

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Lada Hladíková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

**Možnosti využití receptivní muzikoterapie v léčbě alkoholové
a drogové závislosti**

Bakalářská práce

Autor: Lada Hladíková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2011

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

**Possibilities of the Receptive Music Therapy in the
Treatment of the Alcohol and Drug Addiction**

Bachelor Thesis

Author: Lada Hladíková

Study program: Specialization in Education

Field of study: Health Education

Supervisor: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

České Budějovice, April 2011

Jméno a příjmení autora: Lada Hladíková

Název bakalářské práce: Možnosti využití receptivní muzikoterapie v léčbě alkoholové a drogové závislosti.

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2011

Abstrakt:

Bakalářská práce s názvem „Možnosti využití receptivní muzikoterapie v léčbě alkoholové a drogové závislosti“ má teoreticko-empirický charakter. Úkolem mé práce bylo zjistit, zda by se dala receptivní muzikoterapie aplikovat v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. A jestli by byla přínosem v terapii v tomto zařízení. Teoretická část je zaměřena na propojení muzikoterapie s psychoterapií. Popisuje problematiku alkoholu, nealkoholových drog a jejich rozdělení. V této části je zaměřena také na význam muzikoterapie a její druhy. V praktické části se zaměřuji na vlastní experimentální šetření související s aplikací muzikoterapeutického programu u vybraného vzorku klientů. Současně monitoruji i odezvu odborného personálu na probíhající experiment, pomocí šesti stanovených hypotéz, které následně na základě rozboru zjištěných dat verifikuji. Výsledky šetření potvrzují realizovatelnost muzikoterapeutického programu v léčebně Červený Dvůr.

Klíčová slova: závislost, alkohol, drogy, psychoterapie, muzikoterapie, muzikoterapeut, relaxace

Name and Surname: Lada Hladíková

Title of Bachelor Thesis: Possibilities of the Receptive Music Therapy in the Treatment of the Alcohol and Drug Addiction

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

The year of defense: 2011

Abstract:

Bachelor thesis titled “Possibilities of receptive music therapy in the treatment of alcohol and drug addiction“ has a theoretical and empirical nature. My task was to find out whether would be receptive music therapy applied in a psychiatric hospital Červený Dvůr and if it would be helpful in the treatment in this facility. The theoretical part is aimed at linking music therapy with psychotherapy. It describes the problems of alcohol, non-alcohol drugs and their distribution. This section also focuses on the importance of music therapy and its types. The practical part is focused on my own experimental investigations related to application of music therapeutic program for a selected sample of clients. At the same time I did also monitor the response of professional staff to the ongoing experiment with six set of hypotheses that were subsequently identified based on analysis of data I did verify. Survey results confirm the feasibility of the music therapeutic program at the hospital Červený Dvůr.

Keywords: addiction, alcohol, drugs, psychotherapy, music therapy, music therapist, relaxation

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Možnosti využití receptivní muzikoterapie v léčbě alkoholové a drogové závislosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem PhDr. Ludmily Peřinové, Ph.D., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, 14. 4 2011

Lada Hladíková

Poděkování:

Děkuji PhDr. Ludmile Peřinové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu pomoci při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

1	ÚVOD	10
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1	Definice mezinárodní klasifikace nemocí.....	11
2.2	Odvykací syndrom.....	12
2.2.1	Definice.....	12
2.2.2	Diagnostika	12
2.2.3	Somatický (tělesný) odvykací stav	12
2.3	Alkohol	14
2.3.1	Klasifikace poruch	14
2.3.2	Vývoj závislosti	14
2.3.3	Odvykací stav	15
2.3.4	Průběh a prognóza	15
2.3.5	Léčba.....	16
2.4	Nealkoholové drogy.....	16
2.4.1	Opioidy	16
2.4.1.1	Odvykací stav	17
2.4.1.2	Léčba.....	17
2.4.2	Stimulancia	17
2.4.2.1	Odvykací stav	18
2.4.2.2	Léčba.....	18
2.5	Muzikoterapie	19
2.5.1	Historie muzikoterapie.....	21
2.5.2	Druhy muzikoterapie	23
2.5.2.1	Hudební autoterapie a heteroterapie	23
2.5.2.2	Aktivní a pasivní (receptivní) muzikoterapie	24
2.5.2.3	Individuální, skupinová a hromadná muzikoterapie.....	25

2.6	Arteterapie v širším smyslu (léčba uměním)	26
2.7	Muzikoterapie v psychoterapii.....	27
2.7.1	Etický kodex muzikoterapeuta.....	29
2.7.2	Indikace a kontraindikace	30
2.8	Metody receptivní muzikoterapie (relaxace)	31
2.8.1	Psychická a somatická relaxace	31
3	CÍLE A ÚKOLY	33
3.1	Cíle práce	33
3.2	Úkoly práce	33
3.3	Hypotézy	34
4	PRAKTICKÁ ČÁST	35
4.1	Metodika	35
4.1.1	Charakteristika souboru	36
4.1.2	Organizace zkoumaného šetření	36
4.1.3	Muzikoterapeutický program.....	37
5	VÝSLEDKY A DISKUSE.....	38
5.1	Výsledky	38
5.1.1	Výsledky dotazníkového šetření.....	38
5.1.2	Výsledky rozhovorů.....	47
5.1.3	Rozhovor s primářem, ředitelem léčebny, MUDr.Jiřím Dvořáčkem	60
5.2	Diskuse.....	62
6	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
8	PŘÍLOHY.....	75

1 ÚVOD

Muzikoterapie je poměrně mladá vědní disciplína. Dostupnost odborných publikačních materiálů zabývajících se muzikoterapií v léčbě závislostí je v České Republice minimum. Na myšlenku využít vliv hudby a zvuků mě přivedla paní PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D., se kterou jsem se setkala v rámci studia Výchovy ke zdraví. Na přednáškách muzikoterapie jsem začala mít zájem o tento vědní obor. Následně vznikl nápad, využít muzikoterapii v léčebně Červený Dvůr. V dnešní hektické době přibývá lidí, řešící své problémy alkoholem a drogami. Muzikoterapie by mohla být nápomocná v jejich cestě ke svobodě, k životu bez látek, které ovládají jejich osudy.

Při výběru tématu jsem vycházela ze svých poznatků a odborných zkušeností získaných při práci v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Zde jsem pracovala jako zdravotní sestra a později jako psychoterapeut. Léčba se zde skládá z režimových aktivit (bodování, rozcvičky, dodržování režimu), psychoterapie, komunitních aktivit, skupinových sezení, psaní deníku, arteterapie a pracovní terapie. Muzikoterapie se v Červeném Dvoře nevyužívá. Touto prací bych chtěla zjistit, zda by se zde dala aplikovat.

V teoretické části se věnuji muzikoterapii obecně, její historii a propojení s psychoterapií. Popisuji zde také problematiku závislostí. Cílem praktické části je zjistit, zda by se dala muzikoterapie aplikovat v psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Domnívám se, že by muzikoterapie mohla obtíže spojené se závislostí alespoň částečně zmírnit. Velká dávka podpory, povzbuzení a pochopení spolu s hudbou by mohla klientovi pomoci překonat určité potíže, najít ztracenou sebedůvěru a například zlepšit i komunikaci.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Definice mezinárodní klasifikace nemocí

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení). Bažení je nejsilnější v situaci, kdy je jeho předmět dostupný, je silnější v počátcích abstinence a při negativních duševních stavech.
- b) Potíže se sebeovládáním při užívání látky, a to pokud jde o začátek užívání a jeho ukončení nebo o množství látky.
- c) Tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním. Ke zmírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu, opiátech a opioidech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance).
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku.

- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, např. poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení (NEŠPOR, 2007).

2.2 Odvykací syndrom

2.2.1 Definice

Je stav následující po odnětí nebo vysazení látky, která byla dlouhodobě užívána, provází ho nepříjemné a závažné abstinenční příznaky. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem.

2.2.2 Diagnostika

K diagnostice odvykacího syndromu slouží následující ukazatelé:

- Jasný důkaz o přerušení užívání nebo snížení dávek látky po jejím opakovaném a dlouhodobém užívání.
- Příznaky odpovídají projevům odvykacího stavu určité látky nebo látek.
- Znaky a příznaky nelze přičítat somatické poruše, která nesouvisí s užitím látky, a nelze je připisovat jiné duševní nebo behaviorální poruše (SMOLÍK, 1996).

2.2.3 Somatický (tělesný) odvykací stav

Odvykací stav se může projevit následujícími somatickými příznaky, které se liší v souvislosti s užitou látkou:

- U alkoholu je to například pocení, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, vyšší krevní tlak nebo zrychlený tep, velké epileptické záchvaty, psychomotorický neklid, přechodné sluchové, zrakové nebo hmatové

halucinace, iluze, pocit choroby, třes jazyka, prstů nebo víček, nespavost, malátnost nebo slabost.

- Opioidy: výtok z nosu, slzení, bolesti svalů, křeče, zívání, opakované pocení, husí kůže, křeče v břiše, průjem, nevolnost, zvracení, silná touha po opiátu, zrychlený tep či vyšší krevní tlak, neklidný spánek, rozšíření zornic.
- Kanabis: nebyla stanovena definitivní kritéria, odvykací syndrom může trvat od několika hodin do sedmi dní, projeví se například třesem rukou, svalovou slabostí, pocením, úzkostí, podrážděností.
- Hypnotika a sedativa: insomnie, bolesti hlavy, zrychlený tep, třes jazyka, prstů nebo víček, ve stoji pokles svalového tonu, psychomotorický neklid, paranoidní představy, nevolnost, zvracení, velké epileptické záchvaty, slabost, pocit choroby, přechodné zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace.
- Kokain a jiná stimulancia stačí přítomnost dvou příznaků: únava a letargie, noční můry, zpomalení psychomotoriky, neklid, chuť k jídlu je zvýšena, nadměrná spavost nebo naopak nespavost, silná touha po droze (NEŠPOR, 2007).

Pro udržení pacienta v terapii je nutné odvykací stav zvládnout, což bývá první potíží při zahájení léčby. Tento proces se nazývá detoxifikace. Ta může probíhat ambulantní formou nebo během hospitalizace klienta (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

K detoxifikaci se používají následující přístupy a metody:

- Zdravotnický přístup je zaměřen na zmírnění odvykacího stavu, provádí se základní vyšetření a terapie jiných souběžných zdravotních potíží.
- Navázání terapeutického vztahu a podpora motivace k pokračování v terapeutickém programu i po odeznění nejtěžších odvykacích příznaků.

- Sociální přístup, který se zabývá řešením sociálních potíží v důsledku destabilizace situace klienta před nástupem léčby (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.3 Alkohol

Alkohol je nejčastěji užívaná psychoaktivní látka. V roční spotřebě této látky patříme k zemím s největší konzumací na jednotlivce. Konzumace alkoholu je pro určitou část populace součástí jejich společenského života. Vzrůstá počet automobilových nehod, způsobených alkoholem (ATKINSON, 2003).

2.3.1 Klasifikace poruch

1. Poruchy, způsobené přímým účinkem na centrální nervový systém, a to buď bezprostředně (intoxikace alkoholem), nebo následkem chronického abusu (psychotická porucha, odvykací stav, amnestický syndrom) (KALINA A KOLEKTIV, 2003). Akutní intoxikace se projevuje ztrátou zábran, zvýšeným sebevědomím, psychickou uvolněností a vymizením úzkosti. Jedinec má zpožděné reakce, dochází k ataxii a je porušena koordinace pohybů (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2010).
2. Poruchy, projevující se návykovým chováním, související s abusem alkoholu, a mohou vyústit v závislost (KALINA A KOLEKTIV, 2003). V průběhu rozvíjející se závislosti dochází k zvýšení tolerance na alkohol (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2010).

2.3.2 Vývoj závislosti

Typické pro vývoj závislosti jsou postupné změny. Dochází zde k postupnému zvyšování tolerance vůči alkoholu. Rozvinutá závislost je charakterizována změnou tolerance vůči alkoholu.

2.3.3 Odvykací stav

Tento stav se objevuje u osob s dlouhodobou a intenzivní anamnézou abusu alkoholu (KALINA A KOLEKTIV, 2003). Pro stanovení diagnózy je nutné vysazení či redukce látky po opakovaném a dlouhodobém užívání (NEŠPOR, 2006). Druhý den po vysazení alkoholu se většinou objeví maximální intenzita příznaků a ty odezní, pokud nedojde ke komplikacím, většinou během čtyř až pěti dnů. Příznaků je několik (třes rukou, třes celého těla, úzkost, závratě, pocení, poruchy stability a koordinace pohybů, psychomotorický neklid, nauzea či zvracení, tachykardie nebo hypertenze, přechodné vizuální, taktilní nebo sluchové halucinace, iluze, bolesti hlavy, poruchy spánku, pocity slabosti. Příznaky jako nespavost, úzkost, vegetativní obtíže, mohou přetrvávat déle i několik měsíců. Může dojít i ke komplikacím: křeče, epileptiformní záchvaty až do závažného a života ohrožujícího deliriatremens (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

Delirium tremens je psychotický stav projevující se kvalitativní poruchou vědomí, psychomotorickým neklidem, třesem, pocením, úzkostí, iluzemi a halucinacemi. Dochází k němu nejčastěji ve večerních hodinách. Velice časté jsou zrakové halucinace (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2010). Typická je inverze spánku. Je důležité zahájit včas léčbu a monitorovat vitální funkce. Pacient je ohrožen hypoglykemií, progredujícími poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu. Dalšími psychotickými komplikacemi mohou být např. alkoholová halucinóza nebo Korsakova psychóza (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.3.4 Průběh a prognóza

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, postihující pacienta nejen v oblasti zdravotní, ale i v dalších důležitých oblastech jeho života. Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, jeví jeho onemocnění sklon

k progresi, v terminálním stádiu může dojít k deprivaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. U závislosti na alkoholu není možnost substituční léčby, je tedy nutná úplná abstinence. U většiny pacientů nedojde k abstinenci po první léčbě (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.3.5 Léčba

Během léčby je důležité, aby si klient připustil opravdový rozsah problémů, které vznikly v důsledku závislosti, přijmout abstinenci jako jedinou možnou cestu. Léčba může být buď ambulantní, nebo hospitalizační. Hospitalizace trvá v průměru 3 až 6 měsíců. Léčba by se měla skládat z komplexního programu například režimových aktivit (bodování, rozcvičky, dodržování režimu), psychoterapie, komunitních aktivit, skupinových sezení, psaní deníku, arteterapie, pracovní terapie (LÉČEBENSKÝ ŘÁD, 2005).

2.4 Nealkoholové drogy

Mezi nealkoholové drogy patří opioidy a opiáty, stimulancia, halucinogenní drogy, konopné drogy, analgetika, sedativa a trankvilizéry, těkavé látky, tabák (KALINA A KOLEKTIV, 2003). Podrobněji se budu zabývat opioidy (heroinem) a stimulancii (pervitinem).

2.4.1 Opioidy

Opioidy zahrnují jednak opiáty ale také látky vznikající v těle přirozeně. Nazývají se endogenní opiáty (enkefaliny, endorfíny). Váží se na specifické neurony v centrální nervové soustavě, periferní nervové soustavě a tkáních imunitního systému (PREVCENTRUM, on-line).

Opium se skládá z množství chemických látek, včetně morfinu a kodeinu. V medicíně se nejčastěji využívají k zmírnění bolesti nebo jako léky proti kašli (ATKINSON, 2003).

