

Univerzita Palackého v Olomouci

Cyriľometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2021

Jan Svojanovský

Univerzita Palackého v Olomouci

Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

*Charitativní a sociální práce*

Jan Svojanovský

*Muzikoterapie v nízkoprahovém centru*

*pro děti a mládež*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Lenka Tkadlčíková

2021

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.

.....

Podpis autora práce

Tímto chci poděkovat své vedoucí bakalářské práce, Mgr. Lence Tkadlčíkové, za její spolupráci a podněty, které mi pomohly tuto práci zpracovat. Velké dík patří také klientům, kteří se podíleli na praktické části. Díky jejich zpětné vazbě a jejich myšlenkám má tato práce smysl. V neposlední řadě patří dík všem mým blízkým, kteří mě psychicky podporovali a vyslechli mé nápady.

# Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část .....	8
1. Základy muzikoterapie .....	8
1.1. Definice muzikoterapie .....	8
1.2. Charakteristika muzikoterapie .....	9
1.3. Rozdíl mezi muzikoterapií a hudební pedagogikou.....	10
1.4. Zvuk, hudba a jejich účinek na člověka .....	11
1.5. Historie muzikoterapie .....	12
1.6. Muzikoterapie dnes .....	14
1.7. Dělení muzikoterapie .....	15
1.8. Metody a techniky používané v muzikoterapii .....	16
1.9. Muzikoterapeut .....	20
2. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM) .....	22
2.1. Pro koho je určeno NZDM.....	22
2.2. Obecný cíl .....	22
2.3. Poslání NZDM .....	23
2.4. Činnosti služby.....	23
2.5. Principy NZDM .....	23
2.6. Hierarchie preferovaných volnočasových aktivit v NZDM:.....	24
3. Riziková mládež .....	25
3.1. Kdo je riziková mládež .....	25
3.2. Sociální vyloučení.....	25
3.3. Sociálně patologické jevy .....	26
Shrnutí teoretické části.....	28
Praktická část .....	29
1. Metodologie výzkumu .....	29

1.1.	Kvalitativní výzkum .....	29
1.2.	Metoda kvalitativního výzkumu .....	30
1.3.	Výzkumné okruhy .....	30
1.4.	Výzkumný soubor .....	30
1.5.	Popis sběru dat a průběhu výzkumu .....	31
1.6.	Etické aspekty výzkumu .....	32
1.7.	Realizace a postup sběru dat .....	32
1.8.	Způsob analýzy dat .....	33
2.	Bližší k muzikoterapeutickým sezením .....	34
2.1.	Popis jednotlivých muzikoterapeutických sezení .....	34
3.	Výsledky výzkumu .....	38
3.1.	Časové rozmezí terapeutických setkání .....	38
3.2.	Podněty ke zlepšení (možné úpravy, nápady a doplnění aktivit do budoucna) .....	39
3.3.	Co vzbudilo zájem respondentů v muzikoterapeutickém sezení .....	41
3.4.	Přínosy muzikoterapie pro klienty NZDM .....	42
3.5.	Celkové zhodnocení muzikoterapie a její zařazení do NZDM .....	44
3.6.	Rekapitulace výsledků a zodpovězení výzkumných otázek .....	44
	Závěr .....	46
	Bibliografický seznam .....	48
	Seznam obrázků a tabulek .....	51

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem zvolil záměrně, protože jsem se během svého studia věnoval dětem nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. V rámci praxí jsem navštívil dvě různá nízkoprahová centra. Mimo to jsem celý druhý ročník docházel do NZDM jako „dohodář“ (pracovník na DPP). Se samotnou romskou kulturou jsem se setkával už od dětství, protože mám dvě míšenecké sestry (jeden z biologických rodičů je romského původu). V prvním ročníku na VOŠ Caritas v Olomouci jsem psal krátkou rešerši na „Problematiku romské kultury“. Díky tomu jsem mohl poznat blíže nejen její historii, ale také zvyky a hodnoty.

Neodmyslitelnou součástí romské kultury je hudba. Není to jen otřepaná fráze, ale fakt, který jsem mohl sám na vlastní kůži zakusit. Proto jsem byl velice překvapený, když jsem nenašel ani náznaky toho, že by se v NZDM pracovalo s muzikoterapií. Vždyť hudba je v podstatě jejich druh dorozumívání. Váží si hudby stejně tak jako lidí, kteří ji provozují. Jestliže muzikoterapie dokáže lidem pomoci s problémy, těžkými situacemi v životě, ve spolupráci s okolím, se zklidněním, s přijetím sebe sama, s překonáním obtížných životních etap atd., pak u těchto dětí, které už od malička přikládají hudbě obrovský význam, by měl být výsledek minimálně stejný, ne-li větší. Je důležité zmínit, že do NZDM nechodí jen děti romského původu, to ale neznamená, že by muzikoterapie měla mít na takové klienty menší či negativní dopad, proto si myslím, že je muzikoterapie vhodná k zařazení do aktivit nízkoprahových center pro děti a mládež.

Hlavním cílem bakalářské práce je vyhodnocení procesu muzikoterapeutických sezení spolu s vyhodnocením přínosu muzikoterapeutických sezení pro rizikovou mládež. Toto hodnocení bude probíhat na základě mé absolventské práce, jejímž hlavním cílem je vytvoření muzikoterapeutické metodologie pro práci s klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Tato metodologie bude tedy vyzkoušena v praxi a následně zhodnocená účastníky. Využití muzikoterapeutické metodologie bude vyhodnocováno pomocí metody kvalitativního výzkumu.

První část mé bakalářské práce bude teoretická. Pokusím se shrnout základy muzikoterapie, její stručnou historii, dělení, techniky a metody, její účinky na člověka. Budou zde také uvedeny nároky na muzikoterapeuta. Další oblast teoretické části bude zaměřená na nízkoprahová centra a jejich význam, činnosti, cíle a poslání. Také je důležité zmínit, co je to riziková mládež a patologické jevy. A v neposlední řadě zde bude uvedena muzikoterapie jako prevence sociálně patologických jevů.

Druhá část bude praktická a proběhne formou kvalitativního výzkumu – konkrétně technikou rozhovoru. Cílovou skupinou budou děti ve věku 13–18 let. Toto zacílení jsem si vybral hned ze dvou důvodů. Jednak není možné vtěsnat do jedné bakalářské práce více kategorií klientů docházejících do NZDM (pro velký rozdíl mezi přístupy a jednotlivými technikami u mladších a starších dětí) a jednak očekávám objektivní hodnocení a dialog mezi mnou a klienty. To je samozřejmě reálnější u dětí staršího věku.



## **Teoretická část**

Tato část je rozdělená na tři oblasti. První oblast má čtenáře seznámit se základy muzikoterapie. Druhá oblast se pak věnuje nízkoprahovému centru pro děti a mládež. Je zde uvedeno jeho poslání, cíle, činnosti atd. Poslední oblast se bude zabývat rizikovou mládeží, patologickými jevy a muzikoterapeutickou prevencí.

### **1. Základy muzikoterapie**

„Hudba je lékem na trápení duše.“

Quintus Horatius Flaccus, římský lyrik, 65–8 př. n. l.

„Je zřejmé, že sama příroda dala nám hudbu jako dar, abychom lépe snášeli strasti.“

Marcus Fabius Quintilianus, starověký římský řečník, 35–96

„Hudba a rytmus nacházejí cestu k nejskrytějším místům duše.“

Platón, klasický řecký filozof, 427–347 př. n. l.

#### **1.1. Definice muzikoterapie**

Definice Světové federace muzikoterapie z roku 1996, která je mezinárodně akceptovaná, zní takto:

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

Asociace AMTA (American Music Therapy Association) se k muzikoterapii vyjadřují takto:

Voigt, Knill a Weymann uvádí, že muzikoterapie je požití hudby k terapeutickým cílům (znovuobnovení, udržení a zlepšení fyzického nebo mentálního zdraví). Terapeut řídí hudbu tak, aby dosáhl změny u klienta. Hudba pomáhá v rozvíjení potenciálu člověka a přispívá k jeho větší sociální přizpůsobivosti. Muzikoterapie je kontrolované využívání hudby k terapeutickým účelům s dětmi, mládeží, a dospělými se zvláštními potřebami na základě sociálních, emocionálních, fyzických nebo duševních omezení. Při léčení oslovujeme čtyři oblasti člověka: sociální, psychologická, fyzická a intelektuální. (dle Zeleiová, 2007)

Podle Brusici je muzikoterapie interpersonální proces, při kterém se využívají zkušenosti s hudbou za účelem zlepšení, stabilizace a znovuoobnovení zdraví. Muzikoterapie zahrnuje kreativní zacházení s jednoduše ovladatelnými hudebními nástroji a vůbec s takovými nástroji, které vydávají zvuk, dále zahrnuje zpívání písní a improvizaci s hlasem. Muzikoterapie je systematický proces intervence, během které terapeut podporuje klienta v procesu jeho uzdravování. Přitom jsou použity hudební zkušenosti a vztahy, které se při nich vytvoří, jako dynamické faktory změn. (dle Zeleiová, 2007)

Muzikoterapie využívá k léčbě hudbu jak skrze poslech, tak i aktivní pozorování. Podněcuje fyzickou, emocionální, rozumovou a duchovní jednotnost člověka ve sféře nezávislosti, svobody ke změně, adaptability, vyrovnanosti a osobnostní integrace. (Vymětal, 1997)

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií. Expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Podle nich se nazývají jednotlivé art terapeutické obory: muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, biblioterapie a tanečně-pohybová terapie. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

## **1.2.Charakteristika muzikoterapie**

Z analýz současných definic vyplývají tyto charakteristické znaky muzikoterapie (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 26-27):

- Muzikoterapie není autoterapie – vždy zahrnuje jak klienta, tak terapeuta a jejich vztah;

- Klient nemusí mít hudební zkušenosti ani vzdělání;
- Hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální, kreativní a estetické kvality;
- Využívá hudební zkušenosti – hudba, hudební elementy, zvuk;
- Měla by být prováděna kvalifikovaným muzikoterapeutem;
- Muzikoterapie je využívána u širokých vrstev populace věkové skupiny;
- Muzikoterapie může vyvolat pozitivní změny ve všech oblastech lidského organismu;
- Muzikoterapie je využívána k naplnění nejrůznějších potřeb – tělesných, emocionálních, kognitivních, sociálních nebo spirituálních;
- Muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební cíle a zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení;
- Muzikoterapie může být realizována za různých uspořádání terapeutické situace (individuální, skupinová terapie atd.);
- Mnohé definice muzikoterapie zdůrazňují rozvoj terapeutického vztahu prostřednictvím společně sdílených hudebních zkušeností a hudební komunikace;
- Muzikoterapie je systematický proces (nikoli jednorázový), který zahrnuje diagnostiku, terapeutickou intervenci a evaluaci;
- Muzikoterapeuti pracují v široké nabídce institucí (medicína, vzdělání, gerontologie, psychiatrie atd.);
- Pro muzikoterapii je charakteristická existence muzikoterapeutických asociací a společností, které se starají o zavádění a dodržování standardů pro odbornou přípravu, profesionální chování terapeutů v praxi a celkový rozvoj muzikoterapie;
- Muzikoterapie je podmíněná kultuře – v každé kultuře jsou jedinečné různé praktiky.

### **1.3. Rozdíl mezi muzikoterapií a hudební pedagogikou**

Muzikoterapie a hudební pedagogika se nedají jednoznačně oddělovat, ačkoliv jejich krajní póly charakterizují velké rozdíly (Mátejová, Mašura, 1992).

