

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



**Aktuální využití muzikoterapie a jejích prvků v praxi klinických logopedů v České republice**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Jana Procházková

Autor diplomové práce: Bc. Petra Zdeňková

Ročník, obor studia: VI. ročník, Speciální pedagogika - obor

Měsíc a rok dokončení: Listopad, 2007

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury. Souhlasím s využitím poznatků diplomové práce za předpokladu řádné citace.

V Praze, dne 28. 11.2007



Bc. Petra Zdenkova

## **Poděkování**

Velmi děkuji především PhDr. Janě Procházkové za její odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady a připomínky, vstřícnost, trpělivost a podporu, které mi věnovala.

Dále bych chtěla vyjádřit poděkování Mgr. Markétě Gerlichové, která mi nezištně poskytla konzultace a seznámila mě s muzikoterapií v rámci jejích terapií s klienty na Rehabilitační klinice 1. LF VFN v Praze.

Mnohokrát děkuji též PaedDr. Evě Škodové za její vstřícnou pomoc při mém průzkumném šetření využívání muzikoterapie klinickými logopedy.

Mé poděkování patří také PaedDr. Blance Housarové, Ph.D. za předání logopedických znalostí v rámci výuky a za poskytnutí podnětných konzultací.

Chtěla bych také poděkovat svým blízkým, kteří byli po celou dobu mou velkou oporou.

## ANOTACE

Diplomová práce se zabývá muzikoterapií a její možností aplikace v praxi klinického logopeda v rezortu zdravotnictví. Klade si za cíl popsat základy muzikoterapie jakožto nového vědeckého oboru a zmapovat oblasti využití muzikoterapie obecně s hlavním zaměřením na klinickou logopedii. První kapitola se věnuje muzikoterapií obecně. Druhá kapitola poukazuje na možnosti využití muzikoterapie a jejích prvků v praxi klinické logopedie. Následující kapitola přináší průzkum aktuálního využívání muzikoterapie v praxi českými logopedy pracujícími v rezortu zdravotnictví. Z této pilotážní studie vyplývá, že v České republice není prozatím potenciál muzikoterapie v klinické logopedii příliš využíván a muzikoterapie je často zaměňována za edukaci a reedukaci pomocí hudebních prvků. Závěrečná kapitola obsahuje mé vlastní zkušenosti s muzikoterapií.

## ANNOTATION

This master thesis concerns with a music therapy and its ability to application in practise of speech-language therapists working in a health service department. The main goals concern about describing of basic elements of a music therapy as a new scientific discipline. The first chapter dwells on a music therapy in general. The second chapter refers to possibilities of usage of music therapy and its elements in speech-language therapy. The next chapter brings a research about an usage of music therapy by czech speech-language therapists, that work in a health service department. A result of this research suggests that the potential of music therapy is still not employed in speech-language therapy in the Czech republic and that music therapy is often mixed up with education or re-education by music elements. The final chapter briefly reviews my personal experience with music therapy.

**Obsah:**

Úvod.....	7
1 Muzikoterapie.....	10
1.1 Vymezení pojmu.....	10
1.1.1 Rozlišení muzikoterapie a hudební výchovy.....	14
1.2 Historie muzikoterapie.....	17
1.3 Druhy muzikoterapie.....	20
1.4 Možnosti a limity muzikoterapie.....	23
1.5 Aplikace muzikoterapie.....	31
1.6 Muzikoterapeutické hudební nástroje.....	34
1.7 Muzikoterapie v kontextu dalších expresivních arteterapií v širším slova smyslu .	36
1.7.1 Muzikoterapie v souznění s arteterapií v užším slova smyslu.....	36
1.7.2 Muzikoterapie v souznění s dramaterapií.....	37
1.7.3 Muzikoterapie v souznění s taneční terapií.....	38
1.8 Osobnost muzikoterapeuta.....	39
1.9 Systém vzdělávání muzikoterapeutů v České republice.....	42
1.10 Systém vzdělávání muzikoterapeutů ve Velké Británii a Spojených státech amerických.....	46
1.10.1 Systém vzdělávání muzikoterapeutů ve Velké Británii.....	46
1.10.2 Systém vzdělávání muzikoterapeutů ve Spojených státech amerických. . .	46
2 Možnosti aplikace muzikoterapie a jejích prvků v logopedii v rezortu zdravotnictví	48
2.1 Logoped pracující v rezortu zdravotnictví.....	48
2.2 Hudba a řeč.....	52
2.3 Možnosti využití prvků muzikoterapie v praxi klinického logopeda.....	57
2.3.1 Využití prvků muzikoterapie u klientů s poruchami vývoje řeči.....	65
2.3.1.1 Využití prvků muzikoterapie při opožděném vývoji řeči.....	65
2.3.1.2 Využití prvků muzikoterapie při vývojové dysfázii.....	66
2.3.2 Využití prvků muzikoterapie u klientů se získanými organickými poruchami řečové komunikace.....	68
2.3.2.1 Využití prvků muzikoterapie při afázii.....	68
2.3.2.2 Využití prvků muzikoterapie při syndromu demence a poruch komunikace.....	72
2.3.3 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu získané psychochenní nemluvnosti.....	74
2.3.3.1 Elektivní muti smus.....	74
2.3.4 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu vrozených anomálií orofaciálního systému.....	75
2.3.5 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu narušení plynulosti řeči.....	76
2.3.5.1 Využití prvků muzikoterapie při balbuties (koptavosti).....	76
2.3.5.2 Využití prvků muzikoterapie při tumultus sermonis (breptavosti).....	78
2.3.6 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu narušení článkování řeči.....	79
2.3.6.1 Využití prvků muzikoterapie při dysartrii.....	79
2.3.6.2 Využití prvků muzikoterapie při dyslalii.....	80
3 Průzkum aktuálního využití muzikoterapie v logopedické praxi v rezortu zdravotnictví České republiky.....	82
3.1 Cíl průzkumu.....	82

3.2	Metody a průběh průzkumu.....	82
3.3	Vyhodnocení dotazníků.....	86
3.4	Diskuze.....	95
3.5	Závěrečné hodnocení průzkumu.....	96
4	Vlastní zkušenosti s muzikoterapií.....	97
5	Závěr.....	98
	Použitá literatura.....	100
	Přílohy.....	106

## Úvod

*„Hudba je zřejmě nejstarší, nejslavitější a po všech stránkách nejfantastičtější evoluční dědictví, které máme.“*

*František Koukolík*

Zvuky a hudba nás provází celým životem, mohou léčit, ale i škodit. Zkoumáním jejich vlivu na lidský organismus se věnuje stále více odborníků po celém světě. Muzikoterapie se ze svého původně pouze uměleckého a psychoterapeutického základu rozvíjí v samostatnou vědní disciplínu a zejména v Severní Americe a západních zemích Evropy již prokázala své místo mezi úspěšnými terapeutickými přístupy a je samozřejmou součástí komplexní léčebné péče. Svůj oficiální prostor a respekt získává muzikoterapie v současnosti i České republice.

Oficiálně je muzikoterapie začleněna jako jedna z pomocných metod skupinové psychoterapie. Mořeno<sup>1</sup> však upozorňuje, že v globálním měřítku je dodnes léčeno pomocí nebo za účasti hudby asi sedmdesát procent světové populace, zatímco metodami klasické západní medicíny jen čtvrtina (Šimanovský in Zeleiová, 2007).

S odborně aplikovanou muzikoterapií jsem se poprvé setkala před několika lety na v rámci výborných pediatrických seminářů M. Litovové<sup>2</sup>, která nás seznámila s muzikoterapeutickým projektem v Dětském centru (dříve Kojenecký ústav s dětským domovem pro děti do tří let, při Thomayerově nemocnici) v Praze - Krči. Ukázky muzikoterapie, ve kterých s kojenci a batolaty se zdravotním postižením pracoval Zdeněk Vilímek<sup>3</sup> (v té době ještě student speciální pedagogiky olomoucké pedagogické fakulty),

**1 Prof. Joseph, J. Mořeno:** emeritní profesor a vedoucí programu muzikoterapie na Maryville University v St. Louis, USA, ředitel Institute for the Creative Arts Therapies. Je synovcem zakladatele psychodramatu J. L. Mořena (Mořeno, 2005).

**MUDr. Marcela Litovová:** lékařka, specializace pediatrie. Pracuje v Dětském centru (dříve Kojenecký ústav s dětským domovem pro děti do tří let) při FTN v Praze 4, Krči. Absolvovala různé kurzy muzikoterapie a velmi aktivně se o muzikoterapii zajímá. Ve spolupráci s muzikoterapeuty organizuje akreditované kurzy Muzikoterapie pro pracovníky kojeneckých ústavů, DC, DD a ÚSP a zdravotní sestry CR. V KU v Krči zahájila projekt Muzikoterapie, na kterém se podílí několik odborných muzikoterapeutů, např. Mgr. Lipský, Mgr. Vilímek, Mgr. Šramlová ad.

**Mgr. Zdeněk Vilímek:** speciální pedagog se zaměřením na muzikoterapii. Studium absolvoval na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tamtéž dokončil specializační studium muzikoterapie v rámci celoživotního vzdělávání. Kurzy a semináře v muzikoterapii, lektorská činnost, DVPP (Praha, Olomouc, Brno, ...), od roku 2001. Taktéž vyrábí hudební nástroje didgeridoo a vyučuje hru na ně. Od roku 2006 frekventantem psychoterapeutického výcviku SUR.

ve mně zanechaly hluboký dojem a touhu po dalších informacích týkajících se muzikoterapie.

Bohužel musím hned zpočátku hořce podotknout, že odborných materiálů o muzikoterapii je v České republice stále poskrovnu. V zahraničí je díky dlouholeté tradici muzikoterapeutické literatury a odborných výzkumů velké množství, ale opět bohužel, dostupnost těch nejaktuálnějších je velmi obtížná. Přesto jsem se snažila informace získávat nejen z dostupné české a slovenské odborné literatury a časopisů, ale zejména překládat co nejvíce zahraničních materiálů, a to knih, časopisů, výzkumů a nových informací z webových stránek odborných muzikoterapeutických, logopedických, neuropsychologických a dalších společností.

Pro úplnost dodávám, že v České republice dosud neexistuje jediná ucelená publikace, která by se speciálně věnovala tématu využití muzikoterapie v logopedii. Z české odborné literatury na toto téma sbírám střípky informací z různých knih a článků v časopisech věnujících se logopedii nebo muzikoterapii.

Moje diplomová práce má proto být určitým vhladem do této nepříliš prozkoumané oblasti. Neklade si za cíl podrobně popsat příčiny a různé druhy terapií u vybraných postižení, ty jsou k nalezení v mnoha odborných logopedických publikacích. Vzhledem ke stanovenému omezenému rozpětí diplomové práce, se budu věnovat pouze využití muzikoterapie obecně a specificky se zaměřením na klinickou logopedii.

V první kapitole popíšu obecně vymezení pojmu muzikoterapie a rozdíly mezi muzikoterapií a hudební výchovou, druhy muzikoterapie s historické souvislosti a kořeny muzikoterapie. Taktéž se budu věnovat možnostem, limitům a aplikaci muzikoterapie a muzikoterapeutickým hudebním nástrojům. Krátce se zastavím u propojení muzikoterapie s dalšími expresivními arteterapiemi v širším slova smyslu. Důležitou součástí této práce bude i další podkapitola shrnující ideální osobnostní vlastnosti a dovednosti muzikoterapeuta. Následující část vymezí odborné muzikoterapeutické vzdělávání v České republice. Tato kapitola bude zakončena popisem systému vzdělávání muzikoterapeutů ve Velké Británii a Spojených státech amerických.

Ve druhé kapitole nastíním možnosti využití muzikoterapie ve sféře logopedické. Vymezím obsah pojmu logoped ve zdravotnictví, poukážu na propojení hudby a řeči a následně se přímo zaměřím na konkrétní oblasti možnosti aplikace muzikoterapie v klinické logopedii, a to jak u dětských, tak i dospělých klientů.



Třetí kapitola bude věnována průzkumu využívání muzikoterapeutických postupů v praxi klinických logopedů v České republice, který byl proveden v průběhu jednoho roku dotazníkovým šetřením.

V závěrečné čtvrté kapitole uvedu své praktické zkušenosti s muzikoterapií, které jsem nabyla v průběhu minulých dvou let prostřednictvím kurzů a při setkávání s muzikoterapeuty.

V průběhu textu budu používat i poznámky pod čarou, a to pro sdělení více informací o osobách nebo faktech, která považuji za důležitá pro celkový kontext této práce.

Touto prací bych chtěla poukázat na skutečnost, že odborně indikovaná a aplikovaná muzikoterapie dosahuje natolik širokospektrálních účinků, prokázaných již mnoha zahraničními výzkumy, že by měla být oficiálně zařazena do systému komplexní logopedické péče v České republice.

# 1 Muzikoterapie

## 1.1 Vymezení pojmu

Termín muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecky moisika, latinsky musica znamená hudba; řecky therapeia, therapeineio, latinsky iatreia znamená léčit, ošetřovat, starat se, pomáhat, ale také vzdělávat a cvičit.

Americká muzikoterapeutická asociace<sup>4</sup> se roku 2005 usnesla na oficiální definici, která říká, že muzikoterapie je klinické a z důkazů vycházející použití muzikoterapeutických intervencí pro dosažení individualizovaných cílů v rámci terapeutického vztahu aprobovaného profesionála, který absolvoval autorizovaný muzikoterapeutický program (AMTA, 2005, [www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org), navštíveno dne: 15. 11. 2006)

Svojí vlastní definici používá Kanadská asociace pro muzikoterapii již od roku 1994, pro kterou je muzikoterapie kvalifikované a odborné využití hudby a hudebních součástí akreditovaným muzikoterapeutem tak, aby bylo podpořeno, zachováno a obnoveno mentální, fyzické, emocionální a spirituální zdraví. Hudba má nonverbální, kreativní, strukturální a spirituální kvality. Těch je užíváno v terapeutickém vztahu pro podporu kontaktu, interakce, sebevědomí, učení, sebevyjádření, komunikace a osobnostního rozvoje (CAMT, 1994, [www.musictherapy.ca](http://www.musictherapy.ca), navštíveno dne: 20. 11. 2006).

Jako posílení schopností člověka prostřednictvím plánovaného ovlivňování mozkových funkcí charakterizují muzikoterapii v Centru pro muzikoterapii ve státě Austin v USA ([www.centerformusictherapy.com](http://www.centerformusictherapy.com), navštíveno dne: 12. 6. 2007). Muzikoterapie je užitečná, neboť hudba aktivuje všechny mozkové procesy a funkce, které přímo ovlivňují kognitivní, emocionální a fyzické fungování a schopnosti. Profesionální muzikoterapeut umí vybrat a aplikovat vhodnou hudbu pro efektivní léčbu klientů. Tato léčba je dle

**Americká muzikoterapeutická asociace (AMTA):** je největší profesionální asociací, která zastřešuje více než 5000 muzikoterapeutů, členských organizací a příbuzných asociací ve světě. Byla založena v roce 1998 s posláním progresivně rozvíjet terapeutické využití hudby v rehabilitaci, speciálním vzdělávání a společenském rámci. AMTA ustanovuje vzdělávací a výcvikové standardy pro muzikoterapeuty. Předchůdkyněmi AMTA byly: Národní asociace pro muzikoterapii založená v roce 1950 a Americká asociace pro muzikoterapii založená v roce 1971.

**Kanadská asociace pro muzikoterapii (CAMT):** byla založena již v roce 1974 za účelem spojení a zastřešení kanadských odborných muzikoterapeutů.

odborníků v Centru často rychlejší a efektivnější než léčba bez hudby. Navíc klienti tuto formu léčby vnímají jako příjemnější a radostnější.

Studium muzikoterapie nabízí v USA mnoho univerzit. Většina z nich oficiálně používá definici, kterou vydala AMTA (viz výše), některé ji trochu upravily, např. University of Wisconsin-Eau Claire v USA muzikoterapii definuje jako vědecké využití umění hudby k dosažení léčebných cílů. Muzikoterapie kombinuje hudbu a terapeutův vliv k navození změn v chování a podpoře lepšího mentálního, jazykového, fyzického a socio-emocionálně-duchovního zdraví (www.uwec.edu, navštíveno dne: 5. 6. 2007).

Dle oxfordského psychologického slovníku je muzikoterapie formou psychoterapie, kdy klienti nebo pacienti jsou povzbuzováni k vyjadřování jejich pocitů a vnitřních konfliktů prostřednictvím hudby (Coleman, 2001)

Kladení důrazu na cílevědomý proces muzikoterapie, během něž terapeut pomáhá klientovi zlepšit, udržet nebo obnovit pocit duševní pohody najdeme u Bruscia (1989 in Mořeno, 2005). Dynamickou hnací silou procesu jsou dle tohoto známého autora vztahy tvořené skrze hudební prožitky.

Jako vědeckou pragmaticky a empiricky orientovanou disciplínu muzikoterapii označuje např. Zeleiová (2002, 2007). V systému věd jí řadí na pomezí hudební psychologie, pedagogiky, sociologie, etnologie, hudební teorie a akustiky, filosofie a estetiky. Zeleiová (tamtéž) muzikoterapii charakterizuje jako interdisciplinární obor s metodologickou souvislostí se všeobecnou medicínou, psychiatrií, psychologii a pedagogikou. Zeleiová osobně muzikoterapii chápe a praktikuje jako psychoterapeutickou metodu ve skupinové a individuální práci. Vychází z empirického poznání, že vnímání sebe sama se skládá ze smyslových zkušeností o sobě v mezilidském prostoru a přenáší se do ontologické roviny sebeúcty.

Grochalová<sup>6</sup> muzikoterapii chápe jako proces, „ve kterém je možno pomocí speciálního užití hudby zlepšit zdravotní stav u dětí nebo dospělých, eventuálně zmírnit

**PhDr. Katarína Grochalová:** diplomovaná muzikoterapeutka FMT metody. Vystudovala konzervatoř, obor flétna, poté hudební vědu na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Úspěšně absolvovala hudební terapii ve Švédsku, v Uppsalském hudebně-terapeutickém institutu, pod vedením Lasse Hjelma, zakladatele FMT-metody. Je členkou FMT-terapeutické společnosti ve Švédsku - RFD (Riksföreningen For Diplomerade Musikterapeuter Funktionsinriktad Musikterapi FMT). O FMT-metodě a dosažených výsledcích přednáší na seminářích společností pomáhajících dětem se zdravotním postižením. V současnosti působí na Střední, základní a mateřské škole pro zrakově postižené v Brně, spolupracuje s psychiatrickým oddělením lázní Jeseník a má také svoji privátní praxi. Je také jedním z lektorů akreditovaného kurzu muzikoterapie na PedF UK (www.trisomie21.cz/muzikoterapie.html, www.muzikoterapie.eu, www.muzikoterapie.cz, navštíveno dne: 29. 8. 2007).

některé problémy, které přináší určitý typ zdravotního poškození" ([www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 29. 8. 2007).

O hudbě jako o umění, ale zároveň i vědním oboru, jehož výsledky jsou dokumentovány mnoha výzkumy v různých zemích světa, hovoří například Hanser<sup>7</sup> ([www.usumtsa.org](http://www.usumtsa.org), den návštěvy: 2. 9. 2007).

Naopak na Marka ([www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 12. 10. 2007) působí sousloví „muziko-terapie" jako trochu protimluv, nelze ji podle něj zvědečtit, neboť je tak subjektivní a u každého člověka tak jiná, že není možné nalézt nějaká všeobecná pravidla a postupy.

Pokorná (1982) rozlišuje muzikoterapii v několika stupních od nejširšího významu slova po nejužší. V nejužším smyslu je muziko terapie jako specifická forma psychoterapie při léčení duševních poruch, neurotických nebo psychotických, kdy musí být přesně specifikovaný léčebný záměr a mít zcela specifickou terapeutickou metodu.

Proto jakýkoli poslech hudby nebo jakákoli hudební činnost s pacienty nemůže být považována za muzikoterapii. Širší formou muzikoterapie Pokorná (tamtéž) shledává v užití hudebních aktivit a specifických metod práce skupinové muzikoterapie, kdy jako jedna z psychoterapií působí na zlepšení sociálních vazeb pacientů, jejich sebehodnocení, začlenění do kolektivu apod. Ještě širší vymezení pojmu muzikoterapie chápe Pokorná (tamtéž) při zařazení hudebních aktivit do léčebného či rehabilitačního provozu, kdy je využívána zejména motivace k terapii. Jako nejširší vymezení Pokorná (tamtéž) uvádí užití muzikoterapie v psychohygienickém procesu, který využívá vlivu hudby na psychiku člověka.

Jak podotýká Lipský (2005) muzikoterapie byla a svým způsobem stále je součástí psychoterapie. Akademická obec je však rozdělena na dvě skupiny autorů. Jedni na ni i nadále nahlíží pouze ve smyslu účinné techniky, která spadá do rámce psychoterapeutických metod. Jiní ale považují muzikoterapii za samostatný obor, který navazuje na psychoterapeutickou tradici a specifickým způsobem ji rozvíjí a doplňuje.

Pro vyváženost názorů připojuji i zcela odlišný pohled na zařazení muzikoterapie, který zastává Holzer<sup>8</sup> (2006). Muzikoterapii vnímá také jako léčbu hudbou

<sup>7</sup> **Dr. Suzanne B. Hanser, Ed.D., MT-BC:** prezidentka světové muzikoterapeutické federace („WFMT") a také vedoucí katedry muzikoterapie, Berklee College of Music, USA ([www.berklee.edu](http://www.berklee.edu), [www.usumtsa.org](http://www.usumtsa.org), navštíveno dne: 2. 9. 2007).

<sup>9</sup> **PaedDr. Lubomír Holzer:** profesionální hudebník, herec, loutkoherec, hudební skladatel, textař a libretista, hráč v různých orchestrech a seskupeních. Bohatá diskografie z různých žánrů: jazz, populární hudba, stará hudba, scénická hudba. Experimentální projekty, worldmusic, šamanská a muzikoterapeutická

a organizovaným zvukem, ale domnívá se, že její zaměňování s psychoterapií bude prospěšné změnit. S tímto názorem jistě mnoho odborníků nebude souhlasit, leč v této práci je nutné jej zmínit, neboť L. Holzer je jedním z lektorů muzikoterapie na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a také v kurzu Edukační muzikoterapie na Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Je proto potřebné znát podstatu jeho muzikoterapeutického přístupu.

Zeleeiová (2002, 2007) podotýká, že množství nejednotných definic muzikoterapie pramení z odlišných přístupů a odlišných terminologických výkladů muzikoterapeutických směrů, proudů a škol<sup>9</sup> Každé z nich vznikaly v jiných společenských, kulturních, sociálních a politických podmínkách a historických souvislostech jednotlivých zemí.

Simanovský také vnímá muzikoterapii z mnoha pohledů. Při obecném vymezení lze muzikoterapii vidět jako činnost, při které ten, kdo využívá hudebních prostředků citlivě reaguje na potřeby dětí (klientů) a vychází jim vstříc. V této obecné rovině by tak mohla být muzikoterapie provozována kýmkoliv, kdo je schopen správně vnímat potřeby klientů a vycházet jim vstříc pomocí hudby.

Avšak podle jiných a častějších názorů je muzikoterapie věda, kterou je třeba se pozorně a důkladně zabývat, dlouho před setkáním se s klientem. Zde často jde o dlouhodobou práci s klienty s těžšími druhy postižení. Simanovský však neodsuzuje ani jeden z těchto krajních názorů a přiznává jim právo na existenci, ([www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 12. 8. 2007).

Nemohu opomenout ani starší, leč stále platnou definici Mátejové a Mašury<sup>10</sup> (1992), kteří byli již v sedmdesátých letech na Slovensku průkopníky a popularizátory využití muzikoterapie ve speciální pedagogice a posléze i v logopedii, resp. při terapiích poruch řeči. Podstatou jejich chápání pojmu muzikoterapie bylo především to, že ji

hudba, atd. Zakladatel „Muzikoterapeutického centra Dr. Lubomíra Holzera“. Muzikoterapeutická praxe s dětmi a mládeží se speciálními potřebami. Muzikoterapeut v Denním stacionáři Akord pro děti a mládež s mentálním postižením v Praze, muzikoterapeut Střediska náhradní rodinné péče pro dětské domovy v České republice a muzikoterapeut ÚSP v Praze 4. Vyučuje muzikoterapii na katedře speciální pedagogiky UP Olomouc. Rovněž pořádá přednášky o šamanství a vyučuje hru na etnické hudební nástroje a vibrační, rezonanční a šamanský zpěv ([www.jagabab.cz](http://www.jagabab.cz), navštíveno dne: 26.8.2007, [www.scv.upol.cz](http://www.scv.upol.cz), navštíveno dne: 26. 8. 2007 a [www.muzikoterapie.eu](http://www.muzikoterapie.eu), navštíveno dne: 26.8.2007).

<sup>9</sup> Popisu různých muzikoterapeutických směrů a škol se věnuje kromě Zeleeiové (2002, 2007) např. i Lipský (srov. 2005).

**Doc. PhDr. Zlatica Mátejová a Doc. MUDr. Silvester Mašura, CSc.:** muzikoterapii již sedmdesátých a osmdesátých letech úspěšně uplatňovali u dětí i dospělých s poruchou řečové komunikace, věnovali se také mladistvým a dětem neurotickým, dětem s LMD, s poruchami chování, mentálně retardovaným atd. Pracovali i s mládeží s problematickým chováním, u které s úspěchem uplatňovali prvky muzikoterapie.

pokládali za léčebně-výchovnou metodu vysoce komunikativního charakteru s mimořádnou šíří indikačního zaměření. „Prostřednictvím neverbálních a verbálních médií muzikoterapie je možné preventivně a léčebně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání" (Mátejová, Z. a Mašura, S., 1992, s.16).

Jak též podotýká Linka (1997) muzikoterapie nepředstavuje ani na nynějším stupni svého vývoje nějaký ucelený, uzavřený, jednotný, metodicky dokonale propracovaný, ani jednoznačně definovaný způsob, ale spíše jakousi množinu různorodých koncepcí a postupů. O muzikoterapii se toho již ví hodně, ale stále ještě více je toho potřeba poznat, prozkoumat a zdůvodnit.

Obecně lze v definicích najít v shodu týkající se hudebního potenciálu komplexně a zároveň diferencovaně ovlivňovat lidské prožitky a zdraví člověka a kladení důrazu na jedinečný vztah klienta a terapeuta (srov. Zeleiová 2002, 2007, Mátejová a Mašura 1980 a 1992, ad.).

V širším slova smyslu je tedy muzikoterapie jednou z expresivních arteterapeutických technik, kdy je využíváno různých hudebních prostředků a metod. V užším slova smyslu je muzikoterapie léčebnou technikou se striktními pravidly a stanoveným terapeutickým cílem.

### **1.1.1 Rozlišení muzikoterapie a hudební výchovy**

Muzikoterapie se pomalu stává i v České republice moderním artiklem v nabídkách různých organizací, institucí pracujících s lidmi se specifickými potřebami a školách. Ne vždy je však pojem a obsah muzikoterapie dobře chápán a často je zaměňován se speciální hudební výchovou. Proto je nutné hned zpočátku tyto dva termíny rozlišit.

Ač hudební výchova a muzikoterapie používají stejné základní hudební prvky (rytmus a melodii) a prostředky (zpěv, písně, hudební nástroje) liší se v charakteru, formě a cíli aplikace (Pokorná, 1982). Také systém a obsah vzdělávání a získávání potřebných znalostí v oboru se u učitele a terapeuta diametrálně odlišují.

Muzikoterapie cíleně využívá zvuků a hudby k terapeutickým účelům pomocí specifických muzikoterapeutických metod, prostředků a nástrojů. Podobně jako v ostatních expresivních terapiích a psychoterapii je i v muzikoterapii základem terapeutický cíl. Důraz je také kladen na terapeutický proces a osobnostní naladění klienta, na jeho emoční stránku, na prožívání v průběhu činnosti za pomoci hudby, a to aktivní či receptivní muzikoterapeutickou formou. Muzikoterapeuti hudebně klienty nevyučují a nehodnotí

hudební kvalitu jejich projevu, ale respektují a podporují jejich vlastní hudební vyjádření a rozvoj, vedou je k vyzkoušení různých muzikoterapeutických nástrojů a používání svého hlasu. Cílem je kromě jiného rozšířit emocionální prožitky, vnímání a harmonizovat člověka, řečeno v holistickém pojetí, jako bio-psycho-sociální jednotu. Oproti tomu hudební výchova si klade za cíl edukaci dítěte či dospělého v hudbě, kterou navíc hodnotí. Hudební výchova se zabývá vztahem k hudbě a rozvíjení hudebních schopností žáka a pochopení teorie hudby.

Neznamená to však, že by učitelé hudby nesměli používat metod a prvků muzikoterapie. Právě naopak. Adekvátní využití prvků muzikoterapie může pro hudební výchovu a hlavně žáky, též i paní učitelku znamenat velké obohacení, jak tomu prokazují např. úryvky dopisů učitelů hudební výchovy uvedené v knize Šimanovského (1998). Muzikoterapie jako léčba by se ale rozhodně neměla provádět v rámci školy, ve které se dítě má vzdělávat a nikoliv léčit. V případě takového využití se nemá používat název muzikoterapie, ale např. hudební sezení, kulturní terapie, speciální hudební výchova apod. (srov. Vodňanská, 2006).

Najdou se však i laici, kteří se entuziasmem vlastním všem začátečníkům uchváceným účinky hudby pouští do své „muzikoterapie“ aplikují hudbu podle svých subjektivních měřítek, bez znalostí i negativního působení hudby, kontraindikací, stanoveného terapeutického cíle, apod. Vždy musí být brán velký zřetel na to, že neodborně prováděnou muzikoterapií se dá i ublížit a způsobit značné trauma.

Diferencováním této terminologie se zabývali odborníci již v sedmdesátých letech minulého století a pokračují dodnes, například Josef (1970 in Mátejová a Mašura, 1980) upozorňuje na skutečnost, že výchova pomocí hudby a k hudbě zůstává zakotvená a realizuje se v pedagogice.

Dle Josefa (tamtéž) pojmy hudební výchova, hudební terapie“ nelze přísně a celkem oddělovat, i když jejich krajní póly charakterizují velké rozdíly. Tento autor dále konstatuje, že při léčebně-pedagogickém zaměření hudební terapie má primární vliv výchova a terapeutické prostředky hudby se aplikují paralelně (srov. Procházka, 1996, Vodňanská, 2006).

<sup>1</sup> Označení „**hudební terapie či terapie hudbou**“ pochází ze šedesátých a sedmdesátých let minulého století, v České republice se používalo před ustanovením a zavedením názvu „muzikoterapie“, lépe korelujícího s anglickým výrazem music therapy. Užívá se občas doposud, např. jako širší pojetí muzikoterapie (srov. Mátejová a Mašura, 1980 a Pokorná, 1982). V České republice působí Společnost pro hudební terapii.

Souhrnně řečeno, hudební edukace a muzikoterapie mají obecně vzato společný záměr, a to podporovat růst a rozvoj studenta/klienta. Rozdíl spočívá ve specifickém zaměření cílů, neboť vyučující hudební výchovy studenty směřují k pochopení a osvojení hudebních znalostí a dovedností, zatímco muzikoterapeuti používají hudbu primárně k dosažení nehudebních cílů (Daveson a Edwards, 1998 in AMTA, 2005).



## 1.2 Historie muzikoterapie

Pojem muzikoterapie byl ustanoven až v polovině dvacátého století, což ovšem neznamená, že by se hudba k léčebným účelům nevyužívala dříve.

Pokud se vrátíme o několik tisíc let zpět a pohlédneme do světa našich prapředků, zjistíme, že zvuky a složky hudby byly součástí jejich života a komunikace, a to pravděpodobně ještě dříve než řeč. Zvuků a hudby lidé odpradáвна využívali jako magických prostředků pro komunikaci s démony, duchy a bohy, ovládnutí přírodních sil a boj proti chorobám a úzkosti ze smrti. (Schwabe 1972 in Mátejová a Mašura 1980, srov. Šimanovský, 1998)

Jak dokazují antropologické a archeologické aj. výzkumy, hudba hrála podstatnou<sup>12</sup> roli u všech přírodních národů, které jí využívali při svých léčitelských obřadech .

Historicky doložené počátky léčby hudbou pochází již ze sedmého tisíciletí před Kristem z Číny, Indie, Mezopotámie a Egypta. Terapii pomocí hudby využívala velká většina starověkých civilizací. Dochované záznamy o jejím léčebném, ale i škodlivém vlivu jsou k nalezení v dílech Platona, Aristotela, Asklepiona, Senecy, Pythagora, Avicena a dalších, a také i v Bibli. Ve středověku se na léčebné účinky hudby pomalu zapomnělo, ale v období renesance a novověku bylo zkoumání a aplikace léčby hudbou znovu „objeveno“. V sedmnáctém století dokonce již existovali jakýsi předchůdci muzikoterapeutů - iatrohudebníci, kteří léčili pomocí speciálních živě hraných skladeb. Devatenácté století znamenalo pro muzikoterapii zase jistý zánik, byla odsouzena jako nevědecká. Obor muzikoterapie se začal opět rozvíjet až v polovině dvacátého století díky zásluze Pontvika, Massermanna, Dreikurse, Douglasse a Wagnera, Buttlera, Alvinové, Jaedicke, Fenglera, Kochlerové, Schwabeho a dalších.

Muzikoterapie jako moderní metody léčby se začalo užívat po první a druhé světové válce, kdy bylo zjištěno, že hudba má velmi dobré účinky při léčbě emočních

<sup>12</sup> V dnešním světě existuje již jen velmi málo přírodních národů (například v Papue-Nové Guinei, Amazonii a některých částech Afriky), které žijí ještě dle původního a tradičního způsobu bez ovlivnění naší moderní a komerční civilizací. I z jejich života dnešní výzkumníci usuzují na vývoj hudby, její prapůvodní obsah a funkce. Tradiční šamani však mnoho z tajemství hudby a jejích účinků při rituálech stále dobře střeží. Jsou si vědomi toho, jakou moc v sobě ukrývá jejich tradiční používání zvuků a hudby a jak by bylo zneužitelné. Důležité poznatky se přenáší dál jen skrze kmenem zasvěcené jedince. Avšak najde se i pár výjimek, kdy i lidé z tzv. „moderní společnosti“ mohou dojít k částečnému zasvěcení a poznání tradičních léčitelských technik a učí se přímo od šamanů. Šamanismus je velmi rozsáhlé téma, kterému se vzhledem k zaměření mé práce nemohu více věnovat. Avšak z českých muzikoterapeutů, kteří se touto otázkou zabývají doporučím semináře a kurzy například Mgr. Šimanovského, Mgr. Jitky Peřimovské nebo PaedDr. Luboše Holzera. A z literatury jmenuji kupř. Justoně (1996).

a fyzických traumat válečných veteránů. První muzikoterapeutický vzdělávací program na světě byl zahájen v roce 1944 na Michigan State University, USA. Následoval další rozvoj vzdělávání na více než sedmdesáti univerzitách a založení muzikoterapeutických organizací (dnes zastřešující AMTA, viz výše) stejně jako v dalších evropských státech.

V České republice začala být muzikoterapie známější a uznávanější metodou až v posledních několika letech. Za dob komunistické totality se zde muzikoterapie, jakožto obor a metoda působící kromě jiného na osobnostní růst člověka, rozvoj jeho duchovní oblasti, emoční prožívání, hlubší poznání sebe sama, druhých, ale i okolního světa, ale hlavně zaměřená na pomoc lidem se speciálními potřebami, ze zřejmých důvodů příliš nerozvíjela. Naproti tomu ve svobodných zemích, kde vznikaly školy a na výzkumech využití muzikoterapie v různých oblastech pracovalo mnoho odborníků měla teorie velký prostor pro aplikaci v praxi. V bývalém Československu se hudebně terapeutickými postupy pracovalo v Bratislavě, v psychiatrické léčebně Pezinok a také v Ústavu pro emocionálně narušené děti v Lubochni. Od r. 1968 byla muzikoterapie vyučována na Institutu speciální a léčebné pedagogiky při FF UK v Bratislavě. V Česku se muzikoterapie začala používat především v Praze v psychiatrické léčebně v Bohnicích, na Foniatické klinice M. Seemana a na foniatickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho (Mátejová a Mašura, 1980, srov. Šímanovský, 1998).

Velmi ráda bych na tomto místě také zmínila některé ze současných etablovaných muzikoterapeutů, kteří systematicky a dlouhodobě působí na poli muzikoterapie, a to: J.Procházkovou<sup>13</sup>, J. Schánilcovou-Vodňanskou<sup>14</sup>, J. Pejřimovskou<sup>15</sup> a M. Gerlichovou<sup>16</sup> a Z. Šímanovského<sup>17</sup>.

**PhDr. Jana Procházková:** Klinická psycholožka s atestací z klinické psychologie - funkční specializace z psychoterapie, psychoterapeutka, supervizorka, vysokoškolská pedagožka, muzikoterapeutka s dlouholetou praxí. Je lektorkou výcviku SUR, rodinné terapie a muzikoterapie. Členka výboru ČMPS. Vede semináře neverbálních technik, muzikoterapeutické semináře a kurzy pro psychology, pedagogy, lékaře, sociální pracovníky, klinické logopedy, rehabilitační pracovníky. Vyučuje na PedF UK v Praze, FTVS v Praze, TU v Liberci.

<sup>14</sup>

**RNDr. Jitka Schánilcová-Vodňanská:** Psychoterapeutka - individuální, skupinové, rodinné terapie a terapie orientované na tělo (biosyntéza), supervizorka - integrovaná supervize, výcviková lektorka skupinové PT, rodinné terapie a supervize. Muzikoterapii studovala u významného muzikoterapeutického odborníka Schwabeho a byla na stážích v NDR, Anglii a Polsku. Vede kurz neverbálních technik, tématizovaný kurz práce s tělem ad., je jedním z lektorů studia Edukační muzikoterapie na PedF UK v Praze. (www.vodnanska.eu, www.muzikoterapie.eu).

<sup>15</sup> **Mgr. Jitka Pejřimovská:** Klinická psycholožka, psychoterapeutka a muzikoterapeutka s dlouholetou praxí v oboru. Absolventka hudební konzervatoře, jednooborové psychologie a religionistiky na UK v Praze. Přednáší na PedF Technické Univerzity v Liberci a je jedním z lektorů studia Edukační muzikoterapie na PedF UK.

Nyní v České republice od roku 2003 působí Sekce muzikoterapie při ČLS JEP, kterou vede Zdeněk Šimanovský. Do roku 2006 byla spojena i s dramaterapií, která má nyní svojí samostatnou sekci ([www.psychoterapeuti.org/dramaterapie](http://www.psychoterapeuti.org/dramaterapie), navštíveno dne: 2. 9. 2007). Podrobnosti o všech aktivitách muzikoterapeutů, termínech odborných schůzí v Lékařském domě jsou k nalezení na adrese [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), [www.psychoterapeuti.org](http://www.psychoterapeuti.org) a [www.camad.net](http://www.camad.net).

Většina současných českých autorů (srov. Šimanovský, 1998, Břicháčková 2005, Lipský ([www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 16. 10. 2007) ad., pišící o historii muzikoterapie vychází kromě jiného z podrobného přehledu, který sestavili Mátejová s Mašourou (1980), z příspěvku Schánilcové-Vodňanské (1982) nebo Linky (1997). Proto i já všechny zájemce o hlubší seznámení se s kořeny muzikoterapie odkazují na tyto zdroje.

<sup>16</sup> **Mgr. Markéta Gerlichová:** Fyzioterapeutka, speciální pedagožka a muzikoterapeutka, absolventka PedF UK a muzikoterapeutické školy Musica Humana vedené Josefem Krčkem, členka České hudební společnosti a Sekce muzikoterapie České psychoterapeutické společnosti. Muzikoterapii praktikuje s pacienty po úrazech mozku na Klinice rehabilitačního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1.lékařské fakulty UK v Praze; zkušenosti má ale i s praxí s dětmi a lidmi s mentálním postižením. Lektorka kurzu Muzikoterapie pořádané společností Rehalb.

**Mgr. Zdeněk Šimanovský:** Psycholog, psychoterapeut, muzikoterapeut a pedagog. Absolvoval dramaturgii na DAMU, psychologii na UFP, výcvik v integrativní psychoterapii (IPIAPP), v krizové intervenci, v konstelacích a řadu kurzů. Působil na lince důvěry krizového centra. V současnosti externě vyučuje na PedF UK. Je lektorem České hudební společnosti. Vede Sekci muzikoterapie ČPS při LSJEP. Publikuje knižně a v časopisech. Také je lektorsky činný v oblasti osobnostního rozvoje žáků prostřednictvím hudby. Pořádá kurzy muzikoterapie pro širokou veřejnost a je jedním z lektorů studia Edukační muzikoterapie na PedF UK. ([www.simanovsky.com](http://www.simanovsky.com), [www.muzikoterapie.eu](http://www.muzikoterapie.eu)).

