Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Využití muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace

The use of music therapy in adults with acquired neurogenic communication disorders

Anna Solarová

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Jana Horynová, Ph.D.
Studijní program: Speciální pedagogika/Logopedie

2025

Prohlášení

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Využití muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Prohlašuji, že jsem při její tvorbě nepoužila nástrojů umělé inteligence jiným způsobem, než je uvedeno ve vyjádření, které je součástí textu práce. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. 4. 2025

Poděkování

Ráda bych poděkovala a vyjádřila vděčnost paní Mgr. Ing. Janě Horynové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky a podporu při zpracování této práce. Poděkování patří také všem, kteří přispěli k realizaci mého výzkumného šetření.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem *Využití muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace* si klade za cíl určit, jaké účinky má využití hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie u dospělých osob se získanou neurogenní poruchou komunikace. Dílčí cíle a výzkumné otázky se pak vztahují k dalším oblastem, jež muzikoterapie u jednotlivých pacientů ovlivňuje (sociální dovednosti, psychický stav apod.), a též k přístupům a metodám, které muzikoterapeut nejčastěji v průběhu muzikoterapeutických sezení využívá.

Teoretická část je členěna na dvě kapitoly, přičemž první vymezuje termín „získané neurogenní poruchy komunikace“ a následně charakterizuje jejich základní typy dle etiologického členění. Uvádí jejich terminologii, etiologii, klasifikaci a symptomatologii. Druhá kapitola se věnuje muzikoterapii, její historii, kategorizaci, cílům a v neposlední řadě zkoumá její uplatnění u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace v zahraničí.

Empirická část bakalářské práce obsahuje stanovené cíle, metodologii, etická prohlášení, charakteristiku výzkumného souboru a realizaci výzkumného šetření. Byly zvoleny kvalitativní výzkumné metody. Hlavní metodou sběru dat bylo zúčastněné pozorování vybraných jednotlivců a skupiny dospělých se získanou neurogenní poruchou komunikace při skupinové muzikoterapii na pracovišti neurorehabilitace, analýza dokumentace a polostrukturovaný rozhovor s kvalifikovaným muzikoterapeutem. V závěrečné části jsou výsledky výzkumného šetření komplexně zpracovány a vyhodnoceny.

KLÍČOVÁ SLOVA

logopedická intervence, získané neurogenní poruchy komunikace, narušená komunikační schopnost, muzikoterapie

ABSTRACT

The bachelor's thesis entitled *The Use of Music Therapy in Adults with Acquired Neurogenic Communication Disorders* aims to determine the effects of using music or musical elements in music therapy in adults with acquired neurogenic communication disorders. The sub-objectives and research questions in turn relate to other areas that music therapy affects in individual patients (social skills, psychological state etc.) and also to the approaches and methods most commonly used by the music therapist during music therapy sessions.

The theoretical part is divided into two chapters, the first defining the term "acquired neurogenic communication disorders" and subsequently characterizing their basic types according to their etiological breakdown. It presents their terminology, etiology, classification and symptomatology. The second chapter discusses music therapy, its history, categorization, goals and, last but not least, examines its application to adults with acquired neurogenic communication disorders abroad.

The empirical part of the bachelor thesis contains the objectives, methodology, ethical statements, characteristics of the research population and the implementation of the research investigation. Qualitative research methods were chosen. The main method of data collection was participant observation of selected individuals and a group of adults with acquired neurogenic disorders during group music therapy at a neurorehabilitation clinic, documentation analysis and a semi-structured interview with a qualified music therapist. In the final part, the results of the research investigation are comprehensively elaborated and evaluated.

KEYWORDS

speech therapy intervention, acquired neurogenic communication disorders, impaired communication ability, music therapy

Obsah

Úvod....8

1 Získané neurogenní poruchy komunikace....10

1.1 Definice a vymezení základních pojmů....10

1.2 Klasifikace získaných neurogenních poruch komunikace....11

1.3 Dysartrie....11

1.3.1 Terminologie dysartrie....11

1.3.2 Etiologie dysartrie....11

1.3.3 Symptomatologie dysartrie....12

1.3.4 Klasifikace dysartrie....12

1.4 Verbální dyspraxie....12

1.5 Afázie....13

1.5.1 Terminologie afázie....13

1.5.2 Etiologie afázie....14

1.5.3 Symptomatologie afázie....14

1.5.4 Klasifikace afázie....15

1.6 Kognitivně-komunikační deficity....15

1.6.1 Kognitivně komunikační poruchy u syndromu demence....16

1.6.1.1 Terminologie syndromu demence....16

1.6.1.2 Etiologie syndromu demence....16

1.6.1.3 Symptomatologie syndromu demence....17

1.6.1.4 Klasifikace syndromu demence....17

1.7 Dysfagie....18

1.8 Orální dyspraxie.....19
1.9 Respirační insuficience.....19
2 Muzikoterapie.....20
2.1 Definice a zařazení muzikoterapie.....20
2.2 Klasifikace muzikoterapie.....21
2.3 Historie a vývoj muzikoterapie.....22
2.4 Zaměření a cíle muzikoterapie.....24
2.5 Zahraniční výzkum.....24
3 Výzkumná část.....26
3.1 Cíle a výzkumné otázky.....27
3.2 Metodologie.....27
3.3 Realizace výzkumného šetření.....28
3.3.1 Pozorování.....28
3.3.2 Rozhovor.....29
3.4 Etická prohlášení.....31
3.5 Charakteristika vybraných probandů.....31
3.6 Výsledky výzkumného šetření.....32
3.6.1 Průběh muzikoterapeutického setkání.....32
3.6.2 Zapojení jednotlivých účastníků se ZNPK do skupinové muzikoterapie.…34
3.6.3 Skupinová interakce a zapojení při muzikoterapii.....39
3.6.4 Vliv muzikoterapie na dospělé pacienty se ZNPK pohledem muzikoterapeuta.....41
3.7 Závěry výzkumného šetření.....43
3.7.1 Komparativní analýza vlastního výzkumného šetření se zahraniční studií..45

3.7.2 Limity výzkumného šetření.....47
3.7.3 Využití v praxi.....47
Závěr.....49
Seznam použitých informačních zdrojů.....51
Seznam použitých zkratek.....56
Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence.....57
Seznam příloh.....58

Úvod

Tématem této bakalářské práce je využití muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace (dále ZNPK), které úzce souvisí s oborem speciální pedagogika, zejména v oblasti podpory specifických potřeb jedinců se ZNPK.

Hudba sehrává v životě člověka velmi důležitou roli, působí na naše smysly již od prenatálního období a doprovází nás v průběhu celé naší existence. Má významný vliv na naši náladu, paměť, soustředění, motivaci, ale i úzkost a bolest. Muziku tedy lze považovat za určitý druh terapie, známou pod odborným termínem muzikoterapie. Tato bakalářská práce se zaměřuje konkrétně na její využití v rámci dospělých osob se ZNPK, které jsou v důsledku této komplikace velmi limitovány, a to jak v oblasti zdravotní, tak sociální. Komunikace představuje důležitý prvek lidské existence, pomáhá nám budovat vztahy, umožňuje nám vyjadřovat naše pocity, zkušenosti a potřeby, předávat informace a sdílet myšlenky. Lidstvo ji zkrátka potřebuje k plnohodnotnému životu.

Volba tématu této bakalářské práce vychází z osobního zájmu autorky práce o hudbu a logopedii. Řeč a hudba jsou velmi úzce provázané prostředky, slouží například k mezilidské komunikaci či vyjádření emocí. Jedná se o velmi rozsáhlé oblasti, na jejichž základě si autorka pokládá otázku, jaké účinky má využití hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie na zvoleném rehabilitačním pracovišti u dospělých osob se ZNPK, což je též i hlavním cílem této bakalářské práce. Stanovené dílčí cíle a výzkumné otázky se vztahují k formám a hudebním prvkům, jež muzikoterapeut nejčastěji během lekce muzikoterapie využívá, a k dalším oblastem, na něž má muzikoterapie u jednotlivých pacientů vliv (psychický stav, společenská/sociální úroveň apod.).

V první kapitole teoretické části je vymezen pojem získané neurogenní poruchy komunikace a uvedena charakteristika jejich základních typů dle etiologického členění, a to v podobě jejich terminologie, etiologie, klasifikace a symptomatologie. V druhé kapitole je definována muzikoterapie, její historie, členění, cíle, a v neposlední řadě též její využití v terapii dospělých osob s neurogenní poruchou komunikace v zahraničí. Pro výzkumné šetření v rámci praktické části je zvolen kvalitativní výzkum, doprovázen metodou systematického a dlouhodobého pozorování, s předpřipravenými pozorovacími archy a

aktivní účastí na lekcích muzikoterapie ve vybraném zdravotnickém zařízení. Pozorování je dále doplněno o analýzu dokumentace a polostrukturovaný rozhovor s muzikoterapeutem. Propojení těchto výzkumných metod umožní kvalitnější komplexní zpracování zvoleného tématu bakalářské práce.

Za pomoci získaných kvalitativních dat metody zúčastněného pozorování a analýzy dokumentace je nejprve popsán samotný průběh muzikoterapeutické intervence. Dále je uvedena charakteristika behaviorálních projevů vybraných probandů v rámci jednotlivých aktivit muzikoterapeutického sezení. Analýza kvalitativních dat metody polostrukturovaného rozhovoru byla zpracována doslovným přepisem s použitím zvukového záznamu rozhovoru a technikou otevřeného kódování. Výsledná data analyzují subjektivní pohled kvalifikovaného muzikoterapeuta na muzikoterapeutickou intervenci.

Výsledky výzkumného šetření poskytují odpovědi na hlavní výzkumnou otázku včetně dílčích cílů bakalářské práce. Potvrzují pozitivní účinky muzikoterapeutické intervence v terapii dospělých osob se ZNPK, a to zejména v oblasti komunikačních, sociálních a kognitivních dovedností, dále psychickém stavu či míře zapojení probanda. Nejčastěji užívané metody, prováděné muzikoterapeutem, zahrnují rytmická a pohybová cvičení, vokální techniky, improvizovanou hudební expresi s využitím hudebních nástrojů a v neposlední řadě relaxaci. V závěrečné části bakalářské práce byla též popsána komparativní analýza vlastního výzkumného šetření se zahraniční studií, limity empirického výzkumu, a naopak jeho přínos v praxi.

1 Získané neurogenní poruchy komunikace

1.1 Definice a vymezení základních pojmů

Většina lidské společnosti si jen těžko dokáže představit, jaký je život člověka s postižením mozkové tkáně, jenž i přes zachované vědomí a velikou snahu není schopen navázat řečový kontakt s okolím. Z tohoto důvodu jsou tyto osoby často vystaveny nepochopení, kdy jejich okolí mylně vnímá zmíněné projevy jakožto důsledek ztráty intelektuálních nebo osobnostních schopností (Neubauer a kol., 2007).

Komunikace, z latinského termínu *communicatio*, zaujímá podstatnou část lidského života. Klenková (2006, s. 25) definuje komunikaci jakožto „*lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů*.“ Kromě toho též výrazně přispívá k rozvoji osobnosti (Klenková, 2006).

Lidé s narušenou komunikační schopností (dále NKS) jsou často vyřazeni ze společenského dění, jejich potřeba seberealizace je ohrožena, a navíc může dojít ke kompletní změně nejen jejich osobnosti, ale též jejich kvality života (Lejska, 2003). Lechta (2003, in Klenková, 2006, s. 54) uvádí, že: *„komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (či několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“*

Neurogenně podmíněné poruchy komunikace jsou dle Neubauera (2007) definovány jakožto komplexní poruchy, jejíchž součástí je lingvistická, neurogenní i kognitivní složka. Vznikají v důsledku léze činnosti centrální nervové soustavy (dále CNS), mezi jejíž nejčastější formy poškození patří cerebrovaskulární onemocnění mozku a cévní mozkové příhody (dále CMP), traumatická poškození tkáně CNS, tumory a toxicita CNS a degenerativní onemocnění CNS (Neubauer, 2018).

1.2 Klasifikace získaných neurogenních poruch komunikace

Adekvátní diagnostika a terapie u osob s neurogenní poruchou komunikace vyžaduje spolupráci především medicínského, neuropsychologického a jazykovědného oboru. V logopedické praxi je přínosný především psycholingvistický přístup, jenž je zaměřený na dominantní příčiny poruchy. Diferencuje poruchy na základě deficitu motorických řečových mechanismů (dysartrie, verbální dyspraxie), individuálního jazykového systému (afázie), kognitivně-komunikačních funkcí (demence, poruchy verbální paměti a jiných funkcí v důsledku traumatu CNS) a primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie, respirační insuficience) (Neubauer, 2007).

1.3 Dysartrie

1.3.1 Terminologie dysartrie

Lidská řeč vyžaduje synchronizovanou kontrakci svalů rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra, hrtanu a též respiračního svalstva. Jejich činnost spravuje CNS, jejíž organické poškození je příčinou vzniku neurogenních poruch motorické realizace řeči, mezi něž patří i dysartrie. Dysartrie zahrnuje různé druhy a syndromy řečových poruch, dochází především k narušení základních modalit řeči – fonace, artikulace, respirace a rezonance (Neubauer, 2005, in Lechta, 2005). Lidé s dysartrií nemají narušené schopnosti porozumění mluvené, či psané formě řeči. Jak již bylo zmíněno, porucha spočívá pouze v motorické realizaci řeči, hybnosti, koordinaci a kontrole pohybů výše zmíněných orgánů (AKL, 2025). Klenková (2006) definuje dysartrii obdobným způsobem. Dodává, že dysartrie představuje nejtypičtější NKS, jež souvisí s poruchou artikulace. Nejtěžší forma dysartrie se nazývá anartrie, projevující se kompletní neschopností verbální komunikace. Dysartrie i anartrie mohou vzniknout v jakékoliv fázi lidského života.

1.3.2 Etiologie dysartrie

Řečové poruchy často souvisí s organickým poškozením CNS. Dysartrie bývá důsledkem neurologických onemocnění, a to zejména vrozených abnormalit, degenerativních onemocnění CNS, či infekcí mozku. Etiologie dysartrie se následně liší dle jejího typu, jímž může být dysartrie vývojová či dysartrie získaná. Vzhledem k zaměření této

bakalářské práce na ZNPK u dospělých osob, bude v následujícím textu podrobněji rozebrána pouze dysartrie získaná.

