

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI



Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Marie Horská

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a střední školy a francouzská
filologie

**TECHNIKY MUZIKOTERAPIE V PROSTŘEDÍ PSYCHIATRICKÝCH
LÉČEBEN**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.

OLMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím uvedené literatury a pramenů.

V Olomouci dne 24. 6. 2010

.....
Autorka práce

Děkuji Mgr. Pavlu Svobodovi, Ph.D. za odborné vedení práce, prim. MUDr. Františku Čihákovi za umožnění zpracování praktické části na dětském oddělení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě, paní terapeutce Ivaně Vargové a všem zúčastněným zaměstnancům a pacientům za ochotu a vstřícný přístup.

Obsah

ÚVOD.....	6
1. MUZIKOTERAPIE	7
1.1. Vymezení a definice muzikoterapie.....	7
1.2. Historie muzikoterapie	8
1.3. Současnost.....	10
1.4. Druhy muzikoterapie.....	12
1.4.1. Hudební autoterapie a heteroterapie	12
1.4.2. Individuální, skupinová a hromadná muzikoterapie	12
1.4.3. Aktivní a pasivní muzikoterapie.....	13
1.5. Metody a techniky muzikoterapie	15
1.5.1. Hudební improvizace.....	16
1.5.2. Hudební interpretace	18
1.5.3. Kompozice hudby.....	20
1.5.4. Poslech hudby.....	21
1.5.5. Další techniky muzikoterapie	22
2. PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY	24
2.1. Definice psychiatrie.....	24
2.2. Historie.....	24
2.3. Současná psychiatrická péče v České republice.....	26
2.3.1. Lůžková psychiatrická péče	27
2.3.2. Dětská a dorostová psychiatrie (pedopsychiatrie).....	27
2.4. F90 – hyperkinetické poruchy	28
2.4.1. Základní symptomy hyperkinetické poruchy	30
2.4.2. Terapie	31
3. PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA HAVLÍČKŮV BROD	32
3.1. Historie léčebny.....	32
3.2. Současnost.....	33
3.3. Muzikoterapie v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod	34

3.4. Dětské oddělení	36
3.4.1. Muzikoterapie na dětském oddělení	37
3.4.2. Terapeutická skupina – vzorek klientů	38
3.4.3. Popis hodiny muzikoterapie	40
4. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
4.1. Výzkumné úkoly	41
4.1.1. Hypotézy.....	41
5. POPIS VÝZKUMNÉ METODY.....	42
5.1. Sběr dat a testování hypotézy	43
5.1.1. Výsledky hodnocení	44
6. DISKUZE	52
ZÁVĚR	53

SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ

Úvod

Téma *Techniky muzikoterapie v prostředí psychiatrických léčeben* jsem si zvolila ze dvou důvodů. První z nich je ten, že mám k hudbě velmi blízko. Už od dětství ráda poslouchám hudbu a hraji na klavír.

Zajímalo mě, jak bych hudbu mohla využít k pomoci druhým lidem. Proto jsem se v loňském roce přihlásila na kurz muzikoterapie. Ten mě velmi inspiroval a po jeho absolvování jsem se rozhodla získané poznatky využít.

Druhým důvodem k výběru tohoto tématu je skutečnost, že bydlím ve městě, kde se nachází rozsáhlý komplex psychiatrické léčebny. Její prostředí pro mě není neznámé, protože ve škole při této psychiatrické léčebně jsem vykonávala souvislou praxi.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická se zabývá teorií muzikoterapie – jejími druhy a především technikami, které jsou využívány v praktické části.

Jako cíl bakalářské práce jsem si stanovila zjistit, které techniky muzikoterapie lze nejlépe využít pro dětské pacienty s hyperkinetickou poruchou.

V souladu s tímto cílem jsem na dětském oddělení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě vybrala skupinu chlapců ve věku devět až jedenáct let s diagnózou hyperkinetická porucha chování. Pro děti z této skupiny jsem každý týden připravovala program, který využíval techniky zařazené do tohoto šetření. Na konci každé hodiny děti hodnotily, které je nejvíce zaujaly. Na základě tohoto hodnocení bylo možné určit, které techniky jsou v popředí zájmu dětí s hyperkinetickou poruchou.

Věřím, že tato práce se stane přínosem pro všechny, kdo využívají hudbu při terapii dětských pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Muzikoterapie

Tato práce se zabývá technikami a využitím muzikoterapie v psychiatrických léčebnách. Je třeba nejprve definovat, co muzikoterapie vlastně je. Následující odstavce vymezují pojem muzikoterapie a uvádějí související definice. Další část práce je věnována historii a současnosti muzikoterapie. Následuje popis druhů a forem muzikoterapie a rovněž i technik, které muzikoterapie využívá.

1.1. Vymezení a definice muzikoterapie

Muzikoterapie je souhrn terapeutických přístupů, které spadají do oblasti tzv. expresivních terapií. Expresivní terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky. V případě muzikoterapie to jsou především prostředky hudební. (Kantor, 2009)

Pojem muzikoterapie má řecko-latinský původ. *Moisika* (řecky) a *musica* (latinsky) znamená hudba. *Therapeia, therapeineio* (řecky) a *iatreia* (latinsky) znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat. Muzikoterapie je tedy léčení nebo pomoc člověku hudbou. Někdy se používá také český překlad „hudební terapie“. (Kantor, 2009)

Ovšem Linka (1997) uvádí, že mnohdy při užívání hudby nemusí vždy jít o léčení v pravém slova smyslu: „Jestliže hudba například tiší bolest, napomáhá diagnóze nebo působí preventivně, jde o účinky jistě blahodárné, ne však přímo léčivé.“ (Linka, 1997, s. 37). Uvádí zde příklad, že ve stomatologické ordinaci může vhodně vybraná hudba utlumit bolest zákroku, avšak neuzdraví poškozený zub. Nebo například tělesně postiženým jedincům hudba může zpříjemňovat, usnadňovat a obohacovat život, neodstraní však jejich handicap. Podle Linky tedy nejde o léčení hudbou, ale o léčení s hudbou.

I. Poledňák ve svém Stručném slovníku hudební psychologie (1984, s. 206) uvádí, že: „Muzikoterapie je označení pro léčebnou metodu používající hudby jako terapeutického prostředku.“

Podle Mátejkové (1991, s. 5) muzikoterapie představuje jednu „z moderních progresivních terapeuticko-výchovných metod vysoce komunikativního charakteru zaměřenou na preventivní a léčebné působení na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií.“

Jak můžeme vidět, definice muzikoterapie různých autorů se od sebe liší. Každá z nich klade důraz na něco jiného. V moderní muzikoterapii neexistuje jeden přístup k léčení hudbou. (Zeleviová, 2007) Proto nelze vytvořit jedinou obecně přijímanou definici muzikoterapie. Mezinárodně akceptovaná je definice Světové federace muzikoterapie z roku 1996:

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

1.2. Historie muzikoterapie

Hudba a rytmus jako léčebné prostředky byly lidmi využívány už v pravěku. Hudba byla neodmyslitelně spjata s náboženským a sociálním životem. Byla chápána jako forma komunikace s nadpřirozenými silami. Byl to také způsob boje s úzkostí a chorobami. Při magickém léčení a zaklínání byl hlavní rytmus vytvářen například tlučením holí do dutého kmene nebo o kámen. Měnila se přitom intenzita a tempo a

magický vliv tohoto rytmu ještě umocňoval šaman svým zpěvem. Ten obsahoval výrazově působící slova a rytmus úderů, tempo a dynamika zpěvu strhávaly ostatní k živelnému pohybovému projevu. Často tato hudba navozovala stav změněného vědomí. (Šimanovský, 2007; Zeleiová, 2007)

Postupně se z primitivního způsobu magického léčení vyvinuly určité formy rituálu, jež se diferencovaly vzhledem k jednotlivým druhům onemocnění. Věřilo se, že hudba, kterou provozuje šaman, účinně zahání a vyhání z těla nemoci a zlé duchy. (Šimanovský, 2007; Zeleiová, 2007)

Téměř všechny starověké civilizace znaly terapii hudbou. Léčení hudbou se vyskytovalo u starověkých Židů, Peršanů, Babyloňanů, Asyřanů, Řeků i Římanů. V Bibli ve Starém zákoně najdeme příběh o Davidovi, léčícím hrou na harfu deprese krále Saula. V Egyptě plavili nemocné po Nilu na loďkách za doprovodu uklidňující hudby. Terapeutická hodnota hudby byla uznávána i ve starověkém Řecku. Je to patrné i z toho, že bůh Apollon byl bohem hudby a zároveň byl uctíván jako dárce zdraví. (Šimanovský, 2007; Linka 1997)

Za předchůdce muzikoterapie můžeme považovat řecké filozofy Pythagora, Platona a Aristotela. Pro Pythagora byla hudba odrazem kosmického pořádku. Předpokládal, že hudba je tento řád schopna nastolit i v člověku. (Šimanovský, 2007; Linka 1997)

Platon a Aristoteles koncipovali dva stěžejní možné muzikoterapeutické postoje, co se týče volby prostředků. Platonův etický princip navozuje žádoucí psychický stav hudbou stejného ladění (chceme-li například někoho rozveselit, zahrajeme mu něco veselého). Anebo nežádoucí psychický stav odstraňuje hudbou opačného ladění. Naopak Aristotelův katarzní princip je založen na tom, že žádoucí psychický stav navozujeme hudbou opačného ladění (pokud chceme někoho rozveselit, zahrajeme mu něco smutného, aby mohl svůj smutek prožít a vyplavit jej ze sebe). (Šimanovský, 2007; Linka 1997)

Zmínky o uzdravení hudbou najdeme i v řeckých mýtech, např. zastavení Odysseova krvácení zpěvem jeho syna Autolykose. Vliv hudby je zachycen i v příběhu Odysseova očarování Sirénami nebo v mýtu o Orfeovi, kde hlavní hrdina

zneškodňuje hudbou podsvětní duchy a osvobozuje Eurydiku. (Šimanovský, 2007; Linka 1997)

Římané převzali tradici muzikoterapie od Řeků. Lékař Galenos doporučoval hudbu například jako protijed při uštknutí hadem. (Šimanovský, 2007; Linka 1997)

Ve středověku v Evropě zájem o hudební léčbu téměř vymizel. Obecně uklidňující funkci ale hudba sehrávala v rámci různých křesťanských církevních obřadů. (Šimanovský, 2007)

Nová muzikoterapeutická koncepce se objevila v 17. a 18. století. Byla to tzv. iatromusica. Mezi základní principy tohoto oboru patřilo učení o harmonii kosmu, která se promítá pomocí hudby do živého organismu. Pozornost se věnovala i fyziologickým a biochemickým procesům při percepci hudby. (Šimanovský, 2007; Linka 1997; Poledňák 1984)

Další dvě hudebně-léčebné koncepce, které se prosadily v 18. století, byly koncepce fyzikálně-fyziologická, podle níž hudba nepůsobí přímo na lidskou psychiku, ale na nervový systém, což způsobí otřes celého organismu a důsledkem tohoto otřesu je léčebná reakce. Druhá koncepce bývá označována jako psychologická nebo také psychofyziologická. Ta se nezabývá fyzikálními účinky zvuku na tělo, ale říká, že hudba působí na duši, v níž způsobuje afekty, které působí na nervový systém a důsledkem je požadovaná léčebná reakce. (Šimanovský, 2007; Linka 1997; Poledňák 1984)

Ve 2. polovině 19. století se medicína stala přísně exaktní vědou. Muzikoterapie byla zavržena jako něco nevědeckého, šarlatánského. (Šimanovský, 2007; Linka 1997; Poledňák 1984)

1.3. Současnost

Zásadní změny nastaly kolem druhé světové války, kdy je rozvoj muzikoterapie charakterizován dvěma základními proudy: tzv. americkou školou a o něco mladší švédskou školou. (Šimanovský, 2007; Linka 1997; Poledňák 1984)