Heroin byl léta užíván jako lék při závislosti na morfinu. Byl považován za zcela nenávykovou látku. Chemicky jde o diacetylmorfin a je to jedna z nejrozšířenějších drog u nás. Klienti závislí na heroinu popisují stav podobný orgasmu, zapomínají na problémy, jsou spokojení, nemají pocit hladu, bolesti, nebo sexuální touhy (ATKINSON, 2003). Aplikuje se nitrožilně, šňupe nebo kouří a inhaluje z aluminiové folie. Závislost vzniká rychle a má složku psychickou i fyzickou. Dochází k poškození osobnosti, vede k sociální degradaci, prostituci a kriminalitě. Má různé zdravotní komplikace (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.4.1.1 Odvykací stav

U této skupiny léků může odvykací stav vypadat velmi dramaticky, po odnětí opioidů pacient baží po droze a často své příznaky přehrává ve snaze získat silnější dávky léčiv. Většinou odvykací stav nepředstavuje přímé ohrožení života. Po odnětí látky začíná po 6 až 8 hodinách, vrcholu dosahuje 2. a 3. den, trvá 7-10 dní (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.4.1.2 Léčba

Odvykací stav lze léčit i bez medikace, ale tento způsob je náročný pro pacienta i ošetřující personál (NEŠPOR, CSÉMY, 2007). Medikamentózní léčba je detoxifikace metadonem, clonidinem, buprenorfinem (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.4.2 Stimulancia

Jsou látky s budivýmefektem na centrální nervový systém (kokain, pervitin, amfetamin, extáze) (KALINA A KOLEKTIV, 2003). Po požití stimulancií je člověk euforický, má dobrou náladu, zrychlené myšlení, trému, může být agresivní, úzkostný, dochází ke snížení chuti k jídlu. Typické pro tento druh

drogy je tzv. dojezd, kdy po účinku drogy dochází k vyčerpání organismu, únavě, spánek je přerušován jen hladem a konzumací velkého množství potravy (KALINA A KOLEKTIV, 2003). Jsou to látky, na kterých vzniká rychlá psychická závislost (NEŠPOR, CSÉMY, 1996). Nejčastějšími somatickými komplikacemi jsou mozkové a srdeční příhody. Na kardiovaskulární systém je kladena velká zátěž. Dochází zde k nepoměru příjmu a výdeji energie. Váhový úbytek bývá obrovský.

Pervitin, dříve považován za nenávykovou látku, patří mezi budivé aminy. Chemický název pervitinu je metamfetamin. Je to bílý prášek hořké chuti, bez zápachu. Aplikace je nitrožilní, šňupání nebo ústy. Tělo jej vylučuje močí (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.4.2.1 Odvykací stav

Ve většině případů není odvykací stav u stimulans tak výrazný, a to i subjektivně. Vrcholí za 2 až 4 dny, může trvat jeden týden. K hlavním příznakům patří únava, úzkost, bolest hlavy, dráždivost, poruchy spánku, noční můry. Odborná literatura označuje tento stav psychickým odvykáním. Deprese může vést až k sebevražedným tendencím, proto se bere jako nejzávažnější stav při odvykací léčbě (KALINA A KOLEKTIV, 2003).

2.4.2.2 Léčba

Farmakologická léčba nebývá nutná. U této skupiny drog bývá nejčastější příčinou smrti otok plic, jaterní poškození, kardiomyopatie a selhání ledvin (NEŠPOR, CSÉMY, 1996).

Léčba v psychiatrické léčebně Červený Dvůr

Psychiatrická léčebna je zařízení specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství.

1. Zjištění přítomnosti syndromu závislosti, vyloučení zdravotních problémů, které by vyžadovaly jinou specializovanou léčbu, nastavení

plánu detoxifikace pro nejbližší dny, nastavení případných jiných vyšetření potřebných ke zhodnocení zdravotního stavu. Plán péče v tomto kroku je tak plán detoxifikace a plán nejbližších vyšetření.

2. Vyšetření, zda pacient může podstoupit odvykací program ve standardní podobě či zda jsou přítomny zdravotní problémy nevyžadující sice překlad, ale modifikaci terapeutického programu či další vyšetření. Plán péče v tomto kroku upřesňuje indikaci pacienta ke standardnímu programu – plán péče v této oblasti (závislostní problém) je institucionálně vtělen do standardního programu.
3. Léčba se skládá z komplexního programu. Režimových aktivit (bodování, rozcvičky, dodržování režimu), psychoterapie, komunitních aktivit, skupinových sezení, psaní deníku, arteterapie, pracovní terapie. Rodinou a partnerskou terapií (LÉČEBENSKÝ ŘÁD, 2005).

2.5 Muzikoterapie

Zvuk působí na člověka pozitivně i negativně. Podle povahy člověka a hudby. Ovlivňuje ho po psychické i fyzické stránce. Zvuk i hudbu lze využít nejen v osobním životě, ale i v pomáhajících profesích. Jeho působení na organismus se s vývojem jednotlivých vědních disciplín stále dotváří. Je jen málo lidí, kteří hudbu a zvuky nepotřebují ke svému životu. Muzikoterapie nám pomáhá zvládat každodenní stres, může pomoci v překonávání těžkých životních situací. Ne vždy je však hudba a zvuk pro člověka přínosem. Hluky jsou zvuky s nepravidelným kmitočtem, tóny mají kmitočet pravidelný. Pro organismus jsou šumy, hluky nezdravé. Mohou způsobit stres, vnitřní napětí a zatěžovat nervovou soustavu. Člověk je schopen tyto škodlivé zvuky vytěsnit, což může mít destruktivní následky (LIPSKÝ, on-line).

V dnešní době je o muzikoterapii velký zájem. Především pro její bezbolestnost, nenamáhavost, příjemnost a pohodlnost. Každému z nás dělá

dobře jiný druh hudebního žánru, záleží také na psychickém rozpoložení (LINKA, 1997).

Muzikoterapie patří do tzv. expresivních terapií. Tento druh terapie pracuje s výrazovými uměleckými prostředky. Pojem „muzikoterapie“, který se v naší odborné literatuře používá nejčastěji, má řecko-latinský původ a v překladu znamená léčení hudbou (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992). Hudební terapie je rozdělena na dvě základní formy, produktivní a receptivní muzikoterapii. Je možné ji kombinovat s technikami jako jsou, dramaterapie nebo taneční terapie a jiné. Pokud klienti zpívají, provádějí hudebně-taneční kreace a hrají na hudební nástroje, pak hovoříme o produktivní muzikoterapii. U receptivní muzikoterapie jde o techniky komunikativní, reaktivní a regulativní. Je zde vytvářena motivace pro poslech hudby, sdílnost, navazování kontaktů, překonávání různých životních překážek. Záleží na muzikoterapeutovi, jaké techniky použije. Lze ji praktikovat skupinově a pracovat se vztahy mezi členy skupiny, nebo individuálně (KULKA, 2008).

Dle J. Kulky lze muzikoterapeutické cíle shrnout do následujících bodů:

- a) probuzení emocionality a odreagování především chorobně působících citových zážitků,
- b) podněcování fantazijní aktivity a v jejím rámci žádoucího prožívání představ,
- c) aktivizace sociálně komunikativních procesů na nonverbální rovině za účelem zprostředkování psychokorektivní zkušenosti v oblasti společenského chování,
- d) formování stabilních modelů chování s cílem odstranění napětí a celkového - fyzického i psychického - uvolnění,
- e) obohacování osobnosti o nové prožitky, zvyšování její estetické citlivosti, ovlivňování potřeb a zájmů, harmonizace psychického života (KULKA, 2008, s. 66-67).

2.5.1 Historie muzikoterapie

Již od nepaměti je hudba a rytmus využívána jako léčebný prostředek. Původně byla hudba využívána ke komunikaci s nadpřirozenými silami v boji proti úzkosti a nemocem. Například v pravěku lidé používali při léčení a magickém zaklínání hole, kterými tloukli do dutého kmene nebo kamene, k tomu zpíval šaman a umocňoval tak magický vliv tohoto rytmu. Dynamika a tempo strhávaly ostatní k živelnému pohybu. Postupem času se zdokonalovaly hudební nástroje, každý kmen měl vlastní rituály, hudba byla vybírána k určitému druhu onemocnění (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

Ve starověku byla hudba používána velmi často a to především v Egyptě, Řecku, Římě, Asýrii, Babylonu a v Izraeli. Zmínky o léčebných účincích hudby jsou již ve Starém zákoně. V Řecku byl bůh Apollon bohem hudby a zároveň dárce zdraví. Myslitelé jako Pythagoras, Platon, Aristoteles se zabývali muzikoterapií, považovali ji za prevenci v oblasti mentální hygieny. Římané používali muzikoterapii jako protijed po uštknutí hadem nebo pavoukem. Pro tento účel vznikl tanec zvaný tarantela (který se tančí a vyučuje dodnes).

Ve středověku se od muzikoterapie upouští a je jen málo zmínek o terapii pomocí hudby. Ve středověku nebylo velké pochopení pro duševně nemocné, proto se k léčbě využívalo působení duchovní hudby, která měla očistit a vyháňet „zlé duchy“ (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992).

V renesanci se muzikoterapie dostala do popředí spolu s dalšími vědami o člověku. Lékaři začali používat hudbu u chirurgických pacientů, pacientů s nervovými poruchami a hypochondrií (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

V 17. a 18. století se objevilo více teorií a metod, léčba hudbou je pojmenována iatromusica. Iatrohudebníci jsou předchůdci dnešních muzikoterapeutů (ŠIMANOVSKÝ, 2007). V tomto století došlo k prohloubení poznatků o lidském těle a nemoc již není chápána jako nerovnováha tělesných tekutin. Hudba se začala zkoumat z vědeckého hlediska (ZELEIOVÁ, 2007).

V 1. polovině 19. století se praktikuje hudba v psychiatrických léčebnách, pacienti jsou aktivně zaměstnáváni pomocí hudby. Jinak v tomto století nová koncepce nevzniká. V druhé polovině století se muzikoterapii nedařilo a dokonce byla odsuzována pro svůj nevědecký podklad. Po druhé světové válce došlo k nejprudším změnám a začínají se zakládat školy, které mají odlišné koncepce muzikoterapie.

Zatímco švédská škola založená v roce 1948 se ubírala směrem psychoterapeutickým a brala muzikoterapii jako centrální obor v psychologii, paralelně vznikající škola americká byla zaměřena na problematiku chování, sociální psychologii a psychoanalýzu (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

J. Alvinová a Boulton založili britskou společnost pro muzikoterapii a vydávali časopis *British Journal of Music Therapy*. Použili terapii hudbou u dětí s psychickými a tělesnými problémy. Podobné školy jsou zakládány v Kodani a Rotterdamu (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992).

V Německu je založena v roce 1972 Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie podporující zdravotní péči. V roce 1978 dochází ke sdružení muzikoterapeutů do společnosti Deutsche Berufsverband der Musiktherapeuten, které spolupracovalo i s jinými skupinami, dohlíželo na profesionální rozvoj svých členů a zastupovalo jejich odborné zájmy. Ch. Schwabe má praktické zkušenosti v aplikování muzikoterapie u psychosomatických a neurotických onemocnění. Zasloužil se o koordinaci muzikoterapie v Německu, a proslavil školu v Lipsku (ZELEIOVÁ, 2007).

V Rakousku byla muzikoterapie na vysoké úrovni, ve Vídni je reprezentována Alfredem Schmolzem. Roku 1959 je zásluhou Sittnera a Hoffa založeno výzkumné terapeutické centrum a muzikoterapie je oficiálním tříletým studijním oborem (ZELEIOVÁ, 2007). V Salcburku se konají každý rok kongresy pro odborníky a hudební terapeuty (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

Další významná pracoviště byla zakládána v Paříži, Švýcarsku, v bývalém SSSR, v Polsku a bývalé Jugoslávii.

Na Slovensku se muzikoterapie vyučuje v Bratislavě v Institutu speciální a léčebné pedagogiky. Významní muzikoterapeuti jsou Z.Mátejová a S. Maruša, kteří se specializují na děti i dospělé s poruchou řečové komunikace, děti neurotické, mentálně retardované a děti s lehkou mozkovou dysfunkcí (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

V Česku je poměrně bohatá nabídka muzikoterapeutických kurzů, např. kurzy neverbálních technik s muzikoterapií nebo samostatné semináře a cvičení. Jitka Schánilcová-Vodňanská, společně s arteterapeutkou Yvonou Luckou vedly krátkodobé kurzy neverbálních technik. V Olomouci působí a vede kurzy Hana Vyhnálková. Zdeněk Šimanovský nechává klienty prožít muzikoterapeutické postupy (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992).

2.5.2 Druhy muzikoterapie

K druhům muzikoterapie patří hudební autoterapie a heteroterapie, aktivní a pasivní muzikoterapie, individuální, skupinová a hromadná muzikoterapie.

2.5.2.1 Hudební autoterapie a heteroterapie

Pokud provádí jedinec léčbu sám na sobě, hovoříme o autoterapii. Dochází k ní zejména tehdy, je-li klientovi doporučeno pokračovat po skončení léčby v muzikoterapii individuálně, respektive též ve sféře preventivní. Tato terapie má výhodu větší intimity a může být pomocníkem v provádění mentální hygieny.

Heteroterapie pracuje se vztahem terapeut – klient. Pacientovi je poskytnuta profesionální, kvalifikovaná terapeutická péče, na které se podílí tým odborníků (LINKA, 1997).

2.5.2.2 Aktivní a pasivní (receptivní) muzikoterapie

Při aktivní muzikoterapii pracuje klient s hudebním nástrojem nebo hlasem, spoluúčinkovat s ním může terapeut či spolupacienti. Aktivní muzikoterapie může zahrnovat též aktivity spojené s pohybem, tancem, dramatizací, výtvarným projevem, poetikou a podobně (ZELEIOVÁ, 2007).

U receptivní muzikoterapie (poslechová, pasivní) může pacient hudbu poslouchat, a to buď hudbu živě hranou, nebo hudbu reprodukovanou (LINKA, 1997).

Zeleiiová uvádí: „U receptivní muzikoterapie je pozornost zaměřena především na poslech hudby, zvuků, šumů nebo ticha. Většinou využívá bohatou fonotéku klasické i moderní hudby“ (ZELEIOVÁ, 2007, s. 142).

Někteří pacienti tvrdí, že hudba živě hraná je daleko přínosnější než reprodukováná, jelikož dochází k přímému kontaktu s interprety a jde o společenský zážitek. Naopak jiní klienti upřednostňují soukromí, pohodlí, možnost výběru hudby a ovlivnění její hlasitosti (LINKA, 1997). Poslech hudby je zaměřen na subjektivní prožitky, pocity a myšlenkové asociace. Hudbě můžeme „naslouchat“ nejen ušima, ale přenosem vibrací dlaněmi, hrdlem, temenem hlavy, hrudníkem. Dle alternativních názorů též čakrami. Je několik prvků, které se dají v receptivní muzikoterapii využít např.: ticho, poslech a představy, imaginární hudba, volné asociace (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

Receptivní muzikoterapie dělíme na individuální nebo skupinovou. Dle účelu může jít o muzikoterapii komunikativní (zaměřené na zlepšení komunikativních dovedností klientů). Regulativní (harmonizuje duševní rozpoložení), reaktivní (na základě pozitivní reakce na poslech zmírňuje negativní stavy) a podobně. Poslech hudby může vést k zmírnění napětí, proto je doporučován u klientů s psychickým onemocněním (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009). Výběr hudby je velice důležitý, nesprávná volba by mohla působit antiterapeuticky (ZELEIOVÁ, 2007). Po poslechu hudby následuje

diskuse, případně uvědomění si nevědomých obsahů. Skupina si může prohloubit vztahy, vyřešit konflikty, vnímat lépe sám sebe nebo ostatní členy (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009).

2.5.2.3 Individuální, skupinová a hromadná muzikoterapie

Muzikoterapii také rozlišujeme podle počtu pacientů. V individuální muzikoterapii je vztah klient a terapeut, skupinová muzikoterapie má několik členů cca 8 až 20 klientů, při poslechu například koncertu v léčebně hovoříme o hromadné muzikoterapii. Individuální, skupinová i hromadná muzikoterapie může být aktivní i receptivní.

Jak uvádí Linka: „hromadná muzikoterapie představuje terapeuticky zaměřený koncert nebo recitál, konaný v reprezentačním sále léčebného zařízení“ (LINKA, 1997, s. 78).

U klientů v začátcích léčby, bázlivých, s poruchami sebehodnocení, v ambulantní léčbě je vhodná individuální muzikoterapie. Také u pacientů, kteří si přejí zůstat v anonymitě, je vhodnější individuální muzikoterapie (LINKA, 1997). Bývá však personálně i finančně náročná. Individuální terapie může sloužit k lepšímu zařazení do skupinové terapie (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009).

Skupinová psychoterapie využívá skupinovou dynamiku, která je definována jako „souhrn skupinového dění a skupinových interakcí“ (KRATOCHVÍL, 2005, s. 15).

Skupinová muzikoterapie může mít několik podob a rozdělení. Mužská, ženská skupina, jen alkoholici nebo narkomani případně smíšená skupina, rozdělení dle věku a podobně. Skupiny mohou být uzavřené - klienti absolvují celý cyklus spolu nebo otevřené - počet a personální složení se mění (LINKA, 1997).

Uzavřené skupiny nepřijímají nové členy a většinou si předem určí počet sezení. Výhodou uzavřených skupin je vzájemná znalost a soudržnost.

Otevřená skupina nahrazuje každého člena, který odejde ze skupiny. Tento typ skupin je praktikován v léčebnách, klientských a poradenských centrech, diagnostických ústavech a odděleních (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009).

