



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Možnosti a význam muzikoterapie se zaměřením na žáky  
základních škol speciálních**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA – VYCHOVATELSTVÍ**

**Autor:** Kristýna Cihlářová

**Vedoucí práce:** Mgr. et Mgr. Radka Prázdna PhD.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Možnosti a význam muzikoterapie se zaměřením na žáky základních škol speciálních jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5. 2017

.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. et Mgr. Radce Prázdne PhD. za odborné vedení, trpělivost, čas a pomoc při zpracování práce. Mé poděkování patří i paní magistře Daně Pšeničkové za zapůjčení literatury k mé bakalářské práci a poskytnutí rozhovoru. Poděkování patří i rodičům, kteří poskytli rozhovory pro praktickou část práce. Dále bych na tomto místě chtěla poděkovat za podporu své rodině.

# **Možnosti a význam muzikoterapie se zaměřením na žáky základních škol speciálních**

## **Abstrakt**

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá vymezením pojmu muzikoterapie, historií a vývojem oboru, metodami a technikami. Dále muzikoterapií v rámci speciální pedagogiky. Věnuje se otázce vlivu, významu a funkcím hudby v životě člověka. Práce směřuje k přiblížení využití muzikoterapie u dětí s poruchami autistického spektra, se středním a těžkým stupněm mentální retardace a kombinovaným postižením v České republice. Shrnuje terapeutické funkce hudby a možné typy a metody terapie aplikované v muzikoterapeutické praxi.

Praktická část obsahuje dvě případové studie, žáků základních škol speciálních docházejících na skupinovou muzikoterapii v centru pro osoby s poruchami autistického spektra v Českých Budějovicích.

Práce dále zahrnuje metodický popis tohoto projektu, konkrétně analýzu dokumentů, rozhovory a záznamy ze zúčastněných pozorování na muzikoterapeutických setkáních. Cílem bakalářské práce je kompletovat teoretické poznání vymezeného tématu práce, a na jeho podkladě popsat a zjistit vliv muzikoterapie na oblast prožívání u žáků se středně těžkou a těžkou mentální retardací. V designu případové studie je blíže operacionalizovaná oblast, na kterou je zaměřeno výzkumné šetření v praktické části práce.

**Klíčová slova:** Muzikoterapie; mentální retardace; poruchy autistického spektra; základní škola speciální

## **Possibilities and importance of musicotherapy in special education**

### **Abstract**

This thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part is dealing with the topic of musicotherapy, history and the development of the field, the methods and techniques. It also deals with musicotherapy within the special pedagogy field. The thesis is dedicated to the topic of the influence, importance and function of music in the human life. The thesis describes the use of musicotherapy in children with autism spectrum disorder, severe and moderate mental disability and combined disability in the Czech republic. The thesis summarizes therapeutical functions of music and possible types and methods of therapy applied in musicotherapeutical practice. Practical part contains two case studies of elementary special school pupils who attend group musicotherapy in České Budějovice.

The thesis also includes methodical description of this project, specifically analysis of documents, interviews and recordings from the observation of the musicotherapeutical sessions. The aim of this bachelor thesis is to complete theoretical knowledge of the thesis' topic and, based on this, to describe and determine the influence of musicotherapy on experiencing of pupils' with moderate and severe mental disability. In the design of the case study, there is further described the area, on which the researched investigation is aimed in the practical part of this thesis.

**Key words:** Musicotherapy; mental deficiency; autism; special primary school

## Obsah

ÚVOD .....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. Vymezení pojmu muzikoterapie .....	9
1.1 Charakteristika muzikoterapie.....	10
1.2 Cíle muzikoterapie .....	10
2. Historie muzikoterapie a umění hudby .....	13
2.1 Muzikoterapie v České republice .....	14
2.2 Současná muzikoterapie v České republice.....	15
3. Metody a techniky muzikoterapie .....	18
3.1 Aktivní a receptivní muzikoterapie .....	19
3.2 Prostředky muzikoterapeutických technik .....	20
3.3 Muzikoterapeut.....	22
3.4 Muzikoterapeutické sezení .....	23
3.5 Vliv hudby.....	23
4. Muzikoterapie a speciální pedagogika .....	26
4.1 Význam muzikoterapie u osob se speciálními potřebami .....	26
5. Mentální postižení .....	28
5.1 Klasifikace mentálního postižení .....	28
5.1.1 Lehká mentální retardace F70 .....	28
5.1.2 Středně těžká mentální retardace F71.....	29
5.1.3 Těžká mentální retardace F72 .....	29
5.1.4 Hluboká mentální retardace F73 .....	29
5.1.5 Jiná mentální retardace F78.....	30
5.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace F79 .....	30
6. Porucha autistického spektra .....	31
6.1 Dětský autismus .....	31
6.2 Rettův syndrom .....	31
6.3 Jiné dezintegrační poruchy v dětství .....	31
6.4 Aspergerův syndrom .....	31
7. Vzdělávání žáků s mentálním a kombinovaným postižením .....	32
7.1 Školní věk.....	32
7.1.1 Dítě s mentálním postižením ve školním věku.....	32
7.2 Základní škola speciální .....	32
7.2.1 Individuální vzdělávací plán.....	34

PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
8. Cíl práce a výzkumné otázky .....	35
8.1 Operacionalizace pojmu prožívání .....	35
8.2 Definice prožívání .....	35
9. Metodika výzkumu.....	36
9.1 Stanovení otázek pro rozhovor .....	37
9.2 Zpracování případové studie .....	37
9.3 Pozorování.....	37
9.4 Organizace výzkumného šetření.....	37
9.5 Průběh výzkumu.....	37
9.6 Výzkumný vzorek .....	38
9.7 Průběh muzikoterapeutických setkání .....	38
10. Výzkumné šetření.....	39
Případová studie č. 1 .....	39
Případová studie č. 2 .....	41
10.1 Pozorování.....	44
10.2 Rozhovor s muzikoterapeutkou.....	55
DISKUZE.....	56
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM LITERATURY .....	58
SEZNAM PŘÍLOH .....	61

## ÚVOD

Hudba provází člověka po celý jeho život. Poslech hudby dokáže člověka zklidnit, vede ho k relaxaci a uvolnění celého těla i mysli. Hudbu lze vnímat jako relaxační, edukační, léčebný a preventivní prostředek. V rámci muzikoterapie je hudba vnímána a používána jako prostředek léčebný.

Teoretické poznatky z oblasti muzikoterapie byly čerpány ze základní dostupné literatury od Kantora, Gerlichové, Müllera, Zeleiové a dalších. Doplňující literaturou, která se zabývá mentální retardací a poruchami autistického spektra byla literatura od Černé, Sabinové – Švarcové, Valenty atd. V neposlední řadě byla zdrojem literatura z oblasti vývojové psychologie, a to od autorů Vágnerové, Allena a Marotze. Praktická část je podložena literaturou zabývající se kvalitativním výzkumem od Hendla, Švaříčka a Šed'ové.

Získané poznatky z literatury byly využity při tvorbě teoretické i praktické části práce. V bakalářské práci je záměrem shrnout základní informace týkající se muzikoterapie, mentální retardace, poruch autistického spektra a vzdělávání žáků v rámci českého systému školství. V praktické části budou vytvořeny na základě uskutečněných rozhovorů s rodiči dvě případové studie. Praktická část také zahrne doplňující rozhovor s muzikoterapeutem.

Cílem práce je teoretické poznání vymezeného tématu práce a na jeho podkladě popsat a zjistit vliv muzikoterapie na oblast prožívání u žáků se středně těžkou a těžkou mentální retardací. V designu případové studie bude blíže operacionalizovaná oblast, na kterou bude zaměřeno výzkumné šetření v praktické části práce.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Vymezení pojmu muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií, využívaných ve speciální pedagogice. Expresivní terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou mít povahu hudební, výtvarnou, dramatickou či pohybovou (Kantor a kol., 2009).

Podle Romanowské je muzikoterapie interdisciplinární oblastí, jež v sobě spojuje prvky z různých oblastí, jako je například psychologie, medicína, hudební pedagogika či estetika (Romanowska, 2009).

Valenta uvádí, že muzikoterapie je aplikací hudebních prostředků s cílem u klienta změnit chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady, a to přijatelným směrem, individuálně a společensky (Valenta a kol., 2009).

Samotný pojem muzikoterapie má řecko – latinský původ. Řecké *therapeia* znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, pomáhat či starat se a latinské *musica* znamená hudba. Termín muzikoterapie můžeme tudíž přeložit jako léčení nebo pomoc člověku hudbou (Kantor a kol., 2009).

*Mezinárodně akceptovaná definice Světové federace muzikoterapie z roku 1996: Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby (Kantor a kol., 2009, s. 27).*

## ***1.1 Charakteristika muzikoterapie***

Charakteristické znaky pro muzikoterapii vycházejí ze současných definic tohoto oboru. Podle Kantora a kolektivu sem můžeme zařadit následující:

- muzikoterapie využívá hudební zkušenosti, které zahrnují nejen hudbu, ale také hudební elementy či zvuk;
- klient, který je účasten nemusí mít hudební vzdělání ani hudební zkušenosti;
- vždy je účasten klient a kvalifikovaný a kompetentní muzikoterapeut;
- muzikoterapii je možno realizovat jako skupinovou či individuální;
- muzikoterapie je soustavný nikoliv jednorázový proces;
- muzikoterapeuti pracují v širokém spektru institucí například: medicínská, psychiatrická, vzdělávací, gerontologická či nápravná zařízení;
- tuto terapii lze využít u širokých vrstev populace nejrozličnějších věkových skupin, sociálního zázemí, specifických potřeb i schopností;
- zkušenost s muzikoterapií může u klientů vyvolat pozitivní změny, a to ve všech oblastech lidského organismu (Kantor a kol., 2009).

## ***1.2 Cíle muzikoterapie***

Romanowska vychází z Nathansonovy koncepce, ve které má využívání hudby v terapii vliv „na celé psychosomatické ústrojí člověka“ (Romanowska, 2009).

Nathanson stanovuje psychoterapeutické i mimo psychoterapeutické cíle muzikoterapie, řadí sem následující:

- *vzbuzování žádoucích emocí (pocitů, afektologických stavů, nálad) a jejich řízení;*
- *podnítit připravenost ke kontaktu, inspirovat a vhodně směřovat rozvíjení správné mezilidské komunikace;*
- *obohacení schopnosti pacienta, hlavně estetickým poznáním, udělat z něho tvůrčího člověka, rozmnožit zásobu jeho emocionálních a intelektuálních zkušeností;*
- *ovlivňování psychomotorické stimulace a emocionálního a svalového napětí;*
- *celkové užitečné ovlivňování stavu psychofyzického sebevědomí;*
- *obohacení diagnostických metod a jejich podpora;*
- *vzbuzování stanovených fyziologických reakcí (především vegetativních) a ovlivňování biochemických pochodů, ke kterým v organismu dochází (Romanowska, 2009, s. 75).*

Podle Kantora a kolektivu jsou muzikoterapeutické cíle nehudební povahy. Muzikoterapeutové se zaměřují na komplexní zlepšení kvality života každého klienta, s nímž je pracováno (Kantor a kol., 2009).

Při vycházení z definice Světové federace muzikoterapie z roku 1996 a definice Kanadské asociace pro muzikoterapii z roku 2003 považujeme za muzikoterapeutické cíle následující:

- *rozvoj a usnadnění komunikace, vztahů, učení, pohyblivosti, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry;*
- *rozvoj, udržení nebo znovuobnovení mentálního, fyzického, emocionálního a spirituálního zdraví (Kantor a kol., 2009, s. 27).*

Ve srovnání s Kantorem uvádí Zeleiová ve své publikaci, že *Nejobecnějším cílem muzikoterapeutické činnosti je posílení, případně znovunastolení zdraví klientů (Zeleiová, 2007, s. 38).*

Müller a kolektiv uvádí, že mezi obecné cíle muzikoterapie lze zařadit následující:

- *vytvoření podpůrného a emocionálně stabilního vztahu;*
- *podpora silných stránek, psychosociálních potřeb, a intaktní složky osobnosti klienta dle kontextu terapie nebo kontaktu s klientem (například rozvoj kreativity, podpora pozitivního vnímání vlastní osobnosti, zážitek úspěchu, ocenění, vlastní kompetentnosti nebo volby);*
- *rozvoj hudebních schopností a dovedností, které (ačkoliv nejsou primárním cílem terapie, představují významný vedlejší produkt muzikoterapeutického procesu a jeho mocného hybatele (Müller a kolektiv, 2014, s. 277-278).*

Vedle obecných cílů zmiňuje Müller a kolektiv i cíle specifické, které vycházejí ze zdravotního stavu klienta. Vycházet lze z narušených tělesných či psychických funkcí a struktur klienta, které mají za následek omezení funkčních schopností.

Specifické cíle pak působí směrem ke klientovi terapeuticky nebo kompenzačně. Terapeutické cíle usilují o rozvoj narušených funkcí jedince. Kompenzační cíle rozšiřují škálu aktivit a snaží se vést ke zlepšení konkrétní fyzické či psychické funkce. Prostřednictvím kompenzačních mechanismů a podpory lze zapojit klienta do důležitých a smysluplných aktivit.

Cíle obecné i specifické usilují o zkvalitnění života jedince, s nímž je během muzikoterapeutického procesu pracováno (Müller a kolektiv, 2014).

Mezi nejčastější specifické cíle, se kterými je pracováno v rámci individuálních plánů klientů patří například rozvoj v oblasti motoriky, komunikace, percepce, sociálních dovedností, kognitivních dovedností nebo terapie problémového chování (Burr, Grant in Kantor, in Müller a kolektiv, 2014).

## 2. Historie muzikoterapie a umění hudby

Hudba je jednou ze složek umění, která provází člověka po několik staletí. *Samotné umění je v nejrůznějších podobách projevem lidského myšlení, aktivity, intuice, logiky atd. Dále pak je umění vnímáno jako projev víry v pravdu či hledání pravdy* (Zeleeiová, 2007, s. 16).

Pokud se podíváme do historie na využívání hudby k léčitelským účelům zjistíme, že je hudba spjata s náboženským a sociálním životem v konkrétní etnické komunitě a s jejich sdělováním skrze specifické rituály. V minulosti prováděná terapie, kterou zprostředkovali šamani měla již zřetelnou strukturu. *Tato struktura, která se pravděpodobně přenesla i do současných muzikoterapeutických setkání má své opodstatnění a to proto, že odpovídá dynamice lidské práce* (Zeleeiová, 2007, s. 15-16).

Struktura rituálů je třífázová a rozdělujeme ji následovně:

- 1) přípravná fáze
- 2) realizační fáze
- 3) fáze vyhodnocení a reflexe

První fáze zahrnuje navození koncentrace, očistu a zvnitřnění. Nástroji k docílení je askeze, vyznání hříchů, očistě či rozjímání. V rámci této fáze má hudba funkci sjednocující a uvádí účastník do atmosféry rituálu.

Druhá fáze inscenuje rituál a děje se pomocí zapálení ohně, přinesení oběti, požitím drog, přeříkáním modliteb či zaklínadel. Rituál je doprovázen numinózním zpěvem a tancem. Každý rituál podléhá striktním pravidlům a struktuře. Opakování stejného má funkci psychického stabilizátoru, protože navozuje pocity jistoty, bezpečí a pocit známého. Ve změněném stavu vědomí má i ochrannou funkci. Hudba v tomto procesu podporuje a reprezentuje i důležitý pocit sounáležitosti.

Třetí fáze má za úkol, aby se účastníci podělili o své zkušenosti z rituálu a zároveň s tím je také zhodnotili, a to buď verbálně, např. vyprávěním, lidovou slovesností, zpěvem anebo neverbálně, a to jiným ztvárněním jako je například: vytvoření malby či sochy (Zeleeiová, 2007).

