

Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze  
Katedra speciální pedagogiky

---

**HUDEBNÍ KOMUNIKACE, PROJEKCE A ANALOGIE  
V MUZIKOTERAPEUTICKÉ PRAXI U DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM  
POSTIŽENÍM**

**MUSIC COMMUNICATION, PROJECTION AND ANALOGY OF HANDICAPPED  
CHILDREN IN MUSIC THERAPY**

**Školitel:** Doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

**Autor disertační práce:** Mgr. et Mgr. Matěj Lipský

**Obor doktorského studia:** Speciální pedagogika

**Pracoviště:** Katedra speciální pedagogiky PedF UK  
M. D. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

*Praha, květen 2014*

# PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci vypracoval samostatně, s řádným citováním všech použitých pramenů a literatury.

Tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, dne 5. 5. 2014

.....  
Podpis

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Lee Květové, Ph.D., že se stala mojí školitelkou a umožnila mi realizaci tohoto ne zcela běžného tématu. Děkuji za cenné rady, přátelský přístup a celkové odborné vedení.

Zvláště děkuji své rodině a především pak Lidušce, Alžbětce a Šimonkovi, že s tolerancí a trpělivostí přečkali mou nepřítomnost po celou dobu, kdy tato práce vznikala.

Za podporu a odbornou pomoc děkuji všem členům Muzikoterapeutické asociace České republiky (CZMTA).

Jmenovitě děkuji Jiřímu Kantorovi, Tomášovi Procházkovi, Janě Weber, Zdeňkovi Šimanovskému, Jiřímu Pazourovi, Janě Procházkové, Wolfgangu Mastnakovi, Lubošovi Holzerovi, Markétě Gerlichové, Tsutomu Masukovi, Byungchuel Choiovi, Kláře Čížkové, Viktoru Dočkalovi, Janě Špinarové Dusábkové, Beate Albrich, Jitce Pejřimovské, Tono Guthovi, Jaroslavě Zeleiové, Josefu Krčkovi, Miroslavu Huptychovi, Marii Lhotové, Ivetě Koblic Zedkové, Ivo Sedláčkovi, Petře Vinšové, Lence Počtové a dalším terapeutům, kteří mi byli v mnohých aspektech inspirací a které jsem měl tu čest na své cestě potkat. Obzvláště pak děkuji Anně Neuwirthové, která byla ochotná převzít moji muzikoterapeutickou praxi a podpořit vznik této práce. Děkuji také Jitce Vodňanské za předání odborných muzikoterapeutických publikací.

Velké poděkování patří mému příteli Clive Robbinsovi, za podporu na muzikoterapeutické cestě do světa a za jeho všudypřítomný optimismus. Je mi velikou ctí, že jsem jej mohl nazývat přítelem.

Děkuji Antonínu Duškovi a ostatním pracovníkům a také klientům Centra sociálních služeb za podporu při vzniku této práce.

Děkuji také dětem, se kterými jsem se v muzikoterapeutické praxi setkal a díky nimž jsem se dostal k tajemství hudby. Děkuji všem absolventům mých kurzů muzikoterapie, že byli ochotni věnovat svůj čas tomuto výzkumu.

## **ABSTRAKT**

### **HUDEBNÍ KOMUNIKACE, PROJEKCE A ANALOGIE V MUZIKOTERAPEUTICKÉ PRAXI U DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSIŽENÍM**

Prezentovaná práce se zabývá tématem hudebního obsahu u dětí se zdravotním postižením v muzikoterapeutické praxi v rámci metody improvizace, techniky vystupování.

V teoretické části představujeme filosofická východiska pro muzikoterapii ve speciální pedagogice a výzkumu. Ta spatřujeme v gnoseologických úvahách kritického realismu a radikálního konstruktivismu. Následně představujeme muzikoterapeutickou terminologii a klasifikaci ve vztahu k našemu výzkumnému projektu. Prezentujeme tři muzikoterapeutické modely, které kladou důraz na obsah hudby klientů. Jsou jimi Morfologická muzikoterapie z Německa, Analogická muzikoterapie z Holandska a muzikoterapie Geneape z České republiky.

Dále se zabýváme obecným využitím muzikoterapie u klientů s mentálním postižením, s poruchou autistického spektra a se zrakovým postižením, neboť tato specifická skupina klientů odpovídá našemu výzkumnému vzorku. V závěru teoretické části představujeme hudební komunikaci, projekci a analogii, neboť v teoretické rovině jsou tyto termíny vždy spjaté s hudebním obsahem. Tato skutečnost se potvrdila i v našem výzkumu.

Výzkumná studie vychází ze dvou částí náběru dat. V první jsme se zaměřili na pořízení hudební nahrávky při improvizaci čtyř dětí se zdravotním postižením. V druhé části jsme tyto nahrávky, bez jakékoliv informace o diagnózách či věku hrajících dětí prezentovali 180 absolventům muzikoterapeutických kurzů. Z jejich výpovědí, které byly zaměřeny na slyšenou hudbu, jsme prostřednictvím kvalitativní analýzy dospěli k hypotetickým závěrům, které se týkají hudebních a psychologických charakteristik a mohou pomoci při přímé práci s dětskými klienty v klinické i rehabilitační muzikoterapeutické praxi i v rámci speciálně pedagogické intervence.

**Klíčová slova:** *Muzikoterapie, analogie, projekce, komunikace.*

## **ABSTRACT**

### **MUSIC COMMUNICATION, PROJECTION AND ANALOGY OF HANDICAPPED CHILDREN IN MUSIC THERAPY**

Presented work takes an interest in music contents produced by handicapped children attending music therapy sessions. The contents of music were gained from the children by the method of improvisation, particularly by “concert technique”.

In the theoretical part we present philosophical background for the music therapy in a field of special education and research. This background thought we have found in a gnoseology of a critical realism and a radical constructivism. Afterwards the definition and description of used music therapy terminology follows. We present three music therapy models that put great emphasis on the contents of music produced by clients. These models are: the German Morphological music therapy, the Dutch Analogical Music Therapy and the Geneape music therapy model from the Czech Republic.

We also discuss general possibilities of using music therapy while working with mentally handicapped clients, autistic clients and clients suffering from sight defects, because these kinds of handicaps are included in our research group. At the end of the theoretical part we explain the terms of music communication, projection and music analogy. They are always connected to the contents of music, as also our research study proves.

The empirical part of this work describes two phases of data collection. At first we focused on recording a musical improvisation of four handicapped children. As a second step we have presented these records to the number of 180 visitors of music therapy courses, who were not informed about any details of the children. From their responses and verbal reactions to the children's improvisation, we come through the qualitative analysis to hypothetical conclusions referring to musical and psychological characteristics. Our findings and conclusions may enrich the direct work with children clients in a clinical or rehabilitation music therapy praxis and an intervention of special education.

**Keywords:** *Music Therapy, Analogy, Projection, Communication.*

## OBSAH

ÚVOD .....	8
1 MUZIKOTERAPIE V OBLASTI SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY .....	13
1.1 Filosofická východiska muzikoterapie ve speciální pedagogice a výzkumu .....	15
1.1.1 <i>Kritický realismus</i> .....	16
1.1.2 <i>Radikální konstruktivismus</i> .....	18
1.2 Terminologická východiska muzikoterapie .....	24
1.3 Vybrané specifické muzikoterapeutické modely ve vztahu k hudební komunikaci, analogii a projekci .....	43
1.3.1 <i>Morfologická muzikoterapie</i> .....	43
1.3.2 <i>Analogická muzikoterapie</i> .....	57
1.3.3 <i>Geneape muzikoterapie</i> .....	59
1.4 Vybrané specifické skupiny klientů muzikoterapeutické intervence .....	64
1.4.1 <i>Muzikoterapie u lidí s poruchou autistického spektra</i> .....	70
1.4.2 <i>Muzikoterapie u lidí s mentálním postižením</i> .....	77
1.4.3 <i>Muzikoterapie u lidí se zrakovým postižením</i> .....	88
2 HUDEBNÍ KOMUNIKACE, PROJEKCE A ANALOGIE Z POHLEDU MUZIKOTERAPIE .....	96
2.1 Komunikace v muzikoterapeutickém procesu .....	99
2.2 Projekce v muzikoterapeutickém procesu .....	112
2.3 Analogie v muzikoterapeutickém procesu .....	117
3 HUDEBNÍ KOMUNIKACE, PROJEKCE A ANALOGIE V MUZIKOTERAPEUTICKÉ PRAXI U DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM – EMPIRICKÁ STUDIE .....	123
3.1 Design vlastního výzkumného projektu .....	125
3.2 Výsledky výzkumu .....	135
3.2.1 <i>Charakteristiky hudební a psychologické</i> .....	135

3.2.2	<i>Výsledky výzkumu ve vztahu k jednotlivým dětským klientům</i> .....	143
3.3	Shrnutí výsledků výzkumu .....	161
4	DISKUSE .....	164
	ZÁVĚR .....	172
	SEZNAM SCHÉMÁT A TABULEK .....	175
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	177
	PŘÍLOHY .....	187

## ÚVOD

Léčebný účinek hudby provází lidstvo od nepaměti. Zmínky o jejím léčebném potenciálu nalézáme napříč epochami lidského bytí. Hudba byla hlavní složkou ozdravných rituálů již v pravěku, což dokládají archeologické nálezy i analogické etnografické výzkumy vztahující se k dnešním přírodním národům. Ve starověkém Egyptě byli duševně nemocní převáženi v loďkách po Nilu a naslouchali hudbě určené ke zklidnění a uvolnění. V Bibli je psáno o onemocnění krále Saula, jemuž k mírnění depresivních projevů prospívalo, když mu bylo hráno na harfu. Položme si otázku, jak by asi zněla hudba, pokud by nemocný hrál sám, pokud by např. král Saul na lyru zahrál. Bylo by možné slyšet jeho depresi z jeho hudby? A jak by asi zněla hudba duševně nemocných v loďkách na Nilu? Jak by zněla hudba nemocného, u kterého probíhal léčebný rituál?

Předkládaný text se zabývá podobnými otázkami, avšak u dětí se zdravotním postižením. Soustředíme se zde na obsah hudby, která vzniká při improvizaci v muzikoterapeutickém procesu. Mnoho muzikoterapeutických modelů<sup>1</sup> se v oblasti muzikoterapeutické intervence věnuje hudební improvizaci. Přestože se tyto modely cíleně zabývají tématem léčebného potenciálu hudby a hudebních postupů, málokterý z nich vnímá obsahovou stránku hudby, kterou klient produkuje, jako zásadní. Většinou se muzikoterapeuti reprezentující daný model zaměřují na hudební situace, při nichž se snaží postihnout způsob hry na hudební nástroj a především kontext vztahující se k terapeutickému cíli. Jinými slovy, zaměřují se na to *jak a proč* na hudební nástroj zahrát a nikoliv na výsledný „produkt“, tedy na *hudbu, která se ozývá*.

Jak dodává Henk Smeijsters (2005), jeden z mála reprezentantů modelu, který spatřuje hudební obsah hry klientů jako zásadní zdroj informací, i modely, které primárně nepřikládají hudebnímu obsahu prioritní důležitost, se zmiňují o existenci „skrytého poselství“ hudby klienta. Naši pozornost k tomuto fenoménu paradoxně nepřivedla hudba sama, ale její nepřítomnost ve chvílích, kdy měla znít.

Opakovaně jsme se v naší praxi setkali s klienty, u nichž byla narušena původně zcela vytvořená schopnost verbální komunikace. Byly to klienti, u nichž řeč zcela vymizela následkem určité traumatické zkušenosti, nebo klienti, kteří nemluvili v důsledku psychického onemocnění a především dětští klienti s tzv. selektivním

---

<sup>1</sup> Např. Kreativní muzikoterapie Nordoff and Robbins, Analytická muzikoterapie Mary Priestley, Volná improvizace Juliette Alvin, Improvizační muzikoterapie dospělých Gillian Stephens Langdon (více Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009).



mutismem. Ve chvílích, kdy jsme klienta vyzvali k tomu, aby zahrál na jakýkoliv hudební nástroj, velmi často ke hře nedošlo. Teprve s rozvojem vztahu mezi námi a vzrůstajícím pocitem bezpečí, se klient odvážil na hudební nástroj zahrát. Tato změna bývala často v muzikoterapii „zlomová“ a vedla k terapeutickému posunu (např. projev hudby byl předzvěstí návratu dialogické interakce a mohl vést a občas i vedl k návratu verbální komunikace).

Položili jsme si otázku: Proč je přítomno ticho ve chvílích, kdy by klient mohl hrát? Napadla nás logická odpověď, že *nepřítomnost hudby je analogií k symptomu „oněmění“*. Naše úvahy však zašly ještě dál: Není naopak možné, že ona nepřítomnost hudby není analogií, ale přímým projevem tohoto symptomu?

Poté následovaly další otázky: Jak je tomu u dalších klientů kteří po vyzvání začnou hrát? Jsou v jejich hudbě přítomny některé ze symptomů, které se vztahují k jejich diagnózám? Je možné nalézt v hudebním obsahu aspekty, které nám napoví, jaká muzikoterapeutická intervence by byla pro daného klienta nejvhodnější? A jak je tomu s intervencí ve vztahu ke klientovi, který nehraje? Co nám přítomnost či nepřítomnost hudby klienta naznačuje v muzikoterapeutickém procesu?

Tyto otázky nás vedly k formulování hypotéz, které měly dopad na vedení muzikoterapie. Např. jestliže klient se selektivním mutismem nehraje, pravděpodobně nám ještě zcela nedůvěřuje a necítí se s námi bezpečně- tzn. první intervencí z naší strany bude především vytvoření bezpečného prostoru. Zároveň nám nepřítomnost hudby klienta může poukazovat na určité možnosti muzikoterapeutické intervence. Jestliže klient nehraje, je možné pro něj hrát. Nástrojem pro prohloubení vzájemného vztahu a vytvoření pocitu bezpečí pravděpodobně bude metoda poslechu hudby, kdy můžeme klientovi hrát a on může pouze hudbě naslouchat. Přesto mu vždy umožníme nabídku možnosti vlastní hudební invence, aby mohl do hudby kdykoliv vstoupit (někdy před klienta rozprostřeme hudební nástroje, jindy sedíme spolu u klavíru apod.).

Výše uvedené otázky a hypotézy nás postupně vedly k tomu, abychom pozorně naslouchali hudbě našich klientů. Začali jsme respektovat pravidlo, že nejdříve musíme být dobrými pozorovateli, poznat a pochopit souvislosti nejen v chování a životě klienta, ale také v jeho hudbě. Teprve potom můžeme navrhnout vhodné cíle a způsoby vedení muzikoterapie. V tomto tvrzení jsme se opírali pouze o vlastní subjektivní interpretace, které se odvíjely od naší praktické zkušenosti.

Náš způsob myšlení však zvýšil „citlivost“ k hudebnímu obsahu a to jak v naší praxi, tak i na poli muzikoterapeutické teorie. Začali jsme proto hledat taková teoretická

východiska, která by se obsahem hudby v terapii zabývala. Postupně jsme našli tři muzikoterapeutické modely: Analogické muzikoterapie výše zmíněného Smeijsterse z Holandska, dále model Morfologické muzikoterapie Weymanna, Trücker a dalších autorů z Německa a model Geneape Pejřimovské z České republiky. Model Geneape oproti Analogické a Morfologické muzikoterapii není podepřen výzkumy a vychází pouze z praktických zkušeností autorky, přesto předkládá zajímavou a v mnohém inspirativní teorii.

Postupně jsme došli k závěru, že naše hypotézy vycházející z našich praktických zkušeností ověříme ve vlastní výzkumné studii. K tomuto rozhodnutí nás přivedla ještě inspirace jedením zajímavým výzkumem, který se bezprostředně netýkal hudby, ale odhalil nám další souvislosti týkající se hudební komunikace v rámci extra-hudebních charakteristik.

V roce 2011 na Světovém muzikoterapeutickém kongresu v jihokorejském Soulu prezentovala Maya Marom z Izraele příspěvek nazvaný: *Hudební aspekty echolálie a východiska pro muzikoterapii*. Autorka představila kvalitativní výzkum, který realizovala u dětí s PAS, u nichž byla přítomna echolálie. Marom zjistila, že ačkoliv je echolálie vzdálena dialogické komunikaci a představuje na verbální úrovni pouze totožné opakování určitých slov, vět či slabik, v hudebních parametrech dochází k výrazným odlišnostem. Při hlubší analýze autorka dospěla k závěru, že hudební parametry (melodika, dynamika, rytmus) zvukového projevu při echolálii představují meta-komunikační strategie posuzovaných klientů, u nichž byla echolálie přítomná.

Její zjištění nás přivedlo k hypotéze, že hudební aspekty mohou obsahovat nejen projevy symptomů a nastínění intervenčních strategií, ale že hudební obsah může ve svých základních hudebních charakteristikách odhalit další možnosti, jimiž může být již zmíněná analogie (symptomy, intervence), ale též projekce a komunikace.

Vzhledem k tomu, že naše muzikoterapeutická praxe je zaměřena na děti se zdravotním postižením, rozhodli jsme se realizovat výzkum vztahující se k hudebnímu obsahu na poli muzikoterapie ve speciální pedagogice. Výsledkem tohoto rozhodnutí je předkládaný text, který se věnuje tématu hudební projekce, analogie a komunikace u dětí se zdravotním postižením prostřednictvím teoretických souvislostí a vlastní empirické studie.

Text je rozdělen do dvou částí: První představuje teoretická východiska a druhá vlastní kvalitativní výzkum.

*Teoretická východiska* zahrnují filosofickou gnoseologii ve vztahu k muzikoterapii ve speciální pedagogice a výzkumu, dále muzikoterapeutickou terminologii ve vztahu k námi prezentovanému tématu.

Jak jsme výše uvedli, v teoretické části přinášíme přehled muzikoterapeutických modelů ve vztahu k centrálnímu postavení hudebního obsahu v terapii. Zde se především soustředíme na Morfologickou muzikoterapii, která nás v mnoha aspektech inspirovala v naší empirické studii.

V textu se také zabýváme muzikoterapeutickou intervencí u specifických skupin klientů ve vztahu k dětem se zdravotním postižením, které se zúčastnily našeho výzkumu. Podrobně se zaměříme na využití muzikoterapie u lidí s poruchou autistického spektra, u lidí s mentálním postižením a u lidí se zrakovým postižením. Krátce se zmíníme o specificích muzikoterapie u dětí předškolního věku, neboť jsme výzkum realizovali u pětiletých dětí.

V teoretické části se dále podrobněji seznámíme s tématem komunikace, projekce a analogie v muzikoterapeutickém procesu, neboť jsou tato témata spojována v muzikoterapii vždy s hudebním obsahem, na něž se soustředuje empirická část.

Teoretický text je prokládán příklady z muzikoterapeutické praxe. Pokud u těchto příkladů není uvedeno jinak, týkají se především naší zkušenosti a naší praxe. Z tohoto důvodu není u těchto příkladů uveden autor. Abychom odlišili příklady z praxe od teoretického textu, zvolili jsme oddělení odstavců mezerou a neodsadili jsme zde první řádek. Dále jsme zvolili menší rozměr písma oproti běžnému textu. Příklady z praxe se bezprostředně netýkají našeho výzkumu, přesto dotvářejí kontext popisovaných teoretických východisek.

*Empirická studie* je zaměřena na kvalitativní analýzu hudebního obsahu z výroků 180 respondentů. Konkrétně se zabýváme hudební komunikací, projekcí a analogií v muzikoterapeutické praxi u dětí se zdravotním postižením. Důležitá témata v textu zvýrazňujeme tučným písmem.

V empirické části nejdříve představujeme design vlastního výzkumného projektu a poté se soustředíme na výsledky výzkumu a jejich interpretaci. V následující diskusi se pokusíme zprostředkovat myšlenky a otázky, které vyvstaly v souvislosti mezi teoretickými východisky a našimi empirickými zjištěními. V závěru disertační práce se zaměříme na možnosti dalšího výzkumu a formulaci nových hypotéz.

Součástí této práce jsou přílohy, které zahrnují jednotlivé výpovědi 180 respondentů a jejich kvalitativní analýzu zahrnující kategorizaci všech výroků vztahujících se k hudbě posuzovaných dětí. Tyto přílohy, z důvodu rozsáhlosti, přikládáme samostatně mimo základní vazbu tohoto textu. Součástí příloh je i audio CD s jednotlivými nahrávkami improvizované hudby dětí se zdravotním postižením.

## 1 MUZIKOTERAPIE V OBLASTI SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Muzikoterapie je obor, který svou působností zasahuje do oblasti zdravotnické, sociální i speciálně pedagogické. V současné době pro muzikoterapii na území České republiky neexistuje ani v jedné z těchto oblastí legislativní ukotvení<sup>2</sup>. Aplikace muzikoterapie v jednotlivých resortech se tedy odvíjí pouze od konkrétních zakázek zadavatelů a požadavků klientů. V případě speciální pedagogiky mohou být zadavateli speciálně pedagogická centra, speciální školy, základní školy a mateřské školy s integrovanými dětmi se zdravotním postižením a sociálním rizikem, pedagogicko psychologické poradny apod. Vzhledem k tomu, že také speciální pedagogika zasahuje svojí působností nejen do oblasti školství, ale též do oblasti zdravotnické a sociální, můžeme vnímat využití muzikoterapie i zde, jako podpůrný efektivní nonverbální nástroj speciálně pedagogické intervence (např. v logopedických ambulancích, dětských centrech, psychiatrických centrech, centrech sociálních služeb, v domovech pro seniory, ve vězeňství, ale též u svépomocných skupin rodičů, spolků, ústavů, či obecně prospěšných společností zaměřených na sociální služby, adiktologii, poradenství, psychoterapii apod.).

Mátejová a Mašura (1992) vnímají součinnost speciální pedagogiky a muzikoterapie v rámci komprehensivní péče, jejímž cílem je všestranné působení na klienta, aby se mohl bez ohledu na charakter, druh a stupeň postižení, co nejlépe zapojit do běžného života. Význam muzikoterapie ve speciální pedagogice spatřují v intenzitě estetického, emocionálního a etického působení hudby na člověka se zdravotním postižením, prostřednictvím široké palety metod, technik a přístupů. Muzikoterapie z jejich pohledu ve speciální pedagogice poskytuje mnohotvárný, nevyčerpatelný a ničím nenahraditelný zdroj aktivující a kreativní stimulace.

Muzikoterapie ve speciální pedagogice je nejčastěji podpůrnou, výjimečně též centrální, terapií, která nejčastěji směřuje k celkovému zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením. Procházka (2013) spatřuje specifikum muzikoterapie ve speciálně pedagogické oblasti v tom, že se kromě terapeutického působení objevuje i prvek výchovný a edukační. Za cíl propojení muzikoterapie se speciální pedagogikou

---

<sup>2</sup> V současné době probíhají na příslušných ministerstvech (Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví České republiky) jednání českých asociací zaměřených na expresivní terapie. Součástí jednání je i návrh znění zákona, včetně kvalifikačních požadavků na odbornou erudici profesních muzikoterapeutů.

považuje vytváření adekvátních podmínek, které budou nápomocny optimálnímu tělesnému i psychickému rozvoji klienta se zdravotním postižením.

Uvedeme si nyní na příkladu z naší praxe, jakým způsobem může být při muzikoterapii aktivována edukační složka se zaměřením na mimohudební cíl:

Při podpoře nácvičku činností denní obsluhy u dětí s mentálním postižením, pro které bylo složité zapamatovat si souslednost jednotlivých kroků při hygieně, se nám osvědčila práce s jednoduchými písničkami, které se v textu zabývaly konkrétním postupem např. při čištění zubů, oblékání nebo mytí rukou. Děti se nejdříve naučily písničku s pohybem, poté ji zpívaly s podporou při konkrétní činnosti a následně již vykonávaly denní hygienu samostatně. Výsledkem bylo zvýšení soběstačnosti, se kterým bylo spjaté i zvýšené sebevědomí dětí, ale i rodičů, kterým zároveň ubyla práce navíc. Tato zdánlivě jednoduchá intervence pozitivně ovlivnila celý rodinný systém.

Muzikoterapie dokáže specifickým způsobem rozvíjet schopnosti a dovednosti klientů a navíc přináší do často „monotónního“ a „sterilního“ prostředí institucionální péče prvek krásy a harmonie (Procházka 1996).

Při práci s dětmi se zdravotním postižením v jednom dětském centru, jsme z počátku neměli vlastní muzikoterapeutickou místnost. Aby mohla být muzikoterapie realizována, docházeli jsme za dětmi přímo na oddělení. Dětem jsme během muzikoterapie především zpívali a hráli na hudební nástroje. Po čase jsme si všimli, že zdravotní sestry při krmení dětí začaly rovněž zpívat. Jak později vypověděly, přestaly se stydět. Celkové klima oddělení, na kterých muzikoterapie probíhala, se proměnilo. Časté byly úvodní či závěrečné „koncerty“ pro všechny děti i zaměstnance. Ve chvíli, kdy nám byla přidělena muzikoterapeutická místnost, jsme od lékařů a zdravotních sester dostali zpětnou vazbu, že hudba a zpěv na odděleních chybí. Proto jsme se rozhodli, že vyvážíme muzikoterapii v místnosti i na odděleních, podle konkrétní potřeby dětí. Tím se hudba na oddělení navrátila.

Valenta a Müller (2003), pohlížejí obecně na expresivní terapie<sup>3</sup>, mezi které řadíme i muzikoterapii, jako na nové paradigma speciální pedagogiky. Muzikoterapii ve speciální pedagogice vidí jako jednu z přitažlivých alternativních koncepcí, která se dostala do popředí zájmu společně s dalšími terapeuticko-formativními přístupy jako je např. dramaterapie, biblioterapie či arteterapie. Tento trend však pouze reflektuje zahraniční zkušenost, kde patří muzikoterapie jako i další expresivní terapie několik

---

<sup>3</sup> Expresivní terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které jsou svojí povahou hudební, dramatické, pohybové, literární a výtvarné. Podle převládajícího uměleckého prostředku se jednotlivé terapie nazývají – muzikoterapie, dramaterapie, tanečně pohybová terapie, biblioterapie a arteterapie (srov. Lipský 2008b, Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). V zahraniční literatuře (např. Bunt 1994, Peters 2000), se též setkáváme s termínem umělecké terapie (Art Therapies) nebo umělecké kreativní terapie (Art Creative Therapies).

desetiletí ke standardním nabídkám služeb v systému péče o osoby se speciálními potřebami (srov. Bunt 1994, Peters 2000, Vilímek 2006, Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009).

### **1.1 Filosofická východiska muzikoterapie ve speciální pedagogice a výzkumu**

Propojení muzikoterapie s oblastí speciální pedagogiky s sebou přináší celou řadu otázek, jako např.: Je hudba skutečně efektivním prostředkem pro podporu a rozvoj lidí se zdravotním postižením? Čím a proč se liší muzikoterapeutické intervence od ostatních nástrojů speciální pedagogiky? Může se hudba stát nositelem pozitivní změny u člověka se zdravotním postižením? Nese hudební médium informace o člověku, který hudbu produkuje? Můžeme v hudbě identifikovat patologické symptomy? A můžeme zde nalézt i nepatologické vzorce, které přispějí k dalšímu směřování muzikoterapeutické intervence?

Tyto otázky nás přirozeně vedou k filosofické gnoseologii. Jak můžeme nahlížet na skutečnost? Jak máme skutečnosti porozumět? Jakým způsobem vzniká lidské poznání? Jsou naše smysly a informace, které nám zprostředkovávají spolehlivé? Korepondují předpokládané formy souvislostí se zkušeností? Existuje objektivní realita nebo jen subjektivně utvářené konstrukce?

Podle Mastnaka (2014) jsou tyto otázky důležité pro porozumění vlivu hudby a terapeutické intervence na klienta se zdravotním postižením. Jak dále uvádí:

*„Jestliže akceptujeme neuropsychické teorie, které říkají např. to, že náš mozek digitalizuje vizuální nebo auditivní informace a provádí rekonstrukci naší percepce, musíme se ptát, do jaké míry námi vnímaný obraz odpovídá objektu. A jiný příklad, závěry současné fyziky zpochybňují kauzální vztahy, kterými vysvětlujeme naši praxi. Můžeme si být jisti, že naše výklady muzikoterapeutických procesů jsou skutečně adekvátní nebo se spíše jedná o produkt našeho myšlení, artefakt našich mozkových struktur?“ (Mastnak 2014, s. 296)*

Opatrnost při přijímání závěrů v kontextu popisování a vysvětlování terapeutického působení zvuku a hudby na člověka se zdravotním postižením je proto zcela na místě. Jak uvádí Mastnak (2014), námi zjištěné nebo převzaté závěry nám mohou napomoci, abychom efektivně porozuměli muzikoterapeutické praxi ve speciální

pedagogice, ale přitom nemusí nutně zrcadlit pravou povahu objektu našeho bádání. Obzvláště v expresivních terapiích je nutné na empirická zjištění nahlížet skrze subjektivní optiku jejich autorů. Z filosofického hlediska se dostáváme do oblasti gnoseologie, která nás zavádí k tématům kritického racionalismu a radikálnímu konstruktivismu.

### **1.1.1 Kritický realismus**

Kritický pohled na působení zvuku a hudby u lidí se zdravotním postižením je na místě. Ze závěrů empirických zjištění bychom měli čerpat inspiraci pro vlastní práci, přesto bychom ji neměli přijímat bezesbytku. Můžeme však posunovat dál dosavadní hranice poznatků, skrze vlastní empirická zjištění, byť s vhladem, že dosažené poznatky jsou pouze inspirací nikoliv obecným dogmatem.

Inspirací nových kritických pohledů v oblasti vědy se v roce 1934 (s revizí 1959) stala filosofická gnoseologie Carla Raimunda Poppera. Jak uvádí Störig (1993), běh světa není pro Poppera přísně determinován a jednou pro vždy předurčen, proto nemůže být plně poznatelný. Veškeré poznání má proto stále provizorní, hypotetický charakter a nelze jej zabezpečit verifikací. Místo verifikace Popper zavedl skromnější požadavek – falsifikaci. Tím myslí, že hypotézy se nedokazují verifikací, ale mohou být vyvráceny falsifikací. A to tím způsobem, že vykáží přímý rozpor mezi pozorováním a hypotézou.

Jestliže v tomto textu dále tvrdíme, že muzikoterapie např. účinně pomáhá lidem s poruchou autistického spektra v oblasti rozvoje nonverbální hudební komunikace, můžeme tuto větu převést do hypotézy, že neexistuje člověk s poruchou autistického spektra, kterému by muzikoterapie nepomohla v rozvoji nonverbální hudební komunikace. Podle Poppera, se nyní můžeme pokusit tuto větu falsifikovat, tedy nalézt takového klienta s poruchou autistického spektra, kterému by muzikoterapie v rozvoji nonverbální hudební komunikace nepomohla. Pokud se to delší dobu nedaří, máme dobře potvrzenou hypotézu, která obstála ve všech dosavadních pokusech o její falsifikaci. Přesto tento poznatek i nadále zůstává v úrovni dočasné hypotézy. Takto kriticky bychom měli přistupovat ke všem oblastem lidského poznání.

Popper (1972) se tak dostává k otázce zabezpečení růstu a rozvoje objevování, vynalézání a vědění:



*„Lze tvrzení, že nějaká vysvětlující všeobecná teorie je pravdivá, obhájit empirickými důvody, tzn. tím, že uznám za pravdivé jisté ověřovací výroky anebo výroky založené na pozorování, jež se takřikajíc opírají o zkušenost? Nikoli! Sebevětší množství potvrzujících výpovědí založených na pozorování, tedy sebevíc induktivních potvrzení nikdy nemůže prokázat nějakou teorii jako neomezeně pravdivou. Může se však stát, že určité ověřovací výpovědi prokazují, že teorie je nesprávná.“ (Popper 1972, s. 496)*

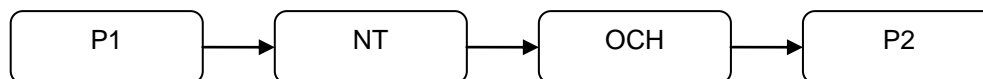
Věda zde má kritérium, kterým může vyloučit teorie, jejichž nesprávnost byla prokázána. Obzvláště tehdy, kdy proti sobě stojí více teorií zaměřených na jedno téma. Přesto si nemůžeme být nikdy jisti, zda jednou nebudeme muset na základě ověření zavrhnout i zbývající teorie.

Jak uvádí Holzbacherová (2003), Popper zdůrazňuje, že i když nemůžeme dospět k absolutně jistému poznání, můžeme své teorie srovnávat mezi sebou, kritizovat a testovat a pomocí těchto metod také odlišovat lepší od horších a zapříčinit rozvoj vědeckého poznání. Věda je tedy neustálou hrou pravdy a omylu, neustálým zlepšováním starších teorií, což vede k tomu, že v současné době je poznání stále hlubší a univerzálnější. Přesto nemůžeme zastávat názor, že bychom mohli dojít k nějakému konečnému vysvětlení.

Stejně tak je tomu v oblasti filosofie. Popper (1984) se domnívá, že mezi filosofiemi nelze rozhodnout na základě nějakého objektivního kritéria. Odmítá pohled na člověka, jako na nepopsanou desku, jak jej nahlížel Descartes. Podle Poppera má v každém momentu života člověk, ale též jakýkoliv organismus, k dispozici určité vědění ve formě dispozic a očekávání. Pokrok poznání je pokrokem tohoto vědění. Každé vědomí je utvářeno v kontextu teorií. Člověk je filosofem, který přichází ke světu s určitými myšlenkovými předpoklady, které často převzal ze svého okolí. Úkolem akademické filosofie je mimo jiné tyto teorie podrobit kritice a přispívat tak k rozšiřování osvětleného rozumu.

Počátky filosofie, ale i vědy obecně Popper (1984) nevidí v pozorování nebo experimentu, ale ve vzniku a formulaci problému. Z předběžného vědění vzniká určité očekávání, které může být zklamáno. Jestliže ke zklamání dojde, je zřejmé, že předběžné vědění má jisté nedostatky, které bychom měli dalším zkoumáním revidovat. Tím vzniká formulace výzkumné otázky, která předchází pozorování či experimentu. Věda se může rozvíjet pouze tehdy, existují-li problémy. S každým

novým zjištěním postupujeme k formulaci stále fundamentálnějších problémů. V souladu s tímto tvrzením formuluje Popper (1985) postup vědeckého vývoje (viz schéma č. 1), kde P1 značí původní problém, NT navrženou teorii, OCH odstranění chyb a P2 vyplývající nový problém.



**Schéma č. 1:** Postup vědeckého vývoje podle C. R. Poppera (přejato a upraveno z: Popper 1985, s. 45).

Jestliže tedy dojde ke klamanému očekávání ve vědě, vzniká nový problém. Cílem je jeho řešení a z tohoto důvodu je formulována nová teorie, která následně musí projít přísným testováním, během něhož jsou odstraněny omyly, které jsou v ní odhaleny.

Výsledkem je tedy nová, přesto dočasná teorie, která na původní problém nahlíží novou optikou avšak při její formulaci nebo ověřování, případně při další práci s ní, se mohou objevit další problémy a s nimi související zklamání. Ta se však stávají hybnou silou k novému vědeckému bádání. Jak uvádí Popper (1976) věda vychází z otevřených problémů a končí otevřenými problémy.

Holzbacherová (2003) dodává, že Popper při formulaci problému i při vytváření podmínek pro pozorování a experiment vychází z aktivity subjektu, jeho schopnosti předvídat, jeho fantazie a nápaditosti. Mimo to se však do popředí dostává i tzv. konstituované vědomí. Tím je myšleno vědomí, které je již přítomné a které vytváří pozadí problému. Toto vědomí Popper nenahlíží jako pochybné, avšak dodává, že se v důsledku vývoje poznání pochybným může stát.

Z tohoto důvodu předkládané poznatky muzikoterapie v teoretické i empirické části tohoto textu nahlížíme pouze jako vhléd do problému, který je nutný i nadále zkoumat a podrobovat opodstatnělé kritice. Zároveň je nutné dodat, že se většina teoretických zjištění v muzikoterapeutické praxi opírá o kvalitativní analýzy, které jsou nutně založené na subjektivním pohledu badatele.

### **1.1.2 Radikální konstruktivismus**

Představme si svět, ve kterém je zpochybněna nejen verifikace poznání, ale objektivní skutečnost jako taková. V 70. letech minulého století se v návaznosti

na objektivistické teorie objevil nový filosofický směr, který se zabývá otázkou subjektivního vnímání veškerého dění.

Chilští biologové Humberto R. Maturana a Francisko J. Varela Garcia před více než třiceti lety formulovali základní teze, které vycházely z výsledků praktických výzkumů fyziologie vnímání, a které se později zařadily mezi stavební kameny radikálního konstruktivismu ve filosofii. Jak uvádí Šmausová (1998), Maturana a Varely nahlíželi na poznání a rozumění jako na aktivní chování autopoietických živých organismů. Autopoietická teorie poznání vysvětluje, jak mohou informačně uzavřené živé systémy přežívat v okolí, do kterého zasahují jen na základě změn vnitřních stavů. Maturanova a Varelova teorie se stala protějškem tzv. kybernetiky druhého řádu, jejímž představitelem je Heinz von Foerster. Oba přístupy, jak organická teorie autopoietických systémů, tak kybernetika kybernetiky nejenže vyvrátily platnost různých obsahových tvrzení, ale radikalizovaly filosofickou gnoseologii samu.

*„Každá reflexe poznání se musí vyrovnat s myšlenkou, že objektivní svět, je lidským organismům přístupný jen jako změna jejich vnitřní dynamiky. Všechny výklady a všechna tvrzení, která pozorovatel jako živá bytost vyslovuje, jsou v daleko větší míře podmíněna vnitřní dynamikou organismu, než vnějšími vlivy prostředí. Musíme se vzdát jak axiomu o korespondenci mezi myšlenkami a skutečností, tak přesvědčení, že skutečnost je reprezentována v myšlenkách, o starší teorii odrazu ani nemluvě. Poznání je aktivním výkonem organismu, který si aktem poznání vytváří své životní prostředí, pravdivost poznání spočívá v jeho úspěšnosti. Teorie poznání je sama autopoietickým výkonem par excellence, protože ve stejném procesu, ve kterém popisuje způsob poznání, toto poznání sama uskutečňuje“ (Maturana, Varela 1987, s. 22).*

Jak uvádí Procházka (2009), Maturana na základě fyziologických experimentů dospěl k poznání, že mozek není žádným, světu otevřeným reflexním systémem, ale systémem funkcionálně uzavřeným, který operuje jen svými vlastními stavy a rozumí pouze své vlastní řeči. Organismus tedy utváří na základě fyziologické a funkcionální povahy vždy pouze vlastní subjektivně nahlížený svět. Do vnímání světa kolem nás vkládáme naši zkušenost, která odráží námi vytvořený svět, ve kterém žijeme, tím, že žijeme. Šmausová (1998) k tomu dodává, že v teorii Maturana i Varelyho je důležitý poznatek, že určité kauzální jevy, na které se doposud nahlíželo jako na objektivní skutečnosti, se reálně odehrávají pouze v mysli pozorovatele.

Poznání je tedy konstruktivní činností, která není odrazem skutečnosti. Varela (1987) navíc zdůrazňuje myšlenku, že svět pro nás existuje jen do té míry, v jaké do něho zasahujeme. Dále přichází s myšlenkou, že sami sebe utváříme na základě vlastního poznání. Šmausová (1998) v této souvislosti hovoří o gnoseologizaci skutečnosti.

Hlavním nástrojem uchopování světa a konstruování vnímané skutečnosti je systém lidského jazyka. Jak připomíná Procházka (2009), myšlení radikálního konstruktivismu představuje schopnost poznání světa skrze jazyk, který jej redukuje na zážitek. Dochází tak ke zprostředkování vnitřního a vnějšího světa.

Varela a Maturana (1987) nahlíží na mezilidskou komunikaci jako na udržovaný sociální systém, kdy jedno slovo navazuje na druhé. Do tohoto systému se rodíme a postupně jej přejímáme. Nikoliv však pasivně nýbrž sami ovlivňujeme celý systém, který taktéž ovlivňuje nás. Jazyk je specifickou sférou, která přestože má podobné rysy je vysoce individuální, stejně jako je individuální subjektivní vnímání.

Navíc jazyková komunikace umožňuje vytvářet nové jevy, které mají výhradně jazykový charakter, kdy pomocí slov definujeme slova nová. Tato schopnost umožňuje učení, jako osvojování si významů bez bezprostřední smyslové zkušenosti. Naučení se jazyku jako novému druhu strukturního spojení patří u člověka k nutným předpokladům jeho ontogeneze, která je předpokladem udržení lidského systému jako operačně uzavřeného jazykového systému (Šmausová 1998).

Varela a Maturana (1987) nevnímají jazyk jako ukončený systém znaků. Tím, že jej užíváme, jsme nuceni reflektovat samy sebe jako „jazykující“ bytosti. Jsme pozorovateli vlastního poznání, jehož jsme neoddělitelnou součástí. Jazyk nevznikl s cílem zobrazovat vnější svět, ale v koevoluční koordinaci jednání v jazykové oblasti. Proto také jazyk, který nutně musejí používat i vědci, není vhodný k „objevování“ světa, ale spíše k vytváření společného jazykového světa jako lidského existenčního prostředí. Podle Coelho (2000) tak dochází k výkladu reality, která je jen výsledkem konsenzus subjektivních poznání většiny lidí a to bez ohledu na to, zda je obecný úzus tím nejlepším či nejlogičtějším. Důležité je to, co se přizpůsobilo obecné dohodě.

Výše uvedené poznatky shrnuje Jura (2009): Radikální konstruktivismus přináší nový pohled, podle něhož objektivní realita neexistuje. Existuje pouze realita subjektivní, kterou si sami konstruujeme. Objektivní realita, jak ji formulovali objektivisté, by měla mít vlastní existenci a být nezávislá na pozorovateli (Neubauer

1991). Podle radikálního konstruktivismu je realita na pozorovateli závislá, neboť je jím vytvářena. Vývoj teorie poznání vyvrací předpoklad objektivní reality, čímž umožňuje vedle sebe postavit mnoho teorií, které se vzájemně neprolínají, nevylučují, maximálně na sebe poukazují (Bateson 1979). Na jednu problematiku můžeme tedy nahlížet více způsoby. Radikální konstruktivismus na počátek staví pozorovatele, který tvoří skrze svůj jazyk rozlišení, která tvoří jeho realitu. Všichni si vytváříme konstrukty, které představují způsoby, jak vnímáme vnější svět (McNamee, Gergen, 1999).

Každý pozorovatel vnímá danou problematiku ze svého subjektivního pohledu a navíc se stává součástí struktury systému, který pozoruje. Do tohoto systému vstupuje s vlastními zkušenostmi a kognitivními operacemi. Každý pozorovatel - vědec pak vždy uvidí pouze to, co vidí a neuvidí, co nevidí (Varela, Maturana 1987). Jím přehlédnutá *slepá místa* (unmarked state) může pozorovat jen další pozorovatel, kterého pozoruje jiný pozorovatel atd.

Jak uvádí Šmausová (1998), spojitost světa, ze kterého si pozorovatelé vyčleňují okruhy svého bádání je nikdy nekončící. Vzhledem k tomu, že vnímání reality je ryze subjektivní konstrukcí skutečnosti, překonávají teoretická zjištění pozorovatelů z pohledu radikálního konstruktivismu relativistické a skeptické pozice. Jestliže není a nemůže být naše vnímání nikdy objektivní, mají všechna pozorování stejnou platnost (Chvála 1993).

Radikální konstruktivismus představuje filosofickou gnoseologii, která dále nahlíží na veškeré lidské vědění, jako na subjektivní konstrukt vznikající na podkladě nejen percepce, ale i sociální zkušenosti. Nesoustředí se na ontologickou realitu, ale na realitu, kterou si lidé vytváří. Narozdíl od kritického racionalismu, radikální konstruktivismus uvádí, že hypotézy, které si o světě vytváříme, nejsou ověřitelné (Schlippe, Schweitzer 2001).

Jak dodává Ernst von Glasersfeld (1996), nemůžeme odhalit vnější svět, neboť jej vynalézáme a postupně konstruujeme. Pomocí těchto konstruktů pak může být organismus ve světě životaschopný. Není podstatné, jak konstrukty odpovídají realitě („match“), ale jak důležité jsou pro přežití v realitě („fit“).

Pecháčková (1992) uvádí, že je určující, nikoliv pravdivost, ale skutečnost, jak je náš obraz světa užitečný pro jeho porozumění. Fiala (1993) výše uvedené shrnuje konstatováním, že objektivní poznání není možné. Tento pohled však přináší nečekané možnosti v oblasti terapeutické (Chvála 1993).

Jak uvádí Jura (2009), nahlížíme-li na klienta v terapeutické situaci optikou racionálního konstruktivismu, můžeme svět nemoci proměnit ve svět zdraví, což se týká i muzikoterapie. Při muzikoterapii se nezaměřujeme na „objektivní svět“ klienta. Cílem muzikoterapie je pochopit a ovlivnit jeho vnitřní „subjektivní svět“. Snažíme se vždy vnořit do hudební situace spolu s klientem a nezacházet s ním jako s objektem (srov. Laing 1976, Chvála 1993).

Stanovení cílů muzikoterapeutické intervence se odehrává na základě našeho konstruovaného subjektivního poznání v kontextu individuality každého klienta. Abychom tohoto poznání byli schopni, musíme náš vnitřní svět přiblížit ke světu klienta. Jestliže se ke klientovi přiblížíme natolik, že porozumíme jeho vnitřnímu světu, můžeme zahájit cílenou muzikoterapeutickou intervenci. Vnitřní svět klienta můžeme poznat i prostřednictvím jím produkované hudby. Obzvláště tehdy, kdy klient z jakéhokoliv důvodu není schopen verbálního projevu.

Ke klientovi a k jeho hudbě se však nepřibližujeme z pozice „objektivního“ experta, který přesně ví, jakým způsobem muzikoterapii povede. Přibližujeme se ke klientovi jako lidé se svojí vlastní subjektivitou, vlastními hodnotami, poznatky, jazykovým i hudebním systémem a snažíme se o sblížení našeho světa s jeho světem. Toto vzájemné přiblížení se děje nejen na verbální úrovni, ale především na úrovni hudebně-nonverbální, která je svojí podstatou vždy subjektivní. Jak uvádí Chvála (1993, s. 5): *„není možné se přiblížit poznání pacientovy konstrukce světa, aniž by se přiblížily naše světy. Svět toho druhého můžeme vnímat jen skrze vlastní zkušenost. To nelze učinit bez nasazení celé naší lidské bytosti.“*

## SHRNUTÍ

Filosofická gnoseologie kritického realismu i radikálního konstruktivismu přináší východiska pro muzikoterapii ve speciální pedagogice a výzkumu.

**Kritický realismus** upozorňuje na dočasnost všech vědeckých zjištění. Je nutné tyto zjištění nepřijímat beze zbytku a pohlížet na ně jako na prozatím dosažené hypotézy, které by měli být podrobeny falsifikaci. Veškeré poznání světa má vždy provizorní charakter. Neustálé ověřování hypotéz vede k vědeckému vývoji se stále hlubší mírou porozumění. Z tohoto důvodu i výsledky naší empirické studie vnímáme pouze jako prozatímní hypotézy.

**Radikální konstruktivismus** přináší filosofickou gnoseologii, v níž není možné objektivně uchopit svět, neboť veškeré poznání je subjektivním konstruktem naší mysli. Přijmeme-li toto tvrzení, že existuje pouze subjektivní realita, kterou si sami konstruujeme a že každý pozorovatel vnímá výzkumný problém vždy ze svého subjektivního pohledu a je zároveň jeho součástí, můžeme snáze vstoupit do kvalitativních výzkumných strategií a zároveň muzikoterapeutických intervenčních postupů.

Ve výzkumu i v muzikoterapeutické praxi se nemusíme snažit o poznání objektivní skutečnosti, ale do hloubky propojit náš subjektivní svět se světem pozorovaného fenoménu / se světem klienta. Můžeme tak pochopit konstrukce světa klienta a podpořit proces proměny nemoci ve zdraví.

## 1.2 Terminologická východiska muzikoterapie

Termín muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba; řecky *therapeia*, *therapeineio*, latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, starat se, pomáhat, ale též cvičit a vzdělávat<sup>4</sup>.

Nalézt obecnou definici muzikoterapie je složité. Každý muzikoterapeutický model představuje svoji definici. Mohli bychom uvést, že každý muzikoterapeut, přináší odlišný pohled na muzikoterapii. V tomto tvrzení však spatřujeme důležité poznání, neboť chceme-li porozumět určitému muzikoterapeutickému modelu či výzkumu, musíme na něj nahlížet optikou jeho autora. Nesouhlasíme proto s výrokem Kantora (2014), že definice z hlediska muzikoterapeutické praxe nejsou podstatné a jejich význam je především pro jednotlivé asociace a potřebu legislativního ukotvení.

Definování muzikoterapie je živý proces, který podléhá častým revizím. Definice a jejich revize jsou poplatné novým poznatkům a paradigmatům doby, ve kterých byly formulovány. Od původních definic z padesátých let minulého století, které byly nahlíženy medicínským úhlem pohledu, kde v popředí zájmu nebyl klient, ale spíše jeho postižení, se pohled na muzikoterapii do značné míry proměnil (srov. Robbins, Robbins 1980, Pokorná 1982).

V současné době se většina literárních pramenů, které se zabývají muzikoterapií, odvolává k definici muzikoterapie z pohledu Světové federace muzikoterapie - WFMT<sup>5</sup> (srov. Bruscia 1988, Peters 2000, Lipský 2008b, Kantor 2014), důvodem může být skutečnost, že WFMT své definice pravidelně reviduje a zohledňuje vývoj muzikoterapie jako oboru i jako profese. Uvedeme si zde předposlední a poslední znění definice muzikoterapie podle WFMT:

*„Muzikoterapie je použití hudby nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu. Jejím účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření,*

---

<sup>4</sup> Náhled na terapii jako na proces záměrné edukace, který směřuje k dosažení terapeutického cíle (často nehudební povahy), přináší důležitý poznatek pro speciální pedagogy (např. naučíme-li žáky se specifickými potřebami určitou píseň, kterou v závěru školního roku zahrají svým rodičům a dalším posluchačům na společném představení, nejde pouze o edukaci ve smyslu naučení písničky, ale zároveň naplňujeme i jiné cíle, např. posilujeme jejich pocit sebevědomí, podporujeme jejich adaptační mechanismy, zabraňujeme sociální izolaci a posilujeme jejich komunikační schopnosti a dovednosti. Zapojíme-li ke zpěvu hru na jednoduché perkusní nástroje, zároveň směřujeme k cíli posílení psychomotorické a vizuomotorické koordinace a celkově rozvíjíme jejich motorické funkce).

<sup>5</sup> World Federation of Music Therapy (WFMT) – Světová federace muzikoterapie je jednou z nejvýznamnějších mezinárodních organizací, která byla založena roku 1985 na 5. světovém muzikoterapeutickém kongresu v italském Janově. Česká republika je členem WFMT od roku 2010.



*organizaci a jiné cíle za účelem uspokojení tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Muzikoterapeut usiluje o rozvinutí schopností anebo navrácení funkcí jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby“ (WFMT 1996).*

*„Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum, praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech podle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu“ (WFMT 2011).*

Z výše uvedených definic vyplývá, že v popředí oboru muzikoterapie stále setrvává odborná erudice muzikoterapeutů a kvalifikované, profesionální vedení muzikoterapeutických intervencí, při kterých se využívá hudby a hudebních elementů. Ve vztahu k této práci je nutné zaměřit pozornost k tématu hudby, kterou definice WFMT nahlíží jako prostředek, který vede k dosažení životního optima u lidí, kterým se muzikoterapie dostává.

Rozdíl mezi první a druhou výše uvedenou definicí WFMT ukazuje na posun směrem k novému nahlížení na využití muzikoterapie u osob se zdravotním postižením. Jestliže v devadesátých letech byla v popředí zájmu především integrace<sup>6</sup> osob se zdravotním postižením, nyní je to hledání optimalizace života člověka v celkovém kontextu s přihlédnutím k podpoře jednotlivých složek zdraví, včetně nově nahlíženého spirituálního kontextu.

Další změnu v definici spatřujeme v ohledu na vzdělávání, výzkum a standardy muzikoterapie, které jsou vnímány v kontextu kulturně-politickém. Tato skutečnost odráží celkové směřování WFMT, kdy na 13. světovém kongresu muzikoterapie v Seoulu v roce 2011 byl prezidentský úřad svěřen prof. Byungchuel Choiovi, Ph.D.

---

<sup>6</sup> Záměrně zde neuvádíme termín *inkluze*, neboť již v roce 2005 na konferenci „Inclusive and Cognitive Education“ (1. – 2. 11. 2005), která se uskutečnila v Praze, opakovaně zaznělo, že *inkluze* je pouze filosofický konstrukt, jehož aplikace do praxe je složitá a spíše utopistická (Tebar 2005). Toto tvrzení dokládá posun v nazírání na paradigma integrace a inkluze.

z Jižní Koreje, jehož hlavním cílem bylo budování mostů mezi jednotlivými kulturami a vzájemný respekt vůči všem zemím, ve kterých se muzikoterapie vyskytuje.

Z poslední revize definice muzikoterapie podle WFMT je patrný trend, kdy služby i terapie opouštějí umělé prostředí institucí a pracují s klienty v jejich běžném prostředí. Často bývá muzikoterapie zaměřena na celou přirozeně existující komunitu (např. školní třídu, rodinu apod.).

Kern (2004) nazývá využití muzikoterapie, jako i další specializované terapie v přirozeném prostředí klienta *integrativním terapeutickým modelem*. Výhodu spatřuje v tom, že se terapeut nemusí zabývat transferem a generalizací změn z muzikoterapie do běžného života, neboť vidí klienta přímo v reálných situacích. Uvedeme si nyní příklad z praxe:

Byli jsme kontaktováni matkou, která měla osmiletého syna s poruchou autistického spektra a ADHD. Chlapec se choval v rodině zcela odlišně, než při vyšetřeních u speciálních pedagogů - odborníků na autismus. Jestliže byl mimo domov relativně „klidný“, doma byl zcela proměnlivý. Byl neustále v pohybu a neudržel chvíli pozornost, roztácel veškeré věci, které roztočit šly, včetně hudebních nástrojů, které jsme s sebou přinesli. Matka musela být neustále se svým synem, což jí vyčerpávalo a neměla čas na nic jiného. Otec byl většinu času spíše v práci než doma, takže pomoc z jeho strany byla minimální. Jelikož chlapec velice dobře reagoval na hudbu, rozhodli jsme se, že zkusíme realizovat jednotlivá muzikoterapeutická setkání přímo v rodině. Z počátku chlapec vydržel soustředěný jen pár vteřin, např. při hře na triangl, jehož kovový zvuk jej velice zajímal (viz: Krček 2008). Postupně se podařilo, aby se koncentroval na delší čas a hrál i na jiné hudební nástroje. Do muzikoterapie jsme postupně zapojili matku i otce. Po dvouleté systematické muzikoterapeutické práci došlo ke zvýšení koncentrace pozornosti chlapce v muzikoterapii na 35 až 40 minut a jeho celkovému zklidnění v rodině. Jako velice důležitou spatřujeme skutečnost, že jsme pracovali s chlapcem přímo v rodinném prostředí a nikoliv v soukromé ambulanci a dále v tom, že byl do muzikoterapie zapojen celý primární rodinný systém (viz: Matějček 1994).

V České republice se prozatím v definicích muzikoterapie její využití v běžném prostředí klienta nezohledňuje. Uvedeme zde pouze jednu definici, a to od Muzikoterapeutické asociace České republiky CZMTA<sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA) je největší tuzemskou asociací zaměřenou na muzikoterapii. Vznikla sloučením České muzikoterapeutické asociace (CZMTA) a České asociace muzikoterapie a dramaterapie (ČAMAD) v roce 2012. Kromě působení na našem území navázala nejrozsáhlejší kontakty a spolupráce v zahraničí (např. Japonsko, Jižní Korea, Čína, USA). Je členem Světové federace muzikoterapie a Evropské muzikoterapeutické konfederace.

*„Muzikoterapie je svébytný obor s primárně terapeutickým dopadem. Zároveň je muzikoterapie léčebným a podpurným postupem, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních elementů provází klienta nebo skupinu v terapeutickém procesu“ (CZMTA 2014).*

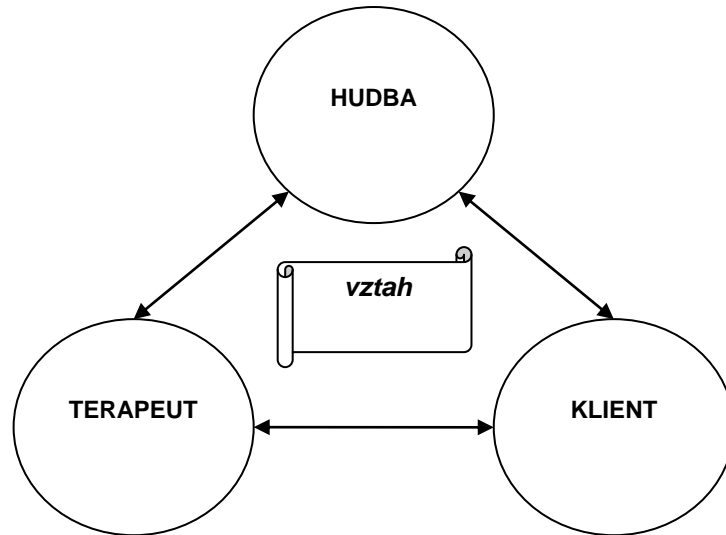
Na úrovni asociací je hledání definice muzikoterapie politický proces, jehož výsledná podoba se odvíjí na základě kompromisního konsenzu mnoha odborníků a souvisí, jak již bylo uvedeno výše, s paradigmatem oboru v dané době, s politickým a socio-kulturním kontextem. CZMTA předkládá první rozpracovanou verzi podoby společné definice, která pravděpodobně v budoucnu dozná změn. I zde se zohledňuje kvalifikace muzikoterapeuta, léčebný potenciál hudby a terapeutického vztahu.

Pro potřebu tohoto textu ještě zmíníme dvě definice muzikoterapie, které se staly inspirací pro naši práci a které ovlivňují náš pohled na muzikoterapii ve výzkumné části. Mezi ně řadíme definice muzikoterapie K. E. Bruscia a J. Peters:

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

*„Muzikoterapie je plánovaný, cíleně řízený proces interakce a intervence, založený na odhadnutí a ocenění individuality specifických potřeb klientů, jejich sil a slabostí, ve kterých hudba tvoří společnou zkušenost a vede k ovlivnění pozitivních změn v individuálních prožitcích, dovednostech, ale i myšlení, citění a chování“ (Peters 2000, s. 2).*

Společným jmenovatelem obou definic je přítomnost tří elementů, jimiž jsou hudba, muzikoterapeut a klient (viz schéma č. 2). K terapeutické změně dochází vždy na základě hudební zkušenosti a provázanosti vztahů mezi těmito elementy.



**Schéma č. 2:** Základní elementy muzikoterapeutického procesu.

Vztah mezi klientem a terapeutem se zrcadlí nejen ve vzájemných mimohudebních interakcích, ale i v hudbě samotné. Z toho vyplývá, že aby muzikoterapie byla terapií, je zapotřebí vždy přítomnost terapeuta, klienta a hudby. Mezi těmito elementy dochází k provázanosti. Tyto provázané interakce jsou nositelé tvorby vztahu, který je základem pro efektivní rozvoj muzikoterapeutických intervencí.

Jestliže někdo doma, v práci nebo na jiných místech poslouchá hudbu nebo ji i aktivně provozuje a cítí se při tom lépe, nemůžeme ještě hovořit o muzikoterapii. A to ani ve chvílích, kdy člověk prožije těžkou životní událost a hudba mu ji pomůže překlenout. Z našeho pohledu muzikoterapie není auto-terapií, kterou si člověk může zprostředkovat sám. Aby muzikoterapie byla skutečně terapií, je k tomu zapotřebí vždy přítomnost muzikoterapeuta a jeho kvalifikované vedení. To paradoxně může zahrnovat i poslech hudby v domácím prostředí nebo nácvik vokálně-relaxačních technik pro zvládnání tenze v běžném životě (tento způsob se využívá například u kardiologických pacientů, srov. Mastnak 2012, 2014), avšak vždy jsou důkladně zváženy konkrétní indikace a možné kontraindikace. Navíc je klient v péči muzikoterapeuta a případné příznivé i nepříznivé efekty hudebních intervencí s ním může konzultovat, upravovat a dále rozvíjet.

Z výše uvedených definic Bruscii a Peters dále vyplývá, že muzikoterapie je především systematickým procesem směřujícím k naplnění terapeutického cíle. Tím se muzikoterapie liší např. od hudební psychologie a hudební pedagogiky (srov. Sedlák 1990; Drábek 2004; Franěk 2007; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009; Sedlák, Váňová 2013). V návaznosti na výše uvedené definice můžeme uvést definici vlastní:

*Muzikoterapii vnímáme jako systematický proces, ve kterém se zvuk a hudba cíleně používá primárně k terapeutickým účelům, kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta na pozadí vzájemně vytvářeného vztahu. Pro ilustraci pochopení našeho pohledu na muzikoterapii, uvádíme následující příklad:*

V dětském centru při práci s dětmi v kojeneckém období hovoříme o muzikoterapii tehdy, jestliže hudební intervence směřují k terapeutickému cíli a za tímto účelem jsou realizovány. Muzikoterapeutky často dětem v kojeneckém období zpívají, nosí je v náruči a přikládají je k levé straně hrudníku, aby děti slyšely tep jejich srdce. Činí tak proto, jelikož předem vědí, že tyto postupy zaručí naplnění konkrétních muzikoterapeutických cílů. Mezi ně patří např. aktivace a následná relaxace dítěte, podpora jeho multisenzorionálního vnímání, rozvoj hudební komunikace, podpora bezpečného vývoje dítěte atd. Jestliže matka svému dítěti zpívá, často se chová obdobným způsobem jako muzikoterapeutky, a to zcela přirozeně a často nevědomě (Slak 1973). Její počínání má z našeho pohledu výrazný efekt, neboť matku dítěti nic a nikdo nenahradí, přesto zde nehovoříme o muzikoterapii.

Pokud by dítě v rané fázi vývoje např. prožilo určité trauma a matka by navštívila muzikoterapeutku, která by jí doporučila, aby dítěti zpívala a přikládala jej k levé straně těla, což by následně mohlo vést k celkovému zklidnění dítěte a posílení bezpečného attachmentu (Bowlby 1999), můžeme hovořit o muzikoterapii. Obzvláště tehdy, jestliže by se při následných muzikoterapeutických setkáních zhodnotil dosavadní průběh tohoto počínání, případně by byly doporučeny určité písně, často ukolébavky, a postupně by se vyladřovala hudební i nehudbní komunikace matky s dítětem (srov. Erkkilä 1997, Lipský 2006, Franěk 2007).

### **Základní terminologie v muzikoterapii**

Jak jsme uvedli výše, neexistuje obecná a jednotně přijímaná definice muzikoterapie. Podobný stav panuje v muzikoterapeutické terminologii. Mnoho muzikoterapeutů zaměňuje muzikoterapeutické termíny nebo vytváří svůj vlastní odborný jazyk, nejčastěji v závislosti na psychoterapeutickém či psychologickém směru, kterým jsou orientováni (srov. Alvin 1978, Moreno 2005, Pejřimovská 2007b). Příkladem uvedeného tvrzení, je termín *metoda*, který se vyskytuje u všech muzikoterapeutů, avšak v nejrůznějších ekvivalentech, které mají zcela jiný význam. U některých termín *metoda* značí model<sup>8</sup>, u jiných celou proceduru, jinde je to aplikace konkrétní techniky.

---

<sup>8</sup> Někdy autoři jednotlivých modelů uvádějí termín *metoda* v názvu. Např. Lesse Hejm pojmenoval svůj model FMT-metodou (Grochalová 2009) a Jitka Pejřimovská pojmenovala svůj koncept *Metoda Geneape*. Dále v našem textu *Geneape* uvádíme v kontextu námi preferované muzikoterapeutické terminologie.

V roce 2009 jsme s kolegy učinili konsenzus v tom, že do českého prostředí přeneseme terminologii, kterou vytvořil na základě mnohaletého výzkumu americký muzikoterapeut K. E. Bruscia<sup>9</sup> (srov. Bruscia 1998; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). Pro potřebu tohoto textu uvedeme pouze základní termíny, které v této práci používáme s ohledem na výzkumnou část. Bruscia (1998) vymezil a definoval základní muzikoterapeutické termíny - **muzikoterapeutická metoda, technika, procedura a muzikoterapeutický model**.

- Muzikoterapeutický **model**<sup>10</sup> představuje ucelený přístup k diagnostice, terapii a evaluaci. Zahrnuje teoretické principy, klinické indikace a kontraindikace, muzikoterapeutické cíle, vlastní procedurální kroky, výzkum a metodologii. Jednotlivé modely jsou nejčastěji spjaty s osobnostmi muzikoterapie, které vytvořily na základě vlastní klinické praxe a výzkumu teoretickou i prakticky využitelnou koncepci muzikoterapie.
- Muzikoterapeutická **metoda** představuje zvláštní typ hudební zkušenosti používaný pro diagnostiku, intervenci i evaluaci v muzikoterapeutickém procesu. V muzikoterapii podle něj rozlišujeme základní čtyři typy metod: Muzikoterapeutická kompozice, poslech hudby v muzikoterapii, muzikoterapeutická interpretace a muzikoterapeutická improvizace.

*Kompozice hudby* a skládání textů, patří v muzikoterapii k vyhledávaným metodám. Jde o kreativní proces vytváření písní i instrumentálních skladeb. Kompozice se účastní klient, který bývá podporován a usměrňován muzikoterapeutem. Muzikoterapeut nejčastěji organizuje technické aspekty kreativního procesu a nechává klienta tvořit podle jeho schopností. V praxi nejčastěji klient vytváří melodickou linku a terapeut ji doprovází a vytváří k ní harmonii (srov. Bruscia 1998; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). Komponování hudby v muzikoterapeutickém procesu se využívá při klinické muzikoterapii dětí (využití komponování písně ve hře, zpracování traumatického

---

<sup>9</sup> Kenneth E. Bruscia, Ph.D., CMT-BC – významný americký muzikoterapeut a vysokoškolský učitel (Temple University, USA - Department of Music Education and Therapy). Zakladatel Experimentálně-improvizační terapie a modelu IAPs. Shmul a popsal soudobé muzikoterapeutické směry v USA a vytvořil nejznámější klasifikaci muzikoterapeutických přístupů.

<sup>10</sup> Muzikoterapeutické modely jsou v literatuře nazývány též termíny přístup či škola (srov. Mátejová, Mašura 1992; Zeleiová 2007).

zážitku pomocí vlastní písně apod.), u psychiatrických pacientů (podpora strukturování úkonů, podpora seberealizace, přechod od rigidity ke kreativitě apod.) i při práci s lidmi se zdravotním postižením (podpora kreativity, fantazie, podpora plánování, řešení problémů, sociální interakce apod.).

Metoda *poslechu hudby*, je shodná s níže uvedeným receptivním vymezením muzikoterapie podle Schwabeho (1983). Hudba, které klient naslouchá, může být však nejen reprodukována, ale též živě hraná muzikoterapeutem. Bruscia (1998) spatřuje specifické cíle metody poslechu hudby v rozvoji aktivního naslouchání, v evokaci specifických tělesných reakcí (stimulace, relaxace), rozvoji sluchových i motorických dovedností (např. při muzikomalbě, pohybu na hudbu), prozkoumávání imaginací a myšlenek, spojení posluchače se skupinou či komunitou, mapování hudební historie klientů apod.

*Muzikoterapeutická interpretace* představuje realizaci předem zkomponované hudební či vokální skladby nebo písně. Tato metoda umožňuje klientům účastnit se jasně strukturovaných hudebních situací, které by nebyli schopni realizovat bez předem připraveného plánu. Muzikoterapeuti nejčastěji využívají zpěv konkrétních písní, které mohou např. u lidí s narušenou komunikační schopností pomoci zlepšení jejich artikulaci, doplnit slovní zásobu, aktivovat rytmus řeči, organizovat práci s dechem, posílit kognitivní schopnosti apod. V muzikoterapeutickém procesu se rovněž využívá interpretační hry na hudební nástroje, která zahrnuje již určitý stupeň hudebních dovedností. Někteří klienti se účastní hry na základě paměti, jiní podle notového zápisu (srov. Bruscia 1998; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009).

Z hlediska našeho výzkumu je pro nás nejdůležitější metoda *hudební improvizace*. Hudební improvizace v muzikoterapii představuje spontánní vyjádření hudby pomocí hry na hudební nástroje, ale též hry na tělo nebo pomocí zpěvu a vokalizace. Hudební improvizace může být do určité míry připravená a strukturovaná, ale také zcela nepřipravená, nestrukturovaná a mnohdy i atonální a nerytmická. Vždy záleží na cíli muzikoterapeutické intervence, v rámci kterého hudební improvizaci zařazujeme.

