí na naše tělo	38
3.2 Vymezení základních pojmů muzikoterapie.....	40
3.3 Cíl muzikoterapie.....	43
3.4 Metody a formy muzikoterapie.....	44
3.4.1 Metoda Lubomíra Holzera – celostní muzikoterapie	47

3.5	Prvky muzikoterapie	50
3.6	Vliv muzikoterapie na klienty s mentálním postižením.....	52
4	Vliv muzikoterapie v edukačním procesu u žáků s mentálním postižením na základní škole a základní škole speciální	53
4.1	Cíle a metody práce použité ve výzkumné části	53
4.2	Charakteristika zařízení a sledovaného výzkumného vzorku	55
4.3	Kazuistiky	57
4.4	Hodiny muzikoterapie	68
4.5	Posouzení vlivu muzikoterapeutického působení na vybrané jedince	84
5	Diskuze.....	93
6	Doporučení pro praxi	95
	Závěr.....	96

Úvod

„Kdo chce pochopit hudbu, nepotřebuje ani tak sluch, jako srdce.“

(Jiří Mahen)

Hudba je v dnešní době neoddelitelnou součástí lidského života. Dnes se s ní člověk může setkat téměř kdekoliv. V dopravních prostředcích je zprostředkována lidem prostřednictvím rádia, dnešní moderní techniky jako jsou MP3 či mobilní telefony a mnoho různých prostředků pro sdílení hudby jsou neopomenutelnou součástí mladé generace, avšak hudba zasahuje do lidského bytí už od nepaměti. Zvuky, které naše ucho zaznamenává, mohou být však každým člověkem zpracovány individuálně. Co jedné bytosti připadá nádherné a uklidňující, v jiném člověku může vyvolat negativní reakce. Právě s hudbou si člověk může spojit důležité okamžiky jeho života, nicméně aby se hudba stala léčebnou, musí být správně užívána. Ne každá hudba dokáže člověka dostat do správného naladění a dokáže lidské tělo uzdravovat. Závisí na tom, jak je hudba vnímána, a jak se člověk dokáže spojit s okolím a především otevřít se sám sobě. Rovněž závisí i na tom, jaké nástroje jsou využívány k vzniku vibrační linoucí se vzduchem a vytvářející ten správný léčebný zvuk. Hudba svým působením ovlivňuje nejen psychickou stránku člověka, rovněž i tu fyzickou. Právě hudební nástroje starověkých národů patří pro lidské tělo mezi ty nejlepší, neboť jsou přirozeně laděny.

U osob s mentálním postižením, tím že se vyznačují určitými specifiky, se již dlouhou dobu užívají různé druhy terapií. Právě muzikoterapie by měla být nedílnou součástí jejich života, jelikož její působení se podílí na zlepšení paměti, ovlivňuje také řeč, zasahuje v oblasti seberealizace a přispívá k tvorbě větší samostatnosti. Hudební výchova u dětí s mentálním postižením je poměrně složitá, především nastavení v rámci edukace a díky muzikoterapii právě tyto jedinci mají možnost zažít větší úspěch.

Hlavním cílem, jež byl stanoven pro uskutečnění této diplomové práce, je zjištění vlivu muzikoterapie na žáky s mentálním postižením. Zda má vůbec muzikoterapie vliv na jedince s mentálním postižením a o jaký vliv se jedná. Dílčími cíli bude poté zjištění, zda muzikoterapeutické působení ovlivňuje i motoriku dětí a jakým způsobem, jak ovlivňuje muzikoterapie emoce jedinců, zasahuje-li i do oblasti řeči a zda je chování žáků před a po

hodině muzikoterapie rozdílné. Naplnění všech cílů diplomové práce bude uskutečněno pomocí tří metod, kterými jsou pozorování, kazuistiky vybraných jedinců a rozhovoru s muzikoterapeutkou a třídní učitelkou.

Celá diplomová práce bude koncipována na dvě části, a to část teoretickou a část praktickou. Teoretická část bude složena ze čtyř podkapitol vymezujících pojem mentální postižení a další spojitosti s tímto termínem. Kapitola se bude věnovat popisu daného pojmu, vymezení a definici pojmu mentální postižení. Dále rozpracovává i klasifikační systémy této problematiky, které alespoň do určité míry znázorňují typické společné projevy daných osob, a to i přesto, že každý člověk je individuální bytostí. Další podkapitola bude zaměřena na příčiny vzniku mentálního postižení, které mohou být zapříčiněny nejen vlivy vnějšími, ale i vlivy vnitřními či nějakými změnami a problémy v době prenatálního, perinatálního či postnatálního vývoje jedince. Specifika psychických zvláštností osob s mentálním postižením budou níže taktéž popsány. I přes rozdílnost osob mají lidé s mentálním postižením v oblasti paměti, pozornosti, smyslové percepce, myšlení, v oblasti i fatických funkcí či volných vlastností určité obdobné potíže.

Druhá kapitola bude koncipována s přesahem do edukace jedinců s mentálním postižením, kde budou rozebrány jednotlivé rámcové vzdělávací programy, dle kterých se jedinci vzdělávají v dané instituci. Hlavní myšlenkou této kapitoly bude představení jednotlivé vzdělávací oblasti korespondující s muzikoterapií. Práce rozebere obor hudební výchovy v rámci rámcového vzdělávacího programu jakožto hlavní dominantu diplomové práce.

Poslední kapitola se bude zaměřovat na muzikoterapii jako takovou. Bude se věnovat popisu pojmu muzikoterapie, který zde bude vysvětlen. Nebude zde chybět ani zmíněná cílová skupina, u které může být muzikoterapie využívána či cíl, který by měl být v průběhu muzikoterapie naplněn. Jelikož se jedná o terapii, bude nutné v práci popsat i jednotlivé metody a formy užití muzikoterapie a představit celostní přístup metodou Lubomíra Holzera, neboť se právě tento přístup na škole, kde bude diplomová práce realizována, využívá.

Při zpracování praktické části diplomové práce bude užita forma kvalitativního výzkumu. Ten bude realizován pomocí tří metod, a to nestrukturovaného zúčastněného pozorování, díky kterému zde budou popsány jednotlivé hodiny muzikoterapeutického působení společně se zachycením chování jedinců záměrně vybraných. Nástroje užívané

v hodinách muzikoterapie budou rovněž v diplomové práci představeny a v přílohách budou uloženy fotografie daných nástrojů. Součástí výzkumné části práce bude také studium osobní dokumentace žáků, na základě kterého budou níže popsány čtyři kazuistiky, které budou přibližovat osobnost každého dítěte. Kazuistiky se budou týkat dětí s nařízenou ústavní výchovou. Rozhovor, jenž bude poslední užitou metodou v této práci, se stane pouze doplňkem k potvrzení či vyvrácení pravdivosti výzkumného šetření, případně k doplnění informací, které nemohly být zcela zachyceny autorkou diplomové práce. Výsledky výzkumného šetření by mohly být přínosné nejen budoucím pedagogům speciální pedagogiky, jež mají blízko k hudbě, ale také všem osobám, které se s muzikoterapií doposud neseťkaly.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální postižení

První kapitola má za cíl podat základní informace o již zmíněném termínu mentálního postižení. Bude zaměřena na vymezení základních pojmů vztahující se k této problematice, příčinám vzniku mentálního postižení a její klasifikaci.

1.1 Vymezení základních pojmů

Pojem mentální postižení v dnešní době mezi intaktní¹ populací není nic neobvyklého, avšak v minulosti tomu bylo zcela jinak. Užívaly se jiné termíny, nebo se o lidech s tímto handicapem nesmělo vůbec mluvit. Právě již zmíněný pojem procházel řadou změn, a to především z důsledku užívání tohoto pojmu, v pozdějších letech, jako hanlivé nadávky. Mnoho názvů, jako je například debil, imbecil, idiot, kretén se tedy staly časem pejorativními, a proto bylo nutné, aby v rámci psychopedie vznikaly neustále nové termíny (Emerson, 2008; Valenta, Müller, 2013; Černá a kol., 2015; Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018).

Psychopedie je speciálněpedagogická vědní disciplína, která se zabývá vzděláváním osob s mentálním postižením, začleněním jedinců do společnosti a snaží se, aby člověk s postižením dosáhl určité míry společenského postavení a maximálního stupně jeho rozvoje. Poskytování podpory a služeb také patří do oblasti jejich zájmu (Bazalová, 2010). Psychopedie má interdisciplinární charakter a její postavení zaujímá průnik čtyř základních oborů, a to pedagogiky, psychologie, sociologie a také medicíny. K etopedii, která je považována za součást speciální pedagogiky, má velmi těsný vztah, neboť se v šedesátých letech 20. století vyčlenila jako samostatná vědní disciplína. Právě s tímto vědním oborem má psychopedie společnou klientelu, a to osoby s mentální retardací, k níž se velmi často přidružují poruchy chování (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Valenta, Müller, 2013). To nám dokládá i **Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních**

¹ Termín intaktní znamená člověk bez postižení.

problémů (dále v textu MKN-10, mezinárodní označení ICD), kde přidružené poruchy chování jsou zahrnuty pod dodatkové kódy:

- .0 – žádná nebo minimální porucha chování,
- .1 – významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu,
- .8 – jiné poruchy chování,
- .9 – bez zmínky o poruchách chování (MKN-10, 2018).

V odborné literatuře jsou termíny **mentální postižení a mentální retardace** považovány jako synonymní slova, na co poukazuje mimo jiné i Švarcová (2000). Ta definuje mentální postižení nebo mentální retardaci jako zaostávání rozumových schopností vzniklé v důsledku organického poškození mozku. Pro účely této diplomové práce budou oba pojmy chápány rovněž jako synonyma. I zdravotnická oblast se přiklání ke stejnému chápání daného pojmu, avšak někteří autoři mezi touto terminologií uvádí rozdíly. Mentální postižení bylo ve školách chápáno jako nadřazený pojem mentální retardaci, neboť do tohoto pásma byli řazeni i žáci, kteří vykazovali problémy ve škole z důvodu nižšího kognitivního výkonu, nikoliv mentální retardace. Dříve tito žáci byli řazeni do tzv. **hraničního pásma mentální retardace** (IQ pod 85). Jak uvádí Valenta, Michalík, Lečbych a kol. (2018), terminologie se neustále vyvíjí a změny se objevují i v pojmu hraničního pásma. Díky mezinárodním klasifikacím DSM-V a verzi MKN-11, která je již vydaná, se pojem hraniční pásmo mentální retardace změnilo na termín **oslabení kognitivního výkonu**² (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Nejen již zmíněné inteligenční pásmo mělo v minulosti různé názvy, ale i pojem mentální retardace není původní, jak již bylo zmíněno výše. Z důvodu nejednotnosti tohoto termínu a potřeby sjednotit terminologii daného stavu se na Milánském kongresu WHO (Světová zdravotnická organizace) roku 1959 ustanovil zastřešující termín **mentální retardace**. Světová zdravotnická organizace vydává publikaci, která určuje systém klasifikace lidských onemocnění včetně duševních poruch. Desátá decenální revize této publikace je pod názvem, již výše zmíněným **MKN-10**, účinná od roku 1993 a v České republice o rok

² Pojem oslabení kognitivního výkonu je spojováno s jedincem, který se ještě nevyskytuje v úrovni mentální retardace, ale objevuje se u něj snížení výkonnosti, kvůli které dochází k znevýhodňování v oblasti edukace (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

později, tedy v roce 1994. Mentální retardace v MKN-10 je zařazena do V. kapitoly (F00-F99) zvané **Poruchy duševní a poruchy chování** a zaujímá oddíl s kódovým označením písmene **F** (F70-F79). Tato klasifikace však není jediného druhu. Pod záštitu Americké psychiatrické asociace spadá další klasifikační systém, a to **Diagnostický a statistický manuál duševních poruch** (dále v textu jen DSM-V), který je podrobnější než MKN-10. Americká asociace již roku 1844 vydala svou první publikaci. Ta je považována za předchůdce DSM. Účelem této publikace je nejen diagnostika duševních poruch, ale zahrnuje i léčbu a její plánování. Možnosti využití této publikace ve školním prostředí či v oblasti poradenské psychologie je možné, ale pouze v případě, že bude sloužit pouze jako podklad při rozhodování ohledně psychologického vyšetření (popřípadě vyšetření u psychiatra). Další využití připadá v úvahu pouze tehdy, pokud projevy dítěte nejsou natolik závažné, že by se řadily pod dané kritérium duševního onemocnění. Nesmí se také opomenout znalost psychopatologie, jak už obecné, tak speciální a znalosti diagnostiky diferenciální společně s tělesným onemocněním (DSM-V).

Na rozdíl od MKN-10, kde je mentální retardace zařazena do oddílu poruchy duševní a poruchy chování, v DSM-V se mluví o tzv. vývojové poruše intelektu. Tento termín je rovnocenný termínu vývojová porucha intelektu, jenž má být zařazena v následující revizi MKN-11. Termín porucha intelektu však není nově zavedený pojem vztahující k revizi MKN-11, která je již vydaná, avšak její účinnost pro všechny členské státy WHO nabyde ke dni 1. ledna 2022. Běžně se výše zmíněný pojem používá v odborných časopisech, v sektoru zdravotnickém, ale také je využíván veřejností. Dalším rozdílem mezi jednotlivými klasifikačními systémy je názvosloví stupně mentálního postižení. Klasifikace MKN-10 disponuje pojmy lehká mentální retardace, střední mentální retardace, těžká a hluboká mentální retardace na rozdíl od Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, jenž uvádí ve středním stupni postižení navíc pojem „těžký“. Rozdílu si lze také povšimnout v oblasti stupňů závažnosti. Zatímco MKN-10 využívá skóry IQ, DSM-V se zaměřuje na adaptivní funkce, díky kterým lze určit, jakou míru podpory jedinec potřebuje.

Další změnou týkající se nejen osob s mentálním postižením, ale všech osob se specifickými potřebami, bylo, aby jedinec začal být chápan jako lidská bytost. Proto, jak uvádí i Švarcová (2000), je vhodné používat pro dané osoby označení **člověk s mentálním postižením**, nikoliv **mentálně postižený** (mentálně retardovaný) **člověk**, tak jako tomu bylo dříve. V dnešní době se klade důraz na osobnost jedince a díky tomu je retardace chápána

pouze jako jeden z rysů osobnosti. Čili na prvním místě jsou tito jedinci osobnostmi a až na místě druhém postiženými. Tento aspekt se objevuje už roku 1967 na prvním kongresu Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, který se konal v Montpellieru (Valenta, Müller, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Pojem **mentální retardace** je v dnešní době nejednoznačný kvůli velkému počtu definic, které jej vymezují. Většina z nich však mají společné zaměření na jedince, u kterého se projevuje celkové snížení intelektových schopností a schopností přizpůsobit se okolnímu prostředí (Valenta, Müller, 2013). Jacobson a kol. (2007) zmiňuje, že se na vzniku mentální retardace podílí heterogenní komplex poruch, které vedou k omezení kognitivních funkcí. Tento stav zasahuje do psychických funkcí a narušuje jednotlivé složky osobnosti, a to jak duševní, tělesnou, tak i složku sociální. Nejvíce je narušena schopnost poznávací, která je trvalá a projevuje se především v procesu učení (Bazalová, 2010).

Mentální retardace označuje opoždění rozumového vývoje a tento pojem vznikl složením dvou slov latinského původu. Jedná se o slovo *mens*, 2. pád *mentis*, které vyjadřuje slovo mysl či rozum. Pojem retardace, lat. *retardatio*, vyjadřuje slovo zdržet, zaostávat, opožďovat (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

V publikaci Psychopedie od Valenty a Müllera (2013) je mentální retardace považována za vývojovou duševní poruchu, při níž se snížení intelektových schopností projevuje v oblasti kognitivní, řečové, pohybové a také sociální (Valenta, Müller, 2013).

Mentální retardace dle Vágnerové je označení pro postižení, jež je vrozené a projevuje se v oblasti rozumových schopností. Vyznačuje se neschopností porozumět svému okolí a v určité míře, která je od jedince vyžadována, se okolnímu prostředí přizpůsobit. Jedinec tudíž není schopen dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), i když byl výchovně stimulován přijatelným způsobem (Vágnerová, 2008).

Jedinci s mentálním postižením, tak jako jedinci intaktní, jsou velmi různorodou skupinou, a proto nelze jednoznačně zobecnit projevy mentálního postižení. Žádného člověka nemůžeme srovnávat s ostatními lidmi, každý se vyznačuje svými povahovými rysy, má jiné vlastnosti, vyniká v jiných dovednostech, proto můžeme říct, že se jedná o skupinu osob, která je rozličná a každý jedinec se vyznačuje jako zcela jedinečná osobnost. Tito jedinci se projevují určitými zvláštnostmi psychických procesů především v oblasti vnímání, paměti,

myšlení, pozornosti, dále také ale specifiky po stránce emocionální, zasahuje do volných projevů, chování i motoriky (Černá a kol., 2015).

V dnešní době se dostává do popředí pojem mentální postižení před používáním pojmu mentální retardace. Na tuto situaci poukazuje Americká asociace mentálního a vývojového postižení (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD), dříve Americká asociace mentální retardace (AAMR), která ustanovuje nový termín **intellectual disability** namísto pojmu **mental retardation** (Valenta, Müller, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018). Také uvádí, že k poruše inteligence došlo do 18. roku života dítěte³, na rozdíl od definic mentální retardace dle Světové zdravotnické organizace a její publikace MKN-10. Zde se o mentální retardaci jedná v takovém případě, jestliže k danému stavu došlo do druhého roku dítěte. Pokud se porucha vyskytla po druhém roce života dítěte, poté se již jedná o sekundární postižení – demenci, u níž se však na rozdíl od mentální retardace vyskytuje progredující charakter. Někteří autoři u demence dětského věku vyzdvihují pojem deteriorace, jelikož demence u dětí a u dospělých se liší jak místem postižených funkcí, tak i jejím průběhem (Valenta, Müller, 2013).

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Jelikož, jak bylo zmíněno výše, je každý člověk individuální bytostí, bylo nutné zavést klasifikační systémy, neboť nelze jednoznačně každého jedince diagnostikovat či mu přisoudit diagnózu podle jednoho klasifikačního systému. Mentální postižení lze kategorizovat z několika hledisek.

Ve většině publikací se setkáme s klasifikací podle různých kritérií. Nejvíce užívanou klasifikací je určování stupně mentální retardace podle hodnoty inteligenčního kvocientu. Jedná se o **klasifikaci podle stupně mentální retardace**, kterou udává MKN-10. Výpočet inteligenčního kvocientu (IQ) je dán vztahem mezi mentálním věkem dítěte a jeho chronologickým věkem vynásobeným koeficientem 100. Tento kvocient navrhl roku 1912

³ Dále je možné se s touto problematikou setkat v publikaci Handbook of intellectual and developmental disabilities od Jacobsona (2007). Nechybí zde ani definice MR, kterou uvádí AAIDD.

William Stern (Pipeková, 2006). Jak uvádí i Foreman (2009), první inteligenční test či škála, měřící inteligenci, byla vytvořena francouzským psychologem Alfredem Binetem a jeho spolupracovníkem Theodorem Simonem. Tato škála poté byla rozpracována Lewisem Termanem, jenž následně začlenil již výše zmíněný kvocient IQ. Na základě klasifikace MKN-10 je mentální retardace rozdělena do šesti základních skupin:

Kód	Slovní označení	IQ
F 70	Lehká mentální retardace	50 – 69
F 71	Střední mentální retardace	35 – 49
F 72	Těžká mentální retardace	20 – 34
F 73	Hluboká mentální retardace	nejvýše 20
F 78	Jiná mentální retardace	-
F 79	Neurčená mentální retardace	-

Tab. 1: Klasifikace podle MKN-10 (MKN-10, 2018).

F 70 – Lehká mentální retardace

I přesto, že je diplomová práce dle svého názvu zaměřena na jedince vzdělávající se na základní škole speciální, tedy měla by být orientována pouze na osoby se středním postižením, těžkým postižením či poruchami autistického spektra a rovněž na děti s přidruženými kombinovanými vadami, je nutno se o této kategorii zmínit, jelikož škola, na které je realizována praktická část této práce, je komplexem více zařízení, tudíž se zde vzdělávají i žáci s lehkým stupněm postižení. Lidé s nejnižším stupněm mentálního postižení tvoří většinu všech osob tohoto onemocnění, neboť se jedná o snížení inteligenčního kvocientu do rozmezí 50-69. Jak uvádí i Kozáková (2005), daný kvocient odpovídá u dospělých jedinců mentálnímu věku mezi devátým až dvanáctým rokem. Na vznik tohoto

stupně mentálního postižení má vliv dědičnost. Ta však není jediným nepříznivým vlivem. Může to být způsobeno jak sociokulturní deprivací, také fyzickým strádáním, či nedostatečnou stimulací. Lehký stupeň mentální retardace se vyznačuje nejvíce v oblasti opoždění vývoje řeči a rovněž v situaci řešení určitých problémů, avšak opoždění nebývá zcela nápadné ihned, jak je tomu u těžších forem postižení. K diagnostikování dochází až v období předškolním, v případě s nástupem do základního vzdělávání, kde často dítě začne selhávat. Mohou mít problém v oblasti čtení, psaní i abstraktního myšlení. Disproporce se vyskytují v oblasti paměti, která je slabší než u intaktní populace, také ale v oblasti řeči je možno zaznamenat opoždění. Projevuje se především malou slovní zásobou a obsah výpovědi je chudý. Tito jedinci jsou méně zvědaví, což ovlivňuje právě vývoj řeči a na základě tohoto aspektu se mohou vyskytovat vady řeči. Vyznačují se i stereotypními postupy, které využívají při hře. Obtíže se objevují rovněž v analýze a syntéze, také v jemné i hrubé motorice. Rozvoj v oblasti sociálních dovedností je zpomalen, nicméně pokud se člověk nachází v prostředí, které není náročné a je pro vývoj jedince podnětné, lidé s tímto druhem postižení mohou být zcela bez problémů. Osoby s lehkým stupněm mentální retardace se po tělesné stránce nemusí zásadně odlišovat od intaktní populace a přidružené somatické vady jsou v tomto stupni výjimkou. Ve starších publikacích je možno se setkat s dnes už pejorativními pojmy, jako je oligofrenie (lehká slabomyslnost), či pojmem debilita. Lidé spadající do této kategorie jsou schopni sebeobsluhy, navazovat, vytvářet a udržovat sociální vztahy a v rámci edukace jsou schopni se vyučit v oboru, jenž je prakticky zaměřený, tudíž následně jsou schopni vykonávat různé spektrum manuálních prací (Kozáková, 2005; Bazalová, 2010).

F 71 – Střední mentální retardace

Druhý stupeň mentální retardace se označuje názvem střední mentální retardace. V některých publikacích je možné si povšimnout přidruženého slova, a tím pádem nepřesného názvu - středně těžká mentální retardace. Tak jako lehká mentální retardace, má i tento stupeň své původní názvy, s kterými se dnes již nikde nesetkáme. Střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost (oligofrenie) a imbecilita jsou pojmy, které se již staly pejorativními, proto také jejich užití je nevhodné. Na rozdíl od předchozího stupně, je střední mentální retardace zřejmá již v kojeneckém, nebo také v pozdějším batolecím období. Rovněž v oblasti samoobsluhy je značný rozdíl oproti lehké mentální retardaci. Lidé se středním stupněm postižení se diametrálně mohou odlišovat právě v užití řeči, neboť někteří jedinci jsou schopni vést jednoduchou konverzaci, ať už pomocí alternativní či augmentativní

komunikace, ale existuje i taková možnost, že člověk zařazený do této kategorie dokáže těžce vyjádřit své potřeby, nebo naopak užívá jen gestikulaci. Jejich řeč se vyznačuje jednoduchostí, obsahově chudým slovníkem a v řeči se setkáme s agramatismy. I ve škole při edukaci se objevují značné rozdíly. Většinou si lidé s daným stupněm postižení osvojí jen základy trivia – čtení, psaní, počítání. Mohou se vzdělávat podle odpovídajícího vzdělávacího programu, tedy v základní škole speciální. Pokud však splní požadavky běžné základní školy, je zde možná integrace. Dalším vzděláváním je praktická škola jednoletá. V dospělosti tito lidé potřebují neustálou podporu, a to ve formě podporovaného zaměstnávání nebo chráněného pracovního místa. Jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, avšak určitou míru podpory potřebují po celý svůj život, hlavně v oblasti vedení domácnosti. K diagnóze středního mentálního postižení se často přidružuje dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Tato skutečnost ve velké míře ovlivní nejen souhrn veškerých příznaků, ale i způsob, jakým bychom měli s osobou s touto diagnózou jednat. Dále může být také přítomno tělesné postižení nebo onemocnění neurologického původu, zejména epilepsie. Tato kategorie se vyznačuje inteligenčním kvocientem v rozmezí 35 - 49. U dospělých toto rozmezí odpovídá věku 6-9 let (Kozáková, 2005; Bazalová, 2010).

F 72 – Těžká mentální retardace

Na rozdíl od předchozích stupňů mentální retardace, většina jedinců zařazených do skupiny F 72 se vyznačují výraznou poruchou motoriky. První příznaky problému v této oblasti se objevují již v předškolním věku. Jedincům trvá déle si osvojit koordinované pohyby a i když jsou někteří schopni se naučit pár primitivních úkonů, podporu v sebeobsluze potřebují po celý svůj život. Často se objevují somatické vady nebo je u jedince přítomno poškození CNS (centrální nervová soustava). Řeč těchto jedinců je omezena pouze na základní hlasové projevy, které souvisí s pocitem libosti/nelibosti jedince – dle toho se tóny mění. Může však nastat situace, kdy se řečová složka vůbec nevyvine. Typickým znakem pro osoby s těžkou mentální retardací je impulzivita, časté změny nálad a do hloubky je narušena afektivní sféra. Neboť je hloubka postižení natolik vážná, je nutné, aby tihle jedinci měli po celý život podporu jiných osob, i přesto, že je včas nastolena správná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče. Pod termínem těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost (oligofrenie), prostá idiocie a idioimbecilita bychom ve starších publikacích našli právě tuto kategorii, jež se vyznačuje inteligenčním kvocientem jedince v rozmezí 20 – 34 a odpovídá přiměřeně 3-6 let mentálnímu věku u dospělého člověka (tamtéž).

F 73 - Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace se vyznačuje především tím, že je výrazně narušena motorika. Jedinci jsou buď imobilní, nebo je jejich motorika natolik narušena, že mohou vykonávat jen primitivní pohyby. Jedinci z kategorie F 73 vyžadují celoživotní péči, neboť nejsou schopni sebeobsluhy. Jejich inteligenční kvocient se nedá ani přesně určit, proto se vždy uvádí, že jejich IQ je nižší než 20. Lidé s hlubokým mentálním postižením tvoří přibližně 1% populace osob s mentální retardací a jejich inteligenční kvocient odpovídá mentálnímu věku nižšímu než tři roky. Společně s tímto stupněm postižení se často vyskytují poruchy sluchu, zraku, dále také neurologické poruchy a epilepsie. Obvyklá je také kombinace s atypickým autismem, a to hlavně u osob, které nejsou imobilní. Vykazují se stereotypními automatickými pohyby a jsou schopni pouze nonverbální komunikace, která je doplněna výkřiky a grimasy. Porozumění řeči se ustálí pouze na chápání jednoduchých požadavků. I přesto, že hloubka postižení je výrazná, je neustále nutné stimulovat vývoj jednotlivých složek – motoriky, adaptace, komunikace a kognice. Edukace těchto jedinců je taktéž výrazně omezena, avšak existují metody, kterými lze dosáhnout toho, že se jedinec dokáže podílet na sebeobsluze (tamtéž).

F 78 - Jiná mentální retardace

Tato kategorie se na rozdíl od předchozích, již zmíněných stupňů mentální retardace, liší právě tím, že není možné určit inteligenční kvocient jedince, a to z důvodu přidružených sensorických či somatických poškození. I když se u jedince projevuje zřetelné snížení inteligenčního kvocientu a můžeme u daného jedince mluvit o mentální retardaci, kvůli kombinovaným postižením je určení stupně inteligenčního kvocientu za použití běžných metod nemožné či velmi složité. Tento druh se používá tedy u osob nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, u osob s autismem či u osob s těžkým tělesným postižením (tamtéž).

F79 – Neurčená mentální retardace

Pojem nespécifikovaná mentální retardace znamená, že je u jedince prokázána mentální retardace, avšak problém nastává v situaci, kdy se snažíme jedince zařadit do určité, výše uvedené kategorie. Kvůli nedostatku informací ohledně tohoto zařazení není možné určit stupeň mentální retardace (tamtéž).

Téměř u všech zmíněných stupňů mentální retardace je možné se setkat s určitými formami přidružených znevýhodnění. I když se praktická část práce věnuje jedincům, u kterých se tento aspekt vyskytuje, jejich dominantním postižením je postižení mentální, a proto zde problematika souběžného postižení více vadami nebude dále rozebírána.

Výše zmíněná klasifikace však není jediného druhu. V publikacích se často objevují i jiné klasifikační systémy. Velmi důležitou klasifikací je **klasifikace podle etiologie**,⁴ neboť právě ona se zabývá příčinami vzniku mentálního postižení.

Klasifikace podle klinických symptomů (projevů), se zabývá rozdělením mentálního postižení do kategorií podle určitých znaků, kterými se jedinec vyznačuje. Právě v této klasifikaci se dostávají do popředí osobnostní rysy jedince, typ osobnosti, jeho chování, vzhled, somatická specifika (Pipeková, 2006).

Při určování diagnózy se může také vycházet z jednotlivých **vývojových období jedince**. Na základě této skutečnosti existuje daná klasifikace, při níž je nutno vycházet ze znalostí vývojových období intaktní populace. Jedná se tedy o popisování vývojových období – předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk, období adolescence a stáří (tamtéž).

V publikaci Kapitoly ze speciální pedagogiky je možné pod kapitolou nazvanou Psychopedie, kterou napsala Barbora Bazalová, najít zmínku o rozdělení jedinců dle typu postižení. Vzhledem k určitým zvláštěm jedinců s mentálním postižením, se tito jedinci mohou dělit dle typu na jedince:

- eretické (verzatilní, nepokojný, dráždivý, instabilní),
- torpidní (apatický, netečný, strnulý),
- a nevyhraněné (Bazalová, 2010).

Klasifikace jedinců dle typu mentální retardace používá psychopedická terminologie, kterou považujeme v dnešní době za překonanou. Ovšem toto dělení jedinců velmi závisí na prostředí, v němž je jedinec vychováván a které ho obklopuje při jeho vývoji. Na typu mentální retardace se může podílet i deprivace, stresové vlivy nebo taktéž frustrace (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

⁴ Tato problematika bude v diplomové práci podrobněji objasněna v kapitole **1.3 Etiologie mentálního postižení**

V definici od Valenty⁵ lze zaznamenat zmínku **doby vzniku postižení**. Jedná se tedy o mentální retardaci, která vznikla v období prenatalním (před narozením), perinatální (vztahující se k období okolo narození, perinatální období je definováno od 28. týdne těhotenství do konce 7. dne života novorozence) či postnatální období (po narození).

1.3 Etiologie mentálního postižení

Na vzniku mentálního postižení se podílí celá řada činitelů a především se vzájemně kombinují a prolínají. Jelikož jsou příčiny vzniku značně různorodé, nelze přesně určit, zda na jedince působily pouze negativní vlivy v období prenatalním, či na vznik postižení měly vliv i situace v období perinatálním, nebo postnatálním. Mentální postižení nevzniká pouze působením jednoho faktoru, proto je velmi složité rozpoznat, zda je příčinou pouze biologické hledisko nebo se k němu přidružily i vlivy chemické, fyzikální, či vlivy prostředí, v němž jedinec vyrůstá (Kozáková, 2005; Fisher a kol., 2014).

Mezi endogenní (vnitřní) faktory, které jsou dědičné, spadají mutace genů či chromozomové aberace, kdy je počet chromozomů v buňce pozměněn. Nejznámějším zástupcem změny počtu chromozomů je tzv. trizomie 21 chromozomu – Downův syndrom.⁶ Jedinec má nadbytečný jeden chromozom a místo běžného páru má v jedné buňce chromozomy tři. Vnitřní faktory zastupuje i situace, kdy dítě zdědí nedostatek vloh k určité činnosti. Ani metabolická onemocnění nesmí být v tomto případě opomenuta (Kozáková, 2005; Valenta, Müller, 2013).

Exogenní (vnější) faktory, které zastřešují velkou škálu fyzikálních (záření) a chemických (léky) vlivů. Také viry, bakterie a plísně mohou poškodit plod. Vnější působení negativních vlivů rodiny, školy a prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, má do značné míry vliv na snížení intelektu (Kozáková, 2005).

Dalším hlediskem je dělení příčin mentálního postižení **podle doby vzniku**.

