

**KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra speciální pedagogiky

**Možnosti využití muzikoterapie u osob  
s kombinovaným postižením**

Bakalářská práce

Praha 2010

Vedoucí práce:

PhDr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

Autor práce:

Lenka Křapková

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a k její tvorbě jsem použila pouze informační zdroje, uvedené na konci práce.

V Praze dne 10. 4. 2010

.....  
Lenka Křapková

## **Poděkování**

Velmi ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Pavlíně Šumníkové, PhD. za vedení mé bakalářské práce a její čas při konzultacích, PaedDr. Jaroslavě Zemkové, PhD. za věcné připomínky v oblasti psychopedie a Mgr. Tomáši Procházkovi za poskytnutí cenných informací v oboru muzikoterapie.

Velké poděkování patří také zaměstnancům Diagnostického ústavu sociální péče Tloskov za ochotnou spolupráci v realizaci praktické části práce.

V Praze dne 10. 4. 2010

-----  
Lenka Křapková

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku osob s kombinovaným postižením a muzikoterapii, jako jednu z podpůrných terapií osob s handicapem. Podrobněji popisuje terminologii tématu a vybrané konkrétní muzikoterapeutické modely, využívané v České Republice ale i v jiných zemích světa.

Na konkrétním příkladu muzikoterapeutického setkání demonstruje model „prožitkové vlny“, využívaný v Diagnostickém ústavu sociální péče Tloskov (dále jen DÚSP Tloskov).

## **Klíčová slova:**

Kombinované, mentální a tělesné postižení, muzikoterapie, model Nordoff & Robbins, model FMT, vibroakustická muzikoterapie

## **Annotation**

This final work is targeted on problems of people with multiple disablement and music therapy as one of supportive therapy of people with handicap. The work describes in details terminology of the theme and selected specific music therapy models that are exploited in Czech Republic but also in other countries of the world.

On concrete example of music therapy session she illustrates specific music therapy model that is exploited in DÚSP Tloskov.

## **Key words:**

Multiple handicap, mental disabilities, somatic handicap, music therapy, model of the Nordoff & Robbins, model of the FMT, vibroacoustic music therapy

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Kombinované postižení .....</b>	<b>10</b>
1.1 Mentální retardace .....	10
1.2 Tělesné postižení .....	12
1.3 Dětská mozková obrna .....	14
<b>2 Úvod do oblastní muzikoterapie .....</b>	<b>16</b>
2.1 Definice a vymezení pojmu .....	16
2.2 Klasifikace muzikoterapie .....	17
2.3 Plánování muzikoterapeutického setkání .....	17
<b>3 Možnosti muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením.....</b>	<b>19</b>
3.1 Účel a cíle terapie .....	19
3.2 Účinky hudby na člověka s handicapem .....	20
3.3 Muzikoterapeutické modely.....	20
3.3.1 Model Nordoff & Robins .....	20
3.3.2 Funkčně orientovaný model muzikoterapie.....	22
3.3.3 Vibroakustická terapie.....	24
<b>4 Způsoby využití muzikoterapie v zařízení DÚSP Tloskov .....</b>	<b>25</b>
4.1 Prostorové a materiální vybavení.....	25
4.1.1 Ateliér „Na Prádle“ a „U stromu“ .....	25
4.1.2 Individuální muzikoterapie „Fontána“ .....	26
4.1.3 Bazén.....	27
4.2 Model Tomáše Procházky .....	27
4.2.1 Filozofie modelu .....	28
4.2.2 Práce s prožitkovou vlnou .....	28
4.3 Konkrétní muzikoterapeutické sezení .....	30
4.3.1 Osobnostní charakteristika klienta .....	31
4.3.2 Popis muzikoterapeutického setkání .....	34
4.3.3 Vlastní návrh možného muzikoterapeutického setkání.....	36
4.3.4 Vlastní náměty k diskuzi .....	38
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>40</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>41</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>42</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>45</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>46</b>



## Úvod

Pro svoji práci jsem si vybrala téma muzikoterapie, jakožto jednu z možností podpůrných terapií. Důvodem výběru muzikoterapie byl můj vlastní vztah k hudbě. Domnívám se, že hudba ovlivňuje naše emoční prožívání, zmírňuje agresi, uklidňuje v psychicky náročných situacích nebo naopak v nás probouzí aktivitu. Muzikoterapie a problematika osob s kombinovaným postižením stále ještě patří mezi ne zcela propracovaná a ucelená témata, stále u nich převažuje zahraniční literatura, a proto bych ráda poskytla stručný vhled do možností využití muzikoterapie u této cílové skupiny. Osoby s kombinovaným postižením jsou jedineční, stejně tak, jako ostatní lidé. Podle Vágnerové (2004) je společným znakem všech osob se zdravotním postižením větší či menší omezení v emocionálních, kognitivních, tělesných a sociálních dovednostech. Muzikoterapie může nabídnout svým klientům rozvoj a upevňování těchto dovedností.

Velkých účinků hudby si byli lidé vědomi již od dob pravěku. Hudba umocňovala tajemno celého rituálu a dovolovala všem účastníkům tančit až několik hodin bez přestávky. Stimulovala fyzickou a psychickou výkonnost člověka (Mašura, 1992). Tak jako hudba provázela lidstvo od jeho počátku, provází také člověka od jeho početí. Vždyť rytmu, melodii, barvě a síle hlasu dítě naslouchá již od prenatálního období. Pravidelný rytmus srdce a dechu vyvolává u dítěte pocit klidu a bezpečí, podle barvy hlasu poznává osoby blízké jeho matce a podle síly a intonace je schopno rozpoznat aktuální emoční naladění rodiče. Proto se hudba může stát jednou z forem dialogu, navázání kontaktu s klientem nebo uspokojením základních potřeb člověka s postižením. Působením hudby na organismus člověka se postupem času začali zabývat odborníci a vytvořili tak oficiální pojem muzikoterapie, který můžeme doslovně přeložit jako „léčení hudbou“ (Hartl, 2009)

Celá práce je rozdělena do čtyř ucelených kapitol. Teoretická část poskytuje informace o základních termínech tématu, přibližuje specifika využívání muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením a v poslední své části předkládá konkrétní muzikoterapeutické modely, využívané k práci s lidmi s kombinovaným postižením v České Republice ale i jinde ve světě.

Praktická část poskytuje bližší informace o využívání muzikoterapie v Diagnostickém ústavu sociální péče Tloskov (dále jen DÚSP Tloskov), kde jsem měla možnost shlédnout několik setkání muzikoterapie. V podkapitolách je následně uvedena



podrobná osobnostní charakteristika konkrétního klienta, včetně ukázky jednoho z jeho muzikoterapeutických sezení. Na základě vlastních poznatků a vzdělávání se v oblasti muzikoterapie, je na konci v závěru práce uveden vlastní návrh muzikoterapeutického setkání.

# 1 Kombinované postižení

*„Kategorie osob s kombinovaným postižením představuje ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu, která ale je současně nejméně propracovanou oblastí speciálněpedagogické teorie a praxe.“* (Ludíková, 2005, str. 8). Terminologie stále ještě není ucelená, a tak se setkáváme u různých autorů s jinými pojmy. V České Republice autoři nejčastěji používají termín kombinované postižení, kombinovaná vada, ale setkat se můžeme také s pojmem vícenásobné postižení. Často je také využíváno termínu těžké postižení, který je však velmi zobecňující pro danou skutečnost (Vítková, 2006).

Podle defektologického slovníku se jedná o kombinovanou vadu v případě, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami (Edelsberger, 2000, str. 158). Současnou a nejvíce používanou definici kombinovaného postižení vydala česká a slovenská speciální pedagogika, která vymezuje kombinované postižení jako *„multifaktoriálne, multikauzálne a multisymptomatologicky podmienený fenomén, ktorý je dosledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení. Ich interakciou a vzájomným prekryvaním vzniká tzv. „synergetický efekt“, tj. nová kvalita postihnutia odlišná od jednoduchého súčtu prítomných postihnutí a narušení.“* (Vašek in Ludíková, 2005, str. 9).

## 1.1 Mentální retardace

AAMR popisuje mentální retardaci jako *„sníženou schopnost, charakterizovanou signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života, je multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelný individuálním přístupem a cílenou podporou.“* (Müller, 2007, str. 12).

Stupeň mentální retardace stanovujeme na základě získaného inteligenčního kvocientu, který zařadíme do příslušné kategorie 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, s platností od roku 1992 (MKN, 1992). Při diagnostice mentálního postižení upozorňuje Dolejší (in Švarcová, 2001, str. 31) na *„důležitost zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření, podrobně prostudovat rodinnou anamnézu dítěte a sledovat možné ohrožující emoční a deprivací činitele v prostředí, kde se dítě pohybuje.“*

## **Kategorizace mentálního postižení**

Pojem mentální retardace najdeme v **MKN 10. revizi** v kapitole pod označením „F“ – **Duševní poruchy a poruchy chování**. Konkrétní rozdělení se nachází v sekci F70 – F79 – **Mentální retardace** (duševní opoždění).

### **Lehká mentální retardace**

Při využití správných inteligenčních testů, prokazuje lehkou mentální retardaci **IQ v rozmezí 50-69**. Typickým rysem pro osoby s lehkou mentální retardací je opožděný vývoj řeči, obtíže v teoretických předmětech ve škole, často se objevují specifické problémy se čtením a psáním. Osoby s tímto stupněm mentální retardace jsou obvykle schopni samostatnosti v oblasti sebeobsluhy a praktického života. Nezbytné je podnětné a vhodně působící prostředí. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

### **Středně těžká mentální retardace**

**Intelligenční kvocient** se pohybuje mezi hodnotami **35-49**. Myšlení a řeč jsou zde výrazně omezeny. Schopnost sebeobsluhy je narušena a klient potřebuje v situacích běžného života pomoc asistenta. Často se objevuje přidružení epilepsie, neurologických, tělesných a jiných psychických poruch. Pokroky ve škole jsou také omezené, ale někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Při cílené podpoře se zaměřujeme především na získání základních dovedností. Dospělí klienti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. Schopnost vést samostatný život v dospělosti je velmi nepravděpodobný. Většina klientů však prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

### **Těžká mentální retardace**

**Výsledná hodnota inteligenčního testu je v rozmezí 20-34**. Objevuje se výrazné opoždění psychomotorického vývoje již od raného věku. Vzhledem ke stagnaci řečového vývoje na předřečové úrovni, využívají ke komunikaci alternativní a augmentativní komunikace. Objevuje se kombinace s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození CNS. Často se přidružují poruchy chování v podobě

stereotypních pohybů, sebepoškozování, afektů a agrese. V oblasti sebeobsluhy jsou odkázáni na pomoc druhé osoby.

### **Hluboká mentální retardace**

**IQ je odhadováno pod 20**, což prakticky znamená, že postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím, nebo jim vyhovět. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Při vhodném působení prostředí a vhodného vzdělávacího programu jsou klienti schopni zvládnout nejzákladnější jednoduché zrakově prostorové dovednosti v třídění a srovnávání.

### **Jiná mentální retardace**

Tato kategorie zahrnuje osoby, u nichž je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození.

### **Nespecifikovaná mentální retardace**

Mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit klienta do jedné ze zmíněných kategorií.