Dysartrie získaná je definována jakožto náhle vzniklé narušení motorické produkce mluvního projevu na základě traumatu či onemocnění CNS. Mezi nejtypičtější důvody jejího vzniku patří především CMP, též úrazy hlavy a mozkové nádory, infekční onemocnění mozkové tkáně, a v neposlední řadě degenerativní onemocnění CNS, zejména roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba a amyotrofická laterální skleróza (Neubauer, 2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003; AKL, 2025).

1.3.3 Symptomatologie dysartrie

Mezi hlavní symptomy dysartrie jednoznačně patří narušení základních modalit řeči – artikulace (např. nesrozumitelnost), respirace (nonfluentnost), fonace (hlasová slabost, nestabilita), rezonance (huhňavost), a dále též prozódie (tempo, intonace) (Výletová, 2024). AKL (2025) dále zmiňuje častý monotónní projev, obtížnou výslovnost jednotlivých hlásek a obecně narušení pohybů svalstva podílejícího se na produkci lidské řeči. Dle Neubauera (2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) může být dále dysartrie spojena s poruchou polykání, tzv. dysfagií (viz níže).

1.3.4 Klasifikace dysartrie

Podle Klenkové (2006) lze dysartrii klasifikovat na bázi lokalizace poškození. Rozlišujeme typ kortikální (korový), pyramidový, extrapyramidový, bulbární, cerebelární (mozečkový) a smíšený (kombinovaný).

Klasifikace získané dysartrie dle Neubauera (2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) vychází ze symptomatických projevů. Uvádí typ flakcidní (periferní), spastický (centrální), ataktický (cerebelární, mozečkový), hypokinetický (extrapyramidový), hyperkinetický (extrapyramidový) a smíšený.

1.4 Verbální dyspraxie

Terminologie verbální dyspraxie není jednotná, avšak mezi nejčastěji užívaná pojmenování patří verbální dyspraxie či verbální apraxie. Někteří autoři označují tyto pojmy za synonyma, nicméně, přestože oba termíny souvisí s praxií, motorickým plánováním, jsou

mírně odlišné. „Apraxie“ značí absenci dovednosti orálně-motorického plánování, zatímco „dyspraxie“ se vztahuje k vývojovému deficitu konzistentního užívání artikulačních orgánů a koordinace pohybových sekvencí (Lechta, 2005).

Darley (in Knollman-Porter, 2015) poprvé popsal verbální dyspraxii jako poruchu artikulace vznikající v důsledku poškození mozku, vztahující se ke schopnosti koordinace polohy a pohybů řečových svalů při produkci fonémů. S artikulačnímu deficitem mohou dále souviset i prozodické změny, například v podobě abnormální intonace, které pravděpodobně plní kompenzační funkci.

Dle Neubauera (2018) představuje verbální dyspraxie individuální motorickou poruchu, jež stojí na rozhraní mezi dysartrií a motorickým typem afázie. Zatímco u dysartrie je narušena činnost primární motorické mozkové kůry, u verbální dyspraxie je narušeno programování samotné řeči, jedná se tedy spíše o poruchu sekundární motorické mozkové kůry.

Verbální dyspraxie by dále neměla být zaměňována ani s neverbální dyspraxií, jež se vyznačuje poruchou cíleného napodobování motorické aktivity, avšak u verbální dyspraxie, jak již bylo řečeno, deficit spočívá ve spontánním mluvním projevu. Od afázie ji lze odlišit například nepřítomností dysgramatismů, jazykových poruch či poruch čtení a psaní. Jedinec s verbální dyspraxií se dále projevuje chybami při tvorbě jednotlivých hlásek či přítomností fonematických poruch v podobě záměny, absence a perseverace zejména konsonant (Neubauer, 2007).

1.5 Afázie

1.5.1 Terminologie afázie

Termín afázie vychází z řeckého *phasis* – řeč, *a* pak značí zápor (Čecháčková, 2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003). Afázii lze zařadit mezi vyšší kortikální poruchy, zahrnující funkce kognitivní, či schopnost zpracovat informace, pod níž spadá myšlení. Vyšší nervovou činnost tvoří CNS, a to především její evolučně nejmladší oblast – mozková kůra obou hemisfér, a též starší podkorová část (Klenková, 2006). Cséfalvay a Rusina (2023) definují afázii jakožto ZNPK, jež značně omezuje schopnost klientů komunikovat s jejich okolím a zasahuje do všech aspektů jejich každodenního života.

Neubauer (2007) zmiňuje, že afázii lze charakterizovat jako poruchu užití individuálního jazykového systému. Jde o ztrátu již vyvinuté řeči v důsledku poškození mozku, projevující se úplnou či částečnou neschopností přijímat a vysílat kódy mluvené nebo psané řeči. Postižení se týká všech modalit řeči, zahrnuta je tedy nejen mluvená a psaná forma, ale i receptivní a expresivní, přičemž jsou různou měrou zasaženy i všechny jazykové roviny, to znamená foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická a pragmatická rovina (Klenková, 2006). Lejska (2003) vymezuje podstatu afázie jako získané NKS, přičemž deficit se projevuje v oblasti symbolických funkcí. Afázie vzniká v důsledku ložiskového poškození mozku, což vede k narušení vyšších nervových funkcí člověka.

1.5.2 Etiologie afázie

Afázie představuje poruchu získanou, řeč tudíž byla již zcela rozvinuta. V důsledku narušení dominantní mozkové hemisféry pak vzniká afázie, jež provází neurologické poruchy, zejména ložisková poškození korových a podkorových mozkových oblastí (Cséfalvay, 2003, in Klenková, 2006). Důležité faktory při stanovení klinického obrazu jsou lokalizace a rozsah léze, typ organického poškození CNS a věk klienta. Mezi nejčastější důvody vzniku afázie patří CMP (ischemie neboli snížené prokrvení mozku, hemoragie čili krvácení), mozkové tumory, úrazy mozku (otřes, zhmoždění mozku), záněty mozku či mozkových blan (encefalitida, meningoencefalitida), intoxikace CNS (toxické látky) a degenerativní onemocnění (Alzheimerova nemoc) (Klenková, 2006).

1.5.3 Symptomatologie afázie

Majorita afaziologů uvádí, že kortikální poruchy obsahují celý komplex symptomů. Neurologové, foniatři a kliničtí logopedi označují afázii jako ztrátu exprese či percepce řeči. Dalším projevem může být fluence projevu, přičemž v rámci fluentní afázie jedinec produkuje normální množství slov za minutu, nicméně u hyperfluentní formy naopak poskytuje bezúčelný popis. U tohoto typu afázie lze zmínit symptom logorhea, znamenající překotný tok řeči, či neologismy neboli nesmyslná sdělení, novotvary (Čecháčková, 2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003). Symptomy nonfluentního typu afázie zahrnují, jak již z názvu vypovídá, neplynulou řečovou produkci, jež se může projevovat značným

deficitem schopnosti verbální exprese. Zachovány mohou být jen určité automatismy (pozdrav) a produkce může být limitována pouze na izolovaná slova či jednoduché věty. Dále se mohou vyskytovat obtíže při vyhledávání slov či agramatismus, jenž značí chybné užívání gramatického tvaru slov (AKL, 2025).

Parafázie je základním rozlišovacím znakem afázie. Znamená deformaci slov různého druhu a stupně. Existuje parafázie fonemická, kde je slovo sice deformované, avšak určitá část zůstává správná, dále parafázie žargonová, při níž dochází k výrazné slovní deformaci, a dále sémantická, při které pacient dané slovo nahrazuje jiným, zpravidla významově podobným.

Mezi dalšími symptomy lze zmínit parafrázii, představující sníženou schopnost až neschopnost větného vyjádření, dále anomii, což je porucha pojmenování a perseveraci, označující ulpívání na předchozím podnětu, přestože již v dané situaci nepůsobí. Pacient s afázií může mít též obtíže v oblasti porozumění (Čecháčková, 2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003).

1.5.4 Klasifikace afázie

Kiml (1969, in Klenková, 2006) dělí afázii na totální (globální), motorickou (expresivní, Brocovu) a senzorickou (receptivní, Wernickeho). Afázie totální představuje kompletní poruchu všech oblastí řeči, v rámci motorické afázie jedinec sice rozumí, avšak znatelně vázne v expresi řeči, a naopak u afázie senzorické je narušena receptivní forma řeči, pacient nerozumí řeči ostatních, ale ani své vlastní (Lejska, 2003).

Klenková (2006) uvádí Bostonskou klasifikaci afázie s orientací na lingvistický aspekt. Zahrnuje afázii Brocovu, Wernickeho, konduktivní, globální, amnestickou, transkortikálně-motorickou a transkortikálně-senzorickou. Totožné dělení uvádí též Neubauer (2018), který ho však doplňuje o smíšený typ a termín „amnestická“ označuje jako „anomická“ a „konduktivní“ nahrazuje „kondukční“. Cséfalvay a Košťálová (2013, in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) a Neubauer (2018) doplňují klasifikaci afázie o smíšený transkortikální typ. Klenková (2006), Cséfalvay a Košťálová (2013, in Cséfalvay, Lechta a kol., 2013) dále zmiňují Lurijovo dělení afázie, jež vychází z konceptu funkčních systémů a kortikálních oblastí mozku, podílejících se na řečových a jazykových funkcích.

1.6 Kognitivně-komunikační deficity

Jak již lze z názvu odvodit, jedná se o obtíže, k jejichž vzniku přispívá především narušení kognitivních schopností, rovněž však dochází i k poškození řečové komunikace. Tyto deficity poukazují na významné aspekty – provázanost jazykových a paměťových oblastí mozku a též důležitost verbální dlouhodobé paměti a pozornosti pro optimální činnost jazykových procesů v CNS (Neubauer, 2007).

1.6.1 Kognitivně komunikační poruchy u syndromu demence

1.6.1.1 Terminologie syndromu demence

Syndrom demence patří k vážným psychickým poruchám, povětšinou způsobeným na bázi organického onemocnění mozku a získaných traumat CNS. Vede k výraznému zhoršení kognitivních funkcí, a to primárně inteligence a paměti. Kromě toho jsou zasaženy i schopnosti behaviorální, řečová i neverbální komunikace a celkově psychická stránka člověka. Tyto poruchy mají vážný dopad na kvalitu života jedince, negativně ovlivňují vykonávání běžných denních činností, dochází k celkové degradaci osobnosti, jež obvykle vede k úplné závislosti na péči okolí.

Narušení komunikační schopnosti jsou spjata se všemi druhy a stadii syndromu demence. Zahrnují poruchy řeči, jazykového projevu, porozumění, či čtení a psaní. Důvodem vzniku poruch řeči a jazyka je především narušení kognitivních a intelektových dovedností, z toho důvodu se komunikační poruchy vyskytující se u syndromu demence souhrnně nazývají kognitivně-komunikační poruchy (Neubauer, 2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003).

1.6.1.2 Etiologie syndromu demence

NZIP (2024) rozlišuje syndrom demence dle etiologie na primární a sekundární. Příčinou vzniku primárního typu demence jsou degenerativní změny v mozku. V rámci tohoto typu lze uvést řadu neurodegenerativních onemocnění, jako je například Alzheimerova choroba, jež je nejčastější formou demence s výskytem u 60–80 % případů, dále demence s Lewyho tělísky, demence u Parkinsonovy nemoci, frontotemporální demence či demence u Huntingtonovy choroby.

Příčinou sekundárního typu demence nejsou degenerativní změny v mozku, ale jiná onemocnění, mezi které patří například infekty, záněty za doprovodu vysoké horečky, epilepsie, roztroušená skleróza, neurosyfilis, mozkový tumor, psychická onemocnění či otravy alkoholem nebo plyny, těžkými kovy atd. Tento typ demence je oproti primárnímu poměrně vzácný. EUC (2021) uvádí, že hlavní příčinou u sekundární (symptomatické) demence jsou infarkty mozkové tkáně, což je faktorem vzniku například vaskulární demence, jež se vyskytuje přibližně u 10 % případů (NZIP, 2022). EUC (2021) dělení dále rozšiřuje o „ostatní sekundární demence“, mezi které spadají například demence infekčního původu (AIDS, Creutzfeldt-Jakobova nemoc…), metabolické demence (Wilsonova choroba…), dále demence intoxikační (nadměrná konzumace alkoholu, otrava oxidem uhelnatým…) a traumatické atd.

1.6.1.3 Symptomatologie syndromu demence

Mezi hlavní symptomy syndromu demence patří primárně ztráta paměťových schopností, což má negativní vliv i na výkon běžných každodenních činností. Člověk se syndromem demence mívá též problém s vyjadřováním z důvodu zapomínání slov, či s časovou a místní orientací, což se opět váže na narušenou paměť. Dalším příznakem je chybný racionální závěr, narušené abstraktní myšlení, prudké změny nálad i chování, případně i celé osobnosti a v neposlední řadě se též potýkají se ztrátou iniciativy (ČALS, 2015).

Neubauer (2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) doplňuje, že symptomatologie se liší dle jednotlivých typů demence. Symptomy u primárně degenerativních demencí jsou členěny podle jednotlivých stadií. První stadium je označeno jako mírné – počáteční, u něhož je zmíněn především deficit krátkodobé paměti, zhoršená orientace, snaha vyhnout se komunikaci, přítomná úzkost apod. Druhé stadium je definováno jako středně závažné, kde již dochází kromě deficitu krátkodobé paměti i k narušení dlouhodobé, dále k amnézii termínů, neschopnosti vykonávat běžné úkony, či ke ztrátě abstraktního uvažování a dovednosti učit se. Poslední stadium s názvem těžká demence – pozdní stadium onemocnění, uvádí vážné časové i místní dezorientace, těžké deficity paměti, nevhodné sociální chování a může dojít až k upoutání na lůžko z důvodu ztráty motoriky.