⁵ Zmíněné v podkapitole 1.1 **Vymezení základních pojmů**

⁶ Další příčiny vzniku MR a syndromy, které se k této problematice vážou, je možno vyhledat v publikaci Handbook of intellectual and developmental disabilities od Jacobsona (2007). Jedná se například o syndrom fragilního X, Williamsův syndrom, Praderův-Williho syndrom a další příčiny vzniku, mezi které se řadí infekce, fetální alkoholový syndrom apod.

Prenatální období (období od početí po narození) – mohou vzniknout působením genetických faktorů, ale i infekčním onemocněním matky, různými škodlivinami, ozařováním, či výživou, kterou matka zanedbává v období těhotenství. Onemocnění matky v období blastopatie či embryopatie ohrožuje zdraví dítěte. Mezi tato onemocnění se řadí zarděnky, toxoplazmóza, kongenitální syfilis. Také alkoholismus matky (a následně vznik fetálního alkoholového syndromu) nebo se na vzniku mentálního postižení může podílet přímé ozáření dělohy. Nedostatek plodové vody, či vrozené vady lebky a mozku, případně i prenatální deprivace, která souvisí s nechtěním dítěte, může plod ohrozit (Valenta, Müller, 2013).

Perinatální období probíhá v rozmezí těsně před porodem, v průběhu porodu a následně ihned po porodu. Příčinou vzniku mentálního postižení v tomto období může být organické či mechanické poškození mozku. Může nastat situace, kdy se dítěti nedostává dostatečné množství kyslíku (nastane tzv. hypoxie či asfyxie). Nízká porodní váha, předčasný porod nebo nesoulad Rh faktorů – matka, dítě, a následný vznik novorozenecké žloutenky, neboť bilirubin neodchází z těla a ovlivňuje nervovou soustavu jedince, jsou dalšími faktory, podílejícími se na vzniku postižení (tamtéž).

Postnatální období se vyznačuje rozmanitým působením vlivů na jedince. Postnatální příčinou může být zánět mozku, ke kterému došlo působením mikroorganismů (klíšťová encefalitida, meningitida), dále také krvácení do mozku a další různá traumata, či mozkové léze při nádorových onemocněních. Snížení intelektu může být zapříčiněno onemocněním v pozdějším věku – typ Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, ale i alkoholovou demencí nebo nepodnětným rodinným prostředím, ve kterém jsou děti vychovávány (tamtéž).

Existuje také klasifikační systém, který byl vytvořený AAIDD⁷. Ten definuje desatero příčin vzniku mentálního postižení.

1.4 Psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením

Je přímo neetické, aby intaktní populace považovala člověka s mentálním postižením za jedince, ke kterému se bude chovat stejně, jako by to byl mladší jedinec bez postižení.

⁷ Více informací lze dohledat v publikaci Černá a kol. (2015).

Nejedná se totiž pouze o opoždění duševního vývoje z hlediska času, ale u těchto osob je nutné brát v potaz i jejich strukturální vývojové změny. Každý jedinec je osobitý, ale i přesto mají tito lidé určité společné znaky. Ty závisí na druhu mentální retardace, její hloubce a rozsahu. Nesmí být opomenuta složka psychiky, u níž se posuzuje, zda je postižena rovnoměrně či ne - tzn., že některé psychické funkce jsou postiženy markantněji než funkce ostatní (Švarcová, 2000).

Osobnost jedince s mentálním postižením se vyznačuje narušením kognitivních (poznávacích) procesů. Především se jedná o odlišnosti v oblasti vnímání, myšlení, paměti, pozornosti. Rovněž je narušena řeč a určité zvláštnosti se projevují i v oblasti emocionální stránky a volních vlastností (Valenta, Müller, 2013).

Poznání je proces, při kterém člověk získává informace o jeho okolním světě. Valenta, Müller (2013) uvádí existenci poznání bezprostředního, tedy takového, jež užívá smysly, a poznání zprostředkovaného, do kterého řadí myšlení a řeč.

Smyslová percepce

Smyslovou percepci (vnímání), do které spadá percepce vizuální a sluchová, vždy do určité míry ovlivňuje úroveň rozumových schopností. Vnímání však není založeno pouze na užití jednotlivých smyslů. Na daném procesu se podílí nejen kognitivní a motivační procesy, ale dostává se zde vliv i prostředí sociálního. Vnímání je založeno na počtecích. Ty vzniknou na základě podráždění smyslového orgánu a díky tomu dochází k odrazu jednotlivých vlastností jevů. Vjemem nazýváme souhrn vlastností daného předmětu jako celku. V oblasti vnímání nesmí být opomenut také pojem představa. Ta nesouvisí přímo s realitou a jejím odrazem, ale je založena na pamatování si jednotlivých, dříve vnímaných podnětů. Bezprostřední poznání se vyznačuje dvěma aspekty. Prvním je výběrovost, druhým hlediskem je individuální zkušenost (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Neboť pro schopnost rozeznávat podněty je důležité vytvoření podmíněného spoje v mozkové kůře a další fázi vytvoření soustavy jednotlivých spojů, které nazýváme dynamickým stereotypem, je kvůli poškození CNS u osob s mentálním postižením tento proces pomalý a objevují se různé odchylky na rozdíl od osob intaktních. Na základě toho dochází k daným projevům v této oblasti. U osob s mentálním postižením se objevuje zpomalení tempa vnímání. Rozsah toho, co jsou schopni osoby s tímto handicapem pojmout,

je omezena. Nejsou schopni rozlišovat počítky a vjemy, mají potíže s vnímáním prostoru a času. Největším problémem u osob s mentálním postižením je inaktivita vnímání. Ta se projevuje především v neschopnosti vnímat detaily předmětu, materiálu, který člověku s mentálním postižením předložíme. Nemá zájem si předmět prohlédnout a vnímat jeho podrobnosti. Velké obtíže nastávají v případě, že předmět různě pootočíme. V ten okamžik jej člověk s postižením už není schopen rozpoznat, i když mu byl již před malou chvílí předložen. Také oblast hmatu je u těchto osob narušena. Dochází ke snížení citlivosti a problémy zasahují i do oblasti koordinace pohybů (Valenta, Müller, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Vizuální percepce

Zraková percepce je základním aspektem pro orientaci v prostředí. Jedná se o poznávací funkci, jež je získaná a pro její fungování je nutná vhodná stimulace již od narození. Všechno, co člověk vidí, závisí na tom, jak se v mozkové kůře vytvořily jednotlivé spoje a jak dokáže jednotlivé informace přicházející přes zrakový analyzátor do mozku zpracovat a pochopit. U osob s mentálním postižením se vyskytuje narušení v oblasti vizuální diferenciaci – špatně poznávají podobné obrázky. S touto problematikou souvisí i rozlišování písmen. Mají potíže v rozeznávání detailů, určování tvaru a směru. Významně je porušena oblast figury a pozadí, kdy osoby s mentálním postižením nejsou schopny vyčlenit geometrické tvary z daného prostředí (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Sluchová percepce

Na rozdíl od zrakové percepce se vývoj sluchu ustaluje až v pozdějším věku. Právě sluch je těsně spjat s rozvojem řeči a ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Jelikož jak bylo zmíněno výše, z důsledku poškození CNS je vytváření diferenčních spojů opožděno, dochází v oblasti sluchové percepce k poruše rozlišování fonémů. Mají obtíže také se sluchovou analýzou a syntézou. Ta se ustaluje u intaktních jedinců po ukončení prvního ročníku základní školy, avšak z důsledku nezralosti CNS u osob s postižením je tento aspekt postihnut. To vede až ke špatnému naslouchání řeči (tamtéž).

Myšlení

Myšlení je proces, jenž je považován za nejvyšší formu poznávání, a jak bylo zmíněno výše, myšlení je poznání zprostředkované. Výsledky myšlení vznikají na základě užití řeči,

jako nástroje myšlení (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018). Součástí myšlení jsou jednotlivé myšlenkové operace, do kterých se řadí třídění, analýza, syntéza, rozlišování a zobecnění, nicméně osoby s mentální postižením mají s některými typy operací výrazné problémy. V oblasti analýzy a syntézy se objevuje nepřesnost a chyby. Abstraktní pojmy a také generalizace (které právě lze dosáhnout pouze pomocí abstrakce) přináší v oblasti myšlení značné obtíže. Myšlení jedince je konkrétní, nedůsledné, objevuje se těžkopádnost při vytváření pojmů (Valenta, Müller, 2013). Věci, které mají osoby s handicapem naučené, používají mechanicky i v případě, že se daná věc nepojí s kontextem. Rovněž v oblasti organizace a plánování se vyskytuje značný deficit. Pouze u osob s lehkým mentálním postižením je tato oblast narušena méně. Člověk s těžším postižením není schopen takového složitějšího procesu, neboť jejich myšlení je značně konkrétní, užívají paměť mechanickou – ta převládá nad užíváním logické paměti. Při řešení problému lidé s mentálním postižením vykazují další ztrátu. Objevuje se snížená schopnost předpovídat své chování a domýšlet důsledky z něho vycházející. Jelikož je tato schopnost narušena, lidé s mentálním postižením nejsou ani schopni si daný problém uvědomit či vytvořit určitý postup, jenž by vedl k jeho vyřešení. Může to být i způsobeno nedostatkem motivace k řešení problému (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Paměť

Jak uvádí Švarcová (2000), paměť se kromě výše uvedených procesů také řadí do kognitivních funkcí a je základem pro psychický vývoj dítěte. Na základě používání paměti si člověk dokáže uchovat zkušenost, kterou v minulosti zažil a dochází k vytvoření vztahů k ostatním lidem. Nejen fáze uchování patří k základním třem stádiím paměti. Těmi jsou kódování - zde se jedná o uchování si podnětu v paměti, již zmíněné uchování - to souvisí s uložením si podnětu do paměti a v neposlední řadě se zde řadí i vybavování – při němž člověk využívá podněty již v paměti uložené, vzpomíná a vyhledává v ní adekvátní pojem, který v dané situaci potřebuje (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018). U člověka s mentálním postižením lze tedy říct, že jeho paměť vyznačuje určitá specifika týkající se osvojování si nových pojmů, které probíhá velmi pomalu a stálost uchování informace v paměti je problematická, proto se klade důraz, jak uvádí i Valenta, Müller (2013), na opakování jedné informace po delší dobu, než jej potřebuje intaktní populace. Na to poukazuje i situace, že bez opakování rychle vše zapomínají a jednotlivé informace řádně neuložené v paměti, si přesně nedokážou vybavit. Přenesení vědomostí do praxe je u osob

s těžším mentálním postižením zcela nereálné, případně je schopen osvojené poznatky použít pouze v dané naučené situaci. Paměť je krátkodobá, konkrétní a mechanická.

Pozornost

I pozornost se řadí do psychických funkcí, která je u osob s mentálním postižením narušena. Jedná se o proces, jenž se podílí na efektivitě vnímání, učení a myšlení. Děti intaktní se v průběhu nástupu do první třídy učí pracovat s pozorností, objevuje se u nich schopnost usměrňování pozornosti podle potřeby. Dítě se dokáže soustředit na podněty pro něj důležité a je schopno se odvrátit od určitých vlivů, které jej při práci ruší. Tato skutečnost však u dětí s mentálním postižením nenastane. Jelikož i pozornost podléhá vývojovým obdobím, je logické, že i v této oblasti se vyskytne deficit. Narušení pozornosti je dáno etiologií mentálního postižení a existují dva typy, jimiž jsou: pozornost bezděčná a záměrná (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

U osob s mentálním postižením se vyznačuje nestálostí. Lidé s touto problematikou nejsou schopni velkého rozsahu sledovaného pole a objevují se obtíže s rozdělením pozornosti na více činností. Valenta, Michalík, Lečbych a kol. (2018) uvádí, že rozdělení pozornosti podléhá hloubce postižení. Čím hlubší postižení člověk má, tím menší je pravděpodobnost, že zvládne pozornost rozdělit.

Na rozdíl od člověka intaktního se u lidí s postižením objevují těžkosti i s udržení pozornosti na jeden předmět (činnost) delší dobu. U osob s mentálním postižením se při záměrné pozornosti včetně přesouvání pozornosti či rozdělení pozornosti rapidně zvyšuje míra unavitelnosti. Následně musí být zařazena relaxace, která je velmi důležitá v oblasti strukturování vyučovací jednotky (Valenta, Müller, 2013).

Fatické funkce

Poslední z řady kognitivních procesů, která osobám s mentálním postižením způsobuje obtíže, je řeč. Stejně jako schopnost myšlení, poznávání, učení se, tak i řeč je schopnost člověka, se kterou se rodí, ale při narození nejsou tyto schopnosti ještě zcela vyvinuty. Díky tomu, že v průběhu vývoje dítěte dochází k dozrávání jednotlivých mozkových struktur následně zodpovědných za užívání jednotlivých kognitivních procesů, tak se nejen řeč vyvíjí postupně a pomalu. Řeč je významně narušena a nechybí i deficit ve složce řečové komunikace motorické, kognitivní i jazykové. Do tohoto procesu také zasahují společenské

podmínky dítěte, v nichž vyrůstá. Pokud se jedná o osoby s mentálním postižením ve vztahu k fatickým funkcím, i zde se vyskytuje určitý deficit. Schopnost užívat řeč závisí na těžkosti poškození CNS. U osob s hlubokou či těžkou mentální retardací se řeč vyvine pouze do podoby napodobování reflexů či afektivního jednání, na rozdíl od osob se středním stupněm postižení, kde už se projevuje schopnost spojení zvuku slyšeného se zdrojem zvuku. Osoby s lehkým mentálním postižením dokáží řeč užívat běžně, i přesto, že je její vývoj opožděný. Oblast usuzování je narušena stejně jako schopnost abstraktního myšlení, jež v tomto stupni postižení není zcela problematické, ale nikdy nedosáhne úrovně dítěte intaktního. Fatické funkce čtení a psaní, které se zde řadí, jsou u osob s lehkou mentální retardací narušeny jen mírně, neboť jsou schopni je užívat v jednodušší formě než děti zdravé (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018).

Motorika

Jelikož mentální postižení zasahuje všechny oblasti jedince, je důležité zmínit i oblast motoriky. Na narušení motoriky se podílí příčina vzniku mentální retardace, proto nelze s přesností říct, jak se člověk s mentálním postižením z hlediska motoriky vyvíjí. Motorika je souhrnné označení pro pohyb. Jedná se o vrozené předpoklady člověka, díky nimž je schopen vykonávat účelné pohyby, pohybové činnosti a úkony. Jemná motorika zahrnuje nejen pohyby ruky, součástí je i manipulace s různými předměty, uchopování předmětů a také aktivita mluvidel nejen v pojetí oromotoriky – pohyby dutiny ústní, ale také logomotoriky, která je spjatá s pohyby veškerých mluvních orgánů podílejících se na artikulované řeči. U osob s mentálním postižením je nápadná problematika v oblasti prstů, které je možné si povšimnout při kreslení či psaní. Ovšem u každého jedince je to zcela individuální, vše závisí na hloubce postižení a způsobu narušení psychické složky. Jedinci s lehkým stupněm postižení se vyznačují pomalejším vývojem jemné motoriky, ale pokud je u nich zaveden vhodný výcvik jednotlivých dovedností, s dospělostí tento deficit může vymizet. Naopak u osob se středním stupněm postižení se vyskytují problémy s koordinací pohybů, celková neobratnost a obtíže při každodenních činnostech jako je například zapínání knoflíků, zavazování tkaniček, zapínání zipu apod. U dětí s hlubokým stupněm postižení se objevuje markantní zásah do oblasti motoriky jemné i hrubé, jedná se totiž převážně o celkovou imobilitu člověka (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018).

Emoční stránka

Emoce jsou psychické procesy projevující se v oblasti motoriky, mimiky ale podílí se na nich i vnitřní prožitky člověka. Díky emocím můžeme rozpoznat, jaké jsou vztahy jedince k jevům, které na něj působí a pomocí nich může člověk reagovat na danou skutečnost. Švarcová (2000, s. 42) uvádí, že: „*ve své většině jsou děti s mentálním postižením emočně nevyspělé a chovají se jako děti nižší věkové úrovně.*“ Jelikož se ale u dětí s mentálním postižením objevuje opožděnost v oblasti kognice, mají obtíže se přizpůsobit okolnímu prostředí, dostávají se do popředí i poruchy emocí, děti jsou více úzkostné a může propuknout i deprese. Emoční labilita je typickým znakem mentální retardace, společně se přidružuje také časté střídání nálad, kdy se dítě nedokáže například přizpůsobit okolí, či tato situace se může vyvrcholit až do stavu úzkosti (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Charakteristické pro emoční stránku osob s mentálním postižením je nedostatečné rozlišování citů. Děti s mentálním postižením používají dvoubodovou škálu pro vyjádření citů, a to buď pozitivní – když jsou s danou situací spokojeny, dojde tedy k uspokojení jejich potřeb a projevují radost, nebo negativní – kterou dávají najevo pláčem či rozzlobením se. Dalším rysem deficitu emocí jsou neadekvátně projevující city vzhledem k podnětům. U dětí se může objevit prožívání vážných životních situací pouze povrchně. Může nastat i opačný případ, kdy nepodstatná příčina u dítěte vyvolá nadměrně silné prožívání citů. Poněvadž děti s mentálním postižením mají obtíže i v řízení svých citů pomocí intelektu, může docházet k opožděnému a problematickému vytváření emocí, mezi které patří, jak uvádí i Švarcová (2000), sebevědomí, pocit odpovědnosti a povinnosti. Dále také uvádí, že dítě není schopno nalézt uspokojení v žádné situaci, která by nahradila prvotní aktivitu. S typickou poruchou nálady zvanou dysforie je možno se setkat u dětí trpící epilepsií. Projevuje se náhlou změnou nálady z čistě pozitivně naladěné, na depresivní až lítostivou. Po určité době se dítě opět dostává do stavu s obvyklým průběhem chování. Jiným typem projevu nálady je euforie, při níž dítě nedokáže rozpoznat, jak se má chovat v určité situaci. Dětem je lhostejné, zda se v situaci nechovají správně. Většinou se tento stav nálady projevuje smíchem, i když se děti vyskytují v nepříjemné situaci, nebo jestli za jeho chování jsou kárány. Emoce se projevují i ve formě apatie neboli stavu, kdy se dítě nezajímá o činnosti. Tato okolnost může dojít až do takové fáze, že dítě zcela ztratí všechny zájmy. Rovněž nevšímavost k lidem může být projevem apatie a je důležité, aby všichni rodiče a pedagogové brali v potaz, že se jedná o příznak nemoci (Švarcová, 2000).

Volní vlastnosti

Volní vlastnost člověka závisí nejen na jeho motivaci, ale svou roli hrají i vnější a vnitřní vlivy. Jelikož chce člověk dosáhnout určitého cíle, předchází tomu záměrná činnost, které se musí člověk podrobit. Tento aspekt se nazývá volní jednání. Vůle je považována za nejdůležitější vlastnost osobnosti. Souvisí s uvědoměním si vlastních potřeb, rozhodnutím se pro určitý cíl. K tomu, aby tyto části mohly nastat, je potřeba zvolit správné prostředky k dosažení cíle, jenž si člověk stanoví (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Typickým znakem poruch volního jednání je u dětí s mentálním postižením abulie. Abulii je možno popsat jako nedostatek vůle. Ten se však u všech dětí nemusí vždy projevit. Děti teoreticky vědí, jak se v dané situaci mají zachovat, jak mají jednat, ale v praxi se objevují se obtíže, protože nevědí, jak se skutečně zachovat. Sugestibilita je dalším charakteristickým rysem u těchto dětí, nechávají si vštěpovat rady od ostatních lidí, které sami nejsou schopni zhodnotit a porovnat se zájmem, který preferuje on. Veškeré projevy, do nichž se může dále řadit i tvrdohlavost a snížená schopnost ovládat se, jsou určitým projevem nevyvinutého jedince (Švarcová, 2000).

Jak uvádí Valenta, Müller (2013), jedinec s tímto postižením se vyznačuje specifiky v aspiraci. Na rozdíl od jedince zdravého, u kterého je aspirace stabilní, u lidí s mentálním postižením dochází k odchýlení do podoby směrem nahoru – nadhodnocování se, či opačným směrem – podhodnocování se. Složka sebehodnocení dětí s mentálním postižením je také do určité míry ovlivněna institucí, kterou navštěvují od mladšího školního věku. Jestliže před nástupem na základní školu speciální navštěvovali běžnou základní školu, je možné, že se u dětí bude objevovat podhodnocování se z důsledků postavení, které v dané škole zaujímali. Tato situace může být upravena, pokud jsou nastoleny správné nároky na žáka, případně může dojít k nárůstu nad reálnou úroveň díky tomu, že jsou na dítě kladeny nároky podprůměrného charakteru.

2 Edukace žáků s mentálním postižením

Edukace pochází z latinského slova *educō, educare*, jejíž význam je ztotožňován s pojmem vychovávat, pěstovat. Jedná se o proces, v rámci něhož žák získává nové vědomosti a návyky. V průběhu edukace dochází u dítěte k vytvoření hodnotového systému, vztahů a postojů. Rovněž formuje jedince v oblasti emocí a volných vlastností. Hlavním cílem edukace je získání nových informací, pochopení jejich podstaty a ve veškeré možné míře je umět uplatnit v každodenních situacích. Během edukačního procesu dětí s mentálním postižením se na prvním místě považuje použití specifických metod, forem a jednotlivých prostředků využívaných během vzdělávacího procesu. Je však nutné vždy vycházet z individuálních potřeb dítěte, respektovat jednotlivé zásady a dbát na to, aby bylo ve třídě vytvořeno podnětné prostředí (Ošlejšková, Vítková a kol., 2013).

2.1 Legislativní ukotvení edukace žáků s mentálním postižením

Podle **Listiny základních práv a svobod** v Hlavě čtvrté článku 33 je ustanoveno, že každý člověk má právo na vzdělání, tedy to platí i pro osoby s mentálním postižením. Edukace neboli výchova a vzdělání těchto jedinců probíhá v řadě škol a školských zařízení určených právě jim. Jedná se o mateřskou školu speciální, základní školu speciální, praktickou školu a odborné učiliště. Tyto náležitosti jsou ustanoveny v **zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** (školský zákon) a ve **vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných**. Žák se speciálními vzdělávacími potřebami⁸ může být vzděláván v běžné škole, nebo třídě zřízené při této instituci. V dnešní době se pro danou skutečnost čím dál častěji dostává do popředí pojem **společné vzdělávání**. Znamená to tedy, že dítě s mentálním postižením může být integrováno do běžné základní školy. Velkou roli

⁸ Dle školského zákona se „*dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.*“

nejen při stanovení typu školské instituce hrají školská poradenská zařízení. Ta dle §116 školského zákona zajišťují činnost diagnostickou, informační, poskytují odborné speciálně pedagogické služby nejen pro děti, ale i jejich zákonné zástupce, také školy a školská zařízení. Dále se věnují pomoci při hledání vhodného zařízení pro vzdělávání dítěte. **Speciálně pedagogické centrum (SPC)** či **pedagogicko-psychologická poradna (PPP)** se řadí do již výše zmíněného odvětví poradenských služeb. Legislativně jsou služby těchto zařízení ukotveny ve **vyhlášce č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních** (novelizace vyhlášky č. 72/2005 Sb.).

Kurikulární dokumenty upravující vzdělávání nejen žáků s mentálním postižením, jsou stanoveny na úrovni státní, kterou představuje **Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy (RVP)**. Ty jsou vydávány pro jednotlivé obory vzdělání. Na základě tohoto státního dokumentu je vymezován další kurikulární dokument, který již představuje úroveň školní. Jedná se o **školní vzdělávací program (ŠVP)** vytvářený samotnou školou a pro jehož vytvoření je RVP zásadní (podrobněji bude vysvětleno níže).

Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální (RVP ZŠS) je tedy určen pro vzdělávání osob se střední, těžkou, hlubokou mentální retardací, či dětí s přidruženými kombinovanými vadami (RVP ZŠS). Jelikož se neustále dbá na zlepšování podmínek vzdělávání pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami a dostávají se do popředí zájmu, došlo v edukaci v průběhu let k mnoha změnám, a to především u vzdělávání dětí s lehkou mentální retardací, jež dříve byly vzdělávány na školách podle přílohy rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV – LMP). Ta však byla zrušena a nyní se žáci s lehkým stupněm postižení vzdělávají dle **Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV)**, do něhož byly v rámci očekávaných výstupů zařazeny minimální doporučené úrovně pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření.

Plnění povinné školní docházky dle § 36 odst. 1 školského zákona pro dítě začíná dnem, kdy dovrší šesti let. Pokud dítě není tělesně ani duševně vyspělé, lze odložit povinnou školní docházku, avšak maximálně do školního roku, ve kterém dané dítě dosáhne osmi let věku⁹. Zákonní zástupci jsou povinni své dítě přihlásit k zápisu k povinné školní docházce.

⁹ Upraveno v § 37 ods.1 školského zákona.

Dle § 55 odst. 2 školského zákona je žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami umožněno pokračovat v základním vzdělávání do doby, než dovrší dvacátého roku, případně do šestadvacátého roku věku.

2.2 Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS)

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální je zaměřen na vzdělávání žáků s různým stupněm mentálního postižení a určuje jednotlivé podmínky nutné k edukaci žáků této kategorie. Určuje, co je cílem vzdělání a stanovuje možnosti úpravy vyučovací hodiny podle individuálních potřeb jedinců. V rámci vzdělávacího obsahu vymezuje očekávané výstupy a učivo, které by si žáci měli po dobu základního vzdělávání osvojit. Základní vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, žáků s více vadami či poruchou autistického spektra probíhá na základní škole speciální.¹⁰ Ukončením daného programu žáci získávají stupeň **základy vzdělání**. RVP ZŠS nadále zohledňuje využití podpůrných opatření přisouzených žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Podpůrná opatření jsou ustanoveny v §16 odst. 2 školského zákona. Spadá do nich i vzdělání pomocí **individuálního vzdělávacího plánu (IVP)**¹¹, o jehož vzniku rozhoduje školské poradenské zařízení. Nutná je i žádost zákonného zástupce, případě žáka, jež dovršil osmnáctého roku. V IVP jsou zaznamenány jednotlivé druhy a stupně podpůrných opatření a další náležitosti k úpravě obsahu vzdělání či užívání metod a forem výuky. Také je v něm zmíněna změna, týkající se úpravy jednotlivých výstupů, jež stanovuje RVP (RVP ZŠS, 2008).

Základní škola speciální disponuje deseti ročníky, ve kterých probíhá vzdělávání výše zmíněných jedinců. Tak jako na běžné základní škole je rozdělena do dvou stupňů. První stupeň je však tvořen prvním až šestým ročníkem, druhý stupeň dalšími čtyřmi ročníky. Dle § 48a školského zákona může zřizovatel základní školy speciální vytvořit **přípravný stupeň základní školy speciální** sloužící především pro poskytnutí přípravy na vzdělání v dané

¹⁰ Dle § 48 školského zákona.

¹¹ Podrobnosti o IVP lze dohledat v § 3 vyhlášky č. 27/2016.

instituci. Počet žáků v takové třídě je dle již výše zmíněného paragrafu snížen na počet čtyř až šesti žáků ve třídě a vzdělávání může trvat nejdéle tři roky.

RVP ZŠS má čtyři části označené velkými tiskacími písmeny A-D. V části A lze nalézt celkové vymezení daného dokumentu, druhá část B charakterizuje vzdělávání na základní škole speciální. Část C je rozdělena na dva oddíly, které se dělí dle stupně mentálního postižení žáků (RVP ZŠS, 2008).

První díl se zaměřuje na **vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením**. V úvodu specifikuje, jaké je pojetí daného vzdělávání, dále vymezuje cíle a klíčové kompetence. V rámci této části jsou stanoveny také jednotlivé vzdělávací oblasti, mezi které se řadí Jazyková komunikace, Matematika a její aplikace, Informační a komunikační technologie, Člověk a jeho svět, Člověk a společnost, Člověk a příroda, Umění a kultura, Člověk a zdraví, Člověk a svět práce. Součástí prvního dílu jsou průřezová témata¹² či rámcový učební plán (RVP ZŠS, 2008).

Díl druhý je zaměřen na **vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami**. Stejně jako v dílu prvním, je v úvodu nastoleno pojetí vzdělávání dané kategorie žáků. Jelikož se jedná o žáky s těžkými formami mentálního postižení, případně jiného přidruženého postižení, je upraven obsah vzdělávání především na možnost samoobsluhy, osvojení si správného stravování a především hygieny. Vzdělávací oblasti jsou v daném oddílu zastoupeny pouze pěti oblastmi, a to oblastí Člověk a komunikace, Člověk a jeho svět, Umění a kultura, Člověk a zdraví, Člověk a svět práce (RVP ZŠS, 2008).

Poslední část D vymezuje vzdělávání žáků s kombinací postižení, podmínky, jež jsou nutné k uskutečňování RVP ZŠS. Jsou zde zmíněny i zásady, které se musí dodržovat při sestavování ŠVP (RVP ZŠS, 2008).

¹² **Průřezová témata** jsou nedílnou součástí základního vzdělávání a podávají pohled na aktuální problémy světa. Řadí se mezi ně: Osobnostní a sociální výchova, Výchova demokratického občana, Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech, Multikulturní výchova, Environmentální výchova, Mediální výchova. Více informací v RVP ZŠS (RVP ZŠS, 2008).

Školní vzdělávací program je kurikulárním dokumentem na školní úrovni doprovázející vzdělávání žáků. Vychází z rámcového vzdělávacího programu, tudíž s ním musí být v souladu. Školní vzdělávací program určuje nejen cíl vzdělávání, také časový plán či jednotlivé obsahy a formy vzdělávání. Dále ustanovuje podmínky k uskutečňování vzdělávání. Tyto náležitosti jsou ustanoveny v § 5 školského zákona a zodpovědnou osobností za vytvoření školního vzdělávacího programu je ředitel dané školy. Na vypracování ŠVP se podílejí všichni členové pedagogického sboru dané školy, kteří jsou také zodpovědní za její realizaci ve škole. ŠVP je součástí povinné dokumentace školy a je veřejně dostupný, tudíž každý, kdo má zájem, má možnost do programu nahlédnout.

2.2.1 Zařazení Hudební výchovy do oblasti RVP ZŠS

Oblastí stěžejní pro danou diplomovou práci je oblast z RVP ZŠS **Umění a kultura** provázející jedince celým základním vzděláváním. Do popředí se dostává především tvořivost žáků a následně pozitivně působící zážitek z vlastní tvorby. Díky tomu působí na žáky emocionální stránky a umožňuje dítěti na základě uplatnění těchto skutečností naplnit potřebu projevit se. Nejen, že se dítě při takové činnosti odreaguje, také poznává více sám sebe, vytváří si vztah k okolnímu světu, či u něj dochází ke zmírnění únavy. Zaměřuje se na vytváření pozitivního vztahu k umění, vede žáky k získání sebedůvěry a poznávání národní kultury nejen vlastní, ale vede žáky i k seznámení s kulturou různých etnik. Daná vzdělávací oblast se uskutečňuje v oboru **Hudební výchova**, které bude v diplomové práci níže rozebrána a v oboru **Výtvarná výchova**¹³, která se zaměřuje na tvorbu estetického cítění, rozvíjení tvořivosti a především učí žáky vyjadřovat své pocity, rozvíjet fantazii a jejich aktivitu (RVP ZŠS, 2008).

Hlavním cílem oboru **Hudební výchova** u žáků se středně těžkým mentálním postižením (díl I v RVP ZŠS) je vytvořit pozitivní vztah k hudbě, učit žáky emocionálnímu prožívání. Tato oblast u žáků podporuje rozvoj hudebních schopností a pomocí jednotlivých rytmizačních cvičení rozvíjí nejen hudebnost, ale tato skutečnost může mít pozitivní vliv i na

¹³ Jelikož oblast **Výtvarná výchova** není stěžejní pro danou diplomovou práci, není výše podrobněji rozebírána. Informace, týkající se jednotlivých očekávaných výstupů či učiva, podrobněji definuje RVP ZŠS (RVP ZŠS, 2008).

rozvoj řeči, která, jak již bylo zmíněno výše, může být opožděna či narušena. Daná oblast má nejen relaxační charakter, ale i charakter rehabilitační. Učivo ve vzdělávacím oboru je pro 1. stupeň rozděleno do 3 částí:

- **vokální a instrumentální činnosti**

- zde je žák veden k pochopení a interpretaci rytmu podle koordinace motorické, zrakové a sluchové;
- učí se zpívat lidové a umělé písně přiměřeného rozsahu;
- rozvíjí se rytmus a pohyb, součástí je i hra na tělo či hra na jednoduché nástroje - nástroje Orffova instrumentáře

- **poslechové činnosti**

- jedná se o rozlišování výšky, síly, délky tónu;
- rozpoznávání tempa a rytmu;
- zpěvní hlasy;
- rozlišování zvuků hudebních nástrojů;
- zařazuje se poslech melodií a skladeb určených dětem

- **hudebně pohybové činnosti**

- žáci se učí pochodovat podle hudebního doprovodu;
- zařazují se pohybové hry s říkadly a dětskými popěvkami;
- pohybový projev podle hudby – improvizace;
- hudebně relaxační techniky (RVP ZŠ, 2008).