Zpracováno dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, 1992

## **1.2 Tělesné postižení**

Gruber a Lendl (in Vítková, 2006, str. 39) vymezuje tělesné postižení jako *„přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“*

Podle Ludíkové (2005, str. 81) *„představují kombinované vady z pohledu somatopedie zpravidla vrozené nebo v raných stádiích vývoje jedince vznikající postižení s nejasnou či multifaktoriální etiologií. Nejvíce kombinovaných vad je v somatopedické oblasti spojeno s poškozením CNS, a proto je také vznik většiny vícenásobných postižení spojen s koexistencí mentální retardace“.*

### **Klasifikace tělesného postižení**

Podle Vítkové (2006) můžeme rozdělit omezení hybnosti na **prvotní** a **druhotné**. Prvotní omezení může představovat přímé postižení vlastního hybného ústrojí v důsledku např. amputace, malformace, deformace a jiných patologických změn

hybného aparátu. Druhotné omezení hybnosti bývá nejčastěji způsobeno chronickými onemocněními, jako jsou např. srdeční, revmatické nebo kostní choroby.

Renotiérová (2003, str. 30-46) rozděluje tělesné postižení podle doby vzniku na **vrozené a získané**.

*„Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet řada faktorů, působících v době prenatalní, perinatální a rané postnatální (např. infekční onemocnění matky v počátečních fázích těhotenství, parazitární onemocnění, úrazy a psychická traumata, toxický vliv chemikálií či léků, užívaných v době gravidity bez doporučení lékaře, komplikované porody např. s křížením dítěte, protahované nebo překotné porody, příliš malé, velké nebo nedonošené plody, úrazy dítěte s důsledky pro vývoj CNS, většinou do 1 roku, atd.“* (Renotiérová, 2003, str. 30-31).

Oblast vrozeného tělesného postižení tvoří vrozené **vady lebky a páteře, vrozené vady končetin a růstové odchylky** (amélie, dysmelie, akromélie, fokomélie), **centrální a periferní obrny a dětská mozková obrna (DMO)**.

*„Příčinami získaných tělesných postižení mohou být deformace, různé typy úrazu a řada nemocí.“* (Renotiérová, 2003, str. 37).

Do tělesného postižení po úraze řadíme **úrazová onemocnění mozku a míchy** (otřes a zhmoždění mozku, zlomeniny obratů), **úrazové poškození periferních nervů** (neuropraxis, axonotmesis, neurotmesis), **amputace**. Tělesná poškození po nemoci zahrnují **myopatii** (progresivní svalová dystrofie), revmatická onemocnění, dětskou infekční obrnu a Perthesovu chorobu (Renotiérová, 2003).

### **Charakteristika osob s tělesným postižením**

U dětí s vrozeným tělesným postižením je podle Slowíka (2007) důležité, se zaměřit především na rozvoj psychomotorického vývoje, který můžeme podporovat speciálními metodami intenzivní rehabilitace. Vágnerová (2004) uvádí, že komplexní omezení v psychomotorickém vývoji vyplývá z nedostatečné stimulace ze strany prostředí. U osob s tělesným postižením dochází ke značnému omezení v oblasti kognitivního vývoje, oblasti sebeobsluhy, sociálních integrity, která může vyústit až k sociálnímu vyloučení. Proto jsou nezbytné také terapie, vedoucí k psychické a osobnostní integritě a sociální integraci (Vágnerová, 2004). K tomuto účelu slouží všechny expresivní terapie, sociální terapie, ergoterapie a jiné podpůrné metody, které

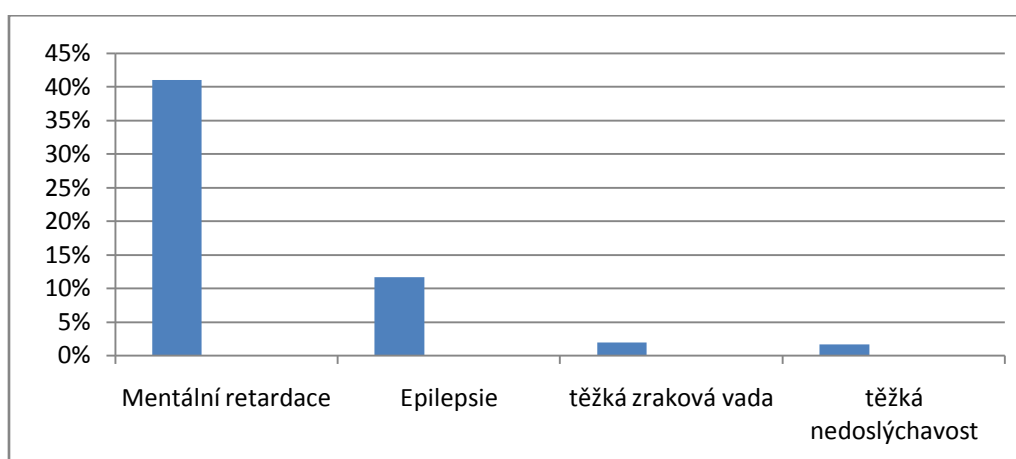
aktivizují uvědomění si člověka jako takového, jeho vlastních hranic a schopností, kterých je člověk s postižením schopen.

### **Tělesné postižení v kontextu kombinovaných vad**

„ *Kombinované vady můžeme často identifikovat i ve spojení postižení somatického (tj. tělesného postižení, nemoci či zdravotního oslabení) a postižení zrakového nebo sluchového, mentálního nebo komunikačního či etopedického charakteru.*“ (Ludíková, 2005, str. 81)

Na grafu č.1. (Statistika výskytu přidružených vad k tělesnému postižení v Ústavu sociální péče pro tělesně postižené Kociánka z roku 1998) můžeme vidět procentuální výskyt kombinované vady, z níž vždy je přítomné postižení tělesné. Celkový počet klientů v tomto zařízení byl 422 klientů a z tohoto počtu bylo 238 osob s kombinovaným postižením (Ludíková, 2005).

**Graf č. 1.** *Procentuální vyjádření výskytu kombinovaného postižení v Ústavu sociální péče pro tělesně postižené Kociánka z roku 1998* (Ludíková, 2005).



Velice častým typem kombinovaného postižení, u kterého se vyskytuje tělesné postižení, je dětská mozková obrna, které se podrobněji budeme věnovat v následující kapitole.

### **1.3 Dětská mozková obrna**

Podle Krause (2005) patří DMO mezi nejčastější neurovývojová onemocnění, které může postihnout celou řadu oblastí. Dominantní je zde postižení hybnosti, k němuž se může přidat porucha v oblasti kognitivních schopností, zraku, sluchu, způsobu chování a mohou se objevit také záchvatovitá onemocnění. Z těchto důvodů můžeme označit DMO jako kombinované postižení.

*„Dětská mozková obrna (DMO) je raně vzniklé postižení mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti.“ (Lesný, 1985, str. 8). Kraus (2005, str. 67) označuje DMO jako „trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku.“*

DMO řadíme do kategorie neurovývojových onemocnění a patří mezi nejčastější formu kombinovaného postižení. Až u 2/3 osob s DMO přidružuje **mentální retardace**. Dále se mohou objevit **poruchy sluchu, visu** nebo **emoční a komunikační problémy**. Mezi nejčastější logopedickou vadu řadíme dysartrii. Postižení DMO vyvolává v člověku vnitřní nesoulad a disharmonii. Muzikoterapie je při správném použití schopna harmonizovat člověka, snížit spasticitu v postižených oblastech a aktivizovat člověka k vlastní aktivní účasti na hudební činnosti. Podle Krause (2005) je aktivizace důležitá především u osob s podkorovým postižením (kuadraparetická a hemiparetická DMO).

### **Rozdělení dětské mozkové obrny a její etiologie**

Obecně rozdělujeme DMO na **spastické** (křečovitě) a **nepastické** formy. Spastickou DMO dále dělíme na **diparézu** (obrna obou horních nebo dolních končetin), **hemiparézu** (obrna ruky a nohy jedné poloviny těla) a **kvadraparézu** (obrna všech končetin). Do nespastické DMO řadíme formu **hypotonickou** (snížené svalové napětí) a **dyskinetickou** (charakteristické mimovolní pohyby), (Pipeková, 2006).

Vznik DMO řadíme do tří časových úseků - období perinatální, prenatalní a postnatální. Mezi nejčastější **perinatální** příčiny patří **infekce matky, škodlivé faktory** nebo **těhotenské gestózy** vedoucí k nedokrevnosti mozku dítěte. Z hlediska **prenatálního** můžeme zařadit do příčin vzniku DMO **krvácení do mozku** a **hypoxii**. Charakteristická příčina v období **postnatálním** je **hemolytická nemoc novorozence** a různé typy **infekcí** (Zajíc, 2008).

## 2 Úvod do oblastní muzikoterapie

*„Hudba je součástí života. Přináší radost a relaxaci mnoho lidí a je zdrojem radosti a motivace. Hudba má sílu vyjádřit radost a oslavy života, stejně jako bolesti a ztráty.“*

*Paul Nordoff & Clive Robbins*

### 2.1 Definice a vymezení pojmu

Podle AAMT<sup>1</sup> můžeme muzikoterapii definovat jako „*použití hudby při uskutečňování terapeutických cílů: znovuobjevení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. Je to systematická aplikace hudby, řízená muzikoterapeutem v terapeutickém prostředí, aby se uskutečnila žádaná změna v terapeutickém procesu. Hudba pomáhá jedinci v rozvoji jeho plného potenciálu a přispívá k jeho vyšší sociální přizpůsobivosti.*“ (AAMT in Mašura, 1992).

Muzikoterapie spadá do oblasti expresivních a prožitkových terapií. Na definici pojmu můžeme nahlížet ze dvou úhlů pohledu, podle toho, jaké postavení hudba v daném terapeutickém procesu má. Z tohoto pohledu můžeme rozdělit dva základní muzikoterapeutické přístupy – **hudba jako terapie** a **hudba v terapii** (Kantor, 2009).

Tato práce se bude zabývat hudbou jako terapií z důvodu nemožnosti odstranění příčin postižení tak, jako v případě hudby v terapii u zcela odlišných cílových skupin. „*Muzikoterapeut musí respektovat skutečnost, že mnohá postižení klientů jsou primárně neléčitelná, ale je možné dosáhnout zlepšení celkové kvality života a schopnosti jedince prostřednictvím ucelené rehabilitační péče. Terapie je proto častěji symptomatická než kauzální a vyžaduje propojení s ostatními oblastmi rehabilitační péče.*“ (Kantor, 2009, str. 39). Terapeut pomáhá klientovi vytvořit vztah k hudbě a jejím terapeutickým vlastnostem. Pro splnění tohoto cíle je důležité vybrat správné muzikoterapeutické techniky, které by přispěly k všestrannému rozvoji klienta (Kantor, 2009).

*„Muzikoterapia, jako jedna z progresivních léčebno-výchovných metod, má v systéme komplexnej starostlivosti o ohrozených, postihnutých a narušených jedincov svoje specifické poslanie. Hudba v muzikoterapii má mimoriadne cennú vlastnosť ničím neohraničeného pôsobenia prostredníctvom svojej umeleckej reči a svojín výrazových prostriedkov.“* (Mašura, 1992, str. 12)

---

<sup>1</sup> American Association for Music Therapy



Pod jejím **obsahem** můžeme chápat „ *systém mnohotvárných metod a metodicky diferenciovaných postupů, způsobů a prvků „léčebně-výchovného“ působení, uskutečňovaného prostřednictvím aktivních a receptivních hudebních činností.*“ (Mašura, 1992, str. 17)

## 2.2 Klasifikace muzikoterapie

Muzikoterapii rozdělujeme na dvě formy - **receptivní** a **aktivní**.