Zeleeiová tvrdí, že *Etnické rituály plnily roli psychosociální hygieny. Její léčivý aspekt spočíval v uvolňování emocí* (Zeleeiová, 2007, s. 17).

Muzikoterapie je poměrně mladým oborem. Gerlichová uvádí, že *Ještě začátkem 20. století nebyla muzikoterapie považována za plnohodnotnou vědeckou terapeutickou metodu, byla dokonce označována jako „vědy nedůstojná hra“* (Gerlichová, 2014, s. 17).

Přibližně po ukončení 2. světové války si můžeme povšimnout nových impulzů k výzkumu a experimentování. Rozvoj muzikoterapie v Evropě měl podobu teoretických prací a v Americe byl v popředí empirický výzkum. V tomto období vznikají dvě nejvýznamnější školy muzikoterapie, a to v Americe a Švédsku.

Jako součást medicíny se muzikoterapie začala rozvíjet v období po 2. světové válce, a to v amerických nemocnicích, kde bylo pečováno o válečné veterány (Kantor, 2009).

Dalším pokusem byla snaha o tzv. hudební farmakologii. V Americe chtěli pacientům předepsat konkrétní skladbu na základě jejich diagnózy, tímto způsobem měla být léčba realizována.

*Od roku 1944 se muzikoterapie vyučovala na několika amerických univerzitách. V roce 1950 byla v Americe založena Americká asociace muzikoterapie. V Evropě byl pak tento studijní obor otevřen ve Vídni* (Gerlichová, 2014, s. 17).

## **2.1 Muzikoterapie v České republice**

Stejně jako v ostatních zemích se muzikoterapie rozvíjela postupně. Mezi významné osobnosti, které využívaly hudbu jako léčebný a výchovný nástroj u nás můžeme zařadit například lékař Karel Slavoj Amerling někdejší ředitel Ústavu pro slabomyslné děti v Praze. Dále pak pedagog František Bakule, někdejší ředitel Jedličkova ústavu. Bakule založil roku 1817 Sbor Bakulových zpěváčků, který byl složen z dětí s tělesným postižením. Nástupcem Bakuleho byl František Kábele a Miroslav Střelák, kteří pokračovali v práci a přístupu svého předchůdce (Gerlichová, 2014).

V průběhu druhé poloviny 20. století se začala muzikoterapie uplatňovat u pacientů z Foniatické kliniky v Praze, v Logopedickém ústavu v Praze, dále pak také v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.

Mezi další významné osobnosti české muzikoterapie můžeme zařadit Jitku Vodňanskou, Josefa Krčka, Janu Procházkovou, Zdeňka Šimanovského, Jana Kantora, Matěje Lipského a další (Gerlichová, 2014).

V evropských zemích má muzikoterapie své postavení i tradici. Oproti tomu je muzikoterapie v České republice vnímána spíše jako alternativní či doplňkový léčebný postup (Gerlichová, 2014).

Ve světě existují zastřešující muzikoterapeutické organizace mezi mezinárodní organizací patří Evropská muzikoterapeutická konfederace (European Music Therapy Confederation). Česká republika je členem této organizace od roku 2009. Další organizací je Světová federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy). U nás je takovou organizací Muzikoterapeutická organizace České republiky (Gerlichová, 2014).

Ačkoliv je Česká republika místem, kde má muzikoterapie svou tradici ještě nedávno představovala v rámci evropské muzikoterapeutické federace, The European Music Therapy Confederation prázdné místo. Vývoj muzikoterapie u nás byl od jiných zemí značně separován, a právě z tohoto důvodu bylo ve světě povědomí o českých muzikoterapeutech téměř nulové (Müller a kolektiv, 2014).

## ***2.2 Současná muzikoterapie v České republice***

V současnosti se muzikoterapie rozvíjí sedmi cestami. Ve státech, které umožňují studium bakalářských, magisterských a doktorandských oborů v oblasti muzikoterapie je student připravován komplexně ve všech oblastech svého budoucího působení. V České republice zatím obor muzikoterapie není možno studovat jako samostatný obor (Gerlichová, 2014).

Přiblížíme-li si již sedm zmíněných cest, kterými se současná muzikoterapie ve světě ubírá stručně, můžeme uvést informace ke každé z nich.

V první řadě je muzikoterapie aplikována v oblasti zdravotnictví. Jako součást tohoto oboru je podpořena nejnovějšími výzkumy. Realizace a aplikace vychází z konkrétních potřeb zdravotnictví. V České republice považujeme za muzikoterapeuta osobu, která je odborníkem v jiném zdravotnickém oboru a absolvovala postgraduálně obor muzikoterapie. V souvislosti se zdravotnictvím se muzikoterapeut zaměřuje vždy na konkrétní obtíže, které jsou vázány na dílčí onemocnění (Gerlichová, 2014).

Druhým směrem, kterým se současná muzikoterapie ubírá, je oblast psychoterapie. Muzikoterapie je užívána jako jedna z psychoterapeutických technik, které psychoterapeut využívá k tomu, aby napomohl svému klientovi (Gerlichová, 2014). Stejskalová uvádí, že muzikoterapie jako nástroj psychoterapie je velmi účinným postupem, který může pomoci

při obtížích, jako jsou poruchy spánku, psychosomatické obtíže, komunikační problémy atd. Dále může zlepšit fyzický stav člověka, přispět k pozitivnímu myšlení či zvýšení sebevědomí (Stejskalová, 2012). Muzikoterapii je v oblasti psychoterapie uskutečňována skrze psychoterapeuta, který postgraduálně absolvoval muzikoterapeutický obor (Gerlichová, 2014).

Třetí oblastí je vnímání muzikoterapie jako metody, která směřuje k ozdravení populace, zavedení zdravějšího životního stylu a prevenci. Touto sférou se zabývá muzikoterapeut, který byl vyškolen muzikoterapeutickými kurzy, a to na základě požadavků konkrétního zaměstnavatele (Gerlichová, 2014).

Čtvrtá cesta současného směřování muzikoterapie se ubírá k oblasti socializace člověka. Gerlichová píše, že *Nejčastěji jde o problematiku znevýhodněných skupin, například přistěhovalců, nezaměstnaných či osob jinak vyloučených (například věkem, onemocněním, speciálními potřebami nebo kulturní a ekonomickou situací)*. Zde má své pole působnosti sociální pracovník, který musí být také postgraduálně vzdělán v oblasti muzikoterapie (Gerlichová, 2014, s. 23).

Dále je muzikoterapie také edukativní metodou. Zde nalezneme uplatnění ve vzdělávacím a výchovném procesu. Současně zda složí muzikoterapie k harmonickému rozvoji osobnosti. Muzikoterapeutem bývá zpravidla učitel, který absolvoval muzikoterapeutické kurzy a aplikuje jen konkrétní prvky z muzikoterapie (Gerlichová, 2014).

Předposlední cestou, kterou současná muzikoterapie jde, je práce s muzikoterapií jako metodou speciálně pedagogické rehabilitace. Jedná se o disciplínu, která aplikována ve speciální pedagogice. Podle Gerlichové *Slouží ke kompenzaci znevýhodnění plynoucích z konkrétních speciálních potřeb člověka* (Gerlichová, 2014, s. 23).

Posledním směrem je oblast teorie. Muzikoterapie je teoretickou disciplínou, ve které se odborníci zabývají výzkumem účinků hudby na člověka. Výzkum je doplňován o poznatky z dalších teoretických oborů, jako je například filozofie, matematika a fyzika. Výsledky výzkumů společně se získanými poznatky bývají zavedeny do praxe (Gerlichová, 2014).

Ve srovnání ke Gerlichové, která uvádí sedm cest, kterými se současná muzikoterapie ubírá Zeleiová uvádí ve své publikaci Muzikoterapie tři hlavní oblasti současného směřování a perspektiv muzikoterapie. Mezi tyto tři základní pojetí muzikoterapie řadíme pedagogické, medicínské a psychoterapeutické.



V současné době existuje v Praze při Lékařské společnosti muzikoterapeutické oddělení, které se muzikoterapii věnuje velmi aktivně.

Muzikoterapie je obor, který má nejen svou historii, ale i tradici. Vzhledem k tomu, že se muzikoterapie neustále vyvíjí, rozšiřují se oblasti, ve kterých lze tento obor uplatnit v praxi roste i povědomí široké veřejnosti o tom, čeho se tento terapeutický přístup týká. Současně s tím narůstá i využívání principů muzikoterapie mezi učiteli. Často aplikují v praxi muzikoterapeutické postupy bez toho, aniž by si to uvědomovali (Šimanovský, 2001).

### 3. Metody a techniky muzikoterapie

Muzikoterapeutické setkání může být vedeno skupinově i individuálně. Výběr individuální nebo skupinové formy závisí na muzikoterapeutovi, který vychází z diagnózy, symptomů, doby léčení, potřeb a terapeutického cíle každého klienta. Muzikoterapii lze uplatnit v různých oblastech a u různých klientů. Své hlavní uplatnění nachází muzikoterapie nejvíce v oblasti neuropsychiatrie konkrétně se jedná o případy vývojové retardace, poškození mozku, autismu, při poruchách chování u neuróz atd. (Romanowska, 2009). Dále pak nalézá uplatnění u osob se zdravotním postižením.

Terapie hudbou využívá různých modelů a přístupů. Kantor uvádí dělení muzikoterapeutických modelů na kreativní a nekreativní, které mají dále svou vlastní charakteristiku. Jedná se o nejčastější dělení muzikoterapeutických modelů, které vycházejí z aktivity klienta v průběhu muzikoterapeutického setkání. Dále pak je toto dělení známé pod označením aktivní a receptivní muzikoterapie vycházející z tradice Lipské školy (Kantor a kol., 2009).

Muzikoterapie může ubírat dvěma směry kreativním a nekreativním.

Kreativní muzikoterapií rozumíme techniku, která upřednostňuje techniku improvizace na různé hudební nástroje a dále využívá také spontánních hlasových projevů. Hlavní myšlenkou tohoto směru hudební terapie je využití tvořivého potenciálu klientů. Tvořivý potenciál pak dále rozvíjí klientovu fantazii, spontánnost, komunikaci a v neposlední řadě i emocionální oblast jeho osobnosti. Mezi modely kreativní muzikoterapie řadíme například Volná improvizace, Kreativní muzikoterapie, Experimentálně-improvizační terapie či Analytická muzikoterapie a samozřejmě mnohé další (Kantor a kol., 2009).

Improvizační techniky jsou nástrojem pro cílenou terapeutickou práci. Rozdílnost mezi modely je dána teoretickým východiskem, klinickou, rehabilitačně podpůrnou praxí a můžeme ji vidět v odlišném přístupu ke klientům. Využívány jsou různé techniky například hra na tělo, hudební nástroje, vokalizace, tanec, pohyb, pantomima atd. Kantor uvádí, že *Expresivní techniky podporují u klientů neverbální komunikaci a na úrovni emočního prožívání aktivují schopnost sebevyjádření* (Kantor a kol., 2009, s. 206).

Druhým modelem je nekreativní muzikoterapie. Jedná se o takové modely, které se ubírají směrem, který je zaměřen více poslechově nebo mimovolně. Můžeme sem zařadit modely, které se opírají o výzkumy působení zvuku a hudby na lidský organismus. Modely nekreativní

muzikoterapie mají své výsledky například v oblasti medicíny či speciální pedagogiky, a to velmi pozitivní. Řadíme sem například model Vibroakustické terapie, Hudební integrativní neuropatie nebo Tomatisův poslechový program a samozřejmě mnohé další (Kantor a kol., 2009).

Výše zmíněné modely doplňuje Kantor o další, které nepatří přímo do muzikoterapie, ovšem jedná se o modely, které s muzikoterapií úzce souvisejí či se v muzikoterapii přímo aplikují. Patří sem například Akcelerované učení, Metoda dobrého startu apod. (Kantor a kol., 2009).

### ***3.1 Aktivní a receptivní muzikoterapie***

Terapeutický model, který je velmi oblíbený v České republice, ale i jiných evropských zemích jako je například Anglie, Německo, Francie, Itálie a dalších (Stejskalová, 2012). Vznikl v průběhu 60. a 70. letech 20. století v Lipsku, zakladatelem byl Christoph Schwabe. Tento model je známý rovněž pod názvem Lipská škola. Obě dvě muzikoterapie mají formu individuální i skupinovou.

Aktivní muzikoterapie, jak píše Kantor a kolektiv *využívá komunikativního charakteru improvizčních nebo interpretačních činností* (Kantor a kol., 2009, s. 209). Hovoříme zde o prostředcích vokálních, instrumentálních, pohybových, dramatických a výtvarných (Kantor a kol., 2009).

Aktivní muzikoterapií rozumíme zpěv, hru na hudební nástroj a improvizaci (Stejskalová, 2012).

Individuální aktivní muzikoterapie má za cíl navázání komunikace, a to neverbálními prostředky, dále pak umožnit klientovi sebevyjádření a sociálně přijatelné uvolnění. Nejčastěji je aplikována u dětí etopedickými problémy, u osob s poruchami osobnosti a u osob trpících neurózami (Kantor a kol., 2009).

Skupinová aktivní muzikoterapie využívá čtyř metod, mezi které patří nástrojová improvizace, skupinová terapie zpěvem, pohybová improvizace na klasickou hudbu a taneční skupinovou muzikoterapii (Schwabe in Kantor a kol., 2009). Lze ji uplatnit u stejných skupin klientů jako u individuální aktivní muzikoterapie s tím, že lze využít například i u klientů s poškozením mozku či u klientů s funkčními poruchami. Pokud je pracováno s klienty ve skupině řada uzavřenějších klientů se snáze zapojí (Kantor a kol., 2009).

Receptivní muzikoterapie je metodou spíše pasivní, Romanovská přímo uvádí ve své publikaci označení pasivní muzikoterapie. Podle Romanovské se jedná o *Poslouchání hudby zvolené podle potřeby jedince nebo celé skupiny a následné sdělování dojmů* (Romanovska, 2009, s. 79). Podle Kantor kolektivu představuje tento typ muzikoterapie poslechové aktivity, jedná s o hudbu, která vzniká vlastní hrou na hudební nástroje anebo se jedná o hudbu reprodukovanou (Kantor a kol., 2009).

U receptivní muzikoterapie stejně jako u aktivní rozdělujeme do dvou forem individuální a skupinové. Tyto dvě skupiny se dále dělí. *Individuální receptivní muzikoterapie se dělí na muzikoterapie komunikativní, reaktivní a nezacílenou, skupinová receptivní muzikoterapie na muzikoterapii regulativní, reaktivní a dynamicky orientovanou* (Schwabe in Kantor a kol., 2009, s. 209).

Tento druh muzikoterapie je vhodný pro klienty s psychickým onemocněním a doporučuje se téměř u všech pacientů. Během muzikoterapeutického setkání dochází k poslechu hudby a po něm si klient společně s muzikoterapeutem sděluje své prožitky, toto se týká komunikativní muzikoterapie. Zároveň vníká důvěra mezi klientem a muzikoterapeutem zde klient nalézá porozumění. Reaktivní muzikoterapie vede klienta k afektivní reakci, jež je vyvolána vlivem hudby. Současně klient uvolňuje své emoce, které se pojí ke konfliktním situacím z minulosti. Pestrost hudebních vlastností použitého materiálu mohou vést k diskuzi s různými tématy (Kantor a kol., 2009).

*V České republice tuto formu muzikoterapie v klinické praxi zavedl profesor Stanislav Kratochvíl* (Stejskalová, 2012, s. 51).

### **3.2 Prostředky muzikoterapeutických technik**

Každý klient má možnost se zúčastnit muzikoterapeutického programu bez toho, aniž by měl absolvované hudební vzdělání či hudební zkušenost. Klient hudbu sám vytváří nebo reprodukuje pomocí hudebních prostředků mezi, které patří tělo, hlas, hudební nástroje (Kantor a kol., 2009).