Rámcový učební plán vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením udává minimální časovou dotaci oblasti Umění a kultura (Hudební výchova a Výtvarná výchova) na 18 hodin pro 1. stupeň (1. – 6. ročník) a 8 hodin je stanoveno pro 2. stupeň (7. – 10. ročník). Škola je tedy povinna tuto časovou dotaci týdně dodržovat, avšak ředitel školy může využít tzv. disponibilní časovou dotaci, kdy je oprávněn posílit časovou dotaci vzdělávacích oblastí, nebo oboru dle profilace školy či složení jednotlivých tříd (RVP ZŠ, 2008).

Vzdělávací obor **Hudební výchova** u žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami (díl II v RVP ZŠ) se zaměřuje na rozvíjení individuálních schopností při tvorbě, vede žáky, aby dokázali rozlišit hudební nástroje dle jejich charakteristických zvuků a byli schopni vyjádřit zvuky hrou na tělo. Snaží se u žáků s těžkým mentálním postižením vytvořit kladný vztah k hudbě, neboť právě ona zlepšuje

náladu, vede ke zmírnění napětí, či rozvoji sluchu a motoriky žáků, která má vliv i na rozvoj řeči, jež právě u těchto jedinců může být těžce narušena či separována pouze na napodobení reflexů či afektivního chování. Učivo pro žáky s těžkým mentálním postižením, či žáky s kombinovaným postižením je v RVP ZŠS vymezeno následovně:

- dechová cvičení, výslovnost, fonační, intonační a melodická cvičení;
- rytmus – vnímání rytmu, posilování rytmu, samostatná rytmizace, rytmizace říkadla, hra na tělo, Orffův instrumentář (bubínek, tamburína, triangl);
- zpěv – jednoduché písně s hudebním doprovodem;
- poslech – říkadla, lidové písně, jednoduché krátké skladby určené dětem, relaxační hudba;
- hudebně pohybová činnost; pohybové hry s říkadly a dětskými popěvkami; pohyb podle rytmického doprovodu, jednoduché tanečky a rytmická cvičení (RVP ZŠS, 2008).

Časová dotace, pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovaným postižením je ustanovena v RVP ZŠS pro oblast Umění a kultura oboru Hudební výchova na 10 hodin týdně. Tento údaj je však stanovený pro všechny ročníky základního vzdělání, tudíž pro 1. – 10. ročník základní školy speciální a jedná se o minimální časovou dotaci. Rozložení hodin do jednotlivých ročníků určuje sám ředitel školy (RVP ZŠS, 2008).

2.3 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV)

Daný program koresponduje s povinností školní docházky, která je určena všem. Základní vzdělávání je následným elementem předškolní výchovy a probíhá ve dvou stupních, které na sebe navazují nejen svým obsahem, ale i formou organizační či didaktickou. Ukončením daného programu dítě získává **základní vzdělání**, což se jednoznačně liší od předchozího, výše zmíněného RVP ZŠS. Základní vzdělávání se zaměřuje na rozvíjení individuálních potřeb jedince a musí být realizováno v podnětném školním prostředí. Klade se důraz na optimální rozvoj jedince a dosažení vlastního maxima. Základní vzdělávání by tedy dítěti mělo umožnit osvojení si různých strategií učení, mělo by ho nadále motivovat k dalšímu celoživotnímu studiu, vést je ke spolupráci, aby se naučili tolerovat se a byli k sobě navzájem ohleduplní (RVP ZV, 2017).

RVP ZV je rovněž rozdělen do čtyř částí označených velkými písmeny A-D. Část A je zaměřena na vymezení daného dokumentu, část B charakterizuje základní vzdělávání, v části C jsou zahrnuty cíle základního vzdělávání, klíčové kompetence, vzdělávací oblasti, průřezová témata a rámcový učební plán. V poslední části D je zmíněno vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, vzdělávání žáků nadaných, či podmínky nutné k uskutečňování daného programu a v neposlední řadě se zde řadí i zásady pro vytvoření školního vzdělávacího programu (RVP ZV, 2017).

2.3.1 Zařazení Hudební výchovy do oblasti RVP ZV

Hudební výchova, stejně jako u RVP ZŠ, spadá do vzdělávací oblasti **Umění a kultura**, do níž se rovněž řadí výchova výtvarná, která však pro tuto práci není stěžejní oblastí. Hudební výchova vede žáka k osvojování si věcí pomocí estetického účinku. Směřuje ho k pochopení hudebního umění na základě užití vokálních, instrumentálních či hudebně pohybových schopností. Žáky podněcuje k aktivnímu vnímání hudby, která může být prostředkem komunikace. Oblast hudební výchova u žáka rozvíjí hudebnost, projevující se hudebními dovednostmi sluchovými, rytmickými, také hudebně tvořivými a poslechovémi. V rámci vokálních činností dochází k práci s hlasem, v části instrumentálních činností se žák učí hrát na hudební nástroje. Ztvárňování hudby a reakce na ni pomocí různých gest je rovněž součástí hudební výchovy, a to především v oblasti hudebně pohybových činností a v neposlední řadě se žák učí vnímat aktivně hudbu poslechem různých žánrů a stylů. Cílem dané oblasti je, aby se dítě učilo uvědomovat si sebe samého, vede jej k aktivnímu překonávání životních stereotypů a učí se pochopit kulturu a umění jako jednu z důležitých součástí lidského bytí (RVP ZV, 2017).

Učivo v rámci hudební výchovy na 1. stupni je rozděleno do již výše zmíněných čtyř oblastí:

- **vokální činnosti**
 - žák se seznamuje s pěveckým a mluvním projevem, učí se různé pěvecké dovednosti (dýchání, výslovnost, nasazení a tvorbu tónu, dynamicky odlišený zpěv);
 - dále se seznamuje s hudebním rytmem – realizací písní ve 2/4, 3/4 a 4/4 taktu
 - učí se pojmy dvojhlas a vícehlas;

- intonace, vokální improvizace – diatonické postupy v durových a mollových tóninách;
- žáci se učí zachytit melodii písně pomocí jednoduchého grafického vyjádření (např. linky), seznamují se s pojmem nota jako grafický znak pro tón, rovněž zápis rytmu jednoduché písně, a co je to notový zápis - opora při realizaci písně;
- **instrumentální činnosti**
 - zásadní je hra na hudební nástroje – reprodukce motivů, témat, jednoduchých skladbiček pomocí jednoduchých hudebních nástrojů z Orffova instrumentáře;
 - rytmizace, melodizace a stylizace, hudební improvizace – učí se tvorbu předeher, meziher a doher, hudební doprovod, využívají se různé hudební hry;
 - záznam instrumentální melodie – žáci se učí číst a zapisovat rytmické schéma jednoduchého motivu či tématu instrumentální skladby;
- **hudebně pohybové činnosti**
 - seznamují se s taktováním, pohybovým doprovodem znějící hudby, využívají se taneční hry se zpěvem či jednoduché lidové tance;
 - pohybové vyjádření hudby a reakce na změny v proudu znějící hudby – pantomima a pohybová improvizace s využitím tanečních kroků;
 - učí se orientaci v prostoru – reprodukce pohybů prováděných při tanci či pohybových hrách;
- **poslechové činnosti**
 - učí se rozeznat kvality tónů – délku, sílu, barvu, výšku;
 - rozeznávají vztahy mezi tóny – souzvuk, akord;
 - seznamují se s hudebními výrazovými prostředky a hudebními prvky s výrazným sémantickým nábojem – rytmus, melodie, harmonie, barva, kontrast a gradace, pohyb melodie (melodie vzestupná a sestupná), zvukomalba, metrické, rytmické, dynamické, harmonické změny v hudebním proudu;
 - hudba vokální, instrumentální, vokálně instrumentální, lidský hlas a hudební nástroj
 - překládají se jim různé hudební styly a žánry – hudba taneční, pochodová, ukolébavka;
 - dále také hudební formy – malá písňová forma, velká písňová forma, rondo, variace;
 - učí se hudbu interpretovat – slovně vyjádřit - např. jaká je to hudba a proč je taková (RVP ZV, 2017).

Rámcový učební plán určuje minimální časovou dotaci oblasti Umění a kultura na 12 hodin v ročnících prvního stupně (RVP ZV, 2017).

Žáci se specifickými potřebami mohou být tedy vzdělávání v různých typech školských zařízení zřizovaných jako ucelený komplex, který zahrnuje zařízení typu školy mateřské, základní či základní školy speciální (dle novelizace školského zákona se jedná o školy zřízené dle §16 odst. 9). Často se přidružují i jiná školská zařízení pro výkon ústavní výchovy – dětský domov. Právě žákům, kteří byli vybráni do výzkumného šetření, byla nařízena ústavní výchova. Jelikož je dětský domov součástí daného komplexu, který byl vybrán pro realizaci diplomové práce, jsou i tito žáci vzdělávání dle programů výše zmíněných.

3 Muzikoterapie jako jedna z terapeutických přístupů využitelných v péči žáků s mentálním postižením

„Hudba velmi prospívá zdraví, když ji náležitě užíváme.“

(Pythagoras)

3.1 Jak hudba působí na naše tělo

Každý již od malička vnímáme zvuky, které se vyskytují okolo nás a je potřeba si uvědomovat, zda více či méně zasahují do našeho života. Může se jednat o zvuky, jež jsou lidskému uchu nepříjemné, avšak zvuk, který je vhodně zvolený propívá naší psychické i fyzické harmonii (Halpern, Lingerman, 2005). Jak uvádí i Marek (2003), ucho je nejen nástrojem pro vnímání zvuku, ale také orgánem rovnováhy, s čímž se ztotožňují i staří jogíni, kteří tvrdí, že sluch a rovnováha je spojena s duševní rovnováhou. Základem všeho je vytvoření si vztahu k daným zvukům či šumům, aby byly přijímány našim tělem. Každý člověk je však nastaven zcela jinak. Zvuky působící na jednoho člověka líbivě a uklidňujícím dojmem, mohou na druhého jedince působit zcela netečně či naopak nepříjemně. Tato skutečnost je však zcela přirozená. Nejen, že zvuk je vnímán sluchem, reaguje na něj také naše celé tělo. To je především dáno tím, že buňky našeho těla působí jako přijímače hluku, tudíž se při zachycení zvuku chvějí a jelikož dochází k danému procesu i pod prahem vědomého vnímání, může k takovým procesům docházet i v případě, že náš mozek informace vědomě nezpracovává. Příkladem je vnímání zvuku během spánku. Naše tělo slyší zvuk, avšak vědomě ho nemusí vnímat (Halpern, Lingerman, 2005). Vlastimil Marek (2003) uvádí, že pokud člověk chce, aby hudba nějakým způsobem působila na tělo, musí mít delší trvání. Z toho vyplývá, že aby se buňky harmonizovaly, potřebují nejen delší působení, s čím rovněž souvisí vyladění na jeden akord. Moderní hudba tento aspekt nesplňuje, neboť dochází k rychlému střídání akordů, tudíž nedojde k harmonizaci buněk. K výměně informací v neuronech dochází pouze tehdy, když je hudba v nepravidelném rytmu a v rámci frekvencí rozmanitá. Člověk dokáže sluchem pojmout až 1500 tonů. Problém je, že u klasických nástrojů, jako je například piano, není možné tolik tónů zaznamenat, tudíž je pro naše tělo vhodnější a člověk se raději uchyluje k nástrojům, které nejsou frekvenčně přesné. Mezi takové nástroje se řadí didgeridoo, či tibetské mísy.

Jelikož se hudba dotýká celého našeho těla, je možno říci, že tělo napodobuje tzv. rezonanční hudební nástroj, avšak ve zcela jiných parametrech, než u nástrojů obecně. Gerlichová (2017) uvádí, že v současnosti už díky různým zobrazovacím technikám lze zkoumat aktivitu mozku související s určitým druhem hudby, na který každé tělo reaguje zcela jinak. Nejenže tedy hudba ovlivňuje aktivitu mozku, působí také na změnu krevního tlaku, či zasahuje do změny napětí jednotlivých svalů. Díky hudbě se člověk může zbavit stresu, úzkostí či strachů, jež si v sobě jedinec nese. Hudba má i blahodárný vliv na svalový systém, paměť nebo zlepšuje soustředění. Nejvíce se daná skutečnost projeví na lidských emocích. Druh hudby může vést člověka ke zlepšení nálady, má zklidňující efekt, hudba smutná člověka vede k pochmurným náladám, které však jedinec někdy i vyhledává. V naší hlavě se dle druhu hudby vytváří nejrůznější emoce, jejichž podklad vychází buď z konkrétních představ (sluchových, zrakových apod.) nebo z reálného prožívání, vzpomínek a fantazií. Na základě toho se v mozku začínají tvořit hormony (serotonin a dopamin), jež mají značně vliv na vznik nálady jedince. Mozek zpracovává všechny zážitky, které jedinec prožívá, ať už jsou kladné, nebo záporné, ukládají se do paměťových stop, které se při podobné situaci aktivují. Je proto velmi důležité vytvořit si kladné návyky prospívající tělu a postupně jimi nahrazovat negativní stopy, které člověk v sobě má už zakotvené z minulosti (Gerlichová, 2017).

Velký vliv na naše zdraví má i způsob dýchání. To je dáno správným užitím bránice. Jestliže dýcháme pouze povrchně, tudíž nezapojujeme dostatečně hlavní dechový sval (bránici), má to vliv na aktivitu našeho mozku, který je na základě toho nedostatečně okysličován. Následkem této skutečnosti poté nastává únava a tělu to není ku prospěchu, proto je důležité se naučit správnému dýchání nejen při zpěvu, ale i při každodenních činnostech. Hudba vede jedince k pochopení nejen sebe samého, nýbrž k porozumění mezi lidmi. Aby mezi dvěma jedinci vznikl bližší vztah, tzn., dokázali se přiblížit jeden druhému, musí mezi nimi fungovat napojení, resp. naladění či vcítění se do vnímání světa druhé osoby. Jestliže se to lidem podaří, odstupuje zde skutečnost vzniku rozladěnosti ve vztazích, jež bývá vyvolána rozdílným naladěním do odlišné tóniny či jiného rozpoložení (Gerlichová, 2017).

3.2 Vymezení základních pojmů muzikoterapie

Jak je zmíněno již v názvu celé kapitoly, muzikoterapie spadá do oblasti terapeutických přístupů, jež jsou využívány v péči u osob s mentálním postižením. Není tomu však pouze tak, neboť její užití je uplatňováno u spousty jiných klientů. Jak uvádí i Holzer, Drlíčková (2012), **cílovou skupinou** jsou lidé z jakékoliv věkové skupiny, lidé z různé sociální vrstvy, či se zdravotním problémem, kteří potřebují speciální péči, ale též osoby zajímající se o seberozvíjení a zdokonalování svých kompetencí. Muzikoterapie se uplatňuje nejen u klientů, jež potřebují speciální péči, co se týká dětí navštěvující mateřskou a základní školu speciální. Je využitelná u osob s logopedickými problémy, dětí s autistickými projevy či u klientů s diagnózou ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou). Rovněž je uplatnitelná u pacientů psychiatrických léčen, nebo dlouhodobě nemocných. Muzikoterapie tudíž může být aplikována všude, kde je potřebná, kde je možné ji použít a neobjevují se zde žádné překážky znemožňující její použití. Muzikoterapie pomáhá lidem rozvíjet dovednosti, přizpůsobovat chování a překonávat překážky v životě (Wheeler, 2015).

Terapeutické přístupy, jak uvádí Valenta, Müller (2013), jsou určité postupy či jednání, jejichž cílem je odstranit nebo zmírnit potíže klienta, nalézt dané příčiny, které jedince omezují, vést jej ke změně jak už v prožívání, chování či například změně fyzického výkonu. Muzikoterapie spadá do tzv. **expresivních terapií**, jež jsou založeny na využívání výrazových uměleckých prostředků. Takový druh prostředků může mít podobu nejen hudební, ale může zasahovat do oblasti dramatické, literární, výtvarné či pohybové. Na základě toho, jakou podobu dané prostředky mají, se odvozují názvy terapeutických oborů (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

U nás je někdy používán pojem **arteterapie v širším významu**, který nahrazuje termín výše zmíněný, a to terapii expresivní. Právě předpona *art-*, *arte-*, která je součástí daného názvu, pochází z latinského slova *ars*, což zastupuje český termín umění. Může být však v rozporu s pojmem arteterapie, která se zaměřuje na využití výtvarných prostředků. V takovém případě je nutné specifikovat, že se jedná o **arteterapii v užším slova smyslu** (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Spojení pojmů muzikoterapie a umění je možné si povšimnout v publikaci od Valenty, Müllera (2013), kde je muzikoterapie chápána jako využití hudebního umění, prostřednictvím kterého dochází ke změně v chování, myšlení a emocí daných jedinců. Dle Gerlichové (2017) se jedná o terapeutickou disciplínu, jež je

prováděna vyškoleným muzikoterapeutem a k léčebným účelům využívá hudbu a jednotlivé hudební prvky.

Termín muzikoterapie je složen z řeckých a latinských slov. *Musica*, latinský termín, vyznačuje pojem hudba a slovo léčit, ošetřovat či pomáhat a starat se, pochází z řeckého termínu *therapia, therapeineio* (Linka, 1997; Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Může se tedy jednat o **léčbu hudbou**, jak již zmiňuje i Holzer, Drlíčková (2012). Avšak toto objasnění termínu muzikoterapie dle něj není jediného druhu, jelikož v něm není přesně stanoven klient, který by byl léčen ani jednotlivé postupy, či příčiny, které by právě vedly k nastolení dané terapie. Může být považován pouze za základní definici daného pojmu. Druhý pohled na muzikoterapii souvisí s naším osobním pochopením a nahlížením na danou problematiku. Nejen že pracuje s osobní zkušeností s danou terapií, ale jedná se i v podstatě o určitý vzorec, pod kterým si muzikoterapii od prvopočátku představujeme, prožíváme, realizujeme a vykládáme. Tento pohled se od prvního objasnění liší, avšak je velmi potřebné k pochopení celostní muzikoterapie metody Lubomíra Holzera. Posledním náhledem na termín muzikoterapie je pohled na původ této disciplíny. Jde tedy o pohled na přírodní národy, jež si dodnes, i přes působení jiných kultur, uchovaly své tradice (Holzer, Drlíčková, 2012).

Muzikoterapie je rozvíjena na základě vztahu s vědními obory, které se vzájemně ovlivňují a určují základní znaky důležité pro vznik nejen muzikoterapeutické teorie, ale také praxe. Zeleiová (2007) uvádí, že se jedná o obory hudebních věd, kam se řadí např. hudební pedagogika, hudební psychologie, akustika, teorie apod. Dále je ve vzájemné interakci s vědami psychologickými, medicínskými, psychiatrickými či pedagogikou (Zeleiová, 2007; Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

V publikaci *Základy muzikoterapie* (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009) Kantor zmiňuje **charakteristické rysy** terapie. Uvádí, že se v muzikoterapii užívá hudební zkušenost, jež může obsahovat hudbu, či pouhý zvuk. V rámci této terapie se nehodnotí u klienta hudební vzdělání nebo zkušenost s hudbou z předešlých let a je především založena na vzájemném vztahu klienta a terapeuta kvalifikovaném v daném oboru. Muzikoterapie se užívá k naplnění veškerých potřeb klientů, které mohou být reprezentovány potřebou tělesnou, emocionální, či sociální a je aplikována u klientů nejrůznější věkové skupiny. Zastřešuje širokou vrstvu

populace - není tudíž ani omezena určitou skupinou osob daného sociálního zázemí nebo specifických potřeb či schopností.

Vymezit přesně definici muzikoterapie je velmi složité, neboť neustále dochází k modifikacím daného termínu a taktéž každý autor do ní vkládá subjektivní a individuální pohled. Beníčková (2017) uvádí, že díky interdisciplinární povaze muzikoterapie lze tuto terapii využít nejen ve školství, ale také v sociální či zdravotní oblasti. Jelikož je muzikoterapie velmi široký obor, je obtížné jej vystihnout v pár slovech. Odborníci u nás ale i v zahraničí se snaží sjednotit terminologii, udělat si představu o oboru jak v tuzemsku, tak o muzikoterapii v jiných státech. Propojení jednotlivých zkušeností muzikoterapeutů po celém světě by bylo přínosem pro zavedení dané definice. Z této skutečnosti vyplývá fakt, že nejen studenti, nýbrž i další zájemci o tuto oblast se sdružují v různých asociacích po celém světě. Jedinou asociací spojující zájemce uměleckých terapií u nás je **Mezinárodní asociace uměleckých terapií (MAUT)**¹⁴. MAUT je konfederace, která vznikla na základě umělecko-terapeutických profesí. Dalším důvodem vzniku bylo zkvalitnění jednotlivých služeb či ukotvení terapií v legislativě, což dodnes v tuzemsku schází, jak uvádí i níže zmíněná **Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA)**.¹⁵ U nás se muzikoterapie provádí pouze jako doplňující prvek jiných profesí – speciální pedagogiky, hudební pedagogiky (rozdělení dle rezortů), na rozdíl od států, jež jsou členy Evropské unie, kde jsou muzikoterapeuti chápáni jako samostatná profese (CZMTA, 2019). Rovněž na mezinárodním měřítku je třeba zmínit **Světovou federaci muzikoterapie (WFMT)**, nebo **Evropskou konfederaci muzikoterapie (EMCT)**, jež **CZMTA** je platným členem (MAUT, 2015; Lipský, 2011). Světová federace muzikoterapie definuje, že muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích prvků jako intervence v lékařských, vzdělávacích a každodenních prostředích s jednotlivci, skupinami, rodinami nebo komunitami, čímž usilují o optimalizaci své kvality života a zlepšují své fyzické, sociální, komunikativní, emoční, duševní a duchovní zdraví a blahobyt. Výzkum, praxe, vzdělávání a klinická příprava v oblasti muzikoterapie jsou založeny na odborných standardech podle kulturních, společenských a politických kontextů (WFMT, 2017).

¹⁴ Více informací ohledně asociace MAUT dostupné z: <https://www.maut.cz/>.

¹⁵ Informace k Muzikoterapeutické asociaci České republiky jsou dostupné z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie/vyuziti-muzikoterapie>.

Ne každý člověk může provádět muzikoterapii jako takovou. Zeleiová (2007) popisuje muzikoterapeuta jako školeného odborníka, který vlastní určité odborné kompetence, ale i osobnostní, jež zahrnují zkušenost, intuici, empatii a flexibilitu. Právě mezi odborné kompetence Kantor, Lipský, Weber a kol. (2009) řadí vzdělávací programy, které existují v součinnosti jednotlivých muzikoterapeutických asociací. Kurzy celostní muzikoterapie se provádí v rámci celoživotního vzdělávání FF UP v Olomouci (Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci) (dostupné z: <http://muzikoterapie.upol.cz/>). V zahraničí je možno studovat muzikoterapii rovněž na univerzitách v několika státech USA (Goodman, 2011). Právě v USA byla započata profese muzikoterapeutů v 50. letech 20. století. Muzikoterapie se rozrostla v dynamickou, stále se rozšiřující formu péče o zdraví ve vzdělávacích, nemocničních, psychiatrických a soukromých zařízeních (Wheeler, 2015).

3.3 Cíl muzikoterapie

U osob se zdravotním postižením je užívaná muzikoterapie jako podpůrná terapie ve spolupráci jak s jinými terapeutickými přístupy, tak přístupy výchovně vzdělávacího procesu. Zeleiová (2007) tvrdí, že nejobecnější cíl muzikoterapeutického procesu je posílit či znovuobnovit zdraví klienta. **Cíle** terapie, v kapitole Muzikoterapie od Mastnaka a Kantora (Müller a kol., 2014), se u výše zmíněné klientely dělí na cíle obecné a cíle specifické, avšak jednotlivé cíle se navzájem doplňují a prolínají.

Obecné cíle se zaměřují na vytvoření vztahu, jenž bude stabilní z hlediska emocí, rovněž podporují silné stránky klienta, snaží se naplnit jejich psychosociální potřeby a vede je k pozitivnímu vnímání sebe samého. I přesto, že primárním cílem terapie není rozvoj hudebních schopností, k obecným cílům se zařazují, neboť představují významný vedlejší produkt muzikoterapeutického procesu (tamtéž).

Specifické cíle souvisí s narušením struktur člověka, co do psychické i fyzické stránky. Funkce, jež jsou omezeny na základě daného pojetí, ovlivňují funkční schopnosti klienta a zasahují do jeho životních aktivit, jež při nedostatku kompenzace stupňují závažnost klientova postižení. Tyto cíle jsou základem rehabilitačního procesu, který může být pojat ze dvou hledisek, a to terapeutického (kde se do popředí dostává snaha rozvíjet postižené funkce, případně využít zbytky funkcí a jejich potenciálů) či pojetí kompenzačního (mající za hlavní cíl zapojit klienta do smysluplných aktivit pomocí kompenzačních mechanismů) (tamtéž).

Každá terapie by měla mít pozitivní přínos nejen pro klienta, ale i pro jeho okolí a cíle, které jsou stanoveny v rámci terapie, se především zaměřují na zvýšení kvality života daného klienta. **Cíle u osob s mentálním postižením** se především zaměřují na orientaci v prostředí a na snahu o zlepšení komunikace v daném okolí. S tím souvisí i zaměření se na nácvik dovedností z hlediska slovní zásoby, srozumitelnosti verbálního projevu a motoriky jako celku. Snaží se klienty vést k navození zájmu o osoby v jeho okolí a odstraňovat nežádoucí chování, které se u člověka s mentálním postižením, v cizím prostředí, objevují poměrně často (Müller a kol., 2014).

3.4 Metody a formy muzikoterapie

Muzikoterapie, jakožto jedna ze součástí terapií expresivně laděných, se může dělit dle různých hledisek. Edwards (2016) rovněž tvrdí, že veškerý muzikoterapeutický proces využívá hudbu různými způsoby závisící na kontextu a potřebách jedince. Hudba může být tvořena dvěma způsoby. Buď nastane taková situace, kdy je hudba rozdělena mezi terapeuta a klienta, nebo sám klient či terapeut se ujme sólového přednesu a ostatní účastníci procesu pouze poslouchají. Jedním z hledisek je dělení muzikoterapie dle **účasti klienta** na muzikoterapeutickém procesu. Zde se vyčleňuje muzikoterapie **aktivní** a **receptivní** (Pipeková, Vítková a kol., 2001).

Aktivní muzikoterapie je soustředěna na aktivní hudební tvorbu. Základem je projev nejen vokální - zpěv¹⁶, ale i instrumentální, jež je charakterizován hrou na tělo, vyťukáváním rytmu, či hrou na hudební nástroj. Valenta, Müller (2013) uvádí, že do aktivní muzikoterapie se také řadí projev řečový, dramatický, výtvarný. V dané kategorii se tudíž jedná o aktivní zapojení jedince do muzikoterapeutického procesu, avšak hlavní složkou je neustále muzikoterapeut, jež celý proces řídí. I když se zde objevují i jiné prvky jednotlivých forem, vždy výsledný proces záleží na výběru metod a hudebních nástrojů. Nástroje, jež jsou vyznačovány svým jednoduchým použitím, jsou nástroje rytmického rázu, mezi které se řadí různé bubny, chřestidla – tzv. perkuse. Nesmí být však opomenuty gongy, tibetské mísy,

¹⁶ Při zpěvu se tóny a hlásky spojují do jednoho celku. Až v případě, kdy člověk intenzivně bude procvičovat tuto stránku, dojde ke spojení obou směrů, které jsou navzájem v protikladu, a vznikne ideál zpěvu. Existuje terapie pouze zpěvem, o jejichž podrobnostech je možné se dočíst v publikaci Felber, Reinhold, Stückert (2005).

různé zvonky či pravěké hudební nástroje. Zpěv, který byl již zmíněn výše, je považován za nejjednodušší hudební nástroj. Je velmi důležité uvolnit hlasivky a u klienta odstranit jednotlivé bloky. S tím velmi souvisí uvolnění čaker – především čakra pátá, bez které hlasivky fungovat nebudou (Holzer, Drlíčková, 2012). V aktivní muzikoterapii, jež podotýká i Linka (1997), se klade důraz na terapeutické zájmy a až na druhém místě se hodnotí umělecká hodnota podaného výkonu. Valenta, Müller (2013) zmiňují hlavní **metody** aktivní muzikoterapie, ke kterým patří:

hudební improvizace

- jedná se o spontánní projev jedince umožňující přirozené vyjadřování; hlavním úkolem muzikoterapeuta, jak uvádí Kantor, Lipský, Weber a kol. (2009), je pomoci klientovi vytvořit klidné a příjemné prostředí. Hudební improvizace může mít podobu strukturovanou, pouze do určité míry, taky připravenou či nepřipravenou;

hudební interpretace

- znamená reprodukci hudby, kterou klient zná, pomáhá klientům se zbavit pocitu strachu a snižuje úzkost, řadí se zde také aktivity či hry, v nichž je klientovi přisouzena určitá role, nebo chování, které musí ztvárnit. Nejedná se, jak zmiňuje i Kantor, Lipský, Weber a kol. (2009) pouze o interpretaci hudby, ale představuje způsob práce, který je velmi kreativní;

zpěv písní

- má vliv na psychiku člověka, pomáhá při odreagování se a může být užit jako vhodný prostředek pro společenský styk. Klient se dle Kantora, Lipského, Webera a kol. (2009) účastní také zpívání podle různých gest či výuky melodií. Právě zpěv pomáhá zlepšit artikulaci řeči, zasahuje také do kontroly dechu či rytmu řeči;

psaní písní a kompozice hudby

- je metoda, která posiluje sebeuvědomění, seberealizaci. Může být užita jako vhodný prostředek při spolupráci ve skupině;

hudební vystoupení.

Druhou složkou dělení dle účasti klienta je muzikoterapie **receptivní (pasivní)**, jejíž hlavní dominantou je poslech živé či reprodukované hudby. Tato forma, jak uvádí i Holzer, Drlíčková (2012), je používána jako forma pasivně relaxační. Terapeut se ujímá

hlavní role – hraje na hudební nástroj, zpívá, vytváří celkovou atmosféru procesu muzikoterapie. Délka muzikoterapeutického procesu pasivní formy je závislá na schopnostech terapeuta a také předpokladech (typech) účastníků daného procesu. Při pasivní formě muzikoterapie se klient nachází v relaxační poloze - v leže na zádech, nicméně poloha na břiše není vyloučena. Vždy se musí vycházet z potřeb klienta a dbát na jeho pohodlí (Pipeková, Vítková a kol., 2001; Holzer, Drlíčková, 2012; Valenta, Müller, 2013).

Stejné dělení zastává i Wheeler (2015) kdy aktivní metody definuje tak, že sám klient pracuje s hudbou. Receptivní metody znamenají, že klient přijímá hudbu obecně prostřednictvím nějaké formy poslechu.

Další formou muzikoterapeutického procesu, je dělení na **individuální** a **skupinovou** formu. Může být však využita i forma **hromadná**, které jak uvádí Zeleiová (2007), je využito v rámci společenského vystoupení. Zahrnuje počet účastníků přesahující počet třicet.

Individuální forma je založena na spolupráci klienta a terapeuta. V průběhu terapie se postupuje dle klientových potřeb, závisí tedy na jeho dynamice. Tato forma je vhodná pro klienty s těžkým stupněm autismu, nebo kombinovaným postižením (Linka, 1997; Zeleiová, 2007; Müller a kol., 2014).

Skupinová forma je založena především na výborném vědění terapeuta co do znalosti dynamiky skupiny. Terapeut také musí vycházet z daných specifík vystupujících z diagnostiky klientů. Jedná se o vytvořenou skupinu v rozsahu 5-12 členů (Linka, 1997; Zeleiová, 2007; Müller a kol., 2014).

V zahraniční literatuře se můžeme setkat s rozdílným chápáním metod a technik užívaných v muzikoterapii. Goodman (2011) chápe zmíněné metody jako ucelený plán, jež právě slouží k vytvoření daného muzikoterapeutického sezení. Zde by se mohlo užít např. skládání písní, improvizace, nejen pohyb, ale i relaxační a hlasová cvičení. Z jeho pohledu je technikami chápán nejen způsob řízení, rovněž i usnadňování či vypořádávání se s metodami. Zde autor zmiňuje modelaci, pohybovou synchronizaci i pobízení či slovní konfrontaci.

3.4.1 Metoda Lubomíra Holzera – celostní muzikoterapie

Praktická část diplomové práce bude realizována na škole, kde se tato metoda využívá, proto se následující podkapitola bude věnovat právě této problematice.