Americká škola vznikla už před druhou světovou válkou v roce 1927. Značný kredit získala americká muzikoterapie za války, během níž se hudba osvědčila v americké armádě jako prostředek proti sebevraždám vojáků. V americké škole je muzikoterapie chápána jako pomocná psychoterapeutická metoda. V roce 1950 byla založena National association for music therapy a v roce 1964 začal vycházet časopis Journal of music therapy. V současné době existují v USA různé univerzitní programy pro vzdělávání a výcvik v muzikoterapii. Významné osobnosti americké školy jsou například: I. M. Altshuler, H. Douglas, L. A. Benedict, K. F. Blanke atd. (Šimanovský, 2007; Linka 1997; Poledňák 1984)

Švédská škola je spojena především s osobností A. Pontvika. Na rozdíl od americké školy přisuzuje muzikoterapii v léčebném procesu centrální místo. Je to proto, že hudba může svými prostředky pronikat do hlubších vrstev osobnosti než mluvené slovo. V roce 1942 založil Pontvik ve Stockholmu muzikoterapeutický institut. (Šimanovský, 2007; Linka 1997; Poledňák 1984)

Po druhé světové válce se uskutečňovaly pokusy o muzikoterapii na univerzitě v Lipsku. Odtud pochází název muzikoterapeutické školy v Německu – Lipská škola. Jejimi představiteli jsou Ch. Kohlerová a Ch Schwabe. Vysokou úroveň má muzikoterapie ve Francii, Anglii a v Polsku. (Šimanovský, 2007; Linka 1997; Poledňák 1984)

„V České republice se muzikoterapie začala využívat především v Praze v psychiatrické léčebně v Bohnicích, na Foniatické klinice M. Seemana a na foniatickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho.“ (Šimanovský, 2007, s. 23). V oblasti muzikoterapie u nás dlouhodobě působí J. Schánilcová-Vodňanská. Dalšími osobnostmi v této oblasti v České republice jsou například Josef Krček, Arne Linka, Matěj Lipský, Zdeněk Šimanovský atd. Při lékařské společnosti v Praze v současnosti existuje sekce muzikoterapie. (Šimanovský, 2007)

1.4. Druhy muzikoterapie

Muzikoterapii lze třídit z několika různých hledisek. Můžeme ji dělit podle toho, zda ji provádí hudbou ovlivňovaný jedinec sám na sobě nebo ji na něm provádí někdo jiný. Dále se MT dělí z hlediska pacientovy účasti na terapeutickém hudebním dění a také podle počtu zúčastněných pacientů. (Linka, 1997)

1.4.1. Hudební autoterapie a heteroterapie

Podle toho, zda muzikoterapii provádí jedinec sám na sobě nebo ji na něm uskutečňuje někdo jiný, rozlišujeme hudební autoterapii – sebeléčbu a hudební heteroterapii, ve které je pacient a terapeut jiná osoba. (Linka, 1997)

Autoterapii může klient uplatnit například tehdy, když po ukončení ambulantního nebo ústavního léčení sám na sobě pokračuje v muzikoterapeutických praktikách, které před tím provozoval pod vedením muzikoterapeuta. Autoterapii jako prevenci uskutečňují lidé, kteří poslouchají nebo provozují hudbu v zájmu své mentální hygieny. (Linka, 1997)

V léčebných zařízeních se mnohem více využívá hudební heteroterapie. Oproti autoterapii by měla být profesionální, což by mohlo znamenat větší psychoterapeutický účinek. Autorapie má zase výhodu větší intimity a pacientovy svobodnější volby. (Linka, 1997)

1.4.2. Individuální, skupinová a hromadná muzikoterapie

Podle počtu klientů, kteří se podílejí na terapeutickém procesu, rozlišujeme: individuální, skupinovou, hromadnou muzikoterapii a kombinaci těchto forem.

- Individuální muzikoterapie – je založena na vztahu mezi terapeutem a klientem. Většinou se realizuje na samostatných sezeních s klientem, ale může probíhat také při práci se skupinou. (Kantor in Müller, 2007)

Individuální muzikoterapie má výhodu větší intimity a diskrétnosti. Proto se hodí hlavně pro pacienty uzavřené, nesmělé, bázlivé, ostýchavé, s poruchami

sebehodnocení, ale i pro ty, kteří si přejí, aby jejich léčby zůstala v tajnosti. (Linka, 1997)

- Skupinová muzikoterapie – využívá skupinovou dynamiku (Kantor in Müller, 2007), kterou Pedagogický slovník (2008, s. 214) definuje jako „psychologické síly a procesy působící v rámci malé skupiny (např. školní třídy), které určují sociologické rysy skupiny jako celku a ovlivňují chování jednotlivých členů skupiny“.

Terapeut pracuje s otevřenou nebo fixní (= uzavřenou) skupinou.

„V uzavřených skupinách se schází stále stejní lidé po celou dobu její existence. U otevřených skupin jsou pacienti průběžně přijímáni a propouštěni, takže se jejich složení po určité době zcela obmění.“ (Vymětal, 2004, s. 69)

- Hromadná muzikoterapie – uskutečňuje se při počtu klientů větším než 30. (Zeleviová, 2007) Nevýhodou této formy terapie je snížená možnost působení terapeutického vztahu mezi terapeutem a klientem. Hromadná terapie má omezené využití. Někdy je dobré rozdělit velkou skupinu na podskupiny, které pracují samostatně. (Kantor in Müller, 2007)

1.4.3. Aktivní a pasivní muzikoterapie

Podle způsobu zapojení klienta se muzikoterapie dělí na pasivní (receptivní) a aktivní.

Aktivní muzikoterapie – „takovou muzikoterapií rozumíme přímou účast na vzniku zvuku jako improvizace instrumentální pohybové a hlasové.“ (Romanowska, 2005, s. 82). Při aktivní muzikoterapii se tedy jedinec aktivně zapojuje do terapeutické činnosti. Klienti se mohou účastnit programů aktivní muzikoterapie i bez hudebního vzdělání nebo jakékoliv hudební zkušenosti. Důležité jsou terapeutické zájmy, umělecká a estetická hodnota podaných výkonů je až druhořadá. Mezi prostředky aktivní muzikoterapie patří lidské tělo, hlas, hudební nástroje. (Linka, 1997; Kantor in Müller, 2007)

Při práci s tělem používáme dechové techniky a hru na tělo. Dech představuje elementární příklad rytmů a zvuků, které vydává lidský organismus. Dechové techniky se objevují v řadě relaxačních metod a cvičení. Hrou na tělo můžeme vytvořit širokou škálu zvuků (tleskání vlastníma rukama o sebe nebo o vlastní hrudník, stehna apod., anebo vlastní rukou o ruku souseda, luskání prsty apod.). Hru na tělo lze použít také jako doprovod k hlasovým technikám. (Linka, 1997; Kantor in Müller, 2007)

Při práci s hlasem se setkáváme s hlasovou improvizací, rytmizací a melodizací říkadla a textů a se zpěvem písní. Do hlasové improvizace patří vokalizace, kreativní zpěv manter a šamanských písní. Vokalizace je zpěv vokálů, případně jejich kombinace s hláskami v krátké slabiky. Mantry jsou slabiky a slova, která lze skládat do složitějších útvarů. Podobně jako šamanské písně, nemají žádný sémantický význam. Rytmizace a melodizace textu pomáhá rozvíjet řeč a rytmické cítění. Spojení textu s rytmem a melodií pomáhá lepšímu zapamatování. K podobným účelům může sloužit také zpěv písní. Zde je velmi důležité zvolit takový repertoár, který odpovídá hudební a rozumové vyspělosti klientů. (Linka, 1997; Kantor in Müller, 2007)

Hra na hudební nástroj – v muzikoterapii se objevují různé nástroje. Můžeme je rozdělit do několika skupin: tradiční západní nástroje, etnické nástroje, vlastnoručně vyráběné nástroje. Z tradičních západních nástrojů se nejčastěji využívá klavír a kytara. Jejich nevýhodou je to, že klientům se na ně daří improvizovat až po zvládnutí určité techniky. Přesto se ale dá nalézt způsob, jak některý z těchto nástrojů zařadit do technik aktivní muzikoterapie (př. prozkoumávání možností hry na dotyčný nástroj). Velmi oblíbený je Orffův instrumentář, do kterého patří například dětské bubínky a dětské tympany, zvonečky, ozvučná dřívka – claves, dětské činely, prstové činely či kastaněty, dřevěné klepače a štěrchadla, stisk pandeira, maracas – rumba-koule, tamburíny s talířky – miniaturními činely, dětské činely a triangel. Bohatě uplatnění mají v muzikoterapii nástroje různých etnických kultur. Požívají se především rytmické a jednoduché melodické nástroje (např. bongu, šamanské bubínky, africké djembe,...). Dále můžeme také použít nástroje, které si klienti vyrobí sami. (Linka, 1997; Kantor in Müller, 2007)

K dalším technikám v aktivní muzikoterapii patří psaní písní, kompozice hudby, příprava a realizace hudebních vystoupení. (Linka, 1997; Kantor in Müller, 2007)

Pasivní (receptivní, poslechová) muzikoterapie – „poslouchání hudby zvolené podle potřeby jedince nebo celé skupiny a následné sdělování eventuálních dojmů.“ (Romanowska, 2005, s. 79). Od termínu pasivní muzikoterapie se pomalu upouští, protože klient během poslechu není pasivní. Hudba v receptivní muzikoterapii může být buď živě hraná muzikoterapeutem nebo reprodukována.

Živě hraná hudba je náročnější pro muzikoterapeuta, protože musí disponovat dobrými hudebními a improvizacími schopnostmi. Výhodou ale je to, že může lépe reagovat na dění ve skupině. Někteří autoři (např. König) dokonce reprodukovanou hudbu odmítají, protože v ní chybí mezilidský kontakt. (Linka, 1997; Kantor in Müller, 2007)

Použití reprodukovévané hudby neklade tak velké požadavky na hudební dovednosti a nástrojové vybavení terapeuta. Pro kvalitní poslech je ale zapotřebí mít dobré technické vybavení. Někteří klienti odmítají reprodukovanou hudbu, protože při ní vnímají rušivé zvuky způsobené například zastaralostí reprodukčního zařízení. Naopak zase jiní jedinci upřednostňují kvalitní hudbu reprodukovanou. Oceňují diskrétní prostředí (nejlépe domácí), možnost vytvoření si pohodlí (např. vleže). Nehrozí hráčské chyby, je možnost regulace hlasitosti a také možnost nahrávku kdykoliv zastavit nebo si přehrát znovu oblíbenou pasáž. (Linka, 1997; Kantor in Müller, 2007)

1.5. Metody a techniky muzikoterapie

Metoda je v muzikoterapii definována jako „zvláštní typ hudební zkušenosti používaný pro diagnostiku, intervenci nebo evaluaci“ (Bruscia in Kantor, 2009, s. 183). Používají se čtyři základní typy hudebních zkušeností – jsou to metody: hudební improvizace, hudební interpretace, kompozice, poslech hudby.

