

PEDAGOGICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

KATEDRA PEDAGOGICKÉ A ŠKOLNÍ PSYCHOLOGIE

**PODPŮRNÁ VÝVOJOVÁ MUZIKOTERAPIE U DĚTÍ  
OD TŘÍ MĚSÍCŮ DO TŘÍ LET**

Vedoucí diplomové práce: PHDR. JANA PROCHÁZKOVÁ

Autor diplomové práce: MGR. MATĚJ LIPSKÝ

Adresa: PRAHA 10, HRADEŠÍNSKÁ 70

Ročník, obor studia: V., PSYCHOLOGIE A SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Měsíc a rok dokončení: DUBEN 2008

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury.

Souhlasím s poskytnutím této práce ke studijním účelům zájemcům o předkládané téma.

V Praze, dne 17. 04. 2008

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji všem, kteří významnou měrou přispěli ke zdárnému dokončení mé práce. Zvláštní poděkování patří PhDr. Janě Procházkové za odborné vedení této práce a poskytování cenných rad, které mi pomohly předkládanou práci realizovat.

Dále pak děkuji paní primářce MUDr. Jaroslavě Lukešové z Dětského centra s komplexní péčí a podpůrnou rodinou terapií při fakultní Thomayerově nemocnici, za umožnění využít případové studie některých dětí jako materiál pro tuto práci a MUDr. Marcele Litovové za poskytování odborných konzultací při zavádění metody Podpůrné vývojové muzikoterapie do praxe.

Mgr. Matěj Lipský

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá metodou Podpůrné vývojové muzikoterapie vytvořené autorem textu v průběhu pracovního působení po dobu čtyř let v Dětském centru s komplexní péčí a rodinnou terapií při Thomayerově nemocnici v Praze 4. Klade si za cíl danou metodu teoreticky popsat a ukotvit v kontextu obecných vývojově psychologických a muzikoterapeutických poznatků a klasifikací. Tento teoretický koncept představuje ucelený pohled do problematiky možností využití muzikoterapie u dětí ve věku od 3 měsíců do 3 let. Text je v závěru rozšířen o tři případové studie, které popisovanou teorii reflektují.

## **ANOTATION**

Presented diploma work is concerned about a method of Supportive Developmental Music Therapy, which was created during four-year work in a Nursery complex care centre at Thomayer's Hospital in Prague 4. The principal aim of this work is to describe this method theoretically and embed it into the background of current knowledge of developmental psychology and music therapy. The described theoretical concept presents a holistic view into the field of using music therapy with children at the age from 3 months to 3 years. Three casuistries were included into this text in order to document the theory in practical use.

# OBSAH:

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÉ VYMEZENÍ PODPŮRNÉ VÝVOJOVÉ MUZIKOTERAPIE, DEFINICE MUZIKOTERAPIE.....	11
1.1. Definování muzikoterapie.....	12
1.2. Muzikoterapie v širším a užším pojetí.....	15
1.3. Klasifikace muzikoterapeutických přístupů podle K. E. Bruscii.....	16
1.4. Definice podpůrné vývojové muzikoterapie (SDMT).....	18
2. DĚLENÍ MUZIKOTERAPIE.....	21
2.1. Skupinová a individuální muzikoterapie.....	22
2.2. Aktivní a receptivní muzikoterapie.....	23
2.3. Kreativní a nekreativní muzikoterapie.....	24
2.4. Klinická a edukační muzikoterapie.....	26
2.5. Vymezení SDMT v rámci systémů dělení muzikoterapie - shrnutí.....	27
3 VÝVOJOVÉ HLEDISKO SDMT.....	28
3.1. Vývojová specifika u kojenců v rámci muzikoterapeutické strategie SDMT	31
3.1.1. Kojenecké období - určující složky pro muzikoterapii.....	32
3.1.2. Vývojová posloupnost v kojeneckém období (od třetího do dvanáctého měsíce)	37
3.1.3. Řečový vývoj v kojeneckém období, možnosti aplikací muzikoterapeutických strategií.....	45
3.2. Vývojová specifika batolat v rámci muzikoterapeutické strategie SDMT....	49
3.2.1. Vývojová posloupnost v období batolete (od prvního do třetího roku)....	50
3.2.2. Muzikoterapeutické strategie SDMT v batolecím období.....	54
4. METODA PODPŮRNÉ VÝVOJOVÉ MUZIKOTERAPIE.....	58
4.1. Muzikoterapeut, klient, hudba.....	59
4.2. Příprava, realizace a evaluace SDMT.....	61
4.2.1. Příprava muzikoterapeutické metody SDMT.....	62
4.2.2. Realizace muzikoterapeutického plánu v rámci metody SDMT.....	67
4.2.2.1. Aplikace vhodných muzikoterapeutických technik.....	67
4.2.2.2. Dokumentace a sledování vývoje.....	76
4.2.3. Evaluace muzikoterapeutického programu v rámci metody SDMT.....	77

4.3.	Úskalí metody SDMT.....	77
5.	PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	82
5.1.	Kazuistika č. 1 - „Katka" (aktuální věk: 2 roky, 9 měsíců).....	82
5.2.	Kazuistika č. 2 - „Marta" (aktuální věk: 3 roky, 5 měsíců).....	87
5.3.	Kazuistika č. 3 - „Robert" (aktuální věk: 3 roky, 4 měsíce).....	93
6.	DISKUSE.....	98
7.	ZÁVĚR.....	103
8.	SEZNAM LITERATURY.....	105
9.	PŘÍLOHY.....	110

## ÚVOD

Hudba je součástí našeho každodenního života. Jak ukazují některé výzkumy, mnoho lidí si svůj život bez hudby ani nedokáže představit. Hudba se stává součástí jejich osobní identity, jejich bytostného Já a provází je celým životem. Dokonce i lidé se sluchovým postižením, pokud se cítí být součástí majoritní společnosti slyšících tvrdí, že je hudba pro jejich život nezbytná (Darrow 1993).

V posledních třiceti letech se hudba stává všudypřítomnou receptivní součástí našeho každodenního bytí. Nejen, že je nedílnou součástí životního stylu postmoderní společnosti, ale je i součástí komercializace našeho života. Hudba tak postupně ztrácí své původní poslání, které mnoho odborníků (srov. Mátejová, Mašura 1992, Bruscia 1998, Bunt 1994, Mořeno 1990, Kantor 2008) spatřuje v komplexnímu léčebném a sociálně-estetickém působení na člověka.

V posledních dvaceti letech se stále více hovoří i o tzv. akustickém smogu (viz: Procházka 1996, Peters 2000, Halpern 2005), jehož součástí jsou kromě nejrušnějších šumů (zvuků s nepravidelným kmitočtem) a hluků (zvuků přesahujících únosnou hladinu decibelů) i tóny (zvuky hudební). Člověk je ve svém prostředí neustále atakován nejrušnější hudbou, která na sebe nenavazuje, je krátkodobá a frekvenčně nevyvážená. To přispívá k neuvědomovanému zvyšování stresu a k celkovému rozladění lidského organismu. Dochází tak k zvláštnímu paradoxu, že původní léčebné a rituální poslání hudby se postupně v naší rozvinuté společnosti mění a stává se zdrojem úzkostí, stresu a disharmonie (Mořeno 2004).

Jak však ukazují další teoretické i praktické práce (Darrow 1993, Jelínková 1984, Peters 2000, Linka 1997) i nadále vnáší společnosti zůstává v určité modifikaci prostor pro hudbu, která zachovává své původní léčebné poslání i následné poslání kulturně-estetické.

Od počátku padesátých let minulého století se postupně v klinické praxi opět začalo experimentovat s využitím zvuku a hudby pro léčebné účely. Celá řada výzkumů potvrdila pozitivní vliv hudby na léčbu, rehabilitaci a rekonvalescenci poválečných pacientů. Postupně začaly vznikat ucelené metodologické postupy pro určité oblasti klientů, kde hudba hrála důležitou roli. Koncem padesátých let minulého století došlo v USA a Evropě k formování nového vědního oboru nazvaného Music Therapy (muzikoterapie). Následující léta přinesla celou řadu nových výzkumů z oblasti působení zvuku a hudby na lidský organismus, působení hudby v psychoterapii

působení zvuku a hudby na lidský organismus, působení hudby v psychoterapii a neuro-akustice. Muzikoterapie tak upevňovala svou pozici na lékařské a psychoterapeutické půdě. Postupně začala pronikat i do dalších oblastí např. do speciální pedagogiky, pedagogiky a stala se i součástí preventivních programů zaměřených na lidské zdraví.

Během 60., 70. a 80. let minulého století vznikla celá řada muzikoterapeutických metod, škol a přístupů. Každá škola s sebou přinesla nové definování oboru, nové pojmosloví a nové výzkumné strategie. Postupně došlo k jakémusi teoretickému přesycení a novému hledání pevných bodů pod nohama. Ty přicházely v podobě národních, mezinárodních a světových asociací, které formulovaly principy muzikoterapeutické práce, jednotlivé standardy muzikoterapeutické profese a etický kodex.

Na počátku 21. století i nadále existuje celá řada muzikoterapeutických metod a přístupů, které zahrnují nejrůznější definice a pojmosloví. Avšak z hlediska pluralismu a holismu mohou vedle sebe stát a navíc mají stabilní pozici danou padesátiletou výzkumnou praxí a mohou se opřít o dobře fungující asociace, které muzikoterapii, jakožto samostatnou vědní a praktickou disciplínu, plně podporují.

V České republice je situace složitější. V současné době je na Českou republiku nahlíženo jako na „černou díru“, kde muzikoterapie v rámci Evropské Unie vůbec není. Realita je však jiná. Zejména v 70. a 80. letech minulého století byla muzikoterapie v tehdejším Československu rozvíjena při České psychiatrické společnosti. Zdejší muzikoterapeutická scéna byla ovlivněna především východoněmeckou a polskou muzikoterapeutickou školou. Co však zůstává i nadále pravdou je skutečnost, že za celou dobu nevznikla v České republice ucelená muzikoterapeutická metodologie, která by získala světové uznání.

V posledním desetiletí se postupně situace mění a spousta studentů pregraduálního i postgraduálního studia společenských vědních oborů se snaží zrekapitulovat svou muzikoterapeutickou činnost ve svých diplomových a disertačních pracích. Objevují se nové funkční metody (viz: Procházka 1996, Vilímek 2008, Břicháčková 2008), které se aplikují v nejrůznějších speciálně pedagogických i psychologických zařízeních a pokoušejí se uspět i na zahraniční půdě.

Tato diplomová práce si klade za úkol teoreticky vymezit a shrnout mé čtyřleté muzikoterapeutické působení u dětí v Dětském centru s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při fakultní Thomayerově nemocnici a přispět tak k nově vznikajícím

metodám na české muzikoterapeutické scéně. Cílem je teoreticky ukotvit ucelený metodologický koncept založený na osobní praxi a zpracování videozáznamů pořízených v průběhu tří let u dětí od 3 měsíců do 3 let věku. Tento koncept nese název **Podpůrná vývojová muzikoterapie (Supportive Developmental Music Therapy - SDMT)** a je určen pro děti se sociálním a zdravotním rizikem do tří let věku.

Základem práce by mělo být tedy především teoretické ukotvení této metody v rámci dosud zjištěných a popsaných muzikoterapeutických přístupů a vývojově psychologických poznatků.

V první kapitole se pokusím pomocí definice a referenčních oborů vymezit metodu SDMT. Následně odbočím do obecné roviny definování muzikoterapie jakožto samostatného vědního oboru s přihlédnutím k pojetí muzikoterapie v širším a užším významu. Tato obecná rovina si následně klade za cíl přiblížit podrobnější zařazení a vymezení SDMT v rámci obecně přijímané kategorizace Kenetha E. Bruscia<sup>1</sup> a stanovit cíle muzikoterapeutické intervence.

Ve druhé kapitole se podrobněji zaměřím na další, obecně přijímaná dělení muzikoterapie, abych podle nich následně lépe specifikoval a zařadil samotnou metodu SDMT. Zároveň se pokusím poukázat na nebezpečí plynoucí z přílišné kategorizace a „černobílého“ vidění světa.

Třetí kapitola představí teoretické pozadí využívání metody SDMT u dětí ve věku od tří měsíců do tří let. Cílem bude propojení vývojově psychologických zjištění a teorií s muzikoterapeutickými aspekty. Zároveň se pokusím vysvětlit, proč je SDMT určena dětem v rámci daného věkového rozmezí.

Čtvrtá kapitola by měla představit celkový koncept metody Podpůrné vývojové muzikoterapie, včetně úskalí, která s sebou přináší indikace jednotlivých muzikoterapeutických technik a postupů. Zaměřím se též na kontraindikace, jakož i možnosti intervence a platformu působení.

**Keneth E. Bruscia, PhD., CMT-BC** - významný americký muzikoterapeut a vysokoškolský učitel (Temple University, USA - Department of Music Education and Therapy). Zakladatel ^xperimentálně-improvizační terapie a metody IAPs. Shrnul a popsal soudobé muzikoterapeutické směry v USA a vytvořil nejznámější, celosvětově uznávanou klasifikaci muzikoterapeutických přístupů.

Následující diskuse v šesté kapitole si klade mnoho otázek (např. zda je indikace muzikoterapie opodstatněná a dostatečně účinná, zda jsou popsána zjištění dostatečně validní, proč se využívá dané metody a ne jiné, proč byly voleny uvedené postupy a ne jiné, jaké intervenující proměnné vstupují do muzikoterapeutického procesu apod.) a pokouší se nalézat odpovědi či relevantní vysvětlení. Závěr shrnuje sdělené poznatky a zabývá se myšlenkou využití hudby v terapii.

# 1. TEORETICKÉ VYMEZENÍ PODPŮRNÉ VÝVOJOVÉ MUZIKOTERAPIE - DEFINICE MUZIKOTERAPIE

Na úvod této kapitoly se pokusím krátce vymežit koncept **Podpůrné vývojové muzikoterapie (Supportive Developmental Music Therapy - SDMT)**. V následujících podkapitolách se budu věnovat podrobněji definování a dělení muzikoterapie, abychom lépe porozuměli níže uvedenému vymezení v rámci muzikoterapeutické teorie i praxe.

Koncept podpůrné vývojové muzikoterapie (SDMT) spadá do proudu kreativních edukačních muzikoterapeutických programů. Jeho součástí je kombinace receptivních a aktivních muzikoterapeutických technik a postupů směřujících k naplnění krátkodobých a dlouhodobých terapeutických cílů.

Podpůrná vývojová muzikoterapie je tedy cíleně řízený proces interakce a intervence, který využívá zvuku a hudby v rámci terapeutického vztahu a vede k obnovení, zachování, rozvoji a udržení mentálního, fyzického a emocionálního zdraví a k podpoře jednotlivých vývojových fází v raném období lidského života. Je součástí komprehensivní rehabilitační péče v pedagogické, psychologické a speciálně pedagogické praxi a je vykonávána individuální a skupinovou formou.

Mezi referenční obory, které poskytují této metodě teoretické a praktické zázemí patří: vývojová psychologie, hudební psychologie, hudební pedagogika, hudební akustika, pediatrie a speciální pedagogika. Mezi další východiska metody SDMT patří následující koncepce:

**Něžné učení** (kanadská metoda somaticko-haptické stimulace prostřednictvím jasně strukturovaných pomalých dotykových kroků u dětí s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením).

**Bazální stimulace** (metoda sensorické komunikace na bázi somatické, vestibulární a vibrační komunikace u dětí s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením).

**Psychomotorická terapie** (tělesně-pohybová stimulace ovlivňující psychické procesy).

**Socioterapie** (terapie sociálním prostředím, psychosociální terapie apod.).

**Systemický přístup** (přístup založený na možnosti docílení změny prostřednictvím ovlivnění celého systému).

**Vibroakustická terapie** (využívá léčebných účinků pulzujících tónů nízké frekvence v rozmezí 30-120 Hz, které jsou sinusoidální tj. neobsahující vyšší harmonické tóny).

Syntéza současných muzikoterapeutických poznatků a výše uvedených referenčních oborů a podpůrných koncepcí tvoří širší základnu pro vymezení možností a efektivního využití muzikoterapeutických postupů a technik v rámci metody SDMT. Nyní přejdeme tedy k muzikoterapii samotné, abychom se mohli následně vrátit k výše napsanému a daná teoretická východiska dále rozvést a ukázat možnosti jejich aplikace v praxi.

## 1.1. Definování muzikoterapie

Na úvod můžeme napsat, že muzikoterapie, jak ji známe dnes, je terapeutický přístup z oblasti tzv. **expresivních terapií**. Expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými prostředky, které jsou svojí povahou hudební, dramatické, literární, pohybové a výtvarné. Muzikoterapie klade důraz na složku hudební, přesto si do jednotlivých technik občas vypůjčí i další prostředky, které nabízejí ostatní expresivní terapie. Tímto konstatováním však plně muzikoterapii nedefinujeme. Pouze vstupujeme do světa mnoha definic s určitou představou.

Není jistě bez zajímavosti, že má-li člověk obstát v současné muzikoterapeutické praxi s vlastní koncepcí, musí vytvořit novou definici, se kterou následně operuje v akademických diskusích a díky níž je zjevné, z jakého odborného prostředí jeho myšlenky či výzkumy vzešly. Z tohoto důvodu není lehké definovat muzikoterapii jako takovou. Existuje totiž celá řada ucelených definic, které svým způsobem opisují totožný fenomén.

Z hlediska metody SDMT uvádím následující definici, jakožto východisko představovaného konceptu.

Termín **muzikoterapie** má řecko-latinský původ. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba; řecky *iherapeia*, *therapeineio*, latinsky *ialreia* znamená léčit, ošetřovat, starat se, pomáhat, ale též **vzdělávat a cvičit**. Jde tedy o použití zvuku a hudby (rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro jednotlivce nebo skupinu. Využívá se zde umění, jakožto edukačního prostředku určeného primárně k terapeutickému cíli. To následně vede k uspokojení

emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb lidí, kterým se muzikoterapie dostává (Lipský 2006).

Mnoho muzikoterapeutů ve svých definicích rovněž vychází z výše uvedeného slovního spojení hudby a terapie, avšak následně každý z nich do té či oné definice vkládá svůj postoj či vědecké zjištění. V USA se definicemi muzikoterapie zabýval K. Bruscia (1998), který po důkladné analýze uvedl, že definování muzikoterapie jakožto uceleného oboru vyžaduje integraci vzájemně protichůdných elementů, které muzikoterapii přisuzují její výše uvedené identity, což pochopitelně komplikuje snahy o jednotné vymezení muzikoterapie. Na muzikoterapii je možné nahlížet jako na umění, interpersonální proces, vědní disciplínu a profesi. Celá situace je však ještě složitější, pokud zvážíme enormní odlišnosti v klinické praxi, kulturní specifika, transdisciplinaritu oboru nebo velmi rychlý vývoj muzikoterapie, který je příčinou mnoha neustálých proměn.

Stejnou problematikou se v České republice zabýval J. Kantor (2008), který poukázal i na skutečnost, že nelze podat jednotný náhled ani na samotnou hudbu nebo terapii - dva základní fenomény, které muzikoterapie spojuje ve svém názvu. Následující text může proto pouze představit některé frekventované pohledy na vymezení celé problematiky definování muzikoterapie.

Interkulturní odlišnosti muzikoterapeutické praxe znemožňují vytvoření jedine a obecně přijímané definice muzikoterapie. Mezinárodně akceptovaná je definice Světové federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy - WFMT):

*Muzikoterapie je použití hudby nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu. Jejím účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné cíle za účelem uspokojení tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb.*

*Muzikoterapeut usiluje o rozvinutí schopností a/nebo navrácení funkcí jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby (WFMT 1996, s. 12).*

Americká muzikoterapeutická asociace (AMTA) vychází ze základní premisy, že má-li jít o využití hudby v terapii, pak musí být vždy jasné a předem definované její použití, které explicitně vede k dosažení terapeutického záměru a cíle. Za ten považuje především vyléčení ve smyslu obnovení zdraví a jeho následnou podporu a udržování. Dále pak celkové zlepšení duševního a psychického zdraví člověka (AMTA 1998). Oficiální definici muzikoterapie pak předkládá takto.

*Muzikoterapie je klinické a evidované použití hudební intervence k naplnění individuálních cílů v prostředí terapeutického vztahu akreditovaným odborníkem s ukončeným schváleným programem muzikoterapeutického výcviku (Americká muzikoterapeutická asociace, American Music Therapy Association 2005, s. 3).*

Zdařilé definice podávají rovněž významní muzikoterapeuti J. Petersová a K. E. Bruscia:

*Muzikoterapie je plánovaný, cíleně řízený proces interakce a intervence, založený na odhadnutí a ocenění individuality specifických potřeb klientů, jejich sil a slabostí, ve kterých hudba či hudební podklad tvoří společnou zkušenost (zpěv, hra na hudební nástroj, poslech hudby, pohyb při hudbě, vlastní tvorba zvuků a hudby, diskuse o prožitcích spojených s hudbou apod.). Této zkušenosti se dále využívá při speciálním školení personálu (muzikoterapeutů i těch, co následně školí či vykonávají supervize) a vede k ovlivnění pozitivních změn v individuálních prožitcích, dovednostech, ale i myšlení, cítění a chování (Peters 2000, s. 2).*

*Muzikoterapie je systematický proces intervence, během něhož terapeut pomáhá klientovi rozvinout zdraví prostřednictvím hudebních zkušeností a vztahů, jež se prostřednictvím hudebních prožitků vytvoří. Tyto vztahy slouží jako dynamická síla terapeutické změny (Bruscia 1998, s. 11).*

Muzikoterapie je příliš široká, aby mohla být definována nebo obsažena jasným a jednoduchým modelem, přístupem, metodou, klientelou, teorií, metodou teoretizování nebo výcvikovým programem. Nemůže být taktéž omezena pouze na určitou úroveň praxe. Muzikoterapie má kolektivní identitu, která obsahuje a překračuje individuální identitu všech praktikujících muzikoterapeutů. To znamená, že muzikoterapie nemůže být dále definována jen podle toho „co já nebo ty děláme“, ale podle toho „co my všichni děláme“. Přesto je definování jednotlivých

individuálních přístupů v muzikoterapii důležité. Pokud totiž jednotliví muzikoterapeuti vytvoří jasnou definici pro muzikoterapii vzhledem k vlastní zkušenosti, odborné erudici a praxi, je následně možné analýzou jednotlivých definic dospět k tomu, co je společné a nadindividuální - tedy obecné.

## 1.2. Muzikoterapie v širším a užším pojetí

Jak uvádí Kantor (2008), mezi muzikoterapeuty se v mnoha zemích dlouhou dobu vedla diskuse týkající se zařazení a vymezení působnosti muzikoterapie. Tato diskuse je i v současné době stále aktuální. Mnoho odborníků na muzikoterapii nahlíží pouze jako na účinnou techniku nebo jako na pomocný prostředek psychoterapie (srov. Mátejová, Mašura 1992, Lipský 2008). V odborné literatuře se s tímto vymezením setkáváme jako s **muzikoterapií užšího významu**.

Např. Simon (1975) takto pojatou muzikoterapii definuje jako léčebnou psychoterapeutickou metodu, která - podle psychopatologických zákonitostí - užívá specifického hudebně komunikativního média receptivního i aktivního, aby dosáhla terapeutických efektů při léčení neuróz, psychosomatických poruch a neuropsychiatrických onemocnění. Dodává, že muzikoterapie je pouhým „torzem“ bez znalosti hudební psychologie, kterou vymezuje na pomezí tónové psychologie a hudební estetiky. Podobné vymezení muzikoterapie nacházíme i v České republice (viz: Kratochvíl 2001, Jelínková 1984 apod.).

Nezávisle na psychoterapii se rozvíjely muzikoterapeutické metody používané ve speciální pedagogice (Kreativní muzikoterapie Nordoff a Robbins, Metoda volné improvizace J. Alvin apod.) nebo některých medicínských oborech (Vibroakustická terapie, Tomatisova metoda, Hudební integrativní neuroterapie apod.). Mnohé z těchto metod nebyly díky užšímu pojetí dlouhou dobu zařazovány do oblasti muzikoterapie (Skille 2000, Kantor, Lipský, Weber 2008).

V současné době se však většina odborníků přiklání k definování **muzikoterapie v širším významu**. Ten, podle Kantora (2008), zahrnuje terapeutické aplikace hudby z pohledu mnoha různých oborů pomáhajících profesí. V zahraničí je dokumentováno užití hudby ve speciální pedagogice, fyzioterapii, pediatrii, neurologii, ošetrovatelství, porodnictví, paliativní péči, klinické psychologii a dalších oblastech (Peters 2000).

Muzikoterapie již není spojována pouze s psychoterapií a zahrnuje léčebné i neléčebné aplikace hudby za účelem celkové podpory klienta v jeho bio-psycho-socio-transcendentální jednotě. V současné době, jak si uvedeme níže, se muzikoterapie vzhledem k tomuto vývoji dělí na klinickou nebo též psychoterapeutickou a edukační nebo též podpůrně rehabilitační.

Alvin (1978) k tomuto poznamenává, že by bylo chybou myslet si, že muzikoterapie je připojena ke zvláštním psychologickým a psychoterapeutickým školám. Většina muzikoterapeutů následuje již zavedené směry, ale další vývoj sociální a vývojové psychologie a dalších oborů přispěl k rozšíření koncepce a uplatnění muzikoterapie. Hudební techniky mohou například ovlivňovat stav a chování člověka během učení, hudba dokáže zajistit vzájemné komunikační působení mezi klientem a jeho okolím, může být také důležitá ve vztahu k vývoji pacientovy nemoci a konečně můžeme hudbu chápat jako sociální fenomén, který seznámí lidi z více sociálních skupin uvnitř společnosti.

Jak uvádí Kantor (2008), v mnoha zemích, kde bylo dříve upřednostňováno pojetí muzikoterapie v užším významu, postupně dochází k osamostatnění od psychoterapie a k rozvoji muzikoterapie jakožto nezávislé profese, která integruje a aplikuje poznatky mnoha jiných oborů. Postupně se zní stává nezávislá, mezinárodně uznávaná profese rovnocenná s tradičními medicínskými a psychoterapeutickými přístupy.

### **1.3. Klasifikace muzikoterapeutických přístupů podle K. E. Bruscia**

Jak z předchozího vyplývá, muzikoterapie představuje zastřešující pojem pro rozmanité hudebně-expressivní koncepce a přístupy. Co je společné všem muzikoterapeutickým směrům se pokusil analyzovat K. Bruscia (1998). Základní podmínky muzikoterapie našel v stanovení a definování terapeutického cíle, procesech systematické intervence, ve vztahu terapeuta a klienta, podpoře zdraví klienta, hudební zkušenosti a ve vztazích, které se v terapeutickém procesu formují. Zároveň odkazuje k tomu, zda je primárním prostředkem k dosažení terapeutického cíle hudba (hudba jako terapie) nebo vztah mezi terapeutem a klientem, popř. jiný terapeutický prostředek (hudba v terapii).

### **Hudba jako terapie (Music as Therapy).**

- a) Hudba má centrální postavení v terapeutickém procesu.
- b) Úkolem terapeuta je umožnit klientovi navázat vztah k hudbě a jejím terapeutickým vlastnostem. Terapeut zde slouží jako pomocník nebo facilitátor, jehož úkolem je vybrat klientovi vhodnou hudbu a zprostředkovat hudební zkušenosti.
- c) Terapeutický vztah tedy vytváří kontext pro hudební zkušenost (zaměření na hudbu).
- d) Typickými příklady hudby jako terapie je Kreativní muzikoterapie Nordoff-Robbins či etno-muzikoterapie W. Mastnaka.

### **Hudba v terapii (Music in Therapy).**

- a) Úkolem terapeuta je vyjít vstříc potřebám klienta a to prostřednictvím takového terapeutického prostředku, který je nejvhodnější v dané situaci. Terapeut tak zaujímá primární roli, hudba pouze podporuje rozvoj vztahu, který napomáhá k dosažení terapeutického cíle v rámci terapeutické intervence.
- b) V popředí terapeutického procesu je tedy terapeutický vztah. Úkolem hudebních zkušeností je podpořit vztah mezi terapeutem a klientem, popř. účinek jiných léčebných prostředků (např. verbální diskuse).
- c) Tento přístup je většinou aplikován v psychoterapii a lékařství. Příkladem hudby v terapii je Analytická muzikoterapie M. Priestleyové nebo Maultsbyho racionálně behaviorální muzikoterapie.

Bruscia (1987, 1998) dále vytvořil dvojdimenzionální model zaměřený na oblast a úroveň muzikoterapeutické praxe. Vymezil tak šest oblastí a čtyři úrovně muzikoterapeutické praxe. Za oblasti muzikoterapeutické praxe považuje praktiky didaktické, medicínské, léčebné, psychoterapeutické, volnočasové a ekologické. Mezi úrovně muzikoterapeutické praxe pak patří úroveň pomocná, rozšiřující, intenzivní a primární. Vzhledem k tomu, že je toto dělení v širší muzikoterapeutické obci velmi ceněno a uznáváno, avšak svojí obšírností překračuje rámeček této diplomové práce, naleznete jej v příloze č. 1.

## 1.4. Definice podpůrné vývojové muzikoterapie (SDMT)

*Podpůrná vývojová muzikoterapie představuje ucelenou metodu podporující jednotlivé vývojové fáze dítěte pomocí specifických technik pracujících se zvukem a hudbou v rámci předem vymezeného jasně definovaného terapeutického cíle, kde je upřednostňován terapeutický vztah.*

Podpůrná vývojová muzikoterapie se řadí k systémům pracujícím s hudbou v rámci konceptu dílčích muzikoterapeutických setkání, kde zvuk a hudba tvoří prostředek pro dosažení terapeutického cíle, avšak hudba a zvuk nejsou samotnou terapií. Podle vymezení K. E. Bruscii (viz přílohu č. 1) tak SDMT spadá do systému „Hudba v terapii“ (Music in Therapy).

Vzhledem k dvojdimenzionálnímu vymezení muzikoterapeutické praxe, spadá SDMT do **úrovně rozšiřující** (augmentative level), kde napomáhá k posílení výsledků jiných léčebných intervencí a slouží k dosažení významných dílčích výsledků v celkovém terapeutickém plánu dítěte. Muzikoterapeut praktikující tuto metodu musí být vždy součástí odborného týmu (kam patří např. pediatr, psycholog, logoped, fyzioterapeut, speciální pedagog, primární terapeut, zdravotní sestry či vychovatelé) a svou prací přispívá k naplnění celkového podpůrně-léčebného plánu dítěte. Zároveň však SDMT spadá do **úrovně intenzivní i primární**, neboť je tato metoda často i centrální terapií pro jednotlivé dětské klienty. Výsledkem jsou významné změny např. v oblasti hrubé a jemné motoriky, kognitivních schopností a emočních a řečových projevech.

SDMT můžeme v rámci oblastí muzikoterapeutické praxe zařadit na pomezí **podpůrně-edukační** a **medicínské oblasti**. Avšak ve své podstatě tato metoda prostupuje i ostatními oblastmi (tj. oblast ekologická, volnočasová a psychoterapeutická). Vše závisí na definování dlouhodobých a krátkodobých muzikoterapeutických cílů.

Mezi terapeutické cíle můžeme zařadit:

- Podporu přirozeného vývoje dítěte (rozvinutí dosažených schopností a dovedností v rámci vývojové posloupnosti).
- Podpora samostatné aktivity dítěte.
- Umožnění koncentrace a zklidnění dítěte.

- Rozvoj emocionální a sociální adaptace.
- Doplnění „citové nádrže“ dítěte - emoční stabilita.
- Podpora sociální interakce a interpersonálních dovedností.
- Podpora řečového vývoje.
- Uvolnění od zátěže.
- Rozvoj a podpora zbytkových funkcí postižených oblastí u dětí s postižením.
- Rozvoj kompenzačních strategií.

Muzikoterapeutických cílů je mnohem více než výše uvedený výčet obsahuje. Důležité je jejich správné stanovení a naplánování jednotlivých kroků, které nás k nim mají přivést. Sestavení muzikoterapeutického cíle by mělo být v součinnosti s celkovým terapeutickým plánem klienta. Ten vychází z odborného koncilium, kde společnou strategii hledají všichni odborníci, kteří se případem daného klienta zabývají.

Muzikoterapeut sestavuje plán dílčích cílů, které mají postupně vést k dosažení společného cíle. Tyto dílčí cíle mohou být velmi jednoduché (např.: dítě při společné komunikační improvizaci dokáže udržet na 10 sekund oční kontakt a to v průběhu tří po sobě následujících setkání. Jestliže k tomu nedojde, pravděpodobně muzikoterapeut zvolil příliš vysoký cíl a měl by své nároky snížit a postupně se k tomuto cíli navrátit).

Dále je důležité zmínit, že je rozdíl mezi terapeutickým cílem a terapeutickým efektem. Jak již bylo zmíněno, o muzikoterapii hovoříme tam, kde se zvuk a hudba používají primárně k dosažení terapeutického cíle. Jinými slovy, víme proč hudbu používáme, kam tím směřujeme a jak toho dosáhneme. V tomto případě můžeme hovořit o muzikoterapii.

Jestliže však pracujeme s hudbou a nemáme jasno v tom proč to děláme a kam s tím směřujeme, nejedná se o muzikoterapii, i když naše počínání může být terapeuticky efektivní.

Např.: je-li v ústavu sociální péče jako zábavný kroužek vytvořena hudební skupina tamních klientů, která následně veřejně vystupuje a tím dochází k integraci těchto klientů do společnosti, zvýšenému sebehodnocení, rozvoji adaptačních schopností, získávání nových zkušeností a dalším terapeutickým efektům - nejde o muzikoterapii. Pokud však pracujeme se skupinou klientů, kde je potřeba podpořit

jejich adaptační schopnosti, posílit jejich smýšlení o sobě samých a umožnit integraci do majoritní společnosti a za tímto účelem vytvoříme hudební skupinu, která bude následně realizovat koncerty a výsledkem bude stejný terapeutický efekt, jako tomu bylo v prvním případě - jde o muzikoterapii. S trochou nadsázky se dá říci, že když dva dělají totéž, není to vždy totéž. Důležitý je předem definovaný záměr a cíl muzikoterapeutické intervence.