Hru na tělo vnímá klient velmi intenzivně, protože si ji uvědomuje nejen vizuálně, ale i kinesteticky, hapticky a akusticky. Nepoužíváme ji pouze jako prostředek k uvědomění si vlastního těla a rozvoji dílčích oblastí jako je jemná a hrubá motorika, sluchová analýza, citlivost taktilní percepce atd., ale také jako prostředek kontaktu s druhými. Zařadit sem lze i tělesné procesy jako je dýchání a tep srdce, které tvoří zvuk. Skrze vlastní tělo

Lze vytvořit velké množství zvuků, které lze využít při muzikoterapeutických aktivitách. Prvky hry na tělo jsou velmi podstatnou součástí hudebně-pohybových her či cvičení, a to u všech klientů. Řadíme sem například tleskání, luskání, dupání, hvízdání, foukáním, bručení, zívání atd. (Kantor a kol., 2009).

Lidský hlas je prostředkem, který dokáže zobrazit odstíny vlastních pocitů a emocí. Každý z nás má odlišnou a originální barvu hlasu. Řada klientů může tvrdit, že neumí zpívat či může mít ke zpěvu dokonce odpor. Původem tohoto negativního postoje vůči zpěvu nebo například i hlasové improvizaci jsou negativní zkušenosti z klientovy minulosti, například ze školy, dále úzkostné poruchy nebo fobie. Současně dalším faktorem, kvůli kterému se klient nemůže věnovat zpěvu je zdravotní postižení, které ovlivňuje funkčnost orgánů podílejících se na tvoření hlasu, jedná se například o centrální obrny, poruchy hlasu či rozštěpy patra atd. V těchto případech potřebuje klient trpělivý a citlivý přístup muzikoterapeuta. Pokud je překonán negativní postoj a klient překoná bariéry často dojde i k překvapivým výsledkům. Hlasové techniky nepracují pouze se zpěvem, ale patří sem dále i další formy hlasového projevu jako jsou řeč, kreativní zpěv (Kantor a kol., 2009).

Hra na hudební nástroje je nejvíce atraktivní technikou. Při metodě aktivní muzikoterapie je klientům k dispozici velké množství rytmických i melodických nástrojů. Prostřednictvím těchto všech nástrojů mají klienti možnost tvořit svou vlastní hudbu bez ohledu, zda na nástroj v minulosti již hráli. Veškeré nástroje podněcují klienty ke kreativitě, větší tvořivosti, zkoumání a různorodému využití nástrojů. Seznámení s nástrojem je velmi důležité proto, aby klient znal možnosti a využil je při hudebně-improvizačních technikách. Naopak v receptivní muzikoterapii si vybírá nástroj muzikoterapeut. Hudební nástroje lze rozdělit do několika skupin, kterými jsou tradiční laděné nástroj, Orffův instrumentář, etnické nástroje, nástroje vlastní výroby, kompenzační pomůcky a alternativy běžných nástrojů (Kantor a kol., 2009).

Coufalová, Medek a Synek uvádějí, že vytváření nástrojů s dětmi má obrovský význam. Pokud jsou nástroje vnímány jako vlastní výrobky dětí, a tedy děti si je samy vyrobily, mají k nim bližší, emocionálně silnější vztah. Během výroby nástrojů dochází k hledání zvukových možností a neustálému vývoji nástroje (Coufalová, Medek, Synek, 2013).

Podle Kopeckého, Synka a Zouhara může hudba a hudební výchova nabízet velké množství prostředků, které jsou zajímavou a atraktivní cestou do hudebního světa (Kopecký, Synek, Zouhar, 2014).

### 3.3 Muzikoterapeut

Muzikoterapie je procesem, na kterém se účastní muzikoterapeut a klient, případně skupina klientů. V tomto procesu dochází k rozvoji vztahu mezi klientem a muzikoterapeutem. (Kantor a kol., 2009)

Osobnost muzikoterapeuta je také definována podle K. Bruscia, který charakterizuje osobnost muzikoterapeuta následovně:

- *pomáhá klientovi;*
- *pracuje na základě vzájemné dohody;*
- *pomáhá uspokojit potřeby vztahující se ke zdraví klienta;*
- *pracuje v kontextu profesionálního vztahu;*
- *má dostatečnou kvalifikaci;*
- *jedná v souladu s etickými pravidly své profese* (K. Bruscia in Kantor a kol., 2009, s. 159).

V muzikoterapeutickém procesu je osoba muzikoterapeuta pomáhajícím a klient osobou, která pomoc přijímá. Podstatná je kvalifikace muzikoterapeuta. Důležitá je dovednost na hudební nástroj, ale také umět hudební dovednosti využít v terapii. Komplexní vzdělávací program pro budoucí muzikoterapeuty může zahrnovat teoretickou přípravu, sebezkušenostní výcvik, supervizi (Kantor a kol., 2009).

Nedílnou součástí je terapeutovo vlastní já, které má vliv na klienta. Terapeut přináší své dosavadní zkušenosti. Osobnost muzikoterapeuta by měla mít pozitivní vztah k hudbě, vstřícný vztah k lidem, přiměřené sebevědomí, schopnost empatie a autenticitu. *Dále by měl být muzikoterapeut lidský, upřímný, hodný důvěry* (Kantor a kol., 2009, s. 163). Důležitý je i reálný pohled na věc, vnímání nedostatků vedle schopností. Mezi další důležité vlastnosti, které uvádí Kanadská asociace pro muzikoterapii patří kreativita, spontánnost, flexibilita a humor (Kantor a kol., 2009).

Podle Krčka je úlohou muzikoterapeuta prozkoumat hudební prvky, poznat jejich působení na lidský organismus a individuálně je využít a zacílit (Krček, 2008).

### **3.4 Muzikoterapeutické sezení**

Muzikoterapeutické setkání tvoříme s ohledem na specifika jedince či skupiny, dále podle časových možností a podle programu a jeho charakteru. Délka každého programu je odlišná a vychází z charakteristiky klienta či skupiny. Při začátečních muzikoterapeutických sezeních trvá program 45 minut. Klasickým programem je hodinový. Tento program má svou vlastní strukturu, která by měla být dodržena. Program zahrnuje úvod, děj a závěr. Úvodní část trvá zpravidla přibližně 10 minut, aktivní děj 35-40 minut, závěrečná část 10 minut. V průběhu setkání je důležitá komunikace mezi klienty a muzikoterapeutem, klientovi by mělo být umožněno podílet se na obsahu sezení, sdílet své hudební zážitky a věnovat se sebereflexi. Každý obsah vychází ze stanovených terapeutických cílů a opírá se o typ klienta, obsah by měl klientovi co nejvíce vyhovovat (Stejskalová, 2012).

Klient, který se účastní muzikoterapeutického setkání vyjadřuje své pocity nikoliv slovně, ale pomocí hudební improvizace (Moreno, 2005).

### **3.5 Vliv hudby**

Často se domníváme, že hudba a hudební výchova má pozitivní vliv na osobnost člověka a její rozvoj, a to zvláště v oblasti nehudebních schopností a dovedností (Franěk, s. 158).

Mnoho publikací uvádí, že hudba léčí a má zklidňující účinky. Podle výzkumů se ukázalo, že hudebně aktivní žáci a studenti, kteří hrají na hudební nástroj či jsou v hudebním prostředí mají lepší prospěch (Franěk, 2005).

Pozitivní vliv má hudba, a to konkrétně aktivní činnost na behaviorální a sociální oblast u dětí a mládeže. Vliv hry na nástroj je podle některých pedagogů zřetelná v oblasti disciplíny, koncentrace, relaxace, spolehlivosti, odpovědnosti a dále v chápání vlastní osobnosti. Pro toto stanovisko však není dostatek empirických důkazů (Franěk, s. 2005).

V současnosti jsou dostupné pouze omezené vědecké metody, které by se věnovaly výzkumu například v oblasti vlivu hudby při poruchách emocí, duševních nebo tělesných onemocněních (Halpern, Lingerman, 2005).

Franěk uvádí, že hudební výchova má dále svůj nejvýraznější vliv v období předškolního věku, a to z důvodu větší flexibility a plasticity mozku dítěte. Ke zlepšení může dojít i později, a to v období školního věku a dospívání. Podle výzkumů dochází ke ztrátám

pozitivních účinků hudebního působení, a to v případě, pokud je předčasně ukončeno (Franěk, 2005).

Využití hudby nalezneme v mnoha oblastech, a to nejen v oblasti edukačního procesu. Hudba je vnímána jako léčebný prostředek, a proto je využíván i ve velké míře v oblasti medicíny. Hudbu lze použít podle Campbella při léčbě i rehabilitaci. S využitím hudby v terapeutickém procesu začala americká medicína na přelomu devatenáctého a dvacátého století. V rámci muzikoterapie byla první zmínka od Asociace amerických lékařů v roce 1914. Jednalo se o otištěný dopis doktora Evana O'Neilla Kana, který zde popsal použití fonografu, jehož důsledkem bylo uklidnění a rozptýlení pacientů během chirurgického zákroku. Muzikoterapie tak, jak ji známe dnes vznikla přibližně ve čtyřicátých letech dvacátého století, a to za účelem léčit vyčerpání z boje u vojáků v poválečném období (Campbell, 2008).

Vliv hudby byl zkoumán v několika výzkumech. V devadesátých letech dvacátého století se uskutečnil výzkum, který sledoval efekt Mozartovy hudby na posluchače. Kolem výzkumu vznikla i výrazná propagace, která chtěla přesvědčit společnost, že poslech Mozartovy hudby má vliv na inteligenci a může ji zvýšit. Experiment, který předcházel celé této etapě uskutečnila Rauscherová a její kolegové na univerzitě ve Wisconsinu v USA. Jejich bádání ukázalo, že poslech hudby od známého německého skladatele vedl ke zlepšení v oblasti prostorově-časového chápání. Začalo se hovořit o tzv. Mozartovo efektu. Započal prodej kazet a CD dále pak i kampaň, která hlásala hesla, jako bylo například „Buduj mozek svého dítěte!“ (Franěk, 2005).

Vliv má na posluchače, ale i jiná vážná hudba, podle Rauscherové vyvolává zmíněný Mozartův efekt i hudba dalších klasicistních skladatelů například Johanna Sebastiana Bacha či Ludwiga van Beetowena. Pokud se podíváme reálně výzkumy ukázaly u Mozartova efektu pouze krátkodobý účinek, a to v rozsahu minut (Franěk, s. 2005).

Podle Dragulinové a Constantinové je výběr hudby při terapii velmi důležitý. Výběr hudby i celý průběh nepochybně závisí na zkušeném terapeutovi. Každý muzikoterapeut by měl mít svůj vlastní seznam ke každému klientovi, se kterým pracuje, a to vzhledem k jeho potřebám a zdravotnímu stavu (Dragulin, Constantin, s. 107-108).

Muzikoterapie a hudba má svůj významný vliv na osoby se zdravotním postižením. Příkladem mohou být osoby s poruchou autistického spektra, kteří byli jakousi první z nejdůležitějších oblastí, kde byla muzikoterapie aplikována. U osob s PAS bylo zjištěno, že je možno skrze



hudbu komunikovat, a to i přes to, že verbální komunikace u těchto osob nebyla možná (Gold, s. 105).

Z dalšího výzkumu, který zkoumal vliv hudby na osoby s PAS vyšlo najevo, že hudební terapie umožňuje využít schopnost rozumět emocím v hudbě a na základě toho rozumět svým vlastním emocím. Hudební prostředky byly použity tak, aby podpořily emocionální prožitky a zároveň jedince stimulovaly (Pickard, s. 4).

Habron uvádí, že hudební působení v životě jedinců umožňuje pozitivní změny (Habron, s. 103).

Sarapa a Katušič uvádějí, že u osob s poruchou autistického spektra má muzikoterapie vliv na kognitivní a komunikační dovednosti, percepčně-motorickou oblast a sociálně-emoční oblast. Dále se snaží muzikoterapie rozvíjet stávající schopnosti změnit konkrétní chování nebo získat nové dovednosti prostřednictvím hudby (Sarapa, Katušič, s. 126-127).

Hudba jako terapeutický prostředek, který má vliv na celý organismus. Lze ji využít v mnoha situacích. Při správném vedení proškoleným muzikoterapeutem má nezastupitelnou funkci jako léčebný prostředek, který dokáže napomoci při nejrůznějších onemocněních a obtížích člověka.

## 4. Muzikoterapie a speciální pedagogika

Pokud hovoříme o vztahu muzikoterapie a speciální pedagogiky je nutné uvést i konkrétní skupinu, se kterou muzikoterapeuté v této souvislosti pracují. Jde o osoby se speciálními potřebami. Největší skupinou jsou osoby s mentálním postižením, dále pak osoby s tělesným či smyslovým postižením (Gerlichová, 2014).

Speciální pedagogika zahrnuje podle Kantora a kolektivu oblast výchovy, vzdělávání, poradenství, terapie, prevence a sociální rehabilitace (Kantor a kol., 2009).

### 4.1 Význam muzikoterapie u osob se speciálními potřebami

Muzikoterapie je u této skupiny klientů používána jako podpůrná terapie, která spolupracuje i s dalšími výchovnými, vzdělávacími a terapeutickými přístupy. Cíle muzikoterapie v práci s osobami se speciálními potřebami se v určité míře shodují se speciálně pedagogickou intervencí. Podle M. Horňákové se jedná o následující cíle:

- *omezit vývojové ztráty a optimalizovat podmínky vývoje, tj. zprostředkovat potřebné zkušenosti a podněty pro udržení integrity osobnosti;*
- *přizpůsobit nároky prostředí možnostem člověka s postižením a vytvořit prostor pro nacházení jeho možností;*
- *podpořit identitu a integraci člověka s postižením prostřednictvím interakcí s muzikoterapeutem, tj. posilovat jeho schopnost orientovat se, rozumět sobě a svému prostředí, prožívat smysluplnost svého bytí, být rezistentní vůči zátěži, přijímat adekvátně hodnotový systém a vztahy atd.;*
- *poskytnout možnost pro vytváření vlastních strategií řešení úloh, rozhodování se a přijímání zodpovědnosti za sebe i druhé. Zdůrazňuje sebeurčení a sebeuplatnění člověka s postižením (Kantor a kol., 2009, s. 39).*

Velmi častými oblastmi rozvoje jsou v individuálních plánech klientů oblast senzomotorická, komunikace, sociálních dovedností, pomoc při zvládnání školního kurikula, terapie chování Burr, Grant, Hanser in Kantor a kol., 2009).

Kompetencí muzikoterapeuta je také podílení se na diagnostice a hodnocení vývoje klienta, dále pak poradenství osobám, které pečují o osobu se speciálními potřebami.

Terapeut respektuje, že mnohá zdravotní postižení jsou primárně neléčitelná, ovšem lze dosáhnout zlepšení kvality života a zlepšit schopnosti klienta v rámci systému ucelené rehabilitace. Terapie tedy často vychází ze symptomů, důležitá je návaznost a spolupráce s ostatními oblastmi péče v rámci ucelené rehabilitace (Kantor a kol., 2009).

Muzikoterapie je uskutečňována v různých institucích. V České republice mezi takovéto instituce můžeme zařadit speciální školy, stacionáře, ústavy sociální péče, školy ve zdravotnických zařízeních, volnočasová centra a neziskové organizace (Kantor a kol., 2009).

#### ***4.2 Muzikoterapie u dětí s mentálním postižením***

Jedná se o velmi úspěšný druh terapie při práci s jedinci s mentálním postižením. Tato terapie má zklidňující efekt, napomáhá k překonání motorické neobratnosti a obtíží, zlepšuje koordinaci a dále má vliv na emoční stránku osobnosti. Současně může tento druh terapie regulovat nevhodné chování (Richman, 2006).

## **5. Mentální postižení**

Podle Švarcové-Sabinové se za osoby s mentálním postižením považují jedinci, všech věkových kategorií, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišenému vývoji některých psychických vlastností a poruchám adaptačních schopností. U každého jedince je rozsah postižení individuální. Mentální postižení vzniká v důsledku organického poškození mozku (Švarcová-Sabinová, 2011). *Příčinami jsou strukturální poškození mozkových buněk či abnormální vývoj mozku* (Švarcová-Sabinová, 2011, s. 28).