Každou metodu lze různě obměňovat. Tyto obměny nazýváme variacemi. Za účelem zapojení klienta do určité hudební zkušenosti, terapeut využívá tzv. procedury – organizované sekvence operací a interakcí. Uvnitř každého procedurálního kroku může terapeut využít množství technik. Technika je „jednotlivá operace nebo interakce, kterou terapeut použije k dosažení bezprostřední reakce klienta nebo ke tvarování jeho hudební zkušenosti“ (Bruscia in Kantor, 2009, s. 183)

1.5.1. Hudební improvizace

Hudební improvizace představuje stěžejní techniku práce muzikoterapeuta. Představuje spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů. Důležitým úkolem terapeuta je pomoci vytvořit emocionálně příznivé prostředí, které bude klienta podporovat a motivovat k hudebnímu vyjadřování. Improvizaci lze využít jako diagnostiku nebo jako terapii. (Kantor, 2009; www.muzikoterapie.cz, 2005)

Jako diagnostika je improvizace projektivní technika, kdy nástroj nebo jiný výrazový prostředek (hlas, pohyb) zastupuje hráčovo alter ego (druhé já) a odráží vnitřní svět hráče. Klient může vyjádřit pocity, které je obtížné sdělit verbálně. Terapeut se snaží porozumět improvizaci na základě pocitů, které v něm klientova hra vyvolává. Improvizace je ale často doplněna verbální diskusí s klientem. Rozlišujeme individuální a skupinovou hudební improvizaci. V individuální improvizaci se ukazují problémy jednotlivce, struktury jeho osobnosti, sebepojetí a prožívání. Skupinová improvizace umožňuje mapovat sociální interakce klientů, jejich vztahy, postavení uvnitř skupiny a schopnosti neverbální komunikace. (Kantor, 2009; www.muzikoterapie.cz, 2005)

Improvizace jako terapie poskytuje prostor ke svobodnému prozkoumávání nových způsobů chování, vyjadřování, komunikace a sociálních interakcí. Umožňuje vytvořit neverbální komunikační kanál a most k verbální komunikaci. Improvizační

činnosti jsou pro klienta příležitostí k rozvoji kreativity, spontaneity a hravosti. (Kantor, 2009; www.muzikoterapie.cz, 2005)

Rozlišujeme dva typy improvizace – volnou a strukturovanou. Při volné improvizaci klienti hrají, co je právě napadne. Klient tedy jedná na základě svých vlastních pravidel. O strukturované muzikoterapii mluvíme tehdy, když klienti hrají podle předem stanovených pravidel. Ta jsou strukturovaná podle toho, na co se momentálně v terapii klade důraz. (Zelevá, 2007)

Improvizace podle Zelevé (2007) může být:

- Fázově specifická – reaguje na aktuální skupinovou dynamiku (stupeň soudržnosti, tenze, nejistoty,...).
- Situační – vychází z konkrétního dění ve skupině a reaguje na něj (únava, odmítání,...). Nápad se uskutečňuje okamžitě. Tato hra může reagovat na nějaký rozhovor, gesto,...
- Tematická – tematizuje nějaký skupinový fenomén. Dominuje u ní předem formulované téma, které oslovilo členy skupiny.
- Asociační – nabízí zvukové ztvárnění určitých představ, zvláště přírodních úkazů. Pracuje s představou a její zvukovou podobou.
- Uvolňující (relaxační) – cílem je uvolnění a dobrý pocit z odpočinku, umožňuje odreagování.
- Intermediální – pracuje také s jinými médii, než je zvuk. Do hry je zařazen pohyb, tanec, malba, dramatizace,...
- Rolová – umožňuje zvukové ztvárnění určitých rolí, v nichž klienti opakují svá komunikační schémata.
- Integrovaná – dává prostor pro projekci minulých zkušeností, vztahů, vlastností některého klienta do připravené, simulované scény.

1.5.2. Hudební interpretace

Hudební interpretace je direktivnější způsob práce. Spočívá v reprodukci předem známého hudebního materiálu. Podobně jako u hudební improvizace je možné kromě hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů využít také pohybu a dalších uměleckých prostředků. V hudební interpretaci nejde vždy jen o reprodukci skladby, ale může to být i kreativní způsob práce. Zahrnuje různé hudební aktivity a hry, ve kterých klient předvádí různé role a chování, které je předem určené. Hudební interpretace je vhodná pro klienty, kteří potřebují posílit sebedůvěru nebo kteří prožívají úzkost ze spontánního projevu. Pomáhá rozvíjet hudební dovednosti, percepční, motorické, sociální a kognitivní funkce. Buduje disciplínu a schopnost sebekontroly. Klient musí dodržovat základní pravidla, které určí terapeut. (Kantor, 2009; www.muzikoterapie.cz, 2005)

Druhy hudební interpretace:

- Vokální interpretace – „vokální reprodukce strukturovaného hudebního materiálu nebo předkomponované písně“ (Kantor, 2009, s. 195).

Nejčastější formou vokální interpretace je zpěv písní. Lidem s narušeným řečovým projevem pomáhá zlepšit jejich artikulaci, rytmus řeči a dechovou kontrolu. Lidem s mentálním postižením slouží písně k rozšiřování slovní zásoby a zapamatování informací. Seniorům mohou připomínat písně významné okamžiky jejich života, které mohou sdílet s ostatními. Každý člověk se může identifikovat s nějakou písní a jejím textem. Píseň může vyjadřovat určité poselství, vyprávět příběh, který má terapeutické využití, nebo nabízí alternativy pro chování a myšlení klienta. Pro děti nejsou moc účinné písně, které jsou abstraktní nebo obsahují věkově nepřiměřená slova. Skupinový zpěv nabízí anonymitu projevu a možnost odreagování se, zároveň přivádí zúčastněné do společného kontaktu. (Kantor, 2009; www.muzikoterapie.cz, 2005)

P. Nordoff a C. Robbins uvádějí některé principy pro výběr písní (in Kantor, 2009). Rytmická struktura, přízvuky a melodie slov písní by měly odpovídat přízvukům, které tato slova mají v přirozené řeči. Běžně používáme melodii ke

zdůraznění významu a pocitů jednotlivých slov. Slabiky, při kterých v běžné řeči hlas stoupá, by měly být zpívány vyššími tóny než slabiky, při kterých v běžné řeči hlas klesá. V písních může být přízvuk zdůrazněn pomocí delších rytmických hodnot, např. přízvučná slabika je zpívána na dvě doby, kdežto nepřízvučné slabiky pouze na jednu. Pokud melodizujeme báseň, říkanku nebo jiný text, měly by být hudebně zdůrazněny pouze přízvučné slabiky. Tyto principy zdůrazňují jednotu mezi zpěvem a textem. V muzikoterapii se ale samozřejmě používají i písně, které tyto požadavky úplně nesplňují.

Pro terapeutky také P. Nordoff a C. Robbins (in Kantor, 2009) doporučují naučit se slova i doprovod písně nazpaměť. Terapeut se pak může více věnovat klientovi nebo skupině a přizpůsobovat jim tempo, dynamiku apod.

- Instrumentální interpretace – „podstatou je reprodukce strukturovaného nebo předkomponovaného hudebního materiálu za použití hudebního nástroje.“ (Kantor, 2009, s. 195). Tyto aktivity pomáhají budovat sebedisciplínu, schopnost následovat pokyny. Zvládnutí nějaké skladby nebo melodie dává klientovi pocit ukončené úlohy, informuje jej jasněji o dosažených výsledcích než je tomu například u improvizčních aktivit. Hra na nástroj také zlepšuje motoriku, sluchovou a zrakovou perцепci, paměť a sociální dovednosti (hra ve skupině nebo instrumentálním souboru). Jednou z forem realizace instrumentální interpretace je výuka hry na nástroj. (Kantor, 2009)

Nácvik instrumentálních interpretačních aktivit probíhá většinou formou imitace nebo výukou podle nějakého druhu notace. Výuka prostřednictvím imitace spočívá v napodobování stylu hry, který předvádí terapeut nebo v postupném osvojování si skladby po krátkých úsecích. (Kantor, 2009)

- Hudební produkce – při hudební produkci se klient účastní plánování a provedení vystoupení, které může mít podobu hudební hry, dramatu, recitálu nebo jiné hudební produkce před publikem. Publikem nemusí být jen široká veřejnost, mohou jej tvořit třeba i ostatní členové terapeutické skupiny atd. Hudební vystoupení pomáhají klientům budovat sebedůvěru, sebevědomí a sebedisciplínu. Učí budovat i zodpovědnost za sebe a výsledné provedení celé produkce. Plánování hudební

produkce samotnými klienty podporuje jejich aktivitu a mohou v něm realizovat vlastní představy a nápady. Návčik nabízí příležitost osvojení různých motorických, percepčních, sociálních, komunikačních a hudebních dovedností. Hudební vystoupení pro veřejnost je vhodnou příležitostí pro psychosociální rehabilitaci handicapovaných dětí a mládeže, psychiatrických klientů seniorů nebo pacientů v nemocnicích. Díky veřejnému vystoupení se mohou lépe dostat do kontaktu s intaktními vrstevníky. Velmi důležité pro ně také je ocenění, kterého se jim po vystoupení dostane. (Kantor, 2009)

1.5.3. Kompozice hudby

Kompozice hudby zahrnuje vytváření písní, textů, instrumentálních skladeb nebo jakéhokoliv druhu hudebního produktu (hudební video, audio nahrávka). Metoda kompozice může klientovi pomoci rozvíjet dovednosti pro kreativní řešení problémů, schopnosti organizace a plánování, rozvíjí schopnosti zaznamenat vnitřní prožitky. Kompozice hudby ve skupině podporuje sdílení pocitů, myšlenek a zkušeností. (Kantor, 2009)

Tato metoda má několik variací podle Kantora (2009):

- Variace na písně – u písně je zachovaná melodie, klient mění slova, fráze nebo celý text
- Skládání písní – klient komponuje vlastní píseň nebo nějakou její část.
- Instrumentální kompozice – klient komponuje původní instrumentální kus nebo jeho část.
- Notáčnické aktivity – klient vytváří notační systém a potom komponuje píseň s použitím tohoto systému nebo notuje hudbu, kterou již dříve zkomponoval
- Hudební koláž – klient řadí za sebou zvuky, písně, hudbu za účelem vytvoření nahrávky.

Velmi oblíbenou technikou je skládání písní. Existuje několik způsobů, jak je možno postupovat. Nejjednodušší je tzv. technika fill in blank, ve které má terapeut předem připravený text písně s vynechanými slovy, které klient doplňuje. Další

technikou je spontánní skládání písní. V textech těchto písní se objevují témata, která jsou pro klienta důležitá. (Kantor, 2009)

1.5.4. Poslech hudby

Při terapeutickém poslechu klient hudbě naslouchá a reaguje na ni verbálně nebo neverbálně. Poslech hudby podporuje vyjádření myšlenek a pocitů nedirektivním způsobem. Usnadňuje také navázání kontaktů, komunikaci a interakci mezi terapeutem a klientem. Usnadňuje klientovu sebereflexi a pomáhá mluvit o jeho problémech. Při poslechu hudby by terapeut měl brát v úvahu hudební preference klienta, hudební minulost klienta, délku koncentrace pozornosti klienta, terapeutický záměr. (Kantor, 2009)

- **Výběr terapeutického repertoáru**

Výběr vhodné hudby je náročný. Závisí na druhu, stupni a fázi pacientova onemocnění, na jeho vkusu, inteligenci, hudební zkušenosti, na momentální náladě,...

Je třeba pamatovat na to, že při indikaci a aplikaci hudby je potřeba přihlížet osobním vlastnostem klientů. Můžeme tedy říci, že pro muzikoterapii se hodí téměř každá hudba, ale ne pro každého a také ne vždy. Velmi záleží na tom, komu, kdy, kde, za jakých okolností a k jakému účelu je určena. Zatím nejčastěji užívaným repertoárem je vážná hudba. (Linka, 1997)

Někteří autoři doporučují, aby využívaná hudba byla bez zpívaného textu, protože jeho význam údajně snižuje bezprostřednost emocionálního zážitku. To by se ale nemuselo vztahovat na zpěv v jazyce, který klient neovládá. (Linka, 1997)

Někteří terapeuti dávají přednost známým skladbám. Při poslechu těchto skladeb mají klienti pocit důvěrnějšího hudebního oslovení. Naopak výhodou skladeb méně známých je větší neotřelost a nečekanost zážitku. Klienti nejsou zatíženi případnými vědomostmi o skladbě ani případnými nežádoucími asociacemi, které mohou mít spojeny s určitou skladbou. (Linka, 1997)

Muzikoterapie se neomezuje jen na umělé hudbu. Podle toho, o jakou věkovou, sociální, mentálně úrovně skupinu jde, můžeme použít i jiné hudební styly. Stejně tak nemusíme využívat jen hudbu evropskou, ale můžeme použít i repertoár hudby exotické. (Linka, 1997)

- **Hudební relaxace**

Psychická a somatická relaxace prostřednictvím hudby je formou pasivního vnímání hudby zaměřené na hloubkovou relaxaci jedinců. Pomocí speciálních prostředků a postupů se cílevědomě navozuje stav psychického a somatického uvolnění. Pocit uvolnění terapeut vyvolává pomocí jednoduchých formulí, které vyslovuje v souladu s rytmem, tempem a dynamikou hudby. Verbální formulky jsou zaměřeny na vyvolání příjemného harmonického stavu. Při hudební relaxaci jsou klienti v pohodlné poloze (nejčastěji leží). Základním kritériem pro výběr hudebních skladeb při relaxaci je jejich výrazně tlumící a uklidňující účinek vyvolaný především stabilitou, pravidelností a přesností klidně plynoucího rytmu. Proces psychického a somatického uvolnění prostřednictvím hudby je možno umocnit aplikací autogenního tréninku podle I. H. Schultze. (Mátejová, 1991)

