

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Karina Langová

Celostní muzikoterapie u osob s mentálním postižením

Holistic Music Therapy for People with Mental Disabilities

Olomouc 2017

vedoucí práce: PaedDr. Lubomír Holzer

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Celostní muzikoterapie u osob s mentálním postižením“ vypracovala samostatně pod odborným vedením PaedDr. Lubomíra Holzera a použila pouze pramenů a literatury, řádně uvedených v závěru práce.

V Olomouci dne

vlastnoruční podpis

Karina Langová

Poděkování

Chtěla bych srdečně poděkovat PaedDr. Lubomíru Holzerovi za odborné vedení práce, konzultace, podporu a čas, který mi při vypracování práce věnoval.

Dále patří mé díky všem zaměstnancům denního stacionáře SPOLU Olomouc, za pomoc a podporu při realizaci muzikoterapie v jejich prostorách. Děkuji také klientům za aktivní pravidelnou účast na muzikoterapii a jejich rodinám a také asistentům za spolupráci při výzkumu. Nemale poděkování patří mým blízkým, kteří mne láskyplně podporovali a povzbuzovali během let mého studia.

Anotace

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou, praktickou a výzkumnou část. Teoretická část je věnována problematice osob s mentálním postižením, stručné charakteristice současného stavu muzikoterapie, jejímu umístění mezi terapiemi užívaných se ve speciální pedagogice a popisu Celostní muzikoterapie Lubomíra Holzera. V praktické části je podrobně popsána realizace muzikoterapeutického modulu a jeho aplikace u vybraných osob s mentálním postižením. Výzkumná část je poté věnována odborné analýze případových studií a dotazníkového šetření, kde bylo cílem zjistit, zdali Celostní muzikoterapie pozitivně ovlivňuje osobnost člověka s mentálním postižením. Závěr je věnován formulaci výsledků výzkumu. Příloha práce obsahuje grafické zpracování analýzy dotazníkového šetření.

Klíčové pojmy

muzikoterapie, mentální postižení, Celostní muzikoterapie, kvalitativní výzkum, dotazníkové šetření, případová studie, mentální retardace, terapie

Obsah

ÚVOD.....	1
1. TEORETICKÁ ČÁST	3
1.1 Mentální postižení.....	3
1.1.1 Mentální retardace.....	3
1.1.2 Klasifikace	5
1.2 Terapie ve speciální pedagogice	7
1.2.1 Procesuální stránka terapií	8
1.2.2 Klasifikace	10
1.3 Muzikoterapie	13
1.3.1 Historie.....	13
1.3.2 Pojem a vymezení	14
1.3.3 Cíle muzikoterapie	16
1.3.4 Muzikoterapeutické směry (dle Zeleiové).....	16
1.3.5 Muzikoterapeutické organizace.....	18
1.3.6 Muzikoterapie u osob s mentálním postižením.....	20
1.3.7 Metoda Celostní muzikoterapie PaedDr. Lubomíra Holzera – (CMLH).....	21
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
2.1 Aplikace Celostní muzikoterapie u osob s mentálním postižením.....	27
2.1.1 Příprava muzikoterapeutického modulu v prostorách organizace SPOLU Olomouc	27
2.1.2 Vzdělání muzikoterapeuta.....	27
2.1.3 Výběr klientů.....	28
2.1.4 Vedení dokumentace	29
2.1.5 Příprava asistentů / koterapeutů	29
2.1.6 Časový rozvrh terapie	29
2.1.7 Zajištění nástrojů.....	31
2.2 Techniky celostní muzikoterapie	35
2.2.1 Pasivní muzikoterapie	36
2.2.2 Aktivní muzikoterapie.....	37
2.2.3 Kombinovaná forma muzikoterapie.....	39
3. VÝZKUMNÁ ČÁST	40
3.1 Cíle výzkumu a typ výzkumného šetření	40
3.1 Případová studie	42
3.2 Dotazníkové šetření.....	49
3.3 Interpretace výsledků výzkumného projektu	50
3.3.1 Limity výzkumu.....	53

3.4 Shrnutí.....	54
4. ZÁVĚR.....	55
5. Seznam použité literatury a zdrojů.....	56
6. Seznam příloh	59

ÚVOD

„Hudba nastupuje tam, kde už slovo nestačí.“ C. Debussy

Zvuk a výhradně hudba lidstvo provází už od samých jeho počátků. Je to všudypřítomná energie, která má schopnosti nás potěšit, rozveselit, dojmout nebo také rozhýbat naše tělo k tanci. Je to vibrace, jež dokáže oscilovat naším tělem. Jde tedy o určitou sílu, která má moc ovlivňovat a harmonizovat náš organismus a naše duševní rozpoložení. Už v primitivních společnostech byla původně hudba využívána hlavně k léčbě nemocí prostřednictvím rituálů. Při takových rituálech byl vždy přítomen rytmus, zpěv a tanec a tyto činnosti sloužily pro udržení zdravé mysli a duševní rovnováhy.

V současné době můžeme říci, že hudba kolem nás je vnímána pouze ze strany estetické. Je kladen důraz pouze na to, jak je hudba krásná a je opomíjeno, že hudba dokáže také léčit. Tímto fenoménem se zabývá muzikoterapie, jež spadá pod oblast expresivních terapií. Muzikoterapie se postupně po malých krocích stává běžně vyhledávanou metodou, sloužící pro zlepšení kvality života společnosti. Především, se díky svým schopnostem stává nezastupitelnou součástí léčby u osob s handicapem v oblasti zdravotní a sociální.

Autorka práce se již dlouhou dobu zabývá hrou na etnické nástroje a vzhledem k této vášni roku 2015 absolvovala kurz Celostní muzikoterapie na FF v Olomouci, což byl stěžejní impuls pro výběr tématu diplomové práce.

Předkládaná práce se zaměřuje na aplikaci Celostní muzikoterapie u vybraných osob s mentálním postižením a následným zkoumáním vlivu metody na tyto jedince.

Práce je strukturována na tři části. První část je věnována teorii, kde je stručně popsána charakteristika mentálního postižení, zejména mentální retardace. Dále seznamuje čtenáře s muzikoterapií a konkrétně představuje metodu Celostní muzikoterapie Lubomíra Holzera, kterou autorka rovněž aplikuje v praxi.

V praktické části je podrobně popsána aplikace této metody u vybraných osob s mentálním postižením v prostorách denního stacionáře SPOLU Olomouc. Dále zde popisuje techniky, metody a nástroje, které byly použity.

Ve výzkumné části je zdůvodněn výběr typu výzkumu. Dále je formulována výzkumná teze, která je prostřednictvím případových studií a dotazníkového šetření a jejich následné analýzy vyhodnocena.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Mentální postižení

Pojem mentální postižení je ve velké míře užíván ve speciálně pedagogické a poradenské praxi. Tento pojem zastřešuje jak mentální retardaci tak i takové hraniční pásmo kognitivně-sociálního postižení, které člověka znevýhodňuje ve vzdělávacím procesu na běžném typu škol a indikuje tak vyrovnávací či podpůrná opatření vzdělávacího či psychosociálního charakteru. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Podpůrnými opatřeními se rozumí „*využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálněpedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jinou úpravu organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka*“. (vyhláška MŠMT Č. 73/2005 Sb. ve znění vyhl. č. 26/2016 Sb.)

Pojem mentální postižení je souhrnné orientační označení pro všechny jedince s IQ pod 85. Jedná se tedy o osoby spadající do pásma mentální retardace, tak i o jedince nacházející se v tzv. hraničním pásmu mentální retardace s IQ 70-85, jež bylo dříve označováno jako slaboduchost. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Někteří autoři vymezují vztah mezi pojmy mentální retardace a demence. Zatímco demence je vztahována především snížením již nabytých mentálních schopností jedince v důsledku úrazu či jiné nemoci, pojem mentální retardace je vztahován především na vrozený mentální deficit, jenž vznikl v prenatálním nebo perinatálním období. Pojem mentální postižení můžeme tedy použít jako nadřazený pojem, jenž zahrnuje jak mentální retardaci, tak demenci. (Slowík, 2007)

1.1.1 Mentální retardace

Na pojem „mentální retardace“ může být nahlíženo z různých perspektiv. Jinak jej budou chápat lékaři. Ti mu budou rozumět jako diagnostické kategorii, oproti tomu budou mít jiný náhled sociální pracovníci, kteří pracují například v pobytových zařízeních. Zcela odlišný pohled nalezneme u rodičů osob s touto diagnózou a také velice osobitý pohled

rovněž u samotných osob s mentálním postižením. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Není tedy divu, že charakterizovat osoby s mentální retardací jako specifickou populaci může být velice obtížně, jelikož každá bytost se od sebe vzájemně liší a tak jako všichni lidé mají své osobnostní zvláštnosti, které se podílejí na celkové charakteristice jedince. (Černá a kol., 2015)

Řada autorů uvádí symptomy, které jsou velmi specifické, a přesto mohou obecně mentální retardaci charakterizovat. Například Valenta vymezuje mentální retardaci jako, „... *vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností a prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince*“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s.31)

Podle Slowíka (2007) se k definování mentální retardace dá přistupovat z hlediska biologického, kde je postižení zapříčiněné trvalým či závažným funkčním poškozením mozku. Dále z hlediska psychologického. Jedná se primárně o sníženou úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy. Také z hlediska sociálního, kde se postižení charakterizuje sníženou orientací v širším a blízkém okolí, což omezuje zvládat vlastní sociální jednání bez cizí pomoci. Neopomenutelné je také pedagogické hledisko, které se projevuje sníženou schopností učení i za použití specifických postupů a metod. A nakonec hledisko právní, které je charakteristické omezenou způsobilostí k samostatnému právnímu jednání.

V České Republice primárně vycházíme s definice podle World Health Organization WHO, která je popsána v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů - MKN – 10. Mentální retardace je zde umístěna v páté kapitole nazvané *Poruchy duševní a poruchy chování*. Mentální retardace je zde definována takto: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (WHO, 2013, s.189)

Nejčastějšími projevy mentální retardace dle Krejčířové (in Černá, 2015) jsou:

- Zvýšená závislost na rodičích a dalších blízkých lidech
- Infantilnost
- Zvýšené tendence k úzkostem či k pasivitě v chování
- Rigidita a sugestibilita v chování
- Nedostatky v osobní identifikaci
- Opožděný psychosexuální vývoj
- Nerovnováha v životních aspiracích
- Narušené vztahy a komunikace
- Snížená přizpůsobivost ke školním a sociálním požadavkům
- Impulzivní nebo zpomalené chování
- Citová vzrušivost a labilita
- Poruchy poznávacích procesů
- Snížená mechanická a logická paměť
- Poruchy pohybové koordinace a vizuomotoriky

1.1.2 Klasifikace

Úrovně mentální retardace mohou být různé. V závislosti na stupni postižení jsou rozsáhlá také specifika. V České republice užíváme klasifikaci podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace aktualizovanou roku 2013.

Tato klasifikace rozlišuje tyto stupně mentální retardace, které jsou závislé na výši inteligenčního kvocientu:

F70 – lehká mentální retardace (IQ 69 – 50)

F71 – střední mentální retardace (IQ 49 – 35)

F72 – těžká mentální retardace (IQ 35 – 20)

F73 – hluboká mentální retardace (IQ 20 –)

F8 - jiná mentální retardace

F9 - neurčená mentální retardace (WHO, 2013)

Každý stupeň se dá specifikovat podle určitých charakteristik:

Lehká mentální retardace

Osoby s lehkou mentální retardací, mohou na první pohled působit jako osoby bez deficitu. Avšak vývoj v dětském věku je již nápadně opožděn. Děti začínají mluvit později, nicméně řeč si osvojí. Jsou schopny zvládnout základní školní dovednosti, ale mívají problémy s učením. Někteří mají výrazný problém se čtením a psaním, a proto nejsou schopni plně zvládnout osnovy běžných škol. (Thorová, 2007) Většina z nich může dosáhnout úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických domácích dovednostech, avšak vývoj této schopnosti je výrazně opožděn. Většina jedinců je schopna samostatně pracovat v oblastech, jež vyžadují spíše praktické, než teoretické dovednosti. (Švarcová, 2011)

Střední mentální retardace

U osob se střední mentální retardací je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Podobně je omezena schopnost soběstačnosti a zručnosti. Také zvládání školních povinností je značně limitováno, ale pod kvalifikovaným pedagogickým vedením jsou někteří jedinci schopni si osvojit základy trivie (čtení, psaní, počítání). V dospělosti jsou osoby se střední retardací obvykle schopny vykonávat jednoduchou manuální práci, ovšem pod odborným dohledem a v případě, že jsou pokyny pro dílčí části práce řádně strukturovány. (Švarcová, 2011)

Retardace psychického vývoje je často kombinována s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. Etiologie je ve většině případů vrozená. (Valenta, Müller a kol., 2007)

Těžká mentální retardace

Projevy jsou podobné, avšak výraznější než u střední mentální retardace. Ve vzdělání nejsou schopny dosáhnout trivie. Jsou stále schopny zvládnout základní dovednosti péče o vlastní osobu, ovšem pouze s dopomocí další osoby. V oblasti motoriky je přítomná výrazná neobratnost a dyskoordinace. (Thorová, 2007)

V kombinaci s motorickými poruchami jsou velmi časté poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování, hra s fekáliemi, afekty a agrese. (Valenta, Müller a kol., 2007)

Hluboká mentální retardace

Osoby s hlubokou mentální retardací většinou nejsou schopni porozumět mluvené řeči. Jedinci s tímto stupněm postižení bývají inkontinentní, mají nepatrnou nebo skoro žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Potřebují stálou pomoc a dohled ostatních. Možnosti výchovy a vzdělání jsou ve velké míře omezené, avšak existují specifické postupy pro rozvoj motoriky, komunikačních dovedností a dalších projevů. Ve většině případů jsou také přítomny neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového či sluchového vnímání. (Švarcová, 2011)

Jiná mentální retardace

Jako kategorie je užívána, pokud stanovení stupně intelektové retardace je za použití obvyklých metod nemožné z důvodu přidruženého senzorického nebo somatického poškození. (Švarcová, 2011)

Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá, pokud je mentální retardace prokázána, ale nemáme dostatek informací k tomu, aby bylo možné zařadit klienta do jedné z výše uvedených kategorií. (Švarcová, 2011)

1.2 Terapie ve speciální pedagogice

Jelikož je práce věnována aplikaci muzikoterapie u osob s mentálním postižením. Považuje autorka za důležité terminologicky ukotvit tento terapeutický přístup, prostřednictvím této kapitoly, kde stručně shrneme základní principy terapeutických přístupů a jejich důležitost v oblasti speciální pedagogiky.

Terapie, jež jsou uplatňované ve speciálněpedagogické péči tvoří nezaměnitelnou složku v komplexní rehabilitační péči o osoby s mentálním postižením (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Speciální pedagogika je stále rozvíjející se vědní obor. Primárně je začleněn do pedagogiky, avšak se zřetelným přesahem do psychologie a taktéž sociologie, medicíny a dalších věd. Cílem speciální pedagogiky je podpora osob, u kterých je z důvodů zdravotního postižení, sociálního znevýhodnění či jiných příčin narušena sociální adaptace. (Müller a kol., 2014)

K dosažení těchto cílů je užívána řada přístupů a metod, forem a technik. Mezi základní speciálně pedagogické metody patří:

- **Reedukace** – metoda využívaná pro nápravu již narušených funkcí.
- **Kompenzace** – metoda zaměřená na rozvoj jiných funkcí než těch, které jsou postiženy.
- **Rehabilitace** – Postupy směřované pro obnovu maximálně možných společenských vztahů. (Müller a kol., 2014)

V rámci vývoje speciální pedagogiky se ke kompetencím speciálních pedagogů přidávají další specifické přístupy s primárně terapeutickým zaměřením. Avšak řada těchto terapií se rozvíjí nezávisle na speciální pedagogice se svou vlastní teorií a metodologií a k řadě z těchto přístupů nemá kompetence ani odborně vzdělaný speciální pedagog. Je tedy přesnější hovořit o *terapiích uplatnitelných ve speciální pedagogice*. (Müller a kol., 2014)

Slovo terapie je odvozeno od řeckého slova řeckého *therapeia*, což znamená - služba, ošetřování, péče. (Rejzek, 2001). Podle psychologického slovníku můžeme také definovat terapii jako „*lечение tělesných nebo duševních poruch a poruch chování*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 611)

V rámci speciální pedagogiky hovoříme o tzv. terapeutických či terapeuticko – formativních přístupech. Terapeutické přístupy lze obecně charakterizovat jako způsoby „*odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (v prožívání, chování, fyzickém výkonu atp.)*.“ (Müller a kol., 2014, s. 7)

Tyto přístupy jsou prosazovány buďto v rámci jednotlivých terapií jakožto ucelených systémů s vlastní terminologií ,anebo metodologií nebo v rámci jiných odborných činností zaměřených na podporu znevýhodněného člověka. (Müller a kol., 2014)

1.2.1 Procesuální stránka terapií

Důležité místo také zastává procesuální stránka terapií, jelikož jde o plánovaný a řízený proces, kde je nezbytné vést každý krok cíleně, aby proces probíhal tak jak potřebujeme. Terapeutický průběh můžeme dle Müllera (2014) dělit na fáze, které se ještě liší podle

toho, zda jde o působení s hlediska krátkodobého, které se týká dílčích sezení nebo z hlediska dlouhodobého, jenž se týká průběhu celé terapie.

Z hlediska krátkodobého působení se fáze zaměřují na:

- navázání kontaktu;
- hlavní terapeutickou práci;
- uzavření problému, který vyplynul z hlavní terapeutické práce;

Z hlediska dlouhodobého působení jde o tyto fáze:

- fáze zaměřená na počáteční navazování terapeutického vztahu, indikaci stávajících potíží a možných postupů, motivace klienta k terapii, dohodu o organizaci průběhu a obsahu;
- fáze zaměřující se na naplnění vztahu terapeuta s klientem a dosažení přijatelné změny;
- fáze zaměřená na ukončení terapie včetně navrhnutí dalších možností léčby. (Müller, 2014)

Pro úspěšnost průběhu jsou také důležité **principy** vedení terapie:

- Začátek procesu se musí opírat o týmově provedenou a kvalifikovanou diagnózu a také o vlastní terapeutovu znalost psychofyzického stavu klienta.
- Je nezbytné dodržovat princip důvěrnosti, což znamená, že terapeut nešíří informace, které o klientovy má.
- Vztah klienta a terapeuta by měl být omezen jen na vlastní terapii.
- Terapeut by měl klienta v průběhu terapie motivovat a povzbuzovat a tím vytvářet prostor pro klientovy projevy a sdělení.
- Důležitá je také neustálá zpětná vazba, dle které je kontrolováno, zda je dodržována smlouva.
- Vztah terapeuta a klienta je založen na důvěře, respektu a dodržování pravidel.
- Zvolené činnosti by měli respektovat stav a znalosti klienta a respektovat jeho aktuální připravenost, věk a zkušenosti.
- Průběh procesu by měl být rozfázován dle dlouhodobého či krátkodobého působení a tyto fáze respektovat. (Müller a kol., 2014)

1.2.2 Klasifikace

Jak je již zmíněno výše, v rámci speciální pedagogiky hovoříme spíše o terapeuticko-formativních přístupech. Znamená to tedy, že slouží jak k terapeutickým účelům (tj. jsou zacílené na obnovování či zlepšování narušené vnitřní rovnováhy organismu nebo na odstraňování narušené vnější rovnováhy mezi lidským organismem a jeho okolním prostředím), tak k výchovně vzdělávací přístupům se sekundárním terapeutickým přesahem působící na osobnostní růst. (Müller a kol., 2006)

Speciálně pedagogické terapie záměrně užívají specificky lidských činností (např. herních, motorických, uměleckých apod.). Dle činností a prostředků, jež jsou v daných terapiích využívány, klasifikuje Müller (2014) terapie takto:

Terapie hrou

V užším slova smyslu je zde využíváno hry jako terapeutického a diagnostického prostředku v klinické psychologické praxi. Je aplikována herním specialistou, což je odborník, který vytváří podmínky pro realizaci hry. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Činnostní a pracovní terapie

Lze definovat jako využití manipulace s materiálním okolím, za účelem pomoci lidem dosáhnout pozitivních změn v jejich chování, myšlení, prožívání. Rozdíl mezi pracovní a činnostní terapií je můžeme nalézt ve skutečnosti, že pracovní terapie (ergoterapie) směřuje ke konkrétnímu výrobku, kdežto v činnostní terapii se zaměřujeme pouze na proces. Bývá také spojována s pracovní rehabilitací. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Psychomotorické terapie

Psychomotorická terapie je charakteristická tím, že při ní dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti skrze aktivaci jeho motorických funkcí. Jde tedy o aplikaci tělesného pohybu k terapeutickým účelům. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012)

Terapie s účastí zvířete

Jak už název napovídá, terapeutických cílů je zde dosahováno za pomoci specifického prostředku, zde konkrétně zvířete. Může jít o jakákoliv společenská zvířata, avšak nejčastějšími zprostředkovateli jsou psi a koně.

Mluvíme tedy v prvním případě o canisterapii nebo v druhém případě o hipoterapii. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012)

Expresivní terapie

Pro naši práci jsou důležité zejména expresivní terapie, jelikož k terapeutickému účelu využívají jako specifického prostředku kteréhokoliv uměleckého média, které je vždy spojeno s určitým druhem umění. Podle příslušného uměleckého média uvádí Müller (2014) vnitřní klasifikaci expresivních terapií. Je závislá na tom, s jakého druhu umění je pro terapeutické účely využíváno. Rozlišujeme tedy:

- Dramaterapii

Přední český dramaterapeut M. Valenta (2011, s.23) definuje dramaterapii jako *„Léčebně-výchovnou (terapeuticko-formativní) disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“*

- Muzikoterapii

„Muzikoterapie je použití hudby anebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. (in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 27)

- Biblioterapii

Biblioterapii můžeme definovat v širším kontextu speciální pedagogiky jako terapeuticko-formativní disciplínu, která využívá práce s textem za účelem dosažení žádoucího chování, prožívání a jednání osob individuálně a společensky prospěšným směrem.

Práci s textem se rozumí užívání smysluplného textu tj. zejména sémantické obsahy slov, významy odstavců a kapitol a celkové sdělení knih, které s jejich obsahu vyplývá. Dále využívá práci s nonsensy, s rýmy, se zvukomalbou, které vzhledem k jejich hudebním prvkům můžeme řadit do domény poetoterapie. (Svoboda, 2013)

- **Psychodrama**

Psychodrama je spojováno především se jménem svého zakladatele Jakoba Levyho Morena (rakousko-amerického lékaře, psychiatra, uznávaného sociologa a zakladatele psychodramatu, sociometrie a skupinové psychoterapie). Psychodrama můžeme popsat jako dramatickou improvizaci směřující k terapeutickým účelům, kdy klient dramatizuje model jeho konkrétní životní události, který mu pomáhá nahlédnout na jeho postoje, pocity, zážitky a fantazie. Také na jeho vnitřní a vnější konflikty a možnosti jejich řešení. (Valenta, 2011)

K tomuto účelu jsou využíváni tyto základní činitelé:

- klient – hlavní herec,
- terapeut – jako režisér,
- jeviště,
- pomocní herci a publikum - jiní členové skupiny. (Müller a kol., 2014)

- **Arteterapii** (v užším slova smyslu)

Arteterapií je z užšího slova smyslu chápána terapeuticko-formativní a psychodiagnostická disciplína, která využívá výtvarných uměleckých forem za účelem podpory, pomoci či poznání klienta. Při arteterapii stejně tak jako u ostatních expresivních terapií nejde o estetiku výsledného produktu nýbrž o samotný proces. (Potměšilová, 2013)

- **Tanečně pohybová terapie**

Jedná se o psychoterapeutický směr využívající pohyb a tanec jako hlavní prostředek, skrze který je posilována emocionální, kognitivní, sociální a fyzická integrace klienta se snahou o sjednocení těla a mysli prostřednictvím tance a pohybu. (Dosedlová, 2013)

1.3 Muzikoterapie

„Všecko má být harmonické. Proto necht' se všichni připravují na hudbu, která je nejzřetelněji harmonická.“ J. A. Komenský

1.3.1 Historie

Hudba a rytmus jsou k léčebným účelům používány už od nepaměti. Již u primitivních národů byla hudba chápána jako prostředek pro komunikaci s nadpřirozenými silami a jako způsob, kterým lidé mohli zapůsobit na bohy či démony ve prospěch svého kmene. Byl to také způsob boje s chorobami, kde byl při magickém léčení vytvářen pravidelný zvuk pomocí přírodních nástrojů. Proměňovala se intenzita a tempo a vliv tohoto rytmu byl navíc umocněn zpěvem šamana. (Šimanovský, 2011)

Terapie hudbou byla známá také pro starověké civilizace. Ve starověkém Egyptě je zmínka o lodích pro nemocné, které pluly za doprovodu uklidňující hudby. Spojitost lze nalézt také u řeckého boha Apollona, který byl bohem hudby i zdraví zároveň. Řekové také uznávali preventivní působení hudby v oblasti mentální hygieny, kde hudba tvořila rovnováhu mezi somatickou a psychickou složkou člověka. (Šimanovský, 2011). Ve starověku byla hudba vnímána jako odraz kosmického pořádku. Systém hudby (tónů a ladění) byl přesně vypočítán z číselných poměrů a proporcí přírodních úkazů. (Zeleviová, 2007)

Ve středověku byly jen ojedinělé zmínky o využití terapie hudbou, avšak v křesťanství sehrávala uklidňující funkci v rámci církevních obřadů. (Šimanovský, 2011)

V renesanci je muzikoterapii opět věnována pozornost. Například anglický lékař R. Burton využíval hudbu při léčbě duševních poruch. V 17. a 18. století se objevuje ještě více teorií a praktických metod. Muzikoterapie byla v této době nazývána *iatromusia* a základním principem zde bylo starověké učení o harmonii kosmu, která byla promítána za pomoci hudby do živého organismu. Existovali rovněž *iatrohudebníci*. V 19. Století muzikoterapie upadla téměř do zapomenutí a byla označována za nevědeckou nebo „vědy nedůstojnou hru“. (Šimanovský, 2011) Vliv hudby byl v této době oceňován spíše vojenskými kruhy než lékařskými. Podle vojenských odborníků různé hudební pochody zvyšují a udržují bojovou morálku vojáků.