### **5.1 Klasifikace mentálního postižení**

Švarcová-Sabinová uvádí, že mentální postižení představuje snížení úrovně rozumových schopností, v psychologii je tato oblast označována jako inteligence (Švarcová-Sabinová, 2011).

Současná klasifikace mentální retardace vychází z 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vypracovala Světová zdravotnická organizace. Platnost této klasifikace je účinná od roku 1992. Na základě klasifikace rozdělujeme mentální retardaci do šesti základních kategorií, kterými jsou:

#### **5.1.1 Lehká mentální retardace F70**

Kategorie, která zahrnuje většinu osob s mentálním postižením, jde zhruba o 80-85%. Inteligenční kvocient je v rozmezí 69-50. Osoby tohoto typu mentálního postižení obvykle dosáhnou schopnosti užívat řeč, a to v každodenním životě, dále udržovat konverzaci a také verbálně komunikovat. I když v dětském věku bývá vývoj řeči opožděn nemívají později větší obtíže v této oblasti. Většina jedinců je schopna nezávislosti v rámci osobní péče například samostatnost při stravování, oblékání či hygieně nebo praktických domácích dovednostech, a to navzdory tomu, že vývoj schopnosti sebeobsluhy bývá zpravidla pomalejší. Potíže se objevují při teoretické práci ve škole. Edukační program základní školy je pro ně velmi náročný a plně ho nezvládají. Problémy mají také mnozí v oblasti čtení a psaní. Osobám s lehkou mentální retardací se často daří při edukaci zaměřené na jejich dovednosti a kompenzování nedostatků. Mentální věk se zde pohybuje mezi 10-11 lety (Švarcová-Sabinová, 2011).

### **5.1.2 Středně těžká mentální retardace F71**

Kategorie, která je diagnostikována přibližně u 10 % osob s mentálním postižením. U jedinců s tímto typem postižení je výrazné opoždění v oblasti chápání a užívání řeči schopnosti jsou velmi individuální. Mentální věk se pohybuje na úrovni čtyřletého až osmiletého dítěte. Inteligenční kvocient je v rozmezí 35-49. Pokrok při výchově a vzdělávání je limitován, i přes to si dokáže většina žáků pod vedení kvalifikovaného pedagoga osvojit základy trivia. V případě, že využijeme speciálních vzdělávacích programů u těchto osob je poskytnuta příležitost pro rozvoj jejich potenciálu, praktických dovedností a základních vědomostí. U některých osob s tímto stupněm postižení lze diagnostikovat dětský autismus či jinou pervazivní poruchu (Švarcová-Sabinová, 2011).

### **5.1.3 Těžká mentální retardace F72**

Tuto diagnózu má přibližně 5 % osob s mentálním postižením. Podstatně velká podobnost je zde se středně těžkou mentální retardací, klinickým obrazem, přidruženými stavy a přítomností organické etiologie. Jedinci v této kategorii mají inteligenční kvocient v rozmezí 20-34 a mentální věk se pohybuje mezi osmnácti měsíci až věkem 3,5 roku. Častý je výskyt poruch motoriky. Většina žáků není schopna osvojení trivia, ale i přes to je schopna si osvojit jiné dovednosti. Možnosti v edukačním procesu jsou omezené nicméně při správné a včasné péči může dojít k výraznějšímu rozvoji komunikačních, rozumových, motorických schopností a zlepšení samostatnosti a kvality života (Švarcová-Sabinová, 2011).

### **5.1.4 Hluboká mentální retardace F73**

Osoby s tímto postižením tvoří necelé 1 %. IQ je nižší než 20 a mentální úroveň je na úrovni novorozence či kojence. Jedinci s tímto typem postižení potřebují neustálou pomoc a dohled od druhé osoby. Oblast motoriky je výrazně zasažena v důsledku toho je většina jedinců imobilních anebo je v pohybu výrazně omezena. Z hlediska výchovy a vzdělávání jsou možnosti velmi omezené. Pomocí konkrétních metodických postupů lze rozvíjet oblast motoriky nebo komunikace. U pacientů, kteří jsou mobilní se nejčastěji objevují pervazivní poruchy konkrétně atypický autismus (Švarcová-Sabinová, 2011).

### ***5.1.5 Jiná mentální retardace F78***

Užití této kategorie je v případech, pokud je stanovení intelektu pomocí standardních metod nemožné pro jiné například senzorní či somatické poškození například u osob nevidomých, neslyšících, nemluvících apod. nebo nemožné z jiného důvodu (Švarcová-Sabinová, 2011).

### ***5.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace F79***

Kategorie užívaná, pokud není mentální retardace prokázána a zároveň chybí informace, které by umožnily zařazení pacienta do jedné z uvedených kategorií. Zařadit sem lze mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, Oligofrenii NS (Švarcová-Sabinová, 2011).

## **6. Porucha autistického spektra**

Porucha autistického spektra nebo také pervazivní vývojová porucha, dále autismus. Jedná se o poruchu, která zasahuje celou osobnost, především oblast chování, vzdělávání, socializace atd. Šnýdrová uvádí, že „*Pervazivní vývojová porucha se projevuje zhoršenou společenskou komunikací a stereotypně se opakujícím souborem zájmů a aktivit*“ (Šnýdrová, 2008, s. 132). Mezi pervazivní vývojové poruchy řadíme dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a jiné dezintegrační poruchy v dětství (Valenta a kol., 2014). Výskyt autismu je přibližně třikrát větší u chlapců než u dívek (Richman, 2006).

### **6.1 Dětský autismus**

Charakteristický svou takzvanou triádou znaků. Jedná se o narušenou sociální interakci, omezená schopnost verbální i nonverbální komunikace a poruchou představitosti. Tyto základní znaky jsou doplněny o tzv. repetitivní neboli opakující se chování. U 75% případů je dětský autismus kombinován s mentálním postižením. Děti s tímto typem postižení projevují neadekvátní reakce na emocionální a jiné podněty, těžko se přizpůsobují změně, rády opakují stereotypní pohyby, jsou zaujati jednotvárnou, rituální manipulací předměty a s hračkami si nehrají adekvátním způsobem (Valenta a kol., 2014).

### **6.2 Rettův syndrom**

Syndrom postihující pouze dívky, u kterých dochází po krátké fázi normálního vývoje ke ztrátě komunikačních a pohybových schopností. Výrazné je postižení v oblasti inteligence a psychomotoriky (Valenta a kol., 2014).

### **6.3 Jiné dezintegrační poruchy v dětství**

Období normálního vývoje střídá ztráta již získaných dovedností komunikace a sociální integrace. V tomto případě může dojít k částečnému obnovení těchto funkcí (Valenta a kol., 2014).

### **6.4 Aspergerův syndrom**

Výskyt převážně u chlapců, příznaky jako autismus bez opoždění řeči a kognitivních funkcí (Valenta a kol., 2014).

## **7. Vzdělávání žáků s mentálním a kombinovaným postižením**

### **7.1 Školní věk**

Školním věkem rozumíme období, kdy dítě začne navštěvovat základní školu. Rozdělit lze do tří fází, a to na raný, střední a starší školní věk. Podle Vágnerové je obdobím od 6 do 9 let, pro které je charakteristická změna sociálního postavení dítěte. V raném školním věku získává a zvládá dítě novou sociální roli, a to roli žáka (Vágnerová, 2012).

Nástup do školy však bývá pro děti často nejen radostný, jelikož se do školy těší, bývá také psychickou zátěží. S nástupem do školy začínají u dítěte růst i jeho obavy. Nutnost včasného příchodu do školy, vypracování domácích úkolů, družina či samostatná cesta domů jsou pro dítě nové povinnosti, s nimiž může přicházet strach a úzkost (Allen, Marotz, 2002).

#### **7.1.1 Dítě s mentálním postižením ve školním věku**

U žáků s mentálním postižením jsou jejich odlišnosti výraznější než v předškolním období. Děti školního věku, s tímto postižením mají nápadné zvláštnosti v oblasti kognitivní, nejvíce v oblasti myšlení a paměti. Dále nedostatečná abstrakce, malá schopnost generalizace, snížená kritičnost atd. Paměť je zpravidla mechanická, u žáka je zřetelná nepevnost asociací a logických vazeb. Pomocnou bývá zpravidla paměť obrazně-názorná a smyslová. Typická je malá nebo snížená motivace k učení. Důležitost má podpora žáků v oblasti komunikace a sebeobsluhy, trivie, sociálních dovedností atd. (Černá, 2015).

Podle Bazalové, Bartoňové a Pipekové je škola pro žáky s mentálním postižením místem, ve kterém by rozdíl mezi učením a životem měl být co nejmenší. Žák by měl v rámci pobytu ve škole propojovat učení s praxí a to neustále (Bazalová, Bartoňová, Pipeková, 2007).

### **7.2 Základní škola speciální**

Listina základních práv a svobod vymezuje právo na vzdělávání. Děti s mentálním postižením mají možnost vzdělávání podle následujících dokumentů:

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů



Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a student se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů

*Vzdělávání dětí s mentálním postižením je podle vyhlášky Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. 73/2005 Sb., paragrafu 5 realizováno formou docházky do základní školy, základní školy praktické či základní školy speciální (Černá a kol., 2015).*

Zařazení dítěte s mentálním postižením do systému základního vzdělávání je správním aktem. O vzdělávání dítěte rozhoduje jeho zákonný zástupce společně s ředitelem školy. Žáci s těžkým stupněm mentálního postižení jsou vzdělávání podle Školského zákona a jeho paragrafu 48 a 49 na základní škole speciální. Vzdělávání dítěte s hlubokým stupněm mentálního postižení vyžaduje odborný posudek lékaře, poradenského zařízení, žádost rodičů na krajský úřad. Poradenské zařízení ve svém posudku udává formu vzdělávání, jméno dohlížející osoby a účinnost dokumentu. Podle zákona č. 561/2004 Sb. a paragrafu 42 tohoto zákona má zákonný zástupce dítěte povinnost přihlásit ho na krajský úřad, který určí odpovídající způsob jeho vzdělávání (Černá a kol., 2015).

*Základní škola speciální podle Kroupové a kolektivu „Vychovává a vzdělává žáky s takovými nedostatky rozumového vývoje, pro které se nemohou vzdělávat podle vzdělávacích programů běžné základní školy ani základní školy praktické, jsou však schopni osvojit si elementární vzdělávání. Zpravidla se tu vzdělávají žáci s mentálním postižením středního až těžkého stupně, žáci s více vadami a autismem. Žáci zde nezískávají základní vzdělání, ale pouze základy vzdělání“ (Kroupová a kol., 2016, s. 216).*

Základní škola speciální je odlišná od běžné základní školy organizačními formami vzdělávání a obsahem výuky. Vzdělání je v základní škole speciální přizpůsobeno žákům, kteří ji navštěvují, a to žákům se sníženými rozumovými schopnostmi, psychickými zvláštnostmi, nízkou úrovní volných vlastností a také s nedostatečnou koncentrací pozornosti (Bazalová, Bartoňová, Pipeková, 2007).

Cílem základní školy speciální je především naučit a vést k osvojení návyků z oblasti hygieny, sebeobsluhy, získání základních informací o společnosti, přírodě a dále osvojení základních pracovních dovedností. Docházka je zde desetiletá a vzdělávání je realizováno podle Rámcově vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální. Tento dokument má dvě části, každá z nich je věnována jiné cílové skupině. První díl je pro žáky

se středně těžkým mentálním postižením a druhý pro žáky s těžkým stupněm mentálního postižení a souběžnými vadami, podle kterého jsou vzdělávání také žáci s hlubokým stupněm mentálního postižení (Kroupová a kol., 2016).

Švarcová-Sabinová uvádí, že cílem základní školy speciální je rozvoj psychických, fyzických schopností a předpokladů žáka. Vybavit žáka vědomostmi, dovednostmi a návyky, které mu umožní maximální možné zapojení do společenského života (Švarcová-Sabinová, 2011).

Pipeková uvádí, že žák, který absolvuje základní školu speciální by měl být vybaven dovednostmi, vědomostmi a návyky, které mu umožní zapojení do života ve společnosti, a to s větší či menší mírou pomoci (Pipeková, 2006).

### ***7.2.1 Individuální vzdělávací plán***

Individuální vzdělávací plán (IVP) je podpurným opatřením, které umožňuje žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami vzdělávání, a to každému jedinci s mentálním postižením. Tým odborníků má za úkol sestavit tento plán a to tak, aby co nejlépe podporoval vzdělávání žáka. Samotný plán sestavuje třídní učitel s přizvanými rodiči případně se samotným žákem. Plán je průběžně kontrolován, pozměňován, doplňován za účelem co největší efektivity s ohledem na vzdělávací opatření a výsledky žáka, kterých má dosáhnout (Černá, 2015).

IVP vychází z odborného posouzení dosažené úrovně vědomostí a dovedností žáka. Je podložen psychologickou, speciálně pedagogickou a pedagogickou diagnostikou. V každé oblasti jsou stanoveny cíle, kterých má být po určité době dosaženo. Dále konkretizuje výchovně vzdělávací opatření souvisejících služeb (Černá, 2015).

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 8. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem předkládané bakalářské práce je na podkladě teoretického vymezení tématu zjistit vliv muzikoterapie na prožívání u žáků se středně těžkou a těžkou mentální retardací.

Na základě stanoveného cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

- 1. Jaký vliv má muzikoterapie na žáky se středně těžkou a těžkou mentální retardací?**
- 2. Jak žáci se středně těžkou a těžkou mentální retardací reagují na muzikoterapii?**

#### 8.1 Operacionalizace pojmu prožívání

Pojmem, který je potřeba vysvětlit v praktické části bakalářské práce je pojem prožívání. Vzhledem ke stanovení oblasti, která byla sledována v rámci zúčastněného pozorování je nutné tento pojem definovat, aby byla konkretizována v záznamech z pozorování.

#### 8.2 Definice prožívání

*Prožívání lze definovat jako jakoukoliv lidskou tělesnou aktivitu, kterou lze pozorovat, zaznamenávat nebo měřit (Crider et al., 1989, str. 6. in Plháková, 2004).*

Novější definice od Nakonečného hovoří o prožívání takto:

*Prožívání: Co je prožívání, nelze dost dobře vyjádřit slovy, ale každý z vlastní zkušenosti ví, že to znamená zvláštní vnitřní děje, které mohou mít vnitřní původ (prožívání hladu, únavy) nebo vnější původ (prožívání strachu, radosti, závidění, přání, touhy). V prožívání si člověk uvědomuje sám sebe a okolní svět (Nakonečný, 2011, s. 21).*

Důležitá je závislost chování na prožívání. Podle Nakonečného člověk nejprve situaci, v níž se nachází, prožívá. Na základě prožitku a vnitřní reakce se jedinec chová určitým způsobem, a to ve vztahu ke konkrétní situaci (Nakonečný, s. 59-60).

Vzhledem k výše uvedené operacionalizaci pojmu prožívání bude v praktické části přiblíženo uskutečněné pozorování, a to v jednotlivých záznamech z muzikoterapeutických setkání. Během každého setkání bylo pozorování zaměřeno na složku prožívání a z něho vycházejícího chování u klientů skupinové muzikoterapie.

## 9. Metodika výzkumu

Hendl uvádí, že kvalitativní výzkum je často metodology vnímán pouze doplňující složka kvantitativního výzkumu (Hendl, 2005).

Hendl uvádí definici kvalitativního výzkumu podle Creswella, která zní takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell 1998, s. 12 in Hendl, 2005).