Muzikoterapie se využívá nejen v oblasti zdravotnické v souvislosti s psychoterapií¹⁷, ale je možno ji využít i v oblasti pedagogické. Jak už vypovídá název celé kapitoly, celostní muzikoterapie se zaměřuje na nahlížení na jedince jako celku. Tím je jedinec chápán jako osoba, jež se skládá z určitých částí, a to fyzického těla, jehož součástí je neoddělitelně lidská psychika. Rovněž se lidská bytost skládá z emoční části, která je právě považována za zdroj oblasti psychické. Energetická těla jsou dalšími částmi celku. Jedná se o energetický systém složený z energetického obalu člověka – aura, energetického těla, která jsou nastavena na různé vibrační úrovně a v neposlední řadě i energetické centrum – čakry. Nesmí být také opomenut energetický kanál a energetické dráhy – meridiány. Tento systém je používán čínskou medicínou už po dobu pěti tisíc let. Není jedinou medicínou, jež výše zmíněný energetický systém užívá. Ajurvédská indická medicína či lámaistická tibetská medicína jsou dalšími z uživatelů daného systému. Neopomenutelnou součástí celku lidské bytosti je duše, která v různých přístupech bývá opomíjena, na rozdíl právě od přístupu celostní muzikoterapie. Zaměřuje se na vnímání mimosmyslové i nadmyslové a nejenže pracuje s energetickým polem lidských bytostí v součinnosti s energetickým polem Země, ale taktéž využívá energii přírody. Dostává se až do oblasti lidské duše, ale i univerzálního ducha – veškerého jsoucna. Metody na tomto podkladu se projevují v oblasti smyslového vnímání. Právě oblast smyslového vnímání je základem pro možnost dostat se do oblasti nadmyslové či metafyzické. Jedná se tedy o metodu, která je holistická, neverbální, nevyužívají se žádná farmaka a jedná se o terapii pravoemisférovou (Holzer, Drlíčková, 2012).

Pro aplikaci celostní muzikoterapie metodou Lubomíra Holzera je nutné dodržovat **pět východisek**. Prvním východiskem je **dodržování aplikace přirozených hudebních jevů** – rytmus, metrum, tempo. V oblasti melodického jevu se jedná o melodii, zvukovou barevnost a sílu zvuku. První východisko je spojeno s přirozeným laděním, jehož zdrojem jsou alikvótní

¹⁷ Mezi jednotlivé přístupy muzikoterapie související s využitím v psychoterapii se řadí psychodynamický přístup, muzikoterapie psychoanalytická, muzikoterapie analytická, behaviorální přístup, kognitivně-behaviorální přístup či muzikoterapie a transakční analýza a další. Podrobnějšího popisu jednotlivých přístupů se lze dočíst v publikaci Kantor, Lipský, Weber a kol. (2009).

tónové řady a přirozené rytmy, jež vstupují do popředí již mnoho let. Druhým aspektem je **využití výhradně akustických hudebních nástrojů** – etnické, lidové, pravěké a starověké hudební nástroje vyráběné ručně a mající přirozené ladění (Holzer, Drlíčková, 2012). Mezi často používané nástroje patří například buben djembé. Bubny jsou velmi jednoduchými nástroji vyrobenými těsným natažením tenké kůže nebo membrány přes jednoduchý rám. Zvuk vzniká úderem prstů nebo celou dlaní do napnuté kůže. Na základě toho dojde k vibraci napnuté kůže a současným působením vibrací a vzduchu vznikají zvukové vibrační vlny (Beating the drum, 2018). Tibetské mísy jsou rovněž často užívány v muzikoterapeutickém procesu. Tyto misky mají velmi specifický tvar a rozměr. Pokud je miska naplněna správným množstvím vody a se správným přitlakem pomocí paličky po straně mísy přeneše se vibrace na vodu uvnitř a začne vytvářet tzv. vodní fontánu doprovázenou zvukem tibetské mísy (Jansen, 2004). Nástroje didgeridoo¹⁸ či perkusivní nástroje¹⁹ jsou hodně v muzikoterapii užívány. **Využívání vibračního, hrdelního a alikvótního hlasu** je třetím východiskem aplikace dané metody. Jedná se o užití technik zpěvu, které pocházejí z moravské hudby, z hudby přírodních národů. Čtvrté východisko pracuje s možností přesunu do **nadsmyslového vnímání** a páté východisko to dále rozpracovává. Zaměřuje se na kooperaci **smyslového, mimosmyslového a nadsmyslového vnímání** (Holzer, Drlíčková, 2012).

Muzikoterapeut užívající tuto metodu neustále využívá metodu **volné improvizace** (intuitivní hudby), tedy nachází se v situaci přímé tvorby, která se značně odlišuje od běžné improvizace tím, že muzikoterapeut pouze dopředu ví, jaké nástroje použije v daný okamžik a může jen užívat jednotlivé kombinace více nástrojů a zpěvu. V této metodě se také nevyužívají žádné textové písně, je založena pouze na užití a produkci vlastních zvuků, které jsou vytvořeny pomocí samohlásek (vokálů). Základní muzikoterapeutickou řadou je užití samohlásek é, ó, í, ú, á, m. Právě souhláska m je důležitá, neboť ukončuje řadu samohlásek. Toto uskupení samohlásek odpovídá čakrám lidského těla nacházející se v oblasti hlavy a rovněž páteře. Tento přístup muzikoterapie se vyznačuje užitím alikvótní řady. Zvuk je složen z jednotlivých alikvótních tónů. Ten vždy zní se základním tónem, na základě kterého zjišťujeme výšku tónu. Přirozená alikvótní řada vznikne na základě souznění základního tónu a ostatních okolních tónů. Základní řada se skládá z šestnácti tónů. Holzer, Drlíčková (2012)

¹⁸ Více informací o nástroji didgeridoo a hře na tento nástroj je možné nalézt v publikaci Schellberg (1997).

¹⁹ S těmito nástroji je možné se setkat například v publikaci Kalani (2008).

uvádí základní řadu od tónu **C**: C – C – G – c – e – g – b – c – d – e – fis – g – as – b – h – c, neboť právě s těmito alikvótními tóny daná metoda pracuje. Jedním z parametrů, který je nezbytný zmínit právě s danými alikvótními tóny, je ladění, neboť pro muzikoterapii je vhodnější využívat nižší výšku komorního $a_1 = 426,7 - 432$ Hz, přičemž běžné ladění je ve vyšších tónech $a_1 = 440 - 446$ Hz.

Techniky celostní muzikoterapie vychází vždy z potřeb klientů, také závisí na složení skupiny a jsou realizovány pomocí postupů, jež může muzikoterapeut kombinovat a jednotlivě rozvíjet. Součástí každé techniky je terapie (u muzikoterapeuta může nastat autoterapie), diagnostika a zároveň metodika i edukace. Jednotlivé formy se i u celostní muzikoterapie dělí na pasivní a aktivní. Do **pasivních**, čili prožitkových technik, se dle Holzera, Drlíčkové (2012) řadí:

- skupinová pasivní muzikoterapeutická relaxace;
- individuální pasivní muzikoterapie;
- individuální pasivní muzikoterapie, forma „Skupinový muzikoterapeut – klient“ vokální tibetská mísa;
- vokální iglú;
- vokální tunel;
- vokální technika s použitím tibetských mís;
- didgeridoo sprcha;
- bubnová koupel
- šamanský skupinový buben s muzikoterapeutickým zpěvem;
- technika probubnování šamanským bubnem;
- řízený autogenní trénink s doprovodem dešťové hole;
- muzikoterapeutická meditace.

Aktivní techniky představuje rovněž Holzer, Drlíčková (2012) následovně:

- technika skupinového bubnování na bubny djembe, varianta se zpěvem;
- skupinové bubnování na šamanský buben se zpěvem;
- technika skupinového zpěvu a varianty;
- technika skupinové hry na tibetské mísy;
- skupinový zpěv s tibetskými mísami;

- muzikoterapeutický orchestr;
- skupinová hra na perkuse se zpěvem.

V rámci CMLH se vyčleňují i kombinované, složené techniky, kde se střídají pasivní a aktivní formy muzikoterapie, jež vznikají vždy na podkladu dané muzikoterapeutické situace, která je nastolena (Holzer, Drlíčková, 2012).

3.5 Prvky muzikoterapie

I přesto, že termín muzikoterapie nelze úplně ztotožňovat s termínem léčba hudbou²⁰, užívá pro naplnění stanovených cílů v daném procesu jednotlivé prvky hudby. Každý zvuk má jednotlivé základní vlastnosti, a to **barvu, sílu, výšku i délku**, které jsou v hudbě realizovány pomocí **rytmu, melodie a harmonie** (Kantor, Lipský Weber a kol., 2009; Valenta, Müller, 2013).

Barva zvuku

Díky barvě lidské ucho dokáže rozpoznat nejen zvuky různých hudebních nástrojů, ale pomocí ní dokáže odlišit jednotlivé hlasy lidí. Právě tato vlastnost hudby je považována za tu nejdůležitější nejen pro to, že už dítě v prenatálním období dokáže rozlišovat hlasy a zvuky okolí na základě jejich odlišných barev. Právě odlišnosti v barvách zvuku u dítěte iniciuje zvědavost po něčem novém, co nezná. Spousta klientů inklinuje k určitému druhu barvy, což se potom projevuje i opakovaným výběrem hudebního nástroje v muzikoterapeutickém procesu (Kantor, Lipský Weber a kol., 2009).

Síla zvuku

Vlastnost zvaná síla zvuku souvisí s energií zvukového zdroje. Síla zvuku závisí na množství energie, která je v daný okamžik vynaložena. Tak jako se říká, že nadměrná síla zvuku je škodlivá, tak rovněž absolutní ticho má neblahé účinky na lidské tělo. Může totiž

²⁰ Tato problematika je probrána v kapitole 3.1 Vymezení základních pojmů muzikoterapie.

vyvolávat psychické poruchy, jež mohou být spojovány i s monotónními zvuky, proto je důležité, aby člověku byly poskytovány zvuky, které mění svou akustickou informaci (Kantor, Lipský Weber a kol., 2009).

Výška tónů

Lidské ucho je schopno pojmout zvuk nacházející se v rozmezí 16 Hz – 20 000 Hz. V průběhu věku se však výška tónu snižuje (tamtéž).

Délka tónů a tempo

Délka tónu vyjadřuje tempo skladby. Dlouhé tóny jsou charakteristické pro skladby pomalého tempa a opačně. Délka a tempo jsou veličiny, jež mají mezi sebou úzký vztah (tamtéž).

Rytmus

Rytmus v hudbě se vztahuje k určitým kulturním znakům. Může být v hudbě zastoupen samostatně, či s přidružením melodie a harmonie. Rytmus má nejen hudební podobu, ale rovněž je zastoupen v podobě nehudební, jež se dle Kantora, Lipského, Webera a kol. (2009) vztahuje např. k rytmu buněk uvnitř organismu, nebo je ztotožňován s rytmem činnosti srdce. Díky svému širokému zastoupení je rytmus v muzikoterapeutickém procesu považován za základní prostředek, neboť skoro každý člověk je schopen tvořit hudbu a rytmus pomocí perkusivních nástrojů (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

Melodie

Na rozdíl od rytmu, je melodie úzce spojena s vyjadřováním emocí a díky tomu si člověk dokáže vybavit různou melodii dle svého momentálního naladění (tamtéž).

Harmonie

Poslední vlastností zvuku je harmonie, jež je považována za nejsložitější součást hudebního projevu. Harmonie je postavena na současném znění dvou či více tónů a z hlediska libozvučnosti má dvě varianty. Pokud se jedná o libozvučný zvuk, který uvolňuje napětí v člověku, hovoří se o tzv. konsonanci. Opakem je disonance, jež zastupuje zvuk vyvolávající napětí svou nelibozvučností (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Mimo jiné Krček (2008)

dále uvádí, že se jedná o možnost užití tónů dur či moll, nebo o dominantu a tóniku²¹. S harmonií se člověk setkává až od 11. století, jelikož předtím převažovala hudba jednohlasá.

3.6 Vliv muzikoterapie na klienty s mentálním postižením

Muzikoterapie u dětí s mentálním postižením má blahodárny vliv v oblasti adaptační schopnosti daných klientů. Rovněž zasahuje nejen do oblasti seberealizace, samostatnosti, ale také do oblasti osvojování si různých vědomostí. U klientů s mentálním postižením je nejvíce využíváno strukturovaného modelu, jelikož právě daný model umožňuje klientovi lépe se orientovat v daných situacích a má kladný vliv na paměť, kdy v rámci muzikoterapeutického procesu si klient na základě určité struktury a při opakování jednotlivých částí dokáže zafixovat dovednosti, které si již postupně osvojuje. Avšak improvizací model nesmí být opomenut, a to z důvodu podpory vývoje klienta, díky spontánní aktivitě, kterou v procesu zastává. Při každé práci s klientem s mentálním postižením, člověk, který s ním pracuje, musí vycházet z jeho individuálních potřeb a musí respektovat jeho chronologický i mentální věk. Každá aktivita vybraná pro daný proces musí vycházet z klientových možností. Je tedy naprosto vyloučené zvolit terapeutickou aktivitu přesahující klientovu mentální úroveň. Užití hudby u této klientely má kladný vliv na kognitivní procesy. Pomáhá při osvojování vědomostí a dovedností. Právě rytmus a melodie má za následek aktivizaci více mozkových struktur při učení a rovněž pomáhá a usnadňuje jedincům zapamatovat si nové pojmy. Jedinci s mentálním postižením mají rádi opakování písní, jež je nutno pro zapamatování informací v textech jednotlivých písní. Hudba kladně působí i na pozornost klientů, která je též zlepšena (Müller a kol., 2014).

Jak uvádí Valenta, Müller (2013), u dětí s mentálním postižením je považována aktivní forma muzikoterapie za vhodnou formu. Ale své místo má i forma receptivní, jež je nejvíce užívána u nejtěžších stupňů mentálního postižení. To však, jak bude vycházet z praktické části diplomové práce, není jediná klientela, neboť právě relaxace, řazená v hodinách muzikoterapie s dětmi s lehkým i středně těžkým postižením na dané škole, byla vždy velmi oblíbenou aktivitou.

²¹ Podrobnější vysvětlení těchto pojmů se uvádí v publikaci Krček (2008).

II Praktická část

4 Vliv muzikoterapie v edukačním procesu u žáků s mentálním postižením na základní škole a základní škole speciální

Praktická část diplomové práce se zaměřuje na popis cílů a metod, jež byly použity při zkoumání daného aspektu. Dále je zde popsána charakteristika školy, kde je práce realizována a rovněž výběr sledovaného vzorku. Nástroje využívající v hodinách muzikoterapie jsou umístěny v přílohách diplomové práce. Výzkum byl realizován od listopadu 2017 do února 2019.

4.1 Cíle a metody práce použité ve výzkumné části

Praktická část práce je tedy zaměřena na užití muzikoterapie v edukačním procesu u žáků s mentálním postižením. Byla realizována v konkrétní instituci, jež je komplexem školy základní a základní školy speciální. Orientuje se na psychické zvláštnosti žáků s mentálním postižením jak lehkého stupně, tak i stupně středního, při užití prvků muzikoterapie.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má muzikoterapie na psychické složky osobnosti jedince s postižením. **Dílními cíli** bylo prozkoumat, jestli muzikoterapie ovlivňuje i motoriku jedinců a jak působí na jejich emoce. Poslední, dílní cíl, jež byl stanoven, se zaměřuje na aspekt, zda se chování dětí v průběhu muzikoterapie mění a je vidět značný rozdíl před a po hodině muzikoterapeutického působení.

Výzkumné otázky, jež byly stanoveny pro realizaci dané práce, jsou následující:

Hlavní výzkumná otázka:

- Má muzikoterapie vliv na složky osobnosti jedince s mentálním postižením?

Vedlejší výzkumné otázky:

- Ovlivňuje muzikoterapie motoriku dětí s mentálním postižením?
- Ovlivňuje využití muzikoterapie emoce jedinců s mentálním postižením?

- Má muzikoterapie vliv na řeč jedinců s mentálním postižením?
- Je chování dětí před a po hodině muzikoterapie rozdílné?

Právě z důsledku dané problematiky vyplývá, že byl použit kvalitativní výzkum, při němž byly aplikovány různé druhy metod. Za hlavní metodu bylo zvoleno **pozorování**, důraz byl kladen i na **rozhovor**, který byl veden s pedagožkou a muzikoterapeutkou a doplňuje informace, jež z pozorování nebyly zcela znatelné. Součástí výzkumu je rovněž studium dokumentace žáků, které slouží k vytvoření **kazuistických studií**.

Na **kvalitativní výzkum** existuje mnoho pohledů. Dle Hendla (2012) může být kvalitativní výzkum pouze součástí výzkumu kvantitativního, jež ho doplňuje. Na druhou stranu, někteří metodologové jej považují jako opak k výzkumu kvalitativnímu. Postupem času se tato forma výzkumu zařadila jako rovnocenná k ostatním formám. Jelikož během kvalitativního výzkumu je možné výzkumné otázky obměňovat nebo doplňovat, je tato forma výzkumu občas chápána za velmi flexibilní typ. Na základě toho lze upravovat původně vytvořený výzkumný plán a pokračovat ve sběru dat. Ten probíhá v delším časovém úseku.

Pomocí osobních **případových studií**, **pozorování** a **rozhovoru** byly nalezeny odpovědi na výše zmíněné výzkumné otázky. Právě tyto metody byly nápomocny k získání daných informací zkoumaného jevu. K vytvoření případových studií bylo nutno získat dokumentaci žáků. Veškeré anamnestické údaje, jež jsou v diplomové práci použity, byly podmíněny schválením ředitelky školy. Pro zachování osobní identity budou proto z případových studií vymazány osobní údaje.

Pojem **kazuistika (případová studie)**, pocházející z latinského slova *casus*, označující význam *případ*, byl původně používán v oblasti filozofie, teologie a v oblasti právní. Dnes je tento pojem užíván nejen v medicíně, ale také v pedagogice a sociologii, a to především k deskripci případů, jež jsou neobvyklé či nějakým způsobem zajímavé. Jedná se o neexperimentální metodu, mezi níž se řadí i strukturované pozorování, rozhovor a dotazník (Musilová, 2003). Jak uvádí Valenta, Müller (2013), kazuistika zahrnuje nejen osobní a rodinnou anamnézu. Součástí je i diagnóza, prognóza, intervence a její průběh. Tito autoři také vymezují pojetí kazuistiky ve speciální pedagogice, která je založena na důsledném prostudování všech odborných materiálů vztahující se k jedinci s postižením. Diplomová práce uvádí čtyři případové studie žáků, vzdělávající se v dané instituci, jejichž podrobná

charakteristika bude zmíněna níže. Protože se jedná o děti s nařízenou ústavní výchovou, nebylo možné zjistit podrobné informace o porodu pro vytvoření úplné kazuistiky.

Metoda **pozorování** je nejpoužívanější metodou v kvalitativním výzkumu. Pomocí něho se výzkumník snaží poznat, pochopit a popsat jedince či prostředí. Pro realizaci diplomové práce bylo vybráno **nestrukturované pozorování**, při němž se nepoužívají žádné pozorovací systémy ani hodnotící škály. Na základě toho je umožněno výzkumníkovi pružně reagovat na dané situace dějící se v pozorovaném prostředí (Gavora, 2010). Byl rovněž použit druh **zúčastněného pozorování**, jež se řadí mezi nejdůležitější metodu kvalitativního výzkumu. Díky němu je umožněn popis celého děje, zároveň sleduje, kdo nebo co se podílí na daném procesu (Hendl, 2012). Švaříček, Šedová a kol. (2014) uvádí, že zúčastněné pozorování je v podstatě sledování aktivit v přímém zkoumaném terénu, které je dlouhodobé a systematické. Cílem tohoto typu pozorování je nalezení či reprezentování sociálního života a procesu. Součástí pozorování je zprostředkovat objevené informace čtenáři. Úlohou pozorovatele tedy není pouze pozorování a bádání, ale také účast při aktivitách, jež však sám neinicuje. Jedná se rovněž o **skryté pozorování**. Tento druh pozorování je postaven na základě neinformovanosti jedince, jež je pozorován. Diplomová práce uvádí jednotlivé hodiny muzikoterapie, které byly předmětem pozorování a jsou v práci uvedené s konkrétním datem pozorování. V rámci této části práce popisuje průběh dané hodiny, nástroje, jež byly v procesu využity a také reakce dětí v průběhu celé hodiny muzikoterapie. Výsledky pozorování byly po každé hodině zapisovány vyprávěcím způsobem – tzv. izomorfní deskripcí.

Rozhovor je v případě práce pouze doplňkovou metodou, jež má za cíl zpřesnit informace týkající se jednotlivých dětí z pohledu muzikoterapeutky a pedagožek. Propojení rozhovoru a pozorování uvádí i Švaříček, Šedová a kol. (2014), kteří zmiňují, že pro začínajícího badatele je velmi obtížné z počátku vše správně zaznamenat a zapamatovat si veškeré informace.

4.2 Charakteristika zařízení a sledovaného výzkumného vzorku

Diplomová práce byla realizována v instituci, jež sdružuje nejen **základní školu**, ale také **základní školu speciální**. Součástí je i **praktická škola, dětský domov a mateřská škola**, která však sídlí v jiné městské části. Nechybí zde ani **přípravný stupeň** základní školy

speciální. Jedná se tedy o komplex škol a zařízení, jež je určeno pro žáky se zdravotním postižením, a to ve věku od tří do devatenácti let. Mohou se zde vzdělávat děti s lehkým, středním i těžkým mentálním postižením, rovněž je určena i pro děti s poruchou autistického spektra (PAS) a pro děti s kombinovaným postižením. V hlavní budově, nacházející se nepřímo v centru města, jsou umístěny výše zmíněné školy, internát, školní družina a jídelna. Také kancelář školy, kancelář ředitelky a zástupkyně ředitelky dané instituce. Nachází se zde i logopedická pracovna. Nechybí tady kromě běžných tříd ani rehabilitační místnost, třída s cvičnou kuchyní, také výtvarné třídy a tělocvična. Rovněž je zde i vymezený prostor, kde se provádí právě hodiny muzikoterapie. Muzikoterapeutická místnost je situována v druhém patře budovy školy, na konci chodby. Na stejném patře se nachází kanceláře ředitelky školy a její zástupkyně, společně s rehabilitační místností a třídou s cvičnou kuchyňkou. Jedná se o místnost, kde probíhají jak hodiny muzikoterapie v rámci výuky, také muzikoterapie jako kroužek, či hodiny hudební výchovy. Právě tato místnost je uzpůsobena na realizaci muzikoterapeutického působení. Ve večerních hodinách konaných v konkrétních předem stanovených termínech, zde probíhá kurz zaměřený na bubnování na djembe, společně se šamanským bubnem a věnuje se i alikvótnímu a hrdelnímu zpěvu. Lektorem kurzu je doktor Lubomír Holzer – muzikoterapeut, profesionální hudebník, speciální pedagog a slovanský badatel, jež vytvořil vlastní metodu celostní muzikoterapie vycházející z praxe, které se diplomová práce podrobněji věnuje (Holzer, 2013).

Dětský domov (DD) se nachází v druhé budově nad školou v jejím areálu, na rozdíl od internátu, který je právě součástí budovy školy. Má kapacitu šestnácti lůžek a je rozdělen na dvě bytové jednotky, kdy přízemní část je uzpůsobena imobilním dětem. Jedná se o rodinný typ dětského domova mající dvě rodinné skupiny. V každé skupině žije osm dětí různého pohlaví, věku, zdravotního postižení i stupně mentálního postižení, jímž byla nařízena ústavní výchova. Děti, které jsou součástí výzkumného šetření diplomové práce, žijí každý v jiné rodinné skupině. Tři děti jsou zařazeny do první rodinné skupiny, poslední dítě žije v druhé rodinné skupině. Pro děti je zde vytvořený společný prostor. Tím je obývací pokoj a kuchyňka. Jedná se o poměrně rozlehlou místnost vybavenou moderním nábytkem, televizí a v přízemní je doplněna o francouzská okna, kterými děti rády chodí ven na zahradu. Mezi volnočasové aktivity nabízené DD patří rehabilitační cvičení a masáže, hudební a pohybové hry, keramická dílna, různé sportovní aktivity, masáže, míčkování, relaxační techniky, muzikoterapie, plavání, jehož se účastní všechny děti a aktivity výtvarné. Je zde

i kancelář pro zástupkyni ředitelky pro dětský domov, sociální pracovníci i zdravotní sestry. Zahrada v areálu školy a dětského domova je vybavena dětským hřištěm s umělým povrchem. Pro děti jsou zde k dispozici i různé průlezkové prvky, venkovní bazén a pískoviště. Celý areál je umístěn v blízkosti lesa. Pro diplomovou práci byl vybrán výzkumný vzorek žáků s nařízenou ústavní výchovou, jež právě v tomto komplexu školských zařízení pobývají. Vzdělávají se ve škole zřízené dle §16 odst. 9 školského zákona dle výše zmíněných rámcových vzdělávacích programů – RVP ZV a RVP ZŠS.

Instituce zahrnuje i **speciální pedagogické centrum** (SPC) v místě školy, dále SPC pro žáky se zrakovým postižením, jež je odloučeným pracovištěm v místě sídla mateřské školy a SPC pro žáky s mentálním postižením ve Valašském Meziříčí.

Základní škola má kapacitu 14 žáků, na rozdíl od základní školy speciální, jejíž klientela je rozlehlejší a disponuje 70 žáky. Výzkum je zaměřen právě na žáky vzdělávající se v těchto typech škol. Skupina osob vybraná do výzkumu byla zvolena záměrně za pomoci profesionální muzikoterapeutky. Jedná se o **čtyři žáky**, z toho jeden je chlapec. Jejich věkové rozmezí je mezi **8-11 lety**. Dvě žákyně mají diagnostikováno lehké mentální postižení, z toho jedna žákyně má přidružené vady sluchu, zraku, vady řeči i poruchy chování. Zbylým dvěma žákům – chlapcem a dívkou, bylo diagnostikováno středně těžké mentální postižení, oběma rovněž poruchy chování. Chlapec má přidružené poruchy zraku a dívka DMO (dětskou mozkovou obrnu) společně se srdeční vadou. I přesto, že žáci mají přidružené určité formy dalšího znevýhodnění, u všech je dominantním postižením postižení mentální, a právě proto se teoretická část zabývá pouze touto problematikou (Veškeré informace byly převzaty z webových stránek instituce. Pro zachování anonymity zde není proto uveden zdroj).

4.3 Kazuistiky

Kazuistika 1: chlapec s nařízenou ústavní výchovou

Pohlaví: chlapec

Věk: 9 let

Ročník: 2.

Pro účely této diplomové práce bude užíváno označení **chlapec (9)**, dle jeho věku.

Osobní anamnéza

Chlapec, narozen roku 2009, má diagnostikováno středně těžké mentální postižení. Dále zrakové vady – strabismus a lehčí hypotonii. Objevují se u něj rovněž poruchy chování a neklid. Chlapec je medikamentován a je pod dohledem pedopsychiatra. Motorika je v pořádku, chodí sám, zvládá terén i schody. V 6,5 letech byly v noci ještě užívány pleny. V jazykové složce se projevuje především porozuměním mluvenému slovu, používá jednoduché věty. V roce 2016 nastaly neustálé afektivní stavy (křič, pláč). Co se týká osobní charakteristiky, chlapec se vyznačuje výše zmíněným afektivním chováním v případě, že se mu nechce něco dělat. Nastává tedy problém, vzteká se, křičí, odmítá cokoli dělat, občas kope do dveří. To postupně začíná však odeznívat, neboť si uvědomuje, že má své povinnosti. Rád se účastní všech výletů a sportovních aktivit. V budoucnu by jel rád na závody v atletice. Oblíbená činnost je jízda na koloběžce, tříkolce, rád skáče na trampolíně. Hrou, kterou dále preferuje, je hra s nákladním autem. V létě rád plave v bazénu a chodí s radostí na koupaliště. V zimě miluje bobování i stavění sněhuláků. Rád poslouchá hudbu ze svého rádia a přitom si zpívá. S pedagogem je velmi aktivní při hře na kytaru. Chlapec je usměvavý, vstřícný, jeví zájem o nabízené činnosti. Je u něj však nutný individuální přístup, samostatně totiž nepracuje. Objevují se občas tiky očí a jeho rozumový vývoj odpovídá kalendářnímu věku mnohem mladšího dítěte.

Školní anamnéza

Je zařazen do školy zřízené pro žáky podle §16 odst. 9. školského zákona od roku 2017, kde se vzdělává dle rámcového vzdělávacího programu základní školy speciální - I. Díl. Ve škole pracuje pod vedením učitelky a asistenta pedagoga. Byl mu přisouzen čtvrtý stupeň podpůrných opatření, neboť závažnost jeho postižení to vyžaduje. Předškolní vzdělávání navštěvoval v mateřské škole speciální v jiném městě. Poté byl přesunut do nynějšího zařízení. V roce 2016 byl nastolen odklad školní docházky. Co se týká jednotlivých předmětů z hodnocení žáka za první pololetí letošního roku (2018/2019) v oblasti **čtení** zvládá samohlásky a písmena M, L, V, T. S čtením jednoduchých slov nemá problém, tak jako s přiřazením slova k obrázku dle vzoru. Zvládá číst jednoduché věty podle přiřazeného obrázku. Ve slabikáři dokáže vyhledat písmena i slabiky, vyhledat obrázky začínající daným písmenem. Orientace na řádku je správná. V oblasti **psaní** zvládá správný úchop psacího náčiní. Chlapec zvládne opsat i sám napsat všechna dosud probraná písmena. Skládá slabiky

s M, L, V, T pomocí žakovské abecedy. Chlapec bez problémů zvládá grafomotorické cviky, rovněž se sám dokáže podepsat na pracovní list. Jeho písmo je čitelné, ale ne moc úhledné. V **matematice** se orientuje v pojmech: všechno - nic, méně - více, nahoře - dole, malý - velký. Sám zvládá manipulovat s předměty podle vzoru. Číselnou řadu do pěti má osvojenou, avšak číslo přiřadí pouze k množství do tří. Třídít předměty dle barvy, tvaru a velikosti mu nedělá problém. Ve vzdělávací oblasti **člověk a jeho svět** nemá chlapec obtíže se orientovat v ročním období, umí ukázat a určit jednotlivé znaky ročních dob. Zvládne popsat počasí dle obrázku. Nemá problém v pojmech rodiny, avšak někdy chybuje. Dokáže popsat osoby z DD, také spolužáky a učitele. Jejich jména zná. Potíže mu nečiní ani pojmenováním dnů v týdnu, či oblečení. V **pracovní výchově** nemá obtíže v oblasti stolování a hygienických návyků. S kostkami zvládá manipulovat dle zadání, korálky dokáže navléct na provázek. Prakticky je chlapec velmi zručný.

Rodinná anamnéza

Matka byla zbavena rodičovské odpovědnosti, je těžce psychicky nemocná. Není schopna domyslet, co je za den. Nyní má trvalý pobyt na psychiatrii, dříve však byla bez domova. O svého syna se vůbec nezajímá. Otec v rodném listě nebyl uveden. Chlapec má několik sourozenců, s nikým se ale nestýká. Tím, že byl ihned odebrán, má to na chlapce velký vliv, jelikož nikdy nepoznal své rodiče a až do minulého roku ho také nikdo v domově nenavštěvoval. Od roku 2018 za ním začala docházet dobrovolnice z programu 5P. Jedná se o dobrovolnický program, jež je určen pro děti od šesti do patnácti let. Pět P vyjadřuje slova: Pomoc, Přátelství, Podpora, Péče a Prevence (dostupné z: <http://www.hest.cz/cz/co-delame/program-pet-p>). Vzhledem k jeho těžkému zdravotnímu stavu je pěstounská péče v náhradní rodině nereálná, proto pobyt v DD byl vhodným řešením. Chlapec jej přijal za svůj domov a říká o něm, že je krásný.

Sociální vztahy

Při nástupu do DD byl nejprve seznámen s vychovateli a dětmi. Velmi rychle se adaptoval, začlenění do skupiny proběhlo v pořádku. Z počátku se učil poznávat dospělé i děti, ale nedokázal je správně oslovit jménem. Společnost dětí i dospělých velmi rád vyhledává, je přátelský, rád poslouchá muziku, hraje si se stavebnicí, má kladný vztah k výtvarné činnosti. Té se věnuje skoro denně, zajímá se o roční období a s tím spojené situace. Mezi jeho

nejčastější přání patří pastelky, omalovánky a výkresy. Se spolužáky vychází dobře. V rodinné skupině se přizpůsobuje a nestraní se.

Řeč

Výslovnost je hůře srozumitelná, své potřeby dokáže vyjádřit čím dál lépe - velký pokrok v této oblasti. Řeč je dyslalická, často nesrozumitelná. Dříve byl u chlapce používán VOKS. Na obrázkovém materiálu dokáže určit věci denní potřeby, s malou chybovostí se u něj objevuje sluchová diferenciací. Zrakové vnímání je na dobré úrovni.