Na počátku 20. století někteří autoři nepřikládají muzikoterapii žádnou možnost uplatnění, protože člověk té doby byl málo otevřený emocím a tudíž se méně vázal na hudbu. Avšak tato tvrzení nebyla podložena žádným výzkumem. Velký rozvoj muzikoterapie nastal po druhé světové válce, kdy začali vznikat různé školy, mající odlišné koncepce. (Mátejová, Manšura, 1992)

Například Švédská koncepce pokládala muzikoterapii za centrální obor, protože vycházeli z předpokladu, že hudba proniká do duše hlouběji a bezprostředněji než slova. K této koncepci se hlásilo také Norsko, Dánsko, Finsko a Island. V téže době založila J. Alvinová Britskou společnost pro muzikoterapii. Podobné společnosti byly založeny i v Kodani anebo také v Rotterdamu. O dva roky později také vzniká v Rakousku *První výchovné a výzkumné muzikoterapeutické centrum*, které je svým zaměřením první v Evropě. (Šimanovský, 2011)

Mezi nejvýznamnější průkopníky aplikace hudby při výchově a léčení v České republice jsou G. S. Amerling, který vypracoval metodiku a postupy „hudební psychoterapie“. Kládł důraz na receptivní vnímání hudby. Děti se tak stávaly vnímavější a soustředěnější. Za zmínění určitě stojí také rok 1980, kdy byl na Pedagogické fakultě Karlovy univerzity v Praze zřízen obor *Vychovatelství*, v rámci kterého byly přednášeny terapeutické obory jako arteterapie, muzikoterapie, psychomotorická terapie, terapie hrou a prací. Muzikoterapii přednášela Pravdomila Pokorná, která vydala roku 1982 vysokoškolské skriptum *Úvod do muzikoterapie*. (Mátejová, Manšura, 1992)

Základní úroveň a povědomí o muzikoterapii u nás a ve světě roste. S tím se také rozšiřují možnosti využití tohoto přístupu v praxi. Do značné míry jsou také muzikoterapeutické principy pomalu zařazovány do hudební výchovy běžných škol. (Šimanovský, 2011)

1.3.2 Pojem a vymezení

Pojem muzikoterapie, který se v naší literatuře používá nejčastěji, je řecko – latinského původu a v překladu znamená léčení hudbou (*řecky moisika, latinsky musica znamená hudba; řecky therapeineio, latinsky iatreia znamená léčit, ošetřovat*). (Mátejová, Manšura, 1992). Toto označení můžeme považovat za základní definici muzikoterapie.

Téměř každý má rád hudbu, jelikož je jako taková nedílnou součástí každodenního života, většina lidí si vytvoří k hudbě velmi osobní vztah. Dokáže nás zklidnit a stimulovat, provázet nás radostí i smutkem, hraje si s námi a pomáhá nám hrát si.

To nás posouvá dovnitř a ven z každého lidského života. Většina lidí uznává sílu hudby a mnozí již objevili její léčebný přínos prostřednictvím své vlastní osobní zkušenosti. Přesto však poskytnutí jednotné a přesné definice muzikoterapie není jednoduché. (Bruscia, 2014)

Bruscia (2014) také tvrdí, že komplexní vymezení muzikoterapie by mělo zahrnovat:

- Zdravotní stav nebo potřebu klienta;
- příslušnou roli a funkci hudby a terapeuta;
- kvalifikaci a odpovědnost terapeuta;
- přirozený vztah, který se vyvíjí mezi klientem, hudbou a terapeutem;
- cíl terapie vhodný pro různou filozofickou orientaci;
- popis terapeutického procesu, který předpokládá povahu změny bez jakékoli filozofické předpojatosti.

V současné době existuje mnoho směrů a přístupů v muzikoterapii, je tedy složité vytvořit jedinou obecně přijatelnou definici muzikoterapie. Mezinárodně akceptovaná je definice Světové federace muzikoterapie z roku 1996 :

„Muzikoterapie je použití hudby anebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál anebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší interpersonální nebo intrapersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.“ (in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 27)

Mezinárodním standardům odpovídá také definice muzikoterapie Americké muzikoterapeutické asociace AMTA:

„Muzikoterapie je předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy.“ (Americká muzikoterapeutická asociace, 2005)

1.3.3 Cíle muzikoterapie

Cíle muzikoterapie vycházejí především z potřeb klientely, na kterou je v daný moment muzikoterapie aplikována. Michel (2012) dělí cíle dle těchto kategorií:

Muzikoterapie podporující duševní vývoj

Cíle muzikoterapie v tomto případě zahrnují učení nonverbálních dovedností; získávání hudebních dovedností, které mohou přímo ovlivnit studijní výsledky dítěte; rozvoj schopnosti učení pro osoby s širokou škálou problémů, včetně mentální retardace, poruchami učení, poruchami emocí, těžké poruchy chování a dokonce i u osob s drogovou závislostí.

Muzikoterapie podporující fyzický vývoj

Muzikoterapie je poskytována osobám, které mají tělesné postižení s cílem o maximální možnou nezávislost a přizpůsobení se jejich situaci. Muzikoterapie poskytuje bezpečně orientované prostředí, které zvyšuje sebevědomí a sebeúctu, a která poskytuje motivaci k rozvoji dovedností potřebných pro život. Cíle muzikoterapie v tomto případě zahrnují integraci fyzické, kognitivní a sociální dovednosti, zlepšování motorických funkcí.

Muzikoterapie v hospicové péči

Cílem je pomoci jednotlivcům nahlížet na umírání jako na přirozený proces, pomoci naplnit duchovní potřeby, zvýšení schopnosti pro odpočinek a spánek, snížení úzkosti a závislosti na lécích, zlepšení komunikace (verbální a neverbální), udržení nebo zlepšení kvality života tak dlouho, jak bude možné. (Michel, 2012)

1.3.4 Muzikoterapeutické směry (dle Zeleiové)

Jednotu všech proudů a směrů v současné muzikoterapii zajišťuje zkušenost, že hudba a její elementy mohou výrazně ovlivňovat lidské zdraví. Avšak jednotlivé komplexní a specifické cíle muzikoterapie, terapeutický koncept se svým terapeutickými charakteristikami a školou, tvoří faktory, které se s jednotlivými proudy a směry rozcházejí, ale navzájem se však doplňují, obohacují a odlišují.

Na tomto základě Zeleiová (2007) uvádí tři základní koncepty muzikoterapie, ke kterým poté řadí jednotlivé muzikoterapeutické modely:

Pedagogický koncept v muzikoterapii

Jedná se o souhrnný koncept, který se zaměřuje na proces sociální integrace, proces učení a komunikaci. Pozitivně ovlivňuje kognitivní funkce (paměť, vnímání, koncentraci) a také motorické funkce a řeč. Nejde zde primárně o léčbu, ale především o stimulaci, rozvoj, podporu a integraci zdravých částí klienta. Při muzikoterapeutické práci jsou zde rozvíjeny oblasti tělesné a senzomotorické, sociální, emocionální a kognitivní. (Zeleviová, 2007) V této oblasti je muzikoterapie aplikována učiteli s absolvovanými kurzy v dané oblasti nebo speciální pedagog s postgraduálním vzděláním v oboru muzikoterapie. (Gerlichová, 2014)

Medicínský koncept v muzikoterapii

Podle medicínského pohledu je řada psychických poruch zapříčiněna biochemickou nerovnováhou v organismu. Hudba může působit jako audioanalgetikum nebo sedativum či jinak pozitivně ovlivňovat tělesný či psychosociální stav. Například může snižovat fyziologickou reakci na stres, odvrátit pozornost od bolesti či urychlit prožívání bolesti vzhledem k času. (Zeleviová, 2007)

Je tedy zaměřováno především na konkrétní obtíže, jež jsou spojeny s jednotlivým onemocněním. Na muzikoterapeuty v této oblasti jsou v současné době kladeny největší nároky, co se odbornosti týče. Do budoucna by se mohlo počítat s tím, že aprobovaný muzikoterapeut ve zdravotnictví bude skládat atestační zkoušky stejně jako logoped či psycholog. (Gerlichová, 2014)

Psychoterapeutický koncept

Psychoterapeuticky orientovaná muzikoterapie je proces, který probíhá jako intervence při doprovázení psychických procesů u klienta. Je zde předpokládána možnost cíleného ovlivňování klientova prožívání či jednání, přičemž se klient nezabývá zodpovědností za svůj vlastní život. Muzikoterapie ovlivňována tímto směrem má za cíl podporovat integraci pacientovy osobnosti za využití hudebních prostředků. Jednotlivé muzikoterapeutické modely vycházejí s konkrétních psychoterapeutických směrů.

Můžeme jmenovat základní, jako jsou:

- **Analyticko-dynamický model muzikoterapie**
 - Vychází z psychoanalýzy a je zde v hudební interakci využíváno přenosu a proti přenosu.
- **Kognitivně-behaviorální model muzikoterapie**
 - Je zde využíváno především působení na druhou signální soustavu, skrze kterou je pak působeno na celý organismus klienta. (Kratochvíl, 1987)
- **Humanisticko-existenciální model muzikoterapie**
 - Prostředkem terapie je zde vztah terapeuta a klienta v rovině setkávání dvou autentických bytostí, který je prožíván „tady a teď“. Cíle terapie vycházejí se životních přání člověka a je zde podporováno naplnění životních tužeb jako je smysl existence, vlastní sebe hodnota, sebe kompetence v souvislosti se sebedůvěrou. Při dosahování těchto cílů je využíváno hudebních prostředků. (Zeleviová, 2007)

1.3.5 Muzikoterapeutické organizace

Potřeba ukotvení terminologie, zkvalitnění služeb, legislativního ukotvení uměleckých terapií, zajištění většího bezpečí pro klienty a sdílení nových poznatků mezi muzikoterapeuty, dává vznik mnoha muzikoterapeutickým organizacím u nás i ve světě. Z toho důvodu považuje autorka za podstatné podat základní nástin existujících muzikoterapeutických organizací u nás a ve světě.

Mezinárodní muzikoterapeutické asociace a sdružení

Ve světě existují různé muzikoterapeutické asociace a sdružení již několik desetiletí. Mezi nejpodstatnější zcela jistě patří **Světová federace muzikoterapie** (*World Federation of Music Therapy, WFMT*), jenž je nejvýznamnější mezinárodní organizací založenou roku 1985 na 5. Světovém muzikoterapeutickém kongresu v Janově v Itálii. (Kantor, 2009)

Mezi její úkoly patří:

- podpora výměny informací o muzikoterapii;
- pořádání mezinárodních kongresů;
- rozvíjet mezinárodní spolupráci;

- informování veřejnosti o muzikoterapii;
- vytváření doporučení pro muzikoterapeutickou praxi, vzdělání a výcvik muzikoterapeutů (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Mezi další patří **Evropská muzikoterapeutická konfederace** (*European Music Therapy Confederation, EMTC*)

Evropská Muzikoterapeutická konfederace byla založena v roce 1991 jako fórum pro výměnu informací mezi muzikoterapeuty v Evropě. EMTC je konfederace profesních asociací muzikoterapie, která se snaží aktivně podporovat další rozvoj odborné muzikoterapeutické praxe v Evropě, výměnu informací a spolupráci mezi zeměmi. Celkovým cílem EMTC je tedy pěstovat vzájemnou úctu, porozumění a výměnu mezi muzikoterapeuty v Evropě.

V květnu 2004 EMTC dosáhla oficiálního statusu AISBL na úrovni EU v Bruselu jako profesionální nezisková organizace. Tato nová EMTC má ústavu, zákony a etický kodex.

EMTC je konfederace, která sdružuje a cvičí kvalifikované muzikoterapeuty. Každá členská země má svého zástupce. Tento zástupce je volen členy asociace.

V roce 2015 členskou základnu tvoří muzikoterapeuty z 28 evropských zemí, 43 členských asociací muzikoterapie představující 5,683 evropských muzikoterapeutů. (EMTC, online, 2017)

Muzikoterapeutické organizace v českých zemích

Muzikoterapeutická asociace České republiky (Music Therapy Association of the Czech Republic – CZMTA)

Muzikoterapeutická asociace České republiky CZMTA je neziskové profesní sdružení muzikoterapeutů, které je zároveň otevřené i všem zájemcům o muzikoterapii.

CZMTA vznikla v roce 2012 sloučením České muzikoterapeutické asociace a České asociace muzikoterapie a dramaterapie - ČAMAD, která fungovala od roku 2005 a v roce 2009 se stala členem EMTC.

První významný krok, kterým se CZMTA uvedla do povědomí odborné i širší veřejnosti bylo uspořádání Mezinárodní muzikoterapeutické konference, která byla uskutečněna v květnu roku 2008. (CZMTA, online, 2017)

Moravská asociace uměleckých terapií (MAUT)

MAUT – Mezinárodní asociace uměleckých terapií je konfederací, která sdružuje asociace, pracoviště, odborníky, studenty a zájemce o umělecké terapie (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a tanečně - pohybová terapie) na mezinárodním poli. Vznikla roku 2007 pod myšlenkou vzájemné podpory mezi uměleckými terapeuty. MAUT je řádným členem EMTC (Evropská konfederace muzikoterapie), WFMT (Světová federace muzikoterapie) a byl jmenován odbornou společností Ministerstva zdravotnictví ČR. (MAUT,online, 2017)

1.3.6 Muzikoterapie u osob s mentálním postižením

V této práci se zabýváme vlivem muzikoterapie na osoby s mentálním postižením. Výše jsme popsali, v čem jsou terapie přínosem ve speciální pedagogice, zařadili muzikoterapii do expresivních terapií a stručně definovali muzikoterapii jako takovou. V této kapitole se pokusíme stručně popsat, jaké přínosy přináší tento terapeutický přístup u osob s mentálním postižením a proč by tedy měl být součástí jejich intervence.

U muzikoterapie ve speciálně pedagogickém kontextu nejde primárně o léčbu, ale především o rozvoj, stimulaci, podporu a integraci zdravých částí klienta. U osob s mentálním postižením podporuje práce s hudebně výrazovými prostředky tyto roviny senzomotorickou, sociální a emocionální a kognitivní. (Zelevá, 2007)

Podle Kantora (in Müller a kol. 2014) muzikoterapie podporuje u klienta s mentálním postižením kognitivní procesy a také pomáhá při osvojování vědomostí a dovedností. A to takovým způsobem, že rytmická a melodická stránka hudby aktivuje při učení více mozkových struktur, což slouží k lepšímu zapamatování nových pojmů a vztahů.

V přístupu ke klientovi je třeba brát zřetel na jeho chronologický i mentální věk. Veškeré aktivity by tak měli být předkládány jasně, konkrétně a přímě. Měli by být propojovány s multisenzorickou stimulací a být pozitivně orientované. (Peters, 2000, in Müller, 2014)

Je důležité respektovat tempo klientů a dostatečně porozumět specifickým rysům jejich myšlení, umět si stanovit reálné cíle a umět vypořádat i nepatrné změny v projevu.

Jako další cíle muzikoterapie u osob s mentálním postižením Müller (2014) uvádí:

- zlepšení orientace v okolním prostředí;
- zlepšení verbální a neverbální komunikace;
- nácvik integračních schopností a motorických dovedností;
- schopnost empatie a sebereflexe;
- odstranění nežádoucích projevů chování;
- smysluplné využití volného času.

U této minority se osvědčila práce ve skupině, kde je využíváno skupinové dynamiky, která napomáhá při vytváření a rozvíjení vazeb mezi jednotlivci, zvyšuje citlivost vůči vrstevníkům a pomáhá nacházet adekvátní způsoby komunikace mezi členy skupiny, rozvíjí smysl pro sdílení, přátelství a vzájemnou podporu. (Galerstein a kol., 2005)

1.3.7 Metoda Celostní muzikoterapie PaedDr. Lubomíra Holzera – (CMLH)

Jak bylo zmíněno výše v kapitole věnované muzikoterapii obecně, je tento terapeutický přístup rozličný v mnoha směrech. Z těchto směrů potom vycházejí muzikoterapeutické metody, které se liší specifiky v přístupu a využíváním rozdílných technik. Jelikož se autorka v práci zaměřuje na metodu Celostní muzikoterapie, považuje za důležité stručně shrnout základní specifika této metody. Tato kapitola tedy bude věnována teoretickému vymezení metodologických základů metody CMLH. Vychází převážně z publikace „Úvod do Celostní muzikoterapie“ Lubomíra Holzera a z publikace „Celostní muzikoterapie v institucionální výchově“ sepsanou již zmíněným Lubomírem Holzerem s přispěním Svatavy Drlíčkové. Pro úplné vymezení Celostní muzikoterapie se budeme opírat také o poznatky vycházejících ze zkušeností v praxi, které jsou dále sepsány v praktické části diplomové práce.

Metoda Celostní muzikoterapie je svébytnou muzikoterapeutickou metodou, která se vyvíjí už od 80. let. Jejím zakladatelem je hudebník, speciální pedagog a muzikoterapeut PaedDr. Lubomír Holzer.

Dnes je možné tuto metodu studovat v uceleném studijním programu na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci již od roku 2003 a od roku 2009 na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v rámci kurzu celoživotního vzdělávání. Jedná se o třísemestrální kurz, který je akreditován MŠMT ČR v režimu dalšího vzdělávání

pedagogických pracovníků. Vychází z celostního přístupu, čímž je myšleno holistické pojetí světa a člověka. Při léčbě zde není nahlíženo na klienta pouze z pohledu biologického, psychologického a sociálního, ale také z pohledu spirituálně energetického. Autor metody je hlavním propagátorem a realizátorem na všech úrovních muzikoterapeutického procesu od popisu metody, přes výzkum a rozvoj, aplikaci v praxi, vzděláním studentů až po ukotvení v legislativě díky členství v CZMTA.

Definice

Výchozí metoda je živá a stále ve stádiu dotváření, proto je těžké formulovat jasnou a stálou definici. Nejlépe však popisovanou metodu vystihuje tato definice:

„Celostní muzikoterapie je záměrná a vědomá terapeutická činnost realizovaná v oblasti smyslového, mimosmyslového a nadmyslového působení, vnímání a prožívání, metoda, která používá specifické muzikoterapeutické hudební nástroje, formy, projevy, techniky a postupy jako terapeutické prostředky.“ (Holzer, Drlíčková, 2012, s.38)

Předmět celostní muzikoterapie

Na předmět celostní muzikoterapie můžeme nahlížet v užším a širším slova smyslu. Z užšího pohledu chápeme muzikoterapii jako samotný terapeutický proces realizovaný pomocí specifických metod, technik a postupů. Předmětem zkoumání a působení je rovněž člověk nacházející se v muzikoterapeutickém procesu ve své celistvosti a nedělitelnosti všech svých částí a systémů. Dalším pohledem je také zkoumání muzikoterapie jako terapeutické disciplíny, jejich účinků, možností a působení. Jde tedy o výzkum, který je naplňován z nejrůznějších pohledů dlouhodobě i krátkodobě.

Vymezení pojmu „celostní“

Celostní přístup (neboli holistický) je v našem případě pojímán jako *„specifické chápání člověka jako celku v jeho nedílných součástech a celostního chápání terapeutického přístupu k člověku, ale také o celostní chápání působení celostní muzikoterapie.“* (Holzer, Drlíčková, 2012, s.16)

Celostní chápání člověka vnímá lidskou bytost jako součást vyšších celků a to v rámci jedné společnosti, profesního zaměření sociálního prostředí, jako příslušníka konkrétního státu, jako součást přírody tak i Vesmíru jak v projevené, čímž je myšlena fyzikální forma tak i v neprojevené formě. Tato neprojevená forma je myšlena jemno hmotná energie

zahrnující v sobě nadmyslové vnímání, energetický systém člověka, duši a ducha. Je tedy předpokládáno, že člověk je tvořen částí tělesnou, duševní, citovou a energetickou. Holisticky se k člověku přistupovalo již ve staré čínské medicíně, lámaistické tibetské medicíně nebo ájurvédské indické medicíně. Tyto systémy jsou rovněž považovány za celostní. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Cílová skupina klientů

Celostní muzikoterapie může být zacílena na kohokoliv. Může sloužit jak lidem se zdravotním postižením tak lidem zajímající se pouze o svůj osobnostní sebe rozvoj. Autor neuvádí žádné kontraindikace, v tom můžeme spatřovat univerzálnost metody. U osob se speciálními potřebami je metoda CMLH využívána převážně: v mateřských a základních školách speciálních, v denních či týdenních stacionářích, dětských domovech, v léčebně výchovných odděleních, výchovných ústavech, diagnostických ústavech, ústavech sociální péče či zařízeních pro klienty s mentálním či kombinovaným postižením atd. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Východiska celostní muzikoterapie

- Je kladen důraz na aplikaci přirozených, hudebních kinetických a melodických jevů, melodicko-rytmických modelů. Tuto aplikaci chápeme jako vlastní tvůrčí muzikoterapeutický proces, kdy muzikoterapeut intuitivně improvizuje a vytváří tak hudbu za používání jednoduchých opakujících se rytmů a melodií, která by měla dosahovat minimálního trvání osm minut.
- Při tvorbě muzikoterapeutické hudby je užíváno výhradně akustických nástrojů, které mají přirozené ladění, jsou vyráběny ručně a z přírodních materiálů. Díky přirozenému ladění je při tvorbě hudby stále zachována pestrost alikvotních tónů.
- Specifická je aplikace modulovaného, rezonančního alikvotního zpěvu.
- Je dbáno na spolupůsobení smyslového, mimosmyslového a nadmyslového vnímání. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Zdroje celostní muzikoterapie

Popisovaná metoda při tvorbě hudby sleduje převážně muzikoterapeutické hledisko, nikoliv hledisko primárně umělecké, estetické či exhibiční, jež jsou běžná při profesionální hudební produkci. Muzikoterapeut je permanentně v procesu volné improvizace, neboli svobodné intuitivní hudby, která je produktem okamžité tvorby.

Není zde využíváno ani konkrétních textů, ale pouze jakási *prařeč*, která by měla obsahovat dostatek zpěvných vokálů. Při zpěvu využívá přirozené alikvotní řady é-ó-í-ú-á-m. Užívání alikvotních tónů je pro zpěv a hru na nástroje u metody charakteristické. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Formy celostní muzikoterapie

Základní formy muzikoterapie rozdělujeme buďto podle počtu klientů na individuální formu, kde je probíhá komunikace mezi terapeutem a pouze jedním klientem, formu skupinovou, která je charakteristická prací s malou terapeutickou skupinou, nejadekvátněji do 20 členů. Větší skupinu už bychom mohli radit do formy hromadné. Dále autor metody zmiňuje formu automuzikoterapeutickou, kdy se terapeut stává sám sobě klientem a dostává se tak do procesu sebe uzdravování či vnitřní transformace. Dále existuje dělení podle míry aktivity recipientů na pasivní a aktivní formu či obě kombinovat. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Techniky využívané v celostní muzikoterapii

V této podkapitole si stručně představíme jednotlivé techniky využívané v celostní muzikoterapii. Tyto techniky by neměly sloužit jako samoučelný návod k použití, ale měly by stále dávat prostor k určité terapeutické improvizaci. Nemáme za cíl je zde jednotlivě rozepisovat, jelikož detailnější charakteristika použitých technik bude předložena v praktické části diplomové práce. Techniky mají terapeuticko-formativní, diagnostickou a bytostně transformační funkci a je možno je jednotlivě kombinovat. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Techniky pasivní muzikoterapeutické relaxace a energizace

Základ zde tvoří prožitková relaxace, dále technika názvem „skupinový muzikoterapeut“; vokální tibetská mísa; vokální iglú; vokální tunel; vokální technika s použitím tibetských misek; didgeridoo sprcha; šamanský skupinový buben s muzikoterapeutickým zpěvem; autogenní trénink s doprovodem dešťové hole; muzikoterapeutická meditace. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Techniky aktivní muzikoterapeutické relaxace a energizace

Řadíme sem techniku skupinového bubnování na bubny djembe se zpěvem; technika skupinového bubnování na šamanský buben se zpěvem; technika skupinového zpěvu;

skupinová hra na tibetské mísy; skupinový zpěv s tibetskými mísami; muzikoterapeutický orchestr; skupinová hra na perkusivní nástroje se zpěvem. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Hudební nástroje

Jak už bylo zmíněno, jedním se základních pravidel celostní muzikoterapie je používání hudebních nástrojů vyrobených výhradně z přírodních materiálů, ručně a je rovněž důležité, aby se jednalo o nástroje s přirozeným laděním. Většinou se jedná o nástroje s dlouholetou tradicí, jež nejsou temperovaně laděny a oplývají tedy alikvotními tóny. Tyto alikvotní tóny jsou obsaženy ve všech zvucích, které můžeme slyšet v přírodě.

Pokud tedy budeme vycházet z předpokladu, že zvuk je určitá vibrace a naše tělo má schopnost rezonovat, tak jako jakékoli jiné těleso. (Halpern, Lingerman, 2005) Můžeme tvrdit, že se prostřednictvím působení alikvotních tónů můžeme naladit do stavu nám od přírody přirozenému.