### 1.3 Druhy muzikoterapie

Základní rozdělení, na kterém se shoduje více autorů (srov. Zeleiová, 2002 a 2007, Šimanovský 1998, Kratochvíl, 2001, Linka 1997, Mátejová a Mašura, 1980,1992) muzikoterapii dělí na aktivní, kdy zjednodušeně řečeno klient sám nebo společně s terapeutem či s ostatními klienty vyvíjí určitou hudební, vokální, instrumentální, řečovou nebo pohybovou aktivitu. Dále na muzikoterapii receptivní, která je zaměřena na poslech živé nebo reprodukováné hudby. Obě tyto složky (receptivní a aktivní) muzikoterapie tvoří v praxi kompatibilní celek.

Jeden z klíčových momentů aktivní muzikoterapie je dle Vodňanské (2006) komunikace odehrávající se na horizontální, nikoli vertikální úrovni. Jak dále tato autorka specifikuje (Vodňanská, 2006, str. 37), „horizontalizace vzniká tím, že se při aktivní muzikoterapii přechází z komunikační roviny verbální, na rovinu archetypální, prekomunikační". A dodává, že tato forma terapie vyžaduje psychoterapeutické vzdělání, určitý typ osobnosti a samozřejmě hudebnost terapeuta.

Forma muzikoterapie bývá individuální, kdy pracuje terapeut s klientem na základě jeho individuálních potřeb nebo skupinová, kdy se muzikoterapie účastní více klientů a může se tak terapeuticky využít skupinové dynamiky a práce se vztahy ve skupině. Maximální počet klientů by neměl zpravidla přesáhnout deset. Při závažnějších specifických potřebách klientů je optimálnější nižší počet. Skupinová muzikoterapie může být realizována v rámci uzavřené skupiny, což znamená, že v průběhu celého terapeutického cyklu nejsou do skupiny přibíráni další účastníci. Je však možné skupinovou muzikoterapii konat v rámci variabilní, otevřené skupiny, tedy s proměnlivým počtem členů. Skupiny mohou terapeuti sestavovat například dle věku klientů, podle pohlaví (ženské, mužské, smíšené), dle věku (pro děti nebo dospělé) nebo podle druhu onemocnění nebo postižení apod. (Linka 1997, srov. Mátejová a Hanuš, 1980, Pokorná, 1982).

V detailnějším dělení dle Linky nalezneme: hudební autoterapii (sebeléčba) a heteroterapii (terapeut či skupina odborníků a klient), aktivní a pasivní = receptivní muzikoterapii, individuální, skupinovou a hromadnou muzikoterapii. Poslední jmenovanou je myšlena skupina čítající víc než patnáct účastníků. Někdy se také můžeme setkat s pojmem kolektivní muzikoterapie - je tak označována souhrnně skupinová i hromadná muzikoterapie.

S použitím označení pasivní muzikoterapie však nelze souhlasit. Slovo pasivní jako opak aktivního není v souvislosti s muzikoterapií nijak výstižný. I při poslechu hudby je člověk aktivní - naslouchá, mozek hudbu zpracovává, všechny jeho buňky a srdeční tep na hudbu nějakým způsobem reagují, spouští se prožívání, emoce atd.

Procházka (1996) navíc aktivní i pasivní muzikoterapii dále člení na vědomou a ambientní (tzn. mimovolní forma působení muzikoterapeutických programů), řízenou a nedirektivní.

Receptivní muzikoterapie může být aplikována prostřednictvím živé hudební produkce nebo nahrávkou z hudebního nosiče. Většina muzikoterapeutů dává přednost spíše použití živě hrané, instrumentální nebo vokální hudby. Někteří reprodukovanou hudbu nepoužívají vůbec, neboť nechtějí ztratit přímý kontakt a interakci s klientem. K tomuto tématu se vyjadřuje také Šimanovský: „Reprodukováno hudbě schází frekvence, které plynou z živé interakce mezi hráčem, vnímatelem a prostředím. Živá hudba hraná terapeutem se může přizpůsobit a improvizovat. Líbí se mi holandské pojetí živé muzikoterapie. Tvrdí že živě, třeba i nedokonale hraná hudba je cennější než sebedokonalejší reprodukce. Nejdůležitější je však záměr a cíle použití hudby, kterým se pak volba zdroje podřídí" (www.muzikoterapie.cz, navštíveno dne: 12. 9. 2007). Pokud se využívá reprodukováno hudba, je nutné dbát na kvalitu přehrávače a hudebního nosiče, aby klient nebyl rušen ruchy a šumy.

Výběr poslechové hudby by měl odpovídat nejen terapeutickému záměru, ale i hudebním preferencím klienta a jeho schopnosti koncentrace pozornosti (Kantor, J., www.muzikoterapie.cz, navštíveno dne: 6. 10. 2007).

Schwabe (1986, in Mátejová a Mašura, 1992), zakladatel Lipské školy, předpokládal, že neexistuje pouze jedna univerzální metoda aktivní a receptivní muzikoterapie. Individuální receptivní muzikoterapii členil dle fáze aplikace na: komunikativní, jejíž cílem je vybudování vzájemné důvěry terapeuta a klienta, jejich komunikace, sdílení pocitů a vyjádření emocí v bezpečném prostředí. Reaktivní receptivní individuální muzikoterapie se dle tohoto autora zaměřuje na vyvolání afektivních reakcí klientů, překonání neurotických zábran a uvolnění emocí a vyjasnění emocí. Nezacílenou receptivní individuální muzikoterapii používal i ve formě skupinové, neboť má široké spektrum použití a terapeutického působení, ačkoli není zaměřena na vzájemnou interakci s ostatními klienty. Její úlohou je aktivizace a vyvolání introspektivních procesů a výstavba stabilizujících modelů chování a korekce patologicky zúžených zážitků. Skupinovou receptivní muzikoterapii dělí Schwabe (tamtéž) na dynamicky orientovanou,

kteřá aktivizuje a vyvolává introspektivní a sociokomunikativní procesy. Reaktivní skupinovou muzikoterapii používal pro uvolnění negativních emocí souvisejících s konfliktními vztahy ve skupině. Regulativní receptivní muzikoterapie ve skupině byla cílena na učení se určitému chování v různých tréninkových situacích pomocí pozitivních postupů.

## 1.4 Možnosti a limity muzikoterapie

Jak jsem již uvedla v kapitole „historie muzikoterapie“, léčivé síly hudby využívá lidstvo od nepaměti. Šimanovský podotýká, že „...hudba, tanec a zpěv měly po tisíce let a dodnes ještě někde mají podstatně jinou funkci než koketovat s publikem a ohromovat němý dav ve tmě kukátkového hlediště. V dobách, kdy si ještě zpívali a tančili všichni (nejen ti, co měli talent a diplom), kdy se ještě neměřil čas a prostor jen penězi, zpěv léčil jedince, vztahy i celá společenství a posiloval. V proudu rytmu a lásky spojoval lidi s podstatou života“ (Šimanovský, Z. in Zeleiová, J., 2007, s. 7).

Vraťme se ale k vědeckému pojetí muzikoterapie. Možnosti muzikoterapie, resp. vliv hudby na funkce mozku, jsou podloženy mnoha výzkumy. O muzikoterapii se zajímá stále více neurologů a pomocí moderních technologií EEG<sup>18</sup>, MEG<sup>19</sup>, MRI<sup>20</sup> a PET zkoumají změny v mozku lidí při poslechu hudby.

Domnívám se proto, že z důvodu celkového kontextu této práce je nutné alespoň nahlédnout do některých výzkumů týkajících se vztahu hudby a mozku. Významným faktem, který je vzhledem k tématu této diplomové práce velmi podnětný, jsou výsledky výzkumů z několika minulých let, které prokázaly, že na hudebním vnímání se podílí současně několik oblastí mozku.

Dříve totiž panovala domněnka, že centrum hudby je jednotně uspořádáno jen v pravé hemisféře. Kulišťák (2003, s. 140) popisuje novodobé výzkumy, které dospěly k názoru, „že žádná mozková hemisféra není dominantní, neboť každá je specializovaná na určité funkce, které při poškození může opačná hemisféra od jistého věku kompenzovat jen do určité míry s určitými výjimkami“. Obecně však stále platí, že levá strana mozku je

<sup>18</sup> **Elektroencefalografie (EEG)** - zachycuje bioelektrické potenciály vznikající při činnosti mozku (Kulišťák, 2003).

<sup>19</sup> **Magnetoencefalografie (MEG)** - umožňuje sledovat elektrické proudy v mozku neinvazivně díky provázení elektrického proudu magnetickým polem (Kulišťák, 2003).

<sup>20</sup> **Magnetická rezonance (MR)/(MRI)** - představuje vrchol dnešních zobrazovacích technik. MR je založena na zcela jiném principu než CT - patří mezi techniky nevyužívající rtg záření, tj. techniky nezatěžující vyšetřovaného rtg paprsky. **Funkční magnetická rezonance (fMR)** umožňuje chemické, angiografické a funkční (při řešení úkolu) zobrazení (Vyskočil, 2002).

<sup>21</sup>

**Pozitronová emisní tomografie (PET)** - je vyšetřovací metodika stojící na pomezí CT a radioizotopových vyšetřovacích metod. Využití PET při vyšetření mozku dává možnost sledovat funkční aktivitu různých korových polí mozku, studovat součinnost jednotlivých oblastí mozku atd. Technika PET je klasickým příkladem metodiky funkční anatomie, resp. stále se prohlubující integrace morfologie a fyziologie (Vyskočil, 2002).

spojena kromě jiného s jazykem<sup>22</sup> a pravá strana například s funkcemi zrakově-prostorovými, pozornostními a emocionálními. Kulišťák (tamtéž) dále poznamenává, že např. u temporálních laloků nejsou výrazné odlišnosti mezi pravou a levou hemisférou, obojí se týká zpracování neřečových zvuků a sluchové percepce hudby.

V mozku dospělých lidí je pro rytmus dominantní pravá hemisféra a levá pro melodii. Výzkum Overyho a kol. (2004 in Koukolík, 2006) prokázal, že tato hemisferální specializace pro zpracování rytmu a melodie se vyvíjí s věkem, neboť u dětí je sice analogická jako u dospělých, ale její vyjádření je méně výrazné.

Koukolík také zmiňuje výzkum Browna a kol. (2004 in Koukolík, 2006), který se zabýval neuronálními korelátami zpěvu. Amatérští zpěváci opakovali pro ně neznámé melodie nebo s nimi harmonizovali či monotónně vokalizovali. „Všechny tyto výkony zvyšovali perfuzi ve velkých a početných oblastech mozku - v primární a sekundární sluchové kůře, primární motorické kůře, doplňkové motorické kůře a frontálním operculu, v inzule, bazálních gangliích a zadních částech mozku". Aktivována byla také Brocova oblast (operculum frontale, BA 44,45), která se kromě řečových úloh podílí i na zpracování vokální hudební informace a imitace. Opakování melodie a harmonizace navíc namáhaly pianům polare<sup>23</sup>.

Další z výzkumníků Brown pomocí PET zmapoval aktivitu mozku při naslouchání neznámé instrumentální hudbě, která vyvolávala u posluchačů příjemný pocit. Byla aktivována subkalosální část gyrus cinguli, prefrontální část rostrálního g. cinguli, retrosplenická kůra, hippocampus, rostrální inzule a nc. accumbens, tedy limbické a paralimbické oblasti mozku (2004 in Koukolík, 2006). Dále byla pozorována aktivace primární a sekundární akustické kůry a temporálních polárních oblastí odpovídajících na hudbu. Hudba ovlivňuje řadu fyziologických proměnných, např. činnost autonomního nervového systému.

Studie Pankseppa a Bernatzkyho (2002 in Koukolík, 2006) dokázala, že v průběhu subjektivně vysoce prožívaného hudebního podnětu se mění frekvence srdeční akce, elektromyogram i dechová frekvence a ke značné aktivitě dochází v oblastech středního

<sup>22 1</sup> když, jak dokazují výzkumy Whitakera, Kahna (1994), kteří vyzdvihli myšlenky Jacksona (1915), i pravá hemisféra má své jazykové funkce (in Kulišťák, 2003).

Z čehož vyplynulo, že Brodmanova area 38 (temporální pól, jenž se aktivuje zejména při diskurzu) zodpovídá za zpracování hudební informace na vyšším stupni než area Brodmanova area 22 (horní temporální oblast, která se aktivuje při naslouchání řečovým zvukům, při zpracování sémantických informací a ve své přední části při zpracovávání informací syntaktických) (Koukolík, 2006).



mozku, ventrálního striata, amygdaly, orbitofrontální kůry a ventrální mediální prefrontální kůry, které zpracovávají emoce a odměnu.

V zahraničních materiálech lze proto najít speciální označení „neurologická muzikoterapie“. Ku příkladu Arezzo<sup>24</sup> přesvědčivě tvrdí, že hudba stimuluje mozek svými komplexními, opakujícími se a matematickými kvalitami a dokáže se provázat s vnitřními mozkovými rytmy.

Thaut<sup>25</sup> a jeho kolegové v Centru pro biomedicínské výzkumy efektivitu muzikoterapie prokazují ve svých výzkumných projektech. Například rytmus využívají u pacientů po mozkové příhodě nebo s Parkinsonovou nemocí pro reedukaci schopnosti kontrolovat pohyby jejich končetin. Důkazy rovněž svědčí o zvýšení kapacity paměti a úrovně pozornosti (www.webmd.com, navštíveno dne: 18. 9. 2007).

Svých účinků muzikoterapie dosahuje prostřednictvím zvuků a hudebních prostředků (melodie, rytmu, dynamiky, harmonie a formy). Například Loos (1985 in Zeleiová 2002, 2007) je považuje za základní stavební kameny hudby a přirovnává je k našemu způsobu myšlení, cítění, jednání, které se projeví například v hudební improvizaci.

Potenciál muzikoterapie spočívá v jejích širokospektrálních možnostech působení. Muzikoterapie dokáže ovlivňovat psychickou i fyzickou stránku člověka, proto bývá indikována v oblasti prevence, diagnostiky a terapie na poli medicínském, psychiatrickém, psychologickém, pediatrickém, andragogickém, gerontologickém, speciálně-pedagogickém či sociálním. Jinak řečeno muzikoterapie je využitelná v oblasti fyzických, emocionálních, kognitivních a sociálních potřeb jednotlivců v každém věku. Muzikoterapie umí zlepšit kvalitu života dětí a dospělých se speciálními potřebami, stejně tak i běžné populace.

Lze však souhlasit s Linkou (1997), který se domnívá, že v rámci užšího vymezení muzikoterapie není řada aktivit započítávaných do muzikoterapie sama o sobě léčbou v pravém slova smyslu, ale spíše jinak motivovanou medicínskou aplikací hudby, například k prevenci, diagnostice nebo mírnění potíží, např. tišení bolesti.

Mluvíme-li o vlivu na tělesnou schránku člověka, muzikoterapie má multispektrální schopnost od ovlivňování činnosti srdce, dýchání, snižování krevního tlaku, regulování hormonální hladiny, až po synchronizaci hemisfér a zlepšování činnosti zcela konkrétních

<sup>24</sup> **Joseph Arezzo, Ph.D.:** Profesor neurovědy a neurologie na Albert Einstein College of Medicine v New Yorku, USA (<http://neuroscience.aecom.yu.edu>, navštíveno dne: 18. 9. 2007)

<sup>25</sup> **Michael Thaut, PhD, RMT:** Profesor neurovědy a muzikoterapie působící na Colorado State University, USA. Ředitelem Centra pro interdisciplinární biomedicínské výzkumy, specializujícím se na hudební oblast.

okruhů a buněčných spojů v mozku (Vyskočil in Stejskalová, 2004). U dětí s opožděným vývojem nebo různými specifickými potřebami kromě jiného napomáhá ke správnému psychomotorickému vývoji, rozvoji jemné i hrubé motoriky, dále např. uvolňuje zvýšený tonus kosterních svalů (tohoto efektu se využívá pro uvolnění spasmů u jedinců s těžkým tělesným postižením), snižuje pocit bolesti díky zvýšené produkci endorfínů, atd.

Působení muzikoterapie na psychickou stránku člověka je též velmi rozmanité, proto uvedu jen několik příkladů. V první řadě ovlivňuje kognitivní oblast (vliv hudby na mozkové funkce prokázalo již mnoho neurologických výzkumů. Muzikoterapie se například velmi osvědčila u lidí s Alzheimerovou nemocí), také podporuje přijímání a lepší vstřebávání informací v dětství, zvyšuje koncentraci pozornosti (výborně působí při práci s dětmi s SPU, ADD, ADHD), působí na emoční oblast (zpracování emocí a podnícení emocionálního vyjádření), vnímání a prožívání, pomáhá uvědomovat si své city a pocity.

Stimuluje také osobnostní, sociální a komunikační oblast, tím že rozvíjí pochopení ostatních lidí a vytváří cesty pro navazování komunikace s ostatními lidmi, vytváří bezpečný prostor pro sociální akceptaci, dopomáhá k sebevyjádření, projevení myšlenek, učí klienty reagovat v komunikaci zdravě sebevědomě, zvyšuje pocit sebehodnoty, sebeúcty.

V holistickém pojetí je člověk bio-psycho-sociální jednotkou, všechny systémy a funkce jsou spolu vzájemně provázány a ovlivňují se, proto muzikoterapie dosahuje mnoha pozitivních psychosomatických účinků.

Celkově proto muzikoterapie přináší pozitivní změny v životě klientů ve smyslu zvýšení kvality jejich života.

Muzikoterapeutické intervence spočívají v podpoře fyzického a psychického zdraví člověka, snižování každodenní stresové zátěže nebo zmírňování bolesti. Pomáhají také projevit pocity, zvyšují kapacitu paměti, zlepšují komunikaci a podporují fyzickou rehabilitaci (AMTA, 1999, [www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org), navštíveno dne: 5. 2. 2007).

Mnoho autorů (např. Zeleiová 2002, 2007, Procházka, 1996, Mátejová a Mašura, 1980 a 1992, Pokorná, 1980) píše o schopnosti hudby uvolnit emoce, harmonizovat organismus, uvědomit si sebe sama, zvýšit psychickou odolnost.

Hudba totiž působí kromě jiného přímo na limbický systém, který ovlivňuje lidské chování, výstavbu paměti, osvojování nových poznatků a emoční aktivitu. Panksepp a Bernatzky (2002 in Koukolík, 2006) tvrdí, že hudba by byla vnímána jen jako zajímavá zvuková sekvence nebo v horším případě jako nesrozumitelná kakofonie, kdybychom neměli mozek schopný zpracovávat emoční a sociální informace. Působení muzikoterapie

na emoční stránku člověka výstižně vyjádřil Procházka, jenž sílu využití zvuku a hudby v terapii spatřuje v přímočarém vlivu na naše emocionální prožívání. Je to síla v prožitku "ted' a tady", smyslová zkušenost v pohybu ([www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 12. 10.2007), (srov. Zeleiová, J., 2002, 2007).

Zvuk jako nástroj synchronizace a regulace emocí a udržení sociální harmonie byl zkoumaný nejen u lidí, ale i u nonhumánních primátů, např. opic dželad, jejichž sociální „songy" byly v porovnání s lidskými daleko instinktivnější a stereotypnější (Koukolík, 2006).

Koukolík (2006) zmiňuje výzkum Balkwilla a Thompsona (1999), kteří testovali jaký vliv má na západní a indické posluchače určitá indická hudba a jak působí na emoce. Zjistili, že emoční obsah byl vnímán podobně, z čehož usoudili, že přinejmenším některé emoční podněty v hudbě (pravděpodobně tempo společně s proměnami melodie) mohou být transkulturální. Lze tudíž uvažovat o existenci vrozených mechanismů rozlišování emocí v hudbě.

26

O hudbu se ve své horké knižní novince „Příběhy hudby a mozku" zajímá i Sacks (2007), neboť jak říká, hudba nás dokáže posunout k výšinám a hlubinám emocí. Může nás vyzdvihnout z depresí, když už nic jiného nepomáhá. Může nás roztančit v jejím rytmu nebo i přesvědčit ke koupení něčeho nebo připomenout naši první schůzku. Ale síla hudby jde prý mnohem, mnohem dále. Ve skutečnosti, jak tvrdí Sacks, hudba zaměstnává více oblastí našeho mozku nežli řeč. Lidstvo proto Sacks označuje jako „hudební druh". ([www.musicophilia.com](http://www.musicophilia.com), navštíveno dne: 18. 10. 2007).

Nesmíme zapomínat, že muzikoterapie umí v člověku probudit a uchovávat spirituální vnímání. Stevens (2007) tvrdí, že hudba je jazyk, kterým mluvíme všichni a rytmus má potenciál harmonizovat, sjednocovat a vzít nás do nového světa, který může podporovat klid a mír, harmonii a lidské vztahy.

Muzikoterapie dokáže rozvíjet lidskou osobnost po stránce kognitivní, motorické, psychické, emocionální, sociální, komunikační a spirituální.

Z výše uvedeného je patrné, že možností indikací je dlouhá řada, ale musíme mít na zřeteli i možné **kontraindikace**. Obecně řečeno, muzikoterapie se nesmí používat při všech akutních stavech onemocnění. A to somatického akutního stavu onemocnění, kdy je

26

**Prof. Oliver Sacks MD, FRCP:** britský profesor neurologie a psychiatrie žijící v USA. Publikuje mnoho odborných knih a výzkumů v oblasti neurologie. Pracuje např. s lidmi s Tourettovým syndromem, autismem, Parkinsonovou a Alzheimerovou nemocí, epilepsií a schizofrenií ([www.oliversacks.com](http://www.oliversacks.com), navštíveno dne: 18.10.2007).

potřeba medikace a klidu (např. horečnaté stavy, probíhající epileptické záchvaty), anebo v průběhu akutních psychotických stavů klienta (např. schizofrenické epizodě). A jak ve své publikaci podotýkají Felber a kol. (2005) je vždy třeba dbát na to, aby terapie neodváděla síly, které organismus potřebuje v průběhu léčení. Kontraindikacemi mohou být i špatně zkombinované techniky.

Jako další z kontraindikací by se dalo považovat využívání léčebné muzikoterapie neaprobovaným „terapeutem“, který bez potřebného psychologického nebo psychoterapeutického vzdělání neumí zpracovat a ošetřit negativní prožitky, emoce a reakce klientů, které muzikoterapie dokáže vyplavit na povrch. Velké riziko představují i tzv. hromadné „muzikoterapeutické“ seance, v rámci „duchovních“ setkání. Hudba společně s určitou formou meditace může otevřením mimovědomých zážitků, které nejsou poté individuálně zpracovány, způsobit značné trauma.

Je také velmi důležité sdělit, že muzikoterapie není univerzální metodou, která klienta dokáže zbavit všech jeho obtíží a navíc, jak v současné hektické době by chtěl každý, „nejlépe ihned“. Muzikoterapeutický proces s prokazatelnými pozitivními účinky bývá většinou dlouhodobý.

„Ze studia vlivu hudby na člověka totiž víme, že aby hudba fungovala, harmonizovala, něco změnila, měla by trvat alespoň osm minut, a aby tyto pozitivní změny byly trvalejší, měla by trvat alespoň dvacet minut. Víme také, že pokud začneme vykonávat nějakou novou tělu či mysli prospěšnou činnost, měli bychom, aby se změny nastavily nejlépe doživotně, vydržet alespoň tři měsíce“ (Marek, V., <http://www.baraka.cz>, navštíveno dne: 3.10. 2007).

Předpokladem úspěšného terapeutického procesu je interdisciplinární či ještě lépe transdisciplinární spolupráce odborných muzikoterapeutů s lékaři, psychology nebo v případě potřeby speciálními pedagogy, logopedy, fyzioterapeuty. Vždy záleží na přesné diagnostice, stanovení cílené indikace muzikoterapeutických metod a technik, následně pak vytyčení krátkodobých a dlouhodobých terapeutických cílů a jejich plnění v rámci stanoveného časového plánu.

Terapeutický plán se vždy sestavuje individuálně, ale cíleně a specificky na základě otázek: Kdo je příjemcem muzikoterapie (věk, rodinné poměry, konkrétní problém atd.), jaký je terapeutický záměr a cíl, jaká muzikoterapeutická metoda a prostředky budou proto nejvhodnější, kde a v jakém časovém rozmezí se bude muzikoterapie realizovat.

Aby byla aplikace muzikoterapie co nejvíce účelná, je potřeba jí vhodně indikovat. Otázku indikace chápe například Zeleiová (2002, 2007) jako hudební nabídku, jež optimálně odpovídá patologické problematice klienta.

Bohužel se stává, že muzikoterapie je indikována jen proto, že má klient hudbu prostě rád. Ale v tom spočívá nepřesnost vnímání obsahu a účelu muzikoterapie. Jak dále tvrdí Zeleiová (2002, 2007) předpokladem muzikoterapie není vztah klienta k hudbě, ovládání hry na hudební nástroj nebo obliba zpěvu. To nejsou nevyhnutelné předpoklady pro indikaci. Vždy je nutné léčbu indikovat na základě vydiferencovaného skutečného problému klienta s určitou poruchou nebo onemocněním.

„Pro adekvátnost muzikoterapeutického účinku je nepostradatelné, aby klient absolvoval četné doplňkové terapie, a aby muzikoterapie byla aplikována v rámci komplexní léčby" (Zeleviová, J., 2007, s. 139).

Komplexnost léčby by měla spočívat ve spolupráci všech zainteresovaných odborníků a propojování jejich znalostí a dovedností muzikoterapeutických, psychologických, psychoterapeutických, psychiatrických, speciálně pedagogických za účelem efektivní provázanosti a plynulé návaznosti všech složek diagnostiky, terapie a rehabilitace vedoucí k co největšímu prospěchu klienta.

Pro konání muzikoterapie jsou důležité další, a to materiální podmínky, v českých poměrech často opomíjené. Muzikoterapie by měla mít určenou svojí vlastní zvukově izolovanou místnost (nebo speciálně vyčleněnou místnost v budově, tak aby klienti nebyli nikým rušeni nebo jejich produkce nebyla nepříjemná někomu v okolí). Příjemné prostředí by však nemělo rozptylovat, nemělo by obsahovat mnoho výzdoby a předmětů. Místnost by měla být vymalována nejlépe světlou nebo okrovou barvou, ne tedy sytými červenými, žlutými apod. barvami, jak je dnes moderní. Osvětlení by nemělo být ostré, ale spíše rozptýlené. Muzikoterapeut by měl mít k dispozici dostatek kvalitních hudebních a muzikoterapeutických nástrojů. Před aktivní muzikoterapií by je měl mít připravené uprostřed místnosti nebo tak, aby je měla skupina klientů mezi sebou a mohli si pohodlně vybírat a měnit své nástroje. Před receptivní muzikoterapií je nejlepší nástroje uklidit nebo zakrýt, tak aby klienty případně nežádoucně nerozptylovaly.

Je také nutné zmínit se o měření a hodnocení účinků muzikoterapie. Tuto problematiku není vždy zcela lehké vědecky hodnotit. Avšak díky moderním technologiím, jako jsou EEG, MEG, PET nebo MRI je možné prokázat efektivitu muzikoterapie kvantitativně i kvalitativně. V běžné praxi je často používanou metodou pozorování. Weber například popisuje praxi hodnocení na psychiatrické klinice v Bronxu v New Yorku

v USA: „Muzikoterapeut má za úkol psát měsíční hodnocení na každého pacienta, které se odevzdává primárnímu terapeutovi nebo psychologovi. Terapeuti umělecké terapie se jednou týdně scházejí, aby prodiskutovali stav pacientů a v případě potřeby pozměnili cíle či postupy terapie" Weber (2006, s. 41). Při hodnocení sledují základních šest oblastí, a to motoriku, emocionální, kognitivní, sociální, hudební a spirituální oblast.

## 1.5 Aplikace muzikoterapie

Aplikaci muzikoterapie je možné specifikovat dle více hledisek, přičemž musíme mít na paměti, že muzikoterapie je uplatňovaná nejen za účelem léčby v pravém slova smyslu, ale také jako podpůrná terapie a terapie, která dokáže zlepšovat kvalitu života lidí.

Prvním z hledisek aplikace muzikoterapie je prostředí - kde je možné muzikoterapii praktikovat? V Severní Americe a západních zemích Evropy je stále běžnější mít své muzikoterapeutické oddělení nebo úzce spolupracovat s externím muzikoterapeutem: v nemocnicích (a to např. na oddělení neurologickém, porodnickém, neonatologickém, oddělení popálenin, onkologickém, atd.), dále v psychiatrických zařízeních, rehabilitačních centrech, stacionářích, psychologických centrech, speciálně-pedagogických centrech, psychologických poradnách, školách, pečovatelských domech, hospicích, ale například i ve věznicích apod.

Dále je možné přímo vyčlenit oblasti aplikace muzikoterapie. Muzikoterapie pomáhá nejen lidem se speciálními potřebami, ale může pomoci zvládat obtíže i běžné populaci, která zažívá každodenní stres v práci, ve škole nebo se potýká s problémy v rodině. Této tzv. zdravé populaci muzikoterapie může také pomoci posilovat duševní a fyzické zdraví a působit tak preventivně proti různému onemocnění. Jak bylo napsáno výše, muzikoterapie se využívá nejen k zmíněné prevenci, ale i k diagnostice, léčbě, terapii či podpůrné terapii.

Aplikaci muzikoterapie můžeme posuzovat také z hlediska věkového spektra klientů:

- **Muzikoterapie s dětmi a adolescenty.** Kupříkladu v USA muzikoterapeuti pracují, jak dle četnosti seřadila Hanser (1999), s dětmi s vývojovým opožděním, s dětmi a adolescenty s poruchami chování (ADHD, ad.), s narušeným emocionálním vývojem, s tělesně postiženými, s dětmi školního věku (v případě inkluzivního nebo integrovaného typu vzdělávání), nebo s dětmi s SPU, dále s dětmi a adolescenty s kombinovaným postižením, s řečovým postižením, s pervazivními vývojovými poruchami, se zrakovým postižením, s neurologickým onemocněním/postižením, se sluchovým postižením, dále s těmi, kteří zneužívají návykové látky, s dětmi a adolescenty týranými nebo sexuálně zneužívanými, s dětmi v rané péči, s dětmi po poranění mozku. Dále pracují s jedinci s Downovým syndromem, Rettovým syndromem, AIDS, s poruchami příjmu potravy nebo s dětmi na popáleninovém

oddělení a dalších nemocničních odděleních, s dětmi po úmrtí blízké osoby, s dětmi předčasně narozenými a s novorozenci, s dětmi s poškozením míchy, s dětmi s Williamsovým syndromem a v určitých případech i s dětmi běžné populace.

- **Muzikoterapie s dospělými.** Muzikoterapeuti pracují s lidmi s různými specifickými potřebami např. s mentálním, tělesným, kombinovaným, atd. postižením, s různým psychickým onemocněním (schizofrenie, neurózy, úzkosti, deprese, atd.), s chronickým onemocněním (např. astma) nebo autoimunitním onemocněním (např. roztroušená skleróza), s onkologickým onemocněním, neurologickým degenerativním onemocněním (např. Parkinsonova nemoc), s lidmi poškozením mozku (např. po traumatech CNS, po CMP - s různým získaným postižením, narušenou komunikační schopností, psychickými problémy atp.), ale také s lidmi závislími na návykových látkách, s lidmi s poruchami chování nebo emocionálními problémy, atd. Kromě dalších je nutné zmínit i muzikoterapeutické programy, které působí preventivně, jak jsem již zmínila výše, proti vzniku různého zdravotního, tělesného nebo psychického onemocnění.
- **Muzikoterapie se staršími dospělými.** Muzikoterapie je využívána nadále při postiženích a onemocněních, které přetrvávají z dřívějšího věku (viz výše) či vzniklých v tomto geriatrickém období. Nejčastěji muzikoterapeuti pracují s klienty se syndromem demence (např. Alzheimerova nemoc), s degenerativním onemocněním (např. Parkinsonova nemoc), atd. Muzikoterapie dokáže zlepšit kvalitu života člověka a doprovázet ho až do jeho terminálního stádia, a proto je v zahraničí často využívána v pečovatelských domech nebo hospicích.

„Rozdílné muzikoterapeutické formy a metody se používají vzhledem k variabilnímu složení cílových skupin klientů a se zřetelem k cíli terapeutického působení. Jiný způsob práce je možné nalézt u dětských klientů, jinak by měla vypadat muzikoterapie u starých lidí. Důležitým kritériem pro správné volení metod je cílová skupina z pohledu stupně postižení. Jiné metody jsou voleny u intaktních jedinců, diametrálně odlišně vypadají metody u lidí s tělesným nebo duševním postižením různého stupně. Ačkoliv ve všech uvedených případech může mít skupina obdobný problém, na němž terapeut pracuje, vždy je nutné uvědomění výše zmiňovaných kritérií".(Břicháčková, 2005, s. 72)



Jak je z výše uvedeného patrné, muzikoterapie je velmi hojně využívána ve speciálně pedagogické oblasti při péči o osoby se specifickými potřebami - u lidí s tělesným, mentálním, zrakovým, sluchovým, řečovým a kombinovaným postižením nebo s pervazivní vývojovou poruchou či SPU, SPUCH.

Každá z těchto oblastí by zasloužila podrobné popsání konkrétní muzikoterapeutické aplikace a terapeutických úspěchů. S ohledem na primární téma mé diplomové práce se zaměřím na využití muzikoterapie u jedinců se specifickými potřebami v souvislosti s narušenou komunikační schopností, a to v praxi klinické logopedie. Tomuto tématu proto bude věnována samostatná kapitola.

## 1.6 Muzikoterapeutické hudební nástroje

V muzikoterapii se nejvíce uplatňují hudební nástroje Orffova instrumentáře, které jsou velmi lehce ovladatelné. Orffův instrumentář je vyráběn v různě velkých kolekcích, ale patří do něj nástroje melodické například zvonkohra, metalofon, xylofon, foukací harmonika a rytmické například bubínky, tamburíny, ozvučná dřívka, triangel, rumba koule, činely, zvonky atd.

Dalšími oblíbenými hudebními nástroji užívanými v muzikoterapii jsou velké bubny (džembé, konga, šamanské, atd.), kytara, klavír, violoncello, housle, flétny, gongy. Nástroji méně typickými, a dalo by se říci právě proto velmi vhodnými pro muzikoterapii, jsou kantely, liry, monochordy, citery, kabasy, kastaněty, Pipe Dream, Oceán Drum, dešťové hole, tibetské mísy, didgeridoo atd.

Kromě instrumentálních nástrojů muzikoterapeut využívá zvuků hlasu a různých předmětů a nástrojů přírodního původu (např. oblázky, žaludy, bukvice, uschlé větve stromů, atd.), samozřejmě zpěv a také hru na tělo. Nehudebními, avšak důležitými nástroji jsou i ticho a slova. Jak na setkání muzikoterapeutů v Lékařském domě v Praze řekla J. Weber (2006), „...je důležité nechat pacienta vyjádřit nejen hudebně a verbálně, ale dopřát mu i moment ticha ke zpracování silného momentu, např. po hudební improvizaci či bolestivé diskuzi“.

Kromě již tradičních muzikoterapeutických nástrojů stále vznikají nové modifikace nástrojů a jejich užití, někteří muzikoterapeuti si vytváří své vlastní hudební/zvukové nástroje. Také někteří ještě kreativnější muzikoterapeuti, jakou je například M. Gerlichová, ve spolupráci s kolegy ergoterapeuty mohou pomoci klientům jednoduše vytvořit si své vlastní muzikoterapeutické nástroje. Pokročilejší zájemci o výrobu muzikoterapeutických nástrojů mohou najít některé z návodů na internetu (např. výroba didgeridoo, apod.).

Výběr hudebních nástrojů při terapiích na klienta prozradí mnohé. Nástroj může být symbolem určité vlastnosti nebo nálady. Z volby hudebního nástroje a způsobu hraní lze poznat charakterové vlastnosti klienta, jeho vztahové postoje, nevědomé konflikty, aktuální psychický a fyzický stav. Klient tak neuvědoměle symbolizuje prvky svého intrapsychieho světa, který nosí v sobě. Někdy může klient preferovat jeden nástroj před ostatními spojený se svými pocity, aniž by věděl proč (Zelevá, J., 2002, 2007). Tohoto terapeutického materiálu pak muzikoterapeut může využít k důkladnějšímu prozkoumání a práci s ním.

Kromě symboliky by se dalo zjednodušeně naznačit, jaké konkrétní oblasti hudební nástroje dokážou ovlivnit. Je zajímavé, že již v padesátých letech minulého století rozčlenil tuto působnost např. König (1958 in Mátejová a Mašura, 1992) a tyto myšlenky byly dále rozpracovány dalšími autory. Zjednodušeně řečeno König (tamtéž) zastával názor, že dechové nástroje jakožto melodické působí na nervové struktury, centrální nervový systém a stejně jako zpěv uspořádávají myšlenkový chaos. Strunné nástroje ovlivňují orgány v hrudi, dýchání a srdeční činnost a tak i citění a pocity. Plechové dechové a bicí nástroje s praprvkem rytmu a taktu mají vliv na orgány látkové výměny, končetiny jako orgán pohybu a nositele rytmu a ovládají tak vůli.

Z novějších výzkumů budu jmenovat Bodnera a Gilboa (2006), kteří zkoumali emocionální komunikativnost v muzikoterapii prostřednictvím různých nástrojů, s otázkou, jak se jimi dají sdělit emoce. Do výzkumu zapojili čtyři muzikoterapeuty, kteří improvizací vyjadřovali pět základních emocí na čtyři různé nástroje a sedmdesát šest osob, z nichž někteří byli muzikoterapeuti, ostatní nebyli. Tato skupina vyposlechla každou improvizaci a každý zvlášť dekodeval její emoční obsah. Výsledky vedly ke specifickým emocionálně-instrumentálním vzorům. Nejlépe byla pochopena zloba vyjádřená na buben, strach na buben a klavír, smutek pomocí zpěvu a kazoo<sup>27</sup> a spokojenost/bláženost a klid pomocí hlasu. Muzikoterapeuti si vedli lépe než „neterapeuté“ a správně dekodevali emocionální obsah improvizací. Krátký trénink emocí ještě výrazně zlepšil přesnost terapeutů v dekódování emocí. Dopad na praxi a školení muzikoterapeutů jsou proto dále v odborné diskuzi.

<sup>27</sup> **Kazoo:** dětská hudební hračka podobná dechovému nástroji

## **1.7 Muzikoterapie v kontextu dalších expresivních arteterapií v širším slova smyslu**

Arteterapie v širším slova smyslu znamená léčebnou, odborně, záměrně a cílevědomě aplikovanou terapii pomocí uměleckých prostředků. Zahrnuje v sobě jak arteterapii ve smyslu výtvarném, tak i muzikoterapii, teatroterapii, psychodrama, taneční terapii či biblioterapii (srov. Šicková-Fabricei, J., 2002, Müller, O. in Renotírová, M. a kol., 2006).

Už v dávných dobách naši prapředci účelně spojovali hudbu, rytmus, tanec a zpěv ve svých magických rituálech, pro znásobení prožitku a dosažení stavu transu za účelem komunikace s jejich božstvem a duchy předků. Hudbu, tanec a zpěv mnohé takzvané primitivní kultury používají jako prevenci před onemocněním („zahánění zlých démonů“) nebo jako léčbu („usmíření zlých démonů“) (Lundin, 1967 in Mátejová a Mašura, 1980).

Každé celistvé jednání je současně pohybem, slovem, rytmem i hudbou, a proto je na člověka jako celistvou lidskou bytost potřeba nahlížet v kontextu přístupů dramaterapie a/nebo muzikoterapie, jak je konstatováno v mottu České asociace muzikoterapie a dramaterapie (ČAMAD) ([www.camad.cz](http://www.camad.cz), navštíveno dne: 10. 7. 2007).

### **1.7.1 Muzikoterapie v souznění s arteterapií v užším slova smyslu**

Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. Spojení arteterapie a receptivní muzikoterapie je velmi oblíbené a dlouholetou praxí úspěšně používané jak u dětských klientů, tak i dospělých. Z výsledná díla jsou velmi hodnotným diagnostickým i terapeutickým materiálem.

U dětské klientely se dle Pokorné (1982) často používá kreslení, čmárání, rozmazávání barev jako formy výtvarné improvizace jejichž účelem je dítě uvolnit, odreagovat, emocionálně se projevit, ale také stimulovat koordinaci akustických, optických a motorických schopností.