Závěrem je nutné podotknout, že se cíl může (a často k tomu dochází) v průběhu terapie změnit. Někdy vzniká impulz ke změně přímo v průběhu muzikoterapie (např. vyvstaly jiné, důležitější skutečnosti, které je třeba řešit nebo byl stanovený cíl již dosažen) nebo změna přichází na základě přeformulování společného cíle v rámci týmu, který s daným klientem pracuje.

## 2. DĚLENÍ MUZIKOTERAPIE

Než přejdeme k samotnému dělení muzikoterapie, které nám následně pomůže lépe vymezit metodu SDMT, je důležité zmínit, že každé „černobílé vidění světa“ je zjednodušující. Jinými slovy, pokud něco rozdělíme a tvrdíme, že jediné tak to je, dostává nás toto tvrzení na scestí. Např. pokud budeme hovořit o muzikoterapii klinické a muzikoterapii rehabilitační, jistě budeme mít pravdu, že oba póly představují určité specifikum muzikoterapeutické práce. Přesto je pomyslná hranice mezi nimi velmi tenká. Muzikoterapeutické strategie, které jsou jasně cílené k podpoře a edukaci mohou synchronně spustit paralelní psychoterapeutický proces se vším, co kněmu patří (včetně otázek přenosu a protipřenosu, vystupování nevědomého materiálu či kvalitativní změny v oblasti struktury osobnosti). To samé platí obráceně, mnoho muzikoterapeutických technik používaných v klinické psychoterapeutické praxi může v jiném kontextu účinně podpořit např. rozvoj zbytkových funkcí postižených orgánů, schopnost koncentrace u lidí se zhoršenou komunikační schopností, podpořit kompenzační dovednosti apod. - což jsou cíle muzikoterapie rehabilitační.

Podobnou zkušenost můžeme nalézt i u dalších dělení, např. v České republice nejznámější dělení muzikoterapie<sup>2</sup> na aktivní a receptivní, rovněž přináší jistý paradox. Při muzikoterapii totiž dochází k situaci, kdy každé působení zvuku a hudby je do jisté míry aktivní a zároveň receptivní (mimovolní). Využití hudby vnáší aktivní prvek do terapeutického procesu vždy. Ať jde o hudbu reprodukovanou nebo aktivně provozovanou. Pokaždé totiž napomáhá k aktivaci posluchačů i hráčů, neboť jejich jednání nemá vztah pouze k hudbě, ale především k vzájemné interakci mezi všemi zúčastněnými.

Každá hudební a rytmická produkce je rovněž přijímána mimo volně. Nelze oddělit jednotlivé zvuky, které vznikají v rámci aktivní muzikoterapie, od jejich tvůrců. Každá vzniklá zvuková vlna působí na všechny zúčastněné, i když ji třeba sami nevyprodukovali.

Rozhodujícím okamžikem ve vnímání hudby je tedy interakce. Jde o interakci mezi neurofyziologickými procesy v těle klienta a vzniklou zvukovou vlnou. Dochází tak k určitému dialogu, který podněcuje psychické změny, evokuje bytostné síly,

<sup>2</sup> Kratochvíl (1978), Pokorná (1982), Linka (1997), Šímanovský (1998) a další.

všemi zúčastněnými v muzikoterapeutické situaci (muzikoterapeutem, klientem a hudbou).

Pro vymezení platformy působení, jakož i pro rozdělení z hlediska různých modalit jsou tyto dělení jistě funkční. Přesto je důležité mít na paměti onen přesah a zároveň si jasně definovat kompetence svého působení. Pokud např. v rámci rehabilitační muzikoterapie otevřeme u klientů nějaké téma ve smyslu psychoterapie, neměli bychom s tímto tématem pracovat, ale předat klienta jinému odborníkovi, který je pro danou situaci erudovaný. A naopak, máme-li primární cíl zasazení do psychoterapeutického rámce, neměli bychom se pokoušet o rehabilitaci či muzikoterapeutickou diagnostiku. Dělení nám tak nepřímo vymezuje roli našeho muzikoterapeutického působení, kterou bychom neměli opouštět.

Metoda SDMT je vývojově podpůrná rehabilitační strategie zaměřená na práci s dětmi. Součástí SDMT je však i práce s rodiči (viz: kapitola 3.1.2.). Jestliže se objeví při muzikoterapeutických setkáních u rodičů dítěte nějaké téma spadající do rezortu rodinné terapie či individuální psychoterapie, měli bychom pouze doporučit jiného odborníka a nadále pokračovat v podpůrně rehabilitační intervenci. A to i v případě, že dané téma či problém má za následek např. regresi dítěte nebo jiným způsobem ovlivňuje průběh muzikoterapie.

## 2.1. Skupinová a individuální muzikoterapie

Styčným bodem v otázce dělení muzikoterapie zůstává především hledisko terapeutické práce<sup>3</sup>. Muzikoterapii můžeme rozdělit na individuální a skupinovou.

**Individuální muzikoterapie** se utváří na základě vztahu mezi klientem a terapeutem. Působení zvuku a hudby je užíváno nejen k uvolnění nashromážděné tenze, průchodu emocí a dalším cílům terapeutického setkání, ale také k navázání vzájemné důvěry a prohloubení vznikajícího terapeutického vztahu.

**Skupinová muzikoterapie** je takovou formou terapie, při níž se kromě působení zvuku a hudby využívá skupinové dynamiky. Jde o interakci mezi jednotlivými členy skupiny navzájem a mezi členy skupiny a terapeutem či terapeutky. Dynamika skupiny se vyvíjí v čase. Kratochvíl (1977) uvádí, že skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí ji interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny

<sup>3</sup>1 když i zde můžeme zavést polemiku např. u forem skupinové muzikoterapie, která pracuje jakožto individuální terapie na pozadí skupiny (viz propojení muzikoterapie a Pesso terapie).

a silami z vnějšího prostředí. Hudba často poskytuje motivaci potřebnou pro jednotlivce k tomu, aby se zapojili do skupiny a vstupovali do interakcí s ostatními (Peters 2000). Společně se účastní skupinové vokalizace, hraní na nástroje, pohybování se na muziku, improvizace, skládání a diskusí o hudbě. Skupinové hudební improvizace a další muzikoterapeutické techniky pak zrcadlí skupinovou dynamiku, jakož i určité problémy a starosti jednotlivých klientů. Hudební zkušenost ukazuje skupinovou dynamiku transparentněji, takže může být postupně zvědomena a diskutována (Crowe 1991).

Někteří autoři (např. Kantor 2008) uvádějí ještě **formu hromadnou**. Avšak na tomto místě se způsobem možnosti hromadného působení hudby na větší skupinu lidí nebudeme zabývat. Je to z toho důvodu, že autor těchto řádků takto aplikované užití hudby nepovažuje za muzikoterapii. Často jde totiž o setkání, při nichž není jasně uchopitelný a definovatelný terapeutický cíl a zároveň se vytrácí nosný prvek každé terapie, jímž je vztah mezi terapeutem a klientem.

## 2.2. Aktivní a receptivní muzikoterapie

**Christoph Schwabe** (1983), zakladatel Lipské školy, která měla největší vliv na muzikoterapii v Československu v 70. a 80. letech minulého století, rozdělil muzikoterapii na aktivní a receptivní, přičemž sám uváděl, že neexistuje pouze jedna univerzální metoda aktivní a receptivní muzikoterapie. Je zde řada metod, které se přizpůsobují jednotlivým oblastem medicíny či speciální pedagogiky. Zároveň předpokládal, že se celý léčebný proces v aktivní i receptivní muzikoterapii odvíjí od toho, jakou funkci zastává hudba a jaká funkce náleží klientům.

**Aktivní muzikoterapie** vychází ze situace, v níž je klient aktivně vtažen do terapeutického procesu, ve kterém se využívá zvuku a hudby. Sám se projevuje vokálními a instrumentálními dovednostmi. K tomu může docházet buď na základě improvizace nebo interpretace. Přičemž není důležité, zda jeho hudební schopnosti a dovednosti reprezentují obecně uznávanou estetickou podstatu hudebního přednesu. Jinými slovy, není důležité, zda klient na dané instrumenty umí hrát a jak je hudebně nadaný či vyspělý. Podstatný je především efekt daný aktivní účastí klienta při hře na hudební nástroj a zpěvu, jenž přispívá k terapeutickému cíli (Lipský 2005).

**Receptivní muzikoterapie** je též nazývána pasivní či poslechovou muzikoterapií. V této situaci působí hudba na člověka, který jí pouze naslouchá. Může jít i o mimovolní působení hudby na klienta, který se věnuje jiné činnosti, např. při spojení muzikoterapie s arteterapií. Jak však uvádí Linka (1997), z hlediska hudebního provozu je klient ve chvíli vnímání hudby pasivní. Někdy však může v rámci poslechu hudby samovolně asociovat. Z tohoto základu vychází celá řada imaginativních technik.

Podle terapeutického cíle dále Schwabe (1983) rozdělil muzikoterapii na:

1. **Komunikativní** - cílem je vybudování vzájemné důvěry, prostředí sdílnosti a vzájemné komunikace.
2. **Reaktivní** - zaměřuje se na afektivní reakce klientů a prohlubuje dynamiku v terapeutickém procesu.
3. **Regulativní** - cílem je neutralizace nepříjemných stavů tenze, uvolnění svalstva i vegetativních funkcí.

Kratochvíl (2001) uvádí, že prostřednictvím společného poslechu hudby komunikativní muzikoterapie podněcuje sdílnost emočních prožitků a napomáhá překonávat počáteční nedůvěru k terapeutovi. Společné prožívání hudby na základě emoční aktivace pak usnadňuje průchod skrytých konfliktních témat, o nichž klient zatím mlčel. Reaktivní muzikoterapie naopak podněcuje a vyvolává afektivní reakci ve smyslu psychické katarze. Vede klienta k překonání neurotických zábran a uvolnění nashromážděné tenze. Regulativní muzikoterapie pak sdílí podobné cíle jako mnoho relaxačních technik. Snaží se uvolnit tělesné napětí, avšak myšlenky se nezaměřují pouze na tělesné procesy, ale též na přítomnost hudby.

Schwabe (1973) dále oddělil od muzikoterapie tzv. voice terapii, nebo-li práci s hlasem, která zahrnuje všechny vokální a verbální improvizace, interpretace a komunikace, které jsou jinak běžně řazeny do muzikoterapie.

### **2.3. Kreativní a nekreativní muzikoterapie**

**Kreativní muzikoterapie** vychází z přístupu, který preferuje techniku improvizace na rozličné hudební nástroje a často využívá i spontánních vokálních projevů. Velké množství muzikoterapeutických škol se orientuje především na hudební improvizace. Jde o primární využití tvořivého potenciálu klientů, který rozvíjí jejich fantazii, spontaneitu, komunikaci i celou škálu prožitků a emocí. Na základě hudebních

improvizací často dochází k jejich oceňování, zhodnocení a samotné léčbě či rehabilitaci.

Mezi nejznámější kreativní přístupy a školy patří např. Free Improvisation Therapy J. Alvinové, Kreativní muzikoterapie Nordoff & Robbins, Metoda Continuum of Awareness E. H. Boxill, Experimentálně-improvizační terapie K. E. Bruscn, Analytická muzikoterapie M. Priestleyové a další.

Kreativní muzikoterapeutické metody užívají nejrůznější improvizační techniky pro cílenou terapeutickou práci. To, v čem se jednotlivé metody mezi sebou liší, je dáno teoretickou orientací a klinickou či rehabilitačně-podpůrnou praxí. Vše se odráží v odlišném přístupu ke klientům. Kreativní metody užívají hudební stimulaci, verbální inonverbální řízení a reflexi. Zabývají se klienty v určité improvizační situaci a používají nejrůznější expresivní techniky (hru na tělo, hru na hudební nástroje, zpěv, vokalizace, pohyb, tanec, psychodrama, pantomimu aj.).

Expresivní techniky podporují u klientů nonverbální komunikaci a na úrovni emočního prožívání aktivují self-expresi. Muzikoterapeuti pomáhají klientům identifikovat, že se nacházejí v určité skutečnosti, která se stává novou zkušeností, jenž může být důležitá pro jejich léčbu i další život (Lipský 2008).

Muzikoterapeutické metody a přístupy, které jsou svou povahou spíše orientované receptivně (poslechově) či ambientně (mimovolně), se někdy uvádějí jako **muzikoterapie nekreativní**. Do této kategorie patří především metody založené na výzkumech o působení zvuku a hudby na lidský organismus. Není jistě bez zajímavosti, že většina těchto metod se snaží vyhnout pojmům jako hudební terapie, léčba hudbou či muzikoterapie. Přesto na ně někteří autoři nahlízejí jako na muzikoterapeutické procedury, které mají v běžné praxi své opodstatnění a vykazují pozitivní výsledky na poli medicíny i speciální pedagogiky. Mezi nejznámější metody patří např. **Vibroakustická terapie** (Vibroacoustic Therapy) vycházející z výsledků neurofyzilogických výzkumů o léčebném účinku pulzujících tónů nízké frekvence v rozmezí 30-120 Hz, které jsou sinusoidální (neobsahující vyšší harmonické tóny). Tyto tóny jsou integrovány do hudby (tzv. fraktální hudba) a používány v kombinaci se speciálními zařízeními k terapeutickým účelům. **Hudební integrativní neuroterapie** (Music Integrative Neurotherapy - MIN) zahrnující poslech hudby kombinovaný s vizuálními stimuly na bázi počítačových programů. **Tomatisova metoda** (Tomatis's Listening Program) pracující s počítačově

upravenou, odfiltrovanou hudbou W. A. Mozarta, Gregoriánského chorálu amatérského hlasu. Metoda je vystavěna na bázi audio-psycho-fonologie a podpořena mnohaletými zkušenostmi a validními výzkumy.

Výčet nekreativních metod a přístupů není samozřejmě úplný. Výše napsané má pouze objasnit, kdy opravdu není na místě tvrzení o aktivní kreativní činnosti klientů. Mezi nekreativní muzikoterapeutické přístupy jsou někdy řazeny i behaviorálně orientované muzikoterapeutické přístupy zaměřené na ovlivňování chování klientů prostřednictvím odebrání a opětovného pouštění jednotlivých zvuků či hudby jako celku.

## **2.4. Klinická a edukační muzikoterapie**

Pomyslné misky vah pro muzikoterapeutické techniky a strategie představuje jejich indikace na poli psychoterapie a speciální pedagogiky. Jak již bylo výše uvedeno, hranice mezi klinickou a edukační muzikoterapií jsou velmi tenké. Stejně muzikoterapeutické strategie je možné využít v obou případech, přesto je důležité si plně uvědomit cíl a záměr, který vede k psychoterapeutickému či podpůrně rehabilitačnímu procesu.

### **Muzikoterapie edukační (též podpůrná, rehabilitační)**

Takto pojatá muzikoterapie poskytuje pomoc v náročných situacích, podporuje pozitivní myšlení a víru ve vlastní síly. Snaží se omezit vývojové ztráty a optimalizovat podmínky vývoje, tj. zprostředkovat potřebné zkušenosti a podněty pro udržení integrity osobnosti. Edukační muzikoterapie se zaměřuje spíše na celkové zvýšení kvality života klientů a na formu. Cílem je rozvinout schopnosti a dovednosti člověka do takové míry, jak je to jen možné. Edukační muzikoterapie není omezena z hlediska času, může probíhat tak dlouho, dokud klientovi prospívá.

### **Muzikoterapie klinická (též psychoterapeutická, rekonstrukční)**

Teoretické pozadí klinické muzikoterapie vychází mimo jiné též z psychoterapie. Pravidla a zákonitosti často korespondují se zjištěními u jednotlivých psychoterapeutických přístupů. Akademická obec se rozdělila na dvě skupiny autorů. Jedni nahlízejí na klinickou muzikoterapii pouze jako na účinnou techniku, která spadá do rámce psychoterapeutických metod. Jiní pak přicházejí s názorem, že klinická muzikoterapie představuje samostatný obor, který navazuje na

psychoterapeutickou tradici a specifickým způsobem ji rozvíjí, doplňuje a přináší nový pohled na již zaběhlé metody a postupy. Cílem takto pojaté muzikoterapie bývá ovlivnění chování a jednání klientů ve smyslu trvalých změn. Klinická muzikoterapie se často zaměřuje na „přestavbu“ osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací nebo hodnotového systému.

## **2.5. Vymezení SDMT v rámci systémů dělení muzikoterapie - shrnutí**

Na základě výše popsaných dělení muzikoterapie můžeme nyní lépe vymežit Podpůrnou vývojovou muzikoterapii (SDMT):

- SDMT se provádí individuální i skupinovou formou. Nejčastěji se skupiny vytváří na základě předchozí zkušenosti z individuálních setkání.
- Svoji podstatou je SDMT převážně aktivní, tzn. že jsou děti z hlediska hudebního provozu tvůrci zvuků a atonální i tonální hudby. V rámci receptivních strategií využíváme především ty situace, kdy dítě naslouchá hudbě interpretované muzikoterapeutem. Jen ve zcela výjimečných situacích používáme hudbu reprodukovanou.
- SDMT je především kreativní metodou vycházející z častých vokálních a instrumentálních technik. Přesto využívá některé informace o možnostech využití zvuku, které jsou vlastní vibroakustické terapii.
- V rámci vymezení pole působnosti řadíme SDMT mezi přístupy, které zastřešuje Edukační (též rehabilitační) muzikoterapie. Převážná klientela pochází z oblasti speciálně pedagogických cílových skupin v rámci rané péče. Z tohoto důvodu sehrává důležitou roli otázka propojení obecných muzikoterapeutických zjištění s vývojovou psychologií a pediatrií.

### 3. VÝVOJOVÉ HLEDISKO SDMT

Na úvod této kapitoly si položíme otázku, *proč je metoda SDMT určena pro děti od tří měsíců?*

Odpověď není zcela jednoznačná. Jak název Podpůrné vývojové muzikoterapie (Supportive Developmental Music Therapy - SDMT) napovídá, měla by v sobě obsahovat strategie zajišťující podporu pro celý ontogenetický vývoj člověka. Jak se v zahraniční odborné literatuře dočteme (viz: Mc Kinley 1990; Winslow 1986; Clark 1981, In: Kantor, Lipský, Weber 2008), existují muzikoterapeutické programy určené pro těhotné ženy a pro stimulaci jejich dětí v období prenatálním. Existuje rovněž řada perinatálních muzikoterapeutických postupů (využití hudby na zmírnění porodních bolestí, uvítací hudba pro novorozence, hudební procedury v dobách porodních apod.). Dále se využívají receptivní programy v neonatologii (viz: Tomatis 1991, In: Marek 2005) a programy zaměřené na raný vývoj dítěte (období novorozenecké). Všechny tyto informace je nutné v muzikoterapii SDMT zohlednit a navázat na ně.

#### **Specifičnost hlasu ženy pro muzikoterapii**

Samotná metoda SDMT vychází z poznatků, že dítě přichází na svět nastaveno reagovat na hlas matky, který zná již z intrauterálního vývoje. Langmeier (1998) hovoří o tzv. protosociální zralosti novorozeného dítěte. To od začátku reaguje na lidský hlas (zejména vysoký ženský hlas) mnohem živěji než na jiné zvuky. Projevuje se to např. v oblasti nepodmíněných reflexů, které jsou základem pro budoucí sofistikované pohyby (např. silnější úchopový reflex při kombinaci vizuálního a zvukového podnětu). Novorozenec je tedy nastaven na hlas ženy. Což dokládá i následující výzkum: v experimentu zaměřeném na přehrávání dvou nahrávek hlasu ženy a dvou nahrávek hlasu muže novorozencům se objevila specifická preference při přehrávání nahrávky, na níž žena zpívala svému dítěti, místo nahrávky, kdy ta samá žena zpívala jen tak. Při přehrávání druhých nahrávek, tedy s hlasem muže, pořízených za stejných podmínek, se naopak v reakcích novorozenců neobjevil žádný rozdíl. I tento výzkum dokládá důležitost hlasu ženy, ale i potřebu autentičnosti emočního poselství skrytého v hlasu (Triamor 1996).

### **Muzikoterapeutické strategie v raném dětství**

Většina muzikoterapeutických strategií se týká především rytmizací pomocí srdečního tepu (přikládání dítěte klevé straně těla, viz: Slak 1973) a zpěvu pro novorozence (opět výzkumy potvrzují preferenci ženského hlasu, viz: Holmes 2001, Fraňek 2007) a hapticko-vokální komunikace (bazální stimulace, dotekové baby-masáže, specifické tonální formy komunikace).

Z tohoto důvodu se v raných fázích vývoje dítěte doporučuje muzikoterapie, při níž pracují především muzikoterapeutky - ženy. Role muzikoterapeutů - mužů se tak dostává do ústraní a většího smyslu nabývá až v období kolem tří měsíců věku dítěte (viz: Peters 2000, Holmes 2001, Langmeier 1998, Franěk 2007 aj.). Metoda SDMT je koncipována tak, aby ji mohli plně využívat muzikoterapeuti i muzikoterapeutky.

Hlavní muzikoterapeutickou technikou v období novorozeneckém a kojeneckém je zpěv. Důležité je mít na paměti, jak bylo již výše uvedeno, že zpívá-li rodič dítěti, a i tato aktivita může mít terapeutický efekt, nejedná se o muzikoterapii. O muzikoterapii můžeme hovořit až ve chvíli, kdy zpívající sleduje zpěvem určitý terapeutický cíl. Jinými slovy, ví proč zpívá, kam tím směřuje a čeho tím chce dosáhnout. Pravdou však zůstává, že muzikoterapeut technikou zpěvu písni novorozencům a kojencům pouze reflektuje to, co je v rodině dítěte běžné. Tento fenomén je znám jako tzv. hudební komunikace s novorozenci a kojenci.

### **Hudební komunikace s novorozenci a kojenci**

Velmi často dochází k tomu, že rodiče i širší rodina dětem zpívají. Tento fenomén někteří autoři označují jako hudební komunikaci (viz: Franěk 2007, Sedlák 1990, Holmes 2001), která je pro vývoj dítěte velmi důležitá a přináší specifčnost hudebních rysů.

Franěk (2007) připomíná, že nejčastější hudební forma, se kterou děti přicházejí od svého narození do styku, je ukolébavka. Ukolébavky vykazují určité hudební rysy, které vedou k tomu, že je posluchači velmi snadno odliší od jiných hudebních forem. Výzkumy ukazují, že jsou posluchači schopni rozpoznat ukolébavky od jiných hudebních forem i u jiných kultur, které mohou být i geograficky velmi vzdálené (srov. Mátejová, Mašura 1997, Franěk 2007, Unyk 1992). Zajímavostí je, že lyrická (textová) složka není pro rozpoznání ukolébavky nikterak určující. Posluchači dokázali ukolébavku jasně identifikovat i ve chvíli, kdy byl zpěv nahrazen hrou na

hudební nástroj. Určující charakteristikou ukolébavky je její jednoduchost s přetrvávajícími sestupnými intervaly, častými repetitivy a pomalým tempem.

Pro hudební komunikaci s novorozenci a kojenci však lyrická složka tvoří důležitou součást probíhající interakce skrze hudební médium, jímž je ukolébavka. Jak je známo z výzkumů, které se zaměřují na řečovou komunikaci s novorozenci (viz: Stern 1977, In: Langmeier, Krejčířová 1998), je tato komunikace specifická. Často mluvíme vyšším hlasem, pomaleji, rytmus řečového projevu je odlišný od běžného rytmu naší řeči, mimika je výraznější, pohledy z očí do očí trvají déle, pohyby jsou nápadnější a vzdálenost mezi námi a dítětem bývá kratší (20 - 25 cm). Důležitá je rovněž určitá stereotypie a rigidita komunikačního projevu a určitá chudost repertoáru výrazových projevů, díky čemuž dítě tyto projevy snáze diferencuje.

Podobně je tomu u interpretací ukolébavek. Unyk (1992) uvádí, že existuje specifický interpretační způsob, jakým rodiče (ale i sourozenci) v odlišných kulturách zpívají ukolébavky svým dětem. Styl zpěvu se vyznačuje intonací ve vyšší tónové poloze s výraznou změnou barvy hlasu a pomalejším tempem. Rovněž mimika bývá výraznější a vzdálenost mezi zpívajícími a dětmi je kratší. Hudební forma, jak již bylo výše naznačeno, je jednodušší, časté repetice jsou ukazatelé určité rigidity a stereotypie, stejně jako je tomu u řeči k novorozencům. Fraňek (2007) dodává, že akustické analýzy zpěvu ukolébavek ukazují, že dochází ke kolísání základní frekvence tónů a jejich intenzity, což je možné popsat jako hlas, který je rozechvělý. To odpovídá zvýšenému emocionálnímu významu.

V Japonsku uskutečnil Masataka (1999, In: Franěk 2007) výzkum, při němž zjišťoval, zda děti ve věku dvou dnů po narození rozpoznají výše popsaný způsob zpěvu a zda jej budou preferovat před písní zpívanou jiným stylem. Výzkum realizoval u dětí, které měly rodiče s poruchou sluchu, a tudíž se se zpěvem nesetkaly ani během intrauterálního vývoje, ani po narození. Ukázal vždy dětem určitý vizuální podnět. Vždy když se na něj dítě zadívalo, pustil z reproduktorů danou píseň. Měřila se při tom doba, jak dlouho se děti dívaly na vizuální podnět. Ukázalo se, že novorozenci jednoznačně preferovali „dětský“ způsob interpretace písně. Výsledky výzkumu tak naznačily, že již novorozené děti mají určité hudební preference a že dokážou rozpoznat jemné rozdíly v interpretaci písně. Otázkou zůstává, zda jde opravdu o hudební preferenci či je tento výsledek dán tzv. protosociálním chováním novorozeného dítěte, kdy je dítě nastaveno, jak již bylo řečeno, na hlas matky - která spontánně komunikuje a zpívá tímto způsobem.

Jak ukazuje výzkum, který v kojeneckém ústavu v Praze realizovala primářka Damborská (1963, 1967): u novorozenců a kojenců, kde byly zdravotnickým personálem zpívány ukolébavky v kombinaci s blízkostí obličeje (viz: Spitz 1959) - zejména očí a úst zpívajících (někdy byla použita mávátko, na nichž byly nakresleny oči a ústa, neboť zdravotnického personálu bylo vždy méně, než dětí na oddělení), docházelo k tomu, že děti, kterým bylo zpíváno, následně lépe přibývaly na váze, byly aktivnější ve svých projevech, emocionálně vyrovnanější a celkově lépe prospívaly oproti kontrolní skupině dětí, se kterými se tímto způsobem nepracovalo. Podobnou zkušenost popisují muzikoterapeuti, lékaři a psychologové<sup>4</sup> v Dětském centru Thomayerovy nemocnice v Praze 4, kde je aplikována muzikoterapie od roku 2003. Jak ukazuje longitudinální výzkum, který zde nadále probíhá, děti, u kterých byla muzikoterapie aplikována od nejranějšího věku, lépe prospívaly, přibývaly na váze a byly sociálně adaptabilnější oproti dětem, u kterých muzikoterapie neprobíhala. Zajímavostí je, že tyto děti mají později (ve věku tří let) bohatší slovní zásobu a jsou komunikačně zdatnější, než děti, kterým se muzikoterapie nedostávalo. Muzikoterapie u novorozenců se zde skládala především z technik založených na vokálním projevu muzikoterapeutky - ženy. Mezi tyto techniky mimo jiné patří i cílené využití ukolébavek k dosažení daného rehabilitačního či terapeutického cíle. Až s rozvojem motorických a senzomotorických dovedností se postupně přechází od zpěvu k elementárním hudebním nástrojům a až mnohem později k hudbě reprodukováné.

Reprodukována hudba sice může podnítit zájem dítěte o hudbu jako takovou, nicméně neobsahuje v sobě onen nosný komunikační potenciál, jaký je skrytý ve zpěvu. Zpěv dítěti přináší specifický způsob komunikace, odlišný a přitom v mnohém shodný s verbální komunikací. Díky zpěvu dochází k prohloubení vztahu mezi zpívajícím a dítětem.

### **3.1. Vývojová specifika u kojenců v rámci muzikoterapeutické strategie SDMT**

Na úvod této podkapitoly je nutné připomenout, že některé z níže uvedených teoretických premis vycházejí z psychologických studií převážně z konce minulého století. Současna pozorování v oblasti vývojové psychologie i v rámci námi

<sup>4</sup> MUDr. Litovová, PhDr. Šulcová, Mgr. Šramlová, Mgr. Vilímek, Mgr. Lipský.

aplikovaného výzkumu ukazují, že vývoj dítěte je spíše akcelerovaný a tudíž se některé z obecně popisovaných ukazatelů v posledních pěti letech dostávají dříve, než tomu bylo v minulosti. Tuto skutečnost je potřeba v muzikoterapii u kojenců reflektovat a vycházet z aktuálních možností dítěte a ne z obecně uznávaných vývojových standardů.

Dále je nutné zohlednit vnější podmínky, které na dítě působí a ovlivňují jeho vývoj. Do určité míry ho mohou podněcovat, ale též brzdit a jinak nepříznivě modifikovat. Muzikoterapie se snaží vývoj dítěte podporovat, podněcovat samostatnou aktivitu dítěte s ohledem na jeho aktuální možnosti a zároveň detekovat možná rizika, která plynou z působení vnějších nepříznivých podmínek.

### 3.1.1. Kojenecké období - určující složky pro muzikoterapii

Za **kojenecké období** je považován *první rok* života dítěte. Vzhledem k tomu, že mezi odborníky neexistuje jednoznačná shoda na vymezení předchozího, novorozeneckého období (viz: Langmeier 1998, Šulová 2004), není jasně definován ani začátek kojeneckého období. Některé studie vymezují novorozenecké období na čtyři týdny po porodu, jiné vycházejí ztzv. šestinedělí matky a další hovoří i o prvních třech měsících života dítěte. Obecně lze říci, že jde o čas zbývajících měsíců od konce období novorozeneckého do konce prvního roku. Pro potřeby této práce však budeme vycházet z premisy, že kojenecké období navazuje na období novorozenecké v době tří měsíců po narození. **Je** to období velmi rychlých a důležitých vývojových změn, především v rozvoji a funkčnosti motoriky a smyslu. Šulová (2004) shrnuje, že v tomto období dochází ke změně horizontu vnímání okolního světa (leh, přetáčení, sed, lezení, stavění se, chůze), dochází ke značnému fyziologickému rozvoji (ke konci prvního roku se váha dítěte oproti narození až ztrojnásobí, tělo se prodlouží o 20 cm, dorůstají zuby, probíhá osifikace kostí, rozvíjí se vegetativní i cévní systém, rozvíjí se senzomotorická inteligence, diferencuje se úchop a dítě celkově rozšiřuje své působení ve světě).

V následujících řádcích se tedy pokusíme zaměřit na vývoj dítěte od tří měsíců do jednoho roku z pohledu propojujícího muzikoterapii a vývojovou psychologii. Určující složkou pro muzikoterapii není pouze vývoj sluchové percepce, ale i ostatní důležité ontogenetické ukazatele. Mezi ně můžeme zařadit následující složky:

- a) složka haptická a kinestetická
- b) složka motorická
- c) složka zrakové a sluchové percepce
- d) složka řečová
- e) složka sociálně interakční - hra
- 0 složka kognitivní

### **Složka haptická a kinestetická**

Již v průběhu prenatálního vývoje sehrává tato složka důležitou roli pro další vývoj dítěte. Pomocí dotyků a pohybů plodu dochází k prvním vibrotaktilním kontaktům. Můžeme tak hovořit o prvním „náhledu“ na osobní tělesnou kohezi v intrauterálním prostoru. Po narození dítěte jsou dotykové strategie matky, stejně jako její schopnost manipulace s dítětem jedním ze základních ukazatelů postupně vedoucích ke zvědomování matky jakožto procesu péče a později jakožto samostatného objektu odděleného od já. S přibývajícimi měsíci nabývá kinestetická složka nový význam, dítě je schopno samostatného pohybu (je to vývoj od elementárních pohybů hlavy až po chůzi).

Dotykové a kinestetické muzikoterapeutické strategie, které tvoří základ u většiny rehabilitačních muzikoterapeutických přístupů můžeme označit jako základní techniky při muzikoterapeutické práci s dětmi od narození do tří let věku. Jen pro zajímavost můžeme uvést, že většina hudebně-pedagogických přístupů uvádí hudební složku v součinnosti se složkou kinestetickou (viz: Orff 1969; Dalcrose 1905, In: Mihule, Kovařík 1989). Tato syntéza přináší nejen rozvoj hudebních dovedností, ale i probuzení spontaneity, kreativity a svobody, jakož i rozvoj vnitřního slyšení, prohloubení kinestetických a haptických vjemů ve spojení s tělesnou aktivitou a s kognitivním uvědoměním. Při společné hudební zkušenosti dochází k mobilizování emocionálního prožitku, tělesných pohybů a kognitivních procesů. Tato skutečnost se odráží v rozvoji a upevnění osobní schopnosti jednat, reagovat a adaptovat se na hudbu a následně na okolní svět (Bachman 1991).

### **Složka motorická**

Je předpokladem budoucího rozvoje složky kinesteticko-haptické. Sledování vývojové posloupnosti v oblasti jemné i hrubé motoriky, jakož i v oblasti senzomotorické přináší cenné informace pro správnou volbu a načasování

jednotlivých muzikoterapeutických technik. Některé techniky podporují dosažený stupeň motorické zdatnosti, jiné se snaží aktivovat opožděné motorické aktivity pomocí přirozeného působení hudebních elementů (např. úchop hudebního nástroje, hra na hudební nástroj, pohyby při hudbě, dosažení hudebního nástroje v určité vzdálenosti, nalezení hudebního stimulu v prostoru, pohyb s hudebním nástrojem, otáčení se za zvukem, fixace nástroje očima apod.)

### **Složka zrakové a sluchové percepce**

Obzvláště u dětí do jednoho roku dochází k prudkému rozvoji v oblasti zrakové a sluchové percepce. Tento rozvoj souvisí se zráním centrální nervové soustavy a jednotlivých sluchových a zrakových drah, jakož i fixních center v mozku. Zdůrazňovat významnost sluchové percepce pro muzikoterapii je zbytečné. Důležité je připomenout, že dítě uchopuje svět multisenzoriálně. V prvních měsících života dítěte sehrává důležitou roli především hmat, čich, chuť a rozvíjející se zrak, k čemuž se souběžně připojuje rostoucí intenzita sluchové aktivity. Dítě samozřejmě slyší již od 4. měsíce prenatalního vývoje<sup>5</sup>, přesto ke změnám v oblasti fyziologie sluchového aparátu dochází i postnatálně. Důležité je uvést, že výzkumy z oblasti působení zvuku a hudby na lidský organismus dokládají, že zvuk - tj. vibrace zvukové vlny, vnímáme celým povrchem těla. Ne tedy jen sluchem. Z toho vyplývá, že zpracování zvukové informace přichází do mozku více kanály, než pouze tím, jenž představuje sluchová dráha (z tohoto důvodu opět připomínáme důležitost složky haptické a kinestetické pro muzikoterapii).