**Aktivní** muzikoterapie vyžaduje klientovu snahu a úsilí podílet se na hudebním procesu. Za hlavní metody, uplatňující se v aktivní muzikoterapii, jsou považovány **hudební improvizace, hudební interpretace, zpěv písní, psaní písní a kompozice hudby, hudební vystoupení** (Müller, 2007).

**Receptivní** forma zahrnuje všechny poslechové aktivity. Poslech hudby můžeme dále spojovat např. s imaginací, pohybem, relaxací, arteterapií, psychodramatem a jinými terapeutickými technikami (Müller, 2005). Pro tuto formu muzikoterapie můžeme použít **hudbu živou** nebo **reprodukovanou**.

Podle počtu klientů rozdělujeme muzikoterapii na **skupinovou** a **individuální**. Pro osoby s těžkým kombinovaným postižením je preferována terapie individuální, která se vytváří na základě aktuálního emočního naladění a klientovy potřeby (Linka, 1997).

## 2.3 Plánování muzikoterapeutického setkání

Již cílenému muzikoterapeutickému sezení předchází několik fází. Prvním krokem je **doporučení**, které může vycházet ze strany rodičů, lékaře, učitele, terapeuta, psychologa ad. Na základě doporučení k muzikoterapii se uskutečňuje **první setkání**. Muzikoterapeut a klient se navzájem seznamují a vytváří tak základy pro jejich budoucí vztah. Důležité je zohlednit možné kontraindikace muzikoterapeutických metod, jako to mu je např. u psychotiků nebo epileptiků. Z tohoto důvodu je také důležité prostudovat anamnézu klienta. Během prvních setkání sbírá muzikoterapeut informace o klientovi, ze kterých pak stanoví muzikoterapeutické cíle, plány a strategie. Při sběru informací je důležité se dívat na osobnost klienta jako na celek (Weber, 2010, osobní setkání). Celý terapeutický proces je pak následně propojen hudbou, ve kterém se promítají individuální potřeby každého klienta (Pfeifer, 1989).

Muzikoterapeutické sezení poskytuje klientovi možnost vzájemného prolínání vlastních citů, druhů vzájemného kontaktu, sdělování a „odeznívání“ (Langmeier, 2000). Terapeut hledá vhodnou hudbu, nástroje, rytmy, které aktivují pozornost, snaží se vyvolat odpověď a klientovy potřeby uspokojit. Tyto odpovědi jsou výsledkem správného zpracování stimulů klienta. Zvládnutí základního zpracování podnětů je pro člověka životně důležitá dovednost a u osob s kombinovaným postižením je předpokladem pro rozvoj dalších dovedností (Peters, 2000).

Zejména u osob s DMO je vhodné využít fyziologických účinků hudby na svalové napětí. Ve spolupráci s fyzioterapeutem, který se věnuje rehabilitaci s klientem, zprostředkovává muzikoterapeut hudbu, která je tzv. na pozadí, snižuje svalový tonus a ulehčuje tak osobě s postižením celkový průběh rehabilitace (Schmidt in Peters, 2000). Podle Linky (1997) hudba podporuje mobilizaci, motivaci a aktivizaci klienta při rehabilitačních cvičeních, která jsou často namáhavá, nepohodlná, jednotvárná a často i bolestivá.

### **Zásady muzikoterapeutického sezení**

Muzikoterapeut by měl při terapii dodržovat etický kodex Evropské muzikoterapeutické konfederace<sup>2</sup>, popisující zásady, které je nutné při průběhu muzikoterapeutického sezení dodržovat. Procházka (2009, osobní setkání) stanovuje pět klíčových oblastí etiky při terapii. Jednou ze zásad je „neublížit“, kdy terapeut směřuje od nevědomé nekompetence až po nevědomou kompetenci. Dále je to altruismus, věrnost a spravedlnost. Spravedlnost v tomto směru znamená udržet vztah ve „zdravém trojúhelníku“ – asertivita, ohrožený a ochránce. V neposlední řadě pak zmiňuje autonomii terapeuta, který by měl být opravdový, všestranný, žít vlastním životním stylem a nežít pouze svým zaměstnáním. Terapeut by měl dodržovat tzv. neexpertní přístup, který se na klienta nedívá jako na objekt zkoumání, ale snaží se navrátit k přirozenosti jeho bytosti. Důležité je také nedirektivní jednání, možnost volby pro klienta, empatie. Podle Skály by měl terapeut disponovat schopností naslouchat a přenášet motivaci na stranu klienta.

---

<sup>2</sup> [http://www.musictherapyworld.de/modules/emtc/ethical\\_code.php](http://www.musictherapyworld.de/modules/emtc/ethical_code.php)

### 3 Možnosti muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením

*„Muzikoterapeut obvykle vychází z aktuální aktivity klienta s postižením, kterou hudebně reflektuje a přetváří ji do smysluplné hudební formy.“* (Bunt in Kantor, 2009, str. 42). *„Prostřednictvím další intervence provokuje prozkoumávání a testování nových strategií chování v situacích, kdy se začnou projevovat těžkosti způsobené postižením klienta.“* (Voight in Kantor, 2009, str. 44).

#### 3.1 Účel a cíle terapie

Stejně jako všechny ostatní expresivní terapie, má i muzikoterapie své cíle, které mohou být krátkodobé a dlouhodobé (Lipský, 2009). Obecným cílem je zlepšení stavu ohrožených a postižených osob nebo osob narušených (Linka, 1997). Tento okruh osob není omezen věkem pohlavím, povoláním ani úrovní vzdělání.

Terapeut si pak dále určuje konkrétní cíle, které jsou individuálně přizpůsobovány klientovi. Jak je patrné z názvu této práce, budou se konkrétní cíle vztahovat ke skupině osob s kombinovaným postižením. V této souvislosti pak můžeme stanovit oblasti, na které se při terapii budeme soustředit:

- Stimulace celkového vývoje klienta a optimalizace podmínek, za kterých se vývoj odehrává. Důležité je zprostředkování potřebných zkušeností a podnětů, které by klienta aktivizovaly a zároveň udržovaly jeho integritu s okolním prostředím.
- Upravení nároků na klienta z jeho okolí a přizpůsobit je tak, aby klienta stimulovaly, ale zároveň nepřetěžovaly. Vše je nutné koncipovat podle druhu a stupně postižení.
- Poskytnout klientu prostor pro tvorbu vlastních strategií řešení, rozhodování se, přijímání vlastní zodpovědnosti a aktivní účast v situacích, odehrávajících se v jeho blízkosti.
- Podpořit identitu a integraci člověka s postižením prostřednictvím interakcí s muzikoterapeutem, tj. posilovat jeho schopnost orientovat se, rozumět sobě a svému prostředí, prožívat smysluplnost svého bytí, být rezistentní vůči zátěži, přijímat adekvátně hodnotový systém a vztahy
- Stimulovat uvědomění sám sebe, existence vlastního života a odolnost vůči zátěžím, kterým jsou osoby s postižením vystavovány především v sociálních interakcích (Hornáková, 2003).

Důležitým cílem muzikoterapie je prostřednictvím výrazových hudebních prostředků podpořit identitu osob ohrožených, postižených a to bez ohledu na věk, pohlaví nebo úroveň vzdělání (Mátejová, 1992).

### 3.2 Účinky hudby na člověka s handicapem

*„Využití zvuku a hudby má pro terapeutickou práci a podporu klienta značný potenciál. Zařazování muzikoterapie mezi prožitkové techniky naznačuje, že využívá schopnosti zvuku a hudby přímočaře ovlivňovat naše emocionální prožívání. Proces muzikoterapie jakousi smyslově vnímanou zkušeností v pohybu. Muzikoterapie může být prostředkem uvolnění, abreakce, vzájemné komunikace, diagnostiky, navázání vztahu s klientem. Hudba je ideálním prostředkem k navození stavu relaxace a prožitky spojené s hudbou, přivádějí člověka ke zdroji různých emocí.“* (Procházka, 2009, osobní setkání)

*„Počúvanie hudby, najmä obľúbenej, vyvoláva v človeku isté somatické a psychické procesy. Človek vnútorne prežíva a pociťuje posobenie hudby. Hudba vyvoláva v nom určité city, nálady, afekty, zmeny správania a súčasne ovplyvňuje aj najdôležitejšie vegetatívne funkcie, vytváranie hlasu a reči, jako aj vlastnú hudobnú aktivitu.“* (Mašura, 1992, str. 64).

*„Muzikoterapie nabízí hudební činnosti, které aktivují klienta k překonávání vývojových překážek a k osvojování nových dovedností. Dochází při ní k mnohostranné stimulaci ze strany hudby a terapeuta.“* (Kantor, 2009, str. 42).

### 3.3 Muzikoterapeutické modely

Muzikoterapeutický model označuje Bruscia (in Kantor, 2009, str. 205) jako *„ucelený přístup k diagnostice, terapii a evaluaci, který zahrnuje teoretické principy, klinické indikace a kontraindikace, cíle, metodologická vodítka, upřesnění a charakteristické použití určitých procedurálních sekvencí a technik.“*

#### 3.3.1 Model Nordoff & Robbins

##### Charakteristika

Model Nordoff & Robbins je také označován jako **kreativní muzikoterapie**. Toto pojmenování vzniklo podle jeho zakladatelů – hudebního skladatele a klavíristy **Paula Nordoffa** a speciálního pedagoga **Cliva Robinsona**. Tento model vznikl v průběhu 50. a 60. let 20. století ve Velké Británii (Kantor, 2009). Z celého průběhu

terapie je ve středisku Nordoff & Robbins pořizován videozáznam pro zkvalitnění celé péče o klienty.

*„Tento přístup se zaměřuje na probuzení vrozené muzikálnosti v každém klientovi s cílem rozvinout svůj plný potenciál jako lidská bytost.“* (Nordoff & Robbins, 2009, online)<sup>3</sup>.

Nordoff & Robbins vytvořili koncept hudební identity člověka, které lze dosáhnout prostřednictvím hudby, přestože nemoc či postižení znesnadňuje jeho vnímání a prožívání života. Jejich prvními pacienty byly děti s autismem a kombinovaným postižením, které primárně nebo sekundárně trpěly značnými omezeními ve vnímání, komunikaci nebo schopnostech se vyjádřit. Řadíme ji mezi aktivní formy muzikoterapie a je možné ji provádět jak skupinově, tak individuálně. V případě osob s kombinovaným postižením je upřednostňována terapie individuální. (Peters, 2001). Autoři kreativní muzikoterapie považují tento model za velmi úspěšný především u osob s těžkým mentálním a kombinovaným postižením, u kterých se odpověď na určitý typ stimulu nepředpokládala (Nordoff & Robbins in Kantor, 2009).