1.6.1.4 Klasifikace syndromu demence

Jak již bylo zmíněno dříve, syndrom demence lze rozlišovat na základě etiologie na primární typ (Alzheimerova choroba, korová demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, frontotemporální demence, Huntingtonova choroba…) a sekundární typ (demence infekčního původu, metabolické, intoxikační, či traumatické demence…) (EUC, 2021). Dále ho lze klasifikovat na základě symptomatologie na jednotlivá stadia, mírné – počáteční, středně závažné a pozdní – těžká demence (Neubauer, 2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003). Neubauer (2003, in Škodová, Jedlička a kol., 2003) dále člení syndrom demence na multiinfarktový, jehož obraz je popisován primárně přítomností fatických poruch, poté zmiňuje typ kortikální (korový), u něhož dominuje globální nebo ostrůvkovité narušení mozkové kůry, dále subkortikální (podkorový) typ, u něhož převažuje porucha podkorové oblasti mozku, a poslední je typ smíšený.

1.7 Dysfagie

Dysfagie je získaná porucha, jež se projevuje obtížemi při polykání slin, tekutin, tuhé potravy či léků. Tento proces je řízen jak vůlí, tak reflexně. K dysfagii může dojít v jakékoliv fázi polykacího procesu, přičemž první se nazývá orální, následuje faryngeální a poslední je ezofageální. Problémy mohou nastat v dutině ústní, hltanu, jícnu nebo v gastroezofageálním spojení. Dysfagie se často vyskytuje v souvislosti s jiným onemocněním nervového systému (AKL, 2025).

Dle Neubauera (2007) se jedná o poruchu polykání, jež se často vyskytuje u osob se získanou dysartrií, jelikož defekt nervového systému ovlivňuje i vitální funkce orofaciálního traktu člověka, tedy dýchání a příjem potravy. Mezi nejtypičtější příčiny vzniku dysfagie patří Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, CMP či úrazy CNS. Jak již bylo zmíněno, dysfagie se též často objevuje v souvislosti se získanou dysartrií, zejména po traumatu CNS či v souvislosti s neurodegenerativním onemocněním.

Polykací potíže mohou dále vést k nedostatečnému příjmu potravy a tekutin, což způsobuje nedostatek živin a dehydrataci. Další možnou závažnou komplikací je aspirace neboli průnik potravy či tekutin do respiračních cest. Tento stav může vyvolat dušnost, kašel,

nebo může dokonce vyústit až v aspirační pneumonii, zánět plic, jenž je způsoben vdechnutím cizího tělesa.

Dysfagie má komplexní symptomatologii, příznaky se mohou odlišovat dle příčiny a intenzity daného stavu. V rámci základních projevů lze uvést pocit uvíznutí potravy či tekutin v krku, odynofagii (bolest při polykání), regurgitaci (návrat potravy nebo tekutin zpět do úst), kašel, dušnost či chrapot, neschopnost polykat, pomalý a bolestivý proces žvýkání, hubnutí, dehydrataci, pálení žáhy apod. (Krásová, 2024).

1.8 Orální dyspraxie

Orální dyspraxie se řadí mezi poruchy vitálních funkcí orofaciálního traktu. Spočívá v narušení repetice provedených pohybů mluvidel – svalů v orofaciální oblasti, jazyka a dolní čelisti. Obtíže se dále prohlubují při vykonávání pohybových sekvencí, dvou a více pohybů za sebou dle určitého vzoru. Jak již bylo řečeno v kapitole řečové dyspraxie, bukofaciální (včetně orální) dyspraxie přímo nesouvisí s řečovou dyspraxií, jelikož se jedná o různé formy deficitu. Neverbální dyspraxie, jejíž součástí je i dyspraxie orální, se vztahuje k napodobování motorické aktivity, zatímco u řečové dyspraxie je narušen přirozený mluvní projev (Neubauer, 2007).

1.9 Respirační insuficience

Respirační insuficience se společně s dysfagií a orální dyspraxií řadí k poruchám primárních funkcí orofaciálního traktu. Představuje selhání dýchací soustavy, jejímž cílem je dodávat do lidského těla kyslík a odvádět oxid uhličitý. Tento proces lze klasifikovat na dvě části, a to respiraci a ventilaci. V rámci respirace plíce umožňují transport plynů mezi krví a vzduchem v plicních alveolách. V případě nesprávné funkce plic dochází k hypoxemické respirační insuficienci, v krvi je nedostatečné množství kyslíku. Co se týče ventilace, dechová pumpa zajišťuje přenos vzduchu mezi plícemi a okolním prostředím. Pokud je narušena dechová pumpa, jedná se o hyperkapnickou respirační insuficienci, během níž dochází nejen k nedostatečnému okysličování, ale zároveň k zvýšení hladiny oxidu uhličitého v krvi (Lněnička, 2021).

2 Muzikoterapie

2.1 Definice a zařazení muzikoterapie

Hudba sehrávala v průběhu lidské historie vždy zásadní roli. Disponuje terapeutickými účinky a působí na celou osobnost člověka. Její vliv na lidský organismus je individuální, jelikož každý jedinec reaguje odlišným způsobem na různé hudební podněty. Moderní zobrazovací metody však v současné době umožňují měřit, jak hudba ovlivňuje mozkovou aktivitu, svalové napětí, či krevní tlak a tep. Výzkumy potvrzují, že hudba zmírňuje úzkosti, ale současně posiluje paměť, koncentraci a stimuluje pohybový aparát. Její vliv se nejvíce projevuje v emocionální oblasti člověka – při poslechu muziky dochází k uvolňování hormonů dopaminu a serotoninu, které mají významný vliv na naši náladu (Gerlichová, 2017).

Termín muzikoterapie pochází z řecko-latinských kořenů. V řečtině pojem *moisika*, v latině *musica* označuje hudbu. Řecké *therapeia* a latinské *iatreia* pak souvisí s léčbou, vzděláváním, péčí či podporou. Tento pojem lze tedy chápat jakožto léčbu či terapii realizovanou pomocí hudby (Kantor, 2009).

Existuje široká škála definic pojmu muzikoterapie. Například Gerlichová (2021, s. 18) uvádí, že *„muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby či hudebních prvků k dosažení nehudebních cílů. Těmito metami jsou nejčastěji cíle léčebné, ale může jít i o osobní rozvoj, zlepšení kvality života či mezilidských vztahů.“* Valenta (2014, s. 219) podává následující charakteristiku: *„muzikoterapii lze vymezit jako aplikaci hudebních prostředků za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.“* Světová federace muzikoterapie (2011, in Müller, 2014, s. 269) definuje muzikoterapii následovně: *„muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny, nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu.“*

Kantor (2009) a Valenta (2014) zmiňují, že se jedná o terapeutickou metodu, jež spadá do oblasti expresivních terapií. Tento druh terapie využívá umělecké výrazové prostředky,

které mohou být hudební, dramatické, literární, výtvarné či pohybové. Dle nich se dále nazývají jednotlivé terapeutické obory, mezi kterými najdeme právě i muzikoterapii. Beníčková (2017) zařazuje muzikoterapii spolu s arteterapií, dramaterapií a tanečně-pohybovou terapií do kategorie uměleckých terapií.

2.2 Klasifikace muzikoterapie

Muzikoterapie se dle Gerlichové (2024) dělí na dva hlavní směry: medicínský a muzikologický. V nejužším pojetí se muzikoterapie chápe jako forma psychoterapie, jež se specializuje na léčbu duševních poruch. V širším konceptu se muzikoterapie zaměřuje na rozvoj sociální stránky pacientů, podporu jejich sebereflexe apod. Zahrnuto je zde též využití hudby v léčebném nebo rehabilitačním procesu, kde slouží k motivaci klientů. V nejširším smyslu je muzikoterapie popisována jakožto psychohygienický proces, během něhož hudba pozitivně ovlivňuje psychickou stránku člověka. Obdobně vymezuje působnost muzikoterapie i Kantor (2009). Muzikoterapii z užšího hlediska též popisuje jakožto psychoterapeutickou metodu, jež se pojí s psychologií a medicínou. V širším významu ji definuje jako podporu hudbou pro osoby se zdravotními či edukačními obtížemi. Valenta (2014) rozlišuje muzikoterapii edukativní a psychoterapeutickou. Edukativní muzikoterapie zahrnuje pedagogickou, speciálně-pedagogickou a léčebně-pedagogickou formu, se zaměřením na začlenění, komunikaci a procesy učení. Psychoterapeutická, klinická muzikoterapie se soustředí v první řadě na emocionální dysfunkce člověka.

Muzikoterapie může být realizována individuálně či skupinově, ve formě receptivní či aktivní. Receptivní typ se pojí s poslechem muziky a následně reflexí emocí jednotlivých klientů, jež v nich hudba vyvolává. Druhý typ, aktivní, souvisí se zapojením pacientů hrou na hudební nástroje, či jejich vlastním tělem, hlasem (Adámková, 2021). Romanowska (2005) se k předchozí klasifikaci vyjadřuje téměř totožně. Muzikoterapii receptivní nazývá muzikoterapií pasivní, přičemž ji definuje jakožto poslech hudby, jež je vybrána na základě přání klienta či všech členů skupiny, kteří si následně sdělí své pocity. Muzikoterapií aktivní se rozumí přímé zapojení klienta na tvorbě zvuku, a to v podobě instrumentální, motorické či vokální složky.

Dle Beníčkové (2017) lze muzikoterapii klasifikovat právě na základě počtu zúčastněných pacientů. Muzikoterapie individuální se věnuje pouze jednomu klientovi, jenž vyžaduje specifický přístup. Muzikoterapie párová, jak již napovídá název, pracuje se dvěma pacienty. Využívá se obvykle při vyskytujících se obtížích v rámci mezilidských vztahů, například v rámci rodinného prostředí apod. Třetím a zároveň posledním typem je muzikoterapie skupinová, jež pracuje s větším počtem klientů, čili tři a více. Müller (2014) uvádí obdobné členění muzikoterapie. Muzikoterapie individuální, v níž je přítomen pouze jeden klient, je vyhovující například pro pacienty s těžkým stupněm poruchy autistického spektra. Dále zmiňuje muzikoterapii skupinovou, jež v tomto případě pracuje přibližně s počtem 5–12 členů. Posledním typem je komunitní muzikoterapie, která se věnuje specifickým komunitám, příkladem je rodina.

Kantor (2009) se přiklání k dělení muzikoterapie dle toho, zda je hlavním faktorem k dosažení terapeutického pokroku hudba či vztah mezi muzikoterapeutem a klientem, případně jiný prostředek. První přístup nese název „hudba jako terapie“, zatímco druhý je pojmenován „hudba v terapii“. Kantor (2009) dále vymezuje několik oblastí a úrovní muzikoterapeutické praxe. Rozlišuje oblast medicínskou, léčebnou, psychoterapeutickou, didaktickou, volnočasovou a ekologickou. Úroveň diferencuje na pomocnou, rozšiřující, intenzivní a primární.

2.3 Historie a vývoj muzikoterapie

Terapie hudbou je součástí lidského života již od nepaměti. V minulosti byla využívána našimi předky především během ceremonií či též jakožto prostředek léčby (Linka, 1997). Thaut (2015) označuje koncept hudby jakožto terapii vycházející ze starověké víry v její léčivý vliv na lidskou psychiku a fyziologii. Tento pohled byl formován kulturními a sociálními interpretacemi, a též tehdejším chápáním příčin nemocí, zahrnujícím jak magické/mystické, tak racionální přístupy, jež vedle sebe koexistovaly a navzájem se formovaly v průběhu dlouhé historie. Zeleiová (2007) uvádí přehled formování muzikoterapie v podobě čtyř modelů. Nejprve zmiňuje paradigma magické, jež, jak již z názvu vypovídá, soustředí svou víru především v magii. Následuje matematické, kde hudba a čísla tvoří jeden celek. Medicínský vzor pevně věří v preventivní účinky hudby,

zatímco v psychologickém se muzika orientuje na zmírnění napětí, vyvolání emocí a podporu komunikace.

V období středověku je terapie hudbou pozvolna opomíjena. Lze dohledat pouze pár zmínek, mezi něž patří například její využití v rámci křesťanství během církevních obřadů (Šimanovský, 2011). Gerlichová (2021) na druhou stranu zmiňuje, že byla v této době terapie hudbou velmi pestrá, avšak dochovalo se jen malé množství písemných důkazů.

Renesance a novověk se zasloužily o opětovný rozkvět muzikoterapie. Ve Velké Británii se začala hudba užívat při terapii duševních poruch, ve Francii pak u klientů podstupujících chirurgické zákroky.

Termín „muzikoterapie“ byl poprvé zmíněn roku 1789 v anonymním článku s názvem Music Physical Considered v časopise Columbian Magazine. V počátcích 19. století byly publikovány první odborné spisy zabývající se terapií hudbou. V tomtéž století byla zaznamenána první muzikoterapeutická intervence v institucionálním zařízení, a to konkrétně na Blackwellově ostrově v New Yorku (AMTA, 2025). Dle Gerlichové (2021) byla v průběhu 19. století účinnost hudby vyzdvihována zejména vojáky, kteří ji využívali například k posílení disciplíny.

Před 20. stoletím však muzikoterapie nebyla uznávána jakožto komplexní vědecko-terapeutická věda. Tato situace se změnila až s ukončením druhé světové války. Roku 1948 byla založena švédská a americká muzikoterapeutická škola. Švédské pojetí muzikoterapie se oproti americkému více opírá o psychologické principy, jelikož hudba dle něj dokáže oslovit lidskou psychiku hlouběji nežli samotná slova (Šimanovský, 2011).

Postupem času začala vznikat muzikoterapeutická sdružení i vzdělávací obory související s muzikoterapií. V 50. letech 20. století, konkrétně roku 1950, byla založena National Association for Music Therapy a později roku 1971 American Association for Music Therapy. Spojením těchto organizací následně vznikla roku 1998 nynější American Music Therapy Association (AMTA, 2025). Studijní obor zaměřený na muzikoterapii byl v USA poprvé založen roku 1944, v Evropě poté roku 1959, a to konkrétně v Rakousku, ve Vídni (Zeleiová, 2007).

Mezi nejvýznamnější představitele užívání hudby a hudebních prvků pro medicínské a pedagogické účely v České republice patřili MUDr. Karel Slavoj Amerling (tehdejší ředitel Ústavu pro slabomyslné děti v Praze) a František Bakule (někdejší ředitel Jedličkova Ústavu). Muzikoterapeutickou disciplínu v rámci mezinárodní úrovně spravuje Evropská muzikoterapeutická konfederace a Světová federace muzikoterapie. V rámci České republiky je to pak Muzikoterapeutická asociace České republiky (Gerlichová, 2021).