O hromadné terapii mluvíme, pokud počet klientů přesáhne 30. Účinkující mohou být profesionálové či amatérští umělci, počet účinkujících je různý. Tato společenská událost, bývá velkým přínosem pro pacienty (LINKA, 1997).

2.6 Arteterapie v širším smyslu (léčba uměním)

Hudba je druhem umění. Muzikoterapie souvisí také s jinými arteterapiemi např. biblioterapií (léčba četbou vhodných knih a textů), ikonoterapií (léčení vnímáním obrazů), teatroterapií (léčba divadlem), choreoterapií (léčba tancem) a jiné.

Arteterapie v užším slova smyslu, často využívána v léčebnách, zahrnuje malbu, kresbu, plastiku, sochařství, vyšívání, sochařství, modelování, řezbářství (LINKA, 1997).

Lze ji dobře kombinovat s muzikoterapií, například pustíme klientům určitý druh hudby a požádáme je, aby nakreslili své pocity. V arteterapii nejde o vytvoření uměleckého díla, cílem je projevit emoce, poznat sám sebe a vnitřně se rozvinout (NEŠPOR, CSÉMY, 1996).

Psychodrama je symbolické přehrávání klientových traumatizujících zážitků, s kladným vyústěním. Je to holistická metoda, do které můžeme včlenit všechny druhy umění- drama, hudbu, výtvarné umění a tanec (LINKA, 1997).

Moreno píše: „Psychodrama jsem vždy považoval za něco mnohem významnějšího než jen za terapeutickou metodu omezující se na práci s problematickými situacemi. Jeho význam tkví v tom, že je lze považovat za cestu k mnohem kreativnějšímu přístupu k životu, z něhož mohou mít užitek všichni lidé“ (MORENO, 2005, s. 9).

2.7 Muzikoterapie v psychoterapii

Vhodně zvolená hudba může být využívána k terapeutickým účelům. Proto se muzikoterapie aplikuje v rámci psychoterapeutických programů. Hudba má schopnost proniknout do lidské duše. Laskavý přístup k pacientům s použitím muzikoterapie má obrovský psychoterapeutický účinek (LIPSKÝ, on-line). Cílem terapie je překonat lidské utrpení a poruchy. Pro dosažení maximální účinnosti by měl být psychoterapeutický program všeobsáhlý (KNOBLOCH, KNOBLOCHOVÁ, 1993).

Mezinárodně akceptovaná definice Světové federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, 1996): Muzikoterapie je použití hudby nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu. Jejím účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné cíle za účelem uspokojení tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Muzikoterapie usiluje o rozvinutí schopností anebo navrácení funkcí jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby. Terapeutický cíl je samozřejmě stejně důležitý i u jiných expresivních terapií, jakož i v psychoterapii samotné. Metody, které nám pomáhají k vymezenému cíli dojít, představují specifičnost té či oné expresivní terapie. Muzikoterapie tedy využívá prostředky zvukové a hudební, které explicitně vedou k dosažení terapeutického záměru (LIPSKÝ, on-line).

Zeleeiová uvádí: „Muzikoterapie se v posledních letech stále výrazněji objevuje v klinickém a poradenském kontextu. Přibývají případy, kdy muzikoterapie může zasáhnout do celkového obrazu zdraví a ovlivnit jeho udržení, posílení nebo znovuoobnovení“ (ZELEIOVÁ, 2007, s. 60).

Linka uvádí: „Některé muzikoterapeutické a ještě častěji vůbec psychoterapeutické postupy mívají ráz jakéhosi rituálu, který však zde nemá

magické, nýbrž psychologické zázemí a opodstatnění. Zdá se, že rituál jaksí neodlučně patří ke komfortu lidského života a k fungování lidské společnosti“ (LINKA, 1997, s. 18).

Člověk 20. století má smysl pro rituál i tajemno. Právě rituál může být důležitý při psychoterapeutickém sezení. Hudba a „tajemno“ jsou propojené již od nepaměti (LINKA, 1997).

Stanislav Kratochvíl chápe psychoterapii takto: „Psychoterapie je léčebné působení na poruchy, potíže a problémy psychologickými prostředky. K těmto prostředkům patří také vztahy, které se vytvoří mezi členy záměrně sestavené skupiny klientů či pacientů a mezi takovou skupinou a jejím terapeutem či terapeuty. Tyto vztahy a s nimi související interakce mohou sloužit k ulehčujícímu vzájemnému vyslechnutí, povzbuzení a citové podpoře, ale také k projevení, pochopení a opravení chyb v postojích a v chování k lidem“ (KRATOCHVÍL, 2005, s. 9).

Každý klient je originální osobnost, vstupuje do terapie s určitými životními zkušenostmi. Na jeho osobnost má vliv jeho rodina (původní nebo současná), sociální klima aj. Klient i terapeut přinášejí do terapie své osobní zkušenosti. Díky kombinaci psychoterapie a muzikoterapie má klient možnost nahlédnout na bolestné zkušenosti a poskytuje emocionální korektivní zkušenost. Výběr muzikoterapeutických metod záleží na terapeutovi a jeho vzdělání v této oblasti.

Klient vstupuje do terapie většinou bez jasného cíle, často bez motivace a nebývá moc přístupný změnám. Očekává, že terapeut odvede práci za něj a dojde k jeho „opravení“. V terapii je nutné stanovit kontrakt, to na čem bude klient s pomocí terapeuta a skupiny pracovat (ZELEIOVÁ, 2007). Terapeut musí zvážit, zda je klient vhodný pro muzikoterapii (zvážení indikací a kontraindikací) a přizpůsobit terapii jeho potřebám (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009).

Muzikoterapeut by měl být lidský, moudrý, vnitřně krásný, intelektuálně a vědomostně na úrovni. Umět hodnotit psychický a somatický stav klientů a

odhadnout jejich možnosti. Ke všem pacientům by se měl chovat stejně, neupřednostňovat jednoho před druhým. Klienti hledají v terapeutovi oporu, pochopení a přijetí. Proto je důležitá jeho citová stálost. Neměl by v klientech vyvolávat závislost vůči jeho osobě. V žádném případě nesmí pacienty ponižovat nebo shazovat. Ideální je taktní a nevtíravý kontakt s každým účastníkem. Ať jde o individuální nebo skupinovou terapii (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992).

2.7.1 Etický kodex muzikoterapeuta

- Muzikoterapeut by měl nést a nese osobní zodpovědnost za terapeutické úkony a osoby, s nimiž vstupuje do terapeutického vztahu.
- Muzikoterapeut jedná v souladu se schválenými standardy, vztahující se k jeho specifické roli.
- Muzikoterapeut chrání bezpečí a nejlepší zájmy pacientů.
- Muzikoterapeut si rozšiřuje hranice svých znalostí a dovedností.
- Muzikoterapeut by si měl být vědom stupně závislosti, doprovázející terapeutický vztah.
- Muzikoterapeut pracuje na základě jednoznačné domluvy s pacientem.
- Neprovádí terapie, ke které není kompetentní.
- Je zodpovědný za pacientovu fyzickou bezpečnost během terapie. Má znát zdravotní potřeby jedince, které mohou vyžadovat urychlený přístup lékařské pomoci.
- Muzikoterapeut se zavazuje k diskrétnosti informací.
- Pacientům je dána stejná příležitost k ohodnocení jejich stavu a léčbě bez ohledu na jejich rasovou, náboženskou nebo etnickou příslušnost, pohlaví, sexuální orientaci (MUSIC THERAPY WORLD, 2000, on-line).

2.7.2 Indikace a kontraindikace

V odborné literatuře se nejčastěji setkáváme s těmito indikacemi:

- Klienti, kteří upřednostňují auditivní učební styly, tj. vykazující zvláště dobré schopnosti v oblasti sluchové paměti (mnohé děti se speciálními potřebami).
- Ti co reagují na zvuk nebo hudbu jako jeden z mála komunikačních kanálů (lidé s těžkým vývojovým postižením, senioři s demencí).
- Lidé se sníženou fyzickou aktivitou nebo omezenou mobilitou (s těžkým tělesným postižením, lidé upoutaní na lůžko).
- Klienti s omezenou kognitivní kapacitou (děti, lidé s mentální retardací, demencí).
- Klienti, u nichž nejsou konfrontativní terapie doporučené (lidé úzkostní, s nízkým sebevědomím a schopností sebeocení).
- Klienti s nedostatkem motivace k tradičním terapiím, s obtížemi v komunikaci, ve vyjadřování myšlenek a pocitů (lidé s komunikačními poruchami, autismem, demencí).
- Klienti v sociální nebo interpersonální rovině (lidé s depresí, autismem, poruchami osobnosti, sociálně izolovaní).
- Při selhání tradičních léčebných prostředků.
- Pokud klient jeví evidentní známky, že muzikoterapeutická intervence bude nebo je úspěšná.

Odborná literatura udává tyto nejčastější kontraindikace:

- Psychózy v akutním stádiu.
- Antisociální porucha osobnosti.
- Nestabilizovaná a muzikogenní epilepsie.
- Klient nemá pozitivní vztah k hudbě.
- Je-li jiný terapeutický přístup efektivnější vzhledem k diagnóze nebo potřebám klienta.

- Klient trvá na nereálných nebo neetických cílech terapie.
- Klienti s nedostatečnou motivací k terapii, nebo klient, co muzikoterapii v minulosti absolvoval, nepomohla mu a nemá k ní důvěru (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER, 2009).

Pokud jde o výběr hudby, měl by muzikoterapeut zohlednit terapeutický záměr a individuální vkus klienta, dle toho hudbu vybírat. Může mu pomoci změnit emocionální stav klienta a kladně ovlivnit jeho náladu. Hudba je schopna povzbudit pozornost, uvolnit energii, klient je schopný udržet zájem, což je v psychiatrii velmi důležité (MÁTEJOVÁ, 1991).

2.8 Metody receptivní muzikoterapie (relaxace)

V receptivní muzikoterapii máme několik metod, které se dají na psychiatrickém oddělení využít. Vybrala jsem pro svůj výzkum relaxaci.

Relaxace je uvolnění duševního a svalového napětí. Je nutná tam, kde dochází k napětí v důsledku psychických onemocnění (HARTL, 1993).

V dnešní uspěchané době je člověk vystaven velkému napětí a neklidu. Tím se vytváří zvýšené napětí, tenze, jejímž základem je napětí svalů. Tělesná či duševní činnost vede k svalové námaze. Tenze vytvořené během dne, mají tendenci se hromadit. Pokud nejsou odstraněny například relaxací.

Je dokázáno, že lidé s dobrou náladou a životním optimismem vypadají mladě a žijí déle (MÍČEK, 1983).

Díky relaxaci se může život stát předvídatelnější a vzroste i sebekontrola. Ta je důležitá v léčbě nemocí. Pokud se klient podílí sám na léčbě, vzrůstá i jeho sebevědomí a zlepší se jeho psychický stav (NEŠPOR, 1998).

2.8.1 Psychická a somatická relaxace

Tato metoda je zaměřená na hloubkovou relaxaci, prostřednictvím poslechu reprodukováných skladeb. Dochází při ní k celkovému uvolnění. Klient se díky

hudbě ponoří sám do sebe a myšlenky nechá volně plynout. Hudba by měla být tlumící, uklidňující, harmonická. Tempo je pomalé, rytmus pravidelný. Relaxace by měla být prováděna v akusticky izolované místnosti, zajistíme klid, osvětlení je tlumené (MÁTEJOVÁ, 1991).

Klienti mohou ležet, nebo sedět na podložkách, místo a polohu si zvolí sami. Měli by mít pocit jistoty a svobody (neměli by ležet v těsné blízkosti). Muzikoterapeut by měl navodit příjemnou atmosféru. Upozorňuje pacienty na to, aby se nesoustředili na obsah hudby. Cílem je navodit a uvědomit si vnitřní pohodu, klid v duši a příjemně si odpočinout. Muzikoterapeut provází hudbu svým klidným hlasem, navozuje již zmíněné stavy a snaží se dovést klienty k harmonii. Toto sezení trvá v rozmezí od 15 do 20 minut, delší může trvat od půl do tři čtvrtě hodiny. Může být zakončeno dechovým cvičením. Na závěr se klienti vyjadřují k průběhu relaxace, sdělují svoje pocity (KANTOR, LIPSÝ, WEBER, 2009).

Při relaxaci se může stát, že někdo usne, jiný se nedokáže uvolnit. U některých pacientů se může vybavit něco nepříjemného. Vždy reagujeme citlivě, nikdy úzkostně, mohli bychom tím stupňovat jeho zmatek.

Pomocí hudby uvolňujeme napětí. Je prokázáno, že stres způsobuje sníženou odolnost vůči nemocem. Pomocí hudby a relaxace můžeme udělat něco pro své zdraví (HALPERN, LINGERMAN, 2005).

Další technikou, která může být nápomocná v léčbě závislostí je: použijeme hudbu dodávající důvěru v sebe a své schopnosti. Po posluchačích chceme, aby se v duchu přenesli tam, kde se cítí dobře a bezpečně. Vleže pak uvažují, co by kdo chtěl u sebe změnit.

3 CÍLE A ÚKOLY

3.1 Cíle práce

Zjistit využití receptivní muzikoterapie v léčbě alkoholové a drogové závislosti. V empirické části výzkumu si stanovuji následující výzkumné otázky: Lze aplikovat muzikoterapii v psychiatrické léčebně Červený Dvůr? Byla by tato terapie přínosem pro klienty léčebny?

3.2 Úkoly práce

- Analýza a syntéza odborných zdrojů.
- Vymezení konceptu této práce a vymezení jejího obsahu a cílů.
- Sestavení obsahu práce na základě konzultací s vedoucím práce.
- Uvedení do problematiky alkoholové a drogové závislosti, metod a technik receptivní muzikoterapie.
- Sestavení a aplikace muzikoterapeutického programu.
- Výběr testované skupiny pacientů.
- Aplikace muzikoterapeutického programu.
- Analýza získaných informací, vyhodnocení a prezentace výsledků.
- Definování závěrů z provedeného výzkumu a nastínění dalších možností psychoterapeutického využití hudby v léčebně Červený Dvůr.

3.3 Hypotézy

Ve výzkumné části bylo stanoveno šest hypotéz. Hypotézy se vztahují k zdravotním sestřám, klientům léčebny a jejich vztahu k muzikoterapii.

H1: Domnívám se, že více jak 50 % sester považuje muzikoterapii za přínosnou v léčbě závislostí.

H2: Předpokládám, že více než 50 % sester je toho názoru, že lze v Červeném Dvoře používat muzikoterapii k léčbě závislostí.

H3: Předpokládám, že více než 70 % sester s muzikoterapií zkušenosti nemá.

H4: Předpokládám, že více než polovina sester by měla zájem o absolvování muzikoterapeutického kurzu.

H5: Předpokládám, že více než 70 % klientů závislých na drogách a alkoholu by muzikoterapii v léčbě uvítalo.

H6: Předpokládám, že více než polovina klientů závislých na alkoholu a drogách uvede po poslechu hudby zlepšení psychického stavu.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodika

Po analýze a syntéze odborných zdrojů jsem vytvořila koncept práce a vymezila si cíle. Na základě konzultací s vedoucí práce jsem sestavila obsah práce, její úkoly a stanovila hypotézy.

Výzkumnému šetření předcházelo získání souhlasu ředitele a primáře léčebny v Červeném Dvoře MUDr. Jiřího Dvořáčka. Byl seznámen s dotazníkem pro zdravotní sestry a s rozhovory, které byly v rámci empirického šetření realizovány s klienty psychiatrické léčebny Červený Dvůr. S primářem léčebny byl také proveden rozhovor, který mi pomohl reflektovat stanovené výzkumné otázky.

Dotazníky byly zdravotním sestřám doručeny staniční sestrou oddělení A, která se mnou ochotně spolupracovala. Zdravotní sestry měly možnost vyplnit tyto dotazníky po dobu čtrnácti dnů.

Výzkumné šetření s pacienty bylo realizováno v komunitní místnosti detoxifikačního oddělení. Rozhovory probíhaly od ledna do února roku 2011.

K získání dat jsem použila metodu kvantitativního a kvalitativního přístupu. Data byla získána technikami rozhovoru, který byl určen pro klienty a primáře psychiatrické léčebny Červený Dvůr, a dotazníku, který byl sestaven pro zdravotní sestry.

Dotazník je velmi častou výzkumnou technikou. Dotazníkem zjišťujeme data a informace o respondentovi, jeho názory a postoje k danému problému. Předností dotazníku je snadnost jeho administrace. Dotazník obsahoval devět otázek. 8 otázek bylo uzavřených a jedna byla otevřená.