Sebeobsluha a hygiena

V této oblasti je chlapec téměř samostatný, s pomocí zvládne základní hygienické úkony (namydlat se, péče o zuby). Potřebuje však dohled asistenta, neboť má malou trpělivost a vzteká se. Stolování bylo zpočátku horší, nezvládá manipulaci s nožem a vidličkou. Částečně chápe denní režim. Do denního programu se však rychle zaběhl, zná dobu denních činností. Rád se podílí na práci v kuchyni, uklízí nádobí z myčky.

Kazuistika 2: dívka s nařízenou ústavní výchovou

Pohlaví: dívka

Věk: 11 let

Ročník: 4.

Pro účely této diplomové práce bude užíváno označení **dívka (11)**, dle jejího věku.

Osobní anamnéza

Jedenáctileté dívce bylo diagnostikováno středně těžké mentální postižení (horní hranice) a DMO. Dále rovněž poruchy chování, anémie, hyperthyreóza, malabsorbce – dieta bez syrového mléka. Dívka trpí vrozenou srdeční vadou. Dnes je sledována neurologem. Objevuje se u ní nerovnoměrný psychomotorický vývoj. V 6,5 letech se dívka dokáže sama najíst, napít, avšak v noci byla balena ještě do plen. Dívka je milá, komunikativní, občas však afektivní – záchvaty vzteku, vytlačované lítosti, křik, pláč, časté výkyvy nálad. Vyžaduje pozornost dospělého člověka. Dle psychické pohody se objevují tiky či záškuby celého těla. Někdy jsou mírné, jindy silné. V hodinách je nesoustředěná, snadno unavitelná s pomalým pracovním tempem. V chování se objevuje úzkost, snadno se vzdává. Na neúspěch reaguje

negativismem až agresí. Dívka má problémy s navazováním kontaktů, ale i přesto se ráda účastní všech aktivit, které jsou DD nabízeny. Má ráda hudbu, ale také sportovní aktivity jí nejsou cizí.

Školní anamnéza

Dívka je zařazena do školy zřízené pro žáky podle §16 odst. 9 školského zákona od roku 2015 a je zde vzdělávána dle rámcového vzdělávacího programu základní školy speciální - I. díl. Ve škole pracuje pod vedením učitelky a asistenta pedagoga. Z důvodu hloubky jejího postižení jí byl přisouzen čtvrtý stupeň podpůrných opatření. V hodinách je nesoustředěná, snadno unavitelná s pomalým pracovním tempem. Z pololetního hodnocení žáka letošního školního roku (2018/2019) vychází, že v oblasti **čtení** dívka zvládá číst obrázky s využitím písmen A, I, veškeré samohlásky pozná a zvládá číst slabiky s využitím písmen M, L, V, T. Ve slabikáři dokáže vyhledat písmena a také obrázky, které začínají určitým písmenem. Na řádku se dívka orientuje, čtení zleva doprava je bez problému. Vytleskání jednoslabičných a dvouslabičných slov dívka zvládne. V oblasti **psaní** je úchop psacího náčiní v normě, s pomocí zvládne napsat tiskací písmena. S dohledem dívka dodržuje psaní na řádek i velikost písmene. Diktát písmen, jež jsou procvičeny, zvládá s obtížemi. Na tabuli nemá problém s grafomotorickými cviky, avšak s pracovním listem potřebuje dopomoc. Písmo je neúhledné a podpis na pracovní list je schopna zvládnout jen s vizuální podporou. Oblast **matematiky** se vyznačuje orientací v pojmech všechno – nic, méně – více, nahore – dole, malý – velký. S předměty dokáže sama manipulovat podle vzoru, orientace v prostoru je dobrá, prostorová cvičení dívka zvládá. Umí číselnou řadu do 5, avšak s obtížemi a chybami přiřadí číslo k množství do 3. Sčítat a odčítat do 2 neumí, ale dokáže třídit předměty podle barvy, tvaru i velikosti. Orientace v jednotlivých ročních obdobích, spadající do oblasti **člověk a jeho svět**, zvládá, popíše i jednotlivé znaky ročního období a počasí dle obrázku. V rodinné skupině DD se orientuje, ovládá popsat její členy a vyjmenovat jejich jména. Ve škole a třídě nemá problém s orientací ani s vyjmenováním jmen spolužáků. Rozumí základům slušného chování, pojmenuje věci denní potřeby, rovněž i školní pomůcky. Specifické pomůcky k výkonu povolání zvládne přiřadit. S pojmenováním dnů v týdnu však potřebuje dopomoc, sama však zvládá pojmenovat oblečení, které dokáže přiřadit a obléct si ho. Co se týká **pracovní výchovy**, dívka je schopna základních hygienických návyků, při stolování je samostatná. Zvládá manipulovat s kostkami dle zadání, navléknout korálky na provázek

a provlékání dokáže s pomocí. Teoreticky se orientuje v činnostech, jež se provádí na podzim a v zimě, v praktickém provedení potřebuje ještě pomoc.

Rodinná anamnéza

Dívka byla narozena mimo manželství. Matka s diagnózou středního mentálního postižení a DMO. Matka dvou dětí pobývá na ubytovně. Na péči dívek si netroufá. Pobírá invalidní důchod ve třetím stupni. Má mladší sestru, avšak dívky spolu nevyrostaly. Sestra přišla do DD z jiného zařízení. Dívka zpočátku nemohla s mladší sestrou navázat kontakt. Otec je ve výkonu trestu odnětí svobody za neplacení výživného. Rodiče by si chtěli vzít dívky do péče, jakmile bude otec propuštěn z výkonu trestu odnětí svobody a budou mít zajištěno bydlení. Rodiče se o děti zajímají nepravidelně, převážně telefonicky. Nemají s dětmi vytvořený adekvátní vztah.

Sociální vztahy

Při přechodu z jiného zařízení se velmi rychle adaptovala. Nevyhledává společné hry, ale je nerada sama. Většinou vyhledává společnost dospělých. Má ráda pohybové aktivity, navštěvuje canisterapii a dramaterapeutický kroužek. Rovněž se účastní všech aktivit nabízených DD. Nejvíce má zájem o míčové hry, ráda poslouchá hudbu, tančí, cvičí na míčích. Vždy se těší do kroužku muzikoterapie. Každá pochvala je pro dívku velkou motivací k další činnosti a překonávání strachu.

Řeč

Řeč je dyslalická, bez dodržení slovosledu ve větě. Objevuje se echolálie. Dívka neskloňuje, nečasuje, zná jména dětí i vychovatelek. Dle obrázkového materiálu jmenuje věci denní potřeby. Nejvíce je narušena oblast komunikativní a matematických schopností a její pozornost je na velmi nízké úrovni. Nyní se začaly objevovat výchovné i vzdělávací problémy – nástup puberty, medikace. Má problémy ve všech oblastech. Přetrvává emoční nestabilita, vzdorovitost, je ale však společenská a milá ke zvířatům. Sestru vyhledává jen v případě, kdy není v psychické ani fyzické pohodě.

Sebeobsluha a hygiena

Dívka se sama obléká, umytí zvládá sama. S mytím vlasů potřebuje pomoc. Kontrola je nutná rovněž při čištění zubů. Vlivem častého negativního naladění, vztekání se, plačtivosti,

odmítá splnit každodenní rutinní úkoly. Stoluje čistě, však za přítomnosti špatného sedu, tkaničky si nedokáže zavázat.

Kazuistika 3: dívka s nařízenou ústavní výchovou

Pohlaví: dívka

Věk: 8 let

Ročník: 2.

Pro účely této diplomové práce bude užíváno označení **dívka (8)**, dle jejího věku.

Osobní anamnéza

Dívka, narozena roku 2011, s lehkým mentálním postižením, u které se objevují i stereotypní vzorce chování (především před spaním – kroužení hlavou). Jedná se o dítě ze třetí gravidity. Od počátku se u ní objevuje pomalejší psychomotorické tempo. Je to však milá, usměvavá, komunikativní dívka, občas ale tvrdohlavá, náladová, plačtivá, i když zde není žádná příčina. Motorika je v pořádku, je pohybově zdatná, ale bojácná. V DD je od 4 let, kde má stanovený trvalý pobyt. Je aktivní ve všech aktivitách DD. Účastní se plavání, sportovního kroužku, výtvarných dílniček. Má kladný vztah ke zvířatům a rostlinám. Je velmi temperamentní, společenská, živá, aktivní, vnímavá. Dívka je zvědavá, zajímá se o vše a chce si povídat. Je kamarádká, hravá, občas urážlivá, panovačná, autoritativní a chápavá. U dívky je velmi důležitá motivace a důslednost při plnění zadaných úkolů, neboť má slabou vůli a koncentraci. Na pozitivní změny reaguje velmi dobře, avšak v opačném případě je nejuje a nechce je přijmout.

Školní anamnéza

Dívka je zařazena do školy zřízené pro žáky podle §16 odst. 9 školského zákona od roku 2017, jež je vzdělávána dle rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání v rámci minimální doporučené úrovně pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření. Ve škole pracuje pod vedením učitelky a asistenta pedagoga. Vzhledem k její diagnóze jí byl přidělen třetí stupeň podpůrných opatření. Navštěvovala mateřskou školu běžného typu. Školní dovednosti bere jako povinnost, pokud jí něco nezaujme, je negativní. Říká, že to dělat nebude, že to neumí. Ve vzdělávací oblasti **český jazyk** ve čtení se vyznačuje čtením po slabikách, písmena občas zaměňuje. V těžších slovech chybuje. Dlouhé a krátké slabiky

rozlišuje, avšak jednoduchý diktát písmen zatím nezvládá. V psaní se občas vyskytují chyby, objevuje se mazání a přepisování, ale písmo má upravené. S naučením textu básně nevykazuje problém, dokáže ji přednést. Má oblíbené nejen knihy, ale i časopisy. V **matematice** dívka sčítá jednotky do 6, slovní úlohy s názorem zvládá řešit. Ke všem úkolům potřebuje individuální vedení a pomoc. Zná číselnou řadu do 10 a v geometrických tvarech se také orientuje. Učivo **prvouky** zvládá, dokáže pojmenovat části těla i důležité orgány a smysly. Roční období pozná, vyjmenuje měsíce i dny v týdnu. Základní předměty denní potřeby zná a ví i jejich základní funkce. Základy péče o zvířata jí nejsou rovněž cizí společně s prostředím, ve kterém zvířata žijí. Zná odlišnosti domácích, volně žijících, cizokrajných zvířat. Rozlišuje živou a neživou přírodu a vyjmenuje jejich charakteristické znaky. V **pracovní výchově** zvládá sebeobslužné činnosti, osobní hygienu i stolování. Pracuje s různými materiály a stříhá podle linie. Při úklidové práci však potřebuje dohled. Květiny zalévat zvládne, ale při téměř každé činnosti potřebuje vedení. V **tělesné výchově** je snaživá, obratná, má ráda pohybové i soutěživé aktivity. Cviky napodobuje podle učitelky, jednoduché protahovací cviky zvládá. Akrobatické cvičení jí rovněž nedělají problémy. Umí manipulovat s míčem, zná pravidla bezpečnosti. Také ovládá chůzi přes překážky. Hudební výchova je její oblíbená. Dívka ráda zpívá. Co se týká žánrů hudby, nemá vyhraněný styl – poslouchá různé žánry. Udrží tón i rytmus. Relaxační metody zvládá, dokáže se uvolnit. Podle poslechu rytmitizuje písně a umí hrát na jednoduché nástroje. Ve **výtvarné výchově** je kreativní, kreslí hezky a zvládá práci s barvami.

Rodinná anamnéza

Matce diagnostikováno střední mentální postižení i DMO. Pobírá invalidní důchod ve třetím stupni. Otec nebyl původně uveden v rodném listě, následně byl však dopsán. Rodiče o dívku nejeví zájem. Dříve vůbec, nyní jsou s maminkou v kontaktu jen občas - pouze přes telefon. Jméno maminky zná, avšak z počátku si myslela dle jména, že se jedná o paní vychovatelku z DD. Otec je ve výkonu trestu odnětí svobody za neplacení výživného. Má starší sestru, která žije ve stejném DD.

Řeč

Její řeč je dyslalická – vícečetná dyslálie, místy nesrozumitelná. Tvoří jednoduché věty, souvětí, objevují se ale dysgramatismy. Sluchová diferenciací je poměrně na dobré úrovni, vážne sluchová analýza a syntéza. Pravolevá orientace je neosvojena, zrakové vnímání je na

dobré úrovni. Objevují se poruchy pozornosti a aktivity, také nedostatky v oblasti komunikační schopnosti – symptomatická vada řeči.

Sociální vztahy

Při přeřazení do jiného zařízení se velmi rychle adaptovala, děti se na ni těšily - nejvíce sestra. Ta však měla zpočátku problém pochopit příbuzenské vztahy. Má zájem se účastnit společných aktivit, vyhledává přítomnost ostatních dětí i dospělých, se kterými si ráda povídá. Neustále se na něco ptá, ráda skáče na trampolíně, houpe se na houpačce. Zpočátku ve vztahu k vrstevníkům často vyvolávala konflikty, ty se však již ustálily a nejsou tak časté. Pracuje podle nálady, je často nesoustředěná. Práce je nyní zhoršena a je snadno unavitelná. Pracovní tempo s velkými výkyvy, objevuje se impulzivita. Ráda se předvádí. Pokud ji ve vyučování něco zaujme, pracuje ráda sama, je však nutný neustálý individuální přístup. Často se vzdává, na neúspěch reaguje negativisticky. Má velmi ráda hudbu a pohybové aktivity.

Sebeobsluha a hygiena

Dívka se snaží již od malička všechno provádět sama, případně, že jí něco nejde, nechá si pomoci druhou osobou. Při hygieně se snaží být samostatná, z počátku je potřeba jí dopomoci. Je velmi snaživá, šikovná, ale hodně náladová. Když se jí něco nelíbí, začne křičet. O své osobní věci pečuje, co se týká mytí vlasů – objevuje se strach, potřebuje dopomoc. Tkaničky si zaváže pouze se slovním doprovodem pedagoga. Většinu činností chce mít brzy hotovou, proto je důležitá kontrola a případně oprava úkolu.

Kazuistika 4: dívka s nařízenou ústavní výchovou

Pohlaví: dívka

Věk: 9 let

Ročník: 2.

Pro účely této diplomové práce bude užíváno označení **dívka (9)**, dle jejího věku.

Osobní anamnéza

Dívka, narozena roku 2009, již bylo diagnostikováno souběžné postižení více vadami, a to lehké mentální postižení (dolní hranice pásma), závažné poruchy chování, s mírnými

vadami řeči a mírným zrakovým postižením – strabismus. Rovněž středně těžká převodní vada sluchu vlevo. Nyní je sledována na kardiologii pro její vrozenou srdeční vadu – malý defekt septa srdečních síní. V novorozeneckém věku byla na operaci polorostenózy. U dívky se objevují psychosociální deprivace. Je medikamentována. Dívka byla narozena jako druhé dítě mimo manželství. Už od roku 2015 je zařazena do evidence dětí vhodných k náhradní rodinné péči. Dodnes však nebyla nalezena vhodná rodina. Dívka byla umístěna v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Má specifické potřeby a zvýšenou výchovnou náročnost. Je to temperamentní, veselá dívka, flexibilní ve vztahu ke změnám lidí v blízkém okolí i prostředím. Je velmi komunikativní, přátelská, kamarádská. Dnes se dorozumívá verbálně, má však narušenou výslovnost. Potřebuje mít jasně vymezené hranice. Je vnímavá, zvědavá, všímá si okolních změn. Občas se u ní objevují úzkosti, až hysterie – hmyz, bouřka, neznámý zvuk. Vždy vystupuje samostatně, dokáže vyjádřit souhlas i nesouhlas. Při nezdaru se objevuje mírná agresivita, ale po vysvětlení zkouší opakovat situaci, ve které předtím selhala. Je hodně hyperaktivní, a proto je důležité střídat aktivity. Objevují se u ní občas stereotypní vzorce chování – kývání do boku.

Školní anamnéza

Dívka je zařazena do školy zřízené pro žáky podle §16 odst. 9 školského zákona. V prvním ročníku byla však vzdělávána dle vzdělávacího programu základní školy speciální – díl I, neboť její diagnóza byla stanovena na horní hranici středně těžkého mentálního postižení. Jelikož je dívka moc šikovná, je nyní vzdělávána dle rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání podle minimální doporučené úrovně pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření. Vzhledem k jejímu typu postižení jí byl přidělen třetí stupeň podpůrných opatření. Ve škole pracuje pod vedením učitelky a asistenta pedagoga. V **českém jazyce** dívka zvládá číst po slabikách, někdy se objevuje zaměňování písmen a v těžších slovech chybovost. Rozlišuje krátké i dlouhé samohlásky, ale jednoduchý diktát písmen zatím nezvládá. I když má písmo upravené, objevují se v něm chyby, které jsou mazány či přepisovány. Se zapamatováním textu básně nemá problém, dokáže ji přednést. V **matematice** je schopna počítat do 6, ke všem úkolům i slovním úlohám s názorem potřebuje individuální vedení a pomoc. Má poznatky o základních geometrických tvarech i číselné řadě do 10. S učivem **prvouky**, jako je pojmenování těla a orgánů, nemá problém. Rozumí i ochraně zdraví. Roční období umí rozpoznat, vyjmenuje měsíce i dny v týdnu. Funkce základních denních předmětů zná, rovněž jí není cizí i péče o zvířata a jejich prostředí.

V rozlišování živé a neživé přírody a jejich charakteristiky dívka nejeví značné obtíže. V pracovní výchově dívka zvládá sebeobslužné činnosti, osobní hygienu i stolování. Dokáže stříhat podle předem připravené linie a nedělá jí problém pracovat s různými materiály. Úklidové práce jsou nutné provádět s dohledem. V **tělesné výchově** je pilná, snaží se ve všech oblastech. Akrobatické cvičení dovede provést, tak jako chůzi přes různé překážky, jež jsou učitelkou v tělesné výchově přichystány. S míčem dívka zvládá manipulovat bez potíží. V **hudební výchově** zvládá udržet rytmus a manipulovat s jednoduchými hudebními nástroji. Při užití relaxačních metod, dle hodnocení za celé pololetí školního roku (2018/2019), se dokáže uvolnit a hudbu vnímat.

Rodinná anamnéza

Matka s diagnózou středního mentálního postižení, pobírá invalidní důchod třetího stupně. Do května 2018 na armádě spásy, poté odmítla pobyt v tomto zařízení. Odmítla i pomoc svého stálého opatrovníka. Je u ní omezena svéprávnost. Rodiče spolu nežijí. Má staršího bratra žijícího ve stejném DD. Otce mají však každý jiného. Bratr má trvalý pobyt na jiné adrese než dívka. Dívka v primární rodině nevyrostala, nikdy nebyla v péči matky. Dříve zcela bez kontaktu s rodiči. Nyní jsou v kontaktu s matkou a to jen díky sociální pracovníci, která děti za ní dovezla. Dívka se na návštěvy matky velmi těší. Otec s dětmi v kontaktu není, poslal jen drobné dárky přes sociální pracovníci.

Řeč

Dívka má velkou pasivní slovní zásobu, rozumí většině slov a výrazů, které se užívají v běžném prostředí. Pasivní slovní zásoba ale převažuje nad aktivní slovní zásobou. Pozornost je krátkodobá. Její řeč je dyslalická, tvoří dysgramatismy. Zpočátku používá svůj žargon a při řeči si pomáhá gesty. Slova nečasuje ani neskloňuje. Dívka je schopna práce pouze pod přímým vedením. Objevuje se někdy i mírný psychomotorický neklid, třes rukou. Výrazně jsou u dívky narušeny komunikační schopnosti.

Sociální vztahy

Adaptace dívky na nové prostředí proběhla dobře. Do rodinné skupiny v DD se velmi rychle začlenila. Pamatuje si všechna jména dětí. O děti kolem sebe se široce zajímá. Dívka je mezi dětmi v DD i v kolektivu ve škole velmi oblíbená. Navštěvuje kroužky, které škola nabízí. Jedná se o atletiku, muzikoterapii a plavání, rovněž i keramické dílny. Ve škole pracuje

samostatně. Je snaživá, ctižádostivá, ráda poslouchá muziku a kreslí. Oblíbená je u ní i trampolína, průlezky a houpačky, které mají na zahradě.

Sebeobsluha a hygiena

Dívka je v sebeobslužných činnostech šikovná. S malou pomocí zvládne základní hygienické úkony (namydlit tělo, vlasy, péče o zuby). Co se týká stolování, kultura v této oblasti je na dobré úrovni. Při hygieně a sebeobslužných činnostech však potřebuje neustálý dohled a kontrolu.

4.4 Hodiny muzikoterapie

V následující kapitole diplomové práce budou představeny jednotlivé hodiny muzikoterapie, v nichž bylo **pozorováno** chování předem vybraných jedinců. Dále zde bude zmíněna charakteristika muzikoterapeutické místnosti, rozsah muzikoterapeutických hodin a řád, který je v rámci nich pravidelně dodržován. Aby nedošlo k nesrovnalostem v rámci celého tématu, bude nutné na tomto místě zapojit a vysvětlit pojem muzikofiletika.

Hodiny muzikoterapeutického působení a prvků muzikoterapie začala paní muzikoterapeutka na škole užívat téměř před 10 lety, kdy začala studovat muzikoterapii. Jinou formu hudby začala, dle výpovědi vycházející z rozhovoru (příložený v příloze práce), tehdy vyhledávat, jelikož vždy učila hodiny hudební výchovy a z důvodu, že ani děti ani ona nebyly v průběhu hodin hudební výchovy jako takové šťastní a jelikož pro děti s mentálním postižením je složitější naučení se textu, rytmu a melodie, snažila se nacházet jiné cesty a metody, které by byly prospěšné pro všechny. Tento impuls ji dovedl k seznámení se s hudbou pana Šimanovského. Právě na kurzech tohoto muzikoterapeuta se paní muzikoterapeutka seznámila s prvky jiného působení, kde se neklade důraz na výkon a na to, co je dobře a co špatně, ale spíše na zaměření se na daný prožitek. Začala se tedy věnovat postupně celostní muzikoterapii, jejíž prvky přenesla do hodin provádějících na dané škole. Muzikoterapeutické působení je uskutečňováno nejen v rámci výuky, ale rovněž jako kroužek, který mohou děti navštěvovat každou středu odpoledne od 14:00 hodin a trvá hodinu a půl. Co se týká hodin muzikoterapie v rámci výuky, probíhá ve dvou třídách. Uskutečňuje se každou středu od 10:00 hodin do 11:30 hodin. Celkově se tedy hodiny muzikoterapie

uskutečňují ve 4 skupinách – dvě skupiny dopoledne (v rámci výuky) a dvě odpoledne (jako kroužek).

Jelikož se jedná o využití hudby ve výchovně-vzdělávacím procesu, je nutné vyzdvihnout pojem **muzikofiletika**, jež v dnešní době převažuje z mnoha pohledů nad užitím termínu muzikoterapie, a to především proto, že se nejedná o proces, který je hlavní doménou muzikoterapie, ale jde pouze o užití muzikoterapeutických technik. Ta však nemá za účel provádět terapii ani diagnostiku, nýbrž se zde na prvním místě objevuje muzikofiletické působení. V průběhu takového působení se nevyužívají ani výchovné či jiné pedagogické metody. Jedná se tedy o uplatnění muzikoterapeutických technik z pohledu aplikace kreativní a tvořivé hudby. Muzikofiletika se zaměřuje na rozvoj různých schopností žáků v několika oblastech. Jedná se, jak uvádí (Holzer, Drlíčková, 2012), o oblast psycho-emoční také uměleckou, intelektovou a kulturní. Zaměřuje se i na oblast sociálních dovedností. Muzikofiletika je složena z řecko-latinských slov, *muziko* a *filetika*. *Músicos* pochází z řeckého slova a jedná se o pojem hudební, *moisica* (řecky) či latinsky *musica* znamená hudba. *Filein* čili milovat pochází rovněž z řeckého jazyka. Dalším rozdílem mezi muzikoterapií a muzikofiletikou je souhlas klienta, který právě u muzikofiletiky není potřebný, jelikož se provádí v rámci edukace. I přesto, že se užívají techniky nikoliv za účelem diagnostikování či terapeutického působení, má velmi blízko muzikoterapii, jelikož se používají postupy sice vlastní, ale neustále se základem vycházejícím z muzikoterapie (Holzer, Drlíčková, 2012).

Hodiny, které tedy probíhají v dané instituci, se pohybují v rozmezí od speciální hudební výchovy přes výše zmíněnou muzikofiletiku až po sezení, které jsou vyloženě muzikoterapeutické. Pro tuto práci však bude používán jednotný název muzikoterapie, či muzikoterapeutické působení.

Hodiny muzikoterapie probíhají v místnosti uzpůsobené této aktivitě. **Muzikoterapeutická místnost** je poměrně velká, stěny jsou vyzdobeny dřevěnými pláty z kmenů stromů a jsou umístěny do tvaru pravotočivé energetické spirály. Právě ta působí pozitivně a slouží k dobývání energie. Spirála se také nachází na celé zdi v barvě žluté, oranžové a červené - naproti dveřím. Na tomto místě jsou umístěny i bubny **djembé**, jež se využívají téměř v každé hodině v rámci muzikofiletického působení. Právě vibrace jdoucí přes konečky prstů se dostanou rychle do celého těla. Nástroje užívané v hodinách

muzikoterapie jsou převážně etnické s přirozeným laděním a vycházejí ze zásady CMLH zmíněné výše. Veškeré ostatní nástroje jsou uschovány ve skříňkách po bocích místnosti. K nim patří již zmíněné **djembé**, dále **dešťová hůl**, **perkuse**, **brumle**, **šamanský buben**, **gong**, **tibetské mísy**, **udu**, **ústní harfa**, **zvonkohry-koshi**, **zvukové vlny**, **tibetské zvonky**, **činelky**, **spring drum** (jarní buben), **sea drum** (mořský buben), **frčák**, **kalimba**, **fujara** a mnoho dalších. Některé z nástrojů užívané v hodinách muzikoterapie jsou představeny v přílohách diplomové práce. V místnosti se nachází také klavír využívaný pouze v hodinách hudební výchovy či kytara, která je u dětí velmi oblíbená. Nechybí zde ani židle rozprostřené kolem zdí. Při relaxaci se využívají polštářky, deky a podložky na ležení, ty jsou však umístěny ve vedlejší místnosti.

Ve všech hodinách, které jsou vedeny profesionální muzikoterapeutkou, je nastolen určitý řád, dle kterého se jednotlivé muzikoterapeutické aktivity provádí. Je využívána jak aktivní forma – děti se podílejí na tvorbě hudby hraním na různé nástroje, tak i receptivní forma - žáci pouze sedí a poslouchají hudbu vytvářenou muzikoterapeutkou. V průběhu hodin se používá tedy kombinovaná forma aktivního i receptivního muzikoterapeutického působení. Součástí hodin muzikoterapie bývá taktéž relaxace, která však není prováděna každou hodinu. Této relaxaci je vymezen téměř celý devadesátiminutový interval muzikofiletického působení, při kterém muzikoterapeutka společně s pedagožkami a asistentkami pedagožek hrou na nástroje vytváří adekvátní atmosféru ovlivňující celkové nastavení jedince. Jak vyplývá z poslední věty, hodiny muzikoterapie se neúčastní pouze děti, ale také třídní učitelé a asistenti pedagoga. Díky ochotě paní muzikoterapeutky a paním učitelkám a asistentkám byla autorce diplomové práce dána možnost se aktivně účastnit hodin, nejenom jako pozorovatel, ale sama si na sobě mohla vyzkoušet, jaký vliv má muzikoterapie opravdu na lidské tělo. U dětí to vzbudilo velký zájem, že v místnosti byl někdo nový. Ihned se jí děti ptaly, kdo je – zda paní asistentka, paní doktorka, či teta. Autorka docházela na hodiny muzikoterapeutického působení téměř rok a půl. Za tu dobu si ji některé děti i pamatovaly jménem, některé se však znovu ptaly, o koho se jedná.

Každá hodina muzikoterapie – lépe řečeno muzikofiletického působení, má pravidelnou strukturu, jež se obměňuje pouze na základě užití rozdílných nástrojů, či aplikováním formy relaxace. Tyto hodiny probíhají každou středu, nicméně skupiny, u nichž se muzikoterapie užívá, se střídají, tzn. jeden týden je aplikována muzikoterapie v jedné třídě, týden následující ve třídě druhé. Tak se pravidelně skupiny vyměňují. Jelikož

muzikoterapeutka, která je rovněž paní ředitelkou dané instituce, vede hodiny muzikoterapie na škole už dlouho, děti mají zafixovaný pravidelný řád, jak muzikoterapie probíhá. Při příchodu k muzikoterapeutické místnosti si žáci vyzují papuče a ihned je možno pozorovat, jak utíkají k bubnům djembé a ukazují, jak se na ně hraje. Některé děti mají oblíbenou relaxaci, takže se ihned paní muzikoterapeutky ptají, zda bude dnes „*spinkání*.“ Jeden žák neprodleně po příchodu do místnosti vykřikuje, že chce „*nasáz*“ (masáž). Jde tedy na první pohled vidět, že žáci mají muzikoterapii v oblibě a každý preferuje něco jiného. Jakmile se děti shromáždí v muzikoterapeutické místnosti, ihned chystají židle do kruhu. Poněvadž, jak bylo zmíněno výše, je muzikoterapie prováděna několik let, děti už vědí, co mají přesně dělat.

Nejprve chystají židle paní učitelce, paní asistence a paní muzikoterapeutce. Následně přichystají židle sobě. Každé dítě má své vyhrazené místo, na které rádo usedá. Židle uspořádávají do kruhu. Jakmile se všichni usadí, muzikoterapeutka ze začátku každé hodiny používá tibetský zvonek. Ten slouží k tomu, aby se děti zklidnily a aby v místnosti nastolila tu správnou, klidnou atmosféru. Zvonek koluje po kruhu a každý účastník muzikoterapeutické hodiny má možnost zazvonit a cokoliv si přát. Následuje receptivní část, při které muzikoterapeutka užívá různé nástroje. Tato část vede ke zklidnění žáků a navození správné nálady. Hlavní část je věnována bubnování na djembé. Muzikoterapeutka střídá různé rytmy, intenzitu, zapojuje i prvky, jež jsou zábavné pro děti. Právě bubny jsou u většiny dětí nejzajímavějším nástrojem. Většina z nich ihned po příchodu hlásí, že se jde bubnovat. Při rozdávání bubnů se mezi sebou předhání, kdo bude mít právě dnes tu velkou úlohu. Jakmile jsou bubny nachystány, žáci ihned předvádí, jak se nejprve začíná na buben hrát – pohlázení oběma rukama, následně v rytmu levá – pravá ruka. I přesto, že se jedná o klienty s mentálním postižením, někteří jsou velmi šikovní a dokážou rytmus přesně napodobit i se správným užitím rukou. V hlavní části je občas zařazen i zpěv s kytarou. Právě chlapec, jenž byl součástí výzkumného šetření, má kytaru velmi v oblibě. V průběhu hodin se zpívají písně, které děti již znají, ale učí se i písně nové. Při zpěvu a hře na kytaru většinou děti doprovází hudbu perkusemi.

Na závěr hodiny muzikoterapeutka většinou užívá opět receptivní formu, kdy děti pouze hudbu poslouchají, už se na tvorbě aktivně neúčastní. Předposlední aktivitou jednotlivých hodin je vždy zhodnocení ze strany dětí. Žáci rádi dávají zpětnou vazbu o nástroji, který se jim nejvíce líbil. Většina dětí dokáže nástroj pojmenovat, někteří si však dopomohou pohybem, jímž se na nástroj hraje. Jakmile, dle výpovědi paní muzikoterapeutky,

hodina skončí a děti vyjdou ven z místnosti, ihned se dostávají do předchozího naladění, se kterým šly na hodinu. Proto si paní muzikoterapeutka vytvořila vlastní postup, jak ještě vliv muzikofiletického působení zesílit. Zavedla tzv. „výstupní kontrolu“, kterou si žáci skoro každou hodinu na závěr vyprosí. Jedná se o přenos vibrací pomocí tibetské misky přes hlavu do celého těla.

Muzikoterapie 22. 11. 2017

Tato hodina muzikoterapie byla první, jež autorka diplomové práce navštívila, a to v rámci své praxe v dané instituci. Právě v tento den vznikl nápad pro její budoucí závěrečnou práci, neboť ji daná terapie velmi zaujala, a to především proto, že má k hudbě od malička velmi blízko. Jelikož nevěděla, jak tato hodina probíhá, první následek, který zde realizovala, byl pro ni velmi náročný nejen na vnímání všech změn v průběhu hodiny, ale také na pocity, jež vnímala na základě působení vibrací a hudby, taktéž z důvodu správného zaznamenání údajů, jež bylo cílem sledování. Této hodiny se účastnila **dívka (8)** a **dívka (9)**, jež byly roku 2017 v prvním ročníku základní školy.