2.4 Zaměření a cíle muzikoterapie

Müller (2014) rozlišuje muzikoterapeutické cíle na obecné a specifické. Dle něj mezi obecné cíle patří utvoření podporujícího, emocionálně vyváženého vztahu, dále uvádí podporu předností, duševních či sociálních potřeb a intaktní stránky klienta. Součástí může být i progres pacienta v hudebních dovednostech, přestože se nejedná o klíčový cíl terapie. Specifické cíle vycházejí z narušení fyzických či mentálních oblastí, což je příčinou omezení schopností pacienta vykonávat běžné činnosti. Patří mezi ně cíle terapeutické, které se soustředí na rozvoj dysfunkcí klienta, a též cíle kompenzační, jež využívají různé kompenzační mechanismy k pomoci zapojení klienta do významných činností. Müller (2014) dále dodává, že v obou případech lze cíle doplnit o zlepšení kvality života klienta.

Beníčková (2011) odlišuje cíle primární a dílčí. Primární cíle se soustředí na podporu jednotlivých oblastí zahrnující například motoriku, komunikaci, lateralitu, orientaci, percepci, chování či fyzické a mentální rysy. Příkladem dílčích cílů je rozvoj hrubé a jemné motoriky, sluchové a zrakové percepce, pozornosti, paměti apod.

Horňáková (2003, in Kantor, 2009) vymezuje cíle v podobě minimalizace vývojových ztrát a současně uzpůsobení potřeb jedince za účelem dosáhnutí co nejvíce efektivního vývoje. Dále uvádí podporu osobnosti, začlenění, samostatnosti, sebereflexe či seberealizace klienta. Obecně platí, že muzikoterapie má za cíl především zlepšit kvalitu života.

2.5 Zahraniční výzkum

Vybraná odborná studie v časopise International Journal of Language & Communication Disorders (2024) se zabývá využitím hudby a hudebních prvků v rámci logopedické terapie u dospělých osob s neurogenními poruchami komunikace. Autoři tohoto výzkumu jsou

spjati s univerzitou v Kanadě – Faculty of Health Sciences, School of Rehabilitation Science, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada. Cílem tohoto výzkumu je především souhrn metod či způsobů zakomponování hudebních prvků do logopedické praxe. Nejprve byla zadána určitá kritéria, jež musela být vybranými odbornými články dodržena. Jednalo se o věk – studie pracovaly pouze s dospělými osobami, dále byly ohodnoceny logopedy, obsahovaly metody zahrnující hudební prvky. Co se týče lingvistického aspektu, články byly napsány v anglickém jazyce, a posledním bodem bylo jejich odborné posouzení a publikace v jejich plném znění. Zmíněná kritéria splnilo celkem 25 studií, jejichž probandi prodělali mrtvici, Parkinsonovu nemoc, demenci, či traumatické poranění mozku. Tato onemocnění následně vedla k neurogenní poruše komunikace.

Mezi hudební prvky, jež byly v jednotlivých studiích popsány, patří (modifikovaná) melodická intonační terapie (dále MIT), sborový zpěv, pěvecká terapie nebo psaní skladeb. Většina z nich uváděla též spolupráci mezi logopedy a jiným lékařem, případně hudebníkem, a některá dokonce zmínila i hudebně vyškolené logopedy. Tito odborníci dále užívají v logopedické intervenci konkrétní hudební prvky za účelem optimalizace řeči, jazyka, hlasu a kvality života jednotlivých pacientů.

MIT slouží k podpoře verbální produkce s užitím rytmu, melodie a prozodických faktorů. Jedná se o zpěv frází složených z několika slabik, či rytmické klepání slabik. U klientů s afázií je prospěšná zejména v oblasti fluence řeči. V rámci metody sborového zpěvu klienti podstupovali hlasovou rozcvičku a zpívali známé skladby. U klientů s Parkinsonovou chorobou a dysfonií bylo následně pozorováno zlepšení kvality hlasu, řeči, srozumitelnosti, respirace a též prozodických faktorů. Sborový zpěv také podporuje socializaci, sebevědomí, paměťové schopnosti či koncentraci člověka, tudíž má významný vliv na kvalitu života. Psaní písní, jak již z názvu vyplývá, sloužilo k individuální tvorbě skladeb. Užíváním této metody se pacientům s demencí zlepšily kognitivní funkce a komunikační schopnosti.

Závěrem lze říct, že využití hudby a hudebních prvků v podobě rytmu, melodie, či prozódie v rámci logopedické intervence či jako její doplnění může výrazně pozitivně ovlivnit nejen terapeutické cíle zahrnující například zlepšení komunikačních schopností,

ale i samotnou kvalitu života klientů. Nicméně, mezioborová spolupráce je klíčovým faktorem pro dosažení optimálních výsledků terapie.

3 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá využitím muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace (dále ZNPK). Předmětem zkoumání této bakalářské práce jsou mimo jiné sociální, komunikační a kognitivní dovednosti účastníků skupinové muzikoterapie, míra jejich zapojení do jednotlivých lekcí či do relaxace a v neposlední řadě psychický stav před a po lekci muzikoterapie. Empirická část dále popisuje i samotný průběh muzikoterapeutických setkání a způsob, jakým se vybraní probandi projevují v muzikoterapeutických aktivitách. Tento přístup přináší hlubší a detailnější vhled do jejich prožívání a individuálních charakteristik.

Jak již zmiňuje teoretická část bakalářské práce, pro většinu společnosti je obtížné představit si život člověka s poškozením mozkové tkáně, který navzdory zachovanému vědomí a značné snaze není schopen řečového kontaktu s okolím, které jeho obtíže může mylně interpretovat jako ztrátu osobnostních či intelektuálních schopností (Neubauer a kol., 2007). Dle Lejsky (2003) jsou tyto osoby často sociálně izolovány, jejich potřeba seberealizace je omezena a v důsledku toho pak může dojít k výrazné změně jejich osobnosti či kvality života. Z toho důvodu je důležité zkoumat podpůrné terapeutické přístupy, které by mohly jejich komunikační schopnosti podpořit. Jednu z těchto forem terapie představuje právě muzikoterapie, jež je definována jako terapeutický přístup využívající hudbu či hudební prvky k dosažení nejen léčebných cílů, ale též k osobnímu rozvoji, zlepšení kvality života či mezilidských vztahů (Gerlichová, 2021). Využití hudby a hudebních prvků v rámci muzikoterapie u dospělých osob se ZNPK bude zkoumáno níže ve výzkumné části bakalářské práce. Výzkumná část poskytuje nejen komplexnější porozumění životu osob se ZNPK, ale může též sloužit jako podklad pro budoucí výzkumy v této oblasti.

3.1 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem této bakalářské práce je určit, jaké účinky má využití hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace (dále ZNPK). V návaznosti na hlavní výzkumný cíl byly stanoveny dílčí cíle: analýza vlivu muzikoterapie na jednotlivé dovednosti pacienta, konkrétně na komunikační a sociální schopnosti, pozornost, míru zapojení do aktivit a relaxace a jeho psychický stav před a po muzikoterapeutické intervenci; analýza metod a hudebních prostředků, jež muzikoterapeut během muzikoterapeutické intervence nejčastěji využívá.

Ve vztahu k dílčím cílům výzkumu jsou formulovány následující výzkumné otázky:

- **VO1:** Jaké účinky má využití hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace?
- **VO2:** Jaký vliv má muzikoterapie na jednotlivé oblasti pacienta, konkrétně na komunikační a sociální dovednosti, pozornost, míru zapojení do aktivit a relaxace a jeho psychický stav před a po muzikoterapeutické intervenci?
- **VO3:** Jaké metody a hudební prostředky muzikoterapeut nejčastěji během muzikoterapeutické intervence využívá?

3.2 Metodologie

Pro výzkumné šetření je zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní typ výzkumného šetření poskytuje na rozdíl od kvantitativního, jež pracuje s numerickými daty a statistickým rozborem, hlubší pohled do lidské zkušenosti a komplexnější pochopení zkoumaných jevů (Lim, 2024). Švaříček (2010, in Švaříček, Šeďová a kol., 2010, s. 17) shrnuje kvalitativní přístup jakožto *„proces zkoumání jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“*

Kvalitativní výzkum se mimo jiné odlišuje od kvantitativního rovněž i metodami sběru dat. Pro sběr dat ve výzkumné části této bakalářské práce jsou uplatněny následující výzkumné metody – pozorování účastnické povahy s předpřipravenými pozorovacími archy, analýza

dokumentace a polostrukturovaný rozhovor s muzikoterapeutem. Metoda pozorování je velmi přínosná, neboť přináší hlubší perspektivu zkoumaného prostředí a behaviorálních projevů jedinců (Busetto, Wick, Gumbinger, 2020). Zúčastněné pozorování představuje *„takový druh pozorování, kdy sledujeme studované jevy přímo v prostředí, kde se odehrávají“* (Švaříček, 2010, in Švaříček, Šeďová a kol., 2010, s. 144).

Analýza dokumentace analytickou metodou, jež zároveň představuje významnou techniku sběru dat v empirickém výzkumu. V podstatě se jedná o rozbor a využití informací obsažených v dokumentech. Analýza kvalitativního typu se obvykle uplatňuje v přípravné fázi výzkumu, zaměřuje se na porozumění a interpretaci obsahu (Buriánek, 2018).

Polostrukturovaný rozhovor je v této práci využit jakožto doplňující kvalitativní empirická metoda k předchozímu zúčastněnému pozorování. Vyznačuje se tím, že kombinuje prvky strukturovaných a nestrukturovaných rozhovorů. Při realizaci polostrukturovaného typu si výzkumník připraví předem stanovené otázky, avšak samotný průběh rozhovoru je poté velmi flexibilní, neboť nemusí být dodrženo jejich přesné pořadí, a též je možné klást otázky doplňující (Mind the GRAPH, 2023). Tato metoda má značnou výhodu v tom, že zachovává určitou strukturu, avšak zároveň poskytuje prostor pro spontánní reakce, čímž je zprostředkováno důkladnější prozkoumání dané oblasti, konkrétně vlivu muzikoterapie na dospělé osoby se ZNPK.

3.3 Realizace výzkumného šetření

Sběr dat výzkumného šetření byl založen na kvalitativní metodě zúčastněného pozorování, analýze dokumentace a polostrukturovaného rozhovoru.

3.3.1 Pozorování

Pozorování účastnické povahy bylo realizováno v období listopad 2024 – březen 2025 na pracovišti neurorehabilitace. Toto zdravotnické zařízení poskytuje komplexní rehabilitační péči klientům dospělého věku s různými typy diagnóz, převážně se zaměřuje na pacienty se získaným neurogenním onemocněním. Pokládá si za cíl zlepšit kvalitu života pacientů, s čímž souvisí například podpora sociální a pracovní stránky klienta. Na pracovišti je též kladen důraz na mezioborovou spolupráci, najdeme zde rehabilitační

lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychology, logopedy, speciální pedagogy, či muzikoterapeuty a další zdravotnický personál.

Metoda pozorování byla uskutečněna v rámci muzikoterapeutických sezení, probíhajících jednou týdně po dobu dvou hodin. Přítomen je obvykle jeden muzikoterapeut, avšak počet pacientů bývá téměř vždy odlišný. Klienti, kteří navštěvují jednotlivé lekce, jsou dospělé osoby, obvykle s diagnózou získané neurogenní poruchy komunikace. Většinou docházejí i na jiné formy terapie, jako je například fyzioterapie, ergoterapie, individuální logopedická intervence, psychologie atd.

V rámci realizace výzkumného šetření je nejprve popsán samotný průběh muzikoterapeutického setkání. V této souvislosti jsou následně vybráni tři konkrétní probandi, specificky jeden muž a dvě ženy, a též skupina šesti pacientů, zahrnující jednoho muže a pět žen, kteří jsou v jednotlivých aktivitách pozorováni, přičemž jejich výsledný behaviorální projev je poté shrnut níže v této kapitole a zaznamenán do tabulek (viz příloha č. 3,4,5 a 6). Zmíněné tabulky jsou realizovány na základě Likertovy škály, jež uvádí číselné hodnocení jednotlivých oblastí projevů probandů – pozornosti, porozumění, sociální a komunikační schopnosti, míry zapojení v aktivitě a relaxaci, a též psychického stavu před a po muzikoterapeutické intervenci. Jedná se o hodnotící stupnici užívanou k měření názorů, postojů, chování a jiných údajů probandů (SurveyMonkey, 2025). Numerické hodnocení v tomto případě využívá stupnici v rozmezí 1 až 5, přičemž:

- 1 = výborný
- 2 = velmi dobrý
- 3 = dobrý
- 4 = dostatečný
- 5 = nedostatečný

3.3.2 Rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor byl v této výzkumné části využit spíše jako doplňující kvalitativní metoda k zúčastněnému pozorování. Byl uskutečněn prezenční formou na začátku dubna 2025. Rozhovor poskytl kvalifikovaný muzikoterapeut, přičemž dohoda o

jeho realizaci byla provedena prostřednictvím e-mailové komunikace. Doba trvání rozhovoru činila přibližně 45 minut.

Rozhovor byl realizován na základě předem dané struktury otázek (viz příloha č. 7), přičemž v průběhu vyvstaly i jiné, doplňující otázky. Nejprve se započalo úvodními otázkami zaměřenými na obecný vztah muzikoterapeuta k muzikoterapii a její pohled na přínosy této metody terapie. Následující část rozhovoru již blíže souvisela s tématem bakalářské práce – „Využití muzikoterapie u dospělých osob se ZNPK“. Otázky se vztahovaly například k hlavnímu cíli bakalářské práce, tedy účinkům hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie u dospělých osob se ZNPK. Dále se zabývaly jejím vlivem i na další oblasti, jako je sociální, či psychická oblast apod., zkoumaly cíle muzikoterapie, rozdíly mezi její individuální a skupinovou formou, či nejčastěji využívané metody v jejím průběhu. Závěrečná část rozhovoru se soustředila na progres pacientů, či přístup zdravotnictví a školství k muzikoterapii. Poslední dotaz se věnoval případnému doplnění opomenutých informací.