Moreno (2005) upozorňuje na rozdíly v individuální a skupinové muzikoterapeutické improvizaci. V individuální improvizaci můžeme z hlediska hudební diagnostiky odečítat mnoho informací přímo z hudby. Jde o projekce nevědomých procesů, které se skrze hudbu stávají transparentnějšími. Často se v hudbě zrcadlí problémy klienta, jeho osobnostní rysy, skryté i aktuálně prožívané emoce, sebepojetí a kreativita.

Oproti tomu skupinová forma muzikoterapeutické improvizace umožňuje sledovat sociální interakce a sociální dovednosti klientů, zrcadlení sociometrických ukazatelů, reflektování skupinové dynamiky apod. Hudební improvizace ve skupině přináší mnoho důležitých informací o skupinových procesech a interakcích mezi jednotlivými členy skupiny (srov. Bruscia 1987; Moreno 2005; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). Z hlediska výzkumu se však v tomto textu zaměříme na individuální improvizaci se zaměřením na analogii a projekci v obsahu hudebního sdělení.

- Technikou v muzikoterapii rozumíme konkrétní aplikaci výše uvedených metod. Bruscia (1998) nahlíží na **techniku**, jako na jednotlivou operaci, kterou muzikoterapeut využívá k tomu, aby realizoval terapeutický záměr, vyvolal bezprostřední reakci klienta a modifikoval jeho hudební zkušenost. Jednotlivé řazení muzikoterapeutických technik za sebou se nazývá muzikoterapeutická **procedura**. Procedurou tedy rozumíme organizované sekvence operací. Bruscia (1987) uvádí příklad na metodě improvizace, kdy muzikoterapeut využívá následující procedurální kroky: Vyzývá klienty, aby si vybrali hudební nástroje. Nechává klienty volně s nástroji experimentovat. Prezentuje strukturu pro improvizaci. Klienti improvizují podle pravidel. Probíhá diskuse o realizované hudební improvizaci. Stejně kroky s určitými modifikacemi se opakují do konce setkání.

Vzhledem k výzkumu se nyní ještě zastavíme u technik, které je možné využít v rámci metody improvizace. Weber (2009, s. 186 - 194) představila českým muzikoterapeutům jednotlivé techniky, které klasifikoval Bruscia (1987), podle jejich primárního zaměření v muzikoterapii. Mezi tyto techniky patří: techniky empatie, techniky strukturování, techniky vyvolávání, techniky přesměrování, techniky



procedurální, techniky vztahování, techniky zaměřené na práci s emocemi, techniky zaměřené na diskusi a sdílení v muzikoterapii.

Nebudeme se zde zabývat podrobným výčtem těchto technik a zaměříme se pouze na zařazení a vysvětlení techniky vystupování, kterou jsme využili ve výzkumné části tohoto textu. Z hlediska klasifikace spadá technika vystupování mezi tzv. procedurální techniky, ačkoliv bychom ji mohli zařadit i do jiných skupin.

Podle Weber (2009) a Bruscii (1987) řadíme vystupování do technik, které přímo aktivují procedurální sekvence. Jak ukazuje náš výzkum, technika vystupování je nosným diagnostickým nástrojem i bez dalších procedurálních kroků. Technikou *vystupování (performing)*, nespátřujeme pouze v situaci, kdy muzikoterapeut nacvičí s klientem nebo klienty určitou skladbu, kterou následně zahrají na koncertě pro veřejné publikum. Máme zde především na mysli druhou alternativu, kdy muzikoterapeut během jednotlivých sekvencí celé procedury sdělí klientovi, že nyní bude hrát sám, jako by byl na koncertě a muzikoterapeut bude pouze naslouchat. Jakmile klient dohraje, muzikoterapeut mu zatleská nebo jej jinak ocení za improvizovaný výkon.

Podle Bruscii (1987) tato technika posiluje sebedůvěru klienta, dává mu pocit uznání a možnost vlastního monitorování. Smeijsters (2005) k tomu dodává, že v této situaci je klient zcela ponořen do vlastní hudby, která není narušena vstupy muzikoterapeuta. Ten pouze aktivně naslouchá a tím klienta podporuje k jeho dalšímu výkonu. V této chvíli vzniká prostor pro hudební analogii, kdy z hudebních projevů klienta můžeme usuzovat na projevy nehudební povahy (např. chování, jednání, koncentraci apod.).

Podle Weymanna a Trüpkera (2004) může muzikoterapeut v tuto chvíli usuzovat na nevědomé hudební projekce a vývoj Gestaltu<sup>11</sup>. Muzikoterapeut může výkon klienta odměnit nejen potleskem, ale také společnou hrou, kdy se ke klientovi citlivě přidá a může jeho improvizaci dále rozvíjet s využitím dalších technik (např. z technik empatie: imitováním, vyrovnáváním energie či reflektováním).

### **Klasifikace muzikoterapie**

V muzikoterapeutické teorii se objevuje mnoho způsobů, jakými můžeme muzikoterapii rozdělovat a třídit (srov. Zeleiová 2002; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). V úvodu se zaměříme na dvoudimenzionální klasifikaci muzikoterapie podle

---

<sup>11</sup> Tímto tématem se podrobně zabýváme v kapitole 1.3.1

Kantora (2014) a Brusci (1998) a následně se zaměříme na tři způsoby dělení, které upřesní muzikoterapeutické intervence, uplatňované ve výzkumné části tohoto textu.

Kantor (2014, s. 274) uvádí, že v oblasti speciální pedagogiky můžeme využívat nejen svébytné muzikoterapeutické modely, ale též prvky muzikoterapie, které jsou zakomponované do kvalitativně odlišného procesu. V této souvislosti vymezuje muzikoterapii pro klienty se zdravotním postižením na dvou úrovních:

- *Muzikoterapie jako primární proces* – muzikoterapie zde představuje samostatnou a svébytnou disciplínu, která má vlastní diagnostiku, dokumentaci, evaluaci, supervizi apod. Použití zvuku a hudby se využívá primárně k dosažení terapeutického cíle. Muzikoterapeuti jsou součástí odborného týmu, který je zainteresován na komplexní péči o klienty se zdravotním postižením. Muzikoterapeutická procedura vychází z konkrétních teoretických, praktických a výzkumných zjištění, které představují jednotlivé muzikoterapeutické modely, včetně jednotlivých fází muzikoterapeutického procesu (srov. Mátejová, Mašura 1992; Procházka 1996; Kantor 2014).
- *Muzikoterapie jako sekundární proces* - identita muzikoterapie jako sekundárního procesu se týká interdisciplinárního průniku muzikoterapie s příbuznými obory. V této souvislosti hovoříme o využití prvků muzikoterapie v rámci jiné speciálně pedagogické intervence či aplikované terapie (např. využití zpěvu a rytmizačních cvičení v logopedii, propojení hudby a fyzioterapie, využití prvků muzikoterapie při speciální hudební výchově apod.). I zde je zvuku a hudby využíváno s přihlédnutím k cílům primárně nehudební povahy, které mají terapeutický nebo formativní charakter. Použití prvků muzikoterapie se přizpůsobuje povaze primární intervence, a proto nemůžeme hovořit o kompaktním muzikoterapeutickém teoretickém systému (srov. Šimanovský 1998; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009; Kantor 2014).

Kantor při této klasifikaci vycházel z pohledu Brusci (1998, s. 123), který se zabýval otázkou, zda je primárním prostředkem k dosažení terapeutického cíle

hudba (hudba jako terapie) nebo vztah mezi terapeutem a klientem, popř. jiný terapeutický prostředek (hudba v terapii):

- **Hudba jako terapie (*Music as Therapy*):** Hudba má centrální postavení v terapeutickém procesu. Úkolem muzikoterapeuta je umožnit klientovi navázat vztah k hudbě a účastnit se hudebních zkušeností. Muzikoterapeut zde slouží jako facilitátor, jehož úkolem je zprostředkovat pro klienta vhodnou hudební zkušenost. Hudba i terapeutický vztah vytváří kontext pro hudební zkušenost (zaměření na hudbu). Tento přístup se často uplatňuje u klientů se zdravotním postižením, obzvláště tam, kde selhávají veškeré verbální intervence. Typickými příklady přístupu *Music as Therapy* je Morfologická muzikoterapie či model Geneape (viz kapitolu 1.3).
- **Hudba v terapii (*Music in Therapy*):** Úkolem terapeuta je vyjít vstříc potřebám klienta a to prostřednictvím takového terapeutického prostředku, který je nejvhodnější v dané situaci. Hudba je používána jako doplněk jiné intervence. Úkolem hudebních zkušeností je podpořit vztah mezi terapeutem a klientem, popř. účinek jiných postupů. Příkladem může být terapeut, případně i učitel, který využívá prvků muzikoterapie pro rozvoj žáků se zdravotním postižením, ale zároveň aplikuje i jiné speciálně pedagogické metody, aby dosáhl téhož cíle. Nejčastěji se přístup *Music in Therapy* však využívá ve zdravotnictví v oblasti psychoterapie, kdy je hudby využito jako doplňkového, často zpestřujícího prostředku pro naplnění terapeutického záměru.

Z hlediska empirické části tohoto textu je důležité upozornit na skutečnost, že je zaměřena na přístup *Music as Therapy – hudba jako terapie*, jelikož na hudbu nahlížíme jako na komunikační, analogické a projekční médium, které může být spouštěčem a nositelem terapeutické změny nebo je v ní terapeutická změna předznamenána. S přihlédnutím ke klasifikaci na primární a sekundární proces podle Kantora (viz výše), se dále budeme zabývat muzikoterapií nahlíženou z úhlu primárního procesu, byť výsledek výzkumné části může být využit i v procesu sekundárním.

### **Muzikoterapie aktivní a receptivní**

Ve většině prací v posledních třiceti letech v České republice, dříve v Československu, které se zmiňují o muzikoterapii, se objevuje rozdělení

muzikoterapie na aktivní a receptivní (srov. Kratochvíl 1978; Pokorná 1982; Linka 1997; Valenta, Müller 2003), aniž by byl uvedený kontext, proč k tomuto dělení dochází a odkud se vzalo. Pokusíme se tento kontext přiblížit.

V sedmdesátých letech minulého století mohli zdejší první muzikoterapeuti rozvíjet své muzikoterapeutické zkušenosti pouze v Polsku a NDR. Za nestorku muzikoterapie na našem území je považována Dr. Jitka Schánilcová Vodňanská, která studovala muzikoterapii v Lipsku u Dr. Christoha Schwabeho. Poznatky, které zde nabyla, později aplikovala při práci s lidmi závislými na alkoholu v Praze na klinice u Apolináře pod vedením MUDr. Jaroslava Skály. Dále předávala zkušenosti s muzikoterapií prostřednictvím tří běhů psychoterapeutických výcviků typu SUR. Postupně založila pracovní skupinu pro muzikoterapii, která vydávala Muzikoterapeutické listy. Odtud se dostalo do povědomí odborné veřejnosti učení Schwabeho, ze kterého se časem stalo jakési základní pravidlo vymezení muzikoterapie, aniž by se přihlíželo k tomu, že ve vztahu k celosvětovým klasifikacím muzikoterapie je toto dělení přisuzováno především Schwabemu a jeho následovníkům.

Schwabe (1983), tedy rozdělil muzikoterapii na aktivní a receptivní, přičemž předpokládal, že celý léčebný proces v aktivní i receptivní muzikoterapii, se odvíjí od toho, jakou funkci zastává hudba a jaká funkce náleží klientům<sup>12</sup>:

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

---

<sup>12</sup> Podle terapeutického cíle dále Schwabe (1983) rozdělil muzikoterapii na: a) komunikativní - cílem je vybudování vzájemné důvěry, prostředí sdílnosti a vzájemné komunikace. Prostřednictvím společného poslechu hudby komunikativní muzikoterapie podněcuje sdílnost emočních prožitků a napomáhá překonávat počáteční nedůvěru k terapeutovi. Společné prožívání hudby na základě emoční aktivace pak usnadňuje průchod skrytých konfliktních témat, o nichž klient zatím mlčel. b) Reaktivní – zaměřuje se na afektivní reakce klientů a prohlubuje dynamiku v terapeutickém procesu. Reaktivní muzikoterapie podněcuje a vyvolává afektivní reakci ve smyslu psychické katarze. Vede klienta k překonání neurotických zábran a uvolnění nashromážděné tenze. c) Regulativní - cílem je neutralizace nepříjemných stavů tenze, uvolnění svalstva i vegetativních funkcí. Regulativní muzikoterapie sdílí podobné cíle jako mnoho relaxačních technik. Snaží se uvolnit tělesné napětí, avšak myšlenky se nezaměřují pouze na tělesné procesy, ale též na přítomnost hudby.

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

V našem výzkumu se zaměřujeme na aktivní muzikoterapii, kdy jsou klienti z hlediska hudebního provozu aktivní, neboť hrají svoji osobitou improvizovanou hudbu na klavír.

### **Muzikoterapie klinická a rehabilitační**

Klasifikace těchto forem muzikoterapie se odvíjí od stanovení cíle muzikoterapie. Zároveň zohledňuje zkušenosti muzikoterapeuta, včetně jeho odborné erudice. Je nemyslitelné, aby někdo bez sebezkušenostního výcviku a určitého pregraduálního vzdělání v oblasti speciální pedagogiky nebo psychologie a bez uceleného vzdělání v muzikoterapii, se vydal cestou klinické muzikoterapie.

Teoretické pozadí *klinické muzikoterapie* vychází z psychoterapie. Pravidla a zákonitosti často korespondují se zjištěními u jednotlivých psychoterapeutických přístupů. Cílem takto pojaté muzikoterapie bývá ovlivnění chování a jednání klientů ve smyslu trvalých změn. Klinická muzikoterapie se často zaměřuje na „přestavbu“ osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací nebo hodnotového systému (Kantor 2007; Lipský 2008b). Jednotlivé změny v oblasti osobnosti jsou předznamenány v hudebním projevu (Zeleviová, Pejřimovská 2011).

*Rehabilitační muzikoterapie* poskytuje pomoc v náročných situacích, podporuje pozitivní myšlení a víru ve vlastní síly. Snaží se omezit vývojové ztráty a optimalizovat podmínky vývoje, tj. zprostředkovat potřebné zkušenosti a podněty pro udržení integrity

osobnosti. Rehabilitační muzikoterapie se zaměřuje spíše na celkové zvýšení kvality života klientů. Cílem je rozvinout schopnosti a dovednosti člověka do takové míry, jak jen to je možné. Rehabilitační muzikoterapie není omezena z hlediska času, může probíhat tak dlouho, dokud klientovi prospívá (Kantor 2007; Lipský 2008b).

Z hlediska výzkumné části tohoto textu, jsme využili obou forem, jelikož u jednoho dítěte bylo zaměřeno muzikoterapeutické intervence psychoterapeutické a u dalších rehabilitační.

### **Formy muzikoterapie ve vztahu k počtu klientů v hudební situaci**

V této klasifikaci se pokusíme představit i jiný pohled, než se kterým se běžně v muzikoterapeutické či psychoterapeutické literatuře můžeme setkat (srov. Linka 1997; Kratochvíl 2001). Kromě formy individuální a skupinové muzikoterapie se pokusíme představit formu *duální, komunitní a individuální na pozadí skupiny*. Ve vztahu k výzkumné části, jsme aplikovali formu individuální. Přesto zde uvádíme, že hudební analogii, komunikaci i projekci lze sledovat v rámci všech námi popsaných forem muzikoterapie.

*Individuální muzikoterapie* se utváří na základě vztahu mezi klientem a muzikoterapeutem. Působení zvuku a hudby je užíváno nejen k dosažení muzikoterapeutického cíle, ale také k navázání vzájemné důvěry a prohloubení vznikajícího terapeutického vztahu mezi klientem a muzikoterapeutem. Individuální muzikoterapie probíhá formou samostatných setkání muzikoterapeuta s klientem. Vždy je důležité uvážit, pro koho je indikace individuální formy muzikoterapie vhodná a zda není vhodnější forma jiná (např. skupinová či individuální na pozadí skupiny), případně kombinace dvou forem (individuální a individuální na pozadí skupiny nebo individuální a skupinové).

V naší praxi jsme se setkali s třicetiletým klientem s mentálním postižením ubytovaným v domově pro osoby se zdravotním postižením, který volil takové komunikační strategie, že každého od sebe vždy odradil. Byl sprostý a zároveň se dožadoval po každém, komu předtím vynadal, nějaké služby či pomoci. To způsobilo, že se ocitl v naprosté sociální izolaci. Spolubydlící, ale též pracovníci v sociálních službách se s ním nechtěli bavit a každému kontaktu s ním se raději vyhýbali.

Postupně docházelo k nárůstu vnitřní tenze klienta, který byl o to více verbálně agresivní, když náhodou ke komunikačnímu setkání došlo. Rozhodli jsme se pro několik hodin individuální muzikoterapie, během

nichž postupně vyvstalo téma samoty a izolace. Z toho důvodu jsme ukončili individuální muzikoterapii a následně jsme tohoto klienta přizvali do skupiny. Ta byla tvořena přibližně stejně starými muži, kteří měli problém s projevy vlastní agresivity. Cílem byla práce s agresí, které jsme dávali legitimní průchod při hře na velké bubny tubana. Zároveň jsme se snažili podpořit žádoucí komunikační strategie klientů ve skupině a nezopakovat modely, na které byli zvyklí v běžném provozu instituce, kde žili. Po půl roce se u původního klienta objevily nové komunikační strategie, které již nebyly plně slovní agrese. Postupně se opět zapojil do kolektivu a do běžného života, jaký mu jen institucionální péče mohla nabídnout.

*Duální muzikoterapie* představuje formu muzikoterapeutické intervence, která se nejčastěji využívá při práci u imobilních klientů s mentálním postižením. Při této formě pracují vždy dva muzikoterapeuti se dvěma klienty. Na duální muzikoterapii nahlížíme jako na rozšířenou formu individuální muzikoterapie. Při duální muzikoterapii se vždy jeden terapeut věnuje jednomu klientovi, přičemž druhý terapeut druhému. Muzikoterapeutické techniky jsou aplikovány u obou klientů naráz.

Klient má zpětnou vazbu nejen z oblasti vlastních pocitů, ale zároveň má možnost vidět a vnímat reakce druhého klienta. Rovněž je v interakci se svým muzikoterapeutem i s druhým muzikoterapeutem, jako i s druhým klientem. Výhodou duální muzikoterapie je, že zachovává intimní atmosféru individuální muzikoterapie, přičemž je posílána o sociální kontakt dalších osob. Vzhledem k tomu, že jsou zde přítomni pouze dva klienti, nejedená se o skupinovou formu, která začíná až od počtu tří klientů (srov. Procházka 1996; Zeleiová 2002).

Individuální muzikoterapii u imobilní čtyřleté holčičky s vážným poškozením mozkového kmene jsme po čase v naší muzikoterapeutické praxi shledali jako nedostačující, neboť byla neustále obklopena pouze dospělým personálem nebo rodiči. Skupinová forma muzikoterapie pro ni byla zcela nevhodná. Holčička byla vždy rychle unavená a celkově ve skupině vykazovala projevy nespokojenosti. V této souvislosti jsme vyzkoušeli duální formu muzikoterapie. V interakci s tříletou holčičkou s hlubokou mentální retardací, která se duální muzikoterapie rovněž účastnila, se začala naše čtyřletá dívka snadněji zapojovat do hudebních aktivit. Sociální kontext, kdy byla přítomna „kamarádka“ a její terapeutka, pomohl k podpoře a rozvoji interakcí v muzikoterapeutickém procesu.

*Individuální muzikoterapie na pozadí skupiny* je formou muzikoterapie, která je inspirována Pessou Boyden psychomotorickou terapií, kdy je práce primárně individuálně zaměřena na jednoho klienta, přičemž se jí účastní celá skupina

(srov. Koblre, Lucká 2005; Gerlichová 2014). Forma individuální muzikoterapie na pozadí skupiny nemusí vycházet z psychomotorické terapie, mohou se zde uplatňovat jakékoliv muzikoterapeutické modely. Základem však zůstává, že se cíleně zaměřujeme na konkrétního klienta, jemuž je muzikoterapeutické sezení věnováno, byť se jej účastní všichni ostatní ve skupině. Následující muzikoterapeutické setkání je pak věnováno někomu dalšímu v rámci uzavřené skupiny. Někdy je tato forma muzikoterapie takto dopředu dána, jindy se vydělí vlivem událostí v běžné skupině. Bývá to ve chvílích, kdy muzikoterapeut zastihne určitého klienta v pro něj zcela důležitém okamžiku. Tento okamžik se muzikoterapeut pokouší podpořit a rozvést, využitím individuální práce na pozadí skupiny. Často se tato situace týká výrazné terapeutické změny např. v chování, jednání, ale i v hudbě klienta.

Na skupinovou muzikoterapii v jednom denním stacionáři docházel i třináctiletý klient s poruchou autistického spektra (PAS). Sedával v koutě mimo skupinu a většinou jen poslouchal, v případě nelibosti odcházel nebo se sebeпоškozoval. Odcházet jsme ho nechali a při sebeпоškozování jsme se pokusili vždy změnit činnost, jelikož tak většinou činil v důsledku nelibosti např. z příliš hlučného hraní ostatních ve skupině. Jednoho dne náhle při zpěvu písní s kytarou vstal a začal tančit. V této chvíli jsme využili formy individuální muzikoterapie na pozadí skupiny a pokračovali v hraní písní a dalších intervencích, které vedly k podpoře klienta s PAS v jeho počínání. Od té doby se pravidelně zapojoval do dění ve skupině a snížila se i míra sebeпоškozování během muzikoterapie, byť již další setkání nebylo cíleno na něj. Podchycení této výrazné změny mělo za následek, že v průběhu muzikoterapie došlo k posílení nového vzorce chování u tohoto klienta s PAS. Nový vzorec chování se pak objevoval vždy, kdy byly realizovány podobné techniky, které jsme použili v rámci individuální muzikoterapie na pozadí skupiny.

*Skupinová muzikoterapie* je takovou formou terapie, při níž se kromě působení zvuku a hudby využívá skupinové dynamiky. Jde o interakci mezi jednotlivými členy skupiny navzájem a mezi členy skupiny a terapeutem či terapeutky. Dynamika skupiny se vyvíjí v čase. Kratochvíl (1978) uvádí, že skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí ji interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí. Hudba, často poskytuje motivaci potřebnou pro klienty k tomu, aby se zapojili do skupiny a vstupovali do interakcí s ostatními (Peters 2000). Sounáležitost ke skupině vede postupně k tomu, že se aktivně a bez zábran účastní skupinové vokalizace, hraní na nástroje, pohybování se na muziku, improvizace, skládání hudby a textů a verbálního sdílení. Skupinové hudební improvizace a další



muzikoterapeutické techniky pak zrcadlí skupinovou dynamiku, jako i určité problémy a starosti jednotlivých členů skupiny. Hudební zkušenost ukazuje skupinovou dynamiku transparentněji, takže může být postupně zvědomena a verbálně sdílena (Crowe 1991).

Není jistě bez zajímavosti, že při skupinové muzikoterapii lidí s mentálním postižením se objevují důležitá témata z jejich životů nejen ve formě hudební změny či změny v chování, ale také při verbálním sdílení. Hudební situace je zcela odlišná např. od situace života v instituci. Klienti během muzikoterapie často prochází společnou katarzí, která zpracovává pomocí hudby jejich vnitřní tenze. Často se pak při sdílení dostávají témata, která by jindy těžko dokázali slovy popsat, neboť jsou příliš zaneprázdněni vlastní zvýšenou emocionalitou (srov. Procházka 1996; Peters 2000).

*Komunitní muzikoterapie* představuje zvláštní formu skupinové muzikoterapie, při níž pracuje muzikoterapeut s přirozeně vzniklou skupinou a to jak v muzikoterapeutické místnosti, tak i přímo v konkrétní komunitě, tj. v přirozeném prostředí klientů. Komunitní muzikoterapie se týká např. školní třídy, pracoviště, subkulturních skupin, komunit vrstevníků nebo komunit v různých institucích (např. muzikoterapie s vězni na jednom oddělení příslušné věznice, muzikoterapie s lidmi s mentálním postižením v rámci konkrétních domovů pro osoby se zdravotním postižením, muzikoterapie s pouliční komunitou lidí závislých na návykových látkách apod.). Boxill (1989) předkládá myšlenku, využití muzikoterapie napříč socio-kulturními vrstvami v populaci. Komunitní muzikoterapie vždy pracuje s celým systémem a snaží se docílit změny u všech, kteří na něm participují. Specifickou cílovou skupinou komunitní muzikoterapie je rodina.

Shrneme-li pohled na klasifikace muzikoterapie, které jsme v tomto textu uvedli, nejdůležitější ze všeho je správné rozhodnutí muzikoterapeuta o tom, jaká forma je pro konkrétního člověka ta nejvhodnější a proč tomu tak je.

Muzikoterapeut by si měl pokládat mnoho otázek, jako např.: zda je vhodné pro konkrétního klienta využít pouze jednu formu muzikoterapie či více forem zároveň? Zda je vhodné kombinovat aktivní a receptivní složku muzikoterapie nebo je striktně oddělovat? Zda je nutné držet se pouze rehabilitačního terapeutického cíle nebo rozvinout psychoterapeutický proces? Jakou formu muzikoterapie zvolit ve vztahu k počtu klientů? Je pro konkrétního klienta vhodná skupinová nebo individuální práce?

Není lepší postupný přechod od individuální muzikoterapie ke skupinové? Jak, proč a kdy zvolím formu individuální muzikoterapie na pozadí skupiny a kdy formu duální?

Kompetence muzikoterapeuta se odvíjí nejen od jeho odborné erudice, ale především od jeho schopnosti reflektovat klienta v muzikoterapeutickém procesu a v pokládání si těchto i dalších otázek a především v odpovědích na ně, včetně zvoleného způsobu muzikoterapeutické formy a intervence.

## SHRNUTÍ

Nalezení obecné definice muzikoterapie je složité, neboť pojetí jednotlivých muzikoterapeutických modelů a asociací se navzájem liší. Základem zůstává vztahová rovina (mezi hudbou, terapeutem, klientem) a terapeutický cíl. Ve vztahu k naší empirické studii jsme představili terminologii Bruscii, která nám pomáhá při popisování našich zjištění i při vedení vědeckého dialogu.

Při náběru dat jsme použili **metodou** improvizace, **techniku** vystupování. V **procedurálních** krocích jsme tuto techniku řadili v úvodní fázi muzikoterapie. Ve vztahu k muzikoterapeutickým klasifikacím, jsme využili **aktivní** formou muzikoterapie s **klinickým** i **rehabilitačním** cílem v rámci **individuálního** muzikoterapeutického sezení. Z našeho pohledu má hudba v terapeutickém procesu **centrální postavení**. Na muzikoterapii obecně nahlížíme jako na **primární proces**, tedy jako na oborovou disciplínu v rámci komprehensivní rehabilitační péče o klienta.

### **1.3 Vybrané specifické muzikoterapeutické modely ve vztahu k hudební komunikaci, analogii a projekci**

Nyní se zaměříme na představení třech muzikoterapeutických modelů, které mají vztah k námi prezentovanému výzkumu, byť tyto modely byly utvářeny na podkladě psychiatrické praxe a námi prezentovaný výzkum spadá do oblasti speciálně pedagogické.

Podrobně si představíme model Morfologické muzikoterapie, neboť svojí podstatou a filosofickými východisky je našim výzkumným zjištěním nejbližší. Dále představíme model Analogické muzikoterapie, která rovněž sleduje obsah hudební výpovědi klientů. Z českých modelů představíme Geneape muzikoterapii, která jako jediná v České republice vychází z autenticity hudební výpovědi klientů a sledává změny hudební jako předobraz možných změn ve struktuře osobnosti. Model Geneape představujeme i přesto, že jeho teorie není opřena o empirický výzkum, ale pouze o praktickou zkušenost jeho autorky.

#### **1.3.1 Morfologická muzikoterapie**

Morfologická muzikoterapie vznikla v Německu v osmdesátých letech minulého století. Do praxe ji zavedli Dr. Tilman Weber, Dr. Rosemarie Trüper, Dr. Eckhard Weymann a Dr. Frank Grootaers pod záštitou výzkumné skupiny pro morfologicky orientovanou muzikoterapii. V roce 1988 vznikl Institut pro muzikoterapii a morfologii (IMM). V současné době se vyučuje na univerzitách v Hamburku a Minstru.

Morfologický přístup se snaží muzikoterapii představit jako konzistentní psychologicky podmíněnou léčbu. Nejde tedy o pedagogický koncept. Morfologická muzikoterapie se úspěšně využívá při terapii psychosomatických a psychiatrických onemocnění.

Základní metodou Morfologické muzikoterapie je hudební improvizace. Při hudební improvizaci dochází k situacím, kdy psychika klienta, který hraje na hudební nástroj, reaguje bezprostředním vtažením do produkované hudby, čímž dochází k tomu, že se intrapsychické obsahy stávají transparentnějšími. Jinými slovy, dochází k intrapsychické externalizaci do hudebního média (srov. Lenz 1995; Weymann 2011).

Jak uvádí Zeleiová (2007), odrazy psychických pochodů v hudbě nejsou v Morfologické muzikoterapii nahlíženy pouze jako nahodilé hraní emocí (např. hněv,

agrese, smutek apod.), ale spíše jako způsoby zacházení s emocemi v rámci intrapsychických procesů osobnosti.

Morfologická muzikoterapie vymezuje tři úrovně terapeutické intervence:

1. Muzikoterapeut naslouchá a mění hudební interakci klienta.
2. Muzikoterapeut facilituje verbální sdílení s klienty a realizuje interpretace.
3. Muzikoterapeut navrhuje další hudební intervence pro konkrétního klienta na základě analýzy jeho hudby a verbálních výpovědí.

Základní pravidlo Morfologické muzikoterapie stanovuje, že během terapeutického procesu může klient říct cokoliv, co jej napadne a zahrát cokoliv, co mu přijde pod ruku. Jde o propojení verbálních výpovědí a hudby. Součástí muzikoterapeutických setkání je nejen aktuálně probíhající hudební improvizace mezi klientem a terapeutem, ale i následné naslouchání záznamu této improvizace. Přičemž veškerá verbální i hudební sdílení jsou psychoanalyticky interpretována.

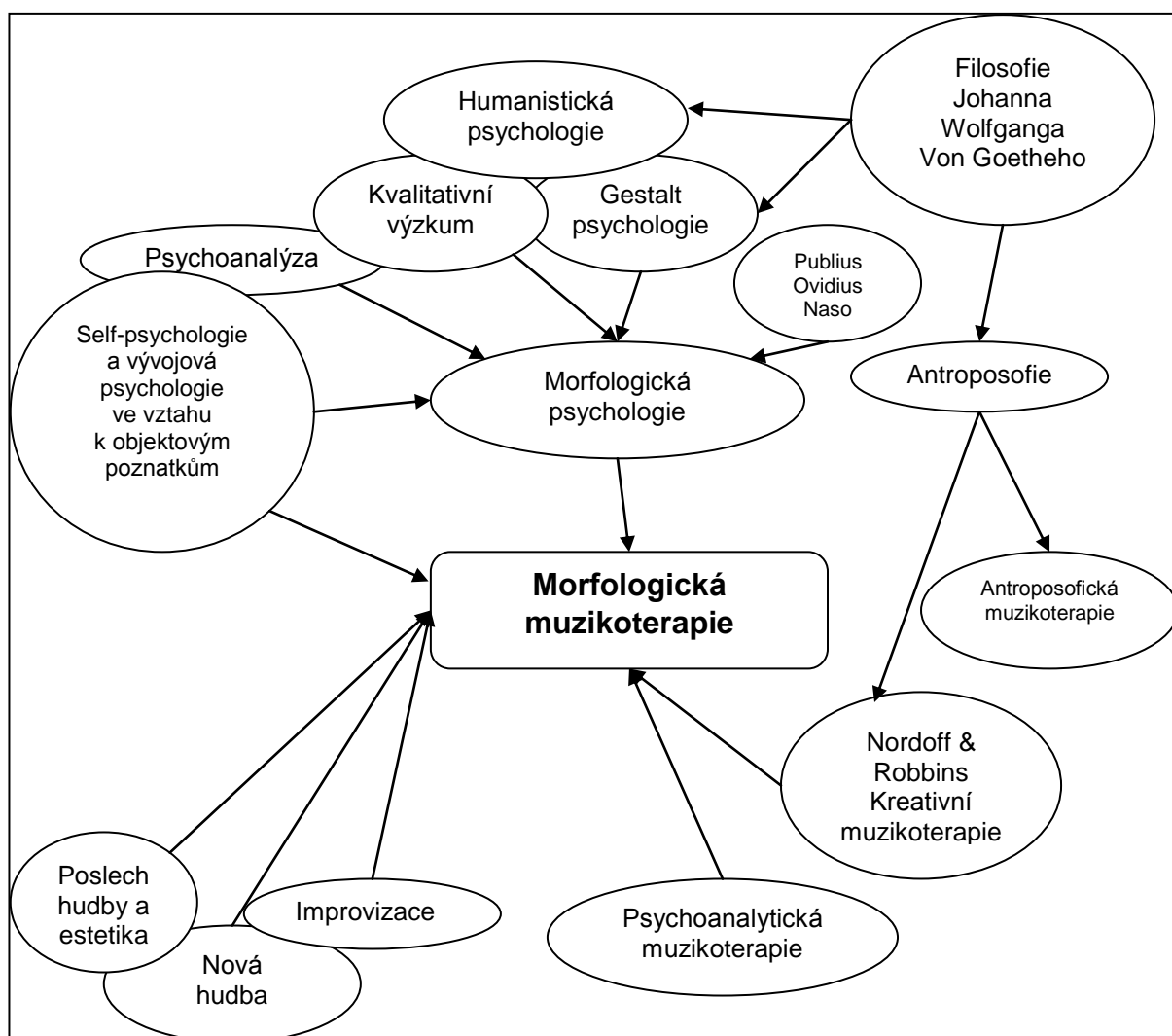
### **Vědecký koncept morfologie v muzikoterapeutické praxi**

Na níže uvedeném grafickém znázornění (schéma č. 3), které publikovala Trüpkner (2004, s. 3), se můžeme seznámit s přístupy a filosofickými koncepty, které přispěly k formování morfologicky orientované muzikoterapie, aniž bychom zacházeli do přílišných detailů. Ačkoliv existuje mnoho názorových proudů, které ovlivnily vznik Morfologické muzikoterapie, hlavní z nich lze spatřit ve staroevropské tradici (Ovidius, Goethe), v tvarové (Gestalt) a morfologické psychologii. Přičemž interpretace muzikoterapeutického procesu zaměřeného na improvizaci klienta s muzikoterapeutem, bývá často nahlížena optikou hlubinně psychologickou.

### **Proměna formy**

Termín *morfe* (*morphe*) pochází z řečtiny a znamená *formu* či *tvar* (německy Gestalt). Německé slovo *Gestalt* znamená taktéž *tvar* či *formu* a v morfologickém kontextu v sobě vždy nese implementaci změny. Jiné slovo pro změnu je *metamorfóza* či *proměna*. Gestalt je více než jen forma a více mobilní než figura. Často se používá k připodobnění k něčemu živému v pohybu nebo vývoji. Weymann (2011) při vysvětlení Gestaltu uvádí přirovnání k plynoucí řece, rostoucí rostlině či vývoji lidské bytosti. Jestliže používáme termín Gestalt v souvislosti s psychologickým

fenomémem, máme jím na mysli běžné formy zkušeností, chování a také dlouhodobý vývoj a historickou biografii člověka. V muzikoterapii může být vše, co vstupuje do kontextu muzikoterapeutické intervence (hudba, diskuse, pocity, chování atd.) chápáno jako Gestalt – tvořená forma v proměnách. Muzikoterapeutický proces z pohledu Morfologické muzikoterapie zahrnuje klienta v jeho celistvosti ve vztahu k proměnám všech symptomů jeho nemoci, vztahů a každodenního vnějšího i vnitřního života (život *psyché*), který se odráží v hudebních fenoménech, jako pohyblivý Gestalt efekt.



**Schéma č. 3:** Filosofické, psychologické a muzikoterapeutické koncepce určující pro formování Morfologické muzikoterapie (přejato a upraveno podle Trüpkner (2004, s. 3).

Morfologická muzikoterapie svůj teoretický koncept opírá, jak bylo uvedeno výše, o staroevropskou tradici. Prvním odkazem je dílo římského básníka Ovidia,

který se zabývá otázkou proměny. Jak ukazuje morfologický pohled, vnímání určité formy je vždy závislé na jejích proměnách.

*„Čase, ty zhoubce všeho, a ty, ó závistné stáří,  
vy, ach, boříte vše – když ohlodá všechno zub věku,  
všechno, co na světě jest, pak zničíte povlovnou smrtí!  
Nic pak nepřijde nazmar, ó, věřte mi, na celém světě,  
vše se jen střídá a přetváří vzhled. My díme, že vzniká  
něco, když jiným to začíná být, než bylo; že hyne,  
jestliže přestává býti to týmž. Snad přejde cos onam,  
ono pak opět tam, však celek zůstává stejný.“<sup>13</sup>*

Před 2000 lety římský básník Publius Ovidius Naso vydal své dílo Proměny (*Metamorphoses*). Název tohoto díla pochází od jeho ústředního motivu. Z řecké a římské mythologické tradice vybral báje, pověsti a legendy, ve kterých se vypráví o proměně člověka a dalších změnách živých bytostí i objektů neživých. Proměna se nám zde představuje v různých obměnách. Často jde o proměnu člověka ve zvíře, rostlinu nebo kámen, ale též bývá vyjádřena v rovině filosofické (Pythagorova nauka o stěhování duší) nebo pojednává o vzniku světa a člověka, kdy chaos přechází v řád.

Ovidius vypráví příběhy o stvoření světa, o lidstvu a bozích ve vztahu k proměně, která je základním principem. Básník v díle žádá bohy o „okřídlený pohyb“, aby jeho duch mohl předvést opakující se proměny formy. Musel se stát podobný svému objektu, aby jej dokázal uchopit. Tento princip se týká i těch, kdo se zabývají vnitřním životem člověka, tedy psychologů, psychoterapeutů i muzikoterapeutů.

Druhým odkazem Morfologické muzikoterapie k evropské tradici je navázání na vědecké práce Johana Wolfganga von Goetheho. Morfologická muzikoterapie vnímá vliv Goetheho jako zásadní. Jak uvádí Weymann (2011) s jeho přijetím vstupujeme do průzračného dynamického světa, kde veškeré muzikoterapeutické dění vnímáme jako ucelenou formu v proměnách. Kromě toho, že byl Goethe německým básníkem a politikem, byl také naturalistou. Zabýval se tématem morfologie koncem 18. století. Se svým konceptem se distancoval od redukcionalistických výzkumných strategií

---

<sup>13</sup> Úryvek z díla Proměny – „Pýthagorás“ v překladu Ferdinanda Stiebitze. Převzato z internetových stránek <http://www.misanthropovaknihovna.estranky.cz/>.

své doby, které se zabývaly zkoumáním objektů skrze „rozebrání“ jejich částí. Jeho cílem bylo identifikovat zákonitosti organické přírody ve vztahu k celku.

Jak dále připomíná Weymann (2004), k poznávání přírody přistupoval Goethe pohledem *Bildung und Umbildung* (formace a transformace). Empiricky studoval viděné formy při hledání základních fundamentálních fenoménů. Jako umělec i jako vědec chtěl Goethe pronikat k tajemstvím a zákonitostem světa v jeho každodennosti nikoliv skrze matematické vzorce, ale skrze vlastní smysly.

Dostal (2011) vnímá Goetheho, jako vědce, jehož pozornost upoutávaly zákony, které je možné vidět očima a které si člověk může uvědomovat a prožívat na místě, přímo v přírodě. Pro Goetheho byl svět smyslů krásný a naprosto reálný. Svět smyslových dojmů a svět myšlenek nevnímal odděleně. Snažil se tvořit pojmy a myšlenky takové, aby se mohly „viditelně“ promítat do světa, který člověka obklopuje. Se svým holistickým přístupem, kterým nahlížel na procesy v přírodě, se přibližoval k dnešním kvalitativně vedeným výzkumům.

Goethe (1790) se ve svém výzkumu zabýval metamorfózou rostlin. Snažil se o vhled do celkového kontextu esence a aktivity. Hledal strukturální princip, hovořil o tzv. archetypu rostlin, kdy se soustředil na zákonitosti projevující se v růstu všech rostlin. Rostlina se nejprve šíří do prostoru v listech, pak se soustřeďuje do květního kalichu. Znova se šíří na vyšším stupni v květní koruně, pak se opět stahuje do pestíku a tyčinek, aby se naposled rozvinula do plodu a stáhla do semínek. Také si všiml, že se ve variacích tvaru listů ukazujících na rostlině od prvních malých lístečků až po květenství základní dynamické principy formy, které nacházel opakovaně ve velmi rozdílných druzích rostlin. Pokud se podíváme na listy od jedné rostliny od prvních lístečků až po ty, které se objevují před květenstvím, vždy je přítomný trend od kulatých po špičaté listové tvary. Také je zřejmé, že tvary listů jsou z počátku více a později méně diferencovány. Stonek listu se progresivně krátí, když se objevuje květenství. To vše je příkladem metamorfózy konkrétních forem (Gestaltů). Gestalt je něco, co se pohybuje – vzniká a zaniká. Poznání Gestaltu je poznáním metamorfózy.

Jak dodává Weymann (2011), aspekty plynutí, výraz tvaru a změna, mohou být také simulací ve vztahu k psychologickým a muzikoterapeutickým otázkám. Svět metamorfózy, plynutí forem nás může připravit na představu dynamických procesů vnitřního světa psýché. Vnitřní svět člověka můžeme také nahlížet jako plynoucí dynamický svět, který je subjektem určitých zákonitostí. Vždy se jedná o pohyb. Zkušenost a chování jsou také dynamické, dokonce i ve spánku.

## **Morfologická psychologie a Morfologická muzikoterapie**

Morfologická psychologie byla založena v roce 1950 Wilhelmem Salberem na základě tvarové psychologie a psychoanalytických přístupů. Na mentální procesy se zde nahlíží jako na tvoření formy a zároveň jako na události zahrnující přechod mezi Gestaltem a změnou. Zkušenosti a chování jsou funkcemi tohoto procesu. Morfologie se snaží nalézt zákonitosti a pravidla v plynulém uspořádání vnitřních struktur. Morfologická psychologie se zaměřuje na analýzu každodenních fenoménů a zároveň na uměleckou zkušenost i na terapii, což dokládá základní termín „psychoestetika“, který odkazuje na blízkost umění a psychologie. Umělecká díla představují konkrétní formy dialogu s realitou. Morfologická psychologie získává skrze umění poznatky o „umění“ každodenního života.

Základní principy morfologické psychologie jsou:

- Psychologické události jsou manifestovány v expresivní Gestalt formě.
- Gestalt existuje v napětí mezi formou a změnou.
- Vstup do intrapsychiky se odehrává na základě „společného pohybu“ (společného hudebního plynutí) skrze současnou zkušenost (Weymann 2011, s. 3).

## **Morfologická muzikoterapie**

Vzhledem k tomu, že je morfologie a morfologická psychologie úzce spjatá s uměním, ze kterého čerpá zkušenosti, byla v roce 1980 vybrána jako teoretický podklad pro muzikoterapeutickou praxi výše zmíněné pracovní skupiny. Tamní muzikoterapeuti hledali metody a teorii, která by umožnila zaměřit se na hudební interakci s klienty a zároveň by poskytla psychologický vhled. Referenční rámec Morfologické muzikoterapie je tvořen:

- Zaměřením na hudbu: Hudba, hudební aktivity a zkušenosti jsou nahlíženy jako klíčové elementy muzikoterapie. Každý individuální proces, který muzikoterapie nabízí je primárně hudební povahy.



- Interakci: Muzikoterapie představuje vždy dialog mezi terapeutem a klientem. Muzikoterapeut však neovlivňuje přímo klienta.
- Fenomenologii: Muzikoterapie odkazuje na to, co zažíváme.
- Hlubinně psychologickým pohledem, který předpokládá, že naše jedinečnost a zkušenosti mají nevědomou motivaci a že se v muzikoterapeutické situaci může vyskytovat přenos i protipřenos (Weymann 2011, s. 4).

Morfologická muzikoterapie předpokládá, že mají všichni lidé vrozený tvůrčí potenciál. V průběhu jejich vývoje a prostřednictvím interakcí s životními podmínkami se formují charakteristické způsoby prožívání života, které Weymann (2004) nazývá metodami žití. Přítomnost nemoci může být nahlížena jako omezení rozvoje tvůrčího potenciálu žití. Při muzikoterapii se tato skutečnost může odrážet jako problém v tvůrčí struktuře hudebního média. Muzikoterapeutická improvizace přináší prostor pro diagnostiku, je zároveň nástrojem terapeutické intervence a možností budoucího vývoje klienta. Hraní umožňuje diagnostiku na podkladě budování vztahu klienta s terapeutem a stimuluje individuální kreativní potenciál.

### **Teorie a praxe Morfologické muzikoterapie**

Základním cílem Morfologické muzikoterapie je interpretace muzikoterapeutického procesu z pohledu morfologické psychologie a obecné morfologie a převedení teoretických zjištění do praxe. Takto vznikla muzikoterapeutická metodika kontinuální přeměny, která se úspěšně etablovala na poli psychiatrie. Tato metodika založená na vědeckém popisu a praktické rekonstrukci hudební zkušenosti je strukturována do čtyř oblastí, které je možné vnímat též jako strukturu muzikoterapeutické intervence v praxi (srov. Trüper 2004; Weymann 2011):

- 1) Celistvost - Gestalt-logika - leiden-können (problém/schopnost)
- 2) Vývojová forma - Gestalt-konstrukce - methodifying
- 3) Formování a reformování - Gestalt-přeměna - změna
- 4) Spolupráce - Gestalt paradox - implementace

## **Celistvost**

Hudba i lidská psychika dokáží vytvořit komplexní, smysluplné a logické ucelené tvary (Gestaly). Uceleným a logickým tvarem v hudbě může být nejen skladba zachovávající jasnou formu např. sonáty, ale také improvizace, a to dokonce i taková, která není pedagogicky vedena nebo určena ke koncertnímu provedení.

V muzikoterapii většinou klient není školen ve hře na nástroj, na který hraje. Improvizace mohou na první poslech vyznívat chaoticky, nerytmicky a často i atonálně, přesto vytváří nezaměnitelný Gestalt, kterému musíme později porozumět. Trüper (2004) dodává, že jak pro sonátovou formu, tak pro nestrukturovanou improvizaci je shodné, že vznikají a existují v reálně probíhajícím čase, kdy jedna nota následuje druhou tady a teď.

## **Gestalt-logika**

Z morfologického hlediska je důležité, abychom nedělili účastníky muzikoterapeutického procesu na jednotlivé psychologické faktory, jako terapeut - klient - hudba, ale abychom je vnímali jako smysluplný celek, ve kterém probíhají neustálé interakce. Trüper (2004) připomíná, že nikdy nemůžeme s jistotou říci, který faktor ovlivní pozitivní změnu klienta v muzikoterapii, zda je to hudba, osobnost muzikoterapeuta nebo vývoj klienta v čase. Vždy jde o souhrn všech faktorů dohromady.

Morfologická muzikoterapie rovněž neanalyzuje jednotlivé sekvence v průběhu muzikoterapeutické improvizace<sup>14</sup> a snaží se postihnout vznikající hudbu jako celek, včetně jejího vývoje v čase, kdy dochází k pozvolným změnám i náhlých zvrátů (např. ztišení, změna hudebního tématu, změna tempa apod.). Tyto hudební události jsou nazývány meziprodukty (srov. Trüper 2004; Weymann 2011), které mohou postupně vést k terapeutické změně.

V každé hudební improvizaci, kterou klient hraje, můžeme po čase najít vnitřní smysl. Je tomu podobně jako u některých hudebních děl známých autorů, které jsou pro naše vnímání těžko uchopitelné, ale po čase k nim najdeme cestu, pochopíme je.

---

<sup>14</sup> Trüper (2014) vymezuje rozdíl mezi Morfologickou a Analytickou muzikoterapií. V Analytické muzikoterapii dochází k segmentaci hudební improvizace dle následujících kroků: a) psychické obsahy jsou skryté, b) pomocí hudební improvizace dochází k jejich uvolnění, c) obsahy psychiky přecházejí do hudební produkce, d) dochází k verbální diskusi nad zpřístupněným nevědomým materiálem, e) dochází k terapeutické změně. Oproti tomu Morfologická muzikoterapie vnímá improvizaci jako logický celek, ve kterém i bez strukturované analýzy dochází k terapeutickým změnám.

Entitu smyslu lze najít v každém hudebním fenoménu, tento smysl bývá kulturně determinován (Weyman 2002).

Jak jsme již v textu zmínili, v rámci muzikoterapeutické improvizace, kdy klient produkuje určitou hudbu, čas od času dochází k charakteristickým změnám, které jsou důležitou informací pro vývoj muzikoterapeutického procesu. Po určitém čase najdeme způsob, jakým porozumíme hudební improvizaci klienta, o to důležitější jsou chvíle, kdy klient zahraje něco zcela neočekávaného, něco, co předtím nebylo v jeho dosavadní produkci obsaženo. Naše porozumění je dočasně inhibováno, posléze však nalezneme v této změně nový smysl, který posune celý muzikoterapeutický proces kupředu. Trüpkker (2004) dodává, že hudba sama o sobě není signifikantní, důležité je spíše to, co se vyvíjí a rozvíjí mezi námi a hudbou.

### **Problém vs. schopnost**

Trüpkker (2002) upozorňuje na skutečnost, že od klientů často slyšíme o jejich problémech, o tom, co je sužuje a co je trápí. Málo kdy však mluví o svých schopnostech, o tom, v čem jsou silní, co dokáží, co jim jde. V muzikoterapii nás samozřejmě zajímá geneze problému, který vede k negativním projevům v psychické i somatické sféře, ale zároveň vnímáme klienty z hlediska jejich schopností a dovedností v pozitivním slova smyslu (srov. Lipský 2011; Kantor 2014). Důležitá je rovnováha mezi náhledem na problém i náhledem na schopnosti. V takových případech dokáže klient o svých trápeních mluvit a zároveň vědomě rozpoznává své silné stránky.

Trüpkker (2004) připomíná, že se v praxi setkáváme také s klienty, kteří si své problémy nepřipouští a upínají svoji pozornost pouze ke svým schopnostem. Vznikající tlak z této disproporce někdy může vést až k psychickému onemocnění.

Jak uvádí Weymann (2011), muzikoterapeut se v průběhu improvizace s klientem snaží v hudbě odhalit nejen projekce vnitřních pochodů, které mohou být klíčové pro pochopení problému, ale zároveň se snaží zachytit a podpořit silné stránky osobnosti klienta, které mohou být nositelé terapeutické změny.

Trüpkker (2004) dodává, že je nutné nahlížet na muzikoterapeutickou improvizaci jako na ucelený proces, ve kterém nejde pouze o to, co klient „*přináší z nevědomí na světlo, ale o vzájemnou interakci a empatii, o doprovázení klienta, o jeho přijetí, o naslouchání jeho hudbě, potřebám, problémům i schopnostem*“ (Trüpkker 2004, s. 6).

Mimo to by si měl muzikoterapeut uvědomit, jak on sám hudební improvizaci klienta ovlivňuje nasloucháním i vlastními hudebními vstupy.

Z pohledu morfologické muzikoterapie nám hudba může napovědět, v čem spočívá problém klienta. Problémy jsou často skryté v nevědomí a pomocí hudební projekce postupně vyplouvají na povrch. Nejde však jen o problémy, ale také o skryté schopnosti, které se mohou stát základem podpory a léčby klienta. Pomocí muzikoterapie klient získává novou zkušenost, kterou si může přinést do běžného života. Terapeutický efekt se pak zrcadlí ve vnitřní i vnější změně chování, jednání a prožívání<sup>15</sup>.

### **Vývojová forma - Gestalt-konstrukce - methodifying**

V muzikoterapii neexistuje univerzální recept pro vedení terapie, který by byl shodný pro všechny klienty. Muzikoterapeut musí ke každému přistupovat individuálně a upravovat postupy podle schopností, možností a osobnostních rysů klientů. Každá improvizace, která se v muzikoterapeutickém procesu odehrává je zcela jedinečná, stejně tak jako hudba klienta i klient sám. Veškeré pozitivní změny se dějí ve vývoji muzikoterapeutického procesu i ve vývoji improvizace. Jde o individuální vývoj klienta a jeho hudby v čase. Jedině ve vývoji muzikoterapeutického procesu může dojít k navázání vztahu mezi klientem a terapeutem. Vývoj přináší jistotu a pocit důvěry klienta k terapeutovi a může postupně zpřístupnit nevědomý materiál a zprostředkovat žádoucí změny (Trüpkker 2004).

Muzikoterapeut je facilitátorem procesu vývoje. Musí vždy hledat rovnováhu mezi aplikovanými metodami, technikami, procedurami muzikoterapie a mezi vztahem ke klientovi, včetně přenosu a protipřenosu, aby nebránil vývoji a rozvoji klienta a nebrzdil jeho ozdravný proces. Musí najít rovnováhu mezi vedením a doprovázením klienta v průběhu muzikoterapie a trpělivě naslouchat hudbě, která se rovněž vyvíjí. Teprve vývoj v čase přináší pochopení a odhalení tajemství hudby, kterou klient hraje, včetně intrapsychických projekcí a náhledů na řešení, které mohou vést k terapeuticky významným změnám (Weymann 2011).

---

<sup>15</sup> Trüpkker (2004) uvádí, že informace získané při hudební improvizaci klienta se v rámci modelu Morfologické muzikoterapie stávají diagnostickým nástrojem. Z této analýzy je odvozena metodika, která je rovněž rozčleněna do čtyř bodů: a) celistvost, b) vnitřní regulace, c) transformace, d) rekonstrukce.

## **Formování a reformování - Gestalt-přeměna - změna**

Trüpkker (2004), se ve vztahu k tématu formování a proměny z pohledu Morfologické muzikoterapie zamýšlí nad tvrzením, že hudba může změnit charakter člověka. Než se člověk naučí hrát na hudební nástroj a stane se např. klavíristou nebo kytaristou, uplyne řada let, které jsou spojeny s nácvikem a pílí. V průběhu těchto let se formuje naše osobnost nejen ve vztahu k hudbě, ale též vlivem každodenních životních událostí. Přesto i hudba formuje náš cit, vnímání světa a stává se důležitou součástí naší identity. Podobně je tomu i v jiných oblastech lidského života. Dochází k vývoji a přeměně. I ucelené tvary (Gestalty) prochází neustálou proměnou, jsou nově utvářeny a ovlivňovány. Podobně tomu bývá i v muzikoterapii. Muzikoterapeutický proces i každodenní život ovlivňují naše klienty. Odhalení, která mohou v muzikoterapii nastat, následně mohou pozitivně změnit život klienta.

Trüpkker (2004) uvádí, že je důležité, aby improvizace a jiné hudební intervence, jako i slovní zpracování a imaginace byly realizovány v otevřené interakci s klientem. Jedině otevřená interakce může napomoci rozpoznat změny v hudbě (nové vjemy, jiné tóny, akcenty, nové formy, výrazy apod.), které vnímá nejen terapeut, ale především klient. Někdy rozpoznané hudební změny mohou prohloubit intrapsychické poznání a vést ke změně i v jiných oblastech života klienta. Velice často se stává, že jsou tyto změny nenápadné a to, že k nim došlo i na psychické úrovni zjistíme až později. Přesto se vyskytují určitá „prozření“, kdy klient náhle pochopí souvislosti a dochází k okamžité změně a zvratu v muzikoterapii i v běžném životě.

## **Spolupráce – Gestalt paradox – implementace**

Z hlediska morfologie je morfogeneze definována jako spolupráce jednotlivých psychologických faktorů, které jsou ucelenými tvary. Psychické stavy jsou vždy přisuzovány psychologickým zdrojům. Nejsou z morfologického hlediska považovány za výsledek, např. biologického, fyzikálního nebo metafyzického působení. Morfologická muzikoterapie se rovněž zaměřuje na psychický vývoj člověka, nikoliv na biologické a další procesy, které u něj rovněž probíhají. Na intrapsychické úrovni dochází také ke spolupráci jednotlivých zdrojů lidské psychiky. Ty můžeme v muzikoterapii rozpoznat a zaměřit se na ně. Základem Morfologické muzikoterapie je tedy implementace (realizace) změny v psychické oblasti s cílem přenosu této změny z hudební situace do každodenního života (srov. Trüpkker 2004; Weymann 2011).

## Výzkum

Jako příklad výzkumu v Morfologické muzikoterapii, který se stal inspirací pro naši empirickou část, uvádíme studii Dr. Sylvie Kunkel (2009), která vychází z popisu a rekonstrukce metody muzikoterapeutické improvizace u klientů se schizofrenií. Výzkum ukazuje, že se při improvizaci těchto klientů proměňují výrazové hudební charakteristiky. Výsledky kvalitativního zpracování předkládají kategorie výroků, které napomáhají porozumět nemoci klientů skrze hudební médium a zároveň přinášejí hypotézy o možném dalším směřování muzikoterapeutické intervence.

Weymann (2011) dodává, že v Morfologické muzikoterapii byly realizovány obdobné srovnávací studie testující další skupiny klientů s psychiatrickou diagnózou. Tyto výzkumy se zaměřovaly na klienty s hraniční poruchou osobnosti, chronickou bolestí a mentální anorexií.

Základním východiskem takto realizovaných výzkumů je předpoklad, že klient při improvizaci nevědomě do své hudby promítá rysy osobnosti, včetně patologických symptomů a tvoří tak hudební obraz, který je pro něj charakteristický. Zároveň se v hudebním motivu mohou objevit „terapeutické momenty“, kdy zní hudba jinak, než je ve vztahu k patologickým vzorcům běžné. Tyto momenty je nutné identifikovat a využít v následných muzikoterapeutických intervencích.

Vzhledem k tomu, že při muzikoterapeutické improvizaci v Morfologické muzikoterapii nehraje klient sám, ale je v hudební interakci s muzikoterapeutem, musí být muzikoterapeut otevřený vůči klientovi a jeho hudbě a nesmí hudební interakci ovlivňovat se záměrem naplnit svůj osobní prospěch. Během hry muzikoterapeut klienta pouze doprovází. Z hlediska Morfologické muzikoterapie hovoříme o tzv. „společném hudebním pohybu“ (srov. Weymann, Trüper 2004; Kunkel 2009). Společný pohyb v hudební improvizaci vyvolává reakce klienta (např. vytvoření hudebního kontrastu, ale též monotónního setrvání na realizovaných hudebních vzorcích).

Weymann (2011) předpokládá, že se vnitřní život klienta manifestuje skrze Gestalt formaci v hudebním médiu. Každá patologie (nemoc či porucha) se při hudební improvizaci projeví jako problém vytváření Gestalt formace.

Kunkel (2009) analyzovala individuální muzikoterapeutická setkání s klienty se schizofrenií. Její studie klade výzkumnou otázku, „*kteří interaktivní znaky a formy vztahu se vyskytují během prvních kontaktů?*“ (Weymann 2011, s. 5)

Muzikoterapeutické metody, které při výzkumu používala, byly muzikoterapeutická improvizace a verbální sdílení. Hudba vznikající při muzikoterapeutické improvizaci klienta s terapeutem i následná verbální sdílení se nahrávaly na audio záznam a poté byly přepsány do tzv. morfologického popisu. Tím rozumíme přepis verbálních diskusí klientů a zaznamenání výpovědí respondentů, kterým byly hudební ukázky realizovaných improvizací puštěny. Respondenty byli studenti muzikoterapie, kteří zaznamenali své pocity a názory na hudební záznam muzikoterapeutické improvizace, aniž by měli jakékoliv informace o klientovi, který se hudební interakce účastnil.

Weymann (2011, s. 5) uvádí příklad z výše popisovaného výzkumu Sylvie Kunkel u jednoho klienta se schizofrenií. Klient si při prvním setkání pro muzikoterapeutickou improvizaci vybral basový xylofon a muzikoterapeut na jeho hudbu reagoval hrou na klavír.

Hudební záznam této improvizace byl přehrán studentům muzikoterapie, bez jakékoliv informace o diagnóze klienta. Ti měli za úkol hudbu popsat slovy. Činili tak metaforickým jazykem, který byl později kvalitativně analyzován. Uvedeme některé z výroků:

*„Schovávání a hledání.*

*Dva lidé honí jeden druhého.*

*Jeden zkouší chytit druhého, ale vyhýbá se mu*

*Ten, který je honěn se schová za stromem.*

*Honěný kličkuje, vrací se zpět a uniká.*

*Společně každý sám za sebe.*

*Krátké momenty blízkosti, které se opět rozplynou.*

*Náhle se něco změní: obohacení, oddechnutí.*

*Vidí jeden druhého... ale je to šok.*

*Objevuje se hrozící nebezpečí, oba utíkají pryč... a utíkají a utíkají“ (Weymann 2011, s. 6).*

Studenti dále diskutovali a shrnuli své popisy do následující věty: *„Přibližování (sbližování) je zároveň obohacující i ohrožující. Proto přibližování prozatím zůstává*

*neurčité bez obrysů. Vystává otázka, zda pospolitost chránit před proniknutím a rozpadem?“ (Kunkel 2009, s. 432)*

Zarážejícím rysem tohoto abstraktního jazyka, který již odpovídá rekonstrukci a poukazuje na problém Gestalt formace, je skutečnost, že diagnóza nebyla posluchačům známa, přesto popis ukazuje základní problematiku zkušenosti u lidí se schizofrenií. *Přiblížení může být pro člověka se schizofrenií obohacující i ohrožující zároveň* (Kunkel 2009, s. 432).

Přepisy výroků studentů muzikoterapie o improvizované hudbě byly následně analyzovány pro každý individuální případ zvlášť a porovnány s popisnými texty verbálních výpovědí klientů. Ze srovnávací analýzy vzešly dvě základní kategorie: *separování a spojování* (Weymann 2011, s. 6):

- *V extrémních případech „separace“ může značit „narcistické uzavření sebe sama do „bezcílného autismu“.*
- *„Spojování“ může znamenat spojení s objektem s nebezpečím self-obliterace (sebe-vymazáním).*

Kunkel (2009) dochází k závěru, že v počáteční fázi muzikoterapie je spolupráce s klienty se schizofrenií nemožná. Výzkum hudební improvizace však odhalil, že se v hudbě neobjevilo pouze téma „separace“, ale byly zachyceny i křehké momenty, které byly klasifikovány jako „přiblížení se“, „blízkost“, „spojování“ a „pospolitost“. Na těchto hudebních momentech by mohla být postavena další muzikoterapeutická intervence při následných muzikoterapeutických sezeních. Hudební témata reflektující pospolitost dávají tušit, že je možná cesta, která nepovede k „sebe-vymazání“ navzdory velké blízkosti.

Důležitý objev tohoto výzkumu spočívá ve srovnání lingvistické a hudební interakce. Ukazuje se, že narozdíl od mluveného slova, nabízí nonverbální povaha hudby pro klienty se schizofrenií bezpečný prostor k sebevyjadřování. Momenty pospolitosti a blízkosti se tak mohou odehrát bez nátlaku potencionálního ohrožení, které klienti se schizofrenií vnímají ve vnějším verbálně utvářeném světě. *„Tato zkušenost, která nemůže být vyjádřena slovy je předávána při společné improvizaci hudbou“ (Kunkel 2009, s. 433).*



### 1.3.2 Analogická muzikoterapie

Model Analogické muzikoterapie je připisován Henku Smeijsterovi z Holandska, který ve své praxi i výzkumu zdůrazňoval skutečnost, že můžeme v hudebním obsahu lokalizovat určité psychické procesy, které odpovídají patologickým vzorcům chování. Zároveň hudba u klienta dokáže aktivovat samoléčící schopnosti, které se zpětně projevují v jejím obsahu i v běžném životě. Analogická muzikoterapie zdůrazňuje tuto skutečnost ve vztahu k indikaci muzikoterapeutických postupů pro konkrétní poruchy a onemocnění.

V Analogické muzikoterapii je důraz kladen na metodu improvizace. Narozdíl od skladby nebo určité písně nabízí hudební improvizace méně strukturovaný prostor, do kterého klient může promítat své psychické obrazy. V improvizaci je spatřována analogie k naší komunikaci, k našemu jednání, myšlení a cítění, kde výrazové možnosti hudby odpovídají vnitřní emoční dynamice klienta (Smeijsters 2005).

Zeleeiová (2007) nahlíží na Analogickou muzikoterapii jako na eklektický model, který využívá zkušenosti dalších muzikoterapeutických škol a přístupů. Vždy však vychází ze základní premisy, že hudební chování klienta se podobá znakům psychického onemocnění.

Smeijsters (2005) vnímá analogii jako základní parametr, který je nutný zohlednit při aktivní improvizaci v muzikoterapeutickém procesu<sup>16</sup>. V hudební situaci se objevuje způsob, jakým se klient vyjadřuje v běžném životě<sup>17</sup>. K podobnosti mezi psychickým prožíváním a hudebním děním může dojít, pokud jsou splněny níže uvedené charakteristiky:

- Vzniká blízkost ke skutečnosti a zároveň i určitý distanc.
- Jestliže dění v muzikoterapeutickém procesu je ve své podstatě shodné s děním mimo něj:

Hudební elementy jsou symbolickými ekvivalenty nehudební činnosti; např. když klient není schopen vyjádřit své pocity i v hudbě hraje velice fádně.

---

<sup>16</sup> Smeijsters (2005, s. 56 - 64) na základě kvalitativního výzkumu výpovědí a z odborných textů jednotlivých muzikoterapeutů napříč muzikoterapeutickými modely spatřuje v analogii hlavní termín pro muzikoterapii obecně. Vše co se v muzikoterapeutickém procesu odehrává, můžeme zastřešit core-kategorií *analogie*.

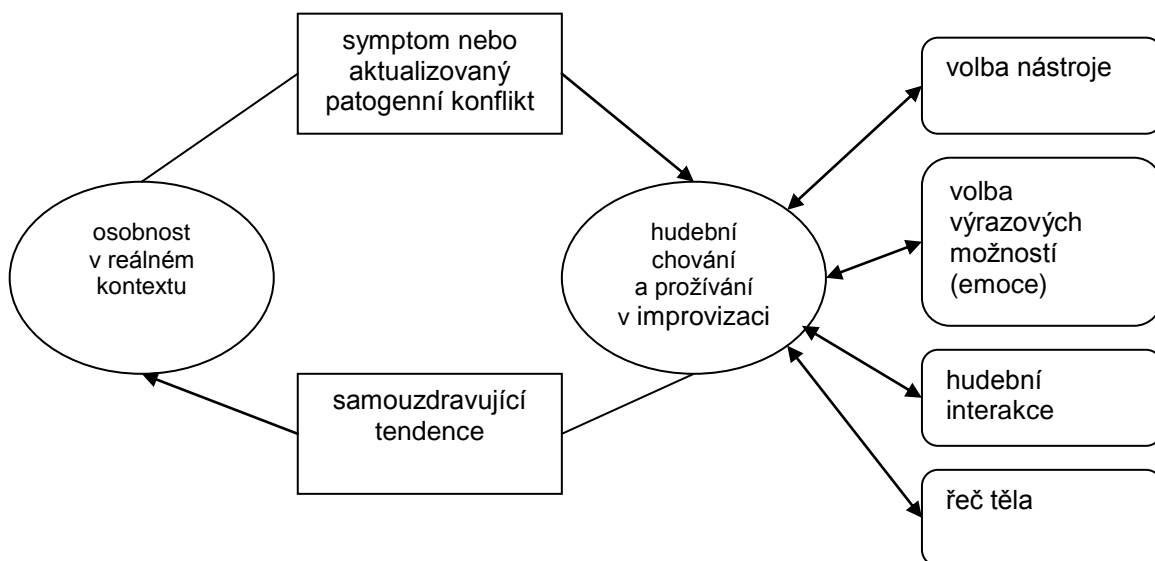
<sup>17</sup> Více se tématu analogie věnujeme v kapitole 2.3.

Nehudební činnost se odehrává v rámci hudebního kontextu; např. celá skupina improvizuje, ale jeden z nich ne, jelikož se nachází v sociální izolaci (Smeijsters 1999).

- Hudební procesy poukazují na podobnosti s psychickými procesy, které vedou k rozvoji nebo zlepšení.

Smeijsters (1999) rozlišuje analogii hudebně-patologických a hudebně-terapeutických procesů. V procesu hudebně-patologickém se zabývá otázkou, do jaké míry lze psychickou poruchu rozpoznat v hudebním obsahu. V hudebně-terapeutickém procesu jde o základní předpoklad, že hudba dokáže oslovit nefunkční mechanismy v lidské psychice a navodí proces jejich rozvoje a vypořádání se s konkrétními symptomy.