### **Průběh terapie**

Prostřednictvím vzájemné interakce provede terapeut nejprve analýzu reakcí a odpovědí klienta. Následuje hodnocení úrovně specifických oblastí jako je úroveň řečových, sensorických a motorických dovedností a emočního stavu. Na základě těchto aspektů stanoví muzikoterapeut léčebné cíle – rozvoj řeči a komunikačních strategií, posílení koordinace ruka – oko a dalších motorických dovedností, emocionální podpora a snížení úzkosti, sensorická integrace aj.<sup>4</sup>

*„Muzikoterapeut se snaží improvizovat, aby rozvíjel nejrůznější hudební postupy a styly, které by klienta zaměstnávaly a udržovaly v aktivitě. Společně s klientem pak vytváří specifickou hudbu, která vede ke kognitivním změnám a zasahuje tak do oblasti chování a rozvoje afektivního prožívání.“* (Kantor, 2009, str. 221).

Po prvních nejistých pokusech s improvizací se dítě naučí uplatňovat svou fantazii, obrazotvornost, postupem času se hravě a lehce ponořuje do námětů. Tím však získává důvěru v sebe sama. Vlastní improvizace jej vede nenásilnou formou k porovnávání a k hodnocení výsledků své práce. To vše přispívá k nanejvýš

---

<sup>3</sup> <http://www.nordoff-robbins.com.au/Contents.asp?ID=10>

<sup>4</sup> <http://www.nordoff-robbins.com.au/Contents.asp?ID=19>

potřebnému výcviku ve vyjadřování vlastních pocitů a názorů. Nemusí jít vždy o vyjadřování verbální.

Podle Kantora (2009) je účelem terapie vyvolání spontánního pohybu, zpěvu nebo instrumentální odpovědi klienta. Tento pohyb je vyvolán jako odpověď na působení zvuku a hudby. Na základě těchto odpovědí dochází k rozvoji komunikačních dovedností, k prohloubení expresivní svobody a rozvoji sociální integrity klienta s postižením.

### **Využívaná hudba**

Důležitým aspektem je výběr vhodné hudby. Nelze přesně stanovit, která hudba nebo hudební skladba přinese požadovaný efekt. Osvědčuje se však začínat s hudbou, která je dětem nějakým způsobem blízká, známá, srozumitelná, s hudbou, se kterou se již dříve setkaly (Peters, 2001).

Na hudbu je pohlíženo jako na centrum zkušenosti a hudební reakce jsou zde pokládány za primární materiál pro výklad a analýzu. V tomto typu terapie pracují terapeuté převážně s vypracovanou hudbou na klavír a v některých případech i na kytaru. *„Muzikoterapeut, který je u klavíru může improvizaci rozvíjet např. na základě pohybu klienta, rytmu, který se v něm odehrává, nebo na základě rytmu, který se odvíjí od hry klienta na nejrůznější hudební nástroje (Kantor, 2009, str. 221).* V individuální terapii je klientům nabízen především činel nebo buben. Hudba má zde úlohu urychlujícího činitele, díky kterému dochází k aktivizaci osoby s postižením.

*„Styl improvizace je zbaven všech hudebních konvencí a plně vychází z aktuálního dění při muzikoterapeutickém sezení. Využívá se např. disonance, atonalita, hudební archetypy, odlišné hudební styly, které by klienta zaměstnávaly a udržovaly ho v aktivitě.“ (Kantor, 2009, str. 221).*

### **3.3.2 Funkčně orientovaný model muzikoterapie**

#### **Charakteristika a oblast jeho uplatnění**

Tento model muzikoterapie je velmi ojedinělý, netradiční a specifický. Funkčně orientovaný model (dále jen model FMT) je léčebná terapie, která má zásadní vliv především na nervový a svalový systém lidského organismu. S tímto modelem pracuje terapeut pouze při individuální formě muzikoterapie a komunikace s klientem probíhá

vždy neverbálně. Za vznik této metody se zasloužil **Lasse Hjelm** ve Švédsku (Kantor, 2009).

FMT – model je užitečná pro všechny věkové kategorie a její úspěšnost se prokázala především u osob se specifickými poruchami učení, syndromem ADHD, dětskou mozkovou obrnou nebo psychickými poruchami. Její uplatnění je tedy opravdu široké. Pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením je velice důležitá zejména pro její vytváření příležitostí pro rozvoj percepčních a motorických dovedností, které následně ovlivňují vývoj kognitivních, emočních a motorických funkcí.<sup>5</sup>

Terapeut vytváří pro klienta adekvátní prostředí a následně usiluje o aktivizaci mozkové činnosti, základních lidských funkcí a rozvoj dovedností.

### **Podstata FMT**

Tento model muzikoterapie je postaven na myšlence **vytvoření prostoru pro strukturovaný senzo – motorický rozvoj**, který by měl probíhat v pocitu bezpečí a radosti klienta. Klient by si měl být vědom, že terapie není zaměřena na hodnocení jeho výkonu ani průběhu sezení.<sup>6</sup>

Základem celé terapie jsou **jednoduché melodie**, nazývané rovněž jako kódy. Celkově je v tomto modelu používáno **20 kódů**. Terapeut hraje tyto melodie na akustický klavír a klient na tyto stimuly reaguje na bicí nástroje. K dispozici mu je přibližně **30 modelů různých sestav nástrojů**.

Pomocí klavíru, bicích nástrojů a speciálních paliček se u klienta rozvíjejí motorické funkce, které následně aktivují další smyslové funkce jako je zrak, sluch nebo hmat. Klient je v průběhu terapie nucen zapojit stabilitu, koordinaci pohybu, koncentraci, logické myšlení, paměť a orientaci v prostoru. Toto speciálně upravené a aktivizující prostředí tak pozitivně ovlivňuje a podněcuje klientův nervový systém (Kantor, 2009).

Tento model je pro klienta velmi náročný z hlediska vynaloženého úsilí a schopnosti koncentrace. Z tohoto důvodu probíhá terapie z pravidla 1x týdně a každé sezení představuje 20 – 25 minut efektivního hraní.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> <http://www.fmt-metoden.se/engfmt/index.html>

<sup>6</sup> <http://www.fmt-metoden.se/engfmt/index.html>

<sup>7</sup> <http://www.muzikoterapie.cz/?p=rozhovor-o-muzikoterapii-s-katarinou-grochalovou>

### 3.3.3 Vibroakustická terapie

Zakladatelem tohoto modelu je norský neurolog, lékař a pedagog **Olav Skille**, který ke své terapii využívá pulzující tóny nízké frekvence. Skille (in Wigram, 1996, str. 36) definuje vibroakustickou terapii jako „*použití sinusoidálních nízkofrekvenčních zvukových vln v rozmezí 30 – 120 Hz, které jsou smíchány s hudbou a určeny k terapeutickým účelům.*“

Fyzické účinky vibrací zvuku mohou být dvojí. Vibrace mohou člověka stimulovat nebo naopak zklidňovat. To vše záleží na vhodném výběru hudby a našem terapeutickém cíli. Při záměru aktivizovat klienta volíme frekvence vysoké a při navozování stavu relaxace a uvolnění naopak frekvence nízké.<sup>8</sup> Kantor (2009) zaznamenal nejvyšší rezonanci částí lidského těla v rozmezí 40 – 80 Hz, které taky v rámci vibroakustické terapie tvoří hlavní frekvenční rozmezí. Podle konkrétního cíle terapeuta a klienta je pak vybrán konkrétní nízkofrekvenční rozsah.

Na základě rozsáhlých studií Eklunda a Hagbartha bylo zjištěno pozitivní působení vibrací na snížení svalového tonusu především u spastických forem DMO.

Při aplikaci vibroakustické terapie musíme však brát v potaz možnost tzv. přesytení, při kterém klient pociťuje úzkost, nevolnost, únavu a nepříjemnou aktivitu srdce. Zcela vynechána by měla být u klientů s hypotonií, angině pectoris, psychotických a poúrazových stave nebo při krvácení (Kantor, 2009).

Vibroakustická terapie se provádí na tzv. muzikoterapeutickém lehátku (Music Therapy Table). Jedná se o zařízení složené ze systému vibračních membrán, základní zvukové desky a počítačového systému pro měření a kontrolu vibrací (Chesky a Michel in Peters, 2001).

Často vedou odborníci spory, zda je vibroakustická terapie vůbec jedna z formy muzikoterapie. Shodli se však na tom, že pokud jsou pro terapeutické cíle uskutečňovány školeným terapeutem, který působí v interakci s klientem, kterého podporuje před, během a po terapii, můžeme i vibroakustickou terapii zařadit do oblasti muzikoterapie (Peters, 2001).

---

<sup>8</sup> <http://www.soundbeam.co.uk/vibroacoustic/downloads/what-is-vibroacoustic-therapy.pdf>



## **4 Způsoby využití muzikoterapie v zařízení DÚSP Tloskov**

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem si vybrala zařízení DÚSP Tloskov, a to z několika důvodů. Chod tohoto zařízení jsem měla možnost shlédnout již několikrát v minulosti a velice mě zaujal přístup personálu ke klientům. Celkové pojetí tohoto zařízení se ubírá moderním přístupem k lidem s mentálním postižením a odvrací se od klasických přístupů dřívějších ústavů. Klienti mohou v klidu opouštět areál zařízení, pracovat na místní farmě a účastnit se na rozvoji celého zařízení. Hlavním důvodem výběru DÚSP Tloskov byla mimo jiné vysoká úroveň v poskytování muzikoterapie.

Současně zde v oblasti muzikoterapie působí 20 školených muzikoterapeutů. Okruh klientů využívající muzikoterapii, tvoří lidé především s mentálním a kombinovaným postižením. V roce 2006 byla dokončena stavba tří muzikoterapeutických ateliérů a rehabilitačního bazénu, který je mimo jiné také využíván k muzikoterapii.

Muzikoterapie v DÚSP Tloskov spadá do oblasti denních aktivit, jejichž cílem je zlepšení kvality života klientů a podporování jejich samostatnějšího fungování. Tyto cíle jsou naplňovány na základě vzdělávacích, speciálně pedagogických a terapeutických činností, mezi něž patří právě muzikoterapie.

### **4.1 Prostorové a materiální vybavení**

Muzikoterapie v DÚSP Tloskov probíhá celkově ve třech zařízených ateliérech a jednom bazénu. Dvě místnosti jsou přizpůsobené pro skupinovou terapii a jedna místnost slouží pro individuální terapii, především pro klienty s kombinovanými vadami. Každý klient má možnost pravidelného setkání 1x za týden

#### **4.1.1 Ateliér „Na Prádle“ a „U stromu“**

Tyto prostory slouží především pro skupinovou terapii, která se zde uskutečňuje v počtu 6 – 8 lidí, podle jejich zájmu. Místnosti jsou pokryty vyměkčeným kobercem a zdi včetně stropu zakrývají jemné závěsy. Závěsy jsou zde z toho důvodu, aby klienti během terapie nebyli rušeni jakýmkoliv dalšími podněty, jako jsou např. police s nástroji, bubny a dalšími potřebnými pomůckami. Součástí materiálního vybavení je kvalitní hudební aparatura, hudební nástroje, masážní pomůcky a světelné zařízení, měnící barvu osvětlení dle potřeby terapeuta a klienta.