Během rozhovoru byla se svolením I1 pořizována zvuková nahrávka s využitím mobilní aplikace Diktafon. Po dokončení rozhovoru byl zvukový soubor doslovně přepsán v programu Microsoft Word a zkontrolován opakovaným poslechem a porovnáním s přepisem. V přepisu byly vynechány pasáže, kdy došlo k přerušení rozhovoru vyhledáváním a přehráváním videí či technickými záležitostmi. V textu jsou pro přehlednost označeny dvojitou závorkou. Rovněž byly vynechány některé vsuvky (mhm, eh apod.), pokud ovšem nepředstavovaly vyjádření souhlasu či naopak nesouhlasu. V důsledku nekvalitní zvukové nahrávky jsou některá slova uvedena v závorce jako odhadovaná výpověď, zatímco prázdná závorka označuje zcela nesrozumitelný výrok. Veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci informanta, jsou nahrazeny neutrálním označením v hranatých závorkách.

Pro analýzu výsledných kvalitativních dat rozhovoru byla použita metoda otevřeného kódování, provedena pomocí počítačového programu MAXQDA. Otevřené kódování představuje dle Šeďové (2010, in Švaříček, Šeďová a kol., 2010) operaci, dle níž jsou nasbíraná data v podobě přepsaného polostrukturovaného rozhovoru rozebrány na

jednotky, kterým jsou dále přiřazeny určité kódy, tedy jména či označení ve formě jednotlivých slov či krátkých frází. Tento proces napomáhá nejen k strukturování dat pro snazší orientaci a následnou analýzu, ale také k odhalení hlubších významů rozhovoru.

3.4 Etická prohlášení

Vybraní probandi potvrdili svou účast na zúčastněném pozorování pro potřeby bakalářské práce prostřednictvím informovaného souhlasu, jenž předem obdrželi. Dokument obsahoval základní údaje, jako je název bakalářské práce, informace týkající se účelu pozorování, anonymity a práva odmítnutí účasti. Veškeré informace si probandi pečlivě přečetli a následně udělili souhlas prostřednictvím podpisu. Vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze č. 1.

S informantem, s nímž byl uskutečněn výzkumný polostrukturovaný rozhovor, proběhla komunikace nejprve prostřednictvím e-mailu a následně v rámci osobního setkání. Kromě základních informací o výzkumu, popisující téma bakalářské práce a roli informanta, obdržel též informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce. Zmíněný dokument dále zahrnoval informace týkající se cílů výzkumného šetření, průběhu rozhovoru včetně jeho časové náročnosti, práva odmítnutí odpovědi, pořizování zvukového záznamu, zajištění anonymity informanta a v neposlední řadě též způsob, jakým budou shromážděná data nadále zpracována. I1 si pečlivě přečetl veškeré informace a následně udělil souhlas prostřednictvím podpisu. Vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze č. 2.

3.5 Charakteristika vybraných probandů

Probandi byli vybíráni na základě zúčastněného pozorování v rámci muzikoterapie na pracovišti neurorehabilitace. Vzhledem k povaze kvalitativního výzkumného šetření jsou blíže analyzováni tři probandi, konkrétně dvě ženy a jeden muž, kteří splňují předem stanovená kritéria. Mezi tyto podmínky patří diagnóza ZNPK, minimální věk 18 let – tedy dospělá osoba a pravidelná účast na hodinách muzikoterapie ve vybraném zdravotnickém zařízení po dobu alespoň jednoho měsíce. Tento výzkum zkoumá nejen individuální probandy, nýbrž i skupinu jako celek. Ta byla složena celkem ze šesti klientů, a to z pěti žen a jednoho muže, pro něž platila totožná kritéria (věk, diagnóza a pravidelná účast).

Informant, s nímž byl proveden polostrukturovaný rozhovor, je kvalifikovaný muzikoterapeut věnující se muzikoterapii u osob se ZNPK.

3.6 Výsledky výzkumného šetření

3.6.1 Průběh muzikoterapeutického setkání

1) Úvod

Každé muzikoterapeutické sezení nese dané téma, jež předem zvolí muzikoterapeut. Muzikoterapie obvykle začíná úvodní diskusí a vzájemným seznamováním účastníků, což napomáhá k vytvoření důvěrného prostředí, navození pocitu sounáležitosti a usnadnění zapojení do následných aktivit. Klienti společně s muzikoterapeutem sedí v kruhu, přičemž každý se postupně skupině představí a následně sdílí s ostatními své zkušenosti či názory, jež se vztahují k dotazům položeným muzikoterapeutem, obvykle souvisejícím s tématikou dané hodiny. Tento přístup podporuje mimo jiné komunikační a sociální dovednosti, což je zvláště u osob se ZNPK velmi významným faktorem.

2) Improvizační hudební exprese

Pacienti si poté vybírají z hudebních nástrojů, jež mají k dispozici (buben, xylofon, klávesy, chřestidlo, zvonkohra, čínský chrámový blok apod.). Jejich úkolem je nejprve improvizovaně vyjádřit prostřednictvím hry na nástroj své asociace k danému tématu, ale dále též například i to, jak se momentálně cítí čili jejich aktuální náladu. Vždy je určen jeden účastník, který začne, a ostatní se k němu postupně přidávají. Poté si navzájem sdělí, zda jim společná hra skutečně evokovala daný jev, jaké v nich vyvolala pocity, či co konkrétně znázornili oni sami. Tato aktivita umožňuje nejen individuální vyjádření, ale též podporuje interakci ve skupině.

3) Tvorba asociací

V rámci další aktivity terapeut do kruhu zařadí předmět „bomba“, které se každý má zbavit tím způsobem, že vysloví asociaci na dané slovo. Tato metoda slouží zejména k rozvoji slovní zásoby, kognitivních schopností, imaginace apod.

4) **Opakování rytmu**

V následující aktivitě si klienti procvičují především paměťové schopnosti. Jejich úkolem je zopakovat rytmus, jenž vytvoří ostatní klienti pomocí svých hudebních nástrojů, a následně jej doplnit o svůj vlastní. Zároveň je nutné zachovat dané rytmické pořadí. Kromě paměťové dovednosti se v této činnosti rozvíjí také pozornost, kreativita, rytmické cítění, sluchová percepce či například koordinace pohybů.

5) **Zrcadlo**

V aktivitě zvané „Zrcadlo“ se klienti rozdělí do dvojic, přičemž jeden z účastníků předvádí různé pohyby s užitím celého těla včetně mimiky obličeje a druhý je má bezprostředně napodobit. Partneři se v této roli pravidelně střídají za poslechu vybraných hudebních skladeb. Cvičení napomáhá rozvoji motorické koordinace a pohybové flexibility, současně však klade důraz na vizuálně-motorickou synchronizaci a pozornost. Kromě toho lze zmínit i emoční expresi a též schopnost neverbální komunikace.

6) **Přerušovaný tanec**

Klienti postupně ostatním kladou dotazy tak, aby na ně ostatní účastníci mohli odpovědět pouze ano či ne. Pokud jejich odpověď zní ano, mají se nepřetržitě pohybovat v rytmu na puštěnou píseň. V případě, že odpověď zní „ne“, tanec přeruší. Tato aktivita podporuje nejen komunikační schopnosti a nápaditost, ale i reakční schopnosti, motorickou koordinaci či sociální interakci.

7) **Zpěv**

Jednou z aplikovaných vokálních technik v průběhu muzikoterapeutických lekcí byl zpěv. V návaznosti na tematické zaměření jednotlivých muzikoterapeutických sezení jsou klienti vyzváni k navrhování písní souvisejících s obsahem daného sezení. Písně jsou následně přehrány a v případě, že je klienti znají, mohou se do zpěvu zapojit, čímž procvičují nejen svůj hlasu, ale například také artikulaci, dynamiku, ale rovněž i paměťové schopnosti.

8) **Relaxace**

Na závěr je však kromě aktivní účasti důležitá i schopnost relaxace. Pacienti si lehnou na lehátko či karimatku a za zvuku poklidné hudby a uklidňujících slov muzikoterapeuta,

který je provází dechovým cvičením, uvolněním svalů a snaží se jim vnuknout představu, že se nachází na nějakém krásném místě, relaxují.

3.6.2 Zapojení jednotlivých účastníků se ZNPK do skupinové muzikoterapie

Jméno: Proband 1 (dále P1) – muž, narozen 1982

Zdravotní stav: Pacient trpí poúrazovou encefalopatií, stavem po vícečetných frakturách lebky a kontuzním poranění mozku v srpnu 2023. Z logopedického hlediska mu byla diagnostikována smíšená dysartrie středně těžká a kognitivně-komunikační porucha.

Účast na muzikoterapeutické intervenci: 6 měsíců

Projevy a zapojení při muzikoterapii: V rámci úvodní části muzikoterapie je patrné, že P1 vynakládá snahu se zapojit, uvádí své jméno a vzápětí poskytuje stručnou a relevantní odpověď k danému tématu, což svědčí o jeho schopnosti sociální interakce i základním porozumění aktivitě. Jeho verbální projev však je poněkud obtížně srozumitelný. Dále je zřejmé, že se pacient potýká s obtížemi v oblasti pozornosti. Během výstupů ostatních klientů velmi často manipuluje se svým nástrojem, hraje na něj, a též vykazuje neklidné chování v podobě naklánění se vpřed a vzad.

Co se týče improvizované hudební exprese, P1 nejprve prokazuje jasnou preferenci pro svůj oblíbený hudební nástroj pocházející ze starověké Číny, chrámový blok (Organology, 2025), jenž si pravidelně volí. Následně mají pacienti za úkol vyjádřit zvolené slovo prostřednictvím hry na hudební nástroje. V průběhu samotné aktivity je patrné, že P1 vykazuje adekvátní míru pozornosti a zapojení, avšak z důvodu skupinového zapojení je opravdu těžké posoudit, zda plně rozumí zadání.

Při tvorbě asociací sice P1 neprojevuje snahu zapojit se, avšak jeho projev se vyznačuje spíše reprodukcí slov ostatních klientů, namísto tvorby slov vlastních, což lze nazvat odborným termínem echolálie (Macháček, 2021). Opět tak vyvstává otázka, zda rozumí tomu, co se po něm požaduje.

Opakování rytmu způsobuje klientovi poměrně velké obtíže. Vzhledem k jeho deficitu kognitivních schopností má problém zapamatovat si rytmy ostatních účastníků a muzikoterapeut mu musí po celou dobu napovídat. Při tvorbě vlastního rytmu se jeho nepřetržitá hra, jež musí být často utnuta muzikoterapeutem, stává pro ostatní účastníky obtížně reprodukovatelnou. Přítomná dysartrie a narušení prozódie u pacienta se promítá také do oblasti tvorby a reprodukce rytmu.

Aktivita zrcadlo nepředstavuje pro P1 výraznější obtíže. Pacient zvládá adekvátně napodobovat partnerovy pohyby, avšak při tvorbě vlastních po krátké době ztrácí kreativitu a opakuje již dříve provedené pohyby. Lze předpokládat, že pacient zadání plně rozumí, a též vynakládá snahu se soustředit, nicméně projevuje omezenou míru nápaditosti a pravděpodobně také perseveruje.

V rámci přerušovaného tance klient nevykazuje iniciativu při formulaci dotazů pro ostatní, nicméně je patrné, že otázkám ostatních účastníků rozumí, a správně reaguje pohybem – při odpovědi „ano“ pokračuje v pohybu do rytmu, a naopak při odpovědi „ne“ se pozastavuje.

P1 se sice samotného navrhování písní neúčastní, avšak následně se zapojuje do společného zpěvu, čímž si procvičuje verbální expresi včetně artikulace a zároveň paměťové schopnosti. Lze konstatovat, že poslech hudby a zpěv samotný pozitivně ovlivňují emoční prožitek klienta, který navíc vykazuje velkou míru zapojení a pozornosti.

V rámci poslední aktivity, relaxace, si P1 lehá na karimatku, kde se následně má uvolnit. Za doprovodu poklidné hudby a vřelých slov muzikoterapeuta však neustále pohybuje horními končetinami, z čehož lze usuzovat, že může být stále pod napětím a plně se nesoustředí na odpočinek.

Je však zapotřebí podotknout, že pacientovi muzikoterapie skutečně prospívá. V průběhu hodiny se dokáže více rozmluvit, socializovat se a zároveň si lehce odpočinout, což je stejně tak důležité jako zaktivizovat se.

Stručný přehled vlivu muzikoterapie na jednotlivé oblasti u P1, specificky pozornost, porozumění, sociální a komunikační schopnosti, míru zapojení v aktivitě a relaxaci, či psychický stav před a po lekci muzikoterapie je uveden v tabulce č. 1 (viz příloha č. 3).

Jméno: Proband 2 (dále P2) – žena, narozena 1982

Zdravotní stav: V prosinci 2017 došlo k ischemické CMP při trombóze levé ACI (arteria carotis interna) a levé ACM (arteria cerebri media). Po uplynutí dvou dnů nastal rozvoj maligní ischemie levé hemisféry. Klinicky se tento stav projevuje těžkou pravostrannou hemiparesou, pravostrannou hemihypestezií, těžkou nonfluentní fatickou poruchou a pravostrannou homonymní hemianopsií. Pacientka dle logopedické zprávy trpí středně těžkou transkortikální senzorickou afázií a kognitivním deficitem.

Účast na muzikoterapeutické intervenci: 6 let a 3 měsíce

Projevy a zapojení při muzikoterapii: V úvodní části muzikoterapie lze konstatovat, že pacientka disponuje silnými sociálními dovednostmi, do konverzace se zapojuje bez obtíží. Na druhou stranu, vyskytuje se u ní problém s verbálním vyjadřováním a její mluva je poněkud těžce srozumitelná, vyznačuje se též pomalým tempem. Přesto však rozumí zadání a její výrok je smysluplný.

V následující aktivitě si klientka často volí buben jako svůj hudební nástroj, na který poté má rytmicky znázornit určité téma, například zvíře. Vzhledem k tomu, že úkol plní všichni současně, je složitější určit, do jaké míry přesně klientka rozumí zadání. Lze však říct, že se do aktivity plně zapojuje a věnuje jí veškerou svou pozornost.

Při vytváření asociací pacientce trvá delší dobu nalézt adekvátní odpověď. V některých případech potřebuje dopomoci, jindy si slovo vybaví samostatně. Přesto si je vědoma tématu a snaží se plně vnímat, kdo je na řadě a jaké odpovědi již zazněly.