Cílem muzikoterapie není naučit se složité rytmy. Naopak tóny, které jsou jednoduché, nám pomáhají usměrňovat a uspořádat chaos v dětech. Díky spojování pohybu, rytmu a zvuku

při hraní můžeme lépe koordinovat své tělo apod. Hudební hry tříbí smysl pro vnímání rytmu. (Šimanovský, 2011)

*Tabulka 1 Rozdíly mezi hudební výchovou a muzikoterapií*

	Hudební pedagogika	Muzikoterapie
Proces/produkt	důležitý je především produkt	důležitý je proces i produkt
Struktura	naplnění předem dané struktury	prostor pro individuálně vytvořenou strukturu
Vztah	vztah učitel - žák	terapeutický vztah
Cíl	cíle hudební povahy	cíle nehudební povahy
Hudba	estetické kvality hudby	terapeutické kvality hudby
Odborné kompetence	požadavky na přípravu učitele	požadavky na přípravu terapeuta

Hudební pedagogika se snaží o rozvoj dovedností a znalostí o hudbě. Muzikoterapie pracuje s holistickým přístupem a snaží se o celkové zlepšení kvality života. Jakýkoliv rozvoj hudebních dovedností je tedy v muzikoterapii vedlejší. Hudba vystupuje jako prostředek a ne jako cíl. Estetická hodnota je u výsledných produktů mnohem méně důležitá než v hudební pedagogice. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

#### **1.4. Zvuk, hudba a jejich účinek na člověka**

Zvuk a hudba jsou zde už od nepaměti. Mohou na člověka působit jak pozitivně, tak negativně. Už ve starověké Číně, Izraeli, Egyptě a Řecku se lidé zabývali otázkami působení hudby na lidský organismus. Aristoteles například doporučoval využití dórské stupnice, které připisoval duchovní sílu, a stupnice lydické, které naopak připisoval velký vliv na děti (Šimanovský, 2011).

Hudba je schopna určitým způsobem komunikovat a vyústit v obsahové sdělení, které vyvolá u posluchače psychickou odezvu. Hudba proniká do lidské psychiky více než například mluvené slovo, a tím překračuje hloubku odpovídajících jevů ve verbálním přístupu. Nejdůležitějším okamžikem ve vnímání hudby je interakce mezi obsahem

hudebního díla a sociogenní vrstvou vnímatele. Tento dialog podporuje psychické změny, přispívá k tvůrčímu rozvoji osobnosti a aktivuje pozitivní emoce. (Sedlák, 1990)

Obecně má hudba na člověka velký citový vliv. Ovlivňuje lidskou psychiku a náladu. Hudba nás může ovlivnit různorodě. Může sloužit jako ventil pro pocity, někdy může být dokonce smyslem života. Velikou roli hraje kreativita. Navíc nám hudba pomáhá navazovat společenské kontakty a můžeme díky ní uniknout z životních strastí. (Linka, 1997)

## **1.5. Historie muzikoterapie**

Tato kapitola pojednává o historii muzikoterapie. Je důležité si uvědomit, že muzikoterapie není pouze obor moderní doby, ale že se touto technikou zabývali lidé už od nepaměti. Nebavíme se o něčem, co zrovna bylo objeveno, ale co má hluboké kořeny v historii. Díky tomu můžeme poznat nejen to, jak muzikoterapie vypadá dnes, ale známe také její vývojovou cestu, díky které se dopracovala do dnešní podoby.

### **1.5.1. Muzikoterapie napříč časem**

Hudba jako prostředek léčby je datována už od nejstarších dob. Hudba v té době sloužila jako magický prostředek (například k ovládnání nadpřirozených sil). Zároveň byl její nedílnou součástí rytmus, proto se také součástí rituálů stal tanec. První primitivní nástroje byly kameny a klacky. Ke každé chorobě se vztahovaly jiné léčebné rituály. Postupem času se začaly vyrábět jednoduché nástroje (píšťalky z kostí, bubínky ad.). Každý kmen měl své typické rituály a nástroje. Celý rituál byl veden šamanem. (Máteová, Mašura, 1992)

### **1.5.2. Starověk**

Starověké národy Asýrie, Izraele, Egypta a Indie pozvedli léčebné rituály na vyšší úroveň díky vyspělejším nástrojům (harfy, lyry). Hudba zde hrála roli v lidském jednání a chování. V té době magické působení nástrojů na člověka zastávali kněží. (Máteová, Mašura, 1992)

I v Bibli můžeme zaznamenat úspěch léčby hudbou. Ve Starém zákoně je napsáno, že král David léčil svým zpěvem a hrou na harfu krále Saula z depresí. Ve starověkém Řecku byla muzikoterapii připisována důležitá role. Zmiňuje se o tom Platón i Aristoteles ve vztahu k hudební výchově. (Máteová, Mašura, 1992)

Mátejová a Mašura (1992, s. 37) píše, že: „Aristoteles ve své koncepci předpokládal, že hudba může vyvolat vitálně afektivně jevy a priznává jej léčebnou hodnotu. Hudba

účinkuje na somatiku i na psychiku, vnáša medzi tieto dve zložky harmóniu a takto liečebne pôsobí na človeka.“

O léčbě hudbou se zajímali i Římané, ale nebylo to pro ně tak významné. Kladli totiž větší důraz na poezii a rétoriku. Po úpadku římské říše v roce 476 se veškerá léčba hudbou přesunula z Evropy do arabských zemí, Číny, Indie a Indonésie (zde používali zvonečky, gongy, strunné nástroje a píšťaly). (Máteová, Mašura, 1992)

### **1.5.3. Středověk**

Pro středověk byl fenoménem tanec. Hudba byla využívána především k léčbě nervových chorob, ale pouze v malé míře. Vše ale bylo ovlivněno křesťanstvím, které psychicky nemocné považovalo za posedlé ďáblem. (Máteová, Mašura, 1992)

„T. Akvinský hlásal teologickou úlohu hudby: „Hudba vyhání zlých duchov, sprostredkuje odpustenie vinníkom a pomáha duševne chorým – ale len hudba duchovná.“ (Máteová, Mašura 1992, s.37)

### **1.5.4. Renaissance**

Zde se muzikoterapie dostává opět do středu pozornosti. Důležitá jména tohoto období jsou Robert Burton a Ambroise Paré. R. Burton byl anglický lékař, který používal hudbu při léčbě duševně chorých. A. Paré byl francouzský lékař, který studoval působení hudby na chirurgicky léčené pacienty. (Šimanovský, 2011)

### **1.5.5. Novověk**

Muzikoterapie začala také přihlížet na nové poznatky z biologie a fyziologické procesy v lidském těle. Hudba se stále víc a víc používá k léčbě duševně nemocných. V 19. století se léčebné účinky hudby používaly na vojně, aby se udrželo bojové nadšení a nasazení. K rozvoji muzikoterapie později přispěly psychologické, fyziologické a muzikologické výzkumy. I technické vynálezy se přičinily (gramofon, magnetofon, videorekordér, rozhlas, televize atd.). (Máteová, Mašura, 1992)

### **1.5.6. Dvacáté století až současnost**

„Neobyčejného rozvoje došla muzikoterapie po druhé světové válce, zhruba za posledních padesát let, kdy se stala předmětem soustavnějšího, metodičtějšího a cílevědomějšího vědeckého průzkumu a kdy se také nevídanou měrou rozrostla odborná muzikoterapeutická literatura, podložená seriózními fakty, již stále přibývá tak říkajíc geometrickou řadou.“ (Linka 1997, s. 55)

Po druhé světové válce začaly vznikat první muzikoterapeutické školy. Dnes je muzikoterapie provozuje ve všech zemích světa. Samozřejmě všude jiným způsobem. (Linka, 1997)

## **1.6. Muzikoterapie dnes**

### **1.6.1. Muzikoterapie v ČR**

Muzikoterapie byla u nás zpočátku pouze jako jedna z aktivit v terapeutické komunitě při léčení psychických nemocí. To až později díky lékařům a psychologům, kteří se zajímali o hudbu, a jejich individuálním poznatkům ze zahraniční literatury byly hudební činnosti (aktivní, pasivní atd.) postupně zařazovány do jejich práce. To se však dělo jen na některých místech v republice. Zatím to byla činnost individuální bez jednotné teorie a praxe. Zprvu ji ani muzikoterapií nenazývali. (Pokorná, 1982)

Mezi průkopníky používání hudby při léčbě v naší zemi patřili MUDr. Karel Slavoj Amerling (1807-1884), za svých časů ředitel Ústavu pro slabomyslné děti v Praze, a František Bakule (1877-1957), pedagog a ředitel Jedličkova ústavu. Pro Bakulu byly nejučinnější prostředky ve výchově láska a umění. Založil pěvecký sbor dětí s tělesným omezením, který byl znám nejen u nás. Později se muzikoterapie v Jedličkově ústavu vyvíjela za vedení profesora Františka Kábeleho a profesora Miroslava Štreláka. Muzikoterapie se poté začala využívat třeba v Psychiatrické léčebně v Praze-Bohunicích a na foniatrické klinice v Praze. (Šimanovský, 2000)

První muzikoterapeutická společnost v České republice vznikla v roce 1975. Za jejím založením stojí Jitka Schánilcová-Vodňanská a psycholog Zappner. V roce 2008 vznikla Česká muzikoterapeutická asociace. Česká muzikoterapie dosud nemá mezinárodně akreditovaný vzdělávací program. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

„Muzikoterapie v České republice se teprve v posledních letech rekrutuje v samostatný obor. Pro jeho další vývoj bude nezbytná legislativní úprava a intenzivnější komunikace s muzikoterapeutickými organizacemi a institucemi v zahraničí. Pro domácí muzikoterapeuty je tato situace velkou výzvou – domníváme se, že česká muzikoterapie prochází obdobím velkého rozvoje a v horizontu několika let může být seriózním partnerem ostatních evropských zemí.“ (Kantor, Lipský, Weber, 2009, 83-84.)

### **1.6.2. Mezinárodní muzikoterapeutické asociace a sdružení**

V dnešní době už existuje ve světě několik mezinárodních asociací a sdružení muzikoterapie, které se starají o celkovou úroveň muzikoterapie na mezinárodní úrovni. Nejvýznamnější je Světová federace muzikoterapie „World Federation of Music 20 Therapy“ (WFMT), která byla založená v roce 1985 na 5. světovém muzikoterapeutickém kongresu v italském Janově. Jejím úkolem je starat se o výměnu informací v muzikoterapii, pořádat mezinárodní kongresy, rozvíjet mezinárodní spolupráci mezi muzikoterapeutickými asociacemi, muzikoterapeuty a příbuznými profesemi, rozšiřovat povědomí veřejnosti o muzikoterapii, vydávat odborné publikace a podporovat muzikoterapeutický výzkum. (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

V roce 1990 byla založená Evropská muzikoterapeutická konfederace „European Music Therapy Confederation“ (EMTC). Tato konference má podporovat vzájemný respekt, porozumění a výměnu zkušeností o muzikoterapii v Evropě. V současné době má konference 19 členských států. Každý stát má svého reprezentanta, ČR je členem od roku 2009. V naší zemi působí Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA), která sdružuje aktivní české muzikoterapeuty. (Gerlichová, 2014)

## **1.7. Dělení muzikoterapie**

Muzikoterapie se dělí z různých hledisek. Jedním z nich je typ účasti klienta na terapii. Tady můžeme rozlišit aktivní a pasivní muzikoterapii. Další dělení je podle počtu klientů: individuální, skupinová nebo hromadná. A v neposlední řadě je důležité, kdo na kom terapii provádí. Zde existuje autoterapie a heteroterapie.