### **Složka řečová**

Posloupnost řečového vývoje přináší důležité informace pro aplikaci muzikoterapie. Jak ukazují některé výzkumy zabývající se vlivem hudebních sekvencí na činnost mozku (viz: Holmes 2001, Pape 2005, Tomatis 1991), při vnímání hudby dochází k součinnosti obou hemisfér mozku. Oblasti levé hemisféry, které jsou zodpovědné za řeč, se účastní zpracování hudebních informací. Přesto však nejde o stejnou intenzitu zpracování jako je tomu v pravé hemisféře. Objevují se tak hypotézy, že

<sup>5</sup> Alfred Tomatis (1991) prokázal, že se sluch vyvíjí už v 10. týdnu těhotenství a fungovat začne ve věku čtyř měsíců. Pro potřebu akustického měření v děloze Tomatis vyvinul unikátní systém snímačů, mikrofonů, reproduktorů a zvukových filtrů. Zjistil, že plod slyší většinou nízké frekvence mnoha zvuků - tep matčina srdce, její trávicí systém, rytmus dechu a dále mnoho vnějších zvuků také matčin lůl. Jsou-li to zvuky klidné a známé, poskytují plodu podmínky pro všestranně harmonický vývoj (Marek 2003).

hudební informace jsou nejprve zpracovány pravou hemisférou, aby mohly být následně podrobněji analyzovány v levé hemisféře. Tyto a další výzkumy se zapojují do akademických diskusí na téma původu řeči a hudby. Ukazuje se, že původ hudby a řeči je pravděpodobně shodný. Jak z novodobých výzkumů vyplývá, dřívější představa o striktním oddělení hudby a řeči v pravé a levé hemisféře postupně pozbývají platnosti. Řeč i hudba jsou totiž zpracovávány obdobným způsobem<sup>6</sup>. Díky těmto a jiným zjištěním dochází k tomu, že hudba, zpěv a rytmické aktivity často vedou k podpoře řečového vývoje a zároveň posloupnost řečového vývoje vede k pedagogickým a terapeutickým strategiím podporující proces osvojování si hudebních dovedností<sup>7</sup>.

### **Složka sociálně interakční - hra**

Sociální interakce dítěte s jeho blízkým i vzdáleným okolím je nedílnou součástí muzikoterapeutických strategií. Aby byla muzikoterapie účinná a zdárně vedla k stanoveným terapeutickým cílům, je důležité ji opřít o pevný lidský vztah (srov. Procházka 1996, Kopřiva 1997, Lipský 2005). Je to vztah vznikající mezi dítětem a terapeutem, ale též vztah mezi terapeutem a rodiči dítěte či osobami, které jsou dítěti blízké. Důležité je správné načasování muzikoterapeutické intervence (kdy můžeme z individuální formy muzikoterapie přejít do formy skupinové, kdy by měli být při muzikoterapeutických sezeních přítomny osoby dítěti blízké a kdy nikoliv, kdy přítomnost samotného muzikoterapeuta dítě zúzkostňuje a kdy jej podporuje ve vývoji, kdy již může být dítě v muzikoterapeutické místnosti - tj. cizím prostředí - samo a kdy ne apod.).

Např. Koelsche, Grossman a kol. (2005, In: Zdeňkové 2007) se zabývali výzkumem, jakým způsobem ovlivňuje hudba v durové a molové tónině mozek dospělých lidí a dětí ve věku od 5 do 9 let. Zjistili, že již pětileté děti zpracovávají hudbu způsobem odpovídajícím dobře vžitě kognitivní reprezentaci durového a molového systému. Ukázalo se, že narozdíl od dospělých lidí se u dětí objevily rozdíly v oblasti mozkové aktivity mezi chlapci a děvčaty. U chlapců byla zaznamenána mozková aktivita převážně v levé hemisféře, u dívek se projevila bilaterálně.

<sup>7</sup> Japonský pedagog Shinichi Suzuki (1969) vytvořil novou hudebně-pedagogickou metodu odvozenou od vývojového procesu učení se mateřskému jazyku. Jak uvádí, děti se učí rodný jazyk na základě zájmu o slyšené zvuky řeči, které je neustále v jejich okolí obklopují. Podobně mohou rozvíjet svůj zájem o hudbu, jsou-li obklopeny hudebními vlivy. Všichni lidé se rodí s hudebními schopnostmi, které mohou rozvíjet, pokud jsou v příznivém prostředí s dostatkem adekvátní a opakované hudební stimulace. Jeho metoda se snaží v lidech rozvíjet hudební schopnosti od nejranějšího věku. Začíná receptivními programy od narození dítěte do 3 let, ve kterých preferuje poslech hudebních nástrojů, např. houslí, piana, violoncella, harfy a flétny. Postupně dochází k vlastní výuce hry na hudební nástroje. Zpočátku jde o výuku založenou na imitování slyšeného. Používá k tomu nejrůznějších her a cvičení, ale i aktivity, při kterých děti hrají na hudební nástroje. Čtení not odkládal na dobu, kdy bude dítě technicky dobře ovládat svůj nástroj. Takto seznamoval děti s hudbou, vše neustále opakoval a do metody postupně zapojil i jejich rodiče.

Součástí sociálně interakční složky je také schopnost dítěte hrát si, neboť základním stavebním kamenem muzikoterapie u dětí je hra nebo podpora herních strategií dítěte. Obecně platí, že pro děti je hra velmi důležitá. Někteří autoři uvádí (srov. Vavrda 2005, Langmeier 1998), že hra je přímo podmínkou psychického vývoje a duševního zdraví. Muzikoterapeutické strategie jsou často utvářeny právě na podkladě hry. Muzikoterapeuti nevedou dítě k výkonu, ale k emočnímu prožitku a spontánnímu učení pomocí nápodoby a opakování. Hudba a hudební nástroje mají velký motivační efekt a děti se pak rády věnují nejrůznějším činnostem, které rozvíjí jejich motorické a kognitivní schopnosti i hudebně instrumentální dovednosti. Je důležité mít na paměti, že děti v období od narození do dvou let nejsou ještě schopny symbolických her, ani her s pravidly. Muzikoterapeuti přizpůsobují jednotlivé techniky hrám tzv. presymbolickým, při nichž napomáhají dětem v aktivní hře na jednoduché rytmické a strunné hudební nástroje, pomáhají rozvíjet jejich řečový aparát a podporují jejich přirozenou tendenci zkoumat nové předměty. Rovněž dětem pomáhají kontrolovat nově vzniklé situace, uvědomovat si je a případně je i zopakovat (Lipský 2006).

Na přelomu 2. a 3. roku již nastupuje počáteční fáze symbolických her. Děti mohou postupně za hudební nástroje dosazovat jiné objekty. Např. bubínek může díky své velikosti symbolizovat slona a chřestidlo myš. Na tomto rozdělení pak muzikoterapeuti rozvíjejí celou škálu rytmických cvičení a her, které vedou k dosažení terapeutického cíle.

### **Složka kognitivní**

Složka vztahující se k vývoji poznávacích procesů dítěte, přináší důležité informace pro budování muzikoterapeutických strategií. Pomáhá nahlédnout nejen do světa motorických, řečových, neurofyziologických a dalších vývojových změn, ale především ukazuje, jakým způsobem dítě svět chápe, jak řeší problémy, jak se může učit, jakou má představivost, jak vnímá stálost předmětů a objektů v čase, jak vnímá pomíjivost hudební produkce v čase, jak vnímá společné hudební improvizace, jakým způsobem se rozvíjí myšlení dítěte v rámci hudební interakce apod.

Hudební interakce a některé druhy komunikace mezi matkou a dítětem mají, jak již bylo řečeno, mnoho podobných rysů. Ačkoliv matka při komunikaci s dítětem používá slova, raná komunikace je více než na významu slov závislá na

rozpoznávání kvalit jako je rytmus, zbarvení, intenzita a dynamika řeči. Tato tvrzení jsou doložena empirickými výzkumy (Erkkilá 1997).

V muzikoterapii SDMT je kladen důraz na lidský vztah, který je základem úspěšné práce mezi terapeutem a dítětem. K tomu je používána celá řada stimulačních dotekových a improvizčních technik (např. improvizovaná vokalizace, improvizovaný zpěv dítěti, improvizovaná vokalizace v rytmu dechu dítěte, později hudební improvizace pomocí elementárních nástrojů apod.). Neverbální podstata vokálních a instrumentálních improvizací přináší shodné charakteristiky, jako předřečové formy komunikace. Jak uvádí Erkkilá (1997), základní prvky, které tvoří improvizaci a dávají jí význam přinášejí stejné kvality (rytmus, zbarvení, intenzita atd.), jaké zprostředkovávají srozumitelnost řeči matky dítěti. Tyto kvality nejsou tak absolutně symbolické, jako jsou slova.

Dané zjištění nás zavádí k tématu formování myšlení v raných obdobích vývoje. Obzvláště pokud je pravda, že jazyk a hudba jsou příklady vysoce vyvinutých lidských schopností, které mají společný neurofyzilogický základ.

### 3.1.2. Vývojová posloupnost v kojeneckém období (od třetího do dvanáctého měsíce)

#### **Období 3 měsíců**

Mezi druhým a třetím měsícem dochází k velkému pokroku v oblasti zrakové percepcce. Prodlužuje se doba soustředěného vnímání, rozvíjí se schopnost plynule sledovat pohybující se předmět do kruhu nebo v úhlu 180 stupňů. Objevují se první pokusy směřování pohybu ruky k viděnému objektu. Muzikoterapeutická strategie SDMT v tomto období zahrnuje kromě přetrvávajících vokálních aktivit i aktivity instrumentální. Muzikoterapeuti volí jednoduché hudební nástroje, které jsou svým zvukem, tvarem a barevností atraktivní a nabízejí je dítěti k prozkoumávání. Ve třech měsících již dítě hudební nástroje fixuje zrakem, což je doprovázeno živými pohyby rukou. Dítě pozvolna otevírá ruce, původně zaťaté v pěst, což umožňuje rozvoj lokomočních aktivit, které vedou k nahodilému rozeznění nástrojů.

V období třech měsíců se kromě zraku dále vyvíjí i sluch. Na podkladě zrání mozkových struktur zrakové a sluchové dráhy dochází k postupné fixaci zvuku a jeho zdroje nejen zrakem, ale i sluchem. Jak uvádí Hartl (2000), otáčení dítěte hlavou za zvuky ve věku kolem 6 týdnů je reflexní reakcí, ta však mizí a ve věku kolem 3. měsíců je nahrazena výkonnější reakcí, tj. vůlí řízeným hledáním zvuku

očima. Podle Holmese (2001) v tomto období získává kromě vyššího ženského hlasu prostor i hlas hlubší, tj. hlas muže. Důležitou roli hrají i zvuky vnějšího světa, které dítě motivují k dalším a dalším pohybovým aktivitám. Vzniká zde větší prostor pro muzikoterapii, která cíleně využívá zvuky a hudbu k podpoře a podněcování vývoje. Ačkoliv jsou hudební nástroje pro děti atraktivní, i nadále platí, že nejdůležitější je přítomnost samotného terapeuta. Především jde o lidský kontakt, vnímání druhého člověka, vnímání gestu jeho obličeje, který dítě rychle identifikuje a posléze jej preferuje před hudebním nástrojem<sup>8</sup>(srov. Spitz 1959, Holmes 2001).

Hudební nástroje, které muzikoterapeut dítěti nabízí by měly splňovat následující požadavky: měly by být dobře viditelné, zvukově snadno rozpoznatelné, jednoduše uchopitelné a měly by být bezpečné, především, co se týká jejich cucání, olizování a sání dítětem. Mezi tyto hudební nástroje můžeme zařadit např. dřevěná chřestidla, kovové rolničky, zvonečky apod. Kromě hudebních nástrojů se i nadále hlavním nástrojem muzikoterapeutické intervence stává zpěv.

Rovněž se podporuje vokální aktivita dítěte. Dítě začíná vydávat první hlásky, které můžeme vnímat jako dlouhé samohláskové souzvučky. V těchto aktivitách muzikoterapeut dítě podporuje a snaží se imitovat dané zvuky vlastní vokalizací a zapojovat ji do hudebního celku. Další vokální aktivitou dítěte je křik a smích. Křik je již méně častý a výrazně diferencovaný - tj. dítě křikem jasně dává najevo, že mu něco schází, že je v nějaké fyzické či psychické nepohodě apod. Děti ve třech měsících se začínají i hlasitě smát. Zpočátku jde o krátký zvuk, ale o měsíc později je dítě schopno pravého hlasitého smíchu. Muzikoterapeuti se snaží do svých technik zahrnovat i aktivity, které jsou pro dítě identifikovány jako důvod pro smích.

Dítě má vrozený zájem o lidský hlas a z toho důvodu je i jeho vokální projev vystupňován v přítomnosti jiných lidí. Tato skutečnost souvisí s již zmíněným protosociálním chováním dítěte. Již mezi třetím a čtvrtým měsícem je možné v interakci rozpoznat stopy „dialogu“. Dítě očekává na svůj vokální podnět odezvu a naopak odpovídá na řeč dospělého, který s ním do interakce vstupuje. Při muzikoterapii jsou vokální odezvy ze strany dítěte častější při aplikaci zpěvu, rytmických říkadel či řeči, než při hře na hudební nástroje nebo receptivním poslechu hrané hudby muzikoterapeutem, případně při poslechu hudby reprodukované.

**Hudební nástroj je v pohybu a vydává zvuky, tím poutá chvílemi pozornost dítěte, avšak po chvíli se dítě opět vrací k obličeji terapeuta.**

#### **Období 4 - 5 měsíců**

Ve 4. - 5. měsíci dozrává koordinace zraku, hmatu a pohybového aparátu, díky čemuž je dítě schopno skutečného úchopu. Úchop je zprvu palmárně-ulnární stranou a posléze dlaní bez účasti palce. V pěti měsících sahá dítě po hudebních nástrojích oběma rukama a o měsíc později cíleně jednou rukou. Nejdříve dítě zkoumá hudební nástroje jen krátce, později s nimi manipuluje déle a aktivněji. Vkládá je do úst, bouchá s nimi, chřestí s nimi, přendává je z ruky do ruky apod.

Langmeier a Krejčířová (1998) uvádějí, že dítě v období kolem 5 měsíců v určitých situacích „pozná“ matku a odlišuje cizí osoby (kňourá nebo je zdrženlivé), to klade jisté požadavky na postup sblížování se s dítětem v rámci muzikoterapeutických setkání (viz níže).

V rámci muzikoterapeutické intervence i nadále využíváme zpěvu a vokálních improvizací a přidáváme k nim opět jednoduché hudební nástroje. Dítě preferuje takové nástroje, které jsou dobře viditelné, mají jasný zvuk a jsou poměrně velké nebo snadno uchopitelné. Jak uvádí Holmes (2001) dítě je schopné kolem 4. měsíce rozlišovat několik tónů a mezi 5. a 6. měsícem je u něj možné pozorovat uspokojení při hudbě i zpěvu (začínají se objevovat tzv. „taneční pohyby“ - kývání při poloze na břichu s nataženými pažemi, kdy se dítě opírá o dlaně). Dítě si postupně začíná vytvářet již asociace mezi optickým vnímáním hudebních nástrojů a produkovaným zvukem.

#### **Období 6 - 8 měsíců**

Mezi šestým až osmým měsícem se aktivita dítěte soustřeďuje na lokomotoriku s výraznou snahou měnit tělesnou polohu: plazení, lezení, sed s oporou. Podle některých autorů je dosažená lokomotorická aktivita následně hojně využívána v tzv. experimentaci (Příhoda 1977). Ta se zprvu zaměřuje na vlastní tělo a tělesnou kohezi a následně dochází k rozšíření experimentace do okolního světa. V tomto období na rozdíl od předchozího již dítě aktivněji zkoumá hudební nástroje, věnuje se intenzivněji jejich možnostem (chřestění, cinkání, škrábání, bouchání apod.), aniž by za předmětem hledalo obličej muzikoterapeuta. Oproti předchozím měsícům, kdy hudební nástroje prozkoumávalo poměrně krátkou dobu, nyní snimi manipuluje daleko zdatněji a věnuje jim delší čas kprozkoumání (záměrně snimi třepe, přendává je z ruky do ruky). Jak uvádí Langmeier (1998) schopnost dítěte vnímat se nadále zjemňuje a zraková ostrost šestiměsíčního dítěte se již příliš neliší od

dospělých. Rovněž dochází k lepší diferenciaci sluchového vnímání. Ve věku 7 měsíců je již možné testovat cílený diagonální pohyb hlavy za zdrojem zvuku.

Muzikoterapie SDMT je aplikována jako hra. Hra, jak již bylo řečeno, je podmínkou každého zdravého psychického vývoje člověka. Muzikoterapeut respektuje vývojovou posloupnost hry u dítěte a jednotlivé techniky a improvizace přizpůsobuje stupni kognitivních a motorických schopností v rámci daného vývojového stádia. Z toho důvodu zůstává i nadále u her presymbolických, kdy daný hudební nástroj není reprezentantem jiného předmětu. Jeho použití je pak zahrnuto do herního rámce dítěte, který je typický pro jeho věk.

Muzikoterapie v období mezi šestým až osmým měsícem zahrnuje:

- a) techniky podporující experimentaci dítěte (umožnění prozkoumání hudebních nástrojů, na které muzikoterapeut hrál - např. kantela, kytara, metalofon, klavír; poskytování hudebních nástrojů k vlastní hře dítěte - např. rolničky, chřestidla, zvonečky, bubínky, ozvučná dřívka, apod.),
- b)** techniky spojené s vokálním doprovodem (schovávání a znovuobjevování hudebních nástrojů, schovávání se za hudební nástroj, podpora vokálního projevu dítěte),
- c) techniky zaměřené na uvolnění a relaxaci (dotykové techniky, vibroakustické a rezonanční možnosti nástrojů, zpěv ukolébavek, zpěv v rytmu dechu dítěte),
- d)** receptivní techniky (hra na hudební nástroj pro dítě, rytmizace pomocí říkadel a písní),
- e) pohybové a prostorové techniky (nošení dítěte po prostoru muzikoterapeutické místnosti, podpora samostatného pohybu dítěte - využívání atraktivních hudebních nástrojů v určité vzdálenosti od dítěte).

Výše uvedené techniky jsou odvozeny na základě zjištění ve vývojové psychologii a pediatrii. V osmém měsíci je již dítě schopno zvedat dva nástroje současně a propojit je (tluče jimi o sebe), nebo se jim věnuje postupně a ten, o který ztratí zájem, pustí. Důležitou roli v osmém měsíci zastávají hry zaměřené na stálost nástroje v čase (viz bod b).

Šulová (2004) uvádí, že za hru či herní aktivitu lze v kojeneckém období považovat i napodobování chování osob v okolí. Zároveň napodobování je jednou z hlavních muzikoterapeutických strategií, kdy zrcadlíme projevy dítěte při hudebních improvizacích i při vydávání jednotlivých zvuků. V muzikoterapii u kojenců tak

dochází k dvojí nápodobě. Dítě napodobuje určité motorické a akustické vzorce, které jsou přítomny v jeho okolí. Tyto vzorce pak zpětně zrcadlí muzikoterapeut dítěti. Jde o tzv. zpětnou vazbu, která je rozšířena o verbální i hudební řeč k dítěti. Důležitá je schopnost terapeuta přizpůsobit jazykovou úroveň dítěti, zvolit správnou melodii a rytmus hraných skladeb a zároveň do nich zahrnout zvukové projevy dítěte. Dochází tak k facilitaci porozumění mezi dítětem a terapeutem a spontánnímu podněcování dítěte k vlastní aktivitě i vokální produkci.

Aby byla muzikoterapie úspěšná, je třeba zohledňovat i další úskalí známé z vývojové psychologie. Je jím skutečnost, že muzikoterapeut je pro dítě zpočátku cizí osobou. Z tohoto důvodu je nutné zohlednit určitá pravidla posloupnosti prvních kontaktů s dítětem v muzikoterapeutické péči (a to ať jde o děti z rodiny i z ústavní péče). Pro tento účel je nutné zohlednit proces, jímž se utváří sociální vztahy dítěte k lidem. Spitz (1959, In Langmeier, Krejčířová 1998) shrnuje, že dítě v prvním roce života projde třemi kvalitativně odlišnými stádii:

1. Stádium **preobjektální** - zahrnuje období od narození do tri měsíců. V tomto období dítě ještě nemá vybudovaný ustálený a rozlišný vztah k určitým objektům okolního světa.
2. Stádium **předběžného objektu** - začíná asi ve třetím měsíci a trvá až do šestého, někdy i osmého měsíce. Dítě již reaguje na spatření obličeje úsměvem a odlišuje jej tedy od ostatních objektů. Děti tak mají možnost identifikovat svůj vliv na to, co se děje s druhým na bázi afektivního komunikačního systému (tj. jakým způsobem matka a dítě vzájemně komunikují, jak objekty reagují na úsměv dítěte). Dítě získává možnost kontrolovat reakci druhého na vlastní projev. Tato skutečnost je důležitým milníkem ve vývoji Self a slouží k regulacím stavů Self. Úsměv vyvolává jakýkoliv obličej (viz: Damborská 1967 - využití masek při zpěvu u kojenců) tvořený základními rysy (tj. oči, ústa, nos). Kromě samotného obličeje však důležitou roli sehrává emocionální odezva ze strany spatřeného objektu, která stupňuje vzrušení dítěte.
3. Stádium **pravého objektu** - začíná mezi šestým až osmým měsícem. Dítě začíná rozlišovat mezi známou a cizí tváří a začíná dávat najevo úzkost při odloučení od známé osoby (tzv. úzkost osmého měsíce). Od té doby začíná matka nebo osoba, která je v souvislé péči o dítě na místě matky, zaujímat v životě dítěte jedinečné místo. Dítě rovněž zažívá strach z cizích, dosud

neznámých osob, které se přiblíží do jeho těsné blízkosti. Pokud si již dítě tento vztah vytvořilo a byl-li pak krátce přerván, dochází k tzv. anaklitické depresi<sup>9</sup>.

Důležité je tedy vědět, že vzhledem k vývoji utváření sociálních vztahů se dítě v období kolem osmého měsíce bude muzikoterapeutů bát. Tento strach je opravdový, dítě zažívá mnoho negativních pocitů a emocí, což může ovlivnit celý budoucí muzikoterapeutický proces. Z tohoto důvodu je umožněno matce či osobám pečujícím o dítě na místo matky, aby se muzikoterapeutického sezení také účastnili. Muzikoterapeuti do jednotlivých technik aktivně zapojují i tyto osoby. Dítě si pak lépe na přítomnost muzikoterapeuta zvyká a postupně si k němu utváří vlastní vztah. Doporučuje se proto následný postup:

1. muzikoterapie ve známém prostředí dítěte za přítomnosti osoby blízké v bezprostředním kontaktu (dítě je na klíně apod.),
2. muzikoterapie ve známém prostředí za přítomnosti osoby blízké ve větší vzdálenosti (tj. dítě je již od osoby blízké vzdáleno, avšak tato osoba je stále přítomna v místnosti),
3. vývojově později (okolo tří let dítěte) - muzikoterapie ve známém prostředí dítěte bez přítomnosti osoby blízké,
4. muzikoterapie v neznámém prostředí za přítomnosti osoby blízké v bezprostředním kontaktu (např. v muzikoterapeutické místnosti, lékařské ordinaci apod.),
5. muzikoterapie v neznámém prostředí za přítomnosti osoby blízké ve větší vzdálenosti
6. vývojově později (okolo tří let dítěte) - muzikoterapie v neznámém prostředí dítěte bez přítomnosti osoby blízké.

Ačkoliv se u dětí v ústavní péči jen málokdy objevují příznaky typické pro úzkost osmého měsíce či separační úzkost, spíše se tato úzkost nevyskytuje (vzhledem k narušení vývoje vlivem nepřítomnosti matky či osoby blízké), je důležité s ní počítat i zde. Dále je nutné uvést, že děti ve věku kolem osmi měsíců v ústavní péči zažívají i strach z cizích. Z tohoto důvodu je nutné, aby na prvních setkáních

<sup>9</sup> Tj. deprese založená na ztrátě pouta k osobě, která dosud uspokojovala sebezáchovné potřeby dítěte (Langmeier, Krejčířové 1998).

s muzikoterapeutem byla přítomna dítěti dobře známá a pro něj bezpečná osoba (vychovatelka, zdravotní sestra apod.) a byl tak zachován výše uvedený postup. Muzikoterapie SDMT je totiž založena především na vztahu s dítětem, od kterého se vše dále odvíjí. Z tohoto důvodu je nutné, aby nebylo dítě v počátcích muzikoterapeutických setkání zúzkostňováno.

### **Období 9 - 10 měsíců**

Jak podotýkají Langmeier a Krejčířová (1998), devátý měsíc je velký milník ve vývoji dítěte. Dovede se samostatně posadit a sedí pevně a vzpřímeně, libovolně dlouho, a nespadne, ani když se otáčí nebo předklání či zaklání. Tímto dosáhlo významného pokroku v ovládnutí vlastního těla i v poznávání světa. Horizontální vnímání okolí přináší dítěti mnohem více podnětů ke zpracování. Zároveň začíná aktivněji využívat kolen a rukou, což mu umožňuje dolézt pro předmět, který se stal objektem jeho zájmu. Dochází tak k pravé aktivní lokomoci.

Muzikoterapie u dětí v ústavní výchově se snaží podporovat tyto nově vyvinuté aktivity, aby děti nezůstávaly na jednom místě v pasivitě. Muzikoterapeuti nabízejí množství jednoduchých i složitějších hudebních nástrojů (od chřestidel, zvonkoher shanti, přes djembe, sansulu až po kantelu), které rozmísťují po prostoru a dítě je postupně zkoumá. Následně na jednotlivé hudební nástroje muzikoterapeuti hrají a poté je opět nabízejí k novému prozkoumání dítěti.

U dětí v tomto období dochází k dalšímu rozvoji úchopu ve směru ulnoradiálním, což znamená, že je nyní schopno uchopit i malé hudební nástroje, které předtím většinou z úchopu proklouzly či spadly. Dítě tak může dobře manipulovat např. s rolničkami, zvonečky a chřestivými vajíčky. Důležité je dávat pozor, aby dítě dané předměty nevdechlo nebo nespolklo.

Muzikoterapeut rychle rozpozná, který hudební nástroj dítě preferuje. Ten pak umísťuje do delších vzdáleností od dítěte. Dítě se pak pro něj vydává a tím rozvíjí nabyté motorické schopnosti<sup>10</sup> a stává se motoricky aktivní. Oproti minulému vývojovému období, kdy děti preferovaly větší a výraznější hudební nástroje, nyní většinou preferují menší, se kterými se lépe manipuluje (např. rolničky) nebo takové, které vyžadují specifickou koordinaci rukou, aby se rozezněly (např. kytara).

<sup>10</sup> Tímto způsobem je možné provést rychlou diagnostiku v pozdějším věku (okolo 14 měsíce a později), zda dítě preferuje rychlejší chůzi či se rigidně vrací k původní strategii lezení. Tato skutečnost je důležitá v případě regrese způsobené např. zraněním při chůzi, úzkostnými stavy, po dlouhodobé nemoci apod.

Výhodou muzikoterapeutických programů je, že dítě postupně začíná rozumět jednoduchým výzvám (např. „uděláme bum“ při hře na buben, „paci-paci“ při práci s říkankami). U některých dětí se začíná objevovat první slůvko, kterým bývá jednoduchý slabičný tvar (např. „ba“). Tento tvar pak můžeme zahrnout do hudebně-vokálních improvizací.

Důležité je během muzikoterapie eliminovat všechny rušivé zvukové i vizuální elementy<sup>11</sup>, aby neodváděly pozornost dítěte (vypnutí mobilního telefonu, odklizení zvukových hraček apod.). Dítě od 9. měsíce však dokáže zaznamenat i vzdálenější zvuky v sousedních místnostech, což klade jisté nároky na muzikoterapeutickou místnost (odhlučňenost, akustická prostorovost apod.), pokud chceme pracovat s relaxačními a koncentračními muzikoterapeutickými technikami.

### **Období 11-12 měsíců**

Šulová (2004) uvádí, že dítě ve věku 12 měsíců umí rozlišit mezi prostředkem a cílem. Řídí svou činnost s ohledem na cíl např. třese chřestidlem, aby vydalo zvuk, zahraje paličkou na metalofon, silněji uhodí do bubnu, aby nás „polekalo“, zvládá vkládat rolničky a jiné drobné nástroje do dutin bubnů apod.

Dále dochází k výraznému nárůstu užívaných slov (okolo 6 slov), které mají mnohoznačný charakter s rozvinutým „žargonem“ (intonace vět, otázek apod.). Dítě je schopné aktivně se zapojovat při hudebních improvizacích (hraje na metalofon s terapeutem, bouchá do klavíru, doprovází známé aktivity slovy např. úder do bubnu - „bum“). Při muzikomalbě tluče tužkou o papír a napodobuje čarání.

Z hlediska hrubé motoriky postupně začíná chodit. Roční dítě dokáže chvíli samostatně stát, ale chodí většinou vedeno za ruku. Objevují se první samostatné krůčky, ale volná chůze to ještě není. Z hlediska muzikoterapie se používají rytmické receptivní techniky - tzv. chůze v rytmu hudby, kdy je dítě vedeno muzikoterapeutem za součinnosti zpěvu či reprodukované hudby. I nadále je v místnosti přítomna osoba dítěti blízká, přesto se od ní vydává na dlouhodobější „výzkumné“ výpravy a více času stráví u muzikoterapeuta a jeho aktivit. U dětí v kojeneckých ústavech a dětských centrech je to období, kdy již bývají s muzikoterapeutem v místnosti samy.

**Rušivým vizuálním elementem mohou být nejrůznější hračky dítěte, jakož i jiné hudební nástroje, které v rámci prováděné techniky nepotřebujeme. Může to být i oblečení muzikoterapeuta - nedoporučují se trička s obrázky apod.**

Muzikoterapie se i zde soustřeďuje na vokální improvizace, zpěv písní a hru na nástroje. Dítě i nadále zkoumá prostor v němž muzikoterapie probíhá a zabývá se jednotlivými hudebními nástroji. Jeho aktivity jsou však proti předchozímu období propracovanější a cílenější.

### 3.1.3. Řečový vývoj v kojeneckém období, možnosti aplikací muzikoterapeutických strategií

Metoda SDMT, která je aplikována u dětí v kojeneckých ústavech a dětských centrech je stále častěji zaměřena na rozvoj řečových projevů dítěte. Z tohoto důvodu se na řečový vývoj podíváme podrobněji a zvláště. Řeč je významnou součástí kognitivních struktur dítěte, která mu umožňuje rozšiřovat oblast jeho interakce s okolím.

Šulová (2004) uvádí, že se dítě naučí slyšené řečové projevy imitovat, rozčlenit, dekodovat, porozumět, vhodně užít, a následně se dokáže prosadit v komunikaci a upoutat na sebe pozornost. Důležitou roli sehrávají rodiče, kteří jsou základní nositelé komunikačních obsahů a celkově ovlivňují budoucí řečové projevy dítěte. To je patrně jeden z důvodů opožděného řečového vývoje u dětí v kojeneckých ústavech a dětských centrech, které jsou bez rodičů. Muzikoterapeuti vytvářejí takové strategie, aby podporovali předřečové projevy dítěte a později rozvíjeli první slova s významem. Hudba zde sehrává prostředníka mezi obsahem neseným v komunikaci dítěte s terapeutem. Přesto však ani muzikoterapie SDMT zaměřená na podporu řečového vývoje nezabrání negativnímu faktu, jímž je absence rodičů. Děti bez rodičů v ústavní péči pak mají chudší slovní zásobu, menší schopnost rozlišování jemných nuancí jazyka apod.

Muzikoterapeuti se snaží při svých aktivitách o podporu tzv. „prvotních dialogů“, kdy dítě žvatlá či je již ve fázi zdvojování slabik. Muzikoterapeuti propojují „sdílené obsahy dítěte“ s hudbou či slovní improvizací, využívají rytmické slabikové skladby, či dětská říkadla a písně k rozšíření běžných komunikačních vzorců. Důležité je, aby v „dialogu“ či „hudebním dialogu“ s dítětem zprostředkovali v dostatečné vzdálenosti optické aktivity v součinnosti se sluchovými vjemy a s podporou motorických aktivit. Dítě tak může muzikoterapeuta dobře pozorovat při všech aktivitách - mluvení, zpěvu, improvizované vokalizaci a sledovat jeho mimiku, pohyby mluvidel apod. Zároveň je podporována motorická aktivita dítěte při říkankách (viz: „paci, paci, pacičky“ nebo „stavím, stavím věž“ apod.) a aktivita

kinestetických a haptických modalit (dítě je pohupováno, hlazeno, přenášeno, zvedáno apod.). Muzikoterapeutické strategie zahrnují aktivity spojené s doteky, tleskáním, ťukáním, cinkáním a boucháním.

Za základnu řečového vývoje můžeme označit předřečové projevy. Jde o procvičování hlasivek, ve smyslu cirkulárních reakcí, jak je formuloval Piaget (1961). Kromě pláče jde o nastupující množství fonémů s převahou retných hlásek (m, p, b), což souvisí se zkušeností se sáním.

Bylo zjištěno, že u kojenců byla prokázána citlivost na fonémy všech jazyků světa, která se však kolem osmého měsíce pozvolna vytrácí (srov. Langmeier 1998, Holmes 2001). Šulová (2004) uvádí domněnku, že u dítěte proběhl jakýsi imprinting zvuků mateřského jazyka a ostatní zvuky ztratily pro dítě význam a mizí tedy i schopnost jejich rozlišování.

Okolo třetího měsíce dochází k fázi broukání. Projevuje se též tzv. vývojová echolálie, kdy dítě napodobuje a opakuje vlastní nahodilé vokalizace.