1.5.5. Další techniky muzikoterapie

- Hudba a imaginace – je to jedna z nejrozšířenějších technik receptivní muzikoterapie. V terapii se pracuje s představami, tělesnými počitky, emocemi, myšlenkami a vzpomínkami, které jsou evokovány při poslechu klasické hudby. Tato technika může být buď direktivní, nebo nedirektivní. (www.muzikoterapie.cz, 2005; Kantor in Müller, 2007)

Při direktivní nabízí terapeut klientovi konkrétní témata pro imaginaci. Vybírají se taková témata, která mohou podpořit zdravotní stav klienta. Klient je během poslechu hudby a imaginace v relaxovaném stavu. (www.muzikoterapie.cz, 2005; Kantor in Müller, 2007)

Nedirektivní způsob zahrnuje poslech hudby v relaxovaném stavu za účelem spontánních imaginací. Během poslechu nedochází k žádné interakci mezi klientem a terapeutem. Po skončení poslechu následuje sdílení imaginací, diskuze, zpracování symbolů a pocitů, které se během imaginačního procesu objevily. (www.muzikoterapie.cz, 2005; Kantor in Müller, 2007)

- Pohybové aktivity při hudbě - podporují senzomotorickou koordinaci, svalovou sílu, vytrvalost, respiraci, kreativní vyjadřování pohybem. Rytmus usnadňuje pohybové vyjádření. (www.muzikoterapie.cz, 2005)
- Výtvarný projev při hudbě - v současné době se využívá působení výtvarného projevu ve formě arteterapie ve spojení s muzikoterapií jako významná součást léčebně-výchovného procesu somaticky, psychicky, sociálně postižených dětí, mládeže a dospělých. Podle R. Hanuse (In Mátejová, 1991) je velmi důležité hodnocení každého výtvarného projevu. Umožňuje vytvořit si celistvější obraz o vztahu klienta k zobrazovanému ději, osobám, předmětům. Výtvarný projev může odhalit určité traumatizující momenty. Je nutno si uvědomit, že nestačí hodnotit jen to, co je nakreslené, ale je třeba se ptát, proč to klienti kreslili. Významným faktorem při výtvarném projevu je výběr barev. Barvy mohou vypovídat o momentálním psychickém a somatickém stavu člověka. Hudba je pro výtvarnou tvorbu velkým inspiračním zdrojem.

Výtvarný projev při hudbě může být (Mátejová, 1991):

- Čmárání
- Muzikomalba – grafické vyjádření rytmu hudby souvislou čarou
- Prstomalba
- Asociativní výtvarný projev při hudbě

Využitím některých výše popsaných technik na dětském oddělení psychiatrické léčebny se zabývá praktická část této práce.

2. Psychiatrické léčebny

Tato práce se zabývá muzikoterapií v psychiatrických léčebnách. Proto se následující část věnuje těmto zařízením.

2.1. Definice psychiatrie

„Psychiatrie je v klasickém pojetí lékařskou vědou, která se zabývá příčinami, diagnózou, léčbou a prevencí duševních poruch a chorob. Ty se mohou vyskytovat v každém věku a projevují se různými změnami psychických funkcí, verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi. Vznikají na podkladě poruch biologických funkcí, stejně jako pod vlivem nepříznivých psychologických nebo sociokulturních faktorů a jejich vzájemného působení.“ (Zvolský, 1994, s. 5)

Koncepce oboru psychiatrie z roku 2008 definuje psychiatrii jako: „medicínský obor zahrnující psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch.“

2.2. Historie

Duševní poruchy jsou staré jako lidstvo samo. Popis některých duševních poruch můžeme najít už ve starověku. Opět můžeme zmínit deprese starozákonního krále Saula. Ve stejné knize Starého zákona čteme i o předstírání duševní nemoci. Tentokrát se jednalo o Davida, který si tímto chováním zachránil život. (Bible, 1. Samuelova 21. kapitola). Ve starověku byly duševní nemoci považovány za projev Božího hněvu nebo posedlosti zlým duchem. (Malá, Pavlovský, 2002)

Antičtí lékaři (Hippokrates, Galén,...) opustili mystické názory na vznik duševních chorob. Duševní nemoc považovali za projev tělesné poruchy. Tvrdili, že příčinou duševní poruchy je poškození mozku nebo je to odpověď mozku na nemoc jiné části těla. (Malá, Pavlovský, 2002; Zvolský, 1994)

Středověk v Evropě nebyl příznivý k rozvíjení antických názorů na duševní nemoci. Toto období znamená návrat k přesvědčení o nadpřirozeném původu nemocí. Tím bylo studium a léčba duševních poruch vyloučena z medicíny a vše posuzovala církev. Docházelo k vymítání zlých duchů, zařikávání, ale také k mučení a upalování těchto lidí. Mezi tyto procesy patří známé „hony na čarodějnice“. Někdy byli duševně nemocní předváděni jako „dravá zvěř“ pro obveselení ostatních lidí. Až v roce 1755 ruší Marie Terezie zákon o čarodějnictví. (Malá, Pavlovský, 2002; Zvolský, 1994)

V období osvícenství dochází k reformě péče o duševně nemocné. Jsou zakládány psychiatrické léčebny. V Anglii William Tuke založil York Retreat jako model humánní léčby psychicky nemocných. Ve Francii se o duševně nemocné stará Philippe Pinel. (Zvolský, 1994)

V našich zemích dochází k rozvoji systematické péče o duševně nemocné v druhé polovině 18. století. Vznikl ústav pro pomatené v budově kláštera sv. Anny v Praze. V roce 1790 byla v Praze založena Všeobecná nemocnice, kde pacientům s duševní poruchou sloužila jedna budova. Ve druhé polovině 19. století vznikají pobočky městských nemocnic – dnešní psychiatrické léčebny (např. v Kosmonosích, Dobřanech, Černovicích, Opařanech,...). Dále vznikají psychiatrické kliniky v Brně, Plzni, Olomouci a v Hradci Králové. (Malá, Pavlovský, 2002)

Po roce 1989 se rozvíjí také ambulantní péče o duševně nemocné. Začíná se využívat psychoterapie v léčbě psychických chorob. (Malá, Pavlovský, 2002)

2.3. Současná psychiatrická péče v České republice

Česká republika nemá vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nerovnoměrné rozmístění psychiatrických institucí nebo nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je v současné době neuspokojivá. Ve srovnání s většinou zemí Evropské unie je rozvoj tohoto oboru u nás opožděn. Toto zanedbání se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové. (www.psychiatrie.cz, 2008)

Psychiatrická péče je u nás realizovaná prostřednictvím: psychiatrických ambulancí, lůžkových zařízení a zařízení systému komunitní péče. Většina psychiatrické péče se odehrává v psychiatrických ambulancích. Kontakt pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý zatímco hospitalizace může zahrnovat jen určitý krátký časový úsek z této doby. Psychiatrické ambulance by měly být místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí, ambulantní psychiatr se tak stává koordinátorem pacientovy péče. (www.psychiatrie.cz, 2008)

Dalším typem psychiatrické péče v České republice je komunitní psychiatrická péče. Je to soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní nemocí žít v podmínkách běžného života. Služby lze rozdělit na intermediární a mezirezortní. Intermediární služby jsou na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Jsou to např. krizová centra, denní stacionáře apod. Všechny tyto služby spadají do resortu zdravotnictví. Služby mezirezortní jsou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a charakter jejich činnosti je zdravotně-sociální. Patří sem zařízení pro podporu zaměstnání (chráněné dílny, podporované zaměstnání...), zařízení pro podporu v oblasti bydlení (komunitní bydlení, chráněné bydlení...), zařízení pro podporu volného času a sociálních kontaktů (centra denních aktivit, centra sociálních služeb...), dále sem patří poradenství, případové vedení a asertivní komunitní léčba. (www.psychiatrie.cz, 2008)

2.3.1. Lůžková psychiatrická péče

Pro tuto práci je důležitá především lůžková psychiatrická péče, proto se jí následující odstavce zabývají trochu podrobněji.

Lůžková psychiatrická péče je u nás poskytována v psychiatrických léčebnách, psychiatrických odděleních nemocnic či ve specializovaných lůžkových zařízeních. Pacienti se přijímají do těchto zařízení k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě nebo ústavní ochranné léčbě. (www.psychiatrie.cz, 2008)

Lůžková psychiatrická péče se dělí na akutní a následnou.

„Akutní psychiatrická péče je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které o tuto péči požádají, nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohrožují sebe nebo své okolí.“ (www.psychiatrie.cz, 2008)

„Následná psychiatrická péče je určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces, nastavena terapie a stav stabilizován do takové míry, že nevyžadují denní kontrolu lékařem a těžiště péče se přesouvá do oblasti ošetrovatelství. Přítomné projevy psychopatologie přitom neumožňují jejich propuštění do domácího ošetřování nebo zařízení sociální péče.“ (www.psychiatrie.cz, 2008)

2.3.2. Dětská a dorostová psychiatrie (pedopsychiatrie)

Pedopsychiatrie je definována jako: „Lékařská klinická disciplína zabývající se péčí o duševní zdraví dětí“ (Hort et al, 2000). Komplexní pedopsychiatrické péče je poskytována dětem a adolescentům do 18 let. Poskytuje se dětem, které trpí duševní poruchou nebo těm, které se ocitly v akutní krizové životní situaci. Úkolem pedopsychiatrie je popis, diagnostika, klasifikace, léčení, rehabilitace, reedukace a prevence duševních chorob dětí a adolescentů. Pedopsychiatrii diagnostikují a léčí

všechny kategorie duševních nemocí, které podle MKN-10¹ spadající do kategorie F - duševní poruchy a poruchy chování. Pro pedopsychiatry je důležitý časný začátek onemocnění a vývojové aspekty jak psychické tak somatické. (Hort a kol., 2000).

V této práci se budeme zabývat pouze hyperkinetickou poruchou. Je to jedna z nejčastějších diagnóz, která dětské pacienty přivádí k pobytu na dětském oddělení psychiatrické léčebny. Pro účely šetření jsme vybrali skupinu dětí s touto diagnózou.

2.4. F90 – hyperkinetické poruchy

Podle MKN-10 patří hyperkinetické poruchy do kategorie F9 – Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci. Hyperkinetické poruchy se dále dělí ještě na 4 skupiny:

F90.0 – Porucha afektivity a pozornosti

F90.1 – Hyperkinetická porucha chování

F90.8 – Jiné hyperkinetické poruchy

F90.9 – Hyperkinetická porucha nespecifikovaná

Diagnóza hyperkinetické poruchy prodělala mnoho změn v názvu. Poprvé byla tato porucha popsána ve čtyřicátých letech dvacátého století. Zpočátku byl při pojmenovávání kladen důraz na organické poškození mozku (lehká dětská encefalopatie, minimal brain damage, brain injured child,...). Později názvy vyjadřovaly spíše behaviorální příznaky poruchy. U nás se v MKN-10 ustálil termín *hyperkinetické poruchy*. Americký diagnostický manuál psychiatrických poruch DSM-IV² používá termín *attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD (porucha

¹ MKN-10 – mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize = klasifikační systém světové zdravotnické organizace

² DSM-IV – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition = klasifikační systém americké psychiatrické asociace

s deficitem pozornosti a hyperaktivitou). (Hort a kol., 2000; Drtílková, Šerý a kol., 2007)

Mezi diagnostickými kritérii pro hyperkinetickou poruchu podle MKN-10 a DSM-IV jsou některé rozdíly. Hlavní rozdíl spočívá v odlišném vyčlenění subtypů. Hyperkinetická porucha podle MKN-10 zahrnuje dvě hlavní diagnózy – porucha aktivity a pozornosti a hyperkinetická porucha chování. Nutná je přítomnost dvou nejdůležitějších symptomů poruchy pozornosti a hyperaktivity. Často jsou doprovázeny impulzivitou a jinými přidruženými příznaky. Začátek poruchy musí být před sedmým rokem věku a musí trvat nejméně 6 měsíců. DSM-IV definuje ADHD širěji a nevyžaduje současnou přítomnost všech základních příznaků pro tuto diagnózu. Rozlišuje tři subtypy poruchy: ADHD s převládající poruchou pozornosti, ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a smíšený typ. (Drtílková, Šerý a kol., 2007)

Další rozdíly v klasifikaci hyperkinetické poruchy podle MKN-10 a DSM-IV:

- DSM-IV nezahrnuje do kategorie ADHD subtyp s poruchami chování na rozdíl od MKN-10.
- V MKN-10 není na rozdíl od DSM-IV vyčleněna kategorie hyperkinetických poruch s převládající poruchou pozornosti bez doprovodu hyperaktivity a impulzivity.
- DSM-IV na rozdíl od kritérií MKN-10 připouští u ADHD také současný výskyt úzkostných poruch a deprese. (Drtílková, Šerý a kol., 2007)

Diagnostická kritéria pro ADHD jsou tedy mírnější než diagnostická kritéria pro hyperkinetickou poruchu. Diagnózu ADHD může mít i dítě, které trpí jen poruchou pozornosti bez hyperaktivity a impulzivity. Tato mírnější kritéria pro ADHD jsou příčinou vyššího výskytu této diagnózy v zemích, kde je využíván diagnostický manuál DSM-IV. (Drtílková, 2007)

2.4.1. Základní symptomy hyperkinetické poruchy

Hort a kol. dělí symptomy hyperkinetické poruchy do pěti skupin: poruchy kognitivních funkcí, poruchy motoricko-percepční, poruchy emocí a afektů, impulzivita, sociální maladaptace.