Zeleviová (2007, s. 134) k tomu tématu předkládá schéma analogických procesů (schéma č. 4).



**Schéma č. 4:** Schéma analogického procesu podle H. Smeijsterse (přejato z: Zeleviová 2007, s. 134).

Z výše uvedeného schématu vyplývá, že je nutné vnímat hudební chování a prožívání klienta při improvizaci, abychom identifikovali projevy symptomů a aktualizovaných patogenních konfliktů a následně mohli lépe zachytit rehabilitační a léčebné procesy, které tento kreativní proces nabízí. Za možné identifikátory této změny je možné považovat nejen řeč těla a volbu nástroje, ale především hudbu samotnou, včetně emoční odezvy.

### 1.3.3 Geneape muzikoterapie

Muzikoterapeutický model Geneape vyvinula česká muzikoterapeutka Jitka Kavanová Pejřimovská na podkladě dlouholeté praxe na dětské psychiatrii v Praze. Podle Kantora (2014) v sobě Geneape odráží systémové pojetí, dynamické a psychodynamické orientace a především klinickou praxi u klientů s neurotickými, psychotickými, strukturálně osobnostními a behaviorálními poruchami.

Pejřimovská (2007a) vychází ze základního předpokladu, že projevy zvuku a hudby u člověka nepodléhají takové psychické cenzuře jako mluvené slovo. Hudba může být čirým oknem do vědomí, předvědomí i nevědomí lidské osobnosti. Základem modelu Geneape je podle Kantora (2014) porovnání volných hudebních improvizací s klinickým obrazem klientů. Klient v hudební improvizaci vyjadřuje sebe samotného i reprezentuje intrapsychické obsahy na úrovni hudební symboliky. Muzikoterapeutická intervence spočívá v práci s tímto symbolickým hudebním materiálem, díky němuž se dosahuje nové zkušenosti – restrukturalizace osobnostních kvalit s posunem k optimálnímu stavu. Jednotlivé kroky pak představuje např. autentický hudební projev, hudebně-tematické „rozbalování“ intrapsychických obsahů a strukturálních procesů, provazování archetypální a inspirativní potence hudby s využitím preverbality a postverbality.

Pejřimovská (2012) uvádí, že v muzikoterapeutickém procesu je především hudba nositelkou potence terapeutické změny. Muzikoterapeut by měl ve vztahu k hudbě pociťovat pokoru a respekt. Muzikoterapeut není autoritou, ale pokorným průvodcem a facilitátorem hudební produkce klienta. Vznikající hudba má schopnost být přirozeně jsoucí a oslovovat klienta hluboko v jeho nitru. Hudba jej integruje do celku ve všech oblastech a podporuje samoléčebný proces. Hudba je médiem, které nese informace o prožívání člověka. Jinými slovy, hudba a prehudební kreace klienta jsou nositeli informací, které se mohou využít jak v diagnostickém, tak i v terapeutickém procesu (Pejřimovská 2010).

Při hudební improvizaci, kdy klient přímo vytváří hudbu, vyjadřuje zároveň sebe sama, aniž by si to uvědomoval. Jak dodává Pejřimovská (2012), u dětí s psychickým onemocněním je možné prostřednictvím jejich hudebních kreací analogicky usuzovat na prezentaci jejich aktualizovaných patologických vzorců chování, ale také na prezentaci jejich bytostného já. Hudba reprezentuje na symbolické úrovni vnitřní život člověka.

Pro ilustraci pochopení dalšího textu jsme připravili schéma terapeutické změny podle modelu Geneape (schéma č. 5).

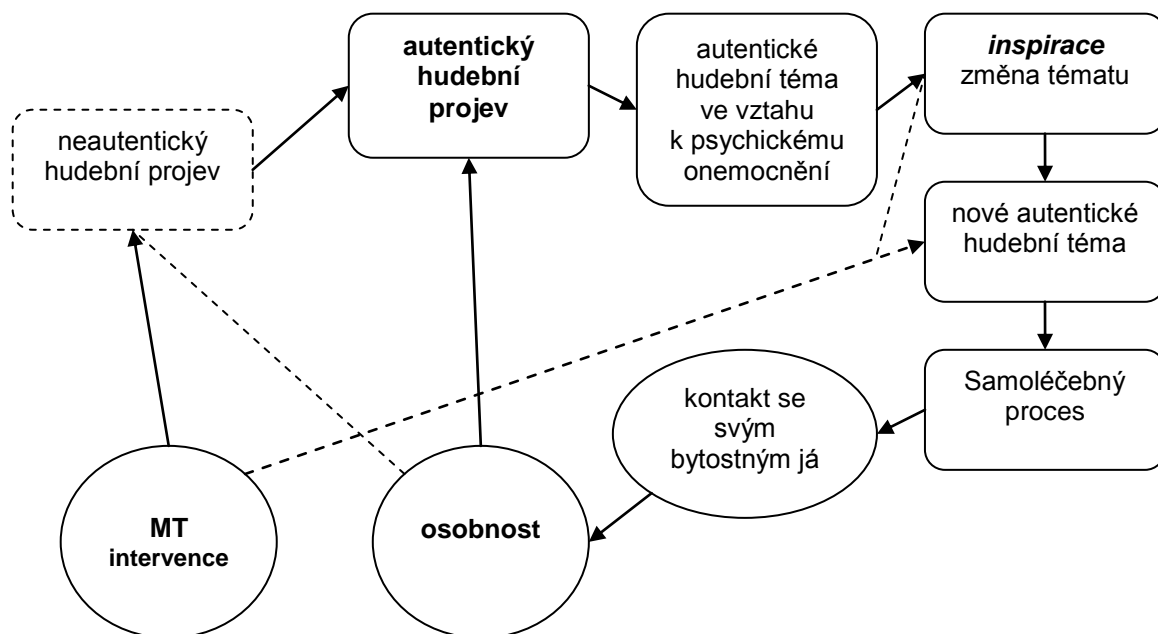


Schéma č. 5: schéma terapeutické změny podle modelu Geneape.

Muzikoterapeut může podpořit hudební improvizaci vlastní hrou, ale pokud má hudba hraná klienty *autentický výraz*, terapeut pouze naslouchá. Až ve chvílích, kdy se autentický výraz z hudby klienta začne vytrácet, může jeho hru podpořit tak, aby došlo k návratu k autentičnosti. Autentickým projevem rozumíme takové hudební situace, kdy se hudba dotýká skutečnosti, samotné podstaty lidského bytí.

Ne každý hudební projev klienta je autentický. Při neautentickém hudebním projevu můžeme usuzovat na obranné mechanismy, které zabraňují zpřístupnění intrapsychických procesů do hudby. Např. u dětí s poruchou osobnosti se během hudební improvizace objevuje téměř uspokojujivá, jakoby „školská“ hra, která je svojí podstatou oddělena od intrapsychických procesů a tudíž je neautentická. Intervence muzikoterapeuta však může tento stav zvrátit (Pejřimovská 2007b).

Podle Pejřimovské (2012) není Geneape pouze o hudbě, ale též o vztahu mezi klientem a muzikoterapeutem. V prostoru vzájemně vytvořeného vztahu se odehrávají významné procesy, které s pomocí hudby směřují k tomu, aby *nežité* části osobnosti klienta byly *žité*. Hudba je nástroj, který vede k oživení našeho nitra. Jestliže je klient v tísnivé situaci, kdy prožívá psychickou poruchu, ať již z neurotického

či psychotického okruhu, může mu hudba pomoci, aby integroval svoji osobnost. Hudba prostupuje nežité části jeho osobnosti a postupně je oživuje.

Klient s psychickým onemocněním nežije části sebe sama proto, že pocítuje strach, aniž by si ho plně uvědomoval. Tento nevědomý strach (např. ze selhání, z našeho znehodnocení) se v hudební improvizaci může rozmělnit. Hudba ve své struktuře přináší člověku prožitek jistoty a důvěry. Hudba se stává garantem dobra a krásna. Proto se při hudbě nemusíme tolik obávat vlastního selhání, úzkostí, strachů, protože hudba nám dává tušit, že konec bude dobrý (Pejřimovská 2012).

Jestliže je projev klienta autentický, dozvídáme se o něm mnoho důležitých informací, které představují analogii k jeho vztahování se k sobě samému, k druhým i ke světu. Proto by se měl muzikoterapeut naučit rozlišovat mezi autentickými a neautentickými hudebními projevy (Pejřimovská 2007b). Také by měl být citlivý na hudební posuny a obsahové zvraty hudebních témat, jelikož tyto momenty mohou podpořit léčebné a samoléčebné procesy.

Klient nemusí rozumět hudebnímu zážitku na úrovni setkání se symbolickým jazykem hudby, při kterém dojde na intrapsychické úrovni k prožití změny. To znamená, že část osobnosti, která je „ztuhlá“ strachem a úzkostí začne být „živá“. A to aniž by byl klient schopen reflektovat tento proces ve slovech, byť k tomu někdy také dochází (Pejřimovská 2012).

Tyto procesy jsou dynamické a probíhají na nevědomé úrovni, proto by si jich měl muzikoterapeut všimnout, aby mohl nově vzniklé hudební téma, které je nositelem významné změny, zachytit a případně klientovi opět nabídnout. Jindy stačí, že muzikoterapeut pouze naslouchá, neboť se klient sám navrácí k novému tématu, aby se ujistil o jeho existenci.

Pejřimovská (2012) v rozhlasovém pořadu Diagnóza F rádia Wave uvádí následující příklad z praxe: Pracovala se skupinou chlapců ve věku od 9 do 13 let, kteří měli diagnostikovanou neurotickou poruchu osobnosti. Chlapci spontánně improvizovali na rytmické nástroje, flétnu a zapojovali do improvizace i svůj hlas. Jejich společná hudba byla poznamenána intrapsychickou dynamikou jejich onemocnění a zrcadlila se v hudebním tématu strachu a úzkosti. Toto hudební téma se neustále vracelo, jako by se přes něj nedalo dostat. Hudební významy symbolicky velice dobře vyjadřovaly úzkost a strach. Ačkoliv to byla hudba improvizovaná, byla strhující, krásná a především autentická. Vznikala v prostoru tady a teď v návaznosti na hudební interakci mezi chlapci. Po určitém čase se náhle objevil moment, kdy došlo ke zvratu, hudebnímu zlomu a postupně se začal objevovat nový tichý motiv, který byl nadějí, skrz kterou se hudba otevřela do nového heroického motivu. Chlapci zahráli heroickou hudbu, poslze

se ještě několikrát vrátili zpět k tématu úzkosti a strachu, ale pokaždé jen na krátko a znovu se navrátili prostřednictvím hudebních plochy k heroické klidné hudbě. Získali nový zážitek na hudební úrovni, že úzkost i strach jsou překonatelné, což si několikrát ověřili. Tato zkušenost je zkušeností se symbolickým jazykem hudby. Tuto zkušenost zde získali a nyní ji mohou přenést do každodenního života.

Jak dodává Pejřimovská (2012), hudba má schopnost provazovat *tělesno s psýché* a *psýché s tělesnem*. Hudba dokáže tuto hranici překračovat tam i zpět. Tato skutečnost znamená, že hudba prostupuje člověka jako celek. Má-li být člověk zdravý, měl by být celistvý a jeho subsystém bio-psycho-socio-spirituální by měl být ve vzájemné kooperující interakci a vytvářet tak celek. Žádný subsystém by neměl být osamocen. Jestliže klient zahraje na hudební nástroj a uvolní své tenze jak na úrovni psychické, tak na úrovni tělesné, zvuk hudebního nástroje začne mít určitý charakter, který je závislý od alikvotních tónů a tím nabývá na kráse.

Klient se snaží, aniž by k tomu byl vyzván, nalézt spontánně nejkrásnější zvuk s nejlépe znějícími alikvotními tóny. Aby toho mohl docílit, musí se uvolnit a to jak na úrovni fyzické, tak i psychické. Tento proces vnímá Pejřimovská (2007a) jako proces léčebný, který je návratem k lidské přirozenosti. Znovuoživení lidské přirozenosti vede odeznění patologických projevů a navrácení lidskosti. Tento proces se uskutečňuje prostřednictvím hudby a má přesah do každodenního života klienta.

## SHRNUTÍ:

Představili jsme tři modely, které přikládají primární význam hudebnímu obsahu improvizací klienta, podobně jako je tomu v naší empirické studii. Ve vztahu k našemu výzkumu je důležité zmínit, že všechny tři uvedené modely předpokládají projev patologických symptomů v hudbě. Zároveň uvádějí, že je na hudební úrovni možné nalézt a realizovat intervence, které povedou k aktivaci samoléčebného procesu. Ten se odvíjí od postihnutí změny v hudbě, která předznamenává změny na úrovni psychické.

Podrobně jsme se zabývali především modelem **Morfologické muzikoterapie**, neboť není v České republice známý a navíc se morfologická studie Dr. Sylvie Kunkel stala inspirací pro náš výzkum. Morfologická muzikoterapie vnímá celou hudební situaci (tj. společnou improvizaci klienta a muzikoterapeuta) jako ucelenou formu (Gestalt), která se vyvíjí. Tento vývoj je zachytitelný v hudebním obsahu i v diskusích vedených s klienty. Muzikoterapeut intervnuje v podobě *společného hudebního plynutí*, jímž rozumíme hudební dialog, při kterém musí být terapeut nesmírně citlivý k hudbě klienta. Muzikoterapeut klienta hudebně provází, podporuje a vyvolává odezvu z jeho strany. Veškeré interpretace tohoto morfologického procesu podléhají psychodynamicky orientovanému vědeckému jazyku.

**Analogická muzikoterapie** Dr. Henka Smajjsterse rovněž přikládá význam hudebnímu obsahu improvizací klienta. Na základě kvalitativního výzkumu Smajjsters došel k závěru, že spojnicí mezi hudbou a intrapsychickými procesy je analogie. Nacházel analogie mezi patologickými vzorci chování, hudbou klienta a dalšími aspekty (např. volba hudebního nástroje, řeč těla apod.). Muzikoterapeut z pohledu Analogické muzikoterapie musí být citlivý vůči všem uvedeným indiciím, aby dokázal lokalizovat analogický projev symptomu nebo patogenního konfliktu v hudebním médiu a včasné intervenovat, aby u klienta aktivoval samouzdravující proces.

V České republice vyvinula na základě svých praktických zkušeností Mgr. Jitka Pejřimovská **model Geneape**, který sice nevychází z výzkumného základu, přesto předkládá ucelenou teorii upotřebitelnou v praxi. Pejřimovská předpokládá, že v hudbě klienta může být aktivován samoléčebný proces i prostřednictvím hudby samotné, pokud je klient schopen autentického hudebního projevu a dokáže patologické symptomy zrcadlit se v hudebním obsahu překlenout novým hudebním tématem, které v něm aktivuje nežité části jeho osobnosti. Muzikoterapeut intervnuje ve chvílích, kdy je projev klienta neautentický nebo je samoléčebný proces na hudební úrovni jakkoliv narušen.

#### **1.4 Vybrané specifické skupiny klientů muzikoterapeutické intervence**

Muzikoterapie je tvořena, jak jsme již zmínili, třemi elementy, jimiž jsou hudba, terapeut a klient<sup>18</sup>. Rádi bychom se nyní zaměřili na klienta v muzikoterapeutickém procesu, jelikož je empirická část tohoto textu věnována především klientům a jejich hudbě. Podrobně se nyní zaměříme na využití muzikoterapie u tří specifických skupin klientů, kterých se zároveň dotýká náš výzkum. Těmito specifickými skupinami jsou klienti s poruchou autistického spektra, klienti s mentálním postižením a klienti se zrakovým postižením.

Jestliže se ve výzkumné části zabýváme pouze improvizací a technikou vystupování, která je zároveň diagnostickým i intervenčním nástrojem, v této kapitole se pokusíme o širší pohled na využití muzikoterapie v kontextu specifických potřeb klientů se zdravotním postižením, ve kterých námi prezentovaný výzkum může sehrávat důležitou roli. Zároveň se také zaměříme na postup, jakým jsme v muzikoterapii stanovovali cíle terapeutické intervence a přihlédneme k aspektu věku klientů, se kterými jsme pracovali.

#### **Muzikoterapie u dětí předškolního věku**

Při muzikoterapii vždy bereme v potaz věk klienta a to jak chronologický, tak mentální. Jiným způsobem se muzikoterapie aplikuje u kojenců a batolat, jiným u předškoláků a tak bychom mohli pokračovat až do stáří (srov. Říčan 1990; Langmeier, Krejčířová 1998). Vzhledem k výzkumné části tohoto textu, se zaměříme na věk předškolní, neboť našimi klienty byly děti ve věku od 3 do 5 let. Přičemž ve vztahu k dosažené mentální úrovni věku se budeme zabývat i některými aspekty, které se týkají věku mladšího.

V muzikoterapeutické praxi se nám osvědčilo, když jsme k dítěti přistupovali nejen ve vztahu k jeho mentálnímu věku, ale též ve vztahu k věku chronologickému. Někdy totiž přílišné ulpívání na dosažených mentálních operacích dítěte může až příliš zaměřit naši pozornost jedním směrem a přitom nám unikají důležité informace, týkající se reálného věku a s ním souvisejících potřeb.

---

<sup>18</sup> Záměrně se v tomto textu nezabýváme obecně osobností muzikoterapeuta a hudbou. Tomuto tématu jsme se podrobně věnovali v knize *Základy muzikoterapie* (Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). Hudbu v tomto textu nově nahlížíme v kontextu výzkumné části z pohledu komunikace, projekce a analogie (viz kapitolu 2).



V muzikoterapii jsme se setkali s šestiletou imobilní holčičkou s hlubokou mentální retardací. Její mentální úroveň odpovídala reakcím novorozeného dítěte. Muzikoterapeutická intervence spočíval v receptivních technikách, kdy jsme hráli u její postýlky, nebo jí zpívali a využívali přitom prvky bazální stimulace. Hrou na jednoduché zvonkohry jsme podporovali její nahodilou motorickou aktivitu. Celá naše intervence byla vedena podobně jako u kojenců případně batolat. Zlom v terapii nastal ve chvíli, kdy jsme si uvědomili, že je reálně holčičce šest let. Do terapie jsme poté vnesli dynamičtější dětské písně a zároveň jsme holčičku přizvali do vrstevnické skupiny, byť její úroveň mentálního věku tomu zcela neodpovídala. Skutečnost, že jsme podpořili sociální kontakt s dětmi přibližně stejného chronologického věku i využití písní a postupů, které se do jisté míry kryly s aktivitami dětí ve skupině, vedla k tomu, že holčička začala být více aktivní a bdělá. Nahodilé pohyby vystřídaly cílené a začaly se objevovat vokalizace, kdy holčička reagovala na děti ve skupině. Navíc, pro děti ve skupině byla její přítomnost důležitá. Děti se o ni zajímaly, pomáhaly jí a především, ji vnímaly jako součást skupiny. Nepřišlo jim divné, že má výrazné postižení. Do budoucna by tato jejich zkušenost mohla být dobrým základem pro překonávání sociálních bariér ve vztahu k lidem se zdravotním postižením.

Z výše uvedeného příkladu by mohlo vyplývat, že bychom měli vždy s dětmi pracovat podle jejich skutečného věku. Tak tomu ale není. Mentální úroveň je vždy důležitá a většinu muzikoterapeutických technik aplikujeme ve vztahu k ní a ve vztahu ke konkrétnímu dítěti, se kterým se setkáváme. Nejlepším příkladem pro pochopení muzikoterapeutických intervencí souvisejících s věkem dítěte bude kontext vývoje mentálních operací ve vztahu ke hře.

Podle Vavrdu (2005) dítě do dvou let operuje v oblasti hry na tzv. presymbolické úrovni. Tuto úroveň nahlížíme jako úroveň hry s konkrétními objekty. Dítě mladší dvou let při hře manipuluje s konkrétními předměty, které nemají symbolický význam. Vnímá je konkrétně. Při muzikoterapii dítěti např. nabízíme ke hře rolničky a buben. Dítě vnímá rolničky a buben jako autentické hudební nástroje. Není možné např. říci, že buben je „slon“ a rolničky „myš“ a na základě takto vymezeného symbolického pojmenování rozvíjet hru a její příběh. Dítě těchto mentálních operací není ještě schopno.

Z hlediska muzikoterapie je důležité vědět, kdy již dítě dosáhlo mentálního věku, který je schopen symbolické hry, abychom mohli využít velice účinné narativní koncepce muzikoterapeutické intervence. Zároveň je důležité vědět, kdy dítě dosáhne reálně mentálních operací, při nichž zvládá jednoduchá pravidla a vydrží vnímat určitý příběh a sledovat jeho kontext.

V přirozeném vývoji nástup symbolické hry, chápání jednoduchých pravidel a vnímání krátkých příběhů se objevuje na přelomu druhého a třetího roku dítěte. Zároveň je toto období spojeno s vývojem osobnosti ve vztahu k vnímání sebe sama a vlastního „já“. U dětí se v chování objevují projevy tzv. negativismu (srov. Langmeier, Krejčířová 1998; Šulová 2004). Děti často odmítají nabízené aktivity a vymezují sebe sama v muzikoterapeutickém procesu i v běžném životě.

Jestliže je dítě schopno symbolické hry, dokáže naslouchat krátkým příběhům a zvládá jednoduchá pravidla, je důležité tuto skutečnost zohlednit v muzikoterapii. Využití příběhu a symbolické hry vnáší do muzikoterapie nový rozměr, který nese silný motivační prvek a přirozeně překonává projevy negativismu dítěte. Zároveň vzniká prostor pro psychoterapeutické směřování muzikoterapeutických intervencí (srov. Vavrda 2005; Lipský 2012).

Podmínkou symbolické hry je schopnost dítěte symbolizovat, tedy používat reprezentací. Dítě při symbolických hrách dokáže použít určitý předmět jako zástupný symbol pro jiný. Děje se tak kolem třetího roku věku dítěte. Dítě zároveň vydrží pozorně naslouchat nejen kratším příběhům, ale dokáže i rozlišovat mezi myšlenkami a reálnými věcmi a dokáže odhadnout záměr druhého člověka něco předstírat. Pro dítě v tomto věku je velice důležité, aby hra byla ve světě „jako“ a neměla dopad na realitu.

Fonagy a Target (2005) hovoří o konceptu tzv. *pretend modu* a *modu psychické ekvivalence*. Modus psychické ekvivalence se odvíjí od vnější reality, ideje nejsou zažívány jako reprezentace, ale jako přímé repliky reality a je nevyhnutelné, aby byly správné. Zatímco *pretend modus* představuje psychický prostor, ve kterém jsou ideje brány jako reprezentace, bez vztahu k realitě. Pokud bychom vnesli prvky reality do *pretend modu*, dítě by tuto skutečnost vnímalo jako ohrožující. Narušení *pretend modu* realitou je při muzikoterapii zcela nežádoucí. Muzikoterapeutické intervence se pohybují v prostoru *pretend modu* a to nejen ve chvíli, kdy je náš cíl psychoterapeutického charakteru. I u rehabilitačního záměru nám prostor hry napomáhá k tomu, abychom dítě odpoutali od reálného světa a rozvíjeli jeho kreativitu, fantazii ve vztahu k celkovému rozvoji funkcí, na které jsme v rámci rehabilitačního cíle zaměřeni.

Při psychoterapeuticky (klinicky) zaměřené muzikoterapii napomáhá *pretend modus* k tomu, aby děti mohly bezpečně zpracovat a modifikovat ve světě hry důležitá témata jejich života, např. určité trauma, které prožily.

V průběhu čtvrtého a pátého roku dochází k postupné integraci modu psychické ekvivalence a pretend modu do tzv. reflektivního modu. Tato integrace představuje významný vývojový krok, kdy u dítěte dochází k významným změnám v oblasti vývoje myšlení. Myšlenky dítěte již nereprezentují, ale odrážejí realitu (srov. Fonagy, Target 2005; Vavřda 2005). Tuto skutečnost je nutno v muzikoterapeutickém procesu též zohlednit.

### **Individuální přístup a stanovení cíle muzikoterapie**

Vždy je důležité zohlednit všechny aspekty, které s vývojem dítěte souvisí. V muzikoterapii, stejně jako ve speciální pedagogice hovoříme o tzv. individuálním přístupu. Individuální přístup je často užívaný termín, který přijímáme jako samozřejmost ve všech oblastech speciální pedagogiky i muzikoterapie (srov. Kopřiva 1997; Pipeková 1998; Peters 2000). Právě toto implicitní přijímání individuality klienta někdy vede k tomu, že jej v jeho individualitě nevnímáme a např. při stanovování individuálních plánů či cílů terapie se objevují zcela zobecňující závěry, které nezohledňují konkrétního člověka a jeho potřeby. Nejčastěji jsme se s touto skutečností setkali při supervizích skupinové muzikoterapie.

Muzikoterapeuti ve snaze strávit příjemně čas s klienty ve skupině, volí jednu techniku za druhou, aniž by přemýšleli o tom, k čemu mohou být tyto techniky pro konkrétní klienty prospěšné. Cíle pak stanovují na úrovni zobecnění např. u lidí s kombinovaným mentálním a tělesným postižením je cíl skupinové muzikoterapie zlepšení motorických funkcí a podpora kognitivního rozvoje. Tento cíl má jistě své opodstatnění a podrobně se mu věnujeme v následujících podkapitolách, ale spíše bychom si měli položit otázku, proč tento konkrétní klient potřebuje rozvinout motorické funkce a posílit kognitivní procesy?

Odpovědí by nemělo být, protože má mentální postižení v kombinaci s tělesným. Pokud přistupujeme ke konkrétnímu člověku, pak zní odpověď jinak. Např. tento konkrétní klient, je krmen prostřednictvím další osoby, což může cítit jako ponižující. Tím, že je krmen, dochází k jeho sníženému sebepojetí. Pokud by se nám povedlo pomocí hry na nástroje natolik rozvinout motorické funkce (jemná motorika – pomocí hry na strunné nástroje, hrubá motorika – pomocí hry na buben v součinnosti s koordinací vzdálenosti hudebního nástroje ve vztahu k pohybům z ramene, lokte a zápěstí), že by posléze dokázal udržet lžici v ruce a cíleně ji i s pokrmem přiložil až k ústům, docílili bychom toho, že by se zvýšilo jeho sebevědomí a s ním i chuť do života.

Weber (2009) uvedla postupy, jakým způsobem je možno stanovovat muzikoterapeutické cíle. Rozdělila cíle na krátkodobé a dlouhodobé, kdy krátkodobý cíl vždy sleduje záměr cíle dlouhodobého.

V muzikoterapii bychom vždy měli mít na paměti, kam s klientem kráčíme, kam jej chceme vést, v čem jej chceme podpořit apod. Neměli bychom si stanovovat obecné cíle, ale vždy je vztahovat ke konkrétnímu klientovi, se kterým se v muzikoterapeutickém procesu setkáváme.

Jestliže dokážeme stanovit cíl muzikoterapie přímo pro konkrétního klienta, můžeme se také dostat na scestí. Nebezpečí, které zde hrozí je přílišné ulpívání muzikoterapeuta na stanoveném „dokonalém“ cíli. Jako je dynamický muzikoterapeutický proces, stejně tak je dynamický život sám. I cíle, které v muzikoterapii stanovíme, by měly být flexibilní a reagovat na vývoj klienta v čase. Přílišné rigidní ulpívání na cíli, je omnipotentním mámením, že my přesně víme, co klient potřebuje a přitom nám uniká, že největším „odborníkem“ na cíl terapie a život je klient sám (srov. Šimanovský 2010; Lipský 2013). Z tohoto důvodu je nutné, abychom průběžně vyhodnocovali výsledky muzikoterapie ve vztahu k muzikoterapeutické diagnostice (zahrnující též hudbu klienta), stanoveným cílům a především, abychom vnímali klienta v jeho každodennosti a v kontextu všech systémů, ve kterých se nalézá (srov. Satirová 1994; Chvála, Trapková 2009).

V následujících řádcích se pokusíme krátce nastínit, jakým způsobem jsme stanovovali cíle muzikoterapie ve vztahu ke konkrétnímu člověku:

- 1) *Stanovení ideálního cíle muzikoterapie* – Při hledání ideálního cíle se zaměřujeme na konkrétního klienta a klademe si otázku, jaké změny by byly pro klienta žádoucí, čeho bychom chtěli docílit. Snažíme se přitom tyto změny pojmenovávat s přihlédnutím k reálným možnostem ve vztahu ke zdravotnímu postižení, které nese určité aspekty neměnnosti v psychické, fyzické či sociální oblasti. Zároveň se zaměřujeme na aspekty, které v těchto oblastech změnit můžeme.
- 2) *Stanovení reálného cíle muzikoterapie* – reálným cílem rozumíme možné směřování intervencí k potenciálnímu naplnění optimalizace stavu klienta ve vztahu k muzikoterapii. Jinými slovy, pokládáme si otázku, zda je možné stanovené ideální cíle realizovat prostřednictvím muzikoterapie ve vztahu k reálným možnostem vývoje konkrétního klienta z dlouhodobého hlediska

a ve vztahu ke všem kontraindikacím, které by mohla muzikoterapie klientovi přinášet.

- 3) *Stanovení krátkodobého cíle muzikoterapie* – Jestliže jsme si odpověděli, že cíl je možné naplnit (nebo k němu alespoň směřovat) prostřednictvím muzikoterapie, touto odpovědí jsme zároveň stanovili možný reálný dlouhodobý cíl muzikoterapie. Abychom tento dlouhodobý cíl mohli postupně naplňovat, a zároveň jsme vytvořili prostor pro průběžnou evaluaci, stanovujeme si tzv. krátkodobé cíle, jejichž úkolem je směřovat k cíli dlouhodobému (srov. Weber 2009; Lipský 2008b).

V naší muzikoterapeutické praxi jsme se setkali s pětiletým chlapcem s výraznou poruchou chování. Byl často agresivní nejen na své spolužáky, ale též na učitele. Projevy agrese zahrnovaly slovní i fyzické napadání dětí a výjimečně i dospělých. *Ideálním cílem* u tohoto chlapce bylo zamezení agresivního chování. Při hledání *reálného cíle* jsme dospěli k následujícím: přesměrování agresivních projevů žádoucím směrem (legitimní vybití agrese, průchod emocí prostřednictvím hudby), změna agresivního chování na společensky žádoucí (zpevnění žádoucích projevů v hudbě a chování, nalezení spouštěcího mechanismu agresivních projevů), nalezení příčiny agresivních projevů (hledání prvotního traumatu, které vedlo k poruše chování).

Takto vymezený reálný cíl nám formuloval *dlouhodobý cíl* muzikoterapeutické intervence, jelikož jsme našli muzikoterapeutické strategie, které k naplnění reálného – dlouhodobého cíle mohli vést. Nyní jsme již mohli stanovovat *cíle krátkodobé*, jako např. *abreakci* (pro uvolnění tenze u klienta do procedury zařadíme v úvodu např. dynamickou hru na bubny, která může vést ke zvukovému ventilu a abreakci), *komunikaci* (pro zpevnění žádoucích komunikačních a behaviorálních vzorců, zařazujeme např. komunikační muzikoterapeutické techniky: zpěv písní, hry s říkadly, psaní textů, nonverbální hudební dialog), *korektivní zkušenost* (v případě nežádoucího chování zařadíme verbální či nonverbální intervence, které transparentně zvědomí přítomnost nežádoucího projevu s nabídkou alternativní změny).

### **1.4.1 Muzikoterapie u lidí s poruchou autistického spektra**

V posledních deseti letech se k nám do muzikoterapeutické praxe stále častěji dostávali klienti s poruchou autistického spektra (PAS). Mezi klienty, se kterými v současné době pracujeme, je 65% dětí s PAS. Nejčastěji k nám tyto děti přivedli jejich rodiče na základě doporučení speciálních pedagogů nebo psychologů. Často nás však vyhledali i rodiče těchto dětí sami.

Rodiče nejčastěji uvádějí, že slyšeli o tom, že muzikoterapie na autisty působí pozitivně a tak ji chtějí zkusit. Po bližším dotazování při budování kontraktu se často dovídáme, že rodiče přesně nevědí, co od muzikoterapie očekávat. Velice zřídka se setkáváme s tím, že by byla zřejmá konkrétní zakázka, jakým směrem by měla být muzikoterapeutická intervence cílena. V tomto textu se pokusíme nastínit, v jakých oblastech může muzikoterapie podpořit klienta s PAS, na jakých cílech může být vystavěna muzikoterapeutická intervence.

#### **Hudební komunikace**

Podle Kantora (2013) jsou mnozí klienti s poruchou autistického spektra (PAS) schopni prostřednictvím hudby snadněji komunikovat se svým okolím. Je pro ně méně obtížné navazovat sociální interakce, jestliže je obsah jejich sdělení soustředěn do hudební formy. Jelikož je proces učení závislý na sociální interakci, může navázání podpůrného vztahu mezi klientem a muzikoterapeutem v součinnosti s hudbou přispět k celkovému rozvoji klienta i v dalších oblastech. Hudební komunikace klientů s PAS se tedy odvíjí na pozadí budování vzájemného vztahu s muzikoterapeutem. Hudební komunikace je pro klienty s PAS bezpečnější než mluvené slovo. Klienti snáze překonávají své úzkosti a vstupují do hudebně-sociálních interakcí.

Alvin (1978) k tomu dodává, že hudba může být jednou z forem alternativní komunikace. Hudba je univerzální komunikační prostředek, kterému porozumí každý bez ohledu na mentální úroveň nebo dosažené vzdělání. Hudba obchází složitý řečový kód, jehož pochopení často klientům s PAS činí značné potíže. Zároveň je hudba přímou spojnicí do světa pocitů a emocí, které klienti s PAS vnímají velice intenzivně, přesto je tento svět pro ně velmi složitý.

V běžné mezilidské komunikaci, která se odehrává na verbální úrovni jazyka, ale též celé škály nonverbálních procesů, se ukrývá na pozadí mnoho abstraktních významů, které bývají pro klienty s PAS nesrozumitelné. Vnímání hudby je vždy přímé,

není zatíženo dekodováním složitých symbolů a nepotřebuje podrobná vysvětlení (Alvin1978).

U klientů s PAS je zřejmá preference hudební interpretace známých písní (písně poskytují jasnou a zřetelnou strukturu, kde je předem daný určitý počet taktů rozdělených mezi sloky a refrény - navíc píseň vždy v určitém známém bodě skončí) než hudební improvizace (není jasně definovaný průběh ani konec hudebního dění). Přesto tento zdánlivý „chaos“ v podobě hudební improvizace klienti často přijímají bez projevu vedoucích k dekompenzaci.

Hanser (1987) doporučuje do improvizace vnést strukturu nebo střídání hudební známého refrénu s prezentací nových hudebních témat. Struktura snižuje úzkost a nežádoucí projevy chování, podporuje aktivní zapojení klienta s PAS do muzikoterapeutického procesu. Přesto je i spontánní hudební improvizace pro klienty s PAS velice důležitá. Umožňuje totiž zažít pocit svobody a možnost být sám sebou, což někdy může klienta s PAS zbavit úzkosti a strachu, ale jindy může tento pocit naopak vést ke zvýšené vnitřní tenzi. Reakce klientů s PAS na hudbu a hudební improvizaci jsou vždy nepředvídatelné.

Wigram a Gold (2008) spatřují v hudební improvizaci veliký přínos, neboť klienti s PAS nemusí umět hrát na hudební nástroje, které si vyberou. Není tedy potřebné předchozí vzdělání a navíc při spontánní improvizaci se do hudby mohou promítnout intrapsychické pochody osobnosti hrajícího včetně jeho pocitů.

Podle Alvin (1978) může muzikoterapie u klientů s PAS pomoci rozvinout jejich sociální interakce a podpořit komunikaci i další sociální dovednosti na základě pozvolného strukturovaného muzikoterapeutického procesu. Nejdříve se klient s PAS seznamuje s hudebními nástroji. Jako první poznává svůj hudební nástroj, později se seznamuje s nástrojem muzikoterapeuta (v případně skupinové muzikoterapie s nástroji dalších klientů). Následně vzniká hudební interakce mezi hudbou a klientem, dále mezi klientem a hudbou muzikoterapeuta, případně hudbou dalších klientů ve skupině. Postupně dochází až k přímé interakci mezi klientem, muzikoterapeutem, případně ostatními klienty.

Kantor (2014) uvádí, že úroveň vzájemné interakce můžeme sledovat při hudebních improvizacích a sledovat komunikační strategie při vzájemné hře (např. střídání hry terapeuta a klienta, vnímání témat a celkového charakteru produkované hudby apod.).

Alvin (1978) doporučovala při muzikoterapii klientů s PAS předem danou a jasně srozumitelnou strukturu muzikoterapeutických sezení. Dále doporučovala, aby u některých klientů s PAS byla tato struktura až rigidně neměnná. Struktura se týká nejen muzikoterapie jako takové (délka a frekvence muzikoterapeutických sezení, jednotlivé kroky muzikoterapeutické procedury, včetně výběru písni, hudby a nástrojů), ale též kroků, které muzikoterapii předcházejí (příprava klienta na muzikoterapii – např. do strukturovaného denního programu bylo doporučeno zařadit fotografii, piktogram či jiný symbol, znázorňující muzikoterapeutické sezení) i těch, které budou následovat po jejím zakončení (srozumitelný rituál ukončení muzikoterapie, odchod dítěte do jiné aktivity znázorněný na struktuře denního režimu).

Při aplikaci modelu Podpůrné vývojové muzikoterapie – SDMT (srov. Lipský 2008b, 2011, 2013) se nám osvědčil i opačný postup, kdy jsme nejdříve klienta s PAS uvedli do ne příliš strukturované muzikoterapie, kde byl zřejmý pouze rituál začátku a konce. Strukturu jsme posléze hledali spolu s klientem. Snažili jsme se nalézt takové hudební aktivity, které byly pro klienta nezatažující a silně motivační a které zároveň směřovaly k naplnění muzikoterapeutického cíle. Z těchto aktivit jsme postupně vytvořili pevnou a neměnnou strukturu. Tu jsme obměňovali pouze v drobných nuancích, které vedly k tomu, že jsme u klientů s PAS posilovali adaptační mechanismy v rámci reakcí na změnu s přesahem do běžného života.

Někdy jsme do vybudované struktury zařadili novou techniku nebo nový nástroj. Jindy stačila pouze změna barvy totožného hudebního nástroje. Reakce klientů na změnu ve vytvořené pevné struktuře sice někdy bývaly bouřlivé, ale bezpečí následných kroků vedlo k tomu, že neupadli do třetího stádia *autistické krize* (viz níže) a vždy se s vyvolanou změnou dokázali vypořádat. Důsledkem tohoto počínání bylo snížení neadekvátních reakcí na změny v běžném životě.

### **Autistická krize a možnosti jejího překonání**

Abychom mohli s klientem s poruchou autistického spektra (PAS), neboli autismem, v muzikoterapii pracovat, bylo pro nás zásadní se podrobně seznámit s tzv. autistickou krizí. Termín *autistická krize* definoval Roškaňuk (2014, s. 14), jako „*přechodnou dekompenzaci, projevující se ztrátou sebekontroly, orientace a panickou atakou, kdy osoba zůstává při vědomí, ale nedokáže své jednání zcela ovládat. Krizi obvykle vyvolává smyslové nebo emoční přetížení nervové soustavy následkem hypersenzitivity nebo hyperemotivity*“.



Autistickou krizi vnímáme jako způsob vyrovnání se člověka s PAS s nesnesitelnou tenzí. Vždy jsme se snažili nalézt důvody vzniku této krize. Sledovali jsme její průběh a zároveň strategie, kterými se klient s PAS snaží krizi zvládnout. Společně jsme hledali alternativní cesty, abychom mu umožnili překlenout krizi jiným, často žádoucím způsobem, případně, abychom tuto krizi pomocí zvuku a hudby zmírnili. Roškaňuk (2012, s. 1) rozdělil fáze průběhu autistické krize:

- *Fáze nástupu,*
- *fáze gradace,*
- *fáze vrcholu,*
- *fáze odeznění.*

**Fáze nástupu** bývá velice rychlá a trvá přibližně tři až deset vteřin. V této fázi pociťuje člověk s PAS psychické i fyzické příznaky, které jen těžko zvládá. Jde o silné emoční napětí, které provází často somatické projevy jako bolest očí, zápěstí, hlavy, silná svalová tenze doprovázená chvěním. Roškaňuk (2012, s. 1) tento stav popisuje: „*jako by měl autista pocit, že se hlava stala nejtěžší částí těla a jakoby vibrovala bez vibrací, něco podobného jako transformátor pod zátěží*“, s tím že dále upozorňuje, že popisuje podobnost nikoliv stejnost v daném příměru.

Spouštěčem krize může být cokoliv. Často jsme se v průběhu muzikoterapie setkali s tím, že spouštěčem byla hudební situace, která byla obzvláště příjemná, ale též nepříjemná. Obecně šlo o situace, které vyvolávaly silnou emoční odezvu. Jak dodává Roškaňuk (2012) spouštěčem autistické krize mohou být též situace, které klient s PAS neumí vyřešit, nebo neumí zvolit alternativní postup.

Nejlépe se výše popsané demonstruje na příkladu, kdy má člověk s PAS hlad a nedostává se mu jídla. Danou situaci někdy neumí sám vyřešit a neumí zvolit ani alternativní přístup, že by si např. došel do lednice a něco snědl. Očekává jídlo, které nepřichází. V té chvíli nastává krize. Jindy naopak jídlo dostane, to je natolik chutné, že opět nastává krize.

Z pohledu muzikoterapie je důležité položit si otázku, co předcházelo autistické krizi a v odpovědi najít konkrétní situaci, která ji vyvolala. Pokud najdeme tento spouštěč, měli bychom jej eliminovat, abychom zbytečně našeho klienta nevystavovali

stresu. Ne vždy však tento spouštěč najdeme. Někdy může krizi vyvolat pouhá vzpomínka na nepříjemnou událost, která se v životě klienta odehrála.

Při muzikoterapii jsme se setkali s šestnáctiletou dívkou s mentálním postižením v kombinaci s poruchou autistického spektra. Opakovaně jsme zaznamenali, že má velice ráda zvuk deštné hole. Při hře na hůl se uvnitř hudebního nástroje přesypávají drobná semínka, která vydávají zvuk jako by silného deště. Dívka naslouchala tomuto hudebnímu dešti a pak velice často upadla do krize. Bylo zřejmé, že krizi vždy předchází hra na deštnou hůl a bylo by nejspíš logické tento nástroj z terapie vyřadit. Přesto jsme tak neučinili, neboť jej měla velmi ráda. Po konzultaci s odborníkem na autismus, jsme obdrželi radu, abychom spočítali, kolikrát deštnou hůl necháváme přesypat. Zjistili jsme, že po pátém přesypání u dívky vždy nastupuje krize. Od té doby jsme při muzikoterapii zahráli na hůl pouze čtyřikrát a dívka zůstala klidná.

**Fáze gradace** představuje zesílení předchozích nepříjemných pocitů. Roškaňuk (2012) uvádí, že se jedná o stav, kdy klient s PAS všeho nechá, přestane se pohybovat a jako by „ztuhne“. Často v této fázi začne dělat grimasy a vkládat si dlaně do očí nebo do úst, k tomu se přidávají doprovodné projevy jako křik nebo páč. Ne vždy však dojde k tomuto „ztuhnutí“. Někteří klienti s PAS naopak stupňují svoji snahu uniknout negativním pocitům, což je nemožné, neboť člověk nemůže sám před sebou utéci. Jindy se snaží dosáhnout pozitivního stimulu, který by pomohl vznikající krizi překonat.

Fáze gradace je z hlediska muzikoterapie významná, neboť je to poslední možnost, kdy můžeme klienta zachytit a nenechat ho „spadnout do propasti“. Můžeme mu nabídnout kompenzační mechanismus, kterým umožníme redukci napětí a stresu. V muzikoterapii k tomu využíváme např. zpěvu známé písně, hry na klientem oblíbený hudební nástroj, dechová cvičení, Iso-princip<sup>19</sup> apod.

Často se také snažíme zaměřit pozornost klienta jiným směrem<sup>20</sup>, abychom získali krátký čas, ve kterém se můžeme pokusit změnit parametry okolního prostředí.

---

<sup>19</sup> Iso-princip Rolanda Benezona (1971) vyjadřuje soulad mezi emocionálním laděním hudby a psychickým stavem klienta. Iso-princip vyžaduje přistupovat ke klientovi s hudbou, která odráží jeho aktuální psychické i fyzické projevy v podobném rytmu, hudebním tématu, hudební formě apod. Když dojde ke sladění hudby s psychickým i fyzickým stavem klienta, je možné se pokusit tento stav změnit použitím jiného druhu hudby ve všech parametrech (srov. Procházka 1996; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009; Mastnak 2014).

<sup>20</sup> Roškaňuk (2013) doporučuje např. využití čichového podnětu, který velice často upoutá na krátkou dobu pozornost klienta s PAS. Tuto dobu můžeme využít ke změně vnějšího prostředí. Můžeme rovněž použít změnu hudebního motivu, která také krátkodobě změní zaměření pozornosti.

Navodíme tak situaci odlišnou od té, která krizi vyvolala. Někdy ale ani tento způsob nepomůže.

Při muzikoterapii se sedmnáctiletým chlapcem s poruchou autistického spektra se opakovaně podařilo zažehnat krizi pomocí zpěvu jím preferované písně. Tuto píseň však musel vždy zpívat muzikoterapeut. Rodiče zkoušeli v době nástupu krize stejnou píseň zpívat, ale bez výsledku. Nakonec muzikoterapeut nahrál tuto nazpívanou píseň na audio CD. Nahrávku pak rodiče svému synu pouštěli při prvních příznacích nastupující krize. Velice často krize zcela nepropukla a rychle odezněla.

U šestnáctileté dívky s mentálním postižením v kombinaci s poruchou autistického spektra se nástup krize projevoval tak, že začala nahlas vzlykat a tisknout si ruku k zubům. Poté vždy otáčela hlavu směrem dolů a následně padala jakoby za hlavou celým tělem až k zemi. V této chvíli jsme zařazovali z muzikoterapie známý Iso-princip, kdy jsme nejdříve na kytaru hráli hudbu, která odpovídala svými charakteristikami stavu, ve kterém se dívka nacházela. Poté jsme se pokoušeli hudbu zjemnit. Dívka často reagovala na postupnou hudební změnu tím, že uvolňovala svalové napětí, přestávala vzlykat a postupně se na zemi posadila.

Důležité je zmínit skutečnost, že u klientů s PAS je běžná tzv. hypersenzitivita, která značí zvýšenou citlivost na určité podněty. Pokud např. u klienta se zvýšenou haptickou citlivostí použijeme při nástupu nebo v průběhu krize dotek, celou situaci můžeme ještě zhoršit. Z hlediska muzikoterapie je důležité zjištění, že je klient silně citlivý na sluchové podněty. V těchto případech se kompenzační mechanismus neodvíjí od hudebních strategií. Někdy může být tato zvýšená citlivost na zvuky natolik závažná, že je nevhodné s klientem muzikoterapeuticky pracovat.

**Fáze vrcholu** nastává tehdy, jestliže klient s PAS nedokáže nástup krize zpracovat sám nebo v součinnosti s nabízenými kompenzačními mechanismy. Podle Roškaňuka (2013) je to fáze, kdy klient ztrácí kontrolu sám nad sebou a je zcela bezmocný. Dochází k negativní zpětné vazbě, kdy sílí krize vyvolává paniku a panika následně vyvolává krizi. V této fázi se u klientů s PAS mohou objevovat svalové záškuby a mají-li k tomu sklon, též epileptické záchvaty. Jde o silnou emocionální krizi, která se projevuje na tělesné úrovni, klient v této fázi hledá cestu k záchraně. V tomto okamžiku často nastupují nežádoucí vzorce chování, jako je sebepoškozování, agrese k druhým lidem a k okolnímu světu. Roškaňuk (2012) uvádí, že cílem tohoto jednání je snaha o „reset“ nebo „restart“. Při autoagresi i agresi vnější dochází na úrovni činnosti mozku k uvolnění vysokých dávek adrenalinu a dalších látek, jejichž cílem

je zachování života. Dochází k postupnému potlačení všech ostatních procesů, čímž se zmírňují i projevy vyvolané krizí.

Z hlediska muzikoterapie se v této fázi můžeme pokusit k tzv. externalizaci vnitřního napětí do hudebního nástroje, ale velmi často se spíše snažíme dávat pozor na to, aby si klient neublížil.

V naší muzikoterapeutické praxi jsme se setkali s tím, že klienti ve vrcholné fázi autistické krize nedokázali hrát na hudební nástroje. Někdy se však podařilo, aby své napětí převedli do hudby. Logicky se nabízí hra na bicí nástroje a velmi často jsou tyto nástroje vhodné k uvolnění vnitřní tenze tzv. zvukovým ventilem, jak o něm hovoří Procházka (1996). Přesto jsme zaznamenali daleko silnější abreakce při použití nástrojů jako je např. klavír nebo kytara. Někteří klienti se totiž mohutného zvuku bubnů mohou obávat. Pokud by v této chvíli na bubny zahráli, paradoxně by došlo k posílení krizového stavu.

**Fáze odeznění** je závěrečnou fází, kdy je již autistická krize zažehnána. Roškaňuk (2013) poukazuje na skutečnost, že někdy dojde k odeznění krize během okamžiku, jindy je to pozvolný proces. Z hlediska muzikoterapie je důležité vědět, že v této chvíli nesmíme hned hrát. V závislosti na délce a intenzitě krize je nutné dopřád klientovi s PAS po prodělané krizi chvilkový odpočinek. Může stát, že klient vyčerpáním usne. Doporučuje se, abychom klientovi v této fázi umožnili, pokud to bude potřebovat z důvodu uvolnění, „*si odbýt motorický stereotyp, který mu dovolí na chvíli vypnout a mozkou tak umožnit rychlou údržbu*“ (Roškaňuk 2012, s. 3).

Jestliže muzikoterapeut dokáže dekodovat alespoň částečně spouštěče autistické krize, zná funkční kompenzační mechanismy nebo mu jsou známé způsoby vybití vnitřní tenze, dostává jeho práce zcela nový rozměr. Muzikoterapeut získává v muzikoterapeutické práci s klienty s PAS určitou vnitřní stabilitu. Může se pak lépe soustředit na směřování k muzikoterapeutickému cíli<sup>21</sup> i na hudební komunikaci ze strany klientů, která je často jednou z mála informací o jejich aktuálním ladění a vnitřním prožívání, obzvláště tehdy, kdy klienti s PAS nekomunikují běžným způsobem.

---

<sup>21</sup> Mezi muzikoterapeutické cíle při práci s klienty s PAS velmi často řadíme nalezení kompenzačních mechanismů, které umožní zvládat autistickou krizi.

#### **1.4.2 Muzikoterapie u lidí s mentálním postižením**

Muzikoterapie u lidí s mentálním postižením prošla v posledních padesáti letech výraznou proměnou, která v sobě reflektovala vývoj psychologických a psychoterapeutických koncepcí. Reynolds (1982) podává nástin tohoto vývoje od 50. do 80. let minulého století:

- V 50. letech byly muzikoterapeutické programy u lidí s mentálním postižením zaměřeny především na emocionální stabilitu, podporu sociální adaptace, podporu sebekontroly, zlepšení koncentrace pozornosti, rozvoj svalové koordinace a uspokojení z dosažených výsledků.
- V 60. letech muzikoterapeutické cíle reflektovaly vliv psychodynamicky orientovaných konceptů, např. posilování obranných mechanismů psychiky, sebeovládání, kontrola vlastní impulzivity, sensorická stimulace, uspokojení, prozkoumávání fantazie a podpora socializace.
- Koncem 60. let a v průběhu let 70. muzikoterapie reagovala na kritiku psychodynamicky orientovaných přístupů a reflektovala nástup behaviorálních, později kognitivně behaviorálních směrů. Hudba byla u klientů s mentálním postižením používána nejčastěji jako prostředek pro zpevnění požadovaného chování. Později se muzikoterapeutické intervence zaměřovaly na změnu v kognitivní oblasti, jejíž dopad se odrážel taktéž ve změně chování.
- Koncem 70. let a v průběhu let 80. minulého století se muzikoterapeutické programy zaměřily především na klienty s těžkým mentálním postižením a na programy podporující integraci klientů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením do běžné společnosti se snahou o inkluzi. Muzikoterapeutické přístupy v této době rovněž začaly ovlivňovat humanisticky orientované koncepce.

Tento vývoj dále pokračoval v 90. letech, kdy se do popředí zájmu dostávají holistické a eklektické přístupy, které v sobě reflektují odraz systemický přístup (Procházka 2009). Cíle muzikoterapie již nejsou zaměřeny pouze na klienta samotného, ale na celý systém, ve kterém se klient nachází, ať je to instituce či rodina.

Vývoj po roce 2000 směřuje k podpoře klienta s mentálním postižením v jeho přirozeném prostředí. Do popředí se dostává deinstitucionalizace a rozvoj komunitních

služeb s cílem podpořit setrvání klientů s mentálním postižením v rodině a podpořit jejich sebehodnocení a adaptační mechanismy.

Peters (2000) uvádí, že muzikoterapie v průběhu posledních padesáti let prokázala, že má své pevné místo v systému komplexní péče o klienty s mentálním postižením, neboť zvyšuje a specificky rozvíjí jejich schopnosti a dovednosti a zároveň rozvíjí na mnoha úrovních jejich osobnost. Kantor (2014) k tomu dodává, že hudba má díky svým nonverbálním kvalitám velký význam v životě lidí s mentálním postižením, neboť i lidé s hlubokou mentální retardací dokáží na hudbu reagovat.

### **Podpora a rozvoj komunikace**

Schopnost komunikace výrazně ovlivňuje pozici člověka ve společnosti. Lidé s mentálním postižením mají různým způsobem vyvinutu komunikační schopnost. U některých z nich je komunikace na preverbální úrovni, kdy komunikují pouze nonverbálně, u dalších chybí funkční porozumění řeči. Někteří klienti s mentálním postižením mají řeč funkčně rozvinutou, ale s omezenou slovní zásobou (Peters 2000).

Muzikoterapie umožňuje pomocí jasně strukturovaných intervencí rozvíjet komunikační dovednosti u lidí s mentálním postižením, např. prostřednictvím rozvoje sluchové percepce, která je nezbytná pro porozumění mluvené řeči nebo prostřednictvím rozvoje expresivního jazyka a hudební komunikace.

V rámci stimulace *sluchové percepce* muzikoterapeuti realizují techniky tak, aby klienti s mentálním postižením dokázali rozpoznávat jednotlivé zvuky hudebních nástrojů, lokalizovali je a dokázali zvuk a hudbu sledovat v prostoru (Grant 1989).

Monti (1985) uvádí, že zvuková stimulace utváří jednu z prvotních zkušeností dítěte v procesu poznávání okolního prostředí a učení se. Návrat k tomuto zvukovému prostředí umožňuje lidem s mentálním postižením rozvoj sluchové percepce i kognitivní trénink. To se projevuje např. při využití echo technik, které zvuky a hudbu rozdělují na jednotlivé sekvence, což vede k rozvoji auditivní paměti a uvědomění si časového sledu.

V oblasti rozvoje *expresivního jazyka* mohou být rozmanité hudební zkušenosti využity k stimulaci a povzbuzení vokalizačních schopností klienta. Hoskins (1988) ukázala, že vokální techniky, zahrnující především zpěv písní a to buď samostatně, nebo s dalšími činnostmi (zpěv písní a hra s obrázky, zpěv písní v souladu s učební látkou ve škole, zpěv písní a uvědomování si jednotlivých částí těla apod.) napomáhají dětem

s mentálním postižením v rozvoji spontánních jazykových dovedností a zvyšování aktivní slovní zásoby.

Muzikoterapeutické techniky s pohybem (tanec, pohyb na hudbu) zaznamenaly vysokou propojenost s rozvojem jazykových dovedností u dětí s mentálním postižením. Jako by pohyb stimuloval dříve „nečinné“ verbální procesy, vždy však záleží na individuální reakci konkrétního klienta (srov. Spencer 1988; Grant 1989; Peters 2000, Kantor 2014).

Peters (2000) dodává, že pro rozvoj komunikačních dovedností a mluvené řeči je důležitá i *koncentrace pozornosti*, která umožňuje realizaci muzikoterapeutických technik pro naplnění cílů sluchově percepčních i expresivně jazykových. Při muzikoterapii u lidí s mentálním postižením se osvědčily především jednoduché strukturované techniky zahrnující objevování zvuku, používání hudebních nástrojů při doprovodu písní a hudební improvizaci, využívání zvuků vokálních a dále i zapojení hry na tělo (tleskání, dupání, luskání, pleskání, klapání jazykem a další nonverbální zvuky). Podle Vilímka (2010) tyto techniky napomáhají nejen k rozvoji koncentrace pozornosti a komunikace, ale postupně vedou k integraci percepčně motorických, emocionálních a kognitivních procesů (viz níže).

Písně, pohyby na hudbu, tanec a instrumentální aktivity, mohou být realizovány tak, aby umožňovaly hudební komunikaci klientů s mentálním postižením. Zároveň mohou např. zajistit, aby klienti dokázali pojmenovat nebo ukázat na konkrétní předměty, o kterých se v písních zpívá nebo které symbolizuje pohybová aktivita. Tím dochází k rozvoji receptivních jazykových schopností (Grant 1989).

V České republice se využitím muzikoterapie, nejen při podpoře komunikace, u lidí s mentálním postižením zabýval Mgr. Zdeněk Vilímek. V roce 2006 vytvořil na podkladě kvalitativního výzkumu své mnohaleté praxe koncept podpůrného modelu muzikoterapie u lidí s mentálním postižením (MTMP), který v roce 2010 přejmenoval na Hudbu těla.

Vychází zde ze základní premisy, že muzikoterapie může v rámci interdisciplinárního přístupu podporovat a žádoucím směrem rozvíjet osobnost klienta s mentálním postižením s ohledem na jeho potřeby, možnosti i svobodnou vůli.

Primárním cílem modelu MTMP byla podpora, rozvoj a integrace bio-psycho-sociálních kompetencí u klientů s mentálním postižením. Sekundárním cílem bylo vytvoření terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem, případně i asistentem.

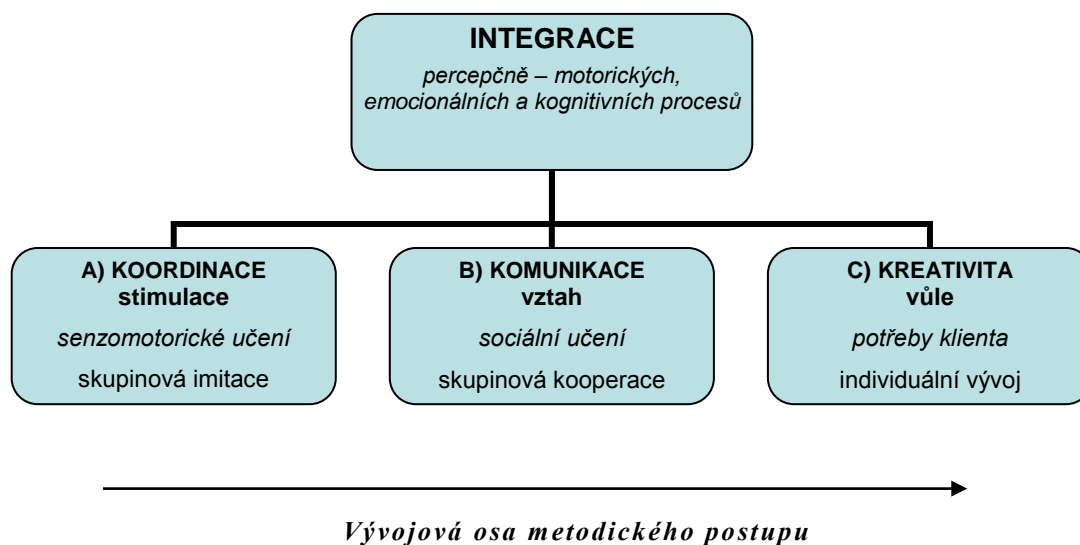
Terciárním cílem byla adaptace modelu na strukturu a charakter zařízení, v němž je realizován a vytvoření podmínek pro interdisciplinární přístup. Vilímek (2010) se zároveň snažil integrovat svůj model do sociokulturního prostředí.

Vilímek (2006, s. 73) se při muzikoterapii u klientů s mentálním postižením zaměřoval na níže uvedené oblasti:

- Komunikační a sociální dovednosti (podpora a rozvoj verbální i nonverbální komunikace, skupinové interakce, komunikace a kooperace; posilování adaptačního chování a strategií, podpora a rozvoj sociálního učení).
- Vnímání a pozornost (podpora a rozvoj sluchového, zrakového, hmatového a kinestetického vnímání, orientace v tělesném schématu, zvyšování záměrné pozornosti, vnímání časových a prostorových vztahů, hudebního a estetického vnímání).
- Hudební a koordinační schopnosti (podpora a rozvoj koordinačních schopností, pohyblivosti, hudebních schopností – rytmické a tonální cítění, obratnosti, rovnováhy, rytmických schopností a jemné motoriky).
- Emoční prožívání, motivace a volní vlastnosti (podpora a rozvoj emočního prožívání a hudební exprese, sebevyjádření a kreativity, důvěry v prostředí, pozitivní sociální motivace, sebedůvěry, vztahu k hudbě a umění).
- Kognitivní psychické funkce (podpora a rozvoj myšlení, praktických vědomostí, dovedností a návyků potřebných pro sociální adaptaci, aktivace vyšších paměťových funkcí a motivace k učení).

Vilímek (2010) vytyčil osu metodického postupu, která má integrační a vývojový charakter a je založena na vzájemném prolínání tří aktivit na které je zaměřena muzikoterapeutická intervence: *koordinace*, *komunikace*, *kreativita*. Veškeré aplikované muzikoterapeutické techniky mají vzestupnou tendenci a zároveň se podporují, doplňují a integrují do vyšších funkčních celků. Jednotlivé fáze (koordinace – komunikace – kreativita) se postupně slučují a naplňují cíl hlavní: Integraci percepčně motorických, emocionálních a kognitivních procesů a sociálních kompetencí člověka s mentálním postižením (viz schema č. 6).





**Schéma č. 6:** Osa metodického postupu modelu MTMP Zdeňka Vilímka (přejato z: Vilímek 2006, s. 86).

Jak uvádí Vilímek (2006), vývojová osa fází koordinace – komunikace – kreativita vymezuje indikaci muzikoterapeutických postupů, které vedou od dílčích kroků (koordinace) ke složitějším (komunikace). Koordinace je zaměřena na jedince, komunikace na skupinu. Kreativitou je chápán jakýkoliv projev autonomie u klienta s mentálním postižením, kdy využívá nejen koordinačních schopností a dovedností, ale také komunikačních (verbálních i nonverbálních) strategií, které se učí v průběhu muzikoterapeutických setkání. Kreativitou dále Vilímek (2010) rozumí tvořivou schopnost klienta s mentálním postižením, jehož osobnostní invence a vůle ovlivňuje strukturu a další vývoj muzikoterapie.

### **Využití muzikoterapie při rozvoji motorických funkcí u lidí s mentálním a kombinovaným postižením**

Jak uvádí Peters (2000) skrze pohyb vstupujeme do interakcí s naším okolím, ze kterého se učíme a které ovlivňuje celý náš vývoj. Motorické dovednosti jsou integrální součástí řady aktivit každodenního života. Proto je velmi důležité funkčně rozvíjet motorické dovednosti. Klienti s mentálním postižením mívají často opožděný vývoj v motorické oblasti. Někdy u nich dochází vlivem postižení centrálního nervového systému k tomu, že nemohou vědomě kontrolovat a koordinovat všechny své pohyby. Některé pohyby pro ně mohou být zcela nemožné.

Muzikoterapeutické techniky přináší celou řadu možností, jak rozvíjet hrubou i jemnou motoriku u klientů s mentálním a kombinovaným postižením. Hudba se často stává důležitým a motivujícím stimulem pro motorické reakce. Muzikoterapeutické aktivity zahrnující především aktivní hru na hudební nástroje a pohyby na hudbu vytvářejí tréninkový prostor pro rozvoj koncentrace pozornosti a koordinace cílených pohybů v oblasti jemné i hrubé motoriky. Hudba přímo ovlivňuje motorické reakce těla (srov. Procházka 1996; Lipský 2002).

V naší praxi jsme se opakovaně setkali s tím, že se u imobilních klientů s mentálním postižením vytrácí motivace pro rozvoj motorických dovedností prostřednictvím fyzioterapie. Důležité je najít, jakým způsobem klienty motivovat k tomu, aby se nebránili a aktivně účastnili fyzioterapeutických cvičení, která jsou pro ně důležitá. Jednou z možností, která se nabízí, je umožnění klientům, aby v místě, kde tráví nejvíce volného času, viděli každodenní pohyb (např. zabudování velkých oken, kdy klienti vidí ven a mohou sledovat pohyblivost kolemjdoucích). Další možností je propojení prvků muzikoterapie s fyzioterapií, kdy hudba sehraje důležitou roli nejen v podpoře samovolných pohybů, ale může se stát impulzem pro cvičení klienta. Za nejvíce motivující však pokládáme propojení muzikoterapie a hydroterapie, kdy klienti na podkladě hudebních programů rozvíjí své motorické funkce s podporou fyzioterapeuta v bazénu, v kterém má voda teplotu okolo 36°C a nadnáší klienta, pro nějž je snadnější udržet hmotnost svého těla pod kontrolou a zachovat např. vzpřímenou polohu, která je pro člověka velice důležitá. Pokud klient vytrvale odmítá fyzioterapii, mohou některá motorická cvičení zprostředkovat muzikoterapeutické programy.

Peters (2000) připomíná, že pohyby na hudbu mohou být *aktivní*, kdy se klient samovolně na hudbu pohybuje, a *pasivní*, kdy muzikoterapeut realizuje pohyb klienta tím, že jej v pohybu fyzicky podporuje. Pasivní pohyby na hudbu mohou být důležité pro rozvoj celkové pohyblivosti u klientů, kteří mají značně omezené motorické funkce.

Cílem pasivních pohybů na hudbu, kdy muzikoterapeut fyzicky pomáhá klientům v jejich motorických aktivitách, je postupná eliminace této podpory. Muzikoterapeut postupně ustupuje do pozadí, aby se pohybová dovednost klienta mohla samostatně rozvíjet.

Muzikoterapeuti někdy nechávají klienty, aby se na hudbu pohybovali sami zcela spontánně, jindy udávají rámec pohybových aktivit ve vztahu k terapeutickému cíli, který se zaměřuje na rozvoj konkrétních pohybů v návaznosti na další činnosti (např. oblékání se, přijímání jídla, hygiena apod.).

Pro rozvoj a podporu motorických dovedností se v muzikoterapii využívá, jak již bylo výše uvedeno, především hry na nejrůznější hudební nástroje. Hudební aktivity mohou být strukturovány tak, aby se zaměřily postupně na rozličné motorické funkce, které klient potřebuje rozvinout v konkrétní fázi dosaženého motorického vývoje.

Aktivní účast při hraní na hudební nástroje umožňuje klientům s mentálním a pohybovým postižením nácvik a procvičování specifických pohybových vzorců, jako např. uchopování, pouštění, natahování paží, koordinace oka a ruky, pohyb prstů apod.

Instrumentální aktivity mohou být strukturovány tak, aby podněcovaly rozvoj hrubé i jemné motoriky, podle potřeb klienta. Jestliže je u klienta přítomno těžší motorické postižení, snažíme se volit takové strategie a nástroje, aby pro klienta nebylo obtížné na ně hrát. Např. u klientů s vysoce omezenými motorickými schopnostmi můžeme využít hry na ruční bubny v bezprostřední blízkosti jen prostřednictvím dlaně či prstů. Postupně můžeme buben oddalovat a docílit tak pohybu ze zápěstí s využitím hry jednotlivých prstů. Následné oddálení přináší hru z oblasti lokte a ještě větší oddálení, umožňuje koordinovanou hru, kdy pohyb vychází z ramene. Cílem je postupně zvyšovat hybnost klienta a strukturovat instrumentální aktivity tak, aby vždy reflektovaly dosaženou motorickou obtížnost a dále ji prohlubovaly. Jinou složitost pohybu vyžaduje hra na bubny a jinou hra na ruční harfu, xylofon, klavír či flétnu. Všechny tyto možnosti hry na hudební nástroje vytvářejí prostor pro postupný rozvoj motorických a kinestetických funkcí klienta.

Sekeles (1989) a Procházka (1996) nezávisle na sobě zjistili, že současná stimulace pomocí hry na bubny a hudební nahrávky zvuku bubnů pomáhají podpořit spontánní pohybové reakce u klientů s mentálním postižením. Receptivní vnímání nahrávky bicích nástrojů silně motivuje k vlastnímu výkonu hry na bubny, které mají klienti před sebou. Sekeles (1989) dodává, že takto připravená hudební situace vede k růstu svalového tonu u hypotonických dětí s Downovým syndromem. Podle Granta (1989) rytmická struktura hry na bubny poskytuje jedinečný prostředek nejen pro rozvoj motorických funkcí, ale i pro rozvoj kognitivních procesů.