Postupně tyto vokalizace přecházejí do tzv. žvatlání. To již má intonační a artikulační charakter a mezi muzikoterapeutem a dítětem tak dochází k „vokálním dialogům“.

Další fáze předřečového projevu se týká zdvojování slabik. Jde o tzv. labiál (ma-ma, ba-ba, pa-pa) a později i o tzv. dentál (ta-ta, na-na). Následují první projevy nápodoby v předřečových projevech a tzv. bezhlasý šepot. Dítě mezi 7 až 11 měsícem rozumí mnoha slovním výzvám. Šulová (2004) uvádí, že byla prokázána přímá úměra mezi rozsahem řečových projevů, kterým dítě rozumí, a rozsahem projevů, které později samo produkuje.

Bruner (1966, In: Šulová 2004) popisuje pět procesů, ve kterých se dítě připravuje na osvojení jazyka:

- 1) Učí se rozlišovat mezi jednatelem a objektem jednání. Tím se učí gramatickému rozlišení subjektu a predikátu.
- 2) Je upoutávána pozornost dítěte - „*J>odívef*“ zacinkání, „*zvoneček*“, zacinkání. Toto je považováno za předstupeň hry - „každá věc má své jméno“.
- 3) Po upoutání pozornosti a pojmenování věci následuje její popis - vlastnost, místo kam patří.

4) Dítě rozlišuje tón matky (u dětí v ústavní péči např. vychovatelky, muzikoterapeutky apod.) a imituje ho, přejímá tedy emocionální náboj vázaný ke slovnímu označení (např. to krásně cinká).

5) Nastupují nejrůznější řečové a vokální hry (např. Kde je zvoneček? Á tady je!) schování zvonečku za zády a následné vyndání s komentářem (ten krásně zvoní apod.).

Velmi důležitý je přechod předřečových projevů k osvojení prvních slov s významem, často mnohoznačným. První dětská slova jsou foneticky zjednodušována. Často bývají vypouštěny počáteční segmenty nebo se zdvojuje počáteční slabika. Musíme si uvědomit, že muzikoterapeuti nevystupují jako korektoři slyšeného obsahu, ale pouze jako interpreti neseného verbálního a vokálního sdělení.

Šulová (2004) uvádí, že první slova mají expresivní a regulativní charakter. Dítě jimi „reguluje“ své okolí a vyjadřuje většinou svůj zájem, záměr, zákaz či své potřeby. Podle Langmeiera (1998), jsou tato slova doprovázena nonverbálními gesty, která dotvářejí poselství sděleného obsahu. Stern (1989, In: Šulová 2004) upozorňuje na mnohoznačnost prvních slov, když hovoří o tzv. jednoslovných větách. Slovo je zpočátku užíváno jako předpojmů, které jsou založeny na vedlejších nepodstatných znacích<sup>12</sup>.

Kolem jednoho roku dochází k velkému a relativně rychlému nárůstu slovní zásoby označující nejčastěji věci či osoby v bezprostřední blízkosti dítěte. Zároveň se matka (či osoba blízká) stává určitým tlumočnickem okolního světa<sup>13</sup>. Dochází tak k převodu řeči symbolické do řeči znakové. Je to etapa, při které dochází k nárůstu aktivně užívaných slov dítětem. Dítě, podle Sterna, postupně získává vhled, že vše, co jej v okolí obklopuje má své jméno. V kojeneckých ústavech a dětských centrech se často díky podpůrnému muzikoterapeutickému vedení dítěte dostavuje pozitivní efekt v podobě rozšířené aktivně používané slovní zásoby narozdíl od dětí, kterým se muzikoterapie nedostává.

<sup>12</sup> Např. „la-la“ je výraz pro všechny hudební nástroje a je jedno, zda jde o klavír, kytaru, chřestidlo. Důležité je, že hudební nástroje vydávají zvuky a muzikoterapeut na ně hraje.

Např. v muzikoterapeutické praxi: Muzikoterapeut udeří do bubnu a dítě řekne „bum“. Muzikoterapeut odpoví „bum, bum, to je buben“.

Langmeier a Krejčířová (1998) shrnují hlavní data řečového vývoje:

1. od 2. měsíce - broukání: jednoduché i prodloužené samohláskové zvuky („a“, „a-a-a“)
2. od 3. měsíce - úsměv s hlasovým projevem při sociálním kontaktu
3. od 4. měsíce - usmívá se a vokalizuje na obraz v zrcadle
4. po 6. měsíci - jednotlivé otevřené slabiky („ma“, „ba“)
5. po 6. měsíci - napodobuje neřečové zvuky (kašel apod.)
6. v 8. - 9. měsíci - slabičné žvatlání (duplikace slabik: „ma-ma“)
7. od 8. měsíce - 1 slovo s významem (př. „ham“)
8. v 9. - 10. měsíci - 2 slova s významem (př. „ham“, „ha f“)
9. ve 12 měsících - 6 slov s významem
10. po 10. měsíci - počátky „žargonu“ (slabiky s výraznou intonací)
11. od 12. měsíce - rozvinutý žargon (intonace vět, otázek ap.)
12. 12. měsíců - gesty vyjadřuje svá přání

Možnosti aplikace muzikoterapeutických technik v rámci SDMT, vedoucí k podpoře řečového vývoje kojenců:

1. zpěv dítěti - specifická hudební komunikace (např. ukolébavky, lidové písně, dětské písně),
2. zpěv v dechu dítěte - specifická vokální improvizace (prohlubující dech dítěte s nosným relaxačním potenciálem),
3. zpěv s dítětem na těle - podpora vokálních a kinestetických vjemů (dítě je přiloženo k levé straně muzikoterapeutky - vnímání srdečního tepu, vnímání vibrací rozechvělého tělesného přenosu zvuku z muzikoterapeutky na dítě),
4. zpěv na tělo dítěte - vokální improvizace spojené s dotykem (cílené zpívání na oblast kostního převodu sluchového ústrojí, vokálně-akustická masáž dítěte),
5. zrcadlíci hlasové improvizace - nápodoba a zrcadlení vokálních projevů dítěte,
6. využití rytmických říkadel (schopnost rytmizace pomocí mluveného slova),
7. komunikace s dítětem (běžná řeč k dítěti, tlumočení symbolických výrazů předmětů a objektů okolního světa),
8. rytmizace s využitím jednoduchých hudebních nástrojů, zpěvu i řeči,

9. receptivní techniky - interpretace skladeb se zpěvem a hrou na hudební nástroj,
10. vibroakustické a haptické techniky - stimulace pomocí rezonančních možností mluvidel muzikoterapeuta a hudebních nástrojů,
11. práce s textem písní - zapojení prvních slov do hudebních improvizací i do známých skladeb a písní,
12. hudební hádanky - např. skladba „Skákal pes přes oves“ - otázka „Jak dělá pejsek?“

### **3.2. Vývojová specifika batolat v rámci muzikoterapeutické strategie SDMT**

Následující kapitolu opět uvedeme otázkou: *Proč je metoda SDMT určena pouze dětem do tří let?*

Odpověď i zde nebude jednoznačná, jelikož je tato metoda aplikována i u dětí starších<sup>14</sup>. Důvodem ohraničení je skutečnost, že metoda SDMT vznikla a i nadále se vyvíjí v Dětském centru s komplexní péčí a podpůrnou rodinou terapií při fakulní Thomayerově nemocnici<sup>15</sup>. Děti v tomto zařízení mohou být maximálně do tří let. Výjimku tvoří děti s postižením, které zde mohou být až do šesti let. Další skutečností je, že jen malé procento dětí zde zůstává dlouhodobě, tudíž je aplikace SDMT převážně využívána pouze u kojenců. Dalším důvodem je skutečnost, že autor těchto řádků působí v Dětském centru pouze 4 roky. Za tu dobu zůstaly v trvalé péči (tj. od 3 měsíců do 3 let) pouze 3 děti (viz: 5. kapitola).

Proč tedy nedoporučit tuto metodu i dětem starším? Jak si dále ukážeme (kapitola 4.3.) daná metoda má i jistá omezení a úskalí. Je nesmyslné tvrdit, že muzikoterapie je samospásnou metodou, která je vždy vhodná a nemá kontraindikace. Jestliže jsou nám negativní účinky či nefunkčnost muzikoterapie SDMT v pozdějším věku neznámé, neměli bychom ji aplikovat. Pro pozdější věk je možno zvolit postupy jiných, již zavedených a lety praxe prověřených muzikoterapeutických metod (např.

<sup>14</sup> Jde o děti s postižením okolo 4 - 6 let.

<sup>15</sup> Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinou terapií při fakulní Thomayerově nemocnici je nový název dřívějšího Kojeneckého ústavu při fakulní Thomayerově nemocnici.

Kreativní muzikoterapie, FMT metoda, Metoda volné atonální improvizace, Vývojová muzikoterapie a další<sup>16</sup>).

Z těchto důvodů je Podpůrná vývojová muzikoterapie prozatím zakončena věkem tří let dítěte. I nadále však probíhá longitudinální výzkum, kdy je SDMT metoda aplikována i v pozdějším věku u některých dětí, které již dětské centrum opustily. Ale též u jiných dětí stejného věku v integračních mateřských školách<sup>17</sup> a v rodinách. Pro potřeby této práce budeme sledovat vývojovou linii do tří let věku dítěte.

### 3.2.1. Vývojová posloupnost v období batolete (od prvního do třetího roku)

Jak shrnují Langmeier a Krejčířová (1998), dítě, které je při narození vybaveno určitými prostředky k psychologické interakci s lidským i předmětným prostředím, značně rozvine v prvním roce života všechny dané dispozice. Na konci prvního roku již získává nové pojetí okolního světa v pochopení stálosti předmětů a objektů i ustavení relativně stálého vztahu k osobám, které o něj pečují. Je schopno sociální interakce, vnímá změny vyvolané svým působením v prostředí i v interakci s druhými lidmi. Podmínkou tak rychlého a složitého vývoje je přítomnost člověka či více stálých známých osob (nejlépe matky a otce), které o něj láskyplně a citlivě pečují a umožňují mu bezpečně prozkoumávat své okolí. To by mělo být přehledné, podmětné a stabilně strukturované.

Problém nastává u dětí, které byly od osob blízkých příliš často odloučeny nebo byly v péči mnoha neznámých osob. Umístění do ústavu (nemocnice, kojeneckých ústavů či dětských center) přináší pro dítě v tomto věku zvýšené riziko, které je jen těžko kompenzováno péčí personálu či muzikoterapií.

**Batolecí období**, je obdobím mezi prvním a třetím rokem života dítěte. Dochází v něm k výraznému rozvoji motoriky, která je především spojována se samostatnou chůzí a s cílenou manipulací. Je to doba spojená s osvojováním si mateřského jazyka, rozlišování sociálních vztahů a doba spojená s dalším rozvojem inteligence, vydělování vlastního Já, sebeuvědomování a autonomií.

<sup>16</sup> Podrobněji v knize: Kantor, J. Lipský, M. Weber, J. (2008): *Základy muzikoterapie*. Elysiion. České Budějovice.

<sup>17</sup> Např. Mateřská škola Sulanského 639, Praha 4.

Erikson (1959, In: Šulová 2004) poukazuje na rostoucí potřebu vlastní autonomie dítěte. Jde o pochopení vlastních možností, síly a šikovnosti, které vedou k uplatňování autonomního chování. Zároveň však, jsou-li tyto projevy potlačovány, dochází k převáženému studu ze závislosti a k pasivitě. S procesem autonomie souvisí i forma sebeprosazování se, či hledání stupně přijatelnosti vlastního chování pro ostatní. Nastává nutný proces pro formování vlastního Já, místa mezi ostatními, ujasňování si sociálních norem a sociálně žádoucího chování.

Dítě mezi prvním a třetím rokem získává mnoho zkušeností, které vedou k určitému stupni jeho samostatnosti a zároveň se mnohem více začleňuje do lidského společenství. Kolem dvou let např. začíná většina dětí navazovat vztahy s druhými dětmi svého věku. Přesto tyto vztahy nenabývají takového významu jako vztahy s dospělými. Toto období je vhodné i pro skupinovou muzikoterapii. Sice jsou interakce mezi dětmi krátkodobé, ale oproti prvnímu roku života dítěte mají již interpersonální charakter. Postupně dochází k osvojení sociálního (altruistického) chování. Teprve nyní si dítě plně uvědomuje, že může někomu něco dát nebo vzít, věci uchopit i zahodit, někoho k sobě pozvat nebo ho odmítnout. Tyto zkušenosti mezi druhým a třetím rokem věku dítěte postupně krystalizují do tzv. fáze negativismu či fáze vzdoru. Ta souvisí s rostoucí potřebou autonomie dítěte, které si nyní uvědomuje sebe jakožto autonomní bytost (Langmeier, Krejčířová 1998). Vzdorovitost dítěte není nahodilá a patří zákonitě k jeho vývoji. Dítě usiluje o svou autonomii a naráží přitom na mantinely, které předkládá svět dospělých. Klidný, tolerantní, chápající, ale důsledný výchovný přístup ze strany osob dítěti blízkých pomáhá dítěti překonat rozpory a dosáhnout, zpravidla kolem tří let (nebo o něco později), nové rovnováhy. Důležité je, aby výchovné působení bylo jednotné, jasně stanovovalo mantinely, ale zároveň vytvářelo prostor pro rozvoj autonomie dítěte.

Zároveň je dítě v období mezi druhým a třetím rokem schopno připisovat druhému a sobě samému záměry, které vedou k nějakému cíli. Záměr jako něco, co předchází následným akcím, což vede ke schopnosti tyto akce předvídat a vysvětlovat je. Objevuje se tedy schopnost myslet v kontextu duševních kauzalit. Takový posun umožňuje v sociálních kontaktech jednat s předstihem. Jinými slovy, znalost záměru umožňuje předvídat akci. Dítě má tedy vytvořený základní koncept přání jakožto intencionálního duševního stavu, který odráží hypotetický cílový stav věcí. Dítě zjistilo, že přání může rozvinout chování, tj. usměrnit kroky tak, aby bylo dané přání naplněno (Vavrda 2005).

Na základě tohoto vývojového kroku dokáže usuzovat, jakým způsobem se bude odvíjet setkání s muzikoterapeutem, co po něm bude chtít a jak je možné toho dosáhnout. Zároveň setkání s muzikoterapeutem zapadá do rámce zobecnění chování lidí ve světě a chování lidí v interakci s dítětem. Do vývoje myšlení tedy vstupuje nové pravidlo usuzování. Vavrda (2005) jej nazývá principem duševní koherence. Toto pravidlo předpokládá, že motivy muzikoterapeuta, rodičů a dalších lidí nejsou navzájem kontradiktorické.

Pokud osoby dítěti blízké vykazují trvale kontradiktorické chování tj. např. protichůdnost motivů aktérů, nebo chování, z něhož není možno vysoudit záměr, či dvojná vazba (viz: Langmeier 1998), bude si dítě vytvářet zobecněnou představu kontradiktorického světa, což může být základem budoucí duševní poruchy. Jestliže tedy dvouleté dítě chápe, že přání řídí akce jeho i druhých, porozumění reprezentační povaze předpokladů<sup>18</sup> se objevuje později (mezi 3. - 4. rokem).

Podle Piageta (1961) mezi prvním a druhým rokem věku dítěte vrcholí vývoj senzomotorické<sup>19</sup> inteligence a nastupuje nová etapa symbolického a předpojmového myšlení.

Jakmile dítě s nástupem symbolické funkce řeči dochází k symbolickému myšlení, dosahuje myšlení nové, kvalitativně vyšší úrovně. Symbolická schémata a jejich užití znamenají výskyt činností, které zastupují něco, co v dané situaci neexistuje (př. dítě dělá že spí). Činnosti konané se skutečnými předměty mohou přejít na činnosti konané v mysli dítěte, tj. v představě. Dochází k rekonstrukci předchozího vývoje na kvalitativně vyšší úrovni (Piaget, Inhelderová 1997). Dítě tedy prochází vývojem od senzomotorického stádia k symbolickému a předpojmovému. Předpojmové myšlení je charakterizováno:

<sup>18</sup> Reprezentační povahou předpokladů se rozumí skutečnost, že nejednáme na základě reality jaká je, ale na základě naší reprezentace reality se všemi nepřesnostmi, které tato reprezentace obsahuje. Tzn. že akce jsou duševně zapříčiněny reprezentacemi reality a nikoli realitou jako takovou (Vavrda 2005, s. 94).

<sup>19</sup> Wallon (1946, In: Šulová 2004), který se v periodizaci vývojové posloupnosti odlišuje od Piageta, umísťuje stádium senzomotorické rovněž do doby mezi prvním a druhým rokem (konkrétně mezi 12. -18. měsícem) a zdůrazňuje orientaci na vnější svět. Aktivity dítěte jsou stimulovány principem nazvaným zákon účinku. Účinek manipulace dítěte podněcuje k opakování stejného gesta, aby dosáhlo totožného výsledku. Pak dochází k překonání této cirkulární činnosti pozměněním gesta a dochází ke změně účinku, které si dítě povšimne.

1. Finalismem - z funkce předmětu je usuzováno na jeho existenci - př. buben je tu proto, abych na něj mohl hrát.
2. Artificialismem - věci jsou vytvořeny člověkem k nějakému účelu.
3. Animismem - ožívování předmětů. Spadlý buben jde dítě pofoukat, protože si ublížil.
4. Fenomenismem - tvoření kauzálních spojení mezi jevy, které se vyskytují v daném prostoru a času a mají jen zdánlivý vztah.
5. Dynamismem - přičítání volní energie předmětům. Buben mi schválně spadnul na nohu. Dítě jej za to potrestá.

Mezi 18. měsícem až 3 roky se, podle Wallona (1946, In: Šulová 2004), zároveň vytváří reprezentační inteligence. Dochází k projikování získané zkušenosti z manipulací s předměty do psychiky, v níž se utvářejí odpovídající reprezentace (představy předmětů v mysli). Jde o tzv. projektivní stádium. Dítě projevuje živý zájem o takové hry či muzikoterapeutické techniky, které jsou symbolické a založené na fikci. Např. Buben představuje slona, rolničky myš a následuje narativně orientovaná muzikoterapeutická strategie. Při řečových aktivitách (řeč v rámci hry s danými reprezentanty) se objevují tzv. monologické dialogy, kdy dítě hovoří za různé účastníky.

Jak uvádí Vavrda (2005) hra v období mezi 2. a 3. rokem nabývá symbolický charakter. Její podmínkou je schopnost symbolizovat, tedy používat reprezentaci - to znamená, že dítě používá jednoho předmětu jakožto symbolu zastupujícího jiný předmět. Tato skutečnost je velmi důležitá pro formování nových muzikoterapeutických strategií. Pokud by muzikoterapeut setrval v původních „presymbolických“ muzikoterapeutických technikách, dítě by brzo přestaly tyto techniky zajímat a nedošlo by k možnému posunu směrem k vytyčenému terapeutickému cíli. Kolem třetího roku jsou děti schopny rozlišovat mezi snovými obrazy, myšlenkami a reálnými věcmi, objevuje se symbolická hra a jsou schopny pochopit a odhadnout záměr předstírání druhého člověka, který s dítětem vstupuje do interakce.

Solint (1987, In: Vavrda 2005) vymezuje symbolickou hru splněním čtyř podmínek:

1. postojem a očekáváním, že daná aktivita je opakem reálného,
2. tato aktivita má charakter vytváření a používání iluze,

3. je procesem asimilace prostřednictvím opakování, často se přibližuje **vzpomínání na minulost,**
4. závěr, že dítě si hraje, je možné si ověřit na tom, že ji dítě označuje Jako".

Podle Vavrdy (2005), hra poskytuje možnost zabývat se různými situacemi a hledat jejich řešení. Můžeme ji tedy označit jako jistou formu myšlení. Jedná se o akci s minimálním výdejem energie a dopadem na realitu. Svět herní je u dětí okolo 3 - 4 let naprosto odtržen od reálného světa. To znamená, že ve hře dítě může operovat, aniž by to mělo dopad na realitu. Protože je jenom jako, může brát v úvahu všechna možná řešení, všechny své touhy a fantazie. Lze tvrdit, že řadu postupů si děti potřebují vyzkoušet ve světě hry, než je mohou aplikovat v realitě. Předměty, které dítě při svých hrách používá, jsou dostatečně konkrétní, dobře manipulovatelné a přitom zastupovanému dostatečně vzdálené. Hra je jakýmsi konkrétním myšlením užívajícím symboly. Výhodou je, což se v muzikoterapii často využívá, že herní situace je sdělitelná druhému. Pokud muzikoterapeut neopustí rámec hry a neporuší jej prvky reality, může s dítětem danou hru utvářet a rozšiřovat. Toho se využívá i v psychoterapeuticky orientovaných muzikoterapeutických směrech (např. analytické muzikoterapii, psychoanalytické muzikoterapii), kdy se pomocí hry mohou odkrýt a zpracovat některé konflikty, traumata a jiné zátěžové situace.

### 3.2.2. Muzikoterapeutické strategie SDMT v batolecím období

- V oblasti motorické se muzikoterapie dělí na techniky podporující hrubou motoriku a techniky podporující jemnou motoriku.
- U hrubé motoriky se používají rytmická cvičení, která podporují rozvoj chůze a běhu (podle tempa skladby či rytmické hry). U dětí, které v počátečních fázích rozvoje chůze např. často padaly a nyní v nových situacích raději opět lezou, slouží hudební hry jako silný motivační prvek pro překonání bázně z chůze či běhu. Rytmizace pomáhá i při nácviku chůze do schodů či skákání snožmo na místě.
- Jemnou motoriku procvičuje nejlépe hra na hudební nástroje. Kromě klasických rytmických nástrojů (bubínky, ozvučná dřívka, chřestidla, tamburíny apod.) se využívá xylofonů a metalofonů, piana (u kláves je

důležité zajistit kladívkovou mechaniku) a dále je vhodné používat jednoduché strunné nástroje jako např. kantelu nebo kytaru (důležité je vždy hlídat struny, aby nepraskly a dítěti neublížily). Vhodná je též technika muzikomalby, kdy za poslechu hudby dítě spontánně čmárá na připravenou čtvrtku papíru.

Druhá oblast, která se rozvíjí, je řeč. Již v polovině druhého roku dítě začíná plně chápat symbolický význam slov. Rozumí stále většímu počtu slov a více jich samo začíná užívat (běžné dítě v rodině v 18 měsících aktivně užívá 20 až 30 slov, ve dvou letech již 200 - 300 slov). Muzikoterapie zde využívá celou řadu písní a rytmických říkadel. Slova jsou často doprovázena hudebními nástroji či hrou na tělo. Následně se s dětmi o významech slov hovoří, některá slova muzikoterapeut může dítěti přiblížit za pomoci fotografií, knih či vlastní kresby. Okolo 2,5 let se začíná i s psaním textů písní, tj. společné budování lyrického obsahu skladby. Děti si pak lépe daná slova zapamatují a uvědomí si jejich význam, což následně umožňuje pokroky v sociální oblasti, kdy se lépe dorozumívají a stávají se více autonomními bytostmi.

Podle Holmse (2001) se okolo 1,5 roku věku začíná objevovat zpěv v podobě vokální cílené intonace (např. „ná" s melodií „Skákal pes"), postupně je dítě schopno do melodie dosazovat jednotlivá slova a okolo tří let zvládat i několik písní s více slokami. V této době je důležité, aby muzikoterapeuti reflektovali oblíbené písně dětí a zařazovali je do svého repertoáru.

Další oblasti působení muzikoterapie napomáhají dětem rozvíjet emoční prožitky a inteligenci. Hudba má to kouzlo, že působí přímo na lidské emoce. U dětí v období mezi 14 -18 měsíci však stále přetrvává silná závislost na matce a emoce se odvíjí od její přítomnosti či nepřítomnosti a ne od hudebního poslechu (je pravda, že známá melodie může utvářet jistý pocit bezpečí). V tomto věku je muzikoterapie často nemožná bez přítomnosti matky. Podle vývojové psychologie v této době vrcholí tzv. separační úzkost, kdy si dítě není schopno uvědomit existenci matky za její nepřítomnosti. Na základě zrání nervových struktur tato úzkost postupně vymizí.

Postupem času pak dochází k rozvoji emočních prožitků skrze hudební zkušenost. Někteří muzikoterapeuti vycházejí z přesvědčení, že k pochopení

emocí spojených s hudbou nestačí pouhý poslech určité skladby, ale především tělesný prožitek. Jde o tělesné prožitky vycházející z rytmických pohybů a z nervosvalové koordinace. Tělo má roli prostředníka mezi jednotlivými tóny, myšlením a emocemi.

- K rozvoji inteligence pak slouží nejen tělesný prožitek, ale i jednoduché úkoly, které děti řeší v rámci celé struktury muzikoterapeutického setkání. Tyto úkoly odpovídají kognitivním schopnostem dítěte odvozené z jejich aktuálních možností v rámci dosaženého stupně vývoje. K celkovému rozvoji kognitivních schopností přispívá samotná interakce s muzikoterapeutem (viz výše popsané teorie) v rámci hudební zkušenosti.

Mezi nejčastější muzikoterapeutické techniky SDMT, které se v batolecím období používají můžeme zařadit:

1. zrcadlení instrumentálního a vokálního projevu dítěte,
2. zpěv písní, improvizovaný zpěv se slovy, které dítě ovládá,
3. vokální improvizace,
4. hraní písní na hudební nástroje,
5. instrumentální improvizace,
6. pohyby na hudbu,
7. muzikomalba,
8. hra na tělo,
9. pohybově-kinestetické a hudebně-vokální techniky,
10. tvorba textů písní, porozumění významům textů písní,
11. narativní muzikoterapeutické techniky,
12. poslech hudby,
13. abreaktivní perkusní techniky,
14. relaxační a koncentrační techniky (využití kovových zvuků, práce s vodou a kameny v muzikoterapii, použití ocean-drumu apod.).

I nadále platí, že muzikoterapie SDMT je prožitkovou terapií, zakládající se na dobrovolnosti a spontánnosti ze strany dítěte. Muzikoterapeut řídí strukturu muzikoterapeutického setkání a kombinuje direktivní a nedirektivní přístup dle terapeutického cíle. Snaží se dítě při jednotlivých muzikoterapeutických úkolech podporovat a motivovat k jejich naplnění, vytváření a dokončování. Pokud dítě

danou činnost opakovaně odmítá, hledá muzikoterapeut jiné možnosti řešení či nabízí další techniky, které vedou k naplnění stejného muzikoterapeutického záměru a cíle. Muzikoterapeut stanovuje v rámci muzikoterapie pevné hranice, ale zároveň respektuje autonomii dítěte.

V případě přílišné únavy či nemoci dítěte muzikoterapeut s dítětem nepracuje nebo volí takové techniky a metody, které nejsou svojí povahou invazivní a spíše se snaží podpořit léčbu dítěte či jeho rekonvalescenci. Muzikoterapeut může dítěti umožnit odpočinek v rámci společného setkání<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Obecně platí, že je muzikoterapie kontraindikována při akutních somatických onemocněních, kdy je zapotřebí medikace a klidu (např. horečnaté stavy). Tedy v době, kdy je potřeba aby muzikoterapie neodváděla síly, které jsou organismu zapotřebí v průběhu léčení. Přesto některé z muzikoterapeutických technik mohou dítě v průběhu nemoci podpořit (nejčastěji právě v kojeneckých ústavech a dětských centrech, kdy dětem často chybí osoba blízká, která by je v průběhu nemoci podpořila svojí přítomností). Např. zpěv v rytmu dechu dítěte, zpěv pro dítě spojený s dotyky nebo samotná přítomnost muzikoterapeuta. Důležité je, aby indikaci jednotlivých muzikoterapeutických technik prováděl zkušený a erudovaný muzikoterapeut, aby u dítěte nedošlo k zhoršení nemoci nebo celkové kachexii.

## 4. METODA PODPŮRNÉ VÝVOJOVÉ MUZIKOTERAPIE

Vlastní metoda Podpůrné vývojové muzikoterapie (SDMT) představuje sled jasně volených muzikoterapeutických kroků, které se vzájemně kombinují a vycházejí z obecných zjištění v muzikoterapeutické praxi, vývojové psychologii a dalších referenčních oborech (viz první kapitola). Vždy se musí zohlednit osobní a rodinná anamnéza dítěte, komplexní rehabilitační plán dítěte, lékařské diagnózy, speciálně pedagogické a fyzioterapeutické intervence. Jednotlivé kombinace muzikoterapeutických kroků vycházejí z následujících informací:

- a) věk dítěte (jednotlivé kroky by měly zohlednit věk dítěte a to jak mentální tak i chronologický)
- b) umístění dítěte (v rodině, v nemocnici, v ústavní péči, v náhradní rodinné péči)
- c) aktuální možnosti dítěte (zohlednění vývojových, motorických, smyslových, sociálních, kognitivních a mentálních limitů dítěte)
- d) zdravotní stav dítěte (dítě s postižením, dítě nemocné, dítě předčasně narozené, traumatický prožitek dítěte apod.)
- e) emocionální prožívání (přílišná úzkostnost, radostnost, chudost emocí apod.)
- f) temperament a aktivita dítěte (temperament z hlediska osobnostního založení dítěte, aktivita dítěte ve smyslu - koncentrace, zvědavosti, pohyblivosti, nesoustředěnosti apod.)
- g) sociální vývoj dítěte (jakým způsobem dítě komunikuje, s kým komunikuje, jak se projevuje ve skupině a jak při individuální interakci apod.)

SDMT je volná metoda, kdy můžeme aplikovat jakékoliv muzikoterapeutické techniky (např. zpěv, vokální a instrumentální improvizace, poslech hudby, pohyby na hudbu), avšak musíme dodržovat jisté zásady, abychom vždy věděli čeho chceme dosáhnout, proč dané kroky děláme a jakým způsobem je máme dělat. Tyto zásady zahrnují přípravu, realizaci a evaluaci muzikoterapeutického programu a zohledňují důležité proměnné, které vstupují do muzikoterapeutického procesu (muzikoterapeut - klient - hudba).

Metoda SDMT je aplikována nejčastěji individuální formou. Přesto skupinová setkání nebývají výjimkou. První setkání bývá však většinou individuální z důvodů vstupní muzikoterapeutické diagnostiky a budování samostatného

muzikoterapeutického cíle (viz níže). Skupiny jsou možné již od dovršení 6. měsíce. Ideálním případem je, kdy danou skupinu vedou dva terapeuti (muž a žena). Skupinová muzikoterapie SDMT dodržuje stejná východiska a posloupnosti jako muzikoterapie individuální. Přesto od 2 let dítěte nabývá jisté specifikum a to díky faktu, že se děti začínají zajímat i o ostatní děti z hlediska interakce a komunikace. Do této doby se většinou muzikoterapie odehrává jako individuální práce na pozadí skupiny.

#### 4.1. Muzikoterapeut, klient, hudba

Základem SDMT metody je **vztah** mezi klientem (dítětem) a muzikoterapeutem (i mezi muzikoterapeutem a rodičem dítěte). Bez pevného, lidského a bytostného vztahu nelze dosáhnout jakéhokoliv výsledku. Takto koncipovaná muzikoterapie užívá jednotlivé techniky k tomu, aby dítě podpořila v jeho vývoji, rozvinula jeho schopnosti do té míry, jak jen to bude možné a zároveň umožnila postupné budování vztahu mezi dítětem a muzikoterapeutem. Tato skutečnost se někomu může jevit jako banalita, avšak bez pevného vztahu neuděláme v podstatě nic. Dítě nám musí důvěřovat, nesmí se nás bát, musí se u nás cítit bezpečně. Pokud tohoto dosáhneme, můžeme se naplno věnovat stanovenému cíli pomocí níže popsaných strategií.

Dalším důležitým ukazatelem pro správné použití metody SDMT je **odborná erudice a zkušenost** muzikoterapeuta. Vzhledem k tomu, že SDMT spadá do edukačních (rehabilitačních) muzikoterapeutických přístupů, měl by mít muzikoterapeut povědomí nejen z muzikoterapie, ale též ze speciální pedagogiky, psychopatologie, vývojové psychologie, hudební psychologie a psychoterapie. Zároveň by měl umět hrát alespoň najeden hudební nástroj a zpívat.

V současné době jsou akreditované postgraduální muzikoterapeutické programy určeny pouze absolventům psychologie a speciální pedagogiky. Jak z výše napsaného vyplývá, toto vzdělání úplně nepostačuje. Budoucí muzikoterapeut by měl přinejmenším ještě absolvovat psychoterapeutický výcvik a minimálně druhý stupeň ovládnutí hry na hudební nástroj a zpěvu.

Avšak samotná odbornost terapeuta ještě nezaručí, že dokáže s dítětem navázat vztah, komunikovat s ním adekvátním způsobem a podporovat ho v jeho počínání. Do muzikoterapeutického procesu tak vstupuje nový faktor, jímž je osobnost muzikoterapeuta.

Osobnost muzikoterapeuta představuje jeho osobní já, které má na dítě největší vliv během celého muzikoterapeutického procesu. Důležité vlastnosti muzikoterapeuta pro úspěšnou práci s dětmi můžeme shrnout do následujících bodů, volně inspirovaných přednáškou Jaroslava Skály:

1. Vztah
2. Umění naslouchat (můžeme hovořit i o citlivosti na podněty ze strany dítěte)
3. Probouzet samoléčící schopnosti dítěte (podporovat dítě v jeho vývoji)
4. Osobní sebepoznání a sebezkušenost terapeuta
5. Pokora

Osobnost muzikoterapeuta, jeho charisma ovlivňuje celý proces muzikoterapie. Nejdříve se totiž objektem zájmu dítěte stávají hudební nástroje, postupem času se však stále více soustřeďuje na samotného muzikoterapeuta. Pozvolna se tak mezi nimi rozvíjí a prohlubuje bytostnější vztah, který je základem úspěchu celé muzikoterapie.

Muzikoterapeutický proces je mnohem více než jen správně a efektivně provedená technika. Realizace muzikoterapie vyžaduje mnoho zkušeností a dovedností. Muzikoterapeut musí respektovat individualitu klientů a možnosti jejich terapeutického ovlivnění. Dále musí být schopen provádět náročné úkony, ke kterým patří (podle Kantora 2008):

1. diagnostikování klienta a ohodnocení jeho vývoje a zlepšení v průběhu terapie,
2. umění navázání terapeutického vztahu,
3. rozpoznání, jakým způsobem muzikoterapii vést a volba vhodných postupů,
4. motivování klienta pro společnou práci,
5. pomoci klientovi při překonávání náročných okamžiků v průběhu muzikoterapie,
6. sestavení adekvátních muzikoterapeutických skupin aj.