Průběh veškerých setkání probíhá vždy obdobným způsobem zmíněným výše. Úvodní aktivitou je chystání místa k sezení. Žáci jako první přichystali židle sami sobě. To je paní muzikoterapeutka zastavila, neboť i v hodinách muzikoterapie je vede k tomu, aby se zajímali o ostatní osoby a nemysleli nejprve na sebe. Když se všichni usadili na místo, paní muzikoterapeutka na úvod představila dětem autorku diplomové práce, jelikož se ihned po příchodu vyptávaly, kdo je s nimi v místnosti. Následovalo kolování zvonku po kruhu, kdy každé dítě zazvonilo a následně si něco přálo. Přání **dívky (8)** bylo z autorčina pohledu velmi hezké, jelikož si přála, aby byla paní asistentka zdravá. Jako jediná z dětí si nepřála nic materiálního. Nástroj, jenž byl použit ihned po úvodní části, byl tzv. frčák. Jedná se o nástroj, jež lze vnímat jako spojení Nebe a Země. Energie prochází skrze terapeutku stojící uprostřed kruhu rozhánějící vzduch nad hlavami dětí. **Dívka (9)** byla zpočátku neklidná, nedokázala se soustředit na zvuk vycházející z nástroje a vnímat ho jako ostatní děti, které seděly v klidu se zavřenýma očima. Neustále se otáčela do okna a pozorovala, co se děje venku. Tato aktivita trvala asi 3 minuty. Následovalo užití nástroje zvaného brumle. Paní muzikoterapeutka tento nástroj používá v téměř každé hodině v počáteční fázi muzikoterapeutického působení. Při hře na brumli chodí v kruhu a s každým dítětem se snaží navázat kontakt a propojit se s ním v průběhu téměř pětiminutové hry na nástroj. U **dívky (8)** bylo možné pozorovat zvláštní

emoce, které u ní vyvolal daný zvuk, i když se s ním v minulosti setkala už několikrát. Když dívka uslyšela zvuk, začala se smát – komický smích, nikoliv úsměv z kladného působení na její tělo. Jakmile však muzikoterapeutka navázala oční kontakt s dívkou a snažila se s ní propojit pomocí hry na brumli, okamžitě se dívka dostala do stavu bez mysli. Bylo pozorovatelné zasnění.

V hlavní části hodiny následovala hra na bubny djembé. Ve všech hodinách muzikoterapie paní muzikoterapeutka opakuje jednotlivé rytmy, do kterých zapojuje i dětské prvky, jež jsou u žáků velmi oblíbené. **Dívka (9)** již dopředu ukazovala, že bude následovat daný prvek i přesto, že zpočátku se bubnování nechtěla vůbec účastnit. Paní muzikoterapeutka však vede děti k tomu, že pokud nechtějí, tak hrát na nástroj nemusí. Nakonec bubnování si děti mohly na buben zahrát sólo. Hned jako druhá se přihlásila **dívka (8)**. Na jejich očích a v tváři bylo pozorovatelné štěstí ze hry. Nakonec se přidala i **dívka (9)** na základě inspirace své kamarádky – **dívka (8)**, která hrála před ní.

Po hlavní části bubnování následovala kratší relaxace, kterou muzikoterapeutka začleňuje postupně, aby si žáci zvykali i na tento druh muzikoterapie. Směřuje k tomu, aby mohla v rámci hodin provádět i relaxaci, která bude zasahovat přes celou hodinu muzikoterapeutického působení. Při této relaxaci byly použity nástroje jako je gong, tibetská mísa, fujara a nakonec didgeridoo. Právě tato část byla náročná pro dívky, na něž byla zaměřena pozornost. Na rozdíl od ostatních žáků, kteří se ihned dokázali uvolnit a v klidu vnímat hubu, obě dvě dívky byly neustále v pohybu. **Dívka (9)** seděla v tureckém sedu a začala vykonávat kývavé pohyby. Jedná se o stereotypní pohyby, při kterém se děti cítí v bezpečí, to co je pro děti stereotypní, je již pro ně dobře známé a pro tyto děti je to známkou již výše zmíněného pocitu bezpečí. **Dívka (8)** i přesto, že tyto stereotypní pohyby nejsou pro ni při jiných aktivitách typické, na rozdíl od první dívky, zřejmě nevěděla, jak se chovat, a tak začala opakovat stejné pohyby podle její kamarádky. Nástroj didgeridoo dokázal dívku na chvíli zklidnit. Natahovala se po nástroji, na který muzikoterapeutka hrála a dotýkala se ho, chtěla cítit vibrace na svém těle. Posledním použitým nástrojem byl nástroj zvaný gong. Při užití gongu u **dívky (9)** byl vidět zájem o daný zvuk, sledovala muzikoterapeutku pochodující mezi dětmi a vysílající energii na jejich těla. Celá hodina byla ukončena písní, při níž byly použity šamanské bubny. Děti chodily do kruhu a zpívaly.

Muzikoterapie 31. 1. 2018

Hodina, která byla předmětem druhého pozorování, byla prováděna ve třídě, kterou navštěvují další dva z vybraného vzorku dětí ke sledování vlivu na jedince s mentálním postižením. Jedná se o **chlapce (9)** a **dívku (11)** – oba s diagnózou středně těžkého mentálního postižení. Celkem se na muzikoterapeutickém působení podílelo šest žáků, paní učitelka a asistentka pedagoga. V průběhu hodiny bylo použito devět nástrojů – tibetský zvoněk, brumle, djembé, dešťová hůl, ústní harfa, fujara, gong, tibetské mísy a tibetské činelky.

Úvodní část hodiny je vždy stejná za použití zvonku přání. Tomu však opět předcházelo nachystání míst k sezení. Tak jako při první pozorované hodině žáci měli tendenci nachystat židle pouze sobě. V této hodině chlapec chyběl z důvodu nemoci, takže nemohl být pozorován. **Dívka (11)** se neúčastnila začátku muzikoterapeutického působení z důvodu vyšetření. Jakmile však přišla, byla velmi rozrušená, nedokázala se soustředit na věci probíhající v místnosti. Ovšem muzikoterapie opět začínala přáním pomocí tibetského zvonku kolujícího v kruhu. Následovalo použití brumle, kdy na všech dětech bylo vidět zklidnění. Právě hra na tento nástroj upokojila všechny děti, které do místnosti přišly plné energie, a navodilo to tu správnou atmosféru, jež má u muzikoterapie být – zpomalení. **Dívka (11)** přišla v průběhu hry na brumli. Nemohla se dostat do správného naladění, nedokázala se zpočátku vůbec soustředit, neustále si upravovala kalhoty a na jejím chování byla vidět velká nervozita. Až s ukončením hry na brumli, která trvala okolo pěti minut, bylo na dívce pozorovatelné pomalé zklidnění a začátek navození správného naladění na muzikoterapeutickou hodinu. Po čase se tedy uklidnila a začala se zapojovat do všech aktivit.

Následovala hra na bubny. Muzikoterapeutka udávala rytmus, jež děti zkoušely napodobovat a přitom zpívat. **Dívka (11)** se jeví jako velmi šikovná, má smysl pro rytmus a jako jedna z mála ze třídy ho dokázala napodobit přesně, jak udávala terapeutka. Nabídka hry sóla ze strany terapeutky byla opět velmi vítaná. **Dívka (11)** se rovněž účastnila sólové hry, při které zpívala píseň „Prší, prší.“ Při hře však byly viditelné občasné záškuby hlavou, byla neustále vyrušována spolužákem, a proto píseň zpívala neustále dokola od začátku. Když se pokusila zpívat dále, nebylo jí moc rozumět. V poslední části hodiny terapeutka zařadila opět krátkou relaxaci, při níž použila dešťovou hůl, ústní harfu, fujaru, gong, zvonky a netradičním způsobem i tibetskou mísu. U dívky byl pozorovatelný neklid po celou dobu,

avšak jakmile byla použita dešťová hůl, dívčino tělo se začalo postupně uvolňovat a začaly odeznívat záškuby těla, jež měla od počátku hodiny. Bylo vidět, že právě dešťová hůl a její zvuk na dívku působil velmi uklidňujícím dojmem, neboť její tělo se zcela uvolnilo a vypadalo to, že dívka během vteřiny i usne. Tak jako dešťová hůl, měla silný vliv na dívčino naladění i ústní harfa. Tu sledovala s velkým zaujetím a její tělo se postupně opět uvolňovalo. V průběhu užití fujary a gongu bylo rozpoznatelné uvolnění v oblasti svalstva obličeje. V této hodině použila terapeutka tibetské mísy netradičním způsobem. Nalila vodu do mísy, díky vibracím při tření a tlučení na miskou po stranách došlo k převedení vibrací do trojrozměrné formy. **Dívka (11)** urputně zírala na „bublající“ vodu a natahovala se po ní. Poslední aktivitou byla masáž těla pomocí válečků. Jedno dítě si lehlo na břicho, ostatní jej masírovali. Následně došlo k výměně. Bylo vidět, jak to děti baví. V tomto případě se dívka nedokázala úplně uvolnit, ležela trochu v křeči, měla podepřenou hlavu a pořád se dívala kolem. Nebyla schopna celkového uvolnění, jako tomu bylo například při použití dešťové hole.

Jelikož na škole probíhá i kroužek muzikoterapie, autorka měla možnost navštívit toto muzikoterapeutické setkání trávající devadesát minut. Protože **dívka (11)** navštěvuje tento kroužek, měla příležitost porovnat ranní naladění, které bylo ovlivněno návštěvou doktora a naladění dívky v odpoledních hodinách. Celé tělo dívky bylo uvolněnější už od začátku muzikoterapeutického působení, a tak se dívka aktivně zapojovala do všech technik, jež byly muzikoterapeutkou přichystány.

Muzikoterapie 7. 2. 2018

Třetí pozorování probíhalo na začátku února 2018. Pozorovaným vzorkem byly dívky s lehkým mentálním postižením. Jedná se o **dívku (8)** a **dívku (9)**.

Začátek hodiny muzikoterapie v době tohoto pozorování se nevyznačoval žádnými výjimečnými jevy. Žáci ihned po příchodu do muzikoterapeutické místnosti nachystali místa k sezení. **Dívka (8)** jako první nachystala židli autorce diplomové práce, následně paní asistence. Rozdílné chování bylo pozorováno u **dívky (9)**, jež ihned po příchodu ukazovala pohyby hry na bubny. Bylo na ní vidět, že se dívka velmi těší na hodinu, která bude probíhat. Při užití tibetského zvonku na začátku hodiny si **dívka (9)** přála auto, neboť kluk před ní zmínil, že by si ho rovněž přál. Přání **dívky (8)** bylo opět nemateriální - jednalo se o to, aby byla opět paní asistentka navždy zdravá. Tato hodina muzikoterapie byla koncipovaná jinak než hodiny předchozí, a to proto, že se při ní žáci učili hře na brumli. Nejprve

muzikoterapeutka navodila pohodovou atmosféru pomocí hry právě na tento nástroj. Jakmile **dívka (9)** uviděla daný nástroj, ihned se v její tváři objevil úsměv a v ten okamžik ukazovala pohyb úst a ruky, jak se na tento nástroj hraje. Se zaujetím nástroj u paní muzikoterapeutky sledovala, vstala a šla k ní blíž, aby mohla sledovat pohyb pružného kovového jazýčku, jež je součástí nástroje. **Dívka (8)** byla od počátku hodiny plná energie, nedokázala se soustředit a vnímat zvuk brumle na rozdíl od všech účastníků hodiny. Po pětiminutovém působení zvuku brumle a navození správné atmosféry, terapeutka přichystala daný nástroj pro všechny aktéry hodiny. U dětí to vyvolalo obrovský zájem, jelikož si ihned nástroje rozebraly. Paní terapeutka nejprve ukázala dětem, jak si mají nástroj chytnout a jak se na něj hraje. Následně obcházela jednotlivé žáky a přímou dopomocí učila hrát žáky na brumli. Většině žáků se to zcela nedařilo, nedokázali ústy vytvořit takovou dutinu, aby v ní zvuk rezonoval. Než se však dostala k **dívce (9)**, aby ji mohla pomoci při správném nastavení nástroje v ústech, dívka jako jediná ze třídy začala na brumli hrát. Všichni dospělí z toho byli v úžasu, neboť je to zpočátku poměrně složité, ani paní učitelce, asistentce či autorce diplomové práce to nejprve nešlo. Dívka však překvapila a bylo na ní vidět, že je velmi spokojená. Seděla v tureckém sedu a „brnkala“ si na brumli. Její tělo na to ihned začalo reagovat, neboť na začátku celého muzikoterapeutického působení byla nesvá. Následně se projevovala uklidňujícím dojmem a spokojením.

Dívka (8) v hraní na brumli nebyla tak úspěšná, jako její kamarádka. Když se jí paní terapeutka věnovala, tak se dívka snažila, jakmile od ní odpoutala pozornost a šla pomoci dalšímu dítěti, u dívky snaha naučit se hrát, začala upadat. Její vlastnost se i zde projevila. Je netrpělivá, a pokud jí něco nejde, přestává mít o aktivitu rychle zájem. Projevuje se zde její impulzivita a negativistické rysy, jež jsou pro ni při neúspěchu velmi charakteristické. Na dětech a jejich projevech bylo vidět, že někdy i změna řádu hodiny je pro děti zpestřením. Bavilo je to, neboť ihned při ukončení této aktivity, se ptali, kdy zase budou hrát na brumli. **Dívka (9)** neustále prováděla stejné pohyby, které je nutno vynaložit při hře na daný nástroj a ve tváři byl vidět krásný úsměv. Hodina byla ukončena pasivní formou, při které na děti působil vliv zvuku dešťové hole a nakonec fujary.

Muzikoterapie 26. 9. 2018

Až při čtvrtém náslechu a možnosti pozorování vybraného vzorku se autorka setkala s chlapcem, jenž byl při přechozím sezení nepřítomen z důvodu nemoci. Tato hodina patřila

skupině, do níž je zařazen **chlapec (9)** a **dívka (11)**, jež jsou součástí výzkumu. Již při příchodu bylo na dětech opět vidět, že jsou velmi energičtí, po chodbě utíkali, což bylo možná způsobeno i radostí z muzikoterapeutického působení, ježž je čekalo. To však nebylo zcela rozpoznatelné, takže se v tomto případě jedná pouze o autorčinu domněnku, neboť ihned po příchodu **chlapce (9)** se vyptával, jak se jmenuje a sdělil jí, že se dnes velmi těšil. Žáci už mají zafixovaný řád muzikoterapie, takže ihned začali přichystávat židle k sezení. Opět si každý chystal místo sám pro sebe. Na upozornění paní muzikoterapeutky stejnými slovy, jako v předchozích hodinách, se **chlapec (9)** ihned ujal splnění úkolu a přichystal místo k sezení paní učitelce, paní asistence, paní terapeutce i autorce diplomové práce. Jelikož je **chlapec (9)** velmi zvědavé dítě, autorka diplomové práce musela být znovu představena paní muzikoterapeutkou, neboť se neustále vyptával, kdo za nimi na hodinu přišel. Vyzvídal jméno i povolání. Jeho otázky, zda se jedná o paní doktorku, zřejmě souvisely s jeho ranním vyšetřením. Všechny děti přišly do třídy velmi neklidné.

Opět první aktivitou bylo vyslovení přání všech dětí pomocí tibetského zvonku. Většina dětí si přeje materiální věci, tak jako **chlapec (9)** – auto. Stejný předmět vyslovila i **dívka (11)**. Při hře na brumli, jež následovala ihned po zklidnění pomocí tibetského zvonku, jeden chlapec ze skupiny byl velmi agresivní a narušoval celé muzikoterapeutické působení. Na **chlapci 1** bylo vidět, že se nedokáže zklidnit. **Dívka (11)** prožívala podobné pocity, neboť byl zřetelný zvýšený svalový tonus jak v obličeji, tak v celém těle. V hlavní části byly opět zapojeny bubny djembé, které děti nejvíce baví. **Dívka (11)** opět zvládá rytmus udávající paní muzikoterapeutkou, reaguje na změnu intenzity bubnování i na změny rytmu. V obličeji jde vidět radost, i přes záškuby se usmívá, její pohled směřuje mimo bubny – může se jednat o snění. Muzikoterapeutické působení pokračuje užitím ústní harfy, jež na děti působila v ten den nejlepším dojmem, jelikož se během pár vteřin působení zvuku všechny zklidnily. Do této hodiny paní muzikoterapeutka rovněž zařadila hru na kytaru. To je nejoblíbenější nástroj **chlapce (9)**, neboť ihned při vstupu do muzikoterapeutické místnosti vyslovoval přání hry na kytaru a zpívání. Zpívaly se písně: „Tři citrónky“, „Já ne, to ty.“ Všechny děti se zapojovaly pomocí hry na perkuse. Poslední částí muzikoterapeutického působení bylo využití tibetských mís, kdy dospělí měli za úkol hrát na tibetskou mísu a přenášet vibrace na ruce dětí – dospělý si položil ruku dítěte pod svoji. Autorka byla ve spojení s **dívkou (11)**. Měla tedy možnost přímo pracovat s dívkou. Vyhodnotila, že poslední část **dívku (11)** velmi opět zklidnila, v obličeji se svalový tonus zmírnil a celkově bylo její tělo uvolněnější. Nakonec opět všechny

děti hodnotily celou hodinu. **Dívka (11)** hodnotila nejlépe tibetské mísy, **chlapec (9)** dle očekávání kytaru a zpěv.

Muzikoterapie 10. 10. 2018

Pozorování muzikoterapeutického působení dne 10. 10. 2018 bylo určeno pro skupinu, které se účastní **chlapec (9)** a **dívka (11)**. Při této hodině muzikoterapeutka užila tibetský zvonek, brumli, bubny djembé – na hře se účastnily všechny děti, dále užila fujaru, kytaru a nakonec masáž pomocí tibetských misek. Užití tibetského zvonku se opakuje každou hodinu. Brumle je rovněž součástí každého muzikoterapeutického působení, jež má navodit právě tu správnou atmosféru. Jelikož jsou děti neustále aktivní, má u nich vzbudit pocit klidu, děti vést ke zpomalení. Při hře na fujaru bylo na **chlapeci 1** vidět, že hudbu vnímá, zavřel si oči, seděl na židli v tureckém sedu, ruce měl dlaní otočené nahoru – přijímal vibrace a zvuk celým tělem. **Dívka (11)** byla nejprve v neklidu. Postupně se její tělo uvolňovalo, už nebyly pozorovatelné záškuby typické pro její osobnost.

Při užití bubnů djembé se **chlapec (9)** původně hry nechtěl účastnit, odmítal mít bubínek i u sebe, hrát nechtěl, odnášel ho doprostřed kruhu. Paní muzikoterapeutka mu jej vrátila zpět se slovy: „*Kdyby sis to rozmyslel, tak se můžeš k nám přidat.*“ Nejprve se chlapec do hry vůbec nezapojoval, díval se všude kolem, jakmile zvuk bubnů djembé chvíli zněl, okamžitě se do hry zapojil. Rozhazoval rukama, usmíval se a měl ze hry radost. Hru na fujaru muzikoterapeutka motivovala slovy: „*Představte si, že jste v Indii.*“ Chlapec při hře na tento nástroj znázorňoval melodii rukou, když šla melodie nahoru - zvedal prst a maloval ve vzduchu, když melodie klesala – ruka šla dolů, maloval prstem směrem dolů. Rovněž šlo slyšet pobrukování ve správné melodii, začal si i pískat. Byl to jev, který i paní muzikoterapeutka komentovala, že se chlapec spojil s tímto nástrojem. Dosud se to nikdy u něj nestalo do takové míry, jakou bylo možno pozorovat v době tohoto muzikoterapeutického působení. Při hře na kytaru byl **chlapec (9)** šťastím bez sebe, jelikož jeho výraz v obličeji i postoj celého těla vyzařoval pozitivní a radostnou energii. Neustále chtěl zpívat píseň „Jaro, léto, podzim, zima“, ke které však paní muzikoterapeutka neměla v tento den nachystané noty. Snažila se to chlapeci vysvětlit, že dnes si zazpívají jinou píseň a píseň dle jeho přání bude součástí příštího setkání. Dalšími použitými nástroji v hodině muzikoterapeutického působení byly: dešťová hůl, gong, perkuse, indiánská flétna, tibetské mísy – ty byly použity na konečnou aktivitu - masáž těla. **Chlapec (9)** byl velmi spokojený,

když mu vibrace pomocí mísy byly vedeny přes jeho záda. Jelikož masáž byla prováděna u všech dětí, jakmile se chlapci nikdo přímo nevěnoval, nedokázal v klidu ležet a vnímat pouze zvuk linoucí se z tibetských mís. Neustále se vrtěl a díval všude kolem. Zatímco **chlapec (9)** nebyl schopen klidného ležení, **dívka (11)** si celou závěrečnou část užívala. Bylo možné pozorovat úsměv, uvolnění celého těla a radost.

Muzikoterapie 31. 10. 2018

Při muzikoterapii, jež se účastnila opět skupina **chlapce (9)** a **dívky (11)**, byly použity následující nástroje: tibetský zvonek v úvodu hodiny, následně již několikrát zmiňovaná brumle, bubny djembé, kytara a v závěrečné části nastal prostor pro kratší relaxaci. Na relaxaci paní muzikoterapeutka použila gong, fujaru, ústní harfu, rumbakoule, frčák, činelky, tibetskou mísu. **Chlapec (9)** byl opět velmi zvědavý. Jakmile paní muzikoterapeutka započala hru na brumli, chlapec prováděl pohyby rukama i nohama – třepot. Po chvíli však nastalo úplné zklidnění a zpěv s terapeutem ve stejné melodii jako ona. Jeho pohyby vyjadřovaly radost z hudby. V hlavní části při hře na bubny nejdříve zvládal pohyby rukou střídát, avšak rytmus se mu na rozdíl od **dívky (11)** nepodařilo dodržet. Ta se jako vždy s radostí bubnování účastnila. Už při příchodu do místnosti byly zřetelné záškuby nejen v obličeji, přesto zvládala rytmus, který udávala muzikoterapeutka. Postupem času se záškuby zmírňovaly od velkých úderů rukama do nohou až k úplnému vymizení. Kytara byla rovněž začleněna do hlavní části muzikoterapeutického působení. Pro **chlapce (9)** to bylo opět velké zpestření, neboť kytaru má velmi rád. Vyžádal si píseň „Není nutno“ a na výzvu názvu písně z minulé hodiny od terapeutky pohotově reaguje a vykřikuje „To ty, to ty.“

Než začala relaxace, bylo nutné nachystat polštáře a podložky na ležení. **Chlapec (9)** s radostí pomáhal – byl u něj vidět úsměv na tváři. Jakmile zazněl zvuk linoucí se z nástroje zvaného gong, chlapec zavřel oči a nechal se vtáhnout do zvuku prostupujícího celou místností. Tělo měl zanedlouho zcela uvolněné a na rozdíl od předchozí hodiny se dokázal soustředit po celou dobu relaxace. Taktéž u **dívky (11)** bylo možno zpozorovat uvolnění křečí, které byly na počátku hodiny velmi zřetelné. I když v průběhu relaxace neměla zavřené oči tak jako většina dětí, vědomě se snažila uklidnit a uvolnit všechny svaly těla. Jakmile paní muzikoterapeutka chodila s nástrojem mezi dětma a vibrace nechala působit přímo nad jejich tělem, dívka projevovala obrovskou radost, při které začala tleskat, nejen na ruce, potom i do

nohou. Nakonec si děti vyprosily „výstupní kontrolu“, která je prováděna pomocí tibetské mísy.

Muzikoterapie 7. 11. 2018

Jelikož jsou hodiny muzikoterapie na škole prováděny po dlouhou dobu a paní muzikoterapeutka postupně zapojovala relaxaci, kdy časovou dotaci vždy při každé hodině postupně prodlužovala, rozhodla, že v této hodině se zaměří z větší části na relaxaci, která lidskému tělu přináší lepší vnímání, zlepšuje duševní i fyzický klid.

Hodina začala stejně jako doposud každé muzikoterapeutické působení, tedy užitím tibetského zvonku a vyslovením přání. V počátku byla zařazena brumle, při které se obě dívky – **dívka (8)** a **dívka (9)** nedokázaly uvolnit. **Dívka (8)** sebou neustále vrtěla, nohy omotávala kolem noh židle, poté změnila opět polohu – nohy pokrčené na židli, hlava u kolen. Podobně se chovala i **dívka (9)**. Neustále kopala nohama, ruky zaplétala za opěrátko židle. Tělo nebylo ani u jedné dívky uvolněné, na rozdíl od ostatních dětí, jež se v tento den hodiny účastnily. Jakmile paní muzikoterapeutka přestala na brumli hrát, dívky se rozzářily oči, zvedla se a začala bubnovat na sedadlo židle. Věděla už, jaký program bude následovat. Se slovním doprovodem paní muzikoterapeutky: „(Jméno), co chceš dělat?“ Dívka odpověděla: „*bubínek*“, potom ihned vykřikla: „*haf, bum, haf*“ – prvky, které jsou zapojeny do bubnování. Buben djembé byl však použit na mnohem kratší dobu než v jiných hodinách. Při něm se obě dívky s radostí zapojovaly, obě si celou dobu pozpěvovaly.

Následovala relaxace za použití zvonkohry-koshi, zvukových vln, ústní harfy, gongu, tibetských mís a kalimby. Jako první byl použit gong, při němž si **dívka (8)** ihned začala pozpěvovat melodii, která byla vytvořena na základě úderu pomocí paličky. Celou dobu se dívka nedokázala zklidnit a vnímat hudbu. **Dívka (9)** rovněž projevovala známky neklidu. Po třech minutách působícího zvuku gongu se však její tělo začalo uvolňovat, postupně od nohou a rukou, nakonec došlo i k povolení svalů v obličeji. Bylo vidět, že pokud by gong působil ještě déle, dívka by usnula. Jelikož jsou v místnosti i dospělé osoby – paní učitelka, paní asistentka a téměř na každé hodině i autorka diplomové práce, paní muzikoterapeutka zvolila i nástroj zvukové vlny. Hry na tento nástroj se ujala paní asistentka s autorkou diplomové práce, kdy jedna z nich paličkou ťukla do zvonkohry, následně kývavým pohybem nad dětma tvořila zvukovou vlnu. Obě dívky tento zvuk uklidnil. **Dívka (8)** zavřela oči a snažila se nasát energii do svého těla, **dívka (9)** se upřeně dívala ve směru pohybu zvukových vln. Jak na těle,

tak v obličejí se okamžitě svaly uvolnily. Tento nástroj byl použitý současně se zvonkohrou – koshi, kterou ovládala paní muzikoterapeutka. Jakmile se asistentka společně s autorkou a s nástrojem zvukových vln přesunula k jinému dítěti, **dívka (8)** se přemístila za muzikoterapeutkou a zblízka pozorovala hru na tento nástroj. Také kalimba prohloubila jejich uvolnění a zklidnění. Poslední částí byla aktivita pomocí tibetských mís. Všichni účastníci sedící v kruhu měli před sebou tibetskou mísu. Nejprve paní muzikoterapeutka zavedla ťukání postupně po řadě. **Dívka (8)** se vždy nemohla dočkat, až bude na řadě, neustále musela něco komentovat a v úvodu ihned ukazovala pohyb, jak se na miskou hraje. Při aktivitě očima upřeně čekala na pokyn. Poté nastala změna zadání. Jedinec, jenž byl na řadě, měl ťuknout do své misky, a poté pomocí paličky přenést zvuk a poslat ho někomu jinému v kruhu. **Dívka (9)** zpočátku nevěděla, co má dělat, následně však princip posílání pochopila a vždy, když byla na řadě, tak se nejprve usmála, následně ťukla a poté i s úsměvem poslala zvuk někomu v kruhu. Všichni žáci zhodnotili, co se jim na hodině nejvíce líbilo, poté nastalo rozloučení, uklizení místnosti a děti přes „výstupní kontrolu“ odcházely na oběd.

Muzikoterapie 28. 11. 2018

Muzikoterapeutické působení mělo podobný ráz jako v předchozích hodinách. Byl užít zvonek přání, následně brumle, bubny djembé a relaxace pomocí dřívěk, gongu, tibetských mís, zvonkoher-koshi, udu a jako poslední nástroj paní muzikoterapeutka zvolila ústní harfu. Už při příchodu bylo možné na **dívce 3** pozorovat dobrou náladu. Okamžitě se zapojila do chystání míst k sezení a ve správném pořadí - jako první chystala místo paní učitelce. V tento den byla **dívka (8)** velmi zvědavá, ptala se paní muzikoterapeutky, zda budou dnes bubínky. **Dívka (9)** přišla do hodiny s tím, že bude relaxace a ihned ukazovala na místo, kde bude ležet.

Brumle, jako první použitý nástroj v této hodině, na obě dívky nepůsobil do takové míry, aby se dokázaly zpomalit a uvolnit zcela své tělo. **Dívka (8)** byla neustále v pohybu, nejprve měla nohy na židli, byla schoulená do klubíčka, poté změnila polohu do polosedu a podložila si hlavu rukou. Jelikož **dívka (9)** vykonávala po dlouhé době své stereotypní pohyby a **dívka (8)** ji viděla, ihned začala stejný pohyb napodobovat. **Dívka (9)** si jako jediná všimla nového nástroje, jenž paní muzikoterapeutka měla v místnosti. Jednalo se o hudební nástroj zvaný udu. Protože jej dívka nikdy neviděla, natolik ji zaujal, že se nebyla schopna soustředit na zvuk brumle. Následovalo bubnování, na které se nakonec těšila i **dívka (9)**, která původně chtěla relaxaci. Ihned po rozdání bubnů, do kterého se zapojila **dívka (8)**,

začala bubínek hladit, tak jak to dělají každou hodinu. Při zpívání si pozpěvovala, usmívala se a hrála s radostí. Když se tempo bubnování zrychlovalo, dívka se dokázala na toto tempo naladit. **Dívka (8)** silně prožívala prvky bubnování, jež paní muzikoterapeutka zapojuje – obě ruce na buben, potom na jednu stranu se slovy „haf“, „bum“ – tep do bubnu, na druhou stranu se slovy „haf.“ Tyto prvky jsou pro dívku atraktivní a provádí je velmi ráda. Její rozzářené oči toho byly důkazem.

Převážnou část hodiny se prováděla relaxace. Nachystání podložek se účastnily obě dívky s radostí, avšak bylo možné upozorovat, jaký vliv na vnímání měl první použitý nástroj. Zatímco **dívka (8)** se deset minut nemohla zklidnit a najít polohu, ve které se bude cítit dobře, **dívka (9)** pozici k odpočinku našla ve vteřině. Bylo na ní vidět, že se celé tělo uvolňuje, obličej taktéž. Jako jediná, i když už usínala, upozorovala nový zvuk, který vydával nástroj udu. Podívala se směrem ke zdroji, a jak zjistila, co to je za zvuk, opět si lehla a v okamžiku usnula. **Dívka (8)** se uklidnila při použití tibetských mís a zvonkohry-koshi, následoval spánek. Posledním nástrojem užitým v relaxační části byla ústní harfa. Paní muzikoterapeutka se snažila vrátit vědomí dětí zpět do místnosti. To se podařilo pouze u **dívky (8)**, ostatní děti ještě několik minut po skončení hry spaly dál. Bylo složité je probudit a paní muzikoterapeutka je budit ani nechtěla, ale čas hodiny byl u konce, takže jí nic jiného nezbyvalo.

Muzikoterapie 12. 12. 2018

Poslední pozorování, které probíhalo v daném roce, bylo koncipováno následně: užití tibetského zvonku, brumle, zpívání koled a následně relaxace. Jelikož se děti na Vánoce velmi těšily, už podle přání, která vyslovovaly postupně s přibližujícími se svátky, bylo zpívání koled pro všechny zábavné. Této hodiny se účastnila **dívka (8)** a **dívka (9)**. Na počátku se přichystání míst účastnily obě dívky. Při znění brumle **dívka (9)** přímo pozorovala paní muzikoterapeutku, snažila se s ní spojit pomocí očního kontaktu. Stejným způsobem reagovala **dívka (8)**. Ta si zpočátku zavřela oči, ale jakmile slyšela, že se k ní paní muzikoterapeutka blíží, oči otevřela a pozorovala dění.

V části hodiny byla užita kytara. Přáním **dívky (8)** byla píseň „Komáři se ženili“ a i když to není zcela vánoční píseň, paní muzikoterapeutka na volbu písně přistoupila. Dívka z jejího konečného rozhodnutí byla velmi nadšená. Po většinu času paní muzikoterapeutka zařadila relaxaci. Jednalo se o zapojení tibetských mís, a to takovým způsobem, že jedno dítě

leželo na podložce, kolem něj byly rozmístěny tibetské mísy různé velikosti. Každý obsluhoval jednu tibetskou misku, a to tak, že postupně podle hodinových ručiček každý ťukl do své misky. Začínalo se od hlavy. Děti se na podložce uprostřed oválu utvořeného z tibetských misek střídaly. Všechny děti si zvuk užívaly. Dokázaly se zklidnit, uvolnit tělo a věnovat se poslouchání zvuku vycházejícího z misek. Po skončení se **dívka (8)** přiblížila k paní muzikoterapeutce se slovy: „*Dneska jsi byla moc šikovná.*“ Dle výpovědi lze říct, že dívka byla s celou hodinou spokojena.