### **Rozvoji kognitivních dovedností ve vztahu k zvládnání školního kurikula**

Jak uvádí Peters (2000) před tím, než můžeme podpořit rozvoj školních aktivit u dětí s mentálním postižením, musíme podpořit jejich motivaci, aby se školních činností dokázaly účastnit. Zároveň je důležité rozvíjet oblasti koncentrace pozornosti

a chování, které jsou pro úspěšné zvládnání školního kurikula nezbytné (např. zaměření pozornosti, udržení pozornosti, následování instrukcí, oční kontakt, rozvoj komunikace apod.).

Muzikoterapie nám umožňuje tyto oblasti cíleně rozvíjet. Jak uvádí Šimanovský (2010), muzikoterapeutické techniky nabízejí prostor pro rozvoj nejen terapeutických cílů, ale také pedagogických. Využití prvků muzikoterapie ve speciálním školství napomáhá dětem s mentálním postižením se lépe adaptovat na školní podmínky a usnadňuje jim zvládnání školních aktivit.

Jak připomíná Kantor (2014), jediný tón může upoutat pozornost, vyvolat oční kontakt a rozvinout sociální interakci. Muzikoterapie nabízí širokou škálu možností, jak napomoci dětem s mentálním postižením v tom, aby se připravily na zvládnání školního kurikula; např. rozpětí pozornosti můžeme postupně prodlužovat pomocí délky písni a hudebních zkušeností. Můžeme trénovat trpělivost a koncentraci pozornosti dětí s mentálním postižením tím, že prodlužujeme dobu čekání, než si mohou vzít hudební nástroj nebo než na něj mohou zahrát. Broniš (2009) při oddalování výběru nástroje využívá instrukce, kdy si děti mohou vzít nástroj až ve chvíli, jestliže se jich dotkne nebo je pohladí „kamarád“ či učitel. Dochází k zaměření pozornosti k jednotlivcům ve skupině mimo hudební nástroje. Trénuje se tak nejen oddálení uspokojení ze získání chtěného předmětu (viz: Peck 1993), ale i rozvoj sociálních dovedností.

Boxill (1989) upozorňuje na skutečnost, že rozličné písňe a hudební hry, které vyžadují, aby děti s mentálním postižením dokázaly identifikovat a spojovat různé zvuky, obrázky nebo předměty, mohou také podpořit proces prodlužování koncentrace pozornosti a zároveň napomáhají učení se rozlišovat mezi nejrůznějšími vizuálními, taktilními a zvukovými podněty. Tyto zkušenosti mohou později děti s mentálním postižením plně rozvinout při zvládnání školních úkolů. Navíc písňe nebo hudební hry, které v sobě obsahují různé úkoly a příkazy napomáhají trénovat porozumění a následování instrukcí, což je pro úspěšné zapojení do pedagogického procesu nezbytné.

Jakmile se děti s mentálním postižením dokáží koncentrovat na plnění úkolu, dokáží pochopit a následovat instrukce, může jim využití prvků muzikoterapie napomoci dále zvládat složitější školní úkoly. Např. prostřednictvím zpěvu písni, hudebních her, tanců a aktivit s hudebními nástroji mohou děti lépe porozumět konceptům čísel, písmen, slov, tvarů, času, světových stran, ale též poznávání barev, částí těla, názvů oblečení, dnů v týdnu atp.

Jestliže je kognitivní materiál prezentován v hudebním kontextu, melodie a rytmus poskytují strukturu, která je nezbytná pro to, aby děti s mentálním postižením dokázaly uchovávat v mysli koncepty, které se naučily a to zcela přirozeně. Pro strukturu skladeb a písní jsou zcela běžné repetice, které napomáhají dětem k zapamatování naučeného, bez zbytečné nutnosti drilu a memorování (Peters 2000).

Muzikoterapeutické techniky zaměřené na oblast vnímání, myšlení a paměti mohou být použity k diagnostice úrovně kognitivního rozvoje u dětí s mentálním postižením, stejně tak jako u dětí bez postižení (Boxill 1989). Muzikoterapeutické strategie, které zahrnují postupné vzrůstání hudební komplexity, mohou být použity ke kognitivnímu rozvoji u dětí s mentálním postižením tak, že jim pomáháme procházet jednotlivými hudebními úkoly, které se vztahují k jednotlivým fázím jejich kognitivního vývoje (Peters 2000).

Muzikoterapeuti často v této souvislosti používají strukturovanou kontingentní hudbu, která zahrnuje aktivní část (instrumentální hraní, tanec) a pasivní část (poslech hudby) a napomáhají tak rozvoji kognitivních procesů. Využití kontingentní hudby je často velmi efektivní pro rozvoj školních dovedností, vždy však záleží na individualitě a stupni postižení dítěte (Kantor 2014).

### **Rozvoj sociálních dovedností, emocionální stability a samostatného života**

Při práci s klienty s mentálním postižením se často snažíme o rozvoj sociálních dovedností, omezování nevhodného chování a podporu samostatnosti.

Jak uvádí Peters (2000) cílem podpory samostatnosti při muzikoterapii je zaměření se na oblast *sebeobsluhy* u klientů s mentálním postižením se snahou o transfer do běžného života. Vzhledem k limitům praktické inteligence, které jsou často přítomny u klientů s mentálním postižením, vytvářejí muzikoterapeuti specifické strukturované hudební programy, které vedou k dosažení alespoň určitého stupně samostatnosti v sebeobsluze. Hudba může pomoci v řadě oblastí, kde je zapotřebí aplikace určité struktury a zpevnování požadovaných dovedností. Texty písní mohou např. popisovat jednotlivé sekvence činností (v oblasti hygieny, oblékání, úklidu apod.) a jejich repetitivní charakter zajišťuje postupné zpevnění<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Peters (2000) uvádí, že někteří klienti s mentálním postižením mohou být motivováni k dodržování osobní hygieny a úpravě zevnějšku na základě toho, že jsou členy hudebního seskupení, které veřejně vystupuje s vlastním nebo převzatým repertoárem a od nějž se očekává určitá image, zahrnující dodržování hygienických a dalších návyků (srov. skupiny Pertti Kurikan Nimipäivät z Finska a Kabrňáky z České republiky).

Dawis, Gefeller a Thaut (1992) se naopak zabývají otázkou nebezpečí možné sociální izolace lidí s mentálním postižením. Jak uvádějí, u klientů s mentálním postižením jsou často omezené adaptační schopnosti, které mohou vést k určitým limitům při rozvoji sociální inteligence. Proto klienti s mentálním postižením potřebují pomoc při *rozvoji sociálních dovedností*. Zkušenost při skupinové muzikoterapii se zpěvem písní, společným pohybem na hudbu a společným hraním bývá proto strukturována tak, aby podporovala sociální dovednosti (např. spolupráce při hře ve dvojicích a při paralelních hudebních činnostech, trénování formy hudebních pozdravů, sdílení zážitků spojených s muzikoterapií, naslouchání druhým, vyčkání, až na klienta přijde řada při sdílení či hraní, spolupráce ve skupině, dodržování pravidel skupiny apod.).

Muzikoterapeuti se snaží při skupinových (Peters 2000) i individuálních (Koucun 2011) setkáních podpořit růst sebevědomí klientů s mentálním postižením tak, že jim umožňují zažít pocit úspěchu v hudebních situacích. Pro každého volí takové hudební nástroje, které odpovídají jejich kognitivním i motorickým možnostem. Klient pak může hrát s muzikoterapeutem i s dalšími klienty a zažívá radost a pocit uspokojení ze společného hraní. Tyto pozitivní zkušenosti ze sociálních kontaktů při muzikoterapii se mohou přenést do interakcí v běžném životě a zabránit sociální izolaci.

Klienti s mentálním postižením, kteří hrají na hudební nástroje, se také učí *sebedisciplíně a kontrolování svých impulsů*. Často mohou být totiž velmi impulzivní a postrádat sebekontrolní mechanismy. Emocionální aktivita klientů s mentálním postižením může vykazovat i projevy nevhodného chování jako jsou nejrůznější aspekty agresivity, zahrnující škálu od skákání do řeči, přes utíkání z místa, až po verbální a fyzické napadání. V mnoha programech mohou pomoci kontingentní hudební aktivity zlepšit žádoucí a eliminovat nežádoucí chování. Písňe a improvizční aktivity, ve kterých pracujeme s emocemi a pocity, mohou napomoci klientům s mentálním postižením pochopit rozdílnost žádoucího a nežádoucího chování a mohou vést k zvládnutí emocí novým, společensky vhodným způsobem (Dawis, Gefeller, Thaut 1992).

Zároveň muzikoterapie představuje prostor pro uvolnění vnitřních tenzí plynoucích z potlačované emocionality, a to žádoucím způsobem. Například se využívá hry na velké bubny při legitimním vybití agrese, hry na strunné nástroje při zvládnutí

smutku a hry na klavír při externalizaci vnitřních emocionálních tenzí prostřednictvím tzv. zvukového ventilu (srov. Procházka 1996; Lipský 2002).

Boxill (1989) uvádí, že se v muzikoterapii používají intenzivní techniky hry na hudební nástroje (bicí, klavír, perkuse), aby docházelo k uvolnění vnitřního napětí a zamezilo se tak nevhodnému sebepoškozujícímu chování u klientů s hlubokou mentální retardací.

Dr. Bruce M. Saperston (1989) vytvořil behaviorální hudebně-relaxační program (MBIRT) pomáhající lidem s mentálním postižením eliminovat nevhodné projevy chování. Různé hudební zkušenosti v tomto programu (včetně improvizace, zpěvu a především poslechu hudby) jsou strukturovány tak, aby podněcovaly fyziologické projevy těla, a navozovaly relaxaci, která vede k uvolnění od psychické zátěže a emocionální tenze. Zkušenosti z tohoto programu jsou dále rozvíjeny v behaviorálním procesu, ve kterém se nahrazují nežádoucí vzorce chování za žádoucí a ty se postupně zpevňují.

### **1.4.3 Muzikoterapie u lidí se zrakovým postižením**

Většina lidí získává až 80% informací a poznatků zrakem (srov. Moog 1987; Birkenshaw Fleming 1993; Peters 2000). U lidí se zrakovým postižením tento zdroj příjmu informací ubývá v závislosti na šíři postižení. Pokud nemluvíme o kombinovaném postižení, bývají intelektuální schopnosti lidí se zrakovým postižením shodné s vidícími vrstevníky. U dětí se zrakovým postižením se však často setkáváme s nerovnoměrným psychomotorickým vývojem.

Děti se zrakovým postižením se musí naučit získávat informace z okolního světa jinými zdroji než vizuálními (např. taktilními, auditivními). Děti obecně přistupují k vnímání světa multisenzoriálně, chybějící zrakový stimul vede k dočasnému vývojovému opoždění. Z tohoto důvodu je nutné zahájit ranou muzikoterapeutickou intervenci co možná nejdříve. Muzikoterapie u dětí se zrakovým postižením je součástí komplexní rehabilitační péče a doplňuje mozaiku odborné péče o využití zvuku a hudby.

### **Sluchový trénink**

Ve společnosti panuje mýtus o tom, že lidé se zrakovým postižením mají automaticky lépe vyvinutý sluch, bývají hudebně nadáni, případně jsou šikovnými ladiči klavírů. Tento pohled je značně zkreslený. Hudební nadání je u lidí se zrakovým postižením rozvrstveno podobně, jako je tomu v běžné populaci (Peters 2000). Přesto jim hudební pedagogika a muzikoterapie mohou zpřístupnit možnost rekvalifikace pro oblast hudební.

Na počátku vždy stojí akustický trénink. Člověk nejdříve musí své smysly trénovat, aby v nich dosáhl mistrovství. Tento proces se děje samovolně, ale je možné jej podporovat cíleně. V této oblasti má svoji důležitou roli i muzikoterapie. Jelikož je schopnost klientů přijímat informace zrakem omezena, poškozena nebo zcela chybí, další smysly, zejména sluch, se stávají velice důležité pro vnímání okolního světa, pro pohyb, proces učení se a pro interakci s ostatními. Hudba, jako převážně sluchový vjem, má své neopominutelné místo při rozvíjení, cvičení a celkovém zlepšování sluchových dovedností (Birkenshaw Fleming 1993).

Jak dodává Peters (2000), hudební nástroje zároveň aktivují taktilní složky, neboť jsou rozličných tvarů a vyrobeny z nejrůznějších materiálů od dřeva přes různé druhy kovů, až po kůže a syntetická vlákna. Svými specifickými technikami,



jak nástroje rozeznít, se aktivuje i kinestetická složka. Při muzikoterapii tedy klient se zrakovým postižením trénuje sluchové, hmatové dovednosti i složku kinestetickou.

Vhodně vybrané muzikoterapeutické techniky umožňují klientům se zrakovým postižením uvědomovat si jednotlivé zvuky ve svém okolí. Jde o identifikaci kvality a zdroje zvuku. Peters (2000) uvádí, že muzikoterapie napomáhá klientům se zrakovým postižením při akustickém tréninku. Klienti se učí porozumět významům jednotlivých zvuků, uvědomit si je ve svém okolí, zapamatovat si je a reagovat na ně. Učí se určit zdroj zvuku a sledovat pohyb zvuku v prostředí. Rovněž se pracuje s nápodobou některých zvuků, ale též slov a zpěvu.

### **Podpora samostatného pohybu**

Moog (1987) připomíná, že jednou z nejdůležitějších potřeb lidí se zrakovým postižením, je nezávislý pohyb v prostoru. Muzikoterapie může zprostředkovat rozvoj pohybových schopností klientů se zrakovým postižením tak, aby mohli být nezávislí na svém okolí, jak jen to bude možné. Peters (2000) vymezila cíle, které tento proces reflektují:

- Rozvoj vnímání částí těla a jejich pozice v prostoru.
- Rozvoj orientačních dovedností, které umožňují používání senzorických a kinestetických procesů, k rozvoji prostorového vnímání a upevnění pozice klienta ve vztahu k jiným objektům okolí.
- Rozvoj pohybových dovedností k plynulému a sebejistému pohybu z jednoho místa na druhé.

K naplnění těchto cílů se v muzikoterapii používají hudebně improvizací techniky, které zahrnují pohyb za zvukovým zdrojem, hru na hudební nástroje a zpěv písní.

Písně, které pojednávají o jednotlivých částech těla a pohybu napomáhají klientům se zrakovým postižením k rozvoji správného vnímání těla, což je nezbytnou podmínkou pro úspěšný pohyb v prostoru. Rovněž hra klientů na hudební nástroje rozvíjí jejich motorické, kinestetické a haptické dovednosti, jako i tělesnou koordinaci. Hra klientů se zrakovým postižením bývá zpočátku pomalého tempa, často velice soustředěná a rozvážná. Jakmile klienti získají jistotu při vnímání a ovládání hudebního nástroje

a ve vnímání vlastního těla a pohybu, mohou muzikoterapeuti využít rychlejší písňe a improvizace, včetně hudebních her a jednoduchých tanců (Peters 2000).

Zakladatel Eurytmiky<sup>23</sup> hudební pedagog E. J. Dalcrose vyučoval hudbě studenty se zrakovým postižením v Barceloně. Vytvořil speciální hudebně pohybová cvičení pro studenty se zrakovým postižením, která se stala inspirací pro muzikoterapii (srov. Bachman 1991; Knator, Lipský, Weber a kol. 2009). Cílem těchto cvičení je rozvoj prostorové orientace, prohloubení taktilního vnímání, uvědomění si hranic vlastního těla a zvýšení sluchových dovedností. Dalcrose se snažil, aby se studenti se zrakovým postižením nebáli svého okolí a získali sebedůvěru.

Muzikoterapeuti inspirovaní Eurytmikou se zaměřují na propojení hudební improvizace, interpretace a pohybu, čímž uvádějí kinestetickou složku do hudebního kontextu. Sledují, jakým způsobem se klienti pohybují na různé druhy hudby a podle toho upravují další muzikoterapeutické techniky. Cílem je probuzení spontaneity, kreativity, svobody a zvýšení sebedůvěry.

Dalcrose (1905) k tomu dodává, že každé hudebně-rytmické cvičení musí vycházet především z pohybových aktivit. Pohyb se propojuje s elementárními rytmy. Každý poslech hudby musí přejít do aktivních činností, např. pohybu na hudbu nebo tance. Hudební aktivity rozvíjejí nejen pohyb, ale i sluchovou citlivost. V součinnosti s tím se využívá solmizačního zpěvu, jenž slouží k rozvoji vnitřního slyšení a hudebních improvizací, které dotvářejí kontext k pohybu a zpěvu.

Jak uvádí Mihule a Kovařík (1989), jde o propojení tělesných a hudebních pohybů na bázi nervosvalové koordinace s vnitřním emočním prožitkem člověka. Peters (2000) dodává, že výzkumy, zaměřené na využití hudby u dětí od narození zcela nevidomých, opakovaně ukazují, že jim rytmická hudba usnadňuje trénink chůze a podporuje plynulý pohyb. Muzikoterapie zvyšuje motivaci pro trénink pohybových dovedností a tím posiluje sebedůvěru dětí se zrakovým postižením. Tyto aspekty jsou důležité pro zdravý vývoj jejich osobnosti.

### **Snížování autostimulace**

U některých klientů se zrakovým postižením, často tomu bývá u dětí, se objevuje sklon k různým druhům autostimulace, jako je např. mačkání nebo tření očí, třepání

---

<sup>23</sup> V české literatuře se setkáváme nejen s pojmem Eurytmika, ale též s ekvivalentem Rytmická gymnastika (srov. Mihule, Kovařík 1989; Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009). Termín Eurytmika nesouvisí s antroposofickou Eurytmií a neměl by se zaměňovat (srov. Krček 2008; Felber, Reinhold, Stuckert 2010).

prsty před obličejem, otáčení hlavy ze strany na stranu, kývání apod. Peters (2000) uvádí, že klienti s vážným zrakovým postižením, kterým chybí vizuální stimul, si takto sytí potřebu nedostatečných vjemů, což jim přináší jistý druh uspokojení. Často jsou autostimulace spojeny s uvolněním od zátěže nebo zbavení se pocitů úzkosti.

Kantor (2014) dodává, že tyto projevy někdy vedou k tomu, že je pro děti se zrakovým postižením obtížné se úspěšně a vhodně zapojit do interakcí ve svém okolí. Proto se muzikoterapie často snaží omezit či nahradit tyto druhy autostimulací.

Hudba je především akustický fenomén, který není závislý na zraku. K tomu, aby mohla být vnímána nebo produkována, stačí sluch, pohyb a hmat. Hudba tedy stimuluje smysly, které jsou přítomné a rozvíjené u lidí se zrakovým postižením. Hudba je velmi motivující, často zábavná a společensky vnímána jako velice vhodná, a dokonce žádoucí a obohacující forma stimulace smyslů (Peters 2000). Hudební stimul může odvést pozornost od autostimulace k žádoucím aktivitám, jako je držení hudebního nástroje a hra na něj. V některých případech může hudební stimulace zcela nahradit autostimulační projevy.

Kinestetická složka obsažená při hře na hudební nástroje může klienty se zrakovým postižením zbavit pocitů úzkosti a vnitřní tenze společensky přijatelným způsobem. V některých případech (např. u klientů s kombinovaným postižením) není vhodné zabráňovat či omezovat autostimulační projevy, pokud se nepodaří nalézt jiný adekvátní způsob, kterým by došlo k uvolnění napětí klienta (Procházka 1996).

### **Sebepojetí a hudební komunikace**

Moog (1987) uvádí, že ve světě, který je ochuzen o zrakovou stimulaci a vizuální vnímání krásy, přináší hudba estetické bohatství, které by jinak člověku chybělo. Hudba představuje oblast estetiky, která je zcela přístupná bez zraku. Kersten (1981) k tomu dodává, že hudba vnáší prvek krásy do světa, který by se mohl stát ponurým a pustým. Hudba člověka se zrakovým postižením propojuje se světem. Při hudebních činnostech mají lidé se zrakovým postižením jen velice málo omezení, mohou se tak podílet na hudebních činnostech spolu s lidmi, kteří nejsou zrakově postižení. Tato skutečnost přináší důležitou složku pro podporu a rozvoj sebepojetí člověka se zrakovým postižením.

Jak uvádí Peters (2000), pocity bezmoci, závislosti a odcizení, které mohou vést u klientů se zrakovým postižením ke sníženému sebevědomí, nejsou primárně důsledkem zrakové vady či poškození zraku, ale spíše odrazem postojů a projevů, které

k člověku se zrakovým postižením zaujímá společnost. Ty se pohybují od přehnaně ochrannářských reakcí až po bezohlednost. Okolní svět je nastaven pro vidící a někdy vede k frustraci lidí se zrakovým postižením, což může někdy přinášet pocity úzkosti a hněvu. Ačkoliv se mnohé, především ve velkých městech, v posledních letech změnilo ve prospěch lidí se zrakovým postižením, mysl lidí se mění mnohem pomaleji.

Muzikoterapie představuje společensky přijatelný rámec, kde klienti mohou dát průchod svým emocím a zbavit se hněvu, úzkostí a napětí způsobeného frustrací a pocity méněcennosti. Hudba však nepůsobí jen jako ventil pro nastřádanou vnitřní tenzi, ale také jako zdroj radosti z objevování nových možností např. při improvizaci, zdroj získávání nových dovedností spojených s hrou na hudební nástroje a zpěvem. Tím hudební situace přispívají k zvyšování pocitu sebevědomí. Muzikoterapeut může klienta podpořit na cestě restrukturalizace osobního sebepojetí, podpořit jeho pozitivní schopnosti a dovednosti, které jsou v hudbě zřejmé a pro klienta srozumitelné (srov. Peters 2000; Kantor 2014).

Navíc hudba pro klienty se zrakovým postižením přináší ještě jeden rozměr a tím je tzv. *hudební komunikace*. Nejen že muzikoterapeutické techniky mohou aktivovat a rozvíjet verbální složku lidské komunikace, ale mohou zprostředkovat i skryté obsahy nonverbální komunikace, která lidem se zrakovým postižením při interakci s ostatními unikají. Peters (2000) k tomu dodává, že hudba svojí pestrostí a širokou škálou dynamiky může pokynout hloubku vyjádření, kterou mohou lidé se zrakovým postižením postrádat, protože nemohou vnímat jemné rozdíly v gestech a mimice, které doprovází slovní sdělení. Hudební komunikace přináší nový rozměr vnímání obsahu sdělení v hudbě. Lidé se zrakovým postižením mohou vnímat hudební sdělení v rámci celé palety všech jemných nonverbálních nuancí.

Kersten (1981) uvádí, že hudba přináší do světa lidí se zrakovým postižením mnoho cest, které mohou změnit jejich pohled na sebe samotné. Hudba vytváří prostor pro komunikaci, dává průchod emocím a uvolňuje napětí. Zároveň však poskytuje určitý stupeň fyziologické a psychologické rovnosti s vidícími. Tato skutečnost je velice důležitá pro sebepojetí a sebeúctu lidí se zrakovým postižením.

Peters (2000) dodává, že je velice důležité postavit muzikoterapeutickou proceduru tak, aby jednotlivé hudební situace umožňovaly v případě nízkého sebevědomí okamžitý pocit dílčích hudebních úspěchů klientům se zrakovým postižením. Obzvláště u lidí, kteří o zrak přišli v důsledku onemocnění, úrazu či neurovegetativních změn v průběhu života, je důležitá podpora sebepojetí formou

konkrétních důkazů osobního úspěchu, které hudba může poskytnout. Navíc muzikoterapeutické techniky, které zahrnují psaní písní, diskuse nad texty a dialogické či příběhové hudební improvizace, pomáhají klientům se zrakovým postižením probrat jejich pocity a psychologická témata spojená se změnou vnímání světa a budoucnosti.

### **Sociální interakce**

Muzikoterapie přináší sociálně-interakční rozměr. A to jak při individuální práci, kde dochází k interakci klienta s terapeutem, tak při práci ve skupině, kde je přítomno více klientů. Muzikoterapie tak zabraňuje izolaci a posiluje sociální kompetence, které si klient se zrakovým postižením odnáší do dalších interakcí ve svém každodenním životě (Shoemark 1991).

Muzikoterapeuti mohou jednotlivé techniky připravit tak, aby posilovaly sociální interakce a interpersonální komunikaci. Skupinové hudební činnosti, jako je sborový zpěv, hudební improvizace, tanec nebo vznik hudebních seskupení, poskytují příležitosti pro klienty se zrakovým postižením k interakci s vidícími i mezi sebou navzájem. Hudební skupiny nebo pěvecké sbory, vytvořené za tímto účelem, vnímáme rovněž jako muzikoterapeutickou intervenci, neboť vedou k posílení sociálních interakcí, zabránění sociální izolaci a zvyšují sebepojetí klientů (srov. Peters 2000; Lipský 2008b).

Kersten (1981) uvádí, že muzikoterapeutické techniky zaměřené na řešení problému ve skupině posilují sociálně-komunikační schémata, která mohou lidé se zrakovým postižením přenášet do běžného života. Zároveň upozorňuje na skutečnost, že v běžném životě může být příležitost pro sociální i fyzickou interakci lidí se zrakovým postižením omezena.

### **Odpočinek**

Ačkoliv jsou lidé se zrakovým postižením díky každodennímu tréninku ve svém prostředí orientováni, vyžaduje každý pohyb nutnou dávku soustředění se na zvukové a taktilní informace přicházející z okolního světa. Tento neustálý stav zvýšené pozornosti a ostražitosti může vést k fyzické i psychické únavě. Relaxační a hudebně-pohybová cvičení mohou pomoci uvolnit napětí svalů i psychické napětí a celkově vést k revitalizaci psychických procesů (Peters 2000).

U lidí, kteří využívají elektronické orientační pomůcky se zvukovým výstupem, jsou hudebně-relaxační techniky doporučovány v rámci sluchové i psychické hygieny

a prevence Důvodem je skutečnost, že jsou tyto pomůcky často hlučné a tím zatěžují sluchový i psychický aparát (Macháčková 2007).

Muzikoterapeuti v rámci prevence doporučují nejen relaxační hudbu či využití relaxačních technik, ale též práci s tichem a akustický trénink.

## SHRNUTÍ

V úvodu jsme stručně představili specifika vedení muzikoterapie u dětí předškolního věku, neboť náš výzkumný vzorek v empirické části tohoto textu tvořili dospělí klienti, ale pětileté děti. Zde jsme především zdůraznili význam nástupu symbolických funkcí a s nimi spojené hry. Poté jsme okrajově zmínili, jakým způsobem v muzikoterapii stanovujeme cíle terapeutické intervence. Od těchto cílů se odvíjí muzikoterapeutické procedury u jednotlivých skupin klientů se zdravotním postižením, které jsme zde představili v obecné rovině. Soustředili jsme se na klienty s poruchou autistického spektra, s mentálním postižením a zrakovým postižením, neboť odpovídají cílové skupině našeho výzkumného vzorku. Při práci s těmito specifickými skupinami klientů je zřejmé, že hudba a metoda improvizace často sehrává ústřední roli v muzikoterapeutickém procesu.

U klientů s poruchou autistického spektra pomáhá hudba při rozvoji komunikace (hudba obchází řečový kód, klient snáze uchopí hudební význam než jazykový) a může být nástrojem emocionální stability (hudba je spojnicí se světem emocí). Muzikoterapie přispívá ke zvládnutí vnitřní tenze klientů s PAS prostřednictvím budování jasných struktur (např. písně poskytují bezpečný a jasně strukturovaný prostor, který je pro klienty srozumitelný; struktura muzikoterapeutického sezení rovněž přispívá ke snížení tenze a omezení tzv. autistických krizí). Autistická krize představuje způsob klienta vyrovnání se s nesnesitelnou tenzí. Často je tento způsob destruktivního charakteru. Autistická krize má čtyři fáze, během nichž může muzikoterapeut využít hudebních intervencí pro zachování zdraví klienta.

U klientů s mentálním postižením muzikoterapeutické intervence mohou vést k podpoře komunikace prostřednictvím hudby a textů písní. Muzikoterapeutické postupy umožňují rozvoje sluchové percepce a koncentrace pozornosti, což opět přispívá k celkovému zlepšení komunikace. Muzikoterapie dále přispívá k rozvoji motorických a kognitivních funkcí a rozvíjí sociální dovednosti.

Muzikoterapie u lidí se zrakovým postižením se soustřeďuje na programy, které vedou k obecnému rozvoji sluchu. Kompenzační strategie, kdy jeden smysl (zrak) nahradí jiný (sluch), je potřeba podpořit a rozvinout. Muzikoterapeutické intervence také pomáhají i při samostatném pohybu klientů a při snižování autostimulace. Navíc hudba napomáhá klientům se zrakovým postižením v rozvoji sociální komunikace a při podpoře sebe-akceptace.

## **2 HUDEBNÍ KOMUNIKACE, PROJEKCE A ANALOGIE Z POHLEDU MUZIKOTERAPIE**

Dříve než se začneme zabývat tématem hudební komunikace, projekce a analogie z pohledu muzikoterapie, je nutné vyjít z praktické zkušenosti, že všechny tři uvedené fenomény jsou přítomny v hudbě klienta. Abychom na hudební obsahy komuniké, intrapsychické projekce a analogické paralely mohli usuzovat, potřebujeme u klienta vyvolat hudební reakci.

Pro většinu muzikoterapeutů je nezbytné, aby klient, který vstupuje do muzikoterapeutického procesu, dříve nebo později zahrál na některý z hudebních nástrojů (srov. Nordoff, Robbins 1980; Bruscia 1998). Přitom ne všichni klienti, kteří do muzikoterapeutického procesu vstupují, jsou schopni či připraveni hrát na hudební nástroj. V muzikoterapeutické praxi se může stát, že hra na hudební nástroj v úvodní fázi bude dokonce kontraproduktivní.

Na základě doporučení klinického psychologa jsme byli kontaktováni matkou s pětiletým synem s poruchou autistického spektra. Podle slov matky ráda této možnosti využila, neboť její syn: „má rád hudbu a při poslechu hudby je to jediná chvíle, kdy dokáže být plně koncentrován“. Na úvodním setkání jsme zvolili uvítací hru na klavír. Jakmile se ozvaly první tóny, chlapec upadl do autistické krize a jeho mechanismus, kterým se s ní vyrovnával, spočíval v tom, že ležel na zemi, křičel a hlavou tloukl o podlahu. V návaznosti na tuto zkušenost, jsme opustili hru na klavír a pokusili se zahrát na jiné hudební nástroje (kytaru, metalofon, flétnu apod.), odezva však byla vždy stejná. Zeptali jsme se matky, jak vypadají chvíle, kdy je chlapec koncentrován při hudbě. Získali jsme informaci, že poslouchá nahrávku sboru. Zkusili jsme tedy využít audio-nahrávku, která by odpovídala předchozí hudební zkušenosti chlapce. Jakoby zázrakem se zklidnil a posadil. Po zbytek muzikoterapeutického setkání jen tiše naslouchal reprodukováné hudbě. Následná muzikoterapeutická setkání jsme zaměřili na receptivní muzikoterapeutické programy. Postupně jsme získali chlapcovu důvěru a poté bylo možno do reprodukováné hudby zapojit i reálné nástroje.

Někdy dokonce může vynucená hra na hudební nástroj re-traumatizovat klienta nebo dokonce vést k tomu, že klient opustí muzikoterapii jednou pro vždy. V praxi se můžeme setkat s klienty, kteří odmítali hrát na hudební nástroje z důvodu psychického zranění při hudební výchově, ke kterému došlo na základní škole. Mezi osmým a devátým rokem věku dítěte dochází k rozpoznání a uvědomění si skutečnosti, že někdo jiný hraje a zpívá lépe nebo že lépe udrží rytmus apod.



Jestliže v tomto období významný druhý, jak nazývá Vavrda (2005) učitele, sdělí dítěti nešetrným způsobem, že nemá rytmus nebo zpívá falešně, dochází k psychickému zranění. To má za následek, že dítě přestane hudbu aktivně provozovat a přestane i zpívat. Někdy je toto zranění tak silné, že se k hudbě nedostane po celý zbytek života. Díky intrapsychickým obranným mechanismům (Freud 1933), dochází k postupnému „vymizení“ traumatického zážitku. Ať je zapomenut či zcela vytěsněn, v lidské psychice se nikdy nic neztratí. V muzikoterapeutické praxi pak tyto zapomenuté zážitky z dětství způsobují tenzi a obavu z hudebních nástrojů, zpěvu a hudby obecně. V takové situaci je dobré opět sečkat s využitím principů aktivní muzikoterapie.

Často se do muzikoterapeutické praxe dostávají děti i dospělí, kteří mají narušenou komunikační schopnost v tom smyslu, že jsou „němí“ – projevují se u nich různé formy mutismu. Řeč u nich zpravidla bývá zcela rozvinuta, ale psychický blok brání tomu, aby byla použita v určitém kontextu, jak tomu bývá např. v projevech selektivního mutismu nebo u sociální fobie. Jindy byla řeč klienta plně rozvinuta, ale vlivem psychického onemocnění či traumatické zkušenosti došlo k její úplné ztrátě. I tito klienti odmítají na hudební nástroje hrát. Muzikoterapeutická intervence pak spočívá v tom, že jsou klienti pouze posluchači a terapeut pro ně hraje. Muzikoterapeut si však musí dávat dobrý pozor, aby nehrál „komunikačním způsobem“, dokud mu to klient sám nedovolí, v podobě vlastního aktivního a samostatného vstupu do společné hry. Jakmile klient s narušenou komunikační schopností předčasně odhalí, že i hudbou se dá komunikovat, může se stát, že jej dané zjištění natolik „vyleká“, že muzikoterapii jednou pro vždy opustí.

Mastnak (2012) v rozhovoru na Rádiu Česko uvádí kasuistiku ženy, která byla hospitalizována na psychiatrii z důvodu ztráty verbálního projevu. Běžné psychologické postupy nezabíraly a tak jí byla indikována muzikoterapie. Žena ani zde nemluvila a pouze naslouchala hře na klavír samotným muzikoterapeutem. V průběhu následujících sezení se sama do hry zapojila pomocí hudebních nástrojů, které pro ni byly přichystané. Celý muzikoterapeutický proces měl své těžiště v improvizovaném společném hudebnímu dialogu. Jednoho dne přišla a slovy sdělila, že je již v pořádku, že si opět zařídila práci a že by si přála, aby toto poslední setkání bylo podobné tomu prvnímu – aby muzikoterapeut jen hrál a ona v průběhu hry mohla odejít. To se i stalo.

Někteří klienti v důsledku tělesného, smyslového či mentálního postižení nejsou schopni na hudební nástroje zahrát. Někdy nedokáží koordinovat své pohyby, jindy nejsou schopni pochopit techniku hraní nebo nedokáží udržet hudební nástroj apod.

V muzikoterapeutické praxi se můžeme setkat s tím, že je pro některé klienty velice obtížné zahrát na hudební nástroje, jelikož nemají předchozí zkušenost a jejich např. tělesné nebo mentální postižení jim z počátku neumožní aktivně hrát. Z tohoto důvodu se v počátečních fázích muzikoterapie soustředíme na hudbu hranou terapeutem pro klienta. Postupem času se můžeme setkat s nábivkem herních dovedností (např. v rehabilitační muzikoterapii), kdy klient postupně nabývá nových schopností, rozvíjí se u něj motorické a kognitivní funkce a posléze je schopen na nástroj aktivně zahrát.

Proč se snažíme, aby klient v muzikoterapii hrál na hudební nástroje? Ponechme stranou již zmíněné rehabilitační důvody a zaměřme svou pozornost k tématu komunikace a vše, co s ním souvisí v muzikoterapeutické praxi.

Jak uvádí Mastnak (2012), muzikoterapie bývá často indikována z řad lékařů, speciálních pedagogů a psychologů tam, kde je narušena komunikační schopnost klienta nebo tam, kde běžné verbálně orientované psychoterapeutické a speciálně pedagogické přístupy selhávají.

Hra na hudební nástroje umožňuje nový směr vedení terapie, zpřístupňuje nové možnosti diagnostiky a poskytuje prostor klientům, aby se vyjádřili zcela novým způsobem. Jak z výše uvedeného vyplývá, vše má svůj čas. Klient nemusí okamžitě začít hrát, důležité je najít cestu, jak mu hru na nástroj zprostředkovat. Robbins (2004) hovoří o tom, že je nutné nejdříve aktivovat „hudební dítě“ v každém z nás a s jeho pomocí rozehrát svou vnitřní hudbu. Je velice důležité najít pro každého klienta nejvhodnější způsob, jak jej k hraní na hudební nástroje postupně přivést. Muzikoterapeut v této snaze vždy osciluje mezi nedirektivním a direktivním způsobem vedení terapie (srov. Procházka 1996; Kantor 2014).

Veškeré postupy musíme pečlivě uvážit a připravit s ohledem na konkrétního klienta, se kterým se setkáváme. V muzikoterapii neexistuje jednotný recept, který by byl vhodný pro všechny klienty. Důležité je si položit otázku, proč vlastně chceme, aby tento klient hrál na hudební nástroj, v čem to pro něj může být prospěšné a k jakému cíli tím směřujeme. Jednou z možných odpovědí je, že mu umožníme nový způsob komunikace a zároveň se budeme zamýšlet nad jeho vnitřním i vnějším životem, který se může zrcadlit v jeho improvizované hudbě.

## 2.1 Komunikace v muzikoterapeutickém procesu

Nyní se zaměříme na komunikaci v obecné rovině. Toto téma budeme postupně propojovat s hudební komunikací a komunikací v muzikoterapeutické praxi.

### Komunikace nejen v muzikoterapeutickém kontextu

Termín *komunikace* pochází z latinského *communicare*, což znamená mimo jiné i dorozumívát se. Komunikace narozdíl od lidské řeči, potažmo jazyka není pouze lidským jevem. Existuje u všech živočichů. Sociální psychologie nahlíží na komunikaci jako na přenos myšlenek, postojů, jednání, ale i emocí od *komunikátora* (původce sdělení) ke *komunikantovi* (příjemci sdělení). Přenášený obsah sdělení se nazývá *komuniké*. Mezilidskou komunikací rozumíme dorozumívání mezi lidmi a to jak v oblasti verbální, tak v oblasti nonverbální.

Komunikace nonverbální (též neverbální, mimoslovní), zahrnuje vše, co není přímo zahrnuto ve slovním sdělení. Je zprostředkována gesty, mimikou, pohyby těla, pohyby očí, kvalitou hlasu a při muzikoterapii též kvalitou hudební produkce, pauzami v hudbě, různými vokalizacemi apod. Patří sem ale také čichové vjemy, proxemika (vzdálenost mezi komunikujícími), způsob oblékání atd. Tím vším komunikujeme (srov. Výrost, Slaměník 1998; Hartl 2000; Nakonečný 2003; Plaňava 2005).

De Vito (2008) hovoří o tzv. komunikačních kanálech. Těmi rozumí prostředky, kterými se přenášejí sdělení mezi účastníky komunikace. Komunikace málokdy probíhá pouze prostřednictvím jednoho kanálu, ale spíše jich bývá více a jsou použité souběžně. Při komunikaci hovoříme a nasloucháme (hlasový a sluchový kanál), ale též gestikulujeme a přijímáme signály zrakem (zrakový kanál). Obvykle také vysíláme a vnímáme určité pachové signály (čichový kanál) a někdy se s komunikačním partnerem i vzájemně dotýkáme (hmatový kanál). Při muzikoterapii jsou využity rovněž všechny uvedené kanály, včetně dotykového, obzvláště při práci s dětmi, kdy často propojujeme muzikoterapii s principy *bazální stimulace* či *něžného učení*.

Podle Cherryho (1966) se proces jakékoliv komunikace (i hudební), odvíjí na základě tří složek:

- Vzájemné propojení podnětů a reakcí komunikujících a spoluhrajících.
- Sdílení komunikovaných významů a významů skrytých v hudebním médiu.

- Podle statusu a rolí v rámci vzájemných vztahů mezi komunikujícími. Toto hledisko platí též v muzikoterapii, kdy jsou jasně definované role „klient“ a „terapeut“. Důležité je si uvědomit, že jestliže k nám klient přichází poprvé, jeho nastavení je podobné, jako by se nacházel na vyšetření u lékaře. Teprve následná hudební zkušenost jej přivádí zpět k sobě samému, ke spontaneitě a kreativitě.

Funkce verbální i nonverbální komunikace spočívá v možnosti vzájemně se dorozumívat v rámci sociálních interakcí. Podle Ballacheye (1962) je nutné na komunikaci pohlížet jako na výměnu významů mezi lidmi. Výměna významů se uskutečňuje především pomocí jazyka a je možná v míře, s níž mají komunikující společná poznání, postoje a potřeby. I lidé, kteří hovoří stejnou řečí, si nemusí dostatečně porozumět, jelikož určité pojmy mohou mít pro každého z nich odlišný význam. O to složitější je porozumění významům v hudebním projevu klientů se zdravotním postižením, u nichž běžné komunikační strategie selhávají.

### **Hudební komunikace a muzikoterapie**

Nelze nekomunikovat. Komunikativní hodnotu má každé lidské jednání ve všech svých způsobech, tedy i při hře na hudební nástroje. Komunikují s námi i imobilní lidé s těžkým mentálním a kombinovaným postižením, od nichž se někdy mylně žádná reakce neočekává. Muzikoterapeut se musí snažit přijít na to, jaké komunikační strategie klient využívá. Důležité je tyto ne zcela zjevné komunikační dovednosti nalézt a postupně dekodovat a rozvíjet. Jestliže porozumíme člověku, se kterým pracujeme, lépe odhadneme důsledky jednotlivých intervencí. Celý muzikoterapeutický proces je pak efektivnější a pro klienta přínosnější. Někdy to může být právě hudba, která nám odhalí, jakým způsobem s námi naši klienti komunikují.

V Dětském centru jsme pravidelně docházeli na muzikoterapeutická setkání s osmiměsíční holčičkou, u které perinatálně došlo k poškození mozku. Postižení bylo tak rozsáhlé, že měla funkční pouze mozkový kmen. Realita byla taková, že holčička byla zcela imobilní, vyživována pomocí PEGu, s minimální motorickou aktivitou, zjevnou hypotonií a těkavými pohyby očí. Muzikoterapeutický program se odvíjel od propojení zpěvu s bazální stimulací, po hru na strunné nástroje u její postýlky. Holčička byla dle lékařů v „polo-komatózním“ stavu a na první pohled u ní nebyly patrné známky komunikace. Až po roce systematické muzikoterapie jsme si všimli, že v onom hypotonickém stavu dochází čas od času na úrovni svalů ještě k většímu uvolnění. Záhy jsme pochopili, že to je způsob, jakým

s námi dívka komunikuje. Pochopení komunikačního sdělení se odvíjelo od prožívání libosti a nelibosti v rámci nabízených muzikoterapeutických aktivit, kdy libost znamenala úplné povolení zbytkového svalového tonu. Díky porozumění této komunikační strategii došlo k progresu v muzikoterapii i ve vývoji dítěte. Dívka postupně aktivovala pohyby rukou, z počátku se jen nahodile dotkla zvonkohry a po několika dalších sezeních byla schopna cíleného pohybu (viz: Piaget 1961), došlo také k zpřítomnění jejího pohledu a nahodilému pohybu dolních končetin.

Hudební zkušenost klientů může rozvinout jejich komunikační strategie, které se mohou dále rozvíjet tak daleko, jak jen to bude možné. U některých klientů zůstane komunikační dovednost pouze na bazální, již vytvořené úrovni (např. komunikace pomocí uvolnění svalového tonu), u jiných bude možné dosavadní komunikační strategie nahradit novými, které zahrnou celou škálu alternativní komunikace (např. využití reálných předmětů, fotografií, piktogramů, komunikačních zvukových zařízení apod.), nebo povedou až k rozvoji jazyka a posléze i řeči.

Do muzikoterapie jsme přijali pětiletého chlapce s vývojovým postižením, které se projevovalo v celkovém psychomotorickém opoždění s absencí řečového vývoje. V průběhu muzikoterapeutických setkání se podařilo nastavit hudební zkušenost tak, že chlapec dokázal hrát na klavír. Jakmile jsme se pokusili s ním navázat hudební dialog, přestával hrát a stával se „posluchačem“. Po několika dalších sezeních jsme společně začali komunikovat pomocí rozdílných hudebních nástrojů. On hrál na klavír a my na metalofon, koncovku případně kytaru. V terapeutické intervenci jsme se snažili, aby chlapec udával směr hudebního dialogu, což se v průběhu společné improvizace postupně podařilo. Chlapec hrál na klavír a očekával odpověď druhého nástroje. Jakmile ji uslyšel, zahrál pár nových tónů, jako by se dotazoval. Byla to jeho první životní zkušenost, kdy byl v komunikaci dominantní, udával její tempo a velice se z této skutečnosti těšil. Na dalším setkání přidal k již známé dialogické hře i vokální projev, kterého do té doby nebyl schopen. Postupem času se u něj začaly objevovat první slabiky. V dnešní době začíná komunikovat nejen pomocí hudby, ale i pomocí jednoslovných vět.

### **Hudební komunikace**

Hudební komunikací rozumíme takové nonverbální komunikační projevy, které se realizují prostřednictvím zpěvu, zvuku a hudby. Narozdíl od lidské řeči může být zpěv založen pouze na nonverbálních kvalitách bez jasného sémantického významu, přesto může mít komunikační potenciál. Tam, kde je to možné, pracujeme v muzikoterapii i s textem.

Robbins (2009) upozorňoval na skutečnost, že mnoho muzikoterapeutů dává přednost hudební improvizaci před interpretací a zpěvem písní, aniž by si uvědomovali,

že píseň přináší mnoho důležitých aspektů pro rozvoj lidské řeči a komunikace obecně. V písních se nejen ukrývá potenciál pro rozvoj řeči, ale také kulturní tradice a dědictví. Staum (1989) předkládá příklady využití zpěvu písní pro rozvoj komunikace u dětí s poruchou autistického spektra (PAS), které jsou schopny zpívat, ale běžnou řeč nepoužívají. *„Muzikoterapeuti do známých melodií dosazují nové texty, které mají komunikační charakter. Například se zpívá otázka, na kterou navazuje v druhé sloce odpověď. Díky této intervenci se některé děti naučí pomocí zpěvu odpovídat na jednoduché otázky. Jiné děti s PAS se mohou pomocí písní naučit užívat určitá podstatná jména a fráze významových sloves. Postupně dochází k eliminaci hudby a posléze i melodie písně. Děti pak mluví ve větách při zachování naučeného rytmu“* (Staum 1989, s. 3).

V muzikoterapii se pracuje s textem písní tak, aby došlo k naplnění terapeutického záměru. Tím může být např. rozvoj verbální komunikace, ale též strategie vyrovnání se s bolestnou životní zkušeností. Např. při muzikoterapii dětí, které prožily určité trauma, můžeme pomocí pohádky a písně vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém dítě zpracuje traumatickou zkušenost a nahlídne jí i z jiných úhlů pohledu. Děti si tak v písní mohou zkusit změnit průběh i výsledek traumatické zkušenosti. Na základě nového vhledu lépe dokáží přijmout bolestnou realitu, aniž by došlo k porušení integrity jejich osobnosti.

V naší muzikoterapeutické praxi jsme se setkali s šestiletou dívkou se zrakovým postižením, které zemřela maminka. Dívka byla jako by odtržená od reality a na téma smrti matky nechtěla s nikým hovořit. Pro otce byla celá situace velice bolestná a složitá, navíc měl obavu o psychické zdraví své dcery. Během muzikoterapie jsme na základě písně „Skákal pes přes oves“ rozehráli hudební pohádku o pejskovi, který je ve světě ztracený. Průběh pohádky a jednotlivé sloky písně určovala dívka sama. Dostali jsme se k situaci, kdy pejsek hledí do nebe. Dívka náhle změnila téma a řekla: „mě zemřela maminka a já se každý den dívám do nebe, protože je prý tam, ale já jí nevidím“. Z hlediska vývojové psychologie dívka opustila *prigent modus*, který je typický pro hru a nemá vztah k realitě a vstoupila do *modu reality* (viz kapitolu 1.4). Poprvé promluvila o své vnitřní bolesti ze ztráty. Tato skutečnost byla velice důležitá pro další vývoj terapie a její psychické zdraví.

Při muzikoterapii je důležité mít na paměti obsah textu písně. Některá slova písní se při muzikoterapii u konkrétních klientů nedoporučují.

U dětí v dětském centru, které byly soudně odebrány z rodin z důvodu týrání nebo zneužívání ze strany rodičů, bylo nežádoucí, abychom zařadili do repertoáru písňe jako např. „Mámo, táto v komoře je myš“. Slova jako *máma*, *táta*, *komora* mohla u dítěte vyvolat vzpomínky na týrání či zneužití.

Weber (2007) na své přednášce uváděla příklad vlastní muzikoterapeutické práce na psychiatrické klinice v Bronxu, kde měla muzikoterapii s psychicky nemocnými vrahy, kteří zabili vlastní matku. U nich použití písňe, ve které by se vyskytovalo slovo *mother* - *matka*, bylo přímo zakázáno.

V muzikoterapeutické praxi se setkáváme s klienty, kteří ve své komunikační strategii nepoužívají běžnou řeč (např. u některých klientů s autismem, mentálním a kombinovaným postižením, u klientů po ischemické mozkové příhodě, u klientů po poranění mozku apod.) nebo s klienty, u kterých se snažíme použití řeči vyhnout a zaměřujeme se pouze na komunikaci prostřednictvím hudby (např. v psychoterapeutické intervenci u lidí závislých na návykových látkách, v rodinné terapii apod.), abychom rozkryli komunikační i jiné problémy, které ve verbální rovině těžko nahlédnou. Při práci s těmito klienty využíváme nonverbálního komunikačního potenciálu hlasu, zvuku a hudby.

Jak uvádí Staum (1989), využití hudby při rozvoji komunikace na nonverbální úrovni je vždy velice účinné neboť hudba sama má nejen estetický, ale také komunikační aspekt.

Hudební komunikaci ukazuje níže uvedené schéma č. 7. Obsah komunikačního sdělení (komuniké) je při hudební komunikaci ukryt ve zpěvu, zvuku a hudbě. Přesto do komunikačního prostoru vstupují další nonverbální aspekty, jako je tomu v běžné mezilidské komunikaci.

Muzikoterapeut vnímá, následuje a vyvolává hudební komunikaci v průběhu improvizace, ale též reaguje na případné vokalizace, jako jsou výkřiky, broukání, mručení, slabiky apod. ze strany klienta. Rovněž si všímá všech nonverbálních znaků. Z pohledu práce muzikoterapeuta nejde jen o podporu komunikace, ale také o sběr diagnosticky důležitých dat, které později vedou ke stanovení cíle muzikoterapeutické intervence, k přípravě a realizaci celé muzikoterapeutické procedury.

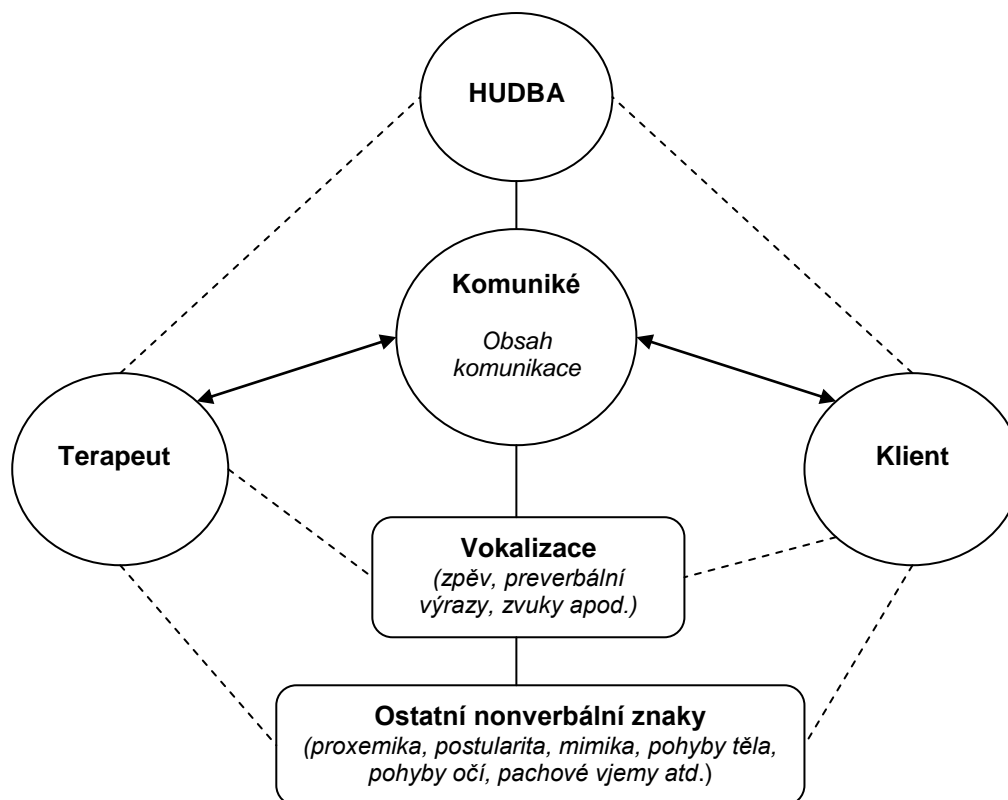


Schéma č. 7: Schéma hudební komunikace.

### Hudební komunikace s dítětem raného věku

Aby byl kontext hudební komunikace ucelený, je nutné zmínit určité paralely v hudební a běžné komunikaci s dětmi raného věku. Tyto strategie je možné pozorovat u rodičů, kteří mají dítě se zdravotním postižením i v pozdějším věku dítěte (Peters 2000).

Nejčastější hudební forma, se kterou děti přicházejí od svého narození do styku, je zpěv. V sociokulturním kontextu jde nejčastěji o zpěv ukolébavek. Ukolébavky vykazují určité hudební rysy, které vedou k tomu, že je posluchači velmi snadno odliší od jiných hudebních forem. Výzkumy ukazují, že jsou posluchači schopni rozpoznat ukolébavky i u jiných kultur, které mohou být i geograficky velmi vzdálené (srov. Unyk 1992; Mátejová, Mašura 1992; Franěk 2007).

Zajímavostí je, že textová složka není pro rozpoznání ukolébavky nikterak určující. Posluchači dokázali ukolébavku jasně identifikovat i ve chvíli, kdy byl zpěv nahrazen hrou na hudební nástroj. Určující charakteristikou ukolébavky je její



jednoduchost s přetrvávajícími sestupnými intervaly, častými repeticemi a pomalým tempem.

Pro hudební komunikaci s novorozenci a kojenci však textová složka tvoří důležitou součást probíhající interakce skrze hudební médium, jímž ukolébavka je. Jak je známo z výzkumů, které se zaměřují na komunikaci s novorozenci (viz Sterna 1977), je tato komunikace specifická. Často mluvíme vyšším hlasem, pomaleji, rytmus řečového projevu je odlišný od běžného rytmu naší řeči, mimika je výraznější, pohledy z očí do očí trvají déle, pohyby jsou nápadnější a vzdálenost mezi námi a dítětem bývá kratší (20 – 25 cm). Důležitá je rovněž určitá stereotypie a rigidita komunikačního projevu a určitá chudost repertoáru výrazových projevů, díky čemuž dítě tyto projevy snáze diferencuje. Stejně tak je tomu u dětí se zdravotním postižením (Erkkilä 1997).

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

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

Jak ukazuje výzkum, který v kojeneckém ústavu v Praze realizovala primářka Damborská (1963, 1967), u novorozenců a kojenců, kde byly zdravotnickým personálem zpívány ukolébavky v kombinaci s blízkostí obličeje (viz výzkum Spitze 1959) - zejména očí a úst zpívajících (někdy byla použita papírová maketa, na níž byly nakresleny oči a ústa, neboť zdravotnického personálu bylo vždy méně, než dětí na oddělení), docházelo k tomu, že děti, kterým bylo zpíváno, následně lépe přibývaly na váze, byly aktivnější ve svých projevech, emocionálně vyrovnanější a celkově lépe prospívaly oproti kontrolní skupině dětí, se kterými se tímto způsobem nepracovalo.

Podobnou zkušenost popisují muzikoterapeuti, lékaři a psychologové v Dětském centru Thomayerovy nemocnice, kde je aplikována muzikoterapie od roku 2003. Jak ukazuje longitudinální výzkum, který zde nadále probíhá, děti, u kterých byla muzikoterapie aplikována od nejranějšího věku, lépe prospívaly, přibývaly na váze a byly sociálně adaptabilnější oproti dětem, u kterých muzikoterapie neprobíhala. Zajímavostí je, že tyto děti mají později (ve věku tří let) bohatší slovní zásobu a jsou komunikačně zdatnější než děti, kterým se muzikoterapie nedostávalo.

Muzikoterapie u novorozenců se zde skládala především z technik založených na vokálním projevu muzikoterapeutky – ženy. Mezi tyto techniky mimo jiné patří i cílené využití ukolébavek k dosažení daného rehabilitačního či terapeutického cíle. Až s rozvojem motorických a senzomotorických dovedností se postupně přechází od zpěvu k elementárním hudebním nástrojům a až mnohem později k hudbě reprodukováné.

Reprodukována hudba sice může podnítit zájem dítěte o hudbu jako takovou, nicméně neobsahuje v sobě onen nosný komunikační potenciál, jaký je skrytý ve zpěvu či v aktivně provozované hře na hudební nástroj.

Zpěv i hudební improvizace dítěti přináší specifický způsob komunikace, odlišný a přitom v mnohém shodný s verbální komunikací. Díky zpěvu a hudebním improvizacím dochází k prohloubení vztahu mezi zpívajícím – hrajícím a dítětem.

### **Komunikace z pohledu muzikoterapie**

Narozdíl od jiných expresivně terapeutických přístupů, které jsou více orientovány na tělo a tělesnost (dramaterapie, tanečně pohybová terapie), se muzikoterapie často zabývá vokalizací a hudební produkcí. Není však úplně pravdou, že by se muzikoterapie zaměřovala pouze tímto směrem. I v muzikoterapii je důležitá práce s dotykem,

postularita a proxemika, mimika a samotný pohyb<sup>24</sup>, jako i čichové a další vjemy, které do muzikoterapeutického a komunikačního procesu vstupují. Vzhledem k povaze této práce, zaměříme nyní pozornost na komunikaci hudebního charakteru.

Vlastní komunikační proces lze rozdělit do tří fází:

- Zakódování sdělení do určité formy (z hlediska muzikoterapie může jít o využití hudební improvizace u klientů s narušenou komunikační schopností, v běžné komunikaci rozumíme touto formou nejčastěji mluvenou řeč).
- Předání informace prostřednictvím určitého kanálu (např. zvuku, hudby, vokálního projevu).
- Dekódování přijatého sdělení příjemcem (pochopení hudební informace vzniklé při improvizaci s klientem).

V běžném typu komunikace se uplatňuje princip zpětné vazby, kdy příjemce komunikovaného obsahu v další možné interakci svým chováním či dotazováním předává informaci, jakým způsobem sdělenou informaci pochopil. Komunikátor pak dekóduje, zda komunikant potřebuje informaci upřesnit či nikoliv. Jestliže obsah sdělení nebyl dostatečně pochopen, má komunikátor možnost tuto informaci doplnit či vysvětlit jiným způsobem a tím napomoci porozumění. Komunikace je komplexní jev vznikající při vzájemné interakci mezi komunikátorem a komunikantem. Obsah jejich sdělení (komuniké) je dotvářen zpětnou vazbou a celkovým kontextem (srov. Nakonečný 1998; Plaňava 2005).

Jestliže je u některého z účastníků komunikace narušena komunikační schopnost natolik, že není schopen běžného sdělení, které by bylo možné zpětnovazebně upřesnit a nevyužívá ani určitou formu alternativní komunikace, zůstává pochopení sdíleného obsahu ve fázi hypotéz, které je nutné postupně ověřovat. Podobně je tomu u hudební komunikace v rámci muzikoterapeutické improvizace.

S klienty s narušenou komunikační schopností se při muzikoterapii setkáváme velice často. Pro lidi s narušenou komunikační schopností bývá muzikoterapie doporučena ze strany lékařů, klinických psychologů a logopedů, neboť představuje

---

<sup>24</sup> Znamé jsou techniky improvizací v Kreativní muzikoterapii, které vycházejí z tempa a rytmu pohybu klientů (srov. Peters 2000; Robbins 2009).

jednu z alternativ, která jim může napomoci rozvíjet a modifikovat komunikační strategie a postupně realizovat komunikační záměr.

U klientů s narušenou komunikační schopností bývá narušena některá z rovin komunikace tak, že nedokáží vyplnit svůj komunikační záměr. Příčinou takto narušené komunikační schopnosti mohou být genové mutace, chromozómové aberace, vývojové odchylky, orgánové postižení CNS, efektorů, receptorů, ale i negativní vliv prostředí, ve kterém se člověk vyvíjí a s ním spojené vývojové nemluvnosti, nebo nemluvnosti z důvodu psychického onemocnění či prožívaného traumatu. Někdy se komunikační schopnosti ztrácejí vlivem abusu návykových látek, jindy následkem úrazu (Lechta 1988).

Muzikoterapie u lidí s narušenou komunikační schopností bývá podpůrnou terapií, která doplňuje intervence jednotlivých odborníků, může se ale také stát centrální terapií, která udává směr celkové komplexní péče. Tato situace nastává nejčastěji ve chvílích, kdy je u klienta zaznamenána minimální odezva na intervence ze strany ostatních odborníků. Působení zvuku a hudby, na podkladě vztahu mezi klientem a terapeutem, může vést ke znatelným pokrokům. Často zaznamenáváme odezvu i u klientů, u kterých ostatní intervence selhávají. Nastávají i takové situace, kdy klient pomocí nonverbálního potenciálu hudby objevuje nebo znovuobjevuje cestu k řeči či k alternativním formám komunikace.

Od chvíle, kdy klient překoná své obavy a začne hrát na hudební nástroje, předává muzikoterapeutovi o sobě celou řadu velice důležitých informací. Tyto informace však musí muzikoterapeut vnímat pouze jako vlastní hypotézu hudebního obsahu, který klient produkuje. Přesto je tento obsah cenným vodítkem, jakým způsobem dál muzikoterapii vést. Zda vstoupit do hudebního dialogu, nebo sečkat v hudebně-estetickém modu. Pokud vstoupíme do hudebního dialogu, zprostředkováváme hlubokou nonverbální komunikaci.

Klient se stává v průběhu muzikoterapie lépe „čitelný“ a mnoho vazeb, reakcí a nosných momentů se projeví transparentněji (Procházka 2013). Není výjimkou, že se objevují i hudební motivy, ale též vizuální obrazy, které nesou významné informace z nevědomí. Souběh všech těchto okolností často přispívá k terapeutické změně, která může následně vést i k obnovení komunikačních schopností. Přesto bychom se neměli v muzikoterapeutickém kontraktu zavázat např. k tomu, že dokážeme navrátit či rozvinout řeč, protože nikdy nemůžeme dopředu vědět, zda k tomu dojde či nikoliv.

## **Komunikace prostřednictvím hudební improvizace**

Muzikoterapeutická improvizace nabízí otevřený prostor pro hudební komunikaci, která bývá zpravidla nonverbální. Terapeut může verbálně připravit muzikoterapeutickou situaci tak, že vysvětlí, jakým způsobem bude hudební improvizace probíhat, ale následně vše zůstává pouze v hudebním modu. Z pohledu speciální pedagogiky, obzvláště u lidí s mentálním a kombinovaným postižením je někdy nežádoucí uvádět hudební komunikaci slovy. Muzikoterapeut musí intuitivně zachytit nebo podnítit komunikaci v hudební improvizaci tak, aby byl klient do komunikačního procesu vtažen.

Při supervizi muzikoterapie v jednom speciálně pedagogickém zařízení jsme se setkali se situací, kdy se terapeut pokoušel o hudební komunikaci prostřednictvím improvizace u lidí s mentálním postižením. Improvizaci uvedl slovy: „a nyní si budete povídat na hudební nástroje“. Klienti zjevně nerozuměli pokynu a tak na vybrané nástroje nezávazně hráli. Terapeut cítil své selhání a nedokázal si jej vysvětlit. Ve své úzkosti se snažil bezúspěšně hrajícím klientům vysvětlit: „že komunikace vypadá tak, že se v hraní střídáme a chvíli hraje jeden a pak druhý“. Vhled do situace pomohl terapeutovi pochopit, proč daná technika nesplnila jeho očekávání. Pro klienty bylo příliš složité pochopit, co od nich terapeut žádá. Sám shledal, že bude lepší, když příště umožní spontánní společnou improvizaci, na kterou zkusí interaktivně reagovat, jestliže zachytí komunikační signály v hudbě klientů. Změna muzikoterapeutické intervence při dalších sezeních vedla k tomu, že klienti spontánně komunikovali skrz hudební nástroje. Postupně docházelo ke zlepšení komunikačních strategií i na úrovni verbální v běžném životě.

Při hudební improvizaci se objevují komunikační strategie, které se klient může naučit a realizovat je. Zároveň představuje hudební improvizace analogii k patologické komunikaci, kterou klienti realizují v každodenním životě. Muzikoterapie jim může pomoci nežádoucí komunikační vzorce nahlédnout a změnit. Zeleiová (2007) uvádí, že nonverbální povaha hudební výpovědi umožňuje dovolit si i víc, než bychom si dovolili v běžné komunikaci (např. divoké úder do nástroje, hlasitý křik). Prostřednictvím hudební improvizace se vyjasňují komunikační způsoby známé z běžného života. I když v muzikoterapii hrajeme „jen jako“, v hudební situaci se zrcadlí reálné komunikační vzorce.

Do manželské terapie byl přijat mladý manželský pár, poté, co došlo k dekompenzaci a celkovému psychickému zhroucení ženy, v jehož důsledku byla hospitalizovaná na psychiatrii. Důvodem byla bezradnost v manželském soužití, kdy si žena stěžovala na skutečnost, že s ní manžel nemluví a že se cítí

nešťastná a neví kudy dál. Manžel velmi toužil, aby bylo manželství zachováno a aby nedošlo k případnému rozvodu. Do terapie docházel se svojí ženou pravidelně, a ačkoliv mu žena opakovaně sdělovala, že s ní nemluví a nenaslouchá jí, muž na tuto skutečnost neměl náhled. Podle jeho vlastních slov, si nebyl osobně vědom toho, že by se svojí ženou nemluvil. Muzikoterapeutická intervence spočívala v improvizaci na hudební nástroje se zachycením interakcí na videozáznam. Bylo jim vysvětleno, že si mají vybrat hudební nástroje a začít spolu na ně improvizovaně hrát a pokusit se o komunikaci. Oba hráli na velké dřevěné xylofony, přičemž žena se snažila navázat oční kontakt a hrála stylem jako by se dotazovala. Muž hleděl na jednotlivé kameny svého hudebního nástroje a monotónně do nich tloukl paličkami. Při sdílení u videozáznamu muž nahlédl, že se jejich hra skutečně nepodobá dialogu a uznal, že může v komunikaci selhávat. To byl první krok na cestě k záchraně jejich manželství.

Jak již bylo výše uvedeno, někteří klienti nemají schopnost verbálně komunikovat. Klienti na preverbální úrovni řeči (s autismem, těžkým mentálním postižením či těžkou dysfázií) mohou své aktuální komunikační schopnosti využít k vytvoření dialogu při muzikoterapeutické improvizaci a to nejen instrumentální (pomocí hry na hudební nástroje), ale též vokální (kdy klient vydává jakékoliv vokalizace).

Muzikoterapeut pak může zrcadlit či imitovat vyslané auditivní signály a může na jejich podkladě rozvinout improvizaci. Tyto projevy se mohou podle Kantora (2014, s. 278 - 279) z hudebního hlediska rozvíjet na úrovni:

- Rytmu – rytmizace zvuků a hlasových projevů klienta,
- výšky – variace výšky tónů,
- délky – prodlužování nebo zkracování zvuků,
- dynamiky – zesilování nebo zeslabování intenzity zvuků,
- barvy – zkoušení nových zvuků (jak vokálních, tak instrumentálních).

Jak dále upozorňuje Kantor (2014), někteří klienti na preverbální úrovni dokáží zpívat jednoduché melodie. Muzikoterapeut na ně může navázat vlastním zpěvem nebo hrou na hudební nástroj a tyto melodie dále rozvíjet a zapojit do nich i prvek harmonie např. v podobě jednoduchých souzvucích tónů nebo použitím více hudebních nástrojů najednou.

V některých případech bývá u klientů na preverbální úrovni velice obtížné rozeznat jejich zpěv. Proto je dobré reagovat na každou vokalizaci, která z jejich strany vzejde. Tím může dojít k postupnému rozvinutí hudební komunikace.

Někdy se v muzikoterapeutické praxi můžeme setkat s klienty, kteří během hudební produkce naříkají a sténají.