Kvalitativní výzkum začíná výběrem tématu a určením základních výzkumných otázek. Výzkumník, který zvolí kvalitativní cestu analyzuje a vyhledává informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek. Sběr dat probíhá po delší časový úsek a v přímém terénu. Místa a jedinci, kteří jsou určeni k pozorování jsou vybráni na základě předešlých úvah. Analýza i sběr informací a dat pro výzkum probíhají zároveň. Zkoumání informací prochází neustálou transformací a eliminací (Hendl, 2005).

Výzkum je prováděn na základě intenzivního kontaktu s terénem, situací, jedinci nebo skupinou. Situace, které jsou pozorovány jsou odrazem každodenních prvků společností, organizací nebo také jedinců či skupin (Hendl, 2005).

Na základě prostudovaných prací a literatury k tématu muzikoterapie a dětí se zdravotním postižením je v práci použit rozhovor, případové studie, pozorování a rozbor dokumentů.

Rozhovor je jednou z výzkumných a diagnostických technik využívaných v kvalitativním výzkumu. Otázky byly kladeny respondentům za účelem zjištění informací k vypracování případových studií a týkaly se anamnézy klientů a muzikoterapie. Vzhledem k zdravotnímu stavu a postižení klientů nemohl být uskutečněn rozhovor přímo s nimi. Otázky pro muzikoterapeutku byly tvořeny pro účely doplnění výzkumného šetření a byly směřovány na oblast profesní a hudební.

Případová studie je detailní studií jednoho nebo malého počtu případů. Cílem je shromáždění velkého množství informací o jednom či více případech. Na základě získaných poznatků popisuje případová studie vztahy v rámci souvislostí a celku (Hendl, 2005).

Cílem metody pozorování bylo zjistit vliv muzikoterapie na složku prožívání vybraných klientů, a jak na muzikoterapii reagují. Pozorování probíhalo po dobu tří měsíců ve stejném prostředí a se stejnými klienty.

Pozorování bylo zúčastněné. Pomocí tohoto typu pozorování je možno popsat, co se děje, kdo a co se účastní konkrétního děje. Zároveň zachycuje, kdy a kde se pozorovaný děj odehrává, jak se objevuje a proč (Hendl, 2005).

Prostudování dostupné dokumentace sloužilo jako doplnění poznatků pozorování a informací získaných z rozhovorů.

### ***9.1 Stanovení otázek pro rozhovor***

Otázky slouží jako podklad pro dvě případové studie, které jsou součástí praktické části práce. Předkládány jsou otázky otevřené, aby mohla být utvořena kvalitní případová studie podložena dostatkem informací. Vytvořeny byly zároveň i samostatné otázky pro rozhovor s muzikoterapeutkou, která s klienty dlouhodobě pracuje. Otázky byly předloženy respondentům na jejich přání písemně a není s nimi veden osobní rozhovor.

### ***9.2 Zpracování případové studie***

Případové studie byly zpracovány na základě informací z rozhovorů.

### ***9.3 Pozorování***

Pozorování bylo realizováno v rámci záměrného výběru aktivity, místa i klientů. Pozorování mělo longitudinální charakter. Účast na pozorování byla úplná.

### ***9.4 Organizace výzkumného šetření***

Muzikoterapeutické setkání probíhalo ve stejnou dobu na stejném místě, se stejnými klienty a muzikoterapeutkou. Celkem se uskutečnilo 10 setkání, každé trvalo 45 minut.

### ***9.5 Průběh výzkumu***

V rámci odborné praxe jsem navštěvovala v období od 11. 10. 2016 do 3. 1. 2017 muzikoterapeutická setkání 1x týdně v rámci zařízení poskytujících své služby pro soby s poruchou autistického spektra v Českých Budějovicích. V rámci praxe jsem informovala rodiče vybraných klientů a pracovníky zařízení o své bakalářské práci a jejím tématu.

Na základě účasti na muzikoterapii jsem vybrala dva klienty pro svou praktickou část bakalářské práce, a to po konzultaci s pracovníky zařízení. Rozhovory proběhly po předchozí osobní a telefonické domluvě a zaručení anonymity účastníků šetření písemnou formou přes emailovou korespondenci. Pro zaručení anonymity bylo předloženo respondentům prohlášení o mlčenlivosti a v práci nejsou uvedeny žádné konkrétní údaje identifikující osoby výzkumného šetření.

### ***9.6 Výzkumný vzorek***

Vybraný výzkumný vzorek tvořili dva klienti docházející na skupinovou muzikoterapii. Vzorek byl vybrán záměrně a to tak, aby splňoval zadání bakalářské práce.

### ***9.7 Průběh muzikoterapeutických setkání***

Průběh jednotlivých setkání byl velmi podobný. Všechna setkání měla podobnou strukturu, a to část úvodní, ve které byl pozdrav s klienty. Pozdrav proběhl s každým klientem individuálně a potom hromadně. Následovala část aktivní, ve které byly využity různé hudební nástroje, pomůcky a písně. Závěrečná část zahrnovala písně na rozloučení. Během veškerých setkání bylo uskutečněno zúčastněné pozorování.

## **10. Výzkumné šetření**

### ***Případová studie č. 1***

#### ***Osobní anamnéza***

M. je devítiletý chlapec z druhého těhotenství. Porod proběhl v předpokládaném termínu bez komplikací. Těhotenství matky bylo doprovázeno těhotenskou cukrovkou. Ve dvou letech a šesti měsících byl chlapci diagnostikován dětský autismus s přidruženou těžkou mentální retardací.

#### ***Rodinná anamnéza***

Matka i otec chlapce mají střední vzdělání. Chlapec má dvě starší sestry, dvojčata, kterým je jedenáct let. Se sourozenci i rodiči vychází chlapec výborně. Rád s nimi tráví čas, je s nimi pokoji, jde s nimi ležet. Dívky jsou velkou pomocí i své matce, pomáhají s kopáním, hlídáním i oblékáním svého bratra. Za svého bratra se nestydí a veřejně ho obhajují před kamarády. Velmi silnou vazbu má chlapec na svou babičku. Rodina se snaží fungovat v rámci možností co nejlépe.

#### ***Vývoj***

Matka začala sledovat u svého syna odlišnosti ve vývoji zhruba od 18. měsíce. Chlapec přestal ukazovat na předměty, nechtěl si prohlížet v knihách, přestal navazovat oční kontakt a nenapodobovat rodiče ani sourozence. Přestal používat slova, která již funkčně používal, například: *pa pa, mama, ada, ne*.

#### ***Školní anamnéza***

Chlapec navštěvoval od dvou do osmi let mateřskou školu speciální. Dvakrát měl odklad školní docházky a nyní navštěvuje 1. třídu základní školy speciální. Rodiče volili typ vzdělávání vzhledem k zdravotnímu postižení chlapce. Ve škole pracuje s asistentem pedagoga. Ve třídě je 6 žáků, jeden učitel a jeden asistent. Na asistentku byl chlapec zvyklý, měl ji rád a pracoval s ní bez větších obtíží, jelikož ji znal od čtyř let svého věku. Na přelomu března a dubna asistentka odešla na mateřskou dovolenou a nyní bude ve třídě nová asistentka.

### ***Sociální anamnéza***

Chlapeč nevdá menší skupina, ale není rád v davu. Omezeně zvládne kino, restauraci či dětské hřiště. Do skupiny se nezačleňuje, jeví nezájem. V rámci skupiny je spíš sám pro sebe. Je velmi rád sám, ale je důležitý dohled rodičů, o samotě rád otevírá okno. Kontrola rodičů se mu nelíbí a vyvolává v něm vztek, protože chce být sám. Do skupiny se nezačleňuje, je spíše mimo ni bez zájmu. Se členy rodiny má velmi dobré vztahy a má na ně silné vazby.

### ***Chování a jeho projevy***

Chlapec se občasně sebepoškozuje. Sebepoškozování přichází velmi náhle a nečekaně. Chlapec je v dobré náladě a z ničeho nic začne například bouchat hlavou o skříň.

### ***Stereotypy a rituální chování***

Z hlediska stereotypů a rituálního chování jsou u chlapce pozorovatelné stereotypní pohyby, kdy hýbe opakovaně předměty ve stále opakujícím se pohybu před očima, například plyšovou hračkou nebo utěrkou. Opakovaně leze na skříň a televizi.

### ***Zájmy***

Miluje vodu, umí plavat, rád skáče na posteli či trampolíně. Rád chodí na procházky. Má rád hudbu, ale je rád i v tichu. Rád poslouchá hudbu ve sluchátkách a tančí na ni. Po poslechu hudby se velmi zklidní, má rád techno, zvuky moře a delfinů.

### ***Sebeobsluha***

Sebeobsluha je u chlapce velmi špatná. Nenosí již pleny, ale na toaletu si sám ve většině případů nedojde. Chlapce je nutné na toaletu vodit. Sám se dokáže svléknout. Dokáže jíst rukama, ale jídlo často rozmazává kolem sebe i na sebe.

### ***Komunikace***

Chlapec není schopen verbální komunikace a má velký problém s porozuměním řeči. Jako alternativní komunikační systém využívá rodina obrázky a fotografie.



### ***Vliv prostředí***

Má raději klidné a tiché prostředí. Cítí se dobře a bezpečně ve známém prostředí.

### ***Získávání pozornosti***

Pro získání pozornosti jsou používány sladkosti, jídlo, zvýšení hlasu nebo napouštějící se voda do vany. Autoritu poslechne při zvýšení hlasu, poslechne na základní pokyny.

### ***Muzikoterapie***

Muzikoterapii rodina vybírala na základě chlapcovo vztahu k hudbě. Terapii hodnotí matka jako nejvhodnější terapii. Chlapec navštěvuje muzikoterapii 1x týdně, občas navštěvuje i harmonizační lůžko. Po muzikoterapii bývá klidnější a spokojenější.

### ***Případová studie č. 2***

#### ***Osobní anamnéza***

F. je desetiletý chlapec z druhého těhotenství. Porod proběhl bez komplikací v předpokládaném termínu. Během těhotenství neměla matka žádné komplikace ani zdravotní problémy. Chlapec má diagnostikován dětský autismus s těžkou mentální retardací.

#### ***Rodinná anamnéza***

Matka má vysokoškolské vzdělání a otec středoškolské. Chlapec má staršího bratra, kterému je 13 let. Vztahy mezi sourozenci jsou dobré, starší bratr si s mladším rád hraje, dovádí s ním ovšem na veřejnosti za něho stydí, a to konkrétně za jeho zvláštní projevy a chování. Rodiče se o chlapce dobře starají, používají strukturované učení a lištu s obrázkovým rozvrhem dne.

#### ***Vývoj***

Matka začala sledovat odlišnosti ve vývoji po 1. roce života. Chlapec byl pomalejší v chápání, nechtěl nic dělat, bál se v cizím prostředí, a naopak doma byl velmi spokojený. Přibližně kolem 2. roka života bylo chování opravdu nápadné, nereagoval na jméno, přestal úplně mluvit, reagovat na cokoliiv kolem sebe, zejména lidí, nerozuměl vůbec řeči, bál se všeho, co bylo venku, velmi špatně spal, budil se několikrát za noc. Chlapci byl diagnostikován dětský autismus a těžká mentální retardace v 3,5 letech.

### ***Školní anamnéza***

Chlapec navštěvoval mateřskou školu speciální a nyní je vzděláván na základní škole speciální. Ve škole se mu daří, zlepšuje se jeho oční kontakt a v pomalém tempu se rozvíjí řeč. Základní školu vybírali rodiče na základě zdravotního postižení a možností dítěte. Úroveň schopností chlapce a jeho strach z většího kolektivu a smyslová přecitlivělost neumožňovala integraci do běžné základní školy. Ve třídě, kterou chlapec navštěvuje je celkem 6 žáků, 1 učitel a asistent pedagoga, s nimiž chlapec spolupracuje.

### ***Sociální anamnéza***

Chlapec je raději v tichém prostředí, je rád sám a je velmi citlivý na podněty kolem sebe. Kolem sebe potřebuje i kolektiv, ale takový, ve kterém je zvyklý, například jeho třída ve škole, v níž je spokojený. Na omezenou dobu přijme i přítomnost někoho na návštěvě. Chlapec má velmi silné vazby na všechny členy rodiny, a to na matku, otce i bratra. Do skupiny se nezačleňuje a spíše přihlíží. Spokojen je ve známé skupině například ve třídě.

### ***Chování a jeho projevy***

Chlapec nemá výrazné agresivní chování. Agrese přichází jen pokud dojde k vystupňování situace, která chlapce znepokojí například pokud něco chce a rodiče mu nerozumí, pokud je nespokojen nebo ho něco bolí. Pokud je rozčilený štípe a kouše osoby kolem sebe. Sám sebe nezraňuje, pouze občas je u něho viditelný náznak kousání do ruky či kolene.

### ***Stereotypy a rituální chování***

Výrazné projevy rituálního chování. Chlapec často třepe rukama, ťuká prsty o sebe, skáče, výská či třepe papírky. Rád si pouští opakovaně části filmů, různé zvuky apod. Rád vytváří opakované zvuky pomocí různých předmětů například papíru, slídových desek. Denní činnosti musí být vždy ve stejný čas ve stejném prostředí. Víkendy jsou pro rodinu velmi náročné, jelikož chlapec nechodí do školy, je tedy v jiném prostředí. S chlapcem je nutno dělat to samé, co ve škole, aby měl svůj rytmus dne nenarušen a byl co nejvíce podobný tomu ve škole.

### ***Zájmy***

Chlapec si většinu času hraje s iPadem, na kterém velmi rád sleduje pohádky. Rád sleduje pohádky v televizi, pouští si písničky z CD. Navštěvuje aktivity v centru pro osoby

s poruchou autistického spektra. V centru navštěvuje muzikoterapii, harmonizační lůžko, výtvarnou výchovu, práci s iPadem. Rád skáče na trampolíně, prohlíží či knihy a obrázky, jezdí na speciální tříkolce.

### ***Sebeobsluha***

Nají se sám lžící, stoluje však tak, že jídlo je všude kolem, pod stolem na stole. Svlékne se sám, obuje i zuje. Sám se neoblékne, jelikož přesně neví, jak oblečení správně patří. Sám chodí na toaletu, ale při velké potřebě je potřeba pomoci s hygienou. Mytí rukou zvládá, ale je třeba mu dopomáhat, jelikož často ruce neutře do sucha nebo neumyje zcela do čista. Při sprchování je nutné chlapci udílet pokyny, co má dělat, neodhadne teplotu vody a je nutno mu dopomoci.

### ***Komunikace***

Chlapec má velké problémy s porozuměním řeči, ale v posledním roce se porozumění zlepšilo a zvětšila se pasivní slovní zásoba. Verbální komunikace je nízkofunkční, chlapec používá funkčně pouze pár slov, věty netvoří. Rodina využívá jako alternativní způsob komunikace obrázky a fotografie, ve škole je chlapec veden metodou VOKS, výměnný obrázkový komunikační systém ovšem v tomto školním roce odmítá jeho používání.

### ***Vliv prostředí***

Dobře se cítí ve známém prostředí, ve kterém cítí bezpečí. Během dne potřebuje chvílky samoty. Přílišná přítomnost v hlučném či podnětném prostředí je pro něho velmi náročné.

### ***Získávání pozornosti***

Pro získání pozornosti vytahuje sliny z úst a čeká, že ho bude okolí stále napomínat. Dalším způsobem, kterým chce chlapec přilákat pozornost svého okolí je vydávání hlasitých zvuků. Autoritu poslouchá v rámci možností.

### ***Muzikoterapie***

Chlapec navštěvuje muzikoterapeutická setkání již sedmým rokem. Na muzikoterapeutku je zvyklý a jeho práce se při setkáních zlepšuje. Rodiče volili muzikoterapii kvůli velké vnímavosti na okolní zvuky, rozvoji řeči skrze obrázkové písně a jelikož je chlapec velmi vnímavý na veškeré složky hudby jako je rytmus, různorodé tóny a zvuky. S aktivitou je spokojený je na ni zvyklý a spolupracuje lépe i s muzikoterapeutkou.