Rozhovor je explorativní technika, neopírající se o písemné vyjádření dotazovaného. Podstatou rozhovoru je ústní komunikace (PELIKÁN, 2007). Ve svém výzkumu jsem použila strukturovaný rozhovor. Dialog s pacienty trval 10-15 minut. S primářem léčebny dialog probíhal 15 minut.

Strukturovaný rozhovor, se přibližuje dotazníku, od kterého se liší pouze tím, že záznam odpovědí provádí tazatel, tudíž je možno jeho výsledky hodnotit numericky, tedy kvantitativně (CHRÁSKA, 2007).

4.1.1 Charakteristika souboru

Výzkumné šetření proběhlo v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Empirické pole tvořily tři skupiny: primář, zdravotní sestry a vybraní pacienti léčebny v Červeném Dvoře. Zdravotním sestřám bylo rozdáno 20 dotazníků a celková návratnost byla 100 %. Metodu rozhovoru jsem použila u 21 klientů. Všichni mnou oslovení klienti se mnou spolupracovali. Tito respondenti detoxifikačního oddělení byli již po akutní fázi odvykání, připraveni nastoupit na standardní oddělení. Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně.

4.1.2 Organizace zkoumaného šetření

Výzkum jsem realizovala v lednu a v únoru roku 2011 v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Léčebnu dobře znám, pracovala jsem zde jako zdravotní sestra a později jako psychoterapeut. Je zde poskytováno několik terapeutických technik, ale muzikoterapie k nim nepatří. Klienti se většinou rádi účastní všech těchto aktivit.

Sestavila jsem muzikoterapeutický program, kterým jsem motivovala klienta k následné léčbě na oddělení. Cílem tohoto programu bylo zlepšit jeho psychické rozpoložení a zjistit, zdali by uvítal muzikoterapii v léčbě.

Nejdříve jsem klientům vysvětlila důvod své návštěvy a seznámila je s muzikoterapeutickým programem.

4.1.3 Muzikoterapeutický program

Pro práci se skupinou jsem použila receptivní muzikoterapii. Muzikoterapeutický proces se odehrával v komunitní místnosti detoxifikačního oddělení léčebny Červený Dvůr. Následovala skupinová muzikoterapie. Muzikoterapeutická nabídka byla připravená a cílená.

Úvod: Stáli jsme v kruhu a snažili se naladit na následnou relaxaci. Smyslem rituálu bylo uvědomění si sebe samého, příprava na následnou léčbu na standardním oddělení, posílení Já.

Smyslem programu byla celková relaxace. Zvolila jsem proto hudbu klidnicí a tlumivou. Klienti leželi na podložkách, zaujímali aktivní polohu, která jim nejvíce vyhovovala. Důležité bylo absolutní ticho, aby se pacienti mohli soustředit jenom sami na sebe, nenechali se rušit okolím nebo sebou navzájem. Samotný poslech trval 15 minut.

Konec: Na závěr jsme stáli opět v kruhu a každý vyjádřil pouze mimikou svůj pocit po muzikoterapii. Toto cvičení plnilo funkci uvědomění si toho, co se během muzikoterapie odehrávalo. Pro pacienty i pro mě bylo velmi důležité a navíc představovalo zpětnou vazbu. Následoval individuální rozhovor.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

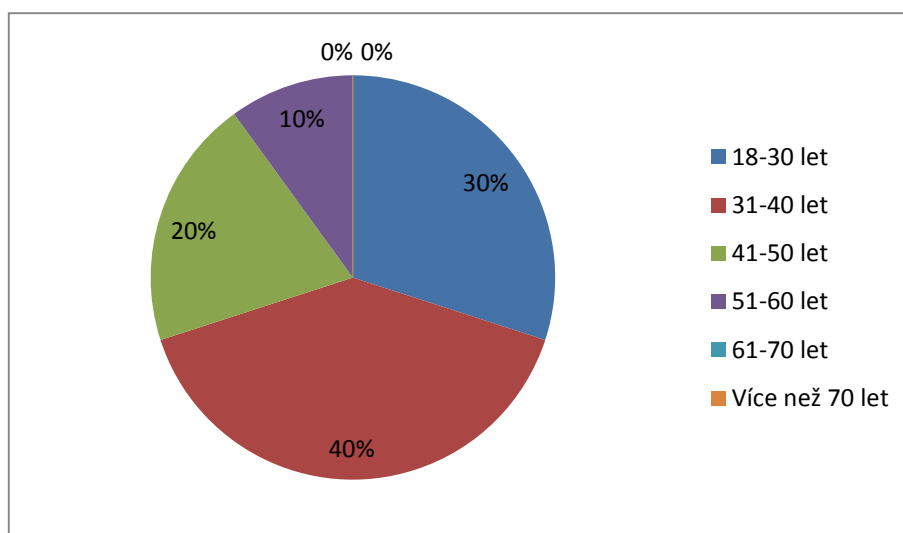
5.1 Výsledky

Ve výzkumném šetření jsou hodnoceny odpovědi zdravotních sester a klientů na detoxifikačním oddělení. Některé hypotézy se vztahují k názorům zdravotních sester, některé k názorům pacientů léčebny Červený Dvůr.

Data získaná dotazníkem a rozhovorem byla zpracována programem Microsoft Excel s využitím jeho matematických a statistických funkcí. Hodnoty v grafech jsou vyjádřeny procentuálně.

5.1.1 Výsledky dotazníkového šetření

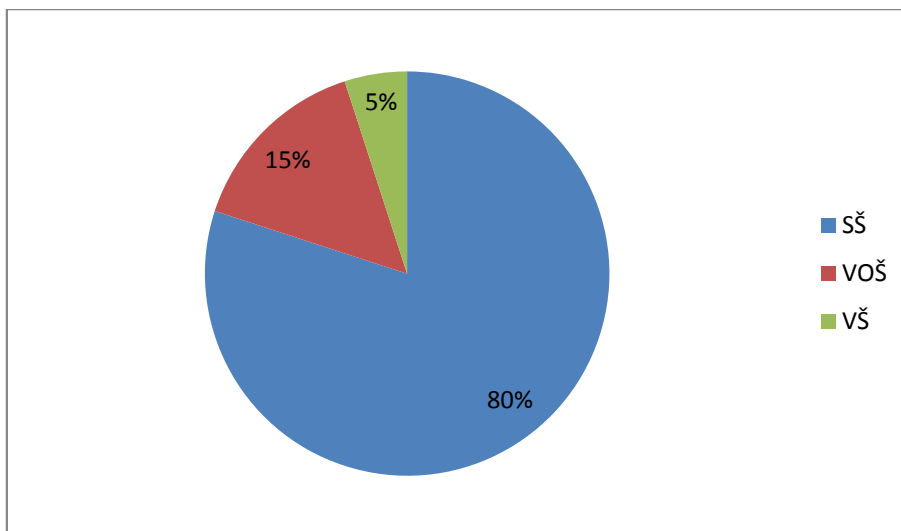
Věk:



Graf 1 Věková kategorie zdravotních sester. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 1 přehledně znázorňuje věkové kategorie zdravotních sester, pracujících v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 40 % respondentek ve věkové kategorii 31-40 let, 30 % ve věkové kategorii 18-30 let, 20 % ve věkové kategorii 41-50 let, a 10 % ve věkové kategorii 51-60 let.

Vzdělání zdravotních sester:



Graf 2 Dosažené vzdělání. Zdroj: vlastní tvorba

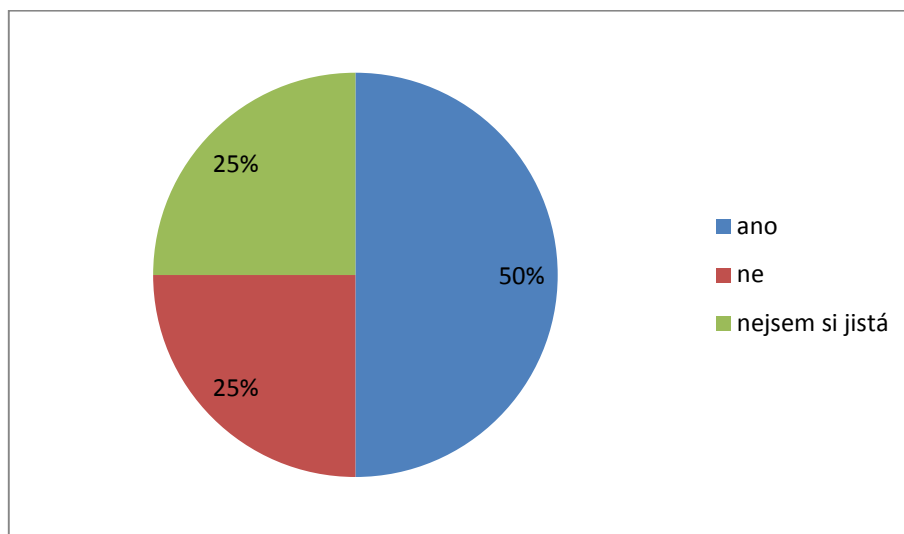
Jak ukazuje graf č. 2, nejvíce zdravotních sester má vzdělání středoškolské s maturitou 85 %, 15 % z nich má vzdělání vyšší odborné, 5 % vzdělání vysokoškolské. To znamená, že pouze jedna sestra má vysokoškolské vzdělání.

H1: Domnívám se, že více jak 50 % sester považuje muzikoterapii za přínosnou v léčbě závislosti.

Tato hypotéza je zaměřena na názor zdravotních sester na muzikoterapii. Cílem je zjistit jak tuto terapii hodnotí, jakou váhu jí dávají.

Otázka: Považujete muzikoterapii v léčbě závislosti za přínosnou?

Tato otázka zjišťovala, jak zdravotní sestry vnímají muzikoterapii.

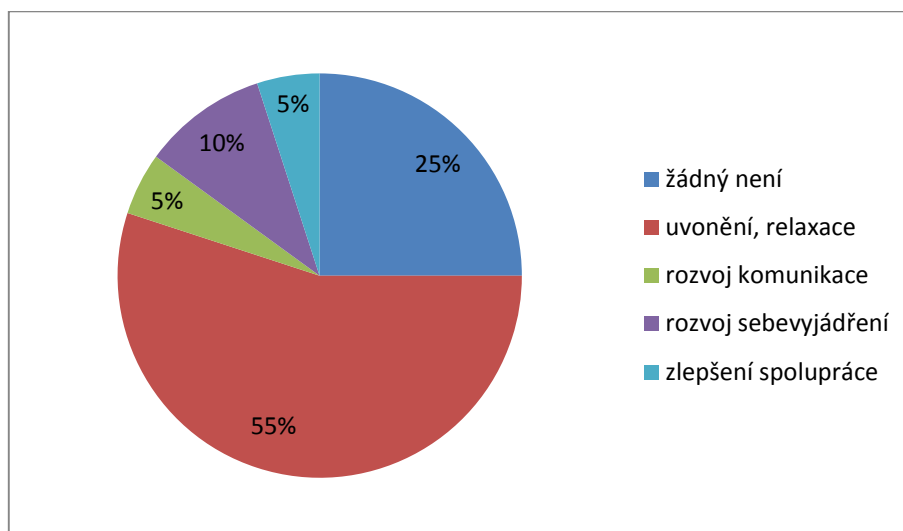


Graf 3 Přínos muzikoterapie v léčbě závislosti. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 3 ukazuje, že polovina z dotazovaných sester považuje muzikoterapii za přínosnou v léčbě závislosti. Čtvrtina respondentek v ní přínos nespátřuje. Skupinu, která si není jistá, tvoří 25 % sester.

Hypotéza H1 se nepotvrdila, z grafu je patrné, že pouze padesát procent zdravotních sester považuje muzikoterapii za přínosnou v léčbě závislosti.

Otázka: V čem spatřujete hlavní přínos pro pacienty?

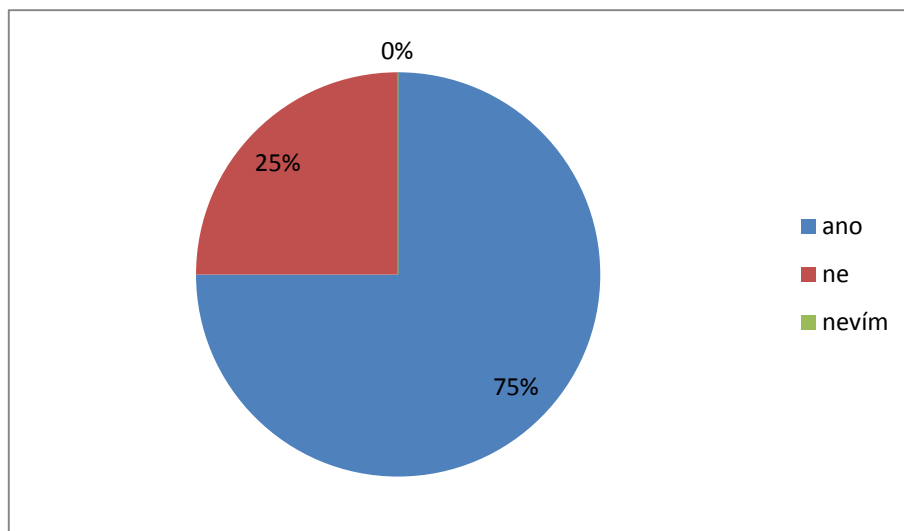


Graf 4 Přínos muzikoterapie. Zdroj: vlastní tvorba

Z grafu č. 4 vyplývá, že 55 % sester vidí přínos muzikoterapie v uvolnění a relaxaci klienta, čtvrtina dotazovaných přínos nespátřuje, 10 % si myslí, že kladem muzikoterapie je rozvoj sebevyjádření u pacienta, 5 % z nich označilo zlepšení spolupráce a 5 % rozvoj komunikace u klienta.

H2: Předpokládám, že více než 50 % sester je toho názoru, že lze v Červeném Dvoře používat muzikoterapii k léčbě závislosti.

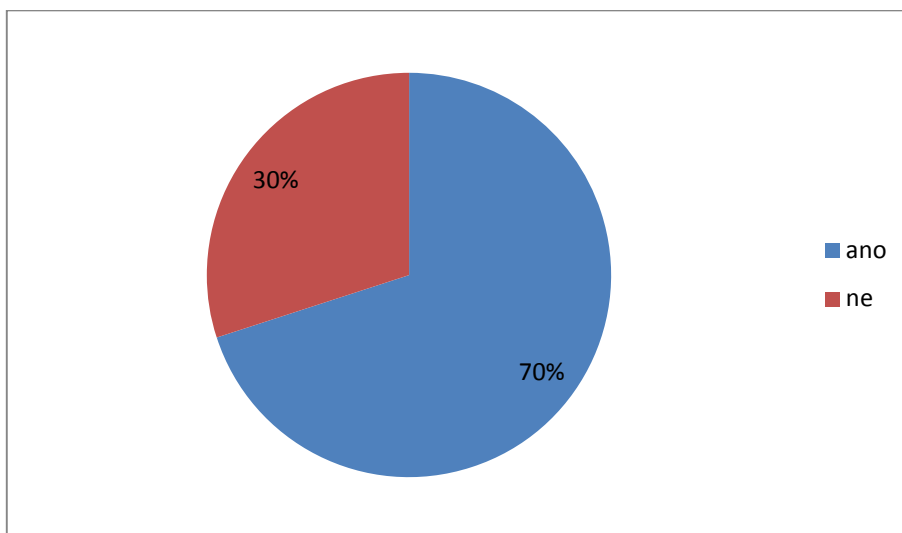
Otázka: Myslíte si (domníváte se), že je možné aplikovat muzikoterapii v psychiatrické léčebně Červený Dvůr?



Graf 5 Možnosti aplikace muzikoterapie. Zdroj: vlastní tvorba

Jak je patrné z grafu č. 5, 75 % sester je toho názoru, že je možné aplikovat muzikoterapii v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. 25 % sester má názor opačný a pro aplikaci muzikoterapie v léčebně není. Názor zdravotníků sester je velmi důležitý. Pokud je zdravotnický personál nakloněn terapii, je daleko snazší ji praktikovat.

Otázka: Byla byste pro aplikaci muzikoterapie v psychiatrické léčebně Červený Dvůr?