Robbins (2009) upozorňoval na skutečnost, že by se měl muzikoterapeut vždy zamyslet nad tím, zda tyto vokalizace nejsou pozitivní odezvou v podobě zpěvu nebo jde skutečně o projev nelibosti. Neznalost této zkušenosti může někdy vést k tomu, že muzikoterapeut neověří hypotézu zpěvu a pod domněnkou, že jde o pláč, přestane klientovi hrát, což klient nemusí chtít.

## 2.2 Projekce v muzikoterapeutickém procesu

V některých muzikoterapeutických modelech (viz kapitolu 1.3) se zaměřuje pozornost k hypotéze, že se do hudby produkované klientem promítají intrapsychické procesy osobnosti. Tomuto tématu nyní budeme věnovat pozornost.

### Projekce v psychologické praxi

Fenomén projekce je popsán především v psychologické a psychoterapeutické literatuře. Do psychologie jej zavedli psychoanalyticky orientovaní autoři. Projekce z psychoanalytického hlediska představuje obranný mechanismus neuvědomovaného přenášení subjektivních, popřípadě předvědomých přání, pocitů a motivů na jiné osoby či situace (Hartl 2000).

Jedná se o projev obranného mechanismu ega, při němž jedinec nevědomě promítá své vlastní nežádoucí povahové rysy do někoho jiného. Je to schopnost psychiky spatřovat vlastní konflikty a problémy v jiném člověku a brát je jako jeho nedílnou součást, aniž bychom si uvědomili toto počínání (Appeli 1942). Nevědomé promítání vlastních, často negativních motivů, rysů do jiných osob totiž umožňuje skrývat zdroj vlastních duševních konfliktů a chránit tak integritu vlastní osobnosti.

Freud (1933) vnímal projekci především z hlediska vztahu k psychopatologii a hovořil o tom, že např. u paranoidních projevů dochází k záměrnému přesunutí elementu při napětí, aby došlo k zachování integrity Ega. Později Rapaport (1942) přišel s myšlenkou, že projekce se objevuje v chování člověka obecně. Jak uvádí Goldman (2004), celý život je protkán každodenními projekcemi.

Obecné definice hovoří o tom, že *projekcí* neboli *promítnutím* v psychologii rozumíme promítání vnitřních psychických obsahů, především nevědomých obsahů v cítění, myšlení a jednání do vnější podnětové situace, jejíž struktura je minimální a tudíž umožňuje víceznačnou interpretaci (Nakonečný 2003).

Můžeme se též setkat s pojmem psychická projekce. Ta představuje promítání psychických obsahů, např. úmyslů, emocí, pocitů do osob či sociálních dějů. Projekce jsou uvolňovány málo strukturovanými situacemi, tj. bez určitějšího jednoznačného významu (Nakonečný 1998).

Důležitým mezníkem v psychoterapii bylo zjištění, že lze z obsahů projekcí usuzovat na vnitřně probíhající psychické děje. Jak uvádí Grunevald (1962), v projekci



se odhaluje osobnost člověka. Základem je vytvořit nestrukturovanou, neurčitou situaci, která projekci sama „provokuje“.

Procházka (1996) připomíná, že i v muzikoterapeutickém procesu se stává klient více „čitelným“ z hlediska zpřístupnění nevědomého materiálu, neboť samotná podstata hudby a jednotlivých hudebních elementů sytí projekci.

V rámci muzikoterapeutické supervize se často setkáváme s tématem „unést“ hudbu produkovanou klientem. Nejde ani tak o její atonalitu či nerytmičnost, ale především o její intrapsychický obsah a emotivní zabarvení. Často se stává, že hudební výpověď klientů s psychiatrickou diagnózou je velice tíživá pro samotného terapeuta, který podobně jako ve verbální muzikoterapii naslouchá, případně určitým hudebním motivem reaguje. Uvedeme si to na příkladu z naší supervizní práce:

Do denního stacionáře pravidelně dochází klientka s bipolární afektivní poruchou. Jednoho dne přišla ve stavu hluboké deprese a řekla, že nejspíš odejde. Muzikoterapeutka ocenila skutečnost, že klientka dorazila a nabídla jí, že místo rozhovorů a zapojení se do programu stacionáře, může vše, co v ní je nejdříve zahrát na klavír. Jak později muzikoterapeutka uvedla, to co se ozývalo, bylo temné, bezvýchodné a silně depresivní. Sama měla, co dělat, aby si uhlídala svoji terapeutickou roli a nepropadla do paralelního procesu. Klientka poté co dohrála, řekla, že se již cítí mnohem lépe a zapojila se do každodenního života v denním stacionáři.

Na tomto místě je důležité zdůraznit, že takto uvedené psychické obsahy do hudby mohou uvolnit dynamické procesy natolik silně, že se nevědomé projekce prostřednictvím hudebního zážitku přenesou přes obranné mechanismy do vědomí. Dochází k vysoké léčebné účinnosti, avšak, je nutné uvést, že vznikají určitá nebezpečí (např. sebevražedné tendence, záchvaty apod.), proto by muzikoterapeuti měli být klientovi i nadále k dispozici a kontrolovat všechna možná rizika (Mastnak 2014).

Mastnak (2010) na přednášce pro studenty Edukační muzikoterapie uvedl případ klientky, kterou na psychiatrickou kliniku přivezla policie s tím, že klientka na ulici napadá lidi a říká o sobě, že je ďábel a že každého zabije. Klientka v muzikoterapii dlouho bubnovala a poté oznámila, že ďábel je její otcím a že jej zabije. Z hlediska psychodynamického výkladu došlo vlivem bubnování k uvolnění nashromážděné tenze a intrapsychické emoce. Tím došlo k porušení bariéry vzniklé obranným mechanismem ega a klientka nahlédla zcela transparentně trauma ukryté v nevědomí, jehož vnitřní energie vyvolala její předchozí chování. Pokud by muzikoterapeut v této chvíli klientku opustil, bylo by pravděpodobné, že by otcíma, který způsobil její traumatickou zkušenost, tato klientka skutečně

zabila. Následná několika hodinové intervence v podobě verbální terapie vedla k ukotvení a novému vhledu klientky na vzniklou situaci.

### **Projektivní metody**

Fenomén projekce se stal východiskem pro projektivní metody a konstrukce projektivních testů, které se využívají v psychologii i psychoterapii. Projektivní metoda je založená na zkoumání osobnosti pomocí neuvědomělých projekčních procesů odhalujících povahové rysy osobnosti, včetně přání, názorů a emocí. Cílem je obsáhnout vnitřní stavy člověka tím, že do určitých situací nebo na určité podněty přenáší vlastní motivy, přání, emoce aj., aniž by si tento proces uvědomoval. V rámci projektivních metod psychologové a psychoterapeuti využívají nejrůznější standardizované (využívané v rámci psychodiagnostiky) i nestandardizované (využívané v rámci psychoterapie) testy, které se zaměřují např. na výklad obrázků, doplňování nedokončených vět či výklad neurčitých skvrn a nejasných zvuků (Hartl 2000).

Jak ale správně dodává Altman (2004) u všech projektivních testů a metod je vždy nutné si v samém závěru připustit skutečnost, že klient mohl také v daný moment něco „jen tak nakreslit či zahrát“ a ačkoliv nám o něm projektivní testy mnohé napoví, neměli bychom pouze z nich dělat dogmatické závěry.

Podle Kogana a Rogovina (1964) byly projektivní metody určitým kompromisem mezi akademickou a psychoanalytickou psychologií. Na rozvoj těchto metod měla velký vliv teze o individuální podmíněnosti rozdílů ve vnímání názorné situace u osob s normálními percepčními dispozicemi. Rozdíly plynuly z různého „vnitřního“ zpracování situace. Projektivní metody samy svojí podstatou nejsou psychoanalytické, byť s nimi psychoanalyticky orientovaní psychoterapeuti často pracují. Až charakter interpretací projekcí vkládá do získaných informací orientaci psychoanalytickým směrem, ale i jiným v rámci dalších přístupů. Vzniká zde tedy i prostor pro využití fenoménu projekce na poli speciální pedagogiky v součinnosti s expresivními terapiemi.

### **Hudební projekce v muzikoterapeutické praxi**

Projektivní mechanismus, při kterém dochází k přenášení psychických obsahů do hudby, je automatický jev, který si hráč neuvědomuje. Do hudby se promítají jakékoliv subjektivní obsahy. Muzikoterapeutické improvizace jsou více či méně strukturované, ale vždy nabízejí dostatečný prostor k tomu, aby k projekcím docházelo.

Na hudební projekci můžeme nahlížet ze dvou úhlů pohledu:

- Jde o verbální reakci klienta na nespécifické zvukové či hudební podněty, které sám z hlediska hudebního provozu neprodukuje. Klient promítá své nevědomé obsahy vůči slyšeným zvukům či hudbě pomocí verbální výpovědi. Jeho reakce jsou dále analyzovány podle jednotlivých muzikoterapeutických či psychoterapeutických přístupů.
- V druhém případě klient produkuje hudbu, do níž nevědomě vkládá aktuálně vystupující emoce s minimální kontrolou nad realitou své výpovědi. Dochází tak k projekci přání, motivů, emocí, osobnostních rysů, včetně jejich patologií do hudebního média.

Pro potřeby tohoto textu se budeme dále zabývat pouze druhým předpokladem, kde se psychické obsahy dají lokalizovat přímo v hudbě.

Jestliže připustíme předpoklad, že se psychický tvar může lokalizovat v hudbě, jak upozorňuje Morfologická, Analogická muzikoterapie i model Geneape (srov. Weymann 2000; Smeijsters 2005; Zeleiová, Pejřimovská 2011; Kantor 2014), vzniká tak možnost nového pohledu na klienta v muzikoterapeutickém procesu.

Hudba, kterou klient produkuje, často předznamenává významné terapeutické změny dříve, než jsou v jeho chování běžně rozpoznatelné. Jinými slovy, jestliže se podaří, aby klient improvizoval na hudební nástroj, jeho vlastní produkce přináší informace o jeho životě a prožitku, aniž by si to uvědomoval. Takto nahlížené hudební obsahy se samozřejmě zakládají na subjektivní hypotéze muzikoterapeuta a až následné výsledky muzikoterapie, jako celku, potvrdí nebo vyvrátí to, zda muzikoterapeut své hypotézy formuloval správně. Přesto interpretace hudební projekce klienta mohou být velice důležité pro další směřování muzikoterapeutické intervence. Obecná evaluace takto vedené muzikoterapie je možná pouze formou výzkumu (Smeijsters 2005).

Zeleiová (2007) připomíná, že se v současné době stále častěji objevuje zájem odborníků nejen z psychologie, ale též speciální pedagogiky, o postupy, které nabízejí poznání nejen na základě verbální zkušenosti, ale i takové, které povedou k osobnostnímu růstu přes emociálně-afektivní a smyslovou zkušenost. Tu může nabídnout metoda muzikoterapeutické improvizace. Jak již bylo řečeno v kapitole zaměřené na hudební komunikaci, hudební improvizace v muzikoterapii je považována

za nonverbální komunikační a výrazové médium. To, co se během hry vyjadřuje navenek, vždy vychází ze samotného nitra hráče.

Hudba, kterou klient hraje, se přímo nabízí k tomu, aby do ní promítal své obrazy. Ačkoliv vnějšímu pozorovateli může připadat hraní klientů se zdravotním postižením či psychiatrickým onemocněním čistě nahodilé a na první poslech neuchopitelné, je zřejmé, že tomu tak není. Zeleiová (srov. 2002, 2011) upozorňuje na skutečnost, že nevzniká žádná nahodilá či nová hudba, ale hudba hraná tzv. „od srdce“, vycházející z celé lidské bytosti, včetně hlubinných zákoutí psychiky a stává se transparentní. Tato hudba může klientům pomoci nejen se vyjádřit a komunikovat s vnějším světem, ale navíc projevit skryté emoce, vynést nevědomé tenze na denní světlo a případně i zažít určitou ozdravnou katarzi.

Mastnak (2014) k tomuto tématu dodává, že existují psychické procesy, které ještě nemohou být adekvátně vyjádřeny slovy a doposud nebyly vyjádřeny ani jinou formou. Nejde o aktuální psychické zkušenosti, jako je např. aktuálně prožívaný hněv či smutek, vztahující se ke konkrétní životní události, často nedávno nebo bezprostředně prožité. Nevědomé intrapsychické obsahy jsou nositelé doposud nerozvinutých kvalit naší osobnosti. Nemůžeme je proto zaměňovat s aktuálně prožívanými emocemi jako je například radost z hudební produkce. Nevědomé intrapsychické obsahy ale mohou představovat prapůvodní zdroj těchto prožívaných emocí, který svojí energií vede k jejich postupné realizaci.

Hudba se kvalitativně podobá těmto nesémantickým intrapsychickým obsahům, na které můžeme pohlížet jako na archetyp, jehož energie se může díky muzikoterapii uvolnit a nevědomě vstoupit do hudby, která se tak stává předzvěstí transformace do konkrétního tvaru. Tím může být později i určitý způsob chování, ale může též zůstat uložena „pouze“ ve vzniklé hudbě. Psychoanalyticky orientovaní autoři hovoří o *procesu sublimace*. Jde o proces přenesení nevědomé pudové energie do sociálně uznávané činnosti, již může být např. hudební dílo. Jak podotýká Freud (1924), jde o přeměnu nadbytečné libidózní energie v altruistickou.

### 2.3 Analogie v muzikoterapeutickém procesu

Kapitola o projekci nás přivedla k otázce obecného usuzování na paralelu mezi hudebním a psychickým děním. Kantor (2014) uvádí, že je možné nalézt paralely mezi hudebními a nehudebními obsahy. To znamená, že určité vzorce např. chování, jednání, myšlení a prožívání se mohou specifickým způsobem objevit v hudbě, kterou klient během improvizace hraje. Tomuto fenoménu se v obecné psychologii přisuzuje termín *analogie*. Na analogie můžeme nahlížet ze tří rovin:

1. Rovina zaměřená na netotožné objekty, u nichž nalézáme stejné rysy nebo vlastnosti.
2. Rovina týchž objektů, kde na základě shody jedněch vlastností se usuzuje na shodu dalších vlastností.
3. Analogie pocitová, která znamená zevšeobecňování jedněch kvalit pocitů při opomíjení rozdílných kvalit u týchž pocitů (Hartl 2000, s. 37).

Pro potřebu tohoto textu se nyní soustředíme na rovinu zaměřenou na rozdílné objekty.

Zelevová (2002) v této souvislosti vnímá analogii, jako existující shodu některých vlastností mezi jevy, situacemi či způsoby, které jsou na sobě nezávislé, ale mají podobné či dokonce stejné charakteristiky. Jak dále uvádí, v muzikoterapeutické praxi se často ukazuje analogie mezi patologickými symptomy a chování při hudební improvizaci. Nejen chování, ale též vznikající hudba, může odrážet některé nevyužité či nefunkční aspekty osobnosti.

Kantor (2014) spatřuje velký potenciál při využití muzikoterapeutické analogie ve speciální pedagogice. Vzhledem k tomu, že se u osob se zdravotním postižením často snažíme o podporu a rozvoj postižených funkcí, umožňuje nám muzikoterapeutická analogie nový způsob práce. Bez nutnosti nehudební diagnostiky mohou muzikoterapeuti prostřednictvím hudebního projevu ohodnotit např. vývojovou úroveň funkcí, průběžně sledovat jejich rozvoj v hudební situaci, včasné a vhodně intervenovat na hudební úrovni apod. Jak již bylo zmíněno, v hudební produkci se mohou specifickým způsobem odrazit procesy v oblasti komunikace, ale též procesy v oblasti sociálního vztahování, percepce, myšlení, chování a v oblasti motoriky či mentálních

funkcí. Prostřednictvím vhodné muzikoterapeutické interpretace tyto procesy můžeme identifikovat a v následné intervenci rozvinout či jinak ovlivnit.

Kantor (2014) v této souvislosti uvádí analogie motorických funkcí a hudebního projevu, kdy připomíná, že prostřednictvím hudebních aktivit můžeme přímo působit na jednotlivé motorické funkce. Přitom si všímá, jaké motorické aspekty můžeme nahlížet prostřednictvím hudby:

- Vytrvalost – délka hudební aktivity (počet slok, taktů).
- Rozsah – rozsah pohybů při hře na nástroj (např. rozsah pohybů v jednotlivých kloubech), kvalita pohybové akce, koordinace a přesnost pohybů a s tím související kvalita zvukové odezvy a metra.
- Rychlost – tempo skladby (rytmus, který klient udržuje při hře na nástroj) a frekvence pohybů, které hudbu doprovázejí.
- Síla – hudební dynamika (intenzita zvuku nástroje) nebo dynamika pohybů (Kantor 2014, s. 278).

Jestliže se klient aktivně zapojí do hudební improvizace, můžeme z jeho hry vizuálně i auditivně získávat významná diagnostická data, která nám pomáhají nejen při volbě vhodné intervence, ale také při evaluaci muzikoterapeutického programu. Ve chvíli, kdy se podaří, aby klient hrál na hudební nástroj, velmi často se daří podporovat i jeho spontaneitu, kreativitu a zvyšovat jeho sebevědomí (Koucun 2011). V této fázi klient často učiní největší pokroky a to jak na úrovni hudební, tak na úrovni motorické, ale i na dalších úrovních jako je komunikační, percepční, kognitivní apod.

Analogie mezi hudbou a životem člověka je z pohledu této práce významným mezníkem v muzikoterapeutickém poznání. Seznámíme-li se s výzkumy, které na poli muzikoterapie v psychiatrii učinili Smeijsters (2005) nebo Weymann (2011), přináší nám hudba v kreativním improvizčním procesu celou řadu významných informací. Pokud porozumíme jejím obsahům, můžeme skrze ni usuzovat na vývoj v terapii a zároveň nacházet paralely mezi aktuální diagnózou klienta i jeho vnitřním a vnějším životem.

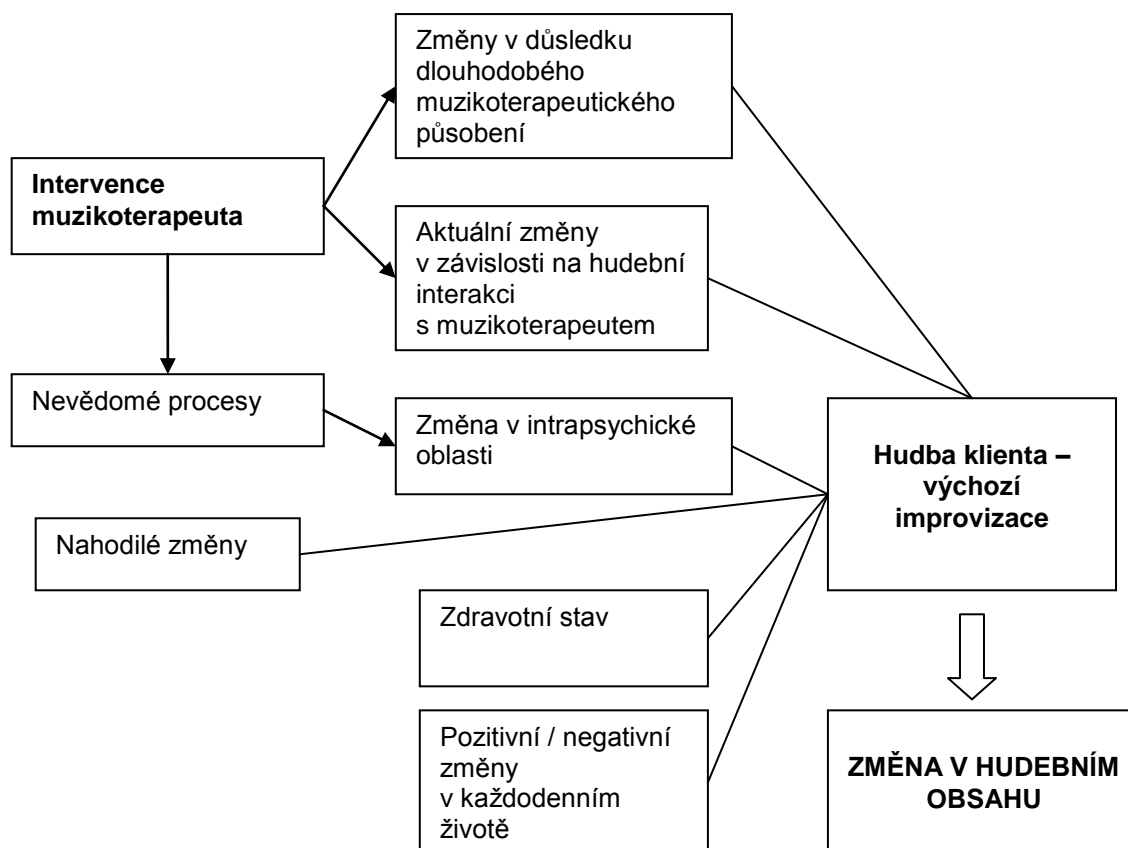
Z pohledu speciální pedagogiky má analogie rovněž důležité postavení. Např. u klientů s narušenou komunikační schopností bez možnosti využití alternativní formy

komunikace (u některých klientů s autismem, hlubokým mentálním postižením apod.), můžeme získávat okamžitou zpětnou vazbu o jejich psychickém i fyzickém stavu. Výchozím je předpoklad, že určitá hudba, která se pravidelně objevuje, značí výchozí situaci, ze které je možno usuzovat na aktuální dění v životě klienta, ale též ve vztahu k jednotlivým symptomům a intrapsychickým procesům.

Při muzikoterapii jsme pracovali s šestiletou dívkou, u níž bylo diagnostikováno nespecifické vývojové postižení. Dívka byla velice drobná a komunikovala pouze pomocí preverbální vokalizace. Její hra na klavír byla jemná a ne moc hlasitá. Celkově odpovídala její tělesné konstituci. Pravidelně hrála na klavír hudbu, která zněla z našeho subjektivního pohledu melancholicky, přesto v ní byl cítit životní optimismus. Jednoho dne však hrála velice smutně až depresivně. Shodou okolností byla při tomto muzikoterapeutickém sezení přítomna studentka speciální pedagogiky, která zde byla na praxi. V průběhu hry jsme si všimli, že tato studentka pláče. Po skončení muzikoterapeutického setkání nám studentka sdělila, že improvizovaná hra té dívky na ni byla příliš smutná a vyvolala u ní slzy. Celá změna hudební produkce šestileté dívky byla pro nás velice důležitou informací. Začali jsme zjišťovat, zda se něco významného neodehrálo v poslední době v jejím životě. Později jsme se dozvěděli, že maminka na 14 dní odjela pryč a že holčička, která je na maminku velice fixována, je nyní u babičky. Po návratu matky, hrála na klavír opět melancholicky se „špetkou“ životního optimismu.

Každá hudební změna je nositelkou informace, že u klienta pravděpodobně dochází ke změně i v nehudebních oblastech. Muzikoterapeut by měl tuto hypotézu ověřit a pokusit se nalézt, v jaké oblasti, kromě hudební, ke změně dochází (např. v rodině, ve zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu, ale též v náladě, emocionálním prožitku apod.).

Ze změn v hudebním projevu můžeme tedy usuzovat na změny, které např. předznamenávají změny v terapeutickém procesu, poukazují na nevědomá přání, motivy, zrcadlí náladu a emoce, odrážejí změny v běžném životě, reagují na bezprostřední podněty, odrážejí aktuální změnu v chování a prožívání klienta, ale mohou být také pouze nahodile zahrané. Přesto by je muzikoterapeut neměl podceňovat. Některé zdroje vedoucí ke změně hudebního obsahu při aktivní improvizaci klientů zobrazuje schéma č. 8.



**Schéma č. 8:** Schéma zdrojů vedoucích ke změně hudebního obsahu při aktivní improvizaci.

Muzikoterapeutická intervence v podobě hudební improvizace je o to významnější, neboť nežádoucí projevy se v hudebním obsahu nejen zrcadlí, ale i léčí. Při technice vystupování klient spontánně improvizuje a předává nám o sobě celou řadu důležitých informací včetně patologických symptomů. Ve chvíli, kdy muzikoterapeut do jeho hry vstoupí, může vnést strukturu a řád do někdy atonálních a nerytmických sekvencí. Může též reagovat na probíhající změny, které se v hudbě klienta objeví a rozvíjet hudební dialog.

Rovněž je možné vyvolat změnu u monotónních hudebních postupů, u klientů, kteří ulpívají např. na jednom tónu nebo podpořit prvek inspirace a prvek terapeutické změny. Tím vším klient získává zkušenost prostřednictvím hudební interakce, která u něj může aktivovat samoléčebné procesy (srov. Zeleiová, Pejřimovská 2011; Pejřimovská 2012).

V naší muzikoterapeutické praxi jsme se setkali s šestiletým chlapcem, který z hlediska speciální pedagogiky spadá do oblasti etopedické. Jeho porucha chování je způsobena zvýšenou hyperaktivitou



a projevuje se sebedestruktivním a agresivním chování. Ve chvíli, kdy chlapec samostatně improvizoval na klavír, byla jeho hra hlasitá, dynamická a rychlá. Muzikoterapeutická intervence spočívala v zrcadlení jeho projevu. Bylo k tomu využito hry na violoncello. Hra chlapce byla při interakci s violoncellem ještě intenzivnější. Po několika minutovém dialogu chlapec sám zjemnil. Tuto situaci nazývá Krček (2008) terapeutickým momentem, kdy dochází k výrazné změně, oproti běžnému hudebnímu chování. Poté se chlapec opět navrátil k dynamickému způsobu hry. Naše následná muzikoterapeutická intervence technikou vnesení změny se snažila navázat na moment zjemnění. Chlapec tuto změnu zaregistroval a na chvíli se opět vrátil k jemnému hudebnímu tématu. Chvíli v něm setrval a pak znovu hlasitě tloukl do klavíru. Tento zážitek zjemnění si však uchoval a postupně se i v jeho chování nově objevily takové kvality, jako byla schopnost empatie a porozumění.

V průběhu hudební improvizace dochází jak ke strukturování emočních i kognitivních procesů, tak i strukturování hudby. Tento proces je spontánní a autentický a opírá se o kreativitu klienta a podporu terapeuta. Hudba působí jako silný motivující činitel, kde se na podkladě vztahu mezi klientem a terapeutem aktivují léčebné a rehabilitační procesy v součinnosti s otevřeností, flexibilitou a spontánností. Zároveň z hudební výpovědi klienta můžeme usuzovat na změny související s jeho životem.

Šestiletý chlapec s Downovým syndromem se z hlediska vývoje ocitl ve fázi negativismu typického pro děti ve věku 2,5 až 3 roky (srov. Langmeier, Krejčířová 1998; Vavrda 2005). Velice dobře ovládl několik slov, mezi které patřilo i slůvko ne. Pozvání ke klavíru často komentoval jednoslovnou větou „ne“ a dával přednost hlasitému a razantnímu bubnování. Poté vždy přecházel ke klavíru a stejně razantně na něj hrál. Čas od času přestával hrát a opakoval své „ne“. Jednoho dne přišel do terapie a jeho chování bylo zcela proměněno. Na vyzvání automaticky zasedl ke klavíru a hrál. I jeho hra zněla jinak, rezignovaně a smutně. Po skončení muzikoterapeutického setkání, jsme se zeptali jeho maminky, zda se neděje v životě jejího syna něco důležitého, neboť jsme měli podezření na regresí. Maminka nám s pláčem svědčila, že je opouští tatínek. Po společném rozhovoru jsme nabídli kontakt na rodinného terapeuta, který pomohl celou situaci řešit. Na dalším setkání přišel chlapec, posadil se za klavír, zahrál několik razantních tónů a řekl: „ne“.

## SHRNUTÍ

Jestliže se zabýváme tématem hudebního obsahu v muzikoterapeutickém procesu, setkáme se v teoretické rovině s termíny: hudební komunikace, projekce a analogie. Tyto termíny se objevují i v našich empirických závěrech. Pokusili jsme se je přiblížit v obecné rovině.

**Hudební komunikace** je nejčastěji považována za nonverbální interakční akt. Přesto se v úrovni písní můžeme verbální povaze komunikace přiblížit (hudební komunikace s novorozenci, využití textu písní při rozvoji komunikace, text písní jako kontraindikace). V nonverbální rovině jde o vědomé či nevědomé zakódování sdělení do určité formy (hudby), předání tohoto sdělení prostřednictvím určitého kanálu (improvizace, sluch) a dekodování přijatého sdělení příjemcem (hypotéza). Hudební komunikace představuje základní nástroj muzikoterapeutické intervence obecně, zvláštní význam nabývá u klientů s narušenou komunikační schopností.

**Hudební projekce** je spojena s psychodynamicky orientovanými teoriemi, které předpokládají pomítnutí intrapsychických obsahů do hudebního média. K tomu dochází buď formou verbálních výpovědí na slyšenou hudbu, nebo prostřednictvím nevědomého promítnutí např. skrytých motivů, emocí, přání, osobnostních rysů do vlastní improvizované hudební produkce.

**Hudební analogie** představuje podobnost mezi hudebním a psychickým děním. Mezi hudbou a životem člověka. Obecně se zabýváme usuzováním na paralely mezi hudebními a nehudebními obsahy. Z analogického usuzování vzniká prostor pro hypotézy, že každá změna na hudební úrovni může mít svůj přesah do života klienta a to jak v pozitivních (terapeutický progres) tak negativních důsledcích (patologická regrese).

### 3 HUDEBNÍ KOMUNIKACE, PROJEKCE A ANALOGIE V MUZIKOTERAPEUTICKÉ PRAXI U DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM – EMPIRICKÁ STUDIE

Rozhodnutí zabývat se kvalitativní analýzou hudebního obsahu hrajících dětí se zdravotním postižením bylo dáno třemi aspekty:

1. Vlastní muzikoterapeutickou praxí s klienty se zdravotním postižením a realizací muzikoterapeutických vzdělávacích kurzů.
2. Seznámením se s teoretickým pozadím modelu Geneape, Analytické muzikoterapie a především Morfologické muzikoterapie (viz kapitolu 1.3.).
3. Inspirací empirickou studií Dr. Sylvie Kunkel, která se zabývala kvalitativní analýzou hudebního obsahu u klientů se schizofrenií z hlediska Morfologické muzikoterapie (viz kapitolu 1.3.1.).

V muzikoterapeutické praxi jsme se opakovaně setkali s tím, že klienti, kteří nebyli hudebně vzděláni, hráli v individuální muzikoterapii na klavír nejčastěji po úvodních třech setkáních určitou konzistentní technikou, která přinášela velmi podobnou hudbu. Hudba, která se ozývala, jako by byla niterní výpovědí a každá změna v hudebním obsahu předznamenávala změnu v životě klienta a to jak pozitivní, tak i negativní.

V návaznosti na Analogickou muzikoterapii, model Geneape a Morfologickou muzikoterapii, jsme se zaměřili na analogie mezi technikou hry klienta a jeho chováním v běžném životě. Naše subjektivní zjištění vedlo k hypotéze, že **hudba, kterou klienti hrají, odpovídá projevům chování v běžném životě a zrcadlí nejen aktuálně prožívané emoce, ale i emoce, které reprezentují intrapsychické procesy odpovídající symptomům postižení.** Zároveň, jsme došli k domněnce, že **je možné identifikovat pozitivní aspekty, které mohou předznamenat směřování další muzikoterapeutické intervence.**

Toto tvrzení je jistě dosti odvážné, proto jsme dále hledali výzkumné strategie, které by nám pomohly naše hypotézy ověřit. Inspirací se nám staly výzkumy realizované v oblasti Morfologické muzikoterapie a to i přesto, že se odehrávaly vždy pouze u klientů s psychiatrickými diagnózami a nikoliv u klientů, se kterými jsme

se setkávali v rámci speciálně pedagogické a muzikoterapeutické praxe my. Především nás zaujala výše uvedená studie Dr. Sylvie Kunkel, ke které se dále v textu ve vztahu k našim zjištěním budeme vyjadřovat.

V našem výzkumu jsme se zaměřili na dětské klienty se zdravotním postižením, se kterými jsme se setkávali v rámci muzikoterapeutické praxe. Snažili jsme se postihnout co možná nejrůznorodější škálu postižení (mentálním postižení, nízkofunkční a vysokofunkční autismus, zrakové postižení), abychom z epigenetického hlediska poukázali na skutečnost, že muzikoterapie působí na všech úrovních odchýlení od normy a zároveň, že je v hudbě takto pojatého výzkumného vzorku možné nalézt odpovědi na níže uvedené **výzkumné otázky**:

- 1. Objevují se v hudebním obsahu námi posuzovaných dětí analogie k symptomům vztahujících se k jejich postižení?*
- 2. Objevují se v jejich hudebním obsahu aspekty, na kterých by bylo možné dále rozvíjet muzikoterapeutickou intervenci?*
- 3. Je možné v hudbě posuzovaných dětí nalézt takové kategorie, které by mohly být důležité pro budoucí muzikoterapeutickou diagnostiku?*

### 3.1 Design výzkumného projektu

#### SBĚR DAT

Realizovaný výzkum můžeme z hlediska sběru dat rozdělit do dvou fází:

- V první fázi jsme se zaměřili na získání hudebních nahrávek dětí se zdravotním postižením.
- V druhé fázi jsme získávali názory absolventů kurzů muzikoterapie na tyto hudební nahrávky.

Do výzkumu jsme zařadili čtyři děti ve věku pěti let, které docházely pravidelně jedenkrát za týden na individuální muzikoterapii do soukromé muzikoterapeutické ambulance v Praze 4. Důvodem, proč jsme se rozhodli realizovat výzkum u početně malé skupiny, byla snaha do výzkumu zařadit **děti stejného chronologického věku**, které do muzikoterapie vstoupily přibližně ve stejnou dobu. Zároveň jsme se snažili **postihnout nejrůznorodější diagnózy**, které byly u dětí přítomné. V praxi jsme nakonec našli pouze čtyři děti, které odpovídaly těmto kritériím.

Vzhledem k tomu, že první a druhé muzikoterapeutické setkání bývá u dětí často spojeno s určitou mírou tenze a úzkosti pramenící z neznámého prostředí, do kterého vstupují a z neznalosti hudebních nástrojů, které jim během muzikoterapie nabízíme, rozhodli jsme se realizovat náběr improvizované hudby až po uplynutí měsíce. Hudbu dětí jsme proto nahráli až při **pátém individuálním muzikoterapeutickém setkání**. Děti zařazené do výzkumu k nám začaly na muzikoterapii docházet v září 2010. Jejich improvizovanou hru jsme zaznamenali při pátém setkání první týden v říjnu téhož roku.

Pro pořízení nahrávky jsme zvolili metodu *hudební improvizace*, techniku *vystupování* (viz kapitolu 1.2.). Snažili jsme se **zachytit pouze improvizovanou hudbu** hranou dětmi, bez jakéhokoliv hudebního vstupu muzikoterapeuta, abychom zabránili ovlivnění hudebního směřování dítěte. S technikou vystupování byly děti seznámeny od prvního muzikoterapeutického sezení, zařazovali jsme ji vždy v úvodní části.

Děti hrály na klavír, neboť tento hudební nástroj je vhodný pro zachycení informací, které jsou důležité pro náš výzkum. Navíc je klavír vhodný pro improvizovanou hru bez předchozí hudební zkušenosti a poskytuje pestrou paletu tónových řad s možností prostého vyjádření dynamiky.

Při nahrávání byla v muzikoterapeutické místnosti kromě muzikoterapeuta a dítěte vždy přítomna i jeho matka, z důvodu eliminace případné další úzkosti dítěte. Matka seděla za dítětem, aby na ni v průběhu hry na klavír nebylo vidět a nedocházelo tak k ovlivnění dítěte (např. nonverbální povzbuzování k hraní apod.). Cílem bylo při pátém muzikoterapeutickém sezení zachytit autentickou hudbu dítěte bez jakékoliv intervence v průběhu jeho improvizované hry.

**Délka hudebních nahrávek** je rozdílná, neboť **představuje autentickou dobu hry dětí na klavír**. Kromě „klavírní“ hudby dětí tyto nahrávky obsahují i další nehudební zvuky, které se během nahrávání v daný čas vyskytly (zasunutí židle, vokální projev dítěte apod.).

Získané hudební nahrávky jsme následně prezentovali v průběhu tří let (2011-2013) **180 absolventům** našeho třídenního **kurzu muzikoterapie**. Tento kurz se konal desetkrát a pokaždé na něm bylo přítomno 18 účastníků. Těm jsme vždy poslední den kurzu pustili dané nahrávky, aniž bychom jim poskytli jakékoliv informace o hrajících dětech. Každému z účastníků jsme rozdali list papíru, na který měli písemně zaznamenat své odpovědi.

Před puštěním hudebního záznamu jsme účastníkům položili vždy stejné zadání: **Napište neomezené množství odpovědí na otázku, jaká hudba, kterou uslyšíte, podle vašeho názoru je?** Dále jsme je požádali, aby před každým záznamem uvedli číslo hudební ukázky, kterou uslyší.

Před puštěním hudební ukázky jsme účastníky upozornili na pořadové číslo nahrávky. Poté jim byla vždy jedna hudební ukázka dvakrát puštěna. Jakmile tuto ukázku účastníci slyšeli podruhé, byli vyzváni, aby písemně zaznamenali své výroky. Hudební ukázky jim byly puštěny vždy ve stejném pořadí:

1. *nahrávka dítěte s Aspergerovým syndromem*
2. *nahrávka dítěte s mentálním postižením vlivem cytomegalovirové infekce*
3. *nahrávka dítěte s atypickým autismem*
4. *nahrávka dítěte s vícečetným zrakovým postižením*

Následně účastníci vrátili papíry se zapsanými výroky. Poté byli seznámeni s diagnózou a věkem dětí se zdravotním postižením. Pak probíhala diskuse, zaměřená

na porovnání výroků s diagnózami, která již není součástí tohoto výzkumu, přesto ovlivnila naše výše uvedené výzkumné otázky i formulaci hypotézy.

Získaná data jsme přepsali do tabulek (viz přílohy č. 1 – 4) a následně kvalitativně analyzovaly a třídili do kategorií a podkategorií.

## VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumný vzorek můžeme z hlediska sběru dat rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvořily děti se zdravotním postižením, druhou účastníci muzikoterapeutického kurzu.

První skupinu našeho výzkumného vzorku tvořily celkem **4 děti se zdravotním postižením**, u kterých byla zaznamenána hudební nahrávka jejich improvizace v rámci techniky *vystupování* při pátém individuálním muzikoterapeutickém sezení. Naše skupinka byla tvořena třemi chlapci a jednou dívkou. Děti jsme nahrávali individuálně. Vzájemně se nepotkaly.

Všem dětem bylo pět let chronologického věku. U každého z nich byla diagnostikována jiná forma postižení. Níže uvádíme důležité informace z lékařských a psychologických záznamů, které se týkaly jednotlivých dětí a to v pořadí, v jakém byly nahrávky realizovány a poté pouštěny respondentům z druhé skupiny.

1. *chlapec s Aspergerovým syndromem* (identifikační kód M5/1<sup>25</sup>)
2. *dívka s vývojovým postižením na podkladě prenatální infekce cytomegalovirem s dominantní těžkou mentální retardací* (identifikační kód F5/2)
3. *chlapec s atypickým autismem* (identifikační kód M5/3)
4. *chlapec s těžkým kombinovaným postižením na genetickém podkladě s vícečetnou zrakovou vadou* (identifikační kód M5/4)

## VÝZKUMNÝ VZOREK – DĚTI

**M5/1: Pětiletý chlapec s hraniční pervazivní poruchou – F 84.5<sup>26</sup> Aspergerův syndrom.**

V lékařské péči původně sledován na základě neurovývojové diagnózy Q85.0 Neurofibromatosis von Recklinghausen typ 1 (NF1) a pro F90.0 ADHD syndrom. Zajímavostí je, že byl chlapci diagnostikován Aspergerův syndrom až v roce

---

<sup>25</sup> Identifikační kód představuje pohlaví (M-F), věk (5), číslo podle pořadí ve výzkumu (1-4).

<sup>26</sup> Diagnostické kódy vycházejí z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

2012, přičemž náběr dat jsme realizovali v roce 2010, kdy byly přítomny pouze diagnózy Q85.0 a F90.0. Jak dokládají výsledky výzkumu, v hudbě již byly přítomny analogie vztahující se k symptomům pervazivní poruchy.

U chlapce byl přítomen značně nerovnoměrný kognitivní vývoj, přesto byl shledán v rámci normy. Ve vývoji převažovala verbální oblast, kde byla schopnost slovního úsudku i rozsah všeobecné informovanosti odpovídající věku. Chlapec byl **verbálně reaktivní** s potřebou komunikace a sociální interakce s dospělými osobami. Lehčí obtíže měl při vlastním zpracování řeči, např. kladl netypické otázky, ve větách se objevovaly drobné posuny ve významech slov. Při užití metafory bylo pro chlapce obtížné porozumění kontextu sdělení. Specifický deficit se objevoval v oblasti prostorové představivosti a u konstruktivních dovedností, které se pohybovaly na úrovni tří let vývojového věku.

V oblasti hrubé motoriky byla přítomna pohybová neobratnost. V oblasti jemné motoriky nebyly shledány kvalitativní abnormality. Grafické projevy byly dostatečně koordinované, problém však představovalo percepčně-prostorové zpracování kresby. Vlastní vizuální percepce byla bez specifických obtíží, s věku přiměřenou diferenciací tvarů.

Chování bylo v minulosti spojeno s až **extrémní hyperaktivitou**, ta byla vlivem medikace snížena (indikována Strattera, doplněna Risperdalem), přesto byly i nadále přítomny **impulzivní agresivní reakce**. Dále bylo přítomno bizarní myšlení, které bylo propojeno s **agresivními fantaziemi** (zabíjení učitelek, spolužaček). Celkově můžeme hovořit o poruše chování ve vztahu k diagnózám.

Chlapec byl integrován do běžné mateřské školy s individuální asistencí, kde vykazoval kvalitativní odchylky v oblasti sociálního chování. Přítomna byla celková absence vyhledávání kontaktů s vrstevníky. Dále byla pozorována neschopnost přizpůsobit se sociálnímu kontextu a celkové chabé propojení sociálních, emocionálních a komunikativních vzorců chování.

U chlapce bylo přítomno neobyčejně silné zaujetí částmi předmětů (např. jestliže byl chlapci předán bonbon, byl zcela fascinován jeho obalem a nikoliv obsahem, jako odměnu preferoval místo obrázku utržené kusy papíru apod.).

Chlapec byl v péči pediatra, psychiatra, klinického psychologa a neurologa později byla navázána spolupráce s centrem APPLA. V době náběru dat byl pod vlivem výše uvedené medikace.



**F5/2: Pětiletá dívka s diagnózami: B25.8 jiná cytomegalovirální nemoc, G02.0 meningitis při virových nemocech zařazený jinde a Q02 microcephalia**

Psychomotorický vývoj byl v době sběru dat v úrovni **těžké mentální retardace**. Etiologie obtíží byla z lékařského hlediska klasifikována jako nejasná, s přihlédnutím k poškození vývoje plodu v prvním trimestru těhotenství prostřednictvím infekce cytomegaloviru. **Opožděný psychomotorický vývoj se projevoval rovnoměrně** ve všech složkách. Byl zachycený od počátku bez regrese. Vzhledem k věku dívky se **opoždění prohlubovalo**.

V oblasti řeči i ve složce porozumění byla patrna především převaha preverbálních projevů odpovídající vývoji dítěte do jednoho roku. Dívka nejčastěji vydávala neslabičné vokalizace s častým vyplazováním jazyka a sliněním, přesto disponovala i verbálním projevem, konkrétně čtyřmi slovy (mama, baba, dada, papa). Ostatní komunikace se odehrávala v nonverbální úrovni (např. svá přání ukazovala). V oblasti porozumění byly přítomny reakce na její jméno a slovo „ne“.

V sociálním kontaktu byla dívka pasivnější. Její chování vždy bylo bez zvýšeného neklidu a dráždivosti. Oční kontakt udržela pouze krátkodobě. Celkově však byla **pozitivně laděná** s častými **projevy radosti** při aktivitách, které krátkodobě upoutaly její pozornost. U dívky byla přítomna převážně **krátkodobá pozornost**. Předměty, které uchopila, nejčastěji vložila do úst a následně odhodila. Pro upoutání pozornosti bylo nutné podněty rychle měnit.

Adaptovala se na prostředí soukromé speciální mateřské školy, kam docházela. V kontaktu s dětmi byla přátelská. Projevovala se silná fixace na matku. S ní se ráda mazlila a vyhledávala především haptický kontakt. Dokázala rozlišit své rodiče od jiných dospělých osob. Byla schopná kooperativní hry s míčem a spolupracovala při sebeobslužných aktivitách. Čistotu a hygienické návyky však neměla pod kontrolou.

Dívka měla abnormálně symetricky malou hlavu vlivem primárně nedostatečného vývinu mozku. Celkově u ní byla přítomna hypotonie a hyperlaxicita (hypermobilita) vazů a kloubů. Vše se projevovalo v opoždění v oblasti hrubé i jemné motoriky. V oblasti hrubé motoriky byl patrný pevný sed a pohyb realizovaný lezením po čtyřech (i do schodů). Výjimečně se dívka vytáhla do stoje s oporou. Chůze byla možná pouze krátkodobě s vedením za obě ruce. V oblasti jemné motoriky se projevovala flexe v ramenu, která umožnila cíleně koordinovat úchop dlaní. Složitější pohyby byly propojeny koordinovaným úchopem obou rukou a úst (např. při cíleném pohybu paličkou).

U dívky byla z důvodu vrozené kongenitální infekce zřejmá **těžká psychomotorická retardace** ve všech oblastech vývoje. Byla v péči pediatra, klinického psychologa, neurologa, logopeda, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Nebyla indikována medikace.

**M5/3: Pětiletý chlapec s hraniční pervazivní poruchou – F84.1 atypický autismus.**

Psychomotorický vývoj byl v době sběru dat v úrovni **středně těžké mentální retardace** s převahou nonverbálních a praktických dovedností. V oblasti řeči i ve složce porozumění byla patrná převaha preverbálních projevů odpovídající vývoji dítěte do jednoho roku. Ojediněle se objevovaly náznaky slov a slabiky bez konkrétních souvislostí. Aktivní komunikace se projevovala primárně přímým fyzickým vedením druhých a náznaky některých základních gest. V oblasti řečového porozumění bylo přítomno rozpoznání hlasového tónu při zákazu v doprovodu kontextu či gest. Přítomna byla omezená schopnost sdílení a snížená reaktivita na distální komunikační signály. Celkově můžeme hovořit o **těžké poruše řečového vývoje**.

V běžném chování byl dominantní sklon k **hyperaktivitě**. Pozornost byla sociálně obtížněji usměrnitelná a krátkodobá. Často se projevoval pohybový neklid a impulzivní reakce. Při hře převažovala rychlá explorace prostředí. Sociální chování odpovídalo úrovni 24 – 28 měsíců vývojového věku. Chlapec spolupracoval při sebeobslužných aktivitách, adaptoval se na prostředí mateřské školy (byl integrován do běžné MŠ s individuální asistencí), ve skupině dětí býval živý, pozitivně laděný. Přesto samostatně sociální kontakt s vrstevníky nevyhledával. V interakci s matkou byl vřelý, navazoval oční kontakt, občas cíleně vyhledával dotyk a neodmítal mazlení.

Emoční ladění bylo nevyvážené. Pohybovalo se od uzavřenosti s **projevy úzkosti a strachu** až po iniciativnost s pozitivním laděním. V případech, kdy byl chlapec vystaven novým intenzivním podnětům, občas upadal do autodestruktivních záchvatovitých projevů (tloukl hlavou o zem a nařikal). Specificky se objevovala porucha spánku při úplňku. Při ní však nebyly pozorovány tyto záchvatovité projevy.

V oblasti jemné motoriky se objevovaly dyskoordinované prudší pohyby. U hrubé motoriky byla přítomna mírná neobratnost a nejistota při lehčí hypotonii.

Celkově byl psychomotorický vývoj chlapce nerovnoměrný a dále postupoval pozvolným tempem. Kontinuálně však narůstaly jeho sociální dovednosti i schopnost nonverbální komunikace.

Chlapec byl v péči pediatra, neurologa a klinického psychologa. Byla navázána spolupráce s centrem AAK a APPLA. Nebyla indikována medikace.

**M5/4: Pětiletý chlapec s těžkým kombinovaným postižením na genetickém podkladě s vícečetnou zrakovou vadou.**

U chlapce se vyskytovala vzácná chomozomální aberace (F72.0, Q99.8<sup>27</sup>), která zapříčinila **vícečetné zrakové postižení** (myopie H52.1, jiný strabismus – divergentní konkomitantní H50.1, kortikální postižení zraku: Cortical Visual Impairment - CVI), těžkou poruchu řeči a komunikace, těžké mentální postižení a **zdravotní oslabení** (závažné kardiologické a endokrinnologické obtíže<sup>28</sup>). Celkově byl psychomotorický vývoj nerovnoměrný a dále postupoval pozvolným tempem.

V oblasti **řeči** byla znatelná **těžká porucha vývoje**, která se zastavila na preverbální úrovni. Zároveň chlapec odmítal veškeré formy alternativní komunikace. Potřeby vyjadřoval hlasovými projevy (křik, pláč, modulace hlasové vokalizace). Komunikace byla pouze nonverbální – tělem, gesty, mimikou. Na příjemné a oblíbené činnosti reagoval vokálními projevy, někdy i smíchem. Při nepříjemných situacích a činnostech byly reakce nejdříve v oblasti tělesné (odklon nebo aktivní odchod) později vokální (křik, pláč).

Kognitivní kapacita podle vývojových škál odpovídala pásmu **těžké mentální retardace**. U chlapce bylo nutné zajistit vysokou míru podpory ve všech oblastech a stálou přítomnost a podporu dospělé osoby.

V sociální interakci chlapec nenavazoval oční kontakt. Interakce s ním byla možná pouze na základě iniciativy druhé osoby. Poté interakci přijímal a reagoval **krátkodobou pozorností**. Přestože jeho pozornost, podle psychologických vyšetření, byla krátkodobá, vydržel s aktivací a podporou při řízené činnosti spolupracovat okolo 15 minut. U činností, které jej zjevně nezaujaly, se odklon pozornosti objevoval téměř okamžitě. Na veškeré nabízené podněty při psychologických vyšetřeních reagoval taktéž krátkodobě.

Chlapec byl integrován do běžné mateřské školy za podpory osobní asistentky. Na prostředí mateřské školy se dobře adaptoval. Kontakt se spolužáky nenavazoval

---

<sup>27</sup> F72.0 Těžká psychomotorická retardace při chromozomální vadě a Q99.8 chromozomální vada. Diagnostické kódy nejsou zcela přesné, neboť jde o vzácné genetické poškození dlouhého raménka chromozomu, které v současné době nemá vlastní pojmenování.

<sup>28</sup> Q21.0 Defekt komorového septa (s prodělanou operací). K21.0 GER – Gastroezofageální refluxní onemocnění s ezofagitidou (stp. fundoplikací, gastrostomií). R94.0 Abnormální výsledky funkčního vyšetření CNS - specifický nález na EEG, v. s. bez klinického korelátu.

a většinu volného času trávil u klavíru, na který buď improvizovaně hrál, nebo naslouchal hrajícím.

Výživa chlapce probíhala prostřednictvím PEGu. Čistotu a hygienu neměl pod kontrolou (nosil pleny). Oblékání a svlékání bylo možné pouze s plnou pomocí.

V oblasti hrubé motoriky chlapec zvládal chůzi po rovině o širší bázi. Samostatně ušel pouze krátkou vzdálenost. Při větších úsecích bylo nutné vedení za jednu ruku. K udržení rovnováhy a větší jistotě mu při samostatné chůzi dopomáhaly ruce. Ty vyvažovaly nestabilitu a zároveň umožňovaly zabránit případnému nárazu do překážky v cestě. Sed měl pevný, změny poloh však zvládal pouze s podporou. Motoriku rukou provázal neklid a časté stereotypní pohyby. Ve vztahu k vícečetné zrakové vadě byla chůze v prostoru velice opatrná, přerušovaná častým zastavením a soustředěným nasloucháním okolním zvukům. Při řízené činnosti v prostoru nebo u stolu však pozornost neudržel.

V oblasti jemné motoriky **samostatně nezapojoval ruce**. Pro řízenou činnost a manipulaci s předměty musel být aktivován prostřednictvím druhé osoby, která mu ruku vedla. Předměty občas sám zrakově vyhledával, ne vždy je však zřetelně zacítil. Zraková percepce byla oslabena ve všech složkách (pozornost, paměť, diferenciací).

Na tomto místě jen krátce zmíníme, že **při muzikoterapeutické intervenci** se chlapec **projevoval zcela opačným způsobem**. Pozornost k hudebním činnostem udržel dlouhodobě (až 40 minut), aktivně samostatně hrál na hudební nástroje. Často jedním prstem. Zvládal hru na metalofon vyžadující úchop, koncentraci pozornosti, koordinaci a cílený pohyb. Zároveň při hudebních aktivitách navazoval oční kontakt a projevoval se i vokálně.

Chlapec byl v péči pediatra, klinického psychologa, speciálního pedagoga, neurologa, oftalmologa, kardiologa, endokrinologa a dalších odborníků. Byla u něj přítomna rozsáhlá medikace ve vztahu k jednotlivým zdravotním oslabením.

## **VÝZKUMNÝ VZOREK – RESPONDENTI**

**Skupinu respondentů**, kterým byly nahrávky dětí prezentovány, tvořilo celkem **180 účastníků muzikoterapeutického kurzu**. Všichni písemně zaznamenali své

výroky vztahující se k hudbě. Celkový přehled respondentů, včetně identifikačních kódů<sup>29</sup>, představuje příloha č. 5 (s. 224 – 227).

V současné době není v České republice oficiálně zavedený komplexní vzdělávací program v muzikoterapii, přesto jsme chtěli oslovit respondenty, kteří mají k muzikoterapii blízko a mají určité „shodné“ teoretické zázemí v podobě absolvování námi realizovaného kurzu. Všichni účastníci byli občany České republiky s českou národností.

Výzkumný vzorek tvořilo 31 mužů (17%) a 149 žen (83%). Důvodem této nevyváženosti je skutečnost, že v současné době v oblasti pomáhajících profesích je obecně více žen než mužů. Větší zájem o kurz muzikoterapie ze strany žen pouze tento stav reflektuje. Ve výzkumném vzorku bylo celkově přítomno 107 účastníků (59,44%) s ukončeným vysokoškolským vzděláním, 13 (7,22%) účastníků s ukončeným vyšším odborným vzděláním a 60 (33,33%) účastníků s ukončeným středoškolským vzděláním. Tyto informace shrnuje tabulka 1:

<b>Pohlaví</b>	<b>počet účastníků</b>
muži	31
ženy	149
<b>celkem:</b>	<b>180</b>
<b>Vzdělání</b>	<b>počet účastníků</b>
vysokoškolské	107
vyšší odborné	13
středoškolské	60

**Tabulka 1:** Přehled počtu respondentů podle pohlaví a dosaženého vzdělání.

Z dalších kritérií nás zajímal věk účastníků a dále zkušenost s muzikoterapií. Důvodem, proč jsme se nezaměřovali na muzikoterapeutickou praxi, ale pouze na zkušenost, je opět nedostatečné legislativní zázemí v České republice, kdy není jasně definováno, kdo je muzikoterapeutem a v jaké oblasti můžeme hovořit o muzikoterapeutické praxi. Kritéria věku a zkušenosti s muzikoterapií shrnuje tabulka 2:

Z níže uvedené tabulky je patrné, že jsme měli možnost zachytit názory účastníků, z nichž největší věkový podíl tvoří rozmezí **od 30 do 39 let** (celkem 112 účastníků, tj. **62%**).

---

<sup>29</sup> Identifikační kód představuje pohlaví (M-F), pořadové číslo ve výzkumu (1-180).

Z hlediska zkušenosti s muzikoterapií bychom mohli vydělit dvě kategorie:

**a) méně zkušené** – kam můžeme zařadit účastníky bez zkušenosti a se zkušeností s muzikoterapií do 4 let (celkem 99, tj. **55%**);

**b) zkušené** – kam můžeme zařadit účastníky se zkušeností s muzikoterapií od 5 do 20 let (celkem 81, tj. **45%**).

<b>Věkové rozmezí</b>	<b>počet účastníků</b>
25 - 29	37
30 - 34	53
35 - 39	49
40 - 44	26
45 - 50	13
nad 50	2
<b>Zkušenost s MT</b>	<b>počet účastníků</b>
bez zkušenosti	42
1 až 4 roky	57
5 až 9 let	65
10 až 14 let	13
15 až 20 let	3

**Tabulka 2:** Přehled počtu respondentů podle věku a zkušenosti s muzikoterapií.

Všechny účastníky však pojí zájem o muzikoterapii a absolvování kurzu, který jim předložil komplexní teoretické pozadí, kterému se věnujeme v teoretické části tohoto textu (viz kapitoly 1. 2 a 1. 4) a sebezkušenostní část s osvojením praktických muzikoterapeutických dovedností.

### 3.2 Výsledky výzkumu

Na základě kvalitativní analýzy výroků (viz přílohu č. 6, s. 228 – 260) vztahujících se k produkované improvizované hudbě dětí se zdravotním postižením, jsme identifikovali čtyři vzájemně provázané kategorie, které pro potřebu této studie v počátku nejdříve uchopíme jako samostatné jednotky, abychom se v závěru navrátili k jejich propojení.

Tyto čtyři kategorie můžeme zařadit do dvou vyšších celků (viz schéma č. 9), které tvoří 1) *charakteristiky hudební* a 2) *charakteristiky psychologické*.

V rámci hudebních charakteristik jsme vydělili dvě základní kategorie, které jsme nazvali a) *charakteristikami kompozičními* a b) *charakteristikami interpretačními*. U charakteristik psychologických vystoupily do popředí rovněž dvě kategorie, které jsme pojmenovali a) *emoce* a b) *chování*.

Každá z těchto kategorií se skládá z podkategorií, které vzájemně vytváří logická interaktivní schémata. Tato schémata v následujícím textu postupně odhalíme a popíšeme. Poté se budeme zabývat výsledky výzkumu ve vztahu ke dětem, které improvizovanou hudbu hrály.

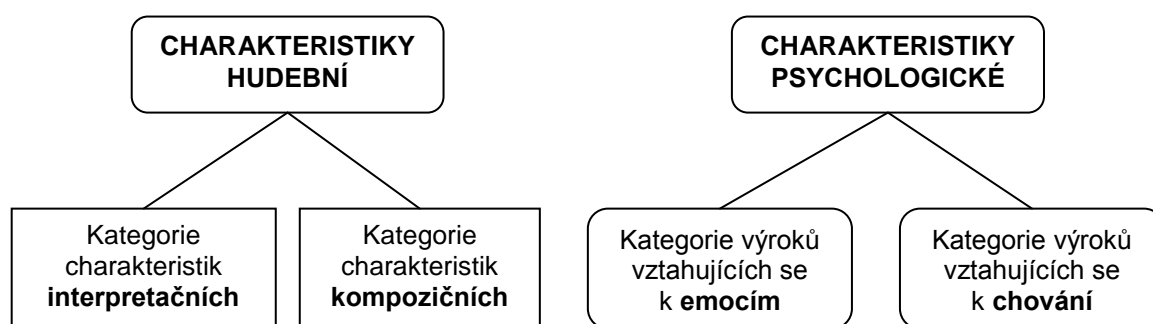


Schéma č. 9: Schéma hudebních a psychologických charakteristik.

#### 3.2.1 Charakteristiky hudební a psychologické

Nejdříve se zaměříme na popis charakteristik hudebních, které tvoří kategorie charakteristik kompozičních a interpretačních. Následně popíšeme charakteristiky psychologické (emoce, chování). V závěru se zaměříme na vzájemnou provázanost všech kategorií a jejich podkategorií.

## Charakteristiky kompoziční

Ačkoliv posuzujeme hudbu vzniklou prostřednictvím metody muzikoterapeutické improvizace, v analyzovaných datech jsme zaznamenali řadu výroků vztahujících se k podkategoriím, které společně utvářejí kategorii charakteristik kompozičních. Tato skutečnost odpovídá některým postupům metody muzikoterapeutické kompozice (viz kapitolu 1.2), kdy nová skladba vzniká z hudebních motivů vzešlých z prvotních hudebních improvizací.

Z výroků respondentů jsme vydělili následující podkategorie charakteristik kompozičních: metroritmické (tempo, rytmus), instrumentační (sazba), hudební (melodika, forma, harmonie) a žánrové (styl).

Podrobně shrnuje kategorii charakteristik kompozičních schéma č. 10, včetně níže uvedeného závěru týkajícího se hudebního nadání (muzikálnosti, talentu).

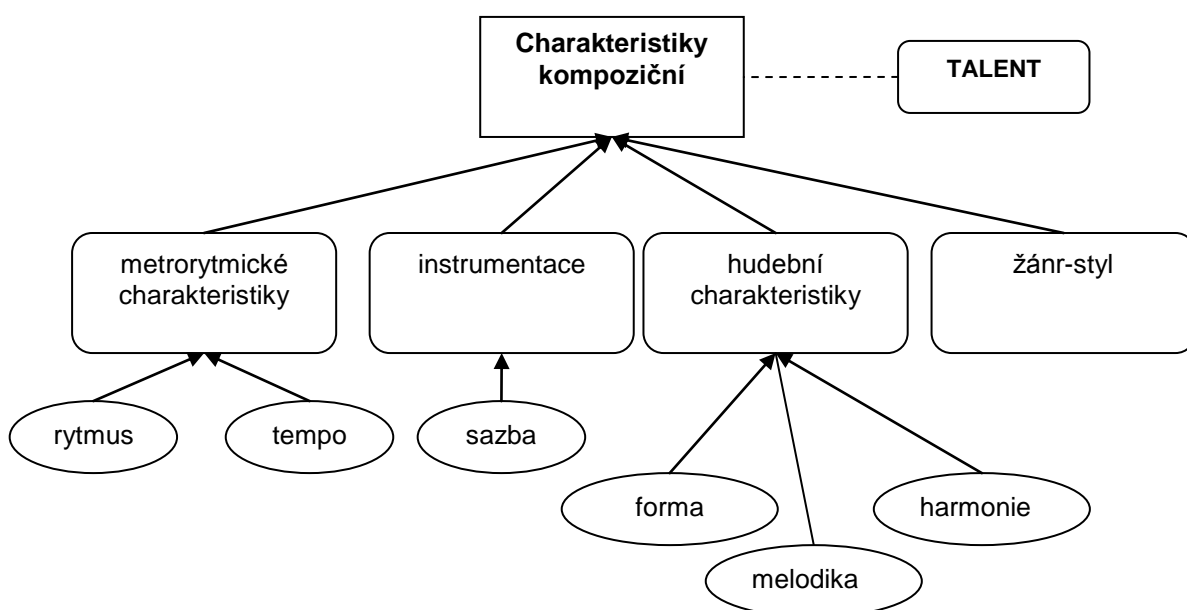


Schéma č. 10: Schéma charakteristik kompozičních.

V tomto textu se budeme také zabývat frekvencemi výroků respondentů u jednotlivých podkategorií. Na tomto místě zmíníme důležitou skutečnost, že pouze u dvou dětí ze čtyř jsou zastoupeny všechny níže uvedené podkategorie. Zároveň se u těchto dětí vyskytují výroky k tématu hudebního nadání či talentu. Tato propojenost nás vede k hypotetickému závěru, že jestliže budou níže uvedené podkategorie



charakteristik kompozičních v improvizované hudbě dětí rovnoměrně zastoupené - identifikovatelné, aniž by se tyto děti vzdělávaly ve hře na hudební nástroj, můžeme usuzovat na možnost, že je u nich **přítomné hudební nadání**. Toto zjištění má z hlediska muzikoterapeutické intervence dalekosáhlý význam. Je totiž výrazný rozdíl, jestliže se při muzikoterapeutické proceduře můžeme opřít o hudební talent dítěte či nikoliv. V případě talentu můžeme v rámci muzikoterapeutických intervencí využít i hudebně pedagogické postupy<sup>30</sup>.

### Charakteristiky interpretační

Oproti kategorii charakteristik kompozičních, jsou výroky respondentů vztahující se ke kategorii charakteristik interpretačních zastoupeny ve vysoké míře u všech čtyř dětí. Kategorie charakteristik interpretačních je tvořena třemi podkategoriemi (viz schéma č. 11). Tyto podkategorie tvoří: technika hry, dynamika (zahrnující též výroky vztahující se k intenzitě) a výraz. Tyto tři podkategorie vnímáme jako nejdůležitější z hlediska možné **muzikoterapeutické diagnostiky** ve vztahu k hudební analogii, projekci a komunikaci. Toto zjištění budeme dále v textu rozvíjet.

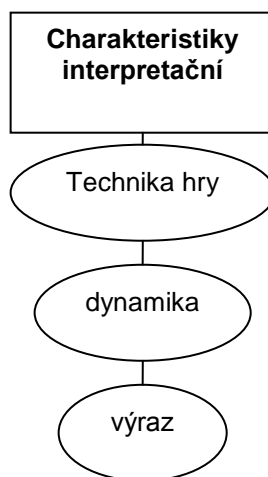


Schéma č. 11: Schéma charakteristik interpretačních.

### Emoce

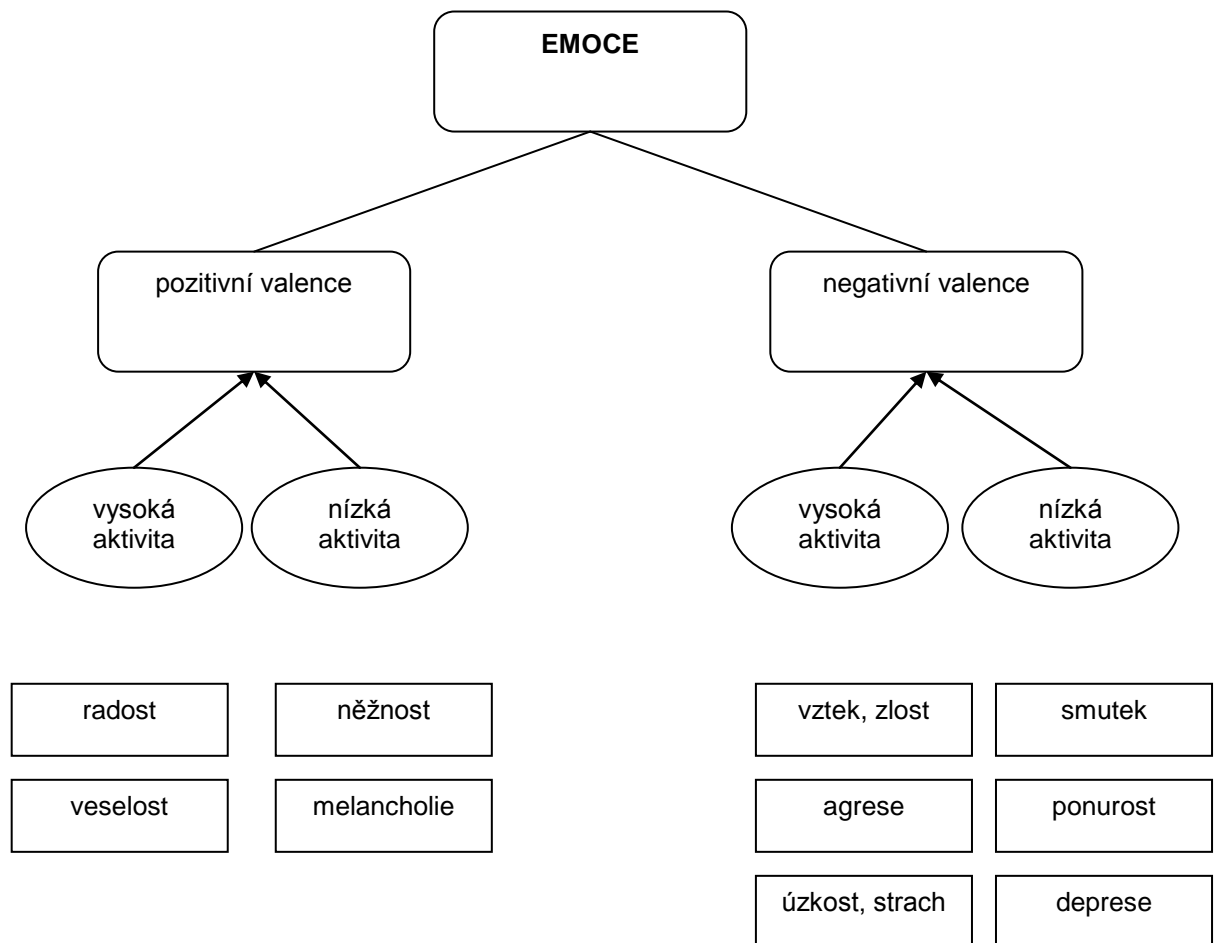
*Kategorie emoce* je tvořena dvojdímními podkategoriemi, které jsme rozdělili podle míry prožívání na *pozitivní* a *negativní valenci*, dále podle stupně

---

<sup>30</sup> Např. naučíme-li talentované dítě s narušenou komunikační schopností hrát na klavír, může prostřednictvím melodií vytvářet komunikační kódy (zahraje potřebu jídla, procházky, toalety apod.).

aktivity na *vysokou a nízku aktivitu*. Podrobně shrnuje naše zjištění schéma č. 12, jenž zahrnuje i podkategorie druhého řádu – konkrétní emoce. Schéma tedy přináší některé z konkrétních emocí, které jsme ve výzkumu u jednotlivých dětí ve vztahu k výročkům respondentů zaznamenali.