Fyziologie percepce a působení muzikoterapeutické hudby

Jak už bylo výše zmíněno, poslech muzikoterapeutické hudby a zvuků vytvářených podle metody Celostní muzikoterapie se děje na více úrovních než pouze na smyslové. Jde o komplexní vnímání smyslové, mimosmyslové a nadsmyslové. Když tedy popisujeme fyziologii muzikoterapeutického poslechu, je tím myšlena celá oblast vnímání člověka i s jeho prožíváním, uvědomováním a reakcemi. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Jedním z hlavních činitelů v procesu muzikoterapie je považována hudba. Avšak člověk nevnímá pouze sluchem, ale je fyzikálně dané, že celé jeho tělo reaguje na zvuk a to vědomě nebo nevědomě a to platí pro všechny zvuky, které přijímáme. (Halpern, Lingerman, 2005)

Zvuk má schopnost působit na celého člověka a je vnímán doslova každou buňkou organismu. (Gerlichová, 2014)

Při poslechu charakteristických muzikoterapeutických hudebních rytmických a rytmicko-melodických modelů složených se zvuků, při použití vhodných nástrojů a zpěvu v dostatečné časové délce, čímž je míněno hrát nepřetržitě po dobu přibližně deseti minut. Dochází v lidském mozku ke změně jeho elektrické aktivity a k indukci vln alfa. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Naše mozkové vlny pulzují a oscilují v určitých frekvencích, které se dají měřit v cyklech za vteřinu, podobně jako vlny zvukové. Rozeznáváme čtyři základní druhy mozkových vln. Vlny beta (14Hz – 20Hz), které člověk produkuje při běžném bdělém stavu vědomí. Vlny alfa (8Hz – 13Hz), jež se vyskytují v polospáně nebo ve stavu meditace. Vlny theta (4Hz – 7Hz), vyskytující se při vysoce tvůrčí činnosti, ve stavech transu nebo v hluboké meditaci a vlny delta (0,5Hz – 3Hz), které se vyskytují ve stavu v bezvědomí či při hlubokém spánku. (Marek, 2003)

Dnes je v muzikoterapii známá především frekvence 7,83Hz. V této souvislosti se také uvádí, že tato frekvence byla fyziky naměřena v elektromagnetickém poli kolem planety a je obecně nazývána Schumannova frekvence. (Marek, 2000)

V roce 1665 Holanďan Christian Huygens objevil jev, kdy dal do místnosti několikery kyvadlové hodiny, které se pohybovaly různě, a po několika hodinách se všechna kyvadla rezonančně shodla a kývaly se ve stejném rytmu. Tento jev je jedním z aspektů rezonance. Je to kooperativní jev mezi dvěma objekty, které se delším vzájemným působením sladí a mohou tak sdílet stejnou frekvenci. (Marek, 2000)

Tento významný jev funguje mezi vibrujícími tělesy (oscilátory), z toho důvodu můžeme předpokládat, že mezi lidským tělem ve stavu uvolnění a elektricky napojenými vrstvami zemské atmosféry může nastávat rezonance. Technicky by se jednalo o spojení dvou vibračních těles (oscilátorů), považujeme-li tělo za živý rezonátor. Poté když náš organismus rezonuje, jsme ve stavu uvolnění a naše funkce probíhají zdánlivě bez námahy. Je-li frekvence vnějšího podnětu dostatečně silná a stálá, pak se pravděpodobně organismus napojí a tělo začne rezonovat stejnou frekvencí. Tato změna může na člověka působit jak negativně a způsobovat napětí a stres, tak na druhé straně vhodně zvolené zvuky mohou způsobit spojení, které člověka přivádí do psychické a fyzické rovnováhy a vyrovnanosti. (Halpern, 2005)

Je třeba upozornit, že tato kapitola slouží pouze pro stručné shrnutí základních témat konceptu Celostní muzikoterapie. Nebylo zde cílem úplný popis této metody, ale pouze o seznámení se s ní. V následující kapitole se seznámíme s aplikací popsané metody v praxi.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Aplikace Celostní muzikoterapie u osob s mentálním postižením

V této části diplomové práce se pokusíme popsat, jakým způsobem jsme postupovali při realizaci CMLH v prostorách denního stacionáře SPOLU Olomouc. Uvedeme si postup při hledání vhodného prostoru, zajištění nástrojů, vedení potřebné dokumentace a také si představíme používané techniky, které vycházejí z metody celostní muzikoterapie.

2.1.1 Příprava muzikoterapeutického modulu v prostorách organizace SPOLU Olomouc

Muzikoterapie byla realizována ve spolupráci organizace SPOLU Olomouc. Jedná se o organizaci, která podporuje lidi se zdravotním, primárně mentálním postižením při jejich seberealizaci a začleňování se do společenského prostředí. Muzikoterapie, kterou jsme zde realizovali, však nespadala mezi aktivizační a rozvojové aktivity organizace. Bylo využito pouze prostoru a spolupráce s koordinátory aktivizačních a rozvojových programů.

První podmínkou pro realizaci muzikoterapeutického modulu, bylo tedy zajištění prostoru. S koordinátory aktivizačních služeb SPOLU Olomouc bylo dohodnuto, že pro realizaci modulu by mohl být pravidelně každý pátek odpoledne uvolněn prostor s názvem Mísa, což je prostorná třída s vybavením, potřebným pro muzikoterapeutickou intervenci. Vybraný prostor je rozdělen na dvě místnosti. V první místnosti se nachází stůl s židlemi, kde probíhá přestávka, jež dělila aktivní část a receptivní část terapie. Druhá místnost je tvořena prostornou hernou, jež byla pokryta kobercem. V místnosti jsou k dispozici deky a polštáře, polohovací pytle a také je zde závěs na oknech, který je potřebný k zastínění při receptivní fázi. Teplota v místnosti se pohybuje stále okolo cca 21 – 22°C, což je optimální teplota při pasivní části.

2.1.2 Vzdělání muzikoterapeuta

V současné době u nás neexistuje legislativní ukotvení pro profesi muzikoterapeuta v oblasti školství, zdravotnictví či sociální. V oblasti sociální a školství je tato metoda většinou aplikována učiteli, sociálními pracovníky, speciálními pedagogy, pedagogy

volného času a podobně. Tito pracovníci mají rozličné přístupy na základě vzdělání, kterého dosáhli absolvováním různých kurzů.

Muzikoterapeutická asociace České republiky nabízí profesní nebo garantované členství. Toto členství potvrzuje kompetenci členů asociace v oblasti využití muzikoterapeutických (případně také muzikofiletických) postupů a metod v rámci kmenové profese garantovaného člena asociace.

Pro získání tohoto členství je třeba splnit určité podmínky:

1. *Minimálně dokončené středoškolské vzdělání s maturitou*
2. *Dva roky práce v oblasti pomáhajících profesí (nebo ekvivalent) – přímá práce s klienty (z toho 200 hodin praxe muzikoterapeutických aktivit, muzikofiletiky)*
3. *125 hodin výcvikové zkušenosti v akreditovaných výcvicích a kurzech (u kurzů, které nemají garanci asociace, je uznání na posouzení Profesní komise a následně Rady)*
4. *Minimálně 60 hodin absolvované supervize (zaměřené na muzikoterapeutický proces)*
 - *z toho minimálně 15 hodin individuální supervize (u supervizorů s garancí EAS či CZMTA)*
 - *z toho maximálně 45 hodin skupinové supervize (supervizní semináře garantované CZMTA)*
 - *závazek pracovat pod supervizí v minimálním rozsahu 10 hodin za období kalendářního roku*
5. *Doporučení ze strany garantovaného supervizora nebo dvou členů rady asociace*

O garantovaném členství rozhoduje Rada asociace na základě žádosti člena asociace a stanoviska Profesní komise. (CZMTA, online, 2017)

Autorka absolvovala kurz **Celostní muzikoterapie 1**, čímž má splněno 180 hodin výcvikové zkušenosti. Má dokončené bakalářské studium Speciální pedagogiky – dramaterapie na UP Olomouc, které si nyní doplňuje o navazující magisterské studium. Dva roky pracuje v oboru a pravidelně dochází na individuální supervize.

2.1.3 Výběr klientů

Za spolupráce koordinátorů aktivizačních a rozvojových programů organizace, bylo možno kontaktovat klienty, kteří služby organizace SPOLU pravidelně využívají a nabídnout jim také možnost docházet na celostní muzikoterapii. Pro tento koncept byl vytvořen

informační leták (viz příloha F), kde byly shrnuty základní informace a indikace muzikoterapie pro osoby s mentálním postižením.

Na nabídku odpovědělo pět zákonných zástupců klientů, kteří poté pravidelně program navštěvovali. Tři z vybraných klientů potřebovali individuální přístup asistenta.

2.1.4 Vedení dokumentace

Od počátku byla autorkou vedena osobní dokumentace každého klienta, která obsahovala osobní údaje o klientovi, jeho nároky a pomůcky, která rád využívá. Také místo které při relaxaci využívá a se kterým asistentem spolupracuje. Tyto informace sloužily k přípravě klientů na muzikoterapii a také pro zaznamenávání průběhu intervence, reakcí klientů, výsledné reflexi a celkovému hodnocení procesu.

2.1.5 Příprava asistentů / koterapeutů

Jelikož muzikoterapie nespadá pod organizaci, neměla autorka nárok na využívání asistenčních služeb. Další podmínkou tedy bylo najít schopné asistenty, kteří by byli ochotni dobrovolně docházet každý pátek odpoledne na muzikoterapii. Opět byla možnost kontaktovat asistenty působící ve SPOLU a rozeslat jim za spolupráce s koordinátory programů hlavní koncept muzikoterapie elektronickou poštou. Na nabídku se ozvali tři zkušené asistenti, kteří program navštěvovali pravidelně každý pátek.

Tito asistenti byli podrobně poučeni o využívané metodě a o průběhu programu. Po asistencích bylo požadováno, aby byli aktivní při společných technikách a se zájmem se zapojovali. Dále, aby respektovali zvláštnosti klientů a byli jim vždy nápomocni při manipulaci s nástroji anebo při usměrňování nežádoucího chování u klientů. Další instrukce byly směřovány na proces receptivní části, kdy bylo třeba, aby klientům zajišťovali komfort při relaxaci a bedlivě je sledovali, nikoliv aby do tohoto procesu vstupovali invazivním způsobem. Je důležité jít klientům příkladem, podporovat je v činnosti a také při rozvoji vzájemné komunikace.

2.1.6 Časový rozvrh terapie

Tento program trval od října roku 2016 do konce května 2017 s přerušením o Vánocích a pololetních prázdninách. Probíhal pravidelně každý pátek odpoledne po dobu dvou hodin a to v čase od 15:00 do 17:00. Klienti byli na terapii přivedeni rodinnými příslušníky nebo pomocí osobních asistentů.

Členění procesu

Samotný proces byl rozdělen na tyto fáze:

- Přípravnou fázi – úvodní kruh (15:00 – 15:10)
- Fázi aktivní muzikoterapie (15:10 – 15:50)
- Přestávka (15:50 – 16:05)
- Fázi receptivní muzikoterapie (16:05 – 16:45)
- Evaluační fázi (16:45 – 17:00)

▪ **Přípravná fáze**

V přípravné fázi si muzikoterapeut spolu s klienty a asistenty sedne v herně do kruhu za účelem přivítání se. V kruhu se nechává kolovat tibetská miska a kdo ji má, sdělí skupině své aktuální pocitové naladění a zážitky, které v průběhu týdne prožil a poté nechá mísu kolovat dál. Po úvodním kruhu jsou zde zařazeny dechová a protahovací cvičení.

▪ **Fáze aktivní muzikoterapie**

V této fázi jsou zařazena rytmická, hlasová a motorická cvičení, které jsou blíže popsána v další kapitole.

▪ **Přestávka**

Slouží jako předělující fáze mezi aktivní fází a pasivní fází. Klienti se mohou uvolnit po kognitivně náročnější fázi, uskutečnit osobní potřebu, napít se či najíst.

▪ **Fáze pasivní muzikoterapie**

Zde následuje improvizovaná hra za účelem relaxace, tato fáze je také blíže popsána v další kapitole *Techniky Celostní muzikoterapie*. Hra na jednotlivé nástroje je řazena v tomto pořadí – dešťová hůl, brumle se zpěvem, tibetské mísy, didgeridoo, djembe, ústní harfa, šamanský buben, tibetská mísa. Dle časových možností bývá zařazena i dvojité flétna.

▪ **Evaluační fáze**

V této fázi následuje sdílení pocitů a dojmů, kdy klienti mají možnost se vyjádřit k tomu, co se jim líbilo nebo nelíbilo či sdělit co zajímavého zažili. Vzhledem k některým druhům postižení klientů není možné verbální vyjádření, je tedy důležité pozorné vnímání reakcí klienta ze strany jak muzikoterapeuta, tak asistentů. Klienti se mohou vyjádřit také prostřednictvím zvuku, nástroje či gesta. Sdílení většinou rituálně probíhá pomocí předávání tibetské mísky.

2.1.7 Zajištění nástrojů

Značné množství nástrojů Orffova instrumentáře byl již v Míse. Ostatní nástroje (bubny djembe, tibetské misky, didgeridoo, brumle, šamanský buben, ústní harfa a jiné perkusivní nástroje) si autorka pořídila sama na vlastní náklady pro osobní využívání. Fotografie viz příloha H.

Muzikoterapeutické nástroje

Při procesu muzikoterapie je pro maximální dosažení terapeutického účinku vytvářena tzv. živá hudba, nikoliv reprodukováná. Je tedy důležité, jaké nástroje jsou při terapii užívány. Jedním ze základních pravidel CMLH je užívání muzikoterapeutických nástrojů, které musí splňovat určitá specifika. Tímto požadavkem jsou užívané metody míněny nástroje, jež jsou vyráběny z přírodních materiálů, ručně a jejich ladění je přirozené a nikoliv temperované. Jedná se převážně o nástroje etnické, lidové či historické. Technika hry na tyto nástroje není až na určité výjimky složitá. Proto na ně může hrát kdokoliv, kdo nemá žádné zkušenosti s hrou na hudební nástroje včetně osob s mentálním postižením. Nástroje, které byly využívány, tato požadavky splňovaly. Jelikož se jedná o nástroje mnohdy netradiční, považuje autorka za důležité používané nástroje stručně popsat. Vizuální podoba nejčastěji užívaných nástrojů je uvedena v příloze H.

Djembe (džembe)

Jedná se o pohárový buben, většinou vyřezán z jednoho kusu dřeva. Tento nástroj je afrického původu z Mali, avšak dnes je hojně využíván po celém světě. Výška nástroje se pohybuje okolo 60 cm a 1m. Rám je pokryt zvířecí kůží. V naší zemi se využívá převážně kůže kozí, hovězí nebo jelení. Tato kůže je napnuta pomocí provazu, který ji speciálním způsobem připevňuje kolem rámu. Buben je rozezníván údery prsty nebo dlaněmi. Pravidelné rytmy na djembe pomáhají lidem k psychosomatickému uvolnění a navození pocitu štěstí. (Oling, Wallisch, 2004)

Rámový (šamanský, indiánský) buben

Patří do skupiny tamburín. Je složením z jedné membrány napnuté přes rám. Je vůbec nejstarším bubnem, který je lidstvem používán. Šamanský je občas nazýván z důvodu, že při svých obřadech ho nejvíce používali právě šamani primitivních kmenů bez rozdílu kultury. Přešel však mezi nástroje tradiční a lidové v různých kontinentech (Sibiř, Irsko, Jižní Amerika). (Holzer, Drlíčková, 2012)

Koncovka

Je dřevěný dechový nástroj, který je nejčastěji vyráběn z bezového dřeva. Nemá žádné otvory, pouze na konci flétny, dle toho má také jméno *koncovka*. Hraje se na ni pomocí výdechového proudu, jehož intenzita udává výšku tónu a ucpáním koncové díry, čímž také měníme barvu tónů. Při muzikoterapii není třeba hrát konkrétní písně, ale je preferována improvizace a volná hudba. (Cháb, online, 2017)

Dvojitá flétna (dvojačka)

Jedná se o lidový dechový nástroj většinou vyráběný také z bezového dřeva. Je tvořena dvěma rovnoběžně spojenými píšťalami. Jednou koncovkou a jednou šesti dírkovou flétnou. Hraje se na obě flétny zároveň nebo na jednu melodickou. Při hře zní základní tón koncovky a na druhou flétnu dotváříme melodii. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Brumle

Je to kovový rytmicko-melodický nástroj, který je tvořen elastickým jazýčkem vyříznutým z malého rámu. V některých případech bývá jazýček na rám připevněn. Materiálem pro výrobu brumle bývá kov, bambus či dřevo. Technika hry spočívá v pevném uchopení rámu do jedné ruky a druhou rukou pomocí prstu hráč rozechvívá jazýček, čímž vytváří tón. Tvar ústní dutiny, který můžeme regulovat pohybem jazyka, potom určuje barvu tónu. (Oling, Wallisch, 2004) Zvuk nástroje je plný slyšitelných alikvotních tónů. Nejvyšší brumle jsou ručně vyráběny tradičně asijskými národy. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Ústní harfa (hudební luk)

Jde o jeden z pravěkých a nejjednodušších strunných nástrojů. Je tvořen jednou strunou upevněnou na obou koncích dřevěné tyče. Je předpokládáno, že nástroj pochází z loveckého luku, avšak některé názory mluví o opačném případě. Jeden konec tyče se vloží do úst. Ústní dutina tak slouží jako rezonátor a modulátor zvuku. Nástroj rozeznáváme údery tenkou dřevěnou paličkou na strunu. Barva zvuku nástroje je opět bohatá na alikvotní tóny a díky technice může být i obohacena zpěvem muzikoterapeuta.

Tibetské mísy

Jedná se o nástroj vyráběný a používaný v Tibetu, v Malém Tibetu, Nepálu, Ladaku, Kašmíru a Indii. Jedná se o zlatavé kruhové mísy, lišící se výškou a hloubkou.

Jsou tvořeny ze zvláštní slitiny sedmi až dvanácti kovů. Základních sedm kovů je zlato, stříbro, železo, měď, olovo, cín a rtuť avšak přesné složení misek není chemicky známo ani určeno. Na mísu se hraje malou dřevěnou paličkou buďto tůukáním nebo točením. Způsoby využití mís jsou stále objevovány a studovány. V našem západním světě jsou však hojně využívané k terapiím pro svůj jedinečný zvuk. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Didgeridoo

Didgeridoo neboli také Yerdaki je dechový nástroj původem z Austrálie. Původně byl vytvořen z kmene mladého eukalyptu a jeho střed byl vyhlodán termity. Užší konec, do kterého se fouká je ošetřen včelím voskem, díky čemu může hráč otvor regulovat dle svých potřeb. Nástroj vydává základní hluboký tón, jenž je vyluzován tlakem výdechového proudu s uvolněnými rty. Hra je specifická tak zvaným cirkulárním dechem, při kterém se hráč nadechuje nosem, zatímco vzduchem z úst dokáže zároveň udržet nástroj rozeznělý. Hluboký zvuk didgeridoo je bohatý na alikvotní tóny, jenž jak je dokázáno příznivě působí na jednotlivé neurony v mozku, emoce nebo myšlení. (Marek, 2000)

Dešťová hůl

Etnický perkusivní nástroj původem z Chile. Středoamerickými původními obyvateli byl využíván k rituálnímu přivolávání a odhánění deště. Tento nástroj je vytvořen ze zdřevnatělého kaktusu nebo někdy z bambusu. Vnitřek je vydlabán a do vnitřních stěn jsou vloženy malé kolíky. Existuje i varianta vnitřního kaktusu, kdy ostny jsou vrostlé také do vnitřní strany, kdy sypký materiál propadáva podél těchto osten. Dovnitř hole bývají nasypány oblázky vulkanického popela. Na nástroj se hraje pomalým přesypáváním a pootáčením vždy na jednu nebo druhou stranu. Zvuk dešťové hole připomíná zvuk moře nebo zvuk deště. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Perkuse

Perkusivní nástroje patří mezi velice oblíbené a jednoduché rytmické nástroje, na které můžeme hrát i bez předchozího nácviku. Používáme nástroje z přírodních materiálů jako je dřevo, různé plody, přírodniny, kůže, kopyta, kameny, kosti. Za tyto nástroje považujeme různé bubny, hrkadla, chřestidla či jiné zvukomalebné nástroje. Variabilita perkusivních nástrojů je velice rozsáhlá patří sem staré etnické hudební nástroje jako různé lidové bubínky a bubny, také nejrůznější šterchala jako je rumba koule, Caracas, shaker,

ganza, ozvučná dřívka. Také skupina kovových perkusivních nástrojů jako metalofony, triangly, tibetské misky, zvonky, činely a další. Rodina perkusivních nástrojů je velice rozsáhlá. Pořizování perkusivních nástrojů by mělo podléhat důkladnému výběru zaměřeného na kvalitu materiálu, konstrukci a v neposlední řadě na zvuk nástroje. Některé perkuse jsou opatřeny zdobením, malbami a podobně, ale jejich zvuk není kvalitní a příjemný. Výběr zmíněných nástrojů vychází z toho, které jsou využívány při hodinách. Ačkoliv CMLH specifikuje jasné požadavky, na využívané hudební nástroje, neuvádí jejich konečný výčet. Je tedy možné používat jakýkoliv nástroj, avšak s respektem na požadovanou muzikoterapeutickou kvalitu podle Celostní muzikoterapie. (Holzer, Drlíčková, 2012)

Zpěv

Lidský hlas je základní hudební nástroj, nejsilnější prostředek, který je v muzikoterapii využíván. „*Harmonický zpěv se považuje za intenzivní relaxační cvičení. Relaxace je dosahováno skrze soustředění na zvuk, intenzivní dechové cvičení a také jakousi vibrační masáží spodních, vývojově nejstarších částí mozku.*“ (Marek, 2000, s.18) Muzikoterapeutické zpěvové techniky pomáhají při rozvoji verbálních dovedností. Pomáhají u osob, které z různých důvodů nemluví ani nezpívají. Při muzikoterapeutickém zpěvu nejde o estetickou kvalitu hlasu nýbrž o to, aby se klient dokázal uvolnit a došlo tak k uvolnění hlasivek, orofaciálního aparátu a dýchacích svalů, jež ovlivňují brániční dýchání. Je třeba respektovat nesmělost klientů při zpěvových projevech a trpělivě a s laskavostí vytvořit bezpečný prostor pro otevření se zpěvu, čímž dochází dle zkušeností Lubomíra Holzera (2012) k emocionálnímu, komunikačnímu a energetickému odblokování.

Muzikoterapeut používá zpěv samostatně nebo současně s hrou na nástroj a nevyužívá většinou konkrétních textů, nýbrž tak zvanou prařeč. Na vytvoření této prařeči neexistuje návod. Jde o spontánní projev slov, nad kterými nemusíme tolik přemýšlet, a z toho důvodu zpěv může volně proudit z nás. V celostní muzikoterapii se osvědčilo využívat vokály jako é-ó-í-ú-á-m. Mají energetizující působení a pro klienty nejsou složité. Při společném zpěvu můžeme využívat i lidových písní, které u nás mají dlouhou tradici. Čistota a melodická pestrost pomáhá rozvíjet intonační jistotu vokálního projevu.

V Celostní muzikoterapii je také pracováno s technikou alikvotního zpěvu, jenž má tradici v Tuvě a v Tibetu, kde slouží k meditačním účelům. Ze stejných důvodů je využívána

při terapii. Po technické stránce je složitější, tudíž ne každý klient je schopen se jej naučit, avšak samotný poslech má uvolňující a harmonizující efekt. (Holzer, Drlíčková, 2012)

2.2 Techniky celostní muzikoterapie

Jakákoliv muzikoterapeutická metoda je realizována prostřednictvím technik z ní vycházejících. Každá technika byla aplikována dle předem stanoveného postupu a vychází z možností a potřeb klientů.

Techniky existují buďto individuální nebo skupinové. V našem případě jsme pracovali převážně s technikami skupinovými. V našem případě se jednalo o skupinu 5 klientů a 3 asistentů. Individuální techniky byly zařazeny pouze v případě vysoké absence. Však individuální přístup ke klientům je prováděn vždy i po dobu skupinových technik a to takovým způsobem, že je každý klient pečlivě vnímán jako samostatná bytost s rozdílnými potřebami a také tak, že muzikoterapeut například při relaxaci obchází každého klienta zvlášť a chvíli hraje na určitý nástroj jednotlivci, avšak zároveň i celé skupině.

Techniky dále můžeme dělit na pasivní a aktivní. Toto rozdělení vychází z míry aktivity klientů, neboť muzikoterapeut je aktivní jak při pasivních tak aktivních technikách. Při aktivních technikách hrají klienti společně s muzikoterapeutem na různé nástroje, zpívají nebo tančí a jsou tak nejen recipienty, ale také těmi, jenž hudbu tvoří. Při pasivních technikách muzikoterapeut hraje klientům a ti hudbu plně vnímají a prožívají. Nelze tedy říci, že by klienti byli přímo pasivní. Někdy se při relaxaci přidávají zpěvem či tancem. Pojem pasivní tedy můžeme nahradit názvem *receptivní*.

Techniky kombinujeme dle potřeb klientů. Nabízí se nám velké množství technik aktivních či receptivních nebo skupinových či individuálních. Tyto formy se mezi sebou můžou prolínat, vzájemně se doplňovat či být provázené nějakým tématem. Tyto kombinace by měli především vycházet z potřeb a schopností klientů a také závisí na kreativitě muzikoterapeuta.