Napodobování rytmu způsobuje P2 mírné potíže. Náročnost aktivity pro ni spočívá především v tom, že přichází na řadu až jako jedna z posledních, tudíž si musí zapamatovat rytmy více účastníků. Přesto ale vynakládá značné úsilí, podpořené vedením muzikoterapeuta. Je patrné, že zadání rozumí.

V aktivitě „Zrcadlo“ má klientka pochopitelně obtíže s koordinací pravé strany těla, avšak krom toho se snaží vzorně opakovat pohyby po svém partnerovi. Tvorba vlastních pohybů pro ni je o něco náročnější nežli jejich opakování, nicméně nejedná se o závažnější problém. Lze konstatovat, že během této aktivity se klientka plně koncentruje a zapojuje do své úlohy.

Co se týče přerušovaného tance, P2 má potíže s formulací otázky pro ostatní klienty. Muzikoterapeut jí proto poskytuje podporu tím, že jí navrhuje užší okruh s konkrétní tématikou, například „jídlo“. Na druhou stranu, dotazům ostatních rozumí. Při odpovědi „ano“ se snaží pohybovat vsedě do rytmu, zatímco při odpovědi „ne“ zůstává v klidu.

Přestože se P2 příliš nezapojuje do navrhování písní s tématikou daného sezení, u samotného zpěvu již vykazuje velkou míru účasti. Kombinace receptivní formy muzikoterapie v podobě poslechu hudby a aktivní prostřednictvím zpěvu má na klientku zřejmý kladný vliv, po celou dobu vykazuje pozitivní naladění.

Během závěrečné aktivity se klientka pokládá na lůžko a postupně uvolňuje celé své tělo. Působení klidné hudby a slov muzikoterapeuta jí umožňuje plně se zrelaxovat a oprostit se od vnějších podnětů.

Vliv muzikoterapie na zkoumané oblasti u P2 rekapituluje tabulka č. 2 (viz příloha č. 4).

Jméno: Proband 3 (dále P3) – žena, narozena 1999

Zdravotní stav: V květnu 2017 došlo k polytraumatu, při kterém pacientka utrpěla subdurální hematom bilaterálně. Pacientka trpí těžkým kognitivním deficitem a kognitivně-komunikační poruchou.

Účast na muzikoterapeutické intervenci: 1 měsíc

Projevy a zapojení při muzikoterapii: P3 má vzhledem ke své diagnóze velmi silnou komunikativní a sociální stránku. Je sdílná, podporující a též snadno navazuje kontakt s ostatními pacienty. V rámci úvodního rozhovoru uvádí, že intenzivní neurorehabilitace, kterou absolvuje, jí pomohla se sebevědomím – dříve měla obavy položit se na zem, avšak

zde to nejen zvládne, ale dokonce se dokáže i přetočit. Kolektiv spolupacientů jí je též velmi sympatický, získala zde i nové kamarády.

V druhé aktivitě si P3 nejčastěji volila za svůj hudební nástroj xylofon. Je patrné, že zadání skutečně rozumí, neboť i po tom, co ostatní dohrají, dokáže sama znázornit, jakým způsobem například probíhá její všední den. V tomto případě začala pomalou melodií, odrážející její poklidné ráno, a následně přidávala na intenzitě s blížícími se denními aktivitami a povinnostmi. Její aktuální nálada, jíž měla též znázornit, se promítla do poklidné, avšak zároveň optimistické melodie. Vyzařovala z ní radost.

Ani další aktivita, jež spočívá v tvorbě asociací, nezpůsobuje pacientce sebemenší obtíže. Její výbavnost slov, slovní zásoba, paměť i pozornost jsou na velmi dobré úrovni. Pokaždé odpovídá adekvátně, originálně a rychle.

V rámci napodobování rytmu P3 opakuje veškeré předchozí rytmy správně, z čehož lze usuzovat, že disponuje dobrou paměťovou schopností a je též schopna koncentrace po delší dobu. Bez obtíží také doplňuje řadu o svůj rytmus, který je pro ostatní dobře proveditelný.

Následující aktivita zvaná „Zrcadlo“ představuje pro pacientku určitou výzvu vzhledem k její omezené pohyblivosti levé strany těla. Při tvorbě vlastních pohybů pacientka volí cviky přizpůsobené svým možnostem, a při napodobování pohybů partnera se zapojuje tak, jak jí to její zdravotní stav dovolí.

Během přerušovaného tance P3, stejně jako ostatní, vstává a na výzvu muzikoterapeuta pohotově formuluje otázku s možností odpovědi „ano“ či „ne“. Na otázky ostatních reaguje adekvátně, při odpovědi „ano“ se dále pohybuje do rytmu, a při odpovědi „ne“ zůstává stát na místě. Z této aktivity lze vyvodit, že pacientce nečiní obtíže komunikovat a interagovat s ostatními účastníky, disponuje nápaditostí a zároveň rozumí zadání, dokáže se koncentrovat.

P3 nečiní obtíže vymýšlet názvy jednotlivých písní, souvisejících s daným tématem. Následně je též společně s ostatními i zpívá, čímž se potvrzuje, že disponuje nejen dobrou funkcí paměti, ale i pozorností, kreativitou apod.

V rámci poslední aktivity si pacientka lehne na lůžko, jelikož je pro ni obtížné položit se na zem. Poté se zaposlouchá do konejšivých slov muzikoterapeuta a poklidné hudby, jež hraje v pozadí. Nevykazuje žádné známky rozptýlení, z čehož lze usuzovat, že se plně soustředí na relaxaci.

Tabulka č. 3 (viz příloha č. 5) zprostředkovává souhrn vlivu muzikoterapie na posuzované oblasti u P3.

3.6.3 Skupinová interakce a zapojení při muzikoterapii

Pro charakteristiku skupinové interakce a zapojení při muzikoterapeutické intervenci byla zvolena skupina, kterou měla autorka možnost pozorovat po dobu jednoho měsíce. Skupinu tvořilo celkem šest probandů – jeden muž a pět žen, přičemž všichni byli dospělými osobami s diagnózou získaného poranění mozku.

V úvodní diskusi skupina spolupracuje výborně, někteří se dokonce vzájemně doplňují. Je patrné, že většina účastníků, s ohledem na svou diagnózu, disponuje relativně dobrými komunikačními a sociálními dovednostmi, zvládnou vyjádřit své myšlenky a pohotově reagovat na ostatní.

V improvizované hudební expresi si má každý z účastníků zvolit svůj hudební nástroj, přičemž většina si pravidelně vybírá buben. U této aktivity se pacienti dokážou výborně sladit, jeden z nich vždy započíná s hudební expresí na zadané téma a ostatní se k němu postupně přidávají. Dohromady souzvuk skutečně připomíná zadané slovo, například „spokojenost“, „uhoněnost“, či „frustrace“ apod. Celkově lze konstatovat, že většina klientů zadání rozumí.

Tvorba asociací též nečiní většině účastníků značné obtíže. Pacienti se skutečně soustředí a jeden po druhém plynule uvádí adekvátní asociace na zadané slovo. Nicméně, jak již bylo zmíněno výše, P1, který byl též součástí skupiny, namísto tvorby vlastních výpovědí spíše opakuje slova po ostatních (echolálie) a P2, která zde též byla přítomna, je zapotřebí v některých případech ponechat více času na rozmyšlenou, případně dopomoci.

Opakování rytmu představuje již o něco složitější aktivitu, jelikož vyžaduje neustálou pečlivou pozornost všech zúčastněných. Je zřejmé, že ti, co přicházejí na řadu později,

mají situaci značně těžší nežli ti na začátku – ti totiž nemusí opakovat takové množství rytmů. Přesto lze však konstatovat, že někteří, co přicházejí na řadu mezi posledními, si vedou značně lépe než ti před nimi. Naopak P1, který je často jeden z prvních, má viditelné obtíže především s opakováním rytmu a jeho vlastní tvorba trvá tak dlouhou dobu, že ji musí muzikoterapeut obvykle přerušit. Pro ostatní účastníky je zopakování rytmu P1 téměř nemožné, tudíž se příliš neobtěžují se mu věnovat důkladněji. P2 přichází na řadu jako jedna z posledních a potřebuje značnou dopomoc muzikoterapeuta, na druhou stranu všem ostatním jde opakování a tvoření rytmů poměrně dobře.

V aktivitě „Zrcadlo“ se skupina dělí do dvojic, přičemž jeden z partnerů vždy předvádí pohyby a druhý je má bezprostředně opakovat. Hodnocení dynamiky a funkčnosti celé skupiny je v této aktivitě poněkud obtížné, avšak všichni jedinci se soustředí a vynakládají snahu, jak při opakování, tak tvorbě jednotlivých pohybů. Někteří klienti mají omezené pohybové schopnosti, což je poměrně limituje, přesto však dělají vše, co je v rámci jejich možností proveditelné.

V rámci přerušovaného tance se nejprve všichni účastníci postaví, načež muzikoterapeut vznese úvodní dotaz. Pacienti se poté začínají pohybovat do rytmu hudby, pokud jejich odpověď na otázku zní „ano“, a naopak zůstávají stát, pokud odpovídají „ne“. Většina pacientů dokáže po vyzvání samostatně zformulovat otázku i pro ostatní, přičemž všichni správně rozumí zadání a reagují odpovídajícím způsobem. Stejně jako u předchozích aktivit je míra jejich zapojení vskutku chvályhodná, totéž platí i pro jejich schopnost koncentrace, sociální interakce a komunikačních dovedností.

Co se týče nápadů na písně k danému tématu a jejich následného zpěvu, většina účastníků spolupracuje velmi dobře. Lze podotknout, že majorita se aktivně zapojuje nejen do zpěvu písní, ale i do jejich vymýšlení, přičemž P1 a P2 se navrhování písní neúčastní. Skupina vyzařuje po celou dobu optimistickou náladu, kombinace aktivních a receptivních prvků muzikoterapie přispívá k dosažení optimální rovnováhy mezi aktivizací a uvolněním klientů.

Při závěrečné relaxační činnosti někteří uléhají na vyvýšená lůžka a druzí naopak na karimatku při zemi. Za zvuku poklidné hudby a vlídných slov muzikoterapeuta se všichni

postupně zcela uvolňují a nevykazují žádné neklidné pohyby – s výjimkou P1, který během celého procesu neustále pohybuje horními končetinami, tudíž lze usuzovat, že se mu nedaří se zcela uvolnit a odpočinout si.

Skupina pacientů vykazuje velmi dobrou úroveň vzájemné spolupráce, což může být zapříčiněno například tím, že je zde přítomno vyšší zastoupení jedinců s rozvinutými sociálními i komunikačními dovednostmi. Nejen, že klienti zvládají samotné aktivity, ale též mezi sebou spontánně diskutují v průběhu celého sezení. Je patrné, že jejich nálada se během muzikoterapie neustále vylepšuje, což značí o pozitivním dopadu této formy terapie nejen na jejich psychický stav.

Shrnutí vlivu muzikoterapie na sledované oblasti u výše popsané skupiny lze nalézt v tabulce č. 4 (viz příloha č. 6).

3.6.4 Vliv muzikoterapie na dospělé pacienty se ZNPK pohledem muzikoterapeuta

Dotazovaná osoba (dále I1) popisuje svůj vztah k muzikoterapeutické intervenci jako hlavní téma svého profesního života, kterému se věnuje již bezmála třicet let. Muzikoterapii považuje za velmi přínosný terapeutický obor, který pozitivně ovlivňuje různé aspekty, například aktivaci paměťových stop pomocí rytmických cvičení, motorické schopnosti prostřednictvím hry na hudební nástroje, sociální či komunikační dovednosti – zkrátka, její vliv zasahuje do mnoha oblastí. Muzikoterapie podněcuje expresivní techniky verbální i neverbální. Pacienti se ZNPK často nemají možnost vyjádřit slovy, jak se cítí, z tohoto hlediska mají neverbální techniky pak velmi významné využití. I1 dále uvádí, že v rámci této oblasti spolupracuje s kvalifikovanými logopedy.

Průběh muzikoterapeutického sezení se dělí do dvou fází, dynamické a receptivní. Začíná částí dynamickou, kdy nejprve muzikoterapeut zjistí aktuální stav účastníků a podle toho se dále soustředí na společné, ale často i individuální cíle. Zmiňuje, že v této fázi muzikoterapie je obvykle obsaženo rytmické cvičení, nejlépe propojené s pohybem, exprese emocí a myšlenek, názorů, dále práce ve dvojicích či menších skupinkách s využitím hudebních nástrojů, vokální cvičení, znázornění udělených rolí či hudební improvizace. Muzikoterapeutické sezení je následně završeno receptivní složkou, v podobě

relaxace. Výběr aktivit je přizpůsoben specifickým charakteristikám účastníků, kteří se na daném sezení sejdou.

I1 dále uvádí například využití neurologického typu muzikoterapie, jenž využívá k posílení hrubé motoriky pacientů, například chůze. Dále zmiňuje melodicko-intonační terapii, s jejíž pomocí usiluje o rozvoj komunikačních dovedností. I1 popisuje též vlastní model, jenž se zaměřuje na integraci těla, psychického prožívání, vztahů a transcendence. Tento model následně kombinuje s prvky kreativní a receptivní formy muzikoterapie, čímž docílí komplexnosti. Téměř všechny zmíněné modely zahrnují metody v podobě hry na hudební nástroje, improvizace, exprese emocí, vokálních technik a propojení aktivních a receptivních prvků.

I1 využívá širokou škálu hudebních nástrojů, mezi které patří například různé druhy bubnů, xylofony, metalofony, pentatonické škálové nástroje, pentablok, handpan, sansuly nebo kantele. Někdy také přináší z domova lyru a harfu.

Muzikoterapie může být realizována v individuální či skupinové formě. Individuální typ, jak již z názvu vyplývá, se zaměřuje na specifické potřeby jednotlivých klientů, což umožňuje terapeutovi nastavit si konkrétní cíle. Tato forma je vhodná zejména pro pacienty, kteří nejsou schopni profitovat z terapie skupinové. Dle I1 se může jednat například o profesionální hudebníky, kteří mohou mít obtíže s přizpůsobením se skupinové dynamice. Skupinová terapie mimo jiné přispívá k rozvoji sociální stránky klienta, jelikož podporuje vzájemnou interakci mezi účastníky.

