



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Možnosti využití muzikoterapie a její vliv na well-being a rozvoj kompetencí u handicapovaných dětí

Vypracoval: Aneta Průšová
Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Má práce na téma Možnosti využití muzikoterapie a její vliv na well-being a rozvoj kompetencí u handicapovaných dětí je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou. Jako cíl mé práce jsem si stanovila zmapovat možné účinky muzikoterapie u handicapovaných dětí. Vybrala jsem si netradiční formu muzikoterapie u dětí s postižením, aby byl můj výzkum odlišný. V teoretické části jsem vymezila pojem muzikoterapie, popsala její historii a její jednotlivé metody a techniky. Dále jsem definovala pojem dítě se zdravotním postižením a další pojmy, které se k němu vážou. Popsala jsem i nejčastější diagnózy dětí s postižením. Následuje několik příkladů rodičů s dítětem s postižením a to, jak se vyrovnali s jeho diagnózou. Ve výzkumné části hledám odpověď na dvě výzkumné otázky: 1. Lze u handicapovaných dětí pravidelně docházejících na muzikoterapii pozorovat nějaké změny? 2. Pokud ano, jaké změny to jsou? Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii. V další kapitole popisuji metody získávání dat, kterými byly pozorování a semistrukturovaný rozhovor. V rámci mého výzkumu jsem docházela jeden rok minimálně jednou měsíčně do Centra Arpida v Českých Budějovicích na kroužek Zpěváčci. Děti, které navštěvují tento kroužek (je jich 13), se učí jednotlivé písně a poté je prezentují na různých vystoupeních během celého roku. Výsledky mého výzkumu jsem popsala na několika úrovních. První úroveň je popis pozorovaných změn u jednotlivých dětí, druhou popis činnosti kroužku během jednoho roku, a třetí hledání obecnější odpovědi na výzkumné otázky. Pokud se týká socializace jedince ve skupině vrstevníků, děti spolu na kroužku komunikují, vtipkují spolu i s paní učitelkou. Sdílejí spolu i události svého života, které jsou pro ně důležité. Záleží jim na úspěšném výkonu. Některé děti mají mezi sebou opravdu přátelský vztah. Druhým výsledkem je socializace jedince ve společnosti. Děti se nebojí na vystoupeních vystoupit z řady ostatních. Ztrácí se i ostych před cizími lidmi, nebojí se někoho zeptat nebo požádat o pomoc. Aby výsledky mého výzkumu byly patřičně validní, konzultovala jsem je s muzikoterapeutkou, která vede kroužek Zpěváčci.

Klíčová slova: muzikoterapie – hudba – dítě s postižením – socializace

Abstract

My thesis on the use of music therapy and its influence on well-being and development of competences among handicapped children is divided into two parts - theoretical and research. The objective of my work is to explore possible effects of music therapy on the handicapped children. I chose a non-traditional form of music therapy among disabled children so that my research could be different. In the theoretical part there was defined the term of music therapy, described its history and its individual methods and techniques. Then I defined the term of handicapped child and other related terms. I described the most common diagnosis of disabled children. There follow a few examples of parents with handicapped children and their ability to cope with their disability in my work. I am seeking answers to two research questions in the research part: 1. Is it possible to see any changes among handicapped children regularly attending music therapy? 2. If yes, what are the changes? I chose a qualitative research strategy. In the next chapter there are described data obtaining methods, which were observation and a semi-structured dialog. Within my research I was visiting the Center Arpida in České Budějovice, the club Little Singers at least once a month for one year. Children who visit this club (there are 13 of them) learn individual songs and then they present them on various performances during the whole year. The results of my research were described on several levels. The first level describes observed changes among individual children, the second level describes work of the club during one year, the third seeks more general answers to research questions. Concerning socialization of individuals at the same age in the group , children communicate and joke in the club together and with their teacher. They share their life experiences which are important for them. They care about their successful performance. Some children have a really friendly relationship with each other. The second result is socialization of individuals in society. Children are not afraid of getting out of the line during the performance. They lose shyness among unknown people, they are not afraid of asking about anything or asking for help. To reach valid research results I consulted them with a musicoterapeud leading the club Little Singers.

Key words: music therapy – music – handicapped child – socialization

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Mé poděkování patří doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, PhD. za odborné vedení, ochotu a podporu, kterou mi v průběhu zpracování mé bakalářské práce věnovala. Děkuji i Mgr. Daně Pšeničkové za její odborné rady a vstřícnost.