Jak tedy bylo řečeno, škála technik, které je možné využívat v rámci Celostní muzikoterapie je rozsáhlá, avšak cílem této kapitoly není všechny tyto techniky popsat, nýbrž si stručně představit techniky či kombinace technik, které byly s klienty využívány při muzikoterapeutické intervenci v prostorách SPOLU Olomouc.

2.2.1 Pasivní muzikoterapie

Při zavádění muzikoterapeutických technik byly vzhledem k časovým možnostem aplikovány techniky aktivní pro první polovinu, což obnášelo 40 minut. Technika receptivní relaxace pro polovinu druhou, také 40 minut. Postupem času z důvodu vyžádání si klientů začala receptivní část převažovat nad aktivní, až 60 minut.

Receptivní část byla zprvu aplikována po přestávce, kdy klienti měli již za sebou aktivní část. Po třech měsících intervence byla relaxace aplikována v první polovině. Osvědčila se varianta druhá, jelikož bylo možno pozorovat rozdíl mezi prací před relaxací a po relaxaci. Klienti po relaxaci byli při skupinových aktivních technikách uvolněnější a měli větší tendence ke spolupráci.

Klienti si vždy před relaxací sami nachystali podložky a polštáře na ulehnutí. Asistenti klientů s přípravou pomohli a lehli si vždy do jejich blízkosti, tak aby byli schopni popřípadě klientovi s čímkoliv pomoci.

Muzikoterapeut relaxaci uvede a na úvod aplikuje pár dechových cvičení pro úvodní uvolnění a naladění se. Má ustálené pořadí nástrojů, které se opakuje pravidelně každou relaxaci. Hra na jeden nástroj trvá minimálně osm minut dle pravidel CMLH. Na začátek je zařazena dešťová hůl, dále následuje salašnická fujarka, jež svým veselým zvukem navodí příjemnou náladu. Dále následuje brumle se zpěvem, tibetské mísy, didgeridoo, djembe, ústní harfa, šamanský buben, tibetská mísa, vše doprovázeno zpěvem a alikvotním zpěvem. Klienti poslouchají, relaxují a v některých případech se spontánně přidávají ke zpěvu a hře svým hlasem, pohybem končetin, nebo celého těla. Po posledních tónech tibetské mísy nastává několikaminutové ticho, ve kterém necháme doznít zvuky v každém klientovi zvlášť. Relaxaci ukončí muzikoterapeut závěrečnou jasnou instrukcí.

Následuje společná reflexe, kdy každý z klientů vyjádří, jak se cítí a jak na něj průběh relaxace působil a to buďto verbálně, prostřednictvím gest, mimiky nebo pomocí piktogramů. Vyjádření klientů je zaznamenáno do pozorovacího archu muzikoterapeuta.

Dle pozorování autorky vede pasivní relaxace ke zlepšení komunikativních dovedností, psychosomatickému uvolnění a má kladný vliv na pozornost klientů. Nálada klientů působí po relaxaci pozitivně.

2.2.2 Aktivní muzikoterapie

Technika skupinového bubnování na djembe se zpěvem

Při této technice je se využívají bubny djembe různých velikostí, kdy každý klient si vybere svůj dle jeho potřeby. Muzikoterapeut a klienti sedí vždy v kruhu. V této technice nejde primárně výuku hry na djembe, ale o společný prožitek. Muzikoterapeut hraje na buben a klienti úderu napodobují a opakují. Pro lepší rytmizaci lze používat různé říkadla a básničky, jež odpovídají daným rytmickým figurám.

Také lze využívat slabiky jako *tu-tu-ta-ta*, které slouží pro uvědomění si rytmu a typu úderu. Klienti mohou při hře sedět buďto na samotném bubnu nebo na židli, či využít polohovací pytel s ohledem na jejich motorické schopnosti. Při začátcích bubnování blánu bubnu nejprve hladí a vytváří tak zvuk jemného šumění. Tímto způsobem se seznámí s bubny a se skupinou. Pokračuje se jemnými úderu konečky prstů, čímž si procvičujeme jemnou motoriku a nastává komunikace s bubnem. Následují jednoduché basové úderu do středové části bubnu se střídáním pravé a levé ruky. Dále klienti zkouší jednoduché rytmické figury, které doprovází již zmíněnými rytmickými říkadly. Poté, co jsou klienti s bubnem již dostatečně seznámeni, můžeme přidat intuitivní zpěv. I když žák sám není schopen udržet jednoduchý rytmus, nebo náročnější rytmické struktury, při skupinovém bubnování ho podporuje a vede skupina. Vnímá vibrace bubnů. Takový hráč bubnuje s ostatními společný rytmus v tempu. V tento moment probíhá terapie, klient totiž nepřemýšlí tolik o úderech a nechává se unášet rytmem bubnů. Bubnování může trvat i 40 minut. Je nutno však vzít v úvahu fakt, že některým žákům neprospívá delší sezení na bubnu. Je třeba jim umožnit změnu polohy, zapojit tanec apod. Bubnování se pro děti může stát i výbornou komunikační hrou, kdy se mluvení nahradí bubnováním a děti si mezi sebou posílají rytmické fráze, opakují je po sobě atp. Tato technika příznivě působí na verbální projev klientů, procvičování motorických dovedností, pozitivně působí na sluchové vnímání, rytmické cítění a propojování mozkových hemisfér. Je velice oblíbenou a často užívanou technikou.

Technika s tibetskými mísami

Hra na tibetské mísy patří také k velice oblíbeným technikám. Existují různé možnosti, jak mísy se skupinou využívat. Při této činnosti sedí klienti opět v kruhu. Pro začátek muzikoterapeut představí nástroj klientům, tím že na něj sám zahraje. Poté pošle mísu po kruhu dál a pobídne klienty, aby hru napodobili. Tato technika může sloužit také

pro diagnostiku motorických dovedností klienta a také můžeme pozorovat, jakým způsobem na mísu hraje, zda rychle a dynamicky nebo jemně a opatrně. Pozorujeme taktéž schopnost naslouchání, trpělivosti, než žák přijde na řadu, sebekázeň. Vzhledem ke klientele není tato technika možná pro všechny. Avšak s dopomocí asistentů a s pravidelným nácvikem si někteří klienti mohou tímto způsobem osvojit technickou dovednost hry na tento nástroj a užít si tak hluboké vibrace svou vlastní hrou. Další způsob jak jsme mísy využívaly, byla technika „vyřukávání“. Každý z klientů si vybral svou mísu. Posíláme pak ťuknutí po kruhu od žáka k žákovi současně s navázáním vzájemného očního kontaktu.

Tato technika rozvíjí spontánně a nenásilně oční kontakt, který se klient učí dávat ale také přijímat. Probíhá tak komunikace a společná kooperace. Při této aktivitě lze pozorovat vzájemné sociální vztahy, sympatie a antipatie ve skupině. Jiná varianta práce s mísami je společné rozeznívání tibetských mís točením paličkou. Muzikoterapeut nejprve ukáže, jak tuto techniku zvládnout a poté dá prostor klientů. Většina klientů vzhledem ke svému postižení není schopna tento způsob zvládnout. Je třeba větší dopomoci ze strany asistentů. Klienti jsou sami motivováni touhou mísu rozeznít a tak jsou rozvíjeny motorické dovednosti a koncentrace klientů. Všechny způsoby hry jsou doprovázeny intuitivním zpěvem, který slouží k uvolnění, zlepšení vokálních dovedností a pozitivně ovlivňuje práci s dechem. Pokud máme možnost vzhledem k možné absenci klientů pracovat individuálně, pokládáme mísy kolem těla klienta a postupně nástroje rozezníváme. Můžeme pozorovat navázání očního kontaktu mezi klientem a muzikoterapeutem a také prohloubení bráničního dýchání.

Rytmická cvičení

Další škálu aktivit, kterou můžeme zařadit do kapitoly věnující se aktivní muzikoterapii, můžeme nazvat zastřešujícím názvem rytmičká cvičení. Mezi tyto cvičení řadíme rytmičkou hru na tělo nebo další hudební hry využívající tempo rytmu a pohybu. Tyto aktivity mohou vznikat improvizovaně podle kreativity muzikoterapeuta. Využíváme hry na tělo jako je luskání, tleskání, dupání. Tyto aktivity jsou většinou zařazovány jako tak zvané *warm-upové* neboli *rozehřívací*, kdy účelem je seznámit se s vlastním tělem, rytmem, procvičením motorických dovedností a vzájemné naladění se skupiny.

Muzikoterapeutický orchestr

Tato technika patří vůbec k nejužívanějším, pro svou jednoduchost a efektivnost. Klienti dostanou na výběr se spousty perkusivních nástrojů, mezi kterými si určí ten, na který chtějí v daný moment hrát. Nástroje by měli být takové, aby nevyžadovaly nácvik hry a mohly tak být použity ihned. Klienti si tedy vyberou mezi nástroji nebo jsou jim dle jejich možností rozdány. Na počátku vyzkouší možnosti a způsoby hry a potom co se klienti s nástrojem seznámí, působí muzikoterapeut jako dirigent. Zřetelným gestem dává jednotlivým klientům pokyn ke hře a ti pomalu spouští svou hru.

Pokyny dává muzikoterapeut postupně do té doby než hraje celá skupina, také pomocí hry na svůj nástroj koriguje rytmickou či melodickou strukturu vznikající skladby. Délka trvání může být až 20 min, kdy hudba sama dozní, nebo ji ukončí dirigent. Při prvních aplikacích orchestru volíme nejširší výběr nástrojů a při následných terapiích můžeme nástroje více specifikovat. Vytvoříme například orchestr dřevěný, kovový, perkusivní a tak dále. Při hře nezapomínáme opět na intuitivní zpěv.

2.2.3 Kombinovaná forma muzikoterapie

Muzikoterapeutická pohádka

Jde o takovou formu muzikoterapie, kde je kombinována relaxace, aktivní zapojení klientů a divadelní představení. Hlavní aktér je muzikoterapeut, který pomocí svých hudebních nástrojů, zpěvem a hereckými prostředky vypráví pohádkový příběh. Klienti se do tohoto příběhu místy zapojují aktivně svým zpěvem či tancem anebo v některých pasážích odpočívají a oddávají se zvukům, které vytváří muzikoterapeut na své nástroje. Prostřednictvím pohádek klienti poznávají archetypální postavy a seznamují se s různými tématy a situacemi, které si skrze vlastní prožitek a aktivního zapojení do děje mohou zvnitřnit a osvojit. Tvorba muzikoterapeutické pohádky může vycházet z fantazie a kreativity terapeuta nebo můžeme najít inspiraci ve starých lidových pohádkách, mýtech a bájích. Tato technika je u klientů také žádaná a velice oblíbená.

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu a typ výzkumného šetření

Jelikož aktuální paradigma speciální pedagogiky je ve jménu inkluze, je třeba podporovat osoby s mentálním postižením ve všech oblastech jejich života a rozvíjet jejich osobnost tak, aby byly schopni co nejvyšší možné míry samostatnosti a běžného zapojení do společnosti. Jak jsme popsali v teoretické části práce muzikoterapie, neboli také léčba zvukem pomáhá u člověka harmonizovat všechny jeho složky osobnosti. Z tohoto důvodu můžeme považovat za užitečné aplikovat muzikoterapii u osob s mentálním postižením. Jelikož je autorka vzdělaná v metodě Celostní muzikoterapie, vybrala si pro svůj výzkum konkrétně tuto muzikoterapeutickou metodu.

Cíle výzkumu tedy můžeme formulovat jako **popis aplikace Celostní muzikoterapie v prostorách denního stacionáře SPOLU Olomouc a následné ověření účinku této metody u vybraných jedinců s mentálním postižením.**

Na základě teoretických poznatků, v praxi získaných poznatků je formulována tato teze: **Celostní muzikoterapie pozitivně ovlivňuje osobnost člověka s mentálním postižením.**

Pomocí zvolených výzkumných technik, bychom měli být schopni odpovědět na výzkumné otázky, jejichž odpovědi nám pomohou formulovanou tezi potvrdit nebo vyvrátit.

- **Jak se u klienta projevují účinky Celostní muzikoterapie?**
- **Je aplikace Celostní muzikoterapie v prostorách denního stacionáře funkční?**

Pro účely diplomové práce byla zvolena kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. „*Postupně se prosazuje mínění, že kvalitativní i kvantitativní výzkum přispívají každý po svém k rozšiřování našich znalostí o člověku a sociálním světě. Výsledky získané oběma strategiemi výzkumu se doplňují.*“ Hendl (2008, s. 54).

„*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell in Chráska, 2007, s.50)

Pro kvalitativní výzkum je typické, že výzkumník si na začátku výzkumu vybere téma a poté určí základní výzkumné otázky. Formu otázky může modifikovat v průběhu procesu, proto se u kvalitativního výzkumu považuje za výhodu jeho pružnost. Úkolem výzkumníka je vyhledávat a analyzovat jakékoliv informace, které jakkoliv mohou přispět k osvětlení výzkumných otázek. Kvalitativní výzkum umožní průběžnou modifikaci výzkumných technik, jejich kombinaci a vzájemné prolínání. Získávání dat a jejich následná analýza většinou probíhá v delším časovém intervalu, výzkumný proces je tedy longitudinální. (Hendl, 2005)

K. Bruscia (in Kantor, Lipský, Weber, 2009) uvádí čtyři hlavní kategorie zaměření kvalitativního výzkumu v muzikoterapii na:

- **události** (chování, události, interakce)
- **zkušenosti** (jak osoba chápe, vnímá, cítí)
- **výtvoř** (objekty, které jsou výsledkem zkušeností získaných v terapii)
- **osoby**

„V kvantitativně orientovaných pedagogických výzkumech jsou základním zdrojem informací empirická výzkumná data. Data jsou získávána pomocí příslušných metod a technik sběru dat a jsou zaznamenávána a prezentována ve formě znaků. Data by měla co nejpřesněji a nejméně nejvíce charakterizovat základní prvky zkoumané reality.“
(Chráška, Kočvarová 2015, s.7.)

Data představují soubor znaků nesoucích informace, které máme možnost přehledně zaznamenávat, strukturovat a kategorizovat. Význam získají až při procesu analýzy. Na základě následného zasazování dat do kontextu vznikají znalosti, které nám umožňují aplikovat informace v praxi. (Chráška, Kočvarová, 2015)

„Kvantitativní výzkum v muzikoterapii se zabývá především měřitelnými reakcemi a pozorovatelným chováním při stimulaci hudbou.“ (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 236)

K. Bruscia (in Kantor, Lipský, Weber, 2009) tvrdí, že kvantitativní výzkum v muzikoterapii se nejčastěji zabývá třemi proměnnými:

- **stimul** (kterýkoliv aspekt psychologického nebo fyzického prostředí, který zvyšuje nebo snižuje četnost reakcí);
- **organismus** (osobnost včetně jejích emocionálních, tělesných, kognitivních nebo sociálních charakteristik);
- **reakce** (jakékoliv jednání, které bylo vykonáno jako reakce na stimul).

Pro získání odpovědí k výzkumným otázkám byly zvoleny jako výzkumné techniky případové studie klientů a dotazníkové šetření. Pro případové studie bylo zapotřebí zajistit dostupnou dokumentaci vybraných klientů a k distribuci dotazníku bylo zapotřebí důkladného sestavení otázek.

3.1 Případová studie

Případová studie je pokládána jako samostatný typ výzkumu v rámci kvalitativního přístupu. V centru pozornosti je *případ*, čímž je myšlen objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina nebo organizace. Případ můžeme pokládat jako určitý fenomén, který se objevuje v určité vymezené hranici a daném kontextu. Analýza jednotlivých případů nám v průběhu výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti. (Miovský, 2006)

Práce uvádí pět případových studií klientů, kteří byli vybráni tak, aby reprezentovali sledovanou problematiku. Případová studie je založena na pozorování, dále využívá analýzu osobních dokumentů a záznamů.

Sledovaný soubor pěti klientů, byl vybrán na základě reakcí rodičů na vytvořený informační leták, který byl rozeslán elektronickou poštou zákonným zástupcům klientů, jež využívají služby denního stacionáře SPOLU Olomouc. Anamnestické údaje byly získány analýzou osobních dokumentů klientů, které autorka měla se souhlasem rodičů k dispozici. Další informace shromážděné v případových studiích byly získány longitudinálním a záměrným pozorováním autorky práce v přirozeném prostředí v průběhu intervence. Doba pozorování trvala od října 2017 do dubna 2017, tudíž sedm měsíců. Jména jsou pro zachování anonymity klientů fiktivní a všechny údaje jsou publikovány se svolením zákonných zástupců, pomocí kterého byl prováděn i výzkum.

Tabulka 1: Charakteristika sledovaného vzorku

	Jméno	Věk	Diagnóza
1.	<u>Josef</u>	17	těžká mentální retardace, centrální hypotonický syndrom, DMO – mozečková forma, afázie, záchvatovité onemocnění
2.	<u>Adéla</u>	17	střední mentální retardace, Downův syndrom
3.	<u>Karolína</u>	30	těžká mentální retardace, sekulární epilepsie, dyslalie, psychomotorická retardace
4.	<u>Eva</u>	18	střední mentální retardace, DMO dyskinetická forma
5.	<u>Pavel</u>	18	střední mentální retardace, autismus – Aspergerův syndrom

Případová studie 1

Jméno: Josef

Současný věk: 17

Zdravotní diagnóza: těžká mentální retardace, centrální hypotonický syndrom, DMO – mozečková forma, afázie, záchvatovité onemocnění

Rodinná anamnéza: Žije pouze s matkou, otce navštěvuje jednou týdně. Má o čtyři roky staršího bratra, se kterým má výborný vztah. Rodinné zázemí má podnětné a láskyplné.

Osobní anamnéza: Těhotenství proběhlo bez komplikací. Do tří měsíců nebyly rozpoznány výrazné změny. Poté začátek s rehabilitací. Byla doporučena Vojtova metoda. Je vzděláván na základní škole podle IVP, který vychází ze ŠVP. Pozornost chlapce je krátkodobá, zvláště zraková a snadno se vyčerpá. Není schopen verbálně komunikovat, avšak své potřeby je schopen vyjádřit nonverbálně. Je třeba rozvíjet alternativní techniky komunikace pomocí fotografií a obrázků. Při sebe obsluze je nutná asistence. Chlapec je často v pohybu a umí navázat přímý zrakový kontakt. Chůze je samostatná, pohyby méně koordinované. Jemná motorika rukou je neobratná. Dobře reaguje na jméno. Je schopný sám konzumovat jídlo.

Pozorování při muzikoterapii:

Josef má hudbu rád. Při poslechu se usmívá a hledá zdroj zvuku. Při aktivních technikách je schopen udržet některé perkusivní nástroje a hrát na ně (rumba koule, shaker). Po pravidelném cvičení je také schopen na krátkou dobu držet základní rytmus na šamanský buben, který si v poslední době oblíbil. Je fascinován zvukem bubnů, někdy u nich pouze sedí a zaujatě poslouchá hru ostatních. K společnému zpěvu se přidává se svým neartikulovaným zpíváním, u kterého se usmívá a tleská. Na hru na tibetské mísy reaguje hlasitým smíchem a luskáním (podle matky jde o výraz radosti). Josef potřebuje individuální přístup asistenta. Při aktivních technikách potřebuje individuální dopomoc asistenta, pokud se jí nedostává, zůstává pasivní. Při pasivní relaxaci se vždy směje, je aktivní, chodí po místnosti a má tendence brát do rukou nástroje, na které muzikoterapeut zrovna hraje. Pohybuje se po prostoru a objímá ostatní klienty, čímž je ruší při prožitku. V poslední době je však schopen se v průběhu relaxace zklidnit a zůstat na svém místě, čímž nevyžaduje tak velkou míru asistence. Muzikoterapie ho umí naladit, rozveselit, uklidnit. Další informace jsou zaznamenány v dotazníku, který vznikl v první a druhé fázi dotazníkového šetření výzkumného projektu diplomové práce, viz. příloha A.

Případová studie 2

Jméno: Adéla

Věk: 17

Zdravotní diagnóza: Střední mentální retardace, Downův syndrom

Rodinná anamnéza: Pochází z úplné rodiny. Rodina je pečující a vytváří podnětné prostředí. Má starší sestru.

Osobní anamnéza: Adéla se narodila jako druhorozená. Těhotenství proběhlo bez komplikací. Již od útlého věku projevovala známky snížené úrovně mentálních schopností, čemuž odpovídalo specifické chování a specifická komunikace. Dívka má pomalé psychomotorické tempo, řečový projev je obtížně srozumitelný, přetrvává výrazná vada výslovnosti. Čtení a psaní zvládá, avšak na velice nízké úrovni. Je vzdělávána v rámci IVP na Základní škole v Olomouci. Je pozitivně naladěná. Je ochotna se podřídit přímému jednání. Je ochotna při práci spolupracovat.

Pozorování při muzikoterapii:

Adéla velice ráda tančí a zpívá. Při skupinové práci je velice aktivní, dobře spolupracuje a nepotřebuje k činnostem pobízet. Je schopná hrát na různé perkusivní nástroje. Při relaxaci vydrží v klidu, a pokud má potřebu pohybu, spontánně začne tančit bez toho, aby narušovala osobní zónu ostatních klientů. Při zpěvu českých lidových textů jde u pomalého tempa dobře rozumět jejímu zpívanému projevu. Zlepšení koordinace pohybů je znát při bubnování na djembe, kdy z počátečního „plácání“ byla v posledních lekcích schopna zvládat základní údery a současně intuitivně zpívat. Adéla měla občas tendence chopit se vůdčí pozice a udávat co se budoucí dění lekce. Její návrhy sloužili jako inspirace k činnostem. Je schopna se delší dobu soustředit. Co se týkalo technické hry na hudební nástroje jako je již zmíněné djembe nebo tibetská mísa, byla zvědavá a učenlivá. S ostatními členy skupiny komunikovala vždy pozitivně, pokud ji někdo rušil, byla ochotna asertivně druhého člověka upozornit. Po relaxaci bývá Adéla méně zbrklá a více soustředěná. Což jsme vyzorovali tím, když jsme hráli techniku „vyťukávání“ na tibetské mísy před relaxací a po relaxaci. Před relaxací, chtěla dívka hrát na všechny mísy najednou a do všech prudce tloukala. Po relaxaci si vzala pouze jednu, na které se učila správný tichý úder a byla schopna vnímat rady terapeuta. Další informace jsou zaznamenány v dotazníku, který vznikl v první a druhé fázi dotazníkového šetření výzkumného projektu diplomové práce, viz. příloha B.

Případová studie 3

Jméno: Karolína

Věk: 30

Diagnóza: těžká mentální retardace, sekulární epilepsie, dyslalie, psychomotorická retardace

Rodinná anamnéza: Karolína žije s matkou a otcem. Má staršího bratra, který už v domácnosti nebydlí. Karolína pochází z podnětného a pečujícího prostředí.

Osobní anamnéza: Porod proběhl bez komplikací a v normě. Do 2 let bez známek narušení ve vývoji. První neurologické vyšetření ve 3 letech. Stále potřebuje pomoc

druhé osoby. Není schopna se verbálně vyjadřovat, vydává pouze neartikulované zvuky. Karolína je snadno unavitelná a pozornost udrží pouze krátce.

Pozorování při muzikoterapii:

Karolína se v aktivních technikách zapojovala velice zřídka, nebyla schopna dlouho udržet nástroj v ruce a vykazovala velké známky pasivity až apatie. Při pasivní relaxaci vždy ležela v klidu a občas usnula. Karolína byla ze zdravotních důvodů dvě lekce nepřítomná. Dle informací matky prodělala těžký epileptický záchvat. Po návratu nastala výrazná změna. Karolína se začala zapojovat do všech aktivit, je schopna i udržet šamanský buben a hrát pravidelný rytmus delší dobu. Své bubnování doprovází současným specifickým zpěvem. Je schopna říct artikulovaně jména dvou členů skupiny. Při společném zpívání se usmívá. Po určité době byla schopna při zpěvu opakovat a artikulovat samohlásky é-ó-í-ú-á a napodobovat melodie. V průběhu pasivní relaxace se hlasitě směje a tleská nebo tiše pozoruje očima co se děje. Při hře na djembe není schopna vytvořit základní úder, preferuje buben šamanský nebo nástroje perkusivní. Zlepšení jemné motoriky je znatelné při úchopu tibetské mísy, kterou ze začátku Karolína nebyla schopna uchopit a nyní uchopí do jedné ruky paličku a do druhé mísu a zvládne na mísu „tuknout“. Ze začátku měla Karolína problém s navazováním očního kontaktu v kruhu. Po pravidelném cvičení prostřednictvím aktivních technik je schopna oční kontakt navázat a po nějakou dobu i udržet. Při hrách na tělo si osvojila po dobu intervence tleskání, které jí ze začátku dělalo problém. Nyní je schopna i udržet základní rytmus. Další informace jsou zaznamenány v dotazníku, který vznikl v první a druhé fázi dotazníkového šetření výzkumného projektu diplomové práce, viz. příloha C.

Případová studie 4

Jméno: Eva

Věk: 18

Diagnóza: střední mentální retardace, DMO dyskinetická forma

Rodinná anamnéza: Eva žije v úplné rodině s mladším bratrem. V rodině jsou všichni zdraví.

Osobní anamnéza: Těhotenství a porod dítěte proběhl bez komplikací, nekříšená. Poporodní adaptace komplikována dechovými potížemi. Do prvního roku psychomotorický vývoj v rámci fyziologické šíře, od druhého roku výraznější opožďování. Dívka je celodenně odkázána na dohled a dopomoc druhé osoby. Chůze je nemotorná a neorientuje se místem ani časem. Kontakt navazuje ochotně, spolupracuje, ale na dotazy odpovídá jedním slovem, řeč je dyslalická, hůře srozumitelná. Je milá, usměvavá a ochotná.