Graf 6 Aplikace muzikoterapie v Červeném Dvoře. Zdroj: vlastní tvorba

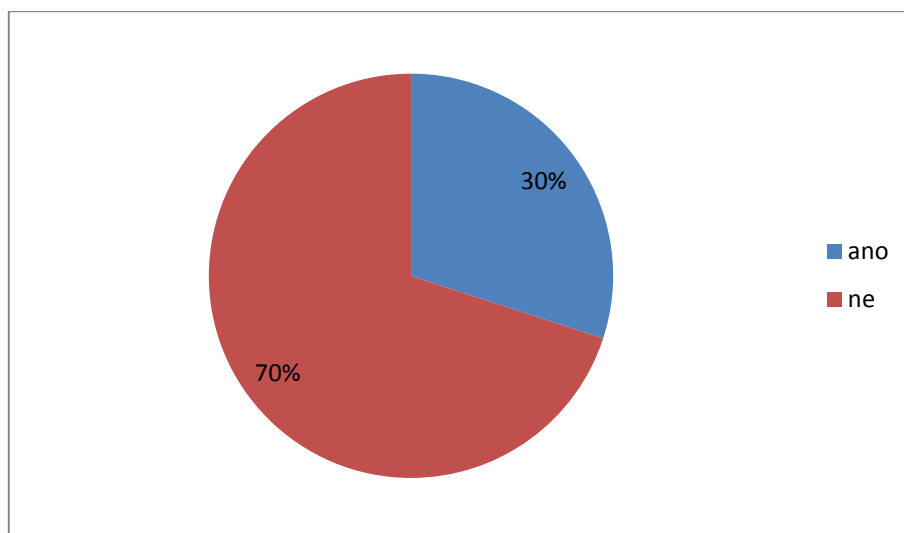
Tato otázka zjišťovala, zda by zdravotní sestry byly ochotné muzikoterapii v léčebně praktikovat, popřípadě ji podporovat. Jak ukazuje graf č. 6, většina zdravotních sester by byla pro aplikaci muzikoterapie v Červeném Dvoře, 30 % dotazovaných je proti využití muzikoterapie.

Dvě předchozí otázky položené zdravotním sestřám přinesly výpověď o tom, že více než 50 % dotazovaných je toho názoru, že lze v Červeném Dvoře používat muzikoterapii a zároveň by 70 % zdravotních sester bylo pro aplikaci této terapie v léčebně. H2 tudíž byla potvrzena.

H3: Předpokládám, že více jak 70 % sester z muzikoterapií zkušenosti nemá.

Touto hypotézou chci zjistit, zda mají dotazované sestry zkušenosti s touto terapií, zda už měly možnost se s muzikoterapií setkat v rámci své profese.

Otázka: **Pracovala jste někdy s muzikoterapií?**



Graf 7 Zkušenost s muzikoterapií. Zdroj: vlastní tvorba

Z odpovědí dotazovaných sester vyšlo, že 70 % zdravotních sester s muzikoterapií nepracovala, zbývajících 30 % sester s touto terapií již zkušenosti má.

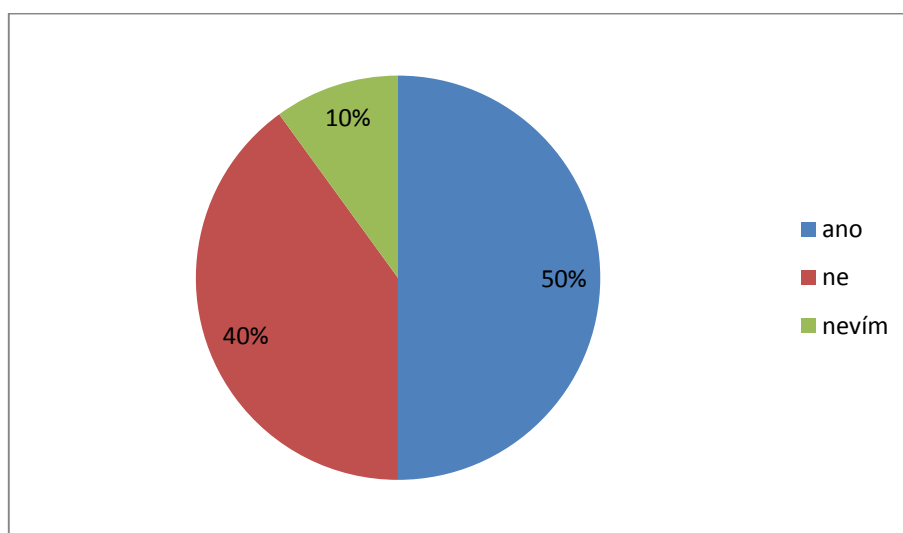
Hypotéza H3 se potvrdila. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 70 % dotazovaných zdravotních sester se s muzikoterapií nesetkala, nemá s ní pracovní zkušenosti.

H4: Předpokládám, že více než polovina sester by měla zájem o absolvování muzikoterapeutického kurzu.

Pokud by chtěla zdravotní sestra aplikovat muzikoterapii v léčebně Červený Dvůr, měla by mít vhodnou kvalifikaci, protože nevhodnou terapií by mohlo dojít i k poškození pacienta. Měla by vědět, že někteří pacienti mohou reagovat na hudbu negativně. Určitý druh hudby může u klienta vyvolat abstinenční příznaky, vzbudit v něm touhu po droze a jiné.

V České republice je řada akreditovaných středisek nabízejících muzikoterapeutické vzdělání.

Otázka: Uvítala byste absolvování muzikoterapeutického kurzu?



Graf 8 Zájem o absolvování muzikoterapeutického kurzu. Zdroj: vlastní tvorba

O absolvování muzikoterapeutického kurzu projevilo zájem 50 % zdravotních sester, 40 % tento zájem nemá, 10 % z nich neví.

Předpokládala jsem, že více než polovina zdravotních sester by měla zájem o absolvování muzikoterapeutického kurzu. Z grafu vyplývá poloviční zájem o tento druh kurzu. Může to být nedostatkem informací o muzikoterapii. Hypotéza H4 se tedy nepotvrdila. Myslím, že nepotvrzení hypotézy je

jednoznačně dáno tím, že velké procento personálu vůbec neví, co si pod pojmem muzikoterapie představit.

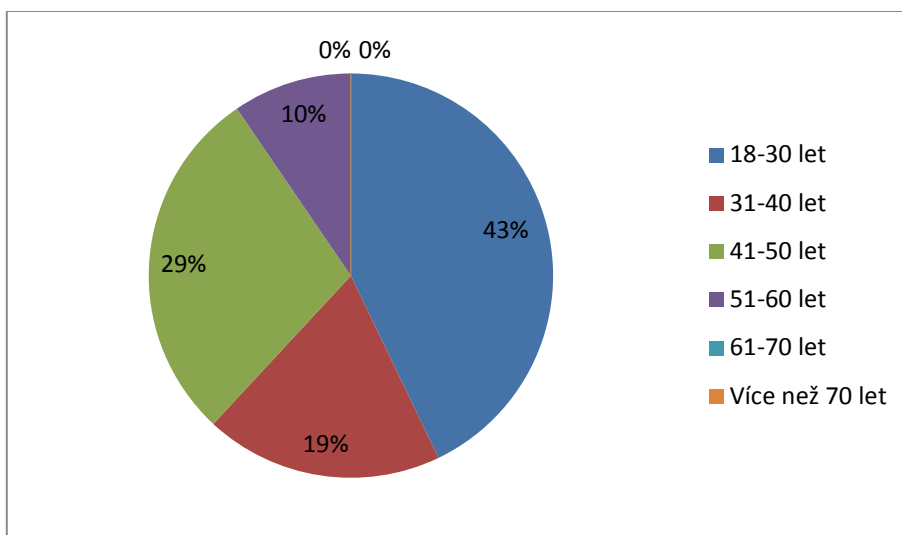
Otázka: Pokud máte ještě nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu, prosím o vyjádření.

Na otevřenou otázku jsem nedostala žádnou odpověď. Předpokládala jsem, že zdravotní sestry budou mít mnoho doplňujících otázek k danému tématu. Tato otázka měla za úkol zjistit, zda jsou nějaké připomínky, či názory k danému tématu. Na tento dotaz ani jedna z dotazovaných nereagovala, nedostala jsem žádnou odpověď.

5.1.2 Výsledky rozhovorů

Klienty psychiatrické léčebny jsem navštívila v průběhu měsíců leden - únor 2011 celkem třikrát. Připravila jsem si pro ně muzikoterapeutický program popsáný v praktické části. Vždy jsem měla sedm klientů a program probíhal stejně. Jejich léčba byla v úplném začátku, tudíž jsem si pro rozhovor připravila otázky a sama jsem zaznamenávala odpovědi a pro kontrolu udělala i audio záznam. Ke kterému dali pacienti svolení. Celého výzkumného šetření se zúčastnilo 9 žen a 12 mužů.

Otázka: **Do které věkové kategorie patříte?**

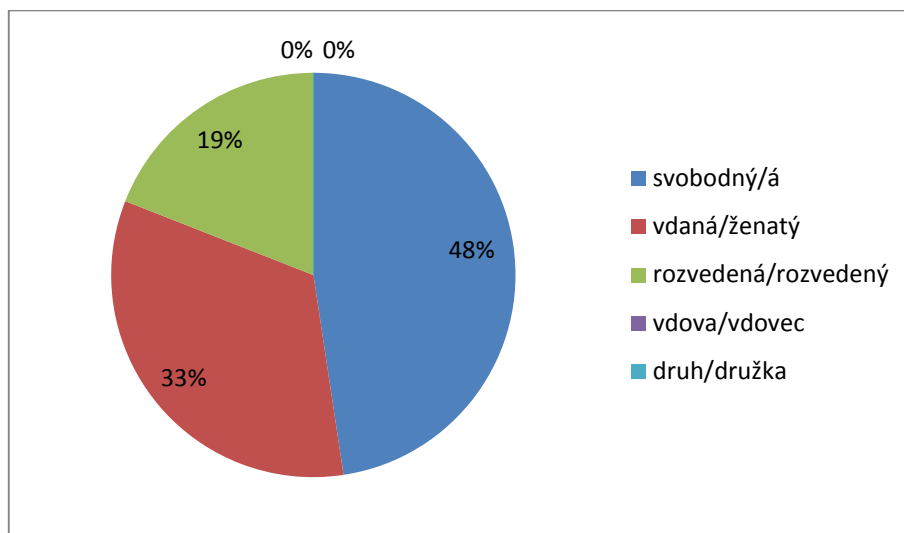


Graf 9 Stáří klientů. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 9 znázorňuje věkové kategorie klientů. 43 % respondentů bylo ve věku 18-30 let, 29 % klientů splňovalo věkovou hranici 41-50 let, 19 % pacientů bylo 31-40 let, 10 % pacientů je v rozmezí věku 51- 60 let, klienti věkové kategorii 61-70 a více než 70 let zastoupeni nebyli.

Rodinný stav:

Otázka: **Jaký je Váš rodinný stav?**

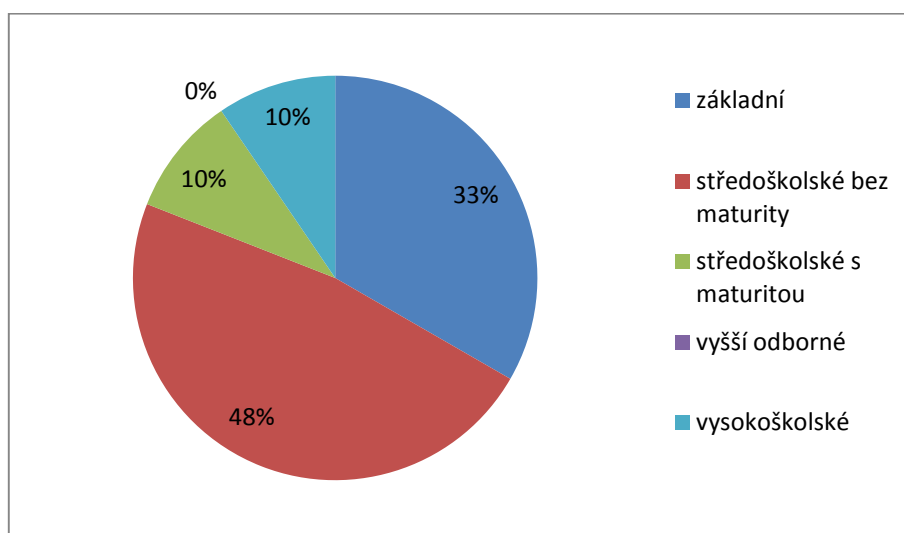


Graf 10 Rodinný stav. Zdroj: vlastní tvorba

Jak vidíme z grafu č. 10, 48 % dotazovaných klientů je svobodných, 33 % je ve stavu ženatých a vdaných 19 % respondentů je rozvedených.

Vzdělání klientů:

Otázka: **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

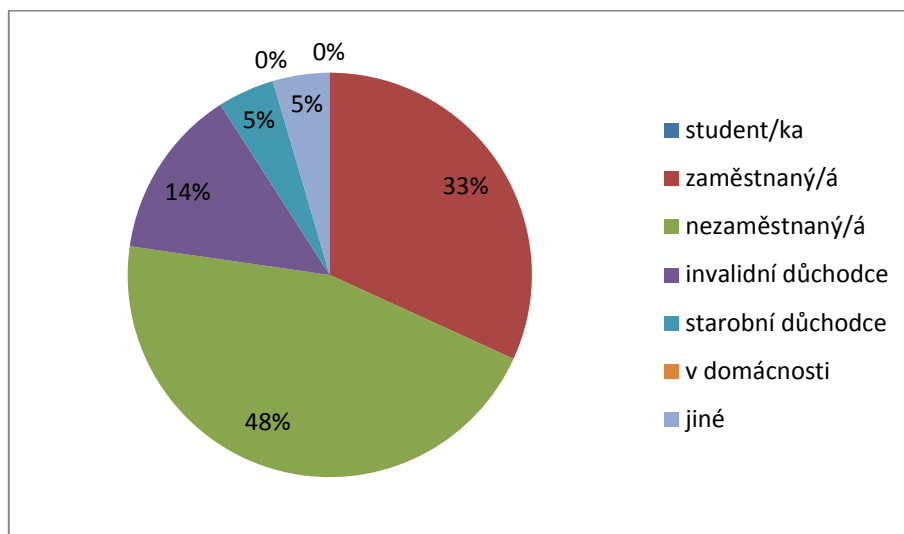


Graf 11 Vzdělání klientů. Zdroj: vlastní tvorba

Podle grafu č. 11, absolvovalo muzikoterapeutické sezení 48 % klientů se středoškolským vzděláním bez maturity, 33 % z nich má pouze základní vzdělání, 10 % pacientů ukončilo střední školu maturitou a stejná procenta připadají i klientům s vysokoškolským vzděláním.

Současný stav:

Otázka: **V současné době jste:?**

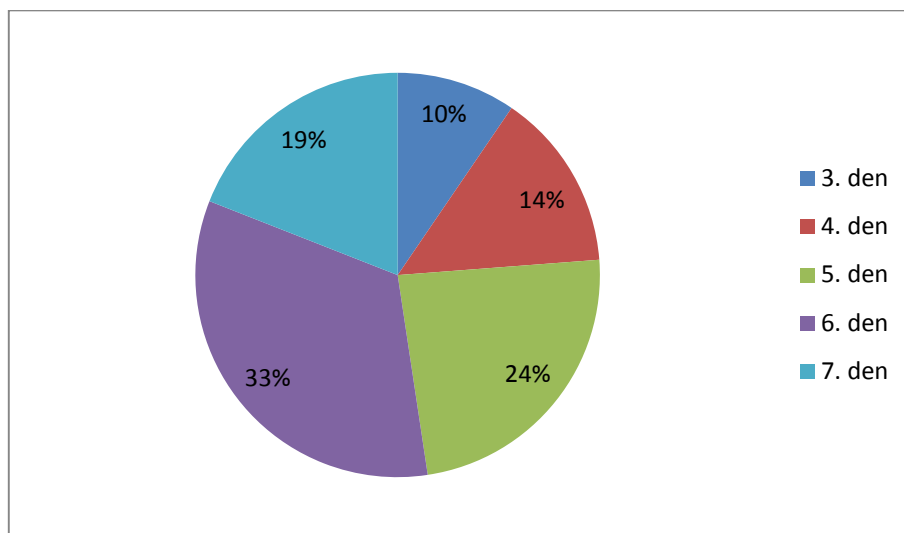


Graf 12 Současný stav zaměstnanosti klientů. Zdroj: vlastní tvorba

Klienti se závislostí na alkoholu nebo drogách jsou často nezaměstnaní. Jak je patrné i z grafu č. 12, je stav nezaměstnaný zastoupen 48 % dotazovaných, 33 % klientů zaměstnaní má, 14 % pacientů je v invalidním důchodu, 5 % ve starobním důchodu a 5 % udává jinou možnost.