Muzikoterapeutické cíle mohou být individuální, přizpůsobené konkrétnímu jedinci, či společné, zaměřené na danou skupinu pacientů. Obvykle se stanovují dle fáze, v níž se klient při vyrovnávání se s těžkou situací nachází. Zpočátku může převládat odmítavý postoj nebo agrese, přičemž během hudební exprese mohou pacienti tyto pocity ventilovat. V následující fázi, kdy pacienti obvykle pociťují smutek, přicházejí na scénu melodické nástroje a využívá se více vokálních technik. V závěrečné fázi by mělo dojít k přijetí těžké situace.

Mezi dalšími cíli I1 zmiňuje zlepšení motorických, sociálních a komunikačních dovedností, ať už ve verbální či neverbální podobě, dále oblast koncentrace a paměti, tedy

kognitivních schopností a v neposlední řadě podporu relaxace. K dosažení stanovených cílů též pomáhá pravidelná dokumentace či pořizování záznamů z jednotlivých sezení u každého klienta. K faktorům ovlivňujícím úspěšnost dosažení cílů muzikoterapie patří celkové nastavení pacienta, zda je namotivován a ochoten pravidelně se věnovat zadaným úkolům.

Na závěr I1 uvádí, že muzikoterapeutická intervence má dle jeho názoru do budoucna velkou perspektivu. Tento obor zahrnuje umění, má velký přesah a je podpořen kvalitními výzkumy, jež vycházejí z principů „evidence-based medicine“ na univerzitách. Z tohoto a mnoha dalších důvodů I1 věří, že muzikoterapie má do budoucna silný potenciál.

3.7 Závěry výzkumného šetření

VO1: Jaké účinky má využití hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace?

Osoby s diagnózou získané neurogenní poruchy komunikace (dále ZNPK), která vzniká v důsledku poškození centrální nervové soustavy, čelí výraznému ovlivnění kvality svého života. Vlivem deficitu komunikační kompetence bývají tyto osoby často vystaveny sociální izolaci, což může vést nejen k omezení jejich společenského fungování, ale také k zásadním změnám v oblasti osobnosti. Tyto skutečnosti poukazují na nezbytnost vyhledávání účinných terapeutických přístupů, které podporují nejen rozvoj komunikačních schopností, ale rovněž podněcují sociální dovednosti, psychický stav apod. Jedním z těchto přístupů je muzikoterapeutická intervence, jež využívá hudbu či hudební prvky k dosažení léčebných a rehabilitačních cílů včetně podpory osobního rozvoje, mezilidských vztahů či celkové kvality života.

Výzkumné šetření za použití metody zúčastněného pozorování, analýzy dokumentace a polostrukturovaného rozhovoru potvrdilo, že využití hudby a hudebních prvků v rámci muzikoterapeutické intervence je prospěšnou terapeutickou metodou a má pozitivní účinky na dospělé osoby se ZNPK. Výzkum se zaměřil zejména na posouzení vlivu muzikoterapie na vybrané oblasti, specificky na komunikační a sociální dovednosti, pozornost, míru

zapojení do aktivit a relaxace a psychický stav klienta před a po muzikoterapeutickém sezení. Na základě analýzy získaných dat metod zúčastněného pozorování, analýzy dokumentace a polostrukturovaného rozhovoru lze konstatovat, že muzikoterapie má na tyto oblasti významný podpůrný a příznivý vliv.

Pozitivní vliv muzikoterapeutické intervence lze přičíst jejím specifickým charakteristikám – skupinové formě, jež podporuje zejména komunikační a sociální schopnosti účastníků prostřednictvím pravidelných interakcí s muzikoterapeutem a ostatními členy skupiny, hudebním a pohybovým aktivitám rozvíjejícím neverbální expresi, pozornost či motorické schopnosti, a rovněž rytmickým cvičením, podněcujícím především paměťové schopnosti. Psychický stav a míra zapojení účastníka jsou stimulovány po celou dobu muzikoterapeutického sezení. Závěry výzkumného šetření naznačují pozitivní dopad muzikoterapie na sledované oblasti u jednotlivých probandů (viz příloha č. 3,4,5 a 6).

VO2: Jaký vliv má muzikoterapie na jednotlivé oblasti pacienta, konkrétně na komunikační a sociální dovednosti, pozornost, míru zapojení do aktivit a relaxace a jeho psychický stav před a po muzikoterapeutické intervenci?

Bylo zjištěno, že muzikoterapie má příznivý vliv na zkoumané oblasti pacientů, konkrétně na komunikační a sociální dovednosti, pozornost, míru zapojení do aktivit a relaxace a psychický stav (viz příloha č. 3,4,5 a 6). Pozorovaná muzikoterapeutická intervence probíhala ve skupinové formě, což vedlo k neustálé podpoře sociální stránky klientů. Aktivní část muzikoterapeutického sezení klade z velké části důraz na verbální i neverbální expresi účastníků. Je podněcována prostřednictvím jednotlivých cvičení a otázek kvalifikovaného muzikoterapeuta. Již v úvodní fázi je po účastnících požadováno, aby se stručně představili, uvedli své jméno a vyjádřili se k dotazům muzikoterapeuta, obvykle souvisejícím s tématikou daného sezení. Tato aktivita posiluje nejen komunikační dovednosti na expresivní i receptivní úrovni, ale též sociální interakce. Muzikoterapeut také v průběhu muzikoterapeutické intervence pravidelně klade otázky související s pocity, náladou či myšlenkami pacientů, čímž si rovněž tuto oblast procvičují. Neverbální forma komunikace je stimulována například prostřednictvím hudební exprese, kde mohou pacienti vyjádřit své emoce a pocity skrze hru na hudební nástroje, dále v rámci

pohybových aktivit, kde účastníci přerušují tanec při negativní odpovědi a pokračují, pokud odpoví kladně, či skrze aktivitu Zrcadlo, při níž ve dvojici napodobují či vytvářejí pohyby včetně mimiky apod. Zmíněné aktivity rovněž rozvíjí oblast pozornosti, porozumění či kreativity. Rytmická cvičení, při nichž mají pacienti za úkol opakovat rytmus po ostatních a zároveň vytvářet vlastní, přispívají zejména k rozvoji paměťových schopností. V této souvislosti lze dále zmínit tvorbu asociací, jež mimo jiné podporuje kognitivní schopnosti, neboť pacienti musí být pozorní, zapamatovat si již uvedené informace a formulovat vlastní vhodný termín. A v neposlední řadě, míra zapojení, ať už v aktivní či receptivní fázi, a psychický stav klienta jsou podněcovány po celou dobu sezení.

V rámci kvalitativní metody pozorování bylo zjištěno, že jednotliví probandi vykazují poměrně pozitivní výsledky s ohledem na zmíněné oblasti (viz příloha č. 3,4,5 a 6). Lze konstatovat, že všichni pozorovaní účastníci vynaložili snahu zapojit se a z muzikoterapeutických sezení odcházeli vždy pozitivně naladěni. Koncentrace a verbální exprese činila obtíže především P1, zatímco P2 měla obtíže nejen s expresivní, ale i receptivní formou komunikace. Co se týče sociální oblasti, ta u všech probandů vykázala opět velmi pozitivní výsledky.

VO3: Jaké metody a hudební prostředky muzikoterapeut nejčastěji během muzikoterapeutické intervence využívá?

Výzkumné šetření se dále zaměřilo na analýzu nejčastěji používaných metod a hudebních prostředků uplatňovaných muzikoterapeutem v rámci muzikoterapeutické intervence. Zúčastněné pozorování, analýza dokumentace i polostrukturovaný rozhovor potvrzují, že muzikoterapeutické sezení je vždy členěno na dvě části – aktivní a receptivní. V aktivní fázi je vždy zahrnuto úvodní seznámení či jakási synchronizace, poté improvizovaná hudební exprese s využitím hudebních nástrojů, zahrnující též vyjádření emocí a pocitů, dále rytmická či pohybová cvičení, aktivity zaměřené na rozvoj komunikačních dovedností, ať už ve verbální či neverbální formě, a různé vokální techniky, například v podobě zpěvu. Výzkumný rozhovor tyto aspekty doplňuje o interakci s přidělenými

rolemi. Muzikoterapeutická intervence je vždy završena receptivní formou, během níž pacienti relaxují a uvolňují se nejen po fyzické, ale i psychické stránce.

Mezi hudební prostředky lze zařadit zejména hudební nástroje. Muzikoterapeut nejčastěji využívá Orffovy nástroje (bubínky, xylofony, metalofony), dále klávesové (klávesy, akordeon), strunné (harfa, lyra, kantele), či perkusní (handpan, sansula) (Léčivé nástroje, 2025). Kromě hudebních nástrojů se využívá vlastního hlasu (zpěv). Samotná hudba též obsahuje klíčové prvky – tempo, dynamiku či harmonii. Zatímco rychlé tempo a vyšší hlasitost jsou využívané spíše k stimulaci pacientů, pomalé tempo a nižší hlasitost naopak k relaxaci. Harmonické a disharmonické tóny pak mohou ovlivnit emoční prožívání klienta.

3.7.1 Komparativní analýza vlastního výzkumného šetření se zahraniční studií

Muzikoterapie se stává stále více zkoumaným jevem v oblasti podpory pacientů se ZNPK. Pro komparativní analýzu byla zvolena odborná zahraniční studie publikovaná v International Journal of Language & Communication Disorders, jež poskytuje souhrn poznatků vztahujících se k využití hudebních prvků v rámci logopedické praxe a vlastní výzkumné šetření, zabývající se muzikoterapeutickou intervencí u dospělých osob se ZNPK.

Společným prvkem obou výzkumů je orientace na pacienty v dospělém věku s diagnózou ZNPK. V obou případech se jedná o terapeutické intervence, přičemž vlastní výzkumné šetření pracuje konkrétně s muzikoterapií, zatímco zahraniční studie zahrnuje logopedické intervence využívající hudbu či hudební prvky. Oba výzkumy potvrzují, že muzikoterapie či využití hudby nebo hudebních prvků v rámci terapie představuje významný prostředek pro podporu nejen komunikačních schopností u dospělých osob se ZNPK. Dále se shodují v tom, že přispívá též k rozvoji dalších oblastí (kognitivní funkce, psychický stav apod.). Zahraniční studie v této souvislosti uvádí, že hudba a hudební prvky jsou využívány k podpoře řeči, jazyka, hlasu a celkové kvalitě života klientů. Tyto poznatky korespondují s výsledky vlastního výzkumného šetření, jenž konstatovalo pozitivní účinky muzikoterapie nejen na verbální i neverbální komunikaci, ale též, jak již bylo zmíněno,

na oblast sociálních schopností, pozornosti, míry zapojení a v neposlední řadě na psychický stav pacienta, což podotýká i studie zahraniční.

Průběh terapie v rámci zahraniční studie i vlastního výzkumného šetření zahrnuje jak složku aktivní, tak receptivní. U přehledové studie lze v rámci aktivní fáze terapie zmínit například MIT, jež označuje rytmizovanou intonaci slov a frází, dále sborový zpěv či skládání písní. Co se týče receptivní stránky, lze uvést například relaxační cvičení či samotný poslech hudby. Vlastní výzkumné šetření zahrnuje v rámci aktivní složky rozmanitý výběr cvičení, např. práci s hudebními nástroji, tvorbu asociací nebo motorické aktivity. Muzikoterapie je v tomto případě završena vždy receptivní složkou v podobě relaxace za doprovodu hudby a slov muzikoterapeuta. Oba výzkumy potvrzují, že tato kombinace se jeví jako efektivní a prospěšná.

Dalším společným faktorem je význam interdisciplinární spolupráce. Zahraniční studie zdůrazňuje důležitost spolupráce mezi logopedy, muzikoterapeuty a dalšími zdravotnickými pracovníky. Vlastní výzkumné šetření probíhalo na pracovišti neurorehabilitace, kde je poskytována nejen muzikoterapeutická intervence, ale přítomni jsou též rehabilitační lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, logopedi, speciální pedagogové a další zdravotnický personál.

Kromě významných podobností obou výzkumných šetření je však zapotřebí zmínit i rozdílné skutečnosti. První odlišnost spočívá v organizaci terapie. V zahraniční studii probíhá většina terapeutických sezení pod vedením logopeda, který využívá hudebních prvků v rámci logopedické intervence. Naopak ve vlastním výzkumném šetření probíhají muzikoterapeutická sezení, jež jsou řízené kvalifikovaným muzikoterapeutem. Další odlišností je rozmanitost výzkumného souboru. Zatímco v zahraniční studii byla provedena analýza dat zahrnující 25 studií, vlastní výzkumné šetření se zaměřuje pouze na jedno konkrétní pracoviště, což může být jedním z limitů výzkumu.

Celkově lze konstatovat, že muzikoterapeutická intervence představuje významný podpůrný prvek v rámci rehabilitace osob dospělého věku s diagnózou ZNPK. Její využití by mělo být nadále rozvíjeno v muzikoterapeutické i logopedické oblasti.

3.7.2 Limity výzkumného šetření

Na základě výsledků výzkumného šetření této bakalářské práce lze rovněž konstatovat, že přínos muzikoterapie by mohl být dále zkoumán prostřednictvím dlouhodobých longitudinálních studií, což by přineslo konkrétnější vyhodnocení jejího vlivu v jednotlivých oblastech. V návaznosti na tento aspekt lze uvést, že jedním z hlavních nedostatků výzkumného šetření bylo časové omezení – výsledná data mohla být ovlivněna krátkodobým trváním výzkumu, neumožňujícím zkoumat dlouhodobější účinky muzikoterapie.

Následujícím nedostatečným faktorem výzkumu byla velikost a rozmanitost výzkumného souboru, jenž byl omezen pouze na jedno rehabilitační pracoviště. Pro budoucí studie by bylo vhodnější zakomponovat větší množství probandů z více lokalit, což by umožnilo pestřejší vzorek a rovněž by se výzkum mohl lépe aplikovat na širší populaci.

Další nedostatek výzkumu spočíval v subjektivitě hodnocení. Autorka této bakalářské práce hodnotila jednotlivé aspekty na základě vlastní interpretace, přičemž přestože se snažila zachovat objektivitu, je nutno vzít v potaz, že subjektivita může mít na výsledky rovněž vliv. Aby se v budoucnu subjektivitě předešlo, je možné do výzkumného šetření začlenit více hodnotitelů, či využití kvantitativní metody sběru dat.