## Hudební nástroje

Oba tyto ateliéry jsou vybaveny hojným počtem hudebních nástrojů. Často využívaným typem hudebních nástrojů je **Orffův instrumentář, přirozeně ladící nástroje**, ale i melodické nástroje jako jsou **xylofony** a **metalofony**. Velkou část prostoru v oblasti hudebních nástrojů zabírají různé typy **bubnů**. Své zastoupení zde mají také hudební nástroje různých světových kultur. Najdeme zde např. **tibetské mísy**, původem z Tibetu nebo **chřestidla**, využívaná v šamanských kulturách. Často používanými hudebními nástroji jsou také **ocean - drumy**, imitující zvuky moře. Správné využití ocean – drumu harmonizuje mozkové hemisféry, posiluje imunitu člověka a ovlivňuje způsob práce lidského mozku. Podobně jako u jiných meditačních technik se i při hře na ocean - drum stimuluje vznik endorfinu v lidském těle.

### 4.1.2 Individuální muzikoterapie „Fontána“

Ateliér pro individuální práci s klientem je vybaven podobně jako místnosti pro skupinovou terapii. Místnost je opticky změkčena závěsy, které kryjí stěny i strop a vytváří tak příjemný pocit bezpečí pro klienta. Zásadním rozdílem oproti ateliéru pro skupinovou terapii je **vibroakustické lůžko**, umístěné uprostřed místnosti.

Lůžko je speciální kabeláží propojeno s reproduktory a zdrojem reprodukované hudby. Na tomto základě může klient vnímat vibrace zvuku. Vibroakustické lůžko je využíváno především u klientů s kombinovaným postižením. Vibrační masáž za doprovodu reprodukované hudby má především vliv na jejich svalový tonus. U částečně imobilních klientů se lůžko využívá především ve fázi relaxace. U osob s kombinovaným těžkým a mentálním postižením se využívá po celou dobu terapie.

Změna barevného osvětlení zde nelze automaticky naprogramovat, jako tomu je v ateliéru pro skupinovou terapii. Manuální ladění světel však mnoho terapeutů považuje za výhodu a to z důvodů možnosti naladění intenzity a barvy podle individuální potřeby jejich klienta.

## Hudební nástroje

Na základě druhu a stupně postižení klienta muzikoterapeut volí vhodné hudební nástroje, kterých je velký výběr. Podobně, jak bylo zmíněno u ateliéru pro skupinovou terapii, se zde nachází Orffův instrumentář obsahující především rytmické nástroje, povzbuzující klientovu aktivitu, dále pak velký buben, oceandrumy, dešťové trubky, chřestidla a mnoho dalších dobře využitelných hudebních nástrojů.

Mimo jiné jsou při individuální muzikoterapii využívány prvky bazální stimulace. Z těchto důvodů patří do materiálního vybavení ateliéru také masážní míče, rukavice z měkkého materiálu, vonné svíčky, hedvábné šátky, molitanové výstelky, polštáře a deky. Na základě tohoto vybavení lze pracovat při terapii s dotekem, který aktivizuje kožní receptory klienta, a tak vzbuzuje jeho aktivitu.

#### **4.1.3 Bazén**

Kromě zmíněných ateliérů, sloužících výhradně pro muzikoterapeutické účely, se v tloskovském areálu nachází ještě bazén, ve kterém se mimo muzikoterapie provozuje také fyzioterapie. Bazén disponuje bezbariérovým přístupem a díky pohyblivému dnu, je hloubka vody individuálně nastavitelná podle potřeby klientů. Plocha vody v bazénu je 60 m<sup>2</sup> a maximální hloubka bazénu je 1,7m. Vzhledem k teplotě vody 36°C, je tento bazén vhodný také pro prvky bazální stimulace, které jsou u osob s kombinovaným postižením často využívány.

Při muzikoterapii v bazénu se využívá především hudby reprodukované, nejčastěji harmonizační a relaxační. Kvalitní hudební aparatura je využívána také při fyzioterapii, kdy se hudba používá ke zpříjemnění času stráveného při cvičení.

Součástí vybavení bazénu jsou různé masážní a nadlehčovací pomůcky, které mohou být využívány jak při muzikoterapii, tak při fyzioterapii.

Při muzikoterapii jsou přítomni klienti se svými rehabilitačními pracovníky a muzikoterapeut, který udává strukturu terapie. I přes tuto organizaci lekce je vždy brán ohled na individuální potřeby a stav klienta, který má právo vlastní volby. Při terapii se dále využívají volně nastavitelná světla, která společně s reprodukovanou hudbou stimulují u přítomných klientů aktivitu, navozují pocit jistoty a bezpečí a v neposlední řadě přivádí do stavu relaxace a uvolnění.

## **4.2 Model Tomáše Procházky**

DÚSP Tloskov v oblasti využívání muzikoterapie vychází z modelu Tomáše Procházky, který je tu zároveň supervizorem. Tento model se ujal i v mnoha jiných zařízeních v České Republice a prochází neustálým vývojem v závislosti na nových poznatcích v souvisejících oborech.

#### 4.2.1 Filozofie modelu

Model Tomáše Procházky vychází z tzv. celostního přístupu v muzikoterapii. Tento přístup v sobě zahrnuje pojetí biomedicínské, psychoterapeutické a psychosomatické. V Procházkově modelu můžeme vidět snahu o dosažení „*celostního přístupu k člověku ve zdraví a nemoci, při zdůraznění jeho nedělitelné biopsychosociální jednoty. V centru pozornosti je člověk, nikoliv konstrukt nemoci nebo problému, člověk v souvislostech v kontextu životního příběhu, v životní situaci*“ (Procházka in Kantor, 2009, str. 265).

Celostní pojetí, ze kterého tento model vychází, se opírá o tři základní pilíře:

**Systemický přístup** – terapeut se nezaměřuje na příčinu problému a její následek, ale hledá vztahové propojení osob, které jsou s klientem v kontaktu a určitým způsobem se podílejí na utváření jeho životní kvality. Terapeut toto vztahové propojení dává do souvislostí s konkrétními problémy a potřebami klienta a vytváří tak určitý systém. Všechny vzniklé situace a podněty z klientovy vztahové sítě se ovlivňují, působí jeden na druhý a vytváří tak další nové vztahy.

**Radikální konstruktivismus** – filozofie tohoto směru zdůrazňuje terapeutovi myšlenku o neexistenci jednoho objektivního světa. Každý člověk si vytváří svůj vlastní svět a to na základě individuálního fungování organismu. Terapeut by se neměl snažit přetvářet klientův svět, ale pokusit se vhodným způsobem vstoupit do jeho světa a pomoci mu tento svět uchopit.

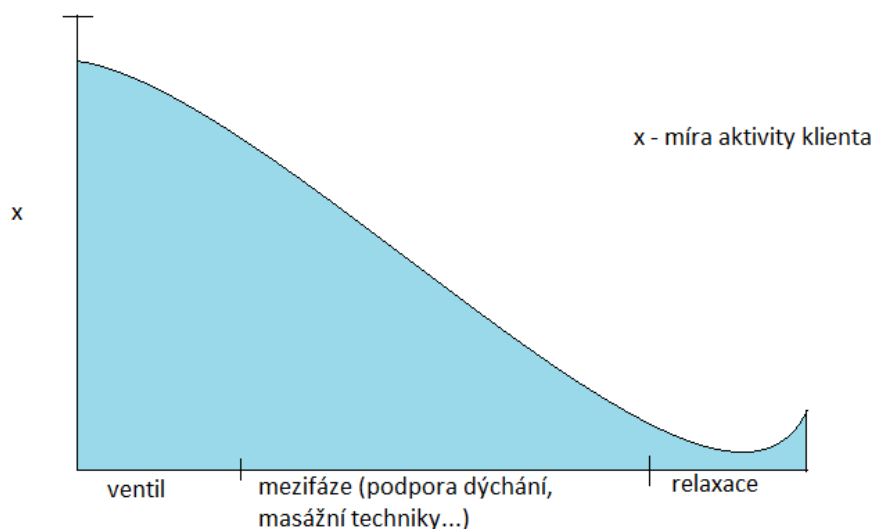
**Neexpertní přístup** – Abychom mohli klientovi nabídnout jeho svobodnou volbu, je nutné, aby terapeut nebyl vnímaný jako autorita, ale jako osoba sdílející a partnerská. Terapeut by se nad své klienty neměl nadřazovat, zneužívat svoji moc a striktně proti vůli klienta řídit muzikoterapeutické sezení. Všechny zmíněné ideje by se měly uskutečňovat v co nejvyšší možné míře, avšak za dodržování profesionality terapeuta a zásad etického kodexu.

#### 4.2.2 Práce s prožitkovou vlnou

Muzikoterapeutická setkání v ateliérech Tloskova, jsou koncipována a strukturována na základě tzv. „prožitkové vlny“. Klient prochází několika fázemi setkání, která pracují s určitou mírou aktivity klienta. Každá fáze setkání je zaměřena na určitou specifickou oblast – práce s emocemi, dechem, hlasem atd.

Jak můžeme vidět z níže uvedeného grafu, zásadní okamžiky prožitkové vlny tvoří fáze **abreakce** a **relaxace**. Abreakcí vlna začíná, aktivita klienta je největší a nervové buňky mozku jsou nejvíce stimulovány. Relaxace naopak klienta uvádí do klidu a harmonie. Činnost nervového systému je minimální.

**Graf č. 2.** – Úroveň aktivity člověka při jednotlivých částech terapie



Zásadní okamžiky prožitkové vlny tvoří fáze **abreakce** a **relaxace**. Abreakcí vlna začíná, aktivita klienta je největší a nervové buňky mozku jsou nejvíce stimulovány. Fáze relaxace naopak klienta uvádí do klidu a harmonie.

### **Abreakce (ventil)**

Fáze abreakce tvoří samotný začátek celého muzikoterapeutického setkání. Obsahem této části je improvizální hra na bubny, která může být doprovázena křikem nebo tancem. Improvizace se může uskutečňovat i na jiné hudební nástroje, které by však měly být rytmické a svým zvukem výrazné. Ve fázi ventilu má klient možnost uvolnit své emoce a stres, k jehož hromadění v ústavním prostředí často dochází. U osob s kombinovaným postižením se často umísťuje buben mezi kolena klienta tak, aby se co nejvíce dotýkal jeho těla. Údery vznikají vibrace, které mají vliv na klientův svalový tonus. Fyziologickým ukazatelem vysoké míry aktivity při této části může být zrychlení srdečního tepu, frekvence dechu nebo zvýšení svalového napětí.

## Část relaxace

Fáze relaxace tvoří protipól abreakce. Pro účely relaxace slouží vibroakustické lůžko nebo vyměkčený koberec, na kterém se klienti cítí v poloze vleže velmi pohodlně. Aktivita organismu klienta je opravdu minimální. Hudba, popřípadě hudební vibrace, se snaží zklidnit klientův svalový tonus a docílit psychického uvolnění. V ideálním případě se klientovo vědomí dostává při relaxaci do hladiny Alfa. Po odeznění relaxační hudby je velice důležité poskytnout prostor pro chvíli ticha.

## Doplňující fáze

Mezi těmito navzájem kontrastními částmi prochází klient ještě několika fázemi, které jsou zaměřeny na harmonizaci mozkových hemisfér, klientova dechu, bazální potřeby a emoční ladění klienta a jiných specifických cílů. Využívají se techniky **vokalizace hlásek „á“, „ó“, zpívání mantry „oum“, harmonizace deštnými tyčemi a ocean – drummy**. Kromě hudebního vyjádření sám sebe a vlastních emocí, se využívají prvky bazální stimulace, při které se využívají např. **masážní pomůcky, pomůcky z příjemného a měkkého materiálu** nebo **přímý dotyk mezi klientem a terapeutem**.