Pozorování při muzikoterapii:

Eva byla už při prvních lekcích velice usměvavá. Má v oblíbě různé perkusivní nástroje, nejčastěji si vybírá rumba kouli. Do aktivit se zapojuje s energií a bez problémů. Jsou zde znatelné pokroky v rozvoji motoriky, kdy při pravidelném bubnování je Eva schopná zvládnout základní úder do bubnu. Pokroky jsou zaznamenány také při technice hry na djembe. Dokáže hrát ve skupině, která ji podporuje svým rytmem, který sama ještě nedokáže udržet. Je schopna si po opakovaném zpívání zapamatovat určitý jednoduchý text lidové písně a artikulovaně jej zpívat, v čemž můžeme spatřovat rozvoj verbálních dovedností. Ve skupině si pamatuje jména ostatních členů skupiny. Při pasivní relaxaci vždy v klidu leží na podložce anebo pozoruje proces. Při bubnování si pobrukuje s muzikoterapeutem a tleská si do rytmu, přičemž je schopna tleskat rytmicky na rozdíl při společném bubnování. Při hře na tibetské mísy je po pravidelném cvičení schopna správně uchopit mísu a jemně do ní udeřit. Při závěrečné reflexi vždy zmíní, že nejvíce jí bavilo bubnování. Další informace jsou zaznamenány v dotazníku, který vznikl v první a druhé fázi dotazníkového šetření výzkumného projektu diplomové práce **viz. příloha D.**

Případová studie 5

Jméno: Pavel

Věk: 18

Diagnóza: střední mentální retardace, autismus – Aspergerův syndrom

Rodinná anamnéza: Žije s oběma rodiči, sourozence nemá. V rodině není zátěž ve smyslu duševních poruch.

Osobní anamnéza: Těhotenství v normě, porod spontánní v termínu, bez problémů. Kojen do 4,5 let. Raný psychomotorický vývoj byl do 1 roku bez nápadnosti, jen hodně plakával, měl problémy se zažíváním a usínáním. Později se vývoj začal výrazně zastavovat. Je samostatný v sebeobsluze. Kvůli koordinačním problémům potřebuje občas dopomocť při oblékání. Je zvědavý. Je schopen verbální komunikace.

Pozorování při muzikoterapii:

Pavel vždy při úvodním kruhu sdělí, že se na muzikoterapii těšil, především na relaxaci. Má aktivní zájem o všechny hudební nástroje. Při technice muzikoterapeutického orchestru rád experimentuje s nástroji, směle na ně zkouší hrát a vyluzovat různé zvuky. Dokáže se naladit na skupinu spolužáků a svou hru měnit podle dynamiky a hlasitosti ostatních. Na začátku měl problém zkoordinovat ruce při hře na djembe, ale postupem času se naučil sedět na bubnu a je schopen při úderech střídat pravou a levou ruku a současně udržet pravidelný rytmus. Pavel zná spoustu rytmických písní, které vždy při bubnování rád zpívá. Kriticky ale reaguje na improvizaci, pokud je píseň zpívána jinak, než jak ji má naučenou. Občas se stane, že je při aktivní části velice pasivní a jenom pozoruje ostatní. Tvrdí, že je unaven. Po relaxaci je však opět uvolněný a aktivně se zapojuje do činnosti. Pavel je zručný, ovládá náročnou techniku rozeznění tibetské mísy točením. Dokáže při hraní zvolit správnou rychlost a přítlak paličky. Hru na mísy má také velice rád. Však při dlouhém soustředění se na zvládnutí správné techniky může upadat do pasivity a být unavený. Při rozehrávání tibetských mís pomocí ťukání paličkou dokáže velmi tiše naslouchat svým spolužákům a opětovně jim také zahrát. S pomocí tibetských mís komunikuje se spolužáky posíláním ťuknutí v kruhu a dokáže také od spolužáka přijmout ťuknutí zpět. Relaxaci vnímá v klidu bez hlasitých a pohybových projevů. Lze u něho pozorovat uvolnění těla, prohloubení a prodloužení dýchání. Další informace jsou zaznamenány v dotazníku, který vznikl v první a druhé fázi dotazníkového šetření výzkumného projektu diplomové práce, viz. příloha E.

Jak již bylo zmíněno, pro tuto práci byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu a to za použití případových studií a dotazníkového šetření. Ve snaze získat co nejvíce objektivních informací, které by podpořily validitu již získaných dat v případové studii, bylo použito dotazníkové šetření. Vzhledem k mentálnímu postižení výzkumného vzorku nemohli být respondenti samotní klienti. Jako nejoptimálnější

respondenti se tedy jeví osoby, jež byly s klienty v kontaktu po dobu intervence nebo bezprostředně před ní a po ní, kteří podrobují žáky dlouhodobému a záměrnému pozorování v přirozeném prostředí. Tyto podpůrné a zpřesňující informace získané v dotaznících nám pomohou odpovědět na dílčí výzkumné otázky pro ověření teze výzkumného projektu.

3.2 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření je velice běžnou metodou v pedagogickém výzkumu. P. Gavora jej vymezuje jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jedná se o soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, jež jsou promyšleně seřazeny a na které osoba odpovídá písemně. Dotazníkovému šetření bývá vytýkáno, že nezjišťuje přesnou pedagogickou realitu, nýbrž pouze to, jak respondenti danou realitu vidí. (Chráška, 2007)

V našem případě bude dotazník sloužit jako strukturovaný záznam o pozorovaných jevech ze strany asistentů a osob, kteří klienty doprovázeli a odprovázeli z muzikoterapeutického programu. Jednotlivé položky dotazníku byly tvořeny na základě teoretických poznatků a obsahují predikci našeho výzkumu. Data, získaná dotazníkovým šetřením, rovněž slouží k potvrzení nebo odmítnutí předpokladů výzkumného šetření.

Položka 1 slouží k identifikaci respondenta. Položky 2 až 5 zjišťují funkčnost a náročnost při aplikaci CMLH v prostorách denního stacionáře SPOLU Olomouc. Dále položky 6 až 14 zjišťují účinky muzikoterapie tak, aby korespondovali se zkoumaným jevem. Položka č. 15 dává možnost k otevřenému vyjádření respondentů. Otázky byly formulovány stručně, jasně a srozumitelně tak, aby byla zajištěna snadnost jejich zpracování. Úkolem respondentů bylo označit ty odpovědi, které platí. Ty, jež tedy označeny nejsou, se rozumí, že neplatí. Tímto jednoduchým způsobem bylo zkoumáno dosažení či nedosažení účinků zkoumané muzikoterapeutické metody. Průvodní dopis s podrobnou instrukcí k vyplňování byl součástí dotazníku.

Realizace dotazníku

Dotazníkové šetření bylo realizováno ve dvou fázích a to na začátku intervence v listopadu 2016 (po čtyřech společných setkáních) a na konci intervence, to znamená v dubnu 2017. V první fázi bylo celkem rozdáno 26 dotazníků a to třem asistentům autorky,

doprovodným osobám klientů a jeden dotazník vyplňovala sama autorka. Každému asistentovy tak bylo dáno pět dotazníků, které se vztahovaly k jednotlivým klientům zvlášť. Totožným lidem byl předložen tentýž dotazník v druhé fázi. Tento postup byl zvolen z důvodu srovnání poznatků v průběhu času. Výsledky získané v dotazníkovém šetření byly zpracovány do grafů a jsou uvedeny v **příloze F**. Na grafech můžeme porovnat rozdíl mezi výsledky první a druhé fáze šetření.

3.3 Interpretace výsledků výzkumného projektu

Poznatky získané prostřednictvím případových studií a dotazníkového šetření nám přináší mnoho cenných informací o vlivu Celostní muzikoterapie na osobnost klienta. Analýza a následná interpretace výsledků nám pomůže získat odpovědi na naše výzkumné otázky a ověřit tak platnost teze.

Analýzou případových studií a dotazníkového šetření si nejprve odpovíme na první výzkumnou otázku: **Jak se u klienta projevují účinky Celostní muzikoterapie?**

V **případové studii 1** je uvedeno, že Josefa muzikoterapie „...*umí naladit, rozveselit, uklidnit*“. Schopnosti udržet perkusivní nástroje a nyní i šamanský buben vede k zdokonalování v motorické oblasti. Dále je uvedeno, že „...*ke společnému zpěvu se přidává svým neartikulovaným zpíváním, u kterého se usmívá a tleská*...“. Z tohoto vyzorovaného jevu můžeme vyvodit, že dochází k procvičování verbálních dovedností a psychosomatickému uvolnění na emocionální rovině. Je také vyzorována sebekontrola v chování, kdy Josef neruší ostatní klienty při pasivní relaxaci a je klidnější. Josef má k hudbě kladný vztah, což vede k větší motivaci klienta se do aktivit zapojovat a zvuky aktivně vnímat „...*Při poslechu se usmívá a hledá zdroj zvuku*“

Případová studie 2 uvádí, že Adéla „...*velice ráda tančí a zpívá*“, čímž dovednosti v oblasti hrubé motoriky a také dle dalšího vyzorovaného jevu „...*Při zpěvu českých lidových textů jde u pomalého tempa dobře rozumět zpívanému projevu*...“, ke zlepšení verbálních schopností. Pokroky jsou také vidět v oblasti jemné motoriky „...*v posledních lekcích schopna zvládat základní údery a současně intuitivně zpívat*...“. Po receptivní muzikoterapii je Adéla více soustředěná a klidná „...*Před relaxací, chtěla dívka hrát na*

všechny mísy najednou a do všech prudce tloukala. Po relaxaci si vzala pouze jednu, na které se učila správný tichý úder... “

Případová studie 3 u klientky pozoruje výraznou změnu, kdy při prvních intervencích byla Karolína převážně pasivní „...vykazovala velké známky pasivity až apatie.“ Avšak po prodělaném epileptickém záchvatu, kvůli kterému nebyla následně na intervenci přítomna. Poté nastala změna, „...Karolína se začala zapojovat do všech aktivit, je schopna udržet i šamanský buben a hrát pravidelný rytmus delší dobu.“ Je vidět zlepšení motorických a rytmických dovedností. Dále „...Je schopna říct artikulovaně jména dvou členů skupiny.“ Při tomto pozorovaném jevu můžeme posoudit, že se jedná o zlepšení kognitivních dovedností. Znatelné zlepšení jemné motoriky je pozorovatelné také při hře na tibetské mísky. „... Zlepšení jemné motoriky je znatelné při úchopu tibetské mísy.“ Dále jsou viditelné pokroky při navázání očního kontaktu „...je schopna oční kontakt navázat a po nějakou dobu i udržet.“, z čehož můžeme tvrdit, že došlo ke zlepšení komunikačních dovedností.

Případové studie 4 poukazuje na zlepšení v koordinaci pohybů „...Jsou zaznamenány viditelné pokroky při technice hry na djembe.“ Pokrok je viditelný také v oblasti verbálního vyjadřování a paměti „...schopna si po opakovaném zpívání zapamatovat určitý jednoduchý text lidové písně a artikulovaně jej zpívat.“ Zlepšení v oblasti jemné motoriky je znatelné také při hře na tibetské mísy „... Při hře na tibetské mísy je po pravidelném cvičení nyní schopna správně uchopit mísu a jemně do ní udeřit.“ Bylo také vyzorováno, že Eva si při receptivní muzikoterapii potleskává a toto tleskání je na rozdíl od tleskání při aktivní části rytmické. Můžeme tedy usuzovat, že Eva rytmické cítění má, jen je potřeba zjistit příčinu arytmie při aktivní části muzikoterapie.

Případová studie 5 uvádí kladný vztah klienta k muzikoterapii „...Pavel vždy při úvodním kruhu sdělí, že se na muzikoterapii těšil.“ Pavel je vnímavý vůči skupině. Je u něj viditelné zlepšení v oblasti motorických dovedností a v pohybové koordinaci „...postupem času se naučil sedět na bubnu a je schopen při úderech střídat pravou a levou ruku.“ Zlepšení v oblasti jemné motoriky je také znát při hře na tibetské mísy. Při relaxaci je pozorováno uvolnění, které je charakterizováno prohloubeným dýcháním.

Dotazníkové šetření

Níže uvedené údaje v procentech vyjadřují průměrný podíl četnosti označených položek v dotazníku. 100% = všechny dotazníky potvrdili platnost položky/sledovaného jevu; 0% = položka/sledovaný jev v dotazníku nebyl pozorován. Hodnoty zde udané jsou průměrové hodnoty získané v první a druhé fázi.

V oblasti míry aktivity klienta byla nejčastěji zaznamenána ambivalence (53,85%). V oblasti motorických dovedností, se prokázal vliv u zlepšení hrubé motoriky (73,5%), jemné motoriky (80,80%) a také u zlepšení pohybové koordinace (78,85%). V oblasti percepce klienta byl zaznamenán nárůst u vlivu muzikoterapie na sluch klienta (53,85%). Pro oblast kognitivních funkcí byl zaznamenán pozitivní vliv při podpoře koncentrace klienta (63,45%) a také znatelný rozdíl mezi první a druhou fází u položky zjišťující podporující vliv muzikoterapie na pozornost klienta (z 15,40% na 73,10%). Vysoká četnost byla naměřena také u položky zabývající se vlivem muzikoterapie na emoce klienta (90,4%). V oblasti komunikace a sociální interakce klienta byla zaznamenána vysoká četnost u položky zkoumající pozitivní vliv při verbálním či neverbálním vyjadřování pocitů (69,25%) a také bylo zaznamenáno, že muzikoterapie napomáhá lepší sociální interakci mezi klienty (65,40%). Dále je zaznamenáno, že muzikoterapie má u klienta zklidňující vliv (73,5%), rozvíjí schopnost verbální (63,5%) a neverbální (71,15%) komunikace a napomáhá při zlepšení expresivní složky řeči (69,2%). Vyšší četnost je zaznamenána také u položky zabývající se otázkou, zda li klient reaguje při receptivní muzikoterapii pozitivně (69,20%).

Případové studie a dotazníkové šetření od položky č. 6 se věnovalo vlivu muzikoterapie na osobnost klienta, položky 1. – 5. se věnuje časové dotaci muzikoterapeutického modulu, a zda li je vyhovující pro realizaci v denním stacionáři SPOLU. Prostřednictvím analýzy dat získaných v dotazníkovém šetření si odpovíme na druhou výzkumnou otázku: **Je aplikace Celostní muzikoterapie v prostorách denního stacionáře funkční?**

U položek zkoumající potřebu individuálního přístupu ke klientům byly zaznamenány tyto výsledky. Klient potřebuje individuální přístup při aktivní muzikoterapii (53,85%) a u receptivní (30,80%). Z těchto výsledků tedy usuzujeme, že je do jisté míry potřebná podpora asistentů vedoucího programu. Klienti navštěvují muzikoterapii jednou týdně (100%) a pravidelná účast má pozitivní vliv na klienta (61,55%). Vybavení místnosti Mísa je dostačující (76,9%) Počet zúčastněných osob má vliv na chování klientů (44,20%).

3.3.1 Limity výzkumu

Vzhledem k možnostem a typu výzkumu, byly zvoleny takové výzkumné metody, které nám sice pomohly potvrdit výzkumnou tezi, avšak autorka považuje za nezbytné také uvést limity, které tento výzkum nese.

Limity výzkumných metod

Autorka si je vědoma, že vybrané výzkumné metody dávají velký prostor pro subjektivní pohled. Zejména v případových studiích jsou výsledné poznatky vyzorovány převážně samotnou autorkou, jež se sama na procesu účastnila se spoluprací asistentů, kteří vždy po lekci předali autorce své poznatky z pozorování. Z toho důvodu je tato metoda kombinována s metodou dotazníkového šetření. Tato kombinace by měla navýšit validitu výzkumu.

Limity klientů

Autorka bere také v povědomí, že úroveň spolupráce a míra zapojení klientů do procesu je vždy také založena na aktuálním rozpoložení a aktuálním zdravotním stavu klienta. Avšak z toho důvodu jsou výsledné poznatky shrnuty za období 7 měsíců, což je považováno za optimální dobu pro výzkum vývoje procesu.

Limity respondentů

Připouštíme také, že odpovědi respondentů, kteří byli tvořeni asistenty muzikoterapeuta a rodiči klientů, odpovídali dle svého subjektivního pohledu, čímž opět upadá míra objektivity výzkumu. Avšak z toho důvodu dotazníkové šetření kombinováno s metodou případových studií, kdy souhrnný koncept názorů osob zúčastněných při procesu (s výjimkou klientů) je kombinován s podrobným pozorováním autorky.

3.4 Shrnutí

Poznatky získané analýzou případových studií a dotazníkového šetření nám dokazují příznivý účinek celostní muzikoterapie na osobnost klienta s mentálním postižením. Účinky, kterými se vliv projevuje, můžeme považovat také za cíle této metody. Klient je rozvíjen v oblasti kognitivních, motorických a sociálních dovedností a komunikačních schopnostech. Muzikoterapie má pozitivní vliv na emoční naladění klienta, což vede k jeho psychosomatickému uvolnění a harmonickému rozvoji osobnosti. Odpověď na první výzkumnou otázku tedy může znít: **Celostní muzikoterapie se u klientů projevuje rozvojem dílčích částí osobnosti a jejich harmonickým rozvojem.**

Odpověď na tuto otázku a také výsledky odborného výzkumu nám pomáhají zodpovědět na druhou výzkumnou otázku: **Realizovaný modul Celostní muzikoterapie je vzhledem ke své organizační náročnosti v denním stacionáři realizovatelný a vzhledem ke svým účinkům se jeví jako funkční a opodstatněný.**

Odpovědi na výzkumné otázky nám pomohli potvrdit výzkumnou tezi, stanovenou na začátku výzkumu: **Celostní muzikoterapie pozitivně ovlivňuje osobnost člověka s mentálním postižením.**

4. ZÁVĚR

V práci s názvem Celostní muzikoterapie u osob s mentálním postižením bylo cílem popsat aplikaci Celostní muzikoterapie v prostorách denního stacionáře SPOLU Olomouc a následně ověřit účinky této metody u vybraných jedinců s mentálním postižením.

První kapitola teoretické části je věnována mentálnímu postižení se zaměřením konkrétně na mentální retardaci. V dalších kapitolách se věnujeme vymezení terapií ve speciální pedagogice a jejich metody, formy a cíle. Pozornost je věnována převážně muzikoterapii, jakožto terapeutickému přístupu stěžejním pro tuto práci. Poslední kapitola je věnována konkrétně metodě Celostní muzikoterapie, která byla v praxi aplikována, a které se autorka věnuje.

Praktická část práce představuje metodu CMLH v praxi. Slouží k popsání aplikace vytvořeného muzikoterapeutického modulu, jeho vlivů a účinků na vybrané klienty a vhodnosti zařazení této terapie do aktivizačních programů denního stacionáře.

Prostřednictvím případových studií a dotazníkového šetření z práce vyplývá, že daná metoda má pozitivní vliv na klienty v rozvoji motorických dovedností, kognitivních funkcí, sociálních vztahů a komunikace. Dále vyplývá, že muzikoterapie má pozitivní vliv na emoční naladění klientů a pomáhá při získání radostných prožitků. Klienti jsou takto uvolněnější a je tak odstraňována přebytečná tenze.

Je třeba neopomenout, že muzikoterapií v našem případě myslíme Celostní muzikoterapii Lubomíra Holzera, jenž je velmi variabilní a účinná a aplikovatelná u velké škály klientů s nejrůznějšími diagnózami. Avšak má ukotvení v jasném obsahu, metodách a technikách.

Praktická část práce může sloužit pro začínající pracovníky v oblasti speciální pedagogiky a jako inspirace při zařazování expresivních terapií do speciálně vzdělávacího systému a všem ostatním, jež mají zájem vydat se cestou muzikoterapie.

„Hudba je vyšší zjevení než všechna moudrost a filosofie“ L.V. Beethoven

5. Seznam použité literatury a zdrojů

1. BRUSCIA, Kenneth E. *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers, 2014. ISBN 9781937440572
2. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
3. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
4. DOSEDLOVÁ, Jaroslava a Jiří KANTOR. *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3682-1.
5. GALERSTEIN, Nina a kol. *Age-Appropriate Activities for Adults with Profound Mental Retardation*. Barcelona Publishers, 2005. E-ISBN 978-1-891278-59-4
6. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.
7. HALPERN, Steven a Hal A. LINGERMAN. *Muzikoterapie: léčivá síla hudby*. Bratislava: Eko-konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303x.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
10. HOLZER, Lubomír a DRLÍČKOVÁ, Svatava. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově: metoda Lubomíra Holzera : expresivní terapeutické metody - cesta ke změně v institucionální výchově : učební texty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3323-3.
11. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
12. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. ISBN 978-80-7454-553-5
13. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
14. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071786578.

15. MÁTEJOVÁ, Zlatica. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992. ISBN 8008003154
16. MAREK, Vlastimil. *Hudba jinak*. Praha: Eminent, c2003. ISBN 8072811258.
17. MAREK, Vlastimil . *Tajné dějiny hudby: zvuk a ticho jako stav vědomí*. Praha: Eminent, c2000. ISBN 8024204428.
18. MICHEL, Donald E., *Music therapy in Principle and Practice*. Charles C Thomas Pub Ltd, 2012. ISBN 0398088195
19. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
20. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
21. OLING, B., H. WALLISCH. *Encyklopedie hudebních nástrojů*. Dobřeovice: Rebo production, 2004. ISBN 80-7234-289-4
22. POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Arteterapie a artefiletika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3683-8.
23. REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*. Voznice: Leda, 2001. ISBN 80-85927-85-3.
24. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
25. SVOBODA, Pavel. *Biblioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3684-5.
26. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.
27. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-928-6.
28. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
29. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
30. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 9788073200992.

31. VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.
32. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 8024707233.
33. ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073672379.