## ***10.1 Pozorování***

### ***Předmět pozorování***

Předmětem pozorování je prožívání žáků se středně těžkou a těžkou mentální retardací v rámci skupinové muzikoterapie.

### ***Způsob pozorování***

Zúčastněné pozorování probíhalo v rámci muzikoterapeutických setkání.

#### **1. Setkání (11. října 2016)**

Při první návštěvě jsem převážně pozorovala prostředí a průběh celé lekce.

Při pozorování jsem se zaměřila na práci s žáky, aktivity a celý průběh muzikoterapie. Současně jsem věnovala pozornost reakcím a chování žáků na veškeré podněty, které byly v průběhu lekce kolem nich. Na začátku lekce se pozdraví lektorka se všemi dětmi. Hrou na sandram zahraje písničku, při které zpívá a pozdraví každé dítě individuálně. Nástroj (sandram) je přiložen každému dítěti na kolena a dítě nástroj drží dlaněmi z obou stran. Tímto způsobem je každému dítěti individuálně možno zprostředkovat vibrace z nástroje. Po přivítání s dětmi následuje úvodní písnička, která je také formou pozdravu „Ahoj všichni kluci, holky, sešli jsme se na zpívánky. Společně si zazpíváme, do rytmu si zatleskáme. Na sebe se usmějem, přivítáme krásný den.“ Aktivity, které následovaly, byly tematicky zaměřeny na podzim. Každá píseň byla doplněna o obrázek či předmět, který plnil pomocnou funkci. Předmět měl za úkol konkrétně přiblížit hlavní téma písně. Děti spolupracovaly během písni většinou asistovaně s lektorkou či s námi jako asistenty.

#### **2. Setkání (18. října 2016)**

##### ***Chlapec 1***

Od začátku lekce byl schovaný pod lavicí, zacpával si uši a byl otočený směrem ke zdi.

Pracovala s ním asistentka, na kterou je zvyklý ovšem na podněty téměř nereagoval a byl stále otočený ke zdi. Oční kontakt nebyl navázán. Z hlediska prožívání se zdálo, že nechce být v místnosti, hudba se mu nelíbí a působí spíše jako hluk nežli jako zklidňující element, jež by navodil u žáka pozitivní emoce. Z celé lekce vydržel v místnosti 25 minut. Během

setkání nejevil žádný zájem o podněty a činnosti. Možnou příčinou mohlo být negativní emoční rozladění z předchozí části dne.

### ***Chlapec 2***

Před začátkem byl smutný a téměř plakal. Zdálo se, že není v dobré náladě, bude spíše mrzutý a bude u něho převládat negativní ladění. Když začala muzikoterapie byl již pozitivně naladěný, v dobré náladě, usmíval se a spolupracoval. Během aktivit reagoval, usmíval se, udržoval oční kontakt a reagoval na pokyny. Občas měl ruce v ústech a nose, tyto pohyby opakoval. Je možné, že chtěl přilákat pozornost praktikantky, která s ním pracovala. Nezdálo se, že by mu jakákoliv aktivita vadila, jevil zájem, radost projevoval výrazem v tváři, spolupráci.

### ***3. Setkání (25. října 2016)***

#### ***Chlapec 1***

Přišel již na začátku aktivity. Byl v dobré náladě, jelikož přišel s doprovodem bez problému do místnosti muzikoterapie a šel na své místo bez jakýchkoliv potíží a projevů vzdoru či nechuti. Při dnešním setkání se nezacpával uši, pouze ze začátku měl zacpané jedno ucho. Po celou dobu setkání udržoval oční kontakt s asistentkou. Byl přikrytý dekou u skříně. Setrval v místnosti 40 minut. Při aktivitách spíše sledoval předměty než, aby s nimi pracoval aktivně. Pokud pracoval, tak asistovaně. Byl klidný bez jakýchkoliv tendencí odejít z místnosti.

#### ***Chlapec 2***

Dnes byl opět v dobré náladě a při všech aktivitách spolupracoval s praktikantkou. Více se soustředil sám na sebe při básničce, kdy se dotýkal částí svého těla. Pracovalo se mu zřejmě lépe, jelikož byl na setkání pouze s druhým žákem, ostatní chyběli, takže byl více v klidu. Ruce měl opět občas v ústech a nose. Měl snahu přikládat ústa k ruce praktikantky, chtěl ji kousnout. Žádná z aktivit mu nedělala problém a spolupracoval. Kontakt s plyšovou houbou mu nečinil problém (dříve měl problém s kontaktem s plyšáky). Během aktivit udržoval oční kontakt s praktikantkou. Během žádné aktivity nebyl s chlapcem problém. Neprojevil negativní reakci vůči jakékoliv aktivitě.

#### **4. Setkání (1. listopadu 2016)**

##### ***Chlapec 1***

Přišel ke konci aktivity. Oční kontakt byl horší než minule, bylo vidět, že před příchodem do místnosti ho něco rozladilo, a proto nebyl pozitivně naladěn. Byl vidět motorický neklid, kopal do mne nohama. Při práci s pomůckami okusoval svítící gumové hračky, které byly používány při lekci, svítící pomůcky ho zaujaly a dával je opakovaně do úst, v tomto případě bylo vidět, že má zájem o předměty, jelikož je opakovaně bral do ruky u úst a to sám. Při práci se svítícími pomůckami byl aktivní a lépe naladěn než, když přišel do místnosti. V místnosti byl přibližně 10 minut. Při odchodu uhodil z ničeho nic druhého žáka do zad.

##### ***Chlapec 2***

Byl nemocný a setkání se nezúčastnil.

#### **5. Setkání (8. listopadu 2016)**

##### ***Chlapec 1***

Prvních 15 minut byl s asistentkou. Byl klidný, občas nespolečně pracoval, ale vydržel na jedno místě. Ve zbytku hodiny jsem se mu věnovala já. Ze začátku celkem spolupracoval, ale bez očního kontaktu. Zájem o pomůcky, nástroje a obrázky měl, ale spíše neudržoval oční kontakt, jelikož reagoval na změnu asistentky. Později začal zalézat pod stůl a přestal si všimnout podnětů (obrázků a pomůcek). Nejevil zájem, nechtěl spolupracovat. Ovšem nebyl ve špatné náladě, neprojevoval vzdor ani jiné negativní emoce či projevy chování nebyly pozorovatelné. Jeho soustředěnost byla minimální. Přesto vydržel do konce lekce v místnosti v klidu a v dobré náladě.

##### ***Chlapec 2***

Dnes byl v přátelské náladě a spolupracoval při všech aktivitách. Chlapec se usmíval a udržoval oční kontakt po celé setkání. Nejvíce se mu jako obvykle líbily aktivity s obrázky. Při písničkách či básničkách obrázky sledoval a aktivně ukazoval. Určité aktivity prováděl asistovaně, neměl o ně takový zájem. Jediná chvíle, kdy bylo vidět, že je nejistý či nervózní nastala ve chvíli, kdy nejmladší žák začal křičet. Bylo vidět, že mu to není příjemné a je z toho nejistý, zacpával si uši a nesoustředil se tak, jako na začátku. Poté, když se uklidnil druhý žák byl již klidnější a pracoval lépe.

## **6. Setkání (15. listopadu 2016)**

### ***Chlapec 1***

Před setkáním byl schovaný za paravánem, kde odpočíval na gauči. Odtud šel se mnou hned na první výzvu do místnosti na muzikoterapii. Bez problému se mnou dokázal jít do místnosti muzikoterapie, takže zřejmě mne už přijal pro práci na muzikoterapii a také byl v dobré náladě. Oční kontakt navazoval lépe než při minulém setkání, sledoval i pomůcky a obrázky k písničkám. Ke konci se začal již hýbat, náznak kopání, nebyl již příliš soustředěný. Aktivity ho již příliš nebavily a nezaujaly. Z hlediska prožívání převažovalo pozitivní ladění nicméně ke konci již bylo vidět, že není motivován, je unaven a hůře emočně naladěný.

### ***Chlapec 2***

Při dnešním setkání byl zřejmě unavený nebo byl ve špatné náladě. Již od začátku bylo vidět, že není pozitivně naladěný jako při předchozích setkáních. Během aktivit nechal spíše praktikantku, aby pracovala za něho, než aby pracoval sám. Byl pasivnější než obvykle. Během většiny aktivit potřeboval asistenci od praktikantky. Pokud pracoval sám, tak chvíli a jinak ne. Oční kontakt udržoval méně, nejevil zájem o pomůcky, nástroje. Z hlediska jeho chování lze usuzovat, že nebyl pozitivně naladěný.

## **7. Setkání (22. listopadu 2016)**

### ***Chlapec 1***

Dnes byl výborně naladěný, usmíval se a pracoval velmi hezky. Oproti předchozím setkáním bylo vidět, že je pozitivně naladěný. Oční kontakt byl navázán vždy na chvíli. Obrázky sledoval i částečně ukazoval, měl zájem. Žádná aktivita mu nevadila pouze při pozdravu se sandramem měl prsty v uších, zdálo se mi, že se mu pozdrav nelíbí a reaguje spíše negativně, protože měl prsty ve svých uších pouze při pozdravu. Po zbytek setkání byl klidný a vydržel na místě při všech aktivitách. Nejvíce se mu líbily aktivity s pomůckami, které se dotýkaly jeho těla, drhlo a masážní metlička. Během těchto aktivit byl veselý, smál se, byl v klidu a pohyby pomůckami mu byly příjemné. Vydržel celých 45 minut v klidu bez jakéhokoliv problému. Při rozloučení mával asistovaně se mnou. Odběhl po ukončení lekce do kuchyně, nejprve nechtěl jít a chtěl setrvat v místnosti, ale na mou další výzvu

se chytl za ruku a šel se mnou směrem k šatně za maminkou, poté odběhl do herny a poté už do šatny. Při odchodu byl v dobré náladě.

### ***Chlapec 2***

Při dnešním setkání byl od začátku velmi klidný a milý. Velmi se mu líbila také aktivita s drhelm. Drhlo bylo přikládáno chlapci na různé části těla. Během této aktivity bylo vidět, že sleduje pohyby, vnímá své tělo a je mu to příjemné. Dnes každou z pomůcek před použití strkal do úst. Občas si zacpával uši, některé aktivity byly na něho nejspíš příliš hlučné a nebylo mu to příjemné a byl nejistý, z tohoto důvodu si nejspíš zacpával uši. Zřejmě mu také nebylo příjemně při některých zvucích. Líbila se mu aktivita s metličkami. Občas se zasmál, jelikož ho lechtá pohyb metličky po těle. Opět vnímal své tělo, metličku sledoval při každém pohybu. Udržoval oční kontakt s praktikantkou po celé setkání. Byl klidný a spolupracoval během celého setkání.

## ***8. Setkání (29. listopadu 2016)***

### ***Chlapec 1***

Dnes nebylo tomuto žáku úplně nejlépe, nebyl ve své kůži a dobře naladě. Setkání se proto nezúčastnil.

### ***Chlapec 2***

Na dnešním setkání byl horší náladě, nikoliv ve špatné, ale spíš byl unavený. Během první činnosti se svítícími pomůckami příliš nereagoval, se světelnými vlásky si nehrál oproti minulým setkáním, kdy ho naopak zaujaly a pracoval s nimi aktivně a se zájmem. Naopak ho světlo spíše rozptylovalo. Na obrázek čertíka ukazoval a olizoval ho, pozitivní projev vůči pomůckám, zaujali ho, a proto takto reagoval. Nástroj vzal do ruky, ale nehrál na něj, nechtělo se mu a byl unavený ne příliš pozitivně naladě. Při hře na tamburínu si zacpával uši, ani hra na velký buben mu nebyla příjemná opět strkal prsty do uší. Do bubnu nebouchal a nejevil o něj jakýkoliv zájem. Řinčení řetězem o kovový talířek bylo pro něho velmi rušivé a nepříjemné, ale byl aktivní. V jeho tváři byla vidět nejistota, rozhlížel se kolem sebe, ale řetězem řinčel. Možná ho bavil pohyb při aktivitě, ale zvuk mu příjemný nebyl. Oční kontakt během setkání byl poměrně dobrý, ale ne souvislý.



## **9. Setkání (6. prosince 2016)**

### ***Chlapec 1***

Dnes byl v dobré náladě. Během začátečního pozdravu byl otočený ke zdi a zacpával si uši. Opět negativní projev vůči pozdravu. První aktivita byla zpívání s obrázkem. Díval se na obrázek a ukazoval. Druhá písnička s obrázkem a rumbakoulí se mu líbila, rumbakouli měl v ruce a třásl s ní samostatně, později asistovaně. Rumbakouli jsme vyměnili za chrastidlo z přírodních materiálů, tento nástroj žáka zaujal a velmi se mu líbil, aktivně třásl delší dobu než u rumbakoule. Chrastítkem jsem mu přejížděla po těle – líbilo se mu to, usmíval se. Ostatní aktivity se mu líbily a spolupracoval. Nejvíce se mu, ale líbila aktivita s válečkem, který měl na sobě korálky, bylo mu velmi příjemné přejíždění válečkem po dlaních i dalších částech těla (horní a dolní končetiny, záda). 15 minut před koncem lekce odešel z místnosti, seděl v kuchyni, nechtěl se vrátit. Poté se se mnou vrátil do místnosti k ostatním, vydržel až do konce. Řinčení řetězy o kovové talířky se mu nelíbilo, zacpával si uši. Po skončení nechtěl odejít, plakal a bouchal hlavou o skříň, byla vidět negativní reakce na změnu činnosti a sebepoškozování.

### ***Chlapec 2***

Setkání bylo bezproblémové, žák spolupracoval a byl pozitivně naladěný po celou dobu. S praktikantkou udržoval oční kontakt během celého setkání. Ani jednou neprojevil nezájem, vzdor či jiné negativní emoce. Veškeré aktivity se mu líbily, pracoval během nich sám i s praktikantkou. Aktivity s obrázky jsou jeho oblíbené, a tak ho i dnes velmi bavily. Aktivně na obrázky ukazoval a bouchal do nich, to je projev že se mu obrázky líbí.

## **10. Setkání (3. ledna 2017)**

### ***Chlapec 1***

Dnes měl narozeniny (9 let). Byl v dobré náladě od začátku setkání, usmíval se, byl klidný, spolupracoval a pracoval velmi často samostatně. Ze všech aktivit ho nejvíce zaujal triangel, dlouho a samostatně hrál, střídal ruce. Když mu spadla tyčka k triangelu, zvedl ji na výzvu sám a pokračoval ve hraní. Při seznámení se s nástrojem pracoval samostatně pouze na výzvu, střídal i ruce. Drhlo jsem držela a žák mi asistovaně přejížděl vařečkou přes hrubou stranu drhla. Velmi se mu líbila práce s šátkem, ale kouli sám nezmuchlal a nechtěl ji odhazovat. Také se mu velmi líbila plyšová koule, opět střídal ruce a kouli začal bez výzvy ihned

promačkávat. Během celé muzikoterapie oproti předešlým setkáním spolupracoval a pracoval samostatně velmi hezky. Přijal mě k sobě jako asistentku, byl klidný a na rozloučení mi přiložil i dlaně na asistované zamávání. Byl moc šikovný. Bylo vidět, že dnes byl opravdu velmi pozitivně naladěný, veškeré aktivity ho bavily, dělal je rád a měl z nich radost.

### ***Chlapec 2***

Pracoval během setkání s muzikoterapeutkou. Dlaně si nestrkal do úst a nosu. Velmi se mu líbila aktivita s trianglem, hrál na něj samostatně. Také se mu líbilo odhazování koule z šátku a plyšové koule. Byl klidný, seděl na místě, udržoval oční kontakt. Obrázky k písničkám a básničkám sledoval. Ke konci lekce a básničce uklízíme sám vzal židličku a složil ji, dal jí ke zdi. Byl v dobré náladě, usmíval se bez problému pracoval při všech aktivitách. Velmi dobře se mu pracovalo s paní muzikoterapeutkou, na kterou je zvyklý. Bylo vidět, že má dobrou náladu i právě díky ní.