Muzikoterapie 6. 2. 2019

Tato hodina byla výjimečná tím, že byla zařazena „hra na zvířátka“ a na „živly“, avšak nechyběl ani tradiční řád užití tibetského zvonku a také z důvodu nemoci paní muzikoterapeutky byla časová dotace zkrácena jen na hodinu muzikoterapeutického působení. Při otázce, kterou položila paní muzikoterapeutka: „*Představte si, že byste byli zvířátko. Jaké zvířátko byste chtěli být?*“ Od **dívky (11)** přišla odpověď, že by chtěla být ptáčkem. Na otázku: „*A proč bys chtěla být ptáčkem?*“, kterou položila paní muzikoterapeutka, dívka ukazovala rukou směrem nahoru, rukou třepotala – zřejmě si danou situaci představovala, neboť potom vyprávěla o tom, jak je ptáček v krmítku a zobe zrní (to napodobovala pohyby těla, nemohla si vzpomenout na název potravy). **Chlapec (9)** vyslovil, že by chtěl být prasátkem, i když u spolužákovy stejné volby se velmi smál. Nakonec bylo jeho přání stejné. Od počátku byl chlapec velmi zvědavý. Ještě se čekalo na jednoho kluka a on už se na vše vyptával, chystal místa k sezení a pozoroval z okna, co se tam děje.

Bubny djembé také nesměly v hodině chybět. I na ty dnes **dívka (11)** reagovala velmi dobře, dnes nebyly zpozorovány téměř žádné záškuby těla. Při hře bubnovala tak silně, že to vypadalo, jako by chtěla vést v bubnování celou skupinu, při čemž se krásně usmívala. Chlapec projevoval o bubny zájem, sám je chystal a jako první donesl djembé autorce diplomové práce. S radostí ve tváři jej položil před ni. Poté si utíkal pro svůj buben a už sám ukazoval pohyby hry na bubny. Když se tempo postupně zrychlovalo, podařilo se mu chytit rytmus. Nakonec se učili rytmus – tep srdce. Jelikož je to velmi těžké, hlavní úlohu měli dospělí, avšak všechny děti se zapojovaly dle svých možností. V průběhu hodiny se učili nové písni doprovázené hrou na kytaru. Jednalo se o písni: „Ej láska, láska“, „Ej Janku, Janičku“, „Dudák.“ Všichni žáci doprovázeli zpěv na perkuse. U **dívky (11)** se celé tělo dostalo do klidu, svalové napětí, které bylo v tento den velmi slabé oproti předchozím, také odeznělo - i

v obličejí. Při poslední písničce „Ej lásko lásko“ jí byla přidělena zvonkohra. Byla velmi šťastná, když na ni mohla hrát.

4.5 Posouzení vlivu muzikoterapeutického působení na vybrané jedince

Jelikož součástí diplomové práce byl i **rozhovor** s paní muzikoterapeutkou a třídními učitelkami za účelem doplnění informací, či potvrzení určitých aspektů souvisejících s vlivem muzikoterapie na děti s mentálním postižením, v následujícím odstavci je popsáno, jaký celkový vliv muzikoterapie vidí na dětech paní muzikoterapeutka i paní učitelky. Rozhovor jak s paní muzikoterapeutkou tak s paní učitelkou probíhal na půdě dané školy. Pro zaznamenání veškerých údajů z rozhovoru byl pořízen audiozáznam. Rozhovor s paní muzikoterapeutkou trval téměř půl hodiny. Autorka se v průběhu rozhovoru doptávala na další otázky, které jí v daný okamžik napadaly a korespondovaly s tématem. Autorka vedla s paní učitelkou rozhovor necelých 15 minut. Otázky rozhovorů jsou přiloženy v příloze diplomové práce.

Z výpovědi, která byla poskytnuta paní muzikoterapeutkou na základě rozhovoru, bylo možné vyvodit velmi sjednocený pohled na vliv muzikoterapie, jež má i autorka diplomové práce. Mezi hlavní vlivy muzikoterapie u dětí s mentálním postižením, který koresponduje s názorem autorky, je možnost se projevovat jakýmkoliv způsobem pomocí hudby, jelikož verbální projev u těchto dětí není vždy zcela možný. I z výpovědi paní muzikoterapeutky vyplývá, že právě jakýkoliv projev dětí je akceptovatelný a díky tomu se u dětí posiluje sebevědomí, a také muzikoterapie vede i ke zlepšení v oblasti socializace. Současně se rozvíjí rytmus. Hudba má vliv na otevření hlasivek a zlepšuje se schopnost používat jednotlivé nástroje, díky kterým se rozvíjí motorika i hybnost. Z výpovědi paní pedagožky vyplývá, že i ona je od počátku k muzikoterapii nakloněna a vidí v ní velké přínosy právě pro děti s mentálním postižením, jelikož hudební výchova jako taková není pro děti ideálně nastavená a právě díky muzikoterapii se děti mohou otevřít, aniž by musely umět hrát na nějaký nástroj. V oblasti řeči paní učitelka zmiňuje, že vnímá právě už primární podněty k vyluzování nějakého zvuku, učí se rytmu, tempu a k tomu je právě vede muzikoterapie, aby se zlepšovali. I v oblasti emocí je dle výpovědi paní učitelky muzikoterapie velkým přínosem, jelikož se děti mohou vyjádřit, tak jak ony chtějí a navíc se

díky užívání hry na různé nástroje učí především jemné motorice, která se postupem času zlepšuje. Dále paní učitelka zmiňuje, že přestup z běžných hodin výuky do muzikoterapeutického působení je velmi náročný, ale jakmile se všichni naladí na prostředí a každý sám na sebe, tak pocítuje velký vzestup energie a zklidnění.

Chlapec (9)

Devítiletý chlapec s diagnózou středně těžkého mentálního postižení s vadou zraku – strabismus, hypotonie a poruchy chování je velmi zvědavý kluk, který rád poslouchá hudbu, což se právě projevuje v hodinách muzikoterapeutického působení. Jeho příchod do místnosti byl vždy rázný, přicházel dobře naladěný a s úsměvem na tváři. Jeho zvědavost se projevila při prvním setkání s autorkou diplomové práce, dále vždy vyžadoval hraní na kytaru a vyptával se, co se bude dělat. Při hře na brumli lze u chlapce s odstupem času pozorovat zlepšení vnímání zvuku a vibrací. V prvních hodinách šlo na chlapci vidět, že je neklidný, třepe rukama i nohama, avšak při poslední hodině bylo pozorovatelné značné zklidnění a vědomé vnímání hudby na celé jeho tělo se zavřenýma očima. Lze tedy říci, že s odstupem času se chlapec vědomě pokoušel naladit na zvuk, protože už po zkušenostech z předchozích hodin věděl, že zvuk brumle mu přináší uvolnění celého těla. Úsudek vychází z pozorování, kdy při posledních hodinách kluk poslouchal hudbu se zavřenýma očima, s dlaněmi opřenými o stehna otočenými vzhůru, právě proto, aby přijímal vibrace opravdu celým tělem přes konečky prstů.

Bubny z počátku nepatřily úplně k jeho oblíbeným, avšak vybudoval si k nim postupem času vztah. V hodinách se vyskytovaly situace, kdy opravdu hrát nechtěl, ale jakmile zvuk bubnů uslyšel, okamžitě se jeho tvář rozzářila a přidal se k ostatním v kruhu. Radost z bubnů projevoval rozhazováním rukou do stran a poskoky. Postupem času hoch správně střídal ruce, avšak rytmus nebyl schopen zcela zachytit. Lze však říci, že i hra na bubny má vliv v oblasti motoriky, kdy jedinec z počátku vůbec nestřídal ruce – levá, pravá, ale hrál na buben oběma rukama současně. S odstupem času, po malých krocích, byl chlapec schopen právě správného střídání rukou, změny dynamiky a tempa. V posledních hodinách jeho vztah k bubnům ještě posílil, neboť před hrou už ukazoval všem pohyby hry na bubny s radostným úsměvem. V průběhu hry na bubny si chlapec pozpěvoval společně s paní muzikoterapeutkou, což je u něj velkým pokrokem.

Při prvních hodinách relaxace dokázal chlapec vnímat hudbu, uvolnit své tělo, ale pouze po dobu, kdy se mu muzikoterapeutka věnovala. Poté se vrátil zpět do běžného stavu - stav plný energie, neustále se vrtěl a díval se kolem sebe. Nebyl schopen vnímat zvuk nástrojů. Na konci pozorování už však u chlapce byl vidět velký progres na rozdíl od prvního sezení. Chlapec při relaxaci vědomě odpočíval, při užití gongu měl zavřené oči a „nasával“ energii do svého těla. Fujara měla na něho také velký vliv. Při ní si vždy zavřel oči a snažil se vědomě uvolňovat svaly celého těla. Nejvíce pozorovatelné to bylo v obličeji. Jednoho dne bylo obrovským překvapením pro všechny, když se chlapec naladil na melodii fujary. Ve stejné tónině, ve které paní muzikoterapeutka hrála, si chlapec zpíval a melodii vytvářel pohybem oběma rukama. I když je chlapec někdy impulzivní, hudba je u něj vždy na prvním místě. Především kytara, na kterou nedá dopustit. Jako jeden z mála v hodině zpívá a pokaždé přijde s nápadem jiné písně. Jde na něm vidět, že právě hudba je pro něj důležitá a velmi ho baví. I když přišel do místnosti vždy energický, napjatý, v průběhu hodiny se dokázal pěkně zklidnit a postupem času se naučil uvědomovat si, jak relaxace v hodinách prospívá jeho tělu. Na konci hodin vždy bylo znatelné uvolněné tělo a ještě větší radost z hudby, které se mohl věnovat hodinu a půl.

Posouzení vlivu muzikoterapie z pohledu muzikoterapeutky a pedagožky

Na otázku začleněnou v rozhovoru, zda paní muzikoterapeutka vidí nějaký posun u daného chlapce, odpovídá slovy, že vzhledem k chlapcově povaze, která se projevuje především častými afekty a vzhledem k velkému množství problémů, které má sám se sebou se emoční vyrovnanost velmi střídá, což se odráží i na hodině muzikoterapie. Je však velmi hudebně nadaný a hodně ho muzikoterapie baví, takže je tam viditelný posun například ve hře na buben, kdy nedávno hrál oběma rukama naráz, avšak teď už začíná ruce střídát, s čímž se ztotožnila i autorka diplomové práce. Tato situace je zmíněna výše. V oblasti zpěvu dle výpovědi je velmi dobrý a tento aspekt si chlapec uvědomuje. Díky tomu dochází k vzrůstu sebevědomí a je v něm, dle muzikoterapeutky, velký potenciál.

Paní učitelka chlapce popisuje jako hodně emočně vnímavého chlapce, který má velmi rád hudbu. Dle výpovědi jsou vidět posuny k lepšímu, ale jakmile je chlapec ve svém prostředí jistý, tak se dokáže soustředit na spoustu jiných věcí a muzikoterapii si neužívá tak, jako by mohl.

Dívka (11)

Dívka, které bylo diagnostikováno středně těžké mentální postižení společně s DMO, je i přes diagnostiku poruch chování velmi milá holčička a je hodně komunikativní. Nyní je však v období puberty, což má do určité míry i vliv na celé její chování. Právě u této dívky je nejvíce pozorovatelné uvolnění svalů celého těla, jelikož se jedná o dívku s častými záškuby. Tiky prostupují celým tělem - od obličeje přes ruce až k nohám. Někdy je u ní vidět bouchání do stehů, avšak působením hudby se vždy tiky zmírnily, někdy až zcela vymizely. Pomocí tibetského zvonku si vždy přála materiální věc, na rozdíl od její sestry. Jejím přáním bylo pokaždé auto. Při užití brumle se z počátku nedokázala po celou dobu hry vůbec uvolnit, avšak v porovnání s poslední hodinou byl patrný znatelný posun. Z počátku se dívka nedovedla soustředit a byl vidět zvýšený svalový tonus v obličeji. Poslední hodinu se dívka snažila vědomě tiky zmírňovat a pokoušela se o rychlejší uvolnění. Na posledních hodinách se pěkně usadila, otočila ruce dlaněmi vzhůru, zavřela oči a snažila se hudbu vnímat celým tělem. Po pár minutách byl znatelný klid a její soustředění pouze na zvuk brumle. Když se k ní paní muzikoterapeutka přiblížila, dívka byla štěstím bez sebe – obličej, ruce i nohy byly sice v pohybu, ale pouze na pár vteřin. Následovalo napojení se na zvuk a snaha navodit přímý oční kontakt s paní muzikoterapeutkou, jež se snažila přes sebe dívku více vtáhnout do hry a zprostředkovat sílu zvuku.

Co se týká bubnů, tak ty jsou její oblíbené. Při hře byla vždy šťastná, zapojovala se do každé aktivity, jež se na bubny prováděly. Má velký smysl pro rytmus, který se časem čím dál více zlepšoval. Motorika rukou se tedy postupně více a více zdokonalovala, dokázala správně střídat ruce – levá, pravá, měnit tempo i dynamiku, která byla předváděná paní muzikoterapeutkou. Je tedy možné říci, že i práce s jednotlivými nástroji, nejen bubny, ale také perkusemi, které jsou v hodinách využívány, či užití tibetského zvonku, na který se děti postupem času učí hrát, tak aby byl zvuk příjemný, vede k prohlubování jemné motoriky nejen u této dívky, ale u všech dětí, jenž se hodin muzikoterapií účastní. Bubnování dívku baví natolik, že poslední hodinu bubnovala tak silně, že to vypadalo, jako by chtěla vést sama rytmus místo paní muzikoterapeutky. V obličeji bylo vidět obrovské štěstí, úsměv a rozzářené oči.

V oblasti relaxačních činností byl na dívce prvotně pozorovatelný neustálý neklid a záškuby celého těla. Nedokázala najít pozici k ležení, která by jí vyhovovala. Dešťová hůl

však měla na její tělo blahodárný vliv, jelikož se její tělo okamžitě uvolnilo, záškuby slábly nejen v končetinách, ale také v obličeji. Při zvuku tibetských mís se její uvolnění ještě prohlubovalo, a i když neměla zavřené oči, bylo na ní vidět, že se vědomě snaží záškuby mírnit a pak si i relaxaci užít. Velkou radost projevovala při hře na gong, jež paní muzikoterapeutka užívala při pochodování mezi dětmi a nad nimi rozeznávala zvuk daného nástroje. Při něm se dívčiny oči rozzářily, začala tleskat, tudíž bylo vidět, že relaxace je pro ni příjemnou aktivitou. Lze tedy říct, že právě u této dívky je nejvíce pozorovatelný vliv nástrojů na motoriku a na uvolnění těla. Vždy byl viditelný velký rozdíl před začátkem a koncem hodiny nejen v oblasti uvolnění těla, ale také v oblasti emocí, neboť se dívka při příchodu nijak velmi neprojevovala, ale na konci při zhodnocení se vždy jako první hlásila a chtěla dát paní muzikoterapeutce zpětnou vazbu. Náležitě si užívala i tzv. „výstupní kontrolu“, kdy stála vždy v řadě mezi prvními. Veselá nálada byla u dívky nejvíce pozorovatelná při užití bubnů. Z celého pozorování dívky lze tedy vyvodit, že má muzikoterapeutické působení a hodiny prováděné ve škole, kladný vliv na dívku a především na její tělo, které na počátku hodin projevovalo známky tiků. Emoce dívky se rovněž na konci hodiny ustálily.

Posouzení vlivu muzikoterapie z pohledu muzikoterapeutky a pedagožky

Dle výpovědi paní muzikoterapeutky vyplývá, že dívka byla dříve více spjatá s hodinami muzikoterapeutického působení, což je způsobené obdobím puberty, ve kterém se nyní dívka nachází. Dříve, i když dlouho nevydržela hudbu vnímat, všechny věci jí více zajímaly. Dneska se situace změnila a je soustředěna hodně na sebe, ale výkony, které nyní dívka v hodinách podává, jsou mnohem kvalitnější, než v předchozích letech. Hudebně je dívka velmi nadaná. To se projevuje především ve hře na buben, kde drží danou strukturu rytmu. Stejného jevu si všimla i autorka diplomové práce a daný jev popsala výše.

Paní učitelka u dívky vidí obrovský posun v tom, že už je starší a chápe, k čemu je jí muzikoterapie přínosná. Dívka se vždy na hodiny velmi těší. Paní učitelka popisuje posun v rytmizaci, v tempu, s čímž se ztotožňuje nejen s paní muzikoterapeutkou, ale také autorkou diplomové. V rámci relaxace vidí paní učitelka markantní rozdíl i v této oblasti relaxace. Jelikož se jedná o dívku s poruchami chování a hypokinetickými poruchami, právě muzikoterapie jí velmi napomáhá zlepšovat tuto oblast.

Dívka (8)

Dívka s diagnózou lehkého stupně mentálního postižení je přátelská, komunikativní a zvědavá holčička. Je velmi vnímavá a zajímá se o ostatní. Toho si lze povšimnout vždy při úvodní aktivitě – užití tibetského zvonku a vyslovení přání. Na rozdíl od ostatních dětí, které si přejí většinou materiální věc, dívčino přání pokaždé znělo následovně: „*Milý zvonečku, já si přeju, aby byla paní asistentka (jméno) zdravá.*“ Dívka srší energií a to je možné pozorovat trvale i při užití brumle. Při prvních hodinách muzikoterapeutického působení bylo možné pozorovat neklid. Dívka se na počátku hodiny otáčela, nedokázala v klidu sedět, neustále byl znatelný pohyb nohama. To se však postupem času usměřovalo. Dívka postupem času zjišťovala, jaký vliv má zvuk brumle na její tělo a při poslední hodině bylo pozorovatelné i vědomé zavření očí a snaha nechat uvolňovat své tělo hned od počátku působení zvuku. Na rozdíl od první pozorované hodiny, při které dívka na zvuk brumle reagovala komickým smíchem a nedokázala se soustředit a byla neklidná, poslední hodina ukazovala pravý opak.

Užití bubnů dívka vnímala od prvních hodin velmi kladně. Aktivita ji bavila, což bylo možné pozorovat na jejích rozzářených očích. Postupem času zvuk bubnů dívku motivoval i k počátkům užívání hlasu – pobrukování, zpívání. Díky tomu lze tedy říci, že právě i zvuk bubnů a ostatních nástrojů užívaných v hodinách muzikoterapie má velmi kladný vliv na rozvoj řeči. Dívka začala postupem času více vnímat rytmus i tempo a opět při poslední hodině byla znatelná sounáležitost mezi ní, bubnem a tempem, jež bylo udáváno paní muzikoterapeutkou. Bubny jí přinášely každou hodinu radost.

Co se týká relaxačních činností, tak se u holčičky prolínaly dva postoje. Z počátku se dívka nemohla naladit na užívané nástroje a nechat je působit na své tělo. Byla neustále v pohybu, nemohla si najít to správné místo na relaxaci anebo měla potřebu vždy vše komentovat. Opět při poslední hodině, kde se prováděla relaxace, bylo možno vidět, že si dívka začala uvědomovat, že i relaxace je pro ni důležitá, neboť v běžném životě jí tolik nikdo nemá. Pravděpodobně si uvědomila podstatu toho, že při relaxaci se cítí příjemně a pak i její tělo je odpočinuté. Příjemný vliv relaxace na dívku dokazuje i její věta při poslední aktivitě, která následovala těsně potom, co paní muzikoterapeutka dokončila relaxační hodinu. Přiblížila se k paní muzikoterapeutce se slovy: „*Dneska jsi byla moc šikovná.*“ Z toho vyplývá, že muzikoterapie je velmi účinná ve všech směrech, avšak musí být pravidelná. Díky tomu se dívka postupem času dokázala rychleji uvolnit, zpomalit a začít relaxovat. Na konci

hodiny byla vždy poklidná, usmívala se na rozdíl od příchodu do místnosti, kdy byla velmi živá a plná energie.

Posouzení vlivu muzikoterapie z pohledu muzikoterapeutky a pedagožky

Dívka udělala dle muzikoterapeutky velký pokrok. První roky byla údajně zaměřená neustále na sebe, kladla velký důraz na sebe prezentaci – „všimněte si mě, já jsem výjimečná“, s čímž přišla z domova pro malé děti. Prvním rokem, dle výpovědi muzikoterapeutky, nebyla ochotna dělat nic, nic ji nebavilo a nezajímalo. Svým typickým chováním vždy jen na sebe upozorňovala. Postupem času se však dívka začala měnit, její chování se usměrňovalo k lepšímu a letos naprosto vědomě relaxuje. Dříve nebyla schopna sedět na židli, nyní lze pozorovat zavření očí a na základě zvuku nástrojů se tělo uvolňuje. Výše zmíněný pohled autorčina záznamu koresponduje s výpovědí paní muzikoterapeutky. Paní muzikoterapeutka její posun popisuje i tak, že dívka už nedělá vše jen proto, aby ostatní na ni zaměřili pozornost, tak jak tomu bylo dříve, ale spíše už u dívky dochází k setkání s vlastním tělem. I relaxační klid dívce prospívá a ona ho začíná postupně vyhledávat.

Dívka (9)

Dívce, jež bylo diagnostikováno lehké mentální postižení společně s poruchami chování, mírnými vadami řeči, dále strabismem a převodní vadou sluchu, přicházela do hodin muzikoterapie pokaždé s jinou náladou. Někdy na ní bylo vidět, že jde pouze s „davem“, jindy zase vtrhla do místnosti a vykřikovala, že chce hrát na bubínky, nebo přišla do místnosti a ihned ukazovala, kde bude ležet. Relaxaci nebyla však dívka z počátku schopna pojmout v celém měřítku. Nejprve byl na ní pozorovatelný neklid, byla neustále v pohybu až jednou či dvakrát se objevily stereotypní kývavé pohyby. Ty symbolizují pocit bezpečí. Z počátku se dívka nedokázala na relaxaci naladit, avšak postupně vždy na základě působení jednotlivých nástrojů k uvolňování nakonec docházelo. Nejvíce viditelné bylo uvolnění svalů v oblasti obličeje díky užití zvukových vln. V ten moment dívka nehybně pozorovala nástroj a její svaly se postupně uvolňovaly. Jednoho dne působení nástrojů dovedlo dívku až k silnému spánku. Tento aspekt dokazuje, že nástroje jsou silně terapeutické a v případě správného naladění klienta dovedou člověka až do úplného uvolnění. Právě na základě této hodiny si dívka poté přála jen spinkání. Věděla, že jí při této aktivitě bylo příjemně a chtěla ji opakovat.

Při užití brumle byl však vždy pozorován neklid. Dívka nebyla schopna se ihned napojit na sílu zvuku daného nástroje. Nedokázala ani zavřít oči, aby bylo její prožívání silnější, tak jako to dělali její spolužáci. Neustále kopala nohama. Změna byla viditelná, když si k ní paní muzikoterapeutka dřepala a hrála přímo před ní. Zde bylo znatelné napojení se na nástroj a paní muzikoterapeutku, která se jí snažila očním kontaktem navést na uvolnění. Největší vliv zvuku brumle však na lidské tělo působí, když nástroj člověk ovládá. Právě v hodině, kde paní muzikoterapeutka zapojila učení se hře na brumli, bylo na dívce vidět, že tento nástroj má opravdu kladný vliv na tělo. Při příchodu do místnosti v daný den byla dívka neposedná, plná energie. To se však okamžitě změnilo, když se jí dostal nástroj do rukou. V ten moment, kdy dívka bez problému začala nástroj ovládat i bez toho aniž by se to dříve učili, bylo vidět, že je opravdu šťastná. Když paní třídní učitelka nevěřila svým očím, jak je možné, že jí to tak krásně jde, dívka se za paní učitelkou vydala a ukazovala jí, jak má na nástroj hrát.

Bubnování bylo pro dívku vždy radostnou aktivitou. Už při příchodu do místnosti vykřikovala, že chce hrát na buben, případně ihned po skončení působení zvuku brumle bubnovala na sedadlo židle, či ukazovala pohyb, jímž se na buben hraje. Často se zapojovala do rozdávání bubínků svým spolužákům a byla na ní vidět velká radost. Radostná nálada u holčičky panovala po celou dobu hraní na bubny i v době, kdy se původně hry nechtěla ani účastnit. Jakmile uslyšela zvuk bubnů, okamžitě se přidala k ostatním v kruhu. Bubnování uvolňuje napětí v těle a právě to bylo vnímatelné na této dívce. Je možno říci, že muzikoterapie na dívku působí pozitivním dojmem, při závěrečném hodnocení většinou hodnotila hru na bubny jako nejlepší. Právě při tomto nástroji na dívce byla nejvíce viditelná radost z hudby, z pohybu a uvolnění. Z pozorování tedy vyplývá, že je nutná pravidelnost muzikoterapeutického působení, jelikož u dívky trvalo déle, než se dokázala z počátku uklidnit a naladit do té správné uvolněné nálady.

Posouzení vlivu muzikoterapie z pohledu muzikoterapeutky a pedagožky

Tak jako u předchozí dívky, i tato holčička udělala obrovský posun z výpovědi paní muzikoterapeutky. První rok, co byla relaxace zařazena do hodin, se uskutečňovala právě ve třídě dané dívky a paní muzikoterapeutka podotkla, že dívka nebyla schopna na relaxační podložce vydržet. Bylo to značně náročné, ale tím, že je dívka velmi zvědavá, vše hodně řeší a je emočně vzrušivá, nedokázala v době relaxace odpočívat a udržet pozornost. Neustále

musela do muzikoterapeutického působení vstupovat a komentovat určité věci. Postupem času dle paní muzikoterapeutky došlo k velké změně, neboť nyní na ni nástroje naprosto působí. Její tělo se začne zvolňovat, okamžitě se začne zastavovat, svaly v obličeji se povolují a dochází ke spánku. U dívky paní muzikoterapeutka popisuje, že efekt muzikoterapie je opravdu velký. Je to však způsobeno celým vývojem dítěte, tak jako u všech výše zmíněných dětí nelze úplně říct, že je to způsobeno pouze muzikoterapií.

5 Diskuze

Do výzkumného šetření byli vybráni čtyři žáci ve věku mezi 8-11 lety navštěvující instituci, jenž je součástí komplexu daných výše zmíněných škol. Vzorek dětí byl vybrán dle doporučení paní muzikoterapeutky z hlediska specifčnosti jejich osobnosti a vývoje. Jednalo se o jednoho chlapce a tři dívky, z toho dvěma dívkám bylo diagnostikováno lehké mentální postižení, zbylým dvěma účastníkům stupeň středně těžkého mentálního postižení. Výzkum byl realizován od listopadu 2017 do února 2019, při kterém bylo použito pozorování jako hlavní metoda, dále také kazuistiky pro přiblížení osobnosti jedinců, jež však nemohly být úplné z důvodu nemožnosti získání veškerých údajů o dětech.

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit vliv muzikoterapie na osobnost jedinců s mentálním postižením. Tento cíl byl nadále rozpracován do čtyř dílčích cílů, které se zabývaly vlivem muzikoterapie na emoce jedinců, vlivem muzikoterapie na motoriku, vlivem muzikoterapie na řeč jedinců či rozdílem v chování jedinců před a po působení muzikoterapeutických nástrojů. K realizaci výzkumného šetření byl využit kvalitativní výzkum a na základě zvolených metod, mezi které se řadí pozorování, kazuistiky a rozhovor, byly naplňovány stanovené cíle.

Z výzkumného šetření vyplývá, že pravidelné užití hodin muzikoterapie má na jedince s mentálním postižením značný vliv. Kladně působí na všechny složky klienta, avšak u každého se to projevuje s jiným časovým odstupem, neboť každý člověk je individuální bytostí. U všech klientů došlo k celkovému zlepšení téměř ve všech oblastech. Posun v jednotlivých oblastech směrem k lepšímu je však u každého dítěte individuální, ale důležité je, že se u všech klientů objevuje. Hlavní výzkumná otázka, jež má následující koncepci: „*Má muzikoterapie vliv na složky osobnosti jedince s mentálním postižením?*“, byla potvrzena. Muzikoterapie má na osoby s mentálním postižením velmi kladný vliv a to koresponduje i s teorií uvedenou v podkapitole 3.6 Vliv muzikoterapie na klienty s mentálním postižením, kde je uvedeno, že muzikoterapie značně ovlivňuje kognitivní procesy těchto jedinců. Nejvíce znatelným posunem na konci výzkumného šetření u všech pozorovaných dětí bylo rychlejší navození pohodové atmosféry a uvědomování si vlastního těla.

Všechny výzkumné otázky, jež byly stanoveny, byly dle autorčina názoru naplněny, avšak v průběhu výzkumného šetření musely být mírně pozměněny, jelikož autorka postupem

času zjišťovala, jak muzikoterapie funguje a při prvních pozorováních si nastavila otázky, jež nebylo možné sledovat. I přes zmíněné posuny ve všech oblastech se nedá zcela říct, že k posunu dochází jen díky působení muzikoterapie. Z výpovědi paní ředitelky, uvedené v kapitole výše, vyplývá, že vše souvisí s vývojem dítěte a jeho nastavením. I když hudba působí pozitivně na lidské tělo, výše zmíněné výsledky nemohou být aplikovány na veškerou populaci, jelikož byl výzkum realizován pouze na čtyřech vybraných žácích. Poněvadž nebyl z hodin muzikoterapie pořízen videozáznam, mohl se do výzkumu dostat subjektivní pohled pozorovatelky, tím pádem mohlo v některých případech dojít k ne zcela přesnému popisu situace v hodinách, tak jak je pozorovala a vnímala ona. Rozhovor s paní muzikoterapeutkou a třídní učitelkou autorka vedla z důvodu nemožnosti být s dětmi déle, aby poznala více jejich osobnost. Právě proto byla zvolena i metoda vytvoření kazuistik jednotlivých žáků. Zde se autorka střetla s problémem v oblasti osobní anamnézy dětí, a to proto, že se jednalo o žáky s nařízenou ústavní výchovou. Kvůli tomu nebylo možné dohledat jejich informace o porodu a vývoji od narození, které by následně mohly ještě více dopomoci při sledování nejen chování osobnosti daných jedinců. I v tomto výzkumu bylo nutno neopomenout výše zmíněné limity výzkumu.

Z porovnání s jinými výzkumnými šetřeními, která se v České republice realizovala a týkala se nejen dětí s mentálním postižením, ale také dětí s kombinovanými vadami, vyplývá, že muzikoterapie má příznivý vliv na jedince. Mgr. Veronika Faltusová se ve svém výzkumu Aplikace celostní muzikoterapie v základní škole speciální rovněž zaměřovala na celostní přístup metodou Lubomíra Holzera. Věnovala se zkoumání vlivu muzikoterapie na žáka. Její výzkumné otázky se týkaly účinků celostní muzikoterapie na žáka, dále na způsob podpory aplikace dané metody a na realizaci celostní muzikoterapie v základní škole speciální. Taktéž se zaměřovala na kazuistiky klientů, avšak druhou metodou na rozdíl od této diplomové práce, bylo použití dotazníku. I věkově byli klienti rozdílní, ale z výzkumu, jež realizovala v několika školách uplatňující danou celostní metodou, pomocí dotazníkového šetření vyplývá, že muzikoterapie má vliv jak na pozornost, rozvoj hmatu, motoriky, uvědomění si těla, tak má i zklidňující vliv. Autorka diplomové práce došla k závěru, že muzikoterapie je opravdu kladným přínosem pro jedince s postižením v rámci edukace a měla by být, dle jejího názoru, začleněna v každé, nejen speciální škole.

6 Doporučení pro praxi

Hudební výchova v rámci edukace dětí s mentálním postižením je velmi obtížně naplnitelná vzhledem k řádnému zapojení se do průběhu a naplnění nejen cílů hodiny, ale správnému emocionálnímu prožití a zažití úspěchu ze strany klientů, je proto využití muzikoterapeutického působení vhodné, neboť právě u něj je nastoleno prostředí bez zábran, což dětem s postižením umožňuje zcela jiný osobnostní rozvoj.