Délka pobytu na detoxifikačním oddělení:

Otázka: Kolikátý den jste v léčbě?

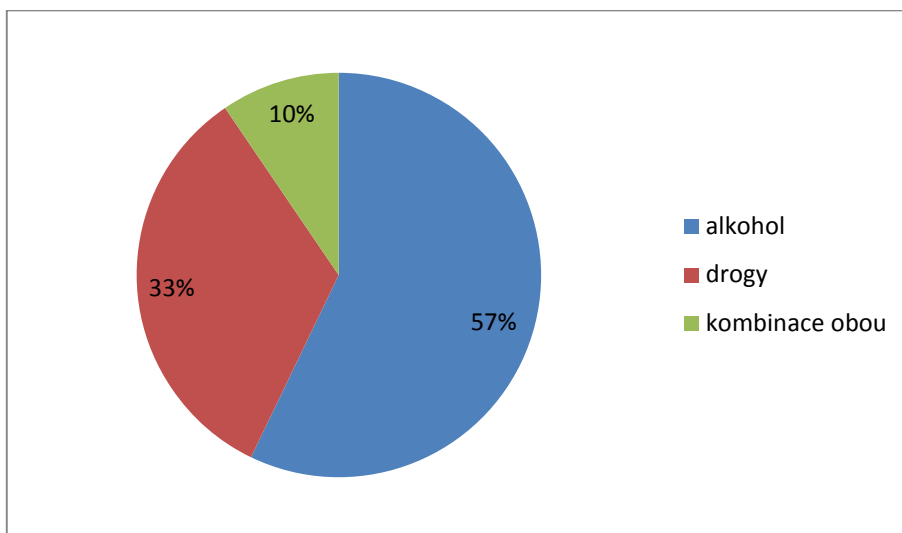


Graf 13 Délka pobytu. Zdroj: vlastní tvorba

Abych mohla s klienty pracovat, vybrala jsem pacienty, kteří již nebyli v akutní fázi odvykání. Zvláště klienti závislí na drogách by nebyli schopni se soustředit. Graf č. 13, znázorňuje délku pobytu v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. 33 % klientů bylo v léčbě sedm dní, 24 % respondentů 5 dní, 19 % 7. den, 14 % pacientů bylo v léčbě 4. den a 10 % z nich 3 den.

Druh závislosti:

Otázka: S jakou závislostí jste byl/a přijat/a?

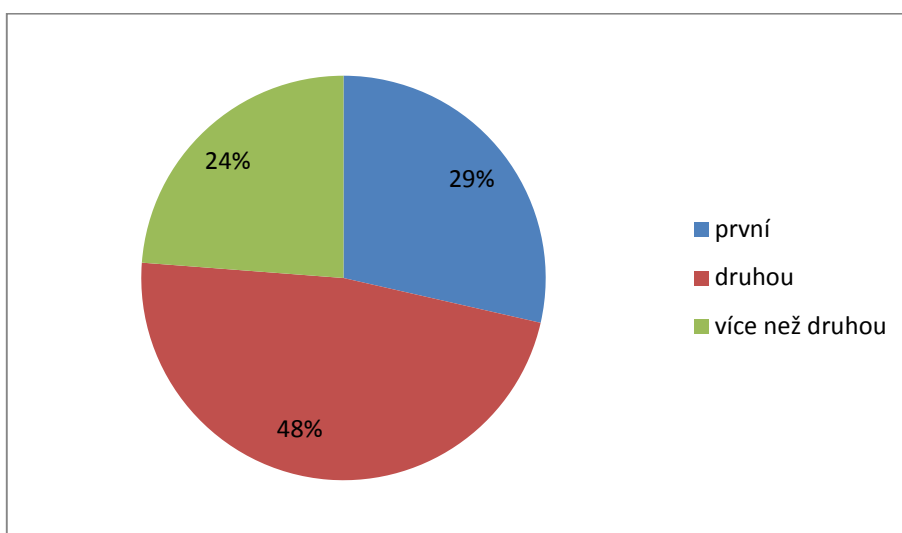


Graf 14 Typ závislosti. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 14 ukazuje diagnózu, se kterou byl klient přijat. 57 % klientů udávalo závislost na alkoholu, 33 % se léčilo ze závislosti na drogách a 10 % bylo přijato s kombinací obou těchto drog.

Pořadí léčby:

Otázka: Kolikátou léčbu podstupujete?

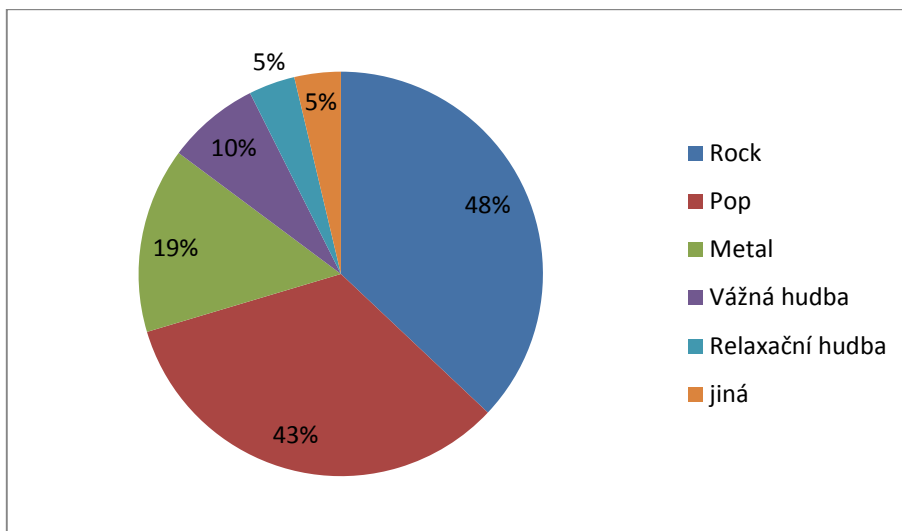


Graf 15 Pořadí léčby. Zdroj: vlastní tvorba

Na otázku, kolikátou léčbu podstupujete? 48 % z dotazovaných odpovědělo druhou, 29 % respondentů podstupovalo léčbu první, 24 % klientů mělo zkušenosti s léčbou již více než dvakrát.

Druh hudby:

Otázka: **Jaký typ hudby máte rád/a?**

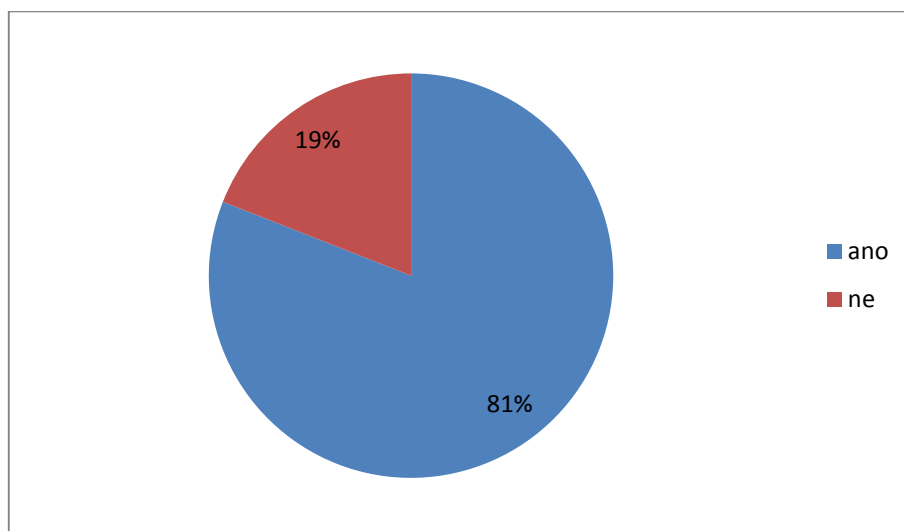


Graf 16 Preference hudebního žánru. Zdroj: vlastní tvorba

Výběr hudby u klientů závislých na alkoholu či drogách, je velice důležitý. V léčbě mají zakázáno poslouchat hudbu, kterou mají spojenou zejména s užíváním drog. Nejčastěji je to techno hudba, „haus“, rock, tvrdá metalová muzika a jiné.

48 % dotazovaných preferuje hudební žánr rock, 43 % klientů má oblíbený pop, 19 % metal, 10 % si poslechne vážnou hudbu, 5 % respondentů upřednostňuje relaxační a jinou hudbu.

Otázka: **Znáte pojem muzikoterapie?**

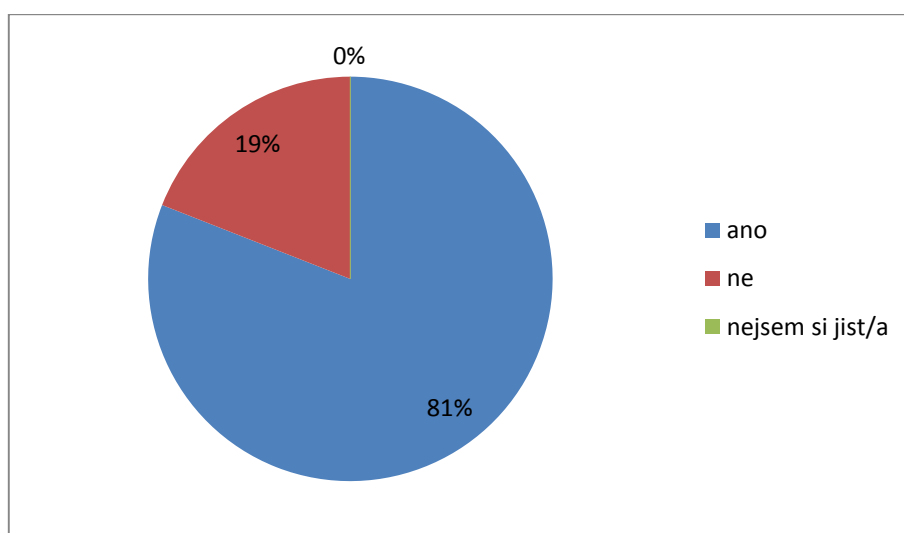


Graf 17 Povědomí klientů o muzikoterapii. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 17 ukazuje, že pojem muzikoterapie zná 81 % klientů, 19 % z nich neví, co termín muzikoterapie znamená.

Zkušenost s muzikoterapií:

Otázka: **Absolvoval/a jste v minulosti terapii s použitím muzikoterapie?**

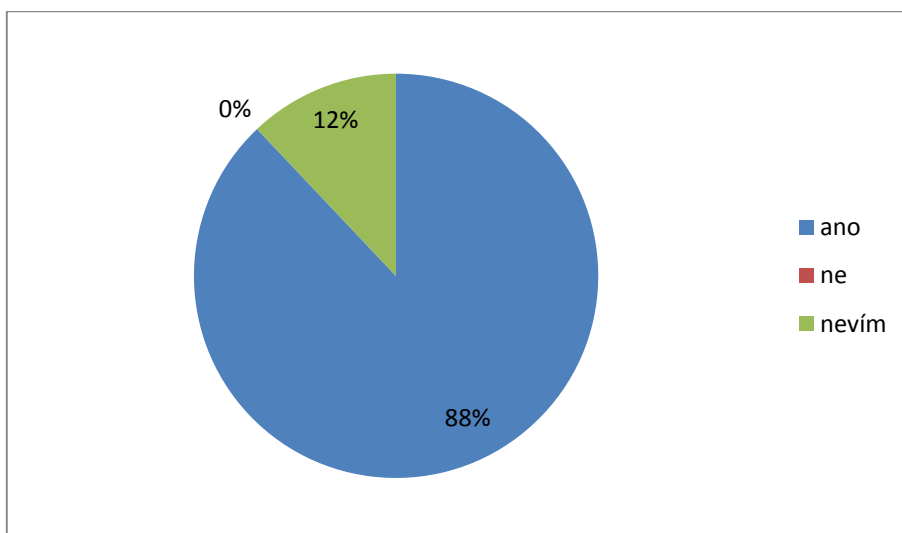


Graf 18 Zkušenost s muzikoterapií. Zdroj: vlastní tvorba

17 klientů (81 %) absolvovalo v minulosti terapii s použitím hudby, 19 % z nich se v minulých léčbách s touto terapií nesetkalo.

Stav po muzikoterapii:

Otázka: Pokud jste v minulosti podstoupil/ a muzikoterapii, zlepšil se Váš psychický stav?



Graf 19 Změna psychického stavu po muzikoterapii. Zdroj: vlastní tvorba

Z grafu č 19, je patrné, že po absolvování muzikoterapeutického sezení, došlo u 88 % dotazovaných klientů k zlepšení jejich psychického stavu. Tento druh terapie probíhal v jejich předešlých léčbách. 12 % respondentů nedokáže posoudit, zda došlo k zlepšení jejich psychického stavu.

Stav klientů před poslechem hudby:

Otázka: Jak jste se cítil/a před poslechem hudby?

Cituji:

„Měl jsem smíšené pocity, chtěl jsem spát a ne poslouchat nějakou hudbu.“

„Byl jsem unavený.“

„Unaveně.“

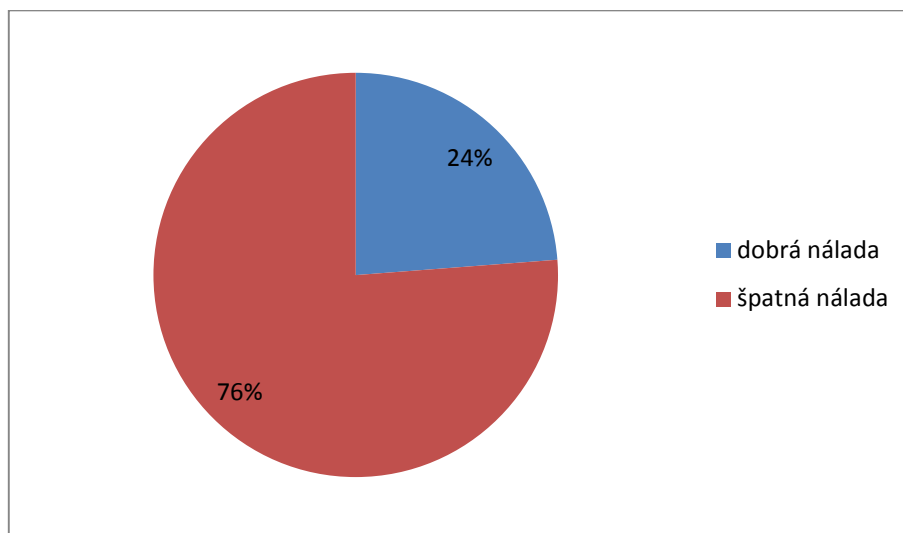
„Měl jsem depresi.“

„Myslím tu na to, co jsem způsobil, takže smutně.“
„No, jak mi mohlo být? Mám chuť, takže blbě.“
„Dospávám tu ty propařený noce, chtělo se mi spát.“
„Dobře.“
„Jsem tu pořád tak unavený.“
„Ste mě vzbudila, byl jsem unavený.“
„Jak myslíte, že jsem se mohl asi cítit? Je to vidět ne?“
„Normálně, vesele.“
„Byla jsem unavená.“
„Byla jsem smutná, chci domů.“
„Euforicky, vesele.“
„Vesele, jsem veselá.“
„Byla jsem v depce.“
„Byla jsem smutná.“
„Před tou hudbou jsem byla pěkně unavená.“
„V poho, veselá.“
„Byla jsem hrozně smutná, chybí mi moje dítě.“

Jak je patrné z odpovědí, většina z dotazovaných se před poslechem cítila smutně. Velmi často odpovídali, že jsou unavení. Na začátku terapie to bylo patrné. Někteří se rozhodovali, jestli vstanou z postele a půjdou na program. Pro první dny detoxifikace je tento stav naprosto normální. 5 z dotazovaných se před zahájením muzikoterapie cítilo vesele. V depresi byla jedna žena a jeden muž.

Rozpoložení klientů před poslechem hudby:

Otázka: **Jakou jste měl/a náladu před poslechem hudby?**



Graf 20 Nálada před poslechem hudby. Zdroj: vlastní tvorba

Před poslechem hudby mělo 76 % z dotazovaných klientů náladu špatnou. U 24 % respondentů panovala dobrá nálada.

H6: Předpokládám, že více než polovina klientů závislých na alkoholu a drogách uvede po poslechu hudby zlepšení psychického stavu.