### **1.7.1. Autoterapie a heteroterapie**

Jestliže člověk provádí terapii sám na sobě, dá se mluvit o autoterapii. K tomu může dojít třeba tak, že pacient po skončení léčení sám pokračuje v muzikoterapii. Může tak jednat buď sám za sebe, nebo přímo díky podnětu svého terapeuta. V tom případě tedy hovoříme o tom, že pacient je sám sobě terapeutem. (Linka, 1997)

O heteroterapii se můžeme bavit právě ve chvíli, když klient a terapeut jsou dvě různé osoby. Heteroterapie obvykle znamená větší míru kvalifikace. Na druhou stranu zde není tak velká otevřenost jako u autoterapie. (Linka, 1997)



### **1.7.2. Aktivní a pasivní terapie**

Při aktivní muzikoterapii je pacient aktivně zapojený ho hudby (vokálně a/nebo instrumentálně). Záleží na hudební úrovni klienta. Důležitější než estetická stránka jsou terapeutické zájmy. Uměleckou stránku můžeme brát spíše jako dokreslení diagnostického obrazu nebo záminku k pacientově pochvale. (Linka, 1997)

Pasivní (poslechová, receptivní) terapie je uskutečňována pacientovým poslechem hudby. Hudba může být živá nebo reprodukováná. Při živé hudbě je výhodou, že dochází ke spojení společenského zážitku a vizuální stránky. Pro některé naslouchající je tento způsob stejně dobrý jako slovní komunikace. Vůči reprodukováné hudbě může mít klient nebo terapeut problém, protože tam pro ně může chybět mezilidský kontakt. Jiní však mohou upřednostňovat právě reprodukovánou hudbu kvůli její větší diskrétnosti, protože se dá poslouchat i doma. (Linka, 1997)

### **1.7.3. Individuální, skupinová, masová (hromadná) muzikoterapie**

Následující dělení se odvíjí od počtu pacientů při terapii. Při individuální terapii se terapeut věnuje jednomu klientovi, při skupinové terapii je přítomno nejčastěji 8–15 lidí. Hromadná terapie může probíhat například při terapeuticky motivovaném koncertě nebo při recitálu. Avšak v hromadné terapii, stejně jako v autoterapii, se vyskytují názory, jestli je dostatečná úroveň vztahu mezi terapeutem a klientem. (Linka, 1997)

Kromě základního rozdělení, uvedeného výše, existují i jiné typy dělení. Schwabe (dle Kratochvíl, 2005) rozděluje muzikoterapii na pasivní, komunikativní, reaktivní a regulativní muzikoterapii:

1. Při komunikativní terapii se jedná o společný poslech hudby. Důležitý je vzájemný kontakt. Po poslechu je čas na zpětnou vazbu a otázky terapeuta vůči klientům.
2. Reaktivní terapie má vyvolat afektivní reakce v klientech. To je velmi důležité při překonání neurotických zábran a při uvolňování emocí.
3. Regulativní terapie má vést k uvolnění vegetativních funkcí a svalstva. Při této terapii má dojít k neutralizaci napětí pomocí hudby.

## **1.8. Metody a techniky používané v muzikoterapii**

Metoda je v muzikoterapii definována jako „zvláštní typ hudební zkušenosti používaný pro diagnostiku, intervenci nebo evaluaci.“ (Brusica in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 183)

V muzikoterapii mluvíme o čtyřech základních metodách. Každá z těchto metod má mnoho variací. Dále se můžeme potkat s pojmem „procedura“ to je stav, kdy se muzikoterapeut snaží zapojit klienta do určité hudební zkušenosti (např. metodou hudební improvizace). V tomto případě může být variací improvizací skupina. Kroky v proceduře mohou být: 1. vybírání nástrojů klienty, 2. skupinová experimentace s nástroj, 3. prezentace struktury terapeutem nebo vysvětlení pravidel improvizace, 4. skupina improvizuje podle daných pravidel, 5. skupina diskutuje o improvizaci. (Brusica dle Kantor, Lipský, Weber, 2009)

V každé proceduře jsou různé techniky, které je možno použít. Technika je určitá operace nebo interakce, kterou chce terapeut dosáhnout určité reakce u klienta nebo tvarovat jeho hudební zkušenosti. (Brusica dle Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Když terapeut dosáhne určitého systematického přístupu, který je odvinut ze čtyř hlavních metod, a po tomto způsobu následuje specifická procedurální sekvence závislá na určitých technikách, mluvíme o modelu. Model je specifikací, jak používat metodu vůči určité skupině klientů. (Brusica dle Kantor, Lipský, Weber, 2009)

V muzikoterapii máme podle Kantora, Lipského a Webera (2009, s. 183) čtyři základní metody:

1. Hudební improvizace
2. Hudební interpretace
3. Kompozice
4. Poslech hudby

### **1.8.1. Hudební improvizace**

Při hudební improvizaci vytváříme hudbu pomocí těla, zpěvu nebo hudebních nástrojů. Tato terapie se hodí i u klientů s velmi těžkým postižením. Cílem je klienta motivovat a podporovat k hudebnímu vyjadřování. Hudební improvizace může být jak připravená, tak nepřipravená. (Brusica dle Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Jednotlivé modely nabízejí různé využití hudební improvizace, a to jak diagnostické, tak terapeutické. Při diagnostické improvizaci je nástroj, který používá klient, chápan jako klientovo alter ego. Pomocí nástroje zrcadlí svůj vnitřní svět. Klient tak může vyjadřovat pocity, které jsou pro něj obtížné sdělit verbálně. Terapeut reaguje na hudební improvizaci, kterou slyší, a snaží se jí porozumět na základě vlastních pocitů z hudby. Součástí improvizace je i dialog mezi klientem a terapeutem. Při analýze improvizace nám mohou

pomocť vodítka jako například výběr nástroje, tempo, rozbor dynamiky atd. Improvizace může být individuální i skupinová. (Moreno dle Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Příklady variací podle Brusice (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 186-194):

- Imitování – Terapeut imituje klienta těsně po jeho prezentaci (rytmus, melodie, pohyb...).
- Synchronizování – Terapeut provádí totéž co klient ve stejném čase. Může napodobovat více věcí nebo jen jednu (stejný nástroj, rytmus pohyb atd.). Může podpořit vztah mezi klientem a terapeutem.
- Zařazování – Terapeut rozvine klientovu improvizaci vlastní improvizací. Tato technika podporuje klientovo sebevědomí, sebepřijetí a sebevyjádření.
- Vyrovnávání energie – Terapeut napodobuje stupeň klientovy energie v aktivitě.
- Poslech vlastní nahrávky – Terapeut nahraje klientovu improvizaci a společně s klientem si ji poslechnou.
- Projekce – Klient improvizuje. Hrubou popisuje nějakou konkrétní událost, situaci, pocit, se kterým je třeba pracovat.
- Sondování – Terapeut dává klientovi různé otázky, aby zjistil informace nutné k terapii. Technika by se měla využívat jen zřídka, aby se nestala vyslycháním.

### **1.8.2. Hudební interpretace**

Při interpretaci klient provádí už předkomponovanou hudbu, a to jak vokální, tak instrumentální. Součástí interpretace jsou také strukturované hry, při kterých má klient určitou roli. Nejedná se tedy jen o čisté napodobování, ale interpretaci kreativním způsobem. Omezování klienta v rámci interpretace může nést pozitivní následky (klient se může dostat do situací, ke kterým by při improvizaci nedošel). (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Podle Brusici (dle Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 194) interpretace umožňuje:

- Rozvíjet senzomotorické dovednosti
- Posilovat adaptivní chování
- Zlepšit pozornost a orientaci v realitě
- Rozvíjet paměť
- Podporovat schopnost identifikace a empatie s druhými
- Rozvíjet schopnosti interpretovat a sdílet pocity a myšlenky s druhými

- Osvojit si chování ve specifických rolích, které se vyskytují v různých interpersonálních situacích
- Zlepšit interakční a skupinové dovednosti

Metoda interpretace je používána především u klientů, kteří potřebují strukturu k rozvoji určitých dovedností a chování v určitých rolích (klienti s autismem, ADHD, klienti trpící úzkostí). Interpretace pomáhá disciplíně a sebekontrolě (např. při skupinové hře). Při interpretaci se dodržují určitá základní pravidla, která určuje terapeut. Interpretaci můžeme dělit podobně jako improvizaci na skupinovou nebo individuální. Používáme při ní tělo, zpěv, hudební nástroje atd.

Brusica (dle Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 195) uvádí různé variace:

- Vokální interpretace
- Instrumentální interpretace
- Hudební produkce
- Hudební hry a aktivity
- Dirigování (vedení)

### **1.8.3. Kompozice hudby**

V kompozici hudby můžeme nalézt kreativní vytváření písní, textů, instrumentálních skladeb nebo jiného hudebního produktu (videoklip, audionahrávka atd.). Klient se podílí na kreativním vytváření. Terapeut zde se stará jen o technické aspekty procesu.

Obecně tato metoda může rozvíjet kreativitu při hledání řešení problému, schopnost organizace a plánování. Kompozice ve skupině podporuje kooperaci, sdílení pocitů, myšlenek atd. Klient může písní reagovat na svou aktuální situaci: nemoc, umírání, ztráta, smutek atd. (Kanadská muzikoterapeutická asociace, 2003)

Variace pro metodu podle Kantora, Lipského a Webera (2009, s. 199):

- Variace na písně – změna slov v písni, v níž se zachová melodie
- Skládání písní – text, melodie, doprovod písně
- Instrumentální kompozice – melodie, doprovod, rytmus
- Notační aktivity – vytváření notačního systému, komponování písně, notování hudby
- Hudební koláž – řazení zvuků za sebou do písně

#### **1.8.4. Poslech hudby**

Při poslechu klient naslouchá hudbě a verbálně či neverbálně na ní reaguje. Hudba může být hraná, reprodukována, instrumentální nebo vokální. Poslech je zaměřen na tělesné, emocionální, intelektuální, estetické nebo spirituální aspekty hudby. Poslech hudby usnadňuje navázání kontaktu mezi klientem a terapeutem. Výběr hudby má vliv na komunikaci a problém, který se řeší. Hudba může v klientovi vyvolat vzpomínky. (Kantor, 2009)

Při poslechu jsou podle Kantora, Lipského a Webera (2009, s. 202) důležité:

- Hudební preference a hudební minulost klienta
- Délka koncentrace pozornosti klienta
- Terapeutický záměr, kterému by měl odpovídat výběr konkrétní hudby
- Požadavky na receptivní schopnosti a pozornost pro danou aktivitou

Brusica (dle Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 202) uvádí tyto variace:

- Somatický poslech – Použití vibrací, zvuků a hudby v různých elementárních a kombinovaných formách, které mají přímo ovlivnit klientovu tělesnou schránku a vztahy s jinými dimenzemi jeho organismu.
- Hudební anestezie – Poslech hudby k podpoře anestetických a analgetických látek.
- Hudební relaxace – Poslech hudby ke snížení stresu, napětí, úzkosti atd.
- Meditativní poslech – Hudba pomáhá v rozjímání nad určitými tématy.
- Další variace: Podprahový poslech, stimulační poslech, eurytmický poslech, percepční poslech, poslech spojený s reakcí, podmíněný poslech, ocenění hudby atd.

### **1.9. Muzikoterapeut**

K. Brusica (dle Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 159) definuje osobnost muzikoterapeuta těmito znaky:

- Pomáhá klientovi
- Pracuje na základě vzájemné dohody
- Pomáhá uspokojit potřeby vztahující se ke zdraví klienta
- Pracuje v kontextu profesionálního vztahu
- Má dostatečnou kvalifikaci

- Jedná v souladu s etickými pravidly své profese

V muzikoterapii mají terapeut i klient svou roli. Terapeut je chápán jako pomáhající a klient jako osoba, která přijímá pomoc. Požadavky níže uvedené vychází z legislativ zahraničních zemí.

### **1.9.1. Profesionální požadavky na muzikoterapeuta**

Některé vlastnosti musí mít terapeut vrozené (např. kreativitu, hudební schopnosti, předpoklady pro pomoc druhým). Požadavky na muzikoterapeuta zahrnují odborné i osobnostní kompetence. Muzikoterapeut také musí dodržovat požadavky etického kodexu a standardy terapeutické praxe, které formulují muzikoterapeutické asociace. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

### **1.9.2. Odborné kompetence**

Je důležité vědět jak své hudební schopnosti využít terapeuticky. Většina zemí si určuje svoje vlastní standardy pro muzikoterapeutický výcvik. Například Americká muzikoterapeutická asociace (2005) rozděluje muzikoterapeutické kompetence do tří oblastí – hudební, klinické, terapeutické. Další důležitou součástí profesní přípravy jsou teoretická příprava, sebezkušenostní výcvik a supervize. Supervize brání terapeuta před vyhořením a pomáhá v jeho rozvoji. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

## 2. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM)

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, neboli „nízkoprahy“, jsou poměrně mladou sociální službou. Datum vzniku můžeme datovat někdy v 90. letech 20. století (Čechlovský, 2005). V legislativě byla tato služba ukotvena až v roce 2006 zákonem č. 108/2006 Sb.

### 2.1. Pro koho je určeno NZDM

„Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem a mládeži ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy.“ (Zákon č. 108/2006, s. 23). V NZDM tedy můžeme najít skupiny či jedince, kteří mohou mít sklony k deviantnímu chování (záškoláctví, krádeže, návykové látky atd.). (Klíma, 2004)

Racek a Herzog (2007, s. 322) tyto nežádoucí jevy dále rozdělují a uvádějí příklady:

- Jako nežádoucí jev (obtížnou životní situaci) můžeme chápat událost, kdy se člověk těžko orientuje a situace se obtížně řeší vlastními silami.  
Př.: rozvod rodičů, rozpad rodiny, selhání ve škole, konflikt mezi vrstevníky atd.
- Obtížné jsou také situace, které jsou v rozporu s kulturou, společenskými a právními normami.  
Př.: konflikt mezi rodiči a prarodiči, projevy šikany, experimentování s návykovými látkami, záškoláctví, konflikty v místní lokalitě atd.
- Důležité je také prostředí, ve kterém dítě žije. Pokud toto prostředí není vyhovující, můžeme mluvit o omezujícím životním prostředí.  
Př.: absence zájmů a koníčků, pocit odcizení, neschopnost adaptace atd.