## Závěr setkání

Po skončení relaxace by mělo dojít k postupnému **probírání** klientů. Tato aktivace by měla probíhat dle jejich individuálních potřeb. Je však nutné, aby vždy proběhla. Stimulační hudbou jsou často jednoduché melodie nebo písně založené na jednoduchém textu nebo pouze na vokalizaci slabiky „la“. V případě potřeby je možné tuto část několikrát opakovat. Následuje komunitní kruh, kde klienti mohou otevírat svá témata a diskutovat o nich s ostatními.

## 4.3 Konkrétní muzikoterapeutické sezení

V následující části práce bych chtěla uvést podrobný popis muzikoterapeutického sezení s konkrétním klientem, do jehož terapie jsem měla možnost zapojit se jako pozorovatel. Jedním z cílů bylo také vytvořit vlastní návrh setkání, které by rozvíjelo jeho schopnosti a dovednosti a posilovalo jeho osobnost.

Na doporučení několika muzikoterapeutů, se kterými jsem měla možnost se setkat (např. Matěj Lipský, Tomáš Procházka nebo Jana Weber), jsem se před prvním setkáním na terapii záměrně nezajímala o jeho anamnézu. Muzikoterapeut by se měl pro lepší navázání vztahu s klientem vyvarovat jakýchkoliv předsudků a stereotypů. Na

svého klienta by měl nahlížet jako na „nepopsaný list papíru“ a sám poznávat jeho schopnosti a dovednosti. Důležité jsou pro muzikoterapeuta zásadní informace o aktuálním stavu klienta, které by mohly případně ohrozit jejich zdraví. Mezi tyto fakta patří např. přítomnost psychózy, která může být kontraindikací v muzikoterapii, dále pak epilepsie nebo silná agrese, kdy hrozí napadení terapeuta z klientovy strany.

Před zahájením tvorby návrhu na muzikoterapeutické setkání jsem se nejprve zaměřila na zjištění klientova stavu, emočního prožívání, sociálního chování, psychomotorického vývoje a dalších konkrétních oblastí, které budou následně popsány.

#### **4.3.1 Osobnostní charakteristika klienta**

##### **Adam, 32 let**

Konkrétní muzikoterapeutické sezení, které jsem měla možnost sledovat, proběhlo s Adamem<sup>9</sup>. Tento klient má střední stupeň mentální retardace, tělesné postižení a výrazně narušenou komunikační schopnost. Muzikoterapii navštěvuje již druhým rokem 1x za týden.

##### **Komunikace**

I přes vysoký stupeň dyslálie je Adam schopen se na dobré úrovni verbálně dorozumět s jeho okolím. Často je při osobním rozhovoru viditelná expresivní porucha řeči, kdy podle mimiky obličeje vidíme, že by nám Adam rád něco řekl, ale dlouho hledá ta správná slova. Z tohoto důvodu je třeba při komunikaci s ním, poskytnout mu dostatek času pro vyjádření jeho myšlenek. Občasné problémy se objevují také při začátcích dialogu s novou osobou, jejichž příčinou může být nesmělost vůči neznámým lidem. V případě, že Adam získá důvěru vůči druhé osobě a více jí pozná, rád se s ní podělí o svá přání, starosti a životní zážitky. Při kontaktu se známou a jemu blízkou osobou rád iniciuje rozhovor a při řešení jakýchkoliv problémů je v komunikaci s protějškem samostatný.

##### **Emoční prožívání**

Na základě vlastního pozorování na mne Adam působí v oblasti emočního prožívání stabilně. Neobjevují se u něho žádné závažné a časté náladové výkyvy, které by výrazně narušovaly jeho běžný život. Adam, podobně jako téměř všichni lidé

---

<sup>9</sup> Dle zákona č.101/2000 sb.,o ochraně osobních údajů, bylo jméno klienta změněno

s mentálním postižením, se velmi raduje z maličkostí. Každá drobnost, kterou vnímá pro sebe jako kladnou, ho dokáže nabít energií a radostí na velmi dlouhou dobu.

Prvky agrese se u Adama objevují velmi zřídka a nejčastěji jsou jejich příčinou narušení jeho vlastního soukromí. Občas jsou tyto konflikty rozpoutány na popud jeho spolubydlících, kteří často nejsou schopni pochopit, že člověk chce být občas sám. V případě vzniku afektu nejvíce pomáhají Adamovi prvky bazální stimulace (dotek, zklidňující masáže, míčkování...) ze strany pečující osoby, která mu poskytuje pocit bezpečí a jistoty.

Při fyzickém poranění má Adam velkou radost a to z důvodů následné lékařské péče. Nejedná se však o vlastní sebepoškozování a vyvolávání pocitu bolesti k utlumení jiných psychických problémů. Z psychologického hlediska se na tento typ chování dívám jako na silnou potřebu individuální péče a starosti pouze o něj. V tomto způsobu prožívání spatřuji jeho nejzásadnější problém.

### **Sociální chování**

Adam se na první dojem jeví jako velmi plachý a nesmělý člověk, který se drží spíše v ústraní. Takto se však chová pouze v kolektivu neznámých nebo pro něho nedůvěryhodných lidí. V momentě, kdy je ve skupině lidí, které zná, je velmi komunikativní a iniciativní. Společnost lidí, jemu blízkých, má velice rád a velmi často se v ní stává iniciátorem při realizaci různých jeho nápadů. V interakci s druhým člověkem je velmi upřímný, s vystupováním mezi jeho blízkými nemá žádné problémy. Mezi jeho oblíbené společenské aktivity patří různé hry, v nichž probíhá vzájemná interakce mezi ním a druhým člověkem.

V oblasti sebeobsluhy je Adam v určité míře samostatný. Při vhodně naservírovaném jídle je s mírnou dopomocí schopen se sám najíst a napít. Obsluhu toalety zvládá též sám. Hodně dopomoci potřebuje při výkonu hygienických návyků, jako je mytí, holení nebo oblékání. Jeho míra soběstačnosti závisí na jeho aktuální náladě.

### **Psychomotorické dovednosti**

Adam má z velké části narušenou hrubou motoriku. Kratší vzdálenosti a trasy, které mu jsou známy, je schopen ujít sám, popřípadě s menší dopomocí druhé osoby, o



kteřou se podpírá. Na delší túry je vždy pro Adama brán vozík, který slouží zároveň jako psychická opora pro případy, když se nebude cítit dobře. Pro samostatnou chůzi potřebuje velkou motivaci, kterou se nejčastěji stávají návštěvy jeho oblíbených aktivit, zvířat nebo objektů.

Oblast jemné motoriky je z části narušena. Adam zvládá úchopy, mírné obtíže má v koordinaci oko – ruka. Objevuje se občasný svalový třes při koncentraci.

### **Umělecké dovednosti**

Adam je po umělecké stránce velice schopný. Velmi rád navštěvuje muzikoterapii, kde kromě terapie, může nechat vyniknout své hudební schopnosti. Na základě vlastního pozorování bych řekla, že je v Adamovi cit pro rytmus. Mezi jeho nejoblíbenější hudební nástroje patří bubny a Orffovy nástroje. Vnímavý je také vůči hudbě relaxační, kterou má moc rád a při muzikoterapii je na Adamovi vidět, že se při hudbě dokáže zcela uvolnit. O zážitcích z muzikoterapie se vždy podělí se svými spolubydlícími.

Další jeho oblíbenou kreativní činností je výroba různých dekorací. V případě Adamovy motivace se aktivně zapojuje. Mezi jeho opravdové zážitky patří výroba masek, lampionů na průvod nebo příprava výzdoby na určité konkrétní období (Vánoce, Velikonoce).

### **Záliby a volný čas**

Jednou z Adamových velkých zálib jsou zvířata. Moc rád chodí na místní tloskovskou „Skalku“, kde klienti chovají mnoho druhů zvířat. Najdeme zde několik koní, koček, osla, kozu, králíky nebo domácí kur. Adam na „Skalku“ dochází na zooterapii, nejčastěji na hippoterapii. Velkým zážitkem jsou pro něho výlety do ZOO nebo do místního psího útulku. Velkým přítelem mu byl i pes Back, jehož pozdější smrt nesl velmi špatně.

Další jeho velkou zálibou je účast na tzv. „sportovkách“. Velice rád se účastní sportovních her, které jsou všem klientům individuálně přizpůsobené. Jedná se tu především o sportovní hry skupinové.

### **Shrnutí pozorování**

Z počátku našeho osobního setkání na mě působil Adam velmi nesměle. Byl uzavřený a oční kontakt nebyl nijak výrazný. Po bližším vzájemném poznání, jsem však

změnila názor. Adam byl velice sdílný, komunikativní a společenský. Při oblékání a chůzi potřebuje podporu druhé osoby a některé úkony sebeobsluhy je schopen vykonat sám. Ve vlastní interakci s druhou osobou potřebuje čas, trpělivost a pocit ochrany.

#### **4.3.2 Popis muzikoterapeutického setkání**

Adam se účastní individuální muzikoterapie celkem 1x za týden v ateliéru „U Stromu“.

Setkání trvá z pravidla 45 minut.

##### **Přivítání**

Muzikoterapeutka přivedla Adama do prostoru ateliéru, usadila ho do měkkého křesla a pár slovy ho motivovala ke spolupráci. Motivací se stala část setkání, při které klient identifikuje jednotlivá zvířata na základě jejich charakteristického zvuku. Při tomto úvodu si přichystala všechny nástroje a pomůcky, které bude během setkání využívat.

##### **Ventil**

Ve fázi abreakci měl Adam mezi koleny umístěný velký buben. Skladba ventilu byla velmi dynamická a hlasitá. Z počátku byl Adam v bubnování trochu nejistý. Postupně se však začal dostávat do interakce s terapeutem, který ho podporoval očním kontaktem a aktivním bubnováním. Po třech minutách se Adam aktivně zapojil a dal prostup svým emocím. K dispozici mu byla také chřestidla, tamburíny nebo Orffovy nástroje. Možnosti volby změny hudebního nástroje však během setkání nevyužil. Barva osvětlení ateliéru byla intenzivně červená, jakožto barva vysoce stimulující. Celková délka ventilu byla necelých 6 minut.

##### **Diferenciace zvuků**

Cílem druhé části setkání byla aktivní Adamova účast na poslechu různých zvuků a jejich následné identifikaci. Vzhledem k jeho oblibě zvířat, byla zvolena oblast domácích zvířat. Za každou ukázkou byla dostatečná pauza pro přemýšlení a vyjádření klienta. Adamovi bylo vybráno pět domácích zvířat, které vídává na „Skalce“ – pes, kočka, prase, kůň a koza. Nahrávka mečení kozy, kterou nepoznal, byla na konci ještě jednou zopakována pro lepší zafixování. Ateliér byl nasvícen žlutým světlem a celková délka všech pouštěných zvuků byla kolem 3 minut.

##### **Diferenciace hudebních nástrojů**

Během 1,5 minutové instrumentální skladby měl Adam za úkol stisknout muzikoterapeutovi ruce v momentě, kdy ve skladbě uslyší hru na bubny. Zpočátku musela dopomoci klientovi muzikoterapeutka a to názornou ukázkou postupu. Poté se již Adam soustředil na hudbu a s nepatrným zpožděním se mu diferenciací nástrojů dařila včetně reakce stisknutím rukou. Tato část, propojená s prvky dotekové terapie, byla již klidnější a podkreslená žlutým osvětlením.