Náročnost muzikoterapeutického procesu závisí na mnoha proměnných (vlastnosti klientů, cíle, forma terapie), které vytvářejí nespočetně mnoho odlišných a těžko předvídatelných situací. Muzikoterapeut musí být proto flexibilní a schopný kreativně řešit dané situace.

Muzikoterapie SDMT je především „služba“ klientům (dětem). Jak již bylo uvedeno má mnoho příbuzného se speciální pedagogikou, dětskou psychoterapií, fyzioterapií či psychologii. Avšak díky **hudbě**, která v ostatních profesích přítomna není, získává zvláštní postavení vedle ostatních oborů. Vzniká zde nový vztah a tím je nejen vztah mezi muzikoterapeutem a dítětem, ale též vztah mezi nimi a hudbou. Hudba se tak stává intervenující proměnou, která ovlivňuje celý terapeutický proces.

Podle Gastonových a Searsových (1968) principů je hudba v terapii využívána třemi způsoby:

- 1) přitahování pozornosti a poskytování postupu a struktury
- 2) poskytování podnětů nebo prostředků pro sebevzdělání, sebevyjádření a sebeuspokojení,
- 3) podporování pozitivních vztahů k ostatním poskytováním vzhledů, dovedností a zážitků, které pomáhají jedincům být ve vztazích k ostatním okolo úspěšnější a zodpovědnější.

Tyto principy se dají shodně převést i do uplatnění hudby v metodě SDMT. Navíc bychom mohli zohlednit ještě další princip, jímž je estetický prvek obsažený v hudebním médiu. Zajímavostí je, že právě hudba, která proniká skrze oddělení v kojeneckých ústavech, dětských centrech a dětských domovech vnáší do ústavní péče prvek krásna. Nejen děti, ale též personál se po čase na „hudební chvílky“ v podobě muzikoterapie těší. Podobně je tomu u rodičů a dětí, kteří jsou společně zainteresováni na vytváření společné hudby při muzikoterapeutických setkáních.

Můžeme shrnout základní principy, které ovlivňují formování metody SDMT:

- a) Informace a cíl
- b) Vztah (klient a muzikoterapeut)
- c) Osobnost muzikoterapeuta, zkušenost a odborná erudice
- d) Zvuk a hudba

## **4.2. Příprava, realizace a evaluace SDMT**

Příprava muzikoterapeutického programu se odvíjí na základě následujících kritérií: vytvoření

vstupní muzikoterapeutické diagnostiky, uzavření kontraktu a vytvoření plánu reflektujícího muzikoterapeutické cíle a individualitu klienta.

Realizace muzikoterapeutického programu zahrnuje následující kroky: aplikace vhodných muzikoterapeutických technik, vedení dokumentace a sledování vývoje muzikoterapeutického procesu.

Evaluační muzikoterapeutického programu zahrnuje: závěrečnou diagnostiku, vyhodnocení efektivity aplikace muzikoterapeutických technik, doporučení pro pokračování nebo ukončení muzikoterapie.

#### 4.2.1. Příprava muzikoterapeutické metody SDMT

##### **První setkání s klientem (dítětem)**

První setkání s dítětem je oproti ostatním muzikoterapeutickým setkáním specifické. Měli bychom totiž stanovit orientační muzikoterapeutický cíl a následně vypracovat plán jednotlivých kroků, jakým způsobem k tomuto cíli dospět. Zároveň provádíme určitý screening (který pokračuje i v několika následujících setkáních), kdy se rozhodujeme, zda vůbec zahájíme s daným dítětem muzikoterapii a zda pro něj není v dané situaci vhodnější jiný terapeutický přístup.

Při prvním setkání s dítětem je nutné vytvořit vhodné podmínky pro vzájemnou interakci, aby se chovalo a vyjadřovalo přirozeně (např. setkání ve známém prostředí dítěte za přítomnosti pro dítě „bezpečných“ osob). Již při prvních setkáních se začíná rozvíjet terapeutický vztah. Vystupování muzikoterapeuta musí být již od začátku empatické a autentické. Muzikoterapeut má reflektovat, co mu dítě sděluje, dokázat jej správně motivovat a povzbudit ke společné práci. Zároveň by si měl být vědom toho, že je pro dítě cizí a tudíž nespoléhat na přílišnou autenticitu projevů.

První setkání by mělo být oprostěno od všech informací, které se dítěte týkají a mělo by být vedeno diagnosticky<sup>21</sup>, s co největší opatrností z důvodu možných kontraindikací<sup>22</sup>. V této fázi neznáme k dispozici anamnézu, neznáme ani lékařské, speciálně pedagogické či psychologické zprávy z vyšetření. Nejsme informováni ani rodiči dítěte, ani osobami, které o dítě pečují místo rodičů. Samozřejmě, některé informace (např. jméno, věk, případně aktuální zdravotní stav vzhledem k možným onemocněním), k dispozici máme.

<sup>21</sup> Nejen první setkání je součástí diagnostických strategií pro formulování cíle a intervence muzikoterapie SDMT. Diagnostikování klienta průměrně probíhá v průběhu 5 setkání. První setkání je však specifické z důvodu omezených informací o klientovi.

<sup>22</sup> V této části nemáme k dispozici údaje o dětském klientovi. Z tohoto důvodu se vyhýbáme všem „nebezpečným“ krokům, které může muzikoterapie přinášet (příliš rychlé tempo skladeb, tóny vysokých frekvencí, přerušovaný rytmus, přílišná náročnost muzikoterapeutických technik apod.), abychom např. nevyvolali epileptický záchvat, přílišnou úzkost, či neurotické projevy.

Důvodem tohoto postupu je zabránění předčasnému halo-efektu, který by mohl ovlivnit muzikoterapeutickou diagnostiku i hledání muzikoterapeutického cíle a vypracování předběžného plánu muzikoterapeutických intervencí. Pro první setkání je důležité, abychom nebyli ovlivněni „nálepkováním“ diagnóz, ale poznali dané dítě takové jaké je ve své jedinečnosti.

Samozřejmě vstupní program upravujeme podle věku dítěte a je prováděn vždy za přítomnosti rodičů nebo osob dítěti blízkých (např. v ústavní péči za přítomnosti zdravotních sester, fyzioterapeutek, vychovatelek apod.). Pokud máme možnost a písemný souhlas rodičů či zákonných zástupců dítěte, je dobré toto setkání zaznamenat na videozáznam.

Před samotným programem se chvíli s dítětem v jeho prostředí seznamujeme a hovoříme s ním i s jeho blízkými. Tato introdukce je již součástí našeho poznávání dítěte. Následuje krátké muzikoterapeutické setkání, během něhož aplikujeme níže popsané kroky metody SDMT. Jednotlivé kroky strukturujeme do 15 - 30 minut (v případě přílišné únavy či úzkosti dítěte můžeme tento čas zkrátit). Během této doby se s dítětem seznamujeme a pozorujeme jeho chování a jednání. Sledujeme následující složky:

- a) složka sociálně interakční (jakým způsobem dítě zvládá kontakt s muzikoterapeutem, s kým a jak vstupuje do interakce, zda je schopno vystavit se neznámému či zůstává v blízkosti „bezpečné“ osoby, jakým způsobem si hraje v rámci nabízených muzikoterapeutických aktivit apod.)
- b) složka motorická (zda odpovídají motorické schopnosti dítěte jeho věku, jakým způsobem je omezena hrubá a jemná motorika, jaké kompenzační strategie dítě volí pro rozvoj vlastní hybnosti, jak dítě manipuluje s nástroji apod.)
- c) složka zrakové a sluchové percepce (zda fixuje předměty zrakem i sluchem, zda otáčí hlavu za zvukem, jaké hudební nástroje ještě slyší/vidí a jaké nikoliv, jaké hudební nástroje preferuje apod.)
- d) složka řečová (sledujeme vokální a řečové projevy dítěte)
- e) složka koncentrační (zda se dítě dokáže na daný úkol soustředit či nikoliv)
- f) složka hudební (jakým způsobem děti reagují na přítomnost hudby, jakou hudby samy vytváří apod.)
- g) složka kognitivní (jakým způsobem dítě poznává nové předměty, jakým způsobem řeší jednotlivé úkoly apod.)

Po tomto setkání si stanovíme možné muzikoterapeutické cíle a vypracujeme předběžný muzikoterapeutický plán. Následně se seznámíme se všemi dostupnými informacemi o dítěti (osobní a rodinná anamnéza dítěte, chorobopis, záznamy z psychologických a speciálně pedagogických vyšetření apod.) včetně informací od osoby, která byla při prvním muzikoterapeutickém setkání přítomna (např. zjišťujeme, jakým způsobem vnímala chování dítěte v kontextu dané muzikoterapeutické zkušenosti v porovnání s chováním dítěte v běžné situaci). Poté naše zjištění konfrontujeme se získanými informacemi a vypracujeme informovaný muzikoterapeutický plán.

Dalším krokem je setkání s týmem odborníků, kteří s tímto dítětem pracují. S nimi prodiskutujeme naše zjištění a následně hledáme společný cíl, který se stává součástí komplexní rehabilitační péče.

Tento metodický postup prvního setkání je důležitý z toho důvodu, abychom mohli přinést osobní, nezaujatý pohled na budoucí práci s dítětem. Velmi často se náš cíl shoduje s obecným cílem, na který poukazují ostatní odborníci. Někdy můžeme nalézt novou cestu, kterou ostatní neviděli a tudíž celkový cíl změnit či posunout. Jindy však můžeme také dojít na scestí, kdy náš cíl není až tak podstatný a obecný cíl komplexní rehabilitační péče nám dává nový náhled a inspiraci. Z tohoto důvodu je jistě zřejmé, že závěry vytvořené při prvním setkání nedostačují.

### **Muzikoterapeutická diagnostika**

Muzikoterapeutická diagnostika SDMT by tedy neměla probíhat jednorázově a vést ke stanovení ukvapených závěrů. Samozřejmě, že je důležitý první dojem vytvořený muzikoterapeutem při prvním setkání s dítětem, avšak tato skutečnost jen umožňuje nový náhled, který je velmi subjektivní a zastíněný osobním „halo-efektem“ muzikoterapeuta. Diagnostika se odvíjí od systematického pozorování dítěte při více muzikoterapeutických setkáních. Je to postupné a prohlubující se poznávání, které pomáhá nasměrovat celý proces k požadovaným cílům. V počátečních i pozdějších fázích muzikoterapie slouží jako neustálá zpětná vazba od dítěte k muzikoterapeutovi. Je to způsob komunikace, který dovoluje určit, co se v daném okamžiku muzikoterapie děje. Reflektuje změny ve vyvíjejícím se vztahu mezi muzikoterapeutem a dítětem. Uskutečňuje se mnoha, často nepatrnými, impulzy, jejichž zachycení vyžaduje od muzikoterapeuta značnou senzitivitu a pozornost. Obzvláště tato skutečnost platí u dětí imobilních se sníženou reaktivitou.

Bruscia (1991) vnímá muzikoterapeutickou diagnostiku jako proces zjišťování a popisu klientových potřeb, hudebních schopností a zájmů. Vstupní a výstupní diagnostikou v muzikoterapii potom vidí jako procedury zjišťování informací o klientovi na začátku a na konci terapie, které slouží k identifikaci změn a dosažených výsledků během muzikoterapie.

Pro muzikoterapeutickou diagnostiku jsou charakteristické následující znaky<sup>23</sup>:

1. Je prováděna jako proces. Vstupní ohodnocení je většinou založeno na periodě několika setkání s klientem (až 5 hodin). Výstupní ohodnocení pak provádí analýzu dosažených změn oproti zjištěním plynoucím ze vstupní diagnostiky.
2. Využívá interdisciplinární spolupráce, tj. vyšetření klientů, která provádí psycholog, speciální pedagog, fyzioterapeut, pediatr, neurolog a další odborníci. Důležité informace mohou poskytnout také rodiče, zdravotnický personál, dobrovolníci a další lidé, kteří se na výchově dítěte interesují.
3. Muzikoterapeut pozoruje interakce dítěte v hudebních, preverbálních, nonverbálních a verbálních relacích. Diagnostika má nejčastěji podobu kvalitativního popisu. Pro muzikoterapeutickou diagnostiku nebývají vhodné formální standardizované testy.
4. Muzikoterapeut hodnotí i vztah dítěte k jeho hudbě. V případě projevu hudebního nadání na tuto skutečnost může upozornit.
5. Pro vyhodnocování dat vstupního a výstupního ohodnocení a pro formulaci závěrů se používá několik odlišných zdrojů. Tato procedura připomíná triangulaci. Muzikoterapeut srovnává data z několika různých zdrojů pro zajištění validity získaných informací.

### **Kontrakt a muzikoterapeutický plán**

Po získání potřebných informací, diagnostických dat a jistotě, že muzikoterapie je pro dítě přínosná, vytváříme předběžný muzikoterapeutický plán a následně uzavíráme tzv. kontrakt. Nejčastěji s rodiči či zákonnými zástupci dítěte nebo s ostatními subjekty, které mají dítě v péči a jsou oprávněny jednat v jeho zájmu (instituce typu kojeneckých ústavů, dětských center - kdy je tato pravomoc delegována např. na lékaře, psychology a další odborníky). Proces uzavírání kontraktu má podle

<sup>23</sup> Tyto znaky jsou volně inspirované přístupem k muzikoterapeutické diagnostice Ruony (2005, In: Kantor 2008).

Mackewn (2004, In: Kantor 2008) etický, praktický a terapeutický rozměr. Součástí kontraktu bývá:

1. způsob a vedení muzikoterapie
2. sledování a naplňování určitých cílů (podle plánu muzikoterapie v součinnosti s komplexní rehabilitační péčí o dítě)
3. možná rizika
4. vedení záznamové dokumentace (písemné souhlasy s pořizováním audiozáznamů, videozáznamů apod.) a výstupní dokumentace (muzikoterapeutické zprávy pro rodiče, lékaře, psychology apod.)
5. podmínka mlčenlivosti (s kým o případu můžeme hovořit a kdy - např s týmem odborníků, kteří jsou na případu dítěte zainteresováni, se supervizorem apod.)
6. finanční ohodnocení muzikoterapeuta
7. způsob oznámení a zdůvodnění případné změny terapie
8. způsoby ukončení terapie
9. podmínky odstoupení od kontraktu

Následuje příprava hlavního muzikoterapeutického plánu. Ten se odvíjí od získaných informací zvláštní muzikoterapeutické diagnostiky, výstupních zpráv dalších odborníků a z vyjednaného společného cíle v rámci komplexní rehabilitační péče. Do tohoto muzikoterapeutického plánu musíme též zohlednit podmínky určené kontraktem.

Muzikoterapeutický plán je program terapeutické nebo edukační intervence zaměřený na specifické potřeby a schopnosti dětských klientů (AMTA 2005). Muzikoterapeutický plán by měl být zaznamenán písemně a obsahovat tyto položky:

1. muzikoterapeutické cíle,
2. předpokládané muzikoterapeutické strategie, postupy a prostředky muzikoterapeutického působení,
3. předpokládaná doba nutná k dosažení jednotlivých kroků terapie,
4. způsob dokumentace zaznamenávající průběh terapie,
5. možnosti spolupráce s dalšími odborníky zainteresovanými na komplexní rehabilitační péči dítěte (vzájemné doplňování a ovlivňování).

## 4.2.2. Realizace muzikoterapeutického plánu v rámci metody SDMT

V další fázi probíhá realizace muzikoterapeutického plánu v odpovídajícím časovém rozmezí a s předem stanovenou frekvencí. Z hlediska zachování návaznosti muzikoterapeutických setkání u dětí se doporučuje muzikoterapii provádět alespoň 1x týdně (lépe 2x týdně). Délka setkání se obvykle pohybuje v rozpětí 15 - 45 minut. Muzikoterapie SDMT by měla trvat minimálně 3 měsíce, což je doba, během níž si dítě na přítomnost muzikoterapeuta zvykne a začíná se plně věnovat nabízeným technikám. Po uplynutí doby tří měsíců se často ukáže, byť jen náznakem, efektivita muzikoterapeutických intervencí. Samozřejmě záleží na dosaženém věku dítěte a hloubce jeho případného postižení<sup>24</sup>.

Jak uvádí Weber (2008) muzikoterapeut sleduje vývoj terapeutického procesu, dokumentuje svá pozorování a provádí průběžné vyhodnocování (evaluaci) efektivity terapie. Na jejím základě může modifikovat použité terapeutické postupy nebo stanovené terapeutické cíle. Během terapie probíhá komunikace mezi terapeutem, dítětem, jeho rodinou a členy interdisciplinárního týmu, kteří jsou na daném případě zainteresováni.

Realizace muzikoterapeutického plánu (programu) zahrnuje, jak již bylo řečeno, aplikace vhodných muzikoterapeutických technik a průběžné vedení dokumentace, za nepřetržitého sledování vývoje celého procesu.

### 4.2.2.1. Aplikace vhodných muzikoterapeutických technik

#### **Rituál jako pocit bezpečí**

Podle Holmse (2001) děti potřebují jistoty v podobě rituálů. Děti jsou svojí podstatou velmi konzervativní. Jakákoliv náhlá změna zavedených zvyklostí je může do jisté míry zúzkostnit a „rozladit“. Avšak pozvolné změny ovlivňují příznivě celý jejich vývoj, adaptační funkce i sociální vzhled. Přestože jsou změny pro vývoj dítěte důležité, zároveň jsou potřebné i situace, které dodávají dítěti pocit stálosti, známosti a bezpečí. Mezi tyto situace patří v muzikoterapii rituál začátku a konce. Tímto

<sup>24</sup> Jisté omezení v rámci metody SDMT spatřujeme v současné době v ohraničení tří let věku dítěte. Avšak dále tuto metodu nedoporučujeme používat, neboť nejsou známy konkrétní indikace a kontraindikace v praktické rovině. Jinými slovy aplikace u dětí starších tří let zatím není v rámci této metody prozkoumána.

vymezením jasně ohraničujeme dobu společné hudební zkušenosti od doby běžného života.

Srozumitelná a jasná struktura by měla být podstatnou celého muzikoterapeutického setkání s dítětem. U některých dětí představuje pevná a jasná struktura základní předpoklad pro úspěšnou realizaci muzikoterapeutických cílů. Jak uvádí Hornáková (1995, 2003) jedná se především o klienty, kteří mají potíže s orientací v čase a prostoru, tedy klienty s autismem, mentální retardací nebo hyperaktivitou. Lepší schopnost zorientovat se podporuje prožívání vlastní integrity a vede k normalizaci chování.

Úvod každého muzikoterapeutického setkání v rámci SDMT je tedy zastřešen určitým rituálem. Rituálem rozumíme situaci, která se opakuje každé setkání. Způsob a prezentaci tohoto rituálu si může každý muzikoterapeut vytvořit sám. Důležité je tento způsob neměnit<sup>25</sup> a daný vzorec každé setkání zopakovat.

Mezi tyto rituály můžeme zařadit např. zazvonění zvonečku (upoutání pozornosti příjemným kovovým zvukem, který se vymyká běžným zvukům prostředí dítěte i zvukům hrajících hraček), úvodní píseň - často se používají tzv. „hallo songs“ - písnička, při níž dítě či děti pozdravíme jmény (později do nich můžeme zakomponovat slova, která nám děti říkají) nebo známá píseň, kterou zahrajeme vždy při úvodním setkání.

Důležitost rituálů je znásobena u lidí s mentálním postižením a autismem či autistickými rysy. Jasná struktura začátku a konce setkání jim umožňuje lépe se orientovat v celé muzikoterapeutické situaci. Jakákoliv změna pak může celý muzikoterapeutický proces narušit (např. i změna barvy hudebního nástroje).

### **Warming up nebo receptivní vyladění?**

V psychoterapeutické i muzikoterapeutické literatuře (srov. Procházka 1996, Vodňanská 2006, Kantor 2008), se často hovoří o technikách warming up (rozehřívací techniky), kterými je vhodné začít, aby následně došlo celkovému vybití nahromaděné energie, k uvolnění nastřádané tenze pomocí zvukových ventilů, umožnění průchodu emocí apod. Což následně vede k tomu, že navazující techniky klient lépe přijímá, je na ně lépe koncentrovaný a snadněji se jim věnuje. Tato

<sup>25</sup> Výjimku tvoří situace, kdy k dosažení určitého cíle úvodní rituál změním. Např. při potřebě změny rigidity chování a podpoře adaptace dítěte apod. Tyto situace však provádí zkušený muzikoterapeut, který následně dítě dokáže podpořit a provést chvílemi znejistění, obav či strachu. Tento cíl však není primárně rehabilitační, ale spíše psychoterapeutický.

skutečnost je jistě pravdivá a velmi často na úvod rozeřivací techniky zařazujeme i v rámci SDMT. Avšak ne vždy je tento začátek správný, v některých případech může být dokonce kontraproduktivní. Obzvláště u mladších dětí (do 1 roku) je potřeba nejdříve nalézt společné místo v hudební situaci a vytvořit tak bezpečný rámec pro další práci, kterou mohou být i techniky warming up. V některých případech tyto techniky nedoporučujeme vůbec (např. v situacích, kdy na ně dítě reaguje spastickou tělesnou odezvou, úzkostí či nepřijetím). Z těchto důvodů častěji metodika SDMT začíná s receptivními programy, kdy se dítě „naladí“ na přítomnost muzikoterapeuta. Mezi tyto techniky patří hra na hudební nástroj terapeutem pro dítě, improvizace v rytmu pohybů dítěte, vokální improvizace nebo zpěv známých písní. Rozeřivací muzikoterapeutické techniky v úvodu jsou naopak vhodné u dětí starších 1 roku, u dětí s hyperaktivitou či sníženou soustředěností. Mezi tyto techniky můžeme zařadit - hru na bubny a perkusní nástroje, tanec s dítětem v náruči, pohyby na hudbu, podporované klavírní improvizace s dítětem na klíně, hra paličkou na ocean-drum aj.

Důležité je zmínit, že jak receptivní techniky, kdy terapeut zpívá či hraje dítěti, tak i techniky warming up, mohou samy o sobě být jádrem celého muzikoterapeutického setkání a vést k naplnění krátkodobých i dlouhodobých cílů.

### **Muzikoterapeutické techniky na rozvoj schopností a dovedností dítěte**

Po úvodním rituálu a následujícím prvním kroku v podobě vyladění dítěte na přítomnost muzikoterapeuta pomocí receptivního poslechu hrané hudby nebo pomocí rozeřivacích technik, se dostáváme k stěžejnímu kroku celé muzikoterapie. Opět samozřejmě záleží na formulování dílčích a hlavních cílů v rámci muzikoterapeutického plánu. V tento krok volíme takové strategie a techniky, které vedou k rozvoji a podpoře dosažených či možných schopností a dovedností dítěte v rámci jednotlivých oblastí:

- 1. Percepční schopnosti** - muzikoterapeutické techniky určené k získání zkušeností podporující smyslové vnímání (receptivní poslechové techniky, zpěv s dítětem na těle, zpěv dítěti na tělo, nabízení hudebních nástrojů bez předchozí zvukové zkušenosti k celkovému prozkoumání - podpora experimentací dítěte, hra na hudební nástroje s následným předložením dítěti s podporou multisenzoriálního vnímání daných nástrojů, společná improvizace na nalezené hudební nástroje v prostoru, využití rezonančních

kvalit hudebních nástrojů - přiřkládání nástroje k tělíčku dítěte, hra na tělo - podpora uvědomění tělesného schématu, využití jiných předmětů a materiálů, jakožto hudebních nástrojů např. využití zvukových a haptických kvalit vody, kamenů, dřeva a kovu).

Do této oblasti patří též muzikoterapeutické techniky reflektující problematiku narušených percepčních funkcí a sensorické integrace (vnímání zvukových a vizuálních kvalit hudebního nástroje předkládaného dítěti do zorného pole, podpora propojenosti očních pohybů a pohybů hlavy ve směru zvukových stimulů, propojení koordinace oko-ruce-ústa).

Dále techniky určené pro zlepšení koncentrace a rozvoj záměrné pozornosti (schovávání hudebních nástrojů se zvukovým doprovodem, hledání hudebního nástroje v prostoru, společný zpěv písní, psaní textů písní, direktivně vedené improvizace: hraní rychle - pomalu, nahlas - potichu apod.)

- 2. Kognitivní schopnosti** - muzikoterapeutické techniky určené na posílení myšlení a paměťových schopností (dekódování hudebních postupů se zvukovou odezvou, řešení jednoduchých úkolů - skládání a rozebírání hudebních nástrojů, využití hudebních nástrojů v jiném kontextu a jiných souvislostech - např. otočení bubnu a vkládání drobných předmětů do jeho dutiny nebo, vývojově později, záměna role bubnu za roli velkého zvířete apod.).

Rozvoj generalizovaného usuzování v rámci společné hudební zkušenosti (techniky zpěvu písní a vokálních improvizací v rámci určitého kontextu, propojení představy zvuku s daným hudebním nástrojem - techniky komentované hry na hudební nástroje, narativní muzikoterapeutické techniky podporující fantazii a myšlení).

- 3. Motorické a senzomotorické dovednosti** - muzikoterapeutické techniky podporující rozvoj hrubé motoriky (pohyby na hudbu, tanec při hudbě, hra na tělo, prostorové a kinestetické hudební improvizace), rozvoj jemné motoriky (muzikomalba, manipulace s drobnými hudebními nástroji, hra na strunné nástroje, hra na nástroje vyžadující složitější koordinaci např. metalofon, xylofon, zvonkohra), rozvoj výkonových i kvalitativních aspektů motoriky např. koordinace, rovnováha, přesnost, síla, rychlost, vytrvalost aj. (pohyby na hudbu, instrumentální improvizace, prostorová orientace s nástroji, hra na

nástroje v pohybu), rozvoj senzomotorické koordinace (propojení zvukového vnímání a pohybu, hra na hudební nástroje, rozvoj schopnosti vyjadřovat hudební obsah pohybem aj.).

- 4. Emoce a viteální afekty<sup>26</sup>** -nejčastěji se v muzikoterapeutické literatuře (srov. Peters 2000, Holmes 2001, Vodňanská 2006, Kantor, Lipský, Weber 2008) setkáváme s informací, že hudba obchází neokortex a působí přímo na lidské emoce, u nejmenších dětí též na určité druhy afektů. Techniky zahrnující celou škálu možností od zpěvu písní a vokálních improvizací až po dotykové rytmicko-hudební postupy, které mají vliv na prožívání a lidské emoce.

Hudba nese vždy určité emocionální poselství, které na osoby vnímatelů (srov. Sedlák 1990, Franěk 2007) bezprostředně působí. V rámci klinické muzikoterapie se často pracuje s improvizací na podkladě emocí, díky níž se muzikoterapeuti dostávají do nitra prožitků svých klientů snadněji než při verbální výpovědi.

V rámci podpůrných muzikoterapeutických metod, do kterých spadá i SDMT, se pracuje s improvizovanou hrou emocí až u dětí kolem tří let. Cíl však není psychoterapeutický. Naopak se spíše snažíme děti vést k tomu, aby pomocí přehrávání určitých emocí mohly dát průchod jejich projevům zcela legitimně. Tím dochází k umožnění abreakce (viz: techniky warming up), k již zmíněnému uvolnění zvukového ventilu (uvolnění nashromážděné tenze při hře na bicí nástroje), zároveň dochází ke kontrole impulsivního a agresivního jednání, pochopení rozdílnosti verbálního a nonverbálního vyjadřování pocitů apod.

- 5. Sociální interakce** - pomocí nejrozličnějších muzikoterapeutických technik (zrcadlení hudebních a vokálních projevů dítěte, hudební a zvuková nápodoba, improvizace, zpěv, hra na tělo, poslech hudby, apod.) využívaných v individuální i skupinové muzikoterapii **SDMT** se snažíme o zlepšení interpersonálních dovedností a sociálních interakcí s druhými, jde nám o vytvoření pocitu sounáležitosti s druhými, snížení izolace, posilování

<sup>26</sup> Stern (1985, In: Erkkilä 1997) hovoří o tzv. viteálních afektech, které nejsou emocemi v pravém slova smyslu. Jde spíše o multisenzoriální zkušenosti jako klísání, slábnutí, prchavost, výbušnost, zesilování či pokles „emočních“ projevů. Jsou to zkušenosti, kterými bývá často popisována hudba a zároveň projevy dětí v rané fázi života. Psychoanalytika Bash-Khare (1985) řadí tyto projevy do období tzv. emocionálně-senzomotorického myšlení.

nezávislosti a vlastní identity, snažíme se o rozvoj schopnosti akceptovat pochvalu a chválit druhé, ale i snášet a poskytovat konstruktivní kritiku, rozvíjíme schopnost učit druhé a usilujeme o sdílení doteků s druhými lidmi.

6. **Chování a jednání** - cíle často překračují rámec **SDMT** a některé muzikoterapeutické techniky využíváme z kognitivně-behaviorálních muzikoterapeutických přístupů (např. regulace chování na základě přítomnosti a nepřítomnosti zvuku a hudby, zrcadlení chování dítěte v hudebním obsahu, vymezení limitů v rámci muzikoterapeutického prostoru apod.). Mezi cíle můžeme zařadit např. odstraňování nežádoucího chování, rozvoj účelového chování, zlepšení schopnosti následovat pokyny, zlepšení schopnosti nápodoby, zvýšení aktivního zapojení do muzikoterapeutických aktivit.
7. **Komunikace a řeč** - využíváme především vokální a verbální improvizaci i interpretační muzikoterapeutické techniky, techniky vokální nápodoby a instrumentálně vokální improvizace (viz: kapitola 3). Dále zpěv písní s vynecháváním slov, řazením samohlásek do tématicky vhodných textů písní (např. - „h/í/í“ u písně „Skákal pes přes oves“). Mezi cíle můžeme zařadit např. zlepšení expresivní složky komunikace, zlepšení receptivní složky komunikace, podnícení motivace ke komunikaci, rozvoj motoriky mluvidel, efektivní používání neverbální komunikace.

Výčet muzikoterapeutických technik v jednotlivých oblastech možného působení je jen stručný. Jednotlivé podrobnosti možných aplikací byly totiž již vysvětleny ve třetí kapitole, která do kontextu vývojově psychologického spektra integrovala jednotlivé muzikoterapeutické principy. Důležité je, že určité muzikoterapeutické techniky mohou ovlivňovat více oblastí najednou (např. vokální improvizace ovlivňuje percepční i kognitivní schopnosti, má vliv na řečovou a komunikační složku a tudíž i na sociální interakci, rozvíjí orofaciální mimiku a zároveň svojí strukturou podporuje určité žádané chování dítěte, koncentraci, spolupráci apod.). Na tomto místě tedy opět připomínáme, že je důležité vědět, jakým způsobem chceme k vytyčenému cíli dojít a podle toho volíme jednotlivé techniky. Ty však ovlivňují vždy více složek najednou.

## Uvolnění od zátěže, relaxace

Druhy muzikoterapeutických technik, které se zabývají uvolněním od zátěže, uvolněním napětí a povolením spasmů tvoří samostatnou část v rámci muzikoterapeutické struktury SDMT. Podobně, jako tomu bylo u receptivních a rozehrívacích technik v úvodu programu, i tento krok by mohl být součástí muzikoterapeutických strategií vedoucích k rozvoji schopností a dovedností dítěte. Jestliže např. u dítěte s hemiparézou umožníme uvolnění spastických končetin a tím rozšíříme možnosti jeho pohyblivosti, zvyšujeme jeho schopnosti a dovednosti nejen v motorické oblasti. Přesto tyto techniky uvádíme samostatně. Je to především z toho důvodu, že se v nich dostáváme do jiné úrovně zkušenosti s hudbou, do jiné úrovně vědomí (často tyto techniky vedou ke spánku dítěte) a více než při jiných muzikoterapeutických aktivitách ovlivňujeme neurofyziologické procesy a pochody v lidském organismu. Na základě neurofyziologických výzkumů<sup>27</sup> se ukazuje, že tyto muzikoterapeutické techniky ovlivňují nejen CNS - předně cerebrální hemodynamiku, ale též kardiovaskulární systém, trávicí systém, svalový tonus, dýchací systém apod. (viz: Šušardžan 1999). Hluboké uvolnění a relaxace se projevují navozením pocitu bezpečí a klidu v doprovodu změny frekvence mozkových vln (zpomaluje se vlnění typu beta do vlnění alfa, případně theta). Uvolnění tenze a navození psychické relaxace nastává při zpomalení mozkového vlnění do pásma alfa (8-12 Hz/sek) a pomalejších rytmů. Vlnění beta (14-30 Hz/sek) je naopak charakteristické pro stav fyzické aktivity až stresu.

Relaxace je psychosomatický jev. Většina relaxačních technik působí komplexně na oblast psychickou i somatickou. Kratochvíl (1997) zdůrazňuje vzájemnou souvislost mezi třemi faktory:

- psychickou tenzí,
- funkčním stavem vegetativní soustavy,
- napětím svalstva.

<sup>27</sup> Např. I. M. Griněva (1981) zjistila, že poslech tlumené melodické klidné hudby působí jako Sedativum a na EEG se zobrazuje jako zvýšení amplitudy alfa vln a snížení amplitudy rychlého vlnění. W. Mastnak (2007) poukazuje na léčebný potenciál pomalé a klidné hudby Orientu a staré Číny. V současné době pracuje s týmem odborníků na výzkumech propojující původní léčebné metody a techniky klasické čínské medicíny s hudební pentatonikou a mikrorytmy organismu. Stejně etno-muzikoterapeutické výzkumy prováděl již v Indii (hudba na ovlivňování krevního tlaku) a Turecku (hudba pro harmonizaci mikrorytmů srdečního svalu apod.).

Všechny relaxační techniky mají za cíl snížit aktivaci sympatického nervového systému a aktivizovat parasympatický nervový systém. Aktivita parasympatického nervového systému účinně blokuje prožitky úzkosti a psychického napětí. Hloubka a účinnost tradičních relaxačních technik je mnohem vyšší, doprovodíme-li ji vhodně vybranou hudbou. Tóny a vibrace mohou ovlivňovat a harmonizovat celé tělo dítěte i každou jeho jednotlivou část.