Pojmosloví NZDM (2008) rozděluje klienty do tří kategorií podle věku:

- od 6 do 12 let (tzn. děti mladšího školního věku)
- od 13 do 18 let (tzn. děti staršího školního věku a dospívající)
- od 19 do 26 let (tzn. mladí dospělí)

### 2.2. Obecný cíl

„Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat

v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. s. 23)

### **2.3. Poslání NZDM**

Posláním nízkoprahového centra je provázet děti a mládež v dospívání, podávat jim informace, dávat jim odbornou pomoc v těžkých situacích, a předcházet tak sociálnímu vyloučení a/nebo sociálnímu selhání. NZDM vytváří podmínky pro sociální začlenění se do společnosti. (Pojmosloví, NZDM, 2008)

### **2.4. Činnosti služby**

Mezi činnosti služeb NZDM patří:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(Zákon č. 108/2006 Sb., § 62)

### **2.5. Principy NZDM**

Pojmosloví NZDM (2008) definuje NZDM jako zařízení, které se snaží odstranit časové, prostorové, psychologické a finanční bariéry.

Klíma (2004, s. 398 - 399) uvádí tři hlediska k posuzování míry nízkoprahovosti:

1. Prostorové hledisko – Zařízení má být dosažitelné pro klienta. To znamená blízko výskytu klienta. NZDM tak musí být v místech, kde se pohybuje cílová skupina tak, aby vzdálenost a místo zařízení neodrazovalo klienty od návštěvy.
2. Časové hledisko – Je důležité, aby zařízení bylo přístupné v době, kdy to vyhovuje klientům. NZDM se tak snaží posunovat svůj otevírací čas podle cílové skupiny.



3. Psychosociální hledisko – Zařízení by mělo mít takovou atmosféru, aby neodrazovalo klienty od vstupu. Tuto atmosféru můžou ovlivnit pracovníci, ale také vybavení zařízení.

## **2.6. Hierarchie preferovaných volnočasových aktivit v NZDM:**

- Jednoduché aktivity, iniciované a samostatně vykonávané klientem, pracovník je pouze zprostředkuje (např. zapůjčí vybavení).
- Složitější aktivity iniciované a samostatně vykonávané klientem, pracovník je zprostředkuje, případně poskytne návodnou pomoc.
- Akce iniciované klientem, při jejichž realizaci dochází ke spolupráci pracovníka s klientem.
- Akce realizované pracovníky, ale pokud je to možné, zapojují do realizace klienty.
- Dílny – klient se může volně zapojit do aktivit, nabízených a připravených lektorem.

(Herzog, 2004)

### **3. Riziková mládež**

Na úvod této kapitoly je důležité říct, že bakalářská práce je zaměřená na děti ve věku 13–18 let (Pojmosloví NZDM, 2008). Tato věková skupina byla zvolena z více důvodů. Hlavním důvodem byl fakt, že se do jedné bakalářské práce nevejdou všechny tři věkové kategorie klientů, proto bylo nutné to zredukovat. Dalším klíčovým důvodem byl fakt, že se od klientů očekává spolupráce a hodnotná zpětná vazba, která by pomohla v rozvoji muzikoterapie v NZDM.

#### **3.1. Kdo je riziková mládež**

Slovník sociální práce definuje pojem riziková mládež (v angl. „youth at risk“) jako „mládež, u níž je vyšší riziko sociálního selhání. Dispozičními faktory jsou dědičnost, konstituce, nižší úroveň zdraví a rozumových schopností, poruchy morálního vývoje, dysfunkční rodina, neúčast na vzdělávání a na trhu práce, bydlení ve velkém městě, příslušnost k asociálním subkulturám aj.“ (Matoušek, 2003, s. 185)

Riziková mládež je dospívající mládež, u níž je ohrožen psychosociální vývoj. Patří sem děti a mládež s agresivním chováním (násilí, delikvence), únikovým chováním (záškoláctví, útoky z domova, diagnostických ústavů, nápravných zařízení, zneužívání návykových látek, sebevražedné tendence) a nestabilní projevy v sociálním životě a vztazích. (Labáth, 2001)

#### **3.2. Sociální vyloučení**

„Sociálním vyloučením se rozumí vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.“ (Zákona č. 108/2006 Sb., § 3 písm. f)

Sociální vyloučení chápeme jako „proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny osob zbavováni přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti jako celku. Proces sociálního vyloučení je primárně důsledkem chudoby a nízkých příjmů, přispívají k němu však také další faktory, jako je diskriminace, nízké vzdělání či špatné životní podmínky. Sociálně vyloučení jsou odříznuti od institucí a služeb, sociálních sítí a vzdělávacích příležitostí. Projevem sociálního vyloučení je tedy například dlouhodobá nezaměstnanost, závislost na sociálních dávkách,

život v prostorově vyloučených částech obcí, nízká kvalifikace, špatný zdravotní stav, rozpad rodin či ztráta sebeúcty. Jako adaptace na podmínky sociálního vyloučení se často vytváří specifické hodnoty a normy, mezi něž patří například důraz na přítomnost, neschopnost plánovat do budoucna, pocity beznaděje a bezmocnosti či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci.“ (Identifikace zásadních sociálních problémů v oblasti sociálního vyloučení, s. 4)

### **3.3.Sociálně patologické jevy**

„Pojem sociální patologie je souhrn označením nezdravých, abnormálních a obecně nežádoucích jevů. V současné době je tento pojem někdy také nahrazován pojmem sociální deviace nebo sociální dezorganizace. Pojem sociální patologie se od pojmu sociální deviace i sociální dezorganizace liší. Jevy, které jsou označovány za deviantní, nemusí být vždy patologické. Sociálně patologické jevy jsou vždy pro společnost či jednotlivce negativní, což v případě deviantních jevů platit nemusí. Proto je při vymezování pojmů nezbytné uvedené pojmy rozlišovat.“ (Fischer, 2009, s. 18)

Každý člověk si v průběhu svého života vytváří pravidla, podle nichž se snaží řídit. Můžou to být pravidla neuvědomovaná, ta která jsme si osvojili už v dětství, nebo uvědomovaná, ta která jsou považována za společensky správná. (Giddens, 1999)

Běžně se však setkáváme se situacemi, kdy dochází k různým odchylkám od norem. Na odchylky má vliv jak biologická, tak psychosociální oblast jedince. Taktéž se v nich odráží vliv řady sociálních situací. Norma je odlišná nejen mezi kulturami, ale i subkulturami. To znamená, že chování jedné skupiny, která ho vnímá v normě, může být pro jinou skupinu považováno za deviantní. (Fischer, 2009)

Definice sociálně patologických jevů podle Pokorného (2003, s. 186):

„Sociálně patologickým jevem se obecně rozumí takové chování jedince, které je charakteristické především nezdravým životním stylem, nedodržováním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot, chování a jednání, které vede k poškozování zdraví jedince, prostředí, ve kterém žije a pracuje, a ve svém důsledku pak k individuálním, skupinovým či celospolečenským poruchám a deformacím.“

### **3.3.1. Zdroje a příčiny sociálně patologických jevů**

„Sociálně patologické chování je ve skutečnosti důsledkem působení řady různých biopsychosociálních faktorů.“ (Fischer, 2009, s. 27)

Podle Winklera a Petruska (dle Fischer, 2009) existují tři základní přístupy v teorii, kdy vznikají sociální deviace a patologie:

1. Teorie kladoucí důraz na aktéra – Existuje určitý typ lidí, kteří mají tendenci volit chování mimo společenské normy.
2. Teorie situační – Určité situace, které dopomáhají ke vzniku sociální deviace. Takové situaci se může poddat kdokoliv.
3. Teorie konjunktivní – Toto je kombinace předchozích teorií.

### **3.3.2. Sociálně patologické jevy v prostředí rodiny**

Rodina má pro vývoj jednotlivce ve společnosti nenahraditelný význam. Negativní působení rodiny má ve vývoji zásadní vliv. Jestliže rodina dobře nefunguje, je nalézání řešení velmi těžké. V rodině by mělo docházet k uspokojování základních potřeb. Rodina napomáhá v seberealizaci. Rodina formuluje jedince v průběhu jeho života, jeho budoucí společenské role a identitu. (Fischera 2009)

Podle Fischera (2009, s. 140) můžeme rozlišit na čtyři oblasti:

1. Problém dysfunkce až afunkce rodiny, zejména pokud je spojen s psychickou deprivací, respektive subdeprivací.
2. Problém anomálních osobností rodičů, kdy rodiče nemohou, neumějí či nechtějí z různých důvodů správně pečovat, kdy se rodiče sami dopouštějí asociálního a antisociálního chování.
3. Problém úplnosti rodiny, náhradních rodičů, náhradní výchovy až výchovy ústavní.
4. Problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN – Child Abuse and Neglect).

### **3.3.3. Muzikoterapie jako prevence sociálně patologických jevů**

V posledních letech se lidská osobnost (podle Světové zdravotnické organizace, WHO) rozděluje na čtyři oblasti: bio-psycho-socio-spirituální. Tyto složky jsou mezi sebou úzce spojeny a mají na sebe vzájemný vliv. To znamená, že pokud dojde k narušení jedné částí, bude to mít vliv i na části druhé (např. problém v sociální oblasti bude mít vliv na psychiku jedince). V průběhu života si člověk musí projít určitými etapami, při kterých dochází

k vzájemnému ovlivňování složek. Ty, zejména pak v čase pohlavního dospívání, způsobují somatické změny. Proces vyrovnávání je u každého jedince jiný a jinak náročný. Právě v tomto čase je jedinec silně ovlivňován sociálním prostředím kolem sebe, snaží se najít oporu a stabilitu v neustálém zmatku. (Blahutková, 2008)

Nejčastějšími patologickými jevy u žáků starších ročníků jsou šikana, agrese, alkoholismus, cigarety. Tyto jevy vznikají na základě vlivu školního prostředí. Zamezování vzniku těchto patologických jevů se nazývá **primární prevence**. Ta je považována za prevenci hlavní. Snaží se vést žáky k pozitivnímu sociálnímu chování, zdravému životnímu stylu a zachování identity. Učitel může k tomu cíli přispět svým chováním a vystupováním. Pomocí muzikoterapie může učitel poznat vztahy ve třídě, a odhalit tak vznik patologických jevů (např. vznik šikany). Zároveň můžeme díky aktivitám v muzikoterapii zapracovat na soudržnosti třídy, což může vést k prohloubení vztahů a pocitu sounáležitosti. Pomocí těchto cvičení může dojít ke zlepšení vztahů v kolektivu a rozvoji osobnosti každého jedince. **Sekundární prevence** nastupuje v tom případě, kdy zaznamenáme negativní signály ve vývoji jedince či sociální skupiny. **Terciální prevence** je označována jako prevence následná, zaměřená na jedince, u kterého se už sociálně patologické jevy projeví. Je to snaha o zmírnění následků. Smyslem této prevence je resocializace narušených jedinců. (Ministerstvo vnitra České republiky a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2011)

Muzikoterapie má samozřejmě své využití i v sekundární a terciální prevenci. S muzikoterapií se můžeme potkat i v různých diagnostických ústavech, psychiatrických léčebnách nebo v rámci rodinné terapie atd. Otázkou je, zda by se dalo tomuto vzniku patologický jevů předejít, ještě před sekundární a terciální fází, či důkladnou prevencí v počátcích. Měl by žák, který nemá strach ze spontánního projevu, má možnost se realizovat, žije v bezpečném kolektivním prostředí, dostává podporu, sklony k záškoláctví či alkoholismu?