### ***Shrnutí zúčastněného pozorování***

#### ***Chlapec 1***

U chlapce došlo k odbourání práce s jeho předešlou asistentkou. V rámci všech setkání se postupně jako pozornost prodlužovala, spolupracoval více se mnou, pracoval i samostatně. Z hlediska prožívání bylo vidět, že muzikoterapie na něho působila pozitivně. Chlapec byl dobře naladěný, byl klidný, v místnosti vydržel po celé setkání, spolupracoval, bral pomůcky do rukou, udržoval oční kontakt. Neprojevil motorický neklid, nekopal, neplakal, neodcházel. Dokázal spolupracovat se mnou jako s novou asistentkou a přijmout mě poměrně rychle bez jakýchkoliv negativních reakcí. Jeho reakce byly přiměřené jeho dovednostem a aktuálnímu stavu. Na podněty reagoval pasivně i aktivně, spolupracoval, s nástroji dokázal pracovat alespoň asistovaně. Pokud se mu něco nelíbilo, zacpával si uši, nespupracoval, byl neklidný, neudržoval oční kontakt.

#### ***Chlapec 2***

U chlapce došlo k navázání vztahu a bezproblémové spolupráce s praktikantkou během muzikoterapeutických setkání. Chlapec byl soustředěný, udržoval oční kontakt. Při většině setkání byl pozitivně naladěný, usmíval se, bez problému používal pomůcky, nástroje, a to buď asistovaně, nebo i samostatně. Z hlediska prožívání byl vždy klidný, spokojený, veselý. V případě, že byl unavený a nepříliš soustředěný i přesto byl na muzikoterapii rád. Na veškeré

podněty reagoval přiměřeně ke svému aktuálnímu stavu a dovednostem. Reakce byly často podobné a předvídatelné vzhledem k opakujícím se aktivitám setkání. Pokud se chlapci něco nelíbilo, zacpával si uši či neměl takový zájem, byl méně soustředěný a nespolupracoval.

### *Analýza pozorování*

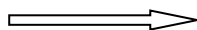
#### **Kategorie – spolupráce žáka s muzikoterapeutem, asistentem**

Schéma č. 1: Spolupráce žáka



#### **Podkategorie:**

A light blue rectangular box with a black border containing the text "Míra spolupráce žáka s muzikoterapeutem, asistentem" in black font.



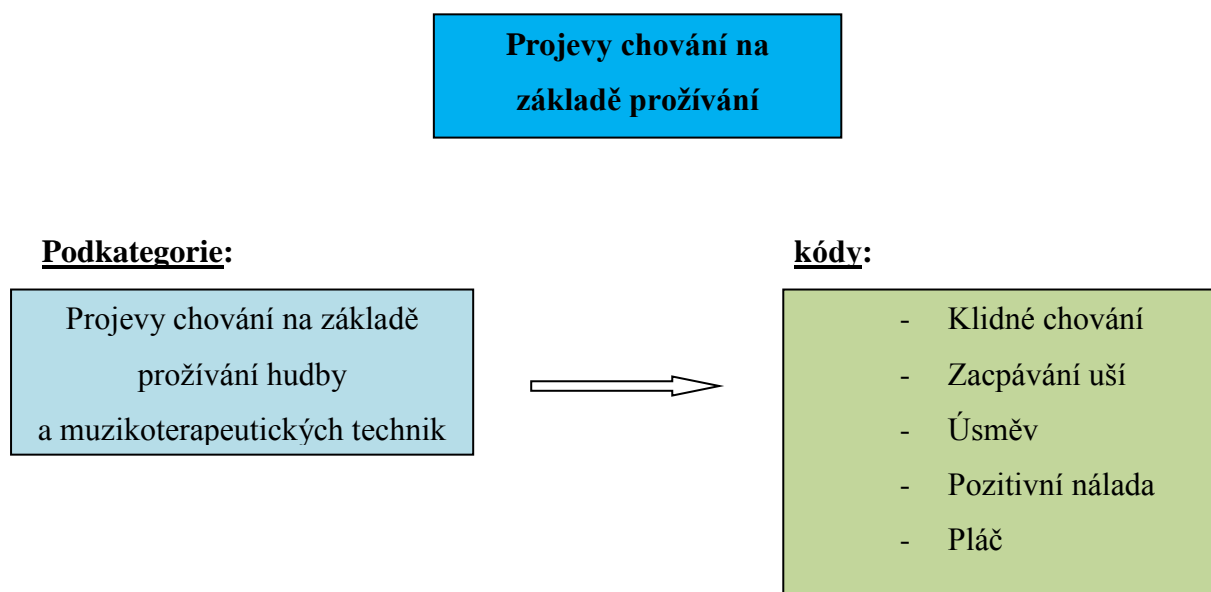
#### **kódy:**

- 
- Aktivní spolupráce
  - Nespolupráce
  - Asistovaná spolupráce
- A green rectangular box with a black border containing a list of three items, each preceded by a hyphen.

Z výše uvedených záznamů pozorování vyplývá, že míra spolupráce obou chlapců byla různá. Ve většině případů pracovali oba chlapci asistovaně. První chlapec při prvních setkáních nespolupracoval, později pracoval alespoň asistovaně. Druhý chlapec pracoval i samostatně.

## Kategorie – projevy chování na základě prožívání

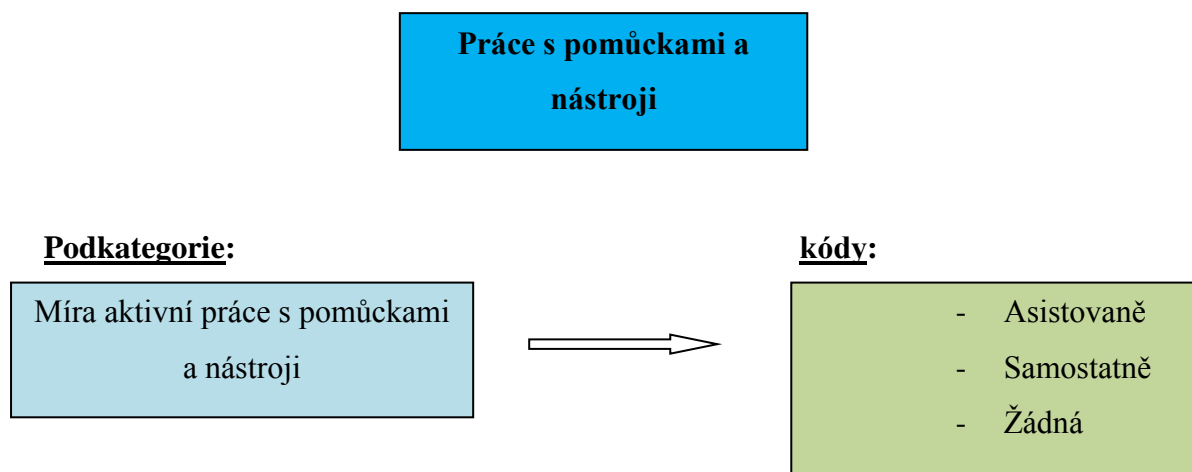
Schéma č. 2: Projevy chování na základě prožívání



Ze záznamů pozorování je zřejmé, že u chlapců převládala pozitivní nálada. Chování chlapců bylo muzikoterapeutických setkání klidné bez jakýchkoliv negativních projevů. Přebývalo spíše pozitivní emoční ladění, které žáci dávali najevo úsměvem a zájmem o aktivity. U prvního chlapce bylo pozorovatelné zacpávání uší, které postupně s dalšími setkáními vymizelo. U druhého chlapce byla stejná reakce vidět výjimečně, a to jako reakce na nepříjemný zvukový podnět.

## Kategorie – práce s pomůckami a nástroji

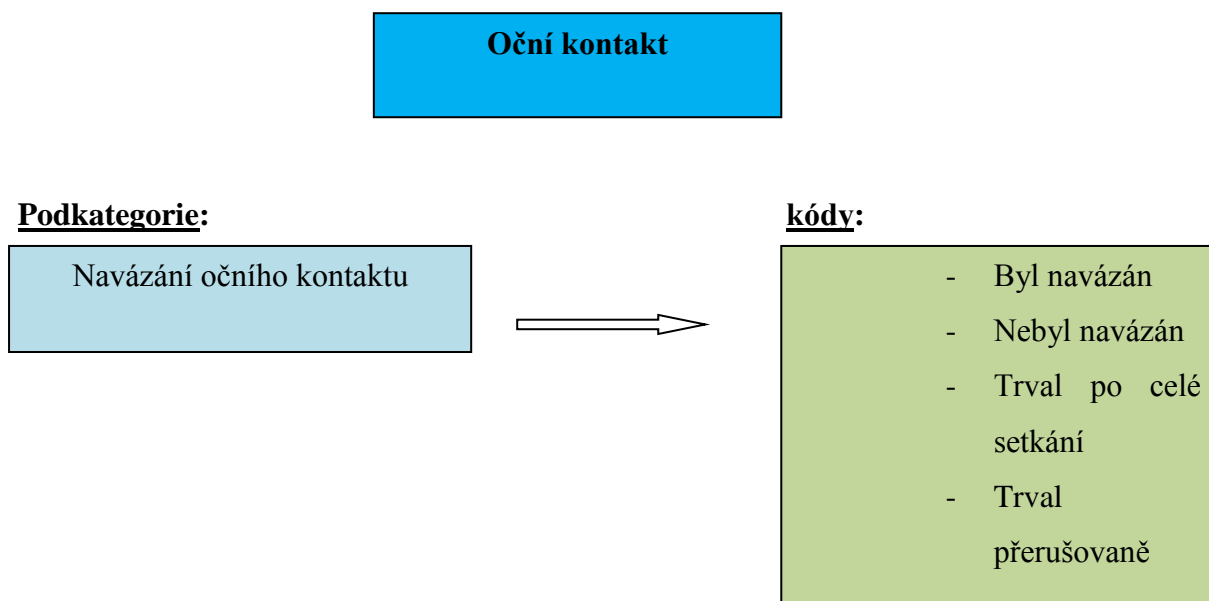
Schéma č. 3: Práce s pomůckami a nástroji



Z předkládaného pozorování je zřejmé, že práce s pomůckami byla u obou chlapců především asistovaná. S pomocí muzikoterapeutky či praktikantek pracovali chlapci s pomůckami a nástroji asistovaně. V prvních setkáních první chlapec nepracoval s pomůckami ani s nástroji vůbec, postupně se jeho aktivita zlepšila. Samostatně pracovali chlapci s nástroji a pomůckami také, ale méně často. Druhý chlapec pracoval více samostatně a nepotřeboval u všech činností pomoc.

## Kategorie – oční kontakt

Schéma č. 4: Oční kontakt



Oční kontakt byl u obou chlapců navázán. U prvního chlapce byl oční kontakt horší, zpočátku když pracoval s asistentkou, oční kontakt navázal, ale nebyl souvislý po celé setkání. Dalších setkání nebyl oční kontakt navázán bezprostředně hned na začátku setkání, ale v průběhu muzikoterapie oční kontakt navázal. Druhý chlapec udržoval oční kontakt poměrně souvisle během veškerých setkání. Kontakt byl souvislý, ale i přerušovaný.

## ***10.2 Rozhovor s muzikoterapeutkou***

Rozhovor s muzikoterapeutkou byl jako doplňková složka praktické části bakalářské práce zvolen, aby doplnil pozorování obou chlapců. Zároveň, aby přiblížil vzdělání, práci a vztah k muzikoterapii této lektorky. Rozhovor byl uskutečněn telefonicky a byl strukturovaný s otevřenými otázkami, aby odpovědi byly podrobnější.

### ***Otázky rozhovoru***

1. Jak jste se dostala k muzikoterapii? Co vás k ní přivedlo?
2. Jak dlouho se muzikoterapii věnujete?
3. Kde jste absolvovala vzdělání v oblasti muzikoterapie?
4. Na jaké hudební nástroje hrajete?
5. Od kdy vedete muzikoterapii v zařízení pro osoby s poruchami autistického spektra v Českých Budějovicích?
6. Jakých si všímáte pokroků u klientů, s nimiž pracujete? (Z hlediska dlouhodobé spolupráce s nimi.)
7. Zažíváte s klienty nějaké obtíže? Jaké?
8. Jaké je pro Vás pracovat s klienty s poruchou autistického spektra?
9. Jaké vnímáte specifika/ odlišnosti u klientů s PAS oproti jiným skupinám klientů?
10. Je podle Vás lepší skupinová muzikoterapie nebo individuální ve vztahu ke klientům s PAS? (Co je pro ně lepší, podle vašeho názoru a proč?)

### ***Shrnutí rozhovoru s muzikoterapeutkou***

Z odpovědí lze vyvodit, že muzikoterapeutka má dlouholeté zkušenosti v oboru a také s cílovou skupinou, tedy s žáky s mentálním a kombinovaným postižením.

Z odpovědí muzikoterapeutky ve vztahu k výzkumným otázkám vyplývá, že muzikoterapie má pozitivní vliv na klienty, se kterými je dlouhodobě pracováno. U klientů lze vidět pokroky ve zrakovém kontaktu, pozornosti, zklidnění, vnímání, práci s pomůckami a nástroji. Klienti reagují na muzikoterapii stále lépe, jelikož jsou zvyklí na muzikoterapeutku, aktivity a průběh muzikoterapie, který muzikoterapeutka snaží držet stále stejný beze změn.

## DISKUZE

Výsledky výzkumu ze zúčastněného pozorování ukázaly, že muzikoterapie má vliv na řadu oblastí osobnosti jedince, s nímž je pracováno. Muzikoterapie má pozitivní vliv na klienta, a to na oblast jeho prožívání, chování, spolupráce s druhou osobu i samostatné práce. Pozitivní vliv lze sledovat v oblasti prožívání a to tak, že sledujeme chování každého klienta v průběhu každého setkání. Reakce klientů na muzikoterapii jsou často vázány na aktuální stav jedince. Ve většině případů byly reakce kladné, klienti se účastnili z větší části celého muzikoterapeutického setkání, zklidnili se, spolupracovali s lektorkou, asistentkami či praktikantkami, a to bez jakýchkoliv větších obtíží, negativních projevů apod. Používali aktivně či asistovaně hudební nástroje, seděli na místě nebo pracovali s pomůckami. Z rozhovoru s muzikoterapeutkou vyplývá, že dlouhodobá spolupráce s klienty a vliv muzikoterapie mohou přinést pokroky a kladné výsledky. Vliv muzikoterapie je rovněž zmíněn v teoretické části práce.

Rodiče obou chlapců hodnotí muzikoterapii velmi pozitivně a práci muzikoterapeutky si pochvalují. Domnívám se, že dlouhodobé působení, které přináší své prokazatelné výsledky pozorují rodiče nejen bezprostředně po muzikoterapii, ale také doma.



## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce *Možnosti a význam muzikoterapie u žáků základních škol speciálních* bylo zvoleno kvůli mým dlouholetým zkušenostem s hudbou. V rámci studia byla příležitost zúčastnit se praxe, při které probíhala skupinová muzikoterapie. Na této praxi mi bylo umožněno zrealizovat zúčastněné pozorování, které je součástí praktické části práce.

V teoretické části je stručné vymezení muzikoterapie, cílů, technik a metod. Dále je zde kapitola o historii, stručném vývoji oboru, muzikoterapii v rámci speciální pedagogiky. Kapitoly se zabývají vymezením cílové skupiny, tedy žáky se středně těžkým a těžkým stupněm mentální retardace a poruchou autistického spektra. Jejich vzděláváním v rámci českého systému školství a tvorbou individuálního vzdělávacího plánu.