### **Vydýchání**

Pětiminutová skladba japonských nástrojů byla určena především pro harmonizaci a zklidnění dechu. Adam měl při poslechu hudby zpočátku zhluboka dýchat a soustředit se na zvuk svého nádechu a výdechu. Muzikoterapeut dýchal společně s klientem a udával Adamovi tempo dechu, které bylo velmi pomalé. Hluboký výdech doprovázený hláskou „š“, byl přibližně dvakrát delší než intenzivní nádech. Zhruba od poloviny skladby byly výdechy doprovázeny mručením a vokalizací samohlásky „á“. Z mého pohledu jsem nezaznamenala Adamovu aktivitu při mručení, ale tento můj postřeh mohl být zapříčiněn reprodukovanou hudbou, ve které mručení nemuselo být slyšet. Celá místnost byla podbarvena modrým světlem.

### **Relaxace**

Tato fáze je nejklidnější částí celého muzikoterapeutického setkání a probíhá z pravidla vleže, podle libosti klienta. Adam ležel po dobu 5 minut na měkkém vibroakustickém lůžku, zabalený do deky. Muzikoterapeut během této skladby seděl vedle klienta v křesle. Fáze relaxace vytváří jakýsi vrchol celého setkání a probíhá ve fialovém světle ateliéru.

### **Probouzení**

Po dostatečně dlouhé době ticha, které následovalo po relaxaci, bylo zapnuto žluté světlo, které mělo postupně Adama probírat zpět k aktivitě. Při nástupu jednoduché melodie, doprovázené solamizační slabikou „la“, pobídla muzikoterapeutka pohledem Adama k zapojení se do zpěvu. Zpočátku byl ještě ve fázi relaxace, ale při druhém opakování vokalizované melodie se aktivně zapojil.

### **Závěr setkání**

Poslední část setkání vytvářelo povídání s Adamem. Terapeut nejdříve čekal, zda klient sám vytvoří téma, o kterém by si rád povídal, a iniciace ze strany klienta

nakonec opravdu proběhla. Dialog probíhal přibližně pět minut, a poté ho terapeutka vhodným způsobem a ve vhodný čas ukončila. Pomohla Adamovi s oblékáním a odvedla ho zpět na „rodinu“.

### **4.3.3 Vlastní návrh možného muzikoterapeutického setkání**

#### **Cíle našeho setkání:**

Na základě osobního setkání a vlastního pozorování Adama, jsem se rozhodla zaměřit na rozvoj hrubé motoriky, emocionální rozvoj osobnosti, podporu pravidelnosti jeho dechu a taktilního systému.

#### **Obsah:**

Celé setkání bude zaměřeno na hudbu indiánů a jejich kulturu. Při pozorování Adamova dřívějšího setkání jsem si všimla, že na indiánskou kulturu aktivně reaguje a při osobním rozhovoru mi svoji oblibu indiánů potvrdil.

#### **Organizace**

Dané setkání lze realizovat ve skupinové i individuální terapii. Vzhledem k stupni mentální retardace a závažnosti tělesného postižení, bych zvolila muzikoterapii individuální.

#### **Zahájení setkání**

Muzikoterapeutické setkání bych otevřela tzv. „hello songem“<sup>10</sup>, který bych použila na závěr také jako „goodbye song“. Toto uvítání a rozloučení považuji za důležité, a to z důvodu přehlednosti časového vymezení pro klienta.

#### **Ventil**

Fázi abreakce bude tvořit indiánský rituál u pomyslného ohně. Oheň bude symbolizovat červené osvětlení, které je zároveň aktivizační. Adam bude mít k vyjádření svých emocí k dispozici velké bicí nástroje, rumbakoule a spousty dalších rytmických a přírodně ladících nástrojů, využívaných k rituálům přírodních kmenů. Bubny budou mít v této části dvě funkce. První možností vybití negativních emocí klienta a druhou funkcí jsou vibrace bubnu, které budou pozitivně působit na Adamův svalový tonus.

---

<sup>10</sup> Vlastní návrh hello a goodbye songu“ je uveden v příloze

Do instrumentální hry bude postupně zapojován hlas a pohyb. Práce s hlasem bude v podobě křiku indiánů. Adam tak bude posilovat vitalitu plic a svůj hlasový projev. Podobně jako u hry na nástroje má i křik funkci emočního vybití. Tanec bude mít vliv na celkový rozvoj hrubé motoriky, která je narušena.

### **Harmonizace dechu**

Po abreakci bude následovat fáze klidnější, zaměřená na aktivní harmonizaci dechu a posílení činnosti hlasivkového ústrojí. Motivace klienta ke spolupráci bude následná: S Adamem si sedneme proti sobě a já mu krátce nastíním činnost indiánských šamanů, kteří ke komunikaci s nadpřirozenými silami používali mimo jiné také svůj hlas. Poté bude následovat samotná práce s hlasem, kdy budeme vokalizovat slovo „**magháju**“, v českém překladu déšť. Toto slovo bylo vybráno na základě jeho dobré výslovnosti pro klienta a možnosti využití deštné tyče v následující části.

### **Podpora vestibulárního systému a mozkové činnosti**

Vzhledem k Adamově narušené motorice jsem zvolila práci s deštnou tyčí k harmonizaci mozkových hemisfér, jejichž činnost má vliv na úroveň hrubé a jemné motoriky. Tato část bude probíhat vsedě na koberci a její náplní bude „kolébání“ se s deštnou tyčí ze strany na stranu. Touto technikou bude probíhat podpora celého vestibulárního systému, jehož stimulace je důležitá pro podporu Adamovy chůze. Deštnou tyč použijeme v kontextu na předchozí část, kdy jsme vokalizovali slovo déšť a nyní si ho můžeme poslechnout. Místnost bude nasvícena modrým světlem.

### **Relaxace**

Cílem poslední fáze je co nejvyšší možná úroveň svalového a psychického uvolnění. Relaxace bude probíhat na vibroakustickém lůžku, jehož možnost akustických vibrací bude vypnuta. Klient bude mít prostor sám pro sebe a jeho relaxace nebude narušována žádnými stimuly. Po skončení hudby bude následovat chvíle ticha v délce, která bude odpovídat individuální Adamově potřebě.

### **Probouzení**

Fáze probírání bude velmi pozvolná a Adam bude mít dostatek času na to, aby se mohl dobře zorientovat v prostoru a čase. Muzikoterapeut bude postupně narušovat ticho hrou na indiánská chřestidla, která bude postupně zapojovat i do hry na Adamovo tělo. Tato technika hry na tělo aktivuje klienta a působí zároveň stimulace taktilního

systemu. Postupně bude kladen důraz také na Adamovo zapojení se do hry s indiánskými chřestidly.

### **Závěr setkání**

Poslední část setkání bude věnována prostoru pro sdílení Adamových prožitků a otevření jeho vlastních témat. V diskuzi o těchto tématech je však důležité vyvarovat se vstupu do oblasti psychoterapie, pro kterou muzikoterapeut bez psychoterapeutického výcviku nemá kompetence.

### **Návrh skladeb:**

1. Ventil – Alborada, Chirapaq, délka skladby 5.38 min
2. Harmonizace dechu – Oliver Shanti, Dawa, délka skladby 5.10 min
3. Podpora vestibulárního systému – Oliver Shanti, Shamboo Wokatonka, délka skladby 4.58 min
4. Relaxace – Roland Santé – Touches of Stars, délka skladby 6.54 min
5. Probouzení – Oliver Shanti, Intro & Prelude, délka skladby 4.06 min

Celkový čas všech skladeb – 26.46 min

Úplné znění všech uvedených skladeb je uvedeno v audiopříloze na CD<sup>11</sup> (audiopříloha č. 1)

#### **4.3.4 Vlastní náměty k diskuzi**

Autor výše popisovaného modelu „prožitkové vlny“ má s muzikoterapií dlouholeté zkušenosti v oblasti ústavní péče, kde často dochází ke stigmatizaci a potlačování emocí klienta. Na základě vlastních zkušeností s tímto tvrzením plně souhlasím. Muzikoterapii bych však zařadila do týdenního programu klienta častěji. Frekvenci setkání bych přizpůsobila jeho individuální potřebě a aktuálnímu emočnímu naladění. V ideálním případě bych navrhla setkání dvakrát týdně. Zmíněné ideální řešení však vyžaduje zvýšený počet vyškolených muzikoterapeutů a nároky na rozšíření prostorového a materiálního zabezpečení.

Dále bych se snažila o rozšíření vědomostí v oblasti muzikoterapie u jednotlivých pracovníků, podílejících se na péči osob s postižením. Přiblížila bych jim

---

<sup>11</sup> Audionahrávky na CD slouží pouze k ilustraci možného využití reprodukované hudby v muzikoterapii. Kopírování a šíření tohoto materiálu podléhá autorským právům a je zakázáno.

možnosti využití hudebních nástrojů v běžném prostředí klientů, u kterých často dochází k přílivům emocí právě v běžných životních situacích. Vytvořit toto podvědomí považuji za nezbytné. Muzikoterapie by neměla být záležitostí pouze muzikoterapeutických ateliérů, ale činností využívanou v případě aktuální potřeby. Pod náležitou supervizí personálu by se mohla stát běžnou součástí života.

V modelu „prožitkové vlny“ jsou setkání navržena v několika variantách. Je tedy možné jednotlivé části obměňovat a přizpůsobit průběh terapii např. aktuálnímu emočnímu naladění klienta. Muzikoterapeut má v oblasti obsahu setkání a využívaných hudebních nástrojů velkou svobodu. V případě rozsáhlejších změn a nápadů však považuji za nezbytnou konzultaci s příslušným supervizorem, který je kompetentní k hodnocení vhodnosti efektivnosti dané změny.

Při osobních rozhovorech s muzikoterapeuty v DÚSP Tloskov, jsem se setkala např. s úplným vynecháním reprodukované hudby během setkání. V tomto případě nabírá terapie zcela jiné hloubky. Při zachování základní struktury modelu, tedy směřování od fáze abreakce do stádia relaxace, se pracuje především s hlasem a tichem. Klient má možnost soustředit se pouze na svoje hlasové dovednosti a koncentrace na sebe samého probíhá dle mého názoru mnohem silněji.

Tento model se ukázal využitelný při realizaci mnoha muzikoterapeutických cílů. Je možné ho využít k aktivaci nebo uvolnění klienta, harmonizaci jednotlivých funkcí organismu nebo posílení schopností a dovedností klienta.

## Závěr

Cílem této práce bylo poskytnout pohled do problematiky muzikoterapie a možností jejího využití u osob s kombinovaným postižením. Podat možné způsoby přístupu v muzikoterapii k této cílové skupině tak, aby tento typ podpůrné terapie rozvíjel celkovou osobnost člověka, a tím zvyšoval jeho celkovou kvalitu života.

Práce je zaměřena na osoby s kombinovaným mentálním a tělesným postižením, a to na základě vlastních zkušeností s muzikoterapií a lidmi s tímto typem postižení. Na základě uvedených modelů a praktického využití muzikoterapie dochází k hudebnímu vlivu na emoční naladění, rozvoj činnosti mozkových center, vestibulárního systému, rozvoj motoriky a jiných specifických oblastí lidského organismu.