Elektronické zdroje:

CZMTA. *o asociaci*. [online]. 2017 [cit. 15-03-2017]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/poznej-asociaci/o-asociaci>

CZMTA. *muzikoterapeutická asociace ČR* [online]. 2017 [cit. 15-03-2017]. Dostupné z: <http://www.arttherapies.cz/ceska-muzikoterapeuticka-asociace.html>

DRLÍČKOVÁ, S. *Studium celostní muzikoterapie*. [online]. 2017 [cit.02-02-2017]. Dostupné z: http://www.muzikoterapie.name/Studium_Celostnimuzikoterapie/c4312df6_5bfe_4c72_85fe_063b80a2ccc7.aspx?master_c73cda2f_ece

EMTC. *about emtc*. [online]. 2017 [cit. 16-03-2017]. Dostupné z: <http://www.emtc-eu.com/about-emtc/>

CHÁB, D. *Pišťaly koncovky-prodej* [online]. 2017 [cit.14-03-2017]. Dostupné z: <http://www.zpevticha.cz/pistalky-koncovky/>

MAUT. *Mezinárodní asociace uměleckých terapií* [online]. 2017 [cit. 15-03-2017]. Dostupné z: <http://www.maut.cz/>

6. Seznam příloh

Příloha A: Dotazník Josef

Příloha B: Dotazník Adéla

Příloha C: Dotazník Karolína

Příloha D: Dotazník Eva

Příloha E: Dotazník Pavel

Příloha F: Analýza dotazníkového šetření

Příloha G: Informační leták pro rodiče

Příloha H: Používané nástroje

Příloha I: Seznam zkratk a tabulek

Příloha A: Dotazník Josef

DOTAZNÍK

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:	Josef
VĚK:	17
DIAGNÓZA:	těžká mentální retardace, centrální hypotonický syndrom, DMO – mozečková forma
DATUM:	říjen 2016, duben 2017

1. Dotazník vyplňuje:		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vedoucí programu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osobní asistent
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Asistent vedoucího programu
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doprovod, který žáka do programu doprovází a odprovází
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jiný odborný pracovník SPOLU
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jiná možnost:

2. Potřeba asistence při muzikoterapii

<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při aktivní muzikoterapii
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při receptivní muzikoterapii
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jiná možnost:

3. Časový rozsah muzikoterapie

xx x xx	xx x xx	Frekvence muzikoterapie je jednou týdně
		Frekvence muzikoterapie je jednou za 14 dní
		Frekvence muzikoterapie je dvakrát týdně
		Jiná možnost:

4. Docházka

x x	xx x xx	Pravidelná účast klienta zvyšuje příznivé účinky muzikoterapie
x		Pravidelnost účasti neovlivňuje vliv muzikoterapie na klienta
		Jiná možnost:

5. Prostředí při muzikoterapii

x x x x	xx xx	Vybavení k receptivní MT je dostačující (deky, polštáře, tlumené osvětlení)
x x x x	xx x	Počet přítomných osob ovlivňuje chování klienta při muzikoterapeutické intervenci
		Jiná možnost:

6. Aktivita klienta

xx		Převážná pasivita
x	xx	Střed/ambivalence
	xx	Vysoká aktivita
		Vůdčí aktivita
x		Jiná možnost: Záleží na druhu aktivity (Při aktivní části pasivní, při receptivní části je aktivní)

7. Vliv muzikoterapie na motoriku klienta

XX X X	XX X XX	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta hrubou motoriku (pohyb celého těla)
XX XX X	XX XX X	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta jemnou motoriku (pohyby při manipulaci s předměty)
	XX	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta motoriku mluvidel
XX	XX X X	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta pohybovou koordinaci
		Jiná možnost:

8. Vliv muzikoterapie na vnímání klienta

		Muzikoterapie rozvíjí u klienta zrak
	XX	Muzikoterapie rozvíjí u klienta sluch
X X	XX X XX	Muzikoterapie rozvíjí u klienta hmat
	XX X	Muzikoterapie rozvíjí u klienta uvědomování si vlastního tělesného aparátu
		Jiná možnost:

9. Vliv muzikoterapie na pozornost a paměť klienta

X	XX XX	Muzikoterapie podporuje u klienta koncentraci
X	XX X	Muzikoterapie pomáhá podporovat klientovu pozornost
		Muzikoterapie rozvíjí klientovu představivost
	XX X	Muzikoterapie pomáhá zlepšovat klientovu paměť
		Jiná možnost:

10. Vliv muzikoterapie na emoce klienta

xx x xx	xx xx x	muzikoterapie příznivě ovlivňuje emoce žáka
xx	xx x	muzikoterapie napomáhá při odeznění negativních emocí
xx x xx	xx xxx	muzikoterapie napomáhá při verbálním/neverbálním vyjadřování pocitů
		muzikoterapie má příznivý vliv na sebehodnocení klienta
		jiná možnost:

11. Vliv muzikoterapie na sociální interakci klienta

xx x	xx x xx	Muzikoterapie napomáhá lepší sociální interakci mezi klienty
	xx	Muzikoterapie pomáhá posilovat vlastní identitu
xx x x	xx xx	Muzikoterapie napomáhá pocitu sounáležitosti
		Jiná možnost:

12. Vliv muzikoterapie na chování klienta

	xx x	Receptivní muzikoterapie má na klienta zklidňující vliv
	xx	Aktivní muzikoterapie má na klienta aktivizující vliv
		Muzikoterapie napomáhá zmírnění nevhodného chování
	xx xx	Muzikoterapie zlepšuje klientovu sebekontrolu v chování
x x	xx x xx	Muzikoterapie podporuje rozvoj spontaneity klienta
		Jiná možnost:

13. Vliv muzikoterapie na komunikaci klienta

		Muzikoterapie rozvíjí schopnost verbální komunikace
XX X XX	XX X XX	Muzikoterapie rozvíjí schopnost neverbální komunikace
XX	XX X XX	Muzikoterapie zlepšuje u klienta expresivní složku řeči (vyjadřování svých potřeb)
	XX X X	Muzikoterapie zlepšuje u klienta receptivní složku řeči (porozumění)
		Jiná možnost:

14. Vliv muzikoterapie na celkový organismus klienta

	XX XX	Klient reaguje pozitivně při aktivní muzikoterapii
XX X X	XX X X	Klient reaguje pozitivně při receptivní muzikoterapii
X	XX	Muzikoterapie naplňuje klientovu potřebu relaxace
X	XX XX	Muzikoterapie pomáhá při naplňování klientovy kvality života
XX	XX XX X	Muzikoterapie pomáhá k psychosomatickému uvolnění u klienta
		Při receptivní muzikoterapii dochází k prohlubování bráničního dýchání
		Jiná možnost:

Prostor pro vyjádření jiných otázek:

Příloha B: Dotazník Adéla

DOTAZNÍK

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:	Adéla
VĚK:	17
DIAGNÓZA:	Střední mentální retardace, Downův syndrom
DATUM:	říjen 2016, duben 2017

1. Dotazník vyplňuje:		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vedoucí programu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osobní asistent
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Asistent vedoucího programu
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doprovod, který žáka do programu doprovází a odprovází
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jiný odborný pracovník SPOLU
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jiná možnost:

2. Potřeba asistence při muzikoterapii

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při aktivní muzikoterapii
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při receptivní muzikoterapii
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jiná možnost:

3. Časový rozsah muzikoterapie

xx x xx	xx x xx	Frekvence muzikoterapie je jednou týdně
		Frekvence muzikoterapie je jednou za 14 dní
		Frekvence muzikoterapie je dvakrát týdně
		Jiná možnost:

4. Docházka

x	xx x xx	Pravidelná účast klienta zvyšuje příznivé účinky muzikoterapie
x		Pravidelnost účasti neovlivňuje vliv muzikoterapie na klienta
		Jiná možnost:

5. Prostředí při muzikoterapii

x x x x	xx xx	Vybavení k receptivní MT je dostačující (deky, polštáře, tlumené osvětlení)
x x	xx x	Počet přítomných osob ovlivňuje chování klienta při muzikoterapeutické intervenci
		Jiná možnost:

6. Aktivita klienta

		Převážná pasivita
x	x	Střed/ambivalence
xx		Vysoká aktivita
xx	xxxx	Vůdčí aktivita
		Jiná možnost:

7. Vliv muzikoterapie na motoriku klienta

XX X X	XX X X	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta hrubou motoriku (pohyb celého těla)
XX X XX	XX XX	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta jemnou motoriku (pohyby při manipulaci s předměty)
XX X	XX X	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta motoriku mluvidel
XX X XX	XX X XX	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta pohybovou koordinaci
		Jiná možnost:

8. Vliv muzikoterapie na vnímání klienta

		Muzikoterapie rozvíjí u klienta zrak
XX X X	XX X XX	Muzikoterapie rozvíjí u klienta sluch
XX X	XX X XX	Muzikoterapie rozvíjí u klienta hmat
	XX X	Muzikoterapie rozvíjí u klienta uvědomování si vlastního tělesného aparátu
		Jiná možnost:

9. Vliv muzikoterapie na pozornost a paměť klienta

XX X	XX XX	Muzikoterapie podporuje u klienta koncentraci
	XX	Muzikoterapie pomáhá podporovat klientovu pozornost
XX XX	XX X	Muzikoterapie rozvíjí klientovu představivost
	XX XX X	Muzikoterapie pomáhá zlepšovat klientovu paměť
		Jiná možnost:

10. Vliv muzikoterapie na emoce klienta

XX X XX	XX XXX	muzikoterapie příznivě ovlivňuje emoce žáka
XX XX	XX	muzikoterapie napomáhá při odeznění negativních emocí
XX X XX	XX XX	muzikoterapie napomáhá při verbálním/neverbálním vyjadřování pocitů
XX	XX X	muzikoterapie má příznivý vliv na sebehodnocení klienta
		jiná možnost:

11. Vliv muzikoterapie na sociální interakci klienta

XX X	XX X XX	Muzikoterapie napomáhá lepší sociální interakci mezi klienty
	XX	Muzikoterapie pomáhá posilovat vlastní identitu
XX X X	XX XX	Muzikoterapie napomáhá pocitu sounáležitosti
		Jiná možnost:

12. Vliv muzikoterapie na chování klienta

XX XX	XX X XX	Receptivní muzikoterapie má na klienta zklidňující vliv
XX X	XX X	Aktivní muzikoterapie má na klienta aktivizující vliv
		Muzikoterapie napomáhá zmírnění nevhodného chování
XX	XX XX	Muzikoterapie zlepšuje klientovu sebekontrolu v chování
		Muzikoterapie podporuje rozvoj spontaneity klienta
X		Jiná možnost: Záleží na rozpoložení klientky

13. Vliv muzikoterapie na komunikaci klienta

XX X XX	XX X XX	Muzikoterapie rozvíjí schopnost verbální komunikace
XX X XX	XX X	Muzikoterapie rozvíjí schopnost neverbální komunikace
XX XX	XX X XX	Muzikoterapie zlepšuje u klienta expresivní složku řeči (vyjadřování svých potřeb)
	XX	Muzikoterapie zlepšuje u klienta receptivní složku řeči (porozumění)
		Jiná možnost:

14. Vliv muzikoterapie na celkový organismus klienta

	XX XX	Klient reaguje pozitivně při aktivní muzikoterapii
XX X X	XX X X	Klient reaguje pozitivně při receptivní muzikoterapii
		Muzikoterapie naplňuje klientovu potřebu relaxace
XX	XX XX	Muzikoterapie pomáhá při naplňování klientovy kvality života
	XX XX	Muzikoterapie pomáhá k psychosomatickému uvolnění u klienta
	XX	Při receptivní muzikoterapii dochází k prohlubování bráničního dýchání
		Jiná možnost:

Prostor pro vyjádření jiných otázek:

Příloha C: Dotazník Karolína

DOTAZNÍK

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:	Karolína
VĚK:	30
DIAGNÓZA:	těžká mentální retardace, sekulární epilepsie, dyslalie, psychomotorická retardace
DATUM:	říjen 2016, duben 2017

1. Dotazník vyplňuje:		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vedoucí programu
		Osobní asistent
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Asistent vedoucího programu
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doprovod, který žáka do programu doprovází a odprovází
		Jiný odborný pracovník SPOLU
		Jiná možnost:

2. Potřeba asistence při muzikoterapii

<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při aktivní muzikoterapii
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při receptivní muzikoterapii
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Jiná možnost:

3. Časový rozsah muzikoterapie

xx x xx	xx x xx	Frekvence muzikoterapie je jednou týdně
		Frekvence muzikoterapie je jednou za 14 dní
		Frekvence muzikoterapie je dvakrát týdně
		Jiná možnost:

4. Docházka

x	xx x xx	Pravidelná účast klienta zvyšuje příznivé účinky muzikoterapie
x x x x		Pravidelnost účasti neovlivňuje vliv muzikoterapie na klienta
		Jiná možnost:

5. Prostředí při muzikoterapii

x x x x	x x x x	Vybavení k receptivní MT je dostačující (deky, polštáře, tlumené osvětlení)
x x		Počet přítomných osob ovlivňuje chování klienta při muzikoterapeutické intervenci
		Jiná možnost:

6. Vliv muzikoterapie na motoriku klienta

	xx x xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta hrubou motoriku (pohyb celého těla)
	xx x xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta jemnou motoriku (pohyby při manipulaci s předměty)
	xx x	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta motoriku mluvidel
x x	xx x xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta pohybovou koordinaci
		Jiná možnost:

7. Vliv muzikoterapie na vnímání klienta

		Muzikoterapie rozvíjí u klienta zrak
	xx x xx	Muzikoterapie rozvíjí u klienta sluch
	xx	Muzikoterapie rozvíjí u klienta hmat
	xx x	Muzikoterapie rozvíjí u klienta uvědomování si vlastního tělesného aparátu
		Jiná možnost:

8. Vliv muzikoterapie na pozornost a paměť klienta

	xx xx x	Muzikoterapie podporuje u klienta koncentraci
xxc kj	xx xx	Muzikoterapie pomáhá podporovat klientovu pozornost
		Muzikoterapie rozvíjí klientovu představivost
	xx	Muzikoterapie pomáhá zlepšovat klientovu paměť
		Jiná možnost:

9. Vliv muzikoterapie na emoce klienta

	XX XX X	muzikoterapie příznivě ovlivňuje emoce žáka
	XX X	muzikoterapie napomáhá při odeznění negativních emocí
XX X X	XX XXX	muzikoterapie napomáhá při verbálním/neverbálním vyjadřování pocitů
	X	muzikoterapie má příznivý vliv na sebehodnocení klienta
		jiná možnost:

10. Vliv muzikoterapie na sociální interakci klienta

X	XX X	Muzikoterapie napomáhá lepší sociální interakci mezi klienty
	XX X	Muzikoterapie pomáhá posilovat vlastní identitu
		Muzikoterapie napomáhá pocitu sounáležitosti
		Jiná možnost:

11. Vliv muzikoterapie na chování klienta

X X X X	XX X XX	Receptivní muzikoterapie má na klienta zklidňující vliv
	XX XX	Aktivní muzikoterapie má na klienta aktivizující vliv
		Muzikoterapie napomáhá zmírnění nevhodného chování
		Muzikoterapie zlepšuje klientovu sebekontrolu v chování
	XX	Muzikoterapie podporuje rozvoj spontaneity klienta
		Jiná možnost:

12. Vliv muzikoterapie na komunikaci klienta

	xx x	Muzikoterapie rozvíjí schopnost verbální komunikace
x x	xx x xx	Muzikoterapie rozvíjí schopnost neverbální komunikace
	xx x	Muzikoterapie zlepšuje u klienta expresivní složku řeči (vyjadřování svých potřeb)
	xx x	Muzikoterapie zlepšuje u klienta receptivní složku řeči (porozumění)
		Jiná možnost:

13. Vliv muzikoterapie na celkový organismus klienta

	xx xx	Klient reaguje pozitivně při aktivní muzikoterapii
	xx x x	Klient reaguje pozitivně při receptivní muzikoterapii
	xx xx	Muzikoterapie naplňuje klientovu potřebu relaxace
	xx xx	Muzikoterapie pomáhá při naplňování klientovy kvality života
	xx xx	Muzikoterapie pomáhá k psychosomatickému uvolnění u klienta
x x	xx	Při receptivní muzikoterapii dochází k prohlubování bráničního dýchání
		Jiná možnost:

Prostor pro vyjádření jiných otázek:

Příloha D: Dotazník Eva

DOTAZNÍK

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:	Eva
VĚK:	18
DIAGNÓZA:	střední mentální retardace, DMO dyskinetická forma
DATUM:	říjen 2016, duben 2017

1. Dotazník vyplňuje:		
x	x	Vedoucí programu
		Osobní asistent
xx x	xx x	Asistent vedoucího programu
xx	xx	Doprovod, který žáka do programu doprovází a odprovází
		Jiný odborný pracovník SPOLU
		Jiná možnost:

2. Potřeba asistence při muzikoterapii

xxx	x	Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při aktivní muzikoterapii
		Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při receptivní muzikoterapii
		Jiná možnost:

3. Časový rozsah muzikoterapie

XX X XX X	XXX XXX	Frekvence muzikoterapie je jednou týdně
		Frekvence muzikoterapie je jednou za 14 dní
		Frekvence muzikoterapie je dvakrát týdně
		Jiná možnost:

4. Docházka

XX X	XXX X	Pravidelná účast klienta zvyšuje příznivé účinky muzikoterapie
X	XX	Pravidelnost účasti neovlivňuje vliv muzikoterapie na klienta
		Jiná možnost:

5. Prostředí při muzikoterapii

XX XX	XX XX	Vybavení k receptivní MT je dostačující (deky, polštáře, tlumené osvětlení)
XX		Počet přítomných osob ovlivňuje chování klienta při muzikoterapeutické intervenci
		Jiná možnost:

6. Aktivita klienta

		Převážná pasivita
XXXX	XXXX	Střed/ambivalence
		Vysoká aktivita
		Vůdčí aktivita
		Jiná možnost:

7. Vliv muzikoterapie na motoriku klienta

xx x x	xx x x	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta hrubou motoriku (pohyb celého těla)
xx x xx	xx x xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta jemnou motoriku (pohyby při manipulaci s předměty)
xx x	xx x xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta motoriku mluvidel
xx x x	xx x x	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta pohybovou koordinaci
		Jiná možnost:

8. Vliv muzikoterapie na vnímání klienta

		Muzikoterapie rozvíjí u klienta zrak
xx x	xx x xx	Muzikoterapie rozvíjí u klienta sluch
xx x	xx x x	Muzikoterapie rozvíjí u klienta hmat
	xx x	Muzikoterapie rozvíjí u klienta uvědomování si vlastního tělesného aparátu
		Jiná možnost:

9. Vliv muzikoterapie na pozornost a paměť klienta

xx xx	xx xx	Muzikoterapie podporuje u klienta koncentraci
xx	xx xx	Muzikoterapie pomáhá podporovat klientovu pozornost
xx xx	xxx	Muzikoterapie rozvíjí klientovu představivost
xx	xx xxx x	Muzikoterapie pomáhá zlepšovat klientovu paměť
		Jiná možnost:

10. Vliv muzikoterapie na emoce klienta

xxx xxx	xxx xxx	Muzikoterapie příznivě ovlivňuje emoce žáka
xx	xx xx	Muzikoterapie napomáhá při odeznění negativních emocí
xxx xx	xx xx	Muzikoterapie napomáhá při verbálním/neverbálním vyjadřování pocitů
	xx	Muzikoterapie má příznivý vliv na sebehodnocení klienta
		jiná možnost:

11. Vliv muzikoterapie na sociální interakci klienta

xx x	xx x xx x	Muzikoterapie napomáhá lepší sociální interakci mezi klienty
	xx xx	Muzikoterapie pomáhá posilovat vlastní identitu
xx x x	xx xx	Muzikoterapie napomáhá pocitu sounáležitosti
		Jiná možnost:

12. Vliv muzikoterapie na chování klienta

xx xx	xx xx	Receptivní muzikoterapie má na klienta zklidňující vliv
xx xx	xx xx	Aktivní muzikoterapie má na klienta aktivizující vliv
		Muzikoterapie napomáhá zmírnění nevhodného chování
x	xx x	Muzikoterapie zlepšuje klientovu sebekontrolu v chování
	xx x	Muzikoterapie podporuje rozvoj spontaneity klienta
		Jiná možnost:

13. Vliv muzikoterapie na komunikaci klienta

XX X XX	XX X XX	Muzikoterapie rozvíjí schopnost verbální komunikace
XX X XX	XX XX	Muzikoterapie rozvíjí schopnost neverbální komunikace
XX XX	XX XX	Muzikoterapie zlepšuje u klienta expresivní složku řeči (vyjadřování svých potřeb)
	XX X	Muzikoterapie zlepšuje u klienta receptivní složku řeči (porozumění)
		Jiná možnost:

14. Vliv muzikoterapie na celkový organismus klienta

XX XX	XX XX	Klient reaguje pozitivně při aktivní muzikoterapii
XX X X	XX X X	Klient reaguje pozitivně při receptivní muzikoterapii
XX XX	XX X XX	Muzikoterapie naplňuje klientovu potřebu relaxace
XX	XX XX	Muzikoterapie pomáhá při naplňování klientovy kvality života
	XX XX	Muzikoterapie pomáhá k psychosomatickému uvolnění u klienta
	XX X	Při receptivní muzikoterapii dochází k prohlubování bráničního dýchání
		Jiná možnost:

15. Prostor pro vyjádření jiných otázek:

Příloha E: Dotazník Pavel

DOTAZNÍK

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:	Pavel
VĚK:	18
DIAGNÓZA:	střední mentální retardace, autismus – Aspergerův syndrom
DATUM:	říjen 2016, duben 2017

1. Dotazník vyplňuje:		
x	x	Vedoucí programu
		Osobní asistent
xxx	xxx	Asistent vedoucího programu
x	x	Doprovod, který žáka do programu doprovází a odprovází
		Jiný odborný pracovník SPOLU
		Jiná možnost:

2. Potřeba asistence při muzikoterapii

xxx		Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při aktivní muzikoterapii
		Klientovo chování vyžaduje individuální přístup při receptivní muzikoterapii
		Jiná možnost:

3. Časový rozsah muzikoterapie

xxx	xxx	Frekvence muzikoterapie je jednou týdně
xx	xx	Frekvence muzikoterapie je jednou za 14 dní
		Frekvence muzikoterapie je dvakrát týdně
		Jiná možnost:

4. Docházka

xx	xxx xx	Pravidelná účast klienta zvyšuje příznivé účinky muzikoterapie
x		Pravidelnost účasti neovlivňuje vliv muzikoterapie na klienta
		Jiná možnost:

5. Prostředí při muzikoterapii

xx	xx	Vybavení k receptivní MT je dostačující (deky, polštáře, tlumené osvětlení)
xx	xxx	Počet přítomných osob ovlivňuje chování klienta při muzikoterapeutické intervenci
xx		Jiná možnost:

6. Aktivita klienta

x		Převážná pasivita
xxx	xxxx	Střed/ambivalence
		Vysoká aktivita
		Vůdčí aktivita
		Jiná možnost:

7. Vliv muzikoterapie na motoriku klienta

xx	xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta hrubou motoriku (pohyb celého těla)
x	x	
x	x	
xx	xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta jemnou motoriku (pohyby při manipulaci s předměty)
xx	xx	
	xx x	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta motoriku mluvidel
xx	xx	Aktivní muzikoterapie rozvíjí u klienta pohybovou koordinaci
x	x	
xx	xx	
		Jiná možnost:

8. Vliv muzikoterapie na vnímání klienta

		Muzikoterapie rozvíjí u klienta zrak
xx x	xx x x	Muzikoterapie rozvíjí u klienta sluch
	xx x	Muzikoterapie rozvíjí u klienta hmat
	xx	Muzikoterapie rozvíjí u klienta uvědomování si vlastního tělesného aparátu
		Jiná možnost:

9. Vliv muzikoterapie na pozornost a paměť klienta

xx	xx xx	Muzikoterapie podporuje u klienta koncentraci
	xx xx x	Muzikoterapie pomáhá podporovat klientovu pozornost
	x	Muzikoterapie rozvíjí klientovu představivost
	xx xx x	Muzikoterapie pomáhá zlepšovat klientovu paměť
		Jiná možnost:

10. Vliv muzikoterapie na emoce klienta

xxx xx	xx xxx	muzikoterapie příznivě ovlivňuje emoce žáka
	xx	muzikoterapie napomáhá při odeznění negativních emocí
xxx x	xx xx	muzikoterapie napomáhá při verbálním/neverbálním vyjadřování pocitů
	xx	muzikoterapie má příznivý vliv na sebehodnocení klienta
		jiná možnost:

11. Vliv muzikoterapie na sociální interakci klienta

XX XX	XX X XX	Muzikoterapie napomáhá lepší sociální interakci mezi klienty
	XX X	Muzikoterapie pomáhá posilovat vlastní identitu
XX X X	XX XX	Muzikoterapie napomáhá pocitu sounáležitosti
		Jiná možnost:

12. Vliv muzikoterapie na chování klienta

XX XX	XXX XX	Receptivní muzikoterapie má na klienta zklidňující vliv
XX X	XXX X	Aktivní muzikoterapie má na klienta aktivizující vliv
	XX	Muzikoterapie napomáhá zmírnění nevhodného chování
XX	XX XXX	Muzikoterapie zlepšuje klientovu sebekontrolu v chování
X	XXX	Muzikoterapie podporuje rozvoj spontaneity klienta
		Jiná možnost:

13. Vliv muzikoterapie na komunikaci klienta

XX X XX	XX X XX	Muzikoterapie rozvíjí schopnost verbální komunikace
X	XX	Muzikoterapie rozvíjí schopnost neverbální komunikace
XX XX	XX X XX	Muzikoterapie zlepšuje u klienta expresivní složku řeči (vyjadřování svých potřeb)
	XX XX X	Muzikoterapie zlepšuje u klienta receptivní složku řeči (porozumění)
		Jiná možnost:

14. Vliv muzikoterapie na celkový organismus klienta

xx	xx	Klient reaguje pozitivně při aktivní muzikoterapii
xx	xx	
xx	xx	Klient reaguje pozitivně při receptivní muzikoterapii
x	x	
x	x	
xx	xx	Muzikoterapie naplňuje klientovu potřebu relaxace
xx	x	
	xx	
xx	xx	Muzikoterapie pomáhá při naplňování klientovy kvality života
	x	
xx	xx	Muzikoterapie pomáhá k psychosomatickému uvolnění u klienta
	xx	
	xx	Při receptivní muzikoterapii dochází k prohlubování bráničního dýchání
		Jiná možnost:

15. Prostor pro vyjádření jiných otázek:

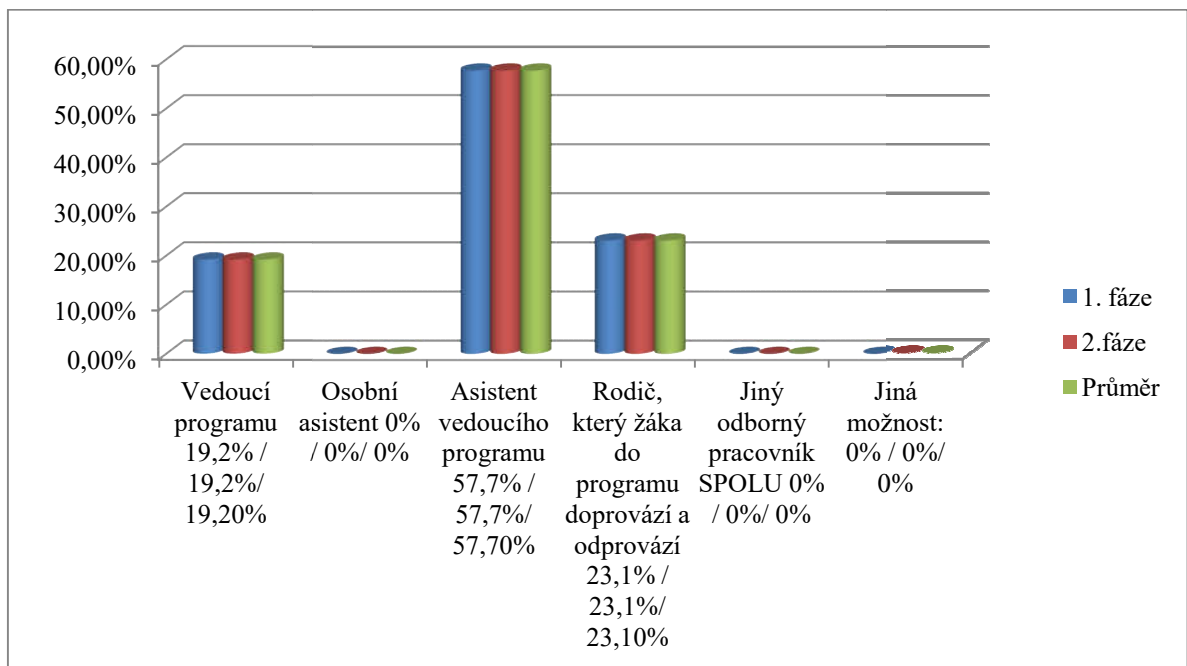
Příloha F: Analýza dotazníkového šetření