Pocity vyvolané hudbou:

Otázka: **Jaké pocity ve Vás daná hudba vyvolala?**

Cituji:

„Hudba ve mně vyvolala vzpomínky na život před léčením.“

„Vzpomněl jsem si na rodinu, jak to bude, až se vrátím.“

„Cítila jsem klid, smíření, odhodlání a sílu.“

„Vyvolala ve mě příjemné pocity a uvolnění.“

„Spíše depresivní pocity, rezignaci až sebevražedné myšlenky.“

„Vzpomněl jsem si na cestování.“

„Hudba ve mě vyvolala pocit únavy, nemohl jsem se soustředit, byla moc pomalá.“

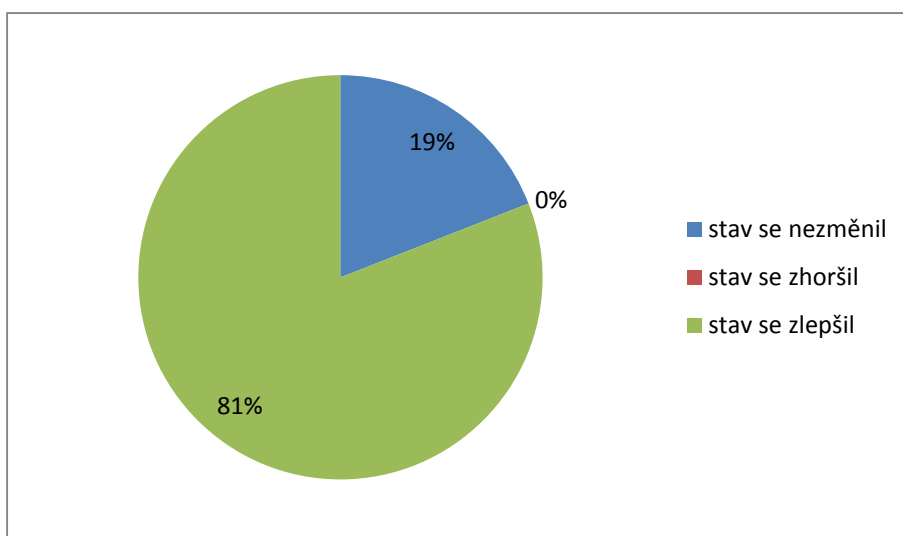
„Pocit úspěchu, chuť změnit svůj život.“

„Pocit, že není vše ztraceno.“

Další odpovědi byli podobné, klienti popsali pocit uvolnění, uklidňující a příjemné pocity.

Psychické rozpoložení po poslechu hudby:

Otázka: **Jak se cítíte po poslechu hudby?**



Graf 21 Psychický stav po poslechu hudby. Zdroj: vlastní tvorba

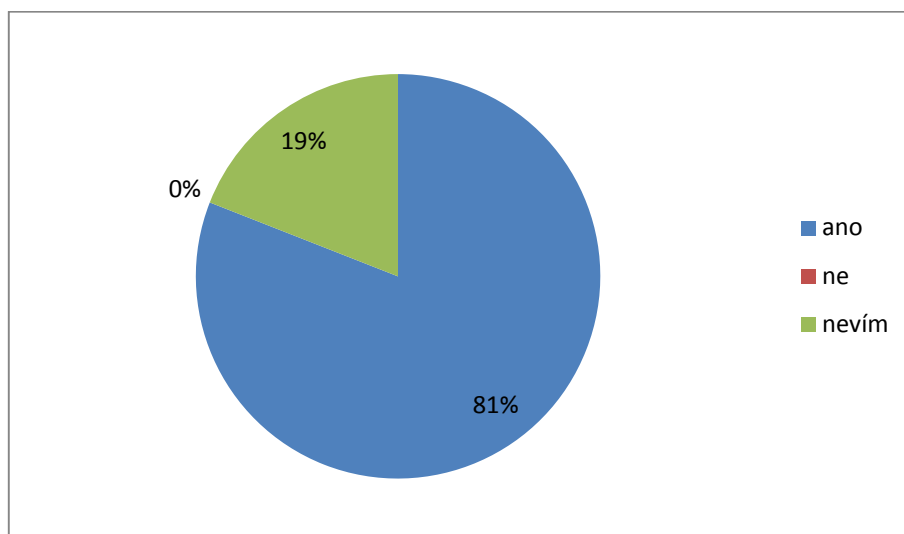
Jak je vidět z odpovědí klientů po poslechu hudby, jsou výsledky velice pozitivní. 81 % klientů udává zlepšení svého psychického stavu. U 19 %-ti z dotazovaných se stav nezměnil.

Vedením rozhovorů s klienty po poslechu relaxační hudby jsem zjistila zlepšení jejich momentálního stavu. Hypotéza H6 se potvrdila, jelikož 81 % klientů odpovědělo kladně na otázku, zda se jejich psychický stav po poslechu dané hudby zlepšil. Podobná procenta vyšla i u klientů, kteří absolvovali muzikoterapeutické sezení v předešlých léčbách.

Možnosti využití muzikoterapie v léčebně Červený Dvůr:

H5: Předpokládám, že více než 70 % klientů závislých na drogách a alkoholu by muzikoterapii v léčbě uvítalo.

Otázka: Uvítal/a byste tento druh terapie v léčebně Červený Dvůr?



Graf 22 Aplikace muzikoterapie v léčebně Červený Dvůr. Zdroj: vlastní tvorba

Graf č. 22 ukazuje, že 81 % všech dotazovaných klientů, by uvítalo muzikoterapii v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. 19 % respondentů neví. Nikdo z dotazovaných pacientů se nevyjádřil negativně.

Hypotéza H5 se potvrdila. 88 % klientů závislých na alkoholu a drogách by tento druh terapie v Červeném Dvoře uvítalo.

Přínos muzikoterapie pro klienta:

Otázka: V čem by pro Vás mohla být muzikoterapie přínosná?

Cituji:

„Může mi zlepšit náladu a tak.“

„Uvolnění, relax, lepší nálada.“

„Nevím, asi uvolnění ne?“

„Třeba zlepšit náladu? Já nevím.“

„Odpočinul bych si.“

„Lepší nálada, poslech příjemné hudby.“

„Klid, uvolnění.“

„Myslím, že každá terapie něco přináší, chtěla bych zkusit cokoli, co mi pomůže nebrat drogy.“

„Mohl bych si přitom schrupnout.“

„Chut' do života? Nebo uvolnění?“

„Možná bych měla větší chut' se léčit?“

„Více terapie, uvolnění, lepší nálada, našlo by se toho víc.“

„Mohla by mě navést správným směrem.“

„Zlepšit náladu.“

Další odpovědi se shodovaly v pocitu uvolnění a zlepšení nálady.

Otázka: Máte nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu?

K této otázce se vyjádřila pouze jedna klientka. Odpověděla: „Uvítala bych, abyste nám říkala, na co máme myslet.“

V tomto případě, by se již jednalo o řízenou relaxaci případně meditaci. Jako součást dlouhodobějšího, cíleného muzikoterapeutického procesu. Rozvádění tohoto názoru tedy není cílem předložené bakalářské práce.

5.1.3 Rozhovor s primářem, ředitelem léčebny, MUDr. Jiřím Dvořáčkem

Myslíte si, že by byla muzikoterapie přínosem v terapii v Červeném Dvoře?

Cituji:

„Bezesporu! Muzikoterapie má mnoho podob a plno z těchto podob by uplatnění v našem programu mít mohlo a já doufám, že v budoucnu i mít bude. Na detoxu by se uplatnila relaxační část muzikoterapie. Dobře zvolená hudba by mohla mírnit tenzi a snad i trochu zlepšovat zvládání odvykacích stavů. V další fázi odvykacího programu bych viděl rád zejména aktivní muzikoterapii - společné tvoření hudby celou komunitou. Nemyslím na nějaký školený profesionální výstup, ale zakoušení společného vytváření zvuků, spontánního vyladování a vytváření „primitivní“ hudby celé komunity. Myslím, že by to mohlo razantně zvyšovat kohezi v komunitě a zrychlit zapojování novějších členů do dění v komunitě. Také myslím, že by hudba mohla být alternativní cestou pro zapojení se do komunitního života těch lidí, kteří z různých důvodů jsou outsideři ve verbální komunikaci. Určitě je také ozdravné zvládnout své vlastní strachy a stud a projevit se "hudebně" mezi lidmi v komunitě a naučit se komunitě důvěřovat i důvěřovat svým projevům. Myslím, že zážitek tvoření společné hudby (doplňný třeba i společným pohybem na tu hudbu), je jedním z nejsilnějších spojujících zážitků mezi lidmi už odpradáвна.“

Máte osobní zkušenost s touto terapií?

Cituji:

„Mám. Byl jsem k tomu nucen v psychoterapeutickém výcviku. Vím, jak je to náročné, dělalo mi to problémy a úplně moje parketa to není. O to víc cítím, jak velký význam to může mít.“

Pokud by byl zájem o muzikoterapeutický kurz ze strany personálu, podpořil byste jeho absolvování?

Cituji:

Ano. K tomu, co zmiňuji u první otázky, je krom nadšení a určitého primárního vztahu k hudbě nutný i profesionální výcvik. Určitě bych tedy chtěl, aby muzikoterapie v našem prostředí nestála jen na „nadšenectví.“

5.2 Diskuse

Výzkumu pod názvem „Možnosti využití receptivní muzikoterapie v léčbě alkoholové a drogové závislosti“ se zúčastnilo 20 sester a 21 klientů psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Výzkum je také doplněn o rozhovor s primářem léčebny MUDr. Jiřím Dvořáčkem. Při zpracovávání bakalářské práce jsem se potýkala s nedostatkem odborné literatury. O muzikoterapii používané v léčbě závislostí toho prozatím moc popsáno nebylo.

Z první otázky graf č. 1, kterou jsem zaměřila na charakteristiku souboru, vyplynulo: přibližně polovina zdravotních sester 40 % spadalo do věkové kategorie 31-40 let. Dále 30 % bylo ve věkové kategorii 18-30 let, 20 % ve věku 41-50 let a 10 % dotazovaných sester ve věkové kategorii 51-60 let. Tyto výsledky ukazují, že v léčebně není zaměstnaná sestra důchodového věku na plný úvazek.

Graf č. 2 poukázal na to, že v psychiatrické léčebně Červený Dvůr pracuje pouze jedna sestra s vysokoškolským vzděláním. 85 % z dotazovaných má vzdělání středoškolské s maturitou, 15 % z nich má vyšší odborné vzdělání. Sestry se mohou podílet na terapeutickém procesu, některé z nich mají terapeutické vzdělání, které je zakončeno certifikátem.

Otázka, zda považují zdravotní sestry muzikoterapii v léčbě za přínosnou, pomohla odpovědět na hypotézu H1. Polovina zdravotních sester vnímá muzikoterapii za přínosnou v léčbě závislostí. Čtvrtina respondentek v ní přínos nespatřuje. Skupinu, která si není jistá, tvoří 25 % sester. Hypotéza zaměřena na názor zdravotních sester na muzikoterapii „Domnívám se, že více jak 50 % sester považuje muzikoterapii za přínosnou v léčbě závislostí“ se nepotvrdila. Tuto terapii hodnotí kladně polovina z dotazovaných. Ale jak bude patrné z dalších odpovědí na kontrolní otázku č. 4, týkající se přínosu terapie, již 75 % sester přínos spatřuje. Více jak polovina zdravotních sester byla toho názoru, že muzikoterapie vede k uvolnění a relaxaci pacienta. 10 % z nich si myslí, že muzikoterapie vede k rozvoji sebevyjádření. Zlepšení spolupráce

označilo 5 % z dotazovaných a stejné procento z nich vidí přínos v rozvoji klientovy komunikace. Myslím, že lidé obecně přisuzují muzikoterapii pouze relaxační účinky. Tato terapie však může pacientovi také zajistit: rozvoj komunikace a sebevyjádření, zlepšení spolupráce klienta s personálem, stimulaci, motivaci a jiné.

Následující dvě otázky pomohly zodpovědět hypotézu H2. První otázka byla: „Myslíte si (domníváte se), že je možné aplikovat muzikoterapii v psychiatrické léčebně Červený Dvůr? Téměř $\frac{3}{4}$ z dotazovaných sester odpovědělo na tuto otázku kladně, zbytek respondentek mělo názor opačný. Pokud by měla být muzikoterapie v budoucnosti zařazena do programu léčebny, je názor personálu důležitý. Všeobecně vzato, pokud stojíme na začátku snah zavést do praxe „něco nového“, naše myšlenky směřují nejčastěji k otázkám. Je to možné? Jaká je pravděpodobnost úspěchu? Je to reálné? Zde spatřuji velké pozitivum, jelikož personál, který by jednou mohl tuto terapii zavést do praxe, si již na tuto otázku odpověděl, a to kladně.

Odpovědi na otázku: „Byla byste pro aplikaci muzikoterapie v psychiatrické léčebně Červený Dvůr?“ byly velmi podobné. Většina z dotazovaných 70 % by byla pro aplikaci této terapie. Odpovědi na obě tyto otázky potvrzují hypotézu H2 „Předpokládám, že více než 50 % sester je toho názoru, že lze v Červeném Dvoře používat muzikoterapii v léčbě závislosti.“. Zde se opět vracím k otázce č. 5, kde polovina sester vypovídala, že v muzikoterapii přínos nespátřuje. Naskytuje se tedy otázka, proč i dotazované, které žádný přínos nespátřují, jsou pro realizaci? Je to tím, že se domnívají, že tuto práci bude realizovat někdo jiný, odborník?

Další otázka se týkala zkušenosti zdravotních sester s muzikoterapií. Na otázku: „Pracovala jste někdy s muzikoterapií?“, odpovědělo 70 % zdravotních sester záporně, pouze 30 % z nich má s tímto druhem terapie zkušenost. Hypotéza 3 se potvrdila. Pokud se opět vrátím k možnosti aplikace muzikoterapie v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Domnívám se, že zde i velkou roli sehrává také zkušenost pracovníků této léčebny.

Otázkou: „Uvítala byste absolvování muzikoterapeutického kurzu?“ jsem chtěla zjistit případný zájem o vzdělávání sester v tomto směru. V hypotéze H4 jsem předpokládala, že více než polovina sester by měla zájem o absolvování muzikoterapeutického kurzu. Bez potřebného vzdělání nelze klientům léčbu hudbou poskytnout. Tedy se zvýšenou kvalifikací sester by mohla léčebna nabídnout další možnost léčby, muzikoterapii. Graf č. 8 ukazuje 50 % zájem o tento kurz, 40 % sester zájem nemá, 10 % z dotazovaných neví. Hypotéza H4 se nepotvrdila, zájem zdravotních sester je poloviční. Tento nezájem by mohl být způsoben například nedostatkem času, pracovním vyčerpáním nebo syndromem vyhoření, který bývá u personálu v léčebnách tohoto typu častým jevem. Jak už jsem uvedla, velké procento personálu vůbec neví, co si pod pojmem muzikoterapie představit. Je možno vyslovit návrh na jakousi přednášku, seminář v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, který by personálu „otevřel oči“. Následně provedené šetření by pak patrně dopadlo jinak. Věřím, že muzikoterapii by byla nekloněna většina personálu. Zvláště pak, pokud by pacienti s muzikoterapií měli možnost prožít vícero pozitivních zkušeností.

S klienty psychiatrické léčebny jsem vedla strukturovaný rozhovor. Muzikoterapeutické sezení probíhalo v prostorách detoxifikačního oddělení. Skupinová relaxace je snazší než samostatné praktikování v soukromí (NEŠPOR, 1998). V blízkosti lidí, kteří dělají něco podobného, se člověk může cítit bezpečněji. Pro toto sezení jsem si vybrala klienty, kteří již nebyli v akutní fázi odvykání. Jelikož byli v léčbě pouze několik dní, volila jsem jednoduché otázky. Odpovědi klientů byly mnou zaznamenávány do předem připravených archů. Pro kontrolu úplnosti záznamů odpovědí jsem použila diktafon. Během zpracovávání rozhovorů jsem každý vyplněný arch porovnála s audio záznamem a popřípadě výpovědi doplnila. Výzkumného šetření se zúčastnilo 9 žen a 12 mužů.

Méně než polovina klientů byla ve věku 18-30 let. 29 % pacientů bylo ve věku 41-50 let, 19 % odpovídalo věku 31-40 let a 10 % z nich bylo v rozmezí

51-60 let. Z toho vyplývá, že v době mého šetření bylo v léčebně nejvíce klientů do třiceti let.

Z dotazovaných klientů bylo 48 % svobodných, 33 % klientů ve stavu ženatý, vdaná a 19 % respondentů bylo rozvedených. Tito lidé velice často nemají rodinné zázemí. Jejich nemoc většinou odradí jejich rodinu, přátele a zůstávají sami.