1. Poruchy kognitivních funkcí

- Porucha pozornosti – děti s hyperkinetickou poruchou se nedokážou delší dobu soustředit. Zejména učení je pro ně náročné. Platí to pro výuku ve škole, ale také pro různé praktické dovednosti, motorické schopnosti a také pro osvojování komunikačních dovedností. Tyto děti nejsou schopny soustředit se tak dlouho, aby pronikly do problémů a naučily se vše, co je třeba. (Munden, Arcelus, 2002)
- Porucha analýzy a syntézy informací
- Neschopnost selekčního procesu – neschopnost usměrnit pozornost k podstatným informacím
- Porucha exekutivních funkcí (vytváření a realizace plánů) – dítě má sníženou schopnost analyzovat své chování, vytvářet nové formy chování a řešit úkoly.
- Snížená schopnost prostorové představivosti
- Porucha slovní a pracovní paměti

2. Poruchy motoricko–percepční

- Hyperaktivita – dítě projevuje nadměrný neklid, je nadměrně povídavé, hlučné, neposedné. Tento rys chování se projeví nejvíce v organizovaných situacích, které vyžadují vysoký stupeň sebekontroly v chování. (Train, 2001)
- Motorická neobratnost
- Porucha vizuomotorické koordinace
- Neurologické „soft sign“ – drobné neurologické odchylky, které ukazují na určité organické postižení.

3. Porucha emocí a afektů – emoční a afektivní labilita

4. **Impulzivita** – činy dětí s hyperkinetickou poruchou jsou náhlé, ukvapené. Dítě není schopné odložit akci, nejdříve jedná, pak myslí.
5. **Sociální maladaptace** – děti s hyperkinetickou poruchou nejsou schopny kontrolovat své reakce k okolí, nejsou empatické, mají extrémní výkyvy jak emocí, tak chování. Nad míru rušivé a často hrubé projevy u těchto dětí způsobují, že jsou někdy odmítány kolektivem dětí i dospělých. Odmítání a neúspěch u vrstevníků může mít vážné následky na sebevědomí dítěte a na jeho další chování.

2.4.2. Terapie

Děti s hyperkinetickou poruchou potřebují na rozdíl od svých vrstevníků upravené prostředí a režim (potřebují měnit polohu, potřebují mít hodně pohybu, je vhodné dělat časté přestávky v práci). Co se týče psychoterapie, nejvhodnější je kognitivně-behaviorální terapie. Jde o skupinový nácvik sociálních dovedností, trénink vizuomotorické koordinace a školních dovedností. Pracuje se i s rodiči, kteří se učí, jak tyto děti odměňovat a smysluplně trestat. Další možností terapie je farmakoterapie která ovlivňuje nežádoucí projevy, zlepšuje kontrolu chování. (Hort a kol., 2000)

PRAKTICKÁ ČÁST

V této práci jsme se zaměřili pouze na psychiatrickou léčebnu v Havlíčkově Brodě. Pro naše šetření jsme vybrali dětské oddělení této léčebny.

3. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

3.1. Historie léčebny

Historii psychiatrické léčebny jsme zpracovali z brožury vydané k 70. výročí založení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě nazvané *Čítanka z dějin českého choromyslnictví*. Přispívali do ní různí autoři, většinou zaměstnanci této léčebny.

Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, tehdy ještě v Německém Brodě byla otevřena 21. května 1928 pod názvem Zemský ústav pro choromyslné. V den zahájení provozu nebyly dokončeny všechny pavilony. Teprve v roce 1934 byl ústav definitivně dostavěn a také obsazen.

Prvním ředitelem ústavu se stal MUDr. Matěj Brandejs, který propagoval nové léčebné metody v psychiatrii. Snažil se nejen o zdravotní, ale i o sociální péči pacientů a zaváděl kulturně-rekreační terapii. Významná byla jeho práce na poli duševní hygieny.

Za druhé světové války přerušila léčebna svou činnost, protože areál obsadil lazaret SS. Někteří nemocní byli propuštěni, ostatní byli převezeni do jiných ústavů. Většina zaměstnanců odešla z Německého Brodu na jiná působiště.

Po skončení války byl ústav prázdný. Objevily se názory, že s novým společenským uspořádáním postupně vymizí duševní nemoci a psychiatrická léčebna nebude potřeba. To vedlo k propůjčení části areálu okresní nemocnici. Duševní choroby samozřejmě nevymizely a zbytek pavilonů, který léčebně zůstal, se velmi brzy naplnil. Musela proto být zřízena pobočka havlíčkobrodské léčebny v klášteře v Želivě. Tam byli umístěováni pacienti vyžadující dlouhodobou léčbu.

V roce 1954 byl pověřen vedením léčebny MUDr. Dušan Bílý. Jeho vedení a také skutečnost, že v této době se rozvoj psychiatrie stal jedním z hlavních úkolů ministerstva zdravotnictví, umožnila rozsáhlou modernizaci léčebny. Ústav získal významné postavení a pověst v celostátním měřítku.

V roce 1954 je léčebna uspořádaná do dvou primariátů pro muže a dvou pro ženy a jednoho dětského primariátu. O rok později se zřizuje samostatné interní oddělení léčebny. Postupně se jednotlivé pavilony – primariáty dělí na oddělení - stanice.

V roce 1967 se vedení léčebny ujala MUDr. Svatava Lakosilová. Za jejího působení došlo ke strukturální změně v organizaci vnitřního členění léčebny. Byla zřízena protialkoholní záchytná stanice. Rozšiřuje se počet odborníků nejen zdravotnických, ale i ostatních profesí jako psychologové, sociální pracovníci, dokumentační pracovníci...

Další rozšíření a modernizace léčebny probíhala v 80. letech. Zřídila se elektroléčba, psychiatricko-sexuologická ordinace, specializovaná psychologická laboratoř...

V 90. letech byla opuštěna část prostor léčebny v Želivě a pacienti se přesunuli do Havlíčkova Brodu. Současně začala rekonstrukce a přístavba Okresní nemocnice v Havlíčkově Brodě. Pavilony, které do této doby patřily nemocnici, se začaly postupně navracet psychiatrické léčebně.

3.2. Současnost

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod je odborným léčebným ústavem přímo řízeným Ministerstvem zdravotnictví ČR, které je jejím zřizovatelem. V současné době disponuje 750 lůžky. Léčebna je rozdělena na 11 primariátů, má 24 lůžkových oddělení a samostatný ambulantní primariát – centrální příjem pacientů. (www.plhb.cz)

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod má nadregionální působnost. Její spádové území zahrnuje oblast východních Čech. Přednostně jsou tedy přijímáni

pacienti z této oblasti. V případě volné lůžkové kapacity je ale možné hospitalizovat pacienty z celé České republiky. Léčebna spolupracuje se zdravotnickými zařízeními, která poskytují psychiatrickou péči v jejím spádovém území, a spolupracuje také s organizacemi, které poskytují sociální služby osobám s duševní poruchou (např. občanské sdružení Fokus Vysočina). (www.plhb.cz)

Léčebna poskytuje akutní, následnou specializovanou psychiatrickou péči v oborech: dětská a dorostová psychiatrie, všeobecná psychiatrie dospělých, gerontopsychiatrie, sexuologie, léčba návykových nemocí. Psychiatrické zdravotní služby jsou poskytovány formou ústavní i formou ambulantní. Léčebna provádí také ochranné ambulantní i ústavní léčby uložené soudem. Součástí léčebny je interní oddělení. (www.plhb.cz)

Léčba spočívá v kombinaci farmakoterapie, režimové léčby ošetrovatelského procesu, různých forem individuální i skupinové psychoterapie a psychiatrické rehabilitace (hipoterapie, canisterapie, pohybová rehabilitace). Pro rehabilitační aktivity jsou k pacientům k dispozici dílny pracovní terapie, tělocvična, venkovní hřiště, areál ústavního parku, kulturní dům, ateliéry a rehabilitační bazén. (www.plhb.cz)

3.3. Muzikoterapie v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod

Muzikoterapie je poskytována v současné době na čtyřech odděleních.

Oddělení 14 - je koedukované lůžkové oddělení s intenzivní psychoterapeutickou péčí. Jsou zde léčeni muži a ženy ve věku 18 – 65 let většinou s nepsychotickými duševními poruchami – úzkostné a fobické poruchy, psychosomatické poruchy, depresivní poruchy, poruchy osobnosti bez agresivních a asociálních projevů,... Hospitalizace na tomto oddělení trvá zpravidla 4-8 týdnů. Hlavním léčebným programem jsou otevřené psychoterapeutické skupiny. Dále zde probíhá také individuální psychoterapie. Mezi povinné léčebné aktivity patří pracovní terapie, kluby pacientů, nácviky relaxace a dechových cvičení. Pacienti si mohou vybrat i z velkého množství různých jiných aktivit. Jednou z terapií, která se zde

provádí, je muzikoterapie. Jejím cílem je maximálně podpořit terapeutický proces pacienta. Probíhá zde hlavně receptivní muzikoterapie, využívá se různých relaxačních technik. Významnou složkou muzikoterapie je nácvik vnímání přirozených i umělých zvuků krajiny, který klientovi pomáhá pochopit změny nálady způsobené zvukovým působením jeho okolí. (www.plhb.cz)

Oddělení 6A – je koedukované doléčovací oddělení. Je to oddělení otevřené³. Na toto oddělení jsou překládáni pacienti z přijímacích oddělení léčebny. Obsahem jeho činnosti je komplexní terapie a psychosociální rehabilitace. Jsou zde hospitalizováni především pacienti trpící poruchou z okruhu schizofrenních psychóz. Toto oddělení nabízí velké množství aktivit (sportovní aktivity, kulturní aktivity), terapií, pracovní terapie a aeroterapie, muzikoterapie a dále i rehabilitační pobyty, individuální i skupinovou terapii,... (www.plhb.cz). Muzikoterapie zde probíhá ve dvou skupinách. Jedná se především o receptivní muzikoterapii.

Primariát 13 - primariát se skládá ze tří oddělení, která poskytují péči o duševně nemocné pacienty starší 65 let. Jedná se především o pacienty s organickou duševní poruchou – převážně s demencí. Ti vyžadují i péči somatickou, často komplexní ošetrovatelská péči a v závislosti na zdravotním stavu i péči rehabilitační. Na těchto odděleních jsou dílny pracovní terapie.(www.plhb.cz) Probíhá zde i muzikoterapie, která se provádí především skupinovou formou. Využívá se jak aktivní, tak i receptivní forma muzikoterapie.

Poslední oddělení, na kterém probíhá muzikoterapie, je oddělení 5 – dětské oddělení. Toto oddělení bude popsáno v další části této práce.