Tabulka 2: Vysvětlivky analýzy dotazníkového šetření

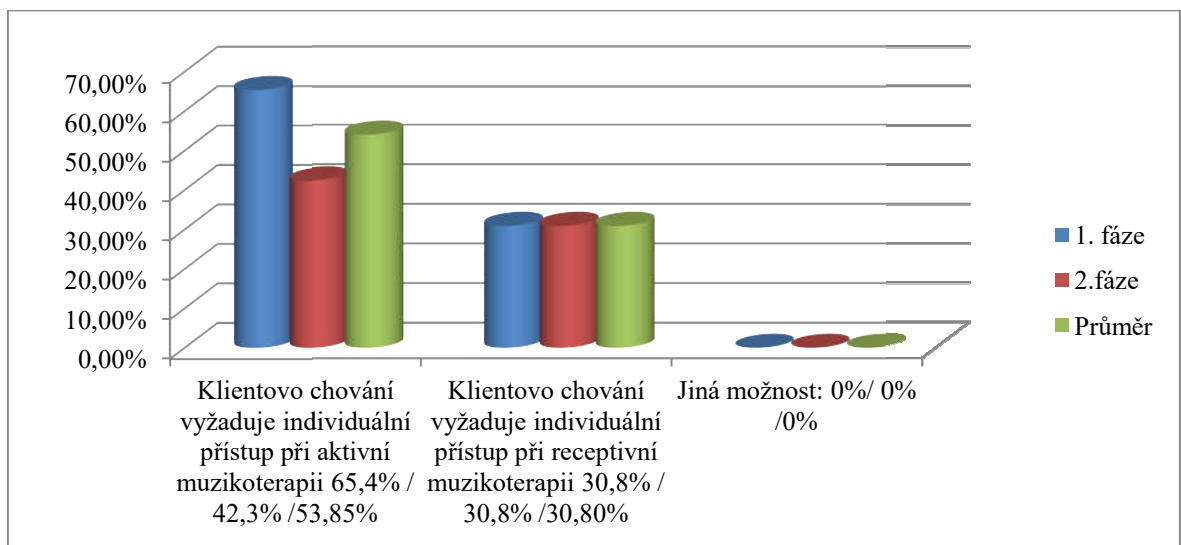
	1. fáze	2. fáze	celkem
počet respondentů	26	26	52
datum sběru dat	lis.16	dub.17	dub.17
podíl	vyjadřuje četnost platných položek v %		
průměr	vyjadřuje průměrnou hodnotu ze součtu 1. a 2. fáze		

Grafy

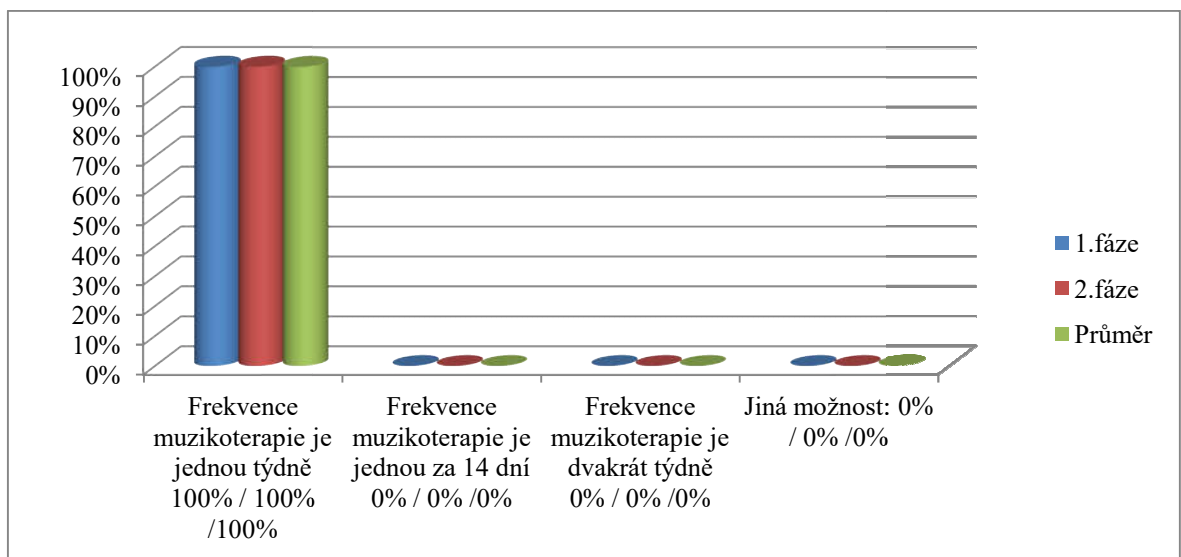
1. Dotazník vyplňuje:



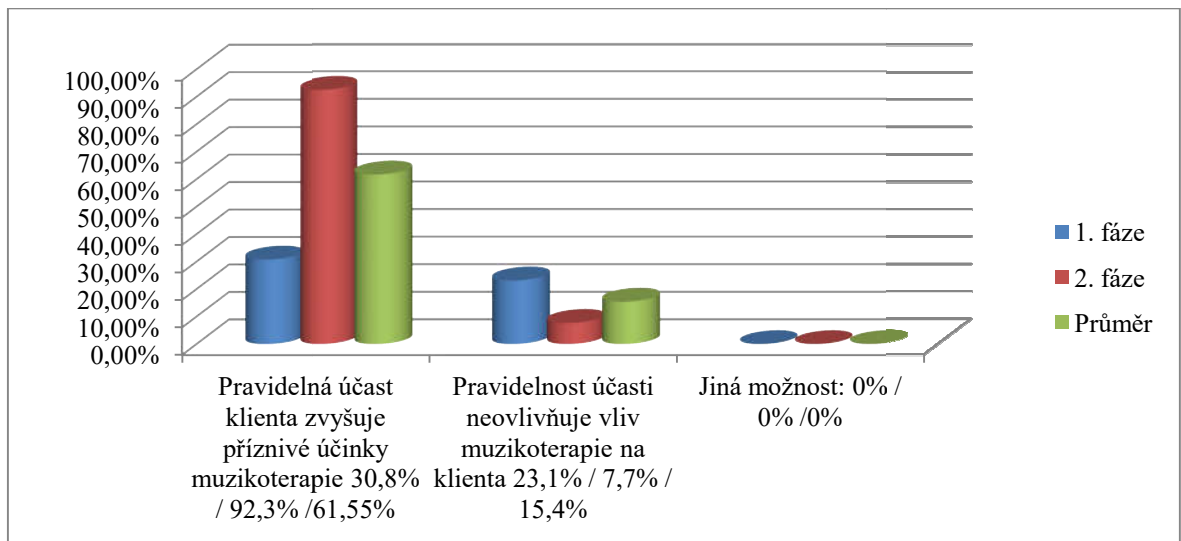
2. Potřeba asistence při muzikoterapii



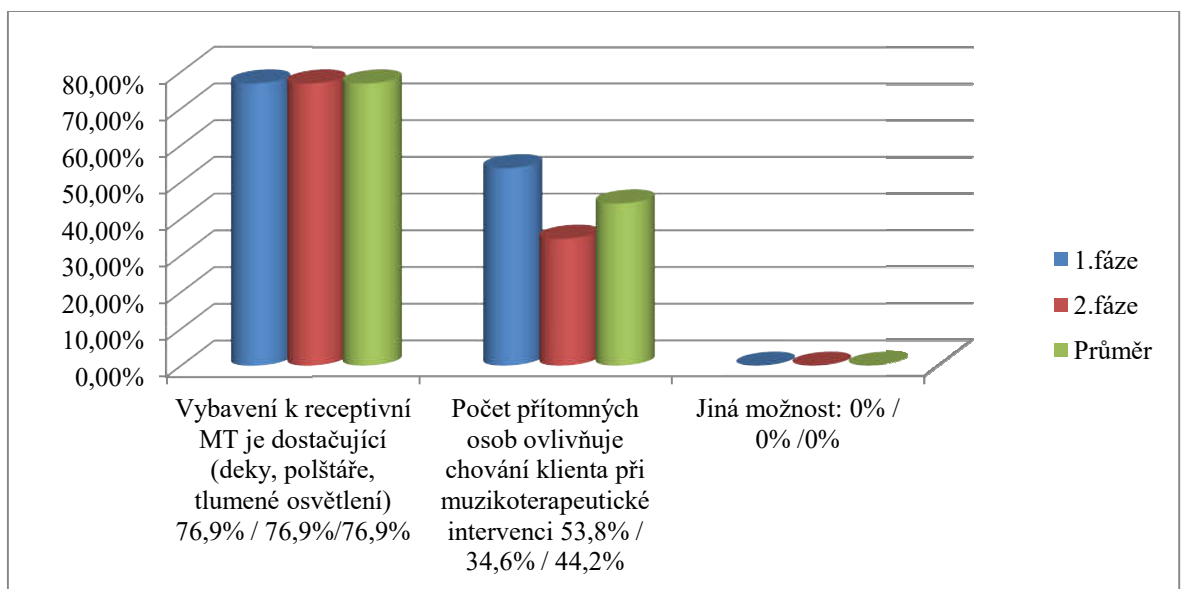
3. Časový rozsah muzikoterapie



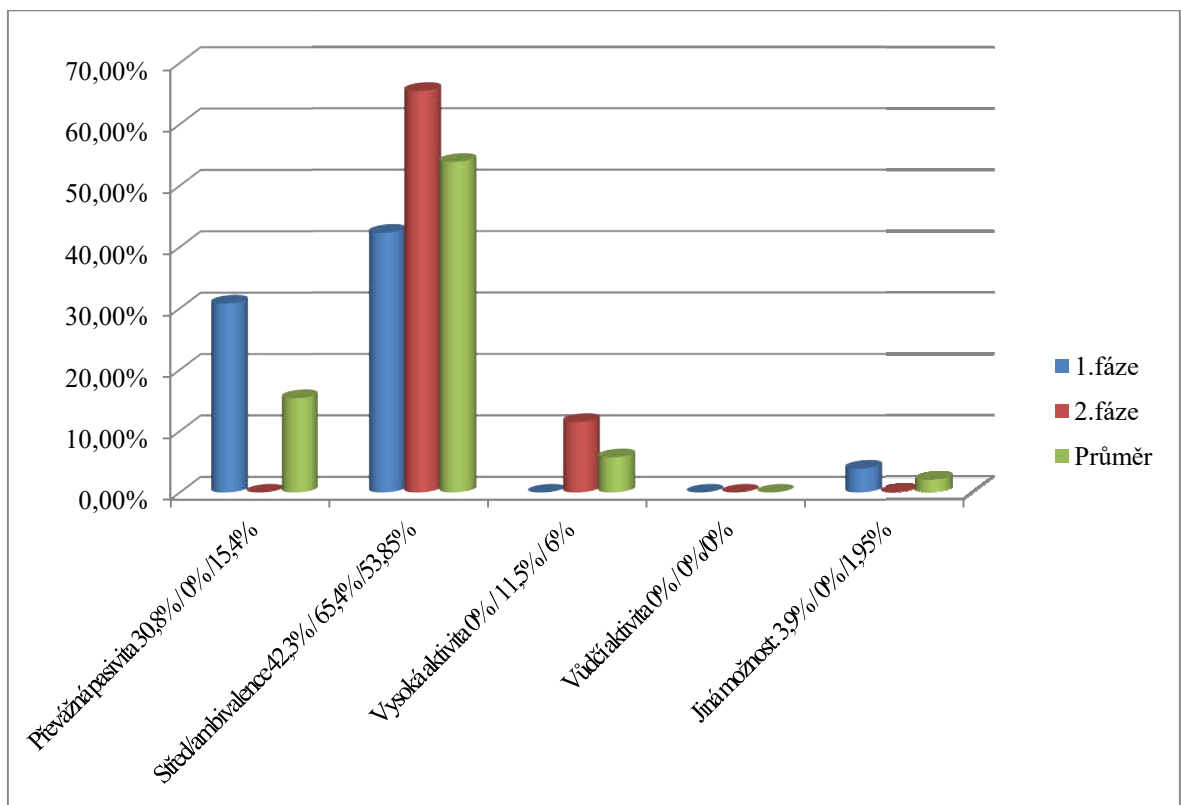
4. Docházka



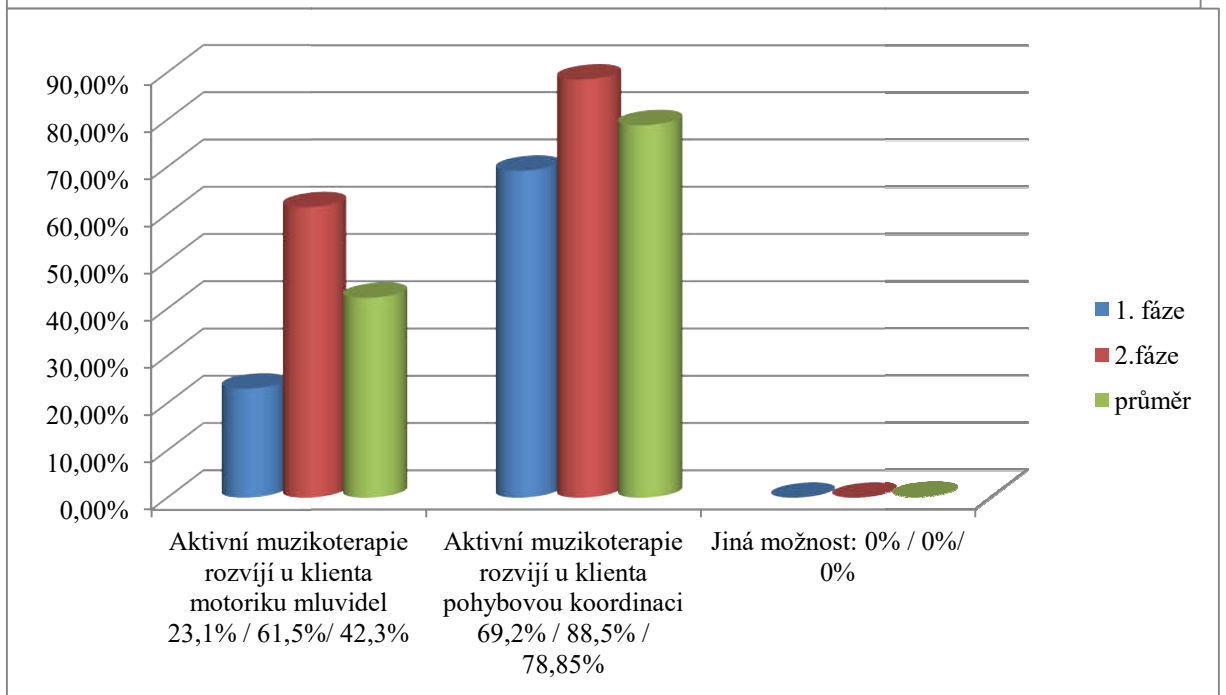
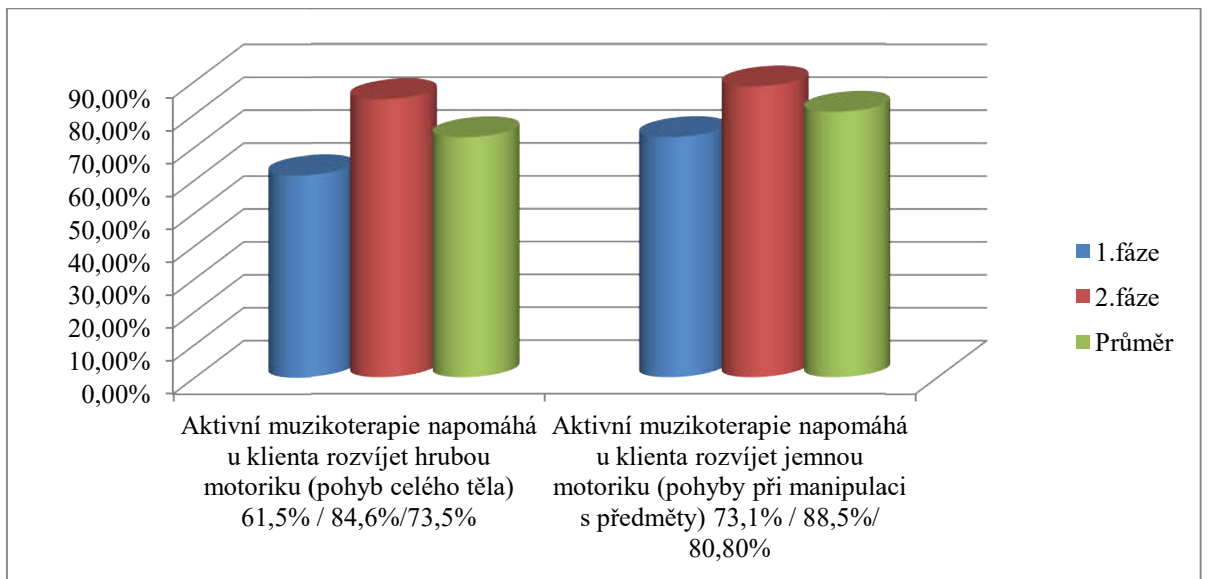
5. Prostředí při muzikoterapii



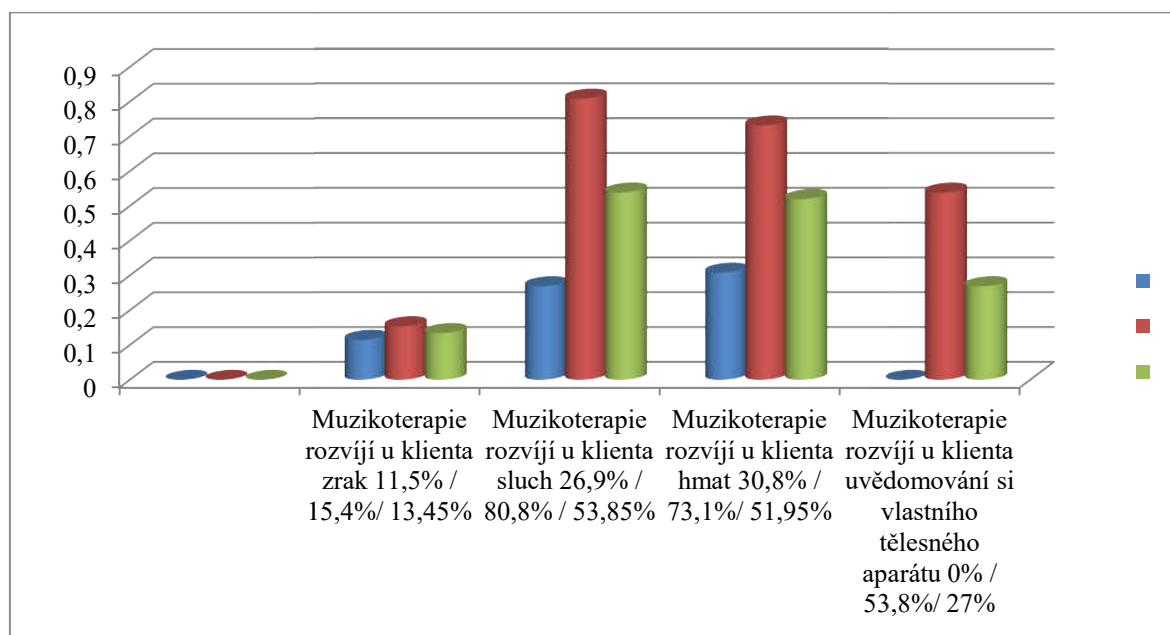
6. Aktivita klienta



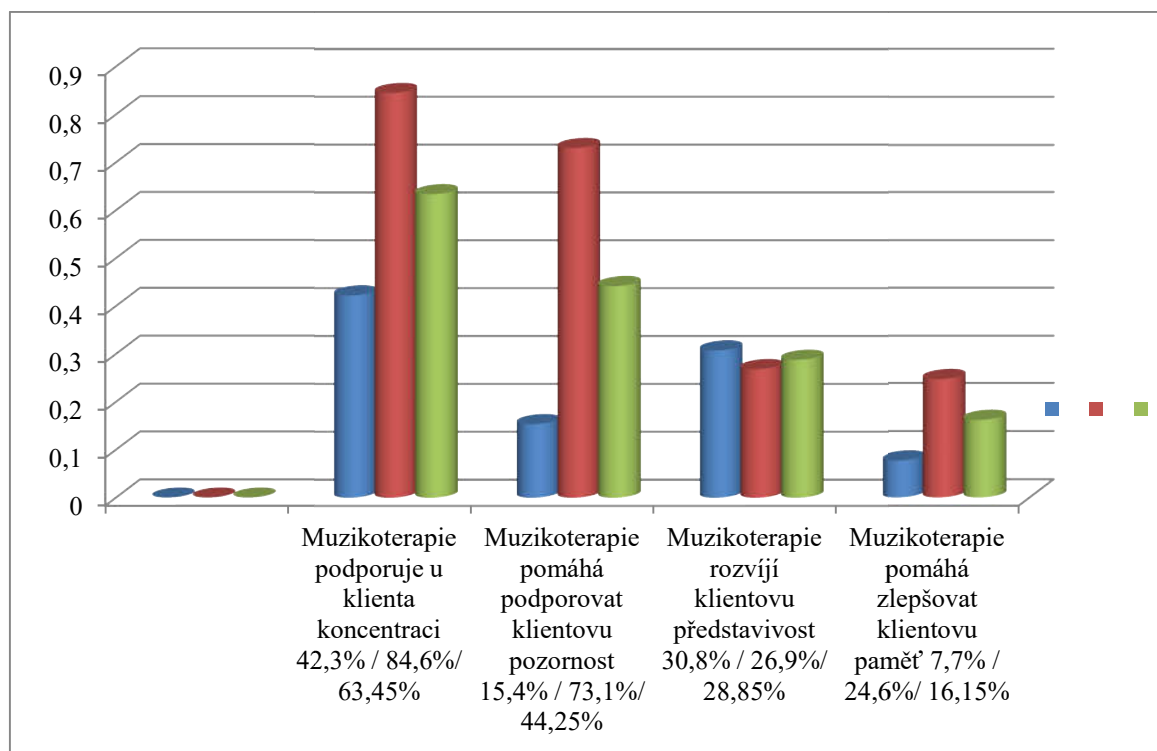
7. Vliv muzikoterapie na motoriku klienta



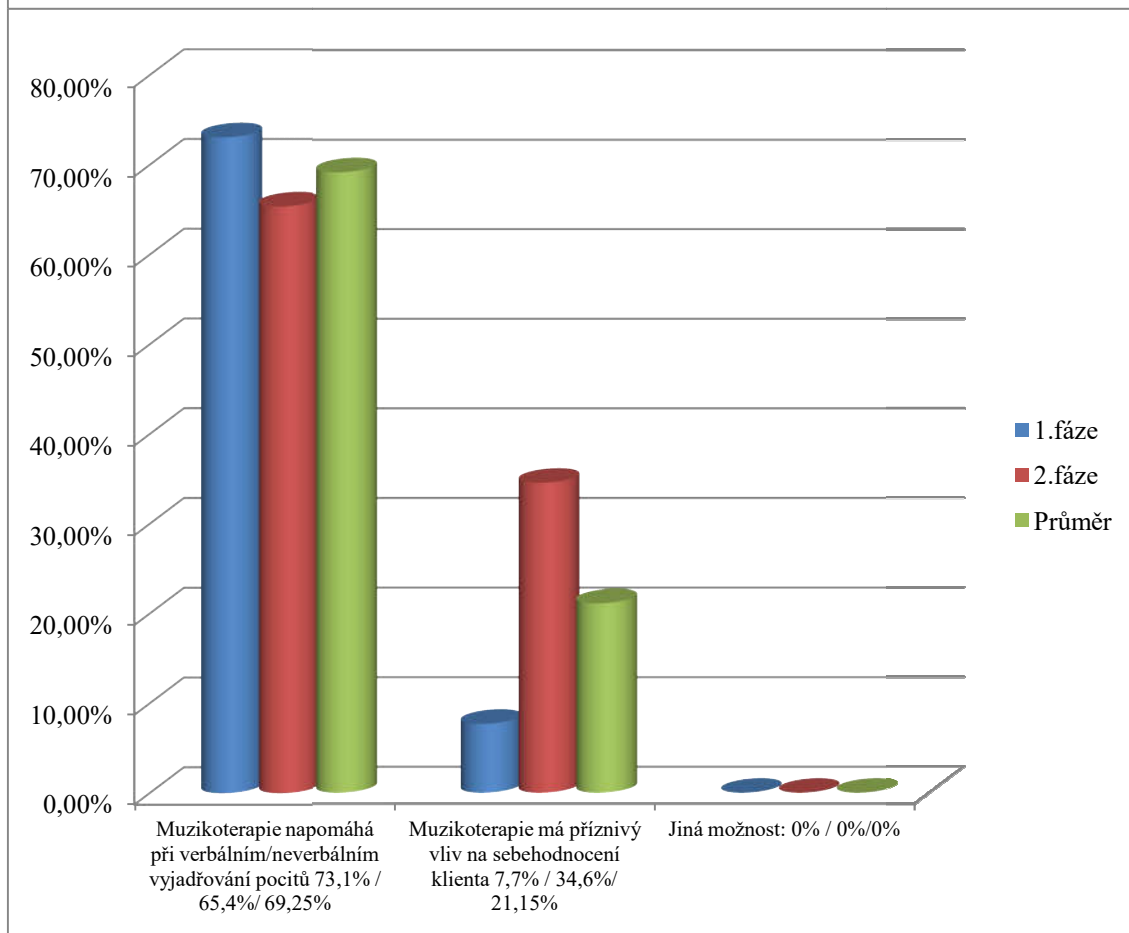
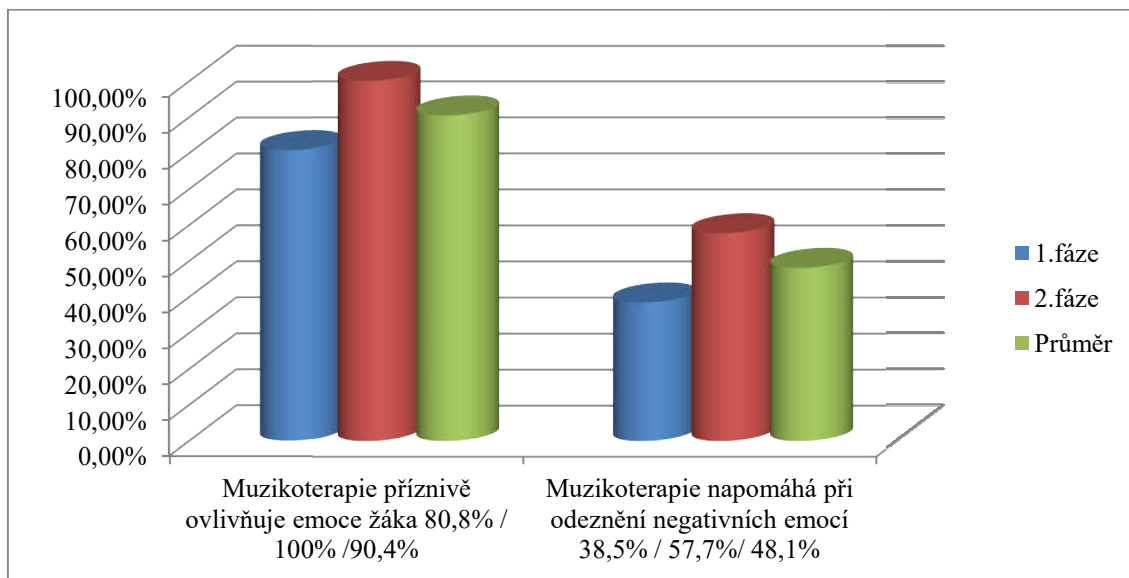
8. Vliv muzikoterapie na vnímání klienta