Obsah

Úvod	7
1. Současný stav	9
1.1 Muzikoterapie	9
1.1.1 Vymezení pojmu muzikoterapie	9
1.1.2 Historie hudby a muzikoterapie	12
1.1.3 Metody a techniky muzikoterapie	17
1.2 Dítě se zdravotním postižením	20
1.2.1 Pojmy	20
1.2.2 Dětská mozková obrna	24
1.2.3 Hydrocefalus	25
1.2.4 Příklad rodičů s dítětem s postižením	26
2. Cíle a výzkumné otázky	29
3. Metodika výzkumu	30
3.1 Zkoumaný soubor	30
3.2 Metody získávání dat	30
3.3 Metody zpracování dat	32
3.4 Etika výzkumu	32
3.5 Validita výzkumu	32
4. Výsledky výzkumu	34
4.1 Kazuistiky	34
4.2 Zpěváčci	41
4.3 Odpovědi na výzkumné otázky	45
4.3.1 Výsledek 1: socializace jedince ve skupině vrstevníků	45
4.3.2 Výsledek 2: socializace jedince ve společnosti	47
5. Diskuze	49
6. Závěr	54
7. Použité zdroje	55
8. Přílohy	58

Úvod

V současné době mnoho lidí začíná inklinovat k alternativním metodám. Muzikoterapie je jednou z nich. I když její základy jako takové vznikly už v první polovině 20. století, až teprve v posledních letech se začala využívat i v širším pojetí a v mnoha různých oborech a různých podobách. Existuje jen několik opravdových odborníků, kteří provádějí muzikoterapii profesionálně a opravdu ví, co dělají. V České republice není ještě muzikoterapie tak rozšířená jako ve světě. Je známo díky výzkumům, že má muzikoterapie pozitivní vliv na fyzický i psychický stav člověka, ať už jen jako preventivní nebo léčebný či rehabilitační. To dokazují i definice, které byly vytvořeny a jsou mezinárodně uznávané.

Já sama mám hudbu moc ráda v jakékoliv podobě. Ačkoliv nehraji na žádný hudební nástroj a ani profesionálně nezpívám, hudbu prožívám při poslechu a nebo si jen tak zpívám sama pro sebe. Znamená pro mě mnoho a cítím ji celým tělem. Velkým zážitkem pro mě byl jeden víkendový workshop, kde jsem si vyrobila svůj šamanský buben. Po výrobě bubnu jsme se věnovali hudební improvizaci, kdy jsme si každý vybrali jeden nástroj a hráli jsme spontánně. Nešlo vůbec o to, zda jsme hráli do rytmu nebo ne. Nejdůležitější bylo spojení skupiny a prožitek hudby. Někdo jen tak seděl a hrál, někdo hrál a zpíval, někdo jen tančil. Po tomto víkendu jsem se začala zajímat o hudební improvizaci a následně o muzikoterapii. Byl to pro mě zážitek na celý život.

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem chtěla představit trochu jinou podobu muzikoterapie a zjistit, zda opravdu hudba funguje na lidi tak, jak je popisováno v knihách. V mé práci se zrovna nejedná o hudební improvizaci, ale o hudební interpretaci, kterou provádí děti s postižením v Centru Arpida v Českých Budějovicích, kam jsem docházela a děti pozorovala. Zajímala mě také ta skutečnost, jak působí dynamika skupiny na děti, které se scházejí kvůli jedné společné věci.

Cílem mé práce tedy bylo pozorovat tyto děti a zmapovat u nich možné účinky muzikoterapie. V teoretické části mé práce jsem nastínila současné pojetí muzikoterapie a její metody a techniky. Připojila jsem také její historii. Dále jsem popsala pojmy, které se týkají postižení a nejčastější typy postižení CNS, s kterými jsem se setkala u dětí

v Centru Arpida. Nakonec jsem uvedla příklady rodičů dětí s postižením a to, jak se vyrovnali s jejich diagnózou. Ve výzkumné části popisuji cíl a výzkumné otázky mé práce a metodu, kterou jsem použila při výzkumu. Následují výsledky mého zkoumání, které jsou rozděleny do tří podkapitol, diskuze a závěrečné shrnutí. K práci jsou na konci v přílohách připojeny fotografie.