Mátejová a Hanuš (1980) výtvarný projev při hudbě diferencují do dvou výrazově odlišných způsobů. Prvním je muzikomalba a druhým asociativní výtvarný projev při hudbě. Hlavním rysem muzikomalby je syntetické působení kreslení a hudby. Jednou ze složek muzikomalby je rytmické kreslení, které zavedl Carlem Peters v polovině minulého století a úspěšně se využívá dodnes při terapii zejména u dětí s neurotickými poruchami, ADD, ADHD nebo neurotickou koktavostí. Petersovu metodu modifikovala Mátejová (1978). Asociativním výtvarným projevem při hudbě je myšleno spontánní, kreativní,

emocionálně podněcující malování nebo používání různého výtvarného materiálu k obsahovému vyjádření subjektu (dítěte s psychickým, tělesným nebo sociálním znevýhodněním), stimulovaného cíleně indikovanými hudebními skladbami.

V dnešní době se často pracuje také s mandalami<sup>28</sup>, které napomáhají kromě jiného psychickému a fyzickému uvolnění, koncentraci a meditaci (Šicková-Fabrici, 2002). Mandalas se také využívají při řízené imaginaci při hudbě. Kreslení mandal je psychoterapeutickým nástrojem k vedení klienta projevit své pocity z hudby a prožitky.

### 1.7.2 Muzikoterapie v souznění s dramaterapií

Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama jsou expresivně terapeutické metody, které používají prostředky dramatického umění (Muller, O. in Renotiérová, M. a kol., 2006).

Dramaterapie a muzikoterapie jsou ze své podstaty dva velmi blízké a vzájemně propojené obory. V České republice fungovala společná organizace Česká asociace muzikoterapie zastřešující všechny odborníky i zájemce o rozvoj a využívání muzikoterapeutických a dramaterapeutických prostředků a přístupů v psychologické, terapeutické, sociální i osobní sféře. Cílem Asociace bylo zachovat a prezentovat svébytnost muzikoterapie a dramaterapie coby specifických oborů (www.camad.cz, navštíveno dne: 10. 7. 2007). V prosinci roku 2006 zahájila svoji samostatnou existenci Sekce dramaterapie pod vedením Mgr. Blanky Kolínové.

Psychodrama je terapeutická metoda vytvořená ve dvacátých letech minulého století J. L. Morenem jako metoda, s níž lze zkoumat psychologické dimenze problémů jedinců formou přehrávání konfliktních situací (Blatner, 1988 in Mořeno, J.J. 2005). Psychodrama a muzikoterapie mají mnoho společného a výborně se doplňují. J.J. Mořeno zapojoval hudbu a muzikoterapii do psychodramatu a zvyšoval tím účinek psychodramatického prožitku, podporoval tak rozvoj spontánnosti, kreativity a nepotlačovaného vyjádření pocitů.

Šimanovský (1998) připomíná, že léčbu hudbou ve spojení s psychodramatem využívala v šedesátých letech I. Strossová v PL Opava. Později využívala vlastní metodu - psychomelodrama. Pod vedením S. Kratochvíla byla v léčebně v Kroměříži léčba hudbou

<sup>28</sup> Slovo **mandala** pochází z indického jazyka sanskrit a znamená kruh-střed. Mandala je kruhový obrazec, resp. symetrický diagram, soustředěný kolem svého středu a většinou rozdělený do čtyř stejných kvadrantů. Mandalas můžeme využít při práci už i s předškolními dětmi. Mandalas se mohou vyplnit kreslením, malováním, potiskem, vysypáním z barevného písku nebo je sestavit z drobných tvarů (Šicková-Fabrici, 2002).

apsychodrama zařazovány do programů skupinových aktivit v terapeutické komunitě dospělých při terapii neuróz.

### 1.7.3 Muzikoterapie v souznění s taneční terapií

Hudba a zejména rytmus nás stimuluje k pohybu a hudba k tanci přirozeně patří. Taneční terapie jako další z expresivních terapií dokáže také pomoci vyjádřit to, co je slovy nesdělitelné a pomáhat pracovat s vnitřními prožitky a konflikty.

Již v roce 1904 se Dalcrose zabýval vzájemným vztahem hudby a tělesného pohybu a začal rozvíjet tzv. hudební rytmiku. Z jeho koncepce eurytmie, která spočívá v přirozeném pohybu korespondujícím s rytmem hudby, později vychází množství muzikoterapeutických metod zaměřených na pohyb a tanec. Dalcrose touto metodou cíleně působil na rozvoj všech smyslů a myšlení, rytmičnost, improvizaci a kreativitu pohybového projevu. Velký význam má rytmická výchova od raného dětského věku. Dle Dalcrose jsou děti poté více bystřejší a dosahují ve škole větších úspěchů (Mátejová a Mašura, 1992, srov. Peters, 2000, Lipský, 2005).

Dle Kantora, který čerpá z Jäger and Luhede-Politsch (2001, in [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 3. 9. 2007), pohybové aktivity při hudbě podporují a rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci, vytrvalost, svalovou sílu, svalovou relaxaci, ale také respiraci a kreativní pohybové vyjadřování. Hudební rytmus dodává pohybům strukturu a usnadňuje pohybové vyjádření. Pozitivně působí při motorické reedukaci různých neurologických poruch. Rytmičké komponenty hudby pomáhají zvýšit motivaci, zájem a prožitek klienta z pohybu a hudby.

Propojení muzikoterapie a taneční terapie lze využít při práci s dětmi a dospělými se specifickými potřebami, tančit mohou všichni, i lidé s tělesným znevýhodněním, kdy je invalidní vozík použit jako taneční nástroj a výrazový prostředek.

<sup>29</sup> Hibben (1984) uvádí, že „pohyby na hudbu při eurytmických programech mohou uvolnit nevědomé emocionální reakce. Eurytmická cvičení pak slouží jako nástroj pro nácvik vyjadřování pocitů, např. při muzikoterapii u lidí s poruchami chování a emocí, s vývojovými vadami či duševními nemocemi nebo jako specifické techniky psychodynamicky orientovaných muzikoterapeutických přístupů. Muzikoterapeuti propojují pohyby jedince s improvizovanou hudbou, čímž uvádí kinestetickou složku do hudebního kontextu. Sledují, jak se klienti pohybují na různé druhy hudby a podle toho upravují další průběh muzikoterapeutických sezení. Vedou je skrze pohyb a hudbu do nitra jejich pocitů a prohlubují jejich schopnost sebevyjádření a uvědomění si vlastních emocí.“ (Hibben 1984 in Lipský, 2005, s. 31)

## 1.8 Osobnost muzikoterapeuta

Při charakterizování osobnosti muzikoterapeuta bychom měli nahlížet na tuto problematiku multidisciplinárně. Je nutné vycházet z požadavků z oblasti muzikologie, psychologie, psychiatrie, psychoterapie i pedagogiky, z předmětu, obsahu a cílů muzikoterapie.

V zahraničí je kladen velký důraz na odpovídající atestované vzdělání a praxi muzikoterapeuta, kterou získává nejprve jako ko-terapeut a až po získání dostatečných zkušeností může začít pracovat samostatně.

Terapeut by se měl velmi dobře orientovat v teoretických základech muzikoterapie, ale znát i specifika a příčiny různých speciálních potřeb jeho klientů. Vždy by měl přesně znát anamnézu klienta, jeho aktuální zdravotní stav a také jeho hudební historii. V každém případě muzikoterapeut musí znát účinky vybrané hudby a zvuků a co mohou způsobit.

Na problematiku nutných znalostí a praktických hudebních dovedností muzikoterapeuta panují různé názory. Většina zahraničních odborníků považuje za nutné, aby muzikoterapeut měl hudební vzdělání a byl schopen hrát výtečně alespoň na jeden nástroj. Někteří však připouštějí, že hudební aprobace nemusí být vždy striktní podmínkou, stačí pokud má terapeut k hudebnímu umění blízký vztah, hudební sluch a je schopen dobře zpívat a ovládnout hru na hudební nástroj. Hudební neprofesionál možná dokáže být někdy ještě kreativnější, není totiž svázán teorií hudebního skladatelství a třeba je i schopen lépe přijmout aspekty laické hudební produkce klienta s falešnými tóny a melodiemi. Vodňanská (2006) k tomuto tématu poznamenává, že profesionální hudebníci mnohdy zklamávají jako muzikoterapeuti proto, že nejsou schopni vnímat hudbu jako terapeutický prostředek a podléhají vnímání hudby pouze z uměleckého a estetického hlediska.

V souvislosti s tím, jak jsem již uvedla výše, že v muzikoterapii nejde o bezchybné ovládnutí hry na hudební nástroj nebo nefalešný zpěv klienta, ale jde o jeho prožitek při hře na nástroj a při práci s vlastním hlasem, musí tuto skutečnost akceptovat každý muzikoterapeut. Domnívám se ale, že tato polemika by se měla vést v souvislostech, v jakém pojetí se muzikoterapie uplatňuje, zda v širším nebo užším pojetí. V případě užšího vymezení muzikoterapie jako léčby by v každém případě měl muzikoterapeut mít jak odborné vzdělání hudební, psychoterapeutické a muzikoterapeutické zároveň.

Šimanovský ([www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 2. 9. 2007) u potenciálního muzikoterapeuta klade důraz na absolvování sebezkušenostního psychoterapeutického

výcviku, např. SUR nebo Gestalt, v případě, že chce muzikoterapii používat jako psychoterapii, anebo léčbu. Za nutné považuje i etické předpoklady, pokoru a upřednostnění úcty ke klientovi před nadšením z vlastních kvalit. Je nutné podotknout, že jsou samozřejmě akceptovány všechny druhy odborných psychoterapeutických výcviků.

Ve svém výzkumu Shatin, Cotter a Douglas-Longmore (1964 in Procházka, 1996, srov. Vodňanská, 2006, Lipský, 2005) shrnuli charakteristiky, dle kterých se odlišují dobří muzikoterapeuti od špatných: laskavost, zodpovědnost, schopnost komunikace, přizpůsobivost (improvizace), iniciativu (konstruktivní myšlení), mnohostrannost (diferencované vidění problematiky), duševní a tělesné zdraví. Procházka (1996) na základě tohoto výzkumu stanovil nejdůležitější podmínky a principy v muzikoterapeutické práci: akceptující pozitivní přístup, partnerský vztah, empatie, odborná erudice a vnitřní jistota terapeuta.

Muzikoterapeut by měl participovat na hře, měl by klienty provokovat ke spontánnímu reagování, přizpůsobování, vlastnímu rozhodování, přijímání hudebních výkonů ostatních klientů, k integraci skupiny, atd. Měl by vždy mít ujasněny prostředky, jimiž bude dosahovat zvolených cílů. Terapeutický cíl však nesmí nikdy ustoupit ve prospěch hudební kvality (Vodňanská, 2006).

Muzikoterapeut by měl být schopen přirozeně aplikovat tradiční muzikoterapeutické metody v praxi, ale neměl by se bát užít vlastní kreativitu a rozumně doplňovat metody a techniky svými vlastními. Vždy by ale měl mít situaci pod kontrolou a nedopustit, aby klient byl jeho terapeutickým zásahem nějak poškozen. A jak jsem se dozvěděla na kurzu muzikoterapie od klinické psycholožky a muzikoterapeutky J. Procházkové, ctěna musí být i zásada „dobrých konců“, tzn. klient nesmí nikdy odejít z terapeutického setkání v horším stavu, než přišel ale naopak.

Jak vyplývá i z některých výše uvedených definic pojmu muzikoterapie, velmi důležitý je také adekvátní a citlivý terapeutický vztah. Jak se zmiňují Mátejová s Mašurou (1992) adekvátní citový vztah ke klientům může mít terapeut tehdy, když pronikne do jejich psychického a tělesného rozpoložení a správně odhadně a ohodnotí jejich možnosti.

Terapeut by měl být ve vztahu s klienty velmi obezřetný a kontrolovat své projevy vůči nim. Žádného z klientů nesmí protěžovat nebo naopak být k němu nevstřícný. Pokud by se takováto situace z důvodu extrémních nesympatií stala a terapeut nebyl schopen ji zpracovat, měl by tohoto klienta převést ke svému kolegovi.

Jak je z těchto specifík patrné, velký důraz je kladen na specializované vzdělání muzikoterapeuta, stejně jako na jeho osobnostní kvality a etickou a morální vyspělost.



Muzikoterapeuti - profesionálové s akademickým vzděláním a praxí v oboru se samozřejmě chtějí dále vzdělávat, což je všeobecně pokládáno za samozřejmost. Kromě stáží a kurzů v zahraničí se mnozí z nich snaží jít ještě hlouběji ke spirituálním kořenům muzikoterapie. Jak uvádí Šimanovský (in Zeleiová, 2007, s. 8) „řada světových muzikoterapeutů (včetně J. J. Mořena) jezdí po světě a navštěvuje nejrůznější specialisty, léčitele, nestinary a šamany přírodních národů a s úctou si od nich nechává objasnit jejich metody.“

## 1.9 Systém vzdělávání muzikoterapeutů v České republice

V současnosti se v České republice na systému odborného vzdělávání muzikoterapeutů stále ještě pracuje. Stále bohužel nedosahuje takové úrovně, aby bylo kvalitativně srovnatelné se zahraničím (viz dále Velká Británie a USA) a získaná akademická hodnota a praxe byla v zahraničí uznávána.

Na rozdíl od západních zemí totiž v České republice profese muzikoterapeuta, její obsah a vymezení pole působnosti, ještě není plně ustanovena a limitována, a proto nynější stav v praxi není zcela transparentní. Za muzikoterapeuta se někdy prohlašují i osoby, které nesplňují ani základní odborné předpoklady. Nechtěla bych však nikoho kritizovat, na to nejsem dostatečně kompetentní.

Prozatím je v našem státě jen velmi málo skutečně aprobovaných muzikoterapeutů, kteří by splňovali podmínky nutné pro profesi muzikoterapeuta dle zahraničních stanov (podmínky v zahraničí blíže viz kapitola 1.10.). V České republice v praxi využívá muzikoterapii spíše více terapeutů, kteří jsou muzikoterapeuty nazýváni dle zvykového práva a jejich dlouholeté úspěšné praxe.

Na muzikoterapeutickou profesi v České republice musíme nahlížet dle stávajících českých platných norem z hlediska působnosti muzikoterapeuta ve zdravotnickém nebo školském rezortu.

**Muzikoterapeut působící v rezortu zdravotnictví** v oblasti psychoterapie by měl být vysokoškolským absolventem jednooborové psychologie filozofické fakulty a následně postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, což znamená úspěšně splnit podmínky dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů a nařízení vlády č.463/04 Sb. (I. specializační zkouška pro výkon nelékařského povolání - klinická psychologie a II. nástavba - specializační zkouška pro výkon psychoterapie) ([www.ipvz.cz](http://www.ipvz.cz), navštíveno dne: 10. 9. 2007). Muzikoterapie je zahrnuta v rámci postgraduálního vzdělávání.

Odborný muzikoterapeut ve zdravotnictví by měl samozřejmě mít též dostatečné hudební vzdělání, schopnosti a dovednosti, například být absolventem hudební konzervatoře nebo vysokoškolského studia hudebního oboru. Tyto podmínky splňuje například J. Pejřimovská (bližší informace viz výše).

Vzhledem k tématickému zaměření mé diplomové práce dodávám, že i klinický logoped musí absolvovat postgraduální studium a praxi ve zdravotnictví, a též

I. specializační zkoušku. Domnívám se proto, že splňoval-li by ostatní podmínky (dostatečné hudební znalosti a dovednosti, sebezkušenostní nebo psychoterapeutický výcvik a samozřejmě akreditované kurzy muzikoterapie), mohl by vykonávat muzikoterapii na poli své působnosti klinického logopeda. Ne však v oblasti psychoterapeutické, neboť jak jsem již zmínila, muzikoterapii jako součást psychoterapie mohou ve zdravotnictví vykonávat pouze kliničtí psychologové s I. a II. atestací.

Mojí domněnku uplatnění muzikoterapie v klinické logopedii potvrzuje Asociace klinických logopedů České republiky<sup>30</sup>, která nabízí v rámci postgraduálního vzdělávání logopedů akreditované kurzy Muzikoterapeutické techniky **I.** a **II.**, které vedou I. Pelclová<sup>31</sup> a J. Procházková.

**Na muzikoterapeuta působícího v rámci školského rezortu** se vztahuje Ustanovení MŠMT § 10 vyhlášky č. 317/2005 Sb. o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, dle kterého je muzikoterapie určena pouze pro speciální pedagogy, případně psychology, neboť terapie jako léčba není obsahem vzdělávání pedagogických pracovníků. Muzikoterapii mohou vykonávat pouze psychologové a speciální pedagogové dle vyhlášky MŠMT ČR č. 75/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb a ve školách a školských zařízeních (www.msmt.cz, navštíveno dne: 14. 9. 2007).

Seznam kurzů muzikoterapie, které Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy akreditovalo například pro rok 2006 a 2007, příkládám v tabulce č. 1.

Kurzy a semináře muzikoterapie jako samostatné předměty nebo v rámci výuky nabízí státní i soukromé vysoké školy, např. Univerzita Karlova v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci, Akademie múzických umění v Praze, Technická Univerzita v Liberci, Západočeská Univerzita v Plzni, Masarykova univerzita v Brně, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, nebo různé školy např. Akademie Alternativa v Českých Budějovicích, Musica Humana<sup>32</sup> v Příbrami, Akademie sociálního umění v Táboře, ad.

<sup>30</sup> **Asociace klinických logopedů (AKL):** Je dobrovolným a nezávislým sdružením klinických logopedů České republiky. Činnost klinických logopedů je posláním a službou pro zdraví občanů, posláním asociace je samosprávná a čestná služba klinickým logopedům.

<sup>31</sup> **PaedDr. Iva Pelclová:** Vystudovala speciální pedagogiku na PedF UK v Praze. Již deset let pracuje jako klinická logopedka. Ve spolupráci s AKL vede různé semináře a kurzy pro klinické logopedy, např. muzikoterapii, grafomotoriku, atd.

<sup>32</sup> U zrodu soukromé muzikoterapeutické školy **Musica Humana** v roce 1998 stál hudební skladatel **Josef Krček**. Roku 1976 Josef Krček založil společně s bratrem Jaroslavem Krčkem soubor Musica Bohemica. V devadesátých letech minulého století učil ve škole Jana Amose Komenského v Praze muzikoterapii a na Waldorfské škole v Příbrami hudební výchovu. V devadesátých letech jako místopředseda Anthroposofické

Bylo by jistě zajímavé stanovit objektivní měřítka a porovnat kvalitu těchto výuk a odbornost lektorů.

Za velmi důležité považuji zmínit, že v únoru 2007 byl otevřen na katedře speciální pedagogiky, Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze dvouletý kurz Edukační muzikoterapie, akreditovaný MŠMT. „Je určen psychologům a speciálním pedagogům. Absolvent kurzu bude kvalifikovaným specialistou pro práci na základní úrovni muzikoterapeutické praxe a obdrží certifikát, jako dodatek k vysokoškolskému diplomu. Kurz garantuje společně katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a Sekce muzikoterapie a dramaterapie při CSP při LSJEP" ([www.muzikoterapie.eu](http://www.muzikoterapie.eu), navštíveno dne: 14. 3. 2007).

V rámci celoživotního vzdělávání pořádá například Univerzita Palackého v Olomouci třísemestrální kurzy muzikoterapie. Studium garantuje katedra speciální pedagogiky. Hlavními lektory jsou Jana Weber<sup>33</sup> a Lubomír Holzer. V informacích o uplatnění absolventa se píše, že „bude specialistou kvalifikovaným pro práci na augmentativní úrovni muzikoterapeutické praxe. Po úspěšném ukončení studia dostane absolvent osvědčení o absolvování studia k prohlubování odborné kvalifikace" ([www.scv.upol.cz](http://www.scv.upol.cz), navštíveno dne: 26. 8. 2007).

Na českém vzdělávacím trhu je možné nalézt mnohé nabídky akreditovaných, ale ještě častěji mnoho různých (neakreditovaných) kurzů muzikoterapie. V podstatě lze říci, že v České republice se doposud prohlašuje, někdy zcela neadekvátně, za muzikoterapeuta mnoho lidí a v konání různých muzikoterapeutických kurzů a seminářů neexistují žádné omezení.

Proto bych všem zájemcům doporučovala muzikoterapeutické semináře a kurzy od renomovaných muzikoterapeutů, kteří mají kromě odpovídajícího vzdělání i dlouholetou praxi. Nedokážu zde vyjmenovat všechny takto aprobované muzikoterapeuty. Zmíním tedy jen ty, se kterými jsem se seznámila osobně nebo jsem na ně dostala výborné reference od jiných odborných muzikoterapeutů. Prvotně bych doporučila kurzy a semináře

společnosti ČR vyvíjel bohatou přednáškovou činnost. V současnosti pracuje na Krajském úřadu Středočeského kraje - odbor kultury ([www.musicologica.cz/slovník/](http://www.musicologica.cz/slovník/), navštíveno dne: 14. 10. 2007).

" **Mgr. Jana Weber:** Vystudovala psychologii na FF UK v Praze, výtvarnou a hudební výchovu na PedF UK v Praze a muzikoterapii na Molloy College v USA. Její muzikoterapeutická praxe zahrnuje kromě jiného 1200 hodin na Psychiatrické klinice v Bronxu (New York) a v Bellevue South Nursery School (tamtéž). Pracovala také jako učitelka hudební výchovy a sbormistrině na gymnáziu Horní Počernice v Praze. Vyučuje muzikoterapii na UP v Olomouci a PedF v Praze (Arteterapie 6/12, 2006 a [www.scv.upol.cz](http://www.scv.upol.cz), navštíveno dne: 26. 8. 2007).

J. Procházkové, J. Pejřimovské, M. Gerlichové, J. Weber, J. Vodňanské, Z. Šímanovského  
T. Procházky, M. Lipského<sup>34</sup>.

Na téma muzikoterapie probíhá v České republice každoročně i několik workshopů s výukou například alikvótního zpěvu, bubnování, různých muzikoterapeutických technik atd. Zážitky z těchto akcí jsou jistě velmi obohacující, ale člověk by měl vždy obezřetně volit lektora a jeho metody (jak jsem již zmínila výše neodbornou aplikací muzikoterapie se dá snadno ublížit a narušit psychickou integritu člověka). Muzikoterapeutická setkání na vysoce odborné úrovni se konají několikrát ročně pod záštitou Sekce muzikoterapie České psychoterapeutické společnosti při ČLS JEP<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> **Mgr. Matěj Lipský:** Vystudoval speciální pedagogiku na PedF UK v Praze (státnice z muzikoterapie na pedagogické fakultě), je členem arteterapeutické výcvikové komunity SUR. V současné době působí jako hudební supervizor v Diagnostickém Ústavu sociální péče v Tloskově u Neveklova a jako muzikoterapeut v Kojeneckém ústavu v Praze 4 - Krči. Také vede kurzy muzikoterapie v rámci kurzů nonverbálních technik u Jitky Vodňanské a různé muzikoterapeutické semináře. Je jedním z lektorů akreditačního studie Edukační muzikoterapie na PedF UK v Praze. Spravuje internetové stránky [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz) (zdroj: [www.muzikoterapie.eu](http://www.muzikoterapie.eu), navštíveno dne: 26.8.2007).

<sup>35</sup> **Česká lékařská společnost J. E. Purkyně („ČLS JEP“):** Je dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob - lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických. „Dbá o rozvoj a rozšiřování vědecky podložených poznatků lékařských věd a příbuzných oborů, usiluje o jejich využívání v péči o zdraví občanů se zvláštním důrazem na preventivní činnost.“ (zdroj: [www.cls.cz](http://www.cls.cz), navštíveno dne: 10. 8. 2007)

## **1.10 Systém vzdělávání muzikoterapeutů ve Velké Británii a Spojených státech amerických**

Pro popis vzdělávání odborných muzikoterapeutů v zahraničí jsem záměrně vybrala Velkou Británii a Spojené státy americké, neboť jejich systém vzdělávání má velmi dobrou a ucelenou koncepci propojenou s praxí a je prověřený dlouholetou tradicí.

### **1.10.1 Systém vzdělávání muzikoterapeutů ve Velké Británii**

Prvotní z podmínek k výkonu profese muzikoterapeuta je absolvování tříletého hudebního studia završeného diplomem z vyšší střední školy („College“) nebo univerzity a následně postgraduálního magisterského studia muzikoterapie. Ti, kteří pregraduálně vystudovali jiný obor než hudební, např. psychologii nebo pedagogiku, musí prokázat výborné hudební kompetence.

Po magisterském studiu muzikoterapie („MMT“) propojeným s praxí je nutné absolvovat postgraduální kurz muzikoterapie, který je akreditovaný Asociací profesionálních muzikoterapeutů („APMT“) a uznaný Radou zdravotnických profesí („HPC“). Instituce nabízející postgraduální studium muzikoterapie zároveň očekávají že uchazeč má zkušenosti s prací s dětmi a/nebo lidmi se speciálními potřebami. Muzikoterapeuti jsou registrováni státem a řízeni Radou zdravotnických profesí („HPC“).

Od roku 2006 je v Anglii možné absolvovat i doktorské studium muzikoterapie („MPhil/PhD“) zaměřené na výzkum na Nordoff-Robbins Music Therapy Centre v Londýně, ([www.bsmt.org](http://www.bsmt.org), navštíveno dne: 3. 9. 2007, [www.nordoff-robbins.org.uk](http://www.nordoff-robbins.org.uk) navštíveno dne: 3. 7. 2007).

### **1.10.2 Systém vzdělávání muzikoterapeutů ve Spojených státech amerických**

Zájemci o muzikoterapeutickou profesi musí dokončit bakalářské nebo magisterské studium muzikoterapie nabízené mnoha univerzitami a musí absolvovat 1200 hodin klinické praxe. Poté musí vykonat akreditovanou národní certifikační zkoušku kterou Poskytuje nezávislá Certifikační komise pro muzikoterapeuty („CBMT“). Ti, kteří úspěšně absolvují tuto všeobecnou zkoušku obdrží certifikované akreditované osvědčení terapeuta<sup>a</sup> titul „MT-BC“ (Music Therapist, Board-Certified).

V praxi je nově možné potkat se i s muzikoterapeuty, kteří získali titul Ph D. Doktorandské studium muzikoterapie je možné vystudovat například na Temple

University. V praxi pracují i muzikoterapeuti s titulem „CMT“, „ACMT“ nebo „RMT“, které udělovaly bývalé muzikoterapeutické organizace NAMT a AAMT (viz výše).

Kvalifikovaní muzikoterapeuti - profesionálové jsou zapsáni v Národním registru muzikoterapeutů („NMTR“). Muzikoterapeutické techniky jsou využívány v širokém poli praxe - diagnostice, psychoterapii, rehabilitaci, posudkovém lékařském hodnocení atd. Muzikoterapeutické služby jsou poskytovány v oblastech sociálních, vzdělávacích a lékařských a jsou hrazeny v rámci bezplatné lékařské péče pro nemajetné občany („Medicaid“) nebo vládního zdravotního programu („Medicare“), či soukromých zdravotních pojištění, státních resortů a vládních programů ([www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org), navštíveno dne: 26. 8. 2007, [www.cbmt.org](http://www.cbmt.org), navštíveno dne: 26. 8. 2007).

## 2 Možnosti aplikace muzikoterapie a jejích prvků v logopedii v rezortu zdravotnictví

### 2.1 Logoped pracující v rezortu zdravotnictví

Organizace výkonu logopedické péče v České republice se může jevit jako poněkud složitá a nepřehledná, neboť je v kompetenci tří rezortů, a to Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy a Ministerstva práce sociálních věcí. Logopedická péče může být navíc také poskytována v rámci nestátního sektoru (Klenková, 2006).

Vzhledem k tématu této diplomové práce se zaměřím na logopedickou intervenci<sup>36</sup>, kterou poskytují logopedická pracoviště spadající pod rezort zdravotnictví. V této oblasti může působit pouze **logoped** ve specializační přípravě (rezortního postgraduálního vzdělávání) a **klinický logoped**.

Logopedická činnost v rezortu zdravotnictví je vymezena zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), který byl dne 3. března 2004 zveřejněn ve Sbírce zákonů ČR, částka 30, s účinností 1. dubna 2004. A též nařízením vlády č. 463/04 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, (www.mzcr.cz, navštíveno dne: 16. 7. 2007). Zákon upravuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a vzdělávání jiných odborných pracovníků a podmínky pro uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států EU a pro státní příslušníky mimo členské státy.

Jak je specifikováno v koncepci logopedické péče (Fukanová in Škodová, ..., 2003) a profesní přípravě klinického logopeda (Škodová, ..., 2003) **logoped** ve specializační

<sup>36</sup> Termín **intervence** je v současnosti hodnocen odbornými kruhy jako nejvhodnější pojem, který zastřešuje ostatní více či méně používané termíny - cka péče terapie, výchova řeči, rozvoj, výchova a vzdělávání, logopedická činnost (Klenkova 2007). Lechtá (2005) logopedickou intervenci vnímá také v širším slova smyslu jako pojem shrnující komplex různých činností logopeda. Logopedická intervence je specifická aktivita kterou logoped uskutečňuje s cílem identifikovat, eliminovat, zmírnit nebo překonat určitou funkční schopnost, a neboť, Ledtka i (tamtéž) kromě tohoto zastřešujícího širšího pojetí intervence zmiňuje i možnost užšího pojetí, kdy se termín intervence blíží pojmu terapie.



přípravě je absolventem pedagogické fakulty magisterského studia logopedie nebo speciální pedagogiky se zaměřením na poruchy komunikace a učení. Musí mít státní závěrečnou zkoušku z logopedie a surdopedie a obhájenou diplomovou práci z oboru. Po splnění základních podmínek a šesti měsíční odborné praxe ve zdravotnickém zařízení pod vedením klinického logopeda, může být zařazen do oboru klinická logopedie a do specializační přípravy - postgraduálního vzdělávání v rezortu zdravotnictví<sup>37</sup>. Musí nadále pracovat pod supervizí klinického logopeda, který má atestaci a minimálně pětiletou praxi. Mimo tuto běžnou praxi je logoped povinen pod odborným vedením svého metodického vedoucího plnit všechny požadavky dané studijním plánem a dále na své náklady absolvovat všechny předepsané kurzy a školení profesní organizace a dalších vzdělávacích institucí. Náplň specializační přípravy, která trvá minimálně dvacet čtyři měsíců, stanovuje ve spolupráci s odbornými společnostmi a profesními organizacemi Institut pro vzdělávání zdravotnických pracovníků („IPVZ“).

**Klinický logoped** je absolventem specializační přípravy (rezortního postgraduálního vzdělávání), které úspěšně zakončil závěrečnou zkouškou ze specializační přípravy a získal tak specializovanou způsobilost k výkonu nelékařského povolání ve zdravotnictví. Poté může pracovat samostatně. Po splnění dalších podmínek může získat

37

**Specializační vzdělávání nelékařských povolání probíhá podle zákona č. 96/04 Sb.** Získání specializace je možné v souladu v § 96 tohoto zákona, a to **dokončením specializačního vzdělávání podle dřívějších právních předpisů (tj. vyhl. č. 77/1981 Sb.)**. IPVZ získal od MZ akreditaci na dokončení specializačního vzdělávání podle dřívějších předpisů pro jiné odborné pracovníky s vysokoškolským vzděláním v těch oborech, v nichž byli tyto vysokoškolští pracovníci zařazení do konce března 2006. Jde např. o specializace v oborech klinická psychologie, klinická logopedie, technická spolupráce v oborech nukleární medicína, radiodiagnostika a radioterapie, vyšetřovací metody v hygieně, vyšetřovací metody v klinické imunologii atd. Specializační vzdělávání probíhá podle dosud platných specializačních náplní, které byly schváleny ministerstvem zdravotnictví v r. 2001. IPVZ organizačně zajišťuje pro MZ také toto specializační vzdělávání, včetně posuzování praxe, organizace povinných školicích akcí aj. (www.ipvz.cz, navštíveno dne: 15. 7. 2007)

**Zařazení do specializačního oboru** provádí na žádost uchazeče ministerstvo zdravotnictví. „Za průběh specializačního vzdělávání odpovídá akreditované pracoviště, které každému uchazeči přidělí školitele se specializovanou způsobilostí v oboru, který je rovněž zapsán v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Školitel dohlíží na odbornou stránku výkonu zdravotnického povolání, průběžně hodnotí teoretické znalosti a praktické dovednosti uchazeče. **Závěrečná zkouška ze specializační přípravy (atestace)** se koná v závěru specializačního vzdělávání po splnění všech požadavků stanovených vzdělávacím programem. Zkouška se koná podle zkušebního řádu před oborovou atestační komisí jmenovanou ministerstvem. Po úspěšném vykonání zkoušky vydá ministerstvo diplom o specializaci v příslušném oboru. V případě neúspěchu může být opakována nejdříve za 12 měsíců. Úspěšným ukončením specializačního vzdělávání závěrečnou zkouškou získává zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností. Specializační vzdělávání uskutečňuje akreditované zařízení podle vzdělávacího programu, který stanoví rovněž požadovaný počet kreditů vyžadovaný k atestační zkoušce. Účast na specializačním vzdělávání podle tohoto zákona se považuje za prohlubování kvalifikace podle zákoníku práce.“ (www.klinickalogopedie.cz, navštíveno dne: 15. 7. 2007).

licenci k provozování vlastní privátní praxe. „Klinický logoped je zdravotnickým vysokoškolským pracovníkem - nelékařem, který je oprávněn samostatně zajišťovat specializovanou péči o děti a dospělé s poruchami a vadami komunikačního procesu. Rehabilitačními metodami navazuje na lékařskou diagnostiku a terapii" (www.ipvz.cz, navštíveno dne: 15. 7. 2007). Klinický logoped nese plnou právní zodpovědnost za veškerou činnost spojenou s vykonáváním své praxe (Škodová,..., 2003).

Logopedickou péči logoped i klinický logoped vykonává hlavně v rezortu zdravotnictví, nicméně má možnost vykonávat logopedickou intervenci i na pracovištích patřících pod ostatní rezorty, ovšem logopedická praxe z jiného rezortu než zdravotnického se nezapočítává do praxe klinického logopeda ve zdravotnictví.

Následující informace se budou týkat přímo popisu logopedické činnosti v rezortu zdravotnictví. Bude užíváno zkráceného označení logoped, ale samozřejmě tím bude myšleno logoped ve specializační přípravě a klinický logoped, kteří pracují v rezortu zdravotnictví.

Logopedická intervence, tzn. činnost diagnostická, terapeutická a preventivní, je osobám s narušenou komunikační schopností<sup>38</sup> poskytována ve státních i soukromých logopedických ambulancích nebo poradnách a dále na logopedických pracovištích při lůžkových odděleních foniatrických, pediatrických, psychiatrických, neurologických, rehabilitačních, také v léčebnách pro děti svícečetným postižením nebo dlouhodobě nemocné, na odděleních plastické chirurgie, v ústavech sociální péče nebo v lázních. Též na specializovaných pracovištích, tzn. na JIP, ve státních, městských nebo soukromých klinikách (se smluvním vztahem ke zdravotním pojišťovnám) nebo v denních stacionářích pro děti i dospělé zřizovaných při zdravotnických zařízeních (Fukanová in Škodová,..., 2003).

Asociace klinických logopedů stanovila činnosti, pro které absolvent specializační přípravy získal způsobilost: „Logoped, který úspěšně absolvoval specializační vzdělávání v základním oboru, se stává klinickým logopedem a získává tak specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Je schopen samostatně zajišťovat specializovanou péči o děti a dospělé s vadami a poruchami komunikačního procesu

\*Tojem **narušená k o m u n i k a ^ s c h o p n o s t („NKS“)** je jedním ze základních termínů současné moderní koncepce logopedie, která

2 v-dsnej pusom ímerrerciicic , xikáIné-sémantické nebo pragmatické nebo formy komunikace záměru. Může se týkat roviny foneticko-  
«recep,iv,,, s.o^ . Lech, (MHO) d41e \* \* NKS  
se může 'projevit jako vrozena vada reci nebo jako získana porucha řeči.

a rehabilitačními metodami navazovat na lékařskou diagnostiku a terapii a podílí se tak na komplexní péči o postiženého jedince. Klinický logoped s nejméně pětiletou praxí při plném pracovním úvazku a získání specializace v základním oboru klinická logopedie - odbornost 903 - může získat licenční osvědčení k provozování soukromé praxe." (www.klinickalogopedie.cz, navštíveno dne: 15. 7. 2007)

Do obsahu logopedické péče patří nejen diagnostika, terapie, osvěta a prevence, ale i poradenství, jak pro děti s narušenou komunikační schopností a jejich rodiče, případně příbuzné, tak i pro dospělé a osoby ve stáří. (Klenková, 2006, srov. Lechtá, 2005).

## 2.2 Hudba a řeč

Tato kapitola navazuje na úvodní vysvětlení základních hudebních a jazykových struktur v mozku a jejich vztahů (viz kapitola 1.4).

Vztahem hudby a řeči se zabývají výzkumné týmy různých univerzit a institucí již mnoho let, zejména (opět) v západních zemích Evropy a v USA, a díky moderním zobrazovacím technologiím přicházejí stále s novými a velmi podnětnými výsledky ze svých neurologických či neuropsychologických, aj. výzkumů. Bohužel jejich dostupnost je

39

velmi obtížná, anebo velmi nákladná. Avšak přesto se mi podařilo najít a získat informace z několika současných výzkumů a ty nejzajímavější, které se vztahují k tomuto tématu, zde předkládám.

Jak jsem již zmínila v první kapitole, díky novým výzkumům se mění náhled na původní názory na striktní rozdělení funkcí levé hemisféry (v souvislosti s řečí) a pravé hemisféry (v souvislosti s hudbou). Ani domněnky o asociaci „holistického sluchového vnímání“ s pravou hemisférou a „analytického sluchového vnímání“ s levou hemisférou nezůstaly nezměněny, neboť výsledky výzkumů prokazují něco jiného (Schuppert a kol. in Pape, 2005). Namísto toho začal panovat názor, že hudební struktury jsou nejprve zpracovávány pravou polovinou mozku, aby následně byly detailněji analyzovány levou polovinou mozku (Altenmüller in Pape, 2005).

Tým výzkumníků z Leipzig Max Planck Institute provedl několik studií ohledně „neuropoznávání hudby“ prostřednictvím akordových sekvencí. Vzorek respondentů se skládal jak z lidí, kteří uváděli, že nemají „žádný hudební sluch“, tak z profesionálních hudebníků. Při hudební percepci byly téměř všechny oblasti mozku, které jsou zodpovědné za řečovou produkci v levé hemisféře, objeveny jako aktivní, v zrcadlovém obrazu v pravé hemisféře. To se týká zejména oblastí v přední „pravoruké“ straně odpovídající Brocovo oblasti a také pravé oblasti mozku v temporálním laloku naproti Wernickeho oblasti. Výzkumníci v dalších studiích zjistili, že tyto oblasti levé hemisféry, které zodpovídají za řeč, se hudební percepci účastní, ač ne na stejné úrovni jako oblasti v pravé hemisféře. Tyto a další výzkumy ústí v prohlášení, že dřívější domněnky o striktním oddělení hudby a řeči v pravé a levé hemisféře už nemohou být nadále prosazovány, protože řeč a hudba

<sup>39</sup> Za získání informací z takovýchto výzkumů se prostřednictvím internetových databází platí od 50 dolarů výše za propůjčení informací z 1 výzkumu na 1 den.

jsou zpracovávány velmi podobně. Stále však zůstává mnoho nezodpovězených otázek. (Pape<sup>40</sup>, 2005).

Další výzkumy doložily, že lidský mozek dokáže rozlišit „hudební syntaxi“, podobně jako rozlišuje syntaxi jazykovou. Bylo zjištěno, že „vstupující následné harmonické hudební sekvence aktivují Brocovu oblast mozku (Brodmannovu areu 44 a 45), stejně jako ji aktivuje syntaxe, kromě ní se ještě vydatněji aktivovala stejná oblast pravé mozkové hemisféry“ (Maes a kol. in Koukolík, 2006, s. 194).

Velmi zajímavé výsledky přinesl také experiment Koelsche a kol., který porovnáním sémantického významu jazyka a hudby zjistil, že „jak jazyk, tak hudba dokážou být podnětem pro slovo a že hudba aktivuje sémantické zpracování pro jazyk“ (in Koukolík, 2006, s. 195).