Muzikoterapeutické sezení absolvovala polovina klientů se středoškolským vzděláním bez maturity, 33 % z nich měla vzdělání základní, 10 % pacientů ukončilo střední školu maturitou a stejná procenta připadají klientům s vysokoškolským vzděláním.

Otázka zaměřená na zaměstnanost u klientů ukazuje, že polovina z dotazovaných je bez práce, někteří práci mají, ale při rozhovoru uvedli, že mají strach, aby o ni nepřišli. Klienti závislí na omamných látkách jsou často nespolehliví, nedodržují pracovní kázeň, mají problémy s autoritami a málokdy se na trhu práce udrží.

Délka pobytu na detoxifikačním oddělení byla pro můj výzkum důležitá. S klienty v akutní fázi odvykání by bylo těžké pracovat, nemohli by se soustředit. Pacienti závislí na alkoholu se programu účastnili od třetího dne léčby. Klienti závislí na drogách od pátého dne. Na některých závislých byla znát únava, která je běžná u detoxifikace, ale všichni se mnou velice dobře spolupracovali.

Výzkumu se zúčastnilo 57 % alkoholiků, 33 % narkomanů a 10 % z nich s kombinací návyku na obou typech těchto látek. Při poslechu hudby proběhla všechna tři setkání v klidu a pohodě, všichni spolupracovali.

Zajímalo mě, kolikátou léčbu pacienti podstupují. Moje zkušenost ukazuje, že klienti se vracejí do léčebny opakovaně. Toto je patrné i z jejich odpovědí. Pouze pro 6 klientů, to byla léčba první.

Hudba může mít kromě svých pozitivních vlivů i vliv negativní. U lidí se závislostí na omamných látkách se nevhodně zvolená hudba může projevit v návratu abstinenčních příznaků. Je schopna vyvolat „chutě“ na drogu. V léčebně mají klienti doporučeno, neposlouchat rockovou a metalovou muziku,

techno hudbu a jiné styly jim podobné. Většina z dotazovaných poslouchá hudební žánr rock, metal a techno. Relaxační hudbu, nebo hudbu vážnou si poslechne jen malé procento klientů.

Výzkum provedený v severní Americe potvrdil, že poslech hudby typu techno, metal a reggae souvisel s vyšší spotřebou alkoholu a drog. Poslech hudby, kterou měl nemocný spojenou s užíváním omamných látek, často vyvolával bažení po droze nebo agresivitu (PUB MED, 2006, on-line).

K prezentaci vyhodnocení odpovědí na otázku směřující k povědomí o muzikoterapii slouží graf č. 17, ukazující, že 81 % klientů zná pojem muzikoterapie, 19 % z nich neví, co tento termín představuje. Informovanost o této terapii je veliká. Zároveň i většina pacientů se s muzikoterapií setkala. Ti, co měli v minulosti možnost podstoupit terapii za pomoci hudby, jsou v 17 případech (81 %) přesvědčeni o tom, že se jejich psychický stav zlepšil.

Na otázku: Pokud jste v minulosti podstoupil/a muzikoterapii, zlepšil se Váš psychický stav? Odpovědělo 88 % z dotazovaných kladně.

Odpovědi na otázku: „Jak jste se cítil/a před poslechem hudby?“, byly většinou negativní. Klienti se cítili unaveně, smutně, v první fázi léčby to bývá běžné. Depresivně se cítily dvě osoby. Někteří uváděli stesk po rodině. Touhu po droze. Jeden klient byl tak unavený, že při relaxaci usnul. Jiní se cílili dobře nebo, jak uvedli, „normálně“. Naopak až euforické rozpoložení uvedla jedna z klientek. Relaxace mírní deprese, zlepšuje pozornost a existují i nepřímé doklady o užitečnosti relaxačního cvičení při prevenci problémů s návykovými látkami (NEŠPOR, 1998).

Otázka zaměřená na náladu pacientů byla pouze doplňující, chtěla jsem na ni krátkou, jednoduchou odpověď. 76 % respondentů mělo náladu špatnou, 24 % dobrou. Na začátku setkání bylo patrné jejich negativní psychické rozpoložení, únava a špatná nálada. Byli nervózní, zívali. Měla jsem pocit, že by raději leželi nebo spali.

V úvodní části programu jsem si nebyla jistá, zda se jim hudba líbí. Zvláště klienti závislí na drogách, se neustále vrtěli a vzdychali.

Bylo zajímavé, jak se postupně uvolňovali nebo alespoň zklidnili. Na otázku: Jaké pocity ve Vás daná hudba vyvolala?, jsem dostávala zajímavé reflexe. Některé odpovědi si byly podobné. Vypovídaly o pocitu uvolnění, zklidnění a příjemných zážitcích spojených s poslechem relaxační hudby. Někteří si představovali, jak cestují nebo jsou na příjemném místě. Jiní uvedli odhodlání ke změně, novou energii pro další dny léčby. Ale také pocity smíšené, co bude, až se vrátím, vzpomínky na rodinu, život před léčením. Strach. Některé hudba ještě více unavila. Jedna klientka odpověděla: „Spíše depresivní pocity, rezignaci až sebevražedné myšlenky.“ Pro muzikoterapeutické sezení jsem použila relaxační hudbu s názvem „The River“, od Davida Darlinga, Ketil Bjornstad. Klienti si zvolili polohu, která jim nejvíce vyhovovala. Poslech hudby trval 15 minut.

Graf č. 21 ukazuje velmi pozitivní čísla. Po poslechu hudby 81 % pacientů zvolilo odpověď, že došlo ke zlepšení jejich psychického stavu. U 19 % pacientů se stav nezměnil. Podobná procenta vyšla i u klientů, kteří hodnotili muzikoterapeutické sezení v předešlých léčbách. V Marylandu používají tuto terapii ke zlepšení psychického stavu klientů. Pacienti po poslechu relaxační hudby uvedli zlepšení nálady (INTEGRITY WAY, 2010, on-line).

Rozhovorem s klienty jsem zjistila zlepšení jejich momentálního stavu. Někteří změnu nepocítili, ke zhoršení stavu nedošlo u žádného z nich. Změnu k lepšímu jsem pozorovala i já. Hypotéza H6 se potvrdila.

Hypotéza H5, která se vztahovala k názorům klientů na aplikaci muzikoterapie v léčebně Červený Dvůr, se potvrdila. Většina klientů odpověděla kladně, žádný z nich se nevyjádřil negativně. 4 klienti nevěděli, nebyli si jistí, že by muzikoterapii v Červeném Dvoře chtěli.

Otázka: V čem by pro Vás mohla být muzikoterapie přínosná? Byla nejčastější odpověď: relaxace, uvolnění. Dále následovaly odpovědi: získání chutě do života, motivace v léčbě, více druhů terapie, zlepšení nálady. Klienti mi často odpovídali i otázkou. Negativně nikdo neodpověděl. Ani pacienti,

kteří v předešlých odpovědích necítili žádné zlepšení nebo nevěděli, zdali by tuto léčbu chtěli podstupovat. Uvedli však, že by se mohli cítit lépe.

K poslední otázce, kde jsem se ptala na připomínky k tomuto tématu. Odpověděla pouze jedna klientka. Uvítala by, kdybych jí příště říkala, na co má při relaxaci myslet.

6 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem naší práce bylo zjistit možnosti využití receptivní muzikoterapie u drogové a alkoholové závislosti. Výzkum jsem prováděla v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde se muzikoterapie nevyužívá. Zaměřila jsem se na klienty a zdravotní sestry této léčebny. Výzkum je obohacen krátkým rozhovorem s primářem léčebny. Po dohodě s ním jsem výzkum prováděla na detoxifikačním oddělení. Pro pacienty tohoto oddělení lze využít receptivní, skupinovou muzikoterapii. Hudbu jsem zvolila relaxační. Klienti ve fázi odvykání potřebují především zklidnit a uvolnit napětí.

Dle zjištění by léčba hudbou byla bezesporu přínosem pro klienty léčebny. Většina z nich uvedla vylepšení psychického stavu po absolvování programu. Po ukončení výzkumu, jsem měla pozitivní zpětnou vazbu i ze strany personálu. K tomuto závěru jsem dospěla zvláště poté, co se mne staniční sestra zeptala, zda bych nechtěla v programu pokračovat i nadále.

Zajímalo mě, zda lze aplikovat muzikoterapii v Červeném Dvoře. Výzkumné šetření mi tuto otázku potvrdilo. Pro klienta je důležitá pomoc a podpora odborného personálu. Je podstatné najít takovou terapii, která mu bude vyhovovat a bude mu co nejvíce nápomocná v jeho cestě k abstinenci.

Z empirického šetření také vyplynulo, že většina sester by byla pro zavedení muzikoterapie do programu léčebny. K aplikaci této terapie je důležitý vyškolený personál. Polovina sester by absolvování muzikoterapeutického kurzu uvítala. Primář léčebny by tyto aktivity podpořil. Muzikoterapii je tedy možno v léčebně Červený Dvůr aplikovat. Je však nezbytné, aby muzikoterapii prováděl vyškolený muzikoterapeut.

Velký klad této práce spatřuji v potvrzení přínosu této terapie pro léčebnu a především pro klienty. Přestože jen polovina sester vidí muzikoterapii jako pozitivum, primář léčebny si je přínosem jist. V budoucnu by byl rád, aby byla součástí léčby.

Z výsledků je zřejmé, že většina nemocných by si přála tento druh terapie absolvovat. Za pomoci uklidňující hudby mohli přemýšlet a někteří také přemýšleli, o své budoucnosti. Dalším kladem byl odpočinek, uvolnění, možná i zmírnění negativního stavu spojeného s odvykáním. Viditelně se většině z nich po programu ulevilo.

Je dobré si uvědomit, že hudba dokáže snižovat psychickou tenzi, léčit jednotlivce i skupinu. Muzikoterapie je někdy překládána jako léčba hudbou. Proč nevyzkoušet všechny možnosti v hledání svobody, života bez drog.

Tato práce mě velmi obohatila. Mé další kroky v nejbližší budoucnosti bych chtěla směřovat k absolvování muzikoterapeutického kurzu a dále pak k navázání opětné spolupráce s léčebnou.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ATKINSON, R. *Psychologie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3

DVOŘÁČEK, J., *Léčebenský řád: vnitřní předpis*. Psychiatrická léčebna, Červený Dvůr. Číslo 1/05, 2005. 7 str.

HALPERN, S. - LINGERMAN, HAL. A. *Muzikoterapie: léčivá síla hudby*. Bratislava: EKO-konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.

HARTL, P., *Psychologický slovník*. Praha: Česká Typografie a.s., 1994. ISBN 80-90 15 49-0-5

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvalitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4

INTEGRITY WAY. Music Therapy as Treatment for Drug Addiction.

[on-line] 2010.[cit. 2011-01-03].

Dostupné z: <http://www.integritywayflorida.com/blog/?p=870>

KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti I- mezioborový přístup*. Úřad České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KANTOR, J. – LIPSKÝ, M. – WEBER, J. A KOL. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9

KNOBLOCH, F. - KNOBLOCHOVÁ, J. *Integrovaná psychoterapie*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-027-9

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005.
ISBN 80-7262-347-8

KULKA, J. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008. 440 s.
ISBN 978-80-247-2329-7

LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Brno: Gloria, 1997.
ISBN 80-901834-4-1

LIPSKÝ, M. *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus* [on-line]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2010-11-15].
Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/?p=obsah/clanky/zvuk-a-hudba-jako-prostredek-muzikoterapeutickeho-pusobeni-na-lidsky-organizmus>

MALÁ, E. - PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2010.
ISBN 978-80-7367-723-7

MÁTEJOVÁ, Z. *Základy teorie a praxe muzikoterapie*. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 1991. ISBN 80-223-0401-8

MÁTEJOVÁ, Z. – MAŠURA, S. *Muzikoterapia v specialnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992.
ISBN 80-08-00315-4

MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
208 s. ISBN 14-400-84

MORENO, J. *Rozehrát svou vnitřní hudbu: muzikoterapie a psychodrama*. Praha: Portál, 2005. 128 s. ISBN 80-7178-980-1

MUSIC THERAPY WORLD. *Ethical Code*. [on-line] May 2000, revised June 2005. [cit. 2011-01-12]. Dostupné z:

<http://www.musictherapyworld.de/modules/emtc/ethical/code.php>

NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada Publishing a.s., 1998. ISBN 80-7169-652-8

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, 2006. 240 s. ISBN 80-7294-206-9

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2004. 270 s. ISBN 80-7184-569-8.

PREV-CENTRUM. *Informace o drogách*. [on-line]. Poslední aktualizace nevedena. [cit. 13. 10. 2010].

Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/Zakladni-Informace.aspx>.

PUB MED. *Music, substance use, and aggression*. [on-line] May 2006, [cit. 2011-01-03]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16608146>

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 2007. 146 s.

ISBN 978-80-7367-339-0

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*.

Praha: Portál, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník pro zdravotní sestry

Dobrý den, jmenuji se Lada Hladíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Výchova ke zdraví na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Tímto Vás prosím o anonymní vyplnění uvedených otázek v tomto dotazníku. Tento dotazník je důležitou součástí mé bakalářské práce, která nese název: „Možnosti využití receptivní muzikoterapie v léčbě alkoholové a drogové závislosti.“ Odpovídejte prosím tak, že Vámi zvolenou odpověď zaškrtnete křížkem, popřípadě napište vlastní odpověď tam, kde je to možné. Vyplněný dotazník nechte prosím na sesterně u Kamily Píchové.

1. Patříte do věkové kategorie?

- 18-30 let 31-40 let 41-50 let
 51-60 let 61-70 let Více než 70 let

2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- SŠ Vyšší odborné VŠ

3. Považujete muzikoterapii v léčbě závislostí za přínosnou?

- Ano Ne Nejsem si jistá
 Neznám pojem muzikoterapie

4. V čem spatřujete hlavní přínos pro pacienty?

- Žádný není Uvolnění, relaxace pro klienta
 Rozvoj komunikace Rozvoj sebevyjádření
 Zlepšení spolupráce klienta s personálem.

5. Myslíte si (domníváte se), že je možné aplikovat muzikoterapii v psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

- Ano Ne

6. Byla byste pro aplikaci muzikoterapie v léčebně Červený Dvůr?

- Ano Ne

7. Pracovala jste někdy s muzikoterapií?

- Ano Ne

8. Uvítala byste absolvování muzikoterapeutického kurzu?

- Ano Ne Nevím

9. Pokud máte ještě nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu, prosím o vyjádření:

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávila nad tímto dotazníkem, a přeji Vám mnoho pracovních úspěchů.

Příloha č. 2: Rozhovor s klienty

1. Do které věkové kategorie patříte?

- 18-30 let 31-40 let 41-50 let
 51-60 let 61-70 let Více než 70 let

2. Jaký je Váš rodinný stav?

- Svobodná/ý Vdaná/ženatý Rozvedená/rozvedený
 Vdova/vdovec Druh/družka

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní Středoškolské bez maturity
 Středoškolské s maturitou Vysokoškolské
 Vyšší odborné

4. V současné době jste:

- Student Zaměstnaný Nezaměstnaný Invalidní důchodce
 Starobní důchodce V domácnosti Jiné, napište jaké...

5. Kolikátý den jste v léčebně?

6. S jakou závislostí jste byl/a přijat/a?

- Alkohol Drogy Kombinace obou

7. Kolikátou léčbu podstupujete?

- první druhou více než druhou

8. Jaký typ hudby máte rád/a?

- Rock Pop Metal
 Vážná hudba Relaxační hudba Jiná, jaká?

9. Znáte pojem muzikoterapie?

- Ano Ne

10. Absolvoval/a jste v minulosti terapii s použitím muzikoterapie?

- Ano Ne Nejsem si jist/a

11. Pokud ano, zlepšil se Váš psychický stav?

- Ano Ne Nevím

12. Jak jste se cítil/a před poslechem hudby?

13. Jakou jste měl/a náladu před poslechem hudby?

- Dobrou Špatnou

14. Jaké pocity ve Vás daná hudba vyvolala?

15. Jak se cítíte po poslechu relaxační hudby?

- Stejně jako před poslechem hudby
 Můj stav se zhoršil Můj stav se zlepšil

16. Uvítal/a byste tento druh terapie v léčebně Červený Dvůr?

- Ano Ne Nevím

17. V čem by pro Vás mohla být muzikoterapie přínosná?

18. Máte nějaké připomínky, týkající se tohoto tématu, o kterých jsme nemluvili?