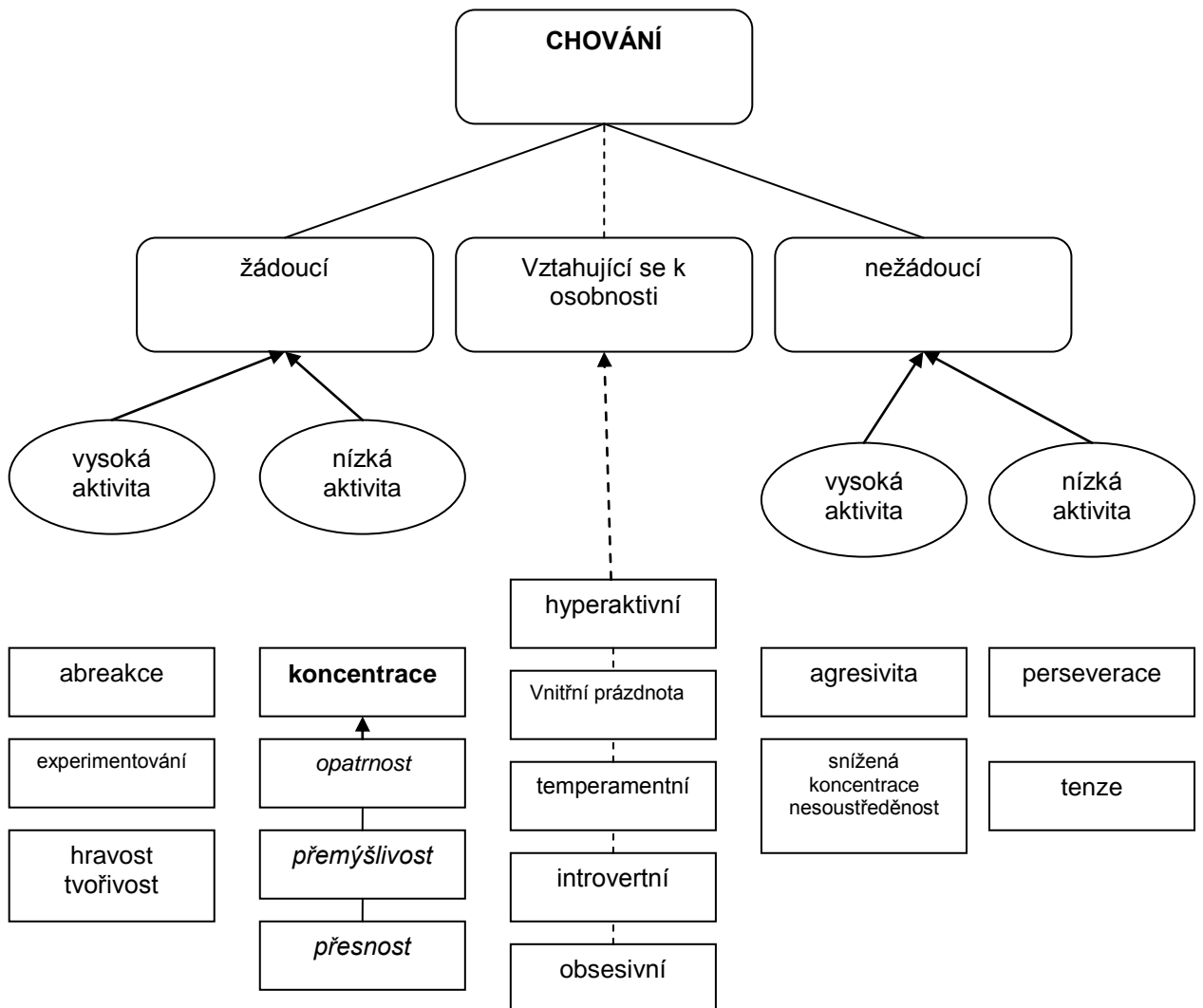
Ze schématu vyplývá, že např. podkategorie druhého řádu *radost* můžeme zařadit do podkategorie pozitivní valence s vysokou aktivitou. *Melancholii* do podkategorie pozitivní valence s nízkou aktivitou. Oproti tomu *vztek* řadíme do podkategorie negativní valence s vysokou aktivitou a *smutek* do podkategorie negativní valence s nízkou aktivitou. Pro tvorbu těchto podkategorií jsme se inspirovali vymezením emocí u švédského hudebního psychologa Patrika N. Juslina (2001, s. 184 - 185).



**Schéma č. 12:** Schéma kategorií a podkategorií výroků vztahujících se k emocím.

## Chování

Na základě inspirace kategorií *emoce*, jsme vytvořili rovněž dvojdimenzionální model podkategorií náležejících ke kategorii *chování*. Tento model je tvořen dimenzemi *žádoucího* a *nežádoucího* chování. Uvádíme zde rovněž stupeň aktivity projevů chování (*vysoká* a *nízká* aktivita).



**Schéma č. 13:** Schéma kategorií a podkategorií výroků vztahujících se k chování.

Pro doplnění kontextu nyní uvedeme několik příkladů vymezení chování prostřednictvím podkategorií druhého řádu.

*Experimentování, abreakci, kreativitu* vnímáme jako žádoucí chování s vysokou aktivitou naproti tomu *agresivitu a nesoustředěnost* jako chování nežádoucí rovněž s vysokou aktivitou.

*Koncentraci pozornosti, zahrnující opatrnost, přesnost a přemýšlivost* řadíme do žádoucího chování s nízkou aktivitou a *tenzi, perseveraci* do nežádoucího chování s nízkou aktivitou.

U analýzy jednotlivých dětí však toto dělení posuneme ještě dále, neboť některé z podkategorií druhého řádu vnímáme jako vymezené mezi vysokou a nízkou aktivitou (např. koncentraci pozornosti, perseveraci či tenzi). Záleží na projevu chování ve vztahu k výroky u konkrétního dítěte, se kterým se v rámci muzikoterapie setkáváme.

Kromě těchto dvojdimenzionálních podkategorií kategorií chování rovněž ovlivňuje podkategorie výroků vztahujících se k *osobnosti*. I zde bychom mohli vymezit žádoucí a nežádoucí dimenzi ve vztahu k vysoké a nízké aktivitě. Přesto tak nečiníme, neboť byla podkategorie osobnost velice málo sycena výroky respondentů (viz přílohu 6.1, s. 234 – 235; 6.3, s. 250).

Podrobně kategorii chování a její podkategorie znázorňuje výše uvedené schéma č. 13.

### **Propojení hudebních a psychologických kategorií**

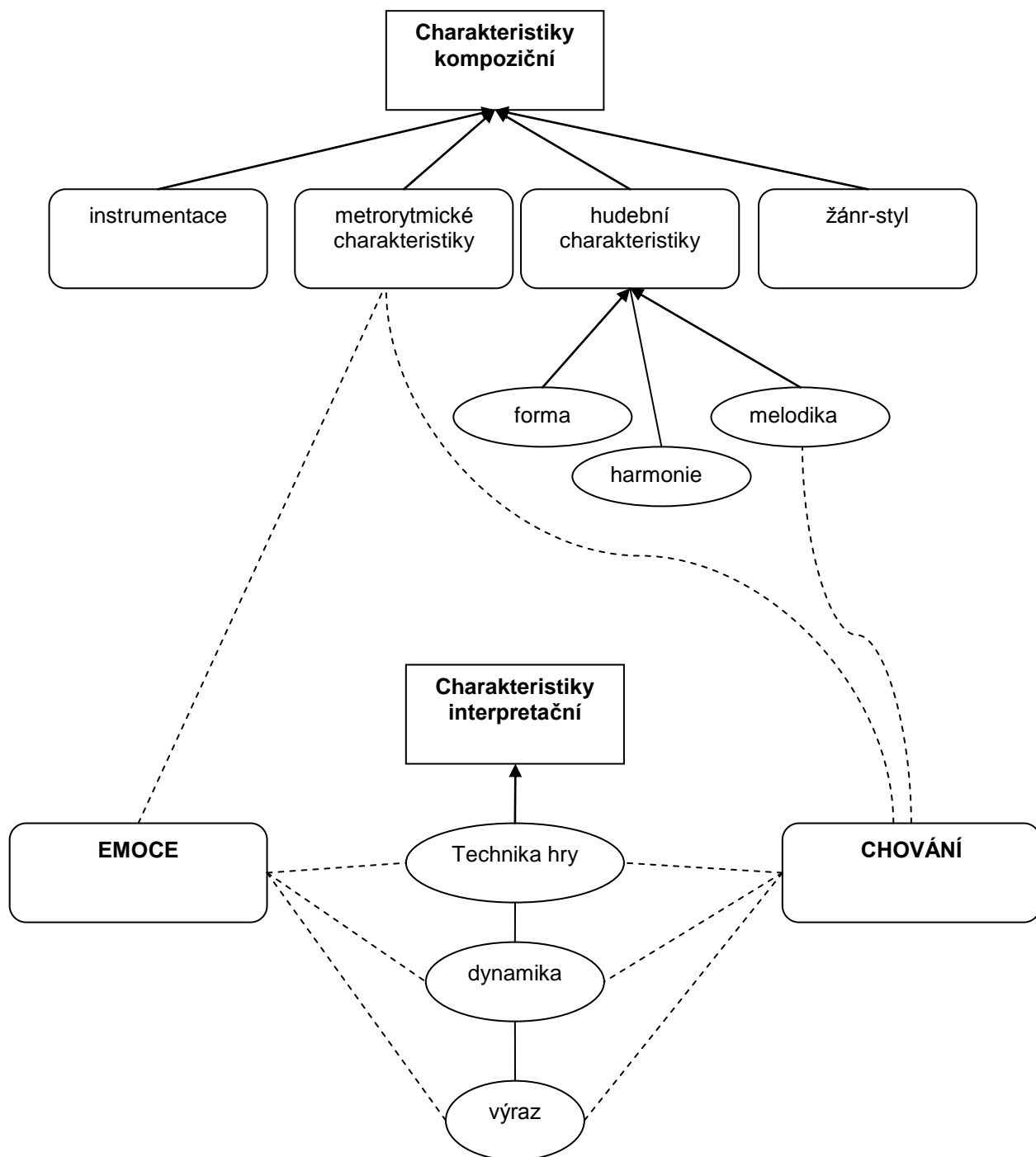
Jak jsme uvedly výše, námi vytyčené kategorie jsou navzájem propojené. Podrobně toto tvrzení objasňuje schéma č. 14.

Z analýzy dat vyplývá, že jsou **emoce v hudebním obsahu znatelné v charakteristikách interpretačních**. Především hudební výraz je nositelem konkrétní emoce (viz přílohy 6. 1, s. 231 – 232; 6. 2, s. 242; 6. 3, s. 247 – 248; 6. 4, s. 254 – 255). Technika hry a dynamika, pak jen doplňují mozaiku intenzity takto nevědomě promítané nebo aktuálně prožívané emoce.

Z **charakteristik kompozičních** spatřujeme ve vztahu k emocím především **vliv rytmu a tempa**. Melodie není určující pro charakter emoce. Tato skutečnost odpovídá obecným interpretačním dovednostem, kdy je možné stejnou melodii zahrát ve vztahu k výrazu několika možnými způsoby např. smutně i vesele.

Kategorie **chování se v hudbě objevuje také především v charakteristikách interpretačních**. Oproti emocím, hraje důležitou roli především *dynamika a technika hry*, přesto i výraz doplňuje hudebně-informační celek (např. příloha 6.1, s. 228 -229).

Z **charakteristik kompozičních** jsou pro kategorii chování důležité nejen ukazatele *metrorytmické, ale též melodické*. Např. *perseveraci* rozpoznáme prostřednictvím melodie, kde se objevuje jako rigidní monotónní ulpívání na tónech (viz přílohu 6. 1, s. 235 – 237).



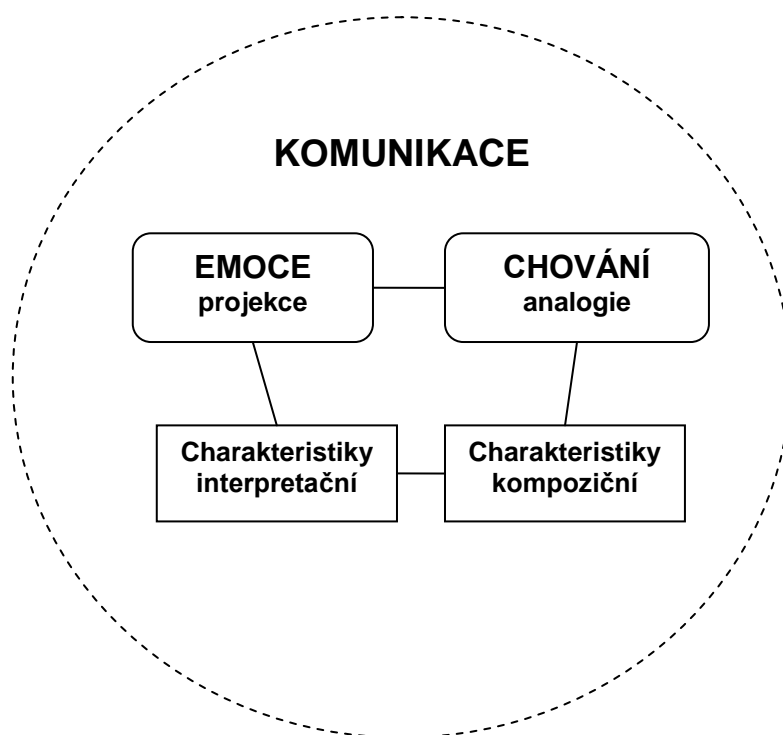
**Schéma č. 14:** Schéma propojení psychologických kategorií (emoce, chování) s kategoriemi hudebními (interpretační, kompoziční).

## **Komunikace, analogie a projekce**

Kategorie charakteristik hudebních i psychologických jsou vzájemně provázané (viz schéma č. 15). Emoce ovlivňují chování a naopak. Jsou to spojené nádoby. Stejně tak hudební charakteristiky (interpretační i kompoziční), jsou při improvizaci zcela provázané.

**Emoce v hudbě** dětí můžeme rozdělit na **aktuálně prožívané** v souvislosti s bezprostřední improvizovanou hrou na klavír a **intrapsychicky promítané**, které jsou obsaženy v hudbě a pravděpodobně v psýché, avšak nejsou aktuálně prožívané.

U chování v hudební situaci můžeme **analogicky usuzovat na chování v běžném životě** dítěte. Zároveň, jak uvádíme níže, se zde manifestují symptomy spojené se zdravotním postižením i návody pro možnou muzikoterapeutickou intervenci. Přičemž **celou hudební situaci vnímáme jako komunikaci**, kdy s námi dítě na nevědomé úrovni komunikuje a předává nám o sobě mnoho důležitých informací, od intrapsychických procesů po zjevné chování.



*Muzikoterapeutická hudební improvizace*

**Schéma č. 15:** Schéma provázanosti kategorií do komunikačního modu.

### 3.2.2 Výsledky výzkumu ve vztahu k jednotlivým dětským klientům

Nyní se zaměříme na výsledky výzkumu ve vztahu k jednotlivým dětem se zdravotním postižením, které improvizovanou hudbu hrály a k nimž se vztahují námi analyzované výroky respondentů.

#### **M5/1: hudba pětiletého chlapce s Aspergerovým syndromem, ADHD syndromem a Neurofibromatosis von Recklinghausen typ 1.**

K hudbě chlapce M5/1 se vyjádřilo všech 180 respondentů. Celkem jsme analyzovali 480 výroků (viz přílohu 1, s. 189 – 200). Ty jsme rozdělili do pěti kategorií. Čtyři z nich jsme popsali v předchozím textu (charakteristiky interpretační, charakteristiky kompoziční, emoce, chování) a níže se k nim podrobně vyjádříme.

Kromě těchto kategorií jsme vymezili kategorii *dvou projekce* (viz přílohu 6.1, s. 234), do které jsme zahrnuli výroky vztahující se k nepříjemnému pocitu z poslechu hudby (8 respondentů, 4,44%), nezařaditelné výroky (4 respondenti, 2,22%) a výroky, které tvoří podkategorii *sdělení* (19 respondentů, 10,55%). Podkategorii *sdělení* však nevnímáme jako přímou hudební komunikaci dítěte, ale jako projekci respondentů ve vztahu k hudebnímu poslechu. Jak jsme uvedli v kapitole 3.2.1, na komunikaci ze strany dítěte nahlížíme jako na výsledek všech informací plynoucí z jeho improvizované hudební produkce.

#### *Charakteristiky kompoziční*

Charakteristiky kompoziční shrnuje tabulka č. 3 a příloha 6. 1 (s. 233). Z analýzy výroků respondentů jsme vydělili podkategorii *metrorytmických ukazatelů*, v níž byla hudba chlapce M5/1 vnímána jako „pravidelná“, „rytmická“ a „živá“, „rychlá“. Ve vztahu k podkategorii *sazba*, jako „jednoduchá“ a „graduující“.

U podkategorie *hudebních charakteristik* jsme našli výroky vztahující se k melodice, formě a harmonii. U *melodiky* výroky spíše reflektují melodickou prázdnotu („bez melodie“, „pouze vysoké tóny“) nebo ji nahlížejí jako „zpěv ptáků“, což souvisí opět s tónovou výškou. Ve vztahu k hudební *formě* je hudba „stupňující“ a „ukončená“. Výroky ve vztahu k *harmonii* jsme nezaznamenali žádné. Celkově jsou charakteristiky kompoziční ve výrocích velice nízce zastoupené (žádná z podkategorií nebyla sycena více jak výroky 8% respondentů), čemuž odpovídá i skutečnost, že jsme nenalezli výrok, který by se vztahoval k možnému hudebnímu nadání.

Charakteristiky		počet	%
<b>kompoziční</b>	<b>metrorytmické</b>		
	rytmus	14	8%
	tempo	12	6,66%
	<b>instrumentace</b>		
	sazba	6	3,33%
	<b>hudební charakteristiky</b>		
	forma	13	7,22%
	melodika	8	4,44%
	harmonie	0	0,00%
	<b>žánr</b>		
	styl	1	0,55%

**Tabulka č. 3:** Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/1.

#### *Charakteristiky interpretační*

Výrazněji byla výroky sycena kategorie zahrnující charakteristiky interpretační (shrnuje tabulka č. 4 a příloha 6.1, s.228 – 232).

Charakteristiky		počet	%
<b>interpretační</b>	<b>technika hry</b>		
		17	9,44%
	<b>dynamika</b>		
	razance	12	6,66%
	intenzita	37	20,55%
	<b>celkem</b>	<b>49</b>	<b>27,22%</b>
	<b>výraz</b>		
	ostře	10	5,55%
	dominantně	8	4,44%
	dramaticky	10	5,55%
	tvrdě	4	2,22%
	hravě	4	2,22%
	vesele	5	2,77%
	<b>energicky</b>	<b>18</b>	<b>10,00%</b>
	radostně	6	3,33%
	<b>agresivně</b>	<b>54</b>	<b>30,00%</b>
	zlostně/vztekle	16	8,88%
	úzkostně	10	5,55%

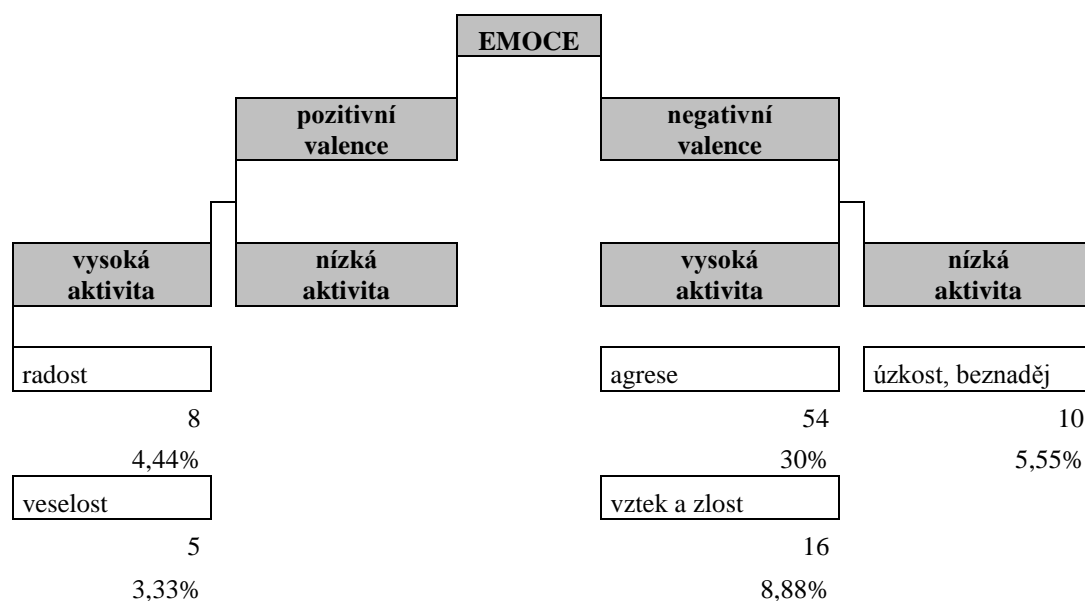
**Tabulka č. 4:** Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/1.



Z výroků respondentů jsme vyvodili podkategorie vztahující se k technice hry, dynamice a výrazu. K *technice hry* se vyjádřilo 9,44% respondentů, shledávají ji převážně jako „bušení“, „třískání“ a „staccato“. K *dynamice* se vyjádřilo až 27,22% respondentů, hudbu vnímají jako „intenzivní“ a „různou“. Podkategorie, která je nejvíce sycena výroky je *výraz*, kdy až 30% respondentů vnímá hru jako „agresivní“ a 10% jako „energickou“.

### Emoce

Jak jsme uvedli v kapitole 3.2.1, s hudebním výrazem úzce souvisejí emoce. Výroky respondentů shrnuje tabulka č. 5 a příloha 6. 1 (s. 231 – 232). Totožné výroky vztahující se k hudebnímu výrazu zde uvádíme ve vztahu k emocím. Nejvíce respondentů vnímá emoce negativní valence s vysokou aktivitou: „vztek“, „zlost“ a „agresi“ (38,88%), dále jsou to emoce negativní valence s nízkou aktivitou: „úzkost“ a „beznaděj“ (5,55%). Proti ní stojí emoce pozitivní valence s vysokým stupněm aktivity: „radost“ a „veselost“ (7,77%)<sup>31</sup>.

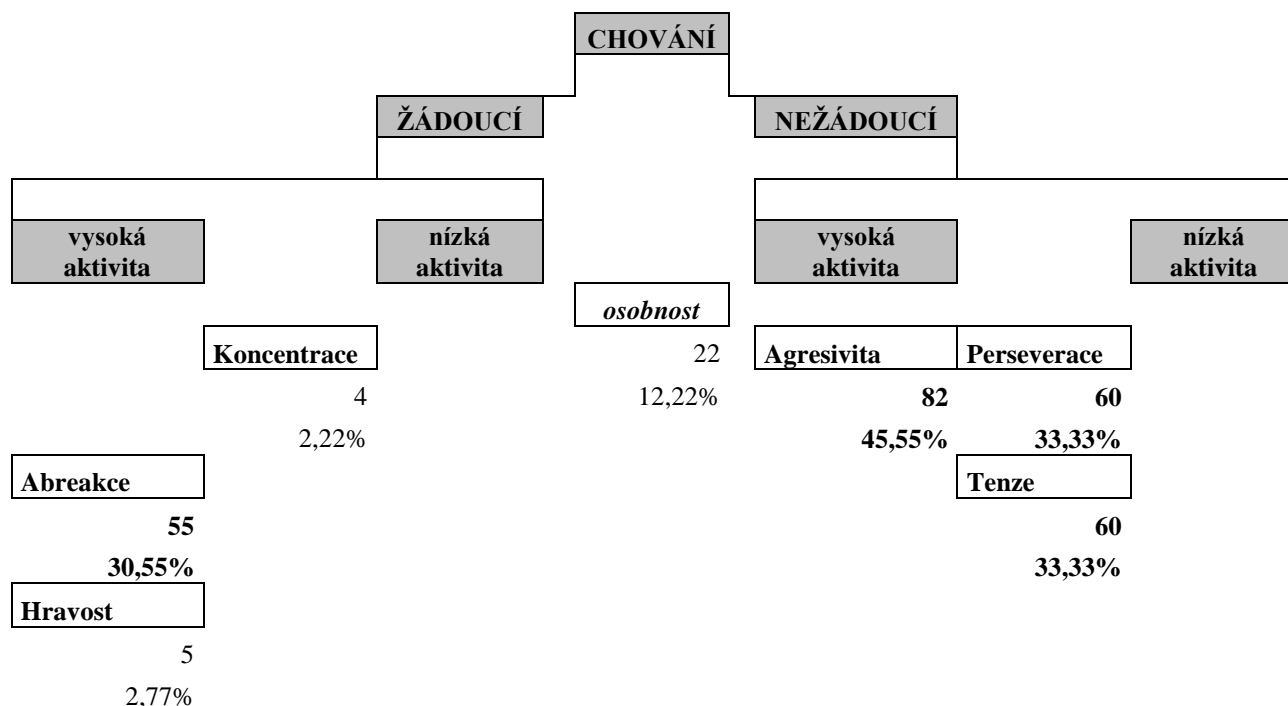


**Tabulka č. 5:** Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/1.

<sup>31</sup> Naše subjektivní interpretace přináší hypotézu, že aktuálně prožívaná emoce hrajícího dítěte by se dala označit jako radost či veselost, avšak intrapsychická projekce přináší emoce vzteku, zlosti a agrese v součinnosti s úzkostí a beznadějí. Ty však nejsou bezprostředně prožívané. Toto tvrzení je však založeno na přímé zkušenosti s dítětem v terapeutickém procesu a bezprostředně nereflektuje výsledek výzkumu. Je velice obtížné určit hranici mezi aktuálně prožívanou emoci a intrapsychicky projikovanou. Ve vztahu k radikálnímu konstruktivismu můžeme však naši subjektivní interpretaci přijmout jako pochopení emocí klienta v součinnosti s naší bezprostřední zkušeností s jeho subjektivním světem a s inspirací námi vedeného kvalitativního výzkumu.

## Chování

Kategorii chování shrnuje tabulka č. 6 a příloha 6.1 (s. 234 – 240). Tuto kategorii vnímáme ve vztahu k procentuálnímu vyjádření jednotlivých respondentů jako nejvýznamnější. Zároveň zde odhalujeme některé z projevů symptomů výše uvedených diagnóz a nacházíme i možnost směřování muzikoterapeutické intervence.



**Tabulka č. 6:** Souhrn kategorie chování ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/1.

Než přikročíme k výsledkům z analýzy dat vztahujícím se bezprostředně k žádoucímu a nežádoucímu chování, zmíníme, že jsme vydělili též podkategorii *osobnost*, která má rovněž vliv na výslednou podobu chování. Tuto podkategorii jsme složili z podkategorií druhého řádu *výroky vztahující se k osobnosti* (obsahující výroky např. „hyperaktivní“, „destruktivní“, „temperamentní“ apod.) a *výroky reflektující vnitřní prázdnotu* (obsahující výroky např. „bez fantazie“, „bez emocí“, „bez melodie“ apod.). Celkem jsme zaznamenali výroky vztahující se k podkategorii *osobnost* u 22 respondentů (12,22%).

Z analýzy dat vyplývá, že v rámci nežádoucího chování s vysokou aktivitou jsme u **82 (45,55%) respondentů zaznamenali výroky vztahující se k agresivitě**. Podkategorii *agresivity* jsme stanovili seskupením podkategorií druhého řádu *agrese* a *výroky související s agresí*.

Na pomezí vysoké a nízké aktivity nežádoucího chování jsme zařadili podkategorie *tenze* a *perseverace*. U 60 (33,33%) respondentů jsme zaznamenali výroky, které jsme zařadili do podkategorie *tenze*. Podkategorii *tenze* jsme vyvodili sloučením podkategorií druhého řádu *naléhavost, napětí, neklid, úzkost a beznaděj*.

U stejného počtu respondentů (60, tj. 33,33%) jsme zaznamenali výroky, které jsme zařadili do podkategorie *perseverace*. Tuto podkategorii jsme sestavili z podkategorií druhého řádu *monotónnost* a *pouze vysoké tóny*.

Při porovnání výše popsaného výsledku výzkumu s informacemi z psychologických a lékařských zpráv uvedených v kapitole 3. 1., **vystupuje do popředí fenomén agresivity**. Který může být přidruženým symptomem Aspergerova syndromu, ADHD syndromu i Neurofibromatosis von Recklinghausen typu 1. V běžném chování se u chlapce M5/1 objevují agresivní projevy (impulzivní agresivní reakce, agresivní fantazie) a výrazně se projevují i v hudební produkci. **Podobně je tomu u fenoménu tenze**, který bývá často přítomný u všech těchto diagnóz.

**Průvodním symptomem u poruch autistického spektra**, kam řadíme i Aspergerův syndrom **bývá perseverace**. Toto ulpívání bylo často ve výrocih respondentů uváděno a v podkategorii *perseverace* syceno mnoha výroky (33,33%).

Na základě uvedených zjištění docházíme k závěru, že **v hudbě chlapce M5/1 jsou přítomny některé ze symptomů, které se vztahují k jednotlivým diagnózám**.

U podkategorií *abreakce* (30,55%), *hravost* (2,77%), *koncentrace pozornosti* (2,22%) vztahujících se k žádoucímu chování s vysokou aktivitou (abreakce, hravost) a aktivitou na pomezí vysoké a nízké (koncentrace pozornosti), vystupuje do popředí *abreakce*.

Abreakci vnímáme jako nástroj muzikoterapeutické intervence, která může uvolnit vnitřní napětí a legitimním způsobem vybit agresivitu. Z informací získaných z hudby chlapce M5/1 vyplývá, že **žádoucím nástrojem muzikoterapeutické intervence jsou postupy, které povedou k abreakci**. Zároveň se ukazuje, že žádoucího stavu můžeme docílit prostřednictvím hravosti, kterou vnímáme jako rozvoj vlastní kreativity i jako podmínku psychického zdraví.

Veškeré intervence, při nichž bude chlapec plně do produkované hudby zapojený, povedou k rozvoji koncentrace pozornosti. Koncentrace pozornosti je zde ve vztahu k ADHD syndromu ovlivněna medikací. Muzikoterapie by se mohla stát nástrojem nechemické intervence, která by měla vést ke stejnému terapeutickému cíli – rozvoji koncentrace pozornosti.

## F5/2: Hudba pětileté dívky s těžkou mentální retardací vlivem cytomegalovirálního onemocnění v prvním trimestru a s microcephalií

U hudby dívky F5/2 jsme zaznamenali nejméně výroky respondentů oproti jiným hudebním ukázkám hrajících dětí se zdravotním postižením. Ze 180 respondentů k hudbě nevedlo výrok 17 z nich. Celkem jsme tedy zaznamenali 216 výroků od 163 respondentů (viz přílohu 2, s. 201 – 206). Neuvedené výroky jsme zařadili do podkategorie *bez výroku* (9,44%). Tuto podkategorii jsme zařadili do kategorie *dvojí projekce* (viz přílohu 6. 2 s. 244), která má nejbližší k osobnostnímu pozadí vypovídajících respondentů. Kromě podkategorie *bez výroku* je kategorie *dvojí projekce* složena z podkategorií *sdělení*, obsahující pouze dva výroky („komunikuje s nástrojem“, „vyjadřuje se“, 2; tj. 1,11%) stejně jako podkategorie *příjemného poslechu* (1,11%). Dále je kategorie *dvojí projekce* tvořena podkategoriemi *výroky vztahující se k vodě* (4,44%) a *nezařaditelnými výroky* (4,44%). Podrobně analýzu výroků k hudbě F5/2 shrnuje příloha 6.2 (s. 241 – 245).

### Charakteristiky kompoziční

Charakteristiky kompoziční shrnuje tabulka č. 7 a příloha 6.2 (s. 243). Ačkoliv jsme našli výroky respondentů ke všem podkategoriím, jsou tyto podkategorie výroky velice málo syceny: Nejvíce výroků jsme zaznamenali u podkategorie *tempa* (5,55%), kde je však hudba vnímána ambivalentně („rychlá/pomalá“, „živá/klidná“) a u podkategorie *melodiky* (6,11%), kde je hudba vnímána převážně jako „melodická“.

Charakteristiky		počet	%	
kompoziční	<b>metrorytmické</b>			
		rytmus	1	1%
		tempo	10	5,55%
	<b>instrumentace</b>			
		sazba	2	1,11%
	<b>hudební charakteristiky</b>			
		forma	3	1,66%
		melodika	11	6,11%
		harmonie	3	1,66%
	<b>žánr</b>			
		styl	2	1,11%

Tabulka č. 7: Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výroky respondentů u dívky F5/2.

Krátce doplníme informaci o dalších podkategoriích ve vztahu k charakteristikám kompozičním: *rytmus* - „rytmická“, *sazba* - „bohatá“, *forma* - „stupňovitější“, *harmonie* - „disharmonická“, „několik tónů najednou“, *styl* - „moderní“, „jazzová“.

Přestože je kategorie *charakteristik kompozičních* tvořena malým množstvím výroků respondentů (do 6%), je ve výrocích zastoupena každá z podkategorií. Zároveň se ve výpovědích objevily výroky vztahující se k hudebnímu nadání (3,33%)<sup>32</sup>.

### *Charakteristiky interpretační*

Charakteristiky interpretační shrnuje tabulka č. 8 a příloha 6.2 (s.241 – 242). Podkategorii *techniky hry* tvoří dvě podkategorie druhého řádu *technika* a *přesnost*. Celkem se k podkategorii *techniky hry* vyjádřilo 21 respondentů (11,66%). Technika hry je zastoupena výroky jako např. „uvolněnost“, „pečlivost“, „spontánnost“. Hudba byla dále vnímána jako *dynamická*. Nejvíce výroků nalézáme u podkategorie hudebního *výrazu*. Kde se do popředí dostávají výroky, které jsme zařadili do podkategorie *radostně* (18,88%).

Charakteristiky interpretační		počet	%	
	<b>technika hry</b>			
		přesnost	10	5,55%
		technika	11	6,11%
		celkem	21	11,66%
	<b>dynamika</b>			
			4	2,22%
	<b>výraz</b>			
		vesele	13	7,22%
		hravě	13	7,22%
		citlivě/něžně	8	4,44%
		dramaticky	8	4,44%
		<b>radostně</b>	<b>34</b>	<b>18,88%</b>
		melancholicky	3	1,66%
	spokojeně	16	8,88%	
	zkoumavě	12	6,66%	

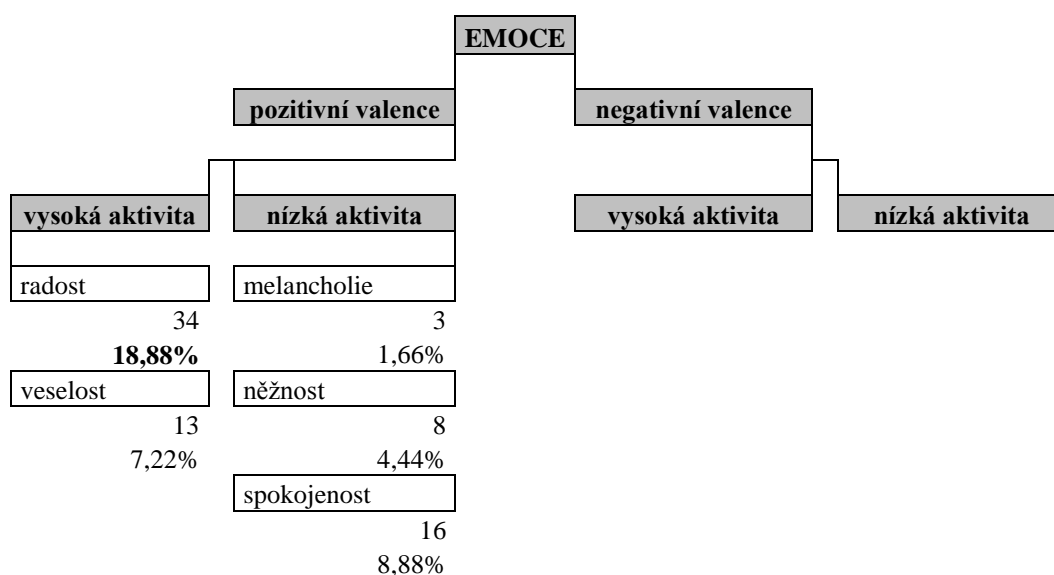
**Tabulka č. 8:** Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroky respondentů u dívky F5/2.

<sup>32</sup> Tato informace (viz přílohu 6.2, s. 243) nás vede k zamyšlení, zda u dívky skutečně není přítomný hudební talent, který by bylo možné v muzikoterapeutickém procesu rozvinout a podpořit tak její hudební inteligenci (viz: Gardner 1999) i proces utváření sebepojetí.

## Emoce

Je zřejmé, že s interpretačními charakteristikami úzce souvisejí emoce. Podrobně kategorii *emoce* a její podkategorie shrnuje tabulka č. 9 a příloha 6.2 (s. 242). Ve výrocích respondentů jsme nezaznamenali výroky vztahující se k negativní valenci.

U pozitivní valence s vysokým stupněm aktivity vystupuje do popředí, podobně jako u hudebního výrazu, podkategorie *radost*, ke které bychom mohli připojit podkategorii *veselost* (celkem 26%). Tyto emoce vnímáme jako bezprostředně prožívané v reakci na hudební improvizaci.



**Tabulka č. 9:** Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u dívky F5/2.

U pozitivní valence s nízkým stupněm aktivity se objevily výroky, které jsme zařadili do podkategorií *spokojenost*, *něžnost* a *melancholie*. Tyto podkategorie vnímáme spíše jako možné intrapsychické reprezentace emocí. Přesto jim nepřikládáme vzhledem k nízkým četnostem výroků bezprostřední význam.

Jestliže dítě při hudební improvizaci **pocítuje emoce spojené se spokojeností, radostí a veselostí, můžeme usuzovat, že muzikoterapeutické postupy u něj budou preferované a motivující.** Tato skutečnost je důležitým výchozím bodem pro plánování procedurálních kroků směřujících k muzikoterapeutickému cíli.

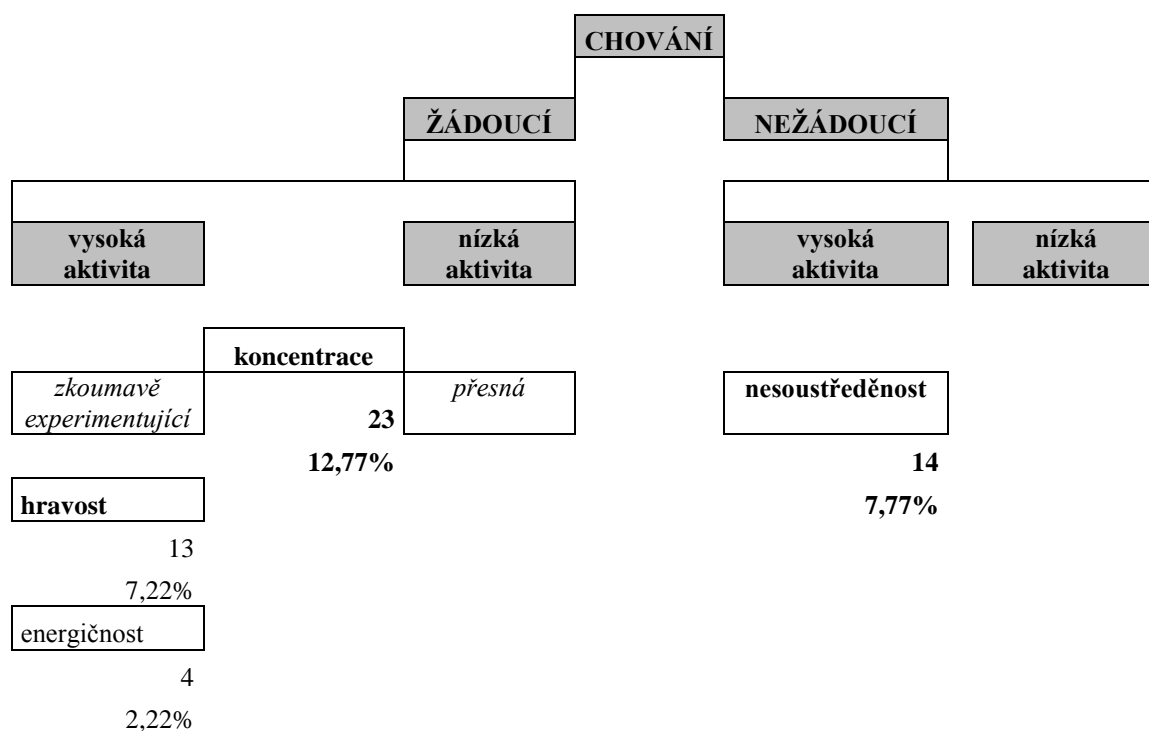
## Chování

Kategorii chování shrnuje tabulka č. 10 a příloha 6.2 (s. 244 -245). Tuto kategorii vnímáme, podobně jako u ostatní posuzované hudby dětí se zdravotním postižením,

jako nejvýznamnější, neboť bývá nejvíce sycena výroky respondentů a navíc zde nalézáme analogii k projevům symptomů vztahujícím se k diagnózám a nástin možné muzikoterapeutické intervence.

Ve výrocih respondentů jsme identifikovali dvě podkategorie, které vystupují do popředí. První z nich spadá do nežádoucího chování s vysokou aktivitou (*nesoustředěnost* 7,77%). Podkategorie *nesoustředěnost* vznikla sloučením podkategorií druhého řádu *nesourodost* a *vnitřní neklid*.

Druhou jsme pojmenovali *koncentrace pozornosti* (12,77%) a zařadili ji do žádoucího chování na pomezí vysokého a nízkého stupně aktivity. Podkategorii *koncentrace pozornosti* jsme vyvodili z podkategorií druhého řádu *přesná* a *zkoumavě experimentující*.



**Tabulka č. 10:** Souhrn kategorie chování ve vztahu k výrokyh respondentů u dívky F5/2.

Z podkategorií se dá vysoudit (přestože jsou u dívky F5/2 celkově podkategorie velice nízce syceny výroky), že **vystupujícím symptomem je především snížená koncentrace pozornosti. Jako nástroj muzikoterapeutické intervence můžeme zvolit takové postupy, které povedou k podpoře experimentování dítěte (což je jedna z forem učení) a umožníme tak rozvoj koncentrace pozornosti, neboť je zřejmé, že se dívka na vlastní hru na klavír krátkodobě soustředila.**

### M5/3: Hudba pětiletého chlapce s hraniční pervazivní poruchou – atypický autismus

K hudbě chlapce M5/3 se vyjádřilo všech 180 respondentů. Celkem jsme analyzovali 320 výroků (viz přílohu 3, s. 207 – 214).

Do kategorie *dvojí projekce* jsme zařadili podkategorie *nezařaditelné* (3,33%), *sdílení* (5%) a *zajímavý poslech* (0,05%). Celkově je u hudby M5/3 kategorie *dvojí projekce* níže sycena výroků respondentů (viz přílohu 6.3, s. 249).

#### Charakteristiky kompoziční

Charakteristiky kompoziční shrnuje tabulka č. 11 a příloha 6.3 (s. 248 – 249). Nezaznamenali jsme zde výroky vztahující se k *sazbě* a *rytmu*.

Z hlediska *tempa* je hudba respondenty nahlížena jako „klidná“ a „pomalá“. Výroky vztahující se k hudebním charakteristikám ve vztahu k *melodice* reflektují především „dlouhé a hluboké tóny“, ve vztahu k *harmonii* reflektují „souzvuky“ a u *formy* „písničkovou formu“ s „dramatickým úvodem“ a „jasným závěrem“. Z hlediska *stylu* jsme ve výrocích zaznamenali především „vážnou hudbu“ a „impresionismus, baroko, minimalismus“.

Charakteristiky		počet	%	
kompoziční	metrorytmické			
		rytmus	0	0%
		tempo	12	6,66%
	instrumentace			
		sazba	0	0,00%
	hudební charakteristiky			
		forma	8	4,44%
		melodika	11	6,11%
		harmonie	4	2,22%
	žánr			
		styl	7	3,88%

Tabulka č. 11: Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/3.



### Charakteristiky interpretační

Charakteristiky interpretační shrnuje tabulka č. 12 a příloha 6.3 (s. 246 – 248). K technice hry jsme zaznamenali pouze 3 výroky (1,66%) zahrnující „dlouhé, jemné hraní a hraní, jako by nehrál“. 5 výroků (2,77%) k *dynamice*, kdy je hra nahlížena jako „tichá“. Nejvíce výroků jsme zaznamenali v oblasti hudebního *výrazu*. Do popředí se dostává podkategorie *smutně* sycena 36 výroky (20%) a *depresivně* sycena 21 výroky (11,66%).

Charakteristiky		počet	%
interpretační	<b>technika hry</b>		
		3	1,66%
	<b>dynamika</b>		
		5	2,77%
	<b>výraz</b>		
	hravě	4	2,22%
	citlivě/něžně	15	8,33%
	temně/ponuře	12	6,66%
	strachuplně	20	11,11%
	melancholicky	14	7,77%
	depresivně	21	11,66%
	<b>smutně</b>	<b>36</b>	<b>20,00%</b>
	přemýšlivě	15	8,33%
	opatrně	5	2,77%
zkoumavě	16	8,88%	
nejistě	23	12,77%	

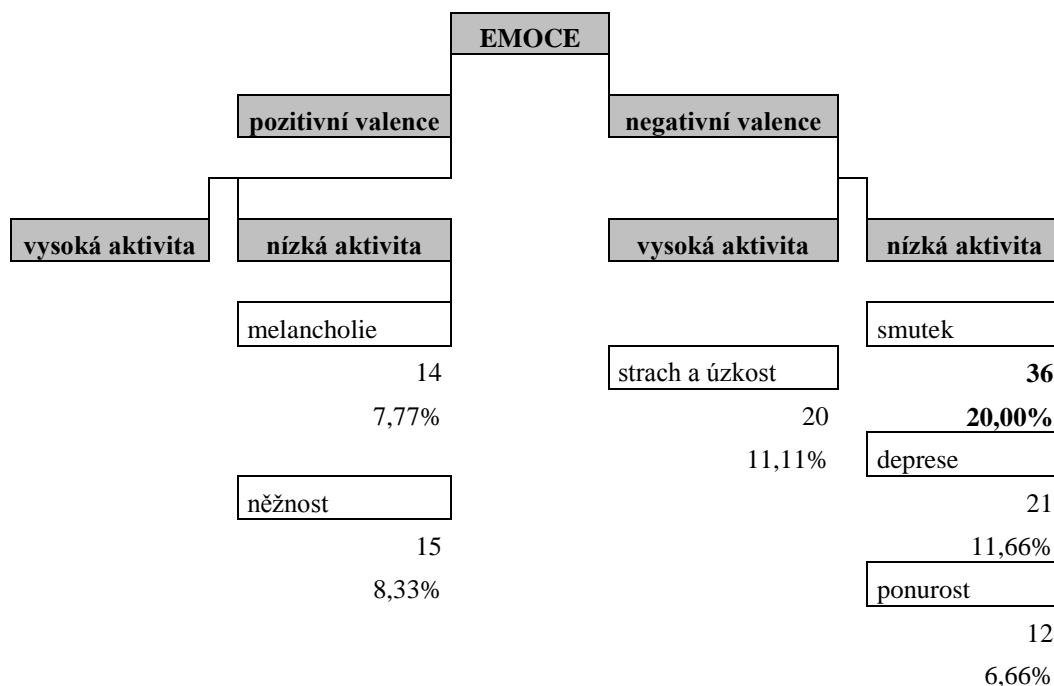
**Tabulka č. 12:** Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroků respondentů u chlapce M5/3.

### Emoce

I v případě M5/3 je zřejmé, že s charakteristikami interpretačními úzce souvisejí emoce. Podrobně kategorii *emoce* a její podkategorie shrnuje tabulka č. 13 a příloha 6.3 (s. 247 -248). Převažují zde emoce s negativní valencí a nízkým stupněm aktivity *smutku, deprese a ponurosti* (dohromady 39%). Dále je patrná podkategorie druhého řádu *strach a úzkost* (11%), kterou jsme zařadili do negativní valence s vysokou aktivitou.

Oproti těmto emocím jsme ve výroci respondentů našli u pozitivní valence pouze emoce vztahující se k nízké aktivitě, kam jsme zařadili podkategorie druhého řádu *melancholie* (7,77%) a *něžnost* (8,33%).

Zajímavostí je, že chlapec M5/3 v psychologických zprávách vychází často jako pozitivně laděné dítě, které v některých chvílích propadá do znatelného smutku. Přičemž podkategorie smutku je nejvíce sycena výroky respondentů a kategorie radost nebyla ve výrocích nalezena.



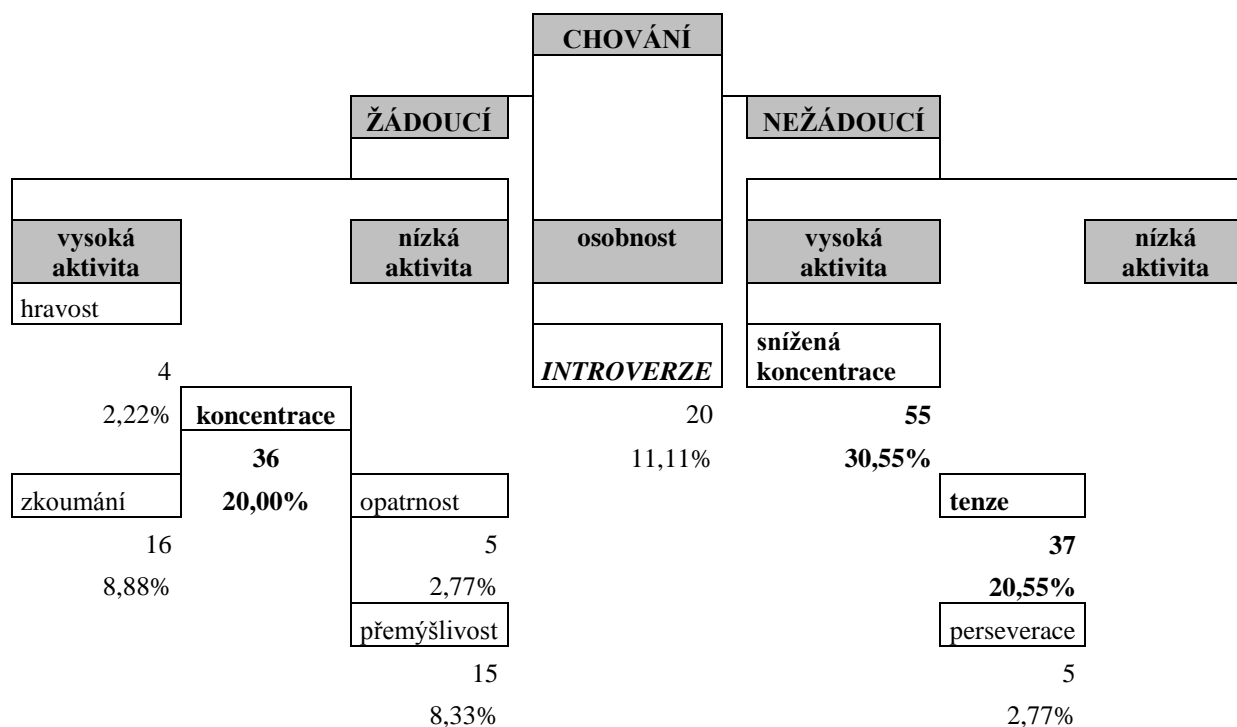
**Tabulka č. 13:** Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/3.

### Chování

Kategorii chování shrnuje tabulka č. 14 a příloha 6.3 (s. 250 – 252). Opět je zřejmé, že kategorie *chování* bývá vysoce sycena výroky respondentů a vztahuje se k charakteristikám interpretačním. Zajímavostí je, že ve vztahu k atypickému autismu se v podkategorii *osobnost* nově objevuje podkategorie druhého řádu, kterou jsme nazvali *introverze*<sup>33</sup>.

V rámci negativního chování na pomezí vysokého a nízkého stupně aktivity jsme vydělili podkategorie *perseverace* (2,77%) a *tenze* (20,55%). Výrazně byla výroky sycena podkategorie nežádoucího chování s vysokým stupněm aktivity *snížená koncentrace pozornosti* (30,55%), kterou jsme vydělili z podkategorií druhého řádu: *nesourodost, neklid, nesoustředěnost*.

<sup>33</sup> Introverze někdy bývá uváděna jako synonymum vztahujícími se k poruchám autistického spektra. Jak uvádí Roškaňuk (2014), je nutné na introverzi u lidí s PAS nahlížet jako na osobnostní rys, nikoliv jako na symptom související s autismem.



**Tabulka č. 14:** Souhrn kategorie chování ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/3.

U chování žádoucího na pomezí vysokého a nízkého stupně aktivity jsme vydělili podkategorii *koncentrace pozornosti* (20%), kterou jsme složili z podkategorií druhého řádu: *zkoumání*, *opatrnost*, *přemýšlivost*.

Dále jsme vydělili podkategorii *hravost*, kterou vnímáme, jak již bylo dříve uvedeno, jako *kreativitu* dítěte. Tato podkategorie však byla nízce sycena výroky (2,22%). Přesto v ní shledáváme potenciál pro rozvoj v rámci muzikoterapeutické intervence.

Z výsledků výzkumu ve vztahu k chování u hudby chlapce M5/3 vyplývá, že **analogie k patologickým symptomům a nástroj intervence jsou**, podobně jako u dívky F5/2, **dva protichůdné póly snížená koncentrace pozornosti / koncentrace pozornosti**. Toto zjištění odpovídá skutečnosti, že technika *vystupování* je **diagnostickým i intervenčním nástrojem zároveň**. Projevuje se zde problematika nesoustředěnosti a zároveň se ukazuje, že hra na hudební nástroj může být efektivním prostředkem pro rozvoj koncentrace pozornosti.

Z oblasti symptomů se, podobně jako u hudby chlapce M5/1, objevuje *tenze* a v menší míře též *perseverace*. Tuto skutečnost vnímáme jako projev symptomů pervazivní poruchy.

### M5/4: Hudba pětiletého chlapce s těžkým kombinovaným postižením na genetickém podkladě s vícečetnou zrakovou vadou

K hudbě chlapce M5/4 se vyjádřilo všech 180 respondentů. Celkem jsme analyzovali 339 výroků (viz přílohu 4, s. 215 – 223). Do kategorie *dvojí projekce* (viz přílohu 6.4, s.257) jsme zařadili podkategorie *nezařaditelné* (3,33%), *sdělení* (5,55%) a *příjemný poslech hudby* (6,66%).

#### Charakteristiky kompoziční

Charakteristiky kompoziční shrnuje tabulka č. 15 a příloha 6.4 (s. 255 – 257). U hudby chlapce M5/4 jsme zaznamenali oproti ostatním největší zastoupení výroků u charakteristik kompozičních (do 25%).

Ve vztahu k *rytmu* byla hudba M5/4 nahlížena jako „rytmická“, „pravidelná“. Z hlediska *tempa* jako „klidnější“, „pomalejší“. Z pohledu *sazby* jako „jednoduchá“, „strukturovaná“ a *žánru* jako „vážná“, „klasická“. Z pozice sycení podkategorií výroky si zaslouží pozornost *hudební charakteristiky*, kde jsme našli 25% respondentů, jejichž výroky se vztahovali k *melodice* („melodická“, „pentatonická“, „jednotónová“). Z hlediska *hudební formy* jsme zaznamenali např. výroky „strukturovaná“, „s řádem“, „uzavřená“. Ve vztahu k *harmonii* byla hudba nahlížena jako „harmonická“.

Charakteristiky		počet	%	
kompoziční	metrorytmické			
		rytmus	9	5%
		tempo	11	6,11%
	instrumentace			
		sazba	8	4,44%
	hudební. charakteristiky			
		forma	15	8,33%
		<b>melodika</b>	<b>45</b>	<b>25%</b>
		harmonie	3	1,66%
	žánr			
		styl	4	2,22%

Tabulka č. 15: Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.

Vzhledem k tomu, že jsou jednotlivé podkategorie zastoupeny výroky ve všech položkách, můžeme usuzovat na možné hudební nadání dítěte. Tomu odpovídá skutečnost, že se objevily i výroky, vztahující se k *talentu* (6,66%), byť z hlediska četnosti níže zastoupeny (viz přílohu 6.4, s. 256).

### *Charakteristiky interpretační*

Charakteristiky interpretační shrnuje tabulka č. 16 a příloha 6.4 (s. 253 – 255). U *techniky hry* jsme našli např. výroky typu: „dozní-hraje“, „trefování se do kláves“, „vybírání jednotlivé tóny“. Z podkategorie druhého řádu *přesnost*, vztahující se rovněž k *technice hry* se objevily výroky jako např. „přesná“, „pečlivá“, „precizní“.

Ve vztahu k hudební *dynamice* byla hudba M5/4 nahlížena jako „hlasitá“ a „rázná“. U podkategorie hudebního *výrazu* vystupují do popředí podkategorie druhého řádu *přemýšlivě* (9,44%), *smutně* (10,55%), *zkoumavě* (17,77%).

Charakteristiky		počet	%	
interpretační	<b>technika hry</b>			
		technika	16	8,88%
		<b>přesnost</b>	<b>28</b>	<b>15,55%</b>
	<b>dynamika</b>			
			6	3,33%
	<b>výraz</b>			
		ostře	6	3,33%
		tvrdě	2	1,11%
		úderně	5	2,77%
		citlivě	8	4,44%
		hravě	5	2,77%
		radostně	4	2,22%
		melancholicky	8	4,44%
		smutně	19	10,55%
		přemýšlivě	17	9,44%
	oparně	8	4,44%	
	<b>zkoumavě</b>	<b>32</b>	<b>17,77%</b>	

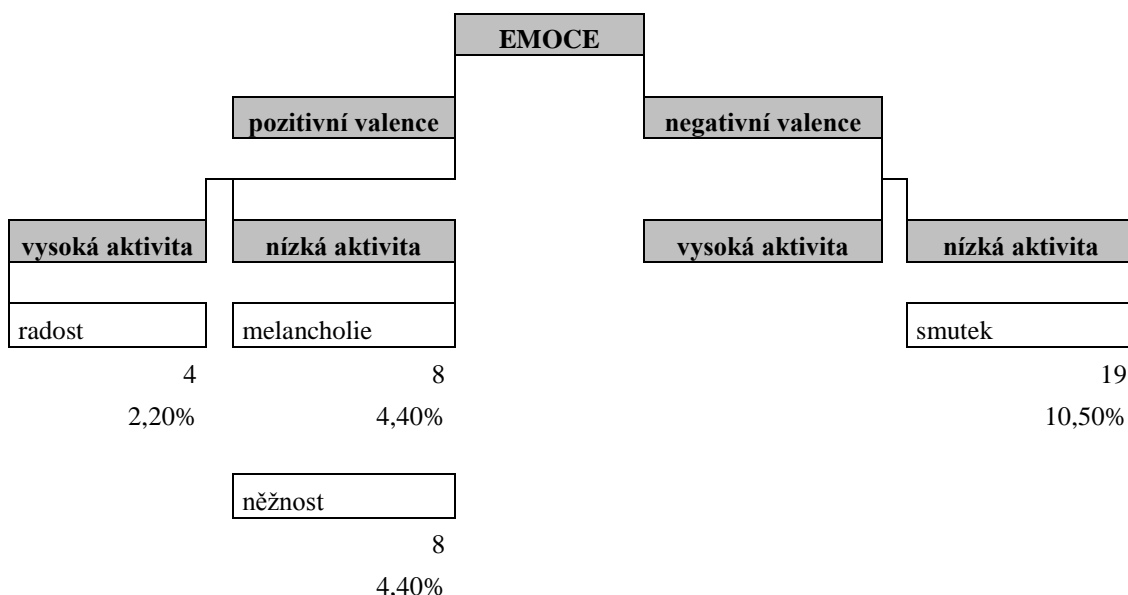
**Tabulka č. 16:** Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.

## Emoce

Podrobně kategorii *emoce* a její podkategorie shrnuje tabulka č. 17 a příloha 6.4 (s. 254 – 255). U negativní valence s nízkým stupněm aktivity je pouze jedna podkategorie *smutek* (10,50%).

Více podkategorií (s méně výroky) jsme vyvodili ve vztahu k emocím s pozitivní valencí. U nízkého stupně aktivity jsou to: *melancholie* (4,40%) a *něžnost* (4,40%). U vysoké aktivity: *radost* (2,20%).

Jak již bylo uvedeno, je velice obtížné interpretovat emoce. Důležité je však zjištění, že emoce ovlivňují chování a chování zpětně ovlivňuje emoční prožívání. Jde o spojené nádoby, které jsou v neustálé interakci. Z tohoto důvodu vnímáme emoce, jako základ následujících interpretací, byť ovlivněných naší subjektivitou, vztahujících se ke kategorii *chování*.



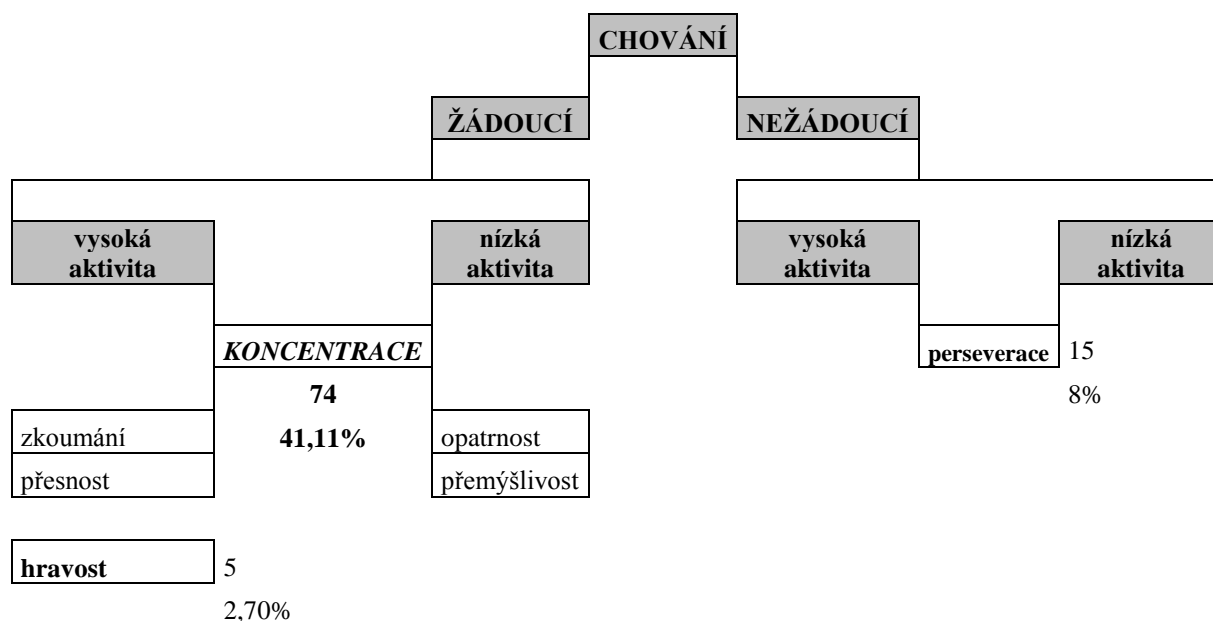
**Tabulka č. 17:** Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.

## Chování

Kategorii *chování* shrnuje tabulka č. 18 a příloha 6.4 (s. 258 – 260). U nežádoucího chování na pomezí vysokého a nízkého stupně aktivity jsme vyvodili podkategorii *perseverace.*, ke které však uvedlo výroky pouze 8% respondentů.

Výrazně je sycena výroky (41,11%) podkategorie *koncentrace pozornosti*, kterou řadíme do žádoucího chování na pomezí vysokého a nízkého stupně aktivity. Podkategorii *koncentrace pozornosti* jsme vyvodili z podkategorií druhého řádu *zkoumání, přemýšlivost, opatrnost a přesnost*.

Dále je to u žádoucího chování s vysokou aktivitou *hravost* (2,70%), kterou vnímáme, jak již bylo opakovaně uvedeno, jako potenciál pro rozvoj kreativity klienta. Sledováním této podkategorie v čase, bychom mohli vyvodit, zda se kreativita u klienta rozvíjí či nikoliv a zda případný rozvoj kreativity vede k celkovému osobnostnímu růstu klienta a naplnění muzikoterapeutických cílů. K těmto hypotézám by mohl směřovat případný další výzkum. Podrobně se k tomuto tématu vrátíme v závěru této disertační práce.



**Tabulka č. 18:** Souhrn kategorie chování ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.

Výrazné zastoupení výroků u podkategorie *koncentrace pozornosti* nás vede k hypotéze, že **dominantním „omezením“ je u chlapce M5/1 vícečetné zrakové postižení**. To se manifestuje zvýšeným soustředěním při hře na klavír. Při hře je zřejmá zvýšená koncentrace pozornosti na jednotlivé tóny i razance a celková hlasitost hudebního projevu ve vztahu ke sluchové zpětné vazbě. Domníváme se, že **nástroj muzikoterapeutické intervence je rozvoj této koncentrace pozornosti a hudebnosti prostřednictvím hudebních nástrojů**.

Jak bylo uvedeno v kapitole 3.1, při psychologických vyšetřeních se u chlapce výrazně projevovala snížená pozornost. V muzikoterapeutickém procesu byl naopak dlouhodobě soustředěný. Vzhledem k tomu, že veškeré formy alternativní komunikace mají svojí podstatou a nácvikem blíže k „psychologickým vyšetřením“, než k „muzikoterapeutické intervenci“, domníváme se, že by komunikace

prostřednictvím hudby mohla být pro další rozvoj chlapce klíčová, neboť běžné formy alternativní komunikace chlapec doposud odmítal. Vzhledem k tomu, že je u chlapce pravděpodobně přítomný hudební talent je možné zvolit jako nástroj intervence i hudebně edukační postupy. Pokud by se chlapec naučil alespoň částečně ovládat určitý hudební nástroj, mohl by prostřednictvím krátkých melodií v budoucnu komunikovat se svým okolím. Hudba by se mohla stát hlavním nástrojem přímé komunikace.

Výsledky výzkumu u chlapce M5/4 nás vedou k další hypotéze. Domníváme se, že chlapec prostřednictvím hudby uchopuje vizuální svět. Jako by skrze zvuky dokázal aktivovat „vidění“. Jak vyplývá z psychologických vyšetření, jestliže před něj položíme kostku, chlapec ji zjevně nevidí a hraje si s ní až po mechanickém přiložení jeho ruky druhou osobou k této kostce. Pokud však před něj položíme hudební nástroj, sám vyvolá potřebnou motorickou aktivitu, aby nástroj uchopil, aniž by na něj v tu chvíli kdokoliv zahrál. Přesto musí mít chlapec předchozí zvukovou zkušenost např. z minulého muzikoterapeutického setkání. Tato souvislost nebyla před realizací tohoto výzkumu shledána. Soustředěná a cílená hra na klavír při technice vystupování nás přivedla k výše popsané hypotéze. Neboť se chlapec na klavírní hru nesmírně koncentruje a vybírá si jednotlivé klávesy, jako by je „viděl“.