Dle autorčina názoru by bylo vhodné, aby právě přístupy užívající se v edukaci jedinců s postižením byly studentům v průběhu studia více představeny, jelikož ve školách, dnes už zřízených dle § 16 odst. 9 školského zákona jsou tyto přístupy a užití terapií žádoucí. I přesto, že autorka byla studentkou pětiletého studia oboru učitelství pro 1. stupeň a speciální pedagogika, tak se s muzikoterapií setkala velmi okrajově, což je obrovská škoda, jelikož právě i celostní muzikoterapie metodou Lubomíra Holzera je na univerzitě od roku 2003 vyučována. Autorka se s ní setkala pouze ve volitelném předmětu a následně až na praxi ve škole nacházející se ve zcela jiném kraji, proto by bylo vhodné zaměřit se v daném studijním oboru na zvyšování povědomí o celostní muzikoterapii, jež umožňuje pracovat s žáky v jiném měřítku.

Ze svého pohledu autorka doporučuje studentům speciální pedagogiky, a to nejen těm, ale i těm, kteří mají k hudbě blízko, aktivněji vyhledávat nabídky kurzů, či specializovaných předmětů orientovaných se na muzikoterapii, jelikož výsledky výzkumného šetření jsou opravdu pozitivní.

Protože muzikoterapie má vliv nejen na pozornost, paměť, rozvoj hrubé i jemné motoriky a zasahuje do oblasti většího sebepoznání dítěte, v neposlední řadě by bylo vhodné ji užívat i v běžných základních školách a to proto, že v dnešní době se hovoří o společném vzdělávání, tudíž žáci se specifickými potřebami jsou zde zařazováni a i u nich je potřebný jiný přístup, který by umožňoval dítěti větší rozvoj nejen sebevědomí, ale i ostatních psychických i fyzických složek osobnosti.

Závěr

Diplomová práce s názvem **Muzikoterapie jako součást výuky dětí s mentálním postižením na základní škole a základní škole speciální** se zaměřovala především na zjištění vlivu muzikoterapie u těchto dětí. Dané téma bylo autorkou vybráno právě proto, že má sama od malička velmi blízko k hudbě a vnímá ji jako prostředek k léčení celého lidského těla. Jelikož se autorka diplomové práce na praxi v průběhu studia setkala právě s danou terapií, rozhodla se, že by se o ní chtěla dozvědět mnohem více, a tak si proto zvolila téma své závěrečné práce z oblasti muzikoterapie. Hudba u dětí s mentálním postižením posiluje veškeré složky osobnosti od posílení v oblasti seberealizace, sebevědomí přes paměť i pozornost a právě na tyto dané složky se diplomová práce zaměřuje.

Celá práce byla koncipována do dvou částí. Jedná se o část teoretickou, jež vymezuje odborné informace týkající se celého tématu, na něž se daná práce zaměřuje a část praktickou, která sloužila k výzkumnému šetření a zjištění, zda došlo k naplnění stanových cílů.

Hlavním cílem diplomové práce, jak je zmíněno výše, bylo zjištění vlivu muzikoterapie na složky osobnosti jedince s mentálním postižením. Z výsledků, které jsou popsány v kapitole 4.5 Posouzení vlivu muzikoterapeutického působení na vybrané jedince, a z výpovědi muzikoterapeutky, paní učitelky i autorky diplomové práce vyplývá, že muzikoterapie má kladný vliv na žáky s mentálním postižením nejen v oblasti chování, také proniká do oblasti motoriky, zvládnutí emocí. Muzikoterapie dovoluje dětem projevit své emoce tak, jak je cítí a neklade důraz na žádné správné reprezentování svého chování. Ze shrnutí také vyplývá, že v průběhu hodin muzikoterapeutického působení došlo k posunu z původně energetického naladění a neklidného chování do příjemného, klidného a pozastaveného vnímání a naladění se. Právě tyto aspekty byly dalšími dílčími cíli při realizaci dané diplomové práce. V oblasti rozvoje řeči je užití muzikoterapie také přínosné.

Cíl diplomové práce byl naplněn pomocí tří metod. Na základě pozorování, které autorka zvolila jako hlavní metodu k realizaci praktické části diplomové práce, zjistila výše zmíněný vliv muzikoterapie na jedince. V praktické části popsala průběh hodin muzikoterapeutického působení především se zaměřením na chování jedinců. Z veškerého pozorování vyplynulo, že muzikoterapie má blahodárny vliv na všechny jedince účastnící se daného sezení. Musí být však pravidelné. Na základě pozorování autorka popsala chování

vybraného vzorku jedinců a zjistila, že i když je každé dítě velmi individuální, na všechny jedince užití dané hudby působí natolik, že z původního naladění, které se projevovalo velmi excentricky, došlo působením zvuků a vibračních linií se celou místností k zpomalení a uvolnění celého těla dětí. Rozhovory, které byly vedeny s paní muzikoterapeutkou a paní učitelkou pouze doplnily autorčiny domněnky o tom, jak ona sama vnímá vliv této terapie na žáky s mentálním postižením.

Jelikož přístup celostní muzikoterapie metodou Lubomíra Holzera je velmi spjat s přírodou, způsob a techniky užívané danou metodou nabízí jiný přístup ke klientovi a také jsou zde kladeny jiné nároky na muzikoterapeuta. Nástroje mající přirozené ladění, jež jsou součástí jednoho z pěti východisek této metody, mají na klienty bohatší účinky, neboť ruční výroba jim dává určitou nahodilost. Jelikož právě muzikoterapie nestaví na předchozích znalostech a dovednostech, je velmi vhodná právě pro klientelu, na kterou je diplomová práce zaměřena. Pravidelnost aplikování této metody se však postupem času odráží v posunu hranic jednotlivých dětí. Tato metoda neklade důraz na verbální vyjadřování klientů, a tak je její užití vhodné ve speciálním školství. I když se v průběhu hodin objevuje i užití kytary a zpěvu, jsou hodiny prováděné na škole velmi účinné ve všech oblastech.

Samotná práce měla obrovský význam pro autorku diplomové práce, neboť jí umožnila nejen osobnostní rozvoj, ale i získání nových zkušeností při aktivní účasti v jednotlivých hodinách muzikoterapeutického působení, které jsou pro ni velmi cenné. Proto věří, že celá práce bude dalším přínosem nejen pro osoby stejně zainteresované v oblasti hudby, ale také vzbudí zájem u ostatních jedinců, jež se budou chtít o dané problematice dozvědět více, anebo si také účinky muzikoterapie budou chtít sami na sobě dokonce i vyzkoušet.

Seznam použitých zdrojů

BARTOŇOVÁ, M., Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-144-7.

BAZALOVÁ, Barbora. *Psychopedie*. In PIPEKOVÁ, Jarmila. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

Beating the drum. 2018. Living arts collection. ISBN 978-1-911625-10-0.

BENÍČKOVÁ, Marie. 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4238-0.

ČERNÁ, Marie. 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

EDELSBERGER, Ludvík. 2000. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-76-5.

EDWARDS, Jane. 2016. *The Oxford handbook of music therapy*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-963975-5.

EMERSON, Eric. 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-390-1.

FALTUSOVÁ, Veronika. 2014. *Aplikace celostní muzikoterapie v základní škole speciální*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského. Vedoucí diplomové práce PaedDr. Lubomír Holzer.

FELBER, Rosmarie, Susanne REINHOLD a Andrea STÜCKERT. 2005. *Muzikoterapie: Terapie zpěvem*. Hranice: Fabula. ISBN 80-86600-24-6.

FISCHER, Slavomil. 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.

FOREMAN, Phil. 2009. *Education of students with an intellectual disability: research and practice*. Charlotte, NC: Information Age Pub. ISBN 978-1-60752-214-0.

- GAVORA, Peter. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- GERLICOVÁ, Markéta. 2017. *Hudba léčí: muzikoterapie pro každého*. Praha: Markéta Gerlichová. ISBN 978-80-270-2843-6.
- GOODMAN, Karen D. 2011. *Music therapy education and training: from theory to practice*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas. ISBN 978-0-398-08609-1.
- HALPERN, Steven a Hal A. LINGERMAN. 2005. *Muzikoterapie: léčivá síla hudby*. Bratislava: Eko-konzult. ISBN 80-8079-044-2.
- HENDL, Jan. 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HOLZER, Lubomír a Svatava DRLÍČKOVÁ. 2012. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově: metoda Lubomíra Holzera: expresivní terapeutické metody - cesta ke změně v institucionální výchově: učební texty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3323-3.
- JACOBSON, John W., James A. MULICK a Johannes ROJAHN. 2007. *Handbook of intellectual and developmental disabilities*. New York: Springer. ISBN 978-0-387-32931-4.
- JANSEN, Eva Ruby. 2004. *Singing bowls: a practical hand book of instruction and use*. Binkey Kok Publications bv, Hevelte, Holland. ISBN 90-74597-01-7.
- KALANI, Das. 2008. *The all about hand percussion: everything you need to know to start playing now*. Alfred Publishing Co., Inc. ISBN 978-0-7390-4964-8
- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. 2005. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0991-7.
- KRČEK, Josef. 2008. *Music humana: Úvod do muzikoterapie, která vychází z anthroposofie Rudolfa Steinera*. Hranice: Fabula. ISBN 978-80-86600-50-5.
- LINKA, Arne. 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901834-4-1.

- MAREK, Vlastimil. 2003. *Hudba jinak*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-125-8.
- MÜLLER, Oldřich. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2.přepřac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
- MUSILOVÁ, Marcela. 2003. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. 2. upr. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0749-3.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana a Marie VÍTKOVÁ. 2013. *Východiska, podmínky a strategie ve vzdělávání žáků s těžkým postižením na základní škole speciální*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6673-1.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.
- RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK. 2015. *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.
- SCHELLBERG, Dirk. 1997. *Didgeridoo: Ritual origins and playing techniques*. Binkey Kok Publications, Diever, Holland.
- ŠVARCOVÁ, Iva. 2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přepřac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH. 2018. *Mentální postižení*. 2., přepřac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
- VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER. 2013. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VÍTKOVÁ, Marie, Jarmila PIPEKOVÁ. 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-010-7.

WHEELER, Barbara L. 2015. *Music therapy handbook*. London: The Guilford Press. ISBN 978-1-4625-1803-6.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. 2007. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje

Celostní muzikoterapie [online]. [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <http://www.muzikoveru.cz/>

Hestia: Program Pět P [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://www.hest.cz/cz/co-delame/program-pet-p>

Kurzy celostní muzikoterapie na Univerzitě Palackého v Olomouci [online]. Olomouc [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://muzikoterapie.upol.cz/>

Léčivé nástroje: Krásná hudba ve vašich rukou [online]. 2017 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.lecive-nastroje.cz/cs/>

Mezinárodní asociace uměleckých terapií [online]. 2015 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://www.maut.cz/>

Muzikoterapeutická asociace České republiky [online]. 2019. [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: www.czmta.cz/muzikoterapie/vyuziti-muzikoterapie

Muzikoterapie: Cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům [online]. Matěj Lipský, 2007 – 2011 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/organizace>

Muzikoterapie: PaedDr. Lubomír Holzer [online]. 2013 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <http://muzikoterapie.net/>

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální. [online]. Praha, 2008. [cit. 2019-01-23]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/file/150>

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. Praha, 2017 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/43792/>

ÚZIS: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. 2018 [cit. 2018-11-18]. Dostupné z:

<https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Vyhláška č. 197/2016 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>

Vyhláška č. 27/2016 Sb., *o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>

World federation of music therapy [online]. 2017 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z:

<https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

Zákon č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. [online]. [cit. 2019-02-19]. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz>

Seznam zkratk:

AAIDD	<i>American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (Americká asociace intelektuálních a vývojových postižení)</i>
AAMR	<i>American Association of mental retardation (Americká asociace pro mentální retardaci)</i>
ADHD	<i>Porucha pozornosti s hyperaktivitou</i>
CNS	<i>Centrální nervová soustava</i>
CMLH	<i>Celostní muzikoterapie metoda Lubomíra Holzera</i>
CZMTA	<i>Muzikoterapeutická asociace České republiky</i>
DSM-V	<i>Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – pátá revize</i>
DD	<i>Dětský domov</i>
DMO	<i>Dětská mozková obrna</i>
EMCT	<i>European Music Therapy Confederation (Evropskou konfederaci muzikoterapie)</i>
IQ	<i>Intelligenční kvocient</i>
IVP	<i>Individuální vzdělávací plán</i>
MAUT	<i>Mezinárodní asociace uměleckých terapií</i>
MKN-10	<i>Mezinárodní klasifikace nemocí – desátá revize</i>
MKN-11	<i>Mezinárodní klasifikace nemocí – jedenáctá revize</i>
MR	<i>Mentální retardace</i>
PAS	<i>Poruchy autistického spektra</i>
PPP	<i>Pedagogicko-psychologická poradna</i>
RVP	<i>Rámcový vzdělávací program</i>
RVP ZV – LMP	<i>Příloha rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením</i>
RVP ZSŠ	<i>Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální</i>
RVP ZV	<i>Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání</i>
SPC	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ŠVP	<i>Školní vzdělávací program</i>
WFMT	<i>World Federation of Music Therapy (Světová federace muzikoterapie)</i>
WHO	<i>World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)</i>

a kol.	<i>a kolektiv</i>
apod.	<i>a podobně</i>
Hz	<i>hertz</i>
lat.	<i>latinsky</i>
např.	<i>například</i>
Sb.	<i>sbírka zákonů</i>
tzn.	<i>to znamená</i>
tzv.	<i>takzvaný</i>

Seznam tabulek

Tab. 1: Klasifikace podle MKN-10 (MKN-10, 2018).....	14
--	----

Seznam příloh

Příloha č. 1.....	107
Příloha č. 2.....	108
Příloha č. 3.....	109
Příloha č. 4.....	111
Příloha č. 5.....	119
Příloha č. 6.....	121

Příloha č. 1

RVP ZŠS, Díl I – Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením

Vzdělávací oblast oboru Umění a kultura - Hudební výchova

1. stupeň

Očekávané výstupy 1. období

V rámci 1. období, by měl žák zvládat následující úkony:

- zpívat jednoduché melodie či písně přiměřené jeho hlasovému rozsahu a individuálním schopnostem
- užívat při hudebních aktivitách různé hudební nástroje přiměřeně svým schopnostem a dovednostem
- vnímat, rozlišovat a napodobovat různé nehudební i hudební zvuky
- soustředit se na poslech jednoduché krátké známé písně či skladby
- naučit se správně hospodařit s dechem a snažit se srozumitelně vyslovovat
- reagovat pohybem na hudbu

Očekávané výstupy 2. období

V rámci 2. období, by měl žák zvládat následující úkony:

- zpívat písně přiměřené jeho hlasovému rozsahu a individuálním schopnostem
- rozlišit hudební a nehudební zvuk, mluvený a zpívaný hlas, rozeznat tóny: krátké – dlouhé, vyšší – nižší
- správně, hospodárně a pravidelně dýchat a snažit se o co nejlepší vyslovování při zpěvu i při rytmicizaci říkadel
- soustředit se na poslech jednoduchých skladeb
- poznat vybrané rytmické hudební nástroje a užívat je při hudebních aktivitách
- propojit vlastní pohyb s hudbou, zvládnout jednoduché taneční hry

Příloha č. 2

RVP ZŠS, Díl II - Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami

Vzdělávací oblast oboru Umění a kultura - Hudební výchova

Očekávané výstupy

- zvládat správné dýchání, snažit se o správnou intonaci a melodii $\frac{3}{4}$ rozlišovat zvuky hudebních nástrojů
- zvládat zpěv jednoduchých písní s doprovodem hudebního nástroje
- doprovodit sebe i spolužáky na jednoduché rytmické hudební nástroje
- zvládat jednoduchá rytmická cvičení a pohyb podle rytmického doprovodu
- soustředit se na poslech relaxační hudby a jednoduché krátké skladby

Příloha č. 3

RVP ZV

Vzdělávací oblast oboru Umění a kultura - Hudební výchova

1. stupeň

Očekávané výstupy 1. období

V rámci 1. období, by měl žák zvládat následující úkony:

- zpívá na základě svých dispozic intonačně čistě a rytmicky přesně v jednohlase
- rytmizuje a melodizuje jednoduché texty, improvizuje v rámci nejjednodušších hudebních forem
- využívá jednoduché hudební nástroje k doprovodné hře
- reaguje pohybem na znějící hudbu, pohybem vyjadřuje metrum, tempo, dynamiku, směr melodie
- rozlišuje jednotlivé kvality tónů, rozpozná výrazné tempové a dynamické změny v proudu znějící hudby
- rozpozná v proudu znějící hudby některé hudební nástroje, odliší hudbu vokální, instrumentální a vokálně instrumentální

Očekávané výstupy 2. období

V rámci 2. období, by měl žák zvládat následující úkony:

- zpívá na základě svých dispozic intonačně čistě a rytmicky přesně v jednohlase či dvojhlasu v durových i mollových tóninách a při zpěvu využívá získané pěvecké dovednosti
- realizuje podle svých individuálních schopností a dovedností (zpěvem, hrou, tancem, doprovodnou hrou) jednoduchou melodii či píseň zapsanou pomocí not
- využívá na základě svých hudebních schopností a dovedností jednoduché, popřípadě složitější hudební nástroje k doprovodné hře i k reprodukci jednoduchých motivů skladeb a písní
- rozpozná hudební formu jednoduché písně či skladby
- vytváří v rámci svých individuálních dispozic jednoduché přehry, mezihry a dohry a provádí elementární hudební improvizace
- rozpozná v proudu znějící hudby

některé z užitých hudebních výrazových prostředků, upozorní na metroritmické, tempové, dynamické i zřetelné harmonické změny

- ztvárňuje hudbu pohybem s využitím tanečních kroků, na základě individuálních schopností a dovedností vytváří pohybové improvizace

Minimální doporučená úroveň pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření:

Minimální doporučená úroveň pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření:

- zpívá jednoduché písně v rozsahu kvinty
- správně a hospodárně dýchá a zřetelně vyslovuje při rytmizaci říkadel i při zpěvu
- reaguje pohybem na tempové a rytmické změny
- rozliší sílu zvuku - pozorně vnímá jednoduché skladby

- zpívá písně v přiměřeném rozsahu k individuálním schopnostem
- propojí vlastní pohyb s hudbou
- doprovodí spolužáky na rytmické hudební nástroje
- odliší tóny podle výšky, síly a barvy - pozorně vnímá znějící hudbu různých skladeb - správně hospodaří s dechem při interpretaci písní – frázování

Příloha č. 4

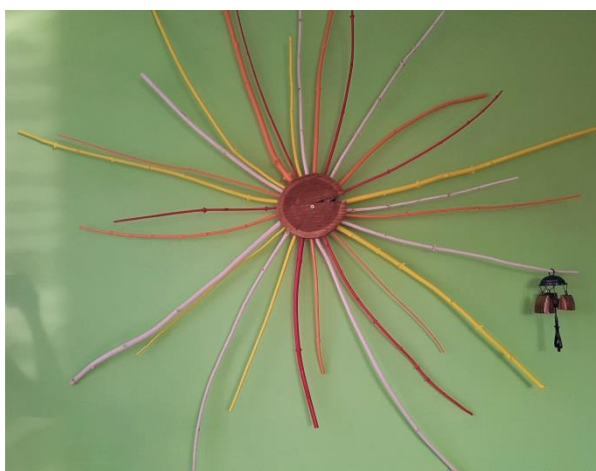
Místnost a hudební nástroje používané při muzikoterapii



Obr. 1 Výzdoba muzikoterapeutické místnosti 1



Obr. 2 Výzdoba muzikoterapeutické místnosti 2



Obr. 3 Výzdoba muzikoterapeutické místnosti 3



*Obr. 4 **Djembé** – jedná se o jednohlavý buben, tvaru poháru, vyrobený ze dřeva, jenž je potažený kůží. Název djembé pochází z kmene Malinků (Afrika), avšak je používán po celém světě. Hraje se na něj prsty i celými dlaněmi (Dostupné z: <https://www.lecive-nastroje.cz/cs/>).*



*Obr. 5 **Brumle** – kovový nástroj, rytmicko-melodický, jenž je tvořen kovovým rámem, ke kterému je připojena pružná lamela. Při hraní se rám brumle přiloží na zuby – polootevřené rty, či horní a dolní patro je mírně od sebe, prstem se rozkmitá pružná lamela. Ústní dutina slouží jako rezonátor (tamtéž).*



*Obr. 6 **Tibetský zvonek** – je zdrojem jemného zvonitého zvuku a je vyroben ze slitiny kovů podobné, jako u tibetských mís, zvukově jsou jim velmi podobné (tamtéž).*



*Obr. 7 **Tibetské mísy** – jedná se o nástroj vytvořený až z dvanácti různých kovů ve tvaru mísy. V místě původu – Tibet, Nepál, Indie – jsou možná záměrně používány jako nádoby na potraviny. Rozeznávají se buď ťukáním do mísy dřevěnou paličkou, paličkou obalenou filcem, nebo točením paličky z vnější strany mísy s mírným přitlakem (tamtéž).*



*Obr. 8 **Kalimba** – patří do tzv. perkusivních nástrojů. Je známá pod názvem „palcové piano“, jelikož se na něj hraje brkáním pomocí prstů na jednotlivé jazyky (tamtéž).*



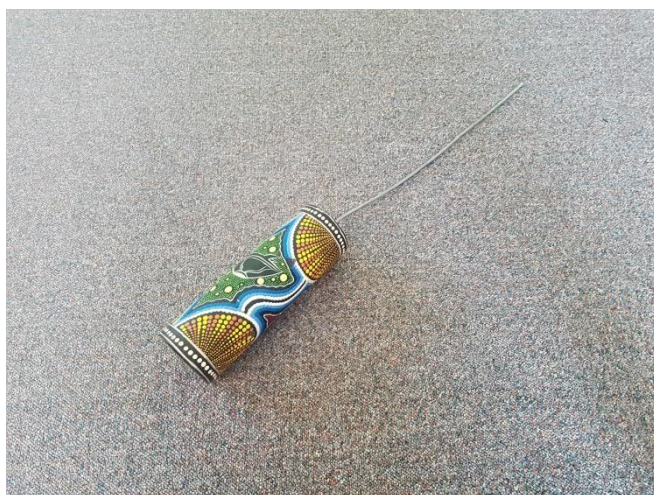
*Obr. 9 **Gong** – jeho původ je v Asii a Indonésii. Je to kovový bicí nástroj, kruhového typu z bronzového plechu s různým průměrem a tloušťkou. Většinou mívá zahnutý okraj, některé typy mají uprostřed polokulovitý výstupek (tamtéž).*



Obr. 10 Dešťová hůl – její původ je možné naléznout v Chile. Zde byla užívána jako rituální nástroj. Původně se vyráběla ze zdřevnatěného kmene kaktusu, jehož dutina je tvořena vnitřními přepážkami. Těmi se přesypaly vulkanické kamínky. Zvuk hole připomíná kapky deště, či vody. Dnes se vyrábí např. z bambusu (tamtéž).



Obr. 11 Australský frčák – jedná se o prastarý domorodý nástroj, jehož původ sahá do oblasti Austrálie. Jedná se o dřevěný nástroj doplněný provázkem z umělého materiálu se zesíleným očkem pro lepší uchopení. Točením nad hlavou vzniká energie, která prochází skrze jedince, jež s nástrojem pracuje (tamtéž).



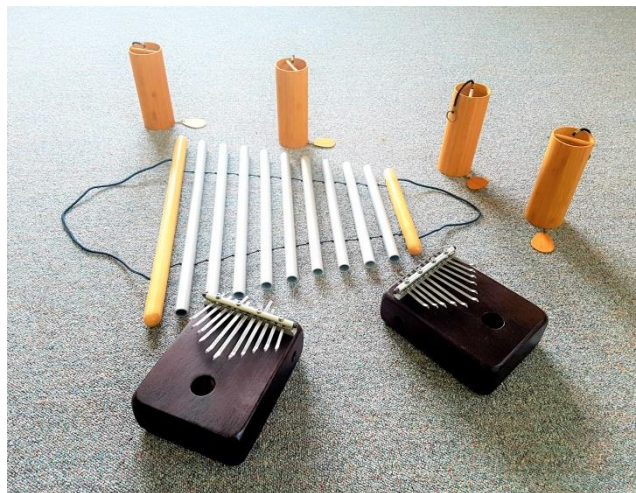
*Obr. 12 **Hromové bubny** – nástroj, který vytváří zvuk hromů a bouřky díky ozvučenému tělu a železného drátu (tamtéž).*



*Obr. 13 **Ústní harfa** – jedná se pravděpodobně o nestarší hudební nástroj, vyrobený z dřevěného luku a struny. Zúženým koncem harfu vložíme částečně do úst, do struny rytmicky ťukáme dřevěnou tenkou hůlkou. Dutina ústní slouží jako rezonátor a současně s tím zpíváme (tamtéž).*



*Obr. 14 **Fujara** – je to dřevěný dechový nástroj, nejčastěji z bezového dřeva. Ovládá se na základě změny intenzity dechu. Díky tomu, že má tři hmatové otvory, dokáže fujara hrát v durové stupnici (tamtéž).*



*Obr 15. **Zvonkohra Koshi** – jedná se o nástroj tvaru válce laděný do 4 zvuků (země, oheň, vzduch, voda), jsou tvořeny z tenkého bambusu, uvnitř jsou naladěné tóny s bohatou rezonancí (tamtéž).*

***Zvukové vlny** – jedná se o terapeutický nástroj, jež vytváří živá rotující a pohybující se zvuková pole a vlny. Hraje se na ni ťuknutím paličkou, poté rozeznění pomocí pohybu celého nástroj **a kalimba** (zminěna výše) (tamtéž).*



Obr. 16 Nástroje užity v hodině ze dne 10. 10. 2018 – tibetské mísy, gong, dešťová hůl, tibetský zvonek, brumle, indiánská flétna – perskuse: dřívka, cabassa, maraca, guiro, hudební zvířátka.

Příloha č. 5

Noty k písním

Ej, Janku Janíčku

Podle s. Hradšífan
Zpívání o lásce CD 2001

Musical notation for the song "Ej, Janku Janíčku". It consists of two staves. The top staff shows the melody in 2/4 time, starting with a Dm chord. The bottom staff shows the guitar accompaniment with chords: F, C, F, G, F, Gm, A, Dm.

Ej Janku, Janíčku, voňavý hřebíčku
Jak tys mě zavoněl v tom širém polečku

To moje srdénko tak ve mně buchoce
Jako ta ryběnka v hlubokém potoce.

To moje srdénko tak ve mně hořekuje
Že si ledaskoho věrně zamiluje.

EJ, LÁSKO, LÁSKO

Moravská ze Slovácka

(Doprovod: Ad libitum)

Musical notation for the song "EJ, LÁSKO, LÁSKO". It consists of two staves. The top staff shows the melody in 3/4 time, starting with a Zdlouha (ritardando) marking. The bottom staff shows the guitar accompaniment with chords: Em, Adim, Em, Am, A#dim, H7, Em, H7, Em, Am, A#dim, H7, Em.

Ej, lásko, lásko, ty nejsi stálá.
Jako voděnka mezi břehama

Vystavím klášter mezi horama,
Tam budu bývat' bez milována.

Voda uplyne, láska pomine.
Jako lísteček na rozmarýně.

Bez milováňa tam budu bývat',
Nedám sa věcej panenkám

Dudák

The musical score is written for piano accompaniment. It consists of two systems of music. The first system contains five measures, and the second system contains four measures. The melody is written in the treble clef, and the bass line is in the bass clef. The key signature has two sharps (F# and C#), and the time signature is 2/4. The melody consists of eighth and quarter notes, while the bass line features a steady eighth-note accompaniment.

Šel dudáček hráti na hody,
a padl pozpátek do vody.

Černovoký děvče pravilo,
že dudáčka plynót vidělo.

Poběhnite, lidi, s hákama,
vytáhnem dudáčka s dudama.

Dyž sme tě dudáčku, vytáhli,
Ničko nám zadudáš.

Jak pak na ty dudy zadudám,
dyž sem ješče vínka nebumbal?

Až se já vínečka nabumbám,
potom vám na dudy zadudám.

Příloha č. 6

Rozhovory

Rozhovor: paní muzikoterapeutka

1. Jak dlouho se muzikoterapii věnujete a co Vás k ní přivedlo?
2. Proč jste se rozhodla právě pro metodu Lubomíra Holzera?
3. Co Vás vedlo k zavedení hodin muzikoterapie na škole?
4. Jak dlouho ji na škole provozujete?
5. S kolika skupinami zde pracujete? Obměňujete dané skupiny či nikoliv?
6. Jaká nálada dle Vás převažuje v jednotlivých hodinách muzikoterapie?
7. Jak vnímáte Vy vliv muzikoterapie na žáky s mentálním postižením?
8. Vidíte u jednotlivých dětí nějaké posuny? Dokážete popsat jaké?
9. Vzpomenete si na první reakce žáků v hodině muzikoterapie?
10. Vnímáte u žáků posun v oblasti emocí?
11. Vnímáte u žáků posun v oblasti motoriky?

Rozhovor: třídní učitelka

1. Pamatujete si Váš první pocit při hodině muzikoterapie? Jak jste se cítila?
2. Byla jste od počátku k hodinám muzikoterapie spíše nakloněná či nikoliv?
3. Vidíte v muzikoterapii nějaké klady?
4. Myslíte si, že muzikoterapie má vliv na žáky i v oblasti řeči? Vnímáte u nich nějaký posun a dokážete ho popsat?
5. Myslíte si, že má muzikoterapie na žáky vliv i v oblasti motoriky? Vnímáte u nich nějaký posun a dokážete ho popsat?
6. Myslíte si, že má muzikoterapie na žáky vliv při zvládnutí emocí? Vnímáte u nich nějaký posun a dokážete ho popsat?
7. Jakou náladu vnímáte při hodinách muzikoterapie?
8. Vidíte u dětí nějaké projevy radosti/rozčilení/ při vyslovení slova muzikoterapie?
9. Zpozorovala jste v den hodin muzikoterapie nějaké změny u dětí? Před hodinou? Po hodině?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Renáta Miková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Muzikoterapie jako součást výuky žáků s mentálním postižením na vybrané škole
Název v angličtině:	Music therapy as a part of teaching pupils with intellectual disabilities at the selected school
Anotace práce:	<p>Teoretická část diplomové práce charakterizuje mentální postižení, dále vymezuje daný pojem a zaměřuje se na vývoj jednotlivých pojmů vztahující se k této problematice. Uvádí klasifikaci, etiologii a psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením. V další části se věnuje možnostem vzdělávání dětí dle stupně postižení na základě rámcových vzdělávacích programů a rovněž charakteristikou vzdělávací oblasti Hudební výchova, jež je součástí rámcového vzdělávacího programu. Zabývá se pojmy edukace, instituce, ve kterých je možno vzdělávání dětí s mentálním postižením či plněním povinné školní docházky. Poslední kapitola teoretické části diplomové práce se věnuje vlivu muzikoterapie na žáky s mentálním postižením. Představuje muzikoterapeutický proces, jeho cíl, metody a formy a z přístupů se věnuje celostní muzikoterapii metodou Lubomíra Holzera. Poslední část vymezuje působení hudby na lidské tělo. Praktická část diplomové práce se věnuje vlivu muzikoterapie na žáky s mentálním postižením. Je zde popsán výběr vzorku a metod, které byly při výzkumném šetření užity. Výzkumná část se věnuje podrobné odborné analýze případových studií a záměrnému pozorování, kde si autorka práce kladla za cíl zjistit, zda má užití Celostní muzikoterapie metodou Lubomíra Holzera vliv na jedince s mentálním postižením.</p>
Klíčová slova:	Mentální postižení, vzdělávání, muzikoterapie, hudba, Celostní muzikoterapie, metoda CMLH, hudební nástroje, pozorování, případová studie

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The theoretical part of the diploma thesis characterizes the mental disability, defines the term, then focuses on the development of individual terms related to this issue. It presents the classification, etiology and psychological peculiarities of people with intellectual disabilities. The next part deals with the possibilities of education of children according to the degree of disability based on the framework educational programs and also the characteristics of the educational area Music Education, which is part of the framework educational program. It deals with the concepts of education, institutions where education of children with mental disabilities or compulsory school attendance is possible. The last chapter of the theoretical part of the thesis deals with the influence of music therapy on children with mental disabilities. It presents the music therapy process, its goal, methods and forms, and from the approaches it deals with holistic music therapy by the method of Lubomír Holzer. The last part defines the effect of music on the human body. The practical part of the thesis deals with the influence of music therapy on children with mental disabilities. There is a sample selection and methods used in the research. The research part deals with detailed expert analysis of case studies and deliberate observation, where the author of the thesis aimed to find out whether the use of Holistic Music Therapy by the method of Lubomír Holzer affects individuals with intellectual disabilities.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Mental disability, education, music therapy, music, holistic music therapy, method CMLH, musical instruments, observation, case study</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha č. 1 RVP ZŠS - Díl I – Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením</p> <p>Příloha č. 2 RVP ZŠS RVP ZŠS, Díl II - Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami</p> <p>Příloha č. 3 RVP ZV</p> <p>Příloha č. 4 Místnost a hudební nástroje používané při muzikoterapii</p> <p>Příloha č. 5 Noty k písním</p> <p>Příloha č. 6 Rozhovory</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>106</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>