Kantor (2008) se zamýšlí nad vlastnostmi reprodukované hudby určené k relaxačním a uvolňujícím muzikoterapeutickým technikám. Hudba by měla být pomalá, nepříliš strukturovaná, v dostatečné délce a bez náhlých změn.

Podle specifických možností využití v muzikoterapeutické praxi se hudba s uklidňujícími účinky dělí na hudbu **relaxační** (uvolňující) a **anxiolytickou** (také anxiolytickou, sedativní). Anxiolytickou hudbu považujeme za zvláštní druh uklidňující hudby usnadňující zvládnání stavů úzkosti a fyzické bolesti. Taková hudba může nejen zvýšit práh bolestivosti, ale úplně eliminovat bolestivé počitky.

Důležité je vědět, že ne vždy jsou relaxační a uvolňující muzikoterapeutické techniky vhodné a mají celou řadu kontraindikací. Např. by se neměly používat u dětí v regresi či akutním traumatickém stavu. Kontraindikačně působí též špatné načasování těchto technik.

U dětí tvoří tyto techniky stěžejní část muzikoterapeutického programu. Je totiž žádoucí, aby dítě zažívalo pocit uvolnění a bezpečí v přítomnosti druhých lidí. V rámci metodiky SDMT nedoporučujeme techniky relaxace při reprodukované hudbě používat u dětí mladších jednoho roku. Reprodukovaným audiozáznamem se totiž velmi vzdalujeme dítěti. Je dobré být při aplikaci uvolňujících a relaxačních technik plně soustředěn na dítě a zároveň s ním uvolnění prožívat (již z fyzioterapie platí skutečnost, že jestliže určité cviky provádí terapeut společně s klientem, dochází k zlepšení stavu klienta rychleji - Procházka 2007).

Mezi základní relaxační techniky patří např. zpěv ukolébavek, zpěv v rytmu dechu dítěte, improvizovaná vokálně-haptická technika vycházející z konceptu bazální stimulace, kinesteticko vokální techniky, poslech srdečního tepu, zpěv u postýlky dítěte, jemné dotykové rytmizace, techniky vibrační a rezonanční.

Pro prohloubení prožitku je dobré veškeré aktivity začít ze slyšitelného ticha a skončit opět v tichu (alespoň 1 minutu, než dítě přivedeme zpět do bdělého stavu, pokud je to potřeba).

## **Aktivace**

Pokud do muzikoterapeutického plánu zařadíme výše popsané relaxační a uvolňující techniky, musíme přidat následující krok, jímž je postupná aktivace dítěte do bdělého stavu. Oproti jiným muzikoterapeutickým strategiím má metoda SDMT v tomto případě jisté specifikum, které se týká především dětí do jednoho a půl roku. Pokud totiž dítě v průběhu uvolňujících a relaxačních technik usne a není potřeba, aby bylo dále aktivní, přeneseme jej do postýlky a necháváme spát. Z tohoto důvodu je dobré vhodné načasování těchto muzikoterapeutických aktivit.

Pokud je potřeba, aby bylo dítě aktivní, tak buď relaxační techniky nezařazujeme nebo musíme dítě opět postupně aktivizovat. U dětí starších dvou let předem nacvičíme způsob probouzení se (např. počítání od pěti do jedné, protáhnutí, zacvičení končetinami a pozvolné otevření očí a posazení se). Nejčastěji však děti probouzíme jemným dotykem a slovem. Samotné probuzení dítěte však není ještě onou potřebnou aktivací. Pokud bychom v této fázi muzikoterapeutický program ukončili, dopustili bychom se hrubé chyby, která by mohla mít negativní následky.

Po probnutí dítěte z uvolněného stavu volíme takové muzikoterapeutické techniky, které vedou k postupnému návratu do běžné aktivity dítěte. Např. tanec rukou při hudbě, zpěv písní s postupně narůstajícím tempem, pozvolný návrat k muzikoterapeutickým technikám zaměřeným na experimentaci a improvizaci.

Až v této chvíli je dítě aktivní a pozvolna můžeme dané muzikoterapeutické setkání ukončit.

## **Závěr a rozloučení**

Ještě než do procesu vstoupí závěrečný rituál v podobě písničky na rozloučení, zvonění na zvoneček, či jiné aktivity, kterou muzikoterapeut zvolí a pokaždé opakuje, dáváme dětem (nejčastěji mezi druhým a třetím rokem) prostor pro tzv. sdílení (sharing). V rámci tohoto sdílení můžeme reflektovat prožitky dítěte v rámci programu, ale též můžeme tento prostor nechat dítěti zcela otevřený a bavit se na jakémkoliv téma. Obecně je tento prostor ponechán též rodičům či jiným osobám, které byly s dítětem na muzikoterapeutickém setkání přítomny. Avšak tento prostor vytváříme až po ukončení setkání s dítětem v podobě závěrečného rituálu. Narozdíl od jiných muzikoterapeutických metod, se v rámci SDMT snažíme podporovat též verbální sdílení (a to i v průběhu setkání).

Ve chvíli, kdy je proveden závěrečný rituál, se již nevracíme k žádné muzikoterapeutické aktivitě a to i ve chvílích, co by si děti přály v muzikoterapii pokračovat. Přesto časový prostor, který vzniká mezi ukončením programu a chvílí, kdy dítě opouští muzikoterapeutickou místnost je součástí muzikoterapeutického setkání. I v této poměrně krátké chvíli se může objevit mnoho diagnosticky cenných informací a zároveň způsob, jakým se muzikoterapeut s dítětem loučí a vyprovází jej přispívá k budování vzájemného vztahu. A jak již bylo řečeno, základem SDMT metody není pouze strohá aplikace muzikoterapeutických technik, ale především vztah. Jde o vztah mezi dítětem a terapeutem, o umění naslouchat a nabídnutí opory. Práce muzikoterapeuta tak získává další rozměr, který klade nároky nejen na jeho odbornou erudici, ale i na jeho osobnost a problematiku profesní etiky. Předpokladem pro kvalitní muzikoterapeutickou práci není tedy jen využití zvuku a hudby, ale i celkový laskavý a zodpovědný přístup k dítěti.

#### 4.2.2.2. Dokumentace a sledování vývoje

Muzikoterapeut by měl vést záznamy o každé fázi i každé realizované hodině muzikoterapie. Vedení dokumentace je jeden z klíčových nástrojů pro zajištění efektivity terapie, dosažení systematičnosti a propracování jednotlivých kroků. Terapeuti, kteří si vedou podrobné písemné záznamy o průběhu terapie, mívají lepší výsledky než terapeuti, kteří spoléhají jen na svou intuici a paměť (Možný, Praško 1999).

Jak uvádí Weber (2008), pro vedení dokumentace lze využít: písemné záznamy, dotazníky, škály (které si muzikoterapeut většinou sestavuje a vytváří sám), audio záznamy, video záznamy, produkty, které klient během terapie vytvoří, např. různé výtvarné artefakty, výsledky měření, např. respirace, tepu aj.

Vždy před následujícím muzikoterapeutickým setkáním s dítětem je nutné prostudovat záznamy z minula. Pokud se nedaří dosáhnout stanovených cílů, může nám prostudování dokumentace pomoci nalézt důvody neúspěchu (např. přehlédnutí důležitých skutečností, nepřesné formulování muzikoterapeutického cíle, stanovené cíle nejsou pro klienta dostatečně významné nebo přesahují jeho aktuální možnosti, nebyly vhodně stanoveny jednotlivé hudebně-expresivní techniky).

### 4.2.3. Evaluace muzikoterapeutického programu v rámci metody SDMT

Závěrečná diagnostika umožňuje zhodnotit dosažené výsledky a efektivitu muzikoterapie. Již v úvodu muzikoterapie musí být stanoveno, jakým způsobem budeme zjišťovat zlepšení stavu dítěte během terapie. Nejčastější podobou výstupní diagnostiky je psaná zpráva, která by měla obsahovat následující náležitosti:

1. základní údaje o dítěti,
2. popis potíží dítěte, na které jsme se v muzikoterapii zaměřovali,
3. popis stavu dítěte na začátku muzikoterapie,
4. použité muzikoterapeutické postupy,
5. pozorování dítěte v muzikoterapeutické situaci (zachycení vývoje, specifík chování, zvláštnosti, kompenzační strategie apod.)
6. popis stavu dítěte při ukončení muzikoterapie,
7. další doporučení pro pokračování či ukončení muzikoterapie, případně pro aplikaci jiných terapeutických postupů.

Muzikoterapii je možné ukončit, pokud se podařilo dosáhnout všech stanovených cílů. Mezi další důvody k ukončení patří situace, kdy dítě nemůže z muzikoterapeutických služeb dále prospívat, nebo situace, kdy muzikoterapie není z časových, organizačních nebo ekonomických důvodů dále realizovatelná.

Jak uvádí Kantor (2008), je žádoucí, aby muzikoterapeut sledoval vývoj dítěte i po ukončení muzikoterapie. K tomu je možné naplánovat tzv. kontrolní sezení v různém intervalu po ukončení (1 měsíc, 3 měsíce, půl roku, rok). Kontrolní sezení umožňuje zhodnocení trvalosti terapeutických výsledků.

### 4.3. Úskalí metody SDMT

Úskalí metody SDMT bychom mohli shrnout do následujících bodů, které budou dále rozvedeny:

- a) Platforma působení a cílová skupina
- b) Indikace a kontraindikace
- c) Vedení a limity
- d) Supervize

## **Platforma působení a cílová skupina SDMT**

Metoda SDMT byla převážně vyvinuta na poli zdravotnického rezortu u dětí trvale žijících v dětském centru s komplexní péčí. Většina dětí, u kterých tato metoda byla aplikována spadá do speciálně pedagogického spektra působení. V současné době se tato metoda aplikuje u některých dětí v domácím prostředí, případně integračních mateřských školách.

Avšak systematické pozorování v rámci muzikoterapeutických intervencí SDMT metody je prováděno zatím pouze v dětském centru. Metoda je aplikována jak u dětí s nejrůznějšími druhy postižení, tak u dětí „bez postižení“. Svoji podstatou jsou však děti bez rodičů žijících v dětských centrech a kojeneckých ústavech specifickou cílovou skupinou, která nese jisté známky vývojové dysfunkce (viz: teorie o attachmentu a narušených raných fází přirozeného vývoje, výzkumy z oblasti psychické deprivace apod.).

V současné době za cílovou skupinu považujeme děti ve věku od tří měsíců do tří let se sociálním a zdravotním rizikem. Což klade jisté nároky na vzdělání muzikoterapeutů. V České republice smějí prozatím provádět rehabilitačně orientovanou muzikoterapii pouze absolventi psychologie a speciální pedagogiky po ukončeném postgraduálním vzdělávání v oblasti edukační muzikoterapie. Vzhledem k tomu, že je převážná část dětských klientů handicapována určitým druhem postižení, musí mít muzikoterapeuti povědomí ze speciální pedagogiky a zároveň, protože pracují s dětmi, i z vývojové psychologie. Již na tomto místě můžeme podotknout, že za hlavní kontraindikaci SDMT metody považujeme situaci, kdy je aplikována člověkem, který nemá dostatečné odborné kompetence.

## **Indikace a kontraindikace**

Jak už předchozí odstavec naznačil, ne vždy je možné metodu SDMT aplikovat. K indikaci je potřeba dobře uvážit, zda působení muzikoterapie bude pro dítě přínosné či nikoliv. Vzhledem k tomu, že je muzikoterapie SDMT dlouhodobá, musíme si položit otázku, zda nebude pro dané dítě vhodnější jiný způsob vedení terapie, zda můžeme stanovené cíle v rámci komplexní rehabilitační péče dostatečně naplnit. Vždy musíme upřímně zodpovědět otázku, zda nebude muzikoterapeutická intervence pro dítě příliš zatěžující či nebezpečná. Pokud se pro indikaci SDMT z jakéhokoliv důvodu nerozhodneme, měli bychom tento důvod dostatečně písemně osvětlit a po uplynutí určité doby, opět zvážit všechny okolnosti (výsledky jiných

terapií, psychologických a speciálně pedagogických vyšetření, lékařské zprávy i konzultace v týmu odborníků), zda již nenastaly skutečnosti, které by muzikoterapeutickou intervencí vyžadovaly.

Pokud se k indikaci SDMT rozhodneme, musíme dobře uvážit vhodnost načasování jednotlivých setkání (kdy začít), frekvenci scházení se s dítětem (jak často a jak dlouho), formu vedení terapie (individuální, skupinová), dobu trvání jedné muzikoterapeutické jednotky apod. (viz: výše popsaná tvorba muzikoterapeutického plánu).

Po celou dobu trvání muzikoterapeutických setkání musíme průběžně vyhodnocovat veškerá zjištění (např. zda naše počínání má nějakou efektivitu, zda dosahujeme dílčích cílů a zda se neobjevily nové skutečnosti, které by vedly k ukončení takto vedené muzikoterapie).

Je naprostým omylem tvrdit, že muzikoterapie nemůže škodit. Kontraindikace muzikoterapie jsou stejně důležité jako její indikace. Pokud víme, kdy muzikoterapie neúčinkuje nebo může symptomy dokonce zhoršit, získáváme tím hodně na profitu. Mýty magické síly hudby jsou již dávno překonány. Obecně platí, že muzikoterapie má dlouhodobě šanci jedině tehdy, pokud budeme znát veškerá omezení, které z její aplikace plynou a zároveň pokud dokáže něco, co ostatní metody neumí.

Jak z předchozích kapitol vyplývá, nebezpečných kontraindikací je celá řada. O některých víme, některé mohou být ještě skryté. Přesto můžeme stanovit několik bodů, kdy by muzikoterapie neměla být aplikována (samozřejmě, že zkušení muzikoterapeuti podávají kazuistiky, kdy pracovali s vhodně volenými technikami i ve sporných případech, avšak tyto informace na tomto místě ponecháme stranou):

- a)** jestliže jakýmkoliv způsobem zhoršuje stav klienta,
- b)** jestliže je klient opakovaně po skončení setkání dekompenzován,
- c)** jestliže klient odmítá podstoupit muzikoterapii dobrovolně,
- d)** jestliže je klient v průběhu muzikoterapeutického programu dezorientován či zúzkostňován,
- e)** jestliže je klient v akutním stavu onemocnění,
- f)** jestliže je nesprávně načasována a nevhodně kombinuje jednotlivé techniky,
- g)** jestliže je prováděna laikem,
- h)** jestliže není stanovený cíl a plán intervence a možnosti evaluace.

Téma indikace a kontraindikace tvoří důležitou součást všech dosavadních muzikoterapeutických metod a přístupů. V poslední době se stále více ukazuje nutnost interdisciplinárního propojení. Systém komplexní péče o klienta umožňuje zpětnou vazbu z jiných úhlů pohledu na danou problematiku. Lépe pak můžeme odhadnout zda je indikace muzikoterapie vhodná či nikoliv. Zda některé projevy, které bychom mohli nazvat kontraindikací nejsou jen vyvolány určitým transferem z jiných oblastí působení na klienta. Zda v součinnosti s ostatními odborníky zaznamenáváme shodné či rozdílné výsledky v rámci jednotlivých intervencí apod.

### **Vedení muzikoterapie a limity**

Jak z předchozího textu vyplynulo, vedení muzikoterapeutických setkání v rámci SDMT by mělo být v rukou zkušeného, erudovaného a charismatického muzikoterapeuta, nejlépe dvojice muzikoterapeutů - muže a ženy. Toto tvrzení představuje ideální stav, který je nejčastěji limitován nedostatkem odborníků pro dané zařízení, kde je muzikoterapie SDMT aplikována a dále nedostatkem finančních prostředků. Dva muzikoterapeuti při individuální práci s dítětem v dnešní době představují velký luxus. Přesto, jak ukazují mnohé výzkumy, je přítomnost muže a ženy v terapii i obecné výchově dětí velmi důležitá (viz: Příhoda 1977, Říčan 1989, Matějček 1992, Langmeier, Krejčířová 1998). Rozdílnost mužsko-ženského vidění světa byla popsána mnoha výzkumy a nejinak je tomu v muzikoterapeutické praxi. Obzvláště pro rozvoj komunikačních schopností<sup>28</sup>, emoční a sociální inteligence, sociálních dovedností a interakcí je přítomnost muže a ženy v rámci muzikoterapeutického procesu zcela opodstatněná.

Další důležitý aspekt je zkušenost muzikoterapeutů. Jelikož je metoda SDMT velmi volná, přináší to jisté limity. Cílem totiž není za každou cenu striktně dodržovat jednotlivé kroky (popsané v podkapitole 4.2.2.1.) a vměstnat je všechny do jednoho muzikoterapeutického setkání. Jak již bylo naznačeno, každý z jednotlivých kroků může cíleně obsáhnout celé muzikoterapeutické setkání. Z tohoto důvodu je nutné, aby muzikoterapeuti rigidně neulpívali na dodržování souslednosti vytyčené danou

<sup>28</sup> Např. na univerzitě v Jižní Karolíně byl prováděn video-výzkum hry dvouletých dětí s rodiči. Výsledky ukázaly, že slovník otců při hře s dětmi byl, oproti matkám, bohatší. Většina dosavadních studií, které se zaměřovaly na vývoj jazyka v raném věku, se zabývala především vlivem slovní zásoby matek. Nové objevy však ukazují, že by muži měli být zapojeni do výchovy dětí více, neboť i oni výrazně ovlivňují vývoj jazyka dítěte (Holmes 2001).

metodou, ale byli schopni pružně reagovat na jednotlivé situace a potřeby dětí s přihlédnutím k terapeutickému záměru a cíli.

### **Supervize**

Kromě toho, že by muzikoterapeuti v rámci aplikace SDMT měli být součástí interdisciplinárního týmu, je potřeba jejich práci zastřešit případovou a týmovou supervizí. Supervize je nezbytná složka praxe nejen začínajících muzikoterapeutů, ale také muzikoterapeutů s mnohaletou zkušeností.

Supervizí rozumíme pomáhající podpůrný vztah nabízený ze strany třetí osoby, která není součástí daného zařízení, kde námi aplikovaná muzikoterapie probíhá. Supervizor musí splňovat požadavky Českého institutu pro supervizi (ČIS)<sup>29</sup>. Měl by být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci nebo týmu reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Je tedy osobou, na kterou se můžeme v rámci naší práce obrátit.

Supervize může být zaměřena na lepší porozumění muzikoterapeutickému procesu, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být modelem učení, umožňujícím zjištění úrovně svých schopností a jejich následného rozvoje. Mezi cíle supervize můžeme zahrnout vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření a přispět k naplnění základních etických pravidel profese (být prospěšný, nepoškodit, být spravedlivý, uchovávat přiměřený vztah s klienty, nepovyšovat vlastní teorie a potřeby nad potřeby klientů). Je prokázáno, že dobrá supervize je prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům.

<sup>29</sup> Podmínky pro vstup do dvouletého supervizního výcviku v rámci ČIS: ukončené vysokoškolské vzdělání humanitního směru nebo medicíny, 13 let praxe v oblasti pomáhajících profesí, ukončený výcvik v psychoterapii - min. 500 hodin, 120 hodin supervize vlastní práce, zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí - minimálně 200 hodin nebo zkušenost s vedením pracoviště, týmu - minimálně 3 roky. (zdroj [www.supervize.eu](http://www.supervize.eu), navštíveno dne 1.4. 2008).

## 5. PŘÍPADOVÉ STUDIE

Pro lepší srozumitelnost výše popisované metody SDMT uvádíme několik kazuistik. Veškerá jména byla změněna, stejně jako další soukromé údaje.

Při aplikaci metody SDMT často pracujeme s dětmi s postižením, ale též s dětmi „běžné populace“. Teoretický koncept SDMT, který tato diplomová práce prezentuje, však vychází pouze z fyziologických vývojových kritérií. Speciálně pedagogické hledisko zde nebylo zohledněno. K tomuto účelu slouží jiná práce (viz: Lipský 2005).

V případě kazuistik však pro komplexnost vzhledu do problematiky předkládáme dva případy dětí s postižením a jeden případ dítěte bez postižení. V kontextu muzikoterapeutických intervencí je nutné zohlednit rozvoj psychomotorického vývoje dětí plynoucí z psychologických vyšetření. Teprve v souvislosti s nimi a na základě muzikoterapeutických sdělení získáme ucelený obraz podpory vývoje v rámci aplikace muzikoterapie.

### 5.1. Kazuistika č. 1 - „Katka“ (aktuální věk: 2 roky, 9 měsíců)

**První muzikoterapeutické setkání (věk 15 týdnů):** holčička byla v bdělém stavu pouze 5 minut. Při přenesení a položení na přebalovací stůl stále zachovávala polohu k jedné straně. Měla otevřené oči, ale pohled byl nepřítomný. Po přenesení zpět do postýlky měla obličej natočený jednostranně ke světlu. Při dotycích se objevily záškuby celého těla. Ruce měla střídavě otevřené a střídavě zaťaté v pěst s palcem uzavřeným v dlani. Po vložení drobného hudebního nástroje do otevřené ruky, zůstala ruka i nadále otevřená a nástroj vypadl.

Na předložený hudební nástroj do zorného pole nereagovala, ani jeho zvuk u ní nevyvolal žádnou viditelnou reakci. Při zpěvu v náruči došlo k viditelnému zklidnění (holčička reagovala jemným vrněním, poté usnula).

**Vzhled:** světlavá hnědooká a bledá dívenka s nepřítomným pohledem (často není vidět oční panenka, ale pouze bělmo), horní a dolní končetiny buď bezvládně leží nebo jsou v tonické křeči. Tělesný habitus je zavalitý. Do břicha je zavedena sonda pro příjem potravy.

**Předběžný muzikoterapeutický cíl:** podpora celkového vývoje dítěte to té míry, jak jen to bude možné. Rozvoj koncentrace (zpřítomnit pohled) a relaxace (uvolnění křečí a záškubů). Sociální kontakt a interakce (zpěv na těle muzikoterapeuta). Zvážit možné kontraindikace muzikoterapie a sledovat reakce na zvuk a vibrace. Podpořit všechny vývojové oblasti a rozvoj v bio-psycho-sociální jednotě.

#### **Anamnéza a souhrn vývoje zdravotní oblasti:**

Katka se narodila v 37. týdnu těhotenství (vážila: 4400g, měřila: 55 cm). V průběhu porodu však došlo k těžké akutní hypoxii a abrupci placenty. Narozená holčička byla úspěšně resuscitována (Apgar 1 - 6 - 7). Po dobu 7 dnů byla prováděna umělá plicní ventilace. Osmý den života byla ventilačně stabilní. Následující vyšetření na ultrazvuku poukázalo na rozvoj těžké léze vlivem hypoxie. Stav byl diagnostikován jako hypoxicko-ischemická encephalopatie s atrofií CNS. Vyšetření na EEG jen potvrdilo daná zjištění. U holčičky byla shledána těžká generalizovaná abnormita centrální nervové soustavy s velmi závažným poškozením mozkové kůry. Nález byl klasifikován jako prognosticky nepříznivý. V ostatních polygrafických parametrech nález svědčil o závažné dysfunkci mozkových regulačních systémů. Neurologické vyšetření přineslo následující závěr: kmenová symptomatologie povede k ustrnutí ve vývojové úrovni novorozence s rozvojem spasticity. U holčičky nebyly přítomny novorozenecké reflexy. Nedochozelo k udržení tělesné teploty. Po poradě s lékaři se rodiče, vzhledem k závažnosti postižení, rozhodli pro ústavní výchovu. Ve věku sedmi týdnů byla propuštěna z porodnice a přijata do dětského centra k trvalé péči.

**Stanovení společného cíle v rámci komplexní rehabilitační péče:** podpora celkového vývoje dítěte to té míry, jak jen to bude možné. Udržení základních životních funkcí, včetně tepelné regulace. Zabránění proleženinám pomocí polohování. Prokrvení svalstva a rozvoj pohybů v podobě jemných masáží a fyzioterapie. Zprostředkování stimulačních, ale klidných podnětů pro kvalitní vnitřní prožívání. Pomocí tělesného kontaktu, smyslové a emocionální stimulace vytvářet vřelé citové prostředí. Účelně bránit sekundárním negativním změnám.

#### **Závěr psychologického vyšetření ve věku 26 týdnů**

Závěr: psychomotorický vývoj je ve stádiu hluboké retardace, odpovídá úrovni jednoho měsíce. Vědomý kontakt Katka nenavazuje, přesto elementárně vnímá a reaguje na kvalitu péče. Nadále má vliv každá úleva od bolestí, trpělivý, laskavý a citlivý kontakt pečujících osob (zahrnující velmi jemnou manipulaci při

pečovatelských úkonech, vlídné mluvení a braní do náruče, změny polohy, jemné masáže těla, muzikoterapie apod).

### **Vypracování muzikoterapeutického plánu s přihlédnutím ke komplexní rehabilitační péči:**

**Indikace:** muzikoterapie alespoň 1x týdně, délka sezení maximálně 20 minut (dle stavu a koncentrace holčičky).

**Kontraindikace:** jakékoliv zhoršení stávajícího stavu, nemoc dítěte, přílišná únava, situace, kdy dítě při indikaci muzikoterapie přejde z hypotonie do spasmu.

**Způsob dokumentace:** videozáznamy, zápis pozorování a průběhu muzikoterapeutických sezení.

**Dlouhodobý cíl:** rozvoj zbytkových tělesných funkcí, rozvoj koncentrace, zpřítomnění pohledu, podpora a rozvoj všech smyslů.

**Krátkodobý cíl:** udržení bdělosti dítěte alespoň 1 minutu v rámci třech po sobě následujících setkání.

**Použitá metoda:** SDMT se zaměřením na následující oblasti:

- oblast motorická - využití vibračních a rezonančních kvalit hudebních nástrojů, zpěv na tělo holčičky, jemné rytmicizující masáže,
- oblast sociální - převážnou většinu muzikoterapeutických technik provádět s dítětem v náruči nebo na klíně,
- oblast smyslová - poskytovat jemné hmatové stimuly (volit různé materiály hudebních nástrojů a přikládat je do rukou holčičky, např. zvoneček - kov, ozvučná dřívka - dřevo, bubínek - kůže apod.), poskytnout příjemné sluchové vjemy (především lidský hlas a zpěv), stimulovat zachovalé zrakové vnímání kontrastními hudebními nástroji, čich a chuť - umožnit přiložení nástrojů ke rtům a nosu za součinnosti rukou,
- oblast kognitivní - využití všech technik pouze v bdělém stavu a krátkodobě

**Muzikoterapie ve věku 6 měsíců:** holčička většinu muzikoterapeutických setkání prospala. Muzikoterapie v období 6 měsíců zahrnovala dotykové strategie doprovázené vokální improvizací, zpěv v rytmu dechu dítěte, čímž došlo k povolení spasmů (pokud byly přítomny) a následné podpoře haptických vjemů v podobě přikládání hudebních nástrojů do otevřených rukou. Pohled holčičky byl i nadále

nesoustředěný, kdy bylo vidět převážně oční bělmo nebo těkající pohyby oční panenky. Na vložené předměty do dlaní nijak nereagovala. Drobné reakce se objevily pouze při receptivní části SDMT. Holčička reagovala nejčastěji pohybem pravé ruky, který nebyl vedený křečí, nebo v podobě jemných hrdelních zvuků. Veškerá muzikoterapeutická setkání v tomto věkovém období byla zakončena závěrečnou písni ve chvíli, kdy holčička již tvrdě spala. Průměrná délka muzikoterapeutického setkání nepřesahovala 15 minut.

**Muzikoterapie ve věku 14 měsíců:** holčička měla zvýšenou teplotu 36,8°C. Vzhledem k tomu, že její normální teplota bývá kolem 36,0°C nebyla indikace muzikoterapie vhodná. Po konzultaci s ošetřujícím personálem a lékařem byla indikována pouze receptivní složka bez použitých hudebních nástrojů a bez vyndávání holčičky z postýlky. Poté, co holčička uviděla muzikoterapeuta (v bezprostředné blízkosti svého obličeje, tj. do 20 cm) poprvé za dobu, co u ní muzikoterapie probíhala vydala souvislý hlasitý vokální zvuk doprovázený výraznou motorickou aktivitou, která nebyla vyvolána křečí. Od té doby se tento vokální projev nikdy neopakoval. Po receptivní muzikoterapeutické složce se holčička zklidnila a pozvolna usnula. Na základě pozorování z dalších muzikoterapeutických setkání postupně vyplynulo, že byla zvýšená motorická aktivita přítomna vždy při zvýšené tělesné teplotě.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 14 měsíců:** Reakce se objevují převážně při muzikoterapii, konkrétně na hudbu a kontakt s muzikoterapeutem. Dochází pak k uvolnění svalového tonu, reakcím celého těla, pootevření ruček aj.

V průběhu vyšetření byla zachycena nepatrná reakce na zvuk zvonku. Na předmět výrazné barvy ve fokální vzdálenosti však nebyla zaznamenána žádná odezva. Psychomotorický vývoj je i nadále v pásmu hluboké mentální retardace, od posledního vyšetření nedošlo ke změně v žádné oblasti. Holčička však pozitivně reaguje na taktilní a sluchovou stimulaci (rehabilitační masáže i muzikoterapii), které přispívají k uvolnění spazmů a celkové podpoře.

**Muzikoterapie ve věku 24 měsíců:** holčička bývá při muzikoterapii častěji v bdělém stavu. Pozitivně reaguje na muzikoterapeutické techniky spojené s dotykem a nošením. Krátkou dobu (cca 3 vteřiny) udrží oční kontakt a pozorný pohled. Mimikou v obličeji dává najevo pocity spokojenosti nebo nepohody.

Muzikoterapeutické setkání trvají v průměru 25 minut. Po ukončení muzikoterapeutického setkání a uložení zpět do postýlky dává najevo nelibost (specifická mimika úst a obličejových svalů). Na základě oftalmologického vyšetření byli Katce předepsány brýle. Při bdělém stavu jsou jí v rámci muzikoterapie nasazovány, ale pohled je stále nepřítomný. K očním kontaktům výše popsaným došlo vždy v době, kdy brýle neměla. V této fázi dochází ke změně krátkodobého muzikoterapeutického cíle: snaha aby holčička alespoň jednou za tři setkání udržela přítomný oční kontakt s muzikoterapeutem.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 24 měsíců:** bdělý stav holčičky je doprovázen kolísáním a stavem lehkého spánku. Mírné změny jsou pozorovány v emoční pohodě (krátké projevy uvolnění, spokojenosti nebo naopak nepohody). Během vyšetření reagovala především na sociální kontakt vtaktilní a sluchové modalitě. Během vyšetření měla oči otevřené s bloudivými pohyby. Nebyly zachyceny zrakové reakce ani na výrazné změny světla. Znatelná byla především rychlá unavitelnost. Ke konci vyšetření pokles celkové pozornosti.

Pohybově převažuje asymetrická poloha, predilexe, spontánní pohyby chudší, aktivně mění polohu směrem k preferované straně. Minimální reflexní reakce, sporadicky jemné záškuby na výraznější podnět. Uchopové reakce se neobjevují.

U muzikoterapie byly zachyceny určité reakce (hlasové, pohybové), známky sociální reakce i vnímání hudby. Většinu doby je holčička ve stavu spánku, který se střídá se stavem pasivní bdělosti. Dokáže ovšem , i když slabě, vyjádřit pocity nepohody či nespokojenosti.

**Závěr:** jde o děvčátko s velmi těžkým kombinovaným postižením, celkově sníženou reaktivitou. Přesto jsou v současnosti zřetelné reakce sociální, taktilní a sluchové. Na sociální kontakt reaguje dívenka zpozorněním a současně emočně. Pouze zrakové reakce v podstatě nezachyceny. K zlepšení kvality života přispívá muzikoterapie a rehabilitace.

**Muzikoterapie ve věku 31 měsíců:** v rámci znatelného vývoje v období po druhém roce života byla změněna strategie SDMT. V rámci sociální oblasti byla podporována aplikace muzikoterapie v herní místnosti, kde byly přítomny i ostatní děti. Cílem bylo podpořit nejen biologickou a psychickou stránku holčičky, ale též stránku sociální. Holčička udržela stav bdělosti průměrně okolo 25 minut. Muzikoterapeutická setkání v této době trvala okolo 30 minut. V průběhu

muzikoterapie byly zaznamenány průlomové změny v oblasti chování a interakcí (viz příloha č. 3). Holčička přebírala iniciativu v nonverbální komunikaci. Sama si určovala, zda na herně chce ještě být či nikoliv. V rámci muzikoterapeutických setkání, kdy spala byla aplikována pouze úvodní píseň, zpěv v rytmu dechu a závěrečná píseň. Velmi často (při asi 4 setkáních) se po doznění závěrečné písně objevila reakce v podobě otevření očí a šíjového nadzvednutí nad okraj podložky postýlky. Tato reakce byla muzikoterapeutem rozpoznána jako přání, aby muzikoterapie neskončila a pokračovala i v následných krocích.

Ačkoliv v rámci metodiky SDMT se další užití muzikoterapie po závěrečném rituálu nedoporučuje (např. z důvodu porušení stanovených mantinelů, nepřehlednost struktury muzikoterapie apod.), v tomto případě bylo pokračování žádoucí. Šlo v podstatě o podporu první jasně vedené interakce ze strany holčičky. Ve chvílích, kdy byla tato „přání“ vyslyšena a pokračovalo se v následných krocích SDMT, došlo často k neobvyklým reakcím (cílené pohyby pravé ruky, pohyby dolních končetin, tiché hlasové projevy apod.).

V současné době ještě u Katky muzikoterapie nadále probíhá. Prozatím nebyla ukončena.

## 5.2. Kazuistika č. 2 - „Marta“ (aktuální věk: 3 roky, 5 měsíců)

**První muzikoterapeutické setkání (věk 18 týdnů):** holčička byla pozorná, sledovala pohyb hudebních nástrojů v zorném poli, snažila se přiblížit levou rukou k nástroji. Pravou ruku nezapojovala vůbec (většinu času byla pravá ruka zaťatá v pěst a spastická). Na hru hudebního nástroje mimo zorné pole reagovala pohybem očí ve směru zvuku. Po chvíli však vždy vyhledala očima obličej muzikoterapeuta a usmála se na něj. Tato situace se v průběhu setkání několikrát opakovala. Při verbální reakci muzikoterapeuta na úsměv holčičky došlo k výraznému zvýšení aktivity levé poloviny těla. Pravá polovina zůstávala nepohyblivá s viditelnou spasticitou ruky a nohy. V rámci relaxačních a kinesteticko-haptických muzikoterapeutických technik došlo k pozvolnému uvolnění spasmů. Při závěrečné písni se holčička hlasitě zasmála.

