

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2018

Dagmar Moravcová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Dagmar Moravcová

Muzikoterapie v kontextu ostatních směrů uměleckých terapií

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Doc.Mgr. Kantor Jiří, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: "Muzikoterapie v kontextu ostatních směrů uměleckých terapií" vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a použila jen prameny a literaturu, které uvádím v bibliografii.

V Olomouci dne 15. 04. 2018

.....

Děkuji panu Doc.Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za jeho vedení, trpělivost, ochotu, pomoc, odborné rady a podporu, jež mi po celou dobu poskytoval, a mé konzultantce Veronice Jungové za její obrovskou trpělivost a pomoc. Děkuji také mé rodině za umožnění prezenčního studia a trpělivost spojenou s tolerancí, bez které by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Pojem terapie	8
2 Charakteristika uměleckých terapií	8
2.1 Muzikoterapie	9
2.2 Dramaterapie	13
2.3 Arteterapie	16
2.4 Tanečně pohybová terapie	18
PRAKTICKÁ ČÁST	22
3 Cíle průzkumného šetření	22
4 Metoda sběru dat	22
5 Popis realizace sběru dat	25
6 Charakteristika průzkumného souboru	25
6.1 Pohlaví	27
6.2 Věk	28
6.3 Doba praktikování uměleckých terapií	29
6.4 Profesní kvalifikace v uměleckých terapiích	29
6.5 Úroveň kvalifikace v uměleckých terapiích	32
7 Výsledky průzkumného šetření	34
7.1 Skupiny klientů v praxi muzikoterapeutů	34
7.2 Věk klientů	39
7.3 Pracovní prostředí uměleckých terapeutů	41
Závěr	44
Použitá literatura	46
Internetové zdroje	47

Příloha:

49

ANOTACE

57

Seznam použitých symbolů a zkratek

ADCR	Asociace dramaterapeutů České republiky
ADTA	American Dance Therapy Association
AEDMT	European Association Dance Movement Therapy
AT	Arteterapeuti případně arteterapie
ČAA	Česká arteterapeutická asociace
ČR	Česká republika
CZMTA	Muzikoterapeutická asociace České republiky
DT	Dramaterapeuti případně dramaterapie
KUT	Terapeuti kombinující umělecké terapie
MT	Muzikoterapeuti případně muzikoterapie
TANTER	Česká asociace taneční a pohybové terapie
TPT	Tanečně pohyboví terapeuti případně tanečně pohybová terapie

Úvod

Během bakalářského studia jsem se setkala s různými směry uměleckých terapií. Od té doby mě začalo zajímat, kdo tyto terapie využívá a jak velké je jejich uplatnění ve společnosti. Ne vždy se terapie nazývají odborně, ne vždy si ihned uvědomíme, že prostředky, které využíváme k dosažení našeho cíle či úspěchu, jsou již kvalifikovaně zařazeny. Je například zajímavé, že staletí využívané písně k usnutí dětí mohou být využity k uvolnění, popř. vyjádření něčeho, co často slovy vyjádřit nelze. Také pouhé malování nebo pohyb nám mohou pomoci v životě snadněji překonávat překážky. Zejména z těchto důvodů jsem se rozhodla problematice terapií věnovat v bakalářské práci. Jejich historie je krátká a současně nejdéší ze všech. Vývoj probíhá již řadu století, od kreseb v jeskyních, tvoření Venuší, hraní na různé druhy nástrojů až po rituální tance a hraní či vyprávění příběhů. Postupem času vznikly z těchto aktivit vědecké směry – terapeutické disciplíny.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak je prakticky využívána muzikoterapie v porovnání s ostatními směry uměleckých terapií v České republice – s arteterapií, dramaterapií a tanečně-pohybovou terapií.

V teoretické části budou popsány směry uměleckých terapií dle odborné literatury. Praktická část pak zahrnuje analýzu uměleckých terapií. Pro analýzu budou vyžita data založená na dotazníkovém šetření. Dotazník „*The Practice of Arts Therapies*” byl vytvořen ve Velké Británii a využil se v minulosti i v několika národních průzkumech uměleckých terapií (kromě Velké Británie také v Litvě, Lotyšsku a Rusku). Pro tuto práci jsem získávala informace především z odpovědí respondentů. Zkoumanými oblastmi byly jejich praxe, věk, pohlaví, směr a zaměření a kvalifikace. Dále byly v dotazníku zahrnuty i otázky s obecnými informacemi o klientech v praxi a prostředí, ve kterém se pohybují.

U všech zkoumaných oblastí se zaměřuji na poměr využití muzikoterapie v kontextu ostatních směrů uměleckých terapií. Podle mého názoru jsou všechny umělecké terapie velkým přínosem a obohacením pro naši společnost.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část představí umělecké terapie dle jednotlivých směrů tak, jak jsou charakterizovány, a to z pohledu historie, zaměření na klientelu, jejich cílů, konkrétních institucí a vzdělávání uměleckých terapeutů.

1 Pojem terapie

Terapie je slovo řecko-latinského původu a odkazuje na léčbu, ošetření, pomáhání, starání se a cvičení. Terapie (terapeutické přístupy) „*lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu)*“ (Müller, 2005, s. 13).

Využití terapeutických intervencí ve speciální pedagogice není zcela nový trend. Již francouzský lékař a zakladatel psychiatrie Philippe Pinel v 17. století využíval v rámci medikace i práci na zahradě, u které počítal s uzdravujícím účinkem. Lékaři Jean Itard a Eduard Sequin se vypracovaným systémem cvičení zaměřovali na rozvoj smyslů, motoriky, sociálního chování a řeči. Díky těmto prvním pokusům se v průběhu doby rozvíjely tendence samostatných speciálněpedagogických terapií (Müller, 2014). V případě „*uchopení*“ terapií jako takových primárně vycházíme z psychoterapie, což je „*léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, sociální proces interakce. Specifický rozdíl, odlišující tuto činnost od jiných činností, lze hledat v několika směrech: čím působí, na co působí, čeho má dosáhnout, co se při ní děje a kdo působí*“ (Kratochvíl, 2006, s. 13). Psychoterapii považujeme za jeden z hlavních zdrojů speciální pedagogiky využívající prostředky, které jsou svým charakterem blízké speciální pedagogice (Müller, 2014).

2 Charakteristika uměleckých terapií

Muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a tanečně pohybová terapie patří do uměleckých nebo také expresivních terapií. Expresi můžeme charakterizovat jako „*spontánnost, výrazový prostředek, prožitek nebo zážitek*“ (Müller, 2014, s. 77).

Důležité je zmínit, že ač jsou umělecké terapie spíše mladé profese, mají dávnou tradici. Díky společným historickým kořenům se může zdát, že se jedná o jeden obor s četnými specializacemi. Již od počátků vývoje civilizace bylo umění součástí prakticky všech oblastí lidského života. Umění mělo a stále má funkci estetickou, léčebnou, ekologickou,

spirituální a sociální. Přes tyto tisícileté zkušenosti se teprve v druhé polovině 20. století objevují profese, jejichž hlavním záměrem je léčit pomocí kreativních procesů. Ke zrodu uměleckých terapií dochází v evropském a americkém kulturním procesu jako reakce na společenský vývoj. Rozmanité novodobé teorie a početné historické zkušenosti nám pomalu dopomáhají k vývoji výzkumu, teorie i praxe. Jak bylo již zmíněno, je to několik nezávislých profesí, a ačkoliv spolu souvisí nebo odkazují k podobným východiskům, bývají dle jednotlivých zemí legislativně zařazeny pod společným názvem (Kantor, 2017).

Několikaleté výzkumy, vzdělávací programy, reflexe terapeutických praxí a četné diskuze v uměleckých terapiích však dokazují, že se umělecké terapie rozvíjejí jako samostatné a nezávislé obory. Je pochopitelné, že se mezi nimi vytváří vazby, například při tvorbě legislativy, v oblasti vzdělávání i výzkumu. Za obecnou definici uměleckých terapií bychom mohli pokládat tu následující: „*Umělecké terapie jsou kreativním využitím uměleckých prostředků jako nástrojů pro neverbální a/nebo symbolickou komunikaci v podpůrném prostředí a za předpokladu jasně vymezeného vztahu mezi klientem a terapeutem, jehož účelem je dosáhnout osobních a/nebo sociálních terapeutických cílů, které jsou vhodné pro jedince*“ (V. Karkou a P. Sandersonová in Kantor, 2017, s. 14). Charakteristikou pro umělecké terapie jsou terapeutická setkání, představivost, symbolismy, neverbální komunikace, role kreativity, role umění při terapeutických setkání, metafory, používání uměleckých prostředků, senzorický základ exprese, kreativní transformace, kreativita, sebevyjadřování, imaginace, spojení mezi tělem a duší, estetika, terapeutický vztah a kontakt, aktivní účast, cíle, průběžná evaluace výsledků a jeho procesu (Kantor, 2017).

2.1 Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který lze definovat jako léčení nebo pomoc hudbou a neléčebné aplikace hudby za účelem vzdělávání, psychohygieny a rehabilitace. Slovo je řecko-latinského původu. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba a řecky *therapeia*, latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat. Přesně definovat Muzikoterapii není snadné, přesto ji Světová federace muzikoterapie definuje jako „*profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických i vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální,*

komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu“ (Müller, 2014, s. 269).

Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA) definuje muzikoterapii jako *„obor s primárně terapeutickým dopadem. Zároveň je muzikoterapie léčebným a podpůrným postupem, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních elementů provází klienta nebo skupinu v terapeutickém procesu. Cílem tohoto procesu je relevantním způsobem rozvinout potenciál a obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální a/nebo interpersonální integrace, s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb“ (Kantor, 2017, s. 24).*

K. Bruscia (in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 27) uvádí, že je muzikoterapie *„systematický proces intervence, během něhož terapeut pomáhá klientovi podpořit zdraví za použití hudebních zkušeností a vztahů, jež se prostřednictvím hudebních prožitků vytvoří jako dynamické síly změny“.*

S vývojem muzikoterapeutické profese se můžeme setkat již v období konce druhé světové války. V nemocnicích v USA se pro válečné veterány pořádaly programy a díky tomu, že se jednalo o profesionální hudebníky a společnost měla velký zájem o pomoc a snažila se situaci řešit, byl podpořen vznik prvních vzdělávacích programů (1944) a první muzikoterapeutické asociace (1950), dnes známé jako American Music Therapy Association. Muzikoterapie tak navázala na historické tradice, pokud hovoříme o jejím léčebném potenciálu, a souběžně s ní započal muzikoterapeutický výzkum. V roce 1964 začalo být publikováno čtvrtletní periodikum The Journal of Music Therapy, které se stalo velmi významným prostředkem odborného růstu muzikoterapie.

K zakládání škol pro vzdělávání se připojilo i Švédsko (A. Pontvik, 1948). K jeho koncepci se hlásí také Norsko, Dánsko, Finsko a Island. Ve Velké Británii byla založena Britská společnost pro muzikoterapii (J. Alvinová). Evropa zpočátku využívala terapeutické možnosti hudby, zejména jako doplněk verbální psychoterapie. Německy mluvící země reprezentují osobnosti H. G. Jaedicke, F. A. Fengler, Ch. Kohlerová a Ch. Schwabe. První výchovné a muzikoterapeutické centrum vzniklo v Rakousku v roce 1959, kde je muzikoterapie na vysoké úrovni a díky zájmu odborníků se v Salcburku každoročně koná kongres hudebních terapeutů a odborníků. Ve Vídni přednáší již od roku 1958, a to díky Rakouské společnosti pro muzikoterapii. Rok 1969 byl v muzikoterapii důležitý i pro Paříž. Tam vznikl Muzikoterapeutický ústav, který se orientoval do značné míry na terapii u dětí s autismem, skupinovou terapii psychotiků a na pacienty s nejasnou diagnózou.

Švýcarské muzikoterapeutické fórum, jež bylo především výhodné pro komunikaci mezi ostatními léčebnami a výchovnými zařízeními, bylo založeno v roce 1971. Ve stejném roce v Německu vznikl Výbor pro muzikoterapii a Společnost pro muzikoterapii. Tento rozvoj lze sledovat také ve Španělsku, v Holandsku, ve Švédsku, a dalších severských zemích (Šimanovský, 2001, Poledňák, 2014).

Muzikoterapie postupně získává respekt a prostor i v dalších zemích. Napomáhá tomu vydávání časopisů i pořádání pravidelných sympozií, seminářů a kongresů. To vše zvyšuje zájem odborné veřejnosti. V Rusku (bývalé SSSR) vznikla v roce 1927 metoda vycházející z muzikoterapie. Jeho následovníci vytvořili dva systémy: jeden pro léčbu logopedické rytmiky u dětí s balbutismem a jeden pro děti neslyšící a s poruchami sluchu. I. Zaikovan jako vedoucí institutu psychiatrie při Akademii lékařských věd vyzývá k používání principů muzikoterapie ve všech léčebnách a psychiatrických zařízeních (70. léta). V sanatoriu Zorka zase G. Kogan zavedl v rámci speciální pedagogiky muzikoterapii, protože hudba navozuje estetické zážitky a díky ní dokážeme vytvořit radostnou atmosféru. V Polsku jsou centrem muzikoterapie Krakov a Wroclav. V Budapešti v Maďarsku se uplatňuje muzikoterapie s hudebním výchovným systémem Kodályho. Bývalá Jugoslávie využívala muzikoterapii u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, po mozkové obrně, s poruchami sluchu a řeči, v geriatrických zařízeních, u alkoholismu a na psychiatrických a neurologických odděleních. V Chorvatsku v roce 1970 založil D. Breitenfeld Muzikoterapeutické sdružení Chorvatska (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009).

Na Slovensku od roku 1968 byla muzikoterapie součástí studia, tedy jedním z předmětů na Institutu speciální a léčebné pedagogiky na FF UK v Bratislavě. S terapeutickými postupy muzikoterapie se pracuje v psychiatrické léčebně Pezinok v Lubochni v Ústavu pro emocionálně narušené děti a také v Bratislavě. Zde se na Psychologicko-výchovné klinice Z. Mátejová a S. Mašura zaměřovali na děti a dospělé s narušenou komunikační schopností. Dříve se orientovali i na mladistvé, děti neurotické, mentálně postižené, děti s poruchami chování apod. S úspěchem se jim podařilo vytvořit a uskutečnit cyklus s prvky muzikoterapie pro děti a mládež s problematickým chováním (Šimanovský, 2001, Poledňák 1984).

V České republice v Logopedickém ústavu v Praze se pak pod vedením F. Kábeleho muzikoterapie využívala zejména na foniatrickém oddělení. Mezi další instituty v Praze řadíme také Foniatrickou kliniku M. Seemana a použití muzikoterapie v psychiatrické léčebně v Bohnicích. Dlouhodobou a významnou zásluhu na využití muzikoterapie u nás má

J. Schánilcová-Vodňanská, která terapii aplikovala v protialkoholní léčebně a ve Středisku péče o mládež a rodinu. Své úsilí a aktivitu vkládala také do výcvikových kurzů pro profese, jako jsou psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, aj. Další českou osobností je v tomto oboru J. Krčka, jenž pracuje jako muzikoterapeut v Praze na Akademii sociálně umělecké terapie a v Příbrami na svobodné Waldorfské škole J. A. Komenského. Jeho muzikoterapie bývá propojena s psychodramatem. V Kroměříži se zařazovala i do skupinových aktivit a programů v terapeutické komunitě, u neuróz u dospělých. Realizoval to V. Mikula a kolektiv pod vedením S. Kratochvíla. V Opavě terapii využívá I. Strossová. Česká muzikoterapie má spoustu osobností, díky nimž se dostává do podvědomí. Zároveň tito lidé stáli u zrodu Muzikoterapeutické asociace České republiky (CZMTA). Tyto osobnosti jsou stručně představeny v kontextu analýzy historie a hlavních muzikoterapeutických směrů v knize J. Kantora a J. Webera (Kantor, 2017).

Muzikoterapie má výjimečné účinky, díky své specifitě a všestrannosti pozitivně ovlivňuje stavy jedinců s postižením, narušením nebo ohrožením u všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, vzdělání nebo sociální příslušnost. Nejčastěji působí jako terapie podpůrná (Müller, 2014).

Mezi její cíle patří cíl terapeutický, tj. snaha rozvinout postižené funkce klienta a bezesbytku využít jejich potenciál, nebo cíl kompenzační, tj. pomocí kompenzačních mechanismů zapojit a podpořit klienta ve smysluplných a důležitých aktivitách, které rozšíří tělesné nebo i psychické funkce. K všeobecným cílům patří zlepšení nebo upravení stavu klienta, podpoření silných stránek, vytvoření emocionálně stabilního vztahu a v neposlední řadě rozvinutí hudebních dovedností. Vše se týká oblasti, komunikace, percepce, kognitivních funkcí, motoriky, sociálních dovedností a zvládnutí nežádoucího chování. Muzikoterapie se snaží o zvýšení kvality života klienta a jeho prostředí, pomoci mu při integraci, posilovat schopnost rozumět sobě i okolí, orientovat se, uvědomovat si vlastní smysluplnost, odolávat zátěži, přijímat vztahy a systém ve svém okolí (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Terapii lze praktikovat v mnoha institucionálních zařízeních, jako jsou volnočasová centra, zdravotnická zařízení, neziskové organizace, stacionáře a privátní praxe, dříve i speciální školy a ústavy sociální péče (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Vzdělávání v oblasti muzikoterapie v ČR bylo v době komunismu možné jen u Jitky Schánilcové-Vodňanské a to formou výcvikové komunity. Po roce 1989 muzikoterapii bylo možné studovat na Univerzitě Karlově v Praze jako postgraduální studium v edukační muzikoterapii a bylo určeno pro speciální pedagogy a psychology. V soukromém sektoru se

vzdělávání věnuje Akademie Alternativa nebo Akademie Tábor. Zažádat o profesní garanci v oblasti muzikoterapie lze i v případě studia univerzitních programů splňující podmínky CZMTA (Müller, 2014). K uznání je dále potřeba sebezkušenost minimálně „*v rozsahu 250 hodin, k tomu požadavek uceleného ukončeného výcviku, specifická teorie a dovednosti alespoň 250 hodin buď v dlouhodobém akreditovaném výcviku s garancí CZMTA, nebo kombinovaně z kurzů a výcviků muzikoterapeutických, komplexní akreditovaným vzdělávacím programem v minimálním rozsahu 500 hodin s kombinací teoretické, sebezkušenostní a praktické části, nebo součtem dvou navazujících akreditovaných vzdělávacích programů spojujících teoretickou, sebezkušenostní a dovednostní rovinu v celkovém rozsahu 500 hodin, praxe minimálně 5 let v pomáhajících profesích z toho 500 hodin v muzikoterapii a supervizi v rozsahu 120 hodin, z toho alespoň 40 hodin individuální supervize u supervizorů s garancí Evropské asociace pro supervizi a koučink nebo CZMTA a 80 hodin skupinové supervize formou supervizních seminářů garantovaných CZMTA*“ (Kantor, 2017, s. 26).

2.2 Dramaterapie

Dle Britské asociace dramaterapeutů 1979 bychom mohli definovat dramaterapii jako pomoc, snahu o uchopení a zmírnění psychologických a sociálních problémů, nabídnutí zjednodušeného vyjadřování pomocí symbolů pro mentální onemocnění a postižení, a díky tomu napomáhání jedinci poznat sám sebe, a to tvořivě s pomocí verbální i nonverbální komunikace (Valenta, 2011). Definici dramaterapie uvádí M. Valenta jako „*léčebně-výchovnou (terapeuticko-formativní) disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti*“ (Valenta, 2011, s. 23).

The National Association for Drama Therapy ve Spojených státech vymezuje Dramaterapii jako „*záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu*“ (Müller, 2014, s. 136).

Dramaterapie a její počátky novodobého pojetí se pojí se vznikem psychodramatu (poté i sociodramatu) na začátku 20. století. Zakladatelem psychodramatu byl J. Moreno, kterého považujeme za „otce“ dramaterapie. Celá první generace dramaterapeutů v USA totiž vycházela právě z jeho práce. Dodnes mnozí dramaterapeuti využívají techniky psychodramatu v dramaterapeutické intervenci. V 60. letech se dramaterapie odklonila

od psychodramatu, je však možné, že se v literatuře objevily specifické dramaterapie, u kterých se psychodrama vůbec nevyužívalo (Valenta, 2011).

Mezi další významné osobnosti této doby patří psychiatrička a psychoanalytička E. Irwinová, zakladatelka Sesame institutu v Londýně, jenž nabízel jeden z prvních dlouhodobých výcviků v dramaterapii, M. Lindkvistová, zakladatelka Britské asociace dramaterapie roku 1977, S. Jenningsová, anglická autorka pozoruhodného mezinárodního ohlasu, R. Courtney, který rozšířil pole dramaterapie směrem k psychologii a psychoterapii, a G. Schattnerová, jež měla velký vliv na sloučení amerických dramaterapeutů a založení americké Národní asociace dramaterapie roku 1979. Tomu napomohla publikace o dramaterapii, kterou vydala společně s R. Courtneym (jejím prostřednictvím oslovili řadu osobností, které se věnovaly dramaterapii v USA) (Johnson, 2009).

Dalšími osobnostmi například ve Velké Británii byli P. Slade, D. Heathcote nebo B. Way, v Rusku pak N. Evreinov (nazýval svou metodu Teatroterapie), V. Iljine (terapeutické divadlo) a N. S. Govorov (technika divadelního storytellingu – vyprávění příběhů) (Kantor, 2017).

V ČR jsou začátky spojeny s americkým dramaterapeutem M. Reismanem, který koncem 90. let působil v pražském sanatoriu Fokus u klientů s psychotickou zkušeností (Valenta, 2007). Také předčasně zesnulá B. Kolínová, zakladatelka České asociace muzikoterapie a dramaterapie, se u nás zasloužila o rozvoj této disciplíny. Další významnou českou osobností je profesor Milan Valenta, díky němuž lze studovat speciální pedagogiku se zaměřením na dramaterapii na Univerzitě Palackého v Olomouci. V roce 2008 vznikla z absolventů prvního dlouhodobého výcviku v dramaterapii pod ateliérem Extraart (lektorek F. Prendergastové a S. Jenningsové) Asociace dramaterapeutů České republiky (ADCR). Kromě dramaterapie se v ČR rozvíjí také spřízněný obor s názvem teatroterapie a dramatická výchova, k jejímž představitelům patří Z. Mikotová, J. Valenta a další. Můžeme také zmínit specificky českou paradivadelní terapeutickou disciplínu, která se nazývá psychogymnastika a jež se rozvíjela již od 60. let v rámci integrativního přístupu F. Knoblocha (k významným představitelům psychogymnastiky patří H. Junová nebo V. Čermáková) (Kantor, 2017).

Dramaterapie má s divadelně-terapeutickými postupy nejširší klientelu. Nejčastěji to jsou klienti s mentálním postižením, s psychiatrickou diagnózou, klienti se specifickými vývojovými poruchami chování nebo učení, psychosociálně ohrožení, jedinci sociálně vyloučení nebo ohrožení vyloučením, jedinci ve výkonu trestu a klienti gerontologičtí (Valenta, 2011).

Cíle u dramaterapie vyplývají z klientely. Hlavní cíle jsou rozvoj komunikace, kreativity, fantazie, sebedůvěry, pocitu zodpovědnosti, integrace, empatie a redukce tenze, zvládnutí kontroly emocí, změna chování, rozšíření rolí pro život, posílení sebedůvěry, sebe prezentace, získání schopnosti přijímat a rozpoznat své možnosti a ty rozvíjet. V neposlední řadě je cílem si uvědomit, že život má smysl (Valenta, 2011).

Dramaterapii lze realizovat buď formou ambulantní, která je součástí občanských sdružení, neziskových organizací, privátní praxe, speciální výchovy, denního centra, nebo formou klinickou, jež je aplikována v léčebnách, klinikách nebo na psychiatrických odděleních, dříve i ve speciálních školách. Další z forem jsou dramaterapeutické lekce na doléčení klientů v denních sanatoriích a stacionářích. Dramaterapii můžeme dělit na individuální, která se v našich zemích moc nevyužívá, skupinovou, s níž máme naopak největší zkušenosti, a komunitní (Müller, 2014).

Momentálně lze dramaterapii v ČR studovat na několika fakultách a institucích. Katedra speciálně pedagogických studií na Pedagogické fakultě v Olomouci nabízí bakalářské, magisterské a navazující doktorské studium, Fokus Praha dokončil dlouhodobý výcvik dramaterapie, Ateliér Extraart nabízí sebezkušenostní výcviky v expresivních terapiích i dlouhodobý výcvik vývojových proměn, Pražská psychoterapeutická fakulta nabízí dramaterapii, DAMU v Praze má inkluzivní program antropologicky zaměřeného výcviku, Ateliér výchovné dramatiky Neslyšících Divadelní fakulty JAMU v Brně nabízí toto vzdělávání pro zájemce se sluchovým postižením, Akademie sociálního umění Tábor nabízí antroposoficky orientovanou terapii uměním (Valenta, 2011). Požadavky dle ADCR jsou *„vysokoškolské vzdělání zdravotnické, společenskovední či umělecky zaměřené, nejméně bakalář, dramaterapeutický výcvik obsahující sebezkušenostní, nácvikovou a teoretickou část v minimálním rozsahu 500 hodin, který je realizován jednou z následujících možností – 550 hodin uceleného sebezkušenostního dramaterapeutického výcviku nebo 360 hodin uceleného sebezkušenostního dramaterapeutického výcviku v kombinaci se 140 hodinami jakéhokoli sebezkušenostního výcviku či vzdělávání. Alternativou u uvedených 140 hodin může být koncept rozdělený do dvou bloků, např. 70 hodin a 70 hodin za předpokladu, že se budou obě části týkat vzdělání z oblasti uměleckých terapií, individuální sebezkušenost nabytá po ukončeném výcviku v minimálním rozsahu 60 hodin. Dramaterapeutickou praxi v minimálním rozsahu 500 hodin pod pravidelnou, odborně kvalifikovanou supervizi (zahrnující buď supervizory Evropské asociace pro supervizi a koučink či supervizi zaměřenou na konkrétní dramaterapeutickou metodu). Minimální rozsah supervize činí 140 hodin vlastní*

praxe, z toho minimálně 30 hodin supervize individuální. Supervize je dále doporučena každému dramaterapeutovi pro udržování a rozvoj odborné kompetence, obdobně jako průběžné, odborně kvalifikované celoživotní vzdělávání, které má podobu např. odborných seminářů, odborných konferencí, výzkumu, odborné publikační činnosti, mezioborových setkávání“ (Kantor, 2017, s. 23).

2.3 Arteterapie

Jedno z nejnovějších výstižných vymezení arteterapie pochází od nizozemského psychoterapeuta Hilariona Petzolda (in Šicková-Fabrici, 2016, s. 60) „*arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti.*“ Současná definice arteterapie podle České arteterapeutické asociace zní „*arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Jde o tvořivou činnost s výtvarným materiálem. Je možné taky rozlišovat arteterapii (léčbu) od artefiletiky (vzdělávání a výchova prostřednictvím výtvarných prvků).*“ (Kantor, 2017, s. 18). Dobře uchopitelná je také definice dle M. Liebmann (in Müller, 2014, s. 78) „*arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky*“.

Arteterapie stejně jako muzikoterapie, dramaterapie a tanečně pohybová terapie patří mezi relativně mladý obor. Do povědomí se dostal koncem 19. století (Müller, 2014, s. 79). Teprve ve 20. století si novodobí psychiatři a osobnosti psychoanalytického hnutí (S. Freud, C. G. Jung, D. Winnicott atd.) všimli, jak veliký potenciál je ve výtvarném umění. Historické kořeny arteterapie se vztahují také k vývoji projektivního testování (testy Rorschacha, Murraye, Goodenoughové a dalších), podnětům v pedagogice a uměleckém vzdělávání (např. hnutí the Child Study Movement na přelomu 19. a 20. století, práce Lowenfelda a Brittaina a dalších autorů). Nejdříve se arteterapie využívala v psychiatrických institucích jako součást léčebných programů. M. Naumburgová z USA si všimla, že ve výtvarné expresi se mohou projektovat nevědomé představy. Stejněho efektu si všimli i další průkopníci, například E. Kramerová, E. Ulmanová nebo H. Y. Kwiatkovska. Všechny sice vycházely ze základní myšlenky, ale jejich přístupy se lišily. M. Naumburgová se stala propagátorkou

přístupu umění v psychoterapii, E. Kramerová zastávala názor, že ten samotný umělecký proces léčí (umění jako terapie), a rozpracovávala Freudovu teorii sublimace. E. Ulmanová založila a vytvořila první arteterapeutický časopis v USA (dnes s názvem American Journal of Art Therapy) a stala se autorkou také jednoho testu (tzv. Ulman Personality Assessment Procedure), který byl jedním z prvních arteterapeutických testů. H. Y. Kwiatkowská pak rozpracovala metody s využitím pro rodinnou a skupinovou arteterapii (Kantor, 2017).

V USA byla Americká arteterapeutická asociace založena v roce 1969 a od 70. let se arteterapie profiluje jako profese ke klinické praxi i se specializovaným přístupem k evaluaci (Malchiodi, 2005). Arteterapie se rozšiřuje z psychiatrických léčeben do komunitních a denních center, dlouhodobé léčebné programy nahrazují častější kratší intervence. Vytvářejí se školy psychodynamicky orientované a s vlivem humanistické psychologie postmoderně zaměřených terapeutických směrů, kognitivních a behaviorálních přístupů i nových oblastí arteterapeutické praxe, které přináší spousty impulsů pro profesní pole arteterapie, instituce, přístupy, klinickou populaci a tak podobně (Johnová, 2006).

Ve Velké Británii byla asociace arteterapie vytvořena dříve než v USA, a to v roce 1964 za velkého přispění A. Hilla. Nejdříve byla orientace arteterapie zaměřena na klienta v ateliérech, brzy se ale spojila s humanistickou orientací (Wallerová, 1991). Postupná profesionalizace arteterapie v 80. letech znamenala odklon od humanistických tradic. Ty pak byly nahrazeny psychoanalytickou a psychodynamickou orientací (Kantor, 2017).

V ČR se arteterapie začala využívat od 50. let v léčebných a psychoterapeutických zařízeních, kde vznikaly výtvarné ateliéry. Jako součást psychoterapeutické léčby se používala arteterapie až od 70. let. V roce 1981 vychází skriptum Úvod do speciální výtvarné výchovy od Z. Zíchy a v průběhu let 80. stoupla popularita arteterapie hlavně mezi studenty speciální pedagogiky (Kantor, 2017). Jak uvádí J. Slavík (2000, s. 8) „*v kontextu speciální pedagogiky našla arteterapie u nás nejen dobré uplatnění, ale také první ustálenější zázemí pro specifickou odbornou přípravu ve spolupráci s katedrami výtvarné výchovy*“. V tomto trendu pokračujeme i po roce 1989 (Kšajt, 2015).

Arteterapie je umělecko-kreativní terapie s efektivní léčbou. Využívá se u jedinců s vývojovým, tělesným, mentálním, sociálním postižením. Přestože se arteterapie využívá u všech klientů bez ohledu na věk, je úspěšně aplikována zejména u dětí se specifickými problémy (Šicková-Fabrice, 2016).

Cíle arteterapie je možné dělit na cíle individuální, kam řadíme uvolnění, verbální a vizuální uspořádání možností, sebevnímání, růst osobní svobody, rozvoj fantazie, přiměřené sebehodnocení, poznávání vlastních zážitků, sebeprožívání, motivaci a celkový rozvoj osobnosti, a cíle sociální, při nichž se rozvíjí vnímání druhých lidí a jejich přijetí, navázání kontaktu, komunikace, ocenění druhých, zapojení se do skupiny a kooperace, pochopení vztahů, zkušenost s tím, že jiní mají podobné zážitky, společné řešení problémů, reflexe vlastního fungování ve skupině, vytváření sociální podpory (Šicková-Fabrici, 2016).

Arteterapii aplikujeme a praktikujeme ve výchovných a vzdělávacích institucích, v nemocnicích, v rehabilitačních střediscích, na psychiatrických pracovištích, ve forenzních institucích, domovech důchodců apod. (Šicková-Fabrici, 2016).

Vzdělávání v oboru arteterapie je dle české legislativy spíše nesnadné. Arteterapeut nemá jasně daný statut, vymezení nebo pravidla. K jeho odborné připravenosti je vhodné mít přehled v psychologii, psychiatrii, speciální pedagogice, výtvarném umění nebo výchově a v neposlední řadě je důležitý arteterapeutický výcvik (Müller, 2014). Proto je tedy důležité, aby byl arteterapeut vzdělán v umění a léčbě. V ČR lze arteterapii studovat formou pětiletého psychoterapeutického výcviku České arteterapeutické asociace. V Českých Budějovicích je možné studovat arteterapii jako samostatný obor na Jihočeské univerzitě nebo na Pedagogické fakultě v Brně v rámci katedry psychologie jako tříleté kombinované studium, v Praze na některých fakultách jako součást výuky, například pedagogické, filozofické, teologické, vyšší sociálně pedagogické nebo na odborných vyšších školách (Šicková-Fabrici, 2016). Rožnovská škola pak nabízí studium základů arteterapie (Müller, 2014). Dále je možné se vzdělávat na různých místech jako v ateliéru Extraart nebo v občanském sdružení Kreatos (Kantor, 2017).

2.4 Tanečně pohybová terapie

Americká asociace taneční terapie pohybovou terapií rozumí „*psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince*“ (Kantor, 2017, s. 29).

Payneová (in Čížková, 2005) definuje tanečně-pohybovou terapii jako „*užití kreativního pohybu a tance v psychoterapii, kdy je vztah mezi pohybem a emocemi využíván jako prostředek k dosažení integrace osobnosti*“. Známa průkopnice taneční terapie Trudi Schoopová (in Payne, 2011, s. 35) z Kalifornie napsala: „*jestliže je správný můj předpoklad, že mysl a tělo na sebe vzájemně působí, pak se domnívám, že poruchu lze ovlivňovat z obou*

stran. Pokud psychoanalýza přivede změnu psychického postoje, měla by odpovídající změna nastat i na úrovni tělesné. A jestliže taneční terapie přivede změnu na úrovni tělesné, měla by se změnit i mysl. Při verbální terapii postupujeme od mysli k tělu a při taneční terapii postupujeme od těla k mysli. Obě metody mají za cíl změnu v rámci celé bytosti“.

Pro vývoj tanečně pohybové terapie jako profese poskytla historickou platformu řada zdrojů. L. Nemetzová (2006) uvádí, že dávné taneční tradice a rituály různých kultur oživila např. I. Duncanová, R. Denisová a T. Shawn, tedy zakladatelé tzv. Denishawn School. Na studium neverbální komunikace upozornila např. publikace R. Birdwhistella vydaná v roce 1952 s názvem Introduction to Kinesics a přispěly k němu i další pozdější výzkumy selfsynchronie při komunikaci W. S. Condon. Pozoruhodná je skutečnost, že podstatně velká část výzkumu v oblasti neverbální komunikace se nezaměřuje na pohyb, ale stabilní tělesné pozice (R. F. Cruzová, 2013). Oblast psychoterapie a její vývoj tanečně pohybové terapie ovlivnily velké psychoterapeutické systémy, zakladatelé byli např. C. G. Jung nebo C. Rogers. Podrobnější popis pohybu a tance a vznik systému je přisuzován R. Labanovi. Na jeho práci pak navázala řada dalších autorů (I. Bartenieffová, W. Lamb nebo J. Kestenbergová). Novodobé studium mysli a vztahu těla (podle karteziánského paradigmatu R. Descarta se předpokládalo, že pohyb je materiální proces, který musí být vysvětlen v mechanických a funkčních termínech) bylo pro vývoj tanečně pohybové terapie významným filosofickým milníkem (S. Kochová, 2006). Byl to tzv. odklon od karteziánského paradigmatu. Zakladatelka oboru v USA M. Chace (interakční přístup, vliv H. S. Sullivana, jeho interpersonální psychoterapie a také vliv lidových tanců) patří mezi průkopnice tanečně pohybové terapie. B. Evansová byla autorkou systému pro rehabilitaci těla a vyrovnávání páteře (Fundamental Technique), L. Espenaková pak byla ovlivněna ádleriánskou Individuální psychoterapií a vytvořila první postgraduální program v tanečně pohybové terapii na New York Medical College (Kantor, 2017).

Z Velké Británie uvedeme významné osobnosti: M. Lindkvistová (spojení Labanovy analýzy s jungiánskou analýzou a dramaterapeutickou perspektivou), M. Northová (Labanova analýza a aktivní/direktivní přístup), B. Meekumsová (integrativní přístup, označila svůj přístup jako formu kreativní psychoterapie), H. Payne (intergrativní přístup), V. Karkou (integrativní rámec, silný vztah k interpersonální psychoterapii I. Yaloma) a M. Ware (humanistické hnutí). V roce 1966 vznikla Americká asociace taneční terapie (American Dance Therapy Association) a o 16 let později v roce 1982 Asociace tanečně pohybových terapeutů ve Velké Británii (Kantor, 2017). J. Dosedlová (2012) popisuje historii vývoje tanečně pohybové terapie

v ostatních zemích, nicméně právě americká škola taneční terapie měla významný vliv na vývoj v ČR. Evropa díky francouzské iniciativě založila Evropskou asociaci taneční terapie v roce 1993 a v roce 2010 vznikla Evropská asociace tanečně pohybové terapie (European Association Dance Movement Therapy, AEDMT), jejímž členem je i ČR (Kantor, 2017).

V ČR nemá tanečně pohybová terapie dlouhou historii ve srovnání s jinými směry uměleckých terapií, ačkoliv dle K. Čížkové (2005) již zmínky o využívání tance a pohybových technik v rámci psychoterapií u neverbálních technik a psychogymnastiky existují. Součástí práce některých muzikoterapeutů bylo využití tanečních a pohybových technik. Významný mezník historie tanečně pohybové terapie v ČR byl první výcvik tanečně pohybových terapeutů, který proběhl v letech 1996–1999 pod záštitou ADTA (American Dance Therapy Association). Konečně v roce 2002 byla díky absolventům tohoto výcviku založena Česká asociace taneční a pohybové terapie (dále TANTER). Členové asociace usilují o legislativní ukotvení, pořádají dlouhodobé výcviky a snaží se o rozvoj tanečně pohybové terapie. S praxí této první generace tanečně pohybových terapeutů v ČR se můžeme seznámit v publikaci Tanečně pohybová terapie – teorie a praxe (Zedková, 2012).

Není snadné u umělecko-kreativních terapií stanovit konkrétní cíle. Všechny se společně prolínají a vzájemně se podporují. Dle Helen Payne (2011) u tanečně pohybové terapie není cílem pouze evokace nebo reflexe pocitů, důležité je podpořit klienta vnímat a uvědomovat si, co při pohybu cítí, přijmout své tělo a projevit se tancem. Ani tanec, ani jiná terapie není všelék na růst zdraví nebo dokonce vyléčení. Ovšem jedinci, kteří se účastnili terapeutické skupiny, bývají odvážnější, soudržnější, uvědomují si své možnosti a jsou aktivnější. Evropská asociace vidí cíle taneční terapie v radosti z funkční činnosti, jednoty tělesna a duševna, obnově pozitivního sebepřijetí, autonomii, tělesné symboliky a sublimaci (Müller, 2014). Čížková (2005) uvádí, že hlavní je snaha umožnit člověku jasnější sebepřijetí, orientaci v prostředí a ve vztazích a možnost sebevyjádření, rozhodování se sám za sebe, pomoci k emoční a fyzické integraci, vztahu k prostoru, uvědomění si těla a jeho hranic, vnímat se realisticky a bezpečně vyjadřovat a zvládat své pocity.

Klientelu a uplatnění v praxi nelze jednoznačně vymezit. Můžeme říci, že klienti, kteří využívají tanečně pohybovou terapii, mají potřebu sdělovat tělesným pohybem (Čížková, 2005). V podstatě je určena všem, kdo se mohou hýbat a to jakýmkoli způsobem. Opět se zde nerozlišuje věk klientů a v případě, že se klient nedokáže pohybovat, lze si tanec představovat ve vizualizacích. Vhodné je brát na vědomí, že není vždy možné aplikovat tanečně pohybovou terapii na klientech po atakách nebo v těžké depresi (Müller, 2014).

Tanečně pohybovou terapii nacházíme v psychiatrických léčebnách, kojeneckých ústavech, ve věznicích, v nemocnicích, v domovech důchodců, ve školách, domovech s pečovatelskou službou, v centrech pro léčbu závislostí, v rehabilitačních centrech, v denních stacionářích, v terapeutických centrech apod. (Müller, 2014).

U tanečně pohybové terapie je důležité stejně jako u ostatních umělecko-kreativních terapií pregraduální vzdělání, buď bakalářské, nebo magisterské, zaměřené na zdravotnické, psychologické, pedagogické, taneční nebo sociální profese. Dále je vyžadována pohybově taneční zkušenost 2 roky minimálně 1x týdně, a to před vstupem do dlouhodobého studia, praxe alespoň 320 hodin (rozsah 8 hodin/2 měsíce/denně) formou úvazku nebo v rámci studia a věk minimálně 23 let (Kantor, 2017). „*Absolvování vzdělávacího programu o minimálně 580 výukových hodinách s následujícím rozložením – minimálně 350 hodin sebezkušenostní části, která se skládá ze tří bloků (kontinuální sebezkušenost v procesu minimálně 200 hodin, další tanečně pohybová sebezkušenost minimálně 80 hodin a sebezkušenost v rámci metod pozorování a popisu pohybu minimálně 70 hodin), minimálně 200 hodin teorie, která obsahuje teorii tanečně pohybové terapie (minimálně 80 hodin), teorii v rámci metod pozorování a popisu pohybu (minimálně 40 hodin) a obecnou teorii (minimálně 80 hodin) a kineziologii a anatomii těla v pohybu (minimálně 30 hodin). Praxe pod supervizí – alespoň 500 hodin praxe, z toho minimálně 300 hodin kontaktu s klienty, z toho minimálně 150 hodin supervidované přímé tanečně pohybové terapie s klienty (minimálně 2 klientské populace). Supervize v minimálním rozsahu 100 hodin se supervizorem ve složení 43 hodin skupinové supervize, 43 hodin individuální supervize, 8 hodin in-site (přítomnost supervizora na skupině), 6 hodin video v rámci individuální či skupinové terapie, přičemž 70 hodin musí být u tanečně pohybového terapeuta oprávněného k supervizi a zbývajících 30 hodin je možné absolvovat u supervizora doporučeného TANTER, který není tanečně pohybový terapeut, a sebezkušenost formou individuální cvičné terapie v rozsahu minimálně 70 hodin“ (Kantor, 2017, s. 30).*

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část představí celé průzkumné šetření, jeho cíle, metodiku, jeho průběh a výsledky. Výsledkem analýzy budou rozdíly ve využití expresivních terapií v praxi.

3 Cíle průzkumného šetření

Záměrem tohoto průzkumného šetření je analyzovat praxi muzikoterapeutů v ČR a poskytnout srovnání muzikoterapie s ostatními směry uměleckých terapií (arteterapie, dramaterapie a tanečně pohybové terapie). Dále se zaměřím na skupiny klientů převažující v praxi muzikoterapeutů (z hlediska věku a typů potíží) a na typy pracovního prostředí v praxi.

Analyzovat budu několik aspektů muzikoterapeutické praxe: pohlaví, věk, délku praxe, kvalifikaci muzikoterapeutů, otázky týkající se obecných informací o praxi a specifických potížích jejich klientů, věkové zastoupení terapeutů i klientů, pracovní prostředí (instituce, ve kterých pracují).

Analýza dat v oblastech:

- skupiny klientů muzikoterapeutů,
- pracovní prostředí muzikoterapeutů (typy institucí, ve kterých tyto terapeuti pracují),
- vhodnost terapie pro klienty.

4 Metoda sběru dat

Pro sběr dat bylo využito dotazníkové šetření na bázi kvantitativního průzkumu z těchto důvodů:

- snaha o oslovení co největšího počtu muzikoterapeutů a uměleckých terapeutů;
- potřeba získat data, která budou moci reprezentovat komunitu muzikoterapeutů v ČR a která je s určitou mírou pravděpodobnosti generalizuje na tuto komunitu;
- vzhledem k výzkumům s podobným zaměřením již proběhlých v některých zahraničních zemích – bylo možné tyto výzkumy a jejich zkušenosti využít.

Dotazníkové šetření je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí (Gavora, 2000). Dotazník lze snadno kombinovat se statistickým zpracováním

a poskytovat tak prostředek pro rychlý a snadno vyhodnotitelný sběr i velkého množství dat (Kantor, 2017). Důležité pro tuto práci bylo použít takový dotazník, jenž je dostupný. Vybraný dotazník s názvem „*The Practice of Arts Therapies*” od V. Karkou, který vytvořila pro výzkum uměleckých terapií ve Velké Británii v letech 1995–1997, tento cíl splňoval. Celá původní verze dotazníku (jeho položky a základní kategorie) byla vytvořena na základě kvalitativních rozhovorů s významnými uměleckými terapeuty ve Velké Británii. Autorka dotazníku uvádí řadu dílčích studií s jeho aplikacemi (Karkou, 1998; 1999; 2001; 2002; 2008; Karkou a Sandersonová, 2001) a především souhrnnou publikaci analyzující pole uměleckých terapií ve Velké Británii (Karkou a Sandersonová, 2006). Dotazník byl již použit u výzkumů v Lotyšsku (Martinsone, 2009; Martinsone a Karkou, 2009), v Rusku (Nazarova, 2007; 2008) a Litvě. Jako mezinárodní studie bylo publikováno porovnání výsledků těchto národních studií (Karkou, Martinsone, Nazarova a Vaverniece, 2011).

Dotazník byl po získání originální anglické verze přeložen do češtiny s co možná nejpřesnějším zachováním původního znění. Pro současný průzkum byla využita pouze jeho část. Vzhledem k zaměření bakalářské práce nebyly využity části o teoretických vlivech, principech, evaluace a hodnocení.

Níže uvádím definice základních pojmů, které jsou v dotazníku použity:

Umělecké terapie – arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie a tanečně pohybová terapie. Je možné doplnit další možnosti, pokud respondent využívá další specializace v uměleckých terapiích.

Klienti – různé typy populace (pacienti, děti, žáci, dospělí, senioři atd.). Jsou to skupiny lidí, se kterými respondent pracuje (společné charakteristiky, potřeby nebo potíže). Klienty pak dále členíme podle věku na děti (do 11 roků), dospívající (11–16 roků), mladé dospělé (17–25 roků), dospělé (26–65 roků) a starší osoby (nad 65 roků).

Pracovní prostředí uměleckých terapeutů – všechny instituce zahrnující zdravotnické instituce, instituce sociálních služeb, dobrovolnické organizace, vzdělávací instituce, soukromé organizace a soukromou praxi terapeutů. Forma práce s klienty se dělí na terapie individuální, s rodiči a dítětem, rodinami a páry a na terapii se skupinami či jinou terapii.

Potíže klientů v dotazníku rozděleny do sedmi skupin (definice podle V. Karkou):

- potíže v učení: mentální postižení, hraniční poruchy autistického spektra, ADHD, řečové a komunikační poruchy;

- psychické problémy: např. schizofrenie, deprese, úzkost, panické ataky, demence, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, post-traumatický stres, sebepoškození;
- sociální deprivace: vězni, osoby sociálně znevýhodněné nebo vyčleněné na okraj společnosti, uprchlíci, bezdomovci a osoby s kriminální minulostí;
- zdravotní problémy: např. rakovina, AIDS, HIV, chronická bolest;
- tělesné/senzorické potíže: definice neuvedena;
- kombinované potíže: definice neuvedena;
- žádný zřetelný/specifický druh potíží: např. problémy spojené se stresem, nízké sebevědomí, potřeby týkající se kreativity a osobnostního rozvoje.

Česká podoba dotazníku má specifikum v podobě úpravy položky, která se týká **vzdělání a kvalifikace** uměleckých terapeutů. Je to z důvodu krátkodobých kurzů a seminářů, jež jako takové (formou vzdělání) samy o sobě nestačí k naplnění profesních standardů asociací uměleckých terapií a ani jejich jednotlivých částí (většinou se jedná o kurzy do 100 hodin). Plně kvalifikovaný praktikující umělecký terapeut má naplněny všechny podmínky, které se požadují pro získání profesního statusu dle jednotlivých asociací. Zásadní v tomto případě jsou dlouhodobé výcviky, které naplňují požadavky asociací na profesní standardy nebo jejich části (Kantor, 2017).

V původním dotazníku „*The Practice of Arts Therapies*” jsou v úvodní části vysvětleny základní pojmy a ubezpečení o anonymitě výzkumu. Rozdělen je pak do pěti sekcí.

Položky v dotazníku mají nominální nebo intervalový charakter. Dotazník zahrnuje tzv. otevřené otázky a prostor pro komentáře respondentů. Využívaná je i pětistupňová škála. Stupeň 1 je přirovnán výroku „jednoznačně souhlasím“ a stupeň 5 výroku „jednoznačně nesouhlasím“. Plná verze dotazníku je uvedena v příloze č. 1.

Česká verze dotazníku byla pro použití v českém prostředí doplněna o úvodní odstavec, v němž jsou vysvětleny cíle a kontext průzkumu. To je důležité z hlediska vytvoření kontaktu s případnými respondenty a zvýšení jejich motivace pro participaci na průzkumu.

Oproti původní verzi dotazníku bylo nutné upravit položku vztahující se ke vzdělání respondentů. Ta byla rozšířena o možnost absolvování dlouhodobých výcviků. Úprava byla nutná vzhledem k odlišné situaci v ČR a ve Velké Británii. V ČR dosud máme pouze dvě univerzitní studia uměleckých terapií se státní závěrečnou zkouškou v arteterapii (Univerzita

v Českých Budějovicích) a v dramaterapii (Univerzita Palackého v Olomouci). Ostatní získávají potřebné vzdělání prostřednictvím dlouhodobých výcviků nebo prostřednictvím absolvování několika krátkodobých výcviků (o více než 100hodinové dotaci).

5 Popis realizace sběru dat

Pro realizaci dotazníkového šetření byl využit sběr dat prostřednictvím elektronické verze dotazníku (dostupná na internetových stránkách¹). Cílem bylo oslovit co nejvíce muzikoterapeutů a uměleckých terapeutů, proto byl dotazník distribuován i prostřednictvím asociací uměleckých terapií v ČR. Odpovědi získané z dotazníkového šetření byly vyhodnoceny písemnou formou a dále zpracovány do tabulek s vyjádřením procentuálního podílu v průzkumném šetření.

Využita byla také metoda sněhové koule, to znamená, že respondenti byli požádáni o přeposlání dotazníku všem praktikantům muzikoterapie, na které mají kontakt. Dále byl dotazník zaslán absolventům studia dramaterapie na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci s prosbou o vyplnění a přeposlání absolventům výcviků dramaterapie a uměleckých terapií různých lektorů. Osloveny byly i minoritní asociace uměleckých terapií v ČR (prostřednictvím osobní komunikace s jejich předsedkyněmi).

6 Charakteristika průzkumného souboru

Kapitola je zaměřena na charakteristiku průzkumného souboru na základě dat získaných dotazníkovým šetřením. Pro zařazení do průzkumného souboru byly stanoveny určité zásady. Záměrem bylo získat co největší počet muzikoterapeutů, kteří naplňují kritéria pro profesní členství v jednotlivých asociacích, ale také terapeutů, kteří se uměleckými terapiemi vážně zabývají, ačkoliv zmíněná kritéria v současné době ještě nenaplňují (umělecké terapie provozují v praxi). Součástí průzkumného souboru tedy mohou být:

- frekventanti výcvikových programů v uměleckých terapiích,
- odborníci, kteří používají muzikoterapii a umělecké terapie ve své praxi a kombinují ji s jinou profesí, např. klinickou psychologií, logopedií, speciální pedagogikou, fyzioterapií atd.

Průzkumný soubor obsahoval celkem 147 respondentů. V následující tabulce uvedu charakteristiku průzkumného souboru z pohledu směru uměleckých terapií, který respondenti

¹ <http://goo.gl/forms/pEZQr39KVz8tRcMH3>

uvedli jako svou hlavní specializaci, dále pohlaví, věk, dobu, po kterou respondenti provozují umělecké terapie ve své praxi, a již zmiňované kvalifikace v muzikoterapii, popř. jiné kvalifikaci.

Používány budou jednotné zkratky – muzikoterapeuti (MT), arteterapeuti (AT), dramaterapeuti (DT), tanečně pohybový terapeuti (TPT) a terapeuti, kteří ve své praxi kombinují několik druhů uměleckých terapií (tuto skupinu značíme jako kombinaci uměleckých terapií – KUT).

Tabulka 1 – Zastoupení a poměry směrů uměleckých terapií ve průzkumném souboru.

Směr uměleckých terapií	Počet respondentů	Procentuální podíl v průzkumném souboru
Muzikoterapeuti (MT)	50	34,0 %
Arteterapeuti (AT)	41	27,9 %
Kombinace uměleckých terapií (KUT)	38	25,9 %
Dramaterapeuti (DT)	9	6,1 %
Tanečně pohyboví terapeuti (TPT)	9	6,1 %
Celkem (N)	147	100 %

V případě, že je kategorie KUT rozpočítána do jednotlivých směrů tak, jak jej terapeuti v kombinacích používají, dojde k rozšíření průzkumného souboru na 228. Pro další analýzu dat není tento rozšířený průzkumný soubor používán. Slouží pouze k ověření domněnky, že při rozpočítání kombinace terapií do konkrétních směrů nedojde k výrazné změně výsledků.

Tabulka 2 – Zastoupení a poměry směrů uměleckých terapií v průzkumném souboru.

Směr uměleckých terapií	Počet respondentů	Procentuální podíl ve průzkumném souboru
Muzikoterapeuti (MT)	79	34,6 %
Arteterapeuti (AT)	66	28,9 %
Kombinace uměleckých terapií (KUT)	36	15,8 %
Dramaterapeuti (DT)	26	11,4 %
Tanečně pohyboví terapeuti (TPT)	21	9,2 %
Celkem (N)	228	100 %

6.1 Pohlaví

Po celkovém sečtení průzkumného souboru bylo 119 (81 %) respondentek ženského pohlaví a 28 (19 %) respondentů mužského pohlaví.

Tabulka 3 – Zastoupení mužů a žen dle směrů uměleckých terapií v průzkumném souboru.

Směr uměleckých terapií	Muži			Ženy		
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku
Muzikoterapeuti (MT)	12	24,0 %	8,2 %	38	76,0 %	25,9 %
Arteterapeuti (AT)	9	22,0 %	6,1 %	32	78,0 %	21,8 %
Terapeuti kombinující umělecké terapie (KUT)	4	10,5 %	2,7 %	34	89,5 %	23,1 %
Dramaterapeuti (DT)	3	33,3 %	2,0 %	6	66,7 %	4,1 %
Tanečně pohyboví terapeuti (TPT)	0	0,0 %	0,0 %	9	100,0 %	6,1 %
Celkem (N)	28		19 %	119		81 %

6.2 Věk

Tabulka 4 – Věkové rozložení průzkumného souboru dle směrů uměleckých terapií.

Věk	do 30			31–41			41–51			51–60			Nad 60		
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku
MT	5	10,0 %	3,4 %	16	32,0 %	10,9 %	20	40,0 %	13,6 %	5	10,0 %	3,4 %	4	8,0 %	2,7 %
AT	7	17,1 %	4,8 %	14	34,1 %	9,5 %	14	34,1 %	9,5 %	2	4,9 %	1,4 %	4	9,8 %	2,7 %
KUT	8	21,1 %	5,4 %	9	23,7 %	6,1 %	11	28,9 %	7,5 %	8	21,1 %	5,4 %	2	5,3 %	1,4 %
DT	6	66,7 %	4,1 %	0	0,0 %	0,0 %	1	11,1 %	0,7 %	2	22,2 %	1,4 %	0	0,0 %	0,0 %
TPT	0	0,0 %	0,0 %	4	44,4 %	2,7 %	4	44,4 %	2,7 %	1	11,1 %	0,7 %	0	0,0 %	0,0 %
Rozdělení celého souboru															
	26		17,7 %	43		29,3 %	50		34,0 %	18		12,2 %	10		6,8 %

6.3 Doba praktikování uměleckých terapií

Tabulka č. 5 zobrazuje délku praxe respondentů. U jednotlivých směrů jsou při porovnávání patrné některé rozdíly, např. ve skupině muzikoterapeutů a dramaterapeutů je nejvíce zastoupena podkategorie 4–7 let, u arteterapeutů a kombinace směrů uměleckých terapií je to nejvíce kategorie do 3 let. Jediní tanečně pohyboví terapeuti mají vyvážené zastoupení ve všech podkategoriích.

6.4 Profesionální kvalifikace v uměleckých terapiích

V ČR nemá systém vzdělávání zákonem jasně specifikovanou a tím stanovenou podobu. Je tedy v našich podmínkách nesnadné analyzovat profesionální kvalifikaci respondentů v oblasti uměleckých terapií. Tím se podstatně lišíme od zahraničních zemí, kde se ve většině případů nejedná o univerzitní studia a vyskytují se velké rozdíly i mezi profesionálními standardy jednotlivých směrů uměleckých terapií. I takovou odlišnost bylo nutné před zahájením průzkumu zohlednit. Proto byly do dotazníku přidány některé položky, které se v jeho původní verzi nevyskytovaly.

V dotazníku byly pro zjištění profesionální kvalifikace navrženy tyto podkategorie:

- respondenti, kteří absolvovali krátkodobé kurzy a semináře bez formálního výcviku;
- respondenti, kteří absolvovali dlouhodobý výcvik;
- respondenti, kteří mají bakalářské vzdělání v uměleckých terapiích;
- respondenti, kteří mají magisterské vzdělání v uměleckých terapiích;
- respondenti, kteří mají doktorské vzdělání v uměleckých terapiích;
- respondenti, kteří mají jinou kvalifikaci.

Rozdělili jsme tedy soubor z hlediska profesionální kvalifikace v muzikoterapii a uměleckých terapiích způsobem, který uvádí tabulka č. 6.

Tabulka 5 – Délka praxe respondentů dle směrů uměleckých terapií.

	do 3 let			od 4 do 7 let			od 8 do 11 let			od 12 do 15 let			nad 15 let		
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	Počet	podíl v kategorii	podíl z celku
MT	8	16,0 %	5,4 %	19	38,0 %	12,9 %	11	22,0 %	7,5 %	6	12,0 %	4,1 %	6	12,0 %	4,1 %
AT	14	34,1 %	9,5 %	7	17,1 %	4,8 %	6	14,6 %	4,1 %	5	12,2 %	3,4 %	9	22,0 %	6,1 %
KUT	13	34,2 %	8,8 %	8	21,1 %	5,4 %	8	21,1 %	5,4 %	4	10,5 %	2,7 %	5	13,2 %	3,4 %
DT	1	11,1 %	0,7 %	5	55,6 %	3,4 %	0	0,0 %	0,0 %	1	11,1 %	0,7 %	2	22,2 %	1,4 %
TPT	2	22,2 %	1,4 %	2	22,2 %	1,4 %	2	22,2 %	1,4 %	2	22,2 %	1,4 %	1	11,1 %	0,7 %
Rozdělení celého souboru															
	38		25,9 %	41		27,9 %	27		18,4 %	18		12,2 %	23		15,6 %

Tabulka 6 – Profesní kvalifikace respondentů dle směru uměleckých terapií.

	krátkodobé kurzy			dlouhodobý výcvik			bakalářský stupeň			magisterský stupeň			doktorský stupeň			jiná		
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku
MT	19	38,0 %	12,9 %	28	56,0 %	19,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	3	6,0 %	2,0 %
AT	10	24,4 %	6,8 %	21	51,2 %	14,3 %	6	14,6 %	4,1 %	0	0,0 %	0,0 %	3	7,3 %	2,0 %	1	2,4 %	0,7 %
KUT	15	39,5 %	10,2 %	17	44,7 %	11,6 %	2	5,3 %	1,4 %	3	7,9 %	2,0 %	0	0,0 %	0,0 %	1	2,6 %	0,7 %
DT	0	0,0 %	0,0 %	3	33,3 %	2,0 %	1	11,1 %	0,7 %	3	33,3 %	2,0 %	2	22,2 %	1,4 %	0	0,0 %	0,0 %
TPT	0	0,0 %	0,0 %	8	88,9 %	5,4 %	0	0,0 %	0,0 %	1	11,1 %	0,7 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %
Rozdělení celého souboru																		
	44		29,9 %	77		52,4 %	9		6,1 %	7		4,8 %	5		3,4 %	5		3,4 %

6.5 Úroveň kvalifikace v uměleckých terapiích

Posledním cílem bylo zjistit, zda se respondenti považují za plně kvalifikované muzikoterapeuty. Tuto kategorii jsem rozdělila do čtyř možností: plně kvalifikované praktikující, plně kvalifikované – nyní nepraktikující, frekventanty v profesních výcvikových programech a jiné odborníky, kteří používají techniky muzikoterapie. V tabulce č. 7 je popis úrovně kvalifikace respondentů v uměleckých terapiích (viz níže).

V otázce týkající se umělecké kvalifikace nejčastěji respondenti uváděli své umělecké vzdělání a praktické zkušenosti. Po kladení dalších doplňujících otázek ve svých odpovědích o profesní kvalifikaci respondenti uvedli:

- svou primární profesi, např. klinický psycholog, psychoterapeut, speciální pedagog, sociální pracovník, fyzioterapeut, logoped, léčebný pedagog atd.;
- umělecké terapie praktikují, ačkoliv nejsou součástí jejich zaměstnání, popř. je využívají pouze u některých klientů;
- považují se za kompetentní pro používání technik určitého směru uměleckých terapií v oblasti své primární profese nebo pro používání určitého přístupu v uměleckých terapiích, např. celostní muzikoterapie;
- pro plnou kvalifikaci chybí respondentům sebezkušenostní (psychoterapeutický) výcvik;
- názor, že zvyšování kvalifikace je celoživotní proces a terapeuti se stále učí;
- označili sebe jinak než jako terapeuta, např. jako průvodce.

V případě, že by byla jasně stanovena legislativní kritéria kvalifikace, nebylo by možné rozdílně chápat, jak docílit plné kvalifikace.

Z uvedených dat je tedy možné vytvořit terapeuta, který by odpovídal nejčetnějším oblastem průzkumu. Jednalo by se o plně kvalifikovaného terapeuta majícího za sebou dlouhodobý výcvik s praxí v rozmezí 4–7 let, ženu muzikoterapeutku ve věku 41–51 let.

Tabulka 7 – Úroveň kvalifikace respondentů v uměleckých terapiích.

	Plně kvalifikovaný terapeut			Frekventant výcvikových programů			Jiný odborník využívající umělecké terapie			Nepraktikující, plně kvalifikovaný terapeut		
	<i>počet</i>	<i>podíl v kategorii</i>	<i>podíl z celku</i>	<i>počet</i>	<i>podíl v kategorii</i>	<i>podíl z celku</i>	<i>počet</i>	<i>podíl v kategorii</i>	<i>podíl z celku</i>	<i>počet</i>	<i>podíl v kategorii</i>	<i>podíl z celku</i>
MT	21	42,0 %	14,3 %	8	16,0 %	5,4 %	20	40,0 %	13,6 %	1	2,0 %	0,7 %
AT	17	41,5 %	11,6 %	5	12,2 %	3,4 %	19	46,3 %	12,9 %	0	0,0 %	0,0 %
KUT	11	28,9 %	7,5 %	8	21,1 %	5,4 %	19	50,0 %	12,9 %	0	0,0 %	0,0 %
DT	3	33,3 %	2,0 %	2	22,2 %	1,4 %	4	44,4 %	2,7 %	0	0,0 %	0,0 %
TPT	5	55,6 %	3,4 %	4	44,4 %	2,7 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %
Rozdělení celého souboru												
	57		38,8 %	27		18,4 %	62		42,2 %	1		0,7 %

7 Výsledky průzkumného šetření

V této části vyhodnotím data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření s ohledem na otázky definované ve třetí kapitole. Části jsou věnované obecným informacím o praxi uměleckých terapeutů (skupiny potíží a věk klientů, pracovní prostředí terapeutů), teoretickým vlivům a terapeutickým principům, hodnocení a evaluaci. Průzkumný soubor je rozložen do 5 podskupin – muzikoterapeuty, arteterapeuty, dramaterapeuty, tanečně pohybové terapeuty a terapeuty, kteří ve své praxi kombinují několik druhů uměleckých terapií. Obecné informace o praxi uměleckých terapeutů jsme získali pomocí otázek zaměřených na analýzu skupin klientů, věku klientů, pracovního prostředí uměleckých terapeutů a na další obecné otázky zaměřené na praxi uměleckých terapeutů.

7.1 Skupiny klientů v praxi muzikoterapeutů

V praxi muzikoterapeutů se vyskytují skupiny klientů, které zohledňují dvě položky dotazníku. První byla rozdělena na 8 podkategorií a zjišťovala nejčastější problémy klientů v praxi muzikoterapeutů. Tabulka č. 8 zobrazuje rozdělení od nejvýznamnějších po nejméně významné skupiny klientů v praxi uměleckých terapeutů. Do podkategorie významných skupin klientů spadají pouze potíže učení (54,2 %), tedy mentální postižení, poruchy autistického spektra, specifické potíže učení atd. Nižší zastoupení je u psychických onemocnění (49,3 %), kombinovaných potíží (48,6 %), sociální deprivace (33,8 %), tělesného/senzorického postižení (33,1 %) a zdravotních problémů, které nepatří do výše uvedených podkategorií (30,3 %).

Tabulka č. 9 pak uvádí opět výběr skupin klientů. V tomto případě měli respondenti označit pouze hlavní skupiny klientů. Pořadí je podobné jako u tabulky č. 8 s opačným pořadím dvou položek – tělesné/senzorické problémy a zdravotní problémy.

Tabulka 8 – Skupiny klientů v praxi uměleckých terapeutů (všichni, MT, ostatní).

Významné (nad 50–69 %)
Potíže v učení
Částečně významné (30–49 %)
Psychická onemocnění
Kombinované potíže
Sociální deprivace
Tělesné/senzorické postižení
Zdravotní problémy
Méně významné (méně než 30 %)
Žádný zřetelný/specifický druh potíží
Ostatní

Tabulka 9 – Hlavní skupiny klientů v praxi uměleckých terapeutů.

Částečně významné (30–49 %)
Potíže v učení
Psychická onemocnění
Kombinované potíže
Méně významné (méně než 30 %)
Sociální deprivace
Zdravotní problémy
Tělesné/senzorické postižení
Žádný zřetelný/specifický druh potíží
Ostatní

Tabulky č. 10 a 11 zobrazují zastoupení skupin klientů podle směrů uměleckých terapií. Podle hlavních skupin klientů:

- U **muzikoterapie** jsou na prvním místě potíže v učení, další pak kombinované potíže. Poté je průběh v obou tabulkách proměnlivý – psychická onemocnění, sociální deprivace, tělesné/senzorické postižení, žádný zřetelný/specifický druh potíží a nakonec zdravotní problémy.
- V **arteterapii** jsou nejvíce zastoupena psychická onemocnění, dále sociální deprivace, potíže v učení, kombinované potíže (na stejném místě), zdravotní problémy, žádné zřetelné potíže a nakonec tělesné/senzorické postižení.
- **Kombinace uměleckých terapií** má na předním místě potíže v učení, následují psychická onemocnění, sociální deprivace, kombinované potíže, tělesná/senzorická postižení a žádný zřetelný/specifický druh potíží.
- U **dramaterapeutů** se nejčastěji objevují klienti s potížemi v učení, poté s psychickým onemocněním a sociální deprivací. Kombinované potíže, zdravotní problémy a tělesná/senzorická postižení se vyskytují přibližně se stejným zastoupením a nakonec je uveden žádný zřetelný/specifický druh potíží.
- **Tanečně pohyboví terapeuti** jsou nejvýrazněji zastoupeni psychickými onemocněními a další důležitou podkategorií budou patrně také zdravotní problémy. Jinak je to v ostatních kategoriích přibližně vyrovnané v obou podsouborech dat, přitom kombinované potíže mají nejnižší počty.

Tabulka 10 – Skupiny klientů dle směrů uměleckých terapií.

	AT			MT			KUT			DT			TPT		
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku
potíže v učení	31	24,0 %	4,9 %	51	39,5 %	8,1 %	25	19,4 %	4,0 %	17	13,2 %	2,7 %	5	3,9 %	0,8 %
tělesné/senzorické postižení	12	14,1 %	1,9 %	37	43,5 %	5,9 %	17	20,0 %	2,7 %	9	10,6 %	1,4 %	10	11,8 %	1,6 %
psychická onemocnění	37	32,7 %	5,9 %	29	25,7 %	4,6 %	20	17,7 %	3,2 %	14	12,4 %	2,2 %	13	11,5 %	2,1 %
kombinované potíže	24	23,3 %	3,8 %	50	48,5 %	7,9 %	16	15,5 %	2,5 %	9	8,7 %	1,4 %	4	3,9 %	0,6 %
sociální deprivace	28	33,7 %	4,4 %	25	30,1 %	4,0 %	16	19,3 %	2,5 %	9	10,8 %	1,4 %	5	6,0 %	0,8 %
zdravotní problémy	18	25,7 %	2,9 %	24	34,3 %	3,8 %	12	17,1 %	1,9 %	6	8,6 %	1,0 %	10	14,3 %	1,6 %
žádný zřetelný/specifický druh potíží	11	23,4 %	1,7 %	15	31,9 %	2,4 %	9	19,1 %	1,4 %	4	8,5 %	0,6 %	8	17,0 %	1,3 %
Jiné	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %

Tabulka 11 – Hlavní skupiny klientů dle směrů uměleckých terapií.

	AT			MT			KUT			DT		TPT			
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku
potíže v učení	24	20,7 %	5,2 %	48	41,4 %	10,3 %	22	19,0 %	4,7 %	17	14,7 %	3,6 %	5	4,3 %	1,1 %
tělesné / senzorické postížení	5	12,8 %	1,1 %	17	43,6 %	3,6 %	7	17,9 %	1,5 %	5	12,8 %	1,1 %	5	12,8 %	1,1 %
psychická onemocnění	27	32,9 %	5,8 %	19	23,2 %	4,1 %	14	17,1 %	3,0 %	11	13,4 %	2,4 %	11	13,4 %	2,4 %
kombinované potíže	18	24,3 %	3,9 %	36	48,6 %	7,7 %	12	16,2 %	2,6 %	6	8,1 %	1,3 %	2	2,7 %	0,4 %
sociální deprivace	23	34,8 %	4,9 %	18	27,3 %	3,9 %	12	18,2 %	2,6 %	8	12,1 %	1,7 %	5	7,6 %	1,1 %
zdravotní problémy	14	29,8 %	3,0 %	10	21,3 %	2,1 %	10	21,3 %	2,1 %	6	12,8 %	1,3 %	7	14,9 %	1,5 %
žádný zřetelný/specifický druh potíží	14	33,3 %	3,0 %	13	31,0 %	2,8 %	8	19,0 %	1,7 %	2	4,8 %	0,4 %	5	11,9 %	1,1 %
Jiné	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %	0	0,0 %	0,0 %

7.2 Věk klientů

Skupiny klientů byly dle věku rozděleny na děti, dospívající, mladé dospělé, dospělé a starší osoby. Tato věková zastoupení v celém souboru zobrazuje tabulka č. 12 a s ohledem na jednotlivé směry uměleckých terapií pak tabulka č. 13.

Tabulka 12 – Věkové zastoupení skupin klientů.

Významné (nad 50–69 %)
Dospělí (26–60 let)
Děti (do 11 let)
Mladí dospělí (17–25 let)
Částečně významné (30–49 %)
Dospívající (11–16 let)
Málo významné (méně než 30 %)
Starší osoby (nad 65 let)

Tabulka 13 – Věkové skupiny klientů dle směrů uměleckých terapií.

	Děti (do 11 let)			Dospívající (11–16)			Mladí dospělí (17–25)			Dospělí (26–65)			Senioři		
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	Počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku
MT	51	28,2 %	10,2 %	37	20,4 %	7,4 %	34	18,8 %	6,8 %	45	24,9 %	9,0 %	14	7,7 %	2,8 %
AT	33	23,4 %	6,6 %	28	19,9 %	5,6 %	35	24,8 %	7,0 %	40	28,4 %	8,0 %	5	3,5 %	1,0 %
KUT	28	33,7 %	5,6 %	16	19,3 %	3,2 %	15	18,1 %	3,0 %	21	25,3 %	4,2 %	3	3,6 %	0,6 %
DT	14	28,6 %	2,8 %	8	16,3 %	1,6 %	12	24,5 %	2,4 %	13	26,5 %	2,6 %	2	4,1 %	0,4 %
TPT	10	20,8 %	2,0 %	6	12,5 %	1,2 %	11	22,9 %	2,2 %	17	35,4 %	3,4 %	4	8,3 %	0,8 %
Rozdělení celého souboru															
	136		27,1 %	95		18,9 %	107		21,3 %	136		27,1 %	28		5,6 %

7.3 Pracovní prostředí uměleckých terapeutů

Pro zjištění pracovního prostředí uměleckých terapeutů bylo na výběr několik možností – zdravotnické instituce, instituce sociálních služeb, dobrovolnické organizace, vzdělávací instituce, soukromé organizace, soukromá praxe a ostatní možnosti.

Tabulka 14 – Pracovní prostředí uměleckých terapeutů.

Částečně významné (49–30 %)
Instituce sociálních služeb
Vzdělávací instituce
Méně významné (méně než 30 %)
Zdravotnické instituce
Soukromá praxe
Soukromé organizace
Dobrovolnické organizace

Výsledky odpovědí na otázku, které z institucí (typ pracovního prostředí) terapeuti využívají jako své hlavní, jsou uvedeny v tabulce č. 15. Přibližně odpovídají pořadí v tabulce č. 14.

Tabulka 15 – Pracovní prostředí, které uměleční terapeuti považují za své hlavní.

Částečně významné (49–30 %)
Instituce sociálních služeb
Vzdělávací instituce
Méně významné (méně než 30 %)
Zdravotnické instituce
Soukromá praxe
Soukromé organizace
Dobrovolnické organizace

Tabulky 16 a 17 zobrazují analýzu pracovního prostředí podle směrů uměleckých terapií a ukazují několik zajímavých výsledků.

- Prostor **muzikoterapeutů** je sice nejčastěji uváděné ve vzdělávacích institucích, ale k poměru s institucemi sociálních služeb je to velmi vyrovnané (v hlavním pracovním prostředí dokonce nejvyšší). Zdravotní instituce jsou zastoupeny podstatně méně, přibližně jako soukromé praxe.
- **Arteterapeuti** mají v obou tabulkách pořadí následující: instituce sociálních služeb, vzdělávací instituce, zdravotnické instituce, soukromá praxe atd. Rozestupy mezi jednotlivými podkategoriemi jsou poměrně vyrovnané. Stejně pořadí platí i pro dramaterapeuty.
- U **tanečně pohybových** terapeutů jsou výsledky v obou tabulkách nejednoznačné. Při analýze pracovního prostředí se výsledky blíží ostatním směrům, jenomže z tabulky č. 17 vyplývá, že hlavním pracovním prostředím jsou zdravotnické instituce. Také v tabulce č. 16 je uveden vysoký podíl soukromé praxe, ale potom v porovnání s tabulkou č. 17 je zřejmé, že soukromá praxe není ani v jednom případě hlavním pracovním prostředím.
- U **kombinace uměleckých terapií** jsou nejpočetněji zastoupeny vzdělávací instituce, poté instituce sociálních služeb, zdravotnické instituce, soukromá praxe, soukromé a dobrovolnické organizace.

Tabulka 16 – Pracovní prostředí uměleckých terapeutů dle směrů uměleckých terapií.

	Zdravotnické instituce			Instituce sociálních služeb			Dobrovolnické organizace			Vzdělávací instituce			Soukromé organizace			Soukromá praxe		
	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	Podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku	počet	podíl v kategorii	podíl z celku
MT	19	13,0 %	5,5 %	38	26,0 %	11,0 %	13	8,9 %	3,8 %	40	27,4 %	11,6 %	15	10,3 %	4,3 %	21	14,4 %	6,1 %
AT	21	20,2 %	6,1 %	28	26,9 %	8,1 %	7	6,7 %	2,0 %	24	23,1 %	7,0 %	9	8,7 %	2,6 %	15	14,4 %	4,3 %
DT	8	17,4 %	2,3 %	12	26,1 %	3,5 %	6	13,0 %	1,7 %	8	17,4 %	2,3 %	5	10,9 %	1,4 %	7	15,2 %	2,0 %
TPT	6	14,3 %	1,7 %	10	23,8 %	2,9 %	3	7,1 %	0,9 %	8	19,0 %	2,3 %	6	14,3 %	1,7 %	9	21,4 %	2,6 %
KUT	8	11,6 %	2,3 %	14	20,3 %	4,1 %	9	13,0 %	2,6 %	20	29,0 %	5,8 %	9	13,0 %	2,6 %	9	13,0 %	2,6 %
Rozdělení celého souboru																		
	62		18,0 %	102		29,6 %	38		11,0 %	100		29,0 %	44		12,8 %	61		17,7 %

Tabulka 17 – Pracovní prostředí, které uměleční terapeuti považují za své hlavní (dle směrů uměleckých terapií).

	Zdravotnické instituce	Instituce sociálních služeb	Dobrovolnické organizace	Vzdělávací instituce
MT	18 (12,7 %)	33 (23,2 %)	7 (4,9 %)	32 (22,5 %)
AT	17 (12 %)	24 (16,9 %)	5 (3,5 %)	22 (15,5 %)
DT	7 (4,9 %)	11 (7,7 %)	2 (1,4 %)	8 (5,6 %)
TPT	7 (4,9 %)	6 (4,2 %)	5 (3,5 %)	5 (3,5 %)
KUT	10 (7 %)	13 (9,2 %)	4 (2,8 %)	14 (9,9 %)

Závěr

Již po tisíciletí se k terapii využívají prostředky, které jsou od nepaměti součástí našeho běžného života. Vývoj poslední doby způsobuje, že se hudba, tanec, kresba a divadlo stále více vyčleňují z běžného života do uměleckých směrů. Dochází tedy k omezování těchto činností v běžném životě. Tato tendence pak dává větší prostor expresivním kreativním terapiím, jejichž význam stoupá a stávají se samostatnými plnohodnotnými terapeutickými technikami.

Tématem bakalářské práce je průzkum dotazníkového šetření se zaměřením na muzikoterapii v komparaci s ostatními uměleckými kreativními terapiemi. V teoretické části jsou zmíněny charakteristiky, vývoj terapií a jejich primární cíle a klientela, historie, instituce a možnosti vzdělávání v daných oblastech v ČR. Praktická část práce se v první části věnuje zvláště podrobnému vyhodnocení respondentů, jejich zaměření a charakteristiky. Ve druhé části pak vyhodnocuje charakteristiku klientů, kteří využívají terapie, a prostředí, v nichž k terapiím dochází. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se využívá muzikoterapie oproti ostatním uměleckým terapiím a zpracovat přehled používaných terapeutických směrů v ČR a jejich vzájemných vztahů z pohledu četnosti.

V rámci dotazníkového šetření se podařilo získat odpovědi od 147 aktivních terapeutů. Skupina byla zastoupena 119 ženami (81 %) a 28 muži (19 %), z toho 50 terapeutů se věnuje muzikoterapii, 41 arteterapii, 38 kombinaci uměleckých terapií, 9 dramaterapii a 9 tanečně pohybové terapii. Již z tohoto prvního členění je zřejmé, že muzikoterapie je mezi therapy nejčastější, a to s podílem 34 %. Podobný výsledek jsme získali i při porovnání používaných terapeutických směrů, kdy MT tvoří 34,6 % ze všech 228 používaných směrů a jejich

kombinací. Nejčetnější skupinu tvoří terapeuti ve věku 41–51 let a to 34 %. Nejvíce terapeutů disponuje praxí s délkou od 4 do 7 let. Z pohledu dosažené kvalifikace je nejvíce terapeutů s dlouhodobým výcvikem – 52,4 %.

Vedle dat týkajících se terapeutů samotných přineslo dotazníkové šetření i informace o skupinách klientů v jejich praxi. Nejčastější skupinou klientů využívající terapeutické služby jsou klienti s potížemi v učení, s psychickými onemocněními a kombinovanými potížemi. Potíže v učení jsou nejčastěji řešeny pomocí muzikoterapie, a to s podílem 39,5 % a jak ukazuje tabulka

č. 10, jde současně s 8,1 % o nejčetnější skupinu vůbec. Muzikoterapie je nejpoužívanější terapie i při rozdělení dle stáří klientů, kdy ji nejvíce využívají děti do 11 let a dospělí od 26 do 65 let. Každá z těchto věkových skupin tvoří přibližně 10 % z celkové sledované skupiny.

Zajímavým sledovaným faktorem bylo i prostředí, ve kterém se terapeuti věnují své činnosti. Konkrétně se jedná o zdravotnické instituce, instituce sociálních služeb, dobrovolnické organizace, vzdělávací instituce, soukromé organizace a soukromé praxe. Z tohoto pohledu opět největší skupinu tvoří MT využívající nejvíce vzdělávací instituce (11,6 %).

Provedený průzkum tedy ukázal, že muzikoterapie je jak z pohledu počtu terapeutů, tak z pohledu využívaných směrů v ČR nejčastější. Současně disponuje i největší skupinou klientů všech věkových kategorií. Nejčastěji se s prací muzikoterapeutů potkáme ve vzdělávacích institucích. Výsledky uvedené v této práci platí pro statistický soubor tvořený dotazovanými respondenty. Je možné, že v případě rozšíření souboru o další respondenty by mohlo dojít ke změně zjištěných závěrů. Přesto vzhledem k rozsahu statistického souboru lze skupinu respondentů chápat jako reprezentativní vzorek a tím i výsledky uvedené v této práci.

Použitá literatura

Čížková, Klára: *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-547-7.

Dosedlová, Jaroslava a Kantor Jiří: *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3682-1.

Dosedlová, Jaroslava: *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3711-9.

Hilarion Petzold (HRSG.): *Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie*. 3. Aufl. Paderborn: Junfermann, 1990. ISBN 3873870274.

Kantor, Jiří: *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích, monografie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2017. ISBN 978-80-244-5124-4.

Karkou, Vassiliki, & Sanderson, Patricia: *Arts Therapies: A Research-based Map of the Field*. London: Churchill Livingstone, 2006.

Kratochvíl, Stanislav: *Základy psychoterapie* (5. přepracované. vydání). Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

Mátejová, Zlatica, & Mašura, Silvester: *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: SPN, 1992.

Müller, Oldřich: *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

Müller, Oldřich: *Terapie ve speciální pedagogice* (2. přepracované vydání). Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024741727

Payne, Helen (přeložily Staňková Lenka, Syrovátková Radana): *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi* (2. vydání). Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073678876

Slavík, Jan: (Eds.). *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova, 2002.

Šicková-Fabrici, Jaroslava (přeložily Křížová Jana, Hubáčková Tereza): *Základy arteterapie* (rozšířené vydání). Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026210436.

Valenta, Milan: *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1819-4.

Valenta, Milan: *Dramaterapie* (4. aktualizované a rozšířené vydání).. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.

Časopisecké články

Kantor, Jiří., & Weber, Jana: Musiktherapie in der Tschechischen Republik. In: *Musiktherapeutische Umschau*. č. 33(4. vydání), 2012. s. 386–392.

Internetové zdroje

American Musical Therapy Associal. *American Musical Therapy Associal* [online]. USA: American Music Therapy Association, c1998-2018 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>

Asociace dramaterapeutů v České Republice. Asociace dramaterapeutů v České Republice [online]. Webby [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.adcr.cz/dramaterapie.html>

About Art Therapy. About Art Therapy [online]. London: British Association of Art Therapists [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.baat.org/About-Art-Therapy>

Česká arteterapeutická asociace. Česká arteterapeutická asociace [online]. Česká Republika: Česká arteterapeutická asociace, 2018 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/>

DADA EXTRAART - KREATIVNÍ TERAPIE. DADA EXTRAART - KREATIVNÍ TERAPIE [online]. Webby [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.dadaextraart.cz/>

Kreatos o.p.s. Kreatos o.p.s. [online]. Kreatos, 2018 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.kreatos.philosophy.cz/>

Muzikoterapeutická asociace České Republiky. Muzikoterapeutická asociace České Republiky [online]. Česká Republika: Muzikoterapeutická asociace České republiky, 2018 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/>

World Federation of Music Therapy. World Federation of Music Therapy [online]. WFMT, 2017 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.wfmt.info/>

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Zastoupení a poměry směrů uměleckých terapií ve průzkumném souboru.	26
Tabulka 2 – Zastoupení a poměry směrů uměleckých terapií v průzkumném souboru.	27
Tabulka 3 – Zastoupení mužů a žen dle směrů uměleckých terapií v průzkumném souboru.	27
Tabulka 4 – Věkové rozložení průzkumného souboru dle směrů uměleckých terapií.	28
Tabulka 5 – Délka praxe respondentů dle směrů uměleckých terapií.	30
Tabulka 6 – Profesionální kvalifikace respondentů dle směrů uměleckých terapií.	31
Tabulka 7 – Úroveň kvalifikace respondentů v uměleckých terapiích.	33
Tabulka 8 – Skupiny klientů v praxi uměleckých terapeutů (všichni, MT, ostatní).	35
Tabulka 9 – Hlavní skupiny klientů v praxi uměleckých terapeutů.	35
Tabulka 10 – Skupiny klientů dle směrů uměleckých terapií.	37
Tabulka 11 – Hlavní skupiny klientů dle směrů uměleckých terapií.	38
Tabulka 12 – Věkové zastoupení skupin klientů.	39
Tabulka 13 – Věkové skupiny klientů dle směrů uměleckých terapií.	40
Tabulka 14 – Pracovní prostředí uměleckých terapeutů.	41
Tabulka 15 – Pracovní prostředí, které umělečtí terapeuti považují za své hlavní.	42
Tabulka 16 – Pracovní prostředí uměleckých terapeutů dle směrů uměleckých terapií.	43
Tabulka 17 – Pracovní prostředí, které umělečtí terapeuti považují za své hlavní (dle směrů uměleckých terapií).	44

Příloha:

Překlad dotazníku „*The Practice of Arts Therapies*”

Průzkum v uměleckých kreativních terapiích 2016

--- Strana 1 ---

Vítejte v průzkumu uměleckých kreativních terapií 2016

Prosím, vyplňte co nejúplněji a dle potřeby doplňte dalšími komentáři. Veškeré informace, které zde poskytnete, jsou důvěrné.

Pro účely tohoto dotazníku budou použity určité termíny. Při vyplňování dotazníku pamatujte, že jsou použity následující definice.

Umělecké terapie: Muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a tanečně pohybová terapie.

Umělecký terapeut: Osoba praktikující umělecké terapie (muzikoterapeut, arteterapeut, dramaterapeut, tanečně pohybový terapeut)

Klient(i): Lidé, se kterými pracujete včetně pacientů, dětí, žáků atd.

Skupiny klientů: Lidé, s nimiž pracujete, kteří mají podobné charakteristiky, potřeby nebo potíže.

Jestliže jste v současné době nezaměstnán/a, odpovídejte, prosím, s ohledem na Vaše poslední zaměstnání.

Jestliže jste doposud nezačal/a pracovat (např. jste doposud byli ve výcviku), prosím odpovídejte s ohledem na Vaši možnou praxi v budoucnu.

--- Strana 2 –

A. Obecné informace o Vaší praxi

1 Který druh uměleckých kreativních terapií využíváte nejvíce ve Vaší praxi?

- muzikoterapii
- arteterapii
- dramaterapii
- tanečně pohybovou terapii
- jiný druh (prosím, upřesněte):

2 Jaké jsou nejčastější typy problémů Vašich klientů? *(vyberte všechny relevantní odpovědi)*

- potíže v učení (mentální postižení, autismus, ...)
- tělesné/senzorické postižení
- psychická onemocnění
- kombinované potíže
- sociální deprivace
- zdravotní problémy
- žádný zřetelný/specifický druh potíží
- jiný (prosím, upřesněte):

3 Kterou skupinu klientů považujete za hlavní ve své praxi?

- potíže v učení (mentální postižení, autismus...)
- tělesné/senzorické postižení
- psychická onemocnění
- kombinované potíže
- sociální deprivace
- zdravotní problémy
- žádný zřetelný/specifický druh potíží
- jiný (prosím upřesněte):

4 Obvykle pracujete s klienty: *(vyberte všechny relevantní odpovědi)*

- individuálně (jeden na jednoho)
- s rodiči a dítětem/rodinami/páry
- se skupinami
- jinak (prosím, specifikujte):

5 Jaké je věkové rozhraní skupin klientů, se kterými pracujete? *(vyberte všechny relevantní odpovědi)*

- děti (do 11 roků)
- dospívající (11–16)
- mladí dospělí (17–25)
- dospělí (26–65)
- starší osoby (nad 65 roků)

6 Kde se s klienty setkáváte? *(vyberte všechny relevantní odpovědi)*

- zdravotnické instituce
- instituce sociálních služeb
- dobrovolnická organizace
- vzdělávací instituce
- soukromé organizace
- soukromá praxe
- jiné (prosím, upřesněte):

7 Které z těchto pracovních prostředí považujete za své hlavní?

- zdravotnické instituce
- instituce sociálních služeb
- dobrovolnická organizace
- vzdělávací instituce
- soukromé organizace
- soukromá praxe
- jiné (prosím, upřesněte):

8 Většinou pracujete: *(vyberte všechny relevantní odpovědi)*

- sami
- v týmu s dalšími uměleckými terapeuty
- v týmu s dalšími odborníky
- jinak (prosím, upřesněte):

--- Strana 3 ---

B. Teoretické vlivy

9 Které z těchto existujících teorií nejvíce ovlivňují Vaši práci? *(vyberte všechny relevantní odpovědi)*

- specifické umělecké tradice
- specifické tradice uměleckých kreativních terapií
- oblasti, které nebyly doposud teoreticky formulovány
- psychoanalytická teorie
- psychodynamická teorie

- skupinová analytická teorie
- teorie objektních vztahů
- Kleiniánská teorie
- teorie Winnicotta
- teorie vztahové vazby
- Jungiánská symbolická teorie
- vývojové teorie
- teorie herní terapie
- Gestalt
- teorie transakční analýzy
- teorie Kellyho osobních konstruktů
- behaviorální terapie
- eklektický přístup
- integrativní přístup
- jiné (prosím, upřesněte):

10 Komentáře k hlavním vlivům ve Vaší práci (*volitelné*):

--- Strana 4 ---

C. Terapeutické principy

Prosím, použijte níže uvedenou škálu pro vyjádření míry Vašeho souhlasu/nesouhlasu s jednotlivými výroky.

(Pětistupňová škála: 5 = jednoznačně souhlasím, 4 = spíše souhlasím, 3 = nejsem si jistý/jistá, nemám názor, 2 = spíše nesouhlasím, 1 = jednoznačně nesouhlasím)

11 Humanistické

- Mým cílem je pocít zodpovědnosti.
- Účel terapie souvisí s celistvostí („wholeness“).
- Umělecké kreativní terapie umožňují jednotlivcům stávat se tím, kým skutečně jsou.
- Cílem je usnadnit uvědomování si druhých.
- Jeden z mých základních předpokladů je, že existuje silná spojitost mezi tělem a myslí.
- Pokouším se nabídnout klientům příležitost k učení.
- Snažím se pracovat celou svou osobností.

12 Psychoanalytické/psychodynamické

- Analyzuji psychoanalytickým způsobem.
- Snažím se propojit minulost klientů s jejich současnými životy.
- Hledám přenosové vztahy mezi klientem a terapeutem.
- Psychoanalytická teorie mi poskytuje vysvětlení toho, co se děje v průběhu setkání s klientem.
- Terapeutická změna je podporována dosažením vhledu.
- Pracuji poměrně hodně verbálně.

13 Vývojové

- Vývojová stadia mám na mysli skoro pořád.
- Uvědomuji si, na jakém vývojovém stupni jsou moji klienti.
- Cíle terapie spojuji s vývojovým stadiem, ve kterém se klient nachází.
- Když vyhodnocuji terapii, využívám přesná kritéria.
- Necítím odpor k evaluaci terapie.

14 Umělecké/kreativní

- Terapeutický proces se vždy soustřeďuje na povzbuzování klientů, aby něco vytvořili.
- Snažím se umožnit klientům, aby se mohli zapojit do uměleckého procesu do maximální možné míry.
- Podporuji klienty, aby byli co nejspontánnější.
- Techniky, které používám, se odvíjejí od mého uměleckého zázemí.
- Jsem mnohem aktivnější v úvodních stádiích terapie.
- Zkouším najít metaforu pro něco, co se může stát v běžném životě.

15 Aktivní/direktivní

- Někdy během setkání i já něco aktivně vyprodukuji.
- Mohu soustředit svou práci na tělesné aspekty.
- Používám direktivní přístup pouze pro zajištění základního bezpečí.
- Mám určité techniky, které použiji, když je to vhodné.
- Mohu se při práci soustředit na pomoc klientům s některými intelektuálními/kognitivními aspekty.

16 Eklektický/integrativní

- Pro každého klienta používám několik rozdílných přístupů.
- Teoretický přístup volím podle populace, se kterou pracuji.
- Nemyslím si, že je pouze jeden model, kterým se v praxi řídím.
- Většinu z toho, co vím, mě naučili klienti, se kterými pracuji.
- Mé nápady vznikají ve spolupráci s klienty.

--- Strana 5 ---

D. Hodnocení a evaluace

17 Umělecká terapie, kterou nabízím, je vhodná pro klienty, pokud:

(vyberte všechny relevantní odpovědi)

- klient reaguje na umělecký prostředek
- klient je velmi dobře motivován
- oba cítíme, že můžeme společně pracovat
- klient se cítí uvolněně v povzbuzujícím prostředí
- klient má potřebu pro emocionální ventil
- klient je schopný pracovat spontánně
- klient je schopný používat symboly
- klient má problémy s komunikací
- klient má problémy nalézt slova pro své pocity
- klient používá slova jako obranu proti svým pocitům
- klient je schopný pracovat se svými nevědomými procesy
- jiné důvody (prosím, upřesněte):

18 Na které oblasti se většinou zaměřujete za účelem evaluace své terapeutické práce?

(vyberte všechny relevantní odpovědi)

- schopnost používat vybavení/pomůcky
- oblíbené nástroje/prostředky
- rozvoj uměleckých produktů
- odhalení témat
- dynamické procesy
- verbální/neverbální komunikace
- přenos/protipřenos
- coping strategie

- odpor k práci
- zapojení do terapeutického procesu
- neurologické problémy
- změny v chování
- klíčové problémy pro klienta
- vnímání pokroku ze strany klienta
- jiné oblasti (prosím, upřesněte):

19 Komentáře k úvodnímu hodnocení klienta a k evaluaci terapeutického procesu: *(volitelné)*

20 Další komentáře týkající se Vaší praxe: *(volitelné)*

--- Strana 6 ---

E. Biografické informace o uměleckých kreativních terapeutech

Oceníme, když níže o sobě poskytnete bližší informace. Veškeré informace považujeme za striktně důvěrné.

21 Pohlaví:

- ženské
- mužské
- jiné (prosím, upřesněte):

22 Věk:

- do 30 let
- 31–40
- 41–50
- 51–60
- nad 61

23 Doba, po kterou provozujete umělecké kreativní terapie ve své praxi:

- do 3 let
- 4–7
- 8–11
- 12–15

- více než 15

24 Profesní kvalifikace v uměleckých kreativních terapiích (označte pouze jednu možnost):

- krátkodobé kurzy a semináře bez formálního výcviku (prosím, upřesněte):
- dlouhodobé výcviky
- bakalářský stupeň (prosím, upřesněte):
- magisterský stupeň (prosím, upřesněte):
- doktorský stupeň (prosím, upřesněte):

25. Považujete se za (označte pouze jednu možnost):

- plně kvalifikovaného praktikujícího uměleckého terapeuta
- plně kvalifikovaného uměleckého terapeuta, nyní nepraktikujícího
- frekventanta v profesních výcvikových programech uměleckých kreativních terapií (prosím, upřesněte):
- jiného odborníka, který používá techniky uměleckých kreativních terapií (prosím, upřesněte):

26. Hlavní umělecká zkušenost a/nebo kvalifikace: *(volitelné)*

27. Jiná relevantní zkušenost a/nebo kvalifikace: *(volitelné)*

Děkujeme, že jste věnoval/a čas vyplnění tohoto dotazníku.

Velmi si vážíme, že jste přispěl/a k tomuto průzkumu.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Dagmar Moravcová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Doc. Mgr. Kantor Jiří, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Muzikoterapie v kontextu ostatních směrů uměleckých terapií
Název v angličtině:	Muzic therapy in the context of other art therapies
Anotace práce:	<p>Tématem bakalářské práce je průzkum dotazníkového šetření se zaměřením na porovnání muzikoterapie s ostatními uměleckými kreativními terapiemi. V teoretické části je uveden přehled historie a vývoje terapií včetně charakteristiky jednotlivých směrů etablovaných v ČR.</p> <p>Praktická část práce se v první části zaměřuje zvláště na podrobné vyhodnocení respondentů, jejich zaměření a charakteristiku. V druhé části jsou pak zohledněny charakteristiky klientů, kteří využívají terapie, a prostředí, v nichž k terapiím dochází.</p>
Klíčová slova:	umělecké kreativní terapie, muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, tanečně pohybová terapie

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>Theme of the thesis is analysis of a questionnaire survey focused on comparison of music therapy with other expressive therapies. In the theoretical part it is possible to get acquainted with the history and the development of the therapies including the characteristics of the individual directions accredited in the Czech Republic.</p> <p>The practical part of the thesis is focused on detailed evaluation of the respondents, their focus and characteristics. In the second part there are the characteristics of the clients who are using the therapies, and the environment where the therapies occur. Greater emphasis is put on the more frequent therapeutic direction - music therapy.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Expressive therapy, Music therapy, Art therapy, Dramatherapy, Dance-movement therapy</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Překlad dotazníku „<i>The Practice of Arts Therapies</i>”</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>47 str.</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>