### 3.3 Shrnutí výsledků výzkumu

Analýza výroků přinesla k položeným výzkumným otázkám tyto odpovědi:

1) **V hudebním obsahu námi posuzovaných dětí se zdravotním postižením jsou přítomny patologické vzorce chování, které můžeme nahlížet jako symptomy vztahující se k jejich diagnózám.** Ty spatřujeme zejména v psychologických charakteristikách, které jsou zřetelné u kategorie *chování*. V oblasti *emocí* jsou pravděpodobně přítomny projekce intrapsychických emocionálních procesů. Ty však vyvozujeme nikoliv na základě výsledků výzkumu, ale v interakci se zkušenostmi s danými dětmi v muzikoterapeutické praxi. U posuzovaných dětí jsme v oblasti chování vyvodili následující patologické vzorce chování/symptomy:

- **M5/1** v hudbě pětiletého chlapce s Aspergerovým syndromem, ADHD syndromem a Neurofibromatosis von Recklinghausen typ 1 vystupuje do popředí *agresivita*. Ta může být přidruženým symptomem všech uvedených diagnóz. Dále jsme vyvodili podkategorie: *tenze* (bývá často přítomná u všech výše uvedených diagnóz) a *perseverace*, která bývá průvodním symptomem poruch autistického spektra.
- **F5/2:** v hudbě pětileté dívky s těžkou mentální retardací vlivem cytomegalovirálního onemocnění v prvním trimestru a s microcephalií je přítomna *nesoustředěnost*, která odpovídá patologickému vzorci chování. Zároveň je zřejmá tendence *experimentování* a *objevování*. Tato skutečnost by mohla odpovídat formě učení na nižší vývojové mentální úrovni, než byl chronologický věk dívky.
- **M5/3:** v hudbě pětiletého chlapce s hraniční pervazivní poruchou – atypický autismus, se objevují podkategorie spojené s *perseveracemi*, *tenzí* a především *sníženou koncentrací pozornosti*. Všechny tyto patologické vzorce chování můžeme vnímat jako symptomy původní diagnózy atypického autismu.
- **M5/4:** Hudba pětiletého chlapce s těžkým kombinovaným postižením na genetickém podkladě s vícečetnou zrakovou vadou je z hlediska patologických vzorců chování zastoupena pouze podkategorií *perseverace*, ta však je velice nízce sycena výroky. Do popředí se zde dostává

podkategorie ***koncentrace pozornosti***, kterou nevnímáme jako patologický vzorec chování, nýbrž jako žádoucí. Přesto ve vztahu k diagnostikovanému vícečetnému zrakovému postižení uvádíme domněnku, že právě zvýšená koncentrace pozornosti je průvodním projevem symptomu zrakového postižení.

2) **V hudbě dětí jsme na základě analýzy výroků odhalili aspekty, ze kterých je možné stanovit muzikoterapeutickou intervenci.** V některých případech jsou nástroje intervence velice blízké projevům patologických symptomů v hudbě: agrese/abreakce, perseverace/kreativita, snížená koncentrace pozornosti/koncentrace pozornosti. V jiných případech jsou totožné: koncentrace pozornosti/koncentrace pozornosti, experimentování/experimentování.

- Za nástroj intervence u chlapce **M5/1** můžeme považovat takové muzikoterapeutické techniky, které povedou k ***abreakci*** a rozvoji ***koncentrace pozornosti*** a ***kreativity***.
- Nástroj intervence u dívky **F5/2** spatřujeme v rozvoji ***koncentrace pozornosti*** zejména v podpoře zkoumání a experimentaci, kterou vnímáme nejen ve vztahu k opožděnému vývoji, ale také jako možnou cestu intervence zaměřenou na podporu tohoto způsobu učení se. Dále je to rozvoj ***hudebnosti*** a ***hravosti - kreativity*** na podkladě předpokládaného ***hudebního nadání***.
- Nástrojem intervence u chlapce **M5/3** bude další ***rozvoj koncentrace pozornosti*** (podpora opatrného zkoumání hudebních nástrojů) a podpora jeho ***hravosti - kreativity*** namísto ulpívání.
- Nástrojem intervence u chlapce **M5/4** bude především rozvoj jeho předpokládané ***hudebnosti***, podpora převládající ***koncentrace pozornosti*** s důrazem na rozvoj ***hravosti - kreativity***.

3) Námi vytvořené kategorie a podkategorie vnímáme ve vztahu k malému výzkumnému vzorku pouze jako **hypotetická vodítka pro možnou budoucí muzikoterapeutickou diagnostiku.** Předkládáme však postup, jak hudbu dětí **vnímat a dekódovat.** Jak hudbu dítěte poznat a pochopit její význam. Předkládaný

postup ukazuje, jakých hudebních parametrů bychom si měli všimnout v rámci propojení psychologických a hudebních charakteristik.

Nacházíme možnost, **jak usuzovat na analogické hudební procesy ve vztahu k chování** (z charakteristik interpretačních obecně a z charakteristik kompozičních z důrazu na melodiku a metroritmické charakteristiky). A **jakým způsobem z hudebního obsahu vysoudit promítání emocí** (z charakteristik interpretačních s důrazem na výraz a z charakteristik kompozičních s důrazem na metro-rytmické ukazatele). Zároveň nacházíme možnost, jak **vyvodit hypotézu možného hudebního nadání dítěte** prostřednictvím rovnoměrného zastoupení všech *kompozičních charakteristik*.

**Celou hudební situaci vnímáme**, nikoliv jako analogii, ale **jako komunikaci**, kdy s námi dítě na nevědomé úrovni komunikuje a předává nám o sobě mnoho důležitých informací, od intrapsychických procesů po zjevné chování.

Analýza získaných dat přináší pro oblast speciální pedagogiky nový nástroj, jak uchopit improvizovanou hru dětí, u kterých jsou komunikační strategie na preverbální úrovni nebo je pro ně obecně komunikace příliš složitá. Jejich produkovanou **hudbu můžeme vnímat ve výsledku jako komuniké** (obsah sdělení) především k oblasti prožívání emocí, projekce emocí a analogie k chování.

Zároveň zjišťujeme, že **chybí výroky vztahující se k oblasti kognitivní**. Toto zjištění přináší novou hypotézu, že pro rozvoj kognitivních funkcí jsou pravděpodobně významnější jiné muzikoterapeutické metody (kompozice, poslech hudby, interpretace) nebo že pro kognitivní složku není improvizativní technika *vystupování* zásadní.

Neklademe si za cíl obecné tvrzení, pouze vytváříme prostor pro další ověřování námi formulovaných zjištění. Ty vnímáme ve vztahu ke kritickému realismu (viz kapitolu 1.1) jako hypotézy, jež přispívají k poznání v oblasti muzikoterapie ve speciální pedagogice a ve vztahu k radikálnímu konstruktivismu jako ryze subjektivní, neboť zohledňují nejen způsob našeho myšlení) vytváření kategorií a podkategorií), ale především námi vedené interpretace, které vycházejí nejen z výsledků výzkumu, ale též z vlastních zkušeností s danými dětskými klienty.

#### 4 DISKUSE

Prezentované výsledky našeho výzkumu nás přivádí k úvaze nad modely Morfologické, Analogické i Geneape (viz kapitolu 1.3) muzikoterapie, které se staly inspirací pro naši studii. Všechny tři uvedené modely přikládají primární význam hudebnímu obsahu improvizací klienta. Jako zásadní vnímají moment hudební změny, která předznamenává změnu v terapeutickém procesu.

Neuvádějí však, v jakých hudebních parametrech můžeme tyto změny postihnout a. jak porozumět „výchozí“ hudbě klienta, která této změně předchází. V našem výzkumu **nabízíme základní hudební parametry, prostřednictvím nichž můžeme porozumět emocím a chování klienta v hudebním obsahu.** Zároveň „rozpoznanou“ hudbu vnímáme jako výchozí. Jestliže jí skrze uvedené charakteristiky kompoziční a interpretační porozumíme, můžeme v budoucnu snáze odhalit veškeré důležité změny. K tomuto tvrzení se vrátíme v textu níže.

Narozdíl od morfologických empirických strategií, jsme do výzkumného procesu vstupovali jako pozorovatelé, kteří se snažili postihnout hudební svět klienta nezávisle na obsahu všech muzikoterapeutických a psychoterapeutických teoretických zjištění. Oproti empirické studii Dr. Sylvie Kunkel (viz kapitolu 1.3.1), jsme se pokusili **zachytit hudební improvizace dětí se zdravotním postižením, které nejsou ovlivněny intervencemi ze strany muzikoterapeuta, abychom pochopili autentický projev dítěte v daný okamžik.** Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pro náběr hudby vzniklé technikou *vystupování*, při níž dítě hraje zcela samo a je tedy co nejméně ovlivněno muzikoterapeutem, byť je technika vystupování sama o sobě intervenčním i diagnostickým nástrojem muzikoterapeuta.

Výzkum Kunkel (2009) byl však od samého počátku spojen s teorií Morfologické muzikoterapie, cílem zde bylo naopak postihnout proměnu formy. Z tohoto důvodu byla realizovaná nahrávka opřena o *dialogické techniky*, kdy klient a terapeut společně improvizují na hudební nástroje. Podle Trüper (2004) morfologicky nahlížená muzikoterapie si je vědoma možnosti ovlivnění hudby klienta muzikoterapeutem. Proto by měl být muzikoterapeut v průběhu improvizace otevřený vůči klientovi a jeho hudbě. Neměl by vzájemnou hudební interakci ovlivňovat se záměrem naplnit své vlastní ambice. Během hry muzikoterapeut klienta doprovází, podporuje a vyvolává hudební odezvu z jeho strany, čemuž morfologicky orientovaní muzikoterapeuti přisuzují termín *společný hudební pohyb* (více v kapitole 1.3.1).

Z našeho pohledu je však **jakýkoliv hudební vstup muzikoterapeuta do improvizované hudby klienta zásadní pro další vývoj hudební interakce**. Hudba klienta se stává ovlivněnou, díky čemuž mohou z hudebního obsahu vymizet důležité informace, které jsou přítomny, jestliže hraje klient sám. Mezi tyto informace, v návaznosti na výsledky výzkumu (3.2.2) řadíme např. skutečnost, že projev patologického symptomu a nástroj intervence může být vyvozen na základě stejného nebo protichůdného aspektu hudby klienta (např. agrese/abreakce, perseverace / kreativita).

Podle Weymanna (2011) se patologické vzorce či projevy symptomů projevují jako problém vytváření Gestalt formace, která je dána interakcí muzikoterapeuta s klientem. Muzikoterapeut se snaží svojí hudbou vyvolat odezvu u klienta. Tato odezva je určujícím momentem pro pochopení patologických vzorců v jeho hudbě. Zároveň se mohou v rámci této interaktivní improvizace objevit nové hudební motivy, které se vymykají patologii a mohly by být nahlíženy jako případné nástroje intervence. Z našeho výzkumu však vychází, že patologické symptomy i možné nástroje intervence jsou v hudbě klienta přítomny i bez ovlivnění jeho hudby muzikoterapeutem. **Nemusíme tedy v procesu hudební interakce klienta s terapeutem vyčkávat na moment změny, který postihne patologické či intervenční nástroje, neboť v hudbě klienta jsou již veškeré tyto informace obsaženy.**

Navíc, máme-li zachytit jemné nuance proměny hudebního obsahu, musíme nejprve hudbě klienta porozumět. **Jestliže pochopíme, jaká hudba je pro daného klienta při jeho improvizacích typická, můžeme snáze postihnout všechny změny na hudební úrovni, které mohou být určující pro další vývoj muzikoterapeutického procesu.** S tímto tvrzením úzce souvisí i skutečnost, že bychom měli odhalit hudební parametry, které by nám umožnily hudbu klienta poznat a porozumět jí. V našem výzkumu jsou to charakteristiky hudební, které tvoří dvě kategorie charakteristik interpretačních a kompozičních (viz kapitulu 3.2.1).

Výzkum Kunkel (2009) kromě hudby zahrnuje také verbální výpovědi klientů. Tito klienti byli dospělí lidé s duševním onemocněním. V našem výzkumu však byly klienty děti ve věku pěti let, jejichž handicap byl dán poruchou autistického spektra, mentálním postižením nebo vícečetným postižením zraku. U tří z těchto dětí nebyla rozvinuta verbální složka a u jednoho bylo narušeno sémantické porozumění, byť byl jeho vývoj ve verbálním projevu odpovídající chronologickému věku. Z tohoto důvodu jsme do muzikoterapeutické procedury nezařadili techniku *verbálního sdílení*, tudíž

jsme se na ni nezaměřili ani v našem výzkumu. Verbální výpovědi klientů, kterým se Kunkel rovněž věnovala, nebyly v našem případě možné. Proto uvádíme, že jsme se pouze empirickou studií autorky inspirovali.

V našem výzkumu se tedy nejedná o ověření vzniklých hypotéz ze studie Dr. Kunkel. Navíc, oproti pohledu Morfologické muzikoterapie nepracujeme s celým Gestalem (hudba klienta i terapeuta), ale pouze s jedním segmentem, jímž je samostatná hudební produkce dítěte. Jinými slovy, **vystavěli jsme zcela nový výzkum** zaměřený na hudební obsah u dětí se zdravotním postižením. Tak daleko jak jen naše vědomosti a zkušenosti v muzikoterapii sahají, jsme nenalezli adekvátní výzkum podobného charakteru, z jehož designu a výsledků bychom mohli v naší studii vyjít. Domníváme se, že je tato skutečnost ovlivněna tím, že nebyl věnován přílišný zřetel hudebnímu obsahu improvizací dětí se zdravotním postižením v muzikoterapeutických modelech obecně.

Jelikož je na interpretaci hudebního obsahu z psychologického hlediska spíše pohlíženo jako na nestandardizovanou projektivní metodu, může být tento pohled důvodem absence podobného výzkumu. Projektivní metody u dětí bývají totiž podmíněny určitou úrovní dosaženého psychomotorického vývoje. Navíc je velice málo projektivních metod určených pro děti předškolního věku (Test začarované rodiny, dětský Rorschach apod.). Aby mohlo dítě absolvovat některý ze standardizovaných projektivních testů, musí dosáhnout určité úrovně mentálních operací a verbálních dovedností.

V našem výzkumu se však ukazuje, že nonverbální povaha hudby umožňuje tyto požadavky obejít. **Můžeme zde vyslovit hypotézu, že k hudební produkci při improvizované hře na klavír je zapotřebí dosáhnout ve vývoji pouze sekundární cirkulární reakce, kdy je dítě schopno cíleného pohybu** (viz: Piaget 1961). Otázkou je, zda by se při analýze takto vzniklé hudby objevily požadované informace (patologické, intervenční, komunikační, talentové apod.) nebo by pouze výroky reflektovaly psychomotorickou vývojovou úroveň. Pokud by však došlo k redukci pouze na informace týkající se vývoje dítěte, přesto by byly tyto výsledky výzkumu důležité pro muzikoterapii i speciální pedagogiku. Tímto se dostáváme k nástinu dalšího výzkumu, kterému se budeme podrobněji věnovat v závěrečné kapitole tohoto textu.

Narozdíl od teorie Analogické muzikoterapie (viz kapitolu 1.3.2) a výzkumu Smeijsterse (2005) tvrdíme, že výše uvedené informace v hudebním obsahu nejsou

pouze analogiemi, ale že **na úrovni *core category* představují komuniké, tedy obsah explicitního i implicitního sdělení a můžeme je nahlížet nikoliv jako analogie k životu dítěte, ale jako komunikaci dítěte se světem.** Tato komunikace obsahuje přímé nonverbální komunikační strategie i meta-komunikační aspekty.

Dítě nám nevědomě předává informaci o svém problému i o způsobu jeho řešení. Hudba představuje komunikační médium, které nám může pomoci nalézt účinné intervenční nástroje pro dosažení muzikoterapeutického cíle. Toto tvrzení má důležitý význam pro oblast speciální pedagogiky. Jestliže můžeme skrze hudební produkci hypoteticky usuzovat na určité předávání informací, můžeme lépe zachytit zpětnou vazbu např. u lidí s narušenou komunikační schopností v důsledku hluboké mentální retardace. Tito lidé k nám mohou prostřednictvím své hudby promlouvat. Budeme-li jim naslouchat a pochopíme-li obsah jejich sdělení, můžeme správně určit nástroje speciálně pedagogické intervence.

**Teprve ve chvíli, kdy porozumíme hudebnímu obsahu, bychom měli vstupovat do hudebního dialogu.** Jestliže bychom vstoupili na verbální úrovni do komunikačního prostoru, kde by nám nebyl znám kontext a obsah sdělení, pravděpodobně by nám uniklo mnoho souvislostí a chvíli by nám trvalo, než bychom vedli smysluplný rozhovor. Pokud na obsah hudební improvizace nahlížíme jako na obsah sdělení klienta, je důležité nejdříve tomuto sdělení porozumět a až poté jej rozvíjet v hudebním dialogu. Zpětně se dostáváme k morfologickému *společnému hudebnímu pohybu*. Aby byl pohyb opravdu společný neměl by vzniknout dříve, než nám bude zřejmé, jaký tento pohyb má být. Teprve když je nám srozumitelná hudba klienta můžeme šetrně vstoupit do hudebního dialogu bez vlastních ambicí a docílit společného hudebního plynutí.

V návaznosti na model Geneape (viz kapitolu 1.3.3) **vnímáme veškerou hudbu klienta jako autentickou.** Každá hudba, kterou klient produkuje, je jeho autentickou výpovědí. Pokud jí porozumíme, můžeme následně sledovat terapeutické i patologické proměny hudebního tématu i prohlubování obsahu jejího sdělení.

Narozdíl od Analogické i Morfologické muzikoterapie se v našem výzkumu ukazuje, že model Geneape, který předpokládá, že **k psychické proměně může dojít na hudební úrovni i bez přímého zásahu muzikoterapeuta,** je možný. V Geneape muzikoterapeut intervenuje pouze ve chvíli, kdy převládají patologické hudební sekvence nad ozdravnými. K tomu, aby byl muzikoterapeut schopen rozpoznat tyto patologické a ozdravné sekvence je zapotřebí nejen naslouchat hudbě klienta,

ale především jí hluboce porozumět. Ačkoliv není model Geneape podložen výzkumem, v důsledku naší empirické studie se přikláníme na stranu deduktivních zjištění vzešlých z praxe jeho autorky Pejřimovské. V této souvislosti se znovu otevírá prostor pro další výzkum, který by mohl mapovat hudbu klienta v čase a identifikovat patologické a ozdravné proměny na hudební úrovni jak u hudby samotného klienta, tak po intervenci muzikoterapeuta.

Porozumění hudebnímu obsahu ve vztahu k patologickým a nepatologickým aspektům nás přivádí k tématu muzikoterapeutické diagnostiky. Jak uvádí Mastnak (2014), **muzikoterapie jako samostatná oborová disciplína nemůže vystačit s běžnými diagnostickými nástroji a klasifikacemi**. Přesto je však přijímá jako užitečná vodítka pro praxi a pro komunikaci na profesionální úrovni. Z pohledu radikálního konstruktivismu (viz kapitolu 1. 1. 2) jsou MKN-10 a DSM-IV TR příliš ovlivněné objektivistickým hlediskem západní medicíny. Mastnak (2014) k tomu dodává, že kritéria mezinárodních klasifikací nemocí integrují především anatomické, fyziologické a biochemické základy a z pohledu psychoterapie příliš preferují klasické terapeutické přístupy (KBT, psychoanalytické, behaviorální, humanistické). Otázkou však zůstává, zda naše mezinárodní diagnostické katalogy jsou adekvátním nástrojem právě pro muzikoterapii a zda by muzikoterapie jako oborová disciplína neměla nalézt vlastní diagnostické systémy a pojmenování. Přesto diagnostické katalogy v klinické praxi respektujeme.

Muzikoterapeutické diagnostické nástroje a pojmy by se z našeho pohledu neměly příliš upínat k patologii. Měly by v sobě nalézt průnik světa nemoci a zdraví. Je zcela běžné, že se v muzikoterapeutické praxi kromě patologických aspektů stále častěji setkáváme spíše s tím, co klient dokáže, co umí, v čem prospívá. Naše zjištění jsou důležitá nejen pro klienta, ale především pro jeho blízké, kteří se v systému komprehenzivní péče nejčastěji dozvídali o negativních aspektech spojených s klientovým postižením. **V našem výzkumu jsme naznačili první krok na cestě k diagnostickému nástroji, který by reflektoval propojení hudebních a psychologických charakteristik.**

Zároveň jsme si plně vědomi omezení, které způsobuje náš malý výzkumný vzorek. Mohli bychom namítnout, že na základě malého vzorku vytváříme velké závěry. **Naše zjištění se však nesnaží odhalit objektivní „pravdu“.** Stále jsme si vědomi naší subjektivity i skutečnosti, že naše empirická zjištění se vždy vztahují pouze k výzkumnému vzorku čtyř dětí. Přesto bychom neradi tímto výrokiem výsledky



našich zjištění devalvovali. Naše empirická studie odhalila mnoho souvislostí mezi hudebními a psychologickými charakteristikami. **Celý výzkum vnímáme jako pilotní projekt**, na který s největší pravděpodobností navážou další podobně orientované výzkumy.

Přesto není možné tyto výzkumy „objektivně kvantifikovat“ a přesně statisticky zhodnotit. Vždy půjde o kvalitativní analýzy, které budou pokaždé zastřeny subjektivitou badatelů. V našem výzkumu jsme sice procentuelně vyjadřovali četnosti výroků respondentů k daným kategoriím a podkategoriím. Tyto **četnosti však nahlížíme jako doplňující orientační informace**. Vyšší procentuální četnosti nás pouze upozorňovaly na kategorie a podkategorie, které byly více syceny výroky a tudíž bychom jim měli věnovat vyšší pozornost. Přesto je zřejmé, že důležitou součástí jsou kategorie samotné, nikoliv četnostní vyjádření příslušných výroků k nim. Neboť se ukazuje, že i nízké výroky zastoupené podkategorie mohou být z hlediska muzikoterapeutického procesu velice cenné (např. opakovaně nízké výroky sycená podkategorie *hravost*, může být v důsledku hlavním vodítkem pro muzikoterapeutickou intervenci, jelikož právě rozvoj hravosti a kreativity může rozrušit *perseverační* projevy, které byly v naší studii často silně výroky respondentů syceny).

Navíc **jakákoliv snaha o co neobjektivnější podmínky může ve výzkumné praxi narazit na nepředpokládané překážky**. Jak jsme uvedli v kapitole 3.1, při sběru dat - hudby dětí se zdravotním postižením, jsme se snažili získat co možná nejméně ovlivněnou hudební produkci. Nevstupovali jsme do hudby dětských klientů a pokusili jsme se omezit i verbální reakce a intervence jejich přítomných rodičů. Tato snaha však nebyla zcela naplněna. Vzhledem k tomu, že jsme se rozhodli pro náběr hudby při pátém sezení, předložili jsme respondentům hudební ukázky se všemi zvukovými situacemi, které v době náběru nastaly. Nevybírali jsme nejvhodnější nahrávku, která by byla prosta všech těchto okolností. Výsledná nahrávka tak obsahuje kromě klavírních tónů celou řadu zvuků, které mohly ovlivnit úsudek a výroky respondentů.

V případě F5/2 je slyšet hlasový projev hrající dívky a v závěru i verbální povzbuzení matkou. U chlapce M5/3 je hudba rozdělena do dvou oddílů, mezi kterými chlapec odbíhal. Poté, co se navrátil, jej matka přisunula na židli ke klavíru. Nahrávka tedy obsahuje i zvuk „vrzající“ židle. Jinými slovy, nepodařilo se nám zcela vyplnit záměr realizace nahrávky prosté klavírní improvizace bez všech vedlejších zvuků a intervencí ze strany rodičů. Přesto jsme přesvědčeni o tom, že podpora rodiče nikterak neohrozila výsledný hudební obsah.

Při formulaci výsledků výzkumu (3.2.2) jsme objevili jeden zásadní problém. Ačkoliv jsme našly paralely mezi projekcí a emocemi, jsou naše tvrzení čistě hypotetická a spíše než přímé výsledky výzkumu reflektují propojenost naší praktické zkušenosti se zkoumanými dětmi a procesu kvalitativní analýzy. **Proces, při kterém dítě volně improvizuje pod představou koncertního vystoupení je svojí podstatou projektivní. Přesto jsou projekce těžko uchopitelné.** Vystává tedy otázka, zda skutečně již pětileté děti promítají do hudby intrapsychické vzorce a zda jsou tyto vzorce identifikovatelné jiným způsobem než propojením přímé zkušenosti s nimi a jejich hudbou? Zda se fenomén projekce spíše neuplatní u staršího věku dítěte či u dospělých? A zda se projekce neprojevuje spíše než v oblasti emocí v oblasti hudebního symbolismu, který tento výzkum ve vztahu k výroky příliš nerefletoval?

Ve vztahu k emocím je nutné zohlednit ještě jednu skutečnost. Naše hypotéza vzešlá z výsledků výzkumu v interakci s naší praktickou zkušeností se zkoumanými dětmi uvádí, že při improvizaci dochází k průchodu emocí do hudebního média. Tyto emoce vnímáme jako aktuálně prožívané a intrapsychicky promítané. Tyto emoce však nevnímáme jako *metaforu* (viz: Slavík, Chrz, Štech a kol. 2014), ale jako přímé psychické reprezentace. V metaforickém světě je prostor pro zkušenost „jako“, která je z hlediska expresivních terapií i psychoterapie velice cenná. V prostoru „jako“ je vždy možnost volby. Můžeme danou emoci hrát a prožívat, ale nemusí být skutečná. V muzikoterapii jsou to takové hudební situace, kdy klienta přímo vyzveme, aby zahrál určitou emoci. V té chvíli je to „hra na emoci“. Tato emoce má svůj základ ve zkušenosti hrajícího, přesto jde o metaforu konkrétní emoce. Oproti tomu **při technice vystupování se emoce aktuálně prožívané i intrapsychicky reprezentované objevují v hudbě bez metaforického podtextu**, byť je respondenti, kteří se k hudbě vyjadřovali, mohli jako metaforu vnímat.

Emoce jsme v hudebním obsahu vyvodili z charakteristik interpretačních, kde byl důraz kladen především na hudební výraz. Tuto skutečnost již reflektoval výrok britské muzikoterapeutky Mercedes Pavlicevic (1990, s. 6): *„Expresivní výraz hudby koresponduje s dynamickými formami emocí.“* V našem výzkumu ale nacházíme souvislosti ještě s technikou hry a dynamikou. Z charakteristik kompozičních navíc k emocím přiřazujeme tempo a rytmus (viz kapitolu 3. 2. 1).

**Důležitá zjištění z hlediska patologických symptomů a nástrojů intervence detekovaných v hudbě jsme našli v oblasti chování.** Tu jsme vyvodily rovněž z charakteristik interpretačních (často hudební výraz – emoce – chování tvořily jeden

celek). Z charakteristik kompozičních vystoupila do popředí *melodika*, neboť v ní můžeme nalézt např. perseverační tendence, narozdíl od metro-rytmických charakteristik, které jsou svojí podstatou „perseverační“.

Jak uvádí Smeijsters (2005, s. 59): „*Stavební materiál hudby (melodie, zvuk, rytmus, dynamika a forma) jsou analogií našeho způsobu myšlení, cítění a jednání. V našich hudebních improvizacích je vyjádřeno, jak myslíme, jak cítíme a jak se chováme.*“ Toto tvrzení se však v našem výzkumu spíše nepotvrdilo, byť zní logicky. **Cítění (emoce) a jednání (chování) jsme ve výrocih respondentů identifikovali jako základní kategorie psychologických charakteristik. Myšlení, jako součást kognitivních funkcí, jsme však ve výrocih našli spíše okrajově** a v konečném zpracování jsme výroky týkající se *přemýšlivé hudby* zařadili spíše do oblasti *koncentrace pozornosti*, kterou jsme přisoudili do kategorie *chování*. Z našeho výzkumu tedy vyplývá, že oblast myšlení a kognitivních funkcí obecně není pro metodu improvizace při technice vystupování zásadní. Je však pravděpodobné, že při jiných improvizacních technikách nebo jiných muzikoterapeutických metodách se kognitivní funkce v hudebním obsahu projeví transparentněji.

Náš výzkum přináší zcela nové zjištění, které však můžeme prezentovat pouze na základě analýzy dat vztahujících se k hudbě čtyř posuzovaných dětí. Ve dvou případech jsme totiž vyslovili hypotézu, že by u nich mohl být přítomný hudební talent (viz kapitolu 3. 2. 2). **Talent jsme vyvodili z rovnoměrného zastoupení všech charakteristik kompozičních** (viz kapitolu 3. 2. 1). Konkrétně šlo o hudební parametry v oblasti: instrumentace, tempa, rytmu, melodiky, harmonie, formy a žánru. Vzhledem k tomu, že jde o data získaná pouze na podkladě hudby dvou dětí, bylo by velice žádoucí zopakovat tento výzkum na větším počtu dětí. Opět se dostáváme k otázce následného výzkumu. Nástinem možného směřování následných výzkumných projektů se budeme zabývat v závěru tohoto textu.

## ZÁVĚR

V předkládaném textu jsme se pokusili přispět k tématu využití muzikoterapie ve speciální pedagogice v novém kontextu. Zaměřili jsme se na hudební obsah produkované hudby dětí se zdravotním postižením z pohledu analogie, projekce a komunikace. Snažili jsme se poukázat na skutečnost, že hudba má kromě umělecko-estetického rozměru i rozměr terapeutický. Ten spatřujeme v možnosti využití hudebně terapeutických intervencí ve vztahu k muzikoterapeutickému cíli. Tímto cílem může být i rozvoj hudební komunikace, zpřístupnění nevědomého materiálu prostřednictvím hudební projekce. Ve vztahu k analogii i pochopení určitých patologických vzorců chování a jejich nahrazení žádoucími. K těmto cílům vždy přispívá hudba jako jedinečné nonverbální médium. Hudba hraná klientem nám o hrajícím poskytuje celou řadu informací. Tyto informace jsme se pokusili zachytit a popsat v empirickém výzkumu.

Nesnažili jsme se přinést objektivní „dogma“, ale ověřit na malém vzorku dětí do co největších detailů naše hypotézy. Podobně je tomu v muzikoterapeutickém procesu, kde cílem není objektivní poznání, ale subjektivní přiblížení ke světu klienta do co možná největší hloubky, abychom tento svět pochopili a mohli nalézt cesty k jeho „nápravě“, „podpoře“ nebo „rozvoji“. Z tohoto hlediska se naše úvahy přibližují k filosofické gnoseologii radikálního konstruktivismu.

Zároveň náš výzkum přinesl celou řadu výsledků, které vnímáme inspirování kritickým realismem jako nové hypotézy, které je potřeba výzkumně dále rozvíjet. Jako první krok navrhujeme ověření výsledků našeho výzkumu na větší skupině dětských klientů stejného věku s podobnými typy diagnóz. Je možné, že se naše hypotetická zjištění novým výzkumem potvrdí nebo budou vystavěna falsifikaci.

Z našeho pohledu je předkládaná empirická studie pilotním projektem, který přispívá k pochopení diagnostického a intervenčního potenciálu hudebního obsahu dětí se zdravotním postižením při metodě muzikoterapeutické improvizace, technice vystupování. Tato studie ukazuje, že máme-li v hudebním obsahu rozpoznat důležité aspekty terapeutické změny, musíme nejdříve danému hudebnímu obsahu porozumět. Výsledky výzkumu ukazují, jakých parametrů si máme všimnout ve vztahu k psychologickým a hudebním charakteristikám. Jestliže je nám hudba hraná dítětem srozumitelná, můžeme postihnout její vývoj a nalézt souvislosti mezi intrapsychickými

a extrapsychickými změnami. Tímto tvrzením se dostáváme k nové perspektivě, jakým směrem by se mohl ubírat následný výzkum.

V našich zjištěních nalézáme prostřednictvím hudebního obsahu konkrétní muzikoterapeutické intervence, pokud bychom je v praxi využili, vyvstávají před námi nové otázky: Zda budou tyto intervence účinné a zda se jejich průběh zobrazí v hudebním médiu? K tomuto aspektu je však nutné pochopit vývoj hudebního obsahu v čase.

Následný výzkum zaměřený na perspektivu času by se mohl odvíjet na základě nových otázek: Jakým způsobem se hudba dítěte proměňuje v čase? Jakým způsobem lze zachytit v hudebním obsahu důležité terapeutické změny v rámci určitého časového úseku? V jakých hudebních charakteristikách budou tyto změny zřejmé?

Nový výzkum by mohl také sledovat proměnu hudby nejen mezi jednotlivými muzikoterapeutickými sezeními, ale i v rámci jednoho muzikoterapeutického sezení (např. sledování hudby dítěte během jedné hudební zkušenosti, která by zahrnovala samostatnou hru dítěte - vstupní data; intervenci muzikoterapeuta - data změny; a opět samostatnou hru dítěte - výstupní data).

V naší empirické studii jsme nahrávali hudbu dětí se zdravotním postižením až při pátém sezení. Další výzkum by mohl nalézt nejvhodnější pořadí muzikoterapeutického sezení pro získání informací z hudby (např. zda je pro náběr hudby ve vztahu k hudební výpovědi vhodnější třetí, čtvrté, páté či jiné sezení). Mohli bychom se také zaměřit na skutečnost, že první sezení je zcela odlišné od dalších. Projeví se první setkání dítěte s muzikoterapeutem v hudebním obsahu? A pokud ano, jakým způsobem? Naše hypotéza zní, že první setkání neposkytne důležité informace z hlediska hudební projekce a analogie. Z hlediska komunikace se domníváme, že první setkání v hudebním médiu bude spíše reflektovat tuto prvotní zkušenost dítěte s muzikoterapií (např. důraz na hraní/nehraní, experimentování apod.).

Naše empirická studie se týkala dětí ve věku pěti let. Následný výzkum by se mohl pokusit nalézt spodní věkovou hranici, při níž jsou jednotlivé hudební a psychologické charakteristiky zjištělné. Jinými slovy, od jakého věku dítěte je možné v hudebním obsahu nalézat důležité informace z hlediska muzikoterapeutické diagnostiky, nástrojů muzikoterapeutické intervence a talentu.

Sekundárním efektem naší empirické studie bylo nalezení hudebních parametrů, které nás vedly k hypotéze, že je u dítěte přítomný hudební talent. Tuto skutečnost

by mohl zohlednit případný další výzkum a to nejen u dětí se zdravotním postižením, ale i u běžné populace.

V našem výzkumu se také ukázalo, že jsou velice málo nebo nejsou vůbec zastoupeny výroky vztahující se ke kognitivním aspektům. Následný výzkum by mohl toto zjištění dále ověřit a navíc by mohl najít muzikoterapeutické metody, v nichž se dostávají výroky související s kognitivními funkcemi do popředí (např. interpretace, kompozice). A konečně následný výzkum by kromě kognitivních aspektů mohl ověřit i další naše zjištění u dětí téhož věku avšak s jinými diagnózami.

Jak se v naší práci ukazuje, hudba je doposud v rámci muzikoterapie ne zcela pochopená a probádaná. Má mnoho podob a zákoutí. Obsahuje skrytá poselství a provází nás celým svým životem. Stává se součástí naší osobní historie a součástí nás samých. Skrze hudbu můžeme promlouvat a hudba může promlouvat k nám. Skrze hudbu můžeme léčit sebe samotné i okolní svět.

Jak uvádí britský neurolog Oliver Sacks (2008):  
*„Hudba je nejúčinnější nechemickou medicínou“.*

## SEZNAM SCHÉMAT A TABULEK

### SCHÉMATA:

Schéma č. 1	Postup vědeckého vývoje podle C. R. Poppera.....	18
Schéma č. 2	Základní elementy muzikoterapeutického procesu.....	28
Schéma č. 3	Filosofické, psychologické a muzikoterapeutické koncepce určující pro formování Morfologické muzikoterapie.....	45
Schéma č. 4	Schéma analogického procesu podle H. Smeijsterse.....	58
Schéma č. 5	Schéma terapeutické změny podle modelu Geneape.....	60
Schéma č. 6	Osa metodického postupu modelu MTMP Z. Vilímka.....	81
Schéma č. 7	Schéma hudební komunikace.....	104
Schéma č. 8	Schéma zdrojů vedoucích ke změně hudebního obsahu při aktivní improvizaci.....	120
Schéma č. 9	Schéma hudebních a psychologických charakteristik.....	135
Schéma č. 10	Schéma charakteristik kompozičních.....	136
Schéma č. 11	Schéma charakteristik interpretačních.....	137
Schéma č. 12	Schéma kategorií a podkategorií výroků vztahujících se k emocím...138	
Schéma č. 13	Schéma kategorií a podkategorií výroků vztahujících se k chování...139	
Schéma č. 14	Schéma propojení psychologických kategorií (emoce, chování) s kategoriemi hudebními (interpretační, kompoziční).....	141
Schéma č. 15	Schéma provázanosti kategorií do komunikačním modu.....	142

### TABULKY:

Tabulka č. 1	Přehled počtu respondentů podle pohlaví a dosaženého vzdělání.....	133
Tabulka č. 2	Přehled počtu respondentů podle věku a zkušenosti s muzikoterapií..134	
Tabulka č. 3	Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výrokům respondentů u chlapce M5/1.....	144

Tabulka č. 4	Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/1.....	144
Tabulka č. 5	Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/1.....	145
Tabulka č. 6	Souhrn kategorie chování ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/1.....	146
Tabulka č. 7	Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výroky respondentů u dívky F5/2.....	148
Tabulka č. 8	Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroky respondentů u dívky F5/2.....	149
Tabulka č. 9	Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u dívky F5/2.....	150
Tabulka č. 10	Souhrn kategorie chování ve vztahu k výroky respondentů u dívky F5/2.....	151
Tabulka č. 11	Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/3.....	152
Tabulka č. 12	Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/3.....	153
Tabulka č. 13	Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/3.....	154
Tabulka č. 14	Souhrn kategorie chování ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/3.....	155
Tabulka č. 15	Souhrn charakteristik kompozičních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.....	156
Tabulka č. 16	Souhrn charakteristik interpretačních ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.....	157
Tabulka č. 17	Souhrn kategorie emoce ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.....	158
Tabulka č. 18	Souhrn kategorie chování ve vztahu k výroky respondentů u chlapce M5/4.....	159



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALVIN, J. (1978): *Music Therapy for the Autistic Child*. London: Oxford University Press.
- ALTMAN, Z. (2002): *Test stromu*. Praha: Pedagogicko psychologická poradna pro Prahu 4.
- APPELI (1942). In: NAKONEČNÝ, M. (1998): *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- BACHMAN, M. L. (1991): *Dalcroze Today: An Education through and into Music*. New York: Oxford University Press.
- BATESON, G. (1979): *Mind and Nature (A Necessary Unity)*. New York: Bantam Books.
- BIRKENSHAW FLEMING, L. (1993): *Music for All: Teaching Music to People with Special Needs*. Toronto: Gordon V. Thompson.
- BALLACHEY, E. L. (1962): *Individual in Society*. New York: Mc Graw Hill.
- BENENSON, R. (1971). In: MÜLLER, O. a kol.: *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada. 2014.
- BOXILL, E. H. (1989): *Music Therapy for Living: The Principle of Normalization Embodied in Music Therapy*. St. Louis: MMB Music.
- BOWLBY, J. (1999): *Attachment. Attachment and Loss (vol. 1)*. New York: Basic Books.
- BRUSCIA, K. E. (1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- BRUSCIA, K. E. (1998): *Definig Music Therapy*. Barcelona: Pathway Book Service.
- BUNT, L. (1994): *Music Therapy – An Art Beyond Words*. New York: Brunner-Routledge.
- CROWE, B. (1991): *Music – the Ultimate Physician*. In: D. CAMPBELL (Ed.). *Music: Physician for Times to Come*. s. 111-120. Wheaton: Quest Book.
- DAMBORSKÁ, M. (1963): *Citový život a vývoj řeči u kojenců v kolektivních zařízeních*. Praha: SZN.
- DAMBORSKÁ, M. (1967): *Vývoj a výchova kojence v ústavním prostředí*. Praha: SZN.

- DAVIS W. B.; GEFELLER, K. E.; THAUT, E. (1992): *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.
- DE VITO, J. A. (2008): *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada.
- DOSTAL J. (2011): *Předmluva*. In Goethe, J. W.: *Smyslově morální účinek barev*. Hranice: Fabula.
- DRÁBEK, V. (2004): *Stručný průvodce hudební psychologií*. Praha: Karolinum.
- ERKKILÄ, J. (1997): *From the Unconscious to the Conscious. Musical Improvisation and Drawings as Tools in the Music Therapy for Children*. Nordic Journal of Music Therapy, 6 (2). s. 112-120.
- FELBER, R.; REINHOLD, S.; STUCKERT, A. (2010): *Muzikoterapie – terapie zpěvem*. Hranice: Fabula.
- FIALA, J (1993): *Biologické základy poznání*. Sciphi. No. 1. s. 35 – 55.
- FONAGY, P.; TARGET, M. (2005): *Psychoanalytické teorie - perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- FRANĚK, M. (2007): *Hudební psychologie*. Praha: Karolinum.
- FREUD, S. (1924): *Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920 – 1924*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. 1998.
- FREUD, S. (1933): *Spisy z let 1932 – 1939*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. 1998.
- GARDNER, H. (1999): *Dimenze myšlení*. Praha: Portál.
- GERLICOVÁ, M. (2014): *Muzikoterapie v praxi*. Praha: Grada.
- GOETHE, J. W. (1790): *The Metamorphosis of Plants Goethe*. Gordon L. Miller introduction and photography. USA: Mit Press. Ltd. 2009.
- GRANT R. E. (1989): *Music Therapy Guidelines for Developmentally Disabled Children*. Music Therapy Perspectives. No. 6. s. 18. – 22.
- GROCHALOVÁ, K. (2009). In: KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WBER, J. a kol. (2009): *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.
- GRUNEVOLD (1962). In: NAKONEČNÝ, M. (1998): *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- HANSER, S. B. (1987): *Music Therapist's Handbook*. St. Louis: Warren H. Green.
- HARTL, P. (2000): *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

- HOLZBACHOVÁ, I. (2003). *Příspěvky k otázkám filozofie vědy*. Brno: Masarykova univerzita. s. 42-68.
- HOSKINS, C. (1988): *Use of Music to Increase Verbal Response and Improve Expressive Language Abilities of Preschool Language Delayed Children*. Journal of Music Therapy. No. 25 (2). s. 73. – 84.
- CHERRY, C. (1966): *On Human Communication*. Massachusetts: MIT Press Cambridge.
- CHVÁLA, V.; TRAPKOVÁ, L. (2009): *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- JUSLIN P. N. (2001). In: FRANĚK, M. (2007): *Hudební psychologie*. Praha: Karolinum.
- JUSLIN P. N.; SLOBODA J. A. Eds. (2010): *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*. Oxford: Oxford University Press.
- KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WBER, J. a kol. (2009): *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.
- KANTOR, J. (2013): *Muzikoterapie u osob s poruchou autistického spektra*. Arteterapie. No. 16. s. 72. – 75. Praha: ČAA.
- KANTOR, J. (2014): *Muzikoterapie ve speciální pedagogice*, In: MÜLLER, O. a kol.: *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada.
- KERN, P. (2004). In: KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WBER, J. a kol. (2009): *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.
- KERSTEN, F. (1981): *Music as Therapy for the Visually Impaired*. Music Educators Journal. No. 67, s. 63 – 65. New York.
- KOBRLE, L.; LUCKÁ, Y. (2005): *Rozhovory o Pesso Boyden psychomotorické terapii*. Praha: Informatorium.
- KOGAN; ROGOVIN (1964). In: NAKONEČNÝ, M. (1998): *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- KOPŘIVA, K. (1997): *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- KOUCUN, J. (2011): *Muzikoterapie jakožto podpora studenta s Downovým syndromem*. Praha: Pedagogická fakulta UK.
- KRATOCHVÍL, S. (1978): *Skupinová psychoterapie neuros*. Praha: Avicenum.
- KRATOCHVÍL, S. (2001): *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- KRČEK, J. (2008): *Musica Humana*. Hranice: Fabula.

- KUNKEL, S. (2009): *Schizophrenie und Musiktherapie in der Psychiatrie*. s. 428 – 474. In: DECKER WOGIT; H. H., WEYMAN, E.: *Lexikon Musiktherapie*. Göttingen: Hoegrefe Verlag.
- LAING R. D. (1976): In: *Zpráva Výzkumného ústavu psychiatrického*. No. 30. s 125.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. (1998): *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- LEACH, P. (1988): *A New Baby and Child*. London: A Dorling Kindersley Ltd.
- LECHTA, V. (1990): *Logopedické repetitórium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství.
- LINKA, A. (1997): *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria.
- LIPSKÝ, M. (2002): *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*. Speciální pedagogika. No. 3. s. 170 – 176.
- LIPSKÝ, M. (2005): *Muzikoterapie se zaměřením nejen na speciální pedagogiku*. Diplomová práce. Praha: Pedagogická fakulta UK.
- LIPSKÝ, M. (2006): *Muzikoterapie u dětí ve věku 18. – 24. měsíců*. In: *Jak pečovat o děťátko*. Praha: Praxis media.
- LIPSKÝ, M. (2008a): *Historický exkurz do tajů léčebného účinku zvuku a hudby*. Arteterapie. No. 16. s. 32. – 38. Praha: ČAA.
- LIPSKÝ, M. (2008b): *Podpůrná vývojová muzikoterapie u dětí od tří měsíců do tří let*. Diplomová práce. Praha: Pedagogická fakulta UK.
- LIPSKÝ, M. (2011): *Podpůrná vývojová muzikoterapie*. Časopis Arteterapie. No 26. s. 114 – 119. Praha: ČAA.
- LIPSKÝ, M. (2012): *Cesta za princeznou aneb využití příběhu při psychoterapii dětí v rámci muzikoterapeutických a dalších expresivně-terapeutických přístupů*. Časopis Arteterapie. No 30. s. 196. – 201. Praha: ČAA.
- LIPSKÝ, M. (2013): *Podpůrná vývojová muzikoterapie – Supportive developmental music therapy - SDMT*. Časopis Arteterapie. No 31. s. 85. -89. Praha: ČAA.
- MAHLER, M. S. (1975): *The Psychological Birth of the Human Infant*. Symbiosis and Individuation. New York: Basic Book.
- MACHÁČKOVÁ, I. (2007): *Elektronické orientační pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb osob se zrakovým postižením*. Speciální pedagogika. No. 4. s. 221 – 232. Praha.
- MASATAKA (1999). In: FRANĚK, M. (2007): *Hudební psychologie*. Praha: Karolinum.

- MASTNAK, W. (2014): *Muzikoterapie v psychoterapii, psychiatrii a dalších oblastech medicíny*, In: MÜLLER, O. a kol.: *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada.
- MATĚJČEK, Z. (1994): *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál.
- MÁTEJOVÁ, Z.; MAŠURA, S. (1992): *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: SPN.
- MIHULE, J.; KOVAŘÍK, V. (1989): *Hudební výchova 2 – hudba a její svět*. Praha: SPN.
- MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. WHO. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 1992.
- MONTI, R (1985): *Music Therapy in a Therapeutic Nursery*. Journal of Music Therapy. No. 5 (1). s. 22 - 27.
- MOOG, H. (1987): *Playing Instruments with the Blind and Severely Visually handicaped*. In PRAT, R. R.: *The Fourth International Symposium on Music: Rehabilitation and Human Well-Being*. s. 151 – 156. New York: University Press of America.
- MORENO, J. J. (2005): *Rozehrát svou vnitřní hudbu*. Praha: Portál.
- NAKONEČNÝ, M. (1998): *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- NAKONEČNÝ, M. (2003): *Úvod do psychologie*. Praha: Academia.
- NEUBAUER, Z. (1991): *Pluralita světa a jednota vědění*. In: ČTS. No. 03.
- NORDOFF, P.; ROBBINS, C. (1980): *Creative Music Therapy*. New York: Nordoff-Robbins Center for Music Therapy.
- PAVLICEVIC, M. (1990): *Dynamic Interplay in Clinical Improvisation*. Journal of British Music Therapy. No 4, s. 5-9.
- PEJŘIMOVSKÁ, J. (2007b): *Stres nezám a agrese v muzikoterapii dětí*. Časopis Arteterapie. No. 15. Praha: ČAA.
- PECK, S. M. (1993): *Furher Along the Road Less Traveled*. New York: Simon and Schuster Publishing.
- PETERS, J., S. (2000): *Music Therapy an Introduction*. USA: Charles C. Thomas Publisher, LTD.
- PIAGET, J. (1961): *Psychologie inteligence*. Praha: SPN.
- PIAGET, J.; INHELDER, B. (1997): *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. (1998): *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.

- PLAŇAVA, I. (2005): *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: Grada.
- POKORNÁ, P. (1982): *Úvod do muzikoterapie*. Praha: SPN.
- PROCHÁZKA, T. (1996): *Celostní přístup v muzikoterapii*. Diplomová práce. Praha: Pedagogická fakulta UK.
- POPPER, C. R. (1972, 1976). In: STÖRIG, H. J. (1993): *Malé dějiny filozofie*. Praha: Zvon.
- POPPER, C. R. (1985). In: HOLZBACHOVÁ, I. (2003). *Příspěvky k otázkám filozofie vědy*. BRNO: Masarykova univerzita. s. 42-68.
- PROCHÁZKA, T. (2009). In: KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WBER, J. a kol. (2009): *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.
- RAPAPORT (1942). In: NAKONEČNÝ, M. (1998): *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- REYNOLDS (1982). In: PETERS, J., S. (2000): *Music Therapy an Introduction*. USA: Charles C. Thomas Publisher, LTD.
- ROBBINS, C.; ROBBINS, C. (1980): *Music for the Hearing Impaired and Other Special Groups: A Resource Manual and Curriculum Guide*. Sant Louis: Magnammusic-Baton.
- ROŠKAŇUK, M. (2014): *Specifika žáka s Aspergerovým syndromem během integrace v základní škole*. Závěrečná práce. Praha: Národní institut pro další vzdělávání.
- ŘÍČAN, P. (1990): *Cesta životem*. Praha: Panorama.
- SACKS, O. (2008): *Musicophilia*. New York: Vintage Books.
- SAPERSTON, B. M. (1989): *Music-Based Individualized Relaxation Training (MBIR): A Stress Reduction Approach for the Behaviorally Disturbed Mentally Retarded*. Music Therapy Perspectives. No. 6, s. 26 – 33.
- SATIROVÁ, V. (2004): *Kniha o rodině*. Praha: Nakladatelství Práh.
- SEDLÁK, F. (1990): *Základy hudební psychologie*. Praha: SPN.
- SEDLÁK, F.; VÁŇOVÁ, H. (2013): *Hudební psychologie pro učitele*. Praha: Karolinum.
- SEKELES, C. (1989): *Sound and Music in the Treatment of Hypotonic Down's Syndrome Children*. In Pratt, R. R., Moog, H.: *First Research Seminar of the ISME Commission on Music Therapy and Music in Special Education*. s. 22-38. St. Louis: MMB Music.

- SHOEMARK, H. (1991): *The Use of Piano Improvisation in Developing Interaction and Participation in a Blind Boy with Behavioral Disturbances*. In BRUSCIA, K. E. ed.: *Case Studies in Music Therapy*. s. 29. – 38., Phoenixville, PA: Barcelona Publisher.
- SCHLIPPE, A.; SCHWEITSER, J. (2001): *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.
- SCHWABE, CH. (1983): *Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten*. Leipzig: Veb Georg Thime.
- SLAK (1973). In: LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. (1998): *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- SLAVÍK, J.; CHRZ, V.; ŠTECH, S. A KOL (2014): *Tvorba jako způsob poznání*. Praha: Karolinum.
- SMEIJSTERS, H. (1999). In: ZELEIOVÁ, J. (2007): *Muzikoterapie*. Praha: Portál.
- SMEIJSTERS, H. (2005): *Sounding the Self: Analogy in Improvisational Music Therapy*. USA: Barcelona Publisher.
- SPENCER, S. L. (1988): *The Efficiency of Instrumental and Movement Activities in Developing Mentally Retarded Adolescent's Ability to Follow Directions*. Journal of Music Therapy. No. 25 (1). s. 44 – 50.
- SPITZ, R (1959): *A Genetic Field Theory of Ego Formation*. New York: International Universities Press.
- STAUM, M. J. (1989): *Music as Motivation for Language Learning*. In: PRATT, R. R., MOOG, H.: *First Research Seminar of the ISME Commission on Music Therapy and Music in Special Education*. St. Louis: MMB Music.
- STERN (1977). In: LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. (1998): *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- STÖRIG, H. J. (1993): *Malé dějiny filozofie*. Praha: Zvon.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. (1998): *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál.
- ŠMAUSOVÁ, G. (1998): *Autopoietická teorie poznání Humberta Maturany a Franciska Varely*. In: Fajkus, B., Polák, J., Šmausová, G.: *Brněnské přednášky*. Brno: Masarykova univerzita. s. 21-34.
- ŠULOVÁ, L. (2004): *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- VALENTA, M.; MÜLLER, O. (2003): *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta.
- VALENTA, M. a kol. (2003): *Školská integrace žáků se zdravotním postižením*. Praha: Portál.

VARELA, F.; MATURANA, H. (1987): *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*. Boston: Shambhala Press.

VAVRDA, V. (2005): *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

VILÍMEK, Z. (2006): *Možnosti a využití muzikoterapie u lidí s mentálním postižením*. Diplomová práce. Olomouc: Katedra speciální pedagogiky Univerzity Palackého.

VILÍMEK, Z. (2010): *Mentální a kombinovaná postižení z pohledu metodiky Hudba těla*. Speciální pedagogika. No. 3. s. 235 – 255.

VÝROST J.; SLAMĚNÍK, I. a kol. (1998): *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál.

WEBER, J. (2009). In: KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. (2009): *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.

WEYMANN, E. (2000). *Indications of the New: Improvisation as a Means of Inquiry and as an Object of Research*. Nordic Journal of Music Therapy. No. 9, s. 55–66.

WEYMANN, E.; TÜPKER, R. (2004): *Morphological Research*. In: Wheeler B.: *Music Therapy Research*, 2nd edition.

WEYMANN, E. (2011): *Morphological Music Therapy*. WFTMT Congress. Seoul: Paper presentations.

WIGRAM, T.; GOLD, C. (2008). *Music Therapy in the Assessment and Treatment of Autistic Spectrum Disorder: Clinical Application and Research Evidence*. Child care, health and development, No. 32/5, s. 535-542. Retrieved February

WINNICOTT, D. W. (1971): *Playng and reality*. New York: Basic Books.

ZELEIOVÁ, J. (2002): *Muzikoterapie – dialóg s chvením*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV.

ZELEIOVÁ, J. (2007): *Muzikoterapie*. Praha: Protál.

ZELEIOVÁ, J.; PEJŘIMOVSKÁ, J. (2011): *Dynamické aspekty muzikoterapie*. Trnava: Trnavská univerzita.

ZINAR, R. (1987): *Music Activities for Special Children*. New York: Parker Publishing.

#### **Internetové odkazy:**

BRONIŠ, P. (2009): *Návrat koncovky*. Online. Dostupné na: <http://www.navrakoncovky.cz>.



CZMTA – Muzikoterapeutická asociace České republiky (2014). *Definice muzikoterapie*. Online. Dostupné na: <http://www.musictherapy.cz>.

CHVÁLA, V. (1993): *Radikální konstruktivismus a klinická praxe*. Online. Dostupné na: <http://www.lirtaps.cz/publikace/radikons.htm>.

JURA, J. (2009): *Radikální konstruktivismus a psychoterapie*. Online. Dostupné na: <http://www.psychoterapie-jura.cz/>.

MASTNAK, W.(2012): *Rozhovor s Wolfgangem Mastnakem a Matějem Lipským na Radiu Česko. Meeting Point*. Online. Dostupné na: <http://prehovac.rozhlas.cz/audio/2625556>.

PEJŘIMOVSKÁ, J. (2010): *Rozhovor s Jitkou Pejřimovskou*. Online. Dostupné na: <http://www.muzikoterapie.cz>.

PEJŘIMOVSKÁ, J. (2012): *Rozhovor na Radiu Wave v pořadu Diagnosa F*. <http://www.rozhlas.cz/radiowave>.

ROŠKAŇUK, M. (2012): *Krise aneb co se děje v autistovi, když se začne „přehřívát“*. Online. Dostupné na: <http://www.adventor.org>.

TÜPKER, R. (2004): *Morphological Music Therapy*. Online. Dostupné na: [http://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/musikpaedagogik/musiktherapie/pdf-dateien/t\\_\\_pker\\_morphological\\_music\\_therapy](http://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/musikpaedagogik/musiktherapie/pdf-dateien/t__pker_morphological_music_therapy)

WFMT - World Federation of Music Therapy. (2011, 1996): *Homepage: Definition of Music Therapy*. Online. Dostupné na: <http://www.musictherapyworld.net/index.html>.  
*Překlad Jiří Kantor*

### **Přednášky a konzultace:**

GOLDMAN, P. (2003): *Psychodiagnostické metody*. Přednášky pro studenty PedF. UK obor psychologie-speciální pedagogika. Praha.

KANTOR, J. (2007): *Konzultace a seminář v rámci CŽV – Edukační muzikoterapie*. Tloskov u Neveklova.

MASTNAK, W.(2010): *Konzultace a seminář v rámci CŽV – Edukační muzikoterapie*. Tloskov u Neveklova.

PEJŘIMOVSKÁ, J. (2007a): *Konzultace a seminář v rámci CŽV – Edukační muzikoterapie*. Tloskov u Neveklova.

PROCHÁZKA, T. (2013): *Workshop pro O.Z. Artea*. Bratislava.

ROBBINS, C. (2008): *Creative Music Therapy*. Příspěvek na konferenci „Experience with Music“. Praha.

ROŠKAŇUK, M. (2013): *Přednáška na téma autismus*. CSS Tloskov. Neveklov

ŠIMANOVSKÝ, Z. (2010): *Workshop systemické muzikoterapie* na konferenci Space for Art Therapies 18. -19. 6. 2010. Praha: DAMU

TEBAR, L. (2005): *Inclusive and Cognitive Education* (1. – 2. 11. 2005). Mezinárodní konference. Pedagogická fakulta UK. Praha.

WEBER, J. (2007): *Konzultace a seminář v rámci CŽV – Edukační muzikoterapie*. Tloskov u Neveklova.

## **PŘÍLOHY**

*Přílohy jsou vedeny samostatně mimo vazbu disertační práce. Rovněž jsou součástí přiloženého CD s ukázkami hudby hry dětí se zdravotním postižením.*

### **Seznam příloh:**

- Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 1
  
- Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 2
  
- Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 3
  
- Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 4
  
- Informační tabulka o respondentech – příloha č. 5
  
- Analýza dat – příloha č. 6
  - 6.1 – analýza dat M5/1*
  - 6.2 – analýza dat F5/2*
  - 6.3 – analýza dat M5/3*
  - 6.4 – analýza dat M5/4*
  
- Hudební CD

## SEZNAM PŘÍLOH:

1	VÝPOVĚDI RESPONDENTŮ K HUDEBNÍ UKÁZCE Č. 1.....	189
2	VÝPOVĚDI RESPONDENTŮ K HUDEBNÍ UKÁZCE Č. 2.....	201
3	VÝPOVĚDI RESPONDENTŮ K HUDEBNÍ UKÁZCE Č. 3.....	207
4	VÝPOVĚDI RESPONDENTŮ K HUDEBNÍ UKÁZCE Č. 4.....	215
5	INFORMAČNÍ TABULKA O RESPONDENTECH.....	224
6	ANALÝZA DAT .....	228
6.1	Analýza dat M5/1 .....	228
6.2	Analýza dat F5/2 .....	241
6.3	Analýza dat M5/3 .....	246
6.4	Analýza dat M5/4 .....	253
7	EXTERNÍ PŘÍLOHA AUDIO CD .....	261

## 5 Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 1

M5/1: hudba pětiletého chlapce s Aspergerovým syndromem, ADHD syndromem a Neurofibromatosis von Recklinghausen typ 1.