1. Současný stav

1.1 Muzikoterapie

1.1.1 Vymezení pojmu muzikoterapie

Nejprve je třeba si ujasnit pojem muzikoterapie, co to vlastně je a čím se zabývá. Jednu definici popisují Kantor, Lipský a Weber (2009, s. 21): „Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií. Expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Podle nich se nazývají jednotlivé art terapeutické obory – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, biblioterapie a tanečně pohybová terapie.“

Přesnou definici vytvořila Světová federace muzikoterapie, která je mezinárodně uznávaná. Uvádí ji Kantor a kol. (2009, s. 27): „Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.“

Bunt (1994) píše, že muzikoterapie je použití hudby nebo zvuků, které rozvíjí vztah mezi klientem a terapeutem, podporuje a rozvíjí fyzickou, mentální, sociální, emocionální a spirituální pohodu (well – being).

Protože každý jsme jiný a každá země má svou odlišnou mentalitu, existuje mnoho různých definic a pojetí muzikoterapie, které se mění i v čase. Pro porovnání vnímání muzikoterapie v různých zemích uvedu několik definic. Ken Bruscia (1989, s.

57 in Zeleiová, 2007, s. 28), který působí ve Spojených státech amerických jako terapeut, pedagog a publicista, popisuje muzikoterapii takto: „Muzikoterapie je interpersonální proces, při kterém se využívají zkušenosti s hudbou za účelem zlepšení, stabilizace a znovuoobnovení zdraví. Muzikoterapie zahrnuje kreativní zacházení s jednoduše ovladatelnými hudebními nástroji a vůbec s takovými nástroji, které vydávají zvuk, dále zahrnuje zpívání písní a improvizaci s hlasem. Muzikoterapie je systematický proces intervence, během které terapeut podporuje klienta v procesu jeho uzdravování. Přitom jsou použity hudební zkušenosti a vztahy, které se při nich vytvoří, jako dynamické faktory změn.“

Jacob Moreno (2005, s. 12 in Zeleiová, 2007, s. 29), který je synovec psychodramatika Josepha J. Morena a který pořádal v letech 2004 – 2005 v Česku a na Slovensku semináře, používá při muzikoterapii mnohé metody psychodramatu: „Základním – a jednotícím – prvkem je improvizace, jež je společná pro muzikoterapii i psychodrama. Hudební improvizace využívaná v hudební psychodramatické práci je navýsost osobním a objevným projevem, stejně jako osobní hraní rolí v psychodramatu. Umožňuje úžasné zapojení, díky kterému mohou účastníci doopravdy vyjádřit svou vnitřní hudbu.“

Ke vztahu muzikoterapie a psychodramatu se Moreno (2005, s. 16) vyjádřil takto: „Některé výzkumné práce v oboru muzikoterapie se snažily oddělit účinky hudby v terapii a považovaly je za prvek odlišný od působení terapeuta. V praxi jsou oba faktory neoddělitelné a nelze je ani oddělit od vzájemných interakcí mezi terapeutem a individuálním klientem nebo skupinou, na niž je terapie zaměřena.“

Němečtí autoři v poslední době považují muzikoterapii za psychoterapeutický proces: Schroeder napsal (1995, s. 27 in Zeleiová, 2007, s. 32): „Muzikoterapie je psychoterapie prostřednictvím média hudby.“

V Polsku definuje muzikoterapii Janicki (1991, s. 98 in Zeleiová, 2007, s. 36) následovně: „Muzikoterapie zahrnuje metodické použití hudby v systému terapeutických aktivit, mezi něž patří proces diagnostiky, terapie a proces rozvoje osobnosti – pokud vycházíme z interdisciplinárních předpokladů v oblasti hudby, psychologie a metodologie.“

Na Slovensku se o rozšíření muzikoterapie zasloužili Mátejová a Mašura (1992, s. 16 in Zeleiová, 2007, s. 37): „Muzikoterapie je léčebně – výchovná metoda vysoce komunikativního charakteru s mimořádnou šíří indikačního zaměření. Prostřednictvím neverbálních a verbálních médií muzikoterapie je možné preventivně a kurativně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání.“

Pro mě osobně úžasnou definici, která vychází z dávných šamanských tradic, zmínil Šimanovský (2010): „Píseň má za úkol spojit člověka s jeho srdcem.“ Podle něj si má každý najít svou metodu skrze své srdce a tu pak používat a ne ji hledat v knihách.

Na muzikoterapii lze nahlížet v užším významu a širším významu. Pokorná (1982 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 23) přibližuje toto rozdělení: „V užším významu je muzikoterapie chápána ve spojení s psychoterapií, psychologií nebo medicínou. Jeho kořeny najdeme v evropských zemích. Muzikoterapii v užším významu definuje Walther Simon jako specifickou léčebnou psychoterapeutickou metodu, která – podle psychopatologických zákonitostí – užívