



# Techniky sebevyjádření ve výchově a vzdělávání

## Diplomová práce

*Studijní program:* N7504 – Učitelství pro střední školy  
*Studijní obory:* 7503T045 – Učitelství občanské výchovy pro 2. stupeň základní školy  
7504T243 – Učitelství českého jazyka a literatury

*Autor práce:* **Bc. Aneta Mináčová**  
*Vedoucí práce:* PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.





# Techniques of Self-expression in Education and Learning

## Master thesis

*Study programme:* N7504 – Teacher training for upper-secondary school  
*Study branches:* 7503T045 – Teacher training for lower-secondary school. Subject -  
Civics.  
7504T243 – Teachers of Czech language (general education) for ele-  
mentary and secondary schools

*Author:* **Bc. Aneta Mináčová**  
*Supervisor:* PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.



## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Aneta Mináčová**  
Osobní číslo: **P16000705**  
Studijní program: **N7504 Učitelství pro střední školy**  
Studijní obory: **Učitelství občanské výchovy pro 2. stupeň základní školy**  
**Učitelství českého jazyka a literatury**  
Název tématu: **Techniky sebevyjádření ve výchově a vzdělávání**  
Zadávající katedra: **Katedra filosofie**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Studentka se bude v průběhu příprav a vypracování řídit metodickými a organizačními pokyny vedoucího diplomové práce. Na základě prostudované odborné literatury z oblasti Jungovy teorie aktivní imaginace popíše techniky sebevyjádření, například arteterapie, dramaterapie a taneční terapie. Výsledkem práce bude reflexe výchovných a vzdělávacích cílů vzhledem k těmto technikám.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**JEDLIČKA, Richard. Teorie výchovy - tradice, současnost, perspektivy. Praha: Karolinum, 2014, s. 108-155. ISBN 978-80-246-2412-9.**

**JUNG, Carl Gustav. Osobnost a přenos: výbor z díla III. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1998, 404 s. ISBN 80-858-8018-0.**

**VALENTA, Milan. Dramaterapie. Praha: Grada, 2007, 252 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1819-4.**

**ŽENATÁ, Kamila. Obrazy v pohybu: jedenadvacet zastavení s aktivní imaginací v arteterapii. Praha: Kolem, 2015, 273 s. Arteterapie a sebezkušenost. ISBN 978-80-905949-1-3.**

Vedoucí diplomové práce:

**PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.**

Katedra filosofie

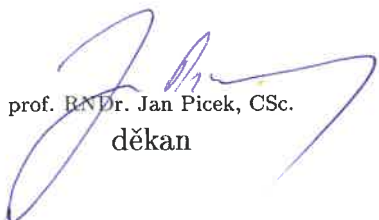
Datum zadání diplomové práce:

**22. listopadu 2016**

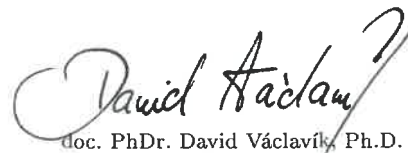
Termín odevzdání diplomové práce:

**30. dubna 2018**

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.  
děkan



doc. PhDr. David Václavík, Ph.D.  
vedoucí katedry



V Liberci dne 3. května 2017

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že texty tištěné verze práce a elektronické verze práce vložené do IS STAG se shodují.

7. 4. 2019

Bc. Aneta Mináčová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce PaedDr. ICLic. Michalu Podzimkovi, Ph.D., Th.D. za věcné připomínky, rady a vstřícné vedení mé diplomové práce.

## **Anotace**

Cílem práce je charakterizovat vybrané expresivní techniky, popsat jejich historii a vývoj (popř. současné směry), teoretická východiska, metody, formy, techniky a cílové skupiny. Praktická část popisuje, jak muzikoterapie pomáhá ve vzdělávání mentálně postižených dětí.

**Klíčová slova:** Expresivní techniky, exprese, muzikoterapie, arteterapie, tanečně-pohybová terapie, dramaterapie, mentální postižení, vzdělávání

## **Abstract**

The aim of the thesis is to characterize selected expressive techniques, to describe their history and development (or current trends), theoretical background, methods, forms, techniques and target groups. The practical part describes how music therapy helps in the education of mentally handicapped children.

**Key words:** Expressive techniques, expression, music therapy, art therapy, dance-movement therapy, dramatherapy, mental disability, education



## Obsah

1	Úvod .....	10
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	12
3	Expres v terapii uměním.....	12
4	Expresivní terapie .....	13
5	Muzikoterapie .....	14
5.1	Vymezení.....	14
5.2	Historie .....	15
5.3	Čtyři základní paradigmat.....	19
5.4	Současné směry.....	21
5.5	Muzikoterapeutický proces.....	28
5.6	Indikace a kontraindikace.....	29
5.7	Cíle a jejich zpřesnění.....	30
5.8	Přístupy.....	30
5.9	Formy .....	31
5.10	Muzikoterapie a speciální pedagogika .....	33
5.11	Vzdělávání osob s mentálním postižením .....	37
6	Arteterapie .....	40
6.1	Historie .....	40
6.2	Vymezení.....	41
6.3	Přístupy.....	42
6.4	Formy .....	43
6.5	Cíle.....	44
6.6	Teoretická východiska .....	45
6.7	Metody.....	47
6.8	Cílové skupiny.....	48
7	Tanečně-pohybová terapie .....	50
7.1	Vymezení.....	50
7.2	Historie TPT .....	50
7.3	Teoretická východiska .....	52
7.4	Cílové skupiny.....	52
7.5	Techniky .....	54
7.6	Cíle.....	55
7.7	Metody.....	56
8	Dramaterapie .....	58
8.1	Historie .....	58
8.2	Vymezení.....	58

8.3	Pojetí a cílové skupiny .....	59
8.4	Cíle .....	60
8.5	Modely .....	61
8.6	Techniky .....	62
9	PRAKTICKÁ ČÁST.....	64
9.1	Muzikoterapie v Základní škole Zahradka .....	64
9.2	Muzikoterapie v Diakonii ČCE .....	70
9.3	Porovnání přístupů v obou školách.....	71
	Závěr.....	73
	Seznam použité literatury .....	74
	Seznam použitých obrazových zdrojů.....	77
	OBRAZOVÁ ČÁST .....	78
	PŘÍLOHY.....	80
	Marie Ř. – ZŠ Zahradka.....	80
	Ivana K. – Diakonie ČCE.....	82

## 1 Úvod

Tato diplomová práce volně navazuje na mou bakalářskou práci Aktivní imaginace v pojetí C. G. Junga, v níž jsem se věnovala specifickému pojetí terapeutické metody s názvem aktivní imaginace. Její smysl spočívá v integraci nevědomých obsahů zpět do vědomí. Tento proces je často nepříjemný a může být i bolestivý, ačkoliv do důsledku je to proces pro lidskou psychiku ozdravný. Vytěsnilo-li ego určitý obsah (událost, emoci, vzpomínku), mělo k tomu pádný důvod. I nevědomá neochota či neschopnost konfrontovat se s nepříjemným a vyhnout se bolesti vytváří překážku, blok, jak v terapeutickém procesu, tak i v běžném školním nebo pracovním životě.

Pomocí uměleckých technik zaměřených na terapii (jinak také expresivní techniky) lze tyto bloky ega obejít. Problematický obsah nevědomí se totiž manifestuje symbolicky a až pomocí další analýzy se symbolům přiřazují významy a dochází ke konkretizaci problému.

Další výhoda těchto technik spočívá v tom, že přímý projev není nutné verbalizovat, stačí jej prožít a projevit. To může být výhoda pro lidi se sníženou schopností introspekce, při neuchopitelných nebo protichůdných emocích, silných prožitcích nebo i neschopnosti o emocích a pocitech vůbec hovořit (děti s poruchou autistického spektra, s hlubokým mentálním postižením, apod.). Samotný prožitek však může připravit půdu pro další práci – ať je to ve škole, kdy díky relaxační funkci expresivních technik dojde ke snížení napětí, zvýšení koncentrace a přípravě na další edukační aktivity, nebo v terapii, kdy prožité otevře nové téma, poskytne nový vhled do stávajícího problému nebo pomůže problém vůbec pojmenovat.

V současné době můžeme ve společnosti vyzorovat určitou tendenci, která člověka vybízí, aby se nebál projevit, byl svůj, měl vlastní styl, nebál se odlišit. To na první pohled vypadá ku prospěchu člověka, na pohled druhý to spíš připomíná jen další stylizaci, společenskou personu, kterou si člověk pro sebe a pro druhé buduje. O autenticitě tedy často nemůže být řeč a o spontánnosti také ne. Ta se skrývá pod rolemi, které na sebe každý den bereme a z jejichž statusu vyplývá určité chování, které považujeme za více či méně závazné.

Přesto je však kontakt s vlastními pocity a emocemi velmi žádoucí a dalo by se říct, že pro zdraví člověka dokonce nezbytný. Expresivní techniky mohou sloužit nejen

v terapii (když už problém vznikl), ale i v prevenci. Prevencí je zde myšlena schopnost vnímat své emoce, umět je reflektovat, porozumět jim, zpracovat je a v neposlední řadě je také vyjádřit. A právě kvůli této prevenci, které dle mého expresivní techniky mají, je více než užitečné, aby byly používány v práci s dětmi a dospívajícími, tedy ve výchově a vzdělávání.

Původní výzkum mé práce měl zjistit, jestli a jakým způsobem pomáhají expresivní techniky integrovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami do kolektivu běžných základních škol. Výzkum však tímto způsobem nebylo možné kvůli neochotě respondentů nakonec provést, proto jsem vyšla ze stávajících možných podmínek.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 3 Exprese v terapii uměním

*„Expresa je spontánní způsob vyjádření prožitku, pocitu nebo stavu s důrazem na formu projevu pomocí symbolů.“* (Stehlíková Babyrádová, *Expresivní terapie se zaměřením na výtvarný a intermediální projev*, 2016, s. 37). Expresa je považována za specificky lidskou aktivitu, protože zvíře je schopné exprese pouze na úrovni gesta. V expresivním projevu můžeme najít výpověď o vztahu k sobě samému, k druhým lidem a okolnímu světu. Cenné na tomto druhu projevu je snížená sebekontrola/cenzura ega (Stehlíková Babyrádová, 2016, s. 37).

Slavík vidí v expresi klíč k vyřešení výchovného paradoxu, což je stav, kdy se druhého snažíme vést a usměrňovat, zároveň jej však chceme respektovat v jeho svobodné vůli a klademe si za cíl, aby nás ten druhý jako svobodný jednou člověk opustil a šel si vlastní cestou, kterou on sám pokládá za dobrou. Paradoxní na tom ale je, že se stavíme do pozice těch, kteří sami nejlépe vědí, co je dobré. Myslíme si totiž, že známe pravidla, která vychovávaný nezná a která jsou všeobecně považována za správná a účinná. V současné euroamerické civilizaci je téma nejen individualizace vs. socializace, ale i autonomie vs. heteronomie, inovace vs. reprodukce stále velmi aktuální téma. Jsou to nezbytné protipóly výchovného principu, které stojí v základech lidské kultury. V průběhu historie se obě polaritě vzájemně vyvažují a jedna nebo druhá vystoupí na nějaký čas do popředí společenského vědomí (Slavík, 2014, s. 188-189).

V posledních několika desetiletích vystupuje do popředí individualismus. Důraz se klade na člověka jako jednotlivce, na jeho jedinečnost a osobní, autentický projev. Což je v protikladu s jednou z nejdůležitějších funkcí výchovy - epistémickou konformitou, tj. tradování kultury a sociálních pravidel. Výchovný požadavek je tedy následující: formovat lidský charakter, myšlení a jednání do žádoucí podoby (Slavík, 2014, s. 189). Vzniká tedy napětí mezi autentickým projevem člověka a projevem v rámci určitých mezí, mezi subjektivitou tvořivého uchopení vlastní představy a nutností vyjádřit obsah sdělnou, srozumitelnou formou, jejíž kvalita podléhá kulturním stylům a vzorům. Jestliže je tvůrčí činnost využita jako reflexe, může být jedinečným spojovacím článkem mezi autonomií a heteronomií (Slavík, 2014, s. 190).

Nohavová zdůrazňuje výchovný efekt exprese a na základě svých výzkumů tvrdí, že člověk může v rámci exprese autenticky prožívat závažné osobní obsahy, stále si však přitom zachovávat odstup, být v pozici „jako“. Reflexe prožitého v expresi umožňuje prožitému lépe porozumět, odstup Nohavová přirovnává návštěvníkovi v galerii, který stojí před namalovaným obrazem. Student v expresivní výchově je však jak vnímatelem, tak aktivním tvůrcem sebeobrazu (Slavík, 2014, s. 209-210).

Ačkoliv by se dalo říct, že exprese je více či méně přítomna v každém uměleckém díle, najdeme v umění směr, který právě na vyjádření jedinečnosti vnitřních stavů stojí. Tím směrem je **expresionismus**, umělecký směr zrozený na přelomu 19. a 20. stol. a trvající přibližně do 30. let. Hlavním rysem tohoto směru je bez příkras vyjádřit umělcův stav a jeho emoce, hlavní akcent není na formu, ale na výraz samotného díla a jeho působení. Proto nejen ve výtvarném umění, ale i v literatuře, filmu a divadle, najdeme obrazy děsu, zoufalství, šílenství a úzkosti (Glennová, 2008, [online]).

## 4 Expresivní terapie

Arteterapie, muzikoterapie, taneční terapie, dramaterapie a další, patří mezi tzv. somatické umělecké terapie, které svými metodami, technikami a prostředky mohou „*naplňovat podobné nebo také společné cíle ve vzájemné spolupráci s lékařskými, psychologickými a speciálně výchovně vzdělávacími prostředky a cíli.*“ (Břicháčková, Vilímek, Muzikoterapie, 2008, s. 9).

Kantor dává přednost shrnutí těchto terapií pod názvem **expresivní terapie** a poukazuje na některá další možná pojmenování jako **umělecké kreativní terapie** či **terapie uměním**. V České republice se tyto terapie někdy shrnují pod názvem arteterapie v širším slova smyslu, protože v užším slova smyslu je arteterapie jednou z těchto metod, při níž se v terapii využívá výtvarných prostředků (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 21).

Cílem expresivních terapeutických technik je léčba pomocí spontánního sebevyjádření, sebereflexy a abreakcí. Expresivní techniky můžeme dělit na **verbální** (dramaterapie, teatroterapie, biblioterapie, poetoterapie) a na **nonverbální**

(arteterapie, pohybová a taneční terapie, psychogymnastika, ergoterapie). Jednotlivé druhy terapií mohou být realizovány samostatně, nebo se vzájemně prolínat, a právě propojování různorodých oborů je charakteristické pro umění moderny i postmoderny, z níž podle Stehlíkové Babyrádové současné expresivní terapie čerpají (Stehlíková Babyrádová, 2016, s. 44).

Beníčková považuje za hlavní cíl expresivních technik budování důvěry mezi klientem a terapeutem, na druhém místě potom tvořivost, relaxaci a uvolnění. Dále to jsou cíle jako vyjádření pocitů, emocí a konfliktů, práci se sny, fantazií, nevědomím a podvědomím (Beníčková, 2017, s. 38-39).

Beníčková upozorňuje na důležitost terapeuticky vedené reflexe, která k umělecké terapii neodmyslitelně patří. Chybí-li reflexe a terapeutická intervence, dochází pouze ke kreativní práci v uměleckém prostředí, nikoliv však k terapii.

## 5 Muzikoterapie

### 5.1 Vymezení

Muzikoterapie jako vědní disciplína orientovaná pragmaticky a empiricky úzce souvisí s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, filosofií, ale i s medicínou, psychiatrií, psychologií a pedagogikou. Tato provázanost s dalšími obory poukazuje na různorodé teoretické pozadí, na různé výchozí postavení začátku terapie. Proto nelze jednoznačně určit primární zaměření této léčebné metody, ani její přesnou definici (Zeleviová, 2007, s. 43).

K jejímu vymezení je však podle Kantora možné přistupovat dvěma způsoby - pojímat ji buď v užším, nebo v širším slova smyslu. V užším slova smyslu je muzikoterapie psychoterapeutická metoda nebo pomocný prostředek v psychoterapii. V současné době se ale řada muzikoterapeutů přiklání spíše k pojetí muzikoterapie v jejím širším slova smyslu, a totiž jako k pomocnému prostředku určeného pro člověka se zdravotními nebo edukačními problémy (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 23).

Jak již bylo zmíněno výše, stanovit jednotnou definici muzikoterapie není vzhledem k odlišnostem v muzikoterapeutické praxi možné, existuje proto vedle sebe několik variant. Mezinárodně přijímaná je definice Světové federace muzikoterapie z roku

1996, proto jsem vybrala ji: „*Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu... za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb* (Kantor, Lipský, Weber, *Základy muzikoterapie*, 2009, s. 27).

## 5.2 Historie

### 5.2.1 Pravěk

Léčební hudbou a rytmem je používáno od pradávna. Hudba doprovázená rytmem sloužila původně jako komunikace s nadpřirozenými silami i způsob, jakým se člověk (většinou šaman) snažil zapůsobit na bohy nebo na démony ve prospěch svého kmene nebo konkrétního člověka (Šimanovský, 1998, s. 17).

Při léčení byl rytmus vytvářen jednoduchým způsobem, např. tlučením holí do dutého kmene stromu. Docházelo k proměnám rytmu i intenzity, vliv léčení zesiloval šaman svým zpěvem, jehož tempo a dynamika strhávala i ostatní k výraznému pohybovému projevu. Dynamika byla značná, okolo sto úderů za minutu. Panovalo přesvědčení, že hudba, kterou vytváří šaman, dokáže zahnat zlé duchy a vyhnat nemoci z těla. Např. Indiáni z kmene Wallawala dokázali v době nemoci zpívat až několik hodin denně (Šimanovský, 1998, s. 17-18).

Z magického léčení se postupně vyvinuly různé formy rituálu, kde určitý rituál odpovídal konkrétnímu onemocnění. Každý kmen si postupně vytvořil své vlastní rituální formy, odlišné od ostatních kmenů. Rituály nesloužily jen jednotlivcům, zabývaly se i sociální otázkou, praktikovaly se například rituály nad podporu porodnosti dětí (Šimanovský, 1998, s. 18).

### 5.2.2 Starověk

Můžeme najít mnoho legend o řeckých hudebnících, obdařených mocí ovládat přírodu. Příkladem může být **Amphion**, který za pomoci lyry proměňuje kameny, z nichž vzniknou thébské hradby, **Orfeus** díky svému kouzelnému zpěvu získává moc nad přírodou, pronikne do podsvětí a svým dojemným zpěvem přesvědčí bohy



podsvětí, aby vydali duši jeho ženy Eurydiky zpět. V Homérově Odyssei se můžeme dočíst o zaklínadlech s kouzelnou mocí, kdy jedno slovo odpovídá jednomu tónu (Skuhrovec, 2011, s. 9).

Hudebnějšího rázu je tzv. *paean*. Jedná se o starou řeckou chorální píseň ve formě chvalozpěvů na bohy, provozovanou především k očištění od škodlivých vlivů, nemocí a epidemií. V 7. st. př. l. byla Sparta ohrožována morem. Na podnět věštce byl zavolán významný skladatel paeanů Thaletas, kterému se skutečně podařilo za pomoci chvalozpěvů od města mor odvrátit (Skuhrovec, 2011, s. 10).

**Pythagorejci** každé ráno hráli na lyru, aby byla jejich mysl bystrá a hráli také každý večer, aby se zbavili stísnujících myšlenek a každodenních starostí a připravili se na věštecké sny. Pythagorejci měli různé skladby na různé duševní stavy – jedny pomáhaly proti smutku a rozmrzelosti, jiné uklidňovaly hněv a vášně, další měly odstranit chtíč (Skuhrovec, 2011, s. 11).

Podle **Platona** se hudba, rytmy a taneční pohyby dělí do určitých modů a každý z nich má svá specifika a etický rozměr. Proto je důležité, aby byli lidé vystaveni správnému z nich. Ze šesti Damónových modů schvaluje pouze dva, dórský a frygický. Dórský je podle Platona důstojný, přísný, umírněný a mužný, frygický je potom emocionální a vzrušující. Každému modu odpovídal i konkrétní hudební nástroj. Dórskému byla přiřazena lyra, frygickému tzv. aulos, což byl rákosový nástroj podobný hoboji. Hrál se většinou na dva aulosy najednou, takže měl hráč v ústech dva a každou rukou hrál na jeden. Aulos byl na rozdíl od lyry považován za vulgární, měl totiž rozdmýchávat vášně, avšak proti tomuto tvrzení se pythagorejci ostře vymezovali. Pozitivně se na aulos díval také Platon, podle něj se mohl člověk ze zuřivosti nejlépe vyléčit náboženským tancem, který byl doprovázen hrou na aulos (Skuhrovec, 2011, s. 12-13).

Platon zastával názor, že duše, stejně jako vesmír, má určité okruhy, které odpovídají vesmírným drahám nebeských těles. Tyto okruhy můžeme najít i v hudbě, a uspořádání těchto okruhů, vztahů mezi nimi, se řídí stejnými matematickými principy. Konkrétně uspořádání diatonické stupnice odpovídá na kosmické úrovni seřazení sedmi planet (Skuhrovec, 2011, s. 14).

Také **Aristides Quintilianus** pracoval s teorií vesmírných sfér. Zastával názor, že vše vychází z matematických principů a že hudba vytvořená lidmi je jen nedokonalou

napodobeninou hudby sfér. Ale protože duše stojí na stejných principech, dokáže na ni hudba zapůsobit. Hudba proniknutá do těla jej rozechvívá a působí uvnitř stejně, jako když vzduch rozechvívá aulos, a tímto způsobem se duše uzdravuje (Skuhrovec, 2011, s. 14).

**Aristoteles** se domnívá, že hudba může mít katarzní účinek, tedy zbavit člověka emočního napětí. Je to opačný princip, s nímž pracuje Platon. Ten se snaží navodit žádoucí psychický stav hudbou stejného ladění. Pokud tedy člověk potřebuje rozveselit, musí naslouchat veselé hudbě. Aristoteles jde opačným směrem – jestliže je někdo smutný, má naslouchat smutné hudbě, protože jedině ta mu dovolí svůj smutek dostatečně prožít, a tím se ho zbavit (Linka, 1997, s. 47).

Velkou váhu však hudbě Aristoteles nepřikládá. Považuje ji za něco, co není nezbytně nutné, ani užitečné. Hudba má sloužit hlavně k odpočinku a člověk se jí má věnovat ve svém volném čase. Hlavním principem hudby je podle Aristotela *mimésis*, tedy princip napodobovací. Hudba dokáže díky svému napodobovacímu principu vštípit dětem nenásilnou formu ctnostné návyky, a proto by se mělo hlavně ve vzdělávání dbát na vystavování dětí a mládeže vhodnou hudbou (Skuhrovec, 2011, s. 15).

### 5.2.3 Středověk

Zásadním dílem o hudbě byl v období středověku Boetiův traktát *De Institutione Musica*. Bylo to jedno ze základních děl středověkého vzdělání a patřilo k tzv. kvadriviím<sup>1</sup>. Základní myšlenkou díla je syntéza antických teorií. Pokud lidská duše onemocní, vyléčit ji může naladění na kosmickou duši, a toto naladění se děje prostřednictvím vhodné hudby (Skuhrovec, 2011, s. 17).

Že se jednalo o skutečně významný spis, dokazuje i fakt, že byl tento spis součástí univerzitních osnov až do 19. století a většina studentů medicíny musela jeho znalost prokázat (Skuhrovec, 2011, s. 17).

V období vrcholného středověku najdeme zmínky o léčbě hudbou v kláštorech. O arcibiskupovi **Dunstanovi z Cantebury** se v jeho životopise, napsaném mnichem

---

<sup>1</sup> Druhá část sedmi svobodných umění na středověkých univerzitách. Ke kvadriviui patřila spolu s hudbou i aritmetika, geometrie a astronomie.

Eadmerem, píše, že Dunstan uměl mimo sochařiny, psaní a kovářství také hrát na hudební nástroje. Touto cestou často uklidňoval sebe i ostatní, a zároveň povzbuzoval k vyléčení se prostřednictvím nebeské harmonie (Skuhrovec, 2011, s. 22).

Ve sborníku *Customary*, který vznikl ve 13. stol. a shrnuje povinnosti v klášterním špitále, najdeme doporučení ohledně hudby. Hudba by nikdy neměla být hlučná a hrát tak, aby ji slyšeli všichni. Ovšem v naléhavém případě, jako např. při onemocnění některého z obyvatel kláštera, je poslech hudby naopak doporučován, aby byl nemocný povzbuzen na duchu. V takovém případě je vhodné nemocného odvést do kaple a nechat jej, ať naslouchá hraní hudebních nástrojů. Je však třeba dát pozor na to, aby hudba nepronikla z místnosti a nerušila ostatní (Skuhrovec, 2011, s. 23).

Ve středověké příručce *Astenasus* vzniklé na počátku 14. stol. je položena otázka, zda jsou hudba a byliny schopné odvádět nemoci a démony. Odpověď je záporná, byliny ani hudba samy o sobě nejsou schopny člověka zbavit nemocí, ovšem dokážou povzbudit samotného člověka a zmírnit utrpení, jemuž čelí (Skuhrovec, 2011, s. 25).

#### 5.2.4 Novověk a moderní dějiny

V období renesance bylo mezi hudebními teoretiky největší otázkou působení antické hudby. Snažili se vyřešit, jak by se účinky popsané u antické hudby, daly vyvolat i hudbou soudobou. Tvrdilo se, že soudobá hudba neumí probouzet a ovládat afekty, upevňovat ctnosti, ani zajistit existenci společnosti a státu, jako to uměla hudba antická. A tak se místo zpochybňování pravdivosti tvrzení o antické hudbě, začala zpochybňovat soudobá hudba. Aktuálním tématem se stalo zkoumání jednotlivých modů/tónových řad, snaha o odhalení jejich struktury a následná rekonstrukce. Při snaze nalézt antický systém modů a jemu přiřadit určitou charakteristiku, se ukázalo, že mody samy o sobě charakteristiku mít nemohou, nabývají ji totiž až v konkrétní realizaci. Konkrétní realizace modu se nazývá *tonus* (Skuhrovec, 2011, s. 43).

Přestože se hudební teoretici snažili nalézt tu samou podstatu, vzniklo paralelně několik rozdílných rekonstrukcí modů s rozlišnými charakteristikami, a tím i účinky na lidskou mysl. Francouzský kněz a básník **Pontus de Tyard** spojoval působení modů s tajemnou energií. Zachovává rozdělení antických modů a rozšiřuje je o další, dohromady pak charakterizuje modů dvanáct. Některým modům mění charakteristiku,

např. frygický byl v antice chápán jako emoční a vzrušující, podle de Tyarda je však vhodný jako doprovod k milostným vyznáním. Hypofrygický se hodí k lamentaci a tišení hněvu, aiolský zase k lyrickým veršům, jónský je veselý a líbezný, doprovází tanec a lascivní verše (Skuhrovec, 2011, s. 48).

Šimanovský upozorňuje na první ucelenou publikaci, popisující principy muzikoterapie, *Reflections on Antient and Modern Musick, with the Application to the Cure of Diseases*. Vyšla v roce 1749 a jejím autorem je anglický lékař **R. Brocklesby** (Šimanovský, 1998, s. 20).

Somatickými reakcemi na poslech hudby se poprvé systematicky zabývá **E. A. Nicolai**. Zkoumá především změny tepu a rytmus dýchání a uvádí, že hudba může uvolňovat afekty a terapeuticky tak působit (Šimanovský, 1998, s. 20).

Ve 2. pol. 19. stol. muzikoterapie téměř upadla v zapomenutí, byla totiž odsuzována jako nevědecká teorie. Až na přelomu století se opět začaly objevovat snahy využít léčby hudbou v medicíně, která se více rozvíjí po 2. sv. v. (Šimanovský, 1998, s. 20).

### 5.3 Čtyři základní paradigmata

V předchozí kapitole jsme si ukázali diachronní vývoj pohledů na muzikoterapii od pravěku až po moderní dějiny. Zajímavý pohled na vývoj muzikoterapie nabízí Zeleiová (2007) ve své knize *Muzikoterapie*. Všimá si jednotlivých tendencí a přístupů k hudbě, k tomu, jakou funkci v dané době měla hudba plnit. Jestliže dělení na paradigmata porovnáme s historickým vývojem v předchozí kapitole, můžeme vidět, že magické paradigma se překrývá s obdobím pravěku, matematické s obdobím starověku, medicínské má sice kořeny v antickém Řecku, avšak přetrvává až do současnosti, paradigma psychologické je nejmladší a vzniká až ve století dvacátém, a stejně jako paradigma medicínské, přetrvává dodnes.

#### 5.3.1 Magické paradigma

Hudba je dnes spojena především s konzumem (masmédia, koncerty), její původní funkce však ležela v náboženství a léčitelství (rituály). Podíváme-li se do historie,

najdeme, že hudba je velmi těsně spjata s náboženským a sociálním životem určité etnické komunity a tyto aspekty jsou vyjadřovány skrze rituály. Rituály často doprovázelo opakování určitých slov, gest nebo konkrétní manipulace s předměty, což mělo zprostředkovat přítomnost někoho nebo něčeho. Tyto rituály byly často prováděny za účelem naklonění si nadpřirozených sil, aby lidem zajistily pozitivní vývoj událostí, a to jak v životě jednotlivce, tak celého společenství (Zeleeiová, 2007, s. 16).

Kromě vyvolání přízně u nadpřirozených sil existovaly i rituály, jež plnily roli psychosociální hygieny. Léčebný aspekt ležel v uvolňování emocí, protože *„fyziologie a funkčnost sluchového orgánu jsou těsně propojeny s neurovegetativním systémem a projevy emocí jsou vyjádřeny tělesně, jednota hudby, tance a rituálu umožňovala uvolnění.“* (Zeleeiová, 2007, Muzikoterapie, s. 17).

### 5.3.2 Matematické paradigma

Přibližně od 5. tis. př. n. l. tvořila čísla a hudba v rozvinutých kulturách jeden provázaný celek. Čísla pro starověké kultury (Čína, Indie, Egypt, Řecko) neznamenała racionální pojem, nýbrž představovala poznání, kosmickou moudrost a pořádek, a právě hudba byla chápána jako odraz tohoto kosmického řádu (Zeleeiová, 2007, s. 19).

Předsokratovská pythagorejská škola v 6. st. př. n. l. položila základ hudební teorii. Jednotlivým intervalům připisovala určité vlastnosti podle toho, jakou frekvenci vyjadřovaly. Harmonie byla chápána jako uspořádaný celek kosmu, lidského ducha a hudby, a byla dána rychlostí pohybu jednotlivých planet a vzdáleností mezi nimi. Tuto harmonii sfér však není lidské ucho schopné zachytit, to lze jen prostřednictvím hudby (Skuhrovec, 2011, s. 10).

Léčba hudbou tak vychází z přesvědčení, že harmonie/pořádek dokáže uspořádat to, co je v nepořádku/disharmonii. Děje se tak za předpokladu, že se dodrží proporce mezi částmi nástroje, délkou strun, řazením jednotlivých intervalů atd. Využívá se zde vibrujících strun, tzv. rezonance, které rozechvějí části těla a ty zpětně ovlivňují vegetativní procesy (Zeleeiová, 2007, s. 22). Na rezonanci stojí i léčebný prostředek používaný v současnosti, tzv. harmonizační lůžko, o němž bude řeč v praktické části práce.

### 5.3.3 Medicínské paradigma

V antickém Řecku se poprvé začala hudba používat tzv. izopaticky, což znamená, že svým tempem, rytmem, dynamikou a barvou odpovídala psychickému rozpoložení nemocného člověka. Léčení tkvělo v tom, že např. depresivně laděný člověk nenacházel útěchu ve veselých tónech, nýbrž v tónech tesklivějších (mollových). Došlo tak k rychlému navázání vztahu člověka s hudbou, poté se hudba začala postupně měnit, a to tím směrem a způsobem, aby pozitivně ovlivnila emoce nemocného člověka (Zelevá, 2007, s. 23).

Stejný princip se muzikoterapii používá dodnes. Teprve když hudba odpovídá aktuálnímu mentálnímu ladění člověka, je schopen hudbu plně akceptovat a na základě důvěrného vztahu s ní je schopen proměny spolu s tím, jak se proměňuje hudba (Zelevá, 2007, s. 24). Mohli bychom tedy říct, že tento postup je syntézou přístupu Platóna a Aristotela.

### 5.3.4 Psychologické paradigma v hudbě

Psychologický akcent muzikoterapie byl nejvýraznější ve 20. století. O psychologickém paradigmatu hovoříme tehdy, používá-li se hudba k redukci napětí a vyvolání určitých emocí s cílem najít psychické příčiny nemoci a vyléčit jejich symptomy. Výběr hudby je vždy s ohledem na daného člověka, protože stejné vibrace tónu nikdy nevyvolají u dvou lidí stejnou reakci. Vždy záleží na jejich vnitřním vztahu a navázaných asociacích k dané hudbě (Zelevá, 2007, s. 25).

## 5.4 Současné směry

Všetchna čtyři předcházející paradigmatata (magické, matematické, medicínské a psychologické) položily základ současným třem směrům, jež můžeme dnes zaznamenat. Je jím směr pedagogický, medicínský a psychoterapeutický (Zelevá, 2007, s. 49). Vzhledem k zaměření práce nejvíce rozvedu směr pedagogický, ostatní dva jen stručně nastíním.

### 5.4.1 Psychoterapeutický směr

V posledních letech se muzikoterapie stále častěji objevuje v klinické praxi i poradenství jako podpora pacientova zdraví, jeho posílení, udržení nebo znovuobjevení. Jestliže je muzikoterapie psychoterapeuticky orientovaná, funguje jako klasická terapie. Rozumí se jí proces probíhající mezi klientem a terapeutem, kdy terapeut působí na klienta, ovlivňuje jeho prožívání a jednání, aniž by se klient vzdával zodpovědnosti za svůj život. Cílem terapie je nalézt ty vzorce myšlení a jednání, které pacientovi brání ve zdravém přístupu k sobě samému i okolí (Zeleviová, 2007, s. 62).

Muzikoterapie nemusí vystupovat jako samostatná terapie, může být doplňkem k terapiím dalším. Například muzikoterapeuté z USA v posledních letech využívají stále více poznatků z **kognitivně-behaviorální přístupů**<sup>2</sup>, kdy se pomocí zvuku a hudby vytváří situace, do nichž je klient emočně vtažen a na něž reaguje. Po terapeutickém cvičení následuje diskuze, v níž se sdílí dané téma, reaguje se na hudební prožitky, dává se zpětná vazba (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 48).

Ke kognitivně-behaviorálnímu přístupu se řadí **muzikoterapie zaměřená na materiál improvizace**. Tato terapie probíhá tak, že se lidem strach vytvoří cvičení, do něhož je postupně vložena představa, která strach vyvolává. Cvičení potom vypadá například tak, že je pravidelná rytmická hra vystřídána hrou chaotickou, která je zároveň spojena s předmětem nebo situací, která strach vyvolává. Chaotická hra je poté znovu vystřídána metricky stabilní částí. Stabilní struktura terapie, střídání chaotické a klidné části, dovoluje klientovi prožít v bezpečném prostředí svůj strach. Tato terapie používá různých forem, např. cílevědomou volbu podnětů, odměny i tresty. Je vhodná pro klienty trpícími fobiemi, psychosomatickými potížemi nebo hyperaktivitou (Zeleviová, 2007, s. 64).

**Analytické psychoterapie** rozděluje osobnost člověka do tří složek: id, ego a superego. Mezi těmito částmi vědomí dochází k vzájemným konfliktům, ať už je to tlak id na ego, nebo tlak superega na ego, navíc zde hrají roli i nevědomé části osobnosti.

---

<sup>2</sup> Kognitivně-behaviorální terapie je léčebný postup, při němž se terapeut snaží dovést své klienty k ovládnutí a nadhledu na negativní a často deformované smýšlení o sobě a svých problémech. Hlavní důraz klade na kognitivní faktory (myšlenky člověka, jeho očekávání a interpretaci událostí) a na následnou změnu postoje a chování na základě získání objektivnějšího pohledu na svou situaci (Atkinson, 2003, s. 574).

Analytická terapie se zaměřuje na rozšiřování osobnosti v oblasti ega (Zeleviová, 2007, s. 66).

**Škola Julietty Alvin a Hanse Jaedického** se zaměřuje na katarzi, kde pomocí hudby dochází k uvolnění a prožití potlačených emocí, jež klient v situaci, při níž vznikly, nemohl, nebo nechtěl prožít. Podle J. Alvin je hudba schopna vyvolat pocity a instinkty pocházejícího z id, pomocí ega nad nimi získat nadhled, vhodně je usměrnit a dále je skrze superego zušlechtit. Jedná se o určitý proces očištění nitra, který je velmi důležitý, protože zábrany v prožívání emocí a jejich potlačování je podle autorky hlavní příčinou duševních nemocí (Zeleviová, 2007, s. 67).

V **racionálně-behaviorální terapii**, podle níž je lidské myšlení a vnímání založeno na emočním základě a která učí své klienty racionální techniky pro emocionální sebedoporu, se využívá hudby jako prostředku podporující volný průchod emocím. Podporuje jak nově nabyté racionálně-kognitivní přístupy ke světu, tak pozitivní (v tomto případě se rovná zdravé) emocionální reakce (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 51-52).

**Bernova transakční analýza**<sup>3</sup> je založena na třech stavech ega (rodič, dítě a dospělý). Muzikoterapie pomáhá aktivovat a projevit jeho jednotlivé části. Ať už se jedná o stav dítě, který byl neadekvátní výchovou potlačen, nebo naopak o stav dospělý, který je potřeba při řešení specifických životních situacích vyžadující přesnou odpověď a zacílení (kariéra, manželství, atd.) a který nebyl dostatečně vyvinut (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 50).

Zvláštní formou muzikoterapie je **zvukový trans**. Jako trans se označuje změněný stav vědomí, během něhož se mění i tělesné funkce, např. změny elektrických impulzů v mozku, změněný práh bolestivosti, tělesné teploty, zvýšené pocení, změny pulzu, hlasové intonace i polohy (Zeleviová, 2007, s. 67).

---

<sup>3</sup> Transakční analýza vychází z předpokladu, že každý člověk má v sobě v různé míře zastoupeny tři stavy ega, které používá při rozmlouvání s druhými. Jedná se o stav a) rodič – což jsou způsoby chování, které člověk v dětství nekriticky přebírá od rodičů a které v pozdějších vztazích zrcadlí vztah rodiče k dítěti; b) dítě – jsou to pozůstatky vnitřních stavů z dětství, tj. pocity strachu, bezmoci, vzdoru, radosti atd.; c) vlastní zpracované informace na základě vlastních zkušeností, toto chování vychází z vlastního úsudku a konstruktivně vede k cíli (Hartl, Hartlová, 2015, s. 40).



Zvukový trans se navozuje pomocí monotónní hudby nebo archaickými nástroji s velkým rozsahem alikvotních tónů jako je didgeridoo, gong, tamtam nebo tibetské mísy. Tato metoda je vhodná pro klienty s hraniční poruchou osobnosti, poruchami příjmu potravy nebo závislostmi. Pomocí transu je možné odhalit obsahy nevědomí a terapeuticky je zpracovat (Zeleeiová, 2007, s. 71).

#### 5.4.2 Medicínský směr

Muzikoterapie jako součást medicíny se začala výrazněji rozvíjet až po 2. sv. v., a to konkrétně v USA v souvislosti s péčí o válečné veterány. V této době započaly také první kontrolované výzkumy, kdy se hudba používala jako neinvazivní prostředek při zubních zákrocích a v ošetrovatelství (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 59).

Muzikoterapie v medicíně si klade za cíl uspokojit pacientovy fyzické i psychosociální potřeby. Vhodně zvolená hudba:

- zvyšuje práh bolestivosti, někdy je schopna i úplně eliminovat bolest, a to za plného vědomí pacienta (v případě lékařských zákroků)
- snižuje hladinu stresových hormonů
- snižuje srdeční puls
- stabilizuje krevní tlak
- při porodu snižuje jeho subjektivní délku
- pomáhá v regulaci dýchání a zaměření pozornosti
- ve fyzioterapii pomáhá pravidelný rytmus strukturovat pohyb končetin a udávat potřebné tempo
- v ošetrovatelství pomáhají aktivní hudební zkušenosti snižovat úzkost, bolest, pocit nekomfortu, odvracejí pozornost od nemoci, zlepšují kvalitu prostředí a péče (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 60-63).

V souvislosti s analgetickou funkcí hudby zmiňuje Linka (1997) objev dvou zubních lékařů působících na Kirovově vojenské lékařské akademii, P. I. Vajnbojna a G. S. Mironěnka, kteří při bolestivějších ošetření používali zvukový analgizátor, tzv. ZVAN. Z jejich práce totiž vyšlo najevo, že negativní reakce a bolestivé pocity u pacientů vyvolává i specifická vibrace a zvuk vrtačky, aniž by se lékař jakkoliv pacienta dotkl. A

právě ZVAN měl pacienta zvukově odizolovat od zvuků vrtačky a snížit tak negativní důsledky ošetření (Linka, 1997, s. 88-89).

ZVAN byl vícekanálový stereomagnetofon s nekonečnou páskou, který reprodukoval šum připomínající hukot vody. Kromě tohoto šumu měl pacient ještě k dispozici repertoár symfonických skladeb, ale i vokální a jazzovou hudbu. Během dvou a tří minut, kdy si lékař myl ruce a připravoval si nástroje, měl pacient čas, aby si nasadil sluchátka, vybral hudbu, nastavil hlasitost a tónovou clonu. Pacient tak měl alespoň trochu času zvyknout si na prostředí a částečně se zklidnit. Během zákroku bylo nutné dodržet zvukovou izolaci, takže lékař měl své dotazy omezit na minimum a dávat pokyny spíše gestikulací (Linka, 1997, s. 89).

### 5.4.3 Pedagogický směr

Muzikoterapie a pedagogika mají společné kořeny, už Platon zastával názor, že hudba je prostředek mravní výchovy člověka. Pedagogická muzikoterapie se zaměřuje na procesy učení, sociální integrace a komunikace. Využívají ji většinou klienti s tělesným nebo mentálním postižením, děti a dospívající s poruchami učení, chování nebo vývoje. Jestliže je u této skupiny lidí hlavním problémem narušená emocionální funkce, může být vhodná také psychoterapeuticky orientovaná muzikoterapie (Zelevá, 2007, s. 50).

#### 5.4.3.1 Antroposofická muzikoterapie

Antroposofie má kořeny ve výzkumných metodách Rudolfa Steinera, které mají svůj počátek ve 30. letech 20. století. Antroposofističtí muzikoterapeuté dělí psychiku na tři oblasti:

myšlení – v hudbě ji představuje melodická linie

cítění – v hudbě ji představuje harmonie

vůle – v hudbě ji odpovídá metrorhythmika

Muzikoterapeuté této oblasti se primárně zaměřují na navození harmonického stavu, k čemuž používají jednoduchých cvičení. Důraz je kladen především na vnitřní soulad člověka a provádění cvičení, technické provedení je sekundární. Z hudebních

nástrojů se používá lyra, loutna, psaltérium, šalmaj, flétny, gongy, tedy převážně archaické nástroje, které jsou, podle zastánců tohoto směru, v rezonanci s tělem jako s nástrojem ducha. Tento směr muzikoterapie se rozšířil díky Ritě Jakobs, škole Anny Lage v Hamburku a Marii Schüppel v Berlíně (Zelevá, 2007, s. 52).

#### *5.4.3.2 Orffova muzikoterapie*

Tento model muzikoterapie vyvinula v Mnichově roce 1980 **Gertrude Orff** při své práci s dětmi s kombinovaným postižením. Ačkoliv byl její model původně určen pro děti s postižením, rozšířil se do celého Německa a dnes se aplikuje u klientů s různými druhy obtíží (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 225).

Orffova muzikoterapie chápe hudbu v širokém slova smyslu, je do ní zahrnuta i prezentace mluveného slova, zvuku a pohybu. Hlavní důraz se klade na hudební improvizaci, díky níž dostává dítě dostatek kreativních stimulů, umožňuje mu prozkoumávat a objevovat. Pracuje se smyčcovými nástroji, keyboardy, bicími nástroji, ale také s míči, loutkami a různými materiály (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 226).

#### *5.4.3.3 Polyestetická muzikoterapie*

Tento model muzikoterapie pracuje se zvukově-scénickými improvizáčními technikami, které jsou vhodné pro děti s kombinovaným postižením. Hudební nástroje si vyrábějí sami klienti z odpadových materiálů, při práci se tedy zapojují všechny smysly, nejen sluch, a právě podpora multisenzorického vnímání je pro tento druh terapie prvořadá (Zelevá, 2007, s. 53).

#### *5.4.3.4 Tvůrčí muzikoterapie*

Někdy též tvořivá nebo kreativní muzikoterapie vznikla v 70. letech 20. století, kdy Paul Nordoff (skladatel a klavírista) a Clive Robbins (speciální pedagog) založili vlastní školu. Z této školy se tvořivé pojetí muzikoterapie rozšířilo z Anglie do Severní Ameriky i Německa (Zelevá, 2007, s. 55).

Pracuje se zde s přesným empirickým výzkumem, sadou nahrávek a vyhodnocovacích škál, pomocí nichž se snaží terapeuté validizovat metody improvizace

práce s dětmi s autismem a mentálním postižením. Dochází zde k přesnému dokumentování procesu a popisu jednotlivých fenoménů, žádný z nich se však neinterpretuje. Cílem je probudit tzv. hudební dítě, tedy souhrn předpokladů, které má každé jednotlivé dítě v odlišné míře (Zeleviová, 2007, s. 55).

#### 5.4.4 Celostní přístup

Celostní přístup patří mezi současné trendy v humanitních vědách. Nejde však o samostatný obor, jedná se o způsob pojetí člověka, které čerpá z mnoha různých oblastí (Procházka, 2008, s. 1).

Celostní přístup byl po dlouhou dobu součástí medicínského myšlení. Až s vývojem vědy na začátku 18. stol. znamenal odklon od celostního náhledu a snahu o objektivní poznání. Medicína se začala na člověka dívat jako na „rozumný stroj“, který je v případě nemoci/poruchy možné opravit. To na dlouhou dobu vyřadilo psychické a sociální souvislosti člověka mimo oblast odborného zájmu. Praktická zkušenost však vedla k opětovnému oživení zájmu psychosociálních faktorů, a tak postupem času vznikla současná celostní medicína (Procházka, 2008, s. 2).

Pro celostní přístup je charakteristické několik skutečností – systemické myšlení, neexpertní pozici pomáhajícího a teorie radikálního konstruktivismu (Procházka, 2008 s. 2),

**Systemický přístup** v terapii stojí na myšlence, že lineární kauzality neexistují, ale že se vše vzájemně prolíná a ovlivňuje. V případě klientova problému se tedy nehledá jeho příčina, ale bere se v potaz i jeho vztahová síť lidí, kteří jsou do problému více či méně angažováni. Systemický přístup také nezajímá historická pravda, tedy to, co se ve skutečnosti stalo, jako spíše skutečnost, jak dané události klient dnes rozumí a jaký význam ji přisuzuje, hovoříme o narativní (příběhovou) zkušeností člověka (Procházka, 2008, s. 2).

**Neexpertní přístup** se snaží o to, aby pozice terapeuta nebyla směrem ke klientovi nadřazená ani manipulativní, zde se totiž nepředpokládá, že by měl terapeut lepší vidění světa než klient, protože pouze klient je expertem na vlastní život. Terapeut vystupuje ke klientovi jako partner, stále však odpovědnost za proces terapie a jeho etické hranice (Procházka, 2008, s. 2).

**Radikální konstruktivismus** potom stojí na myšlence, že žádné objektivní poznání není možné. S touto myšlenkou přišel v sedmdesátých letech Humberto Maturana, který na základě pokusů dospěl k názoru, že mozek je uzavřeným systémem, který rozumí jen vlastní řeči a operuje jen s vlastními stavy. Z toho poté vyplývá, že organismus si na základě své zkušenosti vytváří svůj vlastní svět a nikoliv svět takový, jaký je (Procházka, 2008, s. 3).

Výše popsané teoretické základy celostního přístupu se do práce muzikoterapie promítají ve dvou rovinách – v tom, jak se o terapeutické práci přemýšlí a jak se terapeut vztahuje ke klientovi a dále v samotném praktickém vykonávání terapeutické práce (Procházka, 2008, s. 4).

## 5.5 Muzikoterapeutický proces

Muzikoterapie je systematický a cílený proces, který je časově a příčinně vymezen. Dělí se do tří základních fází:

1. **Preterapie.** Fáze, v níž dochází k seznámení s veškerou dostupnou dokumentací klienta, jako je anamnéza, vyšetření dalších odborníků, důvody, proč byl vybrán tento druh terapie, příprava prostředí a pomůcek, stanovení terapeutického plánu, rozhovor s rodiči nebo zákonnými zástupci. Jedná se o fázi přípravy.
2. **Terapie.** V této fázi se realizuje samotný muzikoterapeutický proces.
3. **Postterapie.** Závěrečná, hodnotící část. Ta nastává po každém jednotlivém sezení, navíc by měl terapeut určit časové období (např. jeden měsíc) a provést zhodnocení terapeutického plánu a výsledky dosavadní práce, popř. provést změny, pokud jsou potřeba. Při ukončení terapie se provádí komplexní hodnocení celého procesu (Beníčková, 2011, s. 25).

**Muzikoterapeutický plán** je veden po celou dobu procesu terapie a obsahuje všechny důležité informace a dokumenty. Jsou to převážně:

- klientovy dokumenty – kazuistika (osobní i rodinná anamnéza), zprávy od dalších odborníků, vstupní, průběžná a výstupní diagnostika, záznamy z terapeutických setkání
- indikace a kontraindikace

- muzikoterapeutické cíle (krátkodobé, střednědobé, dlouhodobé, ale i primární, dílčí a doprovodné)
- muzikoterapeutická strategie (volba modelů, metod a technik)
- časový harmonogram (plán jednotlivých setkání, předpokládaný časový horizont potřebný k naplnění stanovených cílů, délka jednoho sezení, frekvence setkávání)
- prostředky (místoprostředí, hudební nástroje, technika, CD, MP3). (Beníčková, 2011, s. 25).

## 5.6 Indikace a kontraindikace

Před samotným začátkem muzikoterapie je nutné, aby muzikoterapeut zvážil dvě základní stanoviska: *kdo* má být touto terapií léčen a *z jakého důvodu* je mu doporučena právě muzikoterapie.

Predispozice pro léčbu muzikoterapií mají především klienti, kteří (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 109):

- vykazují v oblasti sluchové paměti velmi dobré schopnosti a převažuje u nich auditivní učební styl (žáci se speciálními vzdělávacími potřebami)
- mají omezenou mobilitu (těžké fyzické postižení nebo upoutání na lůžko)
- omezenou kognitivní složku (mentální retardace nebo demence)
- trpí obtížemi v komunikaci a mají problém s vyjadřováním svých pocitů a myšlenek
- mají deficit v sociální rovině (autismus, deprese, sociální izolace)

Kontraindikace vycházejí buď z **obecné roviny** klienta a vztahují se k jeho diagnóze, např. epilepsie nebo akutní psychotické stavy<sup>4</sup>, antisociální porucha osobnosti<sup>5</sup>, nebo jsou na **rovině individuální**, kdy klient nemá pozitivní vztah k hudbě, nemá dostatečnou motivaci k terapii, trvá na nereálných či neetických cílech terapie,

<sup>4</sup> Akutní psychotický stav je stav, kdy klient trpí závažným narušením kontaktu s realitou. Toto narušení se projevuje v oblasti vnímání – halucinace a myšlení – nelogické, nesrozumitelné myšlení, bludy, atd. (Fridrich, 2006, s. 87, [online]).

<sup>5</sup> Jinak též disociální porucha osobnosti, která se projevuje lhostejností ke společenským pravidlům, bezohledností, nedostatkem zájmu a citu ke druhým lidem (Žourková, Poruchy osobnosti a chování u dospělých: Poruchy osobnosti. *Sexualita u nemocných s psychickými poruchami* [online]).

v minulosti muzikoterapii již neúspěšně absolvoval (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 109-110).

## 5.7 Cíle a jejich zpřesnění

Mimo rozdělení cílů z hlediska jejich délky a důležitosti lze cíle muzikoterapie zpřesnit ještě doplňujícími otázkami. Ty se mohou týkat:

**Hodnoty.** Je cíl vybrán tak, aby jeho dosažení přineslo klientovi požadovanou úlevu a zlepšení jeho života? Byla vybrána oblast, která potřebuje nejvíce změnu?

**Předpokladů.** Disponuje klient takovými schopnostmi, aby za pomoci muzikoterapie dosáhl požadovaného cíle?

**Efektivitu.** Je muzikoterapie tou nejefektivnější metodou, jak cíle dosáhnout?

**Interference.** Má klient tendence chovat se takovým způsobem, který by znemožňoval dosažení cíle terapie? (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 118).

## 5.8 Přístupy

Muzikoterapie, stejně jako mnohé další terapie, má své dělení přístupů a z ní vyplývající způsob práce. Můžeme najít rozdělení na **direktivní přístup**, kdy je postup předem daný terapeutem, který klienta přímo vede, usměrňuje jeho chování, myšlení a postoje, dává doporučení a rady. Výhodou tohoto přístupu je pocit bezpečí, srozumitelná struktura a jasné hranice. Klient může celkem brzy odhalit své silné a slabé stránky a cílů může být dosaženo rychleji a příměji. Nevýhodou tohoto přístupu je nízká kreativita, aktivita i spontánnost ze strany klienta. Využívá jej například behaviorální muzikoterapie (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 120).

U **nedirektivního přístupu** má hlavní roli klient a terapeut jej následuje, je průvodcem, který pouze reflektuje klientovo chování a poskytuje podněty pro získání hudebních a osobních zkušeností. Tento styl vedení je vhodný pro klienty, kterým se nedaří v běžných výukových situacích, využívá jej např. psychodynamická muzikoterapie nebo hudební improvizace. Nedirektivní přístup naopak není vhodný pro klienty s nedostatkem sebedůvěry, s obsesí nebo s přílišnou pasivitou, protože by u nich mohl vyvolat pocity nejistoty a úzkosti. Tito klienti potřebují jasně vědět, co se od

nich čeká a co mají dělat, což jim poskytuje právě direktivní vedení (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 121).

Z hlediska stanovení muzikoterapeutických cílů rozdělujeme **kauzální intervenci**, která pracuje s obtížemi klienta tak, že odhalí jejich příčinu a následně je odstraní. K tomu, aby se terapeut dostal k příčině, musí znát přesnou obtíž, skrze níž odhalí nevědomé konflikty a motivace. Tímto způsobem pracuje např. psychodynamicky orientovaná muzikoterapie.

Častěji se však setkáváme se **symptomatickou intervencí**. Je vhodná při chronických a progresivních onemocnění nebo u trvalého postižení, kde není možné vyléčení. Účinek tohoto přístupu je krátkodobý a zaměřuje se na zmírnění příznaků onemocnění (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 121).

**Podpůrný přístup** je často doplňkem dalších terapií. Pomáhá v náročných životních situacích a má za cíl podpořit pozitivní myšlení, sebedůvěru a zvednout kvalitu života. Délka není nijak určena – může trvat týdny, ale i roky. Oproti tomu **rekonstrukční přístup** trvá běžně až několik let (při jednom sezení týdně). Jeho cílem je celková přestavba osobnosti, kdy se pomocí analýzy mění postoje, motivace i hodnoty klienta. Tento přístup vyžaduje velké zkušenosti na straně terapeuta (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 121).

## 5.9 Formy

### 5.9.1 Individuální muzikoterapie

Individuální terapie stojí na vztahu terapeuta a klienta. Obvykle nabývá formu samostatných sezení, může však probíhat i ve skupině, pohybuje-li se počet členů mezi třemi až čtyřmi. Individuální terapie je časově i finančně náročná, avšak existují problémy, které nejsou pro řešení ve skupině vhodné. Taktéž pro některé klienty je individuální terapie jediné možné řešení. Jedná se o klienty, kteří:

- mají závažné tělesné nebo kombinované postižení



- nejsou schopni efektivně pracovat ve skupině, tj. nerespektují pravidla, odmítají spolupráci nebo jsou agresivní
- skupinová terapie by pro klienty byla velkou psychickou zátěží ((Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 122).

### 5.9.2 Skupinová muzikoterapie

Skupinová terapie umožňuje zabývat se více klienty najednou. Otevírá se zde prostor pro sociální učení, tj. pro změnu postojů, modelů chování, nabízí možnost ověřit si efektivitu nově nabytých strategií. Skupina může být **malá** (3-8 členů) nebo **velká** (8-15 členů). Z hlediska přijímání nových členů se dělí na uzavřené a otevřené skupiny. Ty **uzavřené** mají stálý počet členů, kteří se setkávají na předem určeném počtu sezení. Výhodou uzavřených skupin je vzájemné hlubší poznání jednotlivých členů. Jsou typy klientů (např. dětské autistické), kteří uzavřenost a neměnnost skupiny přímo vyžadují. Tito klienti potřebují jednak bezpečné a stálé prostředí, jednak i nové podněty, které právě ostatní klienti ve skupině mohou nabídnout. Dlouhodobou uzavřenou skupinu lze dobře vytvořit např. ve škole, ústavu sociální péče nebo ve stacionáři (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 123).

**Otevřené** skupiny naopak přijmou nového člověka, jestliže nějaký stávající člen odejde. Takové skupiny se nacházejí v klientských a poradenských zařízeních, v léčebnách a diagnostických ústavech (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 124).

V současné době se ze skupinové terapie vyděluje **komunitní terapie**. Je to velmi populární a vyhledávaný typ terapie, takže se začíná uvádět samostatně. Její členové nejsou náhodně spolupracující, nýbrž se jedná o přirozeně existující a spolupracující členy. Jsou to většinou rodiny, spolupracovníci nebo skupiny vrstevníků. Cílem komunitní terapie je dosáhnout změny v celém systému, v němž se komunita pohybuje, nejde o změny jen u jednotlivců, jako je tomu u terapie skupinové. V České republice je nejznámějším typem komunitní terapie rodinná muzikoterapie, kdy dochází ke změnám struktur v rodinném systému, mění se způsob komunikace mezi členy i jejich vzájemné vztahy (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 124).

Z hlediska účasti klienta na muzikoterapii můžeme ještě rozlišit dvě formy (Janků, 2010, s.96):

- **aktivní** – klient osobně zpívá, hraje nebo vytukává rytmus, patří sem i pohybové, rytmické a vokální aktivity
- **pasivní** – klient hudbě naslouchá, vnímá ji. Využívá se zde silného emočního náboje, hudba tak slouží jako komunikační kanál a zprostředkovává porozumění

## 5.10 Muzikoterapie a speciální pedagogika

Ve speciální pedagogice <sup>6</sup> působí muzikoterapie nejčastěji jako podpůrná terapie pro další terapie a edukační procesy. Klientům se specifickými poruchami učení (SPU) pomáhá muzikoterapie především v oblasti senzomotoriky, komunikace, sociálních dovedností a oblasti školního vzdělávání (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 39-41). Z těchto oblastí vyplývají cíle muzikoterapie, a to jak cíle primární, tak i dílčí. Uvádím zde tabulku, jejíž původní verzi (Beníčková, 2011, s. 29-30) jsem upravila a mimo sledované oblasti a suboblasti do ní pro lepší přehlednost zasadila i primární a dílčí cíle. Z původní tabulky jsem vybrala především ty oblasti, které jsou primární pro práci v muzikoterapii.

Sledované oblasti	Sledované suboblasti	Primární cíle	Dílčí cíle
Motorika	- hrubá - jemná (mikromotorika očních pohybů, grafomotorika) - senzomotorická koordinace - neuromotorika	Podpora rozvoje úrovně motoriky	- podpora rozvoje hrubé motoriky - podpora rozvoje jemné motoriky - podpora rozvoje senzomotorické koordinace
Percepce	sluchová percepce: - percepce a reprodukce rytmu - fonemtické uvědomění - sluchová diferenciacce - sluchová paměť - rezonance těla	Podpora rozvoje úrovně percepce	- podpora rozvoje sluchové percepce - podpora rozvoje zrakové percepce - podpora rozvoje taktilně-kinesteticképercepce

<sup>6</sup> Speciální pedagogika je obor zabývající se výchovou a vzděláním osob se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním.

	- vestibulární percepce – rovnováha - taktilně-kinestetické percepce		
Lateralita a spolupráce mozkových hemisfér	- tvarová lateralita - funkční lateralita - funkce pravé hemisféry - funkce levé hemisféry	Podpora rozvoje úrovně laterality a spolupráce mozkových hemisfér	
Tělesné a duševní vlastnosti dítěte	Fyzické předpoklady a problémy: - zdravotní stav a kondice  Psychické předpoklady a problémy - temperament a charakter - nevědomé procesy - sebereflexe - sebepojetí - motivace - koncentrace - paměť - emoční poruchy - úroveň rozumových schopností	Podpora rozvoje úrovně tělesných a duševních vlastností dítěte a chování dítěte	- podpora rozvoje koncentrace - podpora rozvoje paměti

Gerlichová (2014, s. 66) zastává názor, že trénování sluchové a zrakové percepce, rozvoje rytmu a pohybu dochází u dětí s SPU ke zlepšení čtení, psaní, počítání i motorických funkcí. Zlepšení přichází za předpokladu, že:

- Rytmická cvičení jsou prováděna pravidelně, intenzita tréninku závisí na konkrétním jednotlivci, lepší jsou však tréninky častější a kratší, např. šestkrát týdně s intenzitou jednou až třikrát denně po dobu patnácti minut
- Rytmická cvičení jsou doprovázena sluchovou analýzou a syntézou
- Dítě má dostatečný fyzický pohyb

### 5.10.1 Dyslexie a rytmizace

U kompenzace dyslexie se osvědčila metoda tzv. globálního čtení, kdy dítě postřehne celé slovo najednou, dále se doporučuje připojit rytmizaci čtených slov a uchopení slova co nejvíce smysly. Např. dítě se má naučit slovo *myslivec*. Předložíme mu jednak obrázek myslivce, pod ním napsané slovo myslivec (vizuální vjem) a navíc

sami vyslovujeme dané slovo (sluchový vjem). Připojit můžeme i rytmizaci, která probíhá za pomoci úderů do bubnu, tleskání nebo dupání. Postupně se snažíme dospět k tomu, aby dítě bylo schopné rytmizovat slovo myslivec podle počtu slabik (Gerlichová, 2014, s. 66).

### 5.10.2 Dyskalkulie a pohyb v prostoru

Děti s dyskalkulií mají většinou problémy už v předmatematických představách a chápání pojmů větší-menší, před-za, atd., proto si potřebují spojit konkrétní pojem se srozumitelnou představou. Jestliže smyslově nepochopí vztahy mezi čísly, nemá smysl jej učit abstraktní představy (Gerlichová, 2014, s. 67).

Poměr větší-menší se dá naučit na držení jednotlivých předmětů (např. pastelek), kdy v jedné ruce dítě drží dvě a ve druhé čtyři. Na zemi můžeme namalovat číselnou osu, kterou si dítě bude procházet, takže snáze pochopí, že k číslu dvě vede méně kroků než k číslu šest. Pokud přidáme rytmizaci a při každém sudém čísle udeříme do bubínku, dítě opět získá lepší představu o tom, co jsou sudá čísla (Gerlichová, 2014, s. 67).

S vnímáním matematických vztahů přímo souvisí orientace v prostoru. Pravolevá a prostorová orientace se dobře trénuje např. zrcadlením, kdy klient zrcadlově napodobuje pohyby terapeuta. Začínáme vždy od jednoduchých pohybů a postupně přidáváme ty komplikovanější. Jako další vhodné cvičení se jeví hra na tělo, a to pomocí písniček jako *Hlava, ramena, kolena, palce* nebo *Otec Abrahám* a dalších písniček, které obsahují různé pohybové úkoly, jako potřást si rukou se sousedem po levé straně apod. (Gerlichová, 2014, s. 66).

### 5.10.3 Cvičení na rozvoj sledovaných oblastí

Na následujících řádcích uvádím doporučená názorná cvičení na rozvoj a podporu výše zmíněných oblastí. Každé cvičení obsahuje cíl, kterého se má dosáhnout, doporučený věk, formy, jakými může cvičená probíhat, pomůcky, postup a případné variace cvičení.

## ❖ Hra na rozvoj sledovaných oblastí

### ➤ Hra na rozvoj motoriky - Míč

Cíl: Rozvoj hrubé motoriky, vizuomotoriky, audiomotoriky

Věk: Od 6 let

Forma: Individuální, párová, skupinová

Pomůcky: Míče různých velikostí (gymnastický, tenisový, na stolní tenis), přehrávač a nahrávky se skladbami v různém tempu

Postup: Klient/i se posadí na zem na měkkou podložku. Terapeut nebo další klient se sedne naproti. V tempu sklady si posílají míče různých velikostí.

Doporučení: Podle tempa nahrávky volíme velikostí míčů. Je-li tempo pomalé, můžeme si dovolit míče velké, popř. jich poslat do hry několik. Při rychlejším tempu sklady vybíráme spíš menší, aby klient stíhal míče v daném tempu poslat dál. Je-li tempo rychlejší, klesá schopnost koncentrace na požadované tempo (Beníčková, 2011, s. 68).

### ➤ Hra na rozvoj percepce – Shoda – rozdíl

Cíl: Podpora rozvoje verbální akustické diferenciacce

Věk: Od 8 let

Forma: Individuální, párová, skupinová

Pomůcky: Kartičky se znaky =, a, x, dvojice slov (např. les-ves, pak-tlak, nůž-růž, lak-vak, puk-puk, sen-sen, atd)

Postup: Terapeut je ke klientovi otočen zády. Dostatečně nahlas a zřetelně vyslovuje jednotlivé dvojice slov. Klient má rozpoznat, jestli byla dvojice slov shodná (klient tleskne), nebo rozdílná (klient zadupe). Poté terapeut zvedne kartičku nad hlavu – pokud byla slova shodná, zvedne kartičku se znakem =, jestliže rozdílná, volí tu se znakem x (Beníčková, 2011, s. 70).

### ➤ Hra na rozvoj laterality a spolupráci hemisfér – Mateník

Cíl: Podpora rozvoje spolupráce mozkových hemisfér

Věk: Od 8 let

Forma: Skupinová

Postup: Klienti stojí v dostatečně velkém kruhu. Udělají čtyři kroky vpřed a při prvním kroku tlesknou. Poté udělají čtyři kroky vzad a opět při prvním kroku tlesknou. Znovu

udělají čtyři kroky vpřed, ale tlesknou při druhém/třetím/čtvrtém kroku. Tento model se opakuje, jen se mění, na kterém kroku klienti tleskají (Beníčková, 2011, s. 72).

➤ *Hra na rozvoj tělesných a duševních vlastností dítěte – Roční období*

Cíl: Podpora a rozvoj koncentrace, sluchové a zrakové percepce

Věk: Od 8 let

Forma: Individuální, párová, skupinová

Pomůcky: Barevné kartičky, hudební nástroje

Postup: Klienti sedí v kruhu, terapeut položí každému z nich otázku, jaké je jeho nejoblíbenější roční období. Tím se klienti rozdělí do čtyř menších skupinek. Každá skupina si vybere barvu, která podle nich odpovídá ročnímu období. Terapeut ukazuje jednotlivé barevné kartičky (má je pořád u sebe, skupina si je k sobě nebere) a ta skupina, která si danou barvu vybrala, začne hrát na předem vybraný hudební nástroj (Beníčková, 2011, s. 76).

## 5.11 **Vzdělávání osob s mentálním postižením**

Nejvýraznějším krokem v rozvoji vzdělávacího procesu za poslední léta, je integrace osob s mentálním postižením do škol. Realizaci vzdělávání osob s mentálním postižením upravuje Školský zákon č. 561/2004 Sb. z roku 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. V paragrafu 16 je blíže specifikováno vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, kdy je mentální postižení zahrnuto mezi zdravotní postižení. V odstavci 8 výše zmíněného paragrafu se dále píše, že pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením mohou být zřizovány školy, se souhlasem krajského úřadu v rámci školy i jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími potřebami. Cílem školského zákona je však individuální integrace dětí, žáků a studentů do běžných škol, a to i dětí s mentální retardací (Janků, 2010, s. 47).

Problematikou vzdělávání osob s mentální retardací se zabývá Vyhláška 73/2005 Sb., která hovoří i o speciálním vzdělávání těchto dětí, a to v mateřské škole speciální, základní škole praktické, základní škole speciální, odborných učilištích a praktických školách, které jsou určeny zejména jedincům s lehkou a středně těžkou mentální

retardací. Žáci s těžkým mentálním postižením, více vadami nebo autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální, jestliže nejsou vzděláváni jiným způsobem, např. individuálně s nepravidelnou docházkou do vyučování (Janků, 2010, s. 48).

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením je náročným procesem, protože mimo tohoto postižení jsou žáci často omezeni dalšími způsoby, např. komunikačních schopností, hrubé a jemné motoriky a dalšími zdravotními omezeními. Z tohoto důvodu je nutné, aby byl jejich vzdělávací obsah jiný nejen po obsahové stránce, ale i co se týče metod práce s co nejvyšší možnou měrou individualizace. Proto se při vzdělávání těchto žáků častěji setkáváme s používáním alternativních systémů, rehabilitačními a relaxačními technikami (Janků, 2010, s. 49).

S ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží této skupině nejvyšší míra podpůrných opatření, jako jsou kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice, didaktické materiály, ale i zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování poradenských služeb, služby asistenta pedagoga nebo snížení počtu žáků ve třídě. K nejčastěji užívaným technikám a metodám při intervenci těžce a hluboce postižených jedinců patří speciální stimulace, kompenzace a korekce. Od roku 2005 jsou žáci vzděláváni v rehabilitačních třídách základních škol speciálních, pro ostatní dospělé jedince jsou zřizovány denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a centra denních služeb (Janků, 2010, s. 50).

Nicméně i tyto školy a zařízení se potýkají s několika problémy. Je to zejména:

- nedostatečné rozvíjení možností a schopností každého jedince
- nedostatečné možnosti v rozvíjení přátelských vztahů, koníčků a seberealizace
- celkové nedostatečné zapojení jedinců a jejich umísťování na okraj společnosti
- celoroční pobyty v zařízeních bez většího kontaktu s okolním světem (Janků, 2010, s. 50).

Jako nejvhodnější forma muzikoterapie pro děti s mentálním postižením se jeví aktivní skupinová muzikoterapie. Dětem se tato forma zamlouvá a vyhovuje jim zejména z důvodů nenásilné skupinové dynamiky, možnosti neverbálního a pohybového prožitku. Hudba samotná potom dokáže vyvolat velmi rychlou emoční

odezvu, např. změnit náladu, uvolnit napětí, pomáhá zvládnout úzkost, atd. (Janků, 2010, s 99).



## 6 Arteterapie

### 6.1 Historie

Jako první se spojitostí mezi výtvarným artefaktem a osobností jeho tvůrce začala zabývat psychologie, konkrétně zkoumala výtvarný projev a osobnostní posun. Psychiatrie převzala z psychologie její poznatky a přidala klinickou praxi. Ze zkoumání výtvarných projevů se v poslední třetině 19. století vyvinula diagnostická metoda. Velkou vlnu zájmu vyvolalo vydání knihy *Umění chorobomyslných* v roce 1907, jejíž autorem byl **Marcel Reja**. Avšak až studie německého psychiatra a historika umění **Hanse Prinzhorna** vydaná v roce 1922 podrobně zkoumá výtvarný projev duševně nemocných lidí a poukazuje na uměleckou úroveň, kterou některá díla dosahují. Tato studie vznikla shromážděním bohatého dokumentačního materiálu a položila tak základy teorie výtvarného umění schizofreniků (Lhotová, 2010, s. 17).

Zájem se tak obrátil na expresi tvořících psychotiků v léčebných zařízeních, cílem tohoto zájmu bylo zpřesnit jejich diagnózu. Postupně vyšlo najevo, že výtvarný projev nemocných se liší od projevu lidí zdravých a že díky určitým prvkům v díle lze v malbě rozpoznat nemoc. Dále se zjistilo, že charakter tvorby se mění podle druhu a vývoje nemoci a došlo se k závěru, že expresivní výtvarný projev může podat doplňující obraz o aktuálním duševním stavu člověka (Lhotová, 2010, s. 18).

Systematické zkoumání děl umělců (tedy nejen psychicky nemocných) začalo na počátku 20. století s příchodem hlubinné psychoterapie **Sigmunda Freuda** a **Carla Gustava Junga**. Tento směr psychologie hledal v uměleckých dílech nevědomé pohnutky, které k vytvoření díla vedly a hledala souvislosti mezi životem autora a jeho dílem. Freud zastával názor, že v uměleckém díle leží mnoho nevědomého psychického obsahu, který pomocí metafor, analogií a dalších symbolů vyšel na povrch a díky umělecké technice obešel cenzuru ega. Klient s pomocí terapeuta poté obsah dešifruje, což je obdoba základní metody psychoanalýzy. Jung jeho teorii rozvinul, netrval však na vysvětlení obsahu díla psychoanalytickými teoriemi, ale zasazoval ji do kulturního i psychologického kontextu jednotlivce (Lhotová, 2010, s. 19).

Freud s Jungem využívali výtvarný projev k dešifrování skrytých obsahů nevědom jako cestu, která má napomoci v psychoterapeutické práci nebo i individuálnímu

rozvoje jedince. Ale až ve 30. letech. 20. stol. **Margareta Naumburgová** ve svých pracích poprvé použila spojení *Art Therapy*. Někteří arteterapeuté považují tuto dobu za mezník, od něhož se arteterapie považuje za samostatný obor, protože tehdy se začala arteterapie cíleně využít při léčbě jak v institucích, tak v individuální péči. Používání výtvarných technik se tak rozšířilo z psychiatrických léčeben do dalších institucí, mimo jiné i do výchovných a vzdělávacích, kde se začalo pomocí arteterapeutických technik pracovat s dětmi a dospívajícími, kteří trpěli různými sociálními obtížemi. Výtvarné prostředky slouží dětem k překonání neschopnosti vyjádřit svůj vnitřní stav, pomáhají vyjadřovat emoce a v neposlední řadě jsou cenným informačním kanálem s dospělým (Lhotová, Proměny výtvarné tvorby v arteterapii, 2010, s. 20).

## 6.2 Vymezení

Arteterapii, stejně jako muzikoterapii, není lehké vymezit. Lhotová to přičítá faktu, že výtvarná činnost je spojena s emotivností člověka a že se k umění pojí stav člověka, který bychom mohli nazvat okouzlením. Z tohoto důvodu panuje v arteterapii určitá nelibost vymezovat její odborný aparát, stejně tak teoretická východiska a metodologii. Proto je vymezení teoretických východisek v tomto oboru teprve v začátcích (Lhotová, 2010, s. 22).

Arteterapie se svým rozsahem řadí k mezioborovým disciplínám, její cíle se kryjí s pedagogickými i psychologickými obory, od obecné psychologie, přes vývojovou psychologii, pedagogickou psychologii, psychosomatiku, rehabilitaci až třeba po psychologii policejní. Otázka vymezení kompetencí a cílů arteterapie je otázkou nejen České republiky (Lhotová, 2010, s. 22).

Přesto však existuje jedno dělení arteterapie s ohledem na její cíl, a to je působení v oblasti výchovně-vzdělávací, nebo terapeutické. Oblast výchovně-vzdělávací si klade za cíl „*kultivovat emocionální a hodnotové sféry vnitřního světa člověka*“ (Lhotová, 2010, s. 23) a hovoříme zde o oboru artefiletiky. Artefiletika však není výtvarná výchova, je to rozšiřující obor, jakási nadstavba, pomocí níž mají žáci nebo studenti z výtvarné tvorby vytěžit poznání o sobě, svém životním a kulturním kontextu a vlastních osobních témat. Jedná se o výchovu uměním (Lhotová, 2010, s. 23).

Oblast terapeutická pracuje s psychickými obtížemi nebo poruchami a jejím cílem je léčebně působit, zde zůstává označení oboru arteterapie. Arteterapie jako doplněk psychoterapeutického působení pomáhá klientovi harmonizovat jeho osobnost a rozvíjet pozitivní stránky, její zaměření je však na rozdíl od artefiletiky léčebné (Lhotová, 2010, s. 24).

Artefiletika je v oblastech cílů zaměřena na poznávání sebe sama skrze umění a na „rozvíjení sociálních kompetencí žáků prostřednictvím uměleckých výrazových prostředků.“ (Potměšilová, Arteterapie a artefiletika, 2013, s. 14). Pracuje s metodou tzv. *reflexivního dialogu*, který artefiletiku odlišuje od výtvarné výchovy a přibližuje ji k arteterapii. Od arteterapie ji však odlišuje její zaměření – vést dialog a reflektovat, tedy neléčit. V reflexivním dialogu žáci nejprve sami tvoří (krok jedna) a poté je o výtvoru veden dialog, který obsahuje reflexi (krok dvě). Jsou tedy naplňovány nejen cíle v oblasti umění a kultury, je rozvíjena i sociální a emoční inteligence. Její metody a cíle odpovídají **pedagogickému konstruktivismu**<sup>7</sup>.

### 6.3 Přístupy

Podle zaměření cíle, ke kterému arteterapeutický proces směřuje, můžeme rozeznat několik přístupů (Lhotová, 2010, s. 27-28).

- **kreativistický přístup** – si klade za cíl aktivovat tvůrčí podstatu člověka a naplnit jeho puze k autenticitě a seberealizaci. Tvůrčí člověk se vyznačuje několika schopnostmi, jakými např. jsou schopnost dlouhodobé koncentrace, rychlá adaptace na nové situace, originalita.
- **činnostní přístup** – se zaměřuje na vytváření nových přístupů a překonávání stereotypů v myšlení jedince. Výtvarný proces se zde jednou z možností, jak odpoutat klienta od patologických myšlenek, od zaměřenosti na svou nemoc k hledání nového okruhu svých zájmů a nových pohledů na sebe sama. Důraz se klade na zdravé části jedincovy osobnosti.

---

<sup>7</sup> Konstruktivismus v pedagogice představuje hnutí, které ve výuce dává přednost řešení problémů ze života, tvořivé myšlení, skupinovou práci a naopak méně teorie a učení z paměti (Průcha, Walterová, Mareš, 2013, s. 132).

- **integrativní přístup** – v arteterapii předpokládá, že během tvoření je osobnost člověka integrována, tedy že dochází ke sjednocení všech částí lidské psychiky, jako je např. emocionalita, imaginace, percepce a motorika.
- **sublimační přístup** – umožňuje jedinci projevit, prožít a následně konstruktivně zpracovat různé emoční stavy i pudové impulzy (sexualita, agresivita), čímž se snižuje riziko, že tyto pohnutky budou projeveny jiným, společností méně tolerovaným způsobem.
- **komunikační přístup** – stojí na předpokladu, že tvorba může kompenzovat nedostatek lidského kontaktu a umožnit tak lidem, aby snáze sdíleli své pocity, touhy a postoje i myšlenky.
- **projekční přístup** – předpokládá, že se ve spontánním výtvarném projevu odrážejí nevědomé psychické konflikty. Díky výtvarnému ztvárnění mohou být nalezeny, interpretovány a vhodně zpracovány.

## 6.4 Formy

Arteterapie může probíhat dvěma formami, kterými jsou:

**Individuální**, v níž se setkává pouze terapeut a klient. Tato forma terapie je vhodná pro takové klienty, jejichž problémy vyžadují terapeutovu plnou pozornost, ale i pro takové, jejichž přítomnost by ve skupinové terapii působila rušivě. Jedná se zejména o agresivní jedince, jedince s negativními vůdcovskými rysy nebo psychotickými projevy. Zpočátku je vhodná i pro hyperaktivní nebo úzkostné děti (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 85-87).

**Skupinová** terapie s sebou nese řadu výhod:

- vzájemná podpora jednotlivých členů skupiny s podobnými problémy
- každému jednotlivci se dostává od ostatních členů skupiny zpětná vazba
- dochází k rychlejšímu a intenzivnějšímu sociálnímu učení

Samozřejmě přináší i řadu nevýhod. Mezi ty hlavní patří:

- zvýšené nároky na arteterapeuta (pohotovost, obratnost, náročnější organizace)
- méně času na jednotlivce
- menší diskrétnost

Šicková (2016) vidí ve skupinové arteterapii řadu sociálních výhod. Popisuje skupinu dětí, která vznikla v jejím Centru Terra Therapeutica. Každé dítě bylo jinak znevýhodněno (porucha chování, autismus, mentální retardace, ztráta zraku), přesto si skupina dokázala vybudovat prostředí plné tolerance a kooperace (vidoucí děti podávaly hlínu nevidomým, manuálně zruční pomáhali těm méně zdatným), problémy podílet se na skupinové terapii se objevily jen u jedné dívky s elektivním mutismem. (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 87).

## 6.5 Cíle

Se širokým spektrem arteterapeutického působení vystávají i různě zaměřené cíle. Mohou se týkat jak jednotlivce, v tomto případě hovoříme o cílech individuálních, mohou však mít i dopady na širší skupinu lidí, v takovém případě se jedná o cíle sociální.

Cíle individuální mohou být:

- vyjadřování citů a emocí, vlastních vnitřních konfliktů
- budování sebedůvěry, zvyšování sebehodnocení, důvěra ve vlastní schopnosti
- sebereflexe
- práce s nevědomím
- odpočinek

Cíle sociální jsou:

- schopnost spolupráce
- uznání a ocenění druhých
- komunikace
- sdílení zkušeností i problémů
- porozumění vlastnímu vlivu na ostatní

(Liebmann, 2005, s. 20).

## 6.6 Teoretická východiska

### 6.6.1 Psychoanalyticky orientovaná arteterapie

Psychoanalytická arteterapie se snaží přetvořit pudovou energii id do společensky přijatelné formy a tato transformace se děje díky egu. Ego využije pudové energie ve svůj prospěch a kultivuje ji. Expresivní projev pomocí symbolů dovoluje obejít cenzuru ega, která je silněji přítomná při verbálním vyjádření. Freud v umělecké tvorbě viděl cestu, jak předejít neuróze. Ačkoliv není touha id naplněna, díky tvorbě je dosaženo náhradního uspokojení (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 66).

Tato metoda se zaměřuje na zkoumání zážitků z minulosti a na to, jak se tyto zážitky projevují v přítomnosti. Jako metody se zde používají hraní rolí, vedení rozhovoru nad výtvarnou tvorbou a z něj vyplývající systematické dotazování (Lhotová, Perout, 2018, s. 96).

### 6.6.2 Humanistický přístup

Humanistický přístup Carla Ransoma Rogerse je častým východiskem mnoha současných arteterapeutů. Klientovi je ve výtvarném projevu dána volnost, terapeut do procesu nijak nezasahuje, výsledek neanalyzuje ani neinterpretuje. Terapeut pouze vytváří podmínky, aby klient našel cestu řešení sám, panuje totiž přesvědčení, že klient (stejně jako každý člověk) má své vnitřní zdroje, které jej vedou k rozvoji sebe sama. Úloha každého jedince je naplnění vlastního potenciálu, který je jedinečný, není třeba tedy někoho nebo něco opakovat (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 70). Ačkoliv terapeut nijak výrazně nezasahuje, může svou empatii a osobní pocity projevit ve společné reflexi nad výtvarnou tvorbou (Lhotová, 2010, s. 37).

### 6.6.3 Logoterapie

Logoterapeutický koncept v arteterapii je vhodný zejména pro klienty v terminální fázi onemocnění, onkologicky nemocných, ale i pro lidi staré a trpící. Logoterapie se snaží utrpení transformovat do konkrétního činu, v arteterapii je to do výtvarného projevu. Pracuje se zde s tématy, jako je utrpení, stárnutí, izolace a smrt (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 70).

#### 6.6.4 Projektivně-intervenční přístup

Projektivně-intervenční arteterapie stojí na výtvarné imaginaci, která slouží jako reprezentace aktuálně nepřítomných objektů a situací. Arteterapeut v případě potřeby vstupuje s metodickou instrukcí. Tímto zásahem však nemá být ovlivněna klientova představa, má spíše sloužit jako pomoc s formulací a vyjádřením. Terapeut by si měl být vědom, že jeho připomínky mají klienta posunout ve výtvarném vyjadřování a že se mají týkat formálních náležitostí jako proporce postav, kompozice nebo tvrdosti kontur. Snahou arteterapeuta je přivést klienta k vyváženému výtvarnému projevu, a to jak po stránce kompozice, tak z hlediska barevnosti, mělo by dojít k prolnutí abstraktního a konkrétního prvku. Korekce výtvarného projevu je chápána jako metafora korekce klientových chybných vzorců chápání vnějšího světa (Lhotová, Perout, 2018, s. 96-97).

Změna v psychoterapii má dvojí rozměr – buď se týká sociálních interakcí, nebo individuality člověka, změna v jeho osobnosti, kdy dochází k osvobození od patologie a přeměnu té osobnostní charakteristiky, které patologii způsobily. Změna musí proběhnout na úrovni prožívání, protože pouze kognitivní pochopení nestačí (Lhotová, Perout, 2018, s. 97).

Název této metody v sobě nese označení projekce, což je „*v psychoanalýze obranný mechanismus neuvědomovaného přenášení subjektivních, popř. podvědomých přání, motivů a pocitů na jiné osoby či situace.*“ (Hartl, Hartlová, Psychologický slovník, 2015, s. 456). Aktuální vnímání podnětů je ovlivněno zejména frustrujícími nebo traumatizujícími vzpomínkami, kdy např. lidé s poruchami osobnosti projikují své vlastní pocity bezcennosti do druhých lidí a chovají se tak, aby je druzí lidé mohli devalvovat (Lhotová, Perout, 2018, s. 98).

V arteterapii jsou všechny výtvarné artefakty projekcí, slouží tedy jako materiál, v nichž hledáme skryté vnitřní děje jeho autora. Jejich prožití, poznání a reflexe pomáhá ke kognitivnímu uchopení a následnému získání nadhledu (Lhotová, Perout, 2018, s. 97-98).

V tomto přístupu se pracuje převážně s tematickými a vymývanými akvarely a kolážemi. Využívá i asociačních čmáranic a kombinovanou techniku tuš a temperu. V těchto technikách nemusí být klient nijak výtvarně poučen (Lhotová, Perout, 2018, s. 96).

## 6.7 Metody

V arteterapii můžeme hovořit o dvou rovinách metod. Ta první je obecná (a zároveň časová), kdy se směřuje od výtvarného zadání či doporučení způsobu práce přes sledování procesu tvorby a následnou práci s výtvarnými výtvary ve skupinové nebo individuální terapii. Ta druhá specifická a zahrnuje i tzv. procedury, což je způsob organizace terapeutických sezení, tak i využití konkrétních prostředků (Lhotová, Perout, 2018, s. 94).

Základní práce s výtvarnými artefakty spočívá v zaměření pozornosti na opakující se obsahy, znaky nebo symboly, či na specifika, která vybočují z běžného výtvarného projevu klienta. Tato specifikace a opakující se znaky jsou potom základem k nejčastější metodě, **metodě volných asociací**. Asociovat může skupina dohromady s klientem, nebo jen terapeut s klientem, záleží na dohodě. Volné asociace se zaměřují zejména na prvky poutající pozornost, např. svou velikostí, barevností, bizarností apod. Některé asociace mohou spustit tzv. „aha-efekt“ a vnuknout tak autorovi díla podnět k uvědomění si souvislosti problému. Postupným uvědomováním a skládáním si jednotlivých poznatků dochází k vytvoření náhledu skrze výtvarnou symboliku (Lhotová, Perout, 2018, s. 99).

### 6.7.1 Analýza tvorby

Analýza výtvarných artefaktů znamená v arteterapii komplexní přístup, který využívá vícero metod. Snaží se porozumět obsahu, formě i celému procesu výtvarné tvorby, hledá motivaci ke tvorbě. Analýza je založená na popisu a na hledání nejdůležitějších nebo nejvýraznějších prvků, jejich umístění do klientova života a následné asociování a dotazování. Protože výtvarný projev je v arteterapii brán jako



způsob vyjádření myšlenky, soubor výtvarných artefaktů je potom vnímán jako podobenství klientova pohybu, odkud se dá vyčíst i míra distance mezi realitou intrapsychickou a vnější. V analýze tvorby se využívají poznatky vývojové psychologie, zejména vztah emocí a kognice a vývoj myšlení spolu s vývojem výtvarného projevu (Lhotová, Perout, 2018, s. 100).

### 6.7.2 Dekonstrukce

V arteterapii představuje tato metoda rozebírání na díly, zaměřuje se především na odhalení opozic, jako např. je člověk na obrázku muž, nebo žena, jsou to děti, nebo dospělí? Dekonstrukce se snaží najít ve výtvoru slepá místa a nepřiznané předpoklady, na jejichž základě bylo dílo vytvořeno. V psychoterapii, stejně jako v dekonstrukci, se hovoří o tzv. stopě. Může to být stopa, která zůstala po traumatizující události, ale stopy naopak zdravé, ke kterým se proces terapie upíná, protože zdravými částmi psychiky lze dovést člověka na novou cestu. Stopa odkazuje do minulosti na něco, čím člověk prošel a co vzbudilo silnější reakci (Lhotová, Perout, 2018, s. 103).

### 6.7.3 Interpretace

Interpretace vyžaduje znalost mnoha teorií, jež vysvětlují lidské chování a prožívání. Zaměřuje se na expresivní stránku artefaktu, protože právě v ní se často nacházejí pudové tlaky, které jsou blokovány cenzurou ega. Význam a smysl nemusí být redukován pouze na jeden správný, vedle sebe může stát několik paralelních pohledů, jež jsou vzájemně provázané a do hloubky se ovlivňují (Lhotová, Perout, 2018, s. 104).

Interpretace je orientována na zobrazovanou myšlenku i na způsob jejího ztvárnění. Podle základního interpretačního paradigmatu je výsledný obraz, stejně jako například sen, výrazem napětí mezi jednotlivými psychickými vrstvami klienta (Lhotová, Perout, 2018, s. 104-105).

## 6.8 Cílové skupiny

Arteterapie se zaměřuje na několik specifických skupin. První jsou **děti** se specifickými problémy, jako např. špatný prospěch ve škole, porucha pozornosti,

chování, děti s delikvencí nebo emocionálními problémy. Zde je potom cíle arteterapie posílit sebevědomí, sebekontrolu a motivaci učit se. V dětských domovech pomáhají arteterapeutické techniky eliminovat důsledky citové deprivace, emocionálního poranění a traumatických událostí. Pro **adolescenty** jsou klíčová témata sociálních dovedností, empatie, rozvoj zdravé sexuality, vztah rodič-dospívající. U **seniorů** se arteterapie aplikuje s důrazem na procvičování krátkodobé paměti, na posílení vědomí vlastní hodnoty, slouží i jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky. Hlavním cílem je aktivizovat zbytky vitality, flexibility a stimulace kreativity (Šicková-Fabricsi, 2016, s. 112-117).

## 7 Tanečně-pohybová terapie

### 7.1 Vymezení

Tanečně-pohybová terapie je ucelený psychoterapeutický přístup, ve své podstatě holistický, který má svá teoretická východiska, principy, metody práce, cíle a indikace. Jedná se o „*psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince*“ (Zedková, Tanečně pohybová terapie, 2012, s. 16).

Některé definice mimo slovo pohyb zahrnují také tanec, čímž se v tanečně-pohybové terapii (TPT) rozumí veškeré neverbální projevy jedince, které mají komunikační potenciál. Pod neverbální projevy spadají pohybové akce, které odrážejí jedincovo prožívání a jeho vztah a zkušenost s vnějším světem. Tanec je druh pohybu, který nese poselství o motivaci, vnitřním nastavení a prožívání. Člověk se při tanci nachází ve stavu zvýšené citlivosti a vnímavosti a používá expresivní rovinu pohybu. Právě této expresivity a citlivosti TPT využívá (Zedková, 2012, s. 16).

Podobně jako u muzikoterapie nebo arteterapie nejde ani v TPT primárně o estetickou funkci, ale o vnější vyjádření vnitřního prožívání, o to, dát vnitřním pohnutkám vnější výraz. Toto vyjádření se děje pomocí pohybu, který se nazývá v TPT tancem, protože tanec nemá pouze funkční úroveň, ale nabývá úrovně symbolické, expresivní (Zedková, 2012, s. 16).

### 7.2 Historie TPT

Historie tance je propojena s hudbou. Stejně jako hudba i tanec lidem přinášel potěšení a radost, umožňoval jim však vyjádřit každodennost přesahující realitu, byl součástí náboženských a léčebných rituálů. Lidé pomocí tance oslavovali důležité životní mezníky, získávali sílu a odvahu k boji, komunikovali pomocí něj s nadpřirozenými silami, které se snažili si udobřit nebo naklonit (Zedková, 2012, s. 19).

V 11. a 12. stol. se dochovalo množství zpráv o tzv. taneční epidemii. Tento stav se objevoval především během pohřbů nebo křesťanských svátků. Spočíval v tom, že muži i ženy začali z nenadálého popudu tančit a zpívat, ale tak divoce, až to narušovalo bohoslužby či obřady. O původu tohoto tanečního šílenství se vedou spory. Spencer

(1985) jej dává do souvislosti se symptomy, které se objevovaly u nižších sociálních vrstev v období po sklizních. K symptomům patřil pocit dušení a pálení, šubání, křečí, zuřivosti, paniky, které navíc doprovázely představy démonů, věčného utrpení a strachu ze smrti. Úlevu od těchto stavů nacházel postižený v tanci, kterým vyjadřoval pocity prožívaného utrpení. Sachs (1963) uvádí, že taneční šílenství vypuklo ve 14. stol. v oblasti Rýna. Lidé chodili v procesích od města k městu a tam, kde se zastavili, začali svůj šílený tanec – zmítali se, šubali končetinami i celým tělem, dokud nepadli k zemi vyčerpáním s pěnou u úst. Přihlízející lidé byli strženi tančícími a často se k davu přidávali. Taneční epidemie se vyskytly i během 15. a 16. století, jejich výskyt je doložen až do 17. stol. (Zedková, 2012, s. 20).

**G. Baglivi**, italský lékař žijící v 17. století, napsal studii s názvem *Dissertatio de Anatome, Morsu er Affectibus Tarantulae* (1696), která popisuje jev zvaný *tarantismus*. Studie popisuje, že ti, které kousne jedovatý pavouk *Lycosa tarentula*, upadnou na zem, kde leží často bez hnutí a jakýchkoli známek života. Jakmile ale začne hrát hudba, začnou nejprve hýbat prsty, pak celýma rukama i nohama, začnou se kroutit, vzdychat a nakonec i tančit. Vydrží tančit několik hodin, poté se zhroutí na lůžko, kde si chvíli odpočinou a nechají ze sebe otřít pot, aby znovu vstali a začali tančit. Tento cyklus se opakuje přibližně dvanáctkrát za den po dobu čtyř až šesti dní, po dobu, než nemocná osoba přestane cítit symptomy jedu (Skuhrovec, 2010, s. 36).

Zajímavostí může být, že všechny možné druhy tanečních mání se objevují v době, kdy je na společnost vyvíjen nátlak nebo persekuce. „*Všechny tyto tance dostaly nálepku nemoci či poruchy, ale ve skutečnosti nebyly ničím jiným nežli konvulzivními tanci. Zkušenost tančících lidí byla považována za podivnou či nemorální, nicméně pro obyvatele zemí, kde se tyto tance vyskytovaly, měly nesporně hluboký význam.[...] U preliterárních společností se naopak setkáváme s přijetím těchto jevů a jejich bezpečnou integrací do každodenního života komunity.*“ (Zedková, Tanečně pohybová terapie, 2012, s. 21).

Další důležité období, kdy měli lidé potřebu vyjádřit své duševní stavy a emoce pohybem a tancem, byl začátek 20. století, kdy oproti jisté ustrnulosti baletní formy, začali tanečníci zdůrazňovat autenticitu, spontaneitu a individuální výraz tance. První zastánci nové formy svým tancem vyjadřovali pocity zoufalství, frustrace, sociální krize a konfliktu. Významnou soudobou osobností byla Isadora Duncan, která odmítla

baletní techniku a k vyjádření vlastních pocitů používala improvizaci. Zkoumala základní principy tance a pohybu a většina jejich zjištění nastiňuje základní principy, na nichž poté stavěla TPT (Zedková, 2012, s. 21).

## **7.3 Teoretická východiska**

### **7.3.1 James-Langova teorie o původu emocí**

Tato teorie poukazuje na prožitek tělesných počitků, vjemů a pohybů, jež jsou okamžitou odpovědí na vnímání stimulu. Stojí na předpokladu, že tělesné vyjádření nenásleduje po prožití určité emoce (což je přirozený způsob, jak o emocích přemýšlíme), nýbrž že tělesná změna doprovází emoci okamžitě při jejím prožívání (Čížková, 2005, s. 40).

### **7.3.2 Focusing**

Technika Eugena Gendlina zvaná focusing je v TPT často využívána. Její princip spočívá v teorii, že na somatické úrovni existují určitá ohniska, k nimž se vážou konkrétní tělesné pocity. Každému tělesnému ohnisku odpovídají jevy na psychické úrovni a tyto jevy se mohou vynořovat ve formě představy, obrazu nebo konkrétního pojmu (Čížková, 2005, s. 41).

První úroveň prožívání je somatická, která zahrnuje vše, co může člověk prožívat. Jedinec provádí reflexi smyslových a kinestetických počitků, vjemů nebo emočních stavů. Druhá úroveň je symbolická, navazuje na úroveň první a umožňuje jedinci verbalizovat prožitou zkušenost, což umožňuje tuto zkušenost určitým způsobem sdělit. Čím jasnější a uvědomělejší je vnímání kinetických a smyslových vjemů a hranic vlastního těla, tím jasnější je pocit vlastní identity (Čížková, 2005, s. 42).

## **7.4 Cílové skupiny**

TPT se uplatňuje v různých oblastech práce s lidmi a v různých oblastech, především však jako:

1. Primární prevence a oblast rozvoje osobnosti

2. Sekundární prevence v oblasti psychoterapie
3. Terciální prevence jako součást udržovací péče (Zedková, 2012, s. 103).

TPT tak může pracovat s celou škálou klientů, např. s lidmi s mentálním postižením, lidmi s poraněním mozku, ale i pacienty s neurotickou poruchou. Pro účely své práce jsem vybrala jednu skupinu, a to dětí a dospívajících, kterou zde rozvedu podrobněji.

#### 7.4.1 Ohrožené děti a dospívající

U dětí a dospívajících se TPT aplikuje nejčastěji v rámci školských zařízení, kde se užívá jako prostředek k prevenci agresivity. Práce s klientem začíná obvykle rozehrátím, které probíhá pomocí zrcadlení, zvětšování, zmenšování nebo dokončování pohybů. Těmito aktivitami se dítě integruje do skupiny, dojde k uvolnění atmosféry, vytvoří se synchronicita a koherence ve skupině. Po fázi rozehrátí následuje skupina technik, které podporují socializaci, pomáhají budovat kladné postoje k vlastnímu tělu a jeho hranicím, rozvíjejí pozornost. Dochází k rozvoji exprese a pohybů, iniciativa zde vychází ze strany dětí. Proces je ukončen v kruhu, kdy dochází k vzájemnému sdílení a zpracování svých prožitků (Bič, 2011, s. 122).

Děti se tak naučí být ve spojení se svým tělem v různých stavech – jak v klidu, tak i v pohybu. Mohou se tak cítit bezpečně a příjemně, i když nejsou přímo v pohybu, což jim umožňuje zachovat klid a nadhled v zátěžových situacích. U ohrožených dětí a dospívajících se můžeme někdy setkat s tzv. fenoménem nekontrolovaných pohybů, kdy někteří jedinci neumějí najít hranici mezi neohrožujícím bezpečným pohybem a pohybem ohrožujícím, který ohrožuje druhého člověka nebo celou skupinu. V těchto případech se pracuje s uvědoměním si vlastního těla a jeho hranic, následně na uvědomění si hranic ostatních členů skupiny (Bič, 2011, s. 122-123).

Při práci s dětmi s poruchou autistického spektra je vhodné využít techniku zrcadlení a reflexi pohybů. Protože některým dětem způsobuje problémy pouhá terapeutova přítomnost a zrcadlení tváří v tvář, nevyužíváme pouze zrcadlení v přímém zorném poli, ale i např. kinestetickou empatii, která probíhá ve třech fázích:

1. Terapeut se pohybuje ve stejném prostoru jako klient a imituje jeho pohyby.

2. Začíná synchronizace s klientem, kdy se z jednostranného projevu klienta stává dialog s terapeutem.

3. Mezi klientem a terapeutem probíhá komunikace, do níž vstupují nové pohyby, pohyb z obou stran je kreativní (Bič, 2011, s. 123).

TPT je dále vhodná pro děti s ADHD, poruchami chování, zneužívaných a jinak traumatizované (válečné zóny, uprchlické tábory, atd). (Zedková, 2012, s. 104).

## 7.5 Techniky

### 7.5.1 Bazální tanec Marian Chaceové

Chaceová se inspirovala ve Freudově psychoanalýze a Reichchově vegetoterapii a jako protiklad k tanci založeném na přesně vymezené technice, vyvinula volný (bazální) tanec, který umožňuje symbolicky vyjádřit vnitřní pocity a případné konflikty, které jedinec často nedokáže verbalizovat a vyjádřit přímo. Mnohé z jejích postupů slouží dodnes jako inspirace terapeutům TPT. Je to např.

- úvodní zahřátí a rozcvičení jednotlivých částí těla
- vybrání jednoho člověka jako vedoucího skupiny, který nabízí pohybový materiál, ten skupina přijímá, zrcadlí jej a synchronizuje
- taneční improvizace na určitá témata
- střídání interpersonální a intrapersonální komunikace
- verbalizace a sdílení emocí v závěru setkání (Dosedlová, Kantor, 2013, s. 20).

### 7.5.2 Autentický pohyb Mary Starks Whitehouseové

Whitehouseová vychází z Jungovy techniky aktivní imaginace, kterou pozměnila pro účely TPT. Člověk se zaměří do svého nitra a čeká na impuls k pohybu. Ve chvíli, kdy se impuls vynoří, u něj stačí držet pozornost a impuls se sám začne rozvíjet na základě nevědomé dynamiky. Je důležité nečinit pohyb vědomě, ale čekat na něj. Je tedy nutné být otevřený nevědomému a zároveň vědomě reflektovat možný symbolický význam (Dosedlová, Kantor, 2013, s. 21).

Whitehouseová klade důraz na dvě formy, které je nutné rozlišovat. První je forma **hýbat se**, což odpovídá vědomé rovině a **být hýbán**, což je nezáměrný pohyb

vycházející z nevědomé roviny. Průnik obou rovin představuje bytostné Já<sup>8</sup>, které zahrnuje vědomý i nevědomý pohyb a spojuje to, co se mi přihodí s tím, co dělám (Dosedlová, Kantor, 2013, s. 21).

### 7.5.3 Body-ego technika Trudi Schoopové

Trudi Schoopová se proslavila jako umělkyně spojující moderní tanec s pantomimou, od 60. let 20. stol. působila především jako taneční terapeutka. Její klientelu tvořili psychotičtí pacienti, u nichž se zaměřovala na rozšíření a změnu tělesného sebepojetí. Věřila, že pokud dojde k tělesné změně a strnulé a nepoddajné lidské tělo se podaří rozhýbat, tato změna se promítne i do roviny myšlení a prožívání, tedy do roviny psychické. Její hlavní technikou bylo zrcadlení. Velmi přesně napodobovala postoje svých pacientů, jejich držení těla, pohyby i způsob chůze, aby se tak mohla co nejvíc přiblížit jejich vnímání světa a prožitkové zkušenosti (Dosedlová, Kantor, s. 21).

Její cílem bylo:

1. U každé osoby rozpoznat části těla, které jedinec buď nepoužívá, nebo je nepoužívá správně a nasměrovat jej k funkčnímu jednání.
2. Navázat vztah mezi tělem a myšlením, tedy mezi realitou a představivostí.
3. Užívat všechny stránky pohybu, což postupně povede ke zvýšené schopnosti přizpůsobit se prostředí a zakoušet sebe jako celistvou a fungující bytost (Dosedlová, Kantor, s. 22).

## 7.6 Cíle

Jako hlavní cíl TPT lze považovat **re-integraci** člověka na ose tělo-emoční prožívání – mozek, která se děje učením pomocí specificky a cíleně používaného pohybu/tance. V oblasti primární prevence a rozvoje osobnosti je cílem uvolnění kreativity, vyvážení stresujícího životního stylu, sebepoznání a rozvoj, popř. zlepšení vztahů a profesních dovedností, např. hereckých, tanečních nebo manažerských (Zedková, 2012, s. 106).

Jestliže je TPT používána jako léčebný prostředek, tj. v oblasti sekundární prevence, existují tři druhy cílů:

---

<sup>8</sup> Bytostné Já je jeden z nejdůležitějších archetypů. Představuje symbol celosti, které je potřeba ve svém životě postupně dosáhnout.



1. **Cíle na pohybové úrovni.** Jde o reintegraci fyzických a psychických aspektů emoční zkušenost, k nimž patří např. revitalizace, aktivace, podpora formování zdravého obrazu o těle, podpora organizovaného pohybu, či alespoň zmírnění dezorganizace, která se u závažné psychopatologie vyskytuje.
2. **Zlepšení interpersonálního fungování.** K dosažení tohoto cíle slouží zejména skupinová forma TPT a napomáhá jí technika sdíleného vedení, kdy jeden člen skupiny nabízí ostatním vlastní expresivní pohyb, skupina tento pohyb přijímá a opakuje jej. Tato technika zesiluje pocit osobní význačnosti a autonomie tomu, kdo skupinu vede. U skupiny následující pohyb je podporovaná neverbální empatie, u obou je podpořena kooperace ve skupině a pocit sounáležitosti.
3. **Zpřístupnění emočních témat a jejich vyjádření.** Otevření a následná práce s emočními tématy je možná pouze u jedinců s dobře strukturovanou sebeidentitou. Základem je vytvoření bezpečného prostředí, v němž je možno otevřít a vyjádřit obtížně přístupné a vyjádřitelné emoční témata (traumata), a to pomocí skupinového pohybu, fantazijních obrazů, symbolů a metafor (Zedková, 2012, s. 106).

## 7.7 Metody

V TPT se pracuje s tzv. **pohybovou metaforou**, tedy symbolem obsaženým v pohybu nebo postoji. Symbol existuje mezi terapeutem a klientem a zprostředkovává spojení mezi vědomím a nevědomím. Klient postupně nabízí, ať už vědomě či nevědomě, jednotlivá témata a terapeut ve spolupráci se skupinou nebo samotným klientem vybírá, na které z nich se zaměří (Zedková, 2012, s. 40).

Nepostradatelnou součástí TPT je **verbalizace**, která napomáhá vyjasňování nových pohybových zkušeností a získávání vhledu. Při používání této metody je však nutné, aby měl terapeut na paměti vývojový stupeň a schopnost symbolizace klienta nebo skupiny. Verbalizace u schizofrenních klientů musejí být jasné a stručné, pacienti s hraniční poruchou osobnosti mají obtíže s propojováním afektivního a kognitivního modu. U neuróz a psychosomatických onemocnění je vhodné užívat abstraktní obrazy a metafory, protože právě ony poskytují prostor pro práci s vytěsněnými obsahy (Zedková, 2012, s. 42).

Někdy je v TPT používán i **fyzický kontakt**, dotyk. Jakékoliv použití fyzického kontaktu je však potřeba pečlivě zvážit, a to nejen v TPT, ale u terapií obecně. Je potřeba pamatovat na to, že klient nemusí mít jasné vědomí hranic a může snadno přistoupit na jejich překročení. Zodpovědnost navrhopvat fyzický kontakt leží na terapeutovi a měl by k němu přistoupit až tehdy, je-li si jistý, že je na něj klient připraven (např. na základě neverbálních signálů) a může se svobodně rozhodnout o jeho přijetí nebo odmítnutí. Takovým signálem může být spontánní objevování se fyzického kontaktu ve skupině, což však může být i ukazatelem jiných procesů (sexualizace, agresivita, apod). Terapeut musí umět fyzický kontakt nabídnout a zdůraznit, že je možné jej odmítnout, a umět nabídnout alternativu v případě odmítnutí (Zedková, 2012, s. 43).

## 8 Dramaterapie

### 8.1 Historie

Historické kořeny dramaterapie jsou spjaty s antickým Řeckem. **Aristoteles** přikládal dramatu katarzní účinek, antické divadlo Dromokaiton je spojeno se jménem **Lyketsa**, který organizoval představení psychotických herců. **Celius Aurelius** řadí dramatické a hudební prostředky mezi léčebné postupy a žánry strukturuje podle nemoci – pro depresi doporučuje pantomimu, tragédii naopak pro hravou infantilitu. Tento princip stojí na vyvážení protikladů, kdy duševní porucha měla být vyvážená protikladem estetiky hry (Valenta, 2011, s. 112).

S pojmem dramaterapie však jako první přichází **Peter Slade** ve své přednášce v roce 1939. V roce 1946 publikuje **Alfred Solomon** knihu s názvem *Drama Therapy*, první dílo vycházející z praxe (Valenta, 2011, s. 113).

### 8.2 Vymezení

Divadlo a drama můžeme rozdělit podle zaměření, podle účelu, jakému slouží. Divadlo může být **edukačním** prostředkem, nebo sloužit v léčebném oboru, potom hovoříme o prostředku **terapeutickém**. Pokud divadlo slouží k nedivadelnímu účelu, nazýváme takové odvětví jako paradivadelní. (Valenta, 2011, s. 13).

Existují tak **paradivadelní systémy edukační**, kam patří dramatická výchova, jinak též výchovná/tvořivá dramatika, tvořivé drama nebo dramika, která se definuje *jako „improvizovaná, k předvádění neurčená a na vnitřní proces práce orientovaná forma dramatu, v níž jsou účastníci vedeni učitelem k představování si, hraní a reflektování lidské zkušenosti.“* (Valenta, Dramaterapie, 2011, s. 13). Dramatická výchova vychází z obsahu dramatického umění a využívá jeho prostředků, např. metodu improvizace, vstupování do rolí, simulaci k dosažení psychologických a pedagogických cílů (Valenta, 2011, s. 13)

**Dramatická výchova** může být buď samostatným předmětem ve školním kurikulu, může však působit i jako didaktická a výchovná metoda v osobnostním rozvoji. Zajímavostí je *divadlo se výchově* (theatre in education), které hrají většinou profesionální herci a které se zaměřuje na vzdělávací a výchovné cíle. Některé soubory tohoto typu divadla dovolují žákům vstupovat do předem připravených rolí na scénu a

částečně variovat děj i obsah představení, na jeho konci následuje rozbor obsahu hry a reflexe žáků společně s herci souboru (Valenta, 2011, s. 14).

Na terapii zaměřené drama a jeho odvětví nazýváme **paradivadelní systémy terapeutické povahy**, kam kromě dramaterapie spadá i psychodrama, sociodrama, psychogymnastika, aj. Tyto směry mají některé společné rysy s dramaterapií, není však cílem práce se jimi podrobněji zabývat. Přesto však bych kvůli lepší představě o rozlišnosti obou přístupů nastínila jedno porovnání, a to rozdíl mezi dramaterapií a psychodramatem. Dramaterapie je na rozdíl od psychodramatu aktivitou skupinovou, neřeší problémy jednotlivce, nezabývá se individuálními traumaty a nesnaží se je dostat do vědomí a ztvárnit je. Její snahou je hledání alternativního postoje nebo modelu chování, má volnost v oblasti stylizace a kreativity (psychodrama staví na realismu), zvýšenou měrou pracuje s divadelními prostředky, jednotlivci hrají jiné postavy (rolové hry). Psychodrama pracuje v oblasti individuálního nevědomí, dramaterapie zpracovává modely archetypálního chování a prožívání, akcentuje tedy oblast kolektivního nevědomí (Valenta, 2011, s. 24-25).

Co se týče samotného definování dramaterapie, neexistuje ani zde jedna možná definice. V českém prostředí se dramaterapií zabývá nejvíce Milan Valenta, proto jsem vybrala jeho definice, která dramaterapii definuje jako *„záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle [...], duševní i fyzické integrace a osobního růstu.“* (Valenta, Dramaterapie, 2011, s. 23).

Dramaterapie má svůj původ v různých terapeutických směrech, a to především těch, které využívají ke své práci divadelních postupů a technik. Jsou to převážně dějově orientované přístupy, jako např. Gestalt terapie, kognitivně-behaviorální nebo analytická terapie (Valenta, 2011, s. 15).

### 8.3 Pojetí a cílové skupiny

Podobně jako se rozdělují paradivadelní systémy, rozděluje se také samotná dramaterapie. Po formální stránce zde máme **klinickou** (psychoterapeutickou) a

**edukativní** (speciálně pedagogickou). Toto rozdělení je opodstatněné, protože již delší dobu existuje dualitní přístup ve vzdělávání a přípravě specialistů v této oblasti i jejich následném směřování (Valenta, 2011, s. 30).

Pomocí edukativní dramaterapie se pracuje s dětmi, žáky, studenty a mladými dospělými se speciálně vzdělávacími potřebami (osoby se zdravotním postižením či se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, např. ADHD, ADD, poruchy chování a emocí, tikové poruchy, poruchy sociálních vztahů, aj.). Cílovou skupinou psychoterapeutické dramaterapie jsou klienti se schizofrenií, afektivními, úzkostnými, asociativními a jinými neurotickými poruchami, ale i sexuální dysfunkcí nebo anorexií (Valenta, 2011, s. 30).

## 8.4 Cíle

Cíle dramaterapie jsou velmi variabilní a vyplývají ze zaměření jednotlivce. Pokud se bude v terapii nacházet klient s autismem, bude se klást důraz na změnu jeho chování. Terapeut v takovém případě musí dodržovat přísnou strukturu a soustředit se na využití modulačních faktorů v hlase, pozorování v zrcadle, atd. Jinak tomu v případě práce se seniory, kde bude hlavním cílem např. cvičení paměti (Valenta, 2011, s. 38).

Můžeme však říct, že k všeobecným cílům dramaterapie patří:

- redukce tenze
- rozvoj empatie
- zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence
- získat schopnost uvolnit se
- změna nekonstruktivního chování
- schopnost zvládnout své emoce
- rozvoj představitivosti a koncentrace (Valenta, 2011, s. 39)

U dětí s mentálním postižením můžeme najít konkrétněji formulované cíle shrnuté do pěti bodů.

1. Zaměřit se na důkladné poznání dětí a navázat s nimi kontakt prostřednictvím dramatických her a improvizací.
2. U dětí rozvíjet vnímání, komunikaci, sociální cítění, rytmus a pohyb.

3. Zaměřit se na vztahy ve skupině.
4. Vycházet z postižení dítěte a jeho mentální úrovně.
5. Neočekávat okamžité výsledky a při dalším rozvíjení hry vycházet z reakcí dítěte (Majzlanová, 2004, s. 33).

Dramaterapie je prostředek, který rozvíjí sociální schopnosti u postižených, narušených, ohrožených a dlouhodobě nemocných dětí. **Základním cílem** u dětí s postižením je oslovit v dítěti to, co je schopné rozvoje a poskytnout příležitost k rozvoji. **Konečným cílem** léčebněpedagogického procesu je ovlivnění hodnotového systému jedince, zejména prosociálním směrem (Majzlanová, 2004, s. 33).

## 8.5 Modely

### 8.5.1 Model tvořivě-expresivní

Uvedený model využívá tvořivých možností dramatu. Jsou to zážitkové formy hry, které směřují od **smyslové hry**, kdy dítě objevuje sebe prostřednictvím hraček a předmětů, přes **symbolickou hru**, v níž dítě prostřednictvím symbolů vyjadřuje aspekty vlastní reality, po **hru rolou**. V ní dítě přebírá roli někoho jiného, je to hra na jakoby (Majzlanová, 2004, s. 37).

### 8.5.2 Model úkolů a zručnosti

Model úkolů a zručnosti pomáhá jedinci vyzkoušet si v bezpečném prostředí role, kterých je v běžném životě součástí. Prostor dramaterapie umožňuje experiment a vyjádření způsobem, který jedinec není běžně schopen. Umožňuje i odlišné způsoby reakcí a chování, a tím i (nepřímou) konfrontaci se svou situací. Tento model je vhodné uplatnit pro týrané a zneužívané děti, při poruchách řeči, psychické deprivaci a úzkosti (Majzlanová, 2004, s. 38).

### 8.5.3 Model terapeutického dramatu

Terapeutické drama využívá lidových pohádek, bajek, mýtů a legend k vytvoření paralely klientova života. Prostřednictvím příběhů je možné dát nový náhled na daný

problém, porozumět mu a najít řešení. Dramaterapeut definuje problém skrze terminologii mýtu, čímž se mýtus pro klienta stává reálným. Příběhy v dramaterapii jsou založeny na domněnce, že mýtus reprezentuje naši interpretaci reality, což umožňuje schopnost interakce mezi vnitřním a vnějším světem (Majzlanová, 2004, s. 39).

## 8.6 Techniky

Následující techniky slouží dramaterapeutům jako zdroj inspirace, neexistuje žádná jedna provždy daná metodika. Tyto techniky jsou často využívány společně s ostatními příbuznými disciplínami, především s Gestalt terapií, kognitivně-behaviorální terapií, tanečně-pohybovou terapií nebo psychodramatem (Valenta, 2011, s. 151).

- **Emocionální pantomima** – klient si vybere (nebo mu je přidělena) emoci, kterou bude ztvárňovat. Ostatní členové skupiny hádají, o jakou emoci se jedná. Cvičení umožňuje plně si uvědomit své emoce, vyjádřit je a povzbudit se v jejich projevu. Pantomima je vhodná na začátek nebo konec sezení (Valenta, 2011, s. 153).
- **Představ sebe jako někoho jiného** – tato technika je vhodná na počátek prvního sezení, kdy se členové skupiny ještě vzájemně neznají. Vhodná je pro neurotiky, naopak se nedoporučuje psychotikům, pro které je tato aktivita dezorientující a přinášející zmatek.  
Skupina se rozdělí do párů. Každý z páru se tomu druhému představí idealizovaně, tedy tak, jak by sám sebe rád viděl. Na základě vyprávění se jeden snaží u druhého na základě své zkušenosti i signálu vysílaných partnerem oddělit pravdu v jeho vyprávění od výmyslu a odhadnout kulturně-sociální zázemí partnera. Nakonec se veřejně interpretují výsledky analýzy (Valenta, 2011, s. 156).
- **Telefon** – doprostřed místnosti je položen odpojený telefon, který evokuje možnost někomu si zavolat. Na začátku lekce do místnosti vpadne našťvaný adolescent, popadne sluchátko a volá „Haló?“ (pauza). „Ahoj, táto, cože, jak se mám? No, jak se můžu mít v pekle? V pekle, kam jsi mě dostal, člověče! Tak se

mám!“ a praští sluchátkem. Terapeut se skupiny ptá, kdo může být otec volajícího a co asi mohl říkat. Klient, který se bude domnívat, že zná odpověď, je obsazen do role otce, další člen skupiny zase do role volajícího a lekce začíná. Technika je vhodná pro adolescenty, které je těžké něčím zaujmout a vybídnout je ke spolupráci. Telefon je vhodný prostředek, jim známý a běžně používaný, který je snadno vtáhne do reálné scény a umožní tak ventilovat své potlačené pocity (Valenta, 2011, s. 162).



## 9 PRAKTICKÁ ČÁST

### 9.1 Muzikoterapie v Základní škole Zahrádka

Základní škola Zahrádka byla zřízena v roce 1997 za účelem vzdělávání klientů Integračního centra Zahrada.<sup>9</sup> Zahrádku navštěvují děti s těžkým kombinovaným postižením a s poruchami autistického spektra, kdy je vždy dominantní postižení mentální.

Škola má kapacitu 36 žáků, kteří jsou rozděleni do 6 tříd. Pět tříd jsou rehabilitační a jedna se specializuje na žáky s poruchou autistického spektra. Každý žák má svůj individuální výchovně-vzdělávací plán, podle něhož je vzděláván a který vychází ze ŠVP.

Základem je tedy individuální vyučování, jehož cílem je osvojení základních vědomostí, dovedností a návyků jako je sebeobsluha, motorika, ale i pracovní a komunikační návyky. Cílem je získat určitou míru soběstačnosti. Mimo individuální práci je výuka doplněna o skupinové vyučování v malém kolektivu, kde si žáci rozšiřují především sociální kompetence.

#### 9.1.1 Shrnutí získaných informací

Marie Ř. pracuje v Základní škole Zahrádka jako muzikoterapeutka a speciální pedagožka. Z muzikoterapie má státnice, absolvovala také dvouleté studium Edukační muzikoterapie v rámci celoživotního vzdělávání a této terapii se věnuje přibližně deset let.

Praktikuje především individuální formu, zařazuje však i skupinovou – počet žáků na učitele je vždy pět na tři dospělé, někdy pracuje sama se dvěma až třemi dětmi. Na terapii má vyhraněný muzikoterapeutický ateliér, využívá i místnost snoezelen. Pracuje především s dětmi s poruchou autistického spektra.

Marie Ř. vychází z celostního pojetí muzikoterapie dle Tomáše Procházky, využívá však i bazální stimulaci, aromaterapii, sensorickou integraci a ABA terapii

Kombinuje relaxační, edukační a aktivizační metody, postupuje podle metody prožitkové vlny. Začíná vždy tzv. uvítací písní na začátku a hodinu završuje symbolickým ukončením. Edukační metody zde nejsou primární.

---

<sup>9</sup> Denní stacionář pro děti s kombinovaným postižením ve věku 6-20 let.

Při muzikoterapii využívá velkou škálu hudebních nástrojů jako kytaru, bubny, Orffovy a etnické nástroje, melodické perkuse<sup>10</sup>, chřestidla, zvonkohry, audio vybavení, světelnou techniku, polohovací pomůcky, deky a hračky. Tyto pomůcky jsou zakoupené školou, není však problém, aby škola na podnět Marie Ř. další potřebné pomůcky dokoupila.

Součástí vzdělávacího programu školy je mnoho metod, které Marie Ř. jmenovala, mimo výše zmiňované je to například ještě logopedie, fyzioterapie, ergoterapie, canisterapie, hipoterapie. Některé z těchto metod nejsou tolik známy, proto bych je ráda na tomto místě přiblížila.

- **Bazální stimulace**

Bazální stimulace je vědecký koncept používaný nejprve v pedagogice, poté i v ošetrovatelství. Podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti a je postaven tak, aby podporoval zachovalé schopnosti žáka nebo klienta. Do procesu je zapojen nejen samotný klient/žák, ale i jeho příbuzní, zejména nejbližší osoba (Bazální stimulace [online]).

Autor konceptu je profesor Andreas Fröhlich, který během svého doktorského studia při práci s dětmi trpícími těžkou mentální retardací prokázal, že lidský organismus potřebuje pro svůj vývoj dostatek podnětů – mimo zrakových, sluchových, chuťových, čichových i somatické<sup>11</sup>, vestibulární<sup>12</sup>, vibrační<sup>13</sup> a haptické. Jestliže je prostředí člověka málo podnětné, dochází k **senzorické deprivaci**, při nedostatku pohybu hovoříme o senzomotorické deprivaci, která má při dlouhodobém působení a masivním rozsahu za následek poškození intelektu. Nejvíce jsou oběma typy deprivací ohroženi lidé s omezenou možností pohybu, např. při onemocnění, úrazu, vrozeném mentálním či somatickém postižení. Hospitalizace umocňuje pohybovou inaktivitu (např. napojení na přístroje), což vede

---

<sup>10</sup> Melodické perkuse je široká skupina laděných nástrojů, na něž se hraje pomocí úderů prstů, dlaní nebo paličkami.

<sup>11</sup> Podněty vnímané kůží

<sup>12</sup> Vestibulární aparát uvnitř lidského ucha má schopnost určit polohu v prostoru, uvědomit si pohyb, vnímat rovnováhu.

<sup>13</sup> Patří sem podněty jako chvění, hlasy, tóny a zvuky, které člověk vnímá tělem.

k podnětové deprivaci. Základními prvky tohoto konceptu jsou tedy **pohyb, komunikace a vnímání** (Bazální stimulace [online]).

- **Senzorická integrace**

Je jeden z přístupů používaných v dětské rehabilitaci, který napomáhá zpracovat smyslové vjemy. Nazývá se tak i schopnost člověka zpracovat a integrovat smyslové informace, a to nejen z okolního prostředí, ale i z vlastního těla. Díky organizaci přicházejících podnětů se člověk cítí ve svém okolí bezpečně, dokáže adekvátně reagovat na vzniklé situace a řešit je. Pokud je tato funkce oslabená, hovoříme o poruše senzorické integrace. Zakladatelka této teorie, J. Ayres, pracovala v 70. letech s dětmi s poruchami učení, chování a percepčními vadami. Díky své práci vyzorovala, že některé děti obtížně zpracovávají smyslové stimuly a nedokážou adekvátně reagovat. Porucha senzorické integrace zasahuje do všech oblastí psychomotorického vývoje dítěte. Senzorická integrace jako terapie je vhodná pro:

- děti s nerovnoměrným psychomotorickým vývojem
- děti s hyperaktivitou a poruchou pozornosti
- děti s dyspraxií
- děti, které negativně reagují na sebeobslužné činnosti
- děti s poruchami autistického spektra
- děti s kombinovaným postižením (Asociace senzorické integrace [online]).

- **Princip prožitkové vlny**

Používá se u klientů, kteří jsou odkázáni na institucionalizovanou péči. Pracuje se zde strukturovaně se základními potřebami klienta. Začíná se abreakcí (prožitím potlačeného napětí), většinou pomocí spontánní hry například na bicí nástroje a směřuje se k relaxaci. Cesta od abreakce k samotné relaxaci obsahuje různá cvičení, např. cvičení hlasové techniky, které bývá zařazeno kvůli emočnímu přeladění a zklidnění fyziologických procesů během abreakce, dále to mohou být dotekové techniky (masáže,

reflexivní terapie), ale i používání hudebních nástrojů, např. Orffovy nebo různé etnické jako tibetské mísy (Müller, 2014, s. 285).

- **ABA terapie – Aplikovaná behaviorální terapie**

Aplikovaná behaviorální terapie (ABA) vychází z předpokladu, že se problémové i neproblémové chování nevyskytují náhodně, ale je řetězcem na sebe navazujících událostí. Určité faktory spouštějí určité chování, které je zase udržováno faktory po něm následující, což lze graficky vyjádřit graficky přibližně takto (Jůn, s. 81 [online]):

A → B → C



A – spouštěč

B – vlastní chování

C – následek, zpevňovač

K tomu, aby se vyskytlo určité chování (B), je potřeba, aby mu přecházely specifické spouštěče (A). Aby se dané chování (B) v budoucnu opakovalo, musí po něm udát takové následky (C), které jedinci přinesou dostatečný zisk a motivují jej chování opakovat (B).

Jako příklad uvádí Jůn situaci, kdy jde dítě s matkou do hračkářství a chce hračku. Protože u dítěte není plně rozvinuta komunikační funkce, začne křičet a matku kopat. Matka chování svého dítěte na veřejnosti nevydrží a hračku koupí. Tím zpevňuje problémové chování. Dítě si uvědomí, že když bude křičet a kopat, je větší pravděpodobnost, že hračku dostane (Jůn, s. 82 [online]).

ABA vychází ze stejných principů jako kognitivně-behaviorální terapie, na rozdíl od ní je však ABA nezávislá na vůli klienta spolupracovat s terapeutem. Proto se používá u lidí s mentální retardací a autismem. ABA vychází z předpokladů, že:

- A. Každé lidské chování je vyjma základních instinktů naučené
- B. Žádoucím i nežádoucím chování se člověk učí stejnými principy
- C. Nežádoucí chování lze odstranit nebo přeučit pomocí těch samých principů učení, které vedly k jeho vytvoření
- D. Podmínky, které měly za následek vytvoření daného chování, nemusí způsobovat, že chování bude přetrvávat i do současnosti (Jůn, s. 82 [online]).

Samotné zaznamenávání problémového chování může být dvojí – behaviorální a funkční. Při **behaviorálním** jde o to zjistit, kdy, kde a s kým se problémové chování vyskytuje, co mu předchází a co následuje. Při **funkčním** se snažíme zjistit, proč se problémové chování vyskytlo a proč přetrvává (Jůn, s. 84 [online]).

- **Harmonizační lůžko**

Harmonizační lůžko je speciální, hudebně-masážní stůl, který pro potřeby alternativní terapie v ZŠ Zahrádce vyrobil Karel Hanzík. Většina těchto vyrobených stolů fungují v zařízeních pro děti s kombinovaným postižením (střední až hluboká mentální retardace a vady hybnosti), které jsou doprovázeny smyslovým postižením. Harmonizační lůžko funguje následující způsobem: Klient si lehne na stůl, pod nímž jsou nataženy struny. Na struny hraje terapeut, struny rozechvívají stůl a následně i klienta ležícího na stole. Vibrace strun v kombinaci s tóny navozují stav relaxace, která se díky chvění strun působí i fyzicky (Hanzlík, [online]).

- **Snoezelen**

Koncept Snoezelenu je alternativní, speciálně pedagogická metoda, která stojí na vybudování speciálního prostředí, naprosto odlišného od prostředí běžného, v němž se člověk dennodenně pohybuje. Snoezelen vychází z toho, že vnímání a poznávání okolí, získávání nových zkušeností a z toho vyplývající komplexní rozvoj osobnosti zabezpečují primární smyslové vjemy a doprovodné pocity a pohyby, které však v běžném životě osob se speciálními vzdělávacími potřebami mohou být nesprávně prožity a zpracovány.

Tradičně se Snoezelen aplikuje ve speciálních místnostech, kde jsou rozličné multifunkční zařízení a pomůcky, jež mají pomocí světelných, zvukových, čichových a chuťových podnětů stimulovat smysly (Janků, 2010, s. 126).

Snoezelen je „prostředí, které vytváří pocity pohody, uvolnění, zklidnění, ale také aktivizuje, stimuluje, probouzí zájem, řídí a klasifikuje podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje komplexní rozvoj, snižuje pocity strachu, úzkosti, vyvolává pocity jistoty a bezpečí.“ (Janků, Využívání metody snoezelenu u osob s mentálním postižením, 2010, s. 127).

## 9.2 Muzikoterapie v Diakonii ČCE

Diakonie Českobratrské církve evangelické (Diakonie ČCE) pomáhá lidem se zdravotním postižením i těm, kteří se dostali do nepříznivé životní situace. Poskytuje sociální, zdravotní a vzdělávací služby pro přibližně 140 zařízení v ČR, zaměřuje se i na humanitární pomoc jak v České republice, tak v rozvojových zemích.

Samotná škola vznikla v roce 1993 a byla součástí Dětského centra Diakonie ČCE, v roce 2004 získala vlastní právní subjektivitu. Škola se zaměřuje na vzdělávání dětí a žáků s mentálním postižením, kombinovanými vadami a autismem. Vzdělávat se mohou žáci v mateřské nebo základní škole, a to ve věku od 6 do 23 let.

### 9.2.1 Shrnutí zjištěných informací

Paní Ivana K. si během své práce s muzikoterapií postupně vypracovala své vlastní pojetí, které jí ale není vzhledem k chápání smyslu muzikoterapie vlastní, nicméně v podmínkách jejího pracoviště se dá lépe aplikovat (kvůli velmi různorodé skupině dětí, viz dále). Zpočátku své práce čerpala z knihy Zdeňka Šimanovského a kurzů Evy Jenčkové.

Muzikoterapii se věnuje přibližně pět let, vystudovanou ji však nemá. Hudbě se dále věnuje v malém lokálním souboru. Muzikoterapie v této škole není braná jako samostatný předmět, ale jako zájmová činnost.

Pracuje s dětmi MŠ a žáky ZŠ Diakonie, kteří jsou ve velmi širokém rozpětí - od 6 do 23 let. Tomu se přizpůsobuje i cíl muzikoterapeutické hodiny. Hlavním cílem je, aby se děti připravily na to, co je v hodině čeká, a dále zklidnění, aby byly schopné pozitivně reagovat na dané podněty, a to buď aktivním, nebo pasivním způsobem.

Žáci docházející na muzikoterapii jsou ve skupině po šesti, kdy jsou faktory jako věk, schopnosti a vnímání na velmi rozdílných úrovních. Je proto velmi problematické tuto skupinu sladit. Přestože má zde muzikoterapie skupinovou formu, v konečném důsledku se skupina tříští na práci s jednotlivci. Jak už bylo řečeno, problém leží ve velké různorodosti dětí. Kvůli ní nejde pracovat se skupinou jako celkem, je nutné vždy věnovat nějaký čas jednotlivci. Tento čas ale zase nemůže být příliš dlouhý, jinak začnou být zbývající členové skupiny příliš neklidní, nesoustředění a začnou se

vzájemně rušit při práci. Mohli bychom říct, že se tedy nejedná ani o výhradně skupinovou, ani o čistě individuální formu.

Hodina většinou začíná zpíváním lidových písniček nebo recitací říkadel doprovázených pohybem. Následuje edukační část přizpůsobená složení dané skupiny, zde probíhají dechová a smyslová cvičení, práce s písní a nástroji (převážně Orffovými). Za důležitou považuje Ivana K. závěrečnou relaxaci, která probíhá vleže. Ke zklidnění a relaxaci žáků dochází pomocí poslechu relaxační hudby, kterou někdy Ivana K. doprovází bubínky, chrastítka a dalšími nástroji.

V hodině jsou používány různé pomůcky. Mimo zpěvníků a hudebních nástrojů jsou to obrázky, pexeso, CD s vybranými dětskými písněmi nebo relaxační hudbou, dále relaxační padák, šátky a míče. Z ostatních expresivních technik někdy Ivana K. používá arteterapii.

### **9.3 Porovnání přístupů v obou školách**

Zásadním rozdílem v obou školách je postavení samotné muzikoterapie. Zatímco v ZŠ Zahradka je muzikoterapie jako samostatný předmět a individuální/skupinová terapie, kterou vede vystudovaná muzikoterapeutka, v Diakonii se jedná o okrajovou, zájmovou činnost. Vede ji osoba, která prošla určitými vzdělávacími kurzy zaměřenými na muzikoterapii, k hudbě má blízko a je sama hudebně aktivní, avšak nemá muzikoterapeutické vzdělání a nemůže vykonávat individuální terapii. Tomu odpovídají i podmínky a práce s dětmi.

Zatímco Marie Ř. má k dispozici muzikoterapeutický ateliér i Snoezelen místnost, Ivana K. pracuje s dětmi v jejich třídě. Obě mají k dispozici velké množství hudebních nástrojů a pomůcek.

Marie Ř. vede individuální terapii, kdy sestaví muzikoterapeutický plán s cíli, stanoví si metody a pracuje s daným dítětem v pravidelném intervalu (většinou jednou týdně). Ivana K. takové možnosti nemá. Muzikoterapie má v její škole postavení jako zájmová činnost a na muzikoterapii dochází vždy různorodá skupina dětí. Přesto má hodina strukturu a jsou zastoupeny všechny druhy metod – aktivizační, relaxační i edukační s tím, že na edukační metodu není kladen takový důraz.



U obou učitelek je kladen silný důraz na relaxační funkci muzikoterapie, která má děti uvolnit, zklidnit a připravit je na další práci (Ivana K.) nebo je zbavit napětí a neklidu, s nímž do terapie přicházejí (Marie Ř.).

Někdy také dochází ke kombinování muzikoterapie s jinými, např. s arteterapií, aromaterapií, bazální stimulací atd.

## Závěr

Léčebný účinek uměleckých technik není moderní záležitostí. Léčivé účinky hudby a tance sahají až do pravěku, kdy díky zpěvu šamana a rytmickému tlučení holí do kmene stromu prováděl léčení, z něhož se postupně vyvinuly jednotlivé léčebné rituály. O katarzním účinku dramatu hovořil v antickém Řecku již Aristoteles nebo Celius Aurelius. Nejmladší z těchto disciplín je arteterapie, která se rozvinula společně s psychologií, tedy na konci 19. století jako snaha zpřesnit diagnózu psychicky nemocných lidí.

Poměrně dlouhou dobu panuje povědomí o léčebných účincích, které v sobě tyto techniky skrývají, přesto však nepanuje shoda v jejich přesném vymezení, metodách a formách. Existuje vedle sebe několik definic, možného uchopení a následné práce s nimi. Často se můžeme setkat s tím, že daná metoda je pouze doporučení a inspirace a způsob práce si volí každý terapeut sám dle individuálních potřeb klienta.

Cílové skupiny jsou taktéž rozmanité – od dětí a dospívajících, po dospělé a seniory. Od cílové skupiny se potom odvíjí cíl terapeutického procesu, který většinou leží v oblasti psychosociální a je jedno, zda se pracuje s dětmi a dospívajícími, nebo s dospělými jedinci.

Muzikoterapie je oblíbenou terapií při práci s dětmi se středním a těžkým mentálním postižením. Při jejím praktikování není potřeba rozvinutá jemná motorika jako při arteterapii, hrubá motorika jako při tanečně-pohybové terapii nebo dramaterapii. Klienti v této terapii mohou být sami aktivní (používání hudebních nástrojů) nebo pasivní (poslech hudby, harmonizační lůžko), přestože jsou například upoutáni na lůžko nebo nejsou schopni hovořit.

Při práci s touto skupinou ve školním prostředí jsme v praktické části práce mohli vidět, že je muzikoterapie používána spíše jako relaxační a komunikační prostředek, který má za úkol žáky zklidnit, připravit je na další práci ve škole a zlepšit sociální vazby ve skupině nebo ve vztahu s učitelem.

## Seznam použité literatury

1. *Asociace senzorické integrace* [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://www.senzorickaintegrace.com/cojeasi.html>
2. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8640-3.
3. *Bazální stimulace* [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
4. BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3520-7.
5. BIČ, Pavel. *Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově: expresivně terapeutické metody - cesta ke změně v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2713-3.
6. BŘICHÁČKOVÁ, Marie a Zdeněk VILÍMEK. *Muzikoterapie: možnosti využití muzikoterapie v základní škole speciální*. Praha: IPPP - Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2008. ISBN 80-868-5650-X.
7. ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4547-7.
8. DOSEDLOVÁ, Jaroslava a Jiří KANTOR. *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3682-1.
9. FRIDRICH, Pavel. Akutní psychotický stav v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. 2006 [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/09.pdf>
10. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.
11. GLENNOVÁ, Martina. Expresionismus. *Art Muzeum* [online]. 2008 [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: [http://www.artmuseum.cz/smery\\_list.php?smer\\_id=63](http://www.artmuseum.cz/smery_list.php?smer_id=63)
12. HANZLÍK, Karel. *Kantely* [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://kantely.cz/nastroje/harmonizacni-lehatko/>
13. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

14. *Institut bazální stimulace* [online]. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
15. JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5.
16. JŮN, Hynek. Aplikovaná behaviorální analýza u dětí s mentální retardací a autismem. *Speciální pedagogika* [online]., 81-88 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/696/082-088.pdf?sequence=1>
17. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
18. LHOTOVÁ, Marie a Evžen PEROUT. *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1272-0.
19. LHOTOVÁ, Marie. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. ISBN 978-80-7394-209-0.
20. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál, 2015. ISBN 80-717-8864-3.
21. LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901-8344-1.
22. MAJZLANOVÁ, Katarína. *Dramatoterapie v léčebnej pedagogike*. 2. Bratislava: IRIS, 2004. ISBN 8089018653.
23. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
24. POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Arteterapie a artefiletika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3683-8.
25. PROCHÁZKA, Tomáš. *Celostní přístup v muzikoterapii* [online]. 2008 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: [http://www.tomprochazka.cz/images/pdfs/celostni\\_pristup.pdf](http://www.tomprochazka.cz/images/pdfs/celostni_pristup.pdf)
26. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.
27. SKUHROVEC, Filip. *Léčba hudbou od antiky k baroku: Teorie a provozovací praxe staré hudby* [online]. Brno, 2011 [cit. 2018-09-25]. Dostupné z:

[https://is.muni.cz/th/vw7b4/filip\\_skuhrovec\\_diplomova\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/vw7b4/filip_skuhrovec_diplomova_prace.pdf).

Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. MgA. Miloslav Študent.

28. SLAVÍK, Jan. *Expres v umění a ve výchově. Teorie výchovy - tradice, současnost, perspektivy*. V Praze: Karolinum, 2014, s. 188-213. ISBN 978-80-246-2412-9.
29. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6.
30. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-717-8557-1.
31. VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.
32. ZEDKOVÁ, Iveta, ed. *Tanečně pohybová terapie: teorie a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3185-7.
33. ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.
34. ŽOURKOVÁ, Alexandra. *Poruchy osobnosti a chování u dospělých: Poruchy osobnosti. Sexualita u nemocných s psychickými poruchami* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/sexualita-u-nemocnych-s-psychickymi-poruchami/index.php?pg=hypertextova-ucebnice--poruchy-osobnosti-dospelych--poruchy-osobnosti>

## Seznam použitých obrazových zdrojů

Obr. 1: Zsahrada.cz [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupný na WWW:  
<http://www.zsahradka.cz/en/sc/alba/1228.jpg?nc=1421155707>

Obr. 2: Zsahrada.cz [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupný na WWW:  
<http://www.zsahradka.cz/en/sc/alba/1231.jpg?nc=1421155707>

Obr. 3: Zsahrada.cz [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupný na WWW:  
<http://www.zsahradka.cz/sc/alba/672.jpg>

Obr. 4: Lecive-nastroje.cz [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupný na WWW:  
<https://www.lecive-nastroje.cz/data/media/foto/medium/1823-0.jpg>

Obr. 5: Lecive-nastroje.cz [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupný na WWW:  
<https://www.lecive-nastroje.cz/data/media/foto/large/2105-5219015d3b532.jpg>

Obr. 6: Lecive-nastroje.cz [online]. [cit. 1.4.2019]. Dostupný na WWW:  
<https://www.lecive-nastroje.cz/data/media/foto/medium/3290-5a076a4ccdd57-1.jpg>

## OBRAZOVÁ ČÁST



Obr. 1: Místnost Snoezelen (ZŠ Zahrádka)



Obr. 2: Hudební nástroj v místnosti Snoezelen (ZŠ Zahrádka)



Obr. 3: Harmonizační lůžko (ZŠ Zahrádka)

## Melodické perkuse, příklady nástrojů



Obr. 4: Tongue drum, 8 tónů, sopránový



Obr. 5: Brumle Ken Moi



Obr. 6: Boomhackers sada



## PŘÍLOHY

### Marie Ř. – ZŠ Zahradka

#### **1. S jakým pojetím muzikoterapie pracujete (podle jaké školy, popř. máte vypracované vlastní pojetí)?**

Celostní pojetí muzikoterapie (dle Tomáše Procházky).

#### **2. Kolik let se muzikoterapii věnujete?**

Cca deset let.

#### **3. Máte muzikoterapii vystudovanou?**

Státnice z muzikoterapie na VŠ, dvouleté studium Edukační muzikoterapie v rámci celoživotního vzdělávání. Jinak jsem členkou asociace muzikoterapie, snažím se být „v obraze“, občasné kurzy, přednášky, supervize...

#### **4. S jakou cílovou skupinou pracujete? V jakém věkovém rozmezí?**

Především děti s poruchou autistického spektra. Praktikuji především individuální terapii. Ale i skupinovou – počet pět žáků plus tři dospělí. Nebo já sama plus dvě, někdy tři děti.

#### **5. Jaký je muzikoterapeutický cíl při práci s touto skupinou?**

V individuální je to především seberozvoj dítěte, radost ze společně strávených chvil, z hudby, z pohybu... 😊

#### **6. Jaké používáte metody (aktivizační, relaxační, edukační)?**

Různě, nejčastěji v kombinaci – pracuji s tzv. prožitkovou vlnou, od dynamické fáze přes harmonizaci, zklidnění k relaxaci...a poté zas k „navrácení“ do aktivního postavení. Edukační metody nejsou primární, ale jsou též nenásilnou součástí. Na začátku je „uvítací píseň“ a končíme symbolickým zakončením.

#### **7. Kombinujete muzikoterapii s nějakými dalšími terapiemi?**

Bazální stimulace, aromaterapie, senzomotorická integrace, ale i strukturované učení, ABA terapie, zraková edukace, harmonizační lůžko, místnost Snoezelen.

#### **8. Používáte nějaké pomůcky, popř. jaké?**

Velkou škálu hudebních nástrojů (kytara, bubny, Orffovy a etnické nástroje, melodické perkuse, chřestidla, zvonkohry atd.), audio vybavení a světelnou techniku, polohovací pomůcky, deky, hračky. Tyto pomůcky jsou zakoupené školou, ale problém na můj

podnět po dohodě zakoupit dle toho, co k práci potřebuju. Spoustu pomůcek mám ve svém muzikoterapeutickém ateliéru, kde terapii provozuji.

**9. V čem spatřujete problémy, co byste ráda dělala jinak, ale podmínky to neumožňují?**

**10. Vlastní doplnění otázek/co byste chtěla dodat.**

Vlastně nevím k čemu, tedy ne 😊.

## **Ivana K. – Diakonie ČCE**

### **1. S jakým pojetí muzikoterapie pracujete (podle jaké školy, popř. máte vypracované vlastní pojetí)?**

Postupem času jsem si vytvořila vlastní pojetí hodin muzikoterapie, které mi sice není zcela vlastní vzhledem k chápání smyslu muzikoterapie, ale v daných podmínkách mého pracoviště se dá lépe aplikovat. Zprvu jsem čerpala z knihy Zdeňka Šimanovského, inspirovala jsem se v kurzech paní Evy Jenčkové.

### **2. Kolik let se muzikoterapii věnujete?**

Muzikoterapii se věnuji asi pět let.

### **3. Máte muzikoterapii vystudovanou?**

Ne, muzikoterapii vystudovanou nemám, hudbě se věnuji v malém vokálním souboru.

### **4. S jakou cílovou skupinou pracujete? V jakém věkovém rozmezí?**

Pracuji s dětmi, žáky MŠ a ZŠ speciální Diakonie ČCE. Žáci jsou tedy přibližně věku 6–23 let.

### **5. Jaký je muzikoterapeutický cíl při práci s touto skupinou?**

Cílem naší hodiny – volnočasové aktivity je, aby si děti přivykly na to, co je v hodině čeká, aby se zklidnily, aby byly v budoucnu schopné pozitivně reagovat na dané podněty ať už pasivně nebo aktivně, aby jim tak strávený čas byl co největším přínosem v jejich osobním rozvoji.

### **6. Jaké používáte metody (aktivizační, relaxační, edukační)?**

Vzhledem k tomu, že žáci chodí do hodiny muzikoterapie ve skupině asi po 6, a to různorodých žáčích (co se týká schopností, vnímání i věku), je velmi složité tuto skupinu sladit. Začínáme většinou zpíváním lidových písniček nebo říkadel doprovázených pohybem, pak následuje část edukační přizpůsobená složení dané skupiny. Jedná se o dechová, smyslová cvičení, práce s písni, s nástroji (převážně orffovými), podle situace reprodukováná pásma písniček opět s doprovodem pohybovým. Za důležitou považuji závěrečnou relaxaci, klidovou část vleže, kdy se žáci zklidní, uvolní při poslechu relaxační hudby, kterou provázím použitím různých relaxačních hudebních nástrojů, chrastítek, bubínků apod.

### **7. Kombinujete muzikoterapii s nějakými dalšími terapiemi?**

Několikrát jsem použila v muzikoterapii také arteterapii.

### **8. Používáte nějaké pomůcky, popř. jaké?**

Při hodinách používám kromě zpěvníků, hudebních nástrojů obrázky, pexeso, CD s vybranými dětskými písněmi, relaxační hudbou, relaxační padák, šátky, míče.

**9. V čem spatřujete problémy, co byste ráda dělala jinak, ale podmínky to neumožňují?**

Moje pojetí muzikoterapie je spíš v individuální práci s dítětem, kdy se lépe naváže na jeho osobní potřeby, styl komunikace a preference. Vzhledem k tomu, že je muzikoterapie v našem zařízení řazena mezi zájmové „činnosti“, jak název sám napovídá, jde spíš než o „terapii“ o zabavení žáků, takže nemůže plnit funkci terapie

**10. Vlastní doplnění otázek/co byste chtěla dodat.**