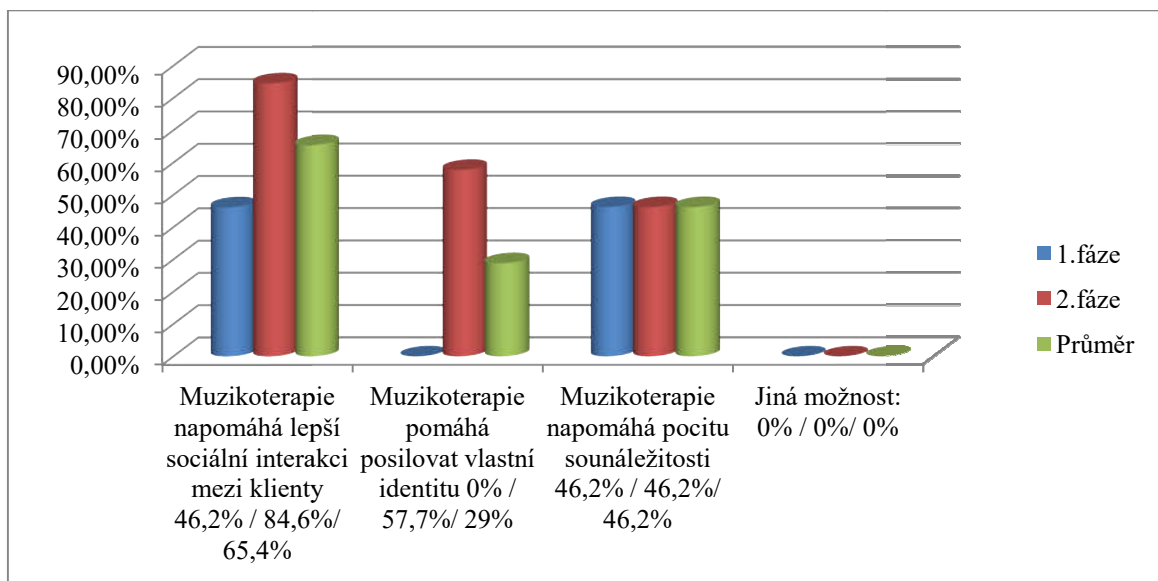
9. Vliv muzikoterapie na pozornost a paměť klienta



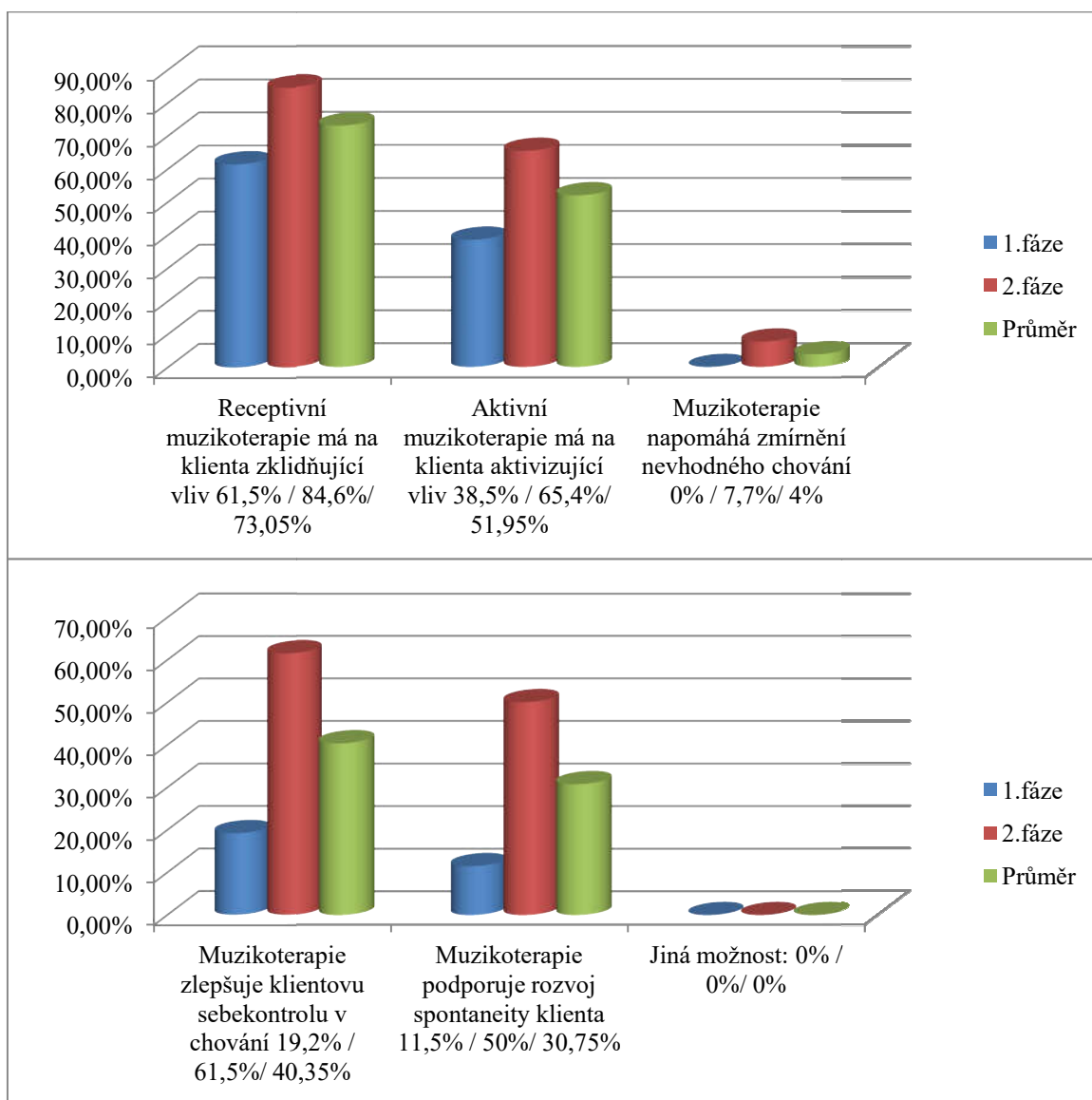
10. Vliv muzikoterapie na emoce klienta



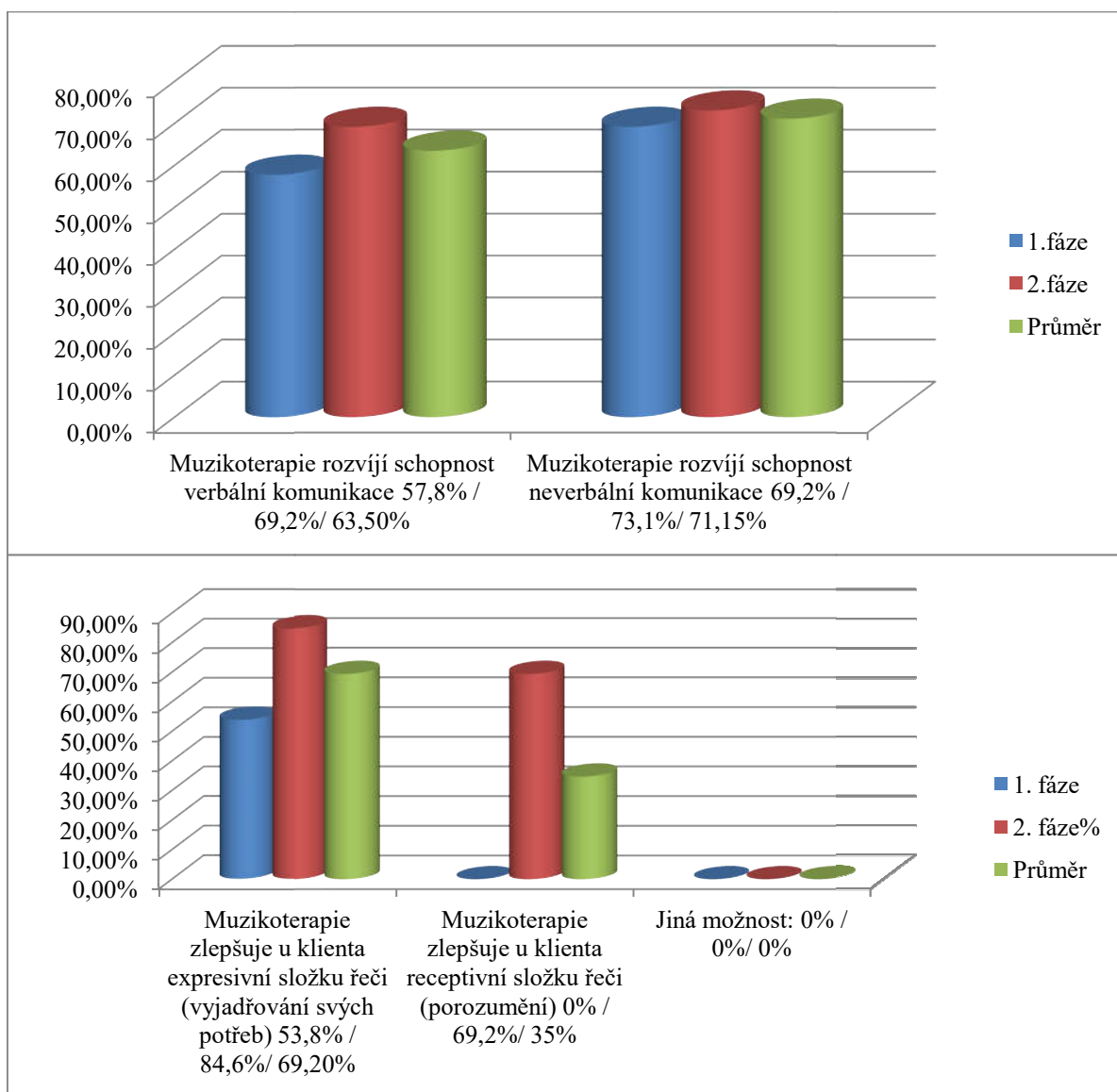
11. Vliv muzikoterapie na sociální interakci klienta



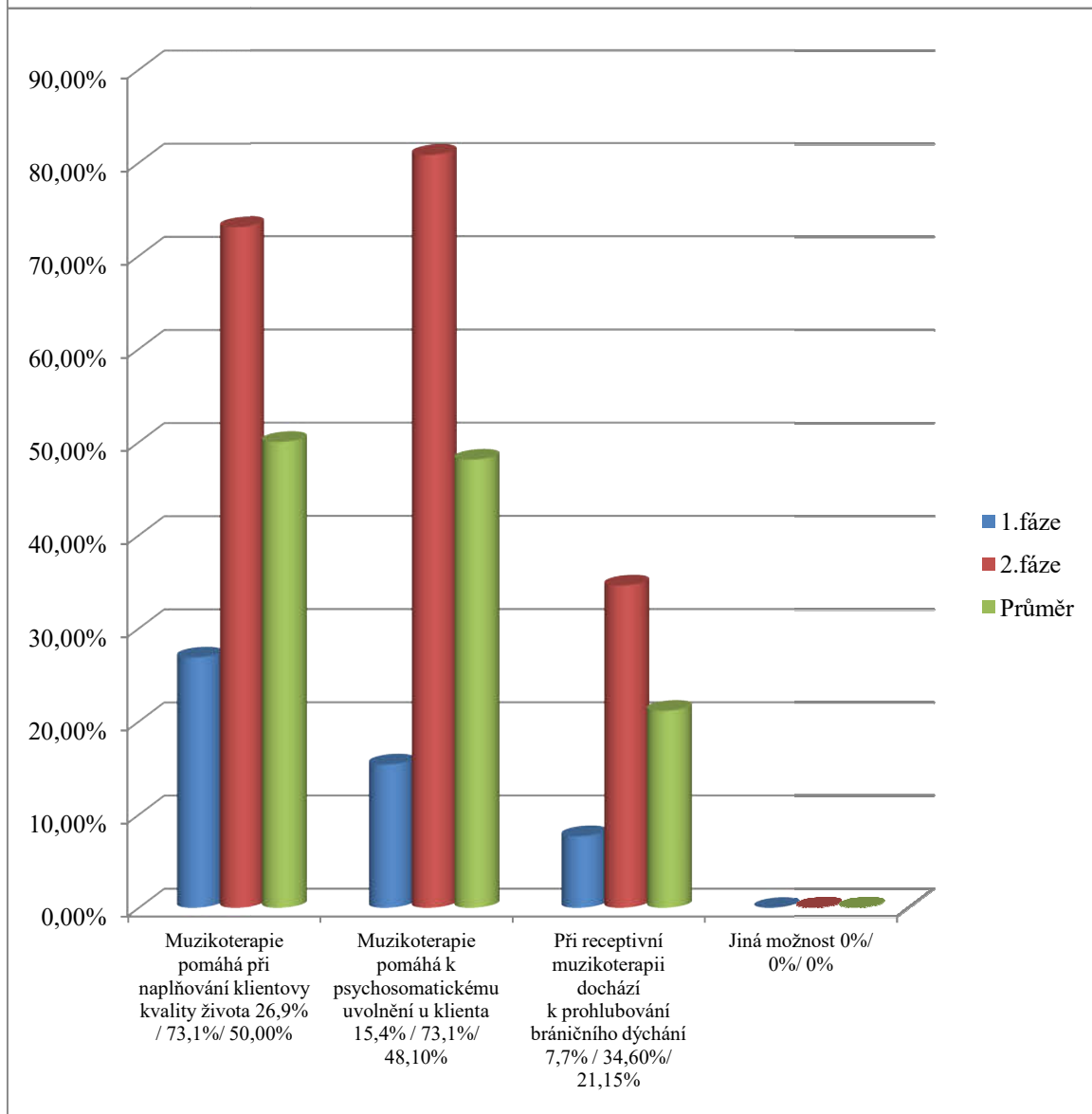
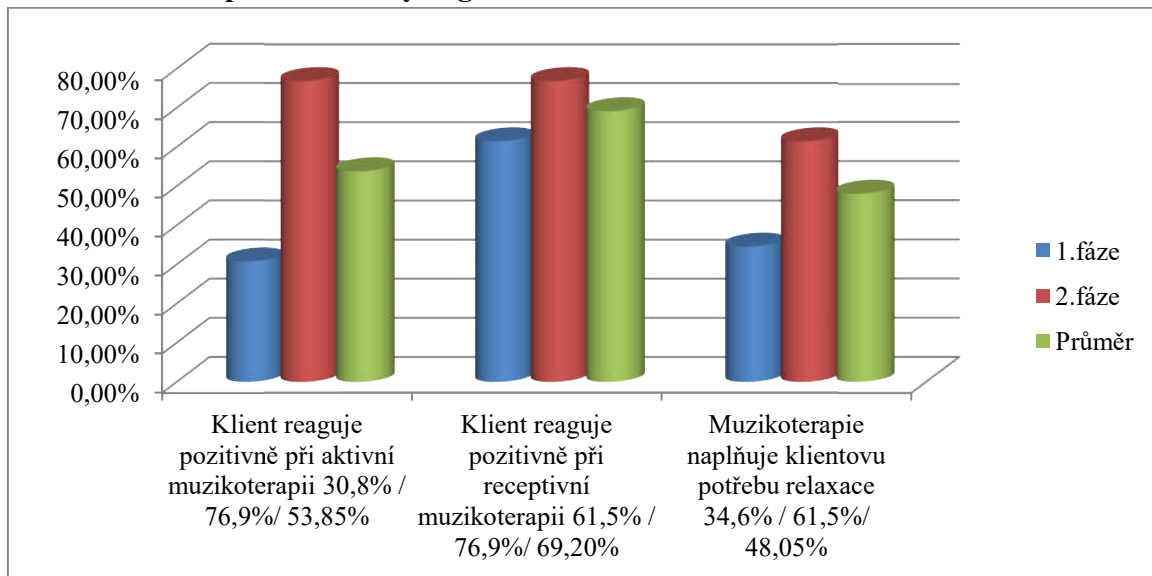
12. Vliv muzikoterapie na chování klienta



13. Vliv muzikoterapie na komunikaci klienta



14. Vliv muzikoterapie na celkový organismus klienta



Příloha G: Informační leták pro rodiče

Jsem studentka Univerzity Palackého obor speciální pedagogika a absolventka kurzu Celostní muzikoterapie PaedDr. Lubomíra Holzera. Nyní studuji poslední ročník magisterského studia a jako téma své diplomové práce jsem si vybrala „Celostní muzikoterapie u osob s kombinovanými vadami a poruchami autistického spektra„.Ve SPOLU jsem již dříve působila jako asistentka při programu Divadlem spolupracujeme a toto místo jsem si velice oblíbila. Z toho důvodu jsem si ho vybrala pro realizaci praktické části diplomové práce.

K Celostní muzikoterapii jsem se dostala skrze nadšení pro intuitivní hudbu, zálibu v hudební nástroje všeho druhu a studium speciální pedagogiky. Tento druh muzikoterapie mě oslovil, jelikož pomocí vibrací nástrojů s přírodních materiálů a přirozeným laděním se můžeme přiblížit více k přírodě a tudíž také zpátky k sobě, včemž spatřuji ten nejléčivější efekt. Je to způsob jak pomocí zvuku docílit emočního uvolnění, odeznívání hyperaktivity, přesun pozornosti, hluboké relaxace a koncentrace, energizace, ladění všech tělesných systémů a jejich harmonizace. Zvuk je určité spektrum vibrací a lidský organismus je složen s jednotlivých buněk a atomů, které také vibrují. Určité vibrace nás mohou uvádět do klidu nebo také rozrušit.

Jelikož v Celostní muzikoterapii je využíváno pouze nástrojů s přirozením laděním (ladění bohaté na alikvótní tóny) hudba příznivě působí na celý lidský organismus a nejhlubší složky osobnosti. Tak se při muzikoterapii stačí pouze naladit na vibrace hudby a ta vše ostatní udělá za nás. V tom vidím kouzlo Celostní muzikoterapie.

V případě zájmu mě prosím osobně kontaktujte do konce října na tuto emailovou adresu.

Kontakt :

Karina Langová
email: karcalan@seznam.cz

Kapacita volných míst: 6

Kdy?

Každý pátek od 15:00 do 17:00 v prostorách MÍSA
1.patro,
Dolní náměstí 38, Olomouc (bezbariérový přístup),
popřípadě budova UP (ul. Purkrabská)

Co je potřeba

Sebe a svůj hlas, karimatku,
deku nebo spací pytel (pro pasivní část)



Celostní muzikoterapie

Program je určený pro osoby se zdravotním postižením ve věkovém rozmezí od 15 do 46 let. Náplní programu je rozvoj motorických dovedností, koncentrace a pozornosti prostřednictvím seznámení se s hudebními nástroji a skupinového tvoření. Dále také uvolnění a relaxace kde skrze kombinaci zvuků a vibrací nástrojů s přirozením laděním dochází k harmonizaci nejhlubších vrstev osobnosti.

Co je Celostní muzikoterapie?

Celostní muzikoterapie je léčebná metoda kde s pomocí kombinací zvuků a vibrací nástrojů s přirozením laděním a intuitivního zpěvu tvoříme živou hudbu tady a teď a to jak její receptivní, tak i aktivní provedení. Při tvorbě může být každý tvůrcem i účastníkem zároveň a to bez jakékoliv předešlé znalosti hry na hudební nástroj. Účinkem muzikoterapie je emoční uvolnění, harmonizace, hluboká relaxace a koncentrace. Také zábava a radost se společného naladění a tvoření harmonické hudby, při níž si můžeme procvičit rytmické dovednosti a motorické schopnosti.

Naše setkávání se bude dělit na aktivní a pasivní část.

V **aktivní části** budeme pomocí hudebních nástrojů a perkusivních nástrojů vytvářet živou a nabíječící hudbu, v níž se budeme vzájemně sladovat a vytvářet harmonický hudební celek. A to prostřednictvím seznamování s hudebními nástroji a učením základních pravidelných rytmů na buben.

Pasivní část bude prováděna prostřednictvím „*prožitkové relaxace*“, ve které si vytvoříme klidnou atmosféru a hudba, jenž bude produkována terapeutem, bude přijímána v klidové poloze (nejlépe v leže na matraci). Tak bude docházet k celkovému uvolnění a hluboké relaxaci, která pozitivně působí na celý lidský organismus.

Příloha H: Používané nástroje



Obrázek 1: bubny djembe



Obrázek 2: tibetské mísy



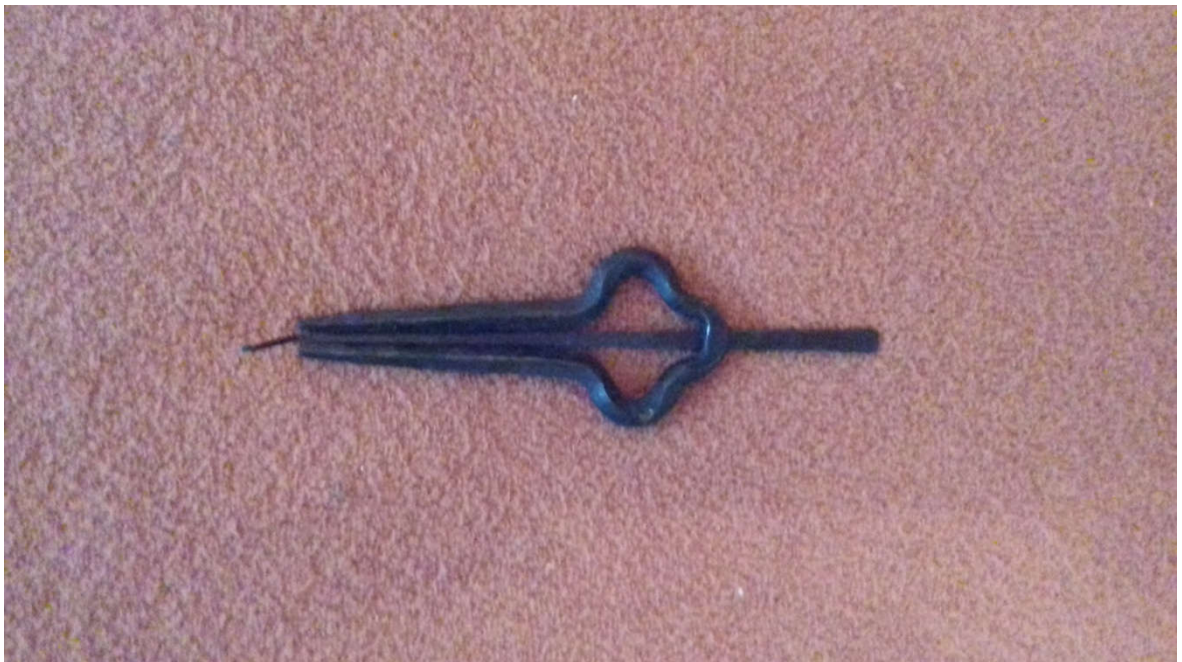
Obrázek 3: salašnická fujarka, ústní harfa, didgeridoo



Obrázek 4: šamanský buben



Obrázek 5: dvojitá flétna



Obrázek 6: brumle

Příloha I: Seznam zkratk

AISBL -Association international sans but lucratif

AMTA - Americká muzikoterapeutická asociace

CMLH – Celostní muzikoterapie Lubomíra Holzera

CZMTA - Muzikoterapeutická asociace České republiky

DMO – Dětská mozková obrna

EMTC - European Music Therapy Confederation

EU – Evropská unie

FF - Filozofická fakulta

MAUT – Mezinárodní asociace uměleckých terapií

MT – Muzikoterapie

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

UPOL – Univerzita Palackého Olomouc

WFMT - World Federation of Music Therapy

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika sledovaného vzorku str.47