Je zjištěno, že hudební struktury jsou zpracovávány i Jazykovými oblastmi" mozku. Například při porovnávání aktivity mozku doprovázející poslech klasické hudby s aktivitou, která provází poslech pozměněné podoby hudební ukázky, se prokázala aktivace levostranné dolní čelní kůry (BA 47), která je běžně aktivována při produkci mluvené či znakové řeči. Navíc však byla aktivována i její zrcadlová oblast vpravo (Koukolík, 2006).

Koukolík (2006) v souvislosti s výzkumem Schona a kol. (2004) dále zmiňuje, že hudební výcvik zřejmě facilituje zpracovávání výšky tónů jak v hudbě, tak v jazyce. Výzkumu se účastnili profesionální hudebníci a nehudebníci. Prokázalo se, že vlna evokovaného potenciálu při lingvistické úloze byla zřetelnější u profesionálních hudebníků oboustranně nad spánkovými oblastmi, u nehudebníků nad levou spánkovou oblastí a centrálně. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že profesionální hudebníci, díky svému hudebnímu vyučení, lépe rozlišují výšky tónů v mluvené řeči.

Neméně zajímavé poznatky přinesl další výzkum Koelsche, Grossmanna a kol. (2003), kteří pomocí fMRI zkoumali, jak je hudba v durové a molové tónině zpracovávána mozky dětí (ve věku 5 - 9 let) v porovnání s dospělými lidmi. Zjistili, že již pětileté děti zpracovávají hudbu způsobem odpovídajícím dobře „vžitě kognitivní reprezentaci“

<sup>10</sup> **Prof. Dr. Winfried Pape:** vystudoval muzikologii, pedagogiku a německý jazyk v Hannoveru a Saarbrückenu v Německu. Profesuru získal v Aachenu. Do roku 2002 byl vedoucím oddělení muzikologie a hudební výchovy na University Giessen v Německu. Byl členem „Bundesfachgruppe Musikpädagogik“ „Association for the Study of Populär Music (ASPM)“ a nyní „Society for Contemporary Music“ v Aachenu' Četně publikuje, zejména na téma hudba obecně, mládí a hudba, mládí, kultura a populární hudba, hudba a socializace.

durového a molového tónového systému. Tento tým vědců<sup>41</sup> dále prokázal, že na rozdíl od dospělých jedinců se u dětí při tomto úkolu projeví rozdíly v oblastech mozkové aktivity mezi chlapci a děvčaty. U chlapců byla zaznamenána mozková aktivita zejména v levé dominantní hemisféře, zatímco u dívek se aktivita projevila bilaterálně. Vědci díky dalším experimentům došli k závěru, že na rozdíl od dospělých, děti zpracovávají hudbu v těch samých hemisférách, jako řeč. Tento nálezu vědce utvrdil v podporování názoru ohledně společného původu hudby a řeči v lidském mozku a shodují se s dalšími výzkumy, které názorně dokazují důležitost hudebních prvků v řeči pro osvojení jazyka.

Koelsch problematiku zpracovávání hudby u dospělých a dětí dále rozpracovával s jiným týmem vědců<sup>42</sup> Fritzem, Schulzeovou a kol. (2005), experimenty činili pomocí nepravidelných akordů. Zajímali se také o aspekty rozvoje a vliv hudebního tréninku. Jejich závěry byly neméně zajímavé. Oblasti v pravé hemisféře byly aktivovány u dětí stejně jako u dospělých, ale v levé hemisféře se u dospělých projevila větší aktivace prefrontálních oblastí, v supramarginálním g. a v temporální oblasti než u dětí, nezávisle na hudebním tréninku. U dětí i dospělých, kteří praktikovali hudební cvičení, byly silnější aktivace frontálního opercula a anteriorálních částí superior, temporálního gyru.

S blízkým vztahem syntaktického a sémantického zpracování hudby a řeči v mozku souhlasí i Limb (www.ncbi.nlm.nih.gov, navštíveno dne: 3. 9. 2007).

Z těchto a dalších studií usuzují, že takto vědecky prokázaná "hudebně - řečová" propojenost pravé a levé hemisféry<sup>43</sup> skýtá bezesporu široké pole pro další výzkumy vlivu muzikoterapie na lidský mozek a potažmo na celou bio-psycho-sociální jednotu člověka.

<sup>41</sup> Z Max Plaňek Institute of Cognitive Neuroscience, Harvard Medical School, USA a Institute of General Psychology, Leipzig, Německo.

<sup>42</sup> Z Max Plaňek Institute for Human Cognitive and Brain Sciences, Leipzig, Německo, Music and Neuroimaging Laboratory, Department of Neurology, Beth Israel Deaconess, Medical Center and Harvard Medical School, USA.

<sup>43</sup> „Jazykové funkce jsou převážně spojovány s levou hemisférou. Jedná se však o komplexní kognitivní aktivitu, která se vyznačuje rozsáhlou vzruchovou činností mnoha kortikálních i subkortikálních oblastí obou mozkových hemisfér. Neurofyziologie **levé hemisféry** disponuje účinnými mechanismy pro generování tzv. „základního jazyka“, kam řadíme např. fonologii, morfologii, lexikální sémantiku a syntax. **Pravá hemisféra** je funkčním centrem figurativního jazyka, jehož součástí je např. chápání metafory, ironie, sarkasmu, humoru nebo schopnost generalizace narativních celků atd. Jazyk figurativní, jímž jsou výrazy jazyka transponovány do přeneseného smyslu (sekundární asociace), uniká v běžné logopedické praxi pozornosti, a nebývá tudíž součástí testovacích a diagnostických pomůcek. Snížená úroveň komprehenze figurativního jazyka může jedince významně komunikačně limitovat, protože prvky přeneseného významu jsou v běžném verbálním styku všudypřítomné. Této složce jazykové kompetence by měla být věnována přinejmenším stejná pozornost jako syntaktické nebo morfologické složce jazyka.“ (Stehlíková, O., Majerová, R., Kubík, T., 2005, VI. Afaziologické sympozium)

V návaznosti na výzkumy o plasticitě<sup>44</sup> mozku proto spatřuji v muzikoterapii velký potenciál, kromě dalších disciplín (viz kapitola 1.4 a 1.5), také v neuropsychologické rehabilitaci a logopedii v rámci komplexní léčebné péče o pacienty/klienty.

Ovšem nemohu opomenout, že tématem vztahu hudby a řeči se zabývali již v osmdesátých letech dvacátého století Mátejová s Mašurou (1980), v souvislosti z jejich výzkumem využívání muzikoterapie při léčbě koktavosti. Při porovnávání hudby a řeči vycházeli z jejich společných znaků. Prvním je společný zvukový základ hudby a řeči (hudba a řeč jsou vázané na zvukové signály, a proto obě fungují v mezilidském vztahu jako akustické dorozumívání, komunikace), dalším je způsob přenosu informací (používají stejná akustická média a mají společné orgány pro přijímání signálů), dále při produktivní i receptivní činnosti se na řečové a hudební komunikaci stejným způsobem podílí motorické pyramidální a auditivní sluchové dráhy, bulbární jádra motorických a sensorických thalamických přepínacích oblastí, bulbární jádra eferentních a aferentních mozkových nervů a zapojuje se i retikulární formace a limbický systém. Důležitá a společná pro řeč a hudbu je také kůra spánkového laloku, která informuje a řídí tělo v časových dimenzích. Velmi zajímavé je také stále platné tvrzení, že z vývojového hlediska lidská řeč vycházela z vokálně-zpěvného základu a názoru, že hudební vyjádření je vývojově fylogeneticky starší než řeč (dle zpěvu ptáků). A z pohledu ontogenetického, že kojenci i malé děti umí zvukově vyjádřit melodii dávno předtím, než se naučí mluvit, resp. dítě se napřed naučí naslouchat, poté hudební fonaci a až poté artikulované řeči. Mátejová s Mašurou (tamtéž) dále citují Bláhovou (1949), která upozorňovala na bezprostřední souvislost řeči a hudebního rytmu a možnosti silných zážitků eurytmie (příjemného pocitu ze sladění se s rytmem) a při jejich vzájemném dynamickém prolínání. Často deklamovanou větou se stala Burjankova teze (in Mátejová a Mašura, 1980), kterou nemohu nezmínit ani já, že hudbou je často možné vyjádřit to, co se nedá říci slovem.

<sup>44</sup> Kulišťák (2003) se ve své knize o neuropsychologii věnuje také tématu **plasticity mozku**. Ještě donedávna se totiž vědci domnívali, že v dospělosti má mozek již svoji definitivní podobu a dále se už nevyvíjí. Výzkumy ale prokázaly, že možnosti neuronálních sítí vytvářet stále nová spojení, včleňovat je do dříve vzniklých propojení a budování zpětné vazby, jsou obrovské. Plasticita je podmínkou učení a paměti, kteréžto formují neuronální sítě. Kulišťák (tamtéž) dále upozorňuje na nepříliš známou skutečnost, že při poškození mozkové tkáně mechanismy plasticity začnou pracovat rozsáhleji a umožňují tak v určité míře reparaci nervové tkáně. Vhodné podněty zvenčí dokážou nervové buňky stimulovat a přetvářet. Důležitost tohoto poznatku je nadějí a motivací pro všechny lidi s postižením mozku. Ač existují i skeptičtí neurologové, kteří neuropsychologické rehabilitaci a úpravě poškozeného centrálního nervového systému nedůvěřují, Kulišťák se přiklání k názoru, že prostřednictvím individuálního projektu lze docílit významných zlepšení nejen kognitivních funkcí, ale též celé osobnosti a psychosociální adaptace postiženého jedince.

Samozřejmě hudba a řeč mají též společné akustické a výrazové elementy jakými jsou: rytmus, melodie, harmonie, hlasitost, dynamika, přízvuk a prozodie<sup>45</sup>. Všechny tyto fenomény byly a jsou stále zkoumány. Znamé jsou kupříkladu výzkumy s dětmi, které prokázaly, že řečová prozodie je osvojována dříve než segmentální jednotky jazyka (slabiky) a vytváří tak základ pro vznik řeči a osvojení jazyka (Lewis, podle Rosse, in Kulišťák, 2003).

Loewyová (2004) například tvrdí, že řeč má společné kognitivní a hudební zpracování a lidé tento proces zapojují v každé situaci spojené s komunikací. Ve svém článku také citovala Slobodu, který už roku 1989 shrnul souvislosti hudby a řeči. Hudba a řeč jsou dle tohoto autora „univerzální pro všechny lidi a specificky lidské“, neboť jen lidé je užívají oboje, dále je společná schopnost vytvořit „neomezený počet nových sekvencí“ a užívání slov a hudebních kontur/rysů. Také přirozené „auditorně-vokální“ médium je společné pro řeč i hudbu. Hudba i řeč mohou být taktéž písemně zdokumentovány „vizuálními symboly“. Dalším společným znakem je dle Slobody (tamtéž) to, že receptivní dovednosti předchází před produktivními v rozvoji hudby nebo řeči. V neposlední řadě řeč a hudba jsou formovány kulturním a dobovým kontextem.

K této problematice se vyjadřuje obdobně více autorů (Cohen, 1992,1994, Coleman, McNaim a kol., 1995, Michael a Jones, 1991, Staum, 1989 in Peters, 2000). Shodují se v názoru, že řeč a zpěv jsou přirozeným prostředkem lidské exprese a mají mnoho společného, například základní hudební frekvence, variace a rozsah frekvence nebo výšky, tempo nebo rytmus, vokální intenzitu, správné dechové vzory/zákonitosti a dechovou podporu, koordinovanou fonaci a přesnou dikci.

<sup>45</sup> Dle Koukolíka (2006) se prozodie aktivují temporální oblasti. K prozodii se vyjadřuje též Kulišťák (2003) a dokládá další vy  
 Prozodie činí mluvu srozumitelnější, i když nerozumíme slovům.  
 ténbr (barva zvuku) > rychlost; tlak akcentů & pauzy a melodie.  
 Mezi prozodicke faktory patří, vy ^ forma „neřečové“ komunikace proto přináší mnohem  
 Řečová k, neze je tvořena nllTM'K" a za jímavý m faktem je, že poprvé prozodii popsal už roku 1947  
 rozsáhlejší informaci než poutia (vede gramatiky a slovní zásoby) (Ross a Medulan in  
 Monrad Krohn a označil ji za treu <-  
 Carroll, 1996).



## 2.3 Možnosti využití prvků muzikoterapie v praxi klinického logopeda

*„Hudba nastupuje tam, kde už slovo nestačí.“*

*C. Debussy (in Linka, 1997)*

Tématu využití muzikoterapie či jejích prvků v logopedii je v České republice věnována zatím jen velmi malá pozornost. Velmi mě zaráží fakt, že prozatím nikdo ze současných etablovaných českých logopedů se toto téma nepokusil zpracovat do ucelené podoby a metodiky. O využití muzikoterapie v logopedii se v našich (česko-slovenských) podmínkách můžeme dozvědět o trochu více zejména díky slovenským autorům Mátejové a Mašurovi. Čeští autoři odborných logopedických publikací a statí se k muzikoterapii, až na pár výjimek, nikterak nevyjadřují, hojně lze však v logopedických publikacích najít upozornění na možnosti využití hudebních prvků (např. zpěv písní, práce s rytmem, cvičení prozodie, apod.), nebo různých druhů relaxace v logopedické terapii.

Zde však narážíme na základní problém, odlišení využívání hudebních prvků a prvků muzikoterapeutických, resp. muzikoterapie v logopedii. Terminologickému a obsahovému rozlišení hudební výchovy a muzikoterapie jsem se věnovala v první kapitole (viz 1.1.1.). Muzikoterapeutické prvky mohou být shodné s hudebními, ale vždy záleží na kontextu jejich používání při logopedické intervenci. Základním rozdílem je to, že v muzikoterapii je hudba a její prvky používána k terapeutickým cílům a pozitivnímu ovlivnění tělesného a psychického stavu klienta s důrazem na jeho prožitky, prostřednictvím terapeutického vztahu a určitých terapeutických pravidel. Oproti tomu hudební výchova, resp. užití „pouhých“ hudebních prvků v rámci logopedie, je využívána s cílem klienta naučit či reedukovat hudební schopnosti a dovednosti (např. rytmické vytleskávání slabik, zpěv písniček). Neznamená to však, že muzikoterapie hudební dovednosti a schopnosti nezlepšuje, to samozřejmě také dokáže, ale děje se tak sekundárně a nezáměrně.

Pro téma využití muzikoterapie v logopedii jsem se tedy snažila vyhledat informace také ze zahraničních odborných publikací a výzkumů, kde má muzikoterapie používaná k léčebným účelům mnohaletou tradici a výborné zázemí, a to i v oblasti logopedie.

O možnosti zakomponování muzikoterapeutických prvků do tradičních logopedických přístupů hovoří například Peters (2000). Muzikoterapeutické techniky, zejména ty, které zahrnují zpěv, jsou dle této autorky tou nejpřirozenější cestou k pomoci

lidem zlepšit narušenou komunikační schopnost. Zoller (in Peters, 2000) naznačuje, že hudba může sloužit jako dodatek k tradičním logopedickým postupům, například pokud jsou zpěv a písně používány ke cvičení specifických slov a zvuků.

King (2007) zastává názor, že muzikoterapie, resp. odborní muzikoterapeuti s logopedickými znalostmi mohou hrát významnou roli v léčbě komunikačních poruch. Tato autorka se blíže zabývá prací s dospělými klienty s afázií, apraxií a dysartrií.

K propojení logopedie s muzikoterapií se vyjadřovali již v sedmdesátých a následujících letech Michel a Jones (in Peters, 2000). Prosazovali myšlenku, že pro muzikoterapeutickou intervenci u osob s narušenou komunikační schopností je nejvýhodnější blízka spolupráce kvalifikovaného logopeda a muzikoterapeuta, kteří velmi pozorně vnímají specifické potřeby klienta a citlivě volí terapeutické postupy.

Zapojení hudebních prožitků do logopedické terapie vede ke zlepšení mnoha dovedností nutných pro řečový nebo jazykový rozvoj, jako například sluchového vnímání, sluchové pozornosti, diferenciací a paměti, motorického plánování a svalové koordinace, rozvoji slovní zásoby, schopnosti sociální interakce a k rozvoji představivosti a kreativity (Zoller in Peters, 2000). Hudební prožitky usnadňují nabytí řečových a jazykových schopností například tím, že dokáží klienta motivovat ke spolupráci při léčbě, reedukaci, resp. terapii, obecně intervenci dodávají určitou strukturu, pomáhají k řečovým a jazykovým odezvám a podporují je, také dopomáhají k okamžitému pozitivnímu zlepšení. Klienti totiž někdy nelibě nesou nutnost opakujících se cvičení a tuto stereotypnost pociťují jako nudnou a nezábavnou. Hudební prožitky ale dokáží snížit případnou klientem subjektivně pociťovanou nudnost stereotypních logopedických cvičení. Logopedická terapie s muzikoterapií je vedena příjemnou, radostnou formou, tudíž klient nezažívá případné pocity strachu a ohrožení (Coleman a kol., Michel a Jones, Standley a Hughes, Staum in Peters, 2000).

Klientům s narušenou komunikační schopností muzikoterapie pomáhá zlepšit dechovou a svalovou kontrolu, stimuluje vokalizaci, rozvíjí receptivní a/nebo expresivní jazykové dovednosti, zlepšuje artikulaci, řečové tempo a plynulost a/nebo napravuje hlasové poruchy (Peters, 2000). Tato autorka dále popsala muzikoterapeutické přístupy, které podporují a usnadňují řečový nebo jazykový rozvoj či rehabilitaci u jedinců, kteří mají afázií, rozštěpy patra, nebo muzikoterapii v kombinaci s alternativními komunikačními systémy.

K narušené komunikační schopnosti, ať už jakéhokoli původu, se často přidružují psychické a sociální obtíže pramenící z tohoto znevýhodnění. Narušení jazykových nebo

řečových dovedností může jedince přivádět do velmi nepříjemných rolí a situací. Zejména lidé se získaným postižením se cítí (často bohužel právem) izolovaní od společnosti, přátel, ale i rodiny. V průběhu vyrovnávání se s vlastním postižením se potýkají s velkými psychickými a emočními problémy (frustrace, stres, zlost, agrese, obavy, apatie, nízké sebehodnocení, pocit ztráty smyslu života, atd.), které pramení také ze ztráty jejich dosavadního životního stylu a změny sociální a pracovní role (srov. Herejková a kol., 2006, Cohen in Peters, 2000, ASHA in Peters, 2000). Velmi vhodnou součástí komplexní léčebné péče o klienta s narušenou komunikační schopností by proto měla být i muzikoterapie, zejména při spolupráci logopeda a muzikoterapeuta. Odborně vedená muzikoterapie může velmi dobře kompenzovat všechny výše uvedené negativní psychické stavy klienta a terapeuticky s nimi pracovat, a tím napomáhat (kromě jiného) i ke zdárné logopedické intervenci. Muzikoterapie může klientovi poskytovat bezpečný prostor pro uvolnění negativních emocí, nabízet pozitivní prožitky a vést ke zvyšování sebevědomí a pozitivnímu sebehodnocení, ale také k zážitku úspěchu a chuti komunikovat s ostatními (srov. Peters, 2000). Muzikoterapie může pomoci jedincům s narušenou komunikační schopností zlepšit sebedůvěru, emocionální vyjádření a sociální interakci. Terapeutické cíle se obecně týkají také zlepšení schopnosti vokalizovat, zvýšení dechové a svalové kontroly nezbytné pro řeč, navýšení slovního vyjádření, rozvoje přiměřeného řečového rytmu a jeho hlasové modulace a též rozvoje receptivních a/nebo expresivních jazykových dovedností (Peters, 2000).

Je zajímavé, že již v roce 1973 při vymezení možností a cílů muzikoterapie Lecourtová (in Mátejová a Mašura, 1980) jako prvním z šesti základních aspektů použití hudby v terapii uvedla využívání muzikoterapie při zablokovaném procesu komunikace se sociálním okolím, ku příkladu při mutismu a balbutismu.

Historie používání hudby při odborné logopedické intervenci však může být datována již od třicátých let minulého století. Jak uvádí Mátejová a Mašura (1980) prvky muzikoterapie či lépe řečeno vlastností hudby při terapii koktavosti využívaly již od roku 1937 v Rusku Florenskaja, Grinerová a Samoljenková na základě léčebné rytmiky<sup>46</sup>. Dalo by se říci, že šlo o speciální hudební, pohybová a řečová cvičení, při kterých byl kladen důraz na všestranně léčebně-výchovné účinky hudby. Dále Mátejová s Mašurou (tamtéž) uvádějí, že v padesátých letech v tehdejší NSR Fengler používal melodickou složku hudby, přičemž vycházel z melodie řeči, u balbutiků, afatiků a dalších pacientů s řečovými

<sup>46</sup> Metodiku **léčebné rytmiky pro děti i dospělé** vytvořil a prakticky aplikoval již od roku 1927 Giljarovskij na neuropsychologické klinice v Moskvě při léčbě neurotiků (Mátejová a Mašura, 1980).

poruchami. Muzikoterapie byla uplatňována při terapii dětí s poruchami řeči a sluchu i v sedmdesátých letech v bývalé Jugoslávii. V tomto období využívali cvičení pod názvem logorytmika také v Polsku. Odborně velmi přínosnou byla a stále je ucelená koncepce léčebně-výchovné muzikoterapie, kterou systematicky vyvíjeli a aplikovali na Slovensku od sedmdesátých let minulého století Mátejová s Mašurou. V Česku se prvky muzikoterapie využívaly především v Praze na Foniatické klinice M. Seemana a na foniatickém oddělení bývalého Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho, ale posléze i na dalších logopedických pracovištích, také v základní škole pro neslyšící v Praze-Radlicích a ve škole pro děti s poruchami řeči v Praze-Kobylisích (Mátejová a Mašura, 1980, 1992).

Bohužel muzikoterapii a jejímu rozvoji v českých podmínkách nebylo věnováno tolik pozornosti, jako v zahraničí a dosud zde nejsou zcela adekvátní podmínky pro její aplikaci, což platí i v rámci logopedie. Zdá se, že až v posledních několika letech se díky důrazu na komplexní pojetí péče o klienta pozornost zaměřuje nejen na podstatu narušené komunikační schopnosti, ale i na člověka samotného, jeho osobnost a prožívání, které bývají důležitým činitelem v celé logopedické péči.

Obecně řečeno, muzikoterapeutických prvků je možno využít v rámci celé logopedické intervence, což znamená při činnosti diagnostické, terapeutické a preventivní. Odborná znalost a umění aplikace muzikoterapie může napomoci již při úvodním seznamování a navázání kontaktu s klientem, například pokud je klientem vystrašené, úzkostné dítě, které odmítá spolupracovat. Díky zapojení muzikoterapeutických prvků do verbální komunikace může logoped snáze navodit pocit klidu, bezpečí a důvěry. V diagnostické fázi je možné využít některé z muzikoterapeutických/hudebních nástrojů (buben, zvoneček, zvonkohra, metalofon, atd.) už při orientačním vyšetření sluchu, například při určování zdroje zvuku nebo jeho diferenciaci (srov. Mašura in Lechtá, 2003). Nástroje mohou v diagnostice posloužit také při hodnocení jemné motoriky rukou, například při pozorování, jak klient s nástroji manipuluje a jak dokáže koordinovat pohyby. Muzikoterapeutické techniky mohou být nápomocné i při hodnocení celkové komunikační schopnosti klienta, např. jakým způsobem klient navazuje celkový a zrakový kontakt, jak spolupracuje a jak se dokáže soustředit (srov. Lechtá, 2003). Ovšem znovu připomínám, že podstata muzikoterapie tkví v zaměření na prožitek klienta, změnu jeho negativního psychického a emočního naladění na pozitivní. Nemůže se proto jednat o kvantitativní hodnocení jeho výkonu při muzikoterapii. Plán muzikoterapeutické intervence v logopedii ale v sobě může zahrnovat částečnou diagnostiku pomocí muzikoterapeutických technik,

a to jako sekundární cíl. Muzikoterapii v diagnostické fázi by bylo možné také užít pro odreagování a relaxaci mezi různými logopedickými diagnostickými testy. Nejširší pole působnosti má muzikoterapie přímo v rámci logopedické terapie, což bude podrobněji zmíněno dále u konkrétních typů narušené komunikační schopnosti.

Souhrnně řečeno možnosti muzikoterapeutického působení u osob s narušenou komunikační schopností spočívají (dle Kantora in Lipský, 2005): ve výstavbě mluvené řeči (artikulace, fonace, respirace, intonace, ovládání tempa řeči, rozšiřování slovní zásoby, atd.) a rozvoji alternativních způsobů komunikace (komunikace cíleným pohledem, výrazy obličejové, gesty, manuálními znaky a symboly - např. Bliss symboly, Makaton, aj. (Škodová, ..., 2003). Další možností je dle Kantora (in Lipský, 2005) rozvoj nonverbální komunikace (např. řeč těla, hra na tělo, hudební komunikace), rozvoj receptivní složky komunikace (zvýšení schopnosti porozumění mluvené a psané řeči a rozšiřování slovní zásoby, např. pomocí písni nebo propojení receptivní muzikoterapie a prací s obrázky a kresbami), dále pak muzikoterapie zprostředkovává zkušenosti v komunikačních situacích a motivuje k sociální interakci a též při relaxaci, snížení úzkosti a stresu.

Největší potenciál muzikoterapie využívané v logopedii však spatřuji v její schopnosti být motivačním, stimulačním či relaxačním a zejména neuropsychologickým a psychotherapeutickým prostředkem v průběhu celé logopedické intervence a její použitelnost pro většinu klientů s narušenou komunikační schopností. V podstatě lze říci, že vhodně aplikovaná muzikoterapie může být pro logopedii velmi dobrou podpůrnou terapií, neboť dokáže pozitivně ovlivňovat psychosomatiku člověka (viz kapitola 1.4), tím napomáhat k úspěšnému průběhu a cíli logopedické intervence. Velkou efektivitu mnoha terapií prokázalo užití multisenzoriálních podnětů, jak tvrdí Procházka (1997, . 44), „čím komplexnější samotná terapie bývá, na čím více smyslů působí, tím je její vliv zpravidla hlubší". Muzikoterapie však nemusí být „jen" podpůrnou terapií, ale v zahraničí bývá také aplikována jako samostatná a rovnocenná terapie, která je součástí komplexní léčebné péče o klienta.

Neméně důležitou možností působnosti muzikoterapie v logopedii spatřuji v její funkci psychohygienického činitele pro logopeda jako člověka, který vykonává velmi náročnou pomáhající profesi. Logoped je nejen erudovaným odborníkem v oblasti širokého spektra narušených komunikačních schopností a specifických potřeb znevýhodněných jedinců, ale ve své praxi uplatňuje kromě jiného i znalosti a dovednosti z oblasti psychologie, neurologie, neuropsychologie, atd., často též všech speciálně-pedagogických disciplín (psychopedie, somatopedie, surdopedie, atd.) a také sociální práce (mnohdy

zároveň s logopedickou péčí poskytuje klientovi a jeho rodině poradenské služby). To vše, spolu s administrativní náročností povolání klinického logopeda v rezortu zdravotnictví, klade na logopeda nesmírné nároky. Je proto velmi nutné dbát na psychohygienu a prevenci syndromu vyhoření. Muzikoterapie jednou z možných volnočasových aktivit a pro mnoho logopedů znamenat vítané zpestření a relaxaci, ale též být zdrojem dalšího duševního rozvoje a obohacení.

Považuji za nutné upozornit také na to, že metody a techniky muzikoterapie musí vždy zohledňovat individuální možnosti a schopnosti klienta. Dále je nutné postupovat v souladu s vývojovými fázemi a také dle věkových a dalších specifík klienta a jeho konkrétního zdravotního znevýhodnění. Jak jsem již zmínila výše, přístup ke klientovi dětského a dospělého věku bude přirozeně jiný. Ku příkladu s dětmi se zpravidla pracuje nejlépe pomocí hry a terapeutický cíl je soustředěn na rozvoj psychomotorických a komunikačních dovedností. U adolescentů musí být brán zřetel na velmi senzitivní aspekty jejich dospívání, zvláště se musí přihlížet ke zvýšené psychické a fyzické zátěži organismu a k psychosociálním důsledkům přetrvávající poruchy řečové komunikace. Proto tato populace vyžaduje zásadně jiný přístup a metody péče než dětská populace. Při práci s adolescenty se využívá hojně motivace příslušná věku a rozvíjí se metody psychoterapeutického přístupu zahrnující práci s prožíváním, emocemi, a rozvoji sociálních dovedností včetně vztahů k vrstevníkům (Škodová, ..., 2003). Tito klienti jsou v rámci terapie vedeni také k zodpovědné spolupráci s terapeutem, resp. logopedem. U dospělých osob terapeut, resp. logoped dbá kromě jiného na rozvoj a maximalizaci komunikačního potenciálu, klienta se snaží motivovat, ale také respektuje volbu klienta, zda a jak často bude cvičit. Terapeut by měl s dospělým klientem komunikovat na bázi partnerské a facilitační, nikdy ne z nadřazené pozice (např. učitel-žák). V neposlední řadě by měla být ctěna zásada dobrovolnosti, a to zejména v rámci muzikoterapie. Pro každého klienta bez rozdílu věku je však důležitý prožitek úspěchu a ocenění jejich aktivní účasti na terapii.

Je také potřeba se zamyslet otázkou, jak zdravotní znevýhodnění ovlivní rodinné a přátelské vztahy člověka. Tato problematika je velmi složitá a obsahuje několik rovin, zasluhovala by proto samostatné zpracování. Stručně řečeno dopad zdravotního znevýhodnění, resp. narušené komunikační schopnosti člověka na osobní vztahy je velmi zásadní a často bývá bohužel negativní. Domnívám se proto, že muzikoterapie by mohla hrát velmi podstatnou úlohu i v této oblasti. Při muzikoterapii s klientem a společně s jeho rodinnými příslušníky, nebo přáteli, by mohla napomoci ve vzájemných vztazích ku

znovuobnovení harmonie nebo nastavení nových pozitivních komunikačních vazeb. Zvláště v případě těžkého znevýhodnění člověka (např. afázie) se podobně jako člověk sám, tak i jeho blízcí mohou ocitnout ve velmi psychicky náročných situacích. Mohou například pociťovat tenzi a bezmoc kvůli případné nedařící se komunikaci se svým blízkým a neznalosti, jak porozumět jeho vyjadřování a stávajícím specifickým potřebám a přáním. Logoped ve spojení s muzikoterapeutem jim mohou pomoci nalézt společnou cestu komunikace. Navíc velmi přínosným by jistě byl společný prožitek úspěchů klienta při muzikoterapii, kdy by jeho blízcí zažili např., jak se při muzikoterapii dokáže uvolnit a lépe komunikovat (neverbálně, ale i třeba verbálně - zpěvem), při hře na nástroje např. zapojovat postiženou končetinu, prožívat radost, při zábavných muzikoterapeutických technikách a díky uvolnění endorfinů při hře, nebo by mohli lépe vnímat jeho nové schopnosti a dovednosti. Také společné vyjádření a prožití emocí a jejich pochopení by mohlo znamenat pro komplexní terapii klienta velmi mnoho. V tomto případě by ale musela být splněna podmínka, že muzikoterapii cílenou na práci s takto hlubokými prožitky a emocemi může vykonávat logoped pouze v přímé spolupráci s odborným muzikoterapeutem, tzn. klinickým psychologem se specializací v psychoterapii (viz kapitola 1.9.).

V neposlední řadě bych chtěla zmínit několik muzikoterapeutických prvků a forem, které dle mého názoru lze využít v rámci logopedické intervence, nebo v její součinnosti, tzn. při využití muzikoterapie jako podpůrné terapie při logopedii. Ovšem znovu připomínám, že by se tak mělo dít na základě muzikoterapeutického vzdělání logopeda či spolupráce logopeda s odborným muzikoterapeutem a dle sestaveného terapeutického plánu. Muzikoterapii v logopedii je možné aplikovat v individuální nebo skupinové terapii, a to aktivní nebo receptivní formou. Mezi muzikoterapeutické prvky a techniky vhodné při logopedické intervenci patří: zpěv a rozličné zvuky, instrumentální hra, dechová cvičení při hudbě (Mátejová a Mašura, 1980), „MIT<sup>47</sup>“, „Voice therapy<sup>48</sup>“, „vibroacoustic

<sup>47</sup> Melodic-intonational therapy („MÍT“) používají zejména v zahraničí logopedi a muzikoterapeuti jako terapii u klientů s afázií způsobenou poškozením mozku. Tato metoda využívá styl zpěvu zvaný melodická intonace, který stimuluje pravou hemisféru mozku a napomáhá tak spolu s rytmickými vzory, řečové proau efektivitu (Sparks, 1974; když pracovali s dospělými lidmi s afázií. Sparks, Helm a Albert a prokázal u klientů s Brokovou afázií (Marsha, a Holtzapple, Sparks a kol. předpokládán, že je způsobena expresivní afázií, ale další modifikace se uplatňují (1976). MÍT je dnes využívána nejen u dětí s Downovým syndromem. Reaktivaci Brokové oblasti při opakování zapříváňých slov prokázaly (Chamberlin, 1994), Krause a Gallowaye či Lucia in Peters (2000).

therapy", rytmicko-melodická terapie, hudební improvizace, hudební interperatace, různé relaxační metody a techniky, muzikomalba, muzikoterapie s dramaterapeutickými prvky či tanečními prvky, resp. pohybové uvolnění a splývání s rytmem hudby nebo pohybová dramatizace při hudbě (Mátejová a Mašura, 1980), „rytmoterapie“ (Strossová in Linka, 1997), hudební pohádky, pantomima při hudbě (Mátejová a Mašura, 1980, Mátejová a Hanuš, 1980), též vlastní skládání písní (textů, melodie), atd. (více kjednotlivým složkám viz Zeleiová, 2002 a 2007, Felber a kol., 2005, Kantor, 2005 ([www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz), navštíveno dne: 10. 9. 2007), Peters, 2000, Linka, 1997, Mátejová a Mašura, 1992 a 1980, Pokorná, 1982, Mátejová a Hanuš, 1980, ad.)

Nyní budou nastíněny možnosti využití muzikoterapie a jejích prvků u základních typů narušené komunikační schopnosti, se kterými se kliničtí logopedové v praxi setkávají nejčastěji. Bude postupováno dle symptomatické klasifikace narušené komunikační schopnosti dle Lechty (2003) a Škodové a kol. (2003). Zaměřeno bude zejména na: poruchy vývoje řeči (opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie), získané organické poruchy řečové komunikace (afázie, syndrom demence a poruch komunikace), získanou psychogenní nemluvnost (mutismus), poruchy při anomáliích orofaciálního systému - narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení fluence (plynulosti) řeči (balbuties, tumultus sermonis), narušení článkování řeči (dysartrie, dyslalie).

Jak jsem již výše předeslala, tato část práce si neklade za cíl popsat komplexně a detailně etiologii, symptomatologii a možnosti diagnostiky a celkové terapie u každého druhu narušené komunikační schopnosti, ale chtěla by v náhledu poukázat na hlavní možnosti využití muzikoterapie a jejích prvků v klinické logopedii u nejčastějších poruch narušené komunikační schopnosti.

O MIT se zmiňuje například také Neubauer (2007), Klenková (2006), Čecháčková (in Škodová, ..., 2003) Czefalvay (1996).

<sup>48</sup> **Voice therapy („VT“)** - je behaviorální metoda zaměřená na změnu způsobu hlasové produkce. VT je efektivní a vhodná jako samostatná metoda v terapii hlasových poruch nebo v souvislosti s jinými léčebnými zákroky (např. operace, medikace). Uplatňuje se např. u klientů s hyperkinetickou, nebo spastickou dysfonií či hypokinetickými hlasovými poruchami (např. hypokinetická dysartrie afonie u lidí s Parkinsonovou nemocí a parkinsonismu vyvolaném působením léků) a u klientů s psychogenními poruchami hlasu (srov Branski a kol., 2005, dostupné na [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com), navštíveno dne: 12. 9. 2007). Jednou z technik VT je také **Lee Silverman Voice Treatment („LSVT“)**, úspěšně užívaná zejména u klientů s Parkinsonovou nemocí (blíže např. [www.lsvt.org](http://www.lsvt.org), [www.nyee.edu](http://www.nyee.edu), navštíveno dne: 10. 9. 2007). LSVT zkoumal např také Sapir a kol. (2003), a to u klientů s ataktickou dysartrií.



### 2.3.1 Využití prvků muzikoterapie u klientů s poruchami vývoje řeči

#### 2.3.1.1 Využití prvků muzikoterapie při opožděném vývoji řeči

Dětem s opožděným vývojem řeči (prostým) může muzikoterapie poskytovat mnoho podnětů, kterých se jim, například z důvodu nepodnětného prostředí a nepečující rodiny nedostává, a stimulovat je v jejich celkovém psychomotorickém rozvoji. Může pomoci saturovat jejich další základní psychické potřeby, o kterých se zmiňoval např. Z. Matějček téměř ve všech svých knihách a přednáškách a kladl na ně velký důraz. Také děti s opožděným řečovým vývojem potřebují jistotu a bezpečí, určitý (smysluplný) řád, citově vřelé prostředí, což dokáže muzikoterapie vedená kvalitním terapeutem nabídnout. Muzikoterapie u těchto dětí může pomoci rozvíjet emoční vnímání a vyjadřování a kromě jiného také může podporovat rozvoj sluchové percepce a paměti, schopnost sluchové diferenciaci, aktivní a pasivní slovní zásobu a spontánní řeč (srov. Škodová, ..., 2003, Klenková, 2006). Vhodná je jak individuální, tak skupinová muzikoterapie, aktivní i receptivní forma. Logoped, potažmo muzikoterapeut by měl působit také v oblasti prevence, učit rodiče stimulovat rozvoj (řečový) jejich dítěte už od jeho narození, a to např. melodickým zpíváním, jemnými zvuky (např. pomocí zvonkohry), broukáním spolu s dítětem, hrou a uměním poskytovat dítěti adekvátní komunikační zpětnou vazbu.

Velmi dobré výsledky vykazuje užití muzikoterapie v rámci kojeneckých ústavů<sup>49</sup>, příkladem může být Dětské centrum (dříve Kojenecký ústav při Thomayerově nemocnici) v Praze Krči, kde pod vedením dětské lékařky M. Litovové a participujících odborných muzikoterapeutů dosahují aplikací muzikoterapie značných úspěchů v psychomotorickém vývoji dětí a prevenci vývojových opoždění.

Na závěr je dobré připomenout slova J. A. Komenského, který ve svém díle *Informatorium školy mateřské* doporučoval vychovávat děti od narození právě prostřednictvím hudby. Hudbu charakterizoval nejpřirozenější součástí člověka, která vede k poznání krásy melodie, harmonie a rytmu, rozvíjí chápání, sluchové vnímání a paměť (Mátejová, Mašura, 1992).

<sup>49</sup> Již Damborská v šedesátých letech minulého století zkoumala a upozorňovala na důležitost citové, sociální a mluvní stimulace pro duševní rozvoj dítěte (blíže viz Damborská, 1963 a 1967).

Adekvátně aplikovaná hudba a zpěv mohou být jednou z přirozených cest prevence opožděného vývoje řeči, proto by měl (nejen) logoped rodiče vést k přiměřené řečové stimulaci dítěte, na jejímž počátku jsou i podněty hudební a láskyplný zpěv<sup>50</sup>.

### 2.3.1.2 Využití prvků muzikoterapie při vývojové dysfázii

Muzikoterapie s dětmi s vývojovou dysfázií má velmi široké pole působnosti, neboť jak poznamenává Škodová (2003) tato vývojová porucha řeči je charakterizována velice širokou symptomatikou ve vlastní řečové produkci v mnoha jejích úrovních a také výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Nejnápadnějším symptomem je většinou výraznější opoždění vývoje řeči. Jedním z příznaků vývojové dysfázie je i narušení sluchového vnímání, kdy je výrazně porušena schopnost sluchem rozlišit jednotlivé prvky řeči (poruchy vnímání a užívání jednotlivých hlásek, poruchy rozlišování zvukově podobných hlásek, poruchy vnímání a v souvislosti s tím i tvorby sledů hlásek i sledů slabik). Též je přítomna porucha vnímání, zapamatování a napodobení melodie a rytmu. Dalším z příznaků vývojové dysfázie je narušení paměťových funkcí, a to u dlouhodobé i krátkodobé paměti. Tyto děti mívají velké obtíže si zapamatovat základní instrukci, nedovedou ji použít v analogickém úkolu, nezvládají opakování delších slov, napodobit stále se opakující rytmickou řadu v říkance atd. (Škodová, ..., 2003).

Muzikoterapie by se u těchto klientů tudíž zaměřovala zejména na tyto výše jmenované problémové oblasti. Velmi přínosné by bylo využití relaxačních technik receptivní muzikoterapie a pro vyváženost v určitých situacích naopak stimulace pomocí aktivních i receptivních prvků muzikoterapie (např. použití rytmických muzikoterapeutických nástrojů, jakými jsou bubínky, bubny, činelky, atd.). Pomocí bubnování je rozvíjeno několik poškozených oblastí zároveň - obecně sluchové vnímání, vnímání a zapamatování rytmu. Dítě by tak procvičovalo paměťové funkce a samozřejmě také hrubou motoriku horních končetin a jemnou motoriku dlaní a prstů (např. hraní výšek

<sup>50</sup> Všeobecně známým faktem je, že zvuky ovlivňují dítě již v prenatálním období. Plod začíná vnímat zvukové podněty již od pátého měsíce, kdy vnímá zejména tlukot matčina srdce (Klika a kol., Věrný, a kol. in Vágnerová, 1999). Plod slyší zvuky z vnitřního i venkovního prostředí, které jsou ale mírně pozměněny amniovou tekutinou, v níž žije. V průběhu posledního trimestru se plod naučí diferencovaně reagovat na různé zvuky, hudbu, známé hlasy, které dokáže do určité míry rozeznávat i po narození (Vágnerová, 2000). Výzkumníci a autoři odborných publikací proto věnují pozornost vlivu hudby a muzikoterapie již od prenatálního období dítěte. Ze zahraničních publikací jmenují například Nocker-Ribaupierre (2005). V USA funguje např. National Institute for Infant and Child Medical Music Therapy. V České republice se tématu vlivu hudby na dítě v pre- peri- a postnatálním období a jeho matku věnuje kupř. Marek (2002). Neurologickým, psychologickým a sociálním aspektům hudby v prenatálním období dítěte a dále v dalším vývoji se věnuje také Koukolík (2006, 2007). Koukolík (2006) pojednává také o tzv. „maminkovštině“ (melodické vokalizaci), která se zdá být předjazykovým hudebním signálem pro všechny děti na světě.

na kraji bubnu kupř. jako „kapky deště“, apod.) (srov. Mátejová a Mašura, 1992, Zeleiová, 2002, 2007).

Významná je i motivační funkce muzikoterapie k další činnosti, například ke speciálním logopedickým cvičením, dále k navození stavu soustředěnosti, atp. Prostřednictvím bubnů mohou klienti případně vybit i negativní emoce. Muzikoterapeut musí počítat s tím, že děti s vývojovou dysfázií mají problémy i v oblasti časového zpracování akustického signálu, tudíž s výskytem latencí (prodlev, zpoždění) při zpracování akustické informace (tedy i ve zpracování např. otázky nebo slovní instrukce) (Škodová, ..., 2003). Terapeut by tudíž měl svůj projev korigovat do krátkých vět a instrukce dítěti klást postupně, popř. trpělivě zopakovat, atd.

U dětí s vývojovou dysfázií je vhodné použití jak individuální, tak i skupinové muzikoterapie, a to receptivní tak aktivní formou. Pro skupinovou muzikoterapii stejně jako pro skupinovou logopedii je vhodný počet maximálně šest dětí. „Cílem skupinových programů je rozvíjení jemné i hrubé motoriky, nácvik a upevnění nejrůznějších dovedností a pohybových stereotypů, zlepšení koordinace a harmonie pohybu.“ (Kaprál, Lísalová in Škodová, ..., 2003, s. 132,133).

Škodová a Jedlička popsali program skupinové logopedie s dětmi s vývojovou dysfázií, která by se dala vztáhnout i na skupinovou „logopedickou muzikoterapii“, následovně: v úvodní části programu převažují rušné činnosti. Jejich význam spočívá v „zahřátí“ organismu, odreagování a v celkovém uvolnění, (pozn. tyto úvodní techniky jsou v literatuře uváděny pod „warming-up activity“). Po této části následuje krátká relaxace pro fyzické i psychické uvolnění. „...Je přirozeně spojována i s dechovým cvičením. Pro děti s charakteristickým motorickým neklidem, dráždivostí a zbrklými reakcemi představují relaxace významnou součást cvičení. Relaxace mohou prolínat celým programem. Vkládáme je na začátek, mezi jednotlivá cvičení, popřípadě na závěr programu.“ (Škodová, ..., 2003, s.133), (srov. Šimanovský, 1998). Dále autoři stručně popisují hlavní část programu s pohybovými aktivitami a činnostmi zaměřenými na cvičení hrubé a jemné motoriky, koordinaci pohybu, orientaci v prostoru, rozvíjení zrakové, sluchové a hmatové percepce za současného rozvíjení sociálních dovedností.

## **2.3.2 Využití prvků muzikoterapie u klientů se získanými organickými poruchami řečové komunikace**

### **2.3.2.1 Využití prvků muzikoterapie při afázii**

Narušení komunikační schopnosti, jejíž příčinou je afázie, bývá zpravidla velmi závažné a vyžaduje systematickou a dlouhodobou komplexní péči. Afázie je řazena do souboru vyšších kortikálních poruch, kam patří také agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru atd. (Čecháčková in Škodová, ..., 2003). Dle Cséfalvaye (in Lechtá a kol., 2003) jde o získané narušení komunikační schopnosti, které vzniká při ložiskových poškozeních mozku a důsledkem systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka je také zasažení symbolických procesů. Neubauer (2007) afázii popisuje jako poruchu individuálních jazykových schopností na bázi poškození CNS, která ovlivňuje percepci mluvního projevu (percepční afázie), verbální expresi (expresivní afázie), lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce. „Dominující bývá zejména nemožnost srozumitelně se vyjádřit verbální řečí, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií.“ (Neubauer, K. 2007, s. 53) Neubauer (tamtéž) fatické poruchy obecně vnímá jako jedny z nejzávažnějších a nejmučivějších poruch, jakým může být člověk vystaven, neboť spolu s výše uvedenými problémy znemožňují kvalitní řečovou komunikaci s okolím.

Jak je patrné z předchozích kapitol, muzikoterapie díky svým pozitivním účinkům na kognitivní, psychické i fyzické oblasti člověka může být velmi přínosnou složkou komplexní léčebné péče o pacienta s afázií. Znovu se budu opakovat, ale myslím že je důležité zdůraznit holistický přístup ke klientovi s takto závažným znevýhodněním. Klasické terapeutické přístupy by se neměly soustředit pouze na rehabilitaci poškozených fatických funkcí, ale spolu s nimi by se měli věnovat stejně i psychické sféře klienta a jeho prožívání. Jak jsem poznamenala výše, klient s afázií a jeho rodina jsou vystaveni velmi náročné životní situaci, k jejímuž zvládnutí potřebují pomoc týmu odborníků. Zde bych proto také ráda vyzdvihla spolupráci klinického logopeda s psychologem či psychoterapeutem a muzikoterapeutem (nebo samozřejmě klinickým psychologem a muzikoterapeutem v jedné osobě). V České republice není prozatím mnoho klinických logopedů, kteří by splňovali podmínky také odborného muzikoterapeuta. Nicméně ve své praxi mohou používat některé z muzikoterapeutických technik a prvků, nejlépe po

absolvování alespoň některých z dostupných odborných muzikoterapeutických kurzů (viz kapitola 1.9).

Čecháčková (in Škodová, ..., 2003) považuje muzikoterapii v terapii komunikačních poruch za velmi důležitou. Již samo vyšetření kortikálních funkcí je velmi náročné a pacient je traumatizován uvědoměním si, co vše nyní nezvládá. „Pacienti často pláčí. Zejména zde se osvědčilo použít hudbu nejen na odstranění únavy během vyšetření, ale i jako utišující, zklidňující prostředek" (Čecháčková M., in Škodová, ..., 2003, str. 171). Klinický logoped pečuje o pacienta s afázií již během hospitalizace v akutním stádiu. Muzikoterapii lze využít již v této fázi péče. Jak se dále zmiňuje Čecháčková (tamtéž) metody vizualizace a muzikoterapie je možné využít již u pacientů v somnoletním stavu (které označila jako skupinu B). Předpokladem ale je, že se u pacienta nevyskytuje těžká porucha percepce mluvené řeči (Wernickeova afázie) a také za podmínky soukromí a klidného prostředí. Zde bych si dovolila lehce nesouhlasit, neboť se domnívám, že prvky muzikoterapie lze užít i u klienta s tímto typem poruchy. Receptivní muzikoterapie může být velmi účinnou podpůrnou terapií. Opět zopakuji výše řečené, hudba jde dál a hlouběji než slovo a dokáže působit i ambientně. Bývá užívána už i u pacientů v komatózním stavu (srov. Baker a Tamplin, 2006). U Wernickeovy afázie se (na rozdíl od Brocovy afázie) například nedoporučuje aplikace MIT. Většina ostatních muzikoterapeutických technik, zejména terapeutické užití hudby k relaxačním účelům, mohou být i pro klienta s Wernickeovou afázií velmi příjemné. Čecháčková (tamtéž) dále zdůrazňuje, že u pacientů po CMP nebo dlouhodobě nemocných je velmi důležité procvičovat správné dýchání<sup>51</sup>, což opět je také doménou některých muzikoterapeutických technik. Čecháčková (tamtéž) při terapii fatických poruch doporučuje receptivní i aktivní muzikoterapii jako podpůrnou stimulaci i u skupiny pacientů, (které označuje jako skupinu C), kteří mají již adekvátní odezvy na mluvní podnět či dotek.

Otázkou však zůstává, nakolik jsou česká nemocniční zařízení technicky, prostorově, personálně atp. pro využití muzikoterapie vybavena.

Muzikoterapie je doporučována také u klientů s afázií v chronickém stádiu. Využití prvků receptivní a aktivní muzikoterapie jako podpůrné metody k dalším terapiím může být velmi nápomocné v procesu vyrovnávání se s důsledky narušené komunikační schopnosti, nejen v oblasti sociální komunikace, ale i v oblasti psychické a fyzické.

<sup>51</sup> Je mnoho druhů psychoterapeutického dýchání např. dýchání břišní, rytmické dýchání, hluboké dýchání v klubičku, existující jogínské dýchání, vitalizující dýchání atd. (Čecháčková in Škodová, ..., 2003).

Muzikoterapie ve spojení s psychoterapií pomáhá klientovi zmírnit psychickou zátěž, ale dále dle Čecháčkové (in Škodová,..., 2003) odstraňuje únavu, navozuje pocit pohody a vzájemné důvěry mezi pacientem a terapeutem. Muzikoterapie také dokáže stabilizovat svalový tonus, čímž napomáhá dechovým i artikulačním cvičením, jak u klientů s afázií, tak například i u klientů s dysartrií.

„V terapii afázie je patrný posun od nespecifických intervenčních postupů k více diferencovanějším a specifickým technikám, např. terapie na blokování perseverací (TAP) a melodicko-intonační terapie (MIT, viz výše). U nás jsou známé a v praxi užívané postupy využívající melodií k reedukaci komunikačních schopností. Často je pacient schopen, na základě jemu předezpívané melodie, vybavit si text písně, kterou zpíval v mládí (jednoduché typy písně typu Já do lesa nepojedu, Pec nám spadla atd.). Dokáže také zazpívaná slova aplikovat při spontánní řeči (např. píseň Černé oči využije při pojmenování části těla)" (Čecháčková M., in Škodová,..., 2003, str. 171). Na tomto poznatku se shoduje mnoho autorů, například již zmíněný profesor neurologie O. Sacks (2002) tvrdí, že u pacientů s afázií schopnost zpívat slova bývá nezasazena. Někteří z pacientů se mohou touto cestou i rozpomínat na slova a gramatické struktury, které zapomněli (srov. Goodglass, Palmer in Peters, 2000). Hudba a zpěv jim mohou pomoci nastartovat proces znovuoobnovení starých neuronálních stop pro přístup k jazykovým složkám nebo pomoci postavit stopy nové. Hudba se stává rozhodujícím prvním krokem pro spontánní zlepšení a pro řečovou terapii (Sacks, 2002).

Zpěv je jednou z velmi účinných technik, může být aplikována za účelem splnění několika terapeutických cílů, jakými bývají například již zmíněná výbavnost slov, zlepšení dýchání, rozvíjení schopnosti rytmizace (která má vliv na řeč a motorické funkce obecně), ale také procvičování sluchových a paměťových funkcí. Úspěch při zpívání písně může klienta velmi motivovat pro další logopedickou činnost a zejména podnítit jeho vůli ke spolupráci.

Hlavním muzikoterapeutickým cílem u těchto klientů bývá možnost neverbálního vyjádření emocí a prožitků, např. pomocí bubnu jako tzv. zvukového ventilu vzteku, agrese, lítosti, atp. Pomocí hudebních nástrojů lze stimulovat i jemnou a hrubou motoriku, ale také lze jejich prostřednictvím komunikovat. Terapeut vede klienta také k zapojení mimiky. Muzikoterapie klientovi může přinést kromě uvolnění tělesné a psychické tenze také prožitek radosti a již zmíněného úspěchu.

Velmi zajímavé výsledky přinesla i studie Racettové a kol. (2007), kde byl zkoumán vliv sborového zpěvu na pacienty s různými řečovými poruchami. Dospěli

k závěru, že sborový zpěv může vysvětlovat efektivnost MIT v jejích počátečních fázích, kdy pacient zpívá společně s terapeutem. Současné výzkumy naznačují, že zpívání je prospěšné pro řečovou produkci dlouhodobě (Wilson a kol. in Racett a kol, 2007). Budoucí longitudinální studie mohou porovnat trénování se sborovou řečí a sborovým zpěvem, aby se prokázalo, jestli výhody sborového zpěvu mají dlouhodobé efekty na obnovu řeči. Racett a kol. (tamtéž) doporučují využívání muzikoterapie u klientů s afázií, neboť jen málokterý z nich má zároveň amuzii a zpívání je pro ně příjemnou zábavou a motivací k nějaké činnosti (Brust, Warren in Racett a kol, tamtéž).

Peters (2000) pro klienty s afázií doporučuje nejen MIT (při levohemisferálním poškození) a pro všechny typy afázií zpěv, rytmicko-melodickou terapii a „vibroacoustic therapy“.

Pro klienty s afázií jsou stejně jako individuální logopedické terapie důležité i terapie skupinové. Jak poznamenává Neubauer (2007) problematika skupinové terapie afatiků dosud není v naší literatuře rozsáhle zpracována, nicméně v praxi se jí využívá stále více. Z pohledu neuropsychologického je dle Kulišťáka (in Neubauer, 2007) skupinová terapie zaměřena na stimulaci všech psychických funkcí, k čemuž využívá mnoho slovních a paměťových her, kreslení nebo prvků muzikoterapie. Skupinová setkání klientů jsou ale zejména zaměřena na vzájemnou komunikaci a sdílení, tzn. plní i funkci sociální. Tématu skupinové terapie se věnuje také Cséfalvay (in Lechtá, 2005).

Neubauer (2007) skupinovou terapii vnímá na pomezí logopedického a psychoterapeutického působení, muzikoterapii doporučuje jako součást skupinové terapie. Jedním z jejích cílů jmenuje také psychoterapeutické působení na členy skupiny. Jak dále tento autor dodává „psychoterapie, zejména cílená odkrývající psychoterapie, není dominující formou terapeutické pomoci osobám s afázií či jinými neurogenními poruchami. Psychické obtíže těchto osob jsou reaktivního charakteru a jsou projevem vyrovnávání se s náročnou životní situací. Pro tyto osoby je vhodné zaměřit se na psychoterapeutický přístup a zakrývající podpůrnou psychoterapii“ (Neubauer, K., 2007, s. 160). Na tento přístup upozorňoval již koncem devadesátých let dvacátého století Vymětal: „...psychoterapeutické vedení poskytované logopedy je nezbytné nejen pro vlastní spolupráci při nácviku správného mluvení, ale i jako prevence neurotického osobnostního vývoje“ (in Neubauer, K., 2007, s. 160). Neubauer doporučuje užití muzikoterapie v závěrečné fázi každé skupinové terapie. Doporučuje imaginaci a relaxační muzikoterapii, jíž označuje jako pasivní (pozn. spíše by mělo být užíváno označení receptivní, vysvětlení viz kapitola 1.3). Účelem je uklidnění, čas pro odeznění vzrušení

z předchozí aktivity a navození pocitu uvolnění. Neubauer (tamtéž) dále doporučuje využít prvků autogenního tréninku či Jacobsnovy progresivní relaxace, vhodně dle aktuálního složení skupiny.

### **2.3.2.2 Využití prvků muzikoterapie při syndromu demence a poruch komunikace**

Demence je velmi těžkou psychickou poruchou, která je zpravidla podmíněna organickým onemocněním mozku, kdy dochází k podstatnému úbytku kognitivních funkcí, intelektu, paměťových a dalších funkcí. Dalším ze symptomů syndromu demence jsou i poruchy chování, verbální a neverbální komunikace a psychické poruchy. V souvislosti s touto kognitivně-komunikační poruchou se v důsledku poruchy CNS mohou vyskytovat i dysartrie a dysfagie (např. u osob s Parkinsonovou nemocí) a např. u osob s Alzheimerovou nemocí se hovoří o afázii při demenci či jazykových poruchách u demenci. Důsledkem syndromu demence bývá závažně narušená komunikační schopnost a sociální znevýhodnění člověka. (Neubauer in Škodová, ..., 2003).

Demence bývá členěna dle oblastí poškození mozku, a to jako kortikální (korová) demence, kam patří Alzheimerova nemoc, Pickova nemoc, multiinfarktová demence). Subkortikální (podkorová) demence se týká Parkinsonovy nemoci, Huntingtonovy chorei ad. (Neubauer in Škodová, ..., 2003).

Terapie syndromu demence by taktéž měla být komplexní a kromě snahy o zachování komunikační schopnosti po co nejdelší dobu by pozornost měla být zaměřena na celkovou kvalitu života klienta. Muzikoterapie by díky svým bio-psycho-sociálním účinkům proto i u těchto lidí mohla být, stejně jako v zahraničí, velmi přínosnou složkou komplexní péče.

Na velmi pozitivní vliv muzikoterapie u klientů s Alzheimerovou nemocí upozorňoval např. Aldridge (1993). Muzikoterapie kromě svého psychotherapeutického vlivu cíleně pracuje s paměťovými i jazykovými funkcemi. Muzikoterapie může být aplikována individuální či skupinovou formou na základě individuálních potřeb klienta a samozřejmě s cíly dle terapeutického plánu. Muzikoterapie může být také kombinována s arteterapií či pohybovou terapií dle aktuálního stavu klienta. Nejčastěji bývají využívány hlasové a zvukové prostředky, zpěv, vyjádření emocí prostřednictvím muzikoterapeutických nástrojů, ale také vrané fázi onemocnění může být například využívána technika psaní písní například s tematikou aktuálního ročního období, emocí, citů, životních situací apod. Tyto techniky jsou cíleny na expresi emočního prožívání klienta, ale také v případě skupinové terapie pro kohezi skupiny. V pozdější fázi tohoto



onemocnění bývá zpěv písní z klientova mládí velmi aktivizujícím a povzbuzujícím činitelem a může jim poskytovat hlubokou emoční katarzi (srov. Sacks, 2002).

Roli muzikoterapie v interdisciplinárním přístupu u klientů neurogeně narušenou komunikační schopností zkoumali Magee a kol. (2006). Ze závěru jejich studie vyplývá, že součinnost muzikoterapeutických a logopedických přístupů je velmi přínosná. Nejen že byly zaznamenány změny v prozódii a fonaci, ale také v osobním prožívání klienta. Účinky muzikoterapie se projevily ve snížení psychické lability klienta a ve zvýšení pocitu duševní pohody a blaha (tzv. „well-being“).

Jeden z dalších výzkumů (Ridder a Aldridge, 2005) také jasně prokázal, že pomocí muzikoterapie je možné zpomalit progresi Alzheimerovy choroby. K terapii používali taktéž zpěvu známých písní, které pro klienta měly osobní význam. Výsledky výzkumu potvrdily, že pomocí terapeutického zpěvu lze vyjádřit emoce, prolomit sociální izolaci a naplňovat psychosociální potřeby klienta.

K otázce terapeutického využití hudby u lidí s demencí se vyjadřuje také Pape (2005). Poukazuje na nové výzkumy mozkových funkcí a neuroplasticity mozku, schopnost změny spojení mezi neurony, nový růst nervových buněk, atd. Také upozorňuje na vliv hudby v aspektu dlouhodobého učení u dospělých. Hudební aktivity a muzikoterapie konané alespoň dvakrát v týdnu mohou pomoci mobilizovat kognitivní rezervy a preventivně působit na progresi demenci či ji pomoci zbrzdit.

O vlivu muzikoterapie na klienty s Parkinsonovou nemocí<sup>52</sup> se hovoří již mnoho desítek let. Například Sacks ([www.oliversacks.com](http://www.oliversacks.com), navštíveno dne: 10. 9. 2007) uplatňuje muzikoterapii u těchto klientů již čtyřicet let a slaví velké úspěchy, které zaznamenal také ve svých publikacích. Zjistil, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí muzikoterapie dosahuje značných účinků. Lidé, kteří nemohli mluvit, začali zpívat, ti kteří nemohli chodit začali tancovat. Pacienti s touto chorobou mají problémy s vytvářením sekvencí pohybů, někdy jsou jejich pohyby příliš rychlé, někdy naopak velmi pomalé. Hudba jim poskytuje čas a pomáhá s tempem, dodává jim zpět jejich normální tempo.

Zmínky o využití muzikoterapie u klientů s Parkinsonovou nemocí lze také najít např. v práci Cosgriffa a Canninga, San Vicenta a Manchola, Pacchettiho a kol. či Thauta (in Grunakol., 1998)

Velmi zajímavým podnětem pro mě byly také německé studie (Grun a kol., 1998) o Parkinsonově nemoci a tvořivé muzikoterapii (Nordoff a Robbins). Těžiště jejich práce

<sup>52</sup> **Parkinsonova nemoc:** progresivní neurodegenerativní onemocnění, jehož základními příznaky jsou tremor klidového charakteru, bradykineze, svalová rigidita, posturální změny a změny duševního stavu a řečL

spočívalo v hypotetické, dle zkušeností autorů pravděpodobně pozitivní změně v kvalitě života těchto pacientů. Pozornost výzkumníků se soustředila také na základní příznaky této choroby, které ústí ve znevýhodnění tak tělesné, tak psychické. Hypoteticky bylo stanoveno, že tvořivá muzikoterapie působí pozitivně na motorickou i emocionální pohyblivost pacientů s Parkinsonovou nemocí, čímž se zlepšuje duševní a tělesný stav pacienta a kvalita jeho života.

Muzikoterapeutické cíle stanovené dle individuálních potřeb by zahrnovali např. pozitivní ovlivnění jednotlivých příznaků této choroby, ale také pomocí hudby, zpěvu písní a melodií či rytmu napomáhání motorickým pohybům, udržení stejného tempa řeči nebo chůze, změnu monotónnosti řeči, tzn. zaměření na prozodii, fonaci a respiraci, ale zejména na prožitky klientů, jejich expresivní vyjádření emocí pomocí zpěvu či hudebních nástrojů a zapojení mimických svalů. Je důležité se věnovat změněným duševním stavům klienta, jeho pocitům úzkosti a depresivním stavům a snažit se pomoci klientovi vyrovnat se s důsledky narušené komunikační schopnosti (srov. Aldridge, 1993). Cíle muzikoterapie jsou shodné s logopedickými cíly terapie narušené komunikační schopnosti z důvodu Parkinsonovy nemoci. Jde jména o maximalizaci komunikačních schopností a zachování dobré kvality sociálního života, proto se terapie také věnuje zpomalení či zastavení rozvoje dysartrie, snaží se ovlivňovat poruchy respirace, fonace či prozodie (Neubauer in Škodová, ..., 2003).

### **2.3.3 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu získané psychochenní nemluvnosti**

#### **2.3.3.1 Elektivní mutismus**

Mutismus je dle Škodové (2003) pokládán za problematiku na pomezí logopedie, foniatrie a psychiatrie. V psychiatrickém pojetí je chápán jako symptom, přičemž znamená nepřítomnost nebo ztrátu řečových projevů, které nejsou podmíněny organickým poškozením CNS. Jak Škodová (tamtéž) dodává, každý z klinických logopedů se někdy v praxi s touto poruchou setká, nejčastěji s formou mutismu elektivního.

Nyní se krátce zmíním o muzikoterapii jako podpůrné terapii, neboť práce s těmito dětmi není jistě snadná a každá pomocná metoda je jistě vítána. Jak potvrzují zkušenosti Škodové (2003) největší a nejrychlejší terapeutický úspěch je u těchto klientů dosažen při skupinové terapii. Proto i muzikoterapie by mohla být aplikována v této formě, přičemž vždy by bylo nezbytné terapeutický plán a metodiku konzultovat důkladně s ošetřujícím psychologem či psychiatrem.

Svoji zkušenost využití muzikoterapie jako součást psychoterapie u dětí s elektivním mutismem popsaly například Stejskalová a Kocourková (2004). Jako účinné předkládají metody komunikace prostřednictvím poslechu hudby a kresby, improvizace s pacientem na hudební nástroje, použití techniky zpěvu jako přechodné formy k mluvení. Svoji zkušenost dokládají konkrétním příkladem jejich pacientky s elektivním mutismem, která po úspěšné léčbě nejen mluví, ale také ráda zpívá ve sboru.

Příčiny elektivního mutismu mohou být jak endogenního, tak exogenního rázu (Klenková, 2006). Jednou z příčin mutismu dítěte může být i jeho neurotizace ambiciózními rodiči nebo prarodiči, ale i učiteli (Škodová, 2003). Ke vzniku elektivního mutismu může přispět ale i hyperprotektivní chování rodiče, kterým chtějí udržet dítě ve své závislosti (Klenková, 2006). Prevence těchto problémů by měla být součástí osvěty (Škodová, 2003). Muzikoterapie může plnit i tuto profylaktickou úlohu nebo sloužit jako součást rodinné terapie.

#### **2.3.4 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu vrozených anomálií orofaciálního systému**

Prvky muzikoterapie lze využít také v terapii poruchy zvuku řeči v důsledku velofaringeální insuficience, neboli huhňavosti/rinofonii. Důsledkem nedostatečné schopnosti funkce patrohltanového uzávěru a všech struktur je porucha zvuku řeči, kdy je řeč huhňavá a obtížně srozumitelná. Huhňavost může být diagnostikována jako otevřená, zavřená či smíšená (Škodová a Jedlička, 2003).

Logopedická terapie otevřené huhňavosti je dle těchto autorů zaměřena na zlepšení funkce patrohltanového uzávěru a používá cvičení pasivních (mechanických) a cvičení aktivních (foukání, sací hry, dechová cvičení, zívání, polykání, napodobování přírodních zvuků, artikulačních cviků). Při tomto aktivním cvičení je využívána zásada rytmizace a hmatová a sluchová kontrola (Škodová a Jedlička, 2003). Jistě by bylo zajímavé tyto klasické a úspěšné logopedické postupy aplikovat za podpory muzikoterapie a jejích prostředků, například při hře na dechové nástroje, nebo foukat dítě může dle hudby nebo společně s terapeutem mohou na hudbu foukat a hrát si přitom s vodou a mýdlovými bublinami nebo bublifukem. Zmíněné napodobování přírodních zvuků je taktéž doménou muzikoterapie. Tyto a další muzikoterapeutické techniky mohou přinést do klasických metod prvek hry a zábav, a to je pro motivaci dítěte při logopedických cvičeních velmi důležité.

Logopedická terapie zavřené huhňavosti se soustředí také na navození správného dýchání a nácvik správné artikulace nosovek. I zde by bylo přínosné použít některé z muzikoterapeutických technik, které vedou ke správnému dýchání.

Při poruchách řeči z důvodu rozštěpu (patra, rtu a patra či celkového rozštěpu rtu čelisti a patra) je situace mnohem složitější. Vada řeči je tedy důsledkem orgánového defektu, je to vada vývojová, neboť řeč se utváří na vadném základě. Porucha artikulace z důvodu velofaryngeální insuficience je nazývána palatolálií (Škodová a Jedlička, 2003). Při terapii palatolálie např. Kerekrétiová (in Lechtá, 2005) doporučuje kromě dalších technik pro zlepšení rezonanční vyváženosti brumendo a zpěv.

Jedinci s rozštěpy mají často problémy s hypernazalitou a nedostatečnou kontrolou dechové síly. Tyto obtíže dokáže ovlivňovat muzikoterapie pomocí zpěvu a také hrou na různé dechové nástroje (Michel, Michel a Jones, Wells a Helmus, Zinar in Peters, 2000). Všichni tito autoři se shodují na tom, že využití brumenda a hry na „kazoo“(viz výše) je nejefektivnější pro snížení hypernazality.

Již Sovák (1978) upozorňoval na psychosociální důsledky této vývojové vady řeči spolu s deformacemi kosmetického rázu, které velmi ovlivňují sebepojetí osobnosti a vytváření sociálních vztahů. Z výše uvedených kapitol o využití muzikoterapie vyplývá, že indikace muzikoterapie již od raného dětství by mohla v tomto ohledu dítěti velmi pomoci. A nejen jemu. Rodiče dítěte s rozštěpem jsou od jeho narození traumatizováni mnoha obtížemi, které toto znevýhodnění dítěte přináší, a to jak v oblasti psychosociální (psychologické aspekty narození dítěte s viditelným postižením a jeho přijímání rodinou, okolím, atd.), tak častými pobyty v nemocničních zařízeních a návštěvami různých specialistů. Pro rodiče je celková péče velmi namáhavá a potřebují psychickou podporu a motivaci. I takový cíl by mohla splnit muzikoterapie.

### **2.3.5 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu narušení plynulosti řeči**

#### **2.3.5.1 Využití prvků muzikoterapie při balbuties (koptavosti)**

Jak předesílají Škodová a Jedlička (2003), koptavost je jedním z nejtěžších a nejnápadnějších druhů narušené komunikační schopnosti, jejímž častým důsledkem je nepříznivé ovlivnění osobnosti člověka, jeho školní, pracovní a sociální adaptaci. Koptavostí se zabývá několik lékařských oborů, tak i psychologie, lingvistika, logopedie ad. Problematika je natolik široká, že vznikl nový podobor logopedie - balbutologie (Klenková, 2006). Koptavost je dle Lechty (2003, s. 318) „syndromem komplexního

narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení." Příčiny koktavosti dosud nejsou naprosto jasně vymezeny, hovoří se o několika etiologických faktorech a zejména pak jejich vzájemném prolínání (Lechtá, 2003).

Terapií koktavosti se zabývají jak lékařské, tak nelékařské obory, avšak prozatím o žádné z metod nelze prohlásit, že by byla stoprocentně účinná (Škodová a Jedlička 2003). Jednou z používaných metod je psychoterapie, a to zejména při předpokladu psychogenní příčiny koktavosti. Klasická psychoterapie je vždy v kompetenci klinického psychologa (Škodová a Jedlička, tamtéž). Jak také potvrzuje Peutelschmiedová (2000), psychoterapie je nezbytnou součástí téměř každé terapeutické metody úpravy koktavosti. Dále tato autorka dodává, že koktavost je záležitostí biopsychosociální a právě psychoterapie dokáže ovlivnit všechny složky osobnosti jedince s tímto typem narušené komunikační schopnosti. Komplexní terapie zahrnuje koordinovanou týmovou spolupráci odborníků. Peutelschmiedová také doporučuje logopedům seznámení se s psychoterapeutickými technikami vhodnými pro aplikaci v logopedii, aby lépe pochopili celý problém. Také navrhuje možnou úvahu nad psychoterapií v širším slova smyslu (logopeda) a užším slova smyslu (psychologa). Dále zdůrazňuje, že logopedovy odborné kvality mají zahrnovat schopnost co nejlépe zvládat problémy balbutika v jejich komplexnosti.

Rytmické a melodické hudební struktury mohou zdárně ovlivnit poruchy plynulosti řeči. Zajímavý je názor Gallowaye (in Peters, 2000), který tvrdil, navzdory tehdejšímu populárnímu přesvědčení, že zpívání nemůže vyléčit koktavost. Michel a Jones (in Peters, 2000) svými výzkumy dokázali, že mnoho zpěvních technik dokáže pozitivně ovlivnit různé potíže balbutik. Různé studie také prokázaly, že tzv. „bílý šum" a rytmická stimulace mohou signifikantně redukovat koktání (Altrows a Bryden, Brayton a Conture, Silverman ad. in Peters, 2000).

Cíleně pro děti s balbuties v předškolním věku jsou určeny relaxační techniky dle Jacobsona, Wintrebreta nebo metoda autogenního tréninku s vyprávěním pohádky při hudebním doprovodu (Peutelschmiedová, 2000). Při práci s dětmi středního a staršího školního věku je velmi důležitá práce se sebepojetím klienta a psychosociálními důsledky tohoto řečového znevýhodnění.

Slovenskými průkopníky aplikace muzikoterapie u dětí s balbuties jsou Mátejová s Mašurou (1980, 1992). O jejich výzkumy a výsledky z praxe se opírá většina z českých a slovenských logopedů. Podstata jejich vnímání a uplatnění muzikoterapie byla popsána

v předchozích kapitolách (viz 1.1 a 2.2). Tito odborníci používali aktivní i receptivní muzikoterapii a techniky pohybového uvolnění a splývání s rytmem, hudebně - pohybové hry a cvičení, psychické a fyzické relaxace prostřednictvím hudby, zpěv, instrumentální projev a rytmické deklamace, muzikomalbu, pantomimu, pohybovou dramaturgii při hudbě, hudební pohádky, hry s loutkami a dechová cvičení s hudebním doprovodem (Mátejová a Mašura, 1980).

Svým komplexním bio-psycho-sociálním působením dokáže muzikoterapie ovlivňovat jak psychické, tak fyzické obtíže klienta s balbuties, ale také dalším potíží předcházet (např. neurotizaci, komplexům méněcennosti, apod.). Techniky muzikoterapie mohou být cíleny např. na snížení tělesné tenze, zvýšení schopnosti vnímání rytmu a jeho aplikace v motorických dovednostech, nebo na neverbální či verbální expresi emocí a prožitků, zvýšení koncentrace pozornosti a zejména nabytí sebevědomí.

O muzikoterapii, jako terapeutickém programu za účelem vyloučení, resp. prevence symptomů tenze, se zmiňuje také Lechtá (2005), jehož teze přejímá Klenková (2006). Lechtá (2005) shrnuje názory Inghama a kol., Krolla a kol., kteří tvrdí, že koktavost je výsledkem asynchronnosti mezi dvěma komponentami jazykové produkce, a to pravohemisférového - paralingvistického systému (zodpovídajícího za vokální, tónové a prozodické funkce) a systému levohemisférového - lingvistického (zodpovídajícího za jazykový obsah, sémantiku, syntax a fonologii). Jde tedy o poruchu synchronizace levé a pravé hemisféry, jejímž důsledkem je také řečová dysfluence. Mezi muzikoterapeutickými technikami jsou i takové, které cíleně pracují se synchronizací mozkových hemisfér. Tyto techniky by mohli logopedi velmi snadno zařadit mezi své terapeutické postupy.

Vezmeme-li v úvahu všechny poznatky o vlivu muzikoterapie na různé tělesné i psychické funkce jedince, tak dospějeme k názoru, že muzikoterapie může být velmi vhodnou a přínosnou podpůrnou metodou či samostatnou metodou při terapiích koktavosti, ale také může plnit funkci preventivní, např. proti vzniku logofobie.

### **2.3.5.2 Využití prvků muzikoterapie při tumultus sermonis (breptavosti)**

Breptavost je dle Lechty (2005) globálním narušením komunikační schopnosti, které postihuje všechny složky výpovědi, a to obsah, jazykovou formu, fonickou substanci ad. Tarkowski (in Klenková, 2006) dodává, že u této poruchy je charakteristické snížení koncentrace pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Breptavost

je projevem centrálních poruch řeči a působí i na čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování. Tuto poruchu si většinou jedinec neuvědomuje.

Terapie se zaměřuje na stabilizaci správného tempa řeči, odstraňování obtíží při čtení, rozvíjení hudebních schopností, rozvíjení vyjadřovacích zručností, zvýšení koncentrace pozornosti (Lechtá, 2005). „U breptavosti se doporučují různá hudebně - vzdělávací cvičení. Mohou spočívat v: rozpoznání a opakování stále složitějších hudebních struktur, přehnaném akcentování náležitých slabik, zpívání písní." (Tarkowski in Lechtá a kol., 2005, str. 338). Zde je taktéž jasně patrné pole působnosti pro muzikoterapii a uplatnění jejích prvků v logopedické terapii.

### **2.3.6 Využití prvků muzikoterapeuterapie u klientů s NKS z důvodu narušení článkování řeči**

#### **2.3.6.1 Využití prvků muzikoterapie při dysartrii**

Dysartrie je poruchou motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy (Cséfalvai in Lechtá, 2003). „Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, jež jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch. Vývojová dysartrie postihuje řeč v oblasti vlastní realizace. Chybný plán motorické realizace v centrálních regionech CNS ústí v narušenou formu řečového projevu, ...může připomínat patlavost, ale i těžkou formu dysfázie" (Neubauer in Škodová, ..., 2003, s. 303). U dysartrie jsou přítomny kromě globální poruchy artikulace také poruchy respirace, fonace, rezonance a prozodie (Cséfalvai in Lechtá, 2003).

Vývojová dysartrie je poruchou vzniklou již od počátku vývoje organismu na základě organického poškození CNS dítěte, proto je nejčastěji spojována s dětmi s dětskou mozkovou obrnou. Získaná dysartrie u dospělých osob vzniká po traumatu či onemocnění CNS, úrazech hlavy nebo onkologickém či infekčním onemocnění mozkové tkáně (Neubauer, tamtéž).

U dětí s vývojovou dysartrií je základní stimulovat motoriku mluvidel a artikulační schopnosti. Neubauer (in Škodová, ..., 2003). Kromě dalších postupů je doporučováno užití průpravných dechových, fonačních a motorických cvičení a také rytmizační postupy (Kábele in Lechtá, 2005). Rytmizační postupy hrají velmi významnou úlohu v rozvoji srozumitelnosti mluvy u dětí s dysartrií, neboť globálním způsobem v rámci slovního a větného projevu podporují dynamiku hybnosti mluvidel a vytvářejí prostor pro zvýšení preciznosti mluvních pohybů (Neubauer in Škodová, ..., 2003). Muzikoterapie může být

opět velmi hodnotnou podpůrnou terapií při klasické logopedické péči o klienty s vývojovou dysartrií. Muzikoterapeutické cíle lze zaměřit na cvičení dechových, fonačních i motorických funkcí a zejména na zvýšení rytmických dovedností a schopností. Nesmí být však opomenut prožitek klienta a práce s jeho psychickým naladěním. Vzhledem k psychologickým důsledkům této poruchy je velmi nutné poskytnout klientovi vhodný prostor pro vybití negativní energie a pocitů zlosti. Přičemž v některých případech těžkých dysartrií až anartrií se pracuje jsou užívány alternativní komunikační systémy a i při nich je velmi přínosné využívat muzikoterapii.

U získané dysartrie jsou mezi logopedické metody a prostředky řazeny také metody navozující svalovou relaxaci a stabilizaci svalového tonu v oblasti mluvidel (Robertson, Thompson, 1986, Raming, 1995 in Škodová, ..., 2003), dále modifikace cvičení respiračních, fonačních, artikulačních a rezonančních pro obnovování a stabilizaci motorických řečových schopností, zmírnění souhybů mluvidel a těla, zlepšení koordinace dýchání a tvorby hlasu (Neubauer, tamtéž). Za stěžejní tento autor považuje i rytmizační a intonační postupy, které mají široké kompenzačně-motivační užití pro možnost rychlého ovlivnění srozumitelnosti řečového projevu u řady poruch.

Bližší informace o muzikoterapii s klienty s Parkinsonovou nemocí jsou k nalezení výše (viz kapitola 2.3.2.2).

Spolu s Neubauerem (tamtéž) je nutné upozornit na nezbytnost ovlivňování reaktivních depresivních stavů či neproduktivních forem chování a adaptace na novou životní situaci. Jak již bylo zmíněno výše tato situace je vzhledem k realitě závažného onemocnění či traumatu CNS velmi náročná na zvládnutí nejen pro pacienta samotného, ale i pro jeho blízké. I zde může být velmi účinná individuální nebo skupinová muzikoterapie, zejména psychoterapeuticky orientovaná a vedená muzikoterapeutem psychoterapeutem nebo logopedem s adekvátním psychoterapeutickým vzděláním.

### **2.3.6.2 Využití prvků muzikoterapie při dyslalii**

Definici dyslalie vytvořil již na začátku šedesátých let dvacátého století Hála (in Škodová, ..., 2003). „Dyslalie (patlavost) je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortoepických norem (s.328).“

Muzikoterapie by se mohla aplikovat jak ve formě individuální, tak skupinové. Domnívám se, že velmi přínosné by bylo zejména využívání muzikoterapie jako prostředku v prevenci vzniku negativních psychických stavů. Již Kimlová (in Lechtá,



2005) upozorňovala na možnost nepříznivého ovlivnění osobnosti dítěte z důvodu nedostatků ve výslovnosti, kdy se dítě může stávat plachým a mlčenlivým.

O preventivní funkci, hovoří také Salomonová (in Škodová, ..., 2003, s. 346), v souvislosti s vyvozováním například hlásky „L“. „V období kolem tří let, jsou-li dobré podmínky pro pohyb jazyk v ústní dutině, lze rytmizačními cvičeními a zpěvem artikulační postavení dobře navodit. V této době ještě nejde o nápravu, ale prevenci - odstranění bariéry pro další artikulační vývoj.“ Tyto hudební prvky (rytmus a zpěv) mohou být užity také muzikoterapeutickým způsobem a díky muzikoterapeutickým technikám dítěti nacvičování hlásky „L“ zpříjemnit.

Některé hlásky se také dají vyvodit nepřímou metodou z přírodních zvuků (např. „F“- foukání větru) a jak bylo už několikrát zopakováno v předchozích kapitolách, muzikoterapie má své techniky pro dechová cvičení, a tak se pomocí hry může dítě hlásku naučit zábavnou formou.

Budiž znovu připomenuto, že předchozí výčet možností využití muzikoterapie a jejích prvků v klinické logopedii není úplný. Cílem bylo nastínit možnosti aplikace u základních poruch narušené komunikační schopnosti, resp. těch u kterých by využití muzikoterapie v praxi mohlo nejvíce logopedy zajímat. Největší prostor byl věnován poruchám, u kterých předpokládám, že by logopedi mohli ve své praxi muzikoterapii použít nejčastěji, tzn. u klientů s afázií, degenerativním onemocněním CNS, nebo balbuties. Podotýkám, že neméně zajímavé a přínosné by bylo využívání muzikoterapie v praxi i u klientů se specifickými poruchami učení, symptomatických poruch řeči, klienty s poruchami hlasu atd.

### **3 Průzkum aktuálního využití muzikoterapie v logopedické praxi v rezortu zdravotnictví České republiky**

#### **3.1 Cíl průzkumu**

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, zda a případně jakým způsobem jsou muzikoterapie, její techniky a prvky užívány v praxi českými logopedy pracujícími v rezortu zdravotnictví.

#### **3.2 Metody a průběh průzkumu**

Pro účel toho průzkumu jsem sestavila dotazník, který obsahuje celkem 22 otázek, z čehož je 6 je uzavřených a 16 otevřených. Dotazník jsem vytvořila v červnu 2006 a data sbírala do září 2007.

Celkem jsem rozdala či poslala 130 dotazníků, z čehož největší část byla rozdána díky vstřícnosti a ochotě klinické logopedky a členky Rady AKL ČR E. Škodové<sup>53</sup>, která je dala k vyplnění logopedům na několika svých kurzech.

Další dotazníky jsem poslala na e-mailové adresy logopedů, které jsem našla na různých webových stránkách zabývajících se logopedickou problematikou. Zbytek jsem osobně rozdala do logopedických ambulancí v Praze a Plzni a následně vyplněné osobně vyzvedla. Jeden dotazník byl vyplněn díky ochotě klinické logopedky prostřednictvím telefonního hovoru. Prvních 11 dotazníků jsem osobně rozdala před začátkem kurzu „Muzikoterapeutické techniky“ (pod záštitou AKL a vedla ho J. Procházková a I. Pelclová), který se konal dne 19. 6. 2006.

Dotazníků bylo celkem 130. Při rozdání dr. Škodovou se z 55 navrátilo vyplněných 30. Na kurzu muzikoterapie konaného pod záštitou AKL jsem osobně rozdala 11 dotazníků a navrátilo se mi 10 vyplněných. Z celkového počtu 43 dotazníků poslaných e-mailem se navrátilo 9 vyplněných. Z počtu 20 osobně rozdaných do ambulancí se navrátily

<sup>53</sup> **PaedDr. Eva Škodová:** Jedna z nejvýznamnějších osobností v oboru klinické logopedie v České republice. Má dlouholetou praxi v klinické logopedii, jejím hlavním pracovištěm je Foniatrická klinika VFN a I.LF UK v Praze. Publikuje a přenáší. Sestavila např. publikaci „Klinická logopedie“ (Škodová, Jedlička a kol., 2003, 2. aktualizované vydání 2007), která je první vysokoškolskou učebnicí české klinické logopedie. Je také členkou Rady Asociace klinických logopedů České republiky. Náplň činnosti uvedená na [www.klinickalogopedie.cz](http://www.klinickalogopedie.cz) (navštíveno dne: 4. 10. 2007): „koncepční práce a činnost AKL, témata a organizace kurzů, přednášková činnost a zajištění přednášejících na odborných kurzech v ČR, akreditace, dlouhodobá koncepce oboru, odborné porady. Zástupce AKL ČR v Akreditační komisi MZ ČR (dekret ministra). Člen Pracovní skupiny při Vědecké radě MZ ČR (dekret ministra)“, ([www.klinickalogopedie.cz](http://www.klinickalogopedie.cz), navštíveno dne: 10.11. 2007).

4 vyplněné, z čehož 3 jsem si vyzvedla osobně a 1 mi byl poslán poštou. Jeden dotazník byl úspěšně vyplněn prostřednictvím telefonního hovoru.

**Celkem se vyplněných dotazníků navrátilo 54, procentuálně vyjádřená návratnost vyplněných dotazníků je 42 %.**

Dotazník vyplnilo 30 klinických logopedů a 24 logopedů ve specializační přípravě, celkem tedy 54 respondentů. Bohužel jsem musela 1 respondenta ihned vyřadit, neboť byl/a občanem Slovenské republiky a pracoval/a jako logoped/ka tamtéž. Můj průzkum byl zaměřený pouze na oblast české klinické logopedie. **Celkový počet respondentů je tedy 53, a to 30 klinických logopedů a 23 logopedů ve specializační přípravě.**

Největší úspěšnost v poměru rozdaných a přijatých vyplněných dotazníků jsem zaznamenala při osobním rozdáni dotazníků na kurzu muzikoterapie pro klinické logopedy a dále velká úspěšnost byla také při rozdáni dotazníků dr. Škodovou na jejích kurzech. Odhaduji, že jen málokdo se odvážil této jedné z největších logopedických kapacit vyplnění dotazníku odmítnout.

Všeobecně hodnoceno, ochota k vyplnění dotazníků prostřednictvím mého osobního předání nebyla příliš velká. Zpočátku jsem se snažila dopředu zavolat do ambulance a požádat o konzultaci k vyplnění dotazníku. Bohužel na tento způsob společného vyplnění si našla čas pouze jedna klinická logopedka. Jeden z klinických logopedů se ale sám nabídl, že mi vyplněný dotazník pošle poštou zpět a i tak skutečně učinil, čehož si velmi cením. Ostatní logopedi/ky mi už dopředu sdělili, že dotazník jim mohu v ordinaci zanechat, ale neslibují mi jeho vyplnění, neboť jsou příliš zaměstnaní. Tato situace je naprosto pochopitelná, logopedi ve zdravotnictví mají opravdu mnoho práce a zdravotnický systém je nutí vyplňovat velké množství dokumentace, ale na druhou stranu si dovoluji tvrdit, že dotazník o 22 otázkách s předpokládanou časovou náročností 5 až 10 minut lze vyplnit i cestou metrem nebo tramvají z práce.

Dále jsem proto volila cestu moderní komunikace, tudíž prostřednictvím internetu. Domnívala jsem se, že již většina českých domácností, zvláště vysokoškolsky vzdělaných lidí, má doma internet a běžně e-maily používá, navíc je vyplnění a zpětné poslání ještě rychlejší a snadnější. Uveřejněných e-mailových adres, soukromých nebo přímo na pracoviště jsem našla jen 43 a všechny jsem obeslala. Také jsem poslala oficiální žádost do AKL, jestli by byli ochotni můj dotazník rozeslat prostřednictvím své sítě e-mailových kontaktů, které AKL vlastní, ale neuveřejňuje (což je jistě správné). Bohužel má žádost nebyla kladně vyřízena, ale již výše zmíněná členka Rady AKL E. Škodová byla tak velmi laskavá, že mi nabídla rozdáni dotazníků ve svých kurzech, což jsem samozřejmě uvítala

s velkou radostí. Zde si dovolím krátkou osobní poznámku. Byla jsem velmi mile překvapena, že si na mě takováto významná osobnost a jedna z nejerudovanějších kapacit v oboru klinické logopedie udělala čas a ještě se chovala velmi vlídně, což je při její nadměrné pracovní vytíženosti opravdu gesto hodné obdivu a za nějž jsem opravdu vděčná a znovu děkuji.

Dotazník jsem koncipovala celkem do pěti stran, z čehož první byla úvodní. Po první dvacítce vrácených dotazníků a několika výtkám, že dotazník je moc dlouhý, jsem jej opticky zkrátila na dvě strany plus jednu úvodní (např. odebrala jsem u každé otázky jednu řádku k vyjádření, tudíž zůstaly dvě a mezi otázkami jsem vynechala velké mezery), ale stále zůstal velmi přehledný. Musím však podotknout, že ani ty dvě řádky nebyly respondenty vždy plně využity k dalšímu vyjádření. Úvodní strana dotazníku obsahuje informace o mé osobě, o tématu průzkumu, časové náročnosti a také záruku zachování anonymity. Též jsem nabídla možnost seznámení s výsledky této studie, pokud na sebe respondenti zanechají e-mailový kontakt. V závěru úvodní strany i samotného dotazníku jsem všem respondentům poděkovala za trpělivost při vyplňování a ochotu ke spolupráci a popřála mnoho úspěchů v logopedické praxi. Zájem o sdělení výsledků projevilo 7 klinických logopedů/ek a 2 logopedi/ky ve specializační přípravě, což si vysvětluji několika možnými důvody: buď respondenti nemají o toto téma zájem, nebo je pro ně dotazníkové šetření pro diplomovou práci nepodnětný a nedostatečně erudovaný zdroj informací, nebo jen uvedením svého e-mailového kontaktu nechtěli porušit svoji anonymitu.

Milá a osobní vyjádření k mému dotazníku (např. přání hodně štěstí při diplomové práci) a také nejvíce vyplněných otázek se mi dostávala prostřednictvím dotazníků poslaných e-mailovou cestou. I když úspěšnost návratnosti nebyla velká, mohu s jistotou potvrdit, že respondenti se touto cestou vyjádřili k otázkám mnohem rozsáhleji než tomu bylo u respondentů, kteří vyplňovali dotazníky v tištěné formě, což je pro kvalitativní vyhodnocení dotazníků důležitý činitel.

Na začátku samotného dotazníku jsem respondenty poprosila, aby zkusili zodpovědět, bude-li to možné, otázky i v případě, že muzikoterapii a její prvky ve své praxi nevyužívají. Většina otázek byla totiž koncipována s myšlenkou použití jednotného dotazníku pro skupinu logopedů, která muzikoterapii ve své praxi využívá a i pro skupinu, která nikoli. Kromě otázek č. 4, 5, 6, 9 a 10, které byly tzv. filtrační a byly zaměřeny přímo zjištění, kolik logopedů muzikoterapii ve své praxi aplikuje, jak dlouho a s jakými výsledky. Ostatní otázky, tzn. 17 otázek z 22 bylo možné zodpovědět vždy bez ohledu na

zkušenost s muzikoterapií, byly pokládány i v podmiňovacím tvaru (např. „...bych posuzoval/a...“). Respondenty jsem v úvodu také požádala, aby hodící se odpovědi kroužkovali nebo doplnili větu. Sdělila jsem také, že velmi uvítám jakékoli další komentáře k odpovědím či muzikoterapii.

Jak jsem již výše napsala, otázek bylo celkem 22, 6 bylo uzavřených a 16 otevřených. Otázky na sebe postupně navazovaly a prostupovaly v tématu hlouběji. Uzavřené otázky č. 1, 4, 5 a 14 byly výběrové, tzn. nabízely možnost zvolení jen jedné z alternativ. Na uzavřené otázky č. 15 a 21 bylo možno volit popř. více variant odpovědí. Snažila jsem se uvést širší možnost rozpětí odpovědí (např. A - E), a to vždy v lichém počtu. Otázky č. 4, 5, 6, 9, 10 byly otázkami filtračními a měly vzájemnou souvislost.

U uzavřených otázek se předpokládá počet odpovědí shodný s celkovým počtem respondentů. Tak se ovšem stalo jen u otázky č. 1, 4 a 5, u ostatních uzavřených otázek respondentům výběr odpovědí někdy nestačil. Označili proto více možností, nebo si přidali své vlastní, což ovšem není na škodu, jsem ráda za jakékoli další informace a zamyšlení se nad otázkou.

Často bohužel zůstaly otázky nezodpovězené, zvláště u některých jednoduchých otázek je vysoký počet nezodpovězených (viz dále) poněkud smutným odrazem naší uspěchané doby, kdy buď není čas něco pečlivě vyplňovat, nebo není ani snaha se nad otázkou zamyslet. Vzhledem k tomu, že proškrtnutí odpovědi nemá žádnou výpovědní hodnotu a bylo by možné jej vysvětlit různě, jsem byla nucena každé proškrtnutí považovat za otázku nezodpovězenou, stejně jako když zůstala prázdná. Jen u jediné otázky, č. 22, se dalo jednoznačně předpokládat, že proškrtnutí znamená „ne, neabsolvoval/a“.

Oceňovala jsem proto i každou odpověď, např. „nevím“, „nemohu posoudit“, „nemám zkušenost“, neboť i taková jednoduchá odpověď má svoji výpovědní hodnotu.

Otevřeně však přiznávám, že dnes bych již dotazník sestavila trochu jinak. Kupříkladu cítím jako velkou chybu, že jsem jako první nepoložila otázku „co je podle vás muzikoterapie?“ a následně „Jaké znáte techniky a prvky?“, „jak se dají konkrétně využít v klinické logopedii?“. Dle těchto úvodních odpovědí by totiž bylo jasné patrné, kdo pojem muzikoterapie chápe ve správném smyslu a kdo nikoli. Dotazník jsem sestavovala v červnu 2006 (tzn. před více než rokem), kdy jsem, přiznám se, možnosti využití muzikoterapie v klinické logopedii sama příliš neznala.

Původně jsem chtěla dotazník sestavit z otázek na konkrétní údaje (např. „pokud ve své praxi využíváte muzikoterapii, jaký druh či prvky, jaké techniky u konkrétních druhů narušené komunikační schopnosti?“). Jak jsem ale záhy zjistila, v České republice

není mnoho logopedů, kteří muzikoterapii umí odborně aplikovat ve své praxi a ti, kteří ano samozřejmě nesdělí své „know-how“ jen tak do studentského průzkumu. Proto jsou otázky obecného charakteru a jsou zaměřené na široké spektrum logopedů.

### 3.3 Vyhodnocení dotazníků

Ve vyhodnocení budu používat jednotné označení respondent, neboť dotazníkový průzkum byl anonymní, pouze specifikoval klinické logopedy a logopedy ve specializační přípravě, proto nerozděluji na logopedy ženy a muže.

Kvantitativní zhodnocení jsem zanesla do tabulky č. 2 (viz příloha č. 3). Vypsala jsem do ní všechny vyskytující se typy odpovědí, tudíž nejen u otázek uzavřených, ale i u otázek otevřených. U otevřených otázek jsou data v tabulce řazena v náhodném pořadí, neřadila jsem je dle četnosti, neboť je vedle sebe pro srovnání uveden počet odpovědí klinických logopedů a logopedů ve speciální přípravě a jejich celkový počet, a ty se samozřejmě liší. U otevřených otázek samozřejmě respondenti odpovídali více různých možností, např. diagnóz, pro větší přehlednost ale budu užívat souhrnný počet - pro každou položku bod a označím je jako odpovědi klinických logopedů nebo logopedů ve specializační přípravě zvlášť.

V tabulce užívám zkratky, např. VD, tj. vývojová dysfázie, OVŘ, tj. opožděný vývoj řeči, dále symptomatické poruchy řeči při MR, tj. mentální retardaci, SP, tj. sluchovém postižení a ZP, tj. zrakovém postižení. LMD, tj. lehká mozková dysfunkce, ADD, tj. porucha pozornosti, ADHD, tj. porucha pozornosti s hyperaktivitou, DMO, tj. dětská mozková obrna. V dotazníku jsem používala zkratky MT, tj. muzikoterapeutické techniky, na což jsem v jeho úvodu upozornila a vysvětlila.

V následujícím vyhodnocení budu používat další zkratky, a to **KL** jako označení klinického logopeda a **LSP** jako logopeda ve specializační přípravě, taktéž budu užívat zkratku **MT** jako muzikoterapie, resp. muzikoterapeutické techniky a **NKS** jako narušenou komunikační schopnost.

Dotazník je umístěn v příloze č. 2 V příloze č. 3 je uvedena tabulka s kvantitativními údaji z výzkumu. Grafy ukazující výsledky uzavřených otázek jsou k nalezení v příloze č. 4.

**Otázka č. 1: Ve spektru terapeutických technik považují MT za:**

MT hodnotí respondenti spíše příznivě, celkově 19 respondentů (12 KL a 7 SLP), považují MT ve spektru terapeutických technik za stejně úspěšnou. Jako velmi neúspěšnou ji nehodnotí žádný z respondentů.

Jak jsem kriticky uvedla výše, před touto otázkou měla být otázka, co si pod pojmem muzikoterapie respondenti představují a co dle jejich názoru obsahuje za prvky. Z celkového zhodnocení (viz dále) totiž vyplynulo, že někteří respondenti muzikoterapii zaměňují za edukaci či reedukaci pomocí hudebních prvků a mnoho z nich si není vůbec jisto, co vše je možno hodnotit jako muzikoterapii.

Domnívám se proto, že většina z nich zvolila v této odpovědi z nabídky možností „zlatý střed“.

**Otázka č. 2: MT jsou dle mého názoru vhodné při těchto logopedických terapiích či diagnóz:**

Na tuto otázku odpověděli až na 2 KL všichni respondenti. Celkově největší počet odpovědí jsem zaznamenala u dg. afázie (39 z respondentů, resp. celkový počet bodů, 21 KL a 18 LSP), těsně následovaný dg. balbuties (38 respondentů, 21 KL a 17 LSP). Třetí nejvyšší počet odpovědí získala dg. vývojová dysfázie (27 respondentů, 15 KL a 12 LSP). (Pozn. ve všech těchto případech jde spíše o součet bodů u jednotlivých skupin, neboť jak jsem uvedla výše, na tyto otevřené otázky respondenti odpovídali více různých možností).

Domnívám se, že nejvíce uvedli respondenti právě tyto diagnózy, neboť právě konkrétně o těchto NKS ve spojení s muzikoterapií lze najít zmínky i v české nebo slovenské odborné logopedické literatuře. Jako poznámku na okraj uvádím, že dva z LSP uváděli diagnózy v celém dotazníku číselným způsobem (dle Mezinárodní klasifikace nemocí), ostatní respondenti vypisovali diagnózy slovně. Dotazníky konkrétně těchto LSP rozdávala a vybírala E. Škodová, mysleli si tito LSP, že jim bude jejich dotazníky číst a chtěli tímto (a dalším) způsobem dokázat svojí erudovanost před jejich specializační zkouškou?

**Otázka č. 3: MT bych nedoporučil/a u těchto logopedických terapií či diagnóz:**

Zde je nejčastěji respondenti „pro jistotu“ neodpověděli vůbec, a to celkem ve 21 případech (8 KL a 13 LSP). Tento stav se dá vysvětlit tak, že respondenti většinou nemají vlastní představu o MT, proto se odpovědi raději vyhnuli. Jeden z respondentů ale uvedl „viz výše“, což jasně prokazuje, že zadání nevěnoval příliš pozornosti. Zajímavé je, že 8 z KL uvedlo, že MT se dá užít u každé diagnózy, o čemž by se dalo velmi polemizovat.

**Otázka č. 4: *Používáte ve své logopedické praxi MT?***

Tato otázka je první filtrační otázkou, která chtěla zjistit, kolik respondentů MT (resp., to co považují za MT) ve své praxi užívá. Na tuto otázku dále přímo navazují otázky č. 5, 6, 9 a 10 a blíže ji specifikují. Z možných odpovědí „ano - často, ano - občas a ano - ale zřídka“ součtem vyloučeno, že MT celkově ve své praxi využívá 37 respondentů (21 KL a 16 LSP). Nevyužívá ji, ale chtělo by celkově 7 respondentů (3 KL a 4 LSP). Odpověď „ne“ zvolilo celkem 8 respondentů (5 KL a 3 LSP). Po sečtení vyplývá, že MT nepoužívá celkem 15 respondentů, 8 KL a 7 LSP + 1 bez odpovědi, tzn. dá se s velkou mírou jistoty tvrdit, že celkově MT neuvžívá 16 respondentů. Kladla jsem si otázku, proč 8 respondentů striktně uvedlo, že MT neuvžívá a nevybralo ani možnost „ne, ale chtěl/a bych“. MT nechtějí respondenti využívat pravděpodobně z více důvodů. Je jedním z nich značné pracovní vytížení? Nebo spíše považují své osvojené klasické a účinné logopedické techniky za dostatečné? Je pravdou, že dnes již existuje mnoho velmi dobře propracovaných klasických logopedických technik a pomůcek, proto nechtějí respondenti zkoušet už nic jiného, nebo na další osvojování nových metod a technik nemají již čas nebo spíše chuť? Hlubší kvalitativní hodnocení dotazníků v této otázce s odpovědí „ne“, v případech, kdy respondenti připsali k uzavřené otázce navíc svůj komentář, přinesla tato fakta: 1 respondent uvedl, že MT nepoužívá, neboť pracuje v Centru kochleárních implantací, tudíž MT nevyužívá. Další respondent uvedl, že nad užitím MT bude uvažovat. Třetí respondent uvedl, že MT nevyužívá, ale často užívá rytmizace, rozvoje hrubé motoriky ve vazbě na rytmus spolu s bubnem a dřívky. Tato odpověď je velmi potěšující, neboť je z ní patrné, že tento respondent si je vědom rozdílů mezi MT a např. „pouhou“ rytmizací v reedukaci. Tento respondent i v ostatních otázkách odpovídal tak, že se dá usuzovat, že se o MT zajímá, ač v otázce č. 22 uvedl, že neabsolvoval žádné kurzy MT, ale má několikaleté hudební vzdělání (viz otázka č. 21). Další respondent uvedl, že MT nepoužívá, neboť slyšel, že se nemá bez příslušného vzdělání provádět. Za tyto dvě odpovědi jsem opravdu velmi ráda, vyznívá z nich uctivý respekt vůči MT jako nové metodě a podmínkám její aplikace.

**Otázka č. 5: *Pokud ANO, používáte spíše formy MT:***

Respondenti nejčastěji uvedli, že používají kombinaci aktivní a receptivní MT, celkově 22 respondentů (13 KL a 9 LSP). Otázku nezodpovědělo 15 respondentů (9 KL a 6 LSP), což souvisí s otázkou č. 4, kdy vyloučeno, že MT nepoužívá 8 KL a 7 LSP. Tudíž jeden z LSP uvedl, že MT užívá, ale už nebyl schopen specifikovat jakou formou, což vede k závěru, že ani tento respondent pravděpodobně MT neuvžívá.



**Otázka č. 6: MT ve své logopedické praxi používám. . . . . let.**

Další z prohlubujících otázek specifikovala, že MT používá 16 z KL v rozmezí od 3 do 20 let své praxe a 14 LSP od 1 do 6 let své praxe. Tuto otázku nezodpověděl vysoký počet 23 respondentů (14 KL a 9 LSP). Zde zaznamenávám rozpor s odpověďmi ze 4. otázky, kdy uvedlo 21 KL a 16 LSP, že MT ve své praxi užívají, tudíž 5 z KL a 2 z LSP již nebyli schopni tuto svojí praxi uvést detailněji.

**Otázka č. 7: MT používám (bych používal/a) v logopedické intervenci ve fázi:**

Nad touto otázkou se mohl zamyslet každý z respondentů bez rozdílu, neučinilo tak celkově 11 z nich (6 KL a 5 LSP). Myslím si, že tito respondenti s MT nejsou obeznámeni nebo ji opravdu nechtějí používat, proto se jim možná zdálo zbytečné nad touto otázkou ztrácet čas. Nejčastěji respondenti uvedli, že užívají či by užívali MT v terapii (29, tzn. 16 KL a 13 LSP). V dotazníku byly některé z možných odpovědí naznačeny (např. při seznámení s klientem, při diagnostice, v jakém úseku logopedické terapie), proto nejspíše druhá nejčastější odpověď byla „při diagnostice“ (15 respondentů, 8 KL a 7 LSP). Zde se trochu obávám, že opět zde zasáhl faktor nevědomosti, jakým způsobem lze MT využít při diagnostice. Po celkovém zhodnocení všech otázek v tomto dotazníku se bohužel obávám, že do MT v diagnostické fázi řadí respondenti pouze hodnocení rytmicity (např. pomocí ozvučných dřívěk) a zpěvu.

**Otázka č. 8: MT uplatňuji (bych uplatňoval/a) u klientů s diagnózou:**

Na tuto otázku nejčastěji respondenti odpovídali stručným vyjádřením „viz výše“, tzn. nevšimli si drobného rozdílu ve znění otázek č. 2 a této osmé. V otázce č. 2 jsem se ptala na vhodnost užití MT při logopedických terapiích a diagnózách, v této otázce č. 8 se táži na konkrétní uplatnění u klientů s určitým typem diagnózy. Celkově ale respondenti v nejvyšším počtu bodů (31, 18 KL a 13 LSP) uvedli dg. balbuties a následovala afázie (27, 15 KL a 12 LSP), což je opačné skóre než v otázce č. 2. Třetí nejčastější byla uvedena dg. vývojová dysfázie (20, 9 KL a 11 LSP). Nad touto otázkou se nepokusilo zamyslet celkem 12 respondentů (10 KL a 2 LSP), což si vysvětlují podobně jako v případech výše, nebyl čas či ochota se nad otázkou pozastavit a pokusit se sestavit odpověď. V těchto případech by mělo vyjádření „nevím“ daleko větší vypovídající hodnotu než pouhé proškrtnutí.

**Otázka č. 9: Nejvíce se MT v mé logopedické praxi osvědčily u klientů, resp. diagnóz:**

Tato otázka je další z filtračních otázek, odpovídali na ní tedy ti, kteří MT používají. Dle odpovědí se v praxi u respondentů MT nejvíce osvědčily u dg. balbuties (20, 10 KL a 10 LSP), dále u dg. afázie (16, 11 KL a 5 LSP) a posléze vývojová dysfázie (14, 7

KL a 7 LSP). (Pozn. ve všech těchto případech jde spíše o součet bodů u jednotlivých skupin, neboť jak jsem uvedla výše, na tyto otevřené otázky respondenti odpovídali více různými možnostmi).

Podotýkám, že mnoho z respondentů opět jednoduše uvedlo „viz výše“, nebo „viz „č. 2“. Tato otázka se ale od otázky č. 2 odlišovala požadavkem uvedení konkrétních diagnóz a očekávala odhad dle četnosti užití. Otázku nezodpovědělo celkem 17 respondentů (12 KL a 5 LSP). Mohu se domnívat, že tuto otázku ponechal bez odpovědi tak vysoký počet respondentů z důvodu neužívání MT ve své praxi (viz otázka č. 4) nebo se jim nechtělo opakovat znovu tytéž diagnózy, pokud si neuvědomili rozdílnost cíle otázky s otázkou č. 2 nebo jen nebyli schopni největší úspěšnost MT v praxi u konkrétních diagnóz odhadnout?

**Otázka č. 10: *MT se v mé logopedické praxi neosvědčily u klientů, resp. diagnóz:***

Tuto otázku respondenti spíše nejčastěji nezodpověděli, a to celkem ve 37 případech (18 KL a 19 LSP). Vysvětlení se nabízí podobné jako u otázky předchozí. Celkem 6 respondentů (4 KL a 2 LSP) tvrdí, že se o neosvědčení MT v praxi nedá hovořit při žádné z diagnóz. Zajímavé jsou ale jednotlivé položky, v nichž 2 z KL uvedli, že MT se v jejich praxi neosvědčila u klientů s mutismem, a vždy jen po jednom případě uvedli KL také DMO (dysartrie), tumultus sermonis, nemuzikální afázii, orální apraxii. SLP uvedli celkově jen „ne/žádné“(2), „nemohu posoudit“ (1) a vývojovou dysfázií (1). Ostatní LSP (19), jak jsem již uvedla neodpověděli, což lze považovat za jistý druh opatrnosti a nezkušenosti s touto terapií.

**Otázka č. 11: *Úspěšnost / neúspěšnost použití MT ve své praxi posuzují (bych posuzoval/a) dle:***

Tuto otázku respondenti opět spíše nezodpověděli, celkem 18 (10 KL a 8 LSP). Součtem možných odpovědí, které lze zařadit posuzování dle objektivních měřítek (např. dle vývoje poruchy k normě, použití testování, balbucigram, test pro afatiky) stanovili KL v 11 bodech a LSP v 6 bodech, celkem 17 bodů. Subjektivní měřítko používá/by používalo součtem (např. dle chování/reakcí pacienta, dle aktuálního stavu, dle oblíbenosti u klienta, dle pocitů klienta) v 18 případech KL a 12 LSP, celkem 30 bodů.

Poněkud zarážející je souvislost s otázkou č. 4, na niž odpovědělo celkem 21 KL a 16 LSP, že muzikoterapii užívají, ale na otázku C. 11, nebyli všichni schopni zodpovědět, jak posuzují úspěšnost MT ve své praxi.

Dle těchto výsledků a hlubšího kvalitativního hodnocení odpovědí si musím přiznat, že otázka pravděpodobně nebyla příliš jasně formulována, nyní bych její znění specifikovala více detailněji.

**Otázka č. 12: *MT využívám (bych využíval/a) u klientů ve věku od - do:***

Nejčastější odpovědí bylo neomezeně (po sečtení všech odpovědí typu „neomezeně“, „0-99“ a „0-100“) 10 u KL a 7 u LSP, celkem 17. Ostatní typy odpovědí se vyskytovaly po jednom bodu. Nezodpovězeno zůstalo celkem 11 (5 KL a 6 LSP). Jeden z respondentů chtěl být vtipný, tak napsal věk do 150 let. U tohoto respondenta však velmi kladně hodnotím uvedení případného užití MT již od půl roku věku dítěte.

**Otázka č. 13: *Myslíte si, že MT jsou (by byly) ve Vaší praxi více úspěšné u dětí nebo u dospělých, popř. proč?***

Respondenti nejčastěji vybírali možnost „u dětí“, celkem 20 (7 KL a 13 SLP), což je dle mého názoru dáno zejména tím, že většina z respondentů pracuje v ambulanci a jejich klientelu tvoří spíše dětská populace. Někteří z respondentů připojili i svůj komentář, např. „dětí jsou více spontánnější, bezprostřední, mají rády zpívání“, „dospělí mají více zábran, stydí se“. Variantu „u dětí i dospělých“ vybralo celkem 10 respondentů (7 KL a 3 LSP), jako další možnosti uváděli např. „záleží na dg. - ne na věku“, „individuálně“. Tuto otázku nezodpovědělo „pouze“ 6 respondentů (5 KL a 1 LSP).

Jeden respondent mi v dotazníku blíže sdělil, že obtížná je muzikoterapie s dětmi v pubertě a adolescenci. Za toto sdělení jsem také ráda, ale zamýšlela jsem se nad tím, proč má respondent takovou negativní zkušenost. V mnoha psychologických státech a studiích na téma muzikoterapie u dospívající mládeže je prokázáno, jaký kladný vliv má užití hudby v tomto období. Tato fáze dospívání je psychologicky i fyzicky velmi náročná a je důležité dětem v tomto věku poskytnout možnost k vybití energie, volné umělecké tvorbě a hlavně sdílení vlastních názorů a postojů. Tento prostor muzikoterapie nabízí, jde jen o to, jakým způsobem je aplikována. A není jistě náhodou, že v pubertálním a adolescentním období se mnoho z dětí pokouší začít hrát na nějaký hudební nástroj, většinou na kytaru nebo dnes tak moderní africké bubínky, a to jen pro svoji potěchu. Domnívám se proto, že velmi citlivá aplikace muzikoterapie, či jejích prvků (spolu s výběrem z netradičních muzikoterapeutických nástrojů, např. výše jmenovaných afrických bubínků, exotických chřestidel, nebo jiných zajímavých nástrojů jako je třeba Oceán drum, atd.) mohou v případě zájmu klienta logopedickou intervencí jedinečně obohatit.

**Otázka č.14: Při užití MT pracuji (bych pracoval/a) společně s dítětem a jeho rodičem/či:**

Tato otázka byla další z typu uzavřených. Nejčastěji respondenti volili variantu „občas“, a to ve 27 případech (13 KL a 14 LSP). Vždy pracují/by pracovali spolu s dítětem i s jeho rodičem ve 14 případech (9 KL a 5 LSP). Variantu „nikdy“ zvolili pouze 2 LSP. Nezodpovězených odpovědí bylo celkem 10 (8 KL a 2 LSP). Zajímavá je spojitost s následující otázkou.

**Otázka č. 15: Přítomnost rodiče/ů při MT působí (popř. doplňte, prosím):**

Celkové největší množství odpovědí získala varianta „spíše pozitivně“, a to v 19 případech (7 KL a 12 LSP). KL (8) ale v této otázce nejčastěji neodpověděli vůbec, zatímco tuto otázku nezodpověděli pouze 2 LSP. V této otázce měli respondenti možnost svojí odpověď více rozšířit a několik respondentů svůj komentář připojilo, většinou pokud nezakroužkovali žádnou z nabízených variant, proto jsem je ve vyhodnocení označila jako „Jiná odpověď“. V těchto komentářích zazněly rozmanité možnosti vysvětlení, např.: „záleží dle věku“, „individuálně“, „pokud je rodič ochoten“, „záleží na osobnosti dítěte“. Další z komentářů ohodnotil přítomnost rodičů při MT s dítětem „velmi pozitivně, protože si mohou zkusit některé z prvků i doma a nebojí se je užít“. Neméně zajímavá a podnětná byl i komentář k variantě „spíše negativně“, kdy jeden respondent uvedl, že děti jsou takto „kriticky sledování“. A zde nastává otázka - jsou při logopedické intervenci „kriticky“ sledování pouze děti nebo rodič zároveň či více sleduje a hodnotí samotného logopeda? A jak je příjemné pro logopeda být takto sledován? Můj názor je takový, že nejspíše záleží na tom, jestli logoped/muzikoterapeut při určitých technikách zapojí zároveň s dítětem i jeho rodiče, nebo zda je rodič pouhým divákem, a tím i kritikem bez pochopení účelu a prožitku při muzikoterapii.

**Otázka č. 16: Při MT používám (bych používal/a) tyto hudební nástroje:**

Z uvedených odpovědí se naprosto jasně potvrdila moje domněnka, že nejčastěji respondenti zvolí známé Orffovy nástroje, resp. Orffův instrumentář. Učinilo tak 21 respondentů (12 KL, a 9 SLP). Znovu připomínám, že respondenti v této otevřené otázce vypisovali více možností, proto jde spíše o bodové ohodnocení. Další nejvyšší počet bodů obdržela ozvučná dřívka (17, 8 KL, 9 LSP), tento nástroj je klasicky využíván při edukaci a reedukaci rytmizace, při diferenciaci slabik atd.

Obávám se, že se opět potvrzuje má domněnka celkového hodnocení výsledků této studie, a to: spíše více z respondentů neužívá muzikoterapeutické prvky nebo techniky, jen je zaměřuje za užití hudebních prvků v edukaci a reedukaci. Tuto domněnku potvrzuje

i další fakt, že jeden z respondentů uvedl mezi nástroji i „bzučák“, což jiný respondent označuje i jako „pípatko“, tato pomůcka rozhodně nepatří mezi nástroje vhodné pro muzikoterapii! Je to pomůcka edukační či reedukační, ale určitě není možné ji považovat ani za hudební či muzikoterapeutický nástroj.<sup>54</sup>

Další odpovědi na tuto otázku byly ale velmi různorodé, kromě známých hudebních nástrojů (např. klavír, kytara, triangl) se objevily i netradiční hudební nástroje, např. kastaněty a přímo muzikoterapeutické, např. tibetské mísy. Ještě se zmíním o drobné chybě, která se vyskytovala téměř ve všech případech, kdy respondenti uvedli Orffovy nástroje, resp. Orffův instrumentál. Tento název byl uveden většinou s jedním „f, nebo byl jinak nesprávně pojmenován. Kladu si též otázku, zda respondenti tyto nástroje umí aplikovat správným muzikoterapeutickým způsobem.

**Otázka č. 17: Při MT dále využívám (bych využíval/a) tyto pomůcky:**

Nejčastěji zůstala tato otázka nezodpovězená, celkem ve 22 případech (12 KL a 10 LSP). Další nejčastější odpovědí bylo uvedení pomůcky zvané „bzučák“ (5, 3 KL a 2 LSP), což je opravdu tristní, že i zkušení kliničtí logopedi tuto pomůcku používají pro jejich muzikoterapii (zde je na místě zdůraznit slovo Jejich"). Vysvětlení nevhodnosti užití bzučáku viz výše.

Někdy také respondenti zaměňovali pomůcky za hudební nástroje (např. uváděli také Orffovy nástroje, bubínky, kytaru nebo píšťalku), což si zdůvodňují tak, že nevěnovali přílišnou pozornost zadání otázky nebo tyto dvě kategorie považují za jednu totožnou, což ale ve skutečnosti není. Druhé vysvětlení inklinuje k opětovnému vyvození závěru, že tito respondenti nemají o MT dostatek informací.

Mezi pomůckami se objevil v 5 případech (4 KL a 1 SLP) magnetofon/CD přehrávač, dále pak po několika bodech získaly: karimatka/podložka, CD s hudbou a kazety, nádobí a tělo. Ostatní pomůcky, jejichž výčet je uveden v tabulce č. 2 (příloha č. 3) , získaly po jednom bodu. Krátce se zastavím u výroku o užití „všeho, co je k dispozici“, což je jistě z hlediska kreativity velmi dobré, ale vždy je nutno pamatovat na to, že každou užitou věc, nástroj či pomůcku je nutno předem zakomponovat do předem připraveného terapeutického plánu.

<sup>54</sup> Znovu zopakuji základní tezi této práce, že při muzikoterapii jde o ovlivnění nepříznivého psychického nebo fyzického stavu klienta, zejména působení na jeho psychické prožívání a vnímání s cílem (stručně řečeno) změnit negativní nastavení v pozitivní či harmonizace negativní složky a, řečeno v holistickém pojetí, harmonizaci bio-psycho-sociální jednoty člověka. Pro muzikoterapii je důležitý také terapeutický vztah. Terapie je má svůj stanovený terapeutický plán s krátkodobými a dlouhodobými cíli a může se uskutečňovat jako samostatná nebo podpůrná terapie.

**Otázka č. 18: *Pro svoji praxi bych dále chtěl/a získat tyto nástroje a pomůcky:***

Nejčastěji na tuto otázku respondenti vůbec neodpověděli, celkem 31 (16 KL, 15 LSP). Druhá nejčastější odpověď byla „žádné“ (5, 4 KL a 1 LSP). Pokud porovnáme výsledky z předchozích otázek, je jasně patrné, že není mnoho logopedů, kteří by měli širší spektrum hudebních, resp. muzikoterapeutických nástrojů.

Domnívám se, že v této otázce se projevil opravdový zájem o MT a její skutečnou aplikaci, v případě, kdy respondenti uvedli, že by chtěli získat několik dalších nástrojů, např. klavír, soupravu bicích nástrojů, Orffovy nástroje, netradiční hudební nástroje, nebo pomůcek, např. kvalitní aparaturu, videokameru, CD nahrávky. Jeden respondent napsal, že by chtěl získat i další počítačové programy. Nedokáží si představit, jak by je používal k MT, bylo by zajímavé dále zjistit, jaké typy počítačových programů měl respondent na mysli.

**Otázka č. 19: *MT kombinuji (bych kombinoval/a) s těmito dalšími technikami:***

Tato otázka byla taktéž nejčastěji nevyplněna, celkem ve 20 případech (10 KL a 10 LSP). Druhou nejčastější odpovědí bylo „relaxační cvičení“ (8 bodů, 4 KL a 4 LSP) a shodný součet 8 bodů (3 KL a 5 LSP) získaly pohybové aktivity. Další následovala arteterapie (7 bodů, KL a 3 LSP). Po několika málo či jen jednom bodu získaly další zajímavé techniky, např. autogenní trénink, prvky jógy, balneoterapie, aromaterapie, tanec, dechová a fonační cvičení, atd.

**Otázka č. 20: *Máte (měl/a byste) pro MT ve své ordinaci vyhrazené konkrétní místo?***

Jednoznačně největší počet respondentů zvolil odpověď „ne“, celkem 38 (21 KL a 17 LSP). Jen celkem 14 respondentů (6 KL a 4 LSP) uvedlo, že pro MT mají/by měli vyhrazené konkrétní místo. Hlubší kvalitativní hodnocení jednotlivých výpovědí napovídá, že spíše více respondentů mají malé ordinace, takže MT dělají/by dělali u stolu nebo ve stoji. Další respondenti uváděli koberec nebo podložku. Tato situace jasně dokládá současný stav, kdy ambulance logopedů mají většinou malé prostorové podmínky.

**Otázka č. 21: *Hudební vzdělání mám v rámci:***

Celkový nejvyšší počet bodů byl uveden u vysokoškolského vzdělání, a to 19 (KL 13 a LSP 6). Tyto odpovědi poukázaly najeden úsměvný fakt: KL si, až na 4 respondenty, neuvědomili, že hudebního vzdělání se jim dostalo již na základní škole v rámci hudební výchovy. Z LSP tuto skutečnost uvedlo 13 z nich. Tzn. v případě získaného hudebního vzdělání v rámci ZŠ by měla být odpověď v plném počtu 30 klinických logopedů a 23 logopedů ve specializační přípravě. Je potěšující, že celkem 8 bodů (5 KL a 3 LSP) získala odpověď LŠU/ZUŠ II. cyklus. Vzdělání v I. cyklu LŠU/ZUŠ uvedlo celkem 13

respondentů (7 KL a 6 LSP), ve skutečnosti je tento počet ještě o něco vyšší, neboť několik z respondentů, kteří zakroužkovali II. cyklus také neoznámili I. cyklus, což by bylo více logické, neboť oba cykly na sebe navazují. Další potěšující odpověď skýtá „privátní vzdělávání“ v celkovém počtu 10 bodů (5 KL a 5 LSP) a „jiné vzdělávání“ (9 bodů, 7 KL a 2 LSP). Nejčastěji byly uváděny soukromé lekce hry na klavír, kytaru, flétnu, nebo sborový zpěv.

Ovšem je smutné, že i tuto jednoduchou otázku nechalo bez odpovědi celkem 8 respondentů (7 KL a 1 LSP).

**Otázka č. 22: *Absolvoval/a jsem tyto kurzy v MT:***

Vzhledem k malé možnosti získání odborných muzikoterapeutických informací a též nejednotnosti a neucelenosti koncepce vzdělávacího systému v muzikoterapii v České republice je jasné, proč 22 z KL (pozn. z celkového průzkumného vzorku 30 KL) a 18 LSP (z celkového vzorku 23 LSP) neprošlo zatím žádnými muzikoterapeutickými semináři či kurzy. Toto je velmi tristní stav vzhledem k otázce č. 4, kdy KL uvedli, že 21 z nich MT ve své praxi užívá a LSP uvedli užívání MT v praxi v počtu 16. Což znamená, že buď 13 z KL a 11 z LSP užívá něco, o čemž nemají žádné odborné informace, nebo spíše muzikoterapii a její prvky zaměňují s hudební edukací a reedukací a užívání hudby obecně.

Jediný dostupný odborný kurz muzikoterapie pro logopedy pod záštitou AKL ČR vedou Iva Pelclová, klinická logopedka s dlouholetou praxí a vzděláním z mnoha muzikoterapeutických kurzů a praxí, společně s Janou Procházkovou, klinickou psycholožkou s dlouholetou praxí a taktéž mnohaletým muzikoterapeutickým vzděláním a praxí odborného muzikoterapeuta. Jak si tedy lze vysvětlit fakt, který jsem našla na webových stránkách Asociace, že z důvodu nízkého zájmu členů AKL o kurzy Muzikoterapie I. se kurz přesouvá na jiný termín a bude pravděpodobně poslední svého druhu?

### **3.4 Diskuze**

Domnívám se, že nejvíce uvedli respondenti právě diagnózy afázie, balbuties a vývojová dysfázie, neboť právě zmínky o možnosti využití muzikoterapie konkrétně při těchto typech narušené komunikační schopnosti lze najít i v české nebo slovenské odborné logopedické literatuře (např. Škodová, ..., 2003 a 2007, Neubauer, 2007, Lechtá, 2005, Klenková, 2006, Peutelschmiedová, 2000, Cséfalvay, 1996, Mátejová a Mašura, 1992, 1980).

### 3.5 Závěrečné hodnocení průzkumu

Celkovým hlubším kvalitativním hodnocením a porovnáním všech odpovědí v rámci každého dotazníku zvláště jsem zjistila, že respondentů, kteří by opravdu měli dostatek informací o muzikoterapii a jejím adekvátním použitím v logopedii je z celkového počtu 53 respondentů jen sedm. Z jejich odpovědí lze usuzovat, že muzikoterapii a její prvky pravděpodobně též v praxi aplikují správným způsobem. Bohužel spíše více respondentů považuje za muzikoterapii veškeré edukační a reedukační užití hudby a jejích složek (např. rytmu a zpěvu) bez primárního a cíleného terapeutického zaměření na psychickou sféru a prožívání klienta.

Domnívám se proto, že největší množství z dotazovaných respondentů muzikoterapeutické prvky nebo techniky neužívá, jen je zaměňuje za užití hudebních prvků v edukaci a reedukaci. Ostatní respondenti muzikoterapii nevyužívají, neboť z časových a jiných důvodů nechtějí, jen velmi malá menšina muzikoterapii či její prvky v praxi neužívá, neboť přiznává, že nemá v této oblasti příslušné vzdělání.

Z tohoto hlubšího kvalitativního porovnání odpovědí klinických logopedů a logopedů ve specializační přípravě vyplývá, že spíše druzí jmenovaní jsou více otevření novým metodám a technikám a zajímá je i muzikoterapie, ač o ní zatím nemají mnoho informací.



## 4 Vlastní zkušenosti s muzikoterapií

Na počátku jsem pouze s obdivem sledovala různé české i zahraniční videonahrávky muzikoterapie s klienty s různým typem znevýhodnění, např. mentální retardací, těžkým tělesným znevýhodněním, se zrakovým znevýhodněním nebo s klienty s onkologickým onemocněním, také se zdravými kojenci, batolaty a dětmi různého věku, či seniory, atd.

Díky laskavosti Markéty Gerlichové jsem minulý rok mohla zažít několik muzikoterapeutických setkání s klienty po poranění mozku, které se konají na Klinice rehabilitačního lékařství I.LF UK v Praze. Tato setkání pro mě byla osobnostně velmi významná a obohacující, ale taktéž podnětná pro oblast využití muzikoterapie v klinické logopedii. V průběhu minulých dvou let jsem pak měla to štěstí absolvovat kurzy Matěje Lipského (třísemestrální zážitkový kurz muzikoterapie na Pedagogické fakultě UK v Praze zakončený zkouškou), Jany Procházkové a Ivy Pelclové („Muzikoterapeutické techniky I." - jednodenní zážitkový kurz akreditovaný AKL s osvědčením), Zdeňka Vilímka (jednodenní akreditovaný kurz s osvědčením „Muzikoterapie a umění relaxace"), Lubomíra Holzera (taktéž zážitkový kurz muzikoterapie v rámci týdenního pobytu „Prázdniny trochu jinak" pořádaného Milanem Valentou, Janem Michalíkem (z UP v Olomouci) ve spolupráci s Národním institutem pro další vzdělávání). Nyní s velkou radostí vstupuji do kurzu Markéty Gerlichové („Muzikoterapie"- 20 hodinový zážitkový kurz s osvědčením, organizovaný Sdružením přátel pro ucelenou rehabilitaci a společností Rehalb).

Mé teoretické znalosti a praktické zkušenosti jsou tudíž prozatím nevelké, proto je mým velkým přáním se v blízké budoucnosti pokusit, pokud to bude možné, absolvovat všechny dostupné odborné kurzy a semináře muzikoterapie v České republice, které vedou odborné kapacity s příslušným vzděláním a dlouholetou praxí v oboru, jakými jsou, např. Jana Procházková, Jitka Pejřimovská, Jitka Vodňanská, Zdeněk Šimanovský, Tomáš Procházka. Pro získání rozmanitého pohledu na muzikoterapii bych chtěla absolvovat i jiné semináře a kurzy, které nejsou nijak akreditované či známé, např. kurzy alikvótního zpěvu. Pokud by se podařilo, chtěla bych se také nechat inspirovat zahraničními zkušenostmi.

Prozatím je moje přání cíleno touhou pro osobnostním rozvoji a duševním obohacení a v budoucnu, až nabudu dostatek znalostí a praktických zkušeností bych muzikoterapií chtěla uplatnit ve své logopedické praxi. Chtěla bych proto své znalosti a dovednosti stále prohlubovat, neboť pokud budu mít možnost muzikoterapií ve své praxi uplatňovat, chci tak činit správným a odborným způsobem.

## 5 Závěr

Jak jsem již uvedla na začátku této práce, s muzikoterapií jsem se poprvé setkala před několika lety v Dětském centru (dříve Kojenecký ústav s DD) v Praze - Krči. V té době jsem se již čtvrtým rokem soukromě vzdělávala v hipoterapii<sup>55</sup>, pracovala s lidmi s roztroušenou sklerózou a plánovala, že této oblasti se budu po ukončení studia speciální pedagogiky profesně dále věnovat. Posléze jsem však začala pronikat i do tajů logopedie a tento obor se stal, nejen díky své odborné náplni a možnosti práce se širokým spektrem lidí se znevýhodněním s narušenou komunikační schopností, mým zaslíbeným. Seznámení s muzikoterapií mě nalákalo na další cestu poznání, a kterou bych rovněž chtěla dále pokračovat.

Jsem si naprosto jistá, že muzikoterapie i hipoterapie v sobě ukrývají ohromný potenciál. V budoucnu bych tyto dvě dosud nepřiliš známé a odborně užívané terapie chtěla vzájemně propojovat a čerpat z nich to nejlepší ku prospěchu klientů a obohacovat jimi tradiční logopedické metody a postupy.

Troufám si tvrdit, že absolvování kurzů a využití muzikoterapie v praxi by pro logopedy obecně znamenalo nejen další rozšíření profesních obzorů, ale bylo i zajímavým osobním přínosem. Mám na mysli využití muzikoterapie jako součást psychohygieny - jako prevence proti syndromu burn-out (vyhoření). Již v průběhu absolvování kurzů muzikoterapie je člověk, v tomto případě logoped, obohacován nejen příjemnými prožitky při různých muzikoterapeutických a relaxačních technikách, setkáváním s odborníky z jiného profesního okruhu, atd., ale také nabídkou dalšího duševního rozvoje a sebepoznání. Jak vyplynulo z mého průzkumu, v České republice není prozatím mnoho logopedů, pracujících ve zdravotnickém rezortu, kteří by měli dostatečné informace o muzikoterapii a uměli je vhodně aplikovat. Bohužel většina z respondentů vnímala muzikoterapii jako jakékoli užití hudby a hudebních prvků, což jak jsem již několikrát předeslala výše, není podstatou muzikoterapie. Hlavním je užití zvuků a hudby s terapeutickým cílem zaměřeným na prožívání a vnímání klienta a změnu jeho případného negativního psychického naladění v pozitivní.

<sup>55</sup> Hipoterapie: je doplňkovou terapií v celém procesu rehabilitace. Tato metoda spočívá ve využití přirozeného pohybu koně a jeho typického chůzového mechanismu, jako pohybového vzoru kterému se pacient přizpůsobuje (resp. jeho svalstvo a CNS). Tato terapie v sobě zahrnuje nejen prvky fyzioterapie ale také psychologické a sociální terapie. Při hipoterapii dochází především ke snížení svalového napětí, zlepšení koordinace pohybu a ke zlepšení psychického ladění. Využívá se jako doplňková terapie v neurologii, ortopedii, interně či psychiatru, a to u pacientů všech věkových kategorií, vždy na doporučení ošetřujícího lékaře.

Nejen v západních zemích muzikoterapie svojí širokospektrální účinností již prokázala své důležité místo v mnoha oborech, například psychoterapii, nebo jako podpůrná terapie v lékařství. Muzikoterapie je novým stále se rozvíjejícím vědeckým oborem, ale její vliv na lidský organismus je doložen již mnoha zahraničními výzkumy.

Proto věřím, že své opodstatnění muzikoterapie obhájí i v České republice, a to také v oblasti klinické logopedie a zdravotní pojišťovny jí zařadí do rejstříku oficiálních terapií, a tím se stane proplácenou formou podpůrné nebo samostatné logopedické terapie/metody. Tento krok by jistě podnítil mnoho klinických logopedů k hlubšímu zájmu o muzikoterapii a dále by se v této oblasti vzdělávali. Tím by mohli prospět nejen sobě, ale zejména svým klientům. Ve svých očekáváním se ale snažím být realistická a vím, že cesta k tomuto cíli v České republice nebude krátká.

Přála bych si, aby v blízké budoucnosti byla alespoň více běžnější spolupráce logopedů s muzikoterapeuty a muzikoterapie se stala dostupnější pro větší množství klientů klinické logopedie.

Doufám, že i má diplomní práce přispěje k naplnění této vize budoucnosti.

## Použitá literatura

- ALDRIDGE, D. *Music and Alzheimer's disease - assessment and therapy, discusion paper*. Journal of the Royal Society of Medicine. Vol. 86 (2). 1993.
- BAKER, F., TAMPLIN, J. *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation: A Clinician's Manual*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006. ISBN 9781843104124
- BAKER, F. A. *Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults with Severe Non-fluent Aphasia*. Music Therapy Perspectives, 18 (2). 2000.
- BERLIN, P. a kol. *Recovery from Nonfluent Aphasia After Melodic Intonation Therapy: A PET Study*. Neurology 47 (6 ). 1996.
- BODNER, E., GILBOA, A. *Emotional Communicability in Music Therapy: Different Instruments for Different Emotions?* Nordic Journal of Music Therapy. Vol. 15(1). 2006.
- BŘICHÁČKOVÁ, M. *Problémy sluchové percepce z pohledu muzikoterapie*. Disertační práce. Brno : Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Katedra hudební výchovy, 2005.
- CARROLL, D. *A study of the effectiveness of an adaptation of melodic intonation therapy in increasing the communicative speech of young children with Down syndrome*. McGill University. Faculty of Music. Montreal, Canada. 1996.
- COLEMAN, A. M. *A Dictionary of Psychology*. Oxford : Oxford University Press, 2001. ISBN 0-19-866211-4.
- CSÉFALVAY, Z., Traubner, P.: *Afaziológia pre klinickú prax*. Martin : Osvéta, 1996. ISBN 80-2170-0377-6.
- DAMBORSKÁ, M. *Citový život a vývoj řeči kojenců v kolektivních zařízeních*. Praha : SZN, 1963.
- DAMBORSKÁ, M. *Vývoj a výchova kojence v ústavním prostředí*. Praha : SZN, 1967.
- FELBER, R., REINHOLD, S., STÜCKERT, A. *Muzikoterapie. Terapie zpěvem*. Hranice : Fabula, 2005. ISBN 80-86600-24-6
- GAVORA, P. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno : Paido, 1996. ISBN 80-85931-15-X.
- GRUN, M. a kol. *Tvořivá muzikoterapie a Parkinsonova choroba*. Rehabilitácia. Vol. 31 (4), 1998. Dostupné též na [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz).
- HANSER, S. *The New Music Therapist's Handbook*. Boston, MA: Berklee Press, 1999. ISBN 0-643-00645-2.

- HELFRICH-MILLER, K. *A Clinical Perspective: Melodie Intonation Therapy for Developmental Apraxia*. Clinics in Communication Disorders 4 (3). 1994.
- HEREJKOVÁ, I., LÁFOVÁ, K., ŠESTÁKOVÁ, B. *Psychologické aspekty logopedické péče o pacienty s mozkovou lézí*. Diagnostika a terapie poruch komunikace. Roč. 9., č. 1. 2006
- CHAMBERLIN, S. L. *Gale Encyclopedia of Neurological Disorders*. Detroit : The Gale Group Inc, 2005.
- JUSTOŇ, Z. *Hudba přírodních národů*. Liberec : Dauphin, 1996. ISBN 80-901842-4-3
- KING, B. *Language and Speech: Distinguishing Between Aphasia, Apraxia, and Dysarthria in Music Therapy Research and Practice*. Music Therapy Perspectives. Vol. 25 (1). June 2007.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha : Grada Publishing, 2006, dotisk 2007. ISBN 80-247-1110-9
- KOELSCH, S., GROSSMANN, T. a kol. *Children Processing Music: Electric Brain Responses Reveal Musical Competence and Gender Differences*. Journal of Cognitive Neuroscience. Vol. 15 (5). 2003.
- KOELSCH, S., FRITZ, T. a kol. *Adults and children processing music: An fMRI study*. NeuroImage. Vol. 25 (4). 2005.
- KOUKOLÍK, F. *Proč se Dostojevskij mýlil. O vědomí, empatii, altruismu, lásce, zlu a religiozitě*. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-482-9.
- KOUKOLÍK, F. *Sociální mozek*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1242-9.
- KULÍŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
- LECHTÁ, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál 2003 ISBN 80-7178-801-5
- LECHTÁ, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5
- LEUNG, M. *Music therapy and people with special needs*. Queensland : AMTA, 2005.
- LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna : Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.
- LIPSKÝ, M.: *Muzikoterapie se zaměřením nejen na speciální pedagogiku*. Diplomová práce. Praha : Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 2005.
- LOEWY, J. *Integrating Music, Language and the Voice in Music Therapy*. Voices: A World Forum for Music Therapy, 2004.

MAGEE, W. a kol. *The role of music therapy in an interdisciplinary approach to address functional communication in complex neuro-communication disorders, A case report.* Disability and Rehabilitation. Vol. 28 (19), 2006.

MAREK, V. *Nová doba porodní.* Praha : Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.

MARSHAL, N., HOLTZAPPLE, P. *Melodic intonation therapy: Variations on a theme.* Minneapolis. Clinical Aphasiology Conference. 1976. Dostupné též na: <http://aphasiology.pitt.edu>

MÁTEJOVÁ, Z. a HANUŠ, R. *Úvod do terapeutických technik.* Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislavě, 1980.

MÁTEJOVÁ, Z. a MAŠURA, S. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike.* Bratislava : SPN, 1992. ISBN 80-08-00315-4.

MÁTEJOVÁ, Z. a MAŠURA, S. *Muzikoterapia pri zajakavosti.* Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1980.

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

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

NOCKER-RIBAUPIERRE, M. *Music therapy for Premature and Newborn Infants.* Gilsum, NH : Barcelona Publishers. 2005. ISBN 1-891278-20-7

PAPE, W. *Brain and Music - Comments on music-related brain research.* Music Therapy Today. Vol. 6 (2). 2005.

PETERS, J. S. *Music Therapy: An Introduction.* Charles C. Thomas Publisher, LTD 2000 ISBN 0398070431.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Aktuální problémy balbutologie.* Olomouc : Univerzita Palackého, 2000. ISBN 80-244-0050-2.

POKORNÁ, P. *Úvod do muzikoterapie pro speciální pedagogiku - obor vychovatelství.* Praha : Univerzita Karlova v Praze. 1982.

PROCHAZKA, T. *Celostní přístup v muzikoterapii.* Diplomová práce. Praha • Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky, 1996.

RACETTE, A. a kol. *Making non-fluent aphasies speak: sing along!* Brain, Oxford Journals. Vol. 121 (10), 2007.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN 80-244-1475-9.

- RIDDER, H., M. a ALDRIDGE, D. *Individual Music Therapy with Persons with Frontotemporal Dementia. Singing Dialogue*. Nordic Journal of Music Therapy. Vol. 14 (2), 2005.
- SACKS, O. *When Music Heals*. Paradise magazine. Vol. 3, 2002.
- SAPIR, S. a kol. *Effects of intensive voice treatment (the Lee Silverman Voice Treatment [LSVT]) on ataxic dysarthria: a case study*. American journal of speech-language pathology. 12 (4). 2003.
- SCHÁNILCOVÁ - VODŇANSKÁ, J. *Muzikoterapeut - novodobý léčitel s tisíciletou praxí*. Muzikoterapeutické listy. Č. 5. 1982.
- SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1978.
- STEHLÍKOVÁ, O., MAJEROVÁ, R., KUBÍK, T. *Jazykové funkce pravé hemisféry*. Předneseno na VI. Afaziologickém sympoziu. Brno. 2005. Dostupné též na [www.klinickalogopedie.cz](http://www.klinickalogopedie.cz).
- STEJSKALOVÁ, M., KOCOURKOVÁ, J. *Muzikoterapie u dětí a dospívajících*. Psychologie Dnes. 10 (4), 2004.
- STEVENS, CH., ARCAINA, N. *Drumming beats the blues away*. Star Bulletin. Vol 12 (79). 2007.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha : Portál. 2002. ISBN 80-71-78-616-0.
- ŠIMANOVSKY, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-557-1.
- ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, E. a JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-803-4.
- VODŇANSKÁ *Muzikoterapeut - novodobý léčitel s tisíciletou praxí*. Arteterapie, roč. 6, č. 12. 2006.
- VYSKOČIL, F. *Poznámky k funkční neuroanatomii člověka pro biology spříhlédnutím k jiným živočichům*. Praha : Fyziologický ústav, oddělení buněčné neurofyziologie, učební texty, 2002. (Dostupné též na [www.biomed.cas](http://www.biomed.cas))
- WEBER, J- *Improvizáční muzikoterapie s dospělými*. Předneseno na setkání muzikoterapeutické sekce v Lékařském domě v Praze 6. 6. 2006. Záznam v časopise Arteterapie, roč. 6, č. 12. 2006.

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

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapia - dialog s chvěním*. Bratislava : Ústav hudobnej vedy SAV, 2002. ISBN 80-968279-6-0.

ZÁKON č.96/2004 Sb., *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. Sbírka zákonů ČR. 3. březen 2004, částka 30 s účinností 1 .dubna 2004.

NAŘÍZENÍ VLÁDY č.463/04 Sb., *kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*.

### **Internetové zdroje:**

[www.emedieine.com](http://www.emedieine.com) (článek: Branski, R. C. a kol., *Voice Therapy*. 2005)

[www.baraka.cz](http://www.baraka.cz) (Vlastimil Marek)

[www.berklee.edu](http://www.berklee.edu) (Berklee College of Music, USA)

[www.bsmt.org](http://www.bsmt.org) (British Society for Music Therapy)

[www.cbmt.org](http://www.cbmt.org) (Certification Board for Music Therapists)

[www.centerformusictherapy.com](http://www.centerformusictherapy.com) (The Center For Music Therapy)

[www.cls.cz](http://www.cls.cz) (Česká lékařská společnost J. E. Purkyně)

[www.ipvz.cz](http://www.ipvz.cz) (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví)

[www.jagabab.cz](http://www.jagabab.cz) (PaedDr. Lubomír Holzer)

[www.klinickalogopedie.cz](http://www.klinickalogopedie.cz) (Asociace klinických logopedů České republiky)

[www.lsvt.org](http://www.lsvt.org) (Lee Silverman Voice Treatment)

[www.musicologica.cz](http://www.musicologica.cz)

[www.musicophilia.com](http://www.musicophilia.com)

[www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org) (American Music Therapy Association)

[www.musictherapy.ca](http://www.musictherapy.ca) (Canadian Association for Music therapy)

[www.msmt.cz](http://www.msmt.cz) (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky)

[www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz)

[www.muzikoterapie.eu](http://www.muzikoterapie.eu)

[www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) (Ministerstvo zdravotnictví České republiky)

[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (National Cenetr for Biotechnology Information)



[www.nordoff-robbins.org.uk](http://www.nordoff-robbins.org.uk) (Nordoff-Robbins Music Therapy)

[www.nyee.edu](http://www.nyee.edu) (The New York Eye and Ear Infirmary - An International Center for Specialty Care of the Eye, Ear, Nose, Throat, Head & Neck, USA)

[www.oliversacks.com](http://www.oliversacks.com)

[www.scv.upol.cz](http://www.scv.upol.cz) (Centrum celoživotního vzdělávání, Univerzita Palackého v Olomouci)

[www.simanovsky.com](http://www.simanovsky.com)

[www.usumtsa.org](http://www.usumtsa.org) (Music therapy Student Association, Utah State University)

[www.uwec.edu](http://www.uwec.edu) (University of Wisconsin-Eau Claire)

[www.vodnanska.eu](http://www.vodnanska.eu)

[www.webmd.com](http://www.webmd.com) (*The sound of healing, music as medicine*, Nov. 13, 2000)

<http://members.aol.com/musictherapycc> (Rana Zellner Burr, MT-BC)

<http://music.fsu.edu/NICU-MT> (National Institute for Infant and Child Medical Music Therapy, USA , Florida)

## **Přílohy**

### ***Seznam příloh:***

Příloha č. 1: Tabulka č. 1: Akreditované kurzy muzikoterapie pro rok 2006/2007 MŠMT

Příloha č. 2: Dotazník: „Aktuální využití muzikoterapie v praxi klinických logopedů v České republice“

Příloha č. 3: Tabulka č. 2: Kvantitativní vyhodnocení průzkumu

Příloha č. 4: Grafy k průzkumu „Aktuální využití muzikoterapie v praxi klinických logopedů v České republice“

Příloha č. 1

**MŠMT - AKREDITOVANÉ KURZY MUZIKOTERAPIE. Platné zejména pro rok 2006 a 2007:**

(<http://dvpp.msmt.cz/advpp/dvppv.asp>, navštíveno dne: 20. 10. 2007)

**Toto jsou schválené akce i s osvědčením (stav ke 20.10. 2007):**

**Tabulka č. 1**

Organizace	Název vzdělávací akce	Cilová skupina	Oblast akce (podle předmětů)	Forma (typ akce)	Počet účastníků	Hodinová dotace	Účastnický poplatek	Komise dne	Číslo jednací	Platné do
00216208 11410 Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta	Edukační <b>muzikoterapie</b>	psychologové speciální pedagogové	speciální pedagogika	kurz	20	320	34000	20.10.2006	23 445/2006-25-492	
00851507 Dům dětí a mládeže - Vila Doris a Pedagogické centrum	Projekt: Relaxace, uvolnění a <b>muzikoterapie</b> dětí	pedagogičtí pracovníci	psychologie	kurz	25	20	300	26.11.2003	12 612/2004-25-10	15.9.2006
00851507 Dům dětí a mládeže a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků Vila Doris	Projekt: Relaxace, uvolnění a <b>muzikoterapie</b> dětí	učitelé speciálních škol psychologové speciální pedagogové	výchova ke zdravému životnímu stylu	kurz	15	20	700	20.10.2006	23 327/2006-25-411	
25425242 LINGUAE.spol.s r.o.	Duševní hygiena a relaxace pedagoga pomocí prvků <b>muzikoterapie</b>	pedagogičtí pracovníci všech typů a stupňů škol	výchova ke zdravému životnímu stylu	cyklus seminářů	12	10	730	10.12.2004	31 653/2004-25-445	31.12.2006
25497405 Pedagogické centrum Ústí nad Labem, o.p.s.	Techniky <b>muzikoterapie</b> u dětí se středním a těžkým mentálním poškozením	učitelé speciálních škol	speciální pedagogika	seminář a dílna	11	6	520	18.2.2005	33 623/2004-25-570	31.3.2007
26383381 Pedagogické a vzdělávací centrum Karlovarského kraje, o.p.s.	Duševní hygiena a relaxace pedagoga pomocí základních prvků <b>muzikoterapie</b> a arte	pedagogičtí pracovníci všech typů a stupňů škol	psychologie	cyklus seminářů	12	10	730	18.2.2005	33 621/2004-25-568	15.3.2007
27032213 EDA, o.s.	Techniky <b>muzikoterapie</b> u dětí se středním a těžkým mentálním poškozením	učitelé speciálních škol	speciální pedagogika	seminář a dílna	13	6	650	30.6.2006	15 913/2006-25-271	
48846716 Pedagogické středisko Hodonín	Nové hudebně-dramatické hry a základy <b>muzikoterapie</b>	učitelé MŠ	hudební výchova	cyklus seminářů	20	6	485	28.1.2004	12 638/2004-25-32	15.9.2006
48846716 Středisko služeb školám a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků Hodonín	Nové hudebně-dramatické hry a základy <b>muzikoterapie</b>	pedagogičtí pracovníci všech typů a stupňů škol	dramatická výchova	cyklus seminářů	20	30	3125	29.4.2005	15 892/2005-25-94	
48846716 Středisko služeb školám a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků Hodonín	<b>Muzikoterapie</b> není nikdy dost	pedagogičtí pracovníci všech typů a stupňů škol	hudební výchova	dílna	20	10	690	29.4.2005	15 892/2005-25-94	

## Příloha č. 1

49333551 Pedagogické centrum Hradec Králové	Hry s hudbou a techniky <b>muzikoterapie</b>	učitelé 1.stupně ZŠ učitelé 2.stupně ZŠ	hudební výchova	dílna	12	6	500	1.7.2004	22468/2004-25-284	15.11.2006
49518003 Přátelé angažovaného učení (PAU)o.s.	<b>Muzikoterapie</b>	pedagogičtí pracovníci všech typů a stupňů škol	ostatní	seminář a dílna	20	8	450	28.4.2006	10 868/2006-25-190	
49518003 Přátelé angažovaného učení (PAU)o.s.	Hudebně - dramatická výchova s prvky <b>muzikoterapie</b>	vychovatelé školských zařízení další pedagogičtí pracovníci	dramatická výchova	kurz	20	30	2100	00.4.2004	19 137/2004-25-136	15.12.2006
49518003 Přátelé angažovaného učení (PAU)o.s.	Hry s hudbou a s prvky <b>muzikoterapie</b>	učitelé MŠ učitelé 1.stupně ZŠ učitelé 2.stupně ZŠ	hudební výchova	cyklus přednášek a seminářů	20	5x8	5x450	30.6.2006	15 940/2006-25-330	
49628518 Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR	<b>Muzikoterapie</b>	další pedagogičtí pracovníci pedagogičtí pracovníci všech typů a stupňů škol metodik prevence	speciální pedagogika	kurz	20	1 8	200,-	00.4.2004	19 090/2004-25-89	30.11.2006
49774191 Krajské centrum vzdělávání a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky, Plzeň	Hudebně pohybová výchova s prvky <b>muzikoterapie</b>	učitelé MŠ	mateřské školy	seminář	25	5	420	15.12.2006	27 988/2006-25-563	
49774191 Krajské centrum vzdělávání a Jazyková škola, Plzeň	Hry z <b>muzikoterapie</b> a psychomotoriky pro děti	učitelé 1.stupně ZŠ učitelé speciálních škol vychovatelé školských zařízení	pedagogika	seminář	25	5	300	24.6.2005	21 053/2005-25-217	
49775103 Pedagogické centrum Plzeň	Hudebně - dramatická výchova s prvky <b>muzikoterapie</b> (cyklus 1.-5.)	učitelé 1.stupně ZŠ	hudební výchova	cyklus seminářů	20	30	1500	1.7.2004	22 473/2004-25-242	15.12.2006
60869879 Středisko služeb školám, Písek, Šobrova 2070	Zvuk jako hra - <b>muzikoterapie</b> ve školní praxi - RVP	učitelé 2.stupně ZŠ	hudební výchova	seminář	15	4	150,-	24.6.2005	21 202/05-25-259	
61384984 5111 Hudební fakulta AMU	Kursy teorie a praxe <b>muzikoterapie</b> , hudebně psychologické diagnostiky a aplikace	učitelé ZUŠ a SUŠ	ostatní	seminář a dílna	21	3	900,-	10.12.2004	31 631/2004-25-425	31.12.2006
70911444 Krajské centrum vzdělávání a Jazyková škola, Plzeň	Některé prvky arteterapie a <b>muzikoterapie</b> a jejich využití ve vyučování	pedagogičtí pracovníci všech typů a stupňů škol	ostatní	seminář	15	8	400	18.2.2005	33 611/2004-25-558	31.3.2007

## **Příloha č. 1**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

Jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, oboru speciální pedagogika, specializace logopedie - surdopedie. Velmi bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku za účelem sběru dat pro moji diplomovou práci, jejíž téma zní:

**„Aktuální využití muzikoterapie v praxi klinických logopedů v České republice.“**

Dotazník je určen pro klinické logopedy/ky a logopedy/ky ve specializační přípravě pracující v rezortu zdravotnictví. Výzkum je naprosto anonymní, jen Vás poprosím o uvedení, zda jste klinický/á logoped/ka nebo logoped/ka ve specializační přípravě v oboru klinická logopedie.

Budete-li však mít jakékoli dotazy ohledně výzkumu či zájem o seznámení s výsledky výzkumu a uvedete-li na sebe e-mailový kontakt, ráda Vám informace zašlu.

Časová náročnost vyplnění dotazníku je přibližně 5-10 minut.

Velmi Vám děkuji za trpělivost při vyplňování dotazníku a ochotu ke spolupráci a přeji Vám mnoho úspěchů ve Vaší logopedické praxi.

S pozdravem a přáním hezkého dne,

Bc. Petra Zdeňková

UK v Praze, PedF, SpPg - obor, 4. ročník

Kontakt:

E-mail: [PetraZdenkova@eni.ai1.cz](mailto:PetraZdenkova@eni.ai1.cz)

gsm: 777 893 129

***Máte-li jakékoli dotazy ohledně výzkumu či zájem o sdělení výsledků výzkumu, zanechte zde na sebe kontakt:***

## DOTAZNÍK

*Otázky, bude-li to možné, prosím, vyplňte i v případě, že MT zatím ve své pra. nepoužíváte. Hodící se odpovědi zakroužkujte nebo doplňte větu, prosím. Velmi uvítá jakékoliv Vaše další komentáře k odpovědím či muzikoterapii*

*Pozn.: Muzikoterapie, její techniky a prvky jsou v dotazníku uváděny pod zkratkou MT.*

**Jsem:** a) klinický/á logoped/ka

b) logoped/ka ve specializační přípravě v oboru klinická logopedie

**1) Ve spektru terapeutických technik považují MT za:**

- a) VELMI ÚSPĚŠNÉ
- b) SPÍŠE ÚSPĚŠNÉ
- c) STEJNĚ ÚSPĚŠNÉ
- d) MĚNĚ ÚSPĚŠNÉ
- e) VELMI NEÚSPĚŠNÉ

**2) MT jsou dle mého názoru vhodné při těchto logopedických terapiích či diagnóz:**

**3) MT bych nedoporučil/a u těchto logopedických terapií či diagnóz:**

**4) Používáte ve své logopedické praxi MT?**

- a) ANO-ČASTO
- b) ANO-OBČAS
- c) ANO-ALE ZŘÍDKA
- d) NE - ALE CHTĚL/A BYCH
- e) NE

**5) Pokud ANO, používáte spíše formy MT:**

- a) AKTIVNÍ
- b) RECEPTIVNÍ
- c) KOMBINACI OBOU

**6) MT ve své logopedické praxi používám \_\_\_\_\_ let.**

**7) MT používám (*bych používal/a*) v logopedické intervenci ve fázi:**  
*(prosím, konkrétně, např. při seznámení s klientem, při diagnostice, v jakém úseku logopedické terapie, atp.)*

**8) MT uplatňuji (*bych uplatňoval/a*) u klientů s diagnózou:**

**9) Nejvíce se MT v mé logopedické praxi osvědčily u klientů, resp. diagnóz:**

**10) MT se v mé logopedické praxi neosvědčily u klientů, resp. diagnóz:**

**11) Úspěšnost / neúspěšnost použití MT ve své praxi posuzuji (*bych posuzoval/a*) dle:**

**12) MT využívám (*bych využíval/a*) u klientů ve věku od - do:**

**13) Myslíte si, že MT jsou (*by byly*) ve Vaší praxi více úspěšné u dětí nebo u dospělých, popř. proč?**

**14) Při užití MT pracuji (*bych pracoval/a*) společně s dítětem a jeho rodičem/či:**

- a) VŽDY
- b) OBČAS
- c) NIKDY

**15) Přítomnost rodiče/ů při MT působí (*popř. doplňte, prosím*):**

- a) VELMI POZITIVNĚ (např
- b) SPÍŠE POZITIVNĚ (např
- c) NEUTRÁLNĚ (např
- d) SPÍŠE NEGATIVNĚ (např
- e) VELMI NEGATIVNĚ (např

)

**16) Při MT používám (*bych používal/a*) tyto hudební nástroje:**

**17) Při MT dále využívám (*bych využíval/a*) tyto pomůcky:**

**18) Pro svoji praxi bych dále chtěl/a získat tyto nástroje a pomůcky:**

**19) MT kombinuji (*bych kombinoval/a*) s těmito dalšími technikami:**

**20) Máte (*měl/a byste*) pro MT ve své ordinaci vyhrazené konkrétní místo? {*Popř., prosím, popište prostor, ve kterém MT konáte.*}**



**21) Hudební vzdělání mám v rámci:**

- A. a) ZŠ  
b) SŠ  
c) VŠ
- B. LŠU / ZUŠ - obor:  
a) I. cyklus  
b) II. cyklus
- C. PRIVÁTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ (*jaké + kolik let*)
- D. JINÉ (*jaké + kolik let*):

**22) Absolvoval/a jsem tyto kurzy v MT:**

- KONEC DOTAZNÍKU -

**Velmi Vám děkuji za trpělivost při vyplňování dotazníku a ochotu ke spolupráci.**

**Přeji Vám mnoho úspěchů ve Vaší logopedické praxi.**

S pozdravem a přáním hezkého dne,

Bc. Petra Zdeňková

UK v Praze, PedF, SpPg - obor, 4. ročník

**Kontakt:**

E-mail: [PetraZdenkova@email.cz](mailto:PetraZdenkova@email.cz)

gsm: 777 893 129

Příloha č. 3 Kvantitativní vyhodnocení průzkumu na téma "Využití muzkoterapie a jejích prvků v klinické logopedii"								
OTÁZKA ČÍSLO	KLINICKÝ LOGOPED				LOGOPED VE SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVĚ			
	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚD NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET
<b>1) Ve spektru terapeutických technik považují MT za:</b>								
1)	Velmi úspěšně	4		Velmi úspěšně	3		9	
1)	Spíše úspěšně	4		Spíše úspěšně	6		12	
1)	Středně úspěšně	12		Středně úspěšně	7		19	
1)	Méně úspěšně	3		Méně úspěšně	4		7	
1)	Velmi neúspěšně	0		Velmi neúspěšně	0		0	
1)	Nezodpovězeno	3		Nezodpovězeno	3		6	
<b>2) MT jsou dle mého názoru vhodné při těchto logopedických terapech či diagóz:</b>								
2)			OVŘ			OVŘ	9	
2)			VD			VD	17	
2)			Vývojové poruchy řeči			Vývojové poruchy řeči	27	
2)			Dysartrie			Dysartrie	2	
2)			Afázie			Afázie	15	
2)			Receptivní poruchy řeči			Receptivní poruchy řeči	39	
2)			Balbuties (koktavost)			Balbuties (koktavost)	1	
2)			Tumultus Sermonis (hřebtavost)			Tumultus Sermonis (hřebtavost)	17	
2)			Poruchy plyvnosti řeči			Poruchy plyvnosti řeči	14	
2)			Dyslalie			Dyslalie	3	
2)			Autismus			Autismus	9	
2)			Aspergerův syndrom			Aspergerův syndrom	1	
2)			Mutismus			Mutismus	6	
2)			Elektrivní mutismus			Elektrivní mutismus	3	
2)			Palatolálie			Palatolálie	2	
2)			Vývojová dysartrie			Vývojová dysartrie	2	
2)			Symptomatické poruchy řeči při MR			Symptomatické poruchy řeči při MR	12	
2)			Symptomatické poruchy řeči při SP			Symptomatické poruchy řeči při SP	2	
2)			Symptomatické poruchy řeči při ZP			Symptomatické poruchy řeči při ZP	1	
2)			Kombinované vady / poruchy			Kombinované vady / poruchy	2	
2)			Demence			Demence	4	
2)			DMO			DMO	4	
2)			Smlíšená porucha školních dovedností / SPU			Smlíšená porucha školních dovedností / SPU	3	
2)			Hlasové poruchy			Hlasové poruchy	1	
2)			Neverbalia			Neverbalia	1	
2)			LMD			LMD	1	
2)			Poruchy aktivity a pozornosti			Poruchy aktivity a pozornosti	3	
2)			ADHD			ADHD	4	
2)			Minimální poruchy chování			Minimální poruchy chování	1	
2)			Nezodpovězeno			Nezodpovězeno	2	
<b>3) MT bych nedoporučil/a u těchto logopedických terapií či diagóz:</b>								
3)			Ne / Není důvod, dá se užít všude			Ne / Není důvod, dá se užít všude	8	
3)			OVŘ			OVŘ	1	
3)			Dyslalie			Dyslalie	5	
3)			Dyslalie u dospělých			Dyslalie u dospělých	1	
3)			Rinolálie			Rinolálie	2	
3)			Dysartrie			Dysartrie	2	
3)			Hlasové poruchy			Hlasové poruchy	2	
3)			Mutismus			Mutismus	1	
3)			Dysfonie			Dysfonie	2	
3)			Afázie			Afázie	1	
3)			Sluchové postižení			Sluchové postižení	4	
3)			SPU			SPU	2	
3)			MR + negativismus			MR + negativismus	1	
3)			U klienta, u kterého vím, že nemá vztah k hudbě			U klienta, u kterého vím, že nemá vztah k hudbě	1	
3)			U klienta s negativní zkušeností s hudbou			U klienta s negativní zkušeností s hudbou	1	
3)			Přifixaci a automatizaci			Přifixaci a automatizaci	1	
3)			Amuzie			Amuzie	1	
3)			Nedokážu posoudit			Nedokážu posoudit	3	
3)			Nevím			Nevím	4	
3)			Nezodpovězeno			Nezodpovězeno	13	
<b>4) Používáte ve své logopedické praxi MT?</b>								
4)	Ano - často	3		Ano - často	0		3	
4)	Ano - občas	12		Ano - občas	7		19	
4)	Ano - ale zřídka	6		Ano - ale zřídka	9		15	
4)	Ne - ale chtěla bych	3		Ne - ale chtěla bych	4		7	
4)	Ne	5		Ne	3		8	
4)	Nezodpovězeno	1		Nezodpovězeno	0		1	
<b>5) Pokud ANO, používáte spíše formy MT:</b>								
5)	Aktivní	7		Aktivní	7		14	
5)	Receptivní	1		Receptivní	1		2	
5)	Kombinaci obou	13		Kombinaci obou	9		22	
5)	Nezodpovězeno	9		Nezodpovězeno	6		15	
<b>6) MT ve své logopedické praxi používám ..... let.</b>								
6)	1 rok	0		1 rok	5		5	
6)	2 roky	0		2 roky	5		5	
6)	3 roky	1		3 roky	2		3	
6)	4 roky	3		4 roky	0		3	
6)	5 let	1		5 let	1		2	
6)	6 let	2		6 let	1		3	
6)	8 let	1		8 let	1		2	
6)	10 let	4		10 let	0		4	
6)	15 let	1		15 let	0		1	
6)	17 let	1		17 let	0		1	
6)	20 let	2		20 let	0		2	
6)	Nezodpovězeno	14		Nezodpovězeno	9		23	

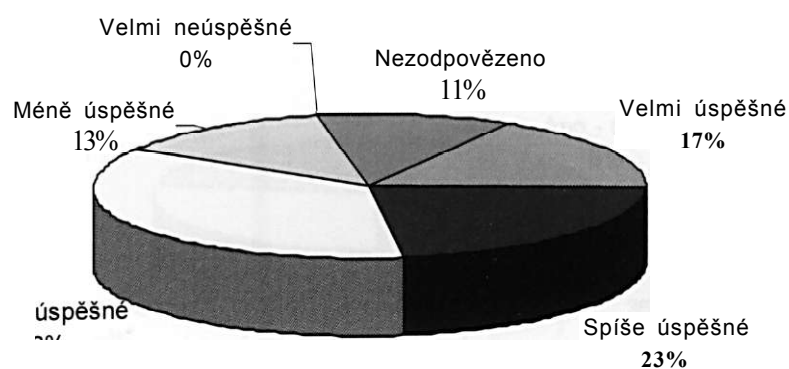
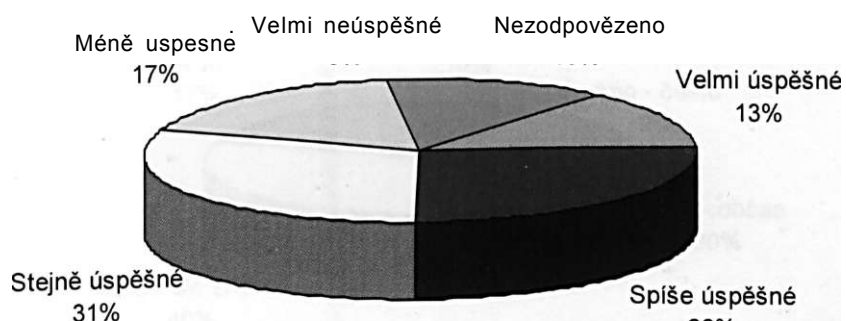
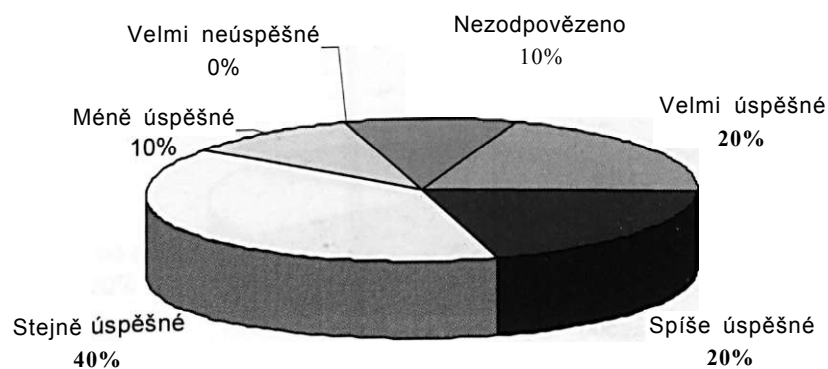
Příloha č. 3 Kvantitativní vyhodnocení průzkumu na téma "Využití muzikoterapie a jejích prvků v klinické logopedii"								
OTÁZKA ČÍSLO	KLINICKÝ LOGOPED				LOGOPED VE SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVĚ			POČET CELKEM
	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	
<b>7) MT používám (bých používal/a) v logopedické intervenci ve třídě:</b>								
7)			Na začátku logop.intervence	4			Na začátku logop.intervence	1
7)			Sermánem s klientem	0			Sermánem s klientem	1
7)			PH diagnostice	8			PH diagnostice	7
7)			V průběhu intervence	1			V průběhu intervence	1
7)			PH terapii	16			PH terapii	13
7)			PH zahájení terapie	3			PH zahájení terapie	4
7)			PH edukaci	2			PH edukaci	1
7)			PH relaxačních chvílkách	4			PH relaxačních chvílkách	3
7)			Odrážování	0			Odrážování	7
7)			PH obměnách různých cvičení rytmu	0			PH obměnách různých cvičení rytmu	1
7)			Motivace	1			Motivace	2
7)			Práce s logofóbií	1			Práce s logofóbií	1
7)			V závěru logop. intervence	0			V závěru logop. intervence	1
7)			Jako součást psychoterapie - v akutním i chronickém stádiu	1			Jako součást psychoterapie - v akutním i chronickém stádiu	1
7)			Individuálně	2			Individuálně	2
7)			Nezodpovězeno	6			Nezodpovězeno	11
<b>8) MT uplatňuji (bých uplatňoval/a) u klientů s diagnózou:</b>								
8)			OVŘ	4			OVŘ	7
8)			VD	4			VD	13
8)			Dysartrie	4			Dysartrie	11
8)			Afázie	15			Afázie	9
8)			Balbuties (koktavost)	18			Balbuties (koktavost)	27
8)			Tumultus Sermonis	5			Tumultus Sermonis	31
8)			Dyslalie	4			Dyslalie	10
8)			Mutismus	4			Mutismus	7
8)			Elektrivní mutismus	1			Elektrivní mutismus	5
8)			Palatolalie	1			Palatolalie	2
8)			Vývojové poruchy řeči	1			Vývojové poruchy řeči	2
8)			Autismus	2			Autismus	2
8)			Aspergerův syndrom	1			Aspergerův syndrom	1
8)			Hlasové poruchy	1			Hlasové poruchy	1
8)			Vývojová dysartrie	2			Vývojová dysartrie	1
8)			Symptomatické poruchy řeči při MR	1			Symptomatické poruchy řeči při MR	2
8)			Symptomatické poruchy řeči při SP	2			Symptomatické poruchy řeči při SP	6
8)			Mluvní neurózy	1			Mluvní neurózy	2
8)			SPU	2			SPU	1
8)			Úzkostní klienti / s tenzí	1			Úzkostní klienti / s tenzí	2
8)			Demence	2			Demence	1
8)			DMO	0			DMO	3
8)			Downův syndrom	0			Downův syndrom	1
8)			Neverbalita	1			Neverbalita	1
8)			ADHD	3			ADHD	4
8)			ADD	0			ADD	1
8)			LMD	0			LMD	1
8)			Kombinované vady / poruchy	1			Kombinované vady / poruchy	2
8)			Nezodpovězeno	10			Nezodpovězeno	11
<b>9) Nejvíce se MT v mé logopedické praxi osvědčily u klientů, resp. diagnóz:</b>								
9)			Vývojová dysfázie	7			Vývojová dysfázie	14
9)			Afázie	11			Afázie	16
9)			Motorický typ afázie	1			Motorický typ afázie	1
9)			Balbuties	10			Balbuties	20
9)			Tumultus Sermonis	3			Tumultus Sermonis	2
9)			Dysartrie	2			Dysartrie	3
9)			Palatolalie	1			Palatolalie	1
9)			Vývojové poruchy řeči	1			Vývojové poruchy řeči	1
9)			OVŘ	3			OVŘ	5
9)			Autismus	1			Autismus	1
9)			Aspergerův syndrom	1			Aspergerův syndrom	1
9)			Vývojová dysartrie	1			Vývojová dysartrie	1
9)			Symptomatické poruchy řeči při MR	1			Symptomatické poruchy řeči při MR	3
9)			Symptomatické poruchy řeči při SP	1			Symptomatické poruchy řeči při SP	4
9)			Mutismus	1			Mutismus	1
9)			Úzkostní klienti / s tenzí	1			Úzkostní klienti / s tenzí	1
9)			DMO	0			DMO	1
9)			Kombinované vady	0			Kombinované vady	1
9)			Dyslalie	1			Dyslalie	1
9)			ADD	0			ADD	3
9)			ADHD	0			ADHD	1
9)			PH poruchách rytmizace	1			PH poruchách rytmizace	1
9)			Nevím	0			Nevím	1
9)			Jiná odpověď (nepoužívám)	1			Jiná odpověď	2
9)			Nelze přesně určit	1			Nelze přesně určit	2
9)			Nezodpovězeno	12			Nezodpovězeno	17
<b>10) MT se v mé logopedické praxi neosvědčily u klientů, resp. diagnóz:</b>								
10)			Ne / žádně	4			Ne / žádně	6
10)			Vývojová dysfázie	0			Vývojová dysfázie	1
10)			Mutismus	2			Mutismus	2
10)			DMO (dysartrie)	1			DMO (dysartrie)	1
10)			Puberta / adolescence	1			Puberta / adolescence	1
10)			Tumultus Sermonis	1			Tumultus Sermonis	1
10)			Nemuzikální afázie	1			Nemuzikální afázie	1
10)			Orální apraxie	1			Orální apraxie	1
10)			Nemohu posoudit	3			Nemohu posoudit	4
10)			Nezodpovězeno	18			Nezodpovězeno	37

Příloha č. 3 Kvantitativní vyhodnocení průzkumu na téma "Využití muzikoterapie a jejích prvků v klinické logopedii"									
OTÁZKA ČÍSLO	KLINICKÝ LOGOPÉD				LOGOPÉD VE SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVĚ				POČET CELKEM
	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	
<b>11) Úspěšnost / adekvátnost použití MT ve své praxi posuzují (bvech pozorovála) dle:</b>									
11)			Objektivně - dle vývoje poruchy k normě	1			Objektivně - dle vývoje poruchy k normě	0	1
11)			Z logopedického hlediska (balbucioqram, test pro afatiky)	1			Z logopedického hlediska (balbucioqram, test pro afatiky)	0	1
11)			Dle vývoje terapie	1			Dle vývoje terapie	1	2
11)			Dle výsledků testů	2			Dle výsledků testů	0	2
11)			Dle fonematického sluchu	1			Dle fonematického sluchu	1	2
11)			Dle výsledků terapie	3			Dle výsledků terapie	2	5
11)			Dle efektivnosti terapie	1			Dle efektivnosti terapie	2	3
11)			Dle stavu plyvnosti řeči (u balbutiků)	1			Dle stavu plyvnosti řeči (u balbutiků)	0	1
11)			Subjektivní měřítko	4			Subjektivní měřítko	2	6
11)			Celkové zlepšení projevů / (zlepšení poruchy / zlepšení řečových deficitů)	4			Celkové zlepšení projevů / (zlepšení poruchy / zlepšení řečových deficitů)	2	6
11)			Dle aktuálního stavu pacienta	1			Dle aktuálního stavu pacienta	0	1
11)			Dle zlepšení smyslu pro rytmus	1			Dle zlepšení smyslu pro rytmus	1	2
11)			Stabilizace stavu pacienta	1			Stabilizace stavu pacienta	0	1
11)			Dle chování / reakci pacienta (uvolněně)	3			Dle chování / reakci pacienta (uvolněně)	3	6
11)			Dle oblibnosti u klienta	0			Dle oblibnosti u klienta	1	1
11)			Dle pocitu klienta	2			Dle pocitu klienta	1	3
11)			Dle zlepšení psychického stavu klienta	0			Dle zlepšení psychického stavu klienta	1	1
11)			Dle zvýšení zájmu klienta o hudbu, hudební nástroje, zvýšení zájmu rodiny o hudbu, písničky	0			Dle zvýšení zájmu klienta o hudbu, hudební nástroje, zvýšení zájmu rodiny o hudbu, písničky	1	1
11)			Dle reakci klientů po setkání	0			Dle reakci klientů po setkání	1	1
11)			Zlepšení koncentrace klienta	1			Zlepšení koncentrace klienta	0	1
11)			Dle chuti klienta k činnosti	1			Dle chuti klienta k činnosti	0	1
11)			Zlepšení muzikálnosti	0			Zlepšení muzikálnosti	1	1
11)			Nemohu posoudit	1			Nemohu posoudit	2	3
11)			Nevím	1			Nevím	0	1
11)			Nezodpovězeno	10			Nezodpovězeno	8	18
<b>12) MT využívám (bvech využíval/a) a klientů ve věku od - do:</b>									
12)			Neomezeně	9			Neomezeně	5	14
12)			0,5 až 150 let	0			0,5 až 150 let	1	1
12)			0 až 100 let	0			0 až 100 let	1	1
12)			0 až 99 let	1			0 až 99 let	0	1
12)			2 až 15 let	0			2 až 15 let	1	1
12)			Od 3 let	1			Od 3 let	2	3
12)			3 roky až 100 let	1			3 roky až 100 let	0	1
12)			3 až 50 let	1			3 až 50 let	0	1
12)			3 až 15 let	1			3 až 15 let	0	1
12)			Od 4 let	2			Od 4 let	1	3
12)			4 roky až 80 let	1			4 roky až 80 let	1	1
12)			4 až 70 let	0			4 až 70 let	1	1
12)			4 roky až 60 let	2			4 roky až 60 let	0	2
12)			4 až 12 let	0			4 až 12 let	1	1
12)			4 až 10 let	0			4 až 10 let	1	1
12)			Od 5 let	1			Od 5 let	1	1
12)			Předškolák až senior	1			Předškolák až senior	1	2
12)			10 až 80 let	1			10 až 80 let	0	1
12)			Od předškolního věku do 10 let	0			Od předškolního věku do 10 let	1	1
12)			U seniřů	1			U seniřů	0	1
12)			Individuálně	1			Individuálně	2	3
12)			Dle diagnózy	1			Dle diagnózy	0	1
12)			Nemám zkušenost	1			Nemám zkušenost	0	1
12)			Nezodpovězeno	5			Nezodpovězeno	6	11
<b>13) Myslíte si, že MT (sou (by byly) ve Vaří praxi více úspěšně u dětí nebo u dospělých,</b>									
13)			U dětí i dospělých	7			U dětí i dospělých	3	10
13)			U dětí	7			U dětí	13	20
13)			U dospělých	2			U dospělých	0	2
13)			Záleží na dg., ne na věku	1			Záleží na dg., ne na věku	2	3
13)			Individuálně	3			Individuálně	4	7
13)			Nevím	3			Nevím	0	3
13)			Nemohu posoudit	4			Nemohu posoudit	2	6
13)			Nezodpovězeno	5			Nezodpovězeno	1	6
<b>14) PH užívá MT pracuji (bvech pracoval/a) společně s dítětem a jeho rodičem/ři :</b>									
14)	Vždy	0	Vždy	5			Vždy	5	14
14)	Občas	13	Občas	14			Občas	14	27
14)	Nikdy	0	Nikdy	2			Nikdy	2	2
14)	Nezodpovězeno	8	Nezodpovězeno	2			Nezodpovězeno	2	10
<b>15) Přítomnost rodiče/ř při MT působí</b>									
15)	Velmi pozitivně	3	Velmi pozitivně	2			Velmi pozitivně	1	5
15)	Spíše pozitivně	7	Spíše pozitivně	12			Spíše pozitivně	12	19
15)	Neutrálně	0	Neutrálně	4			Neutrálně	4	10
15)	Spíše negativně	2	Spíše negativně	1			Spíše negativně	1	3
15)	Velmi negativně	0	Velmi negativně	0			Velmi negativně	0	0
15)	Jiná odpověď (individuálně)	4	Jiná odpověď (individuálně)	5			Jiná odpověď (individuálně)	5	9
15)	Nezodpovězeno	8	Nezodpovězeno	2			Nezodpovězeno	2	10

Příloha č. 3 Kvantitativní vyhodnocení průzkumu na téma "Využití muzikoterapie a jejích prvků v klinické logopedii"									
OTÁZKA ČÍSLO	KLINICKÝ LOGOPED				LOGOPED VE SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVĚ				POČET CELKEM
	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	
16) PH MT používám (bých používal/a) tyto hudební nástroje:									
16)			Perkusi	1			Perkusi	0	1
16)			Hlas	3			Hlas	2	5
16)			Rytmičké	2			Rytmičké	2	4
16)			Samovýroba	1			Samovýroba	1	2
16)			Orffovy nástroje	12			Orffovy nástroje	9	21
16)			Ozvučná dřívka	8			Ozvučná dřívka	9	17
16)			Bubinek	6			Bubinek	5	11
16)			Hudební CD	2			Hudební CD	1	3
16)			Kastaněty	2			Kastaněty	0	2
16)			Triangl	3			Triangl	5	8
16)			Tamburína	4			Tamburína	3	7
16)			Fátma	4			Fátma	0	4
16)			Varhany elektronické	2			Varhany elektronické	2	10
16)			Xylofon	3			Xylofon	2	5
16)			"Pipáčko"	1			"Pipáčko"	0	1
16)			Buben	3			Buben	2	5
16)			Cinely	1			Cinely	1	2
16)			Rumba koule	2			Rumba koule	0	2
16)			Tibetské misky	1			Tibetské misky	0	1
16)			Kytara	3			Kytara	4	7
16)			Chřestidla	0			Chřestidla	2	2
16)			Keyboard	0			Keyboard	2	2
16)			Klavír	0			Klavír	1	1
16)			Zvonečky	0			Zvonečky	1	1
16)			Přítalka	0			Přítalka	1	1
16)			Ruce, nohy	1			Ruce, nohy	0	1
16)			Bez omezení	0			Bez omezení	1	1
16)			Ano	1			Ano	0	1
16)			Nezodpovězeno	4			Nezodpovězeno	2	6
17) PH MT dále využívám (bých využíval/a) tyto pomůcky:									
17)			Karimata / Podložka	3			Karimata / Podložka	0	3
17)			Magnetofon / CD přehrávač	4			Magnetofon / CD přehrávač	1	5
17)			Orffovy nástroje	3			Orffovy nástroje	0	3
17)			Počítač	2			Počítač	1	3
17)			Bzučák	3			Bzučák	2	5
17)			Africké bubinky	1			Africké bubinky	0	1
17)			Lžičky	1			Lžičky	1	1
17)			"Hrkačky"	1			"Hrkačky"	0	1
17)			Zvonečky	0			Zvonečky	1	1
17)			"Frikačky"	0			"Frikačky"	1	1
17)			Nádoby	1			Nádoby	2	3
17)			Tělo	1			Tělo	2	3
17)			Předmety (pastelky)	0			Předmety (pastelky)	1	1
17)			Kytara	0			Kytara	1	1
17)			Jednoduché nástroje	0			Jednoduché nástroje	1	1
17)			Samovýroba pomůcek	0			Samovýroba pomůcek	1	1
17)			Přítalka	1			Přítalka	0	1
17)			Cokoliv je k dispozici, dle potřeby	1			Cokoliv je k dispozici, dle potřeby	1	2
17)			Vizuální karty a obrázky	0			Vizuální karty a obrázky	1	1
17)			CD a hudba / kazety	2			CD a hudba / kazety	3	4
17)			Texty písní	0			Texty písní	1	1
17)			Ozvučná dřívka	0			Ozvučná dřívka	1	1
17)			Bubinek	0			Bubinek	1	1
17)			Tibetské misky	1			Tibetské misky	0	1
17)			Sáček	0			Sáček	1	1
17)			Nevím	0			Nevím	1	1
17)			Nezodpovězeno	12			Nezodpovězeno	10	22
18) Pro svůj praxi bych dále chtěl/a získat tyto nástroje a pomůcky:									
18)			Souprava bicích nástrojů	1			Souprava bicích nástrojů	0	1
18)			Klavír	2			Klavír	0	2
18)			Videokamera	2			Videokamera	0	1
18)			Kvalitní aparatura	2			Kvalitní aparatura	0	3
18)			Netradiční hudební nástroje	1			Netradiční hudební nástroje	0	3
18)			Vibrační podložka	0			Vibrační podložka	0	1
18)			Africké bubinky	0			Africké bubinky	1	1
18)			Orffovy nástroje	1			Orffovy nástroje	2	3
18)			Karao	0			Karao	1	1
18)			Různé hudební nástroje	0			Různé hudební nástroje	1	1
18)			PC programy	1			PC programy	0	1
18)			Suezelen	1			Suezelen	0	1
18)			CD nahrávky	0			CD nahrávky	1	1
18)			Žádné	4			Žádné	1	5
18)			Nevím	3			Nevím	1	4
18)			Nezodpovězeno	16			Nezodpovězeno	15	31

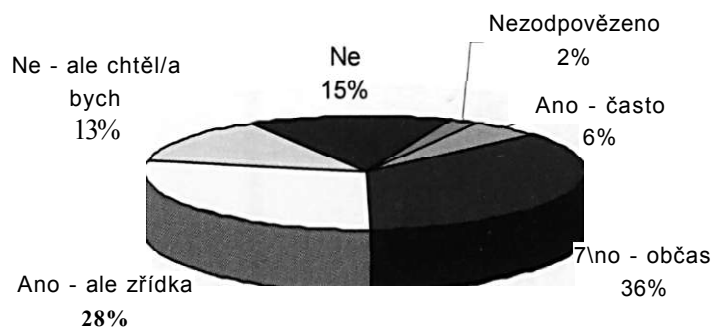
Příloha č. 3 Kvantitativní vyhodnocení průzkumu na téma "Využití muzikoterapie a jejích prvků v klinické logopedii"									
OTÁZKA ČÍSLO	KLINICKÝ LOGOPED				LOGOPED VE SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVĚ				POČET CELKEM
	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	MOŽNOSTI VÝBĚRU NA UZAVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA UZAVŘENÉ OTÁZKY - POČET	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY	ODPOVĚDI NA OTEVŘENÉ OTÁZKY - POČET	
19) MT kombinuji (dvěh kombinovála) s těmito dalšími technikami:									
19)			Dechová a fonetická cvičení	2			Dechová a fonetická cvičení	1	3
19)			Dramaterapie	1			Dramaterapie	0	1
19)			Balanční cvičení hrubé motoriky	1			Balanční cvičení hrubé motoriky	1	2
19)			Koordináční cvičení oko-ruka	1			Koordináční cvičení oko-ruka	0	1
19)			Běžné postupy při terapii afázie	1			Běžné postupy při terapii afázie	0	1
19)			Grafomotorika	1			Grafomotorika	0	1
19)			Pohybové aktivity	3			Pohybové aktivity	5	8
19)			Rytmizace	2			Rytmizace	2	4
19)			Arteterapie	4			Arteterapie	3	7
19)			CT	1			CT	0	1
19)			MIT	2			MIT	0	2
19)			Relaxační cvičení	4			Relaxační cvičení	4	8
19)			Aromaterapie	3			Aromaterapie	0	3
19)			Muzikoterapie	1			Muzikoterapie	0	1
19)			Prvky jógy	1			Prvky jógy	1	2
19)			Autogenní trénink	0			Autogenní trénink	1	1
19)			Balneoterapie	1			Balneoterapie	0	1
19)			Hudební projev	0			Hudební projev	1	1
19)			Výtleskávání	0			Výtleskávání	1	1
19)			Tanec	0			Tanec	1	1
19)			Posilování VFU	0			Posilování VFU	1	1
19)			Cvičení na rozvoj jemné motoriky	0			Cvičení na rozvoj jemné motoriky	1	1
19)			Cvičení na rozvoj slovní zásoby	0			Cvičení na rozvoj slovní zásoby	1	1
19)			Psychoterapie	1			Psychoterapie	0	1
19)			Hra na tělo	1			Hra na tělo	0	1
19)			Pohybová terapie	0			Pohybová terapie	2	2
19)			Jakékoliv	2			Jakékoliv	0	2
19)			Nevim	0			Nevim	1	1
19)			Nezodpovězeno	10			Nezodpovězeno	10	20
20) Máte (mít/a byste) pro MT ve své ordinaci vyhrazené konkrétní místo?									
20)			Ano	6			Ano	4	10
20)			Ne	21			Ne	17	38
20)			Jiná odpověď	1			Jiná odpověď	0	1
20)			Nezodpovězeno	3			Nezodpovězeno	2	5
21) Hudební vzdělání mám v rámci:									
21)	ZŠ	4			ZŠ	13			17
21)	SŠ	4			SŠ	6			10
21)	VŠ	13			VŠ	6			19
21)	LSU / ZUŠ - I. cyklus	7			LSU / ZUŠ - I. cyklus	6			13
21)	LSU / ZUŠ - II. cyklus	5			LSU / ZUŠ - II. cyklus	3			8
21)	Privátní vzdělání	5			Privátní vzdělání	5			10
21)	Jiné	7			Jiné	2			9
21)	Nezodpovězeno	7			Nezodpovězeno	1			8
22) Absolvoval/a jsem tyto kurzy v MT:									
22)			MT kurz od AKL (dr. Pelclová, dr. Procházková)	2			MT kurz od AKL (dr. Pelclová, dr. Procházková)	2	4
22)			MT - UP v Olomouci	1			MT - UP v Olomouci	0	1
22)			MT kurz - mgr. Šimanovský	1			MT kurz - mgr. Šimanovský	1	2
22)			MT - dr. Procházková	1			MT - dr. Procházková	0	1
22)			MT v rámci psychoterapeutického výcviku (5 let)	1				0	1
22)			V současnosti v kurzu Edukační MT	1			V současnosti v kurzu Edukační MT	0	1
22)			MT - dr. Vodňanská	1			MT - dr. Vodňanská	0	1
22)			MT - Schwabe	1			MT - Schwabe	0	1
22)			MT Britnerová	1			MT Britnerová	0	1
22)			Alternativní (žk) - neverbální techniky	0			Alternativní (žk) - neverbální techniky	1	1
22)			Kurz MT v rámci psychosociálních studií	0			Kurz MT v rámci psychosociálních studií	1	1
22)			Informační semináře bez ověřování	1			Informační semináře bez ověřování	0	1
22)			MT v rámci studia na VŠ	1			MT v rámci studia na VŠ	0	1
22)			Průdnáky (nespecifikováno)	1			Průdnáky (nespecifikováno)	0	1
22)			Kurz MT (nespecifikováno)	1			Kurz MT (nespecifikováno)	0	1
22)			Ne, ale budu se účastnit kurzu dr. Pelclové	3			Ne, ale budu se účastnit kurzu dr. Pelclové	2	5
22)			Ne / žádně	11			Ne / žádně	6	17
22)			Nezodpovězeno	10			Nezodpovězeno	12	22

## 1) Ve spektru terapeutických technik považují MT za:

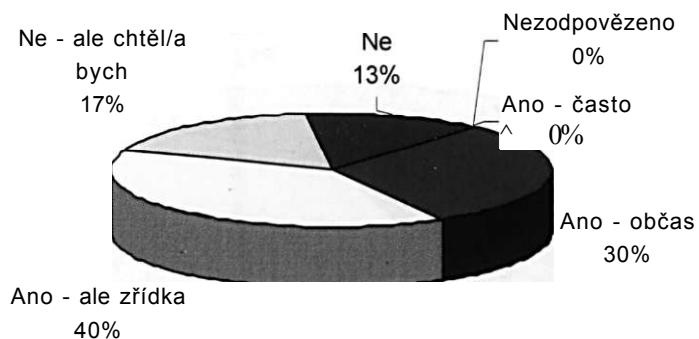
**Celkem****Logoped ve specializační přípravě****Klinický logoped**

4) Používáte ve své logopedické praxi MT?

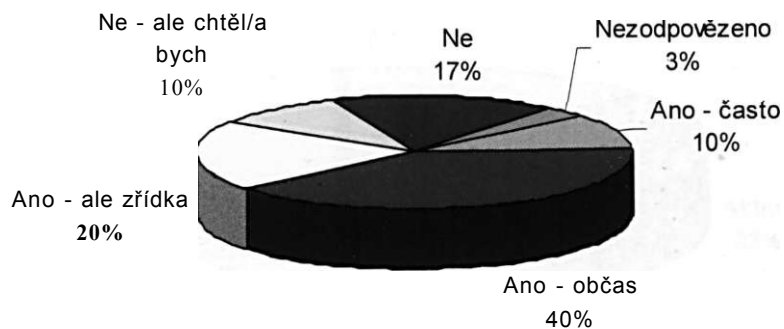
**Celkem**



**Logoped ve specializační přípravě**



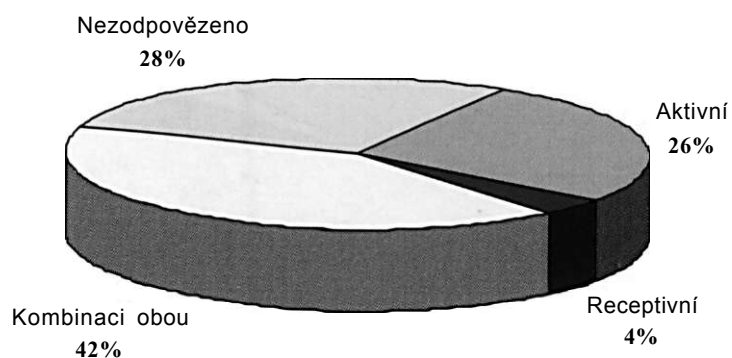
**Klinický logoped**



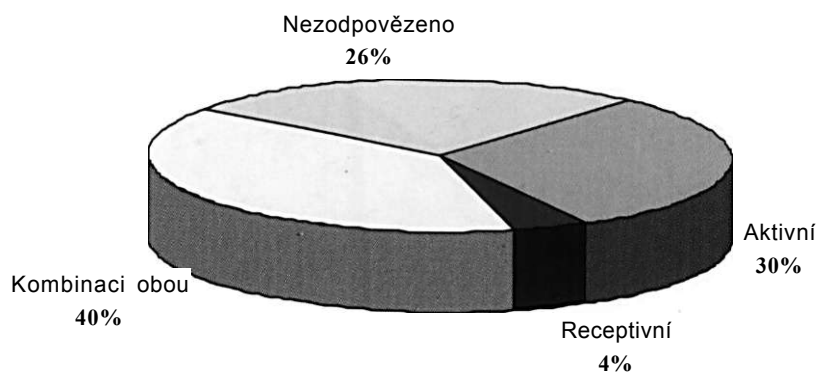


5) Pokud ANO, používáte spíše formy MT:

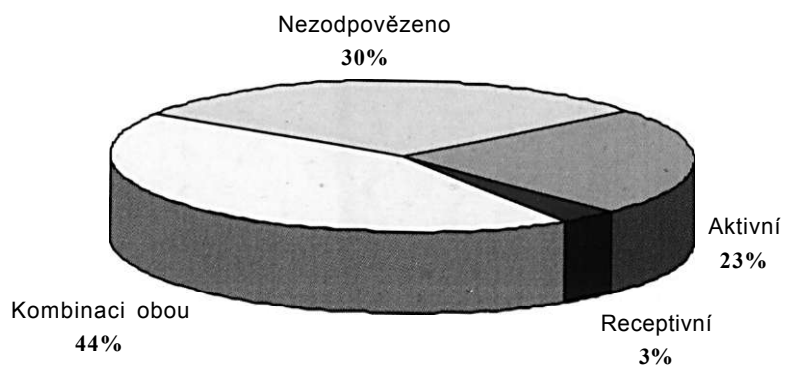
**Celkem**



**Logoped ve specializační přípravě**

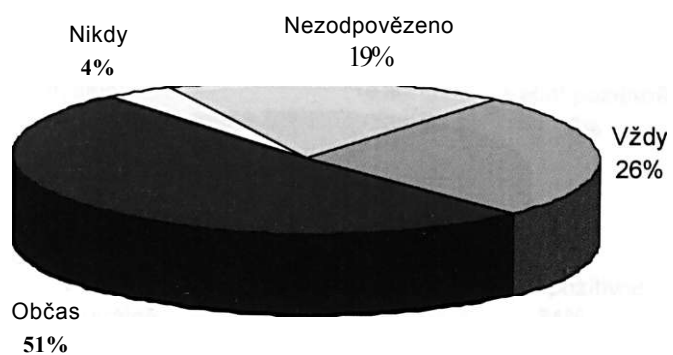


**Klinický logoped**

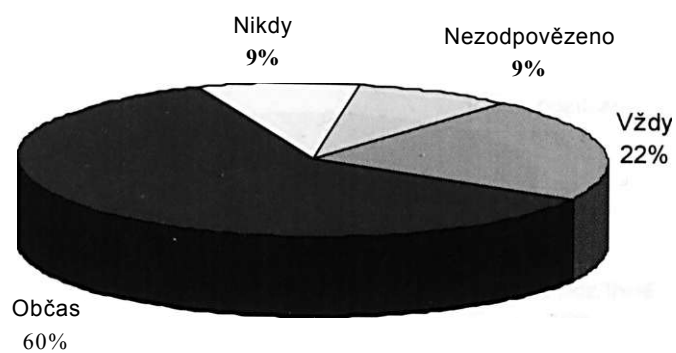


**14) Při užití MT pracuji (bych pracoval/a) společně s dítětem a jeho rodičem/či**

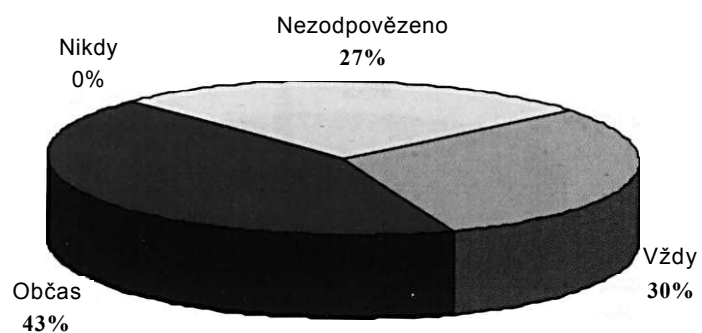
**Celkem**



**Logoped ve specializační přípravě**

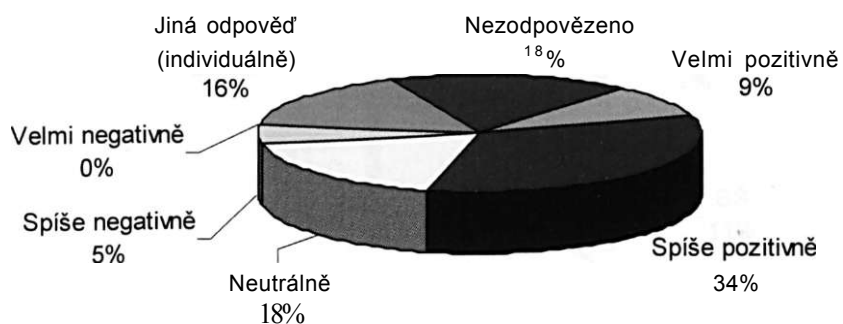


**Klinický logoped**

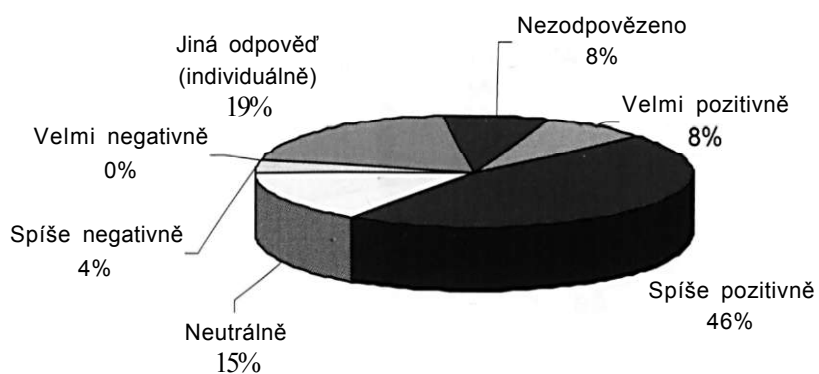


## 15) Přítomnost rodiče/ů při MT působí:

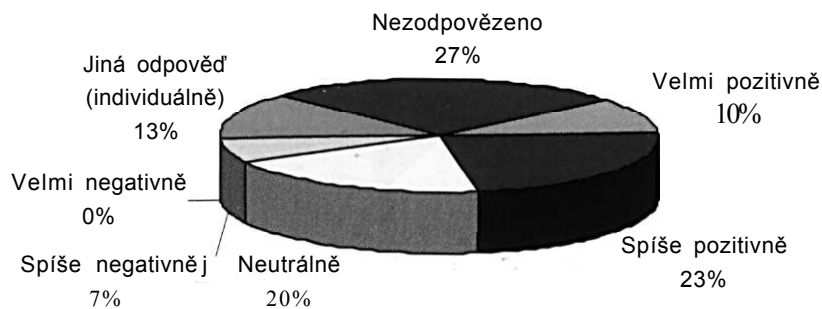
## Celkem



## Logoped ve specializační přípravě

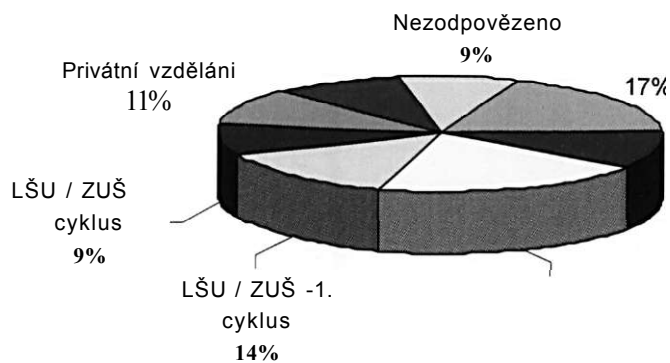


## Klinický logoped

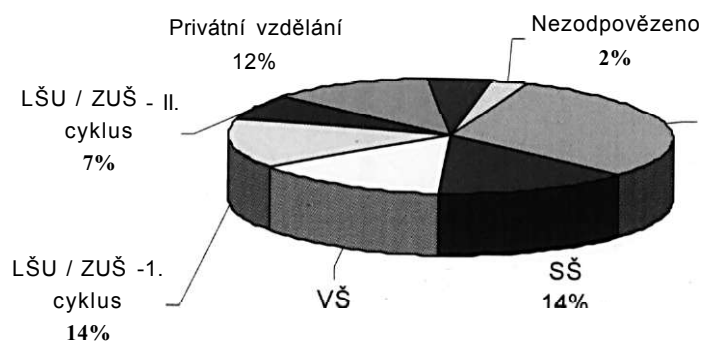


## 21) Hudební vzdělání mám v rámci:

## Celkem



## Logoped ve specializační přípravě



## Klinický logoped