**Vzhled:** světlolvasá modrooká holčička s bystrým zvědavým pohledem. V obličejí je téměř nezatelná stigmatizace (levý koutek úst pokleslý), lehká asymetrie. Pravá

polovina těla s hemiparetickými končetinami je o něco méně vyvinuta (obě pravostranné končetiny jsou spastické a o poznání slabší. Pravá dolní končetina je kratší. I přesto je holčička statná s pevným svalstvem v levé polovině těla.

**Předběžný muzikoterapeutický cíl:** podpora celkového vývoje dítěte, uvolnění spasmů pomocí vokálních a vibračních technik a aktivace postižené části těla.

### **Anamnéza a souhrn vývoje zdravotní oblasti:**

Marta se narodila jako donošené dvojče v 38. týdnu těhotenství. Porod proběhl císařským řezem pro nepříznivou polohu, celkově však bez komplikací. Po narození vážila 3450 g a měřila 53 cm. Apgar test byl v pásmu normy (9 - 10 - 10). Poporodní adaptace obou dvojčat byla bezproblémová. Šestý den po porodu nastala u Marty alterace stavu zahrnující hypertonii, tonické křeče a hlasitý grunting. Okamžitě byla přeložena na jednotku intenzivní ranné péče.

Marta byla hospitalizována na novorozeneckém oddělení. Po přijetí intubace a umělé plicní ventilace byl proveden ultrazvuk a CT, později i magnetická resonance mozku s nespecifickým nálezem svědčícím pro intrakraniální krvácení. Stav byl hodnocen jako rychle progredující meningoencefalitida (cerebritida).

Všechny zobrazovací metody i neurologické vyšetření zachytily abnormality, které byly klasifikovány jako celkové vážné specifické i difúzní poškození centrální nervové soustavy neuroinfekcí. Ve věku 10 týdnů byl již nález stacionární. Jednalo se o rozsáhlé pozánětlivé poškození levé hemisféry a rozšíření postranní komory vpravo frontálně po rozpadu parenchymu. Po propuštění byla holčička bez laboratorních známek infektu. Rodiči byla, po konzultacích s lékaři, zvolena varianta ústavní péče. Ve věku 15 týdnů byla holčička přijata do celodenní péče dětského centra.

**Stanovení společného cíle v rámci komplexní rehabilitační péče:** všestranná podpora vývoje dítěte, rozvoj hybnosti postižené části těla do té míry, jak jen to bude možné (lékařská a speciálně pedagogická péče, fyzioterapie, muzikoterapie, později též hypoterapie a hydroterapie). Citová a emocionální podpora dítěte (stálost personálu, dobrovolnic, podpora ze strany rodiny). Pravidelné psychologické vyšetření zaměřené celkové zhodnocení stavu dítěte.

**Vypracování muzikoterapeutického plánu s přihlédnutím ke komplexní rehabilitační péči:**

**Indikace:** muzikoterapie alespoň 1x týdně, délka sezení maximálně 30 minut (dle stavu a koncentrace holčičky).

**Kontraindikace:** jakékoliv zhoršení stávajícího stavu, nemoc dítěte, přílišná únava, situace, kdy dítě samo odmítá spolupráci

**Způsob dokumentace:** videozáznamy, zápis pozorování a průběhu muzikoterapeutických sezení.

**Dlouhodobý cíl:** podpora rozvoje postižené pravé části těla, podpora běžného vývoje holčičky s přihlédnutím k nerovnoměrnosti vývoje dané postižením. Podpora a rozvoj komunikační a sociální interakce.

**Krátkodobý cíl:** zapojení postižených končetin do některé muzikoterapeutické aktivity, alespoň 1x za setkání.

**Použitá metoda:** SDMT se zaměřením na následující oblasti:

- oblast motorická - s podporou rozvoje jemné i hrubé motoriky pravé i levé poloviny těla.
- oblast sociální - převážnou většinu muzikoterapeutických technik provádět s dítětem v náruči nebo na klíně, respektovat projevy dítěte. Časem umožnit i skupinovou muzikoterapii.
- oblast komunikační - podpora a rozvoj vokálních projevů, zpěv písní,
- oblast kognitivní - nabízet dostatečné množství zvukových podnětů v podobě hudebních nástrojů a umožnit následné experimentace.

**Muzikoterapie ve věku okolo 6 měsíců:** Marta byla během muzikoterapie pokaždé v dobré náladě. Na muzikoterapeutickou situaci i přítomnost muzikoterapeuta se vždy rychle adaptovala, takže nebyla potřebná přítomnost blízkých zdravotních sester. Po celou dobu aktivně spolupracovala, často se usmívala a vyhledávala sociální kontakt. Předložené hudební nástroje aktivně a dlouze prozkoumávala, často je vkládala do úst a pokoušela se na ně hrát. Jakmile nástroj vydal zvuk, vždy vyhledala oční kontakt a usmála se. Na požádání se pokoušela zahrát na buben i postiženou pravou rukou. Většinu aktivit však prováděla rukou levou. Mezi nové aktivity byla zařazena společná hra na metalofon, která již vyžadovala sofistikovanější strategii pohybů (tj. úchop paliček, zacílení na ozvučný kámen a úder do něj). Nejoblíbenější součástí muzikoterapie byly hry zaměřené na schovávání a znovuobjevování hudebního nástroje. Často vyvolávaly opakovaně

i hlasitý smích. Při relaxačních a uvolňovacích technikách často došlo k snížení tenze v pravé ruce i noze.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 6 měsíců:** vývojové vyšetření podle A. Gesella (jen některé položky, dle možností dítěte). Položky, které sledují pohyb obou rukou nemohly být řádně provedeny, jde pouze o orientační vyšetření. Aktuální psychomotorický vývoj je nerovnoměrný, avšak i přes poškození centrální nervové soustavy odpovídá normě nebo mírnému opoždění. Svůj handicap se snaží kompenzovat jinými způsoby pohybu a především sociální reaktivitou.

**Muzikoterapie ve věku okolo 12 měsíců:** v rámci muzikoterapie byla upravena cílová oblast působení. Důraz je kladen i nadále na individuální přístup, zahrnující respektování osobního tempa vývoje. Cílem se však stále více stává řečová složka, především její posilování v expresivní oblasti. Oproti psychologickému vyšetření se při muzikoterapii objevily časté „vývojové echolálie“ (opakování řečených slov muzikoterapeutem), používání slova „la-la“ pro označení společné hudební zkušenosti a „te-ta“ pro označení zdravotních sester a muzikoterapeuta. Dále při vokálních i instrumentálních improvizacích se holčička aktivně zapojovala buď hrou na nástroje (chřestítka, rolničky, zvonečky, bubínek) nebo spontánně vokalizovala. V rámci rozvoje postižené části těla byly zaznamenány pokroky při hře na bubínek (několikrát na něj cíleně a samostatně zahrála). Při hře na kantelu povolila zařatou pěst pravé ruky a s pomocí muzikoterapeuta rozezněla konečky prstů struny. Tato aktivita vyvolala velikou radost. V rámci podpory aktivního chování byly zařazeny techniky stimulující pohyb po muzikoterapeutické místnosti (rozmíst'ování nástrojů do prostoru, hra na nástroje v různých částech místnosti apod.). Marta volila nejrůznější strategie (od plazení až po obtížné lezení), aby daných nástrojů docílila a mohla na ně hrát. Při hře každý nástroj jednoslabičně komentovala.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 12 měsíců:** v průběhu vývojového vyšetření podle A. Gesella se Marta často smála, jednoslabičně povídala a vyhledávala kontakt s examínátorem. Položky zahrnující hrubou a jemnou motoriku nemohly být vzhledem k poškození CNS řádně provedeny. Psychomotorický vývoj je značně nerovnoměrný. Ve většině oblastí odpovídá horní části pásma lehké retardace. V oblasti hrubé motoriky pásma střední retardace. Přes následky neuroinfekčního onemocnění v raném věku postupuje ve většině oblastí psychomotorického vývoje pozvolným tempem (zejména v oblasti senzomotorické). V oblasti hrubé motoriky je patrné výrazné zpomalení až stagnace

vývoje. V řečové oblasti odpovídá 36 týdnům. Snadno vokalizuje, reaguje na hlas, užívá slovo „ham“ (jídlo) a „ma-ma“ (bez významu). Podle sdělení muzikoterapeuta vokalizuje s hudbou.

**Muzikoterapie ve věku okolo 25 měsíců:** během muzikoterapie se u Marty objevila nová situace. Marta na počátku setkání ležela na zemi schovaná za zdravou ruku a dlouhou dobu trvalo, než hlavu zvedla k muzikoterapeutovi. Volba muzikoterapeutické strategie tedy musela přejít z warming-up technik na techniky **receptivního** vyladění. Poté, co byl navázán oční kontakt, se Marta opět schovala za ruku. Takto to zopakovala ještě několikrát. Veškeré nabízené aktivity odmítala. Při náhodném vyrušení zdravotní sestrou byla její pozornost upnuta zcela k ní. Sestra tedy chvíli setrvala v místnosti. Poté Marta opět navázala kontakt s muzikoterapeutem. Nechala se chytit do náruče a následně absolvovala všechny techniky. Zdravotní sestra v průběhu muzikoterapie odešla. Tento odchod však nevyvolal žádnou negativní změnu v chování Marty. Situace s odmítáním aktivit nebo se schováváním se za ruku se ještě několikrát opakovala. Pravděpodobně se Marta vývojově dostala do stádia přirozeného negativismu. V rámci podpory řečových a komunikačních dovedností byl zaznamenán pokrok v podobě zpívání některých slov písní a doplňování slov v textech písní.

#### **Závěr psychologického vyšetření ve věku 25 měsíců:**

Základní vývojové vyšetření (A. Gesella, N. Bayley scale) proběhlo ve dvou dnech, některé položky byly orientačně zadány opakovaně v dalších dnech v průběhu měsíce. Proběhlo i opakované pozorování spontánního chování na herně i během rehabilitačního cvičení. V době prvního vyšetření nebyla holčička v optimální fyzické, ani psychické kondici. Byla po návratu z 10 denní propustky od rodičů (reaktivní zvýšená dráždivost pravděpodobně i v důsledku separace od rodičů) a po prodělané nemoci (užívala antibiotika). Byla více unavitelnější a neklidnější než bývá obvykle. V dalších dnech se emoční ladění navrátilo do generálovaného podoby emočního ladění, které je pozitivní, radostné s minimem nespokojených projevů. V průběhu vyšetření se objevila výrazná snaha dosáhnout cíle. Při neúspěchu se však pozornost stává snadněji odklonitelnou vnějšími podněty. Psychomotorický vývoj je opět výrazně nevyvážený. V sociálním chování a řeči (aktivní produkci i porozumění), se vývoj nachází při spodní hranici pásma opoždění. V oblasti jemné motoriky je pak v pásmu lehké retardace a u hrubé motoriky v pásmu střední retardace. Od minulého vyšetření však pokračuje vývoj dopředu v doposud

naznačeném vývojovém trendu tj. zůstává největší opožďování v oblasti hrubé motoriky a nejlepším individuálním výkonem v oblasti řeči a sociálního chování.

Muzikoterapie ve věku 36 měsíců: fáze negativismu postupně vymizela. V 36 měsíci již nebyla přítomna vůbec a Marta při muzikoterapii aktivně spolupracuje. Zpívá několik písní (více slok), hraje přitom na chřestidla či doprovází písničky vlastní hrou na kytaru. Někdy drží akordy muzikoterapeut a Marta brnká a zpívá. Jindy drží kytaru ona a hraje i zpívá. Na požádání samostatně používá i pravou postiženou ruku při hře na struny kytary. V rámci rozvoje slovní zásoby se aktivně zapojuje při rytmizaci říkanek a slovní improvizaci. S pomocí muzikoterapeuta též chodí i tančí. Stále více vyhledává sociální interakci svých vrstevníků. V této době se začíná aplikovat i skupinová muzikoterapie. Aktivně používá mnohem více jak sto slov. Z tohoto důvodu se opět strategie a cíl muzikoterapie soustřeďuje na podporu hybnosti, jemné i hrubé motoriky. Při muzikomalbě se objevuje živelný grafický projev se silným tlakem na tužku, když ji drží v pěsti a jemným tlakem, pokud ji občas drží jen prsty (často při upozornění muzikoterapeutem).

Marta má hudební nadání, čistě intonuje, dodržuje rytmus písně, umí hodně písniček z paměti, má ráda hudbu, pamatuje si slova písní. Doporučení: umožnění rozvoje hudebních dovedností.

Závěr psychologického vyšetření ve věku 36 měsíců: pozorování spontánního chování v běžném prostředí a na vycházce, použity byly metody Gesella a Stanford-Binetovy škály inteligence. Vzhledem k motorickému omezení po poškození CNS meningitidou nebylo možno zadat všechny položky. Řeč: říká básničky a zpívá písničky, čistě intonuje, dodržuje rytmus, umí asi 20 písniček, u každé více slok. Ví, že je „holka“, uvede podnět (topení pálí), zodpoví správně otázku, rozumí, co je nahoru/dolů, hlasitě/tiše. V oblasti řeči odpovídá podle psychologických vyšetření vývojové normě.

V pásmu těžké retardace se však Marta nachází v oblasti motorické. Chodí vedena za ruku, stoupá si u opory a přejde od opory k opoře, chvílku zůstává stát sama bez opory.

Po stránce emotivní jde o temperamentní, milou dívku s dobře diferencovanými emocemi, v jejích náladách převládá pozitivní, radostné ladění.

Z důvodů podpory dalšího psychomotorického rozvoje je u Marty i nadále doporučeno pokračovat v pravidelném muzikoterapeutickém vedení. V současné době u ní probíhá též hypoterapie a fyzioterapie.

### 5.3. Kazuistika č. 3 - „Robert“ (aktuální věk: 3 roky, 4 měsíce)

**První muzikoterapeutické setkání (věk 13 týdnů):** chlapec na přítomnost muzikoterapeuta reagoval aktivitou celého těla a odpovědí úsměvem. Především na techniky, při nichž byl muzikoterapeut v jeho zorném poli ve vzdálenosti okolo 20 cm a dále, pak při technikách spojených se zpěvem na tělo a rytmizačními masážemi (tyto techniky vyvolaly i opakovaný hlasitý smích). Nebyly však zachyceny reakce na drobné hudební nástroje (ani fixace nástroje okem v dostupné vizuální vzdálenosti). Po muzikoterapii byl chlapec převezen na neurologii a odtud na oftalmologii, kde mu byla diagnostikována slabozrakost a předepsány brýle. Při následujících setkáních, již s brýlemi, se otáčel za nástroji a věnoval jim krátkodobou pozornost. Snažil se jich dotknout, náhodně je i rozezněl. Při receptivní části byly zaznamenány významné reakce na hudbu (zvýšená motorická aktivita, náhodné vyluzování hrdelních zvuků).

**Vzhled:** tmavovlasý, kudrnatý, hnědooký chlapec statného tělesného habitu odpovídající svému věku.

**Předběžný muzikoterapeutický cíl:** podpora celkového vývoje dítěte. Podpora sociální interakce, emoční stability a vývoje řeči vzhledem k riziku plynoucího v důsledku ústavní výchovy.

**Anamnéza a souhrn vývoje zdravotní oblasti:** Robert se narodil v 38 týdnu těhotenství (vážil: 3050g, měřil 47 cm), průběh gravidity i porodu byl fyziologický (Apgar 10-10-10). Matka jej odmítla již v porodnici (otec byl neznámý), chlapec byl vyživován umělou stravou (sunar baby). Sedmý den po narození byl přijat do dětského centra. Orgánový nález byl u něj v normě, stejně jako orientační neurologické vyšetření, kde byl nález bez výraznější asymetrie. Robert byl kvalifikován jako fyziologický novorozenec vhodný pro náhradní rodinnou péči.

**Stanovení společného cíle v rámci komplexní rehabilitační péče:** podpora celkového vývoje dítěte.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 13 týdnů:** aktuální psychomotorický vývoj se nacházel v pásmu normy ve všech sledovaných oblastech. K optimálnímu výkonu však potřebuje delší dobu adaptace.

**Vypracování muzikoterapeutického plánu s přihlédnutím ke komplexní rehabilitační péči:**

**Indikace:** doporučení muzikoterapie vzhledem k reakcím na hudbu, alespoň 1x týdně, délka setkání maximálně 30 minut (dle stavu a koncentrace).

**Kontraindikace:** jakékoliv zhoršení stávajícího stavu, nemoc dítěte, přílišná únava, situace, kdy dítě při indikaci muzikoterapie samo odmítá.

**Způsob dokumentace:** videozáznamy, zápis pozorování a průběhu muzikoterapeutických sezení.

**Dlouhodobý cíl:** podpora přirozeného vývoje, s důrazem na podporu zrakové percepce.

**Krátkodobý cíl:** fixace hudebních nástrojů očima ve třech po sobě následujících setkáních.

**Použitá metoda:** SDMT se zaměřením na následující oblasti:

- oblast motorická - podpora přirozeného vývoje s možností aktivace pomocí muzikoterapie,
- oblast sociální - podpora adaptability dítěte, sociální a emoční podpora (převážnou většinu muzikoterapeutických technik provádět s dítětem v náručí), pokusit se postupně přejít z individuální formy muzikoterapie do skupinové,
- oblast smyslová - poskytovat dostatek zajímavých zrakových a sluchových podnětů pomocí hudebních nástrojů a zpěvu,
- oblast kognitivní - podpora experimentací dítěte, podpora herních strategií.

**Muzikoterapie ve věku 6 - 7 měsíců:** Robert se postupně velmi dobře adaptoval na brýle. Nyní je již nesundával z důvodu prozkoumávání či nechtěnosti. Brýle tak netvoří překážku pro další aktivity. Naopak napomáhají jednotlivým experimentacím a hrám s hudebními nástroji. Robert je prosociálně orientovaný, pozitivně emočně laděný chlapec. Veškeré muzikoterapeutické techniky přijímal s nadšením. Při receptivních technikách a technikách spojených se zpěvem na tělo se často nahlas smál. V interakci s muzikoterapeutem bohatě vokalizoval a melodicky intonoval.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 6 měsíců:** psychomotorický vývoj byl nerovnoměrný. Aktuálně bylo zjevné opoždění v oblasti hrubé motoriky s občasnou přítomností svalové hypotonie. Řeč a jemná motorika byly v normě.

**Muzikoterapie ve věku 12 měsíců:** při vokalizačních technikách používal často zdvojené hlásky. Hudební nástroje se pro něj staly silným motivačním elementem. Aby jich dosáhl (i těch, které aktuálně neměl mít k dispozici) došel si pro ně přirozenou chůzí s přidržováním se podél nábytku, jinak preferuje i nadále lezení. Má však rád tanečně orientované warming-upové techniky, kdy je do rytmu hudby veden muzikoterapeutem za ruce ve vertikální poloze. Na rozvoj analytického vnímání byla zařazena technika rozkládání a skládání hudebních nástrojů. Tato aktivita ho velmi bavila, dokázal u ní velmi dlouho soustředěně setrvat. V rámci rozvoje jemné motoriky byl již schopen rozezvučet struny kantely.

Stále však byla potřeba podpory celkového psychomotorického vývoje, neboť i nadále neodpovídala normám (viz psychologické vyšetření). Muzikoterapie přinášela pokaždé silný motivační aspekt, díky němuž Robert zvládal i některé situace, které v jiných situacích schopen nebyl (např. větší vokální projev, častější zdvojování slabik, užívání slov, které v běžné komunikaci neužíval - „la-la“).

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 12 měsíců:** aktuální psychomotorický vývoj zaostával ve všech sledovaných oblastech v rámci vývojového vyšetření A. Gesella. Oproti minulému vyšetření však nastal rychlejší vývoj v oblasti hrubé motoriky. Senzomotorická oblast nevykazovala abnormality.

**Muzikoterapie ve věku 18 měsíců:** na základě psychologického vyšetření (viz níže) byl přeformulován dlouhodobý muzikoterapeutický cíl směrem k důsledné podpoře řečového vývoje (rytmizace říkanek, propojení textů písní s obrázky a fotografiemi, společná vokální improvizace apod.). I nadále však Robert preferoval muzikoterapeutické techniky určené pro jemnou a hrubou motoriku (muzikomalba, hra na strunné nástroje, rozkládání a skládání hudebních nástrojů, pohyby a tanec při hudbě), které zvládal bez jakýchkoliv obtíží. Snadno vždy vstupoval do interakce s muzikoterapeutem a rád setrval u technik zaměřených na dotyky a rytmizační masáže.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 18 měsíců:** Robert se velice dobře soustředil na vykonávání činností zahrnující manipulaci a experimentaci s předměty. Toto soustředění bylo vždy intenzivní a přiměřeně dlouhodobé. Celkové emoční ladění bylo vždy pozitivní. Emoce byly dobře diferencované. V rámci rozvoje

motoriky bylo pozorováno, že s oblibou chodil a běhal, avšak při slézání ze schodů nebo když byl veden ze schodů za ruku, byl vždy velmi opatrný a soustředěný. Rád prozkoumával nové předměty a činnost lidí v jeho okolí. Zdá se, že na jeho celkový psychický stav se příznivě projevila péče sester i muzikoterapeutická setkání. Přesto byl i nadále zaznamenán nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Výkony však měly progredující charakter směřující k normě. Rozptýl mezi sledovanými vývojovými složkami sahal od dolní hranice širší normy v oblasti aktivní slovní zásoby, až po izolované výkony v oblasti adaptivního a sociálního chování, které byly zcela v normě.

**Muzikoterapie ve věku 21 měsíců:** i nadále pokračovala podpora řečového vývoje a rozvoje řečových dovedností. Muzikoterapie se dále zaměřila na podporu aktivní konstruktivní hry a manipulaci s hudebními nástroji. Robert rád prozkoumával hudební nástroje i celý prostor muzikoterapeutické místnosti. Při muzikoterapii byl vždy velice soustředěný a usměvavý. V rámci plnění složitějších muzikoterapeutických úkolů (např. dekódování postupu hry na soustavu bubínků) byl vytrvalý. Přesto bylo nutné jej stále více motivovat. Pravděpodobně tato skutečnost souvisela se začínající vývojovou fází negativismu. Pokud nebylo po jeho (nechtěl např. vrátit hudební nástroj po konci muzikoterapie), lehl si na zem a mlátil o ní hlavou.

Celkové emoční nastavení však bylo velmi pozitivní a veselé. Nejraději měl techniky, které propojovaly kreslení s hudbou tzv. muzikomalbu. Energicky a spontánně čmáral po přiloženém papíře a doprovázel tuto činnost nejrůznějšími hrdelními a vokálními zvuky.

**Závěr psychologického vyšetření ve věku 21 měsíců:** Bylo zaznamenáno mírné zlepšení v oblasti řečového vývoje a přechod do vývojové fáze batolecího vzdoru. Při požadovaných manipulacích s předměty v rámci testovací zkušenosti nespolupracoval. Spíše chtěl dělat to, co ho baví. Rád však experimentoval, poznával nové předměty, okolí mimo oddělení i nové lidi. Z tohoto důvodu bylo doporučeno případné přestěhování na nové oddělení, kde jsou starší děti. Pokud by však Robert tuto změnu těžce nesl, měl by být navrácen zpět.

Muzikoterapie ve věku 31 měsíců: Robert byl na základě psychologického posudku přestěhován na jiné oddělení. Z počátku tuto skutečnost velmi špatně nesl (byl uzavřený do sebe, příliš nekomunikoval). Přítomnost muzikoterapeuta vnímal jako pocit bezpečí. Byly u něj patrné známky regrese v řečové oblasti. Postupem času si

však na nové prostředí i nové sociální kontakty zvykl. Muzikoterapie byla nejdříve aplikována s cílem usnadnění adaptace na nové prostředí, později spíše podporovala přirozený rozvoj v sociální oblasti. Zprvu byly voleny známé muzikoterapeutické techniky (např. společný zpěv oblíbených písní, tanec v náruči muzikoterapeuta, společná instrumentální improvizace, muzikomalba), které umožnily tzv. grounding (uzemnění, zpevnění). Později došlo k podpoře sociálních interakcí v podobě vstupu do skupinové muzikoterapie. Ze začátku Robert spíše pozoroval, co dělají ostatní děti. Později se odhodlal předvést dovednosti, které jiné děti nezvládaly (např. souvislou hru na bubínek, či rozeznění strun kytary a kantely jemným pohybem ruky).

Muzikoterapie byla u Roberta ukončena z důvodu odchodu do adoptivní rodiny.

## 6. DISKUSE

Následující diskuse si klade mnoho otázek a pokouší se nalézat odpovědi či relevantní vysvětlení. Na úvod si musíme položit otázku, zda je indikace muzikoterapie SDMT u dětí opodstatněná a dostatečně účinná?

Vzhledem k tomu, že se ve světě na téma muzikoterapie u kojenců a batolat objevují informace jen sporadicky a není zatím popsána konkrétní metodologie, je velmi těžké najít odpověď na tuto otázku. Není totiž možné provést srovnávací analýzu mezi koncepty jednotlivých metod. Sám K. E. Bruscia (1987, 1998) ve svých publikacích popisuje daná vývojová období v součinnosti s muzikoterapeutickou intervencí jen okrajově. Jestliže se vytvoří pevný vztah mezi dítětem a muzikoterapeutem, je možné predikovat, že vlivem muzikoterapie u dítěte postupně dochází k významným změnám v oblasti psychomotorického vývoje. Otázkou však zůstává, zda je tím důležitým hybatelem rozvoje právě muzikoterapie nebo ne. Otázku tedy můžeme přeformulovat a zamyslet se nad tím, jaké intervenující proměnné vstupují do muzikoterapeutického procesu.

Jak z jednotlivých kapitol vyplývá, základem metody SDMT je především terapeutický vztah mezi muzikoterapeutem a dětským klientem. Tato skutečnost, která je reflektována u většiny muzikoterapeutických přístupů (srov. Procházka 1996, Mořeno 1990, Peters 2000, Kantor 2008), se však stává dvojsečnou zbraní. Vybudování metody, která se opírá o vztah vnáší do procesu nutně skutečnost, že hlavním hybatelem děje není ani tak samotná metoda, ale především osobnost muzikoterapeuta, kteří s touto metodou pracuje. Další proměnné můžeme spatřit v komplexnosti péče o dětského klienta, kdy není zřejmé, zda daná zlepšení plynou především z muzikoterapie. Stejně důležitou roli sehrává např. logopedie, arteterapie, hipoterapie, fyzioterapie a další oblasti v podobě lékařské a terapeutické intervence. Jistě by bylo možné vysledovat, jakým způsobem ovlivňuje a podporuje muzikoterapie psychomotorický vývoj dítěte, pokud bychom eliminovali ostatní obory, které na péči o dítě participují, avšak tento krok není možný, neboť by byl vysoce neetický a nehumánní.

Otázkou zůstává, jak tedy vyprofilovat přínos metody SDMT? Jednou z cest by jistě bylo sledovat kontrolní skupinu dětí, u kterých se tato muzikoterapie neaplikuje

a porovnat ji s výzkumným vzorkem dětí, u kterých muzikoterapie probíhá<sup>30</sup>. Tato skutečnost však zcela přesně neodhalí jaká specifika představuje samotná metoda, neboť i zde do hry vstupují výše uvedené intervenující proměnné a mnohé další (např. vliv zdravotnického personálu na dítě, vliv dobrovolníků, samotný fakt přirozené ontogeneze, kompenzační schopnosti lidského organismu apod.). Tyto otázky nás zavádějí na pole výzkumných strategií v oblasti terapie obecně. Podle mnohých odborníků je výzkum na poli muzikoterapie velmi důležitý avšak nikdy neukáže zcela jasné výsledky, díky mnoha faktorům, které podstatu terapie ovlivňují (viz: Kratochvíl 1978, Zinar 1987, Procházka 1996, Kantor 2008).

Předkládaný teoretický koncept metody SDMT se v praktické rovině potýká se stejnými otázkami, které jsme si výše položili. Hledá na ně odpovědi a hledá odpovědi i na další otázky jako např. je vhodné používat právě muzikoterapii? Jaké nebezpečí plynou z cíleného působení zvuku a hudby na dítě? Kdy postupy SDMT selhávají? Proč byly v terapii voleny uvedené postupy a ne jiné?

Stejně otázky si klade u jiných muzikoterapeutických metod celá řada odborníků (srov. Robbins 1980, Zinar 1987, Erkilli 1997, Peters 2000). Jak shodně tvrdí, je znatelné a zcela nepochybné, že se děti za přítomnosti hudby mění, že hudba ovlivňuje jejich chování, vnímání i emoční prožívání, ale to, co před námi stojí je tuto skutečnost zachytit slovy a přenést ji do světa teoretických a výzkumných zjištění (Holmes 2001).

Případové studie a jejich ukotvení do teoretického rámce potřebujeme vždy k tomu, abychom mohli osvětlit nějakou metodu postupu, jako je tomu u předkládané diplomové práce. Nedá se tím ale přinést důkaz, že něco, co aplikujeme má obecně platný účinek. Přesto jsou tyto studie velmi důležité pro budoucí výzkumné strategie v kvalitativním i kvantitativním pojetí (Bolay 2003).

Validní studie tak pocházejí nejčastěji z neurofyzilogických výzkumů zaměřených na ovlivňování lidského organismu pomocí zvuku a hudby (srov. Griněva 1981, Tomatis 1991, Skille 1995, Šušardžan 1999, Pape 2005). Zde pak vidíme, že hudba určitým způsobem ovlivňuje např. centrální nervovou soustavu, avšak nevíme proč. Aplikace těchto neurofyzilogických poznatků do muzikoterapie v současné době jsou na předních místech odborných muzikoterapeutických časopisů. Představují

<sup>30</sup> Tento výzkum byl započat v roce 2006 v Dětském centru s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při Thomayerově nemocnici. A nadále zde probíhá. Daná zjištění zatím ještě nenabyla konkrétní formy vyhodnocení.

novodobý trend výzkumných záměrů muzikoterapeutické praxe. Zde totiž můžeme jasně ukázat, že hudba na člověka vliv má, ale je toto běžná muzikoterapeutická

31 • •

praxe? Není. Nejčastější využívání hudby v terapii je vedeno právě ucelenými metodickými koncepty, kde je důležitá především diagnostika, otázka opodstatnění indikace (např. u dětí, pro které je v preverbálním období nonverbální komunikační povaha muzikoterapie přístupnější), stanovení terapeutického cíle (např. jaké změny chceme dosáhnout) a vypracování podrobného muzikoterapeutického plánu (jakými kroky k danému cíli budeme směřovat a jakým způsobem budeme naše počínání průběžně vyhodnocovat).

Jestliže nedojde ke správnému zvážení prvých kroků, jako je indikace a diagnostika, pak ani cíl a evaluace nemohou být správně provedeny, protože nejsou vsazeny do vztahového rámce. Proto jasně strukturované kroky muzikoterapeutického procesu mohou být praktickým průvodcem, přinejmenším omezujícím nedostatky v práci muzikoterapeuta (Pejřimovská 2008).

Avšak jak připomíná Bolay (2003), má-li muzikoterapie jako samostatný obor do budoucna přežít, musí dokázat něco, co ostatní metody neumí. Tato výzva platí i pro budoucnost aplikace metody SDMT. Ačkoliv je projekt muzikoterapie u kojenců a batolat svojí povahou ojedinělý<sup>32</sup>, nepřináší zatím přesvědčivé důkazy o tom, že má muzikoterapie své pevné místo v této oblasti. Zbývá jen zohlednit lidské hledisko, které vyjádřil Šimanovský (1998), že je velmi příznivé, aby děti v ústavní výchově měly možnost své první roky života strávit v pravidelném soužití s hudbou. Možná, až budou starší, se tato vnitřní krása hudby rozezná v jejich srdcích a bude jim průvodcem na jejich cestě životem.

Nyní se pojdme podrobněji podívat na jednotlivé kroky muzikoterapeutického plánu v rámci metody SDMT. Položme si nyní otázku, zda je potřebný již zmiňovaný rituál, jímž bývá muzikoterapeutické setkání ohraničeno a zda jej můžeme vypustit či nikoliv? U dětí představují rituály zkušenost, která zprostředkovává bezpečnou orientaci v čase. Pokud bychom rituál nezařadili či změnili, mohlo by dojít k zneřehlednění muzikoterapeutické situace a k zvýšení úzkosti z neznámého,

<sup>31</sup> Srov. Robbins 1980, Bruscia 1987, Darrow 1993, Peters 2000, Kantor, Lipský, Weber 2008.

<sup>32</sup> Z tohoto důvodu je název metody užíván především v anglickém jazyce, neboť o aplikaci muzikoterapie v oblasti rané péče mají zájem především odborníci v zahraničí, kteří zvou lékaře a muzikoterapeuty na nejrůznější konference, aby o této problematice informovali.

nedefinovaného a nejasného nakládání s časem a bytí v něm v rámci muzikoterapeutických intervencí. Tato skutečnost by mohla vést k tomu, že by se takto nepřehledná muzikoterapie stala sama o sobě kontraindikační. Z tohoto důvodu je důležité striktně dodržovat ritualizaci úvodu a závěru muzikoterapeutického setkání.

Následný krok v podobě rozechřívacích technik již nevyžaduje takovou důslednost (samozřejmě při práci s dětmi s autismem je zachování celkové struktury programu velmi důležité, jinak dojde opět k dezorientaci; viz: Alvin 1978, Peters 2000). Jeho specifikum tkví v umožnění uvolnění nastřádané tenze pomocí tzv. zvukového ventilu (srov. Procházka 1996, Lipský 2005), kdy je možné v následných krocích lépe pracovat např. s hyperaktivními dětmi. Přesto můžeme tyto techniky v úvodu setkání nahradit tzv. receptivními nebo těž receptivně vyladujícími postupy, kdy se místo společné aktivity u dítěte nejdříve podpoří dostatečná adaptace a vyladění na přítomnost muzikoterapeuta, který pouze hraje na hudební nástroje a zpívá (vhodné především u dětí kolem 8 měsíců; viz: Langmeier, Krejčířová 1998, Šulová 2004). Po vyladění pak můžeme rozechřívací techniky zařadit, ale jejich indikace není vždy nutná. Záleží na zkušenosti muzikoterapeuta a jeho schopnosti se na dítě empaticky napojit a plně vnímat jeho aktuální potřeby. Tento bod je však sporný. Je totiž velmi složité jej správně definovat. Co znamená správně se na dítě naladit? Jde především o zkušenost ze společných interakcí mezi dítětem a muzikoterapeutem, poznávání reakcí dítěte, jejich jemných nuancí. Velmi často muzikoterapeut na začátku „improvizuje“ a hledá nejlepší možnou cestu k aplikaci muzikoterapie. Často vsází na intuici, což jsou parametry, které nejsou pro odborné diskuse relevantní. Je však důležité tyto skutečnosti zvědomit a přiblížit se tak k nutnosti supervidování muzikoterapeutické práce.