³ Otevřené psychiatrické oddělení – oddělení, kde nejsou zavřeny hlavní dveře a na kterém pro pacienty platí jen omezení daná léčebným řádem. Pacienti na takovém oddělení mají volné vycházky. (Hausner, 1981)

3.4. Dětské oddělení

Oddělení je určeno k hospitalizaci dětí a adolescentů ve věku od 3 let do doby ukončení povinné školní docházky, ve výjimečných případech až do 18 let. Hospitalizovány jsou děti s duševními poruchami a poruchami chování. Jedná se např. o psychózy, hyperkinetické a jiné poruchy chování, úzkostné a fobické poruchy, tikové poruchy, poruchy příjmu potravy apod. Průměrná doba léčby je 6-12 týdnů. (www.plhb.cz)

Léčebný tým tvoří primář, 2 lékaři, 2 psychologové, zdravotně sociální pracovnice, 2 ergoterapeutky, logopedka a 17 zdravotnických pracovníků pod vedením staniční sestry. (www.plhb.cz)

Děti jsou rozděleny podle věku a pohlaví do několika skupin, ale léčba dětí je přísně individualizována. Děti tráví se svou skupinou pod vedením zdravotní sestry hodně času venku na vycházkách nebo při sportovních činnostech. Pokud to zdravotní stav dětí dovolí, navštěvují během hospitalizace základní nebo mateřskou školu při zdravotnických zařízeních v Havlíčkově Brodě. (www.plhb.cz)

Děti se účastní individuální nebo skupinové terapie, pracovní terapie, arteterapie, hipoterapie, canisterapie, chodí do bazénu, mají i kurzy vaření. (plhb.cz)

Chování dětí je hodnoceno bodováním a zápisy ve zdravotnické dokumentaci. Při hodnocení se postupuje individuálně přiměřeně zdravotnímu stavu dítěte. Hodnocení každého dne se pak probírá na ranních setkáních jednotlivých skupin, hodnocení celého týdne v pátek na setkání všech hospitalizovaných dětí. Pokud dítě závažným způsobem porušuje domácí řád, není zařazováno do některých aktivit. Za dobré hodnocení a úspěšné zvládnání léčebného režimu jsou děti odměňovány, např. zpestřením programu nebo léčebnými propustkami⁴. (www.plhb.cz)

⁴ „V průběhu hospitalizace jezdí děti na léčebné propustky, které povoluje primář nebo ošetřující lékař, nejčastěji každé dva týdny v trvání od pátku do neděle. Nutným předpokladem pro povolení propustky je dobrá spolupráce dítěte při léčbě a dodržování domácího a školního řádu a vyhovující podmínky v rodině.“ (Domácí řád dětského oddělení)

3.4.1. Muzikoterapie na dětském oddělení

Muzikoterapie probíhala ve velké místnosti se spoustou oken. To byla výhoda, protože tam bylo dostatečné množství světla i vzduchu. Podlaha byla pokryta kobercem, mohli jsme tedy sedět na zemi. Místnost byla vybavená židlemi, ale sezení na velkých polštářích bylo příjemnější. Vedle této velké místnosti se nacházela ještě jedna menší, kde jsme mohli mít uložené nástroje a ostatní potřebné pomůcky pro muzikoterapii. K dispozici bylo i hygienické zařízení.

Muzikoterapeutická místnost měla velmi dobrou polohu v rámci celého areálu dětského oddělení. Byla stranou od části oddělení, kde děti pobývaly přes den a zároveň i stranou od kanceláří zaměstnanců. To se ukázalo jako velmi výhodné, protože hodiny muzikoterapie byly často hlučné a mohly by rušit ostatní při práci.

Vybavení pro muzikoterapii bylo dostatečné. Výborné byly už zmiňované velké polštáře, na kterých jsme během hodiny seděli nebo při relaxační části hodiny na nich děti mohly ležet. Co se týče nástrojů, na oddělení je Orffův instrumentát, je zde i množství různých bubínků. Dále jsme využívali kytaru nebo klávesy, hlavně při zpěvu písniček. Děti mají na oddělení také své zpěvníčky, ze kterých jsme zpívali. Učili jsme se nové písničky, které jsme do zpěvníčku potom přidali. Nezbytnou součástí, kterou jsme používali při hodinách muzikoterapie, byl samozřejmě CD přehrávač.

Hodiny muzikoterapie probíhaly v pátek ve dvě hodiny odpoledne. Výhodou tohoto času bylo, že děti v tento čas neměly v programu žádné jiné aktivity, takže tento druh terapie pro ně znamenal zpestření. Nevýhodou bylo, že se skupiny konaly hned po příchodu ze školy. Děti byly vždy plné dojmů, většinou negativních. Často chodily na muzikoterapii se špatnou náladou. Bylo třeba nechat je na začátku hodiny vypovídat. Další nevýhodou bylo, že děti bývaly v tuto dobu unavené. Většinou se ale únava projevovala jen na začátku setkání. V průběhu hodiny „ožily“. Někdy se stávalo, že děti odjížděly v tuto dobu na léčebné propustky do domácího prostředí. Pokud v průběhu terapie přišla zdravotní sestra vyzvednout dítě s tím, že už pro něj přijeli rodiče, částečně to narušilo hodinu. Navíc byla škoda, že dotyčné dítě nemohlo být na hodině až do konce. Naštěstí to byly ale jen ojedinělé záležitosti.

3.4.2. Terapeutická skupina – vzorek klientů

Na dětském oddělení psychiatrické léčebny jsme pracovali se skupinou šesti až osmi chlapců. Byli to chlapci ve věku devět až jedenáct let. Chlapci se velmi dobře znali. Na oddělení patřili všichni do jedné skupiny. Ve škole chodili do stejné třídy.

Všichni měli hyperkinetickou poruchu, většinou patřící do skupiny F90.1 – hyperkinetická porucha chování. Byly to tedy živější, aktivnější děti. Tomu bylo třeba přizpůsobit hodiny muzikoterapie, to znamená střídat aktivity a provádět aktivnější činnosti. Jako přínosné se ukázalo občas zařadit i krátkou hru, která třeba přímo nesouvisela s konkrétní hodinou. Často byly děti roztěkané, bylo nutné zaujmout jejich pozornost už na začátku hodiny.

Někdy bylo nesnadné zvládnout jejich agresivní výbuchy. Jindy se zase zajímaly o spoustu jiných věcí, jen ne o to, co jsme právě dělali. Velkou motivací pro ně bylo hodnocení, které dostávali na konci každé hodiny. Každou hodinu jsme společně ohodnotili vždy body od 1 do 100 – podle toho, jak se nám líbila jako celek. Velmi důležitá pro ně byla také pochvala. Někdy dostali i malé odměny, buď v rámci hry, nebo za vzorné chování.

Jako příklad uvádíme kazuistiku jednoho chlapce, který navštěvoval hodiny muzikoterapie.

Jméno: P. J.

Datum narození: 5. 2. 1999

Věk: 11

U P. J. byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování s agresivitou. Kvůli neustálým problémům ve škole byl umístěn na dětské oddělení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.

P. J. žije s matkou, nevlastním otcem, který ho vychovává od jeho čtyř let, a se starším bratrem, který má zdravotní postižení a je plně odkázán na péči matky. Vlastní

otec P. J. je v současné době ve výkonu trestu, který si odpykává za loupežné přepadení a těžké ublížení na zdraví s následkem smrti. P. J. svého vlastního otce nezná, ale ví, že ho vychovává nevlastní otec.

P. J. je kamarádský, když se mu chce, rád ostatním pomáhá. Je však velmi náladový, bez zjevné příčiny mění nálady a v důsledku toho i své chování. Nerad plní zadané úkoly, nesnese autoritativní příkazy. Dělá jen to, co uzná za vhodné. Pokud musí plnit něčí pokyny, odmlouvá, brečí, mlátí kolem sebe rukama, je agresivní. Není vytrvalý, vydrží jen u činnosti, která ho zaujme a kterou si sám vybere. P. J. je velmi citlivý, nesnese neúspěch, je vztahovačný, urážlivý. Rád na sebe strhává pozornost. Všude musí být první, jinak se vzteká. Má sklony k sebepoškozování (demonstrativní škrcení se).

U P. J. si málokdo dokáže získat autoritu. Nejvíce poslouchá svého nevlastního otce a třídní učitelku.

Jeho problematické chování se projevovalo hlavně ve škole. Byl agresivní ke spolužákům, ubližoval hlavně mladším a slabším, u starších svůj vztek dokáže potlačit. Když dostane záchvat vzteku, málokdo si s ním dokáže poradit. Matka uvedla, že doma ke svému bratrovi se chová pěkně, pomáhá mu, čte mu pohádky, je schopen se o něj postarat.

P. J. rád kreslí, vyrábí z papíru, vystřihuje, lepí, má rád tělocvik, plavání a koně.

P. J. se dobře učí. Na vysvědčení byl oceněn jedničkami a dvojkami.

Podle třídní učitelky by P. J. potřeboval více pozornosti a lásky v rodině, kde se většina pozornosti a péče věnuje nemocnému bratrovi. V tom vidí také příčinu jeho chování.

Autorka měla možnost poznat ho i ve škole, kde byla na praxi. Ve vyučování se neprojevoval příliš agresivně. Možná to bylo proto, že byl utlumený léky. V důsledku toho byl, hlavně ráno, spíše apatický a neprojevoval o nic zájem. Někdy ale provokoval spolužáky, kterým se to nelíbilo, a vyvolával tak potyčky. Vyžadoval pozornost jednak od spolužáků, jednak od učitelů. Když nebylo po jeho vůli, chvíli se vztekal, pak se urazil a odmítal pracovat.

Jinak byl ale milý, a když ho něco zaujalo, dokázal pracovat s velkým západem.

Na hodinách muzikoterapie vyvolával rozbroje mezi ostatními dětmi. Bylo to hlavně kvůli tomu, že vyžadoval pozornost ostatních dětí i pozornost terapeuta. Skákal ostatním do řeči, provokoval ostatní děti. Ty ho ale neměly moc rády, takže naopak provokovaly zase ony jeho. Díky tomu vládlo dost často ve skupině napětí. Jednou to dospělo až k tomu, že P. J. musel být ze skupiny vyloučen.

Během hodin muzikoterapie však na něm bylo vidět, že ho činnost baví, Nejvíce hra na nástroje. Konflikt vznikl v okamžiku, kdy mu někdo jiný vzal nástroj, který chtěl. Dokázal potom být agresivní. Jindy byl klidný, nezlobil.

3.4.3. Popis hodiny muzikoterapie

Všechny hodiny muzikoterapie měly podobnou strukturu. Techniky a hry, které probíhaly v průběhu hodiny, se samozřejmě měnily, ale kostra hodin byla velmi podobná.

Při sestavování struktury hodin jsme se inspirovali Šimanovským (2007). Na začátku každé hodiny jsme se pozdravili. Potom každý z nás řekl, jakou má náladu, jak se cítí, popřípadě jsme to znázornili nějakým jiným způsobem než slovně. Následovala většinou krátká hra „na rozehrání“, zpravidla to byla hra aktivní. Poté bylo nutno děti zklidnit – to se podařilo písničkou nebo krátkou relaxací. Pak jsme se mohli věnovat hlavním technikám konkrétní hodiny. Po nich následovala krátká relaxace a reflexe. Děti hodnotily jednotlivé techniky, jak se jim líbily, chvíli jsme si o nich povídali. Na závěr hodiny jsme zpívali písničky a rozloučili jsme se ohodnocením celé hodiny určitým počtem bodů.

4. Cíle výzkumného šetření

V této práci jsme se zabývali výzkumem muzikoterapie na dětském oddělení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Cílovou skupinu tvořily děti s hyperkinetickou poruchou. Zkoumali jsme, jak tyto děti reagují na různé

muzikoterapeutické techniky. Zjišťovali jsme, zda děti baví více techniky aktivní či receptivní muzikoterapie. Cílem této práce bylo také zjistit, které z předem daných technik aktivní muzikoterapie jsou u dětí oblíbenější.