Respondent	výroky k hudbě M5/1
1F	agresivní
2F	agresivita
	snaha o melodii
	bušení
	vysoké tóny opakující se
	energie
3M	napětí
	ventil
4F	nevybitá energie
	bez fantazie
5M	agrese
	vztek
6F	ventil
	agrese
	mlátit do toho
	zlobí se
7F	energická katarze
	staccato
	síla
	až agrese
8F	rozzlobeně na sebe upoutat pozornost
9M	vztek
	agresivita
	rozhořčeně
10F	agresivně
11F	agresivně
12F	radost
	rytmická
	"upovídánost"
13F	rychlá
14F	agrese
	hyperaktivita
15F	já mu to nandám
	já mu ukážu

16F	volání
	monotónnost
	naléhavost
17M	naštvanost
18F	záliba ve vysokých tónech (cinkání)
19F	nucení
	agrese
	nátlak
20F	temperament
	oheň
	hra jako na buben
21F	jízda
	agrese
22F	důraz
	akcenty
	zdůrazněná
23F	agresivní
	zbavující tenze
	soustředěná
24F	naléhavost
25F	důrazná
	všimněte si mě někdo
26F	agresivní
	útočná
	bojovná
27F	staccato
	ptačí zpěv
	monotónnost
	stejná linie
	ostrost
28F	dynamická
	děšť
	skákání
29F	ostrá
	rigidní
	s tenzí
	nepříjemná
	intenzivní
30M	hodně energická
	výbušná
31F	kvičivé
	opakující se
	agresivní

	neuspořádané
32F	napětí
	vnitřní neklid (pnutí)
33F	horor
	vraždění
	dynamika
	dramatická
	vřískavá
34F	veselá
	vraždí
35F	dramatická
	časem monotónní
	jedna melodie
	výkyv, začíná hluboké tóny postupně přechod na vysoké tóny
36F	radost
37F	stupňující se beznaděj
38F	rytmická
	vysoko
39F	zoufalství
40F	jemně agresivní
41F	ptáček
42F	rychlá
	vysoké tóny
	dlouhé vyžívání na jednom tónu
43M	monotónní
	bez emocí
44F	bouchající kladívko
	padající ze schodů
45M	zlost
	agrese
46F	divoká
	agresivní
47F	monotónní
	moc rychlá
48F	dynamická
	svéhlavá
	mám rád vysoké tóny
49F	rytmická
	energická
	od nižších tónů k vyšším
50F	energická
	konstantní
	intenzivní

	stejná
	nátlak
51F	veselá
	dynamická
52M	důrazná
	monotónní
53F	stejnorodost
	silná
	agresivní
54F	násilí
	rozprostřená
	ukončená
55F	živá
	veselá
	výrazná
	stereotypní
56F	rytmicky pravidelná
	lehce úzkostná
	napjatá
	nahání mráz po zádech
57F	monotónní
	energická
	agresivní
58F	rytmicky stejná
	stejná dynamika
	soustředěná
	úzkostlivá
59M	intenzivní
	plná napětí
60F	působí agresivně
	pořád stejný rytmus
	jen zvuk, žádná melodie
	úzkost
61M	stereotypní
	těžkopádná
62F	jednoduchá
	opakující se
	nervózní
	energická
63F	hravá
	haštěřivá
	energická
64F	napjatá



	stupňující - vysoká
	intenzivita
65F	vysoké tóny, pomalu se zvyšující
	ostře a tvrdě
	energická až agresivní
66F	veselá
	hravá
	ptáček
	stejná
	opakující se
67M	napjatá
68F	časté opakování
	zvyšování tónu
	hodně energická
	silová
69F	naléhavá
	stupňující se
70M	agresivní
	energická
	neukotvená
71F	energická
72F	agrese
	zlost
73F	zlostná
	vybití agrese
	stejný rytmus
	třískání
	bez melodie
74F	ostrá
	razance
	štěbetavé pomlouvачné baby
75F	jen v nejvyšší poloze
	dynamické
	ostré
	trhá mi to uši
76F	hyperaktivní
	dynamická
	vybití energie
	agresivní
	komunikuje
77M	bušení jako do bubnu
78F	dynamická
	pokus rozbít se

	vnitřně se uvolnit
	opakované tóny
	nepříjemné na poslech
79F	plná tenze
80F	drží metrum
	vysoké polohy
	autoritativní
	pořád kolem jednoho tónu
81F	hlasitá
	rychlá
	ukřičená
	vysoce položená
82F	veselá
	dominantní
	hlasitá
83F	rozverná
84F	příliš hlučná
	nervní
	nátlaková
	obsesivní
85F	razance
	nutkavost
	výpověď
86F	agresivní
	rychlá
	monotónní
	intenzivní
	dynamická
87M	rytmické bušení
	vypovídání se
88F	radost
	uvolnění
	silová
	volání
89F	dynamická, ale jakoby hysterická
90F	má chuť skákat
	vyskočit co nejvýš
	možná něco bolestivého vykřičet
91F	agresivnější
	nepříjemná ve vysokých tónech
	monotónní
	ke konci pouze velmi nepříjemné výšky
	ukončení bouchnutím více tónů (facka, poslední slovo)

92F	agresivní
93F	ventil
	vybití
94F	temperament
	stále opakování
	vysoké tóny
	téměř beze smyslu
95F	neklid
	přílišné setrvání
	neznat hranice
96F	panická
	energická
	výrazná
97M	neklidná
	napětí
98F	monotónní
	velmi výrazné výšky
	chce upozornit na svou činnost, být slyšet
99F	podstatně monotónnější
	důležitý jasný rytmus
	jako metronom
100F	agresivní
	destruktivní
101M	agrese
	dynamická
102F	rytmická
103M	graduující
	agresivní
104F	zoufalá
	ztracená
	agresivní
	až místy zlá
	v napětí
105F	hravá
	tenze
	vnitřní tanec
106M	úzkostná
	agresivní
	hlasitá
107F	dlouho na jednom tónu
	koncentrace
	krátké údery
	naléhavost

	energičnost
	jasný závěr
108F	hraje u jednoho tónu
	bouchá do toho
	velký tlak
	nepříjemný zvuk
	dokončí tu hudbu
109F	radost z vysokých tónů
	precizní hra
	aby nebyla vynechána žádná klapka
	hravě
110F	struktura
	rytmické bušení
	síla
	dominantní
111F	staré vzpomínky
	volání o pomoc
	hledání kontaktu
112F	agresivnější podání
	rytmicky monotónní údery do kláves
	opakování
	setrvání na tónech
	naléhavost
113F	agresivní
114F	co vydržím?
	jdu do toho!
	nepříjemná
	ostrá
	naléhavost
	strukturovaná
115F	agrese
	vybíjení energie
116F	dynamika
	až agrese
	jednotvárná
	opakující se
	graduující
	naléhavá
117F	ulpívavost
	rytmus
	razance
	nemění hladinu
118F	razantní

	vysoké tóny
119F	repetitívni tóny
	opakování
	stejný rytmus
	spíše vysoké tóny
	rázná
120F	rytmická
	stereotypní
	ostrá
	silová
121F	silná
	agrese
	dominantní
	vysoké tóny
	neměnit zvuk
122F	naštvaná
	nejsilnější
	nejvyšší tóny
	co z toho dostane
123F	energie
	síla
	vybít se
	zloba
	rychlá
124F	rychlá
	postupy nahoru
	stejný rytmus
125M	ulpívavá
126F	rytmická
	hlasitá
	agresivní
127F	intenzivní
	protivná
128F	vztek
129F	ulpívání
	důrazná
	statická, jen drobné změny v tónech
	intenzita stejná
	rytmicky plodná
	stupnice
130F	dominantní
	energická
	pravidelně rytmická

131F	musí to jít ze mě ven a pořád a pořád
	jde ze mě vztek- ani nevím, kde se vzal
	dělá mi to dobře, uvolňuji se
132F	monotónní
	intenzivní
	tvrdá
133M	vztek
	agrese
134F	ujišťování
	fixování
135F	filmová muzika
	Philip Glass
	zaujetí
136F	bité dítě
137F	napětí
	vztek
	agrese
138F	napětí
	vztek
139F	jednotvárná
140F	uvolnění napětí
	vysoké tóny
	vnitřní bolest
141M	hyperaktivita
	temperament
142F	rázná
	energická
	hysterická
	agresivní
	stoupající
143F	křik o pomoc
	výzva
	bezmoc
	bezvýchodná situace
	křik o pozornost
144F	agresivní
	monotónní
145F	energická
	stereotypní
	úzkostná
146F	rychlost
	agrese
147F	vyšší tóny

	monotónní tlučení do klavíru
148F	úderná
	lehce agresivní
149F	agresivní
	vzpurná
150F	energická
	jakoby vykreslovala slovní kárání
	silná dynamika
151F	rázná
	ostrá
	hrubá
152M	dynamická
	až agresivní
153M	velmi efektní závěr
154F	dynamická
	agresivní
155F	agresivní
	stresová
156F	veselá
	výrazná
157M	neklidná
158M	agresivní
159M	živá
	veselá
	razantní
160F	upovídaná máma
161F	agresivní
	prosím já to chci
162M	radost
163F	agresivita
	křik
	naléhavost
164F	naléhavá
	až urputná
165F	sekaná
	prudká
	ostrá
	naléhavá
166M	agresivní
167F	intenzita
168F	direktivní
	ostrá
169F	kapající voda

170F	agresivní
171F	drží rytmus
172F	kování roztaveného železa
173F	energické
	vybití energie
174F	radostná
	rychlá
175F	jednotvárná
176M	naléhavá
177F	příliš energie
	napětí
178F	monotónní
179M	agresivní
	dynamická
180M	agresivní
	intenzivní



## 6 Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 2

F5/2: Hudba pětileté dívky s těžkou mentální retardací vlivem cytomegalovirálního onemocnění v prvním trimestru a s microcephalií

Respondent	výroky k hudbě F5/2
1F	svět objevů
	zvědavost
2F	tóny postupně
	chromatika
3M	virtuóz
4F	víc energie
	radost ze zvuku
5M	spokojenost
6F	radost
7F	požitek ze hry
8F	takhle se na to hraje
9M	radost
10F	podívej se, co umím
11F	vesele
12F	jemnost
13F	radost
14F	radost
	něžné
15F	hopy hop - radost
16F	stupňovitější
17M	radost
18F	prožitek z hraní
19F	spontánnost
	příjemná
20F	hravost
	veselost
21F	první cesta
22F	radostná
23F	spontánní
	radostná
24F	nadšení
25F	dynamická
26F	příjemná
	jistá

27F	píďalkovitá
28F	zmatená
29F	expresivní
	neuspořádaná
	nesouvislá
30M	radost
31F	jazz
	hravost
	radost
32F	melancholie
33F	vodník
34F	x
35F	melancholická
36F	x
37F	kutálející se klubíčko
	schody
	hopík
38F	dramaticky
	vodně
39F	radost
40F	precizní
41F	x
42F	zmatená
43M	živější s více tóny
44F	moderní
45M	melodičtější
46F	radost
47F	radostná
	tvořivá
48F	vitální
49F	pomalejší
	procítěná
50F	jemná
51F	dramatická
52M	x
53F	virtuózní
	umělecká
54F	hladící
	mazlivá
55F	radostná
	melodická
56F	plynulejší
	skoro i veselá

57F	snaha o harmonii
58F	uvolněná
59M	chaotická
	nekoordinovaná
60F	klidná
61M	chaotická
62F	disharmonická
63F	dramatická
	napínavá
64F	zmatená
65F	klidná
	hravá
	experimentující
66F	chaotická
	melancholická
67M	rozladěnost
68F	hravá
69F	pomalá
70M	veselá
71F	experimentující
72F	oranžová-černá
73F	dynamická
	živější
74F	x
75F	plynulejší
	veselost
76F	radostná
77M	radost
78F	živé
	radostná
79F	neklidná
80F	chaos
	zmatek
	radost
	vysoké-střední polohy
81F	hravá
82F	veselá
	kudrnatá
83F	veselá
84F	dramatická
	energická
85F	voda
	energická

86F	děšť
	kaluže
	bláto
87M	x
88F	objevuji
89F	x
90F	radost
	prožitek
91F	komunikace s nástrojem
	zvuk - prožitek
92F	x
93F	pečlivá
94F	zkušená
95F	radostná
96F	x
97M	radostná
98F	snaho vyjádřit formu spíš než obsah
99F	energická
	rozsah přes celou klávesnici
100F	prozkoumávání
101M	energická
102F	skoro profik
103M	klidná
104F	trochu hravá
	jemná
105F	exprese
106M	x
107F	vlnky
	hravá
108F	hraje několik tónů najednou, souzní spolu, dobře to zní
109F	užívá si tu hudbu
110F	x
111F	uvolněnost
112F	hravá
113F	hraje si
114F	hravá
	melodická
115F	radostná
	spokojená
116F	objevující
117F	x
118F	radost
119F	jakoby hraje

120F	plynoucí
	bohatá
121F	radost
	bohatá
122F	zkoumavá
123F	objevující
124F	melodická
125M	postupné tóny
126F	citlivá
127F	zkoumání
128F	vlny
129F	radostná
	uspokojení z vlastní šikovnosti
130F	krácející
131F	mám radost
	jsem spokojený
	vyjadřuje se
132F	ploutvičková
133M	radost
134F	lehkost
135F	brusle
136F	naplňuje mě tvoření
137F	hravá
	veselá
138F	radost
139F	plazivá
140F	plynoucí
141M	s prožitkem
142F	x
143F	virtuózní
144F	objevování nového
145F	dynamická
146F	dešťové kapky
147F	radostná
148M	veselá
	hudebnost
149F	x
150F	hraju sobě pro radost
151F	melodická
152M	rytmická
153M	x
154F	x
155F	dramatická

156F	hravá
157M	veselá
158M	rozpolcená
159M	muzikální
160F	do sklepa s mámou
161F	radost
162M	radost
163F	jistější
164F	vyjádření velkých emocí
165F	uvolněná
166M	ucelenější
167F	vlny
168F	zkoumající
169F	kolébání hus
170F	objev
171F	radostná
172F	veselá
173F	uvolněná
	jistější
174F	rychlá
	veselá
175F	x
176M	naléhavá
177F	baví se
178F	dynamická
179M	veselá
180M	radostná

## 7 Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 3

M5/3: Hudba pětiletého chlapce s hraniční pervazivní poruchou – atypický autismus

respondent	výroky k hudbě M5/3
1F	Princ zakletý ve své věži
2F	jeden tón
	smutně
	teskně
	méně energie - stagnace
3M	smutek
4F	ponurost
	zvědavost
	experiment
5M	bezmoc
	volání o pomoc
6F	samota
	zasnění se
	nejistota
7F	tichá
8F	rozvážnost
9M	smutek
	introverze
10F	začátek temně
11F	smutně
	zádumčivě
12F	nejistota
	strach
	sevření
13F	tóny
	citlivost
14F	bojí se
	ladný citlivý
15F	nevím jestli můžu, smím?
16F	nesoustředěnost
	neukončenost
17M	nerozhodnost
	nezajímavost
18F	strach
	bázlivost

	krátká soustředěnost
19F	hledající
20F	procit'ování not
	niternost
	vnímání
21F	impresionismus
	rozvláčnost
	tajemná zahrada
22F	unavená
	malá stagnace
23F	vážná
	zkoumající
24F	nesoustředěná
25F	zkoumání tónů
26F	neposedná
	nesoustředěná
	rozdělená
27F	loučení
	strach
	opatrnost
28F	hravá
29F	přelétavá
	opatrná
30M	dlouhé tóny
	souzvuky
31F	hluboká
	varhany
	baroko
32F	váhavá
33F	kosa-smrt
34F	depresivní
	s dramatickým úvodem
35F	hluboké tóny
	nejistota
	strach
36F	krátká pozornost
37F	upnutý špagátek
38F	minimalistická
	procitěná
39F	hledání sebe sama
40F	introvertní
41F	dlouze
42F	jednotvárná, přesto zaujatá pro jednotlivé tóny



43M	přemýšlivá
44F	rozvážná
	přemýšlející
45M	melancholická
	nesmělá
46F	procitěná
47F	zadumaná
	přemýšlivá
48F	brum, brum
	citlivý výběr tónů
49F	klidná
	pomalejší
50F	zajímavá
	roztržitá
51F	vážná
52M	citlivá
53F	nejasná
54F	hravá
55F	smutná
	pomalá
56F	náhodná
	nejednotná
	nesourodá
57F	pochmurná
	hluboká deprese
	dezorganizovaná
58F	roztěkaná
	smutná hra
59M	ponurá
60F	smutná hra
61M	smutná
62F	smutná
	nostalgická
63F	smutná
	depresivní
64F	vážná
65F	melancholická
	smutná
	klidná
	pomalá
66F	vážná
	smutná
	hluboké tóny

67M	smutná
68F	jemná
	dlouhé tóny
69F	úzkostná
	hluboká
	depresivní
70M	uzavřená
	smutná
71F	pomalá
72F	zádumčivá
	klidná
	lesní (ptáci, stromy, zvěř)
73F	tichá
	z depresivní do veselejší
74F	kontrabas
	méd'a
	nejistota
	smutek
	jemnost
	mláďátka
75F	hlubší tóny
	střední poloha zjevně nezaujala
	smutné
76F	spontánní
	upozornění na sebe
77M	něco vyjadřuje
78F	zpočátku nejistá
79F	hledá bezpečí
	nejistá
80F	opatrné
	hluboké polohy, potom střední
81F	unavená
	spíše smutná
82F	zkoumavá
83F	depresivní
84F	neklid
85F	temnější
	otázky
	spokojenější zřejmý závěr
86F	smutná
	líná
	tichá
87M	přemýšlivá

88F	bolest na duši
	tak to cítím já a co ty?
89F	nejistá
	nesoustředěná
90F	smutek
	ztracený chaos
	nepokoj
91F	chaotická
	smutná
92F	smutek
93F	smutná
	nesoustředěnost
94F	nesoustředěná
95F	nejistota
	nesoustředěnost
96F	nejistá
	chaotická
97M	nejistá
	nesoustředěnost
98F	nesoustředěnost
	hraje jako by nehrál/la
	hraje jako by nebyl/la ve svém těle
99F	jemná
	klidná
	hledající
100F	roztěkaná
	snaha splnit úkol, "stačí?"
101M	strach
102F	zvídavá
103M	nesmělá
	nesoustředěná
104F	introvertní
	smutná
105F	introverze
	poetika
106M	nesoustředěnost
	chaos
107F	nejspíš nižší koncentrace
	stísněnost
	neklid
	uzavření
108F	tóny souzní dohromady
109F	melancholie

110F	strach
111F	neharmonická
	stísněná
	úzkostná
112F	chaos
	stísněnost
	neklidná
	nesoustředěná
113F	neklidná
	cítím z ní vnitřní neklid
114F	smutek
115F	neklid
116F	bázlivá
	nejspíš rychle ztrácí zájem
117F	nesoustředěná
	lehce ulpívavá
	nejistota
	smutek
118F	zkoumavá
119F	znějí tóny blízko u sebe
	ve svém světě
	bázlivá
120F	neuspořádaná
121F	bojácná
	nesoustředěnost
	nesmělá
122F	opatrná
	smutná
	rozpačitá
	nejistá
123F	rychlé nasycení
124F	tišší
	nevyrovnaná
125M	smutek
	neklid
126F	neodvážná
	je ve svém světě
127F	melancholická
128F	nejistá
129F	jemná
	přechod do zkoumání zvuku
130F	nesmělá
	zkoumavá

131F	snaha o harmonii
	zoufalá
	chci něco sdělit, ale neumím žít ve svém světě
132F	úzkostná
133M	smutek
	deprese
134F	písnička
135F	procházka
136F	uzamčenost
	strach
137F	smutek
	ponurost
138F	smutek
	bezmocnost
139F	opatrná
140F	dIALOG S KLAVÍREM
141M	krátkodobá pozornost
	hra a ztráta zájmu
142F	jemné hraní
143F	nesoustředěná
144F	smutná
	melancholická
145F	tichá
146F	vývoj
147F	odbíhavá
148M	smutná
	pesimistická
149F	jemná
150F	rozzímavá
151F	jemná
	citlivá
	smutná
152M	vyhledávací
153M	pesimistická
154F	nesoustředěná
	obava
155F	uvolněná a pak upjatá
156F	melancholická
157M	procítěná
158M	melancholická
159M	procítěná
160F	temná nálada
161F	ponurá

	smutná
162M	melancholie
163F	hluboké tóny nejisté
	neposedné
	velké experimentování
164F	docela klidné s prvky naléhavosti
165F	klidná
166M	rozpačitá
167F	hravost
168F	objevující
	nejistá
169F	zasnění
170F	roztrhané
171F	strach
172F	strach
173F	klid
174F	z počátku strašidelná, pak zní tóny optimističtěji
175F	melancholická
176M	ostýchavá
177F	zmatená
	strach
178F	introvertní
	melancholická
179M	uzavřená
	smutná
180M	smutek
	nesoustředěná

## 8 Výpovědi respondentů k hudební ukázce č. 4

M5/4: Hudba pětiletého chlapce s těžkým kombinovaným postižením na genetickém podkladě s vícečetnou zrakovou vadou

Respondent	výroky k hudbě M5/4
1F	opatrnost především
2F	soustředěnost
	hledání melodie
	klidnější
	uvědomělejší melodie
3M	skladatel
4F	radost
	hudba je přemýšlivá
	má talent
5M	smutek
6F	melancholie
	smutek
7F	Pomalá melodická procházka
8F	soustředěná hudba
9M	muzikant
10F	monotónně
11F	rozvážně
12F	zasmušilost
	melancholie
	citlivost
13F	stupnice
14F	opatrná
15F	dobře promyšlené
16F	pouze tóny
	žádný souzvuk
	oddělené tóny od sebe
	křečovitost
17M	smutek
18F	jistota
	soustředěná hra
	hledání něčeho
19F	snaha o přesnou hru
20F	jistota
21F	ostrost

	jednoduchost
22F	precizní tóny
	snaha o dokonalost
	akademismus
23F	soustředěná
24F	soustředěné objevování
25F	soustředěná
26F	přesná
	má konkrétní cíl
	přemýšlivá
27F	posloupnost
	jednoduchost
28F	líná
29F	sofistikovaná
	s řádem
	explorativní
	hledající
30M	posloupná
31F	posloupnost
	pokusy
	kočka
	nahoru-dolů, nahoru - dolů
32F	pomalá
	smutná
33F	soustředěná
34F	experiment
	nahoru-dolů
35F	klidné
	vyrovnané
36F	pečlivost
37F	voda
	stíny
38F	pichlavě po tónech
39F	nerozumím vnějšímu světu
40F	učenlivá
41F	vytřukávaná melodie
42F	klasická
	přímá
	jednoduchá
	tvoří pestrou melodii
43M	soustředěná
44F	soustředěná
45M	hraná po jednotlivých klávesách



46F	hravá
47F	hravá
48F	příjemná
	přecházející po klapkách
49F	tóny sestupně pak vzestupně
	zachovaný rytmus
50F	melodická
	soustředěná
	jde po zvuku
51F	smutná
52M	vážná
53F	soustředěná
	vyzkoušení všech tónů, jak který zní
54F	rytmická
	nahoru a dolů
55F	jednoduchá melodie
56F	hudebník
	opatrná
57F	melancholie - se snahou o harmonii
58F	soustředěná
59M	jednoduchá
	monotónní
	opakující se
60F	stereotypní
	vždy jen jeden tón a pořad zhruba stejně nahoru a dolů
61M	smutná
62F	předvídatelná
	jasná
63F	pohoda
64F	soustředěná
	hravá
65F	tvrdá
	úderná
	klidná
	vyšší a izolované tóny
66F	ostrá
	jasná
	tvrdá
	vážná
67M	citlivá
68F	silové hraní
69F	ostrá
70M	hudebník

	soustředěná
	hledající
71F	jemná
	opatrná
72F	opatrná
	děšť
	hledající
	smutek
	šedá
73F	melodická
	skoky
	krátké tóny, pak prodloužení
	dozní-hraje
74F	hlasitá
75F	melodická
	kapky deště z okapu
	soustředěná
76F	rozvážná
	snaha o komunikaci
77M	radost
78F	snaha o zahrání melodie
79F	nejvíc připomíná hru na klavír
	zkoušení kláves, co to ve mně vyvolává
80F	soustředěnost
	opatrnost
	trefování se do kláves
	vyšší, střední a zpět
81F	smutná
	jednoduchá
82F	melodická
83F	smutná
84F	hledání
85F	soustředěná
	optimistický závěr
	dětská píseň
86F	nejpříjemnější
	soustředěná
	melodická
	rytmus
87M	odděleně znějící tóny
88F	velká touha po komunikaci
	jemná
	citlivá

	krásná
89F	stupňující
	soustředěná
	bez strachu
90F	je sám/a a chce komunikovat, ale neví jak na to
	melancholická
	chce něco říct, sdělit
91F	melancholická
	celkem příjemná
92F	organizovaná
	jistá
	vybírá jednotlivé tóny
93F	zadumaná
94F	klidná
	soustředěná
	se smyslem - start, cíl, ukončenost
	řady nahoru, dolů
95F	prozkoumávající
	pozitivní
	citlivá
96F	pomalejší
	přesná
	touha po konkrétnu
97M	zkoumající
	opakující se
98F	snaha o konkrétní melodii
	preciznost
	hledání systému v tónině
99F	harmonická
	optimistická
	zjevně vlastní tvorba
	citlivá
100F	soustředěná
101M	komunikuje
102F	soustředěná
103M	klidná
	zkoumavá
104F	hravá
	melancholická
	trochu smutná
	citlivá
105F	pentatonická
	smutná výpověď

106M	radostná
	hledání
107F	objevování
	stoupání-klesání-stoupání
	pozitivní
	koncentrovaná
108F	jednotlivé tóny, mezi nimi pomlka
109F	soustředěná
110F	opatrná
111F	rytmická
	příjemná
	klidná
112F	hledání tónů
	rytmická
113F	vyrovnaná
	optimistická
	pentatonika
114F	zkoumavá
	kontrolovaná
115F	zkoumání klavíru
	objevování tónů
116F	soustředěná
	harmonizační
	s rozmyslem
	úsečná
	úderná
117F	vždy jeden tón
	rytmus
	údernost
118F	snaha o melodii
	přemýšlivá
119F	hraje melodii
120F	ostrá
	tvrdá
	se závěrem
121F	koncentrovaná
	postupující tóny
	strukturovaná
	komunikující
122F	přesně uspořádaná
	chce od ní pravidelnost
	jasná
	rázná

123F	systematická
	soustředěná
	melodická
	hledající
124F	Čína
	opakování tónu
	nahoru dolů
125M	postupné tóny
	smutná
126F	strukturovaná
	úderná
127F	hledající
128F	hledání
129F	pokus o píseň
	melodická
	rytmická
	jemná
	citlivá
130F	intelektuální
	melodická
	vnímavá
131F	Nedokážu to, ale když chceš, tak to dělám
132F	hledající
133M	soustředěná
134F	muzikant
135F	filosofická
136F	smutná
137F	smutek
138F	úderná
139F	koncentrovaná
140F	ostrá
141M	razantní hra
	pomalé tempo
142F	smutná
	melancholická
143F	rázná
144F	smutná
	soustředěná
	jako něco známého - ovčáci...
145F	pozitivní
	melancholická
146F	smutná
	soustředěná

147F	radostná
	soustředěná hudba
148M	hravost
149F	v hudbě je přítomná koncentrace
150F	melodická
151F	tvrdá
	ostrá
152M	melodická
153M	krok za krokem
154F	přemýšlivá
155F	s rozvahou
156F	virtuóz
	muzikant
157M	vyvážená
158M	pohoda
159M	má určitý řád
	muzikální
160F	vyprávím zážitek
161F	sebejistá
162M	soustředěná
163F	experiment
164F	píseň
165F	hledání melodie
	přemýšlivá
166M	jasná
	cílená
167F	ráznost
168F	jistota
169F	hraje si na písničku
	jedna melodie
170F	zvonivé
	soustředěné
171F	hledací
	porovnávací
	talentovaný hráč/hráčka
172F	snaha složit skladbu
173F	hledání se a nalezení se
174F	experimentální
175F	jednoduchá
176M	vážná
177F	chci aby mě někdo slyšel
	smutná
178F	střídání tónů

179M	soustředěná
	melodická
180M	muzikální
180M	koncentrovaná

## 9 Informační tabulka o respondentech

180 absolventů muzikoterapeutických kurzů

respondent	věk	vzdělání	počet let zkušenosti z MT
1F	50	středoškolské	bez zkušenosti
2F	36	vysokoškolské	6
3M	35	vysokoškolské	13
4F	32	vyšší odborné	5
5M	38	středoškolské	12
6F	31	středoškolské	6
7F	30	vysokoškolské	5
8F	31	vyšší odborné	bez zkušenosti
9M	29	středoškolské	2
10F	38	středoškolské	8
11F	39	vysokoškolské	13
12F	30	vysokoškolské	1
13F	25	středoškolské	bez zkušenosti
14F	49	vysokoškolské	20
15F	41	středoškolské	9
16F	35	vyšší odborné	6
17M	36	vysokoškolské	8
18F	28	vysokoškolské	3
19F	51	vysokoškolské	bez zkušenosti
20F	29	vysokoškolské	2
21F	36	vysokoškolské	10
22F	42	středoškolské	bez zkušenosti
23F	36	vysokoškolské	8
24F	29	středoškolské	1
25F	34	vysokoškolské	2
26F	32	vysokoškolské	6
27F	39	vyšší odborné	3
28F	30	středoškolské	bez zkušenosti
29F	42	vysokoškolské	12
30M	41	středoškolské	6
31F	31	středoškolské	1
32F	43	vysokoškolské	6
33F	33	středoškolské	bez zkušenosti
34F	32	středoškolské	bez zkušenosti
35F	38	vysokoškolské	9
36F	30	vysokoškolské	2
37F	29	vysokoškolské	bez zkušenosti
38F	45	vysokoškolské	5
39F	36	vysokoškolské	8
40F	47	středoškolské	13
41F	42	vysokoškolské	bez zkušenosti
42F	30	vysokoškolské	4
43M	39	vysokoškolské	7



44F	44	středoškolské	6
45M	34	vysokoškolské	9
46F	36	vysokoškolské	6
47F	31	vysokoškolské	5
48F	41	středoškolské	3
49F	27	vysokoškolské	1
50F	29	vysokoškolské	1
51F	26	středoškolské	bez zkušenosti
52M	36	vysokoškolské	bez zkušenosti
53F	28	vyšší odborné	2
54F	32	středoškolské	bez zkušenosti
55F	25	středoškolské	bez zkušenosti
56F	35	vysokoškolské	bez zkušenosti
57F	43	vysokoškolské	5
58F	29	vyšší odborné	1
59M	36	vysokoškolské	2
60F	39	vysokoškolské	5
61M	28	středoškolské	bez zkušenosti
62F	25	vyšší odborné	1
63F	35	vysokoškolské	5
64F	30	vysokoškolské	2
65F	36	vysokoškolské	6
66F	42	vysokoškolské	2
67M	49	středoškolské	8
68F	26	vysokoškolské	bez zkušenosti
69F	44	vysokoškolské	11
70M	36	vysokoškolské	9
71F	27	vysokoškolské	bez zkušenosti
72F	30	středoškolské	1
73F	40	vysokoškolské	6
74F	31	vyšší odborné	bez zkušenosti
75F	40	vysokoškolské	bez zkušenosti
76F	36	středoškolské	4
77M	36	středoškolské	1
78F	25	vyšší odborné	2
79F	28	středoškolské	bez zkušenosti
80F	42	vysokoškolské	bez zkušenosti
81F	35	středoškolské	2
82F	30	vysokoškolské	bez zkušenosti
83F	27	vysokoškolské	3
84F	35	středoškolské	6
85F	31	vyšší odborné	1
86F	36	vysokoškolské	3
87M	33	vysokoškolské	4
88F	45	středoškolské	bez zkušenosti
89F	27	středoškolské	bez zkušenosti
90F	31	vyšší odborné	1
91F	32	vysokoškolské	8
92F	28	vysokoškolské	bez zkušenosti
93F	34	středoškolské	6
94F	30	vysokoškolské	8
95F	28	středoškolské	3

96F	45	vysokoškolské	6
97M	29	středoškolské	1
98F	46	vysokoškolské	14
99F	34	středoškolské	bez zkušenosti
100F	40	vysokoškolské	7
101M	51	vysokoškolské	bez zkušenosti
102F	44	středoškolské	1
103M	39	vysokoškolské	6
104F	30	středoškolské	9
105F	26	středoškolské	2
106M	35	vysokoškolské	6
107F	33	vysokoškolské	3
108F	47	vysokoškolské	bez zkušenosti
109F	42	středoškolské	bez zkušenosti
110F	45	středoškolské	bez zkušenosti
111F	34	vysokoškolské	8
112F	48	vysokoškolské	9
113F	30	vysokoškolské	5
114F	28	vysokoškolské	1
115F	37	vysokoškolské	7
116F	33	vysokoškolské	9
117F	33	středoškolské	9
118F	34	středoškolské	3
119F	44	vysokoškolské	15
120F	36	vysokoškolské	4
121F	39	vysokoškolské	12
122F	25	středoškolské	bez zkušenosti
123F	26	středoškolské	1
124F	34	vysokoškolské	3
125M	33	vysokoškolské	5
126F	42	vysokoškolské	13
127F	34	středoškolské	2
128F	31	středoškolské	2
129F	40	vysokoškolské	7
130F	32	vysokoškolské	2
131F	30	vysokoškolské	1
132F	36	vysokoškolské	bez zkušenosti
133M	30	vyšší odborné	5
134F	29	vysokoškolské	2
135F	36	středoškolské	bez zkušenosti
136F	35	středoškolské	bez zkušenosti
137F	38	vysokoškolské	5
138F	36	vysokoškolské	7
139F	36	středoškolské	7
140F	40	vysokoškolské	16
141M	38	vysokoškolské	5
142F	31	vyšší odborné	2
143F	31	vysokoškolské	1
144F	35	vysokoškolské	6
145F	39	vysokoškolské	9
146F	36	vysokoškolské	2
147F	46	vysokoškolské	8

148M	32	vysokoškolské	5
149F	26	středoškolské	bez zkušenosti
150F	34	středoškolské	5
151F	39	vysokoškolské	10
152M	28	vysokoškolské	3
153M	43	středoškolské	bez zkušenosti
154F	34	vysokoškolské	8
155F	28	vysokoškolské	1
156F	27	vysokoškolské	1
157M	34	vysokoškolské	7
158M	31	vysokoškolské	5
159M	35	středoškolské	3
160F	27	vysokoškolské	bez zkušenosti
161F	38	vysokoškolské	8
162M	32	středoškolské	bez zkušenosti
163F	42	vysokoškolské	7
164F	35	středoškolské	4
165F	40	vysokoškolské	9
166M	30	vysokoškolské	2
167F	36	vysokoškolské	1
168F	40	středoškolské	10
169F	29	vysokoškolské	bez zkušenosti
170F	37	vysokoškolské	7
171F	30	středoškolské	3
172F	44	vysokoškolské	9
173F	26	středoškolské	1
174F	26	středoškolské	bez zkušenosti
175F	28	středoškolské	1
176M	36	vysokoškolské	bez zkušenosti
177F	46	vysokoškolské	9
178F	34	středoškolské	5
179M	36	vysokoškolské	6
180M	34	vysokoškolské	8

## 10 Analýza dat

Analýza výpovědí respondentů k hudebním ukázkám pouštěných v následujícím pořadí:

5. nahrávka dítěte s Aspergerovým syndromem (M5/1)
6. nahrávka dítěte s mentálním postižením vlivem cytomegalovirové infekce (F5/2)
7. nahrávka dítěte s atypickým autismem (M5/3)
8. nahrávka dítěte s vícečetným zrakovým postižením (M5/4)

### 10.1 Analýza dat M5/1

#### CHARAKTERISTIKY INTERPRETAČNÍ (M5/1)

M5/1: hudba pětiletého chlapce s Aspergerovým syndromem, ADHD syndromem a Neurofibromatosis von Recklinghausen typ 1.

<b>Technika hry</b>
bušení
mlátit do toho
staccato
staccato
skákání
těžkopádná
třískání
bušení jako do bubnu
rytmické bušení
ukončení bouchnutím více tónů (facka, poslední slovo)
krátké údery
bouchá do toho
hraje u jednoho tónu
precizní hra
aby nebyla vynechána žádná klapka
rytmické bušení
rytmicky monotónní údery do kláves
monotónní tlučení do klavíru
sekaná

**dynamika**

	vztahující se k intenzitě		k razanci
7F	síla	22F	důraz
28F	dynamická	22F	akcenty
29F	intenzivní	22F	zdůrazněná
33F	dynamika	25F	důrazná
48F	dynamická	52M	důrazná
50F	intenzivní	74F	razance
51F	dynamická	85F	razance
53F	silná	117F	razance
59M	intenzivní	118F	razantní
64F	intenzivita	119F	rázná
68F	silová	129F	důrazná
75F	dynamické	142F	rázná
76F	dynamická	151F	rázná
78F	dynamická	159M	razantní
81F	hlasitá		
82F	hlasitá		
84F	příliš hlučná		
86F	intenzivní		
86F	dynamická		
88F	silová		
89F	dynamická, ale jakoby hysterická		
101M	dynamická		
106M	hlasitá		
110F	síla		
116F	dynamika		
120F	silová		
121F	silná		
122F	nejsilnější		
123F	síla		
126F	hlasitá		
127F	intenzivní		
132F	intenzivní		
150F	silná dynamika		
152M	dynamická		
154F	dynamická		
167F	intenzita		
179M	dynamická		
180M	intenzivní		

<b>VÝRAZ</b>					
	<b>ostře</b>		<b>dominantně</b>		
27F	ostrost	80F	autoritativní	9M	rozhořčeně
29F	ostrá	82F	dominantní	31F	kvičivé
65F	ostře a tvrdě	110F	dominantní	33F	vřískavá
74F	ostrá	121F	dominantní	33F	dramatická
75F	ostré	130F	dominantní	35F	dramatická
114F	ostrá	149F	vzpurná	55F	výrazná
120F	ostrá	164F	až urputná	63F	haštěřivá
151F	ostrá	168F	direktivní	81F	ukřičená
165F	ostrá			84F	nervní
168F	ostrá			96F	výrazná
				96F	panická
				156F	výrazná

	<b>tvrdě</b>
30M	výbušná
46F	divoká
132F	tvrdá
148M	úderná
151F	hrubá
165F	prudká

	<b>hravě</b>
63F	hravá
66F	hravá
83F	rozverná
105F	hravá
109F	hravě

	<b>vesele</b>
34F	veselá
51F	veselá
55F	veselá
66F	veselá
82F	veselá
156F	veselá
159M	veselá

	<b>energicky</b>
49F	energická
50F	energická
57F	energická
62F	energická
63F	energická
65F	energická až agresivní
68F	hodně energická
70M	energická
71F	energická
96F	energická
107F	energičnost
130F	energická
142F	energická
145F	energická
150F	energická
173F	energické
177F	příliš energie

**VÝRAZ/EMOCE**

	<b>radostně</b>
12F	radost
36F	radost
88F	radost
109F	radost z vysokých tónů
162M	radost
174F	radostná

	<b>agresivně</b>
1F	agresivní
2F	agresivita
5M	agrese
6F	agrese
7F	až agrese
9M	agresivita
10F	agresivně
11F	agresivně
14F	agrese
19F	agrese
21F	agrese
23F	agresivní
26F	agresivní
31F	agresivní
40F	jemně agresivní
45M	agrese
46F	agresivní
53F	agresivní
57F	agresivní
60F	působí agresivně
65F	energická až agresivní
70M	agresivní
72F	agrese
73F	vybití agrese
76F	agresivní
86F	agresivní
91F	agresivnější
92F	agresivní
100F	agresivní
101M	agrese
103M	agresivní
104F	agresivní
106M	agresivní
112F	agresivnější podání
113F	agresivní
115F	agrese
116F	až agrese
121F	agrese
126F	agresivní

133M	agrese
137F	agrese
142F	agresivní
144F	agresivní
146F	agrese
148M	lehce agresivní
149F	agresivní
152M	až agresivní
154F	agresivní
155F	agresivní
158M	agresivní
161F	agresivní
163F	agresivita
166M	agresivní
170F	agresivní
179M	agresivní
180M	agresivní

	<b>zlostně/vztekle</b>
5M	vzteky
6F	zlobí se
8F	rozzlobeně na sebe upoutat pozornost
9M	vzteky
17M	naštvanost
45M	zlost
72F	zlost
73F	zlostná
104F	až místy zlá
122F	naštvaná
123F	zloba
128F	vzteky
131F	jde ze mě vztek- ani nevím, kde se vzal
133M	vzteky
137F	vzteky
138F	vzteky

	<b>úzkostně/beznadějně</b>
37F	stupňující se beznaděj
39F	zoufalství
104F	zoufalá
104F	ztracená
143F	bezmoc
143F	bezvýchodná situace
56F	lehce úzkostná
58F	úzkostlivá
60F	úzkost
106M	úzkostná
145F	úzkostná



## CHARAKTERISTIKY KOMPOZIČNÍ (M5/1)

	<b>rytmus</b>
12F	rytmická
38F	rytmická
49F	rytmická
56F	rytmicky pravidelná
87M	rytmické bušení
99F	důležitý jasný rytmus
99F	jako metronom
102F	rytmická
110F	rytmické bušení
112F	rytmicky monotónní údery do kláves
117F	rytmus
120F	rytmická
126F	rytmická
130F	pravidelně rytmická

	<b>styl</b>
135F	filmová muzika
135F	Philip Glass

	<b>tempo</b>
13F	rychlá
42F	rychlá
47F	moc rychlá
55F	živá
80F	drží metrum
81F	rychlá
86F	rychlá
123F	rychlá
124F	rychlá
146F	rychlost
159M	živá
174F	rychlá

	<b>Sazba</b>
62F	jednoduchá
103M	graduující
110F	struktura
114F	strukturovaná
116F	graduující
142F	stoupající

	<b>forma</b>
31F	neuspořádané
35F	výkyv, začíná hluboké tóny postupně přechod na vysoké tóny
37F	stupňující se beznaděj
49F	od nižších tónů k vyšším
54F	ukončená
64F	stupňující - vysoká
65F	vysoké tóny, pomalu se zvyšující
68F	zvyšování tónu
69F	stupňující se
107F	jasný závěr
108F	dokončí tu hudbu
124F	postupy nahoru
153M	velmi efektní závěr

	<b>melodika</b>
2F	snaha o melodii
2F	vysoké tóny opakující se
27F	ptačí zpěv
35F	jedna melodie
41F	ptáček
66F	ptáček
129F	stupnice
129F	statická, jen drobné změny v tónech
73F	bez melodie

	<b>harmonie</b>
	0

	<b>talent</b>
	0

## DVOJÍ PROJEKCE (M5/1)

	<b>nezařaditelné</b>
28F	děšť
105F	vnitřní tanec
111F	staré vzpomínky
169F	kapající voda

	<b>nepříjemný poslech</b>
29F	nepříjemná
56F	nahání mráz po zádech
75F	trhá mi to uši
78F	nepříjemné na poslech
91F	nepříjemná ve vysokých tónech
91F	ke konci pouze velmi nepříjemné výšky
108F	nepříjemný zvuk
114F	nepříjemná
127F	protivná

	<b>sdělení</b>
12F	"upovídánost"
16F	volání
33F	vřiskavá
63F	haštěřivá
74F	štěbetavé pomlouvačné baby
76F	komunikuje
85F	výpověď
87M	vypovídání se
88F	volání
90F	možná něco bolestivého vykřičet
91F	ukončení bouchnutím více tónů (facka, poslední slovo)
98F	chce upozornit na svou činnost, být slyšet
111F	volání o pomoc
111F	hledání kontaktu
134F	ujišťování
143F	křik o pomoc
143F	výzva
143F	křik o pozornost
150F	jakoby vykreslovala slovní kárání
160F	upovídána máma
161F	prosím já to chci
163F	křik

## CHOVÁNÍ (M5/1)

<b>osobnost</b>			
		<b>vztahující se k osobnosti</b>	<b>reflektující vnitřní prázdnotu</b>
8F		rozzlobeně na sebe upoutat pozornost	4F bez fantazie
14F		hyperaktivita	37F stupňující se beznaděj
20F		temperament	43M bez emocí
25F		všimněte si mě někdo	60F jen zvuk, žádná melodie
48F		svéhlavá	73F bez melodie
54F		rozprostřená	94F téměř beze smyslu
70M		neukotvená	
76F		hyperaktivní	

80F	autoritativní
84F	obsesivní
85F	nutkavost
89F	dynamická, ale jakoby hysterická
94F	temperament
100F	destruktivní
140F	vnitřní bolest
141M	hyperaktivita
141M	temperament
142F	hysterická

	<b>Koncentrace</b>
23F	soustředěná
58F	soustředěná
107F	koncentrace
135F	zaujetí

### **Perseverace**

	<b>monotónnost</b>		<b>pouze vysoké tóny</b>
16F	monotónnost	2F	vysoké tóny opakující se
27F	monotónnost	18F	záliba ve vysokých tónech (cinkání)
27F	stejná linie	38F	vysoko
29F	rigidní	42F	vysoké tóny
31F	opakující se	48F	mám rád vysoké tóny
35F	časem monotónní	75F	jen v nejvyšší poloze
35F	jedna melodie	80F	vysoké polohy
42F	dlouhé vyžívání na jednom tónu	81F	vysoce položená
43M	monotónní	91F	nepříjemná ve vysokých tónech
47F	monotónní	91F	ke konci pouze velmi nepříjemné výšky
50F	konstantní	94F	vysoké tóny
50F	stejná	98F	velmi výrazné výšky
52M	monotónní	109F	radost z vysokých tónů
53F	stejnorodost	118F	vysoké tóny
55F	stereotypní	119F	spíše vysoké tóny
57F	monotónní	121F	vysoké tóny
58F	rytmicky stejná	122F	nejvyšší tóny
58F	stejná dynamika	140F	vysoké tóny
60F	pořád stejný rytmus	147F	vyšší tóny
61M	stereotypní		
62F	opakující se		
66F	stejná		

66F	opakující se
68F	časté opakování
73F	stejný rytmus
78F	opakované tóny
80F	pořád kolem jednoho tónu
84F	obsesivní
85F	nutkavost
86F	monotónní
91F	monotónní
94F	stále opakování
95F	přílišné setrvání
98F	monotónní
99F	podstatně monotónnější
107F	dlouho na jednom tónu
108F	hraje u jednoho tónu
109F	aby nebyla vynechána žádná klapka
112F	rytmicky monotónní údery do kláves
112F	opakování
112F	setrvání na tónech
116F	jednotvárná
116F	opakující se
117F	ulpívavost
117F	nemění hladinu
119F	repetitivní tóny
119F	opakování
119F	stejný rytmus
120F	stereotypní
121F	neměnit zvuk
124F	stejný rytmus
125M	ulpívavá
129F	ulpívání
129F	statická, jen drobné změny v tónech
129F	intenzita stejná
129F	rytmicky plodná
129F	stupnice
132F	monotónní
134F	fixování
139F	jednotvárná
144F	monotónní
145F	stereotypní
147F	monotónní tlučení do klavíru
175F	jednotvárná
178F	monotónní

**Agresivita**

	<b>výrok související s agresí</b>		<b>agrese</b>
2F	bušení	1F	agresivní
5M	vztek	2F	agresivita
6F	mlátit do toho	5M	agrese
6F	zlobí se	6F	agrese
8F	rozzlobeně na sebe upoutat pozornost	7F	až agrese
9M	vztek	9M	agresivita
15F	já mu to nandám	10F	agresivně
15F	já mu ukážu	11F	agresivně
17M	naštvanost	14F	agrese
19F	nucení	19F	agrese
19F	nátlak	21F	agrese
20F	oheň	23F	agresivní
26F	útočná	26F	agresivní
26F	bojovná	31F	agresivní
30M	výbušná	40F	jemně agresivní
33F	horor	45M	agrese
33F	vraždění	46F	agresivní
33F	vřískavá	53F	agresivní
34F	vraždí	57F	agresivní
44F	bouchající kladívko	60F	působí agresivně
44F	padající ze schodů	65F	energická až agresivní
45M	zlost	70M	agresivní
50F	nátlak	72F	agrese
54F	násilí	73F	vybití agrese
65F	ostře a tvrdě	76F	agresivní
72F	zlost	86F	agresivní
73F	zlostná	91F	agresivnější
73F	třískání	92F	agresivní
77M	bušení jako do bubnu	100F	agresivní
78F	pokus rozbít se	101M	agrese
81F	ukřičená	103M	agresivní
84F	nátlaková	104F	agresivní
87M	rytmické bušení	106M	agresivní
91F	ukončení bouchnutím více tónů (facka, poslední slovo)	112F	agresivnější podání
100F	destruktivní	113F	agresivní
104F	až místy zlá	115F	agrese
107F	krátké údery	116F	až agrese

108F	bouchá do toho
110F	rytmické bušení
112F	rytmicky monotónní údery do kláves
122F	naštvaná
123F	zloba
128F	vzteky
131F	jde ze mě vztek- ani nevím, kde se vzal
133M	vzteky
136F	bité dítě
137F	vzteky
138F	vzteky
147F	monotónní tlučení do klavíru
148M	úderná
151F	hrubá

121F	agrese
126F	agresivní
133M	agrese
137F	agrese
142F	agresivní
144F	agresivní
146F	agrese
148M	lehce agresivní
149F	agresivní
152M	až agresivní
154F	agresivní
155F	agresivní
158M	agresivní
161F	agresivní
163F	agresivita
166M	agresivní
170F	agresivní
179M	agresivní
180M	agresivní

### Abreakce

	<b>silná energie</b>		<b>vybití energie</b>
2F	energie	2F	bušení
4F	nevybitá energie	3M	ventil
7F	síla	6F	ventil
14F	hyperaktivita	6F	mlátit do toho
20F	temperament	7F	energická katarze
20F	oheň	20F	hra jako na buben
30M	hodně energická	21F	jízda
49F	energická	23F	zbavující tenze
50F	energická	28F	skákáni
50F	intenzivní	30M	výbušná
53F	silná	44F	bouchající kladívko
57F	energická	44F	padající ze schodů
59M	intenzivní	73F	vybití agrese
62F	energická	73F	třískání
63F	energická	76F	vybití energie
64F	intenzivita	77M	bušení jako do bubnu

65F	energická až agresivní	78F	pokus rozbít se
68F	hodně energická	78F	vnitřně se uvolnit
68F	silová	87M	rytmické bušení
70M	energická	88F	uvolnění
71F	energická	90F	má chuť skákat
76F	hyperaktivní	90F	vyskočit co nejvýš
85F	razance	93F	ventil
94F	temperament	93F	vybití
96F	energická	95F	neznat hranice
107F	energičnost	107F	krátké údery
108F	velký tlak	108F	bouchá do toho
110F	síla	110F	rytmické bušení
120F	silová	112F	rytmicky monotónní údery do kláves
121F	silná	114F	jdu do toho!
122F	nejsilnější	115F	vybití energie
123F	energie	122F	co z toho dostane
123F	síla	123F	vybít se
130F	energická	131F	musí to jít ze mě ven a pořád a pořád
141M	hyperaktivita	131F	dělá mi to dobře, uvolňuji se
141M	temperament	140F	uvolnění napětí
142F	energická	147F	monotónní tlučení do klavíru
145F	energická	172F	kování roztaveného železa
150F	energická	173F	vybití energie
165F	prudká		
173F	energické		
177F	příliš energie		

**Tenze**

	<b>naléhavost</b>		<b>napětí</b>
16F	volání	3M	napětí
16F	naléhavost	19F	nátlak
24F	naléhavost	29F	s tenzí
69F	naléhavá	32F	napětí
88F	volání	32F	vnitřní neklid (pnutí)
90F	možná něco bolestivého vykřičet	50F	nátlak
96F	panická	56F	napjatá
107F	naléhavost	59M	plná napětí
111F	volání o pomoc	64F	napjatá
112F	naléhavost	67M	napjatá
114F	naléhavost	79F	plná tenze
116F	naléhavá	84F	nátlaková
143F	křik o pomoc	97M	napětí
143F	křik o pozornost	104F	v napětí
163F	naléhavost	105F	tenze
163F	křik	108F	velký tlak
164F	naléhavá	137F	napětí
165F	naléhavá	138F	napětí
176M	naléhavá	131F	jde ze mě vztek- ani nevím, kde se vzal
140F	vnitřní bolest	177F	napětí

+

	<b>úzkost a beznaděj</b>
37F	stupňující se beznaděj
39F	zoufalství
104F	zoufalá
104F	ztracená
143F	bezmoc
143F	bezvýchodná situace
56F	lehce úzkostná
58F	úzkostlivá
60F	úzkost
106M	úzkostná
145F	úzkostná

	<b>neklid</b>
25F	všimněte si mě někdo
62F	nervózní
78F	pokus rozbít se
84F	nervní
95F	neklid
97M	neklidná
114F	co vydržím?
157M	neklidná
155F	stresová



## 10.2 Analýza dat F5/2

F5/2: Hudba pětileté dívky s těžkou mentální retardací vlivem cytomegalovirálního onemocnění v prvním trimestru a s microcephalií

### CHARAKTERISTIKY INTERPRETAČNÍ (F5/2)

technika hry		dynamika	
19F	spontánnost	25F	dynamická
23F	spontánní	73F	dynamická
53F	virtuózní	145F	dynamická
58F	uvolněná	178F	dynamická
99F	rozsah přes celou klávesnici		
108F	hraje několik tónů najednou, souzní spolu, dobře to zní	přesnost	
111F	uvolněnost	26F	jistá
119F	jakoby hraje	40F	precizní
143F	virtuózní	56F	plynulejší
165F	uvolněná	75F	plynulejší
173F	uvolněná	93F	pečlivá
		94F	zkušená
		120F	plynoucí
		140F	plynoucí
		163F	jistější
		166M	ucelenější
		173F	jistější

VÝRAZ							
	vesele		hravě		citlivě/něžně		dramaticky
11F	vesele	20F	hravost	12F	jemnost	29F	expresivní
20F	veselost	31F	hravost	14F	něžné	38F	dramaticky
56F	skoro i veselá	47F	tvořivá	49F	procítěná	51F	dramatická
70M	veselá	65F	hravá	50F	jemná	63F	dramatická
75F	veselost	68F	hravá	54F	hladící	63F	napínavá
82F	veselá	81F	hravá	54F	mazlivá	84F	dramatická
83F	veselá	104F	trochu hravá	104F	jemná	105F	exprese
137F	veselá	107F	hravá	126F	citlivá	155F	dramatická
148M	veselá	112F	hravá	134F	lehkost	164F	vyjádření velkých emocí
157M	veselá	113F	hraje si				

172F	veselá	114F	hravá
174F	veselá	137F	hravá
179M	veselá	156F	hravá

### VÝRAZ/EMOCE

radostně		melancholicky		spokojeně	
4F	radost ze zvuku	32F	melancholie	5M	spokojenost
6F	radost	35F	melancholická	7F	požitek ze hry
9M	radost	66F	melancholická	8F	takhle se na to hraje
13F	radost			10F	podívej se, co umím
14F	radost			18F	prožitek z hraní
15F	hopy hop - radost			24F	nadšení
17M	radost			90F	prožitek
22F	radostná			91F	zvuk - prožitek
23F	radostná			109F	užívá si tu hudbu
30M	radost			115F	spokojená
31F	radost			129F	uspokojení z vlastní šikovnosti
39F	radost			131F	jsem spokojený
46F	radost			136F	naplňuje mě tvoření
47F	radostná			141M	s prožitkem
55F	radostná			150F	hraju sobě pro radost
76F	radostná			177F	baví se
77M	radost				
78F	radostná				
80F	radost				
90F	radost				
95F	radostná				
97M	radostná				
115F	radostná				
118F	radost				
121F	radost				
129F	radostná				
131F	mám radost				
133M	radost				
138F	radost				
147F	radostná				
150F	hraju sobě pro radost				
161F	radost				
162M	radost				
171F	radostná				
180M	radostná				

## CHARAKTERISTIKY KOMPOZIČNÍ (F5/2)

	<b>rytmus</b>
152M	rytmická

	<b>sazba</b>
120F	bohatá
121F	bohatá

	<b>styl</b>
31F	jazz
44F	moderní

	<b>forma</b>
16F	stupňovitější
80F	vysoké-střední polohy
98F	snaha vyjádřit formu spíše než obsah

	<b>harmonie</b>
57F	snaha o harmonii
62F	disharmonická
108F	hraje několik tónů najednou, souzní spolu, dobře to zní

	<b>talent</b>
3M	virtuóz
53F	virtuózní
53F	umělecká
102F	skoro profík
143F	virtuózní
148M	hudebnost
159M	muzikální

	<b>tempo</b>
43M	živější s více tóny
48F	vitální
49F	pomalejší
60F	klidná
65F	klidná
69F	pomalá
73F	živější
78F	živé
103M	klidná
174F	rychlá

	<b>melodika</b>
2F	tóny postupně - melodika
2F	chromatika - melodika
43M	živější s více tóny
45M	melodičtější
55F	melodická
99F	rozsah přes celou klávesnici
114F	melodická
124F	melodická
125M	postupné tóny
130F	kráčeující
139F	plazivá
151F	melodická



100F	prozkoumávání	94F	zkušena
116F	objevující	120F	plynoucí
122F	zkoumavá	140F	plynoucí
123F	objevující	163F	jistější
127F	zkoumání	166M	ucelenější
144F	objevování nového	173F	jistější
168F	zkoumající		
170F	objev		

### Nesoustředěnost

<b>nesourodost</b>		<b>vnitřní neklid</b>	
28F	zmatená	79F	neklidná
29F	neuspořádaná	176M	naléhavá
29F	nesouvislá		
42F	zmatená		
59M	chaotická		
59M	nekoordinovaná		
61M	chaotická		
62F	disharmonická		
64F	zmatená		
66F	chaotická		
67M	rozladěnost		
80F	chaos		
80F	zmatek		
98F	snaha vyjádřit formu spíš než obsah		
158M	rozpolcená		

### 10.3 Analýza dat M5/3

M5/3: Hudba pětiletého chlapce s hraniční pervazivní poruchou – atypický autismus

#### CHARAKTERISTIKY INTERPRETAČNÍ (M5/3)

	<b>Technika hry</b>		<b>dynamika</b>
41F	dlouze	7F	tichá
98F	hraje jako by nehrál/la	73F	tichá
98F	hraje jako by nebyl/la ve svém těle	86F	tichá
142F	jemné hraní	124F	tišší
		145F	tichá

<b>VÝRAZ</b>					
	<b>hravě</b>		<b>citlivě/něžně</b>		<b>temně/ponuře</b>
28F	hravá	13F	citlivost	1F	Princ zakletý ve své věži
54F	hravá	14F	ladný citlivý	4F	ponurost
76F	spontánní	20F	procit'ování not	10F	začátek temně
167F	hravost	20F	niternost	33F	kosa-smrt
		20F	vnímání	57F	pochmurná
		38F	procitěná	59M	ponurá
		46F	procitěná	85F	temnější
		48F	citlivý výběr tónů	88F	bolest na duši
		68F	jemná	98F	hraje jako by nebyl/la ve svém těle
		74F	jemnost	137F	ponurost
		74F	mlád'átka	160F	temná nálada
		99F	jemná	161F	ponurá
		105F	poetika		
		142F	jemné hraní		
		149F	jemná		
		151F	jemná		
		151F	citlivá		
		157M	procitěná		
		159M	procitěná		

**VÝRAZ/EMOCE**

	<b>strachuplně</b>		<b>melancholicky</b>		<b>depresivně</b>
12F	strach	6F	zasnění se	5M	bezmoc
12F	sevření	21F	tajemná zahrada	12F	sevření
14F	bojí se	45M	melancholická	17M	nezajímavost
18F	strach	62F	nostalgická	34F	depresivní
18F	bázlivost	65F	melancholická	57F	pochmurná
27F	strach	109F	melancholie	57F	hluboká deprese
35F	strach	127F	melancholická	59M	ponurá
69F	úzkostná	144F	melancholická	63F	depresivní
101M	strach	156F	melancholická	66F	těžká
107F	stísněnost	158M	melancholická	69F	depresivní
110F	strach	162M	melancholie	73F	z depresivní do veselejší
111F	stísněná	169F	zasnění	83F	depresivní
112F	stísněnost	175F	melancholická	88F	bolest na duši
116F	bázlivá	178F	melancholická	107F	stísněnost
119F	bázlivá			111F	stísněná
121F	bojácná			112F	stísněnost
132F	úzkostná			131F	zoufalá
136F	strach			131F	chci něco sdělit, ale neumím žít ve svém světě
154F	obava			133M	deprese
171F	strach			138F	bezmocnost
172F	strach			148M	pesimistická
177F	strach			153M	pesimistická

+

	<b>smutně</b>
2F	smutně
2F	teskně
3M	smutek
9M	smutek
11F	smutně
55F	smutná
58F	smutná hra
60F	smutná hra
61M	smutná
62F	smutná
63F	smutná

65F	smutná
66F	smutná
67M	smutná
70M	smutná
74F	smutek
75F	smutné
81F	spíše smutná
86F	smutná
90F	smutek
91F	smutná
92F	smutek
93F	smutná
104F	smutná
114F	smutek
117F	smutek
122F	smutná
125M	smutek
133M	smutek
137F	smutek
138F	smutek
144F	smutná
148M	smutná
151F	smutná
161F	smutná
179M	smutná
180M	smutek

### CHARAKTERISTIKY KOMPOZIČNÍ (M5/3)

	<b>rytmus</b>	
--	---------------	--

0

	<b>sazba</b>	
--	--------------	--

0

	<b>styl</b>	
23F	vážná	
21F	impresionismus	
31F	baroko	
38F	minimalistická	

	<b>tempo</b>	
21F	rozvláčnost	
22F	unavená	
49F	klidná	
49F	pomalejší	
55F	pomalá	
65F	klidná	
65F	pomalá	
71F	pomalá	
72F	klidná	
81F	unavená	



51F	vážná
64F	vážná
66F	vážná

86F	líná
99F	klidná
165F	klidná
173F	klid

	<b>harmonie</b>
30M	souzvuky
108F	tóny souzní dohromady
111F	neharmonická
131F	snaha o harmonii

	<b>forma</b>
16F	neukončenost
34F	s dramatickým úvodem
70M	uzavřená
80F	hluboké polohy, potom střední
85F	spokojenější zřejmý závěr
134F	písnička
135F	procházka
146F	vývoj

	<b>melodika</b>
13F	tóny
30M	dlouhé tóny
35F	hluboké tóny
48F	citlivý výběr tónů
66F	hluboké tóny
68F	dlouhé tóny
75F	hlubší tóny
80F	hluboké polohy, potom střední
119F	znějí tóny blízko u sebe
134F	písnička
163F	hluboké tóny nejisté

	<b>talent</b>
--	---------------

0

## DVOJÍ PROJEKCE (M5/3)

	<b>nezařaditelné</b>
27F	loučení
31F	varhany
48F	brum, brum
72F	lesní (ptáci, stromy, zvěř)
74F	kontrabas
74F	méd'a
79F	hledá bezpečí

	<b>poslech hudby</b>
50F	zajímavá

	<b>sdělení</b>
5M	volání o pomoc
15F	nevím jestli můžu, smím?
76F	upozornění na sebe
77M	něco vyjadřuje
85F	otázky
88F	tak to cítím já a co ty?
100F	snaha splnit úkol, "stačí?"
131F	chci něco sdělit, ale neumím žít ve svém světě
140F	dialog s klavírem

## CHOVÁNÍ (M5/3)

Osobnost	
	<b>introverze</b>
1F	Princ zakletý ve své věži
6F	samota
6F	zasnění se
9M	introverze
11F	zádumčivě
20F	niternost
21F	tajemná zahrada
39F	hledání sebe sama
40F	introvertní
47F	zadumaná
70M	uzavřená
72F	zádumčivá
104F	introvertní
105F	introverze
107F	uzavření
119F	ve svém světě
126F	je ve svém světě
131F	chci něco sdělit, ale neumím žít ve svém světě
136F	uzamčenost
178F	introvertní
179M	uzavřená

## perseverace

	<b>stagnace</b>
2F	jeden tón
2F	méně energie - stagnace
22F	malá stagnace
42F	jednotvárná, přesto zaujatá pro jednotlivé tóny
117F	lehce ulpívavá

**snížená koncentrace**

	<b>nesoustředěnost</b>
16F	nesoustředěnost
18F	krátká soustředěnost
24F	nesoustředěná
26F	nesoustředěná
29F	přelétavá
36F	krátká pozornost
50F	roztržitá
58F	roztěkaná
75F	střední poloha zjevně nezaujala
89F	nesoustředěná
93F	nesoustředěnost
94F	nesoustředěná
95F	nesoustředěnost
97M	nesoustředěnost
98F	nesoustředěnost
100F	roztěkaná
103M	nesoustředěná
106M	nesoustředěnost
107F	nejspíš nižší koncentrace
112F	nesoustředěná
116F	nejspíš rychle ztrácí zájem
117F	nesoustředěná
121F	nesoustředěnost
123F	rychlé nasycení
141M	krátkodobá pozornost
141M	hra a ztráta zájmu
143F	nesoustředěná
147F	odbíhavá
154F	nesoustředěná
180M	nesoustředěná

	<b>nesourodost</b>
26F	rozdělená
53F	nejasná
56F	nejednotná
56F	nesourodá
57F	dezorganizovaná
73F	z depresivní do veselejší
80F	hluboké polohy, potom střední
90F	ztracený chaos
91F	chaotická
96F	chaotická
98F	hraje jako by nehrál/la
98F	hraje jako by nebyl/la ve svém těle
106M	chaos
111F	neharmonická
112F	chaos
120F	neuspořádaná
122F	rozpačitá
124F	nevyrovnaná
155F	uvolněná a pak upjatá
164F	docela klidné s prvky naléhavosti
166M	rozpačitá
170F	roztrhané
174F	z počátku strašidelná, pak zní tóny optimističtější
177F	zmatená

	<b>neklid</b>
26F	neposedná
84F	neklid
90F	nepokoj
107F	neklid
112F	neklidná
113F	neklidná
115F	neklid
125M	neklid
163F	neposedné

**Tenze**

	<b>vnitřní neklid</b>		<b>nejistota</b>
5M	volání o pomoc	6F	nejistota
37F	upnutý špagátek	12F	nejistota
84F	neklid	17M	nerozhodnost
90F	nepokoj	35F	nejistota

107F	stísněnost	45M	nesmělá
107F	neklid	74F	nejistota
111F	stísněná	78F	zpočátku nejistá
112F	stísněnost	79F	nejistá
112F	neklidná	89F	nejistá
113F	neklidná	95F	nejistota
113F	cítím z ní vnitřní neklid	96F	nejistá
115F	neklid	97M	nejistá
125M	neklid	103M	nesmělá
131F	zoufalá	117F	nejistota
		121F	nesmělá
		122F	rozpačitá
		122F	nejistá
		126F	neodvážná
		128F	nejistá
		130F	nesmělá
		163F	hluboké tóny nejisté
		166M	rozpačitá
		168F	nejistá
		176M	ostýchavá

<b>Koncentrace</b>					
	<b>přemýšlivá</b>	<b>hledání/zkoumání/objevování</b>	<b>opatrná</b>		
8F	rozvážnost	4F	zvědavost	27F	opatrnost
11F	zadumčivě	4F	experiment	29F	opatrná
23F	vážná	19F	hledající	80F	opatrné
31F	hluboká	23F	zkoumající	122F	opatrná
32F	váhavá	25F	zkoumání tónů	139F	opatrná
43M	přemýšlivá	29F	mimoděk vznikající		
44F	rozvážná	56F	náhodná		
44F	přemýšlející	82F	zkoumavá		
47F	zadumaná	99F	hledající		
47F	přemýšlivá	102F	zvídavá		
51F	vážná	118F	zkoumavá		
64F	vážná	129F	přechod do zkoumání zvuku		
66F	vážná	130F	zkoumavá		
69F	hluboká	152M	vyhledávací		
72F	zadumčivá	163F	velké experimentování		
87M	přemýšlivá	167F	hravost		
150F	rozjímavá	168F	objevující		

## 10.4 Analýza dat M5/4

M5/4: Hudba pětiletého chlapce s těžkým kombinovaným postižením na genetickém podkladě s vícečetnou zrakovou vadou

### CHARAKTERISTIKY INTERPRETAČNÍ (M5/4)

	<b>dynamika</b>
68F	silové hraní
74F	hlasitá
122F	rázná
141M	razantní hra
143F	rázná
167F	ráznost

<b>technika hry</b>			<b>přesná - pečlivá</b>
19F	snaha o přesnou hru	18F	jistota
16F	oddělené tóny od sebe	19F	snaha o přesnou hru
16F	křečovitost	20F	jistota
22F	precizní tóny	22F	precizní tóny
38F	pichlavě po tónech	22F	snaha o dokonalost
41F	vyřukávaná melodie	22F	akademismus
45M	hraná po jednotlivých klávesách	26F	přesná
48F	přecházející po klapkách	26F	má konkrétní cíl
73F	skoky	29F	s řádem
73F	krátké tóny, pak prodloužení	30M	konkrétní
73F	dozní-hraje	35F	vyrovnané
79F	zkoušení kláves, co to ve mně vyvolává	36F	pečlivost
80F	trefování se do kláves	42F	přímá
87M	odděleně znějící tóny	62F	jasná
92F	vybírání jednotlivé tóny	66F	jasná
108F	jednotlivé tóny, mezi nimi pomlka	89F	bez strachu
115F	zkoumání klavíru	92F	organizovaná
117F	vždy jeden tón	92F	jistá
124F	opakování tónu	96F	přesná
		96F	touha po konkrétnu
		98F	preciznost
		113F	vyrovnaná

120F	se závěrem
121F	strukturovaná
122F	přesně uspořádaná
122F	chce od ní pravidelnost
122F	jasná
123F	systematická
126F	strukturovaná
153M	krok za krokem
157M	vyvážená
159M	má určitý řád
161F	sebejistá
166M	jasná
166M	cílená
168F	jistota

### VÝRAZ

	<b>ostře</b>		<b>tvrdě</b>		<b>úderně</b>		<b>hravě</b>		<b>citlivě/něžně</b>
21F	ostrost	65F	tvrdá	65F	úderná	46F	hravá	12F	citlivost
66F	ostrá	66F	tvrdá	116F	úsečná	47F	hravá	67M	citlivá
69F	ostrá	151F	tvrdá	116F	úderná	64F	hravá	71F	jemná
120F	ostrá	120F	tvrdá	117F	údernost	104F	hravá	88F	jemná
140F	ostrá			126F	úderná	148M	hravost	88F	citlivá
151F	ostrá			138F	úderná			95F	citlivá
								99F	citlivá
								104F	citlivá
								129F	jemná
								129F	citlivá

### VÝRAZ/EMOCE

	<b>radostně</b>		<b>melancholicky</b>		<b>smutně</b>
4F	radost	6F	melancholie	5M	smutek
77M	radost	12F	melancholie	6F	smutek
106M	radostná	57F	melancholie - se snahou o harmonii	12F	zasmušilost
147F	radostná	90F	melancholická	17M	smutek
		91F	melancholická	32F	smutná
		104F	melancholická	51F	smutná
		142F	melancholická	61M	smutná
		145F	melancholická	72F	smutek
				81F	smutná

83F	smutná
104F	trochu smutná
105F	smutná výpověď
125M	smutná
136F	smutná
137F	smutek
142F	smutná
144F	smutná
146F	smutná
177F	smutná

### CHARAKTERISTIKY KOMPOZIČNÍ (M5/4)

	<b>rytmus</b>
49F	zachovaný rytmus
54F	rytmická
86F	rytmus
111F	rytmická
112F	rytmická
117F	rytmus
122F	chce od ní pravidelnost
129F	rytmická
153M	krok za krokem

	<b>sazba</b>
21F	jednoduchost
27F	jednoduchost
42F	jednoduchá
59M	jednoduchá
81F	jednoduchá
121F	strukturovaná
126F	strukturovaná
175F	jednoduchá

	<b>tempo</b>
2F	klidnější
7F	Pomalá melodická procházka
28F	líná
32F	pomalá
35F	klidné
65F	klidná
94F	klidná
96F	pomalejší
103M	klidná
117F	klidná
141M	pomalé tempo

	<b>styl</b>
42F	klasická
52M	vážná
66F	vážná
176M	vážná

	<b>forma</b>
26F	má konkrétní cíl
27F	posloupnost
29F	s řádem
30M	posloupná
31F	posloupnost
85F	optimistický závěr
89F	stupňující
92F	organizovaná
94F	se smyslem - start, cíl, ukončenost
98F	hledání systému v tónině
120F	se závěrem
121F	strukturovaná
126F	strukturovaná
157M	vyvážená
159M	má určitý řád

	<b>harmonie</b>
57F	melancholie - se snahou o harmonii
99F	harmonická
116F	harmonizační

	<b>talent</b>
3M	skladatel
4F	má talent
9M	muzikant
56F	hudebník
79F	nejvíc připomíná hru na klavír
99F	zjevně vlastní tvorba
134F	muzikant
156F	virtuóz
156F	muzikant
159M	muzikální
171F	talentovaný hráč/hráčka
172F	snaha složit skladbu
180M	muzikální

	<b>melodika</b>
2F	hledání melodie
2F	uvědomělejší melodie
7F	Pomalá melodická procházka
13F	stupnice
16F	pouze tóny
16F	žádný souzvuk
31F	nahoru-dolů, nahoru - dolů - melodika
34F	nahoru-dolů
41F	vytřukávaná melodie
42F	tvoří pestrou melodii
49F	tóny sestupně pak vzestupně
50F	melodická
54F	nahoru a dolů
55F	jednoduchá melodie
60F	vždy jen jeden tón a pořad zhruba stejně nahoru a dolů
65F	vyšší a izolované tóny
73F	melodická
75F	melodická
78F	snaha o zahrnutí melodie
80F	vyšší, střední a zpět
82F	melodická
85F	dětská píseň
86F	melodická
87M	odděleně znějící tóny
94F	řady nahoru, dolů
98F	snaha o konkrétní melodii
105F	pentatonická
107F	stoupání-klesání-stoupání
108F	jednotlivé tóny, mezi nimi pomlka
113F	pentatonika
117F	vždy jeden tón
118F	snaha o melodii
119F	hraje melodii
121F	postupující tóny
123F	melodická
124F	Čína
124F	nahoru dolů
125M	postupné tóny
129F	pokus o píseň
129F	melodická
130F	melodická
144F	jako něco známého - ovčáci...



150F	melodická
152M	melodická
164F	píseň
165F	hledání melodie
169F	hraje si na písničku
169F	jedna melodie
178F	střídání tónů
179M	melodická

## DVOJÍ PROJEKCE (M5/4)

	<b>nezařaditelné</b>
31F	kočka
37F	voda
37F	stíny
72F	děšť
72F	šedá
75F	kapky deště z okapu
170F	zvonivé

	<b>příjemný poslech hudby</b>
48F	příjemná
63F	pohoda
86F	nejpříjemnější
88F	krásná
91F	celkem příjemná
95F	pozitivní
99F	optimistická
107F	pozitivní
111F	příjemná
113F	optimistická
145F	pozitivní
158M	pohoda

	<b>sdělení</b>
39F	nerozumím vnějšímu světu
76F	snaha o komunikaci
88F	velká touha po komunikaci
90F	je sám/a a chce komunikovat, ale neví jak na to
90F	chce něco říct, sdělit
101M	komunikuje
105F	smutná výpověď
121F	komunikující
131F	Nedokážu to, ale když chceš, tak to dělám
160F	vyprávím zážitek
177F	chci aby mě někdo slyšel

## CHOVÁNÍ (M5/4)

### Koncentrace

	<b>přesná - pečlivá</b>		<b>přemýšlivá</b>		<b>opatrná</b>
18F	jistota	4F	hudba je přemýšlivá	1F	opatrnost především
19F	snaha o přesnou hru	11F	rozvážně	14F	opatrná
20F	jistota	15F	dobře promyšlené	56F	opatrná
22F	precizní tóny	29F	sofistikovaná	71F	opatrná
22F	snaha o dokonalost	40F	učenlivá	72F	opatrná
22F	akademismus	52M	vážná	80F	opatrnost
26F	přesná	66F	vážná	110F	opatrná
26F	má konkrétní cíl	76F	rozvážná	114F	kontrolovaná
29F	s řádem	93F	zadumaná		
30M	konkrétní	116F	s rozmyslem		
35F	vyrovnané	118F	přemýšlivá		
36F	pečlivost	130F	intelektuální		
42F	přímá	135F	filosofická		
62F	jasná	154F	přemýšlivá		
66F	jasná	155F	s rozvahou		
89F	bez strachu	165F	přemýšlivá		
92F	organizovaná	176M	vážná		
92F	jistá				
96F	přesná				
96F	touha po konkrétnu				
98F	preciznost				
113F	vyrovnaná				
120F	se závěrem				
121F	strukturovaná				
122F	přesně uspořádaná				
122F	chce od ní pravidelnost				
122F	jasná				
123F	systematická				
126F	strukturovaná				
153M	krok za krokem				
157M	vyvážená				
159M	má určitý řád				
161F	sebejistá				
166M	jasná				
166M	cílená				
168F	jistota				

+

	<b>hledání/zkoumání/objevování</b>
2F	hledání melodie
18F	hledání něčeho
29F	explorativní
29F	hledající
31F	pokusy
34F	experiment
50F	jde po zvuku
53F	vyzkoušení všech tónů, jak který zní
70M	hledající
72F	hledající
79F	zkoušení kláves, co to ve mně vyvolává
84F	hledání
95F	prozkoumávající
97M	zkoumající
98F	hledání systému v tónině
103M	zkoumavá
106M	hledání
107F	objevování
112F	hledání tónů
114F	zkoumavá
115F	zkoumání klavíru
115F	objevování tónů
123F	hledající
127F	hledající
128F	hledání
132F	hledající
163F	experiment
165F	hledání melodie
171F	hledací
171F	porovnávací
173F	hledání se a nalezení se
174F	experimentální

<b>Perseverace</b>		<b>perseverace - ulpívání</b>
	10F	monotónně
	31F	nahoru-dolů, nahoru - dolů
	34F	nahoru-dolů
	49F	tóny sestupně pak vzestupně
	54F	nahoru a dolů

59M	monotónní
59M	opakující se
60F	stereotypní
60F	vždy jen jeden tón a pořad zhruba stejně nahoru a dolů
62F	předvídatelná
80F	vyšší, střední a zpět
81F	jednotónová
94F	řady nahoru, dolů
97M	opakující se
107F	stoupání-klesání-stoupání
124F	opakování tónu
124F	nahoru dolů
169F	jedna melodie

## **11 Externí příloha audio CD**

- 1) nahrávka dítěte s Aspergerovým syndromem (00:47)
- 2) nahrávka dítěte s mentálním postižením vlivem cytomegalovirové infekce (00:13)
- 3) nahrávka dítěte s atypickým autismem (00:43)
- 4) nahrávka dítěte s vícečetným zrakovým postižením (00:46)