## **Shrnutí teoretické části**

Teoretická část nám představila muzikoterapii, její techniky, metody, historii, základní rozdělení. Také známe základní požadavky na muzikoterapeuta. Dále jsme se dozvěděli, co to je nízkoprahové centrum pro děti a mládež, jaký je jeho cíl, poslání, principy, činnosti atd. Konec teoretické části jsme věnovali rizikové mládeži a patologickým jevům. Zároveň jsme si řekli něco o prevenci patologických jevů za pomoci muzikoterapie.

## **Praktická část**

Před zahájením samotného výzkumu je nutné stanovit si cíl, kterého chceme, za pomoci výzkumu, dosáhnout, protože „cíl výzkumu určuje, čeho má být jeho splněním dosaženo. Součástí cíle výzkumu nebývá pouze vyřešení výzkumného problému, ale také prezentace výsledků a způsoby jejich využití v praxi v nejlepším případě i doporučení dalšího výzkumného postupu.“ (Reichel, 2009, s. 47)

Hlavním cílem této bakalářské práce je vyhodnocení procesu muzikoterapeutických sezení spolu s vyhodnocením přínosu muzikoterapeutických sezení pro rizikovou mládež. Pro dosažení tohoto cíle jsou vymezeny hlavní dvě výzkumné otázky: „Jak riziková mládež hodnotí proces muzikoterapeutických sezení?“, a „Jaký měla pro ně muzikoterapie přínos?“ V souladu s hlavní výzkumnou otázkou jsou vytvořeny další dílčí cíle. Tyto cíle jsou:

- Nashromáždít podněty, které umožní zlepšit muzikoterapeutické techniky v NZDM.
- Zjistit, o co mají zájem klienti NZDM na poli muzikoterapie.

Otázky jsou stanoveny tak, aby vedly ke komplexnějšímu pochopení výzkumného cíle.

### **1. Metodologie výzkumu**

Tato kapitola se zabývá bližším popisem kvalitativního výzkumu. Dále zde bude představen vybraný výzkumný soubor a průběh sběru dat. Na konci této kapitoly bude vysvětlen postup zpracování získaných dat.

#### **1.1. Kvalitativní výzkum**

Pro účely cíle je v této práci zvolen výzkum kvalitativní, který umožňuje detailnější pochopení vnitřní a vnější reality výzkumné otázky. Klíčovým kritériem pro kvalitativní výzkum je počet respondentů, v našem případě klientů navštěvujících NZDM. Podle Miovského (2006) jsou charakteristické termíny pro kvalitativní výzkum tyto: jedinečnost, neopakovatelnost, procesualnost, dynamika, reflexivita a kontextuálnost.

Kvalitativní výzkum má charakter dlouhodobého a intenzivního kontaktu s respondenty. Takovýto výzkum provádíme za podmínek přirozených pro respondenty výzkumu. Také se u této metody výzkumu nevyužívají běžné metody pro získávání dat. To, jak se bude výzkum vyvíjet, je hlavně na výzkumníkovi, který právě pomocí rozhovorů, pozorování, osobních

komentářů a dalších reflektujících materiálů, může reflektovat respondenty. Kvalitativní výzkum není lineární, protože jeho průběh se odehrává v cyklech. Při těchto cyklech dochází k opakovanému sběru dat, jejich analýze, přezkoumávání možných závěrů a třídění potřebných informací. Výzkumná zpráva je proto detailnější v okolnostech výzkumu, protože výzkumník zaznamenával detaily a citace z rozhovorů. Kvalitativní výzkum sbírá také kritiku některých autorů, kteří tvrdí, že tento výzkum je nedostatečně průkazný a příliš subjektivně zbarvený. Je pravda, že mezi nevýhody kvalitativního výzkumu řadíme také obtížnou zobecnitelnost. To je zapříčiněno malým počtem respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného vzorku. Další nevýhodou je snadné subjektivní zbarvení výzkumu ze strany výzkumníka. (Hendl, 2005)

### **1.2. Metoda kvalitativního výzkumu**

Metoda, která bude použita v této práci, se nazývá polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tato metoda umožňuje strukturovat otázky, ale zároveň je zde prostor pro otázky doplňující, tedy otázky nad rámec předem strukturovaných. Dle Hendla (2016) se metoda polosturkturovaného rozhovoru používá tehdy, když chceme minimalizovat otázky, které nesouvisejí s výzkumnou otázkou. Autor doporučuje metodu rozhovoru, dotazníku či postojové škály.

Pro účely našeho výzkumu klientů NZDM v oblasti prospěchu muzikoterapie jsou vymezeny, v souladu s výzkumným cílem a výzkumnou otázkou, strukturované otázky.

### **1.3. Výzkumné okruhy**

Respondentům bude v kvalitativním výzkumu, položeno několik zásadních okruhů, které se vztahují k hlavnímu výzkumnému cíli: Co respondenty zaujalo? Co by upravili či pozměnili? Časová délka aktivity. Jaké poznatky terapie přinesly? Další podněty?

Tyto okruhy respondenti v jednotlivých rozhovorech dále rozvíjeli a věnovali se oblastem, které je oslovují a jsou pro ně jistým způsobem důležité.

### **1.4. Výzkumný soubor**

Pro záruku kvalitního výzkumu je důležité vybrat respondenty, kteří mají specifické vlastnosti či stav, který souvisí s naším výzkumným cílem. (Miovský, 2006)

Bude využita metoda fokusní skupiny vytvořena ze čtyř respondentů. Výběr vzorků probíhal účelově. Účastníci výzkumu byli klienti NZDM v Olomouci ve věku 13-18 let (blíže v kapitole: Pro koho je určeno NZDM, pojmosloví NZDM, druhá kategorie věku).

Morgan (2001) popisuje fokusní skupinu jako skupinový rozhovor, který je postavený na dvou hlavních bodech. První bodem je badatelovo ohnisko zájmu, tím se myslí téma, které chce pomocí fokusní skupiny prozkoumat. Druhým bodem je pak samostatná interakce mezi účastníky, která je vyvolána tématy a otázkami. Účastníci na sebe reagují. Vyjadřují svůj souhlas či nesouhlas, navzájem se sdílí a srovnávají své zkušenosti.

Tento výběr respondentů se zcela shoduje s hlavním cílem práce. Věková kategorie těchto klientů byla vybrána po uvážení na základě potřebných vlastností a schopností respondentů. (viz. v kapitole: Riziková mládež)

Výzkum reaguje na aplikované muzikoterapeutické techniky. Tyto techniky jsou rozdělené na tři terapeutická sezení. Těchto terapeutických sezení se zúčastní pokaždé ti stejní respondenti. Díky tomu dojde k bližšímu zkoumání.

### **1.5. Popis sběru dat a průběhu výzkumu**

Jak už bylo zmíněno výše, bude pro zodpovězení hlavních výzkumných otázek použit polostrukturovaný rozhovor (interview). Miovský (2006) se domnívá, že interview je nejvýhodnější, ale zároveň nejobtížnější metoda, která se dá použít pro sběr dat. Pro získání co nejlepších výsledků, je důležité propojovat pozorovací schopnost se sociální dovedností a citlivostí. Takového rozhovoru se běžně zúčastní jeden až tři respondenti. Můžeme říct, že polostrukturovaný rozhovor je kombinace strukturované a nestrukturované formy, to nám umožňuje reagovat na obou těchto typů. Před začátkem takového interview výzkumník stanoví strukturu. Tato struktura obsahuje okruh otázek. Během rozhovoru se může změnit pořadí otázek. Zároveň můžeme tyto otázky doplnit otázkami dalšími, které jsou nad rámec připravené struktury. Výzkumník se tímto konceptem snaží dosáhnout co nejlepších dat pro výzkum.

Na začátku rozhovoru bylo stanoveno několik otázek. Tyto otázky budou aplikované na respondentech třikrát, dojde k tomu pokaždé po skončení muzikoterapeutického sezení.

Výzkum probíhal v období nouzového stavu a mimořádných opatření, které vyhlásila Vláda České republiky z důvodů prevence šíření koronaviru SARS CoV-2 (MZČR, nouzový stav



a mimořádná opatření, 2021, [online]). Na základě těchto opatření, které byly spojeny i s omezením volného pohybu osob, musely být interview provedeny formou videochatu.

Interview formou videochatu je speciální forma moderovaného rozhovoru, ve kterém je omezená možnost pozorování respondenta. Avšak má i svou výhodu. Na rozdíl od interview kontaktního je možná větší flexibilita, protože není nutné řešit místo setkání, neboť vše může probíhat z domova. Také je tento způsob jednodušší i pro samotné respondenty, kteří by se za podmínek klasického interview nezúčastnili. Při takovéto formě interview je důležité zvážit citlivost zkoumaného tématu. Citlivější informace od respondentů nejsou v tomto typu moc vhodné. Výzkumník také nemůže tak dobře reagovat na neverbální a verbální projevy respondenta tak, jak kdyby se s ním setkal osobně. Ačkoliv má tato forma jisté nevýhody, neznamená to, že by výzkum měl dosahovat menší kvality než při klasickém kontaktním interview. (Miovský, 2006)

Byly tedy uskutečněny tři interview, se všemi respondenty najednou, za pomoci videochatu, vždy po skončení muzikoterapeutického sezení. Tyto rozhovory byly zaznamenány díky nahrávacím možnostem v daném programu, ve kterém byl videochat uskutečněn. Všechny rozhovory pak byly následně přepsány do editoru Microsoft Word.

### **1.6. Etické aspekty výzkumu**

Výzkumná část byla zrealizována v souladu s etickými aspekty. Švaříček (2014) poukazuje na nutnost brát na vědomí etické otázky a zásady, které jsou propojeny s výzkumem. Mezi tyto zásady patří: důvěrnost, souhlas respondentů a poskytnutí práce respondentům. Respondenti byli ujištěni, že výzkum bude probíhat v anonymitě, taktéž i samotná data pak budou anonymní. Anonymita respondentů byla zachována při přepisování dat, analýze i interpretaci. Respondenti byli informováni o tom, že pokud nechtějí, tak nemusí odpovídat na otázku, jestliže se jim, z mnou neznámého důvodu, nebude chtít.

### **1.7. Realizace a postup sběru dat**

Výzkumný soubor této práce byl vytvořen čtyřmi respondenty. Respondenti byli osloveni v průběhu října – prosince 2020. Samotný výzkum o třech interview pak probíhal v březnu 2021. Původně se předpokládalo, že dojde k osobnímu setkání, ale bohužel kvůli vládním opatřením se musely jednotlivé interview přemístit do bezkontaktního prostoru (videochat).

Respondenti souhlasili, že rozhovor bude nahráván, aby mohl být dále použit na výzkum. Miovský (2006) pokládá zvukový záznam za přínosný, protože si výzkumník díky němu nemusí zapisovat poznámky. To vede k větší pozornosti vůči klientovi a rozhovor není přerývaný, ale odvíjí se plynule. V souladu s etickými zásadami byly uskutečněny tři polostrukturované rozhovory s připravenými otázkami vždy v délce 20-40 minut. Každý rozhovor se lišil, protože reagoval na jiné muzikoterapeutické sezení. Všechny však směřovaly k naplnění cíle bakalářské práce. Samotné rozhovory se pak skládaly z šesti předem připravených otázek, na které respondenti postupně odpovídali. Dále byl prostor i na otázky, které nebyly předem připravené.

Rozhovory byly uskutečněny se všemi respondenty najednou. Díky tomu mohli respondenti komunikovat nejen s výzkumníkem, ale také mezi sebou. Tento způsob mohl mít jak negativní tak pozitivní vlastnosti. Negativní mohlo být to, že díky společnému videochatu mohlo dojít ke vzájemnému ovlivňování respondentů mezi sebou. Naopak jako pozitivní je v tomto případě fakt, že díky tomu mohlo dojít k lepšímu utřebení vlastních myšlenek na základě reakcí ostatních respondentů.

### **1.8. Způsob analýzy dat**

Pro analýzu dat je zde použito axiální kódování. V první části této metody probíhá otevřené kódování. Úkolem otevřeného kódování je přiřadit kódy k jednotlivým pojmům a tyto pojmy následně seskupit do kategorií. Kategorie se od sebe liší vlastnostmi. Na základě těchto vlastností jsou k jednotlivým kategoriím přiřazovány kódy. Poté přichází na řadu axiální kódování. Při tomto kódování se snažíme pojmenovat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Kategorie v podstatě skládáme jiným způsobem a to na základ souvislostí, které jsme dokázali vyčíst. (Miovský, 2006, s. 228-230)

## **2. Blíže k muzikoterapeutickým sezením**

Aby čtenář lépe pochopil výzkum této bakalářské práce, je nutné alespoň nastínit absolventskou práci, na kterou tato bakalářská práce navazuje a v podstatě hodnotí vytvořené muzikoterapeutické metody použité v praxi na poli NZDM. Toto hodnocení má přispět k hlavním výzkumným otázkám této bakalářské práce: „Jak riziková mládež hodnotí proces muzikoterapeutických sezení?“, a „Jaký měla pro ně muzikoterapie přínos?“

Absolventská práce vznikla na základě potřeby pisatele využít muzikoterapeutických technik v NZDM. Pisatel si je vědom, že do takovýchto zařízení chodí, z velké části, romská populace, která vždy měla blízko k hudbě a hudebnímu projevu. Zároveň vychází z vlastních zkušeností z NZDM, kde si všiml, že klienti mají velkou touhu po hudbě a pohybu (Součástí NZDM, které navštěvoval, byly klienty hojně navštěvovány hudební a taneční kroužky.). Tato touha se netýkala pouze romských dětí, ale všech, kteří NZDM navštěvovali. Z těchto poznatků vyvstala otázky jako: „Proč není muzikoterapie používána při práci s dětmi NZDM, kteří mají o hudbu zájem? Proč nevyužít jejich zájem o hudbu k terapeutickým účelům a pomoc jim tak v osobním rozvoji?“

Z těchto důvodů byla vytvořena absolventská práce, která se snažila vytvořit muzikoterapeutickou metodologii pro NZDM. Byly prostudovány různé techniky, metody a praktická muzikoterapeutická cvičení. Na základě všech získaných poznatků vznikly tři terapeutické hodiny, které byly prakticky vyzkoušeny na cílové skupině. Cílová skupina je shodná s respondenty této bakalářské práce.

Muzikoterapeutické sezení se skládá z několika částí, s tím že nejdůležitější částí je pro tento výzkum hlavní aktivita. Každá hlavní aktivita je vybrána z jiné oblasti muzikoterapeutických technik, aby došlo k co nejširšímu možnému výzkumu.

### **2.1. Popis jednotlivých muzikoterapeutických sezení**

Zde bude stručně popsáno, jak jsou jednotlivé muzikoterapeutické sezení naplánovány. Čtenáři tato oblast později pomůže pochopit výsledky výzkumu, kde respondenti reagují na jednotlivá sezení či jednotlivé aktivity v těchto terapiích.

*Pozn.: Časy jednotlivých aktivit jsou pouze orientační. Terapeut se až na místě sám rozhodne, čemu dá více času a čemu ne.*

### 2.1.1. První sezení

- Úvod – 5 minut – První kontakt s klientem. Seznámení se s klienty. V tomto bodě bude klientům (v rámci výzkumu) stručně představená muzikoterapie: jak probíhá, hudba a terapie, rozdíl vůči ZUŠ, důvod setkání atd.
- Rozehřívací aktivita – 15 minut – *(Tato aktivita má klienty navnadit na hlavní aktivitu. Je to způsob zaktivizování.)* – Bavení se o hudbě – oblíbený zpěvák, žánr, kapela, neoblíbený žánr, zpěvák, kapela, ukázky těchto písní na youtube nebo možná interpretace klienta.
- Hlavní aktivita – 30-40 minut – **Zpěv a situace v životě** – Každý klient dostane papírek a na ten napíše tři životní události nebo aktivity – př.: chození do školy, maturita, procházka, narození dítěte atd.  
Následně se pak všichni společně snaží najít písně, které by znázorňovali právě danou aktivitu či životní událost napsanou ať už na jejich vlastním, či na cizím papírku. Součástí tohoto bodu jsou opět možné hudební ukázky z youtube, aby ostatní byli v obraze, kterou píseň daný klient myslel.
- Doznění a sdílení – 10 minut – V této části se účastníci terapie mohou sdílet o zážitcích a dojmech z terapie. Reflexe.
- Závěr lekce – 5 minut – Terapeut shrne celé sezení, aby si klient osvěžil, co se událo. K čemu společně došli.
- Získané – *(každá muzikoterapie má mít určitý přínos pro účastníky)* – cit pro hudebně dramatický projev, souhra, kooperace  
Díky tomuto sezení by si měl člověk uvědomit, že hudba je součástí života, a že doprovází jak lehké, tak i těžké životní situace. Je dobré, aby si právě toto klienti uvědomili, protože to pomůže k lepšímu vztahu mezi hudbou a klientem.

### 2.1.2. Druhé sezení

- Úvod – 5 minut – setkání s klienty, pozdravení, jak se mají, rozproudění komunikace a uvolnění.
- Rozehřívací aktivita – 10 minut – *(Tato aktivita má klienty navnadit na hlavní aktivitu. Je to způsob zaktivizování.)* – **Náladoměr** – Všichni mají zavřené oči a muzikoterapeut se jich ptá na otázky (př.: jak se dneska mají, jak se těší, jaká byla škola atd.). Klienti reagují na otázky zvednutím ruky. Čím je ruka níže, tím jsou méně spokojeni. Čím je více zvednutá, tím jsou více spokojeni.

*Pozn.: Je důležité, aby i terapeut měl zavřené oči. Tento náladoměr nemá fungovat jako zpětná vazba pro terapeuta, ale jako zpětná vazba pro samotné klienty.*

- Hlavní aktivita – 40-60 minut – **Standova osobní písnička** – Napřed dá terapeut velký papír doprostřed mezi klienty a vyzve, aby na něj klienti napsali každý své jméno. Poté všichni společně píšou pod jednotlivá jména vlastnosti dané osoby. Nemusí to být jen vlastnosti, ale také charakteristické znaky (ráda čte, je vysoký atd.). Vyvarujeme se kritice. Klient sám určuje, co chce nechat u svého jména, nebo co mu naopak není příjemné.

*pozn.: Tato aktivita počítá s tím, že se klienti už znají a můžou o sobě něco navzájem napsat. Klienti NZDM se mezi sebou znají.*

V druhé část se pak všichni, společně s terapeutem snaží vytvořit píseň. Využívají k tomu vlastnosti a charakteristické znaky napsané na papíře pod jmény. Na každého klienta se pak vymyslí jedna sloka písně. Na konci si tuto píseň můžou klienti nazpívat a nahrát. Je dobrá kytara nebo klavír na doprovod.

*Pozn.: Na tomto sezení budou čtyři klienti. V případě větší účasti není možné, v závislosti na čase, psát na každého klienta jednu sloku. V takovémto případě se píseň může psát buď pouze na jednoho účastníka terapie, nebo musí terapeut vymyslet jinou alternativu.*

- Doznění a sdílení – 10 minut – V této části se účastníci terapie mohou sdílet o zážitcích a dojmech z terapie. Reflexe.
- Závěr lekce – 5 minut – Terapeut shrne celé sezení, aby si klient osvěžil, co se událo. K čemu společně došli.
- Získané – *(každá muzikoterapie má mít určitý přínos pro účastníky)* – pozitivní sebezpečení, cíl pro zpětnou vazbu ze skupiny  
Díky této terapii klient získá zpětnou vazbu ze skupiny, dojde k prohloubení vztahů ve skupině. Zároveň spolu klienti něco vytváří.

### **2.1.3. Třetí sezení**

- Úvod – 5 minut – setkání s klienty, pozdravení, jak se mají, rozproudění komunikace a uvolnění.
- Rozehřívací aktivita – 15 minut – *(Tato aktivita má klienty navnadit na hlavní aktivitu. Je to způsob zaktivizování.)* – Klienti dostanou papíry a mají za úkol na něj napsat věci, které je čekají, které je štve, co je pro ně těžké, jaké výzvy mají před sebou.

*Pozn.: Klienti jsou předem upozornění, že tento papír je pouze pro ně. Nikdo po nich nebude chtít, aby ho četli nahlas.*

- Hlavní aktivita – 30-50 minut – **Malované písničky** – Klienti dostanou za úkol malovat při písni/skladbě. Nemusí využívat pro inspiraci jen danou píseň, ale mohou zapojit do svého myšlení i předem připravený papír, na který si psali, co je čeká.

*Pozn.: Klienti si můžou vybrat mezi skladbou od Chopina nebo písni Darmoděj od Jaromíra Nohavici. Při této aktivitě se dodržuje mlčení, aby mohlo dojít k navázání spojení mezi malováním a hudbou.*

Po skončení malování je prostor, aby každý představil svůj výkres: Co maloval? Proč to maloval? Co to znamená?

*Pozn.: Každý má právo říct, že nechce mluvit o svém výkresu. A terapeut to musí respektovat.*

- Doznění a sdílení – 10 minut – V této části se účastníci terapie mohou sdílet o zážitcích a dojmech z terapie. Reflexe.
- Závěr lekce – 5 minut – Terapeut shrne celé sezení, aby si klient osvěžil, co se událo. K čemu společně došli.
- Získané – (každá muzikoterapie má mít určitý přínos pro účastníky) – představivost, sebevyjádření, osobní vztah k písničkám

Při této aktivitě dochází ke spojení malby a hudby. Klienti mohou pomocí hudby reflektovat na papír ne jen samotnou hudbu, ale i své těžkosti a životní výzvy.

### 3. Výsledky výzkumu

Tato kapitola bude představovat výsledky, které vycházejí z výzkumu a jako takové mají sloužit k zodpovězení hlavních výzkumných otázek: „Jak riziková mládež hodnotí proces muzikoterapeutických sezení?“, a „Jaký měla pro ně muzikoterapie přínos?“ Zároveň zde najdeme odpovědi na dílčí cíle: Získání podnětů pro rozvoj muzikoterapie v NZDM. Zjištění zájmu klientů NZDM.

Každé setkání se skládá z minimálně šesti stejných strukturovaných otázek, ale jednotlivá setkání na videochatu reagují na jiné muzikoterapeutické sezení. Pro tento výzkum je však potřeba celkový pohled na muzikoterapii v NZDM, tedy ne na jednotlivá setkání ale na klíčové otázky, které byly neměnné po všechny tři terapeutická sezení. Výsledky budou rozděleny do pěti hlavních oblastí, které mají společný charakter.

#### 3.1. Časové rozmezí terapeutických setkání

Tato oblast se zabývá časovou délkou jednotlivých muzikoterapeutických sezení, a to ne pouze délkou celého sezení, ale také délkou jednotlivých částí v něm. Respondenti se vyjadřovali na otázky: Zda něco moc dlouho trvalo? Zda by se nemělo něco zkrátit? Co by chtěli zkrátit? Co aktivita a její doba trvání?

*R1: „Nečekala jsem, že to bude tak dlouhé, a když jsem se podívala, tak všichni ještě kreslili, ale zase mě to donutilo se nad tím více zamyslet.“*

*R2: „Někdy je čas mlčet.“*

Některým respondentům se čas hlavní aktivity zdál delší, ale nepovažují to za chybu. Jindy brali delší čas jako pozitivní pro celou terapii. Celkově se však shodli, že nebylo potřeba časově nic upravovat. Kdyby však byl problém s tím, že by se muzikoterapie moc protahovala, je možné nastavit časový limit pro jednotlivé aktivity a klienty, aby se každý dostal ke slovu. Autor práce uznává, že kdyby bylo více klientů, musel by se dodržovat časový limit. Zároveň by ale nesměl být příliš násilně prosazován.

*R1: „Sedělo to tam, na to jak jsme byli ukecané.“*

*R1: „Možná časový limit.“*

### 3.2. Podněty ke zlepšení (možné úpravy, nápady a doplnění aktivit do budoucna)

Podněty jsou velice důležité ke zdokonalování. Díky tomuto bodu se může terapeut, dále zkoumající muzikoterapii v NZDM, poučit a případně se na něco připravit.

Velká část podnětů se týkala hlavní aktivity v druhém sezení. Jednalo se především o hudební podklad k aktivitě. Klienti měli na výběr buď skladbu od Chopina, nebo píseň od Nohavici. Nakonec se vybrala píseň.

*R1: „Kdybych si měla vybrat, tak si vyberu Chopina, ale chápu, že druhý názor byl v převaze. Mám mnohem radši jenom tu hudbu, která navodí ten pocit.“*

*R2: „Dokážu si představit, že kdyby se nasdílel nějaký youtube playlist, nebo něco takového a my bychom si mohli vybrat sami, takže bychom si mohli vybrat jen něco nebo všechny písničky. Jako tu možnost, aby si každý pustil tu, kterou chce z toho playlistu.“*

*R2: „Já jsem přemýšlela, že jestli ta písnička pojede ještě jednou, tak už to rozmlátím...“*

Výše můžeme číst výtku, že se tatáž píseň opakovala stále dokola. Zde je otázka, zda je lepší vytvořit playlist více písní, nechat, aby každý si vybral jinou píseň, či se řídit tím, co se využilo ve třetí terapii. Autor si není jistý, zda by za takových okolností došlo k navázání vztahu mezi určitou písní, klientem a jeho výtvořem. Zároveň, kdyby každý poslouchal jinou píseň, nemohla by skupina později tak dobře reagovat na vzniklé dílo druhé osoby, protože by píseň neznala, a tím by se mohlo vytratit spojení mezi klienty. Toto je nutné předložit odbornému muzikoterapeutovi a zjistit jeho názor na věc.

*R2: „Nevím, jak moc svérázný by musel být ten terapeut, aby se dokázal prosadit v nízkoprahu mezi děčkama.“*

*R4: „Ten muzikoterapeut by mě být blíže našemu věku, protože se musíš cítit uvolněně a mezi svýma, aby se ti dobře malovalo, a aby si něco ze sebe vydal. Třeba při tom skládání to tak moc nevadí, ale vysloveně při tom malování bych dal mladší.“*

*R3: „Myslím, že by u toho měl být někdo, kdo bude umět na kytaru nebo by mohl umět na klavír.“*

Respondenti také řešili terapeuta, který by měl potenciálně vystupovat v NZDM s muzikoterapií. Autor uvažuje, na základě poznámek klientů, že tak jako je v doktorské praxi mnoho oborů, tak i terapeut, který by docházel do centra, by měl být určitým odborníkem na oblast NZDM. V teoretické části (**Požadavky na muzikoterapeuta**) je



napsáno, že sám terapeut musí mít vrozené vlastnosti. Klienti zde nastínili pár vlastností, které by byly podle nich ku prospěchu terapie: umět hrát na klavír nebo na kytaru, mít věk bližší jejich věku.

*R3: „Nevím, jestli by to děcka chtěli dělat před ostatníma.“*

Tento bod je velice důležitý. Ano občas se může stát, že klient nebude chtít spolupracovat. To ovšem nevádí. Klient má právo nechat si své názory pro sebe. Samostatné NZDM také pracuje s dobrovolností, to znamená, že pokud se klient nebude chtít účastnit muzikoterapie, má právo ihned odejít. Tento fakt je dobré zmínit v muzikoterapii. Jestliže muzikoterapeut dobře zapůsobí na ty, kteří se terapie účastní, je možné, že na další sezení přijdou i klienti, kteří byli zprvu skeptičtí.

*R3: „Chyběl mi tanec.“*

*R2: „Kdyby se tanec spojil se zpěvem, tak by to bylo nejlepší.“*

V muzikoterapii existují i techniky, které využívají tanec. Avšak samotné techniky musí být schůdné ne jen pro klienty, ale také pro terapeuta, který, v tomto případě, nemá blízký vztah k tanci, a proto taneční techniky nezařadil do terapií. Je si však vědom, že v NZDM mají tyto techniky potenciál. Kdyby se snažil dosadit tyto techniky do terapií násilím, mohlo by to mít negativní dopad na celou skupinu, která se účastní sezení. Při dalších výzkumech autor doporučuje, podle komentářů respondentů, zkusit techniky, které spojí tanec a zpěv dohromady.

Klienti sami uznali, že za jiných okolností by se jim aktivity ne úplně zamlouvaly nebo by to prostě nedělali. Připouští však, že za daných podmínek to bylo zajímavé a kreativní.

*R2: „Kdyby mi někdo tuhle práci zadal, abychom to dělali sami, Tak by mě to nebavilo. Jakože teď mě to bavilo, že jsme si vyměňovali myšlenky a tak...“*

*R2: „Mně se líbilo, že nikdo by to sám o sobě nedělal, ale je to dobrá aktivita na kreativitu.“*

Avšak i přes veškeré výtky převládal názor, že se terapie klientům líbila, a že s ní byli spokojeni.

*R1: „Mně se líbilo všechno!“*

*R3: „Tak na tom není nic zbytečného. Všechno tam patřilo.“*

*R4: „Tak tohle se líbilo jakoby všem nejvíce, Tato aktivita při třetím setkání je na to nejlépe, protože my děcka, když chceme vyjádřit, tak většinou sáhneme po papíru.“*

### **3.3. Co vzbudilo zájem respondentů v muzikoterapeutickém sezení**

Tato část se věnuje komentářům od respondentů, které popisují, jestli je terapie zaujala, co je zaujalo a jak moc. Zde si můžeme všimnout, že všechny tři sezení a samotná muzikoterapie byla klienty přijata velmi pozitivně. Některé komentáře reagovaly na samotnou muzikoterapii, jiné komentáře se zaměřují přímo na jednotlivé aktivity, a to jak hlavní tak vedlejší.

*R2: „Že to nevypadá jako terapie. Není to psychický nátlak, jakože sedíš někde a musíš se bavit o svých životních problémech, ale že je to formou zábavy.“*

*R2: „Nemusíš se úplně otvírat a přitom ti to může pomoci.“*

U klientů vzbudilo první sezení pozitivní náhled na muzikoterapii. Ukázalo se, že jejich očekávání bylo dále od pravdy, než si mysleli.

*R1: „Bylo zajímavé, že nás všechny napadl stejný životní milník.“*

*R3: „Jako kdybychom byli propojení, ...“*

Můžeme číst, že hlavní aktivita byla pro klienty zajímavá. Všimli si souvislostí a společných znaků mezi sebou.

*R1: „Mě bavilo pouštění písniček.“*

*R4: „Mě to zaujalo, protože je to hudba a hudba je všechno!“*

Jak můžeme číst výše, klienti byli spokojeni s hudebními ukázkami. Nejlépe to shrnuje poslední komentář výše.

*R2: „Připadá mi to jako super věc, protože mám někdy pocit, že když se bavím s lidma, že se jich zeptáš upřímně, jak se máš a oni ti řeknou, mám se dobře, protože se to očekává. A přijde mi fajn, že člověk zavře oči a doopravdy se zamyslí a může projevit ten názor.“*

*R3: „Mně se líbilo, že jsem mohla mluvit rukama.“*

Klienti u druhého sezení ocenili i rozehřívací aktivitu.

*R1: Mě připadá zajímavá ta zpětná vazba. Toho se podívat na to, jak tě vidí ostatní.“*

R2: „*Líbilo se mi to, protože my se známe a máme toho hodně o sobě co říct.*“

R2: „*Mně se líbí, že z toho na konci něco máme. Jasně vymysleli jsme si předtím písničky nějaké, ale nemáš z toho ten výtvar žádný. Až mi někdo z vás bude volat, tak si tohle dám na vyzvánění.*“

R4: „*Že jsme složili novou písničku, že jsme to dokázali!*“

Respondenti velmi oceňovali hlavní aktivitu a to ne jen tu část, kdy mohli vnímat nějakou zpětnou vazbu na sebe, ale zároveň oceňovali, že mohli něco společně vytvořit.

R4: „*Tohle malování se mi líbilo asi nejvíce. Už jsme to dělali na základce a líbilo se mi to. Mě se líbí malovat na základě té písničky. Malování s písničkama je nejlepší spojení. Většinou, když se chce člověk uklidnit, tak sáhne, tak si maluje třeba a s téma písničkama se to pak spojí, takže je to lepší. Nejlepší podle mě zatím.*“

R1: „*Mně se líbí, že se spojí dvě různé umění dohromady, a tím z toho může vzniknout jakoby nové umění. Nevím, jak to říct, ale věci z té písničky dáš do papíru a není to, jako když maluješ normálně.*“

Respondenti také pozitivně hodnotili spojení dvou forem umění: hudba a malování. Oceňoval přesah z jednoho umění na dvě.

R2: „*Mně se líbí, že když jsme si ještě předtím napsali jakoby ty věci a potom jsme kreslili, že si na tom můžeme dobře vybit ty svoje emoce.*“

R2: „*Mně se líbí ten fakt, že jsme měli písničky s textem a ty verše nám mohly třeba něco připomenout a třeba se k nim vracet.*“

Respondentům se líbila možnost vybrat si téma na malování. Jedni používali naspané starosti a druzí se spíše zabývali textem v písni.

### **3.4. Přínosy muzikoterapie pro klienty NZDM**

Bylo důležité zjistit, zda má muzikoterapie přesah ne jen co se týče ve vyvolání zájmu u klientů, ale také jestli to má pro ně nějaký přínos. Něco, co si díky tomu uvědomili. Zde patří to, co si klienti uvědomili nového, zda si něco z terapie odnáší, a to ne jen o sobě, ale také o samotné muzikoterapii, jednotlivých aktivitách atd.

R1: „*Dostaneš zpětný pohled na sebe.*“

R2: „Že se tím můžeme sblížit.“

R1: „Přijde mi, že se teď známe trochu víc.“

R3: „Máme z toho společné prožitky.“

R4: „Dělali jsme to všechno spolu a to bylo nejvíc.“

R3: „Tvořili jsme to jako tým, ...“

Referenti si uvědomovali, že terapie pro ně měla osobní přínos. Dokázali říct, co jim tyto terapie přinesly. Některé poznatky byly na jednodušší bázi, jiné však byly součástí hlubšího procesu, které umožnili vidět věci v jiném světle.

R1: „Mě připadalo zajímavé, že by mě to asi nikdy nenapadlo takhle přiřazovat písničky k jednotlivým aktivitám, a že je to dobrý prostředek, jak se nad tím zamyslet z jinčího úhlu.“

R2: „Mně se líbí, že když takhle přemýšlíš nad téma vlastnostma od jiných, takže si třeba uvědomíš více dobrých vlastností o nich. Anž bych chtěla, tak jsem na ně začala myslet.“

Mohli jsme vypořádat, že dostali základní náhled na muzikoterapii. Díky tomu se mohly zbourat některé jejich předsudky a místo toho se mohly začít vytvářet nové vědomosti o samotném oboru.

R4: „Dozvěděl jsem se, co to je muzikoterapie.“

R1: „Mě strašně překvapilo, co to muzikoterapie je. Já jsem si to představovala jinak. Já jsem čekala, že si budeme pouštět písničky a potom mezi sebou diskutovat, co to v nás vzbudilo. A vlastně přitom mě překvapilo, jak to probíhá.“

Někdy stavěli už na svých získaných znalostech. Díky tomu mohli prohlubovat své poznání o jednotlivých aktivitách. Zjistili, že jiné není vždy horší. Naopak, může to vést k zase jinému zážitku. Autor vnímá, že některé aktivity byly známé. To však nebránilo v tom, aby je klienti přijali kladně.

R4: „Toto pro lidi nebude až moc nový, protože to dělají sami. I já sám to dělám, že si maluju a u toho pouštím písničku. To tě totiž uklidňuje. Ale nijak extra nové to není.“

R2: „Mně připadalo zajímavé, že když jsem to měla poprvé, tak jsem u toho měla veselé písničky a ono je zajímavé to zkusit s tou smutnější, kde jsou jiné pocity. Tak mi připadalo zajímavé, že jsem se u toho mohla cítit jinak a jinak ty věci vytvářela.“

### 3.5. Celkové zhodnocení muzikoterapie a její zařazení do NZDM

Docházíme do finále a k tomu se hodí právě tyto odpovědi respondentů, které jsou jedny z klíčových pro pokračování ve vytváření muzikoterapeutických technik v NZDM a následně jejich praktické využití. Tyto komentáře reagují na všechny tři muzikoterapeutická sezení najednou. Respondenti v této chvíli nereagují pouze na jednotlivé zážitky a prožitky z jednotlivých technik a aktivit, ale berou v potaz všechny tři sezení a vše, co se při nich událo.

*R1: „Mně se líbí celkově vyjadřování pocitů pomocí umění, protože mi to přijde, že to má větší hloubku.“*

*R2: „Mně se líbilo, že tyhle aktivity nebyly nijak na sílu.“*

*R1: „Mně se líbilo, že to bylo zábavnou formou...“*

*R4: „Myslím si, že by to děcka v nízkoprahu bavilo, ... „*

*R3: „Bylo by to určitě proveditelné v NZDM a těm děckám by se to líbilo.“*

*R4: „Do toho by šli úplně všichni mladší, starší i nad 18 let.“*

*R3: „Pro cikány jo.“*

Jak můžeme číst v komentářích, všichni čtyři respondenti jsou pro to, aby se muzikoterapie provozovala v NZDM. Z jejich komentářů můžeme vyčíst jejich spokojenost z aktivit, tak z propojení hudby a pocitů. Sami nevidí problém, s muzikoterapií v NZDM a domnívají se, že by takovéto terapie byly proveditelné pro všechny klienty NZDM nehledě na věk.

### 3.6. Rekapitulace výsledků a zodpovězení výzkumných otázek

Na závěr této kapitoly si můžeme zodpovědět hlavní výzkumné otázky, které zní: „Jak riziková mládež hodnotí proces muzikoterapeutických sezení?“, a „Jaký měla pro ně muzikoterapie přínos?“

Pro splnění první části hlavního cíle bylo důležité, aby klienti NZDM zhodnotili muzikoterapeutická sezení. Klienti se o tomto tématu vyjadřovali v rozhovorech. Hodnotili délku jednotlivých sezení, hudební podklad aktivit, muzikoterapii jako celek, vedlejší i hlavní aktivity. Nakonec se zabývali tím, jestli by muzikoterapie obstála u klientů NZDM. Díky zpětné vazby klientů je tento cíl splněn.

Z výzkumu, kde jsou vypsány klíčové odpovědi respondentů, vyplývá, že muzikoterapie má přínos pro klienty, kteří navštěvují NZDM. Ne jen že klienti sami vnímali svůj zájem o aktivity spojené s hudbou, ale také si uvědomovali vlastní poznatky, které měli získat jednotlivými terapiemi (spolupráce, stmelení kolektivu, nové prožitky, poznání muzikoterapie, schopnost něco dokázat atd.). Tyto klíčové body můžeme pokládat za osobní přínosy pro klienty NZDM prostřednictvím muzikoterapie. Tím je druhá část hlavního cíle splněna.

První dílčí cíl pojednával o hledání podnětů, které by umožnili přizpůsobit muzikoterapeutická sezení pro účely využití při práci s klienty NZDM. Respondenti se k tomuto tématu vyjádřili v rozhovorech. Z výzkumu můžeme přímo vyčíst reakce klientů na terapii. Některé mají podnětný charakter. Díky těmto komentářům dostáváme možnost v budoucnu zlepšit muzikoterapii pro NZDM. Na základě těchto komentářů můžeme pokládat první dílčí cíl za splněný. Vyjádření respondentů na toto téma můžeme číst v oblasti výzkumu - **Podněty ke zlepšení (možné úpravy, nápady a doplnění aktivit do budoucna)**.

Druhý dílčí cíl se snažil o zjištění, o co mají klienti NZDM zájem. Splnění tohoto cíle je rozděleno do dvou oblastí. Jednak je částečně splněn v oblasti – **Co vzbudilo zájem respondentů v muzikoterapeutickém sezení**. Zde můžeme číst, co už jejich zájem na muzikoterapeutických hodinách vytvořilo. To znamená, o co budou mít potenciální zájem i příště. Druhá část tohoto dílčího cíle je zaznamenána v oblasti - **Podněty ke zlepšení (možné úpravy, nápady a doplnění aktivit do budoucna)**. Zde si můžeme přečíst, co by jejich zájem posílilo u dalších terapií. Především můžeme klást důraz na myšlenku spojit terapeutická sezení s hudbou a tancem.

## Závěr

Práce pojednává o muzikoterapii v NZDM. Blíže se snažila vyhodnotit proces muzikoterapeutických sezení spolu s vyhodnocením přínosu muzikoterapeutických sezení pro rizikovou mládež. Tyto cíle byly splněny na základě rozhovorů se samotnými účastníky terapií (klientů/respondentů). Celá tato práce má být jakýmsi základem pro budoucí vytvoření složitějších a komplexnějších muzikoterapeutických sezení v NZDM.

První Teoretická část této práce se snaží čtenáři poskytnout základní přehled o muzikoterapii. Najdeme zde jak definice muzikoterapie, tak její charakteristiku. Také je zde uvedena rozdílnost mezi muzikoterapií a hudební pedagogikou. Díky historii můžeme dojít k poznání, že základy samotné muzikoterapie sahají ještě dále, než si lidé uvědomují. Postupně jsme se historií prokousali až do současnosti. Jsou zde vypsány základní informace o muzikoterapii na území České republiky a zároveň si můžeme přečíst o některých mezinárodních muzikoterapeutických asociacích a sdruženích. Pro alespoň základní přehled v oboru muzikoterapie je nutné znát základní dělení, techniky a metody používané v muzikoterapii. Tato část, která pojednává o základech samotné muzikoterapie, končí kapitolou o muzikoterapeutovi a požadavcích na něj.

Druhá teoretická část stručně shrnuje informace o nízkoprahových centrech pro děti a mládež. Takovéto informace jsou pro muzikoterapeuta, který by chtěl vystupovat v NZDM, velice užitečné a důležité. Jedná se však jen o teorii, která nemůže nahradit praktickou zkušenost. Praktickou zkušenost si musí terapeut sám zažít.

Poslední část teorie pojednává o klientech, kteří navštěvují NZDM, tedy o rizikové mládeži. Je nutné vědět, s kým se může terapeut ve své praxi potkat a na co být připraven. Zároveň jsou zde vysvětleny patologické jevy a nechybí ani muzikoterapie jako prevence sociálně patologických jevů.

Praktická část se zabývá samotným výzkumem. V tomto případě je zvolen kvalitativní výzkum, který posloužil k získání cílů. Respondenti, co se zapojili do výzkumu, jsou zároveň klienti NZDM, kteří se zúčastnili muzikoterapeutických sezení. Z klientů NZDM v Olomouci byla vytvořena fokusní skupina, která sčítala čtyři respondenty ve věku 13-18 let. Metoda, použita pro získání odpovědí, je v tomto případě polostrukturovaný rozhovor. Pro analýzu dat bylo zvoleno axiální kódování.

Výzkumné rozhovory byly vedeny prostřednictvím videochatu, protože výzkum probíhal v období nouzového stavu a mimořádných opatření, které vyhlásila vláda České republiky z důvodů prevence šíření koronaviru SARS CoV-2.

Závěrečná část práce prezentuje výsledky výzkumu. Respondenti odpovídali v polostrukturovaném rozhovoru na otázky, které se týkaly muzikoterapeutických sezení. První oblast výzkumu se zabývala časovou délkou jednotlivých terapií. Klienti mluvili různě o době aktivit, ale v zásadě nebyl žádný problém s délkou. Celkově však převládal názor, že nebylo potřeba časově nic upravovat. Dále se výzkum věnoval podnětům k muzikoterapeutickým sezením. Tyto podněty respondentů jsou velice důležité, protože umožní rozvoj muzikoterapie v oblasti NZDM. Pro terapii, především terapii s nezletilými, je důležité, aby byla samotná terapie schopná je něčím zaujmout. Samozřejmě na to má vliv i muzikoterapeut, ale jestliže je samotná terapie nenadchne, pak je zbytečné se o ni pokoušet. Tato část výzkumu má čtenáři poskytnout důležité informace o tom, co bylo pro klienty zajímavé a upoutalo jejich pozornost. Bakalářská práce se také zabývala evaluací muzikoterapie pro rizikovou mládež. Díky klientům, kteří v rozhovorech hodnotili jednotlivá sezení, se nám podařilo splnit první část cíle. Sezení však neměly za úkol klienta pouze zabavit, ale zprostředkovat osobní zkušenost s muzikoterapií pro klienty NZDM s cílem zjistit její přesah a přínos pro klienty. To se podařilo najít v oblasti, která se zabývá přínosy muzikoterapie pro klienty NZDM. Tento bod nám zároveň doplňuje hlavního cíle a tím je i splněný jako celek. Na závěr pak samotní respondenti uvažují zda, na základě jejich vlastních zkušeností, je muzikoterapie užitečným nástrojem při práci s klienty NZDM. Společně docházejí k rozhodnutí, že ano.

Výsledky této práce by mohly být podnětem pro další zkoumání muzikoterapie v NZDM. Mohla by tak být obohacena nejen klientela NZDM, ale také samotná muzikoterapie.

Pro bližší popis jednotlivých muzikoterapeutických sezení je nutné si prostudovat absolventskou práci: Muzikoterapie pro nízkoprahová centra pro děti a mládež od – Jan Svojanovský.



## Bibliografický seznam

1. BLAHUTKOVÁ, Marie. 2008. *Psychomotorická terapie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4789-1
2. ČECHLOVSKÝ, Jan. *Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (volnočasová aktivita nebo sociální služba?)*. Diplomová práce. [on-line] Hradec Králové: PdF UHK, 2005. s.99 [cit. 29-01-21] dostupné z [http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=703](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=703)
3. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2781-3
4. GERLICOVÁ, Markéta. 2014. *Muzikoterapie v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4581-7
5. GIDDENS, Anthony. 1999. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-124-4
6. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
7. HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
8. HERZOG, Aleš. In *Pojmosloví Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež* [online]. Praha: Česká asociace streetwork, 2004 [cit. 13-12-20] dostupné z [www.archiv.streetwork.cz](http://www.archiv.streetwork.cz)
9. Identifikace zásadních sociálních problémů v oblasti sociálního vyloučení, slovníček pojmů – sociální exkluze [online]. [cit. 12-12-20] dostupné z [www.epolis.cz](http://www.epolis.cz)
10. Kanadská asociace pro muzikoterapii (Canadian Association for Music Therapy). [online] 2003 [cit. 9-3-21] dostupné z <http://www.musictherapy.ca>
11. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2846-9
12. KLÍMA, Petr. *Pedagogika mimo zdi institucí*. In JEDLIČKA, Richard. 2004. *et al. Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, s. 355-401. ISBN 80-7312-038-0
13. KRATOCHVÍL, Stanislav. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-347-8
14. LABÁTH, Vladimír. 2001. *et al. Riziková mládež: Možnosti potenciálních zmien*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-66-4

15. LINKA, Arne. 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901834-4-1
16. MÁTEJOVÁ, Zlatica a Silvestr MAŠURA. 1992. *Muzikotrapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike..* Bratislava: SPN. ISBN 80-08-00315-4
17. MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0
18. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. 2011 [cit. 21-1-21] dostupné z [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)
19. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
20. MORGAN, David. L. 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert. ISBN 80-85834-77-4
21. POKORNÁ, Pravdomila. 1982. *Úvod do muzikoterapie*. Praha: SPN.
22. POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. 2003. *Prevence sociálně patologických jevů: Manuál praxe*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s. ISBN 80-86568-04-0
23. Pracovní skupina pro dodefinování NZDM – pracovní orgán České asociace streetwork. *Pojmosloví nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. [online]. Praha: Česká asociace streetwork, 2008 [cit. 20-12-20] dostupné z [www.archiv.streetwork.cz](http://www.archiv.streetwork.cz)
24. RACEK, Jindřich a Aleš HERZOG. *Fenomén NZDM, tedy nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. In *Česká asociace streetwork. Kontaktní práce*. Praha: Česká asociace streetwork, 2007. [cit. 4-2-21]. s. 319-328. dostupné z [www.archiv.streetwork.cz](http://www.archiv.streetwork.cz)
25. REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
26. SEDLÁK, František. 1990. *Základy hudební psychologie*. Praha: SPN. ISBN 80-04-20587-9
27. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. 2011. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978- 80-7367-928-6
28. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. 2000. *Písničky a jejich dramtizace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-744-X
29. VYMĚTAL Jan. 1997. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek. ISBN 80-86123-02-2

30. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách, [online]. 2006 [cit. 4-1-21] dostupné z [Právní předpisy pro sociální služby \(mpsv.cz\)](http://www.mpsv.cz)
31. ZELEIOVÁ, Jaroslava. 2007. *Muzikoterapie*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-237-9

## **Seznam obrázků a tabulek**

Tabulka 1 – Rozdíly mezi hudební výchovou a muzikoterapií .....	11
---	----