4.1. Výzkumné úkoly

Pro práci jsme si stanovili dva výzkumné úkoly. Cílem bylo zjistit:

1. Který typ muzikoterapie budou děti výše hodnotit – aktivní nebo receptivní?
2. Jaké techniky aktivní muzikoterapie jsou u dětí nejoblíbenější?

4.1.1. Hypotézy

Ke stanoveným úkolům jsme určili také hypotézy.

H₁ Děti s hyperkinetickou poruchou upřednostňují aktivní muzikoterapii.

H₂ Při výběru z technik aktivní muzikoterapie děti upřednostňují pohybové aktivity při hudbě.

Ad. 1 – první hypotéza vychází z předpokladu, že děti s hyperkinetickou poruchou jsou aktivnější, potřebují více pohybu, proto budou upřednostňovat aktivní techniky muzikoterapie.

Ad. 2 – druhá hypotéza je zaměřena pouze na techniky aktivní muzikoterapie. Vychází z předpokladu, že děti s hyperkinetickou poruchou potřebují pohyb a tuto potřebu by pohybové aktivity při hudbě mohly naplnit.

5. Popis výzkumné metody

Pro zjišťování oblíbenosti technik muzikoterapie u dětských pacientů s hyperkinetickou poruchou v psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod jsme zvolili metodu pozorování.

Pozorování definuje Gavora (1996, s. 16) jako: „sledování činnosti lidí, záznam nebo popis této činnosti a její hodnocení. Předmětem pozorování jsou osoby, ale i předměty, se kterými tyto osoby pracují, a dále prostředí, ve kterém se činnost uskutečňuje.“

Vzhledem k tomu, že při pozorování by měl být pozorovatel nezainteresovaný, (neměl by zasahovat do děje, který pozoruje), neprováděli jsme jen čisté pozorování. Mohli bychom říci, že náš výzkum nesl i prvky experimentu. Jen ale v tom smyslu, že autorka byla přímo zaangażována na přípravě programu na každou hodinu muzikoterapie. Techniky vybírala přímo s ohledem na zkoumané jevy. Výsledky oblíbenosti jednotlivých technik nevycházejí jen z autorčina pozorování, ale především z hodnocení technik přímo dětmi.

Schéma postupu při výzkumu je podle Chrásky (2000) následující:

- 1) stanovení problému
- 2) formulace hypotézy
- 3) sběr dat a testování (ověřování) hypotézy
- 4) vyvození závěrů a jejich prezentace

Stanovení problému a formulace hypotézy – výše jsme stanovili dva problémy (výzkumné úkoly). K těmto úkolům jsme stanovili dvě hypotézy (viz výše). Body 3 a 4 rozvedeme více v dalších podkapitolách.

5.1. Sběr dat a testování hypotézy

V této práci se nebude jednat o průkazné ověření hypotéz, nýbrž pouze o orientační výsledky. Důvodem je především malý výzkumný vzorek. Výsledky se týkají tedy pouze dětského oddělení psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.

Vybrali jsme pět technik muzikoterapie. Z technik aktivní muzikoterapie to byly: pohybové aktivity při hudbě, instrumentální interpretace, vokální interpretace, výtvarné techniky při hudbě. Z technik receptivní muzikoterapie jsme zařadili poslech hudby. Od každé techniky uvádíme jednu konkrétní hru jako příklad. Při výběru her nám byla inspirací kniha *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie* od Šimanovského (2007).

- Pohybové aktivity při hudbě: Pochody – děti pochodují po obvodu místnosti podle typu pochodu, který hraje z CD přehrávače. Děti tak pochodují na slavnostní, smuteční nebo svatební pochod.
- Instrumentální interpretace: Na výdrž – jedno dítě bubnuje svůj rytmus, snaží se ho udržet. Ostatní se ho snaží splést hrou na své nástroje.
- Vokální interpretace: zpívání různými způsoby – písničku, kterou všichni znají, zpíváme např: co nejpomaleji, co nejrychleji, staccato apod. Můžeme zpívat také písničku s několika slokami a každou sloku zpívat jiným způsobem.
- Výtvarné techniky při hudbě: Malované písničky – nejprve si zazpíváme písničku. Pak si o ní povídáme – o čem písnička je, jakou má náladu. Na velký papír pak každý nějakým způsobem tuto písničku nakreslí (např. namaluje jednu situaci z písničky)
- Poslech hudby: hudbu jsme poslouchali, aby se všichni zklidnili.

Pro vyhodnocení oblíbenosti jednotlivých technik jsme využili techniky modifikované Likertovy škály, která se používá k měření postojů a názorů lidí. (Gavora, 1996)

Během každé hodiny muzikoterapie děti absolvovaly jednu nebo dvě z výše uvedených technik. Na konci každé hodiny ohodnotily všechny děti techniky podle toho, jak se jim líbily pomocí „smajlíků“ - výběrem jednoho z pěti typů. „Smajlíka“ jsme pak nalepili na nástěnku v muzikoterapeutické místnosti ke jménu dítěte a datu hodiny. Pod „smajlíka“ jsme napsali techniku, o kterou se jednalo. O hodnocení pak byl velmi dobrý přehled.

Pro účely této práce z důvodu přehlednějšího zpracování jsme každého „smajlíka“ obodovali.



5.1.1. Výsledky hodnocení

Výsledky hodnocení jednotlivých technik jsme zpracovali do tabulek. Každému dítěti patří jedna tabulka, z které je patrné, kterou techniku mělo nejraději. Výsledky z jednotlivých tabulek jsou pak zpracované do poslední tabulky, která porovnává oblíbenost jednotlivých technik. Pro názornost jsme oblíbenost daných technik zobrazili v grafu.

Tabulka 1. P.J.

Techniky	Hodnocení v jednotlivých hodinách					celkem
Pohybové aktivity při hudbě	4	3	4	4	2	17
Instrumentální interpretace	5	5	4	5	4	23
Vokální interpretace	4	3	3	5	5	20
Výtvarné techniky při hudbě	5	4	2	4	3	18
Poslech hudby	2	3	3	4	3	15

P. J. je jedenáctiletý chlapec, u kterého byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování s agresivitou. Na oddělení psychiatrické léčebny byl umístěn pro neustálé problémy ve škole.

Při hodinách muzikoterapie často provokoval ostatní děti. Vyžadoval jejich pozornost. Ostatním to vadilo. Vyvolával tak mezi nimi rozbroje.

Muzikoterapie ho bavila, nejvíce hra na nástroje. Do všeho byl nadšený. Velmi si oblíbil jeden bubínek. Problém nastal v okamžiku, kdy si ho před ním vzal někdo jiný. Dokázal být potom velmi agresivní.

Při klidnějších aktivitách nedokázal být chvíli v klidu na jednom místě. Proto tyto aktivity hodnotil nižším počtem bodů.

Při pohybových aktivitách většinou provokoval ostatní, kteří dávali najevo svou nelibost. Často to končilo agresivním výbuchem P. J., proto tyto aktivity hodnotil nízkým počtem bodů.

Tabulka 2. M. S.

Techniky	Hodnocení v jednotlivých hodinách					celkem
Pohybové aktivity při hudbě	4	5	3	4	3	19
Instrumentální interpretace	3	3	4	5	4	19
Vokální interpretace	5	4	3	5	4	21
Výtvarné techniky při hudbě	5	3	2	3	4	17
Poslech hudby	2	4	4	3	4	17

M. S. je desetiletý chlapec. V psychiatrické léčebně byl již třikrát. Byla u něj diagnostikována hyperkinetická porucha chování, citová deprivace a výchovná zanedbanost. M. S. přišel na dětské oddělení psychiatrické léčebny z dětského domova.

Při hodinách muzikoterapie bylo velmi obtížné ho zaujmout. Bavilo ho zpívání. Při ostatních aktivitách dlouho nevydržel. Tvářil se otráveně. Spolupráce s ním byla těžší než s ostatními dětmi.

Pokud ho ostatní provokovali, často se urazil. Vydržel pak dlouhou dobu sedět v koutě a do ničeho se nezapojit. Sám ale potyčky nevyvolával. Nepral se s ostatními.

Velkou motivací pro něj bylo hodnocení, které dostávaly děti na konci hodiny. Také ho velmi motivovaly slíbené odměny.

Tabulka 3. J. S.

Techniky	Hodnocení v jednotlivých hodinách					celkem
	1	3	1	3	3	
Pohybové aktivity při hudbě	1	3	1	3	3	11
Instrumentální interpretace	4	4	3	5	5	21
Vokální interpretace	5	5	4	5	4	23
Výtvarné techniky při hudbě	5	3	4	3	4	19
Poslech hudby	3	3	4	3	4	17

J. S. je desetiletý chlapec, u kterého byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování. Pochází ze složitějšího rodinného prostředí. Projevuje se u něj výchovná a citová zanedbanost. V psychiatrické léčebně byl hospitalizován kvůli problémům s chováním doma i ve škole. Často se toulal, někdy i kradl.

Muzikoterapie ho bavila. Na hodiny přicházel nadšený, těšil se. Nejvíce ho bavilo zpívání a hraní na hudební nástroje.

Pokud se měl pohybovat na hudbu, styděl se, nevěděl, co má dělat. Vydržel i poměrně dlouhou dobu v klidu poslouchat.

Problém nastal, když se mu něco nedařilo. Začal nadávat, byl hrubý na ostatní děti, vztekal se. Často sváděl vinu za svoje nezdary na ostatní děti.

Pokud se ale vše dařilo, tak jak si představoval, byl klidný a nadšený do všeho, co jsme dělali.

Tabulka 4. L. K.

Techniky	Hodnocení v jednotlivých hodinách					Celkem
Pohybové aktivity při hudbě	3	5	3	5	4	20
Instrumentální interpretace	5	4	4	5	5	23
Vokální interpretace	4	3	3	4	3	17
Výtvarné techniky při hudbě	5	1	3	3	4	16
Poslech hudby	3	5	4	3	4	19

L. K. je desetiletý chlapec, u kterého byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování s výraznou impulzivitou a agresivitou. Problémy s chováním měl doma i ve škole. Na dětské oddělení psychiatrické léčebny byl umístěn na doporučení ambulantního psychiatra.

Při hodinách muzikoterapie ho nejvíce bavilo hraní na hudební nástroje. Jakmile jsme se zabývali něčím jiným, už ho to tolik nezaujalo.

Při kreslení byl většinou rychle hotov. Pak se nudil a provokoval ostatní děti. Ne příliš rád zpíval písničky, zřejmě i proto, že většinu písniček ze zpěvníku neznal. Pokud jsme poslouchali hudbu, zpravidla vydržel být klidný, protože poslechové skladby nebyly příliš dlouhé.

L. K. provokoval ostatní, často se i s ostatními dětmi pral. Dokázal se omluvit za to, co udělal. Velmi mu také záleželo na tom, aby závěrečné hodnocení hodiny bylo co nejvyšší. To pro něj byla velká motivace.

Tabulka 5. J. Š.

Techniky	Hodnocení v jednotlivých hodinách					celkem
Pohybové aktivity při hudbě	2	3	3	1	3	12
Instrumentální interpretace	5	5	4	4	5	23
Vokální interpretace	5	5	4	4	5	23
Výtvarné techniky při hudbě	5	2	4	3	3	17
Poslech hudby	2	2	3	3	3	13

J. Š. je jedenáctiletý chlapec, u kterého byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování. Na dětské oddělení psychiatrické léčebny byl přijat na žádost matky. Měl problémy s chováním ve škole i doma. Byl agresivní.

Na hodinu muzikoterapie přišel pokaždé se špatnou náladou. Na začátku každé hodiny vždy prohlašoval, že ho to nebaví. Při úvodním bloku písní se mu vždy nálada vylepšila. Zpíval velmi rád a dobře.

J. Š. byl ale nevyzpytatelný. Často se rozzuřil bez zjevné příčiny. Pak byl agresivní, házel věcmi kolem sebe, ohrožoval ostatní děti.

Z muzikoterapeutických technik měl nejraději zpěv a hraní na hudební nástroje. Vůbec ho nebavil pohyb při hudbě. Při těchto technikách často prohlašoval, že nic podobného dělat nebude. Někdy se však nechal k činnosti zlákat ostatními dětmi.

Klidnější aktivity ho také moc nebavily. Nevydržel být delší dobu bez pohybu.

Tabulka 6. K. F.

Techniky	Hodnocení v jednotlivých hodinách					celkem
	5	4	3	4	3	
Pohybové aktivity při hudbě	5	4	3	4	3	19
Instrumentální interpretace	4	4	4	3	4	19
Vokální interpretace	3	4	4	5	4	20
Výtvarné techniky při hudbě	4	4	3	3	4	18
Poslech hudby	2	2	3	2	3	12

K. F. je jedenáctiletý chlapec. Byla u něj také diagnostikována hyperkinetická porucha chování. Na dětské oddělení psychiatrické léčebny přišel na doporučení ambulantního psychiatra kvůli problémům ve škole.

K. F. muzikoterapie velmi bavila. Bylo na něm vidět, že se na hodiny těší. Byl však velmi výbušný. Jakmile ho někdo vyprovokoval, začal se chovat agresivně. Velmi často docházelo ke střetům mezi ním a P. J. nebo L. K.

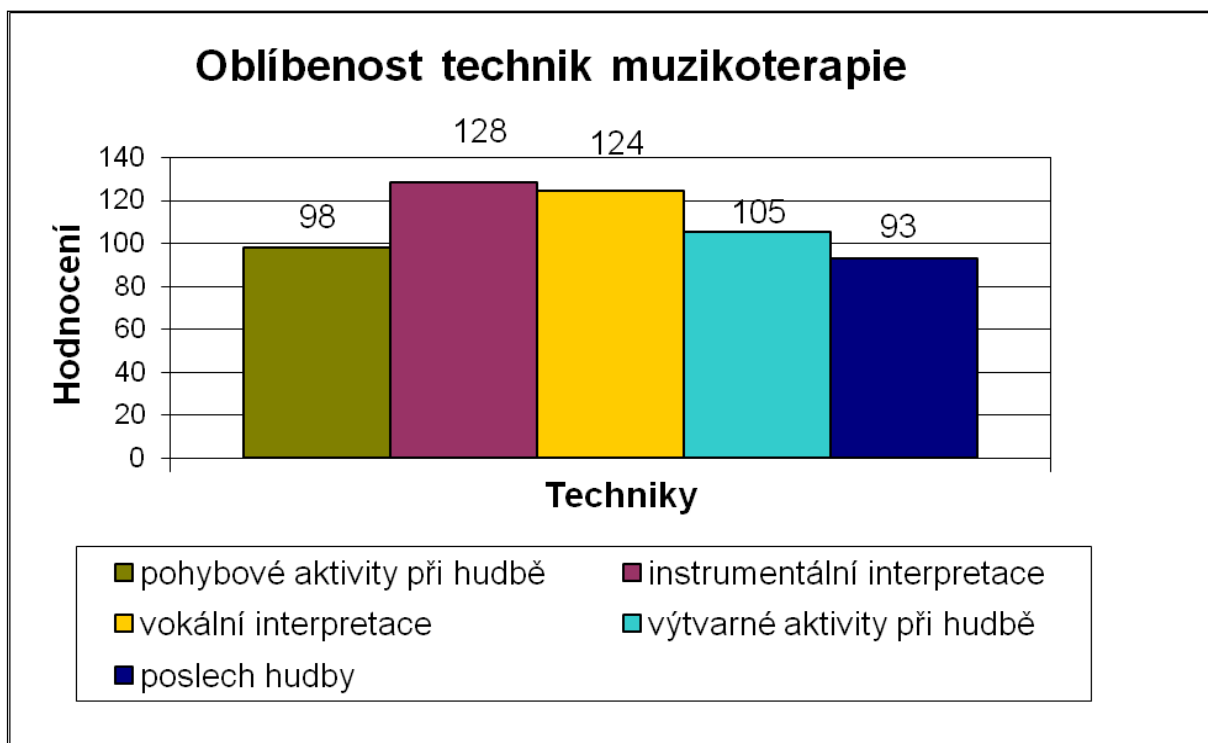
Z muzikoterapeutických technik si nejvíce oblíbil zpívání. Rád se učil nové písničky. Zpíval nahlas. Také ho těšily pohybové aktivity při hudbě. Na rozdíl od ostatních se nestyděl. Pokud měl improvizovat na hudbu, měl dobré nápady, jak určitý druh hudby ztvárnit. Jeho výborná fantazie se projevila například i při výtvarných technikách při hudbě. Jako pro všechny ostatní děti, i pro něj byla velmi přitažlivá hra na hudební nástroje.

Nevydržel se delší dobu soustředit na danou činnost ani nevydržel bez pohybu, proto ho moc nebavil receptivní typ muzikoterapie – poslech hudby.

Tabulka 7. Oblíbenost technik muzikoterapie

	Pohybové aktivity při hudbě	Instrumentální interpretace	Vokální interpretace	Výtvarné techniky při hudbě	Poslech hudby
P. J.	17	23	20	18	15
M. S.	19	19	21	17	17
J. S.	11	21	23	19	17
L. K.	20	23	17	16	19
J. Š.	12	23	23	17	13
K. F.	19	19	20	18	12
Celkem	98	128	124	105	93

Graf 1. Oblíbenost technik muzikoterapie



Z poslední tabulky a grafu vyplývá, že děti jako nejoblíbenější aktivitu označily instrumentální interpretaci. Velmi oblíbená byla také vokální interpretace. Jsou to techniky, u kterých se mohou nějakým způsobem projevit, mohou být hlasité. Nejméně oblíbenou technikou byl poslech hudby. Je to velmi klidová technika. Projevilo se, že děti s hyperkinetickou poruchou nevydrží být delší dobu v klidu. Také neměly rády pohybové aktivity při hudbě. Asi uprostřed hodnocení se nachází technika výtvarných aktivit při hudbě. Je to technika, ve které jsou aktivně zapojeny, ale musí být delší dobu bez pohybu.

6. Diskuze

K výzkumným úkolům jsme stanovili tyto hypotézy:

H₁ Děti s hyperkinetickou poruchou upřednostňují aktivní muzikoterapii.

H₂ Při výběru z technik aktivní muzikoterapie děti upřednostňují pohybové aktivity při hudbě.

Pokud se podíváme na závěrečný graf, zjistíme, že se první hypotéza potvrdila. Na první pohled můžeme poznat, že děti upřednostňovaly techniky aktivní muzikoterapie před muzikoterapií receptivní. Je to dáno tím, že děti s hyperkinetickou poruchou potřebují být aktivně zapojeny.

Druhá hypotéza však potvrzena nebyla. Děti sice upřednostňovaly techniky aktivní muzikoterapie, pohybové aktivity při hudbě ale neměly rády. Většinou se před ostatními styděly nebo nevěděly, jak se mají pohybovat. Neoblíbenost této techniky pravděpodobně souvisí s tím, že k projevům hyperkinetické poruchy patří motorická neobratnost.

Závěr

V této práci jsme se seznámili s některými technikami muzikoterapie v prostředí dětského oddělení psychiatrické léčebny. Cílem práce bylo zjistit, které techniky muzikoterapie upřednostňují děti s hyperkinetickou poruchou. Zkoumali jsme pět muzikoterapeutických technik: pohybové aktivity při hudbě, instrumentální interpretaci, vokální interpretaci, výtvarné aktivity při hudbě a poslech hudby.

Zjistili jsme, že děti s hyperkinetickou poruchou upřednostňují aktivní techniky muzikoterapie před technikami pasivními. Potvrdili jsme tedy první hypotézu H_1 . Hypotézu H_2 se nám potvrdit nepodařilo. Z aktivních technik je pak nejoblíbenější instrumentální interpretace. Nejsou u nich oblíbené pohybové aktivity při hudbě, zřejmě pro jejich motorickou neobratnost.

Výzkumný vzorek byl poměrně malý. Vztahoval se pouze na děti s hyperkinetickou poruchou v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě.

U personálu dětského oddělení psychiatrické léčebny jsme se setkali s velmi vstřícným přístupem. Zájem jsme mohli pozorovat i na dětech. Bylo na nich vidět, že je muzikoterapie zajímavá a baví

Na základě šetření můžeme doporučit, že pro děti s hyperkinetickou poruchou je vhodnější zařadit do hodin muzikoterapie více aktivnějších činností. Musí být samozřejmě proloženy odpočinkovými – pasivnějšími činnostmi, ale aktivní část hodiny by měla převládat.

Doufáme, že tato práce poslouží terapeutům a lidem, kteří chtějí začít s terapií hudbou na dětských odděleních psychiatrických léčeben. Věříme, že muzikoterapeutická práce s dětmi s hyperkinetickou poruchou chování je prospěšná. Děti při ní mají možnost vybit svou přebytečnou energii a zároveň mají možnost se zklidnit.

Seznam literatury a použitých zdrojů

- [1] *Čítanka z dějin českého choromyslnictví*. Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod. 1998.
Praha : Hoblík a Hlaveš
- [2] DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě*. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-447-8.
- [3] DRTÍLKOVÁ, I. – ŠERÝ, O. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha : Galén, 2007.
ISBN 978-80-7262-419-5
- [4] GAVORA, P. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno : Paido, 1996.
ISBN 80-85931-15-X.
- [5] HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha : Avicenum, 1981.
- [6] HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000.
ISBN 80-7178-472-9.
- [7] CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v
Olomouci, 2000. ISBN 80-7076-798-9.
- [8] KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha : Grada
Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.
- [9] LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria, 1997.
ISBN 80-901834-4-1.
- [10] Lipský, M. *Muzikoterapie*. [online]. 2007 [cit. 2010-05-29]. Dostupné z:
<<http://www.muzikoterapie.cz>>
- [11] MALÁ, E. – PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-70
- [12] MAREŠ, J. – PRŮCHA, J. – WALTEROVÁ, E. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál,
2008. ISBN 978-80-7367-416-8.
- [13] MÁTEJOVÁ, Z. *Základy teorie a praxe muzikoterapie*. Bratislava : Univerzita
Komenského v Bratislavě, 1991. ISBN 80-223-0401-8.
- [14] Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [cit.
2010-06-04]. Dostupné z <URL: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>
- [15] MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v
Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.
- [16] MUNDEN, A. – ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha : Portál, 2002.
ISBN 80-7178-625-X
- [17] POLEDŇÁK, I. *ABC stručný slovník hudební psychologie*. Praha : Supraphon, 1984.

- [18] Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod. *Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod*. [online]. 2003 [cit. 2010-06-04]. Dostupné z: <<http://www.plhb.cz>>
- [19] Psychiatrická společnost. *Psychiatrická společnost ČLS JEP a česká psychiatrická společnost*. [online]. 1999 [cit. 2010-06-04]. Dostupné z: <<http://www.psychiatrie.cz>>
- [20] ROMANOWSKA, B. *Muzikoterapie, ladičky a léčení zvukem*. Frýdek-Místek : Alpress, 2005. ISBN 80-7362-067-7.
- [21] ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-339-0.
- [22] TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
- [23] VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0723-3.
- [24] ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.
- [25] ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha : Univerzita Karlova, 1994. ISBN 80-7066-955-1.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Marie Horská
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Techniky muzikoterapie v prostředí psychiatrických léčeben
Název v angličtině:	Methods of Music therapy in the Background of Mental Houses
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá technikami muzikoterapie v prostředí dětského oddělení psychiatrické léčebny. Je zaměřena na zjišťování oblíbenosti jednotlivých technik u dětí s hyperkinetickou poruchou. Cílem práce je zjistit, které z uvedených technik jsou pro děti s touto diagnózou nejvhodnější.
Klíčová slova:	Muzikoterapie, techniky muzikoterapie, pohybové aktivity při hudbě, instrumentální interpretace, vokální interpretace, výtvarné techniky při hudbě, poslech hudby, psychiatrické léčebny, děti s hyperkinetickou poruchou.
Anotace v angličtině:	The bachelor work describes methods of music therapy in the background of pediatric department of mental houses. It is focused on popularity of methods of music therapy among children with attention deficit hyperactivity disorder. The purpose of the bachelor work is to find which of the methods are the most suitable for these children.
Klíčová slova v angličtině:	Music therapy, methods of music therapy, physical activity with music, instrumental interpretation, vocal interpretation, methods of art with music, listening to music, mental houses, children with attention deficit hyperactivity disorder.
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	47 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