Následující krok v podobě využití muzikoterapeutických technik pro rozvoj schopností a dovedností dítěte je formulován velice široce. Tato skutečnost je možná na škodu celé metody SDMT, protože opět vsází na zkušenost muzikoterapeuta a důslednost v hledání a stanovování krátkodobých a dlouhodobých terapeutických cílů. V této souvislosti totiž volíme jednotlivé muzikoterapeutické techniky tak, abychom se co nejlépe dostali k naplnění stanovených cílů (např. pro rozvoj motoriky volíme instrumentální improvizaci, pro rozvoj řeči rytmičtějšími říkadly a zpěvy). Samotná volba muzikoterapeutických technik je tak volně ponechána aktuálním potřebám dítěte plynoucím ze společné muzikoterapeutické zkušenosti

s muzikoterapeutem. Opět se tedy dostáváme k tématu zkušenosti muzikoterapeuta, nutnosti jeho dalšího sebevzdělávání a zastřešení jeho práce případovou supervizí (srov. Procházka 1996, Kopřiva 1997, Lipský 2008).

Samostatnou a velmi důležitou částí metody SDMT jsou relaxační techniky. Tyto techniky by mohly být již součástí předchozího kroku, avšak přinášejí s sebou jinou aplikační úroveň. Vždy by měly následovat po vyladění se na přítomnost muzikoterapeuta (buď receptivní formou či aktivním zařazením rozehřívacích technik<sup>33</sup>). Nikdy by neměly být zařazeny na začátek setkání, z důvodu zajištění dostatečné důvěry v osobu muzikoterapeuta či nutnosti uvolnění nastřádané tenze abreakční cestou. Zároveň by neměly uvolňující a relaxační techniky celé setkání uzavírat. Vždy by měla následovat aktivace, která zabrání případným nepříznivým následkům (srov. Holmes 2001, Kantor 2008).

Musíme mít však na paměti, že tyto závěrečné muzikoterapeutické techniky, které navracejí aktivitu by neměly nést poselství naplňování centrálních a dílčích terapeutických cílů. Jejich úlohou je pouze aktivace.

Výjimku tvoří situace, kdy dítě usne ve své postýlce či jej muzikoterapeut přenesse na jeho lůžko ve spánku. Jak ukazují výzkumy v oblasti pediatrie a vývojové psychologie (viz: Langmeier 1998, Šulová 2004) dětský spánek je velmi důležitý pro rozvoj centrální nervové soustavy, podporu metabolismu a dalších důležitých tělesných funkcí. U dětí do jednoho roku bývá probuzení po relaxaci kontraindikováno. Přesto zůstává otázka, zdaje toto počínání správné, zdaje správné neprovést závěrečný rituál a opustit dítě ve spánku, když nás po probuzení již neuvidí. Jednou z možností je zařadit techniky vedoucí ke zklidnění až spánku na závěr setkání, tím by se staly samy o sobě rituálem.

Po relaxaci a aktivaci by mělo následovat již pouze rozloučení případně přechod do verbální roviny v podobě rozhovoru, jehož povaha sama o sobě bývá aktivační (verbální sdělení vychází z jiných mozkových center než zpěv či vnímání hudby; viz: Griněva 1981) a často terapeuticky přínosná (srov. Procházka 1996, Kratochvíl 2001).

Je tedy zřejmé, že aplikace muzikoterapeutické metody SDMT má před sebou celou řadu otazníků, na které by měla najít do budoucna odpovědi, pokud chce mít šanci uspět na poli současné světové muzikoterapie.

<sup>33</sup> U hyperaktivních dětí je nutné vždy před relaxačními muzikoterapeutickými technikami zařadit velmi důsledný warming-up (Pejřimovská 2007).

## 7. ZÁVĚR

Tato diplomová práce si kladla za úkol teoreticky vymezit a shrnout metodu Podpůrné vývojové muzikoterapie (SDMT), která vznikala v průběhu čtyř let na půdě Dětského centra s komplexní péčí a podpůrnou rodinou terapií při fakultní Thomayerově nemocnici. Pokusil jsem se propojit dosavadní zjištění v oblasti muzikoterapie, vývojové psychologie s vlastní prací.

Přestože si tato diplomová práce kladla za cíl pouze teoretické ukotvení, rozhodl jsem se ji rozšířit o případové kazuistiky. Důvodem bylo přílišné odlidštění popisované metody v kontextu teorií, indikací a kontraindikací. Základem metody SDMT je totiž především bytostný vztah mezi muzikoterapeutem a dítětem za součinnosti intervenující proměnné v podobě hudby. Aby tento vztahový rozměr do diplomové práce lépe pronikl, nestačilo o něm pouze teoreticky psát, ale s jednotlivými případy dětí se do něj vnést i potřebný lidský prvek.

Jednu důležitou skutečnost jsem však v této práci opomněl nebo spíše odsunul do pozadí. Je jí právě hudba a její specifika. Z tohoto důvodu bych se rád k hudbě, která tvoří společnou zkušenost dítěte a muzikoterapeuta alespoň v závěru vrátil.

I dnes můžeme vidět, jak se děti za přítomnosti hudby doslova mění před očima. Září jim oči, smějí se, tancují nebo se jen pohupují do rytmu. Jak jsou vděčné za každou příležitost prozkoumat podivuhodné hudební nástroje, které před chvílí vyluzovaly nejrůznější zvuky. Jak reagují i děti s těžkým kombinovaným postižením, u kterých se žádná reakce nepředpokládala.

Hudba je fenomén, který působí na celou naši osobnost. Je jedinečnou formou verbální i neverbální komunikace. Hovoří přímo k emocím, ale jde i za emoce, pomáhá je vyjádřit a vyjádřit i zkušenosti, které nemohou být plně vyjádřeny slovy. Hudba zprostředkovává symbolické významy a sděluje univerzální archetypální myšlenky a mýty. Umožňuje stimulovat představivost a fantazii a ovlivňuje naši společnou zkušenost.

Jak uvádí Peters (2000), hudba přináší estetický a kreativní zážitek a jako taková může stimulovat a integrovat všechny aspekty lidského bytí. Estetické zážitky plynoucí z hudby jsou zdrojem uspokojení a radosti, které mohou pomoci lidem vypořádat se s otázkou smyslu života.

Hudba je prostředkem univerzálního lidského chování, najdeme ji ve všech kulturách. Někteří filosofové tvrdí, že lidské bytí má biologickou predispozici

směřující k potřebě hudby. Podle slov neurologa Olivera Sackse: *Schopnost hudby integrovat a léčit je téměř zázračná. Hudba je nejefektivnější nechemickou medicínou*".

## 8. SEZNAM LITERATURY

- ALVIN, J. (1978): *Music Therapy for the Autistic Child*. Oxford University Press. London.
- AMTA - *American Association for Music Therapy* (1993): Introduction the American Association for Music Therapy, (brochure). Valley Forge.
- AMTA - *American Association For Music Therapy* (1998): Member Sourcebook Silver Spring. Valley Forge.
- AMTA - *American Association For Music Therapy* (2005): Member Sourcebook Silver Spring. Valley Forge.
- BACHMAN, M. L. (1991): *Dalcroze Today. An Education through and into Music*. Oxford University Press. New York.
- BASH-KHARE, E. (1985). *Patterns of Thinking*. International Journal of Psycho-Analysis, No. 66. s. 455-469.
- BOLAY, H. V. (2003): *Music Therapy in the Treatment of Children with Migraine*. Music Therapy Today. Vol. IV (4).
- BRUSCIA K. E. (1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. IL: Charles C. Thomas publisher. Springfield.
- BRUSCIA K. E. (1998): *DefmigMusic Therapy*. Pathway Book Service. Barcelona.
- BUNT, L. (1994): *Music Therapy - An Art Beyond Words*. Brunner-Routledge, New York.
- CAMT - *Canadian Association for Music Therapy*, (2003) In: Kantor a kol. (2008). *Základy muzikoterapie*. Élysion. České Budějovice.
- CROWE, B. (1991): *Music - the ultimate physician*. In: D. Campbell (Ed.). *Music: Physician for Times to Come*. IL: Quest Book. Wheaton. s. 111-120.
- DAMBORSKÁ, M. (1963): *Citový život a vývoj řeči u kojenců v kolektivních zařízeních*. SZN. Praha.
- DAMBORSKÁ, M. (1967): *Vývoj a výchova kojence v ústavním prostředí*. SZN. Praha.
- DARROW, A. A. (1993): *The Role of Music in Deaf Culture: Implications for Music Educators*. Journal of Research in Music Education. No. 2 (41). s. 93 - 110.

- ERKKILÁ, J. (1997): *From the Unconscious to the Conscious. Musical Improvisation and Drawings as Tools in the Music Therapy for Children*. Nordic Journal of Music Therapy, 6 (2). s. 112-120.
- FRANĚK, M. (2007): *Hudebnípsychologie*. Karolinum. Praha.
- GASTON, E. T. (1968): *Music in Therapy*. Macmillan. New York.
- GRINEVA, I. M. (1981): *Pozorování zvláštností hudební recepcce u nemocných spočínajícími příznaky nedostatečného prokrvení mozku*. Disertační práce. Lékařská fakulta. Moskva.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. (2000): *Psychologický slovník*. Portál. Praha.
- HALPERN, S., Lingerman, H. A. (2005): *Muzikoterapie - léčivá síla hudby*. Eko-konzult. Praha.
- HOLMES, N. (2001): *Music Therapy with Children*. Brian Publisher. Phonixville.
- HORŇÁKOVÁ, M. (1995): *Činnostná terapia v liečebnej pedagogike*. Creativpress. Bratislava.
- HORŇÁKOVÁ, M. (2003): *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Občanské sdružení Sociálna práca, Bratislava.
- JELÍNKOVÁ, J. (1984): *Sledování terapeutických účinků vybraných metod skupinové psychoterapie*. Diplomová práce. Praha.
- KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WBER, J. (2008): *Základy muzikoterapie*. Élysiion. České Budějovice.
- KOPŘIVA K. (1997): *Lidský vztah jako součást profese*. Portál. Praha.
- KRATOCHVÍL, S. (1978): *Skupinová psychoterapie neuros*. Avicenum. Praha.
- KRATOCHVÍL, S. (2001): *Skupinová psychoterapie v praxi*. Galén. Praha.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. (1998): *Vývojová psychologie*. Grada. Praha.
- LEACH, P. (1988): *A New Baby and Child*. A Dorling Kindersley Ltd., London.
- LINKA A. (1997): *Kapitoly z muzikoterapie*. Gloria. Rosice u Brna.
- LIPSKÝ, M. (2002): *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*. Speciální pedagogika. No. 3. s. 170 - 176. Praha.
- LIPSKÝ, M. (2005): *Muzikoterapie se zaměřením nejen na speciální pedagogiku*. Diplomová práce. Pedagogická fakulta UK. Praha.

- LIPSKÝ, M. (2006): *Muzikoterapie u dětí ve věku 18. - 24. měsíců*. In: Jak pečovat o děťátko. Praxis media. Praha.
- LIPSKÝ, M. (2008): *Historický exkurz do tajů léčebného účinku zvuku a hudby*. Arteterapie. No. 16. Praha.
- MAHLER, M. S. (1975): *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and Individuation*. Basic Book. New York.
- MAREK, V. (2003): *Hudba jinak*. Eminent. Praha.
- MASTNAK, W. (2007): konzultace a seminář pro AMU. 23. 6. 2007 Poněšice.
- MATĚJČEK, Z. (1992): *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. SPN. Praha.
- MÁTEJOVÁ, Z.; MAŠURA, S. (1992): *Muzikoterapia v speciálnej a liečebnej pedagogike*. SPN. Bratislava.
- MIHULE, J.; KOVAŘÍK, V. (1989): *Hudební výchova 2 - hudba a její svět*. SPN. Praha.
- MORENO, J.; BROTONS, M.; HAIRSTON, M.; HAWLEY, T. (1990): *International Music Therapy: A Global Perspective*. Music Therapy Perspectives. 8. s 41 - 46.
- MORENO, J. (2004) *Rozeznít svou vnitřní hudbu*. Portál, Praha.
- MOŽNÝ, P.; PRAŠKO, J. (1999): *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Triton. Praha.
- ORFF, C. (1969): *Shtdewerk - pohled do minulosti a do budoucnosti*. In: *Perspektivy Orffovy školy v hudební výchově*. Comenium Musicum. Bratislava.
- PAPE, W. (2005): *Brain and Music - Comments on music-related brain research*. Music Therapy Today. Vol. 6 (2).
- PEJŘIMOVSKÁ, J. (2008): *Recenze knihy Základy muzikoterapie*. Arteterapie (in press).
- PEJŘIMOVSKÁ, J. (2007): konzultace a seminář v rámci CŽV - Edukační muzikoterapie 8.-10. 6. 2007. Tloskov u Neveklova.
- PETERS, J., S. (2000): *Music Therapy cm Introduction*. Charles C. Thomas Publisher, LTD. USA.
- PIAGET, J. (1961): *Psychologie inteligence*. SPN. Praha. 1970.

- PIAGET, J.; INHELDER, B. (1997): *Psychologie dítěte*. Portál. Praha.
- POKORNÁ, P. (1982): *Úvod domuzikoterapie*. SPN. Praha.
- PROCHÁZKA, T. (1996): *Celostní přístup v muzikoterapii*. Diplomová práce. Pedagogická fakulta UK. Praha.
- PROCHÁZKA, T. (2007): konzultace a seminář v rámci CŽV - Edukační muzikoterapie 11.-13. 5. 2007. Tloskov u Neveklova.
- PŘÍHODA V. (1977): *Ontogeneze lidské psychiky I*. SPN. Praha.
- ROBBINS, C ; ROBBINS, C. (1980): *Music for the Hearing Impaired and Other Special Groups: A Resource Manual and Curriculum Guide*. Magnammusic-Baton. Sant Louis.
- ŘÍČAN, P. (1989): *Cesta životem*. Panorama. Praha.
- SEARS, W. W. (1968): *Processes in Music Therapy*. In: Gaston, E. T. (1968): *Music in Therapy*. Macmillan. New York, (s.30-44).
- SEDLÁK, F. (1990): *Základy hudební psychologie*. SPN. Praha.
- SCHWABE, CH. (1983): *Aktive Gruppenmusik herepie für erwachsene Patienten*. Veb Georg Thime. Leipzig.
- SKILLE, O.; WIGRAM, T. (1995): *The Effects of Music Vibration and Vibration on Brain andMuscule Tissue: Studies in Vibroacoustic Therapy*. The Art and Science of Music Therapy - A Handbook. Harwood. Amsterdam.
- SPITZ, R. (1959): *A Genetic Field Theory of Ego Formation*. International Universities Press. New York.
- SUZUKI, S. (1969): *Nurtured by Love: A New Approach to Education*. Exposition Press. New York.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. (1998): *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Portál. Praha.
- ŠUŠARDŽAN, S. V.; ŠUŠARDŽAN, R. S. (1999): *Výzkum vlivu různých způsobů hudebního působení na životnost kultivovaných buněk melanomu VKO, jako modelu zkoumání nespecifického akusticko bio-rezonančního efektu*. Teoretické i klinické aspekty biorezonanční a multirezonanční terapie. Sborník dokumentů 5. **Mezinárodní** konference. Moskva, s.250-260.
- ŠULOVÁ, L. (2004): *Raný psychický vývoj dítěte*. Karolinum. Praha.

- TOMATIS A. (1991): *The Conscious Ear*. In: Marek, V.(2003).: *Hudba jinak Eminent*. Praha.
- TRIANOR L. J. (1996): *Infant preferences for infant-directed versus noninfant-directed play song and lullabies*. *Infant Behavior and Development*. No. 19. s. 83-92.
- UNYK, A. M.; TREHUB, S. E.; TRAINOR, L. J.; SCHELLENBERG, E. G. (1992): *Lullabies and simplicity: a cross-cultural perspective*. *Psychology of Music*. No. 20, s. 15-18.
- VAVRDA, V. (2005): *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Nakladatelství Lidové noviny. Praha.
- VILÍMEK, Z.; BŘICHÁČKOVÁ, M. (2008): *Hudba těla*. Speciální pedagogika (in press).
- VODŇANSKÁ, J. (2006): *Novodobý léčitel s tisíciletou praxí*. *Arteterapie*. XI, No. 12.
- WFMT - *World Federation of Music Therapy* (1996). In: Kantor a kol. (2008): *Základy muzikoterapie*. Élysiion. České Budějovice.
- ZDEŇKOVÁ, P. (2007): *Aktuální využití muzikoterapie a jejích prvků v praxi klinických logopedií v České republice*. Diplomová práce. Pedagogická fakulta UK. Praha.
- ZINAR, R. (1987): *Music Activities for Special Children*. Parker Publishing. West Nyack, New York.

## **9. PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh:**

Příloha č. 1 - Klasifikace muzikoterapie podle K. E. Brusci

Příloha č. 2 - Ukázka muzikoterapeutické zprávy

# Příloha č 1.: klasifikace muzikoterapie podle

## K. E. Brusci

### I. Úrovně muzikoterapeutické praxe

Úrovně praxe popisují rozsah, hloubku a význam terapeutické intervence a změny dosažené pomocí muzikoterapie. Model popisuje tyto úrovně:

- 1) **Pomocná úroveň** (auxiliary level) - veškeré funkční použití hudby pro neterapeutické a přidružené účely. Na této úrovni se nejedná o muzikoterapii, úroveň je však v těsném vztahu k muzikoterapii (např. hudební skupiny při ústavech sociální péče, speciální hudební výchova apod ).
- 2) **Rozšiřující úroveň** (augmentative level) - hudba nebo muzikoterapie slouží k posílení výsledků jiných léčebných intervencí a slouží k dosažení významných dílčích výsledků v celkovém terapeutickém plánu klienta.
- 3) **Intenzivní úroveň** (intensive level) - muzikoterapie má centrální nebo nezávislou roli ve směřování prioritních cílů v terapeutickém plánu klienta. Výsledkem jsou významné změny stavu klienta.
- 4) **Primární úroveň** (primary level) - muzikoterapie má nepostradatelnou nebo jedinečnou úlohu pro naplnění hlavních terapeutických potřeb klienta, výsledkem jsou pronikavé změny v osobnosti klienta a jeho životě.

### Úrovně praxe byly klasifikovány na základě následujících kritérií:

a) **Vztah praxe vzhledem k primárním zdravotním potřebám** - jsou cíle praxe terapeutické povahy? Pokud ano, je jejich zaměření okrajové, podpůrné nebo centrální ve vztahu k primárním zdravotním potřebám klienta? Čím více zodpovědnosti přebírá muzikoterapeut vůči naplnění primárních zdravotních potřeb klienta, tím více směřuje praxe k intenzivní, popř. primární úrovni.

b) **Klinická nezávislost** - pokud muzikoterapie sdílí odpovědnost v dosažení hlavních terapeutických cílů s jinými terapeutickými přístupy nebo pokud se dotýká pouze omezených aspektů terapeutického plánu klienta, jedná se o rozšiřující úroveň. Pokud muzikoterapie přebírá hlavní roli k naplnění klíčových oblastí terapeutického plánu nebo pokud se zabývá širokým spektrem terapeutických cílů, jedná se o intenzivní nebo primární úroveň.

c) **Vztahy mezi klientem, hudbou a terapeutem** - pokud chybí jeden z uvedených elementů (terapeut, klient, hudba), nejedná se o muzikoterapii (pomocná úroveň). Pokud se vyskytují jiné role než terapeut-klient (např. student-učitel), jedná se o rozšiřující úroveň. Pokud se jedná o role terapeut-klient se všemi požadavky, které z těchto rolí vyplývají, praxe je definována na intenzivní nebo primární úrovni.

d) **Úrovně hudební zkušenosti** - praktiky, které závisí na prehudebních, parahudebních nebo nehudebních zkušenostech, jsou na pomocné úrovni a nedefinují se jako muzikoterapie. Praktiky, které zahrnují primárně hudební a extrahudební zkušenosti, se nacházejí na rozšiřující, intenzivní nebo primární úrovni.

e) **Ucelenost léčby** - se týká šíře terapeutického procesu. Na rozšiřující úrovni se terapeut dotýká pouze omezeného výčtu klientových potřeb (vycházejí obvykle ze zaměření terapeutického přístupu). Na intenzivní nebo primární úrovni muzikoterapie obvykle

adresuje široké spektrum terapeutických cílů, zatímco terapeut je schopen flexibilně přizpůsobit svůj způsob práce potřebám klienta.

**f) Hloubka terapeutického procesu** - na pomocné úrovni, která není definována jako terapie, zcela schází systematický proces intervence po dostatečně dlouhé období. O rozšiřující úroveň se jedná nejčastěji v případech zahrnujících občasné nebo ne příliš frekventované terapeutické jednotky nebo terapii, která probíhá příliš krátkou dobu. Pokud terapeutická praxe zahrnuje frekventované a pravidelné terapeutické jednotky po dlouhé časové období a pokud se intervence dotýká zjevných i latentních potřeb a potíží klienta, jedná se většinou o intenzivní nebo primární úroveň.

**g) Hloubka terapeutické změny** - o hloubce terapeutické změny svědčí mnoho faktorů (např. dosažená změna je svojí povahou terapeutická, týká se symptomů i příčin potíží klienta, týká se změn vědomé nebo nevědomé úrovně).

## **II. Oblasti muzikoterapeutické praxe**

Oblasti muzikoterapeutické praxe jsou definovány podle primárního klinického zaměření a prvořadých zájmů pro klienta, terapeuta a instituce poskytující a hradící terapeutické služby. Specifický význam má také vztah mezi klientem a terapeutem a jejich role v tomto vztahu.

### **Mezi oblastmi muzikoterapeutické praxe patří:**

1) Oblast didaktická - edukační (didactic) - cílem didaktické oblasti muzikoterapeutické praxe je pomoci klientům získat vědomosti, dovednosti a osvojit si určité chování potřebné pro funkční nezávislý způsob života a sociální adaptaci. Muzikoterapeutické cíle v této oblasti mají tedy především edukační charakter.

Rozdílné praktiky této oblasti se liší v druzích učení, míře individualizace terapeutických

cílů a metod a povaze vztahu terapeut-klient. Mají obecně pět různých zaměření:

a) Rozvinutí hudebních vědomostí a dovedností je primárním cílem jako integrální součást

funkčního života a sociální adaptace klienta.

b) Rozvinutí hudebních vědomostí a dovedností se vztahuje k nehudebním funkcím podle potřeb klienta.

c) Hudba a další umělecká média slouží jako prostředek nehudebního učení.

d) Hudební výuka slouží jako pretext a kontext pro terapii.

e) Muzikoterapeutické zkušenosti slouží k edukaci, výcviku a supervizi studentů a profesionálů.

Příklady muzikoterapeutických přístupů v didaktické oblasti: na rozšiřující úrovni je to muzikoterapie ve speciální pedagogice, behaviorální muzikoterapie, terapie hudebními aktivitami (Music Activity Therapy), muzikoterapie zaměřená na funkčnost lidského těla (FMT); na intenzivní úrovni jsou to přístupy Nordoff-Robbins (Kreativní muzikoterapie), Juliette Alvin (Terapie volné improvizace), Gertrude Orff (Orffova muzikoterapie) a další.

**2) Oblast medicínská (medical)** - primárním cílem medicínských praktik je pomoci klientům zlepšit, obnovit nebo udržet tělesné a duševní zdraví. Zahrnuje také přístupy zaměřené na psychosociální a ekologické faktory, které významně ovlivňují somatická a psychosomatická onemocnění. Medicínské nebo též klinické praktiky

jsou nejčastěji prováděny muzikoterapeuty v nemocnicích, na klinikách, v rehabilitačních centrech, v hospicích apod.

Praktiky v této oblasti se liší podle rozdílných rolí, které dostává hudba, vztah mezi terapeutem a klientem nebo medicínský význam cílů podle délky léčby a zdravotnické instituce. Např. jde o muzikoterapeutické strategie v porodnictví, neonatologii, paliativní péči apod.

**3) Oblast léčebná (healing)** - tato oblast zahrnuje veškeré využití univerzálních vlastností zvuku a hudby za účelem obnovení harmonie lidského organismu. V léčebné oblasti je hudba považována za vibrační jednotku, která může pozitivním způsobem ovlivnit celý organismus. Vibroakustické prvky nacházející se v hudbě jsou zde považovány za prostředky vedoucí k terapeutické změně.

Příklady muzikoterapeutických přístupů v léčebné oblasti, na pomocné úrovni je to např. vibroakustická terapie, tónování; na rozšiřující úrovni je to hudební léčba (Music Healing), která zahrnuje již uvedené přístupy, avšak s větším důrazem na využití hudby; na intenzivní úroveň patří Pružná imaginace a hudba (GIM) či etno-muzikoterapie. (Kantor 2008)

**4) Oblast psychoterapeutická (psychotherapeutic)** - mezi hlavní cílové oblasti psychoterapeutické intervence patří dosažení terapeutického cíle. Často jde o žádoucí změny v oblasti emocí, sebe-naplnění a spokojenosti, vzhledu, vztahů aj. Typickými institucemi psychoterapeutických praktik v muzikoterapii jsou psychiatrické léčebny, poradenská centra nebo soukromé muzikoterapeutické praxe. Praktiky v této oblasti se liší podle šíře a hloubky léčby, rolí hudby a psychoterapeutické orientace terapeuta (např. orientace psychodynamická, behaviorální, kognitivní, či humanistická).

**5) Oblast volnočasová (recreational)** - volnočasová oblast zahrnuje individuální, komunitní i institucionální programy zaměřené na zapojení jednotlivců do volnočasových a sociálních aktivit, které mohou zvýšit kvalitu jejich života. Praktiky v této oblasti se liší podle stupně závažnosti, kterým se volnočasová aktivita dotýká zdravotních potřeb klienta, stejně jako na délce a kontinuitě léčby.

Příklady muzikoterapeutických přístupů ve volnočasové oblasti: na rozšiřující úrovni volnočasová muzikoterapie (jako součást volnočasové terapie); na intenzivní úrovni hudba v herní terapii (Music and Play Therapy).

**6) Oblast ekologická (ecological)** - primárním zájmem ekologických praktik je rozvoj a podpora zdraví uvnitř sociokulturních vrstev společnosti a mezi společnostmi a jejím fyzickým prostředím. Zahrnuje veškerou práci zaměřenou na rodiny, pracoviště, komunity, společnost a vztahy různých skupin ke svému prostředí.

Terapie je opodstatněná, pokud je ohrožen stav zdraví. Praktiky v této oblasti jsou zcela odlišné ve srovnání s ostatními oblastmi. Liší se podle toho, zda jsou zaměřeny na klienta nebo na prostředí klienta. Dále je významná šíře intervence a stupeň změny, který je díky intervenci dosažen.

Příklady muzikoterapeutických přístupů v ekologické oblasti: na rozšiřující úrovni napr. ozdravné hudební rituály (tradiční nebo vlastní hudební rituály, viz: Mořeno 2004); na intenzivní úrovni rodinná muzikoterapie nebo komunitní muzikoterapie (viz: Kantor 2008).

Do této oblasti spadá i preventivní program, kdy muzikoterapeuti vystupují jako obhájci sluchového zdraví.

V posledních letech se vlivem nadměrného působení hluku v pracovních foniatrů a muzikoterapeutů objevuje stále více klientů se ztrátou sluchu. Muzikoterapeuti se tak dostávají do nové role vyplývající z jejich profese - působí jako obhájci sluchového zdraví a vytváří preventivní programy proti poškození sluchu.

Jak uvádí Peters (2000), vystavování se hlasitému hluku, ať již na pracovišti či jinde, představuje jeden z hlavních faktorů vzniku sluchových ztrát. Dočasné poškození sluchu může být způsobeno dlouhodobým vystavováním se hlasité hudbě a dalším hlasitým zvukům, které nás obklopují.

Vzniká zde další rozměr spojený s prací muzikoterapeutů. Tím je realizace výzkumů působení hluku na lidský organismus a informování veřejnosti o zjištěních, která mají preventivní charakter. Muzikoterapeuti by měli např. upozorňovat na nebezpečí dlouhodobého působení hluku v životním prostředí, aby nedocházelo k postupnému odumírání vláskových buněk a následné sluchové ztrátě, jakož i celkové podrážděnosti a nemocnosti. Dále by měli nabízet možnosti změny akustického prostředí na pracovištích či domácnostech svých klientů.

## Příloha č 2.: ukázka muzikoterapeutické zprávy

**Kateřina XX**, narozena: **X. X. 2005**

Únor 2008, věk: 2 roky a 7 měsíců (tj. 31 měsíců)

**Muzikoterapeutický cíl:** celková podpora možného vývoje, umožnění sociálního kontaktu, rozvoj všech smyslů (sluch, zrak, hmat, čich, chuť) pomocí hudebně-expressivní metody Podpůrné vývojové muzikoterapie (SDMT).

### **Obecné aspekty muzikoterapeutických setkání ve vztahu k chování dítěte:**

Holčička byla v bdělém stavu čtyři setkání po sobě. Po úvodním zpěvu písní u postýlky lx zvedla hlavu cca 10 cm nad podložku, čímž pravděpodobně vyjadřovala přání, aby muzikoterapeut neodešel a dál se jí věnoval. Při následné kinesteticko-haptické části muzikoterapie (nošení po místnosti + zpěv) holčička měla soustředěný pohled. Následovalo 10 minut soustředěného pohledu (včetně několikaminutového očního kontaktu s muzikoterapeutem) u dětí v herně a cílené vnímání jejich pohybů a hlasů (otáčení očí ve směru zvuku). Projevil se i tichý úsměv (reakce mimických svalů) při pohledu do očí muzikoterapeuta. Po 10 minutách na herně se buď objevil neklid (tj. pohyby rukou a úst nebo návrat do pasivního bdění s přechodem k ospalosti). Tato únava byla přítomna při všech setkáních. Poté byla holčička navracena do postýlky a zapolohována. Následovalo rozloučení písničkou.

### **Specifické aspekty chování při jednotlivých muzikoterapeutických setkání:**

- Práce s maminkou Katky při návštěvě. Katka reagovala na muzikoterapeuta i svou maminku. Z náruče muzikoterapeuta se na maminku soustředěně dívala. Poté byla uložena opět do postýlky. Následovalo společné zpívání písní s maminkou (písně, které jí maminka zpívala v porodnici). Holčička v klidu usnula.
- Při přenosu holčičky na hernu se u ní objevil střídavý pohyb obou dolních končetin (byl to plynulý pohyb bez křečí). Pokaždé když zahýbala oběma nohama, zvýšila se pozornost zrcadlená mimikou obličejových svalů a očí (výraz by mohl připomínat údiv). Při dalších setkáních se tento pohyb neopakoval. Pravděpodobně daný spoj v mozku vymizel. Občas se objevily pohyby jedné nohy - při rytmických masážích mořskými kamínky.
- Holčička uchopila mořský kámen, vložený muzikoterapeutem do levé ruky a jemně po něm pohybovala prsty. Cíleně hýbala pravou rukou, aby se rozezněla speciální zvonkohra Shanti.
- Holčička cíleně hýbala pravou rukou a projevovala nelibost při rytmické masáži chodidel. Masáž byla ukončena. V průběhu muzikoterapie se u holčičky objevovala vokální odezva v podobě neartikulovaných zvuků. Při stimulaci chuti a čichu jablkem se objevila reakce znatelného rozšíření otevřených úst.

**Závěr:** Katka je děvčátko s velmi těžkým kombinovaným postižením. V tomto měsíci se však její stav výrazně zlepšil. Celý měsíc byla v době konání muzikoterapie v bdělém stavu a vydržela tak (převážně soustředěná) celých 30 minut. Důležitý posun spatřuji v **soustředěném pohledu** (tento soustředěný pohled je přítomen již delší dobu, pravděpodobně souvisí s možným kompenzačním mechanismem dozrávání zrakové dráhy CNS a s podporou sociální oblasti - nošení holčičky mezi ostatní děti, fyzická přítomnost muzikoterapeuta). V **motorické**

**oblasti** se rovněž objevily nové skutečnosti - pohyb rukou byl patrný již od narození, většinou však byl bezcílný nebo vedený spastickou křečí. V současné době se dá hovořit o cíleném pohybu pravé ruky (stejný pohyb byl zaznamenán i při fyzioterapii) a rozvoji haptického vnímání (dalo by se hovořit i o rozvoji jemné motoriky) - zkoumání vložených předmětů do rukou konečky prstů. Pohyby nohou jsou rovněž důležitým milníkem, žel se zatím vyskytl pouze jedenkrát. Další výrazný prvek celkové hybnosti je situace, kdy se holčička zvedá hlavou nad podložku (šikmý šijový pohyb). Tuto skutečnost jsem pozoroval v daném měsíci pouze jednou, celkově však 3x. Tento pohyb nebyl vedený křečí.

Největší pokrok spatřuji v **oblasti sociální**: úsměv při očním kontaktu s muzikoterapeutem, vymezení vlastního prostoru (dávání najevo nelibosti celým tělem, obličejovou mimikou či rezignací). Vokální projevy při muzikoterapii. Vnímání ostatních dětí na herně apod.

Je možné, že výrazný vývojový skok byl zapříčiněn nejen vývojem, ale i silným emočním stimulem v podobě muzikoterapeutického setkání s vlastní matkou a umožněním dalšího sociálního kontaktu (na herně). Přesto i nadále jsou všechny oblasti v pásmu hluboké retardace a další intervence vyžadují pozvolný a empatický přístup. Důležité je zohlednit celkovou bio-psycho-sociální jednotu a podporovat všechny smysly dítěte. Muzikoterapie by měla být pouze podpůrnou terapií v rámci komplexní péče, jako je tomu doposud.

podpis

Ústřední knih.Pedf UK



2592081824