3.7.3 Využití v praxi

Výsledky této bakalářské práce vykazují, že integrace muzikoterapeutické intervence do komplexní rehabilitace osob dospělého věku s diagnózou ZNPK může mít pozitivní dopad nejen na komunikační schopnosti klienta, ale rovněž i na jeho kognitivní, sociální a psychickou oblast. Na základě zúčastněného pozorování na vybraném rehabilitačním pracovišti a analýzy získaných dat z polostrukturovaného rozhovoru s kvalifikovaným muzikoterapeutem je nutno poukázat na přínos mezioborové spolupráce, zejména mezi muzikoterapeuty a logopedy. V budoucnu by mohlo být prospěšné tuto kooperaci etablovat či dále prohlubovat, například v podobě pravidelných konzultací či společného vymezení terapeutických cílů.

Získaná výsledná data výzkumného šetření je možné uplatnit zejména v klinickém prostředí, kde může být muzikoterapeutická intervence využívána jako vhodný doplňkový

prostředek k logopedické intervenci, a dále též při vytváření individuálních terapeutických cílů, rozvoji nových terapeutických metod či v rámci vzdělávání logopedů, kde by mohl být kladen větší důraz na užití hudby či hudebních prvků jako prostředek podporující rozvoj komunikační schopnosti.

Závěr

Hudba představuje neodmyslitelnou součást lidského života – ovlivňuje naše prožívání již od prenatálního období a doprovází nás po celou dobu našeho bytí. Působí však nejen na naše emoční prožitky, ale rovněž i na kognitivní schopnosti v podobě paměti a koncentrace, či na kvalitu mezilidských vztahů a komunikaci. Hudba se svými léčivými účinky představuje silný nástroj terapie. Terapeutický obor, využívající hudbu či hudební prvky za účelem optimalizace kvality lidského života, je známý pod termínem „muzikoterapie“.

Bakalářská práce s názvem „Využití muzikoterapie u dospělých osob se získanými neurogenními poruchami komunikace“ (dále ZNPK) úzce souvisí s oborem speciální pedagogika, a to zejména v oblasti podpory specifických potřeb jedinců se ZNPK. Kladla si za cíl určit, jaké účinky má využití hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie u dospělých osob se ZNPK. Dílčí cíle se pak vztahovaly k dalším oblastem, na něž má muzikoterapie u jednotlivých probandů vliv (sociální, komunikační, kognitivní dovednosti apod.), a k analýze metod a hudebních prostředků, jež muzikoterapeut v rámci muzikoterapeutických sezení užívá nejčastěji.

Teoretická část bakalářské práce se věnovala definici a bližší charakteristice ZNPK a oboru muzikoterapie. Výzkumné šetření v rámci empirické části bylo kvalitativního typu a za použití metod zúčastněného pozorování, analýzy dokumentace a polostrukturovaného rozhovoru byla následně komplexně vyhodnocena získaná data, jejichž závěry potvrdily naplnění stanovených cílů bakalářské práce.

Výsledky této bakalářské práce konstatují, že využití hudby či hudebních prvků v rámci muzikoterapie má na dospělé osoby se ZNPK pozitivní účinky. Výsledky dále naznačují, že integrace muzikoterapeutické intervence do rehabilitace dospělých osob s diagnózou ZNPK má pozitivní účinky nejen na komunikační schopnosti klienta, avšak rovněž i na jeho pozornost či sociální dovednosti, míru zapojení a v neposlední řadě i na psychický stav. Nejčastěji užívané metody, prováděné muzikoterapeutem v průběhu muzikoterapeutického sezení, lze kategorizovat dle formy muzikoterapie – aktivní a receptivní. V aktivní části jsou vždy obsažena rytmická a pohybová cvičení, jež mimo jiné

umožňují neverbální projev, dále lze uvést vokální techniky (zpěv), či improvizovanou hudební expresi s užitím hudebních nástrojů (Orffovy, klávesové, strunné či perkusní), související s vyjádřením emocí a pocitů. Receptivní část je pak zaměřena na relaxaci prostřednictvím poslechu poklidné hudby a vlídných slov muzikoterapeuta.

Výzkumné šetření by mohlo být rozšířeno o dlouhodobé longitudinální studie a rozmanitější výzkumný soubor, což by přineslo validnější výsledná data. Dalším omezením byl subjektivní faktor, jenž mohl též ovlivnit výsledky šetření. Při budoucích výzkumech by bylo vhodné začlenit více hodnotitelů, či užít kvantitativní metodu pro zajištění objektivity.

Získaná data výzkumného šetření lze dále využít v klinické oblasti, kde mohou být hudba či hudební prvky uplatněny jako doplňkový, přínosný nástroj k logopedické terapii. Mohou též přispět k tvorbě individuálních cílů terapie, vývoji nových terapeutických metod či vzdělávání logopedů.

Závěrem lze uvést, že na základě uvedených aspektů je zřejmé, že muzikoterapie představuje pro rehabilitaci osob se ZNPK významný přínos, a to ve všech oblastech jejich rozvoje. Autorka je přesvědčena, že tento terapeutický obor má slibnou budoucnost, tudíž by měl být i nadále rozvíjen.

Seznam použitých informačních zdrojů

ADÁMKOVÁ, P. *Co je muzikoterapie?* Online. In: Alfabet. 2021. Dostupné z: https://www.alfabet.cz/pece-o-sebe/co-je-muzikoterapie/ [citováno 2025-01-31]

AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. *History of music therapy*. In: American Music Therapy Association. Online. 2025. Dostupné z: https://www.musictherapy.org/about/history/ [citováno 2025-01-31]

ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Afázie*. Online. In: Asociace klinických logopedů České republiky. 2025. Dostupné z: https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--afazie [citováno 2025-04-11]

ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Dysartrie*. In: Asociace klinických logopedů České republiky. Online. 2025. Dostupné z: https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysartrie [citováno 2025-01-31]

ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Dysfagie – poruchy polykání*. In: Asociace klinických logopedů České republiky. Online. 2025. Dostupné z: https://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--co-je-to--dysfagie [citováno 2025-01-31]

BENÍČKOVÁ, M. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-4238-0

BENÍČKOVÁ, M. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3520-7

BURIÁNEK, J. *Analýza dokumentů*. Online. In: Sociologická encyklopedie. 2018. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Anal%C3%BDza_dokument%C5%AF [citováno 2025-04-12]

BUSETTO, L. a kol. How to use and assess qualitative research methods. Online. *Neurological Research and Practice*. 2020, vol. 2, no. 14, p. 1-10. ISSN 2524-3489.

Dostupné z: https://neurolrespract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s42466-020-00059-z#citeas [citováno 2025-03-23]

CSÉFALVAY, Z., 2006. *Etiologie afázie*. In: KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, s. 79. ISBN 80-247-1110-9

CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V., a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých.* Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3

CSÉFALVAY, Z., RUSINA, R. *Primární progresivní afázie*. Praha: Maxdorf, 2023. ISBN 978-80-7345-749-5

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Příznaky demence*. In: Alzheimer.cz. Online. 2015. Dostupné z: https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/priznaky-demence/ [citováno 2025-01-31]

ČECHÁČKOVÁ, M., 2003. Afázie. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 143-175. ISBN 80-7178-546-6

EUC. *Demence – příčiny, příznaky, druhy a léčba*. In: EUC. Online. 2021. Dostupné z: https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/demence-priciny-priznaky-druhy-a-lecba/#jednotlive-druhy-demence-a-jejich-projevy [citováno 2025-01-31]

GERLICHOVÁ, M. *Hudba léčí: Muzikoterapie pro každého*. Praha: Gerlichová Markéta, 2017. ISBN 978-80-270-2843-6

GERLICHOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1791-8

GERLICHOVÁ, M. *O muzikoterapii*. In: Muzikoterapie Markéta Gerlichová. Online. 2025. Dostupné z: https://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=15 [citováno 2025-01-31]

GESUNDHEIT.GV.AT. *Demence: co to je?* In: Národní zdravotnický informační portál. Online. 2024. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1312-demence-co-to-je [citováno 2025-01-31]

GESUNDHEIT.GV.AT. *Vaskulární demence*. In: Národní zdravotnický informační portál. Online. 2022. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1315-vaskularni-demence [citováno 2025-04-11]

HORŇÁKOVÁ, M., 2003. Význam muzikoterapie u osob se specifickými potřebami. In: KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, s. 39. ISBN 978-80-247-2846-9

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9

KNOLLMAN-PORTER, K. Acquired Apraxia of Speech: A Review. Online. *Topics in Stroke Rehabilitation.* 2015, vol. 15, no. 5, p. 484-493. ISSN 1074-9357. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1310/tsr1505-484 [citováno 2025-03-29]

KRÁSOVÁ, V. *Dysfagie – příčiny, příznaky, léčba*. In: Zdraví.Euro.cz. Online. 2025. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanky/dysfagie-priciny-priznaky-lecba/ [citováno 2025-01-31]

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7

LÉČIVÉ NÁSTROJE. *Kalimby a sansuly*. In: Léčivé nástroje. Online. 2025. Dostupné z: https://www.lecive-nastroje.cz/ [citováno 2025-04-05]

LÉČIVÉ NÁSTROJE. *Orffovy nástroje*. In: Léčivé nástroje. Online. 2025. Dostupné z: https://www.lecive-nastroje.cz/ [citováno 2025-04-05]

LIM, W. M. What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines. Online. *Australasian Marketing Journal*. 2024, vol. 0, no. 0, p. 1-31. ISSN 1839-3349. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/14413582241264619 [citováno 2025-03-23]

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

LNĚNIČKA, J. Respirační insuficience, chronická hyperkapnie a domácí neinvazivní ventilace z pohledu pneumologa. Online. *Vnitřní lékařství*. 2021, roč. 67, č. 6, str. 323-327.

ISSN 1801-7592. Dostupné z: https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2021/06/01.pdf [citováno 2025-01-31]

MACHÁČEK, R. *Echolalia*. In: Med CZ. Online. 2021. Dostupné z: https://medcz.com/echolalia [citováno 2025-03-23]

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7

NEUBAUER, K., 2003. *Dysartrie*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. 303-327. ISBN 80-7178-546-6

NEUBAUER, K. a kol. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1

NEUBAUER, K. a kol. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4

NEUBAUER, K., 2005. Terapie dysartrie. In: LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, s. 283-325. ISBN 80-7178-961-5

ONG, A., NAMASIVAYAM-MACDONALD, A., KIM, S., WERDEN ABRAMS, S. The use of music and music-related elements in speech-language therapy interventions for adults with neurogenic communication impairments: A scoping review. Online. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2024, vol. 59, no. 6, p. 2632-2654. ISSN 1460-6984. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1460-6984.13104 [citováno 2025-02-05]

ORGANOLOGY. *Temple Blocks*. In: Organology. Online. 2025. Dostupné z: https://organology.net/instrument/temple-blocks/ [citováno 2025-03-23]

ROMANOWSKA, B. A. *Muzikoterapie: ladičky a léčení zvukem*. Brno: 2005. ISBN 80-7362-067-7

SALOMÃO, A. *Polostrukturované rozhovory v kvalitativním výzkumu*. In: Mind the GRAPH. Online. 2023. Dostupné z: https://mindthegraph.com/blog/cs/polostrukturovane-rozhovory-v-kvalitativni-vyzkumu/ [citováno 2025-03-23]

SURVEYMONKEY. *What is a Likert scale? Definition, examples, and tips*. In: SurveyMonkey. Online. 2025. Dostupné z: https://www.surveymonkey.com/mp/likert-scale/ [citováno 2025-03-23]

ŠEĎOVÁ, K., ŠVAŘÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-928-6

THAUT, M., H. *Music as therapy in early history*. In: National Library of Medicine. Online. 2015. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25725914/ [citováno 2025-01-31]

THE WILD. *Projevy afázie*. In: CoJeAfazie.cz. Online. 2025. Dostupné z: https://www.cojeafazie.cz/co-je-afazie/projevy-afazie/ [citováno 2025-04-11]

VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

VÝLETOVÁ, B. *Dysartrie*. In: Logopedie Tišnov a Kuřim. Online. 2024. Dostupné z: https://logopedie-tisnov.cz/diagnozy-poruchy-reci/dysartrie/ [citováno 2025-01-31]

WFMT, 2011. *Celková charakteristika muzikoterapie*. In: MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, s. 269. ISBN 978-80-247-4172-7

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9

Seznam použitých zkratek

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

MIT – melodická intonační terapie

NKS – narušená komunikační schopnost

ZNPK – získaná neurogenní porucha komunikace

Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence

Prohlašuji, že při tvorbě této bakalářské práce jsem použila nástroj generativního modelu AI ChatGPT [https://openai.com/chatgpt/overview/] za účelem vyhledávání adekvátních informačních zdrojů, přičemž adekvátnost a obsah zdrojů jsem vždy náležitě zkontrolovala a ověřila. Dále jsem nástroj využila pouze okrajově, k drobným jazykovým korekcím textu.

Dále prohlašuji, že při tvorbě této bakalářské práce jsem použila nástroj generativního modelu AI DeepL Translator [https://www.deepl.com/en/translator] za účelem překladu textu z českého do anglického jazyka, konkrétně v abstraktu bakalářské práce.

Nástroje umělé inteligence nebyly nikdy použity k tvorbě obsahu, výsledků, ani závěrů bakalářské práce. Byly využity výhradně výše uvedenými způsoby, plně v souladu se závaznými předpisy Univerzity Karlovy a Pedagogické fakulty UK, Etického kodexu UK. Veškerý obsah práce je výsledkem mé vlastní autorské práce a přebírám za něj plnou odpovědnost.

Seznam příloh

Příloha 1 – *Informovaný souhlas – pozorování*

Příloha 2 – *Informovaný souhlas – rozhovor*

Příloha 3 – *Tabulka č. 1: Charakteristika sledovaných oblastí – P1*

Příloha 4 – *Tabulka č. 2: Charakteristika sledovaných oblastí – P2*

Příloha 5 – *Tabulka č. 3: Charakteristika sledovaných oblastí – P3*

Příloha 6 – *Tabulka č. 4: Charakteristika sledovaných oblastí – S1*

Příloha 7 – *Základní struktura otázek k výzkumnému rozhovoru*