Praktická část byla realizována v rámci zařízení pro osoby s poruchou autistického spektra v Českých Budějovicích. Do zařízení jsem docházela od října roku 2016 do ledna roku 2017, jednou týdně na lekce skupinové muzikoterapie. V rámci praxe jsem uskutečnila zúčastněné pozorování, z něhož získané záznamy slouží jako podklad pro praktickou část. Pro výzkum jsem oslovila rodiče dvou chlapců, které jsem během svého výzkumného šetření pozorovala během muzikoterapeutických setkání. Z uskutečněných rozhovorů s rodiči byly vytvořeny případové studie. Doplnující byl rozhovor s muzikoterapeutkou, která pracuje s oběma chlapci již několikátým rokem. Po analýze rozhovorů s rodiči a muzikoterapeutkou, analýze dokumentace a po zúčastněném pozorování lze konstatovat, že muzikoterapie má pozitivní vliv na žáky základních škol speciálních, kteří muzikoterapii dlouhodobě a pravidelně navštěvují. Na muzikoterapii žáci reagovali ve většině setkání pozitivně.

Tato práce by mohla sloužit jako dobrý informační zdroj o možnostech muzikoterapie u žáků základních škol speciálních, a to pro rodiče i širokou veřejnost. Zpracovávání předkládané bakalářské práce pro mě bylo velmi přínosné. V rámci výzkumného šetření jsem měla možnost a příležitost poznat práci muzikoterapeuta při přímé práci s žáky základních škol speciálních.

## SEZNAM LITERATURY

ALLEN, K. E., MAROTZ, L. R., 2002. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál. 192 s. ISBN 80-717-8614-4.

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ B., PIPEKOVÁ, J., 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

CAMPBELL, D. G., 2008. *Mozartův efekt: nalezněte sílu hudby, která uzdravuje tělo, posiluje mysl a rozvíjí tvořivého ducha*. Praha: Eminent. 271 s. ISBN 978-80-7281-336-0.

COUFALOVÁ, G., MEDEK, I., SYNEK, J., 2013. *Hudební nástroje jinak: netradiční využití tradičních hudebních nástrojů a vytváření jednoduchých hudebních nástrojů: [slyšet jinak]*. Brno: Janáčkova akademie múzických umění v Brně. 174 s. ISBN 978-80-7460-037-1.

ČERNÁ, M., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.

FRANĚK, M., 2005. *Hudební psychologie*. V Praze: Karolinum. 238 s. ISBN 978-80-246-0965-2.

GERLICOVÁ, M., 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.

HALPERN, Steven a Hal A. LINGERMAN. 2005. *Muzikoterapie: léčivá síla hudby*. Bratislava: Eko-konzult. 194 s. ISBN 80-807-9044-2.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KOPECKÝ, J., SYNEK, J., ZOUHAR J., 2014. *Hudební hry jinak: hry se zvuky a elementární komponování: [slyšet jinak]*. Brno: Janáčkova akademie múzických umění v Brně. 224 s. ISBN 978-80-7460-066-1.

KRČEK, J., ŠVEC, V., 2008. *Musica humana: úvod do muzikoterapie, která vychází z anthroposofie Rudolfa Steinera*. Hranice: Fabula. Pedagogický výzkum v teorii a praxi. 191 s. ISBN 978-80-86600-50-5.

KROUPOVÁ, K., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.

MORENO, Joseph J., 2005. *Rozehrát svou vnitřní hudbu: muzikoterapie a psychodrama*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). 127 s. ISBN 80-717-8980-1.

MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

NAKONEČNÝ, M., 2011. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton. 864 s. ISBN 978-80-7387-443-8.

NAKONEČNÝ, M., 2015. *Obecná psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. 664 s. ISBN 978-80-7387-929-7.

PIPEKOVÁ, J., 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. 208 s. ISBN 80-866-3340-3.

PLHÁKOVÁ, A., 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. 472 s. ISBN 978-802-0014-993.

RICHMAN, S., 2006. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Portál. Speciální pedagogika (Portál). 128 s. ISBN 80-736-7102-6.

ROMANOWSKA, B., 2005. *Muzikoterapie: ladičky a léčení zvukem*. Frýdek-Místek: Alpress. Klokán (Alpress). 184 s. ISBN 80-736-2067-7.

STEJSKALOVÁ, M., 2012. *Psychoterapie uměním*. Praha: Pressto Publishing. 192 s. ISBN 978-80-905141-0-2.

ŠIMANOVSKÝ, Z., 2001. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). 246 s. ISBN 80-717-8557-1.

ŠNÝDROVÁ, I., 2008. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-2165-1.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

VALENTA, M., 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

ZELEIOVÁ, J., 2007. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

### **Elektronické zdroje**

DRĂGULIN, Stela a Fulvia Anca CONSTANTIN. Choosing the right music - an important step in music therapy. *Bulletin of the Transilvania University of Brasov, Series VIII: Performing Arts* [online]. 2016, 9, 105-110 [cit. 2017-04-13]. ISSN 2344200X.

*Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy: Dalcroze Eurhythmics in music therapy and special music education* [online], 2016. 8(2) [cit. 2017-04-14]. ISSN 2459-3338. Dostupné z: <http://approaches.gr/wp-content/uploads/2016/12/1a-Approaches-822016-habron-e20161211eng.pdf>

GOLD, Christian. Special section: music therapy for people with autistic spectrum disorder. *Nordic Journal of Music Therapy* [online]. 2011, 20(2), 105-107 [cit. 2017-04-13]. DOI: 10.1080/08098131.2011.569164. ISSN 08098131.

SARAPA, KSENIJA BURIĆ a ANA KATUŠIĆ. PRIMJENA MUZIKOTERAPIJE KOD DJECE S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA. *Croatian Review of Rehabilitation Research / Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istrazivanja* [online]. 2012, 48(2), 124-132 [cit. 2017-04-13]. ISSN 13313010.

PICKARD, Beth, 2016. Examining the utility of music interventions for children with learning disabilities. *Approaches* [online]. 8(2) [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: [http://approaches.gr/wp-content/uploads/2017/04/Approaches\\_FirstView\\_cr20170414\\_pickard.pdf](http://approaches.gr/wp-content/uploads/2017/04/Approaches_FirstView_cr20170414_pickard.pdf)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Otázky pro rozhovor s rodiči

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru s muzikoterapeutkou

Příloha č. 3 – Čestné prohlášení

Příloha č. 4 – Prohlášení o mlčenlivosti

Příloha č. 5 – Záznamový arch pro pozorování

## ***Příloha č. 1***

Představení výzkumu a výzkumníka

Dobrý den, jmenuji se Kristýna Cihlářová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, studující obor Speciální pedagogika – vychovatelství. V rámci své bakalářské práce *Možnosti a význam muzikoterapie u žáků základních škol speciálních* bych Vás ráda požádala o zodpovězení otázek do praktické části mé práce.

Odpovědi budou odeslány elektronicky skrz emailovou korespondenci. Při tomto rozhovoru Vám zaručuji anonymitu. To znamená, že nikde neuvedu Vaše jméno, příjmení, adresu ani další kontaktní údaje.

Otázky pro rozhovor

### **Osobní anamnéza dítěte**

Datum narození/věk

Diagnóza

Narodil se Váš syn v předpokládaném termínu porodu?

Měla jste během těhotenství nějaké problémy?

Proběhl porod bez komplikací?

Jaké byly komplikace během porodu?

### **Rodinná anamnéza**

Má váš syn sourozence (pohlaví, věk)?

Jaké jsou vztahy mezi sourozenci?

Jaký má váš syn se svými sestrami? Jaký vztah mají ony k němu?

Jaký má vztah s matkou?

Jaký má vztah s otcem?

Rodinná situace

## **Vývoj**

Kdy jste začala pozorovat, že je vývoj vašeho syna neobvyklý? Jak se to projevovало-  
motorika, vývoj řeči?

## **Školní anamnéza**

Navštěvoval váš syn mateřskou školu?

Kde se nyní váš syn vzdělává?

Proč jste volili tento typ vzdělávání?

Jak funguje váš syn v rámci školy? Vidíte nějaké zlepšení?

Má dítě syn asistenta pedagoga?

Jak se mu s asistentem spolupracuje?

## **Sociální anamnéza**

Je váš syn spíše samotář nebo je rád ve skupině/společnosti?

Jaké má váš syn zájmy?

Co má rád, co ho baví?

Jaké jsou možnosti, schopnosti a dovednosti vašeho syna v rámci sebeobsluhy, co zvládne sám?

## **Chování a jeho projevy**

Sebepoškozuje se váš syn?

V jakých situacích se váš syn sebepoškozuje?

Bývá agresivní?

Kdy dochází k situacím, že je váš syn agresivní nebo se sebepoškozuje?

Stereotypy, rituály, stereotypní pohyby, co se u vašeho syna vyskytuje?

Má váš syn problém s porozuměním řeči?

Je váš syn schopen verbálně komunikovat?

Využíváte nějaký alternativní způsob komunikace?

Na koho má váš syn silnou vazbu?

Jak se začleňuje do skupiny?

Poslouchá autoritu?

Vliv prostředí

Získávání pozornosti

### **Muzikoterapie**

Jak dlouho navštěvuje váš syn muzikoterapeutická setkání?

Proč jste vybrala pro vašeho syna muzikoterapii?

Sledujete na svém synovi nějaké změny?



## **Příloha č 2.**

### Přepis rozhovoru s muzikoterapeutkou

1. Jak jste se k muzikoterapii dostala? Co vás k ní přivedlo?

*„K muzikoterapii mě přivedl Josef Krček v roce 1996. Sama jsem se ještě před setkáním s ním začala zajímat o hudbu v jiném smyslu, než byla vyučována a používána na Základních školách a Základních školách uměleckých a to tak, aby mohla být ostatním více užitečná a srozumitelná.“*

2. Jak dlouho se muzikoterapii věnujete?

*„Muzikoterapii se věnuji od roku 1997.“*

3. Kde jste absolvovala vzdělání v oblasti muzikoterapie?

*„Mám dva cykly na Základní umělecké škole. Vystudovala jsem Učitelství pro první stupeň, specializace hudební výchova. V roce 1999 jsem absolvovala 6 leté vzdělávání v oboru muzikoterapie s názvem Musica humana, což bylo vzdělávání v rámci České republiky, Německa a Švýcarska. Dále jsem vystudovala zdravotně sociální fakultu obor Speciální pedagogika a na Karlově univerzitě dvouletý obor Edukační muzikoterapie.“*

4. Na jaké hudební nástroje hrajete?

*„V první řadě to jsou housle a chrota, na ty hraji nejvíce. Dále ovládám hru na piano, flétnu, lyru a kantele, ale to pouze v určitém rozsahu, podle potřeby. Mým velmi důležitým hudebním nástrojem, který používám při individuální muzikoterapii je harmonizační lůžko.“*

5. Od kdy vedete muzikoterapii v zařízení pro osoby s poruchou autistického spektra v Českých Budějovicích?

*„V zařízení vedu muzikoterapii 5 let. Celkově pracuji s dětmi s poruchou autistického spektra 8 let.“*

6. Jakých si všímáte pokroků u klientů, s nimiž pracujete? (Z hlediska dlouhodobé spolupráce s nimi)

*„Pokroky jsou velmi dobré. S oběma chlapci pracuji již delší dobu v rámci skupinové i individuální muzikoterapie. Z hlediska práce s nimi je důležitá spolupráce s rodiči*

i s pracovníky centra. Rodiče i pracovníci vám často mohou sdělit informace o tom, jakou má dítě dnes náladu, jak se cítí. Na základě toho vy máte z čeho vycházet a můžete se tomu přizpůsobit a lépe se vám reaguje. U obou chlapců vidím pokroky v několika oblastech.

U prvního chlapce se zlepšil zrakový kontakt, práce s ním, pozornost, zklidnění. Pozoruji, že mu více vyhovuje harmonizační lůžko. Z počátku na něm seděl, nelehal si. Nyní už přijde do místnosti, sám si na něj lehne, přikryje se. Je vidět, že se cítí na něm dobře, je mu příjemné a na tuto aktivitu se těší a užívá si ji. Pracuji s ním přibližně pátým rokem.

S druhým chlapcem pracuji již osmý rok. Změny a pokroky vidím v oblasti chování, sociální oblasti, lépe vnímá, je pozorný, zklidní se, pracuje s pomůckami, obrázky, nástroji. Lépe reaguje na ostatní děti ve skupině. S nástroji se daří déle pracovat, sice ne souvisle, ale pracuje s nimi déle než dříve.“

#### 7. Zažíváte s klienty nějaké obtíže? Jaké?

„U dětí s poruchou autistického spektra je velmi náročné přizpůsobování se jejich momentálním náladám, citovému rozpoložení či počátečním projevům nemoci. Je dobré, pokud víte doplňující informace z předchozí části dne. Co dělali, zda se něco stalo, zda je něco bolí apod.“

#### 8. Jaké je pro Vás pracovat s klienty s poruchou autistického spektra?

„Je to pro mne především velmi zajímavá práce. Skupina dětí s poruchou autistického spektra je velmi specifická. Musím říct, že je to pro mne i určitou výzvou a také radostí. Raduji se z každé maličkosti, každého pokroku kteréhokoliv dítěte.“

#### 9. Jaké vnímáte specifika/ odlišnosti u klientů s PAS oproti jiným skupinám klientů?

„Je to asi jedna z nejtěžších forma práce v dobrém slova smyslu. Důležité je být opravdu stále ve střehu, pozorovat, sledovat průběžné nálady, reakce.“

#### 10. Je podle Vás lepší skupinová muzikoterapie nebo individuální ve vztahu ke klientům s PAS? (Co je pro ně lepší, podle vašeho názoru a proč)

„Obě formy muzikoterapie mají své. V zařízení mám více dětí na individuální muzikoterapii, tj. na harmonizační lůžko ovšem mám zde i děti pro skupinovou muzikoterapii, těch prvních je více. Je těžké říci, co je lepší formou muzikoterapie, osobně si myslím, že každému klientovi vyhovuje něco jiného. Každý klient není pro skupinovou muzikoterapii a je lepší u něj proto

*zvolit individuální. Harmonizační lůžko klienty zklidní, více povídají je to často dobrý nástrojem pro psychologické vyšetření, je to pro klienty mnohem intenzivnější.“*

### ***Příloha č. 3***

Čestné prohlášení

Čestné prohlášení o mlčenlivosti a ochraně osobních údajů

V souladu se zákonem č. 101/2000Sb. O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, se zavazuji já Kristýna Cihlářová, že data z poskytnutého rozhovoru budou použita výhradně jen pro psaní praktické části mé bakalářské práce, a to tak aby byla zcela respektována pravidla pro zachování anonymity účastníků výzkumu. Bakalářská práce bude sloužit jako zpětná vazba pro základní školy speciální a pro instituce, které se muzikoterapii věnují. Získaná data budou použita v podobě neidentifikovatelné s konkrétní osobou.

Předem Vám děkuji za ochotu, čas a účast ve výzkumné šetření pro mou bakalářskou práci.

V Českých Budějovicích.....

Kristýna Cihlářová

.....

Podpis zákonného zástupce žáka

.....

*Příloha č. 4*

Prohlášení o mlčenlivosti

## **PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI**

Zavazuji se tímto zachovávat zcela a bezvýhradně mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvím během realizace studentské praxe (nebo v bezprostřední souvislosti s touto praxí).

Tuto mlčenlivost se zavazuji zachovávat jednou provždy, tj. i po ukončení praxe a studia.

Tento závazek mlčenlivosti se nevztahuje na případy, kdy povinnost oznamovat určité skutečnosti stanoví zákon.

Jméno a příjmení:

Adresa:

Číslo OP:

Studijní obor:           Speciální pedagogika – vychovatelství

Typ studia:             bakalářský

Forma studia:          prezenční/kombinovaná

Ročník studia:

V ..... dne .....

.....

podpis studenta

**Příloha č. 5**

Záznamový arch pro pozorování

<b>Záznamový arch pro pozorování</b>	
<b>Datum:</b>	
<b>Chlapec 1</b>	
<b>Chlapec 2</b>	
<b>Poznámky:</b>	