Muzikoterapie je oficiálně v České Republice využívána krátce a informovanost veřejnosti je velmi nízká. Z tohoto důvodu je potřeba vytvářet co nejvíce informačních zdrojů, které by ukazovaly na důležitost muzikoterapie v dnešní době – době alternativních medicín, terapií a důrazu na životní kvalitu člověka ve společnosti. Podrobný popis modelu Nordoff & Robbins, FMT a vibroakustické terapie poukazuje na rozmanitost a efektivnost v oblasti muzikoterapie.

V praktické části je podrobně rozebrán model „prožitkové vlny“, využívaný v muzikoterapeutických ateliérech v DÚSP Tloskov, ale i dalších zařízeních, využívající muzikoterapii k podpoře svých klientů. Vzhledem k faktu, že tento model lze využít u všech osob bez rozdílu typu a závažnosti postižení, shledávám ho ideálním právě pro osoby s kombinovaným postižením.



## **Resume**

Bakalářská práce se zaměřila na tematiku muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením. Jako časté kombinované postižení byla vybrána dětská mozková obrna. Práce popisuje několik konkrétních modelů vhodných právě pro tuto cílovou skupinu, jejich účinky na jednotlivé funkce organismu, svalový tonus a celkový rozvoj osobnosti. Praktická část poskytla pohled do konkrétního využití muzikoterapie u konkrétního klienta. Celá praktická část vychází z vlastního pozorování a zkušeností v Diagnostickém ústavu sociální péče Tlokov, kde efektivně využívají model „prožitkové vlny“ již několik let.

## **Resume:**

This final work is targeted on theme of music therapy by people with combination disability. Very frequently combination disability is child cerebral palsy. The work describes some concrete music therapy models for this target group, effects on individual functions of organism, muscle tone and total development of personality. Practic section offers look to concret usage of music therapy by concret klient and appear from my sighting and experiences in Diagnostic institution social care in Tlokov. In this institution use the model of „experience wave“ many years.

## Seznam literatury

- Edelsberger, L. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5
- Farnan, L. *Music therapy for learners with severe disabilities in a residential setting*. Silver Spring: National Association for Music Therapy, 1996
- Hájková, V. a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Epoque, 2009. ISBN 978-80-904464-0-3
- Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*. 2.vyd. , Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1
- Hornáková, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. O. s. Bratislava: Sociálna práca. 2003
- Kraus, J. a kol. *Dětská mozková obrna*, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8
- Langmaier, J. a kol. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-381-1
- Lesný, I. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN
- Linka, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1
- Ludíková, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7
- Mašura, S., Mátejová, Z. *Muzikoterapie ve speciální pedagogice*. Bratislava: SPN, 1992. ISBN 80-08-00315-4
- Müller, O., Valenta, M. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2
- Müller, O. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3
- Nakonečný, M. *Lexikon psychologie*. 1.vyd., Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-x
- Peters, J. S. *Music therapy an introduction*, Springfield: Illions, 2000. ISBN 0-398-07043-1
- Pfeifer, Sr.M. *A step in the right direction: Suggested strategies for implementing music therapy with the multihandicapped child*. Music Therapy Perspectives 1989
- Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

Pipeková, J. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001.

ISBN 80-7315-010-7

Renotierová, M. *Somatopedické minimum*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého,

2003. ISBN 80-244-0532-6

Slowík, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd., Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3

WHO, *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize – duševní poruchy a poruchy chování*.

Ženeva: Psychologické centrum Praha, 1992. ISBN 80-85121-37-9

Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-0

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.

ISBN 80-7178-802-3

Vítková, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0

Zajíc, M. *Kapitoly ze somatopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: UJAK, 2008.

ISBN 978-80-86723-51-8

#### **Internetové zdroje:**

EMTC, *Ethical code* [online], revised in 2006, čerpáno dne 19. 12. 2009. Dostupné

z WWW: <[http://www.musictherapyworld.de/modules/emtc/ethical\\_code.php](http://www.musictherapyworld.de/modules/emtc/ethical_code.php)>

Nordoff a Robbins Music Therapy Australia [online], čerpáno dne 4. 1. 2010. Dostupné

z WWW: <<http://www.nordoff-robbins.com.au/Contents.asp?ID=10>>

Nordoff a Robbins Music Therapy Australia [online], čerpáno dne 4. 1. 2010. Dostupné

z WWW: <<http://www.nordoff-robbins.com.au/Contents.asp?ID=19>>

Functionally oriented Music Therapy [online], čerpáno dne 7. 2. 2010. Dostupné

z WWW: <<http://www.fmt-metoden.se/engfmt/index.html>>

Functionally oriented Music Therapy [online], čerpáno dne 7. 2. 2010. Dostupné

z WWW: <<http://www.fmt-metoden.se/engfmt/index.html>>

Grochalová, K. Rozhovor o muzikoterapii s PhDr.Katarínou Grochalovou [online],

čerpáno dne 9.2. 2010. Dostupné z WWW:

<<http://www.muzikoterapie.cz/?p=rozhovor-o-muzikoterapii-s-katarinou-grochalovou>>

The soundbeam project. What is vibroacoustic therapy? [online],

čerpáno dne 17. 2. 2010. Dostupné z WWW:

<<http://www.soundbeam.co.uk/vibroacoustic/downloads/what-is-vibroacoustic-therapy.pdf>>

Internetový portál Mato Native. [online], čerpáno dne 25. 3. 2010. Dostupné na WWW:

<[http://www.mato.cz/foto/53\\_chrestidla.jpg](http://www.mato.cz/foto/53_chrestidla.jpg)>

Internetový portál Rainbow Sky.[online], čerpáno dne 25. 3. 2010. Dostupné na WWW:

<<http://www.rainbowskytrading.com/img/djembe-1.jpg>>

Internetový obchod Aktive. [online], čerpáno dne 25. 3. 2010. Dostupné na WWW:

<[http://www.aktivpisek.cz/obr\\_kalod/Photos/metalofon.jpg](http://www.aktivpisek.cz/obr_kalod/Photos/metalofon.jpg)>

## **Seznam příloh**

### **Obrazové přílohy:**

- Obrazová příloha č. 1 – Masážní pomůcky a pomůcky pro bazální stimulaci
- Obrazová příloha č. 2 – Rytmické hudební nástroje
- Obrazová příloha č. 3 - Ukázka hudebních nástrojů, využívaných při muzikoterapii
- Obrazová příloha č. 4 – „Ocean – drums“
- Obrazová příloha č. 5 – Bubínek, djembe a šamanský buben
- Obrazová příloha č. 6 – Tibetská mísa
- Obrazová příloha č. 7 – Rehabilitační pytel a velký buben
- Obrazová příloha č. 8 – Deštná tyč
- Obrazová příloha č. 9 – Ateliér pro individuální muzikoterapii
- Obrazová příloha č. 10 – Indiánská chřestidla
- Obrazová příloha č. 11 – Bubny djembe
- Obrazová příloha č. 12 – Altový metalofon

### **Seznam grafů:**

- Graf č. 1 - Procentuální vyjádření výskytu kombinovaného postižení v ÚSP pro tělesně postižené Kociánka z roku 1998
- Graf č. 2 – Zobrazení průběhu tzv. „prožitkové vlny“

### **Seznam audiopříloh:**

- Audiopříloha č. 1 – vlastní hudební návrh pro muzikoterapeutické setkání

## Přílohy

Obrazová příloha č. 1 – Masážní pomůcky a pomůcky k bazální stimulaci



Obrazová příloha č. 2 – Rytmické hudební nástroje



**Obrazová příloha č. 3 – Ukázka hudebních nástrojů využívaných při muzikoterapii**



**Obrazová příloha č. 4 – Ocean - drums**



**Obrazová příloha č. 5 – Buben, djembe a šamanský buben**



**Obrazová příloha č. 6 – Tibetská mísa**





**Obrazová příloha č. 7 – Rehabilitační pytel a velký buben**



**Obrazová příloha č. 8 – Deštná tyč**



**Obrazová příloha č. 9 – Ateliér pro individuální muzikoterapii**



**Obrazová příloha č. 9 – Indiánská chřestidla<sup>12</sup>**



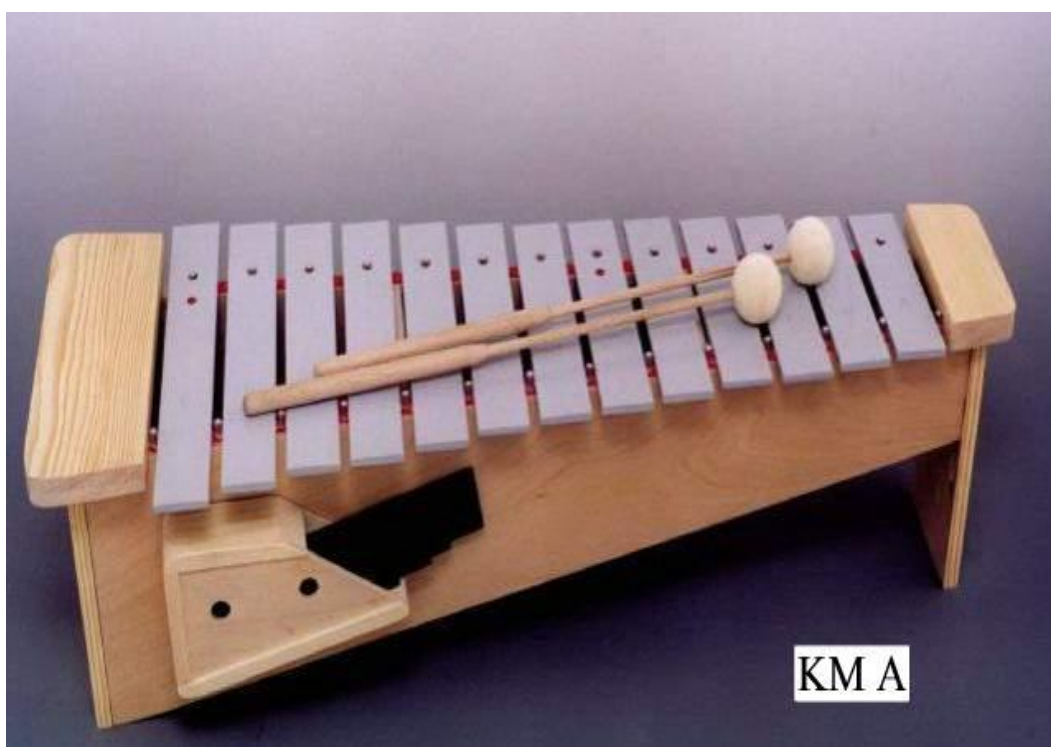
**Obrazová příloha č. 10 – Bubny djembe<sup>13</sup>**



<sup>12</sup> [mato.cz/foto/53\\_chrestidla.jpg](http://mato.cz/foto/53_chrestidla.jpg)

<sup>13</sup> <http://www.rainbowstrytrading.com/img/djembe-1.jpg>

**Obrazová příloha č. 11 – Altový metalofon<sup>14</sup>**



---

<sup>14</sup> [www.aktivpisek.cz/obr\\_kalod/Photos/metalofon.jpg](http://www.aktivpisek.cz/obr_kalod/Photos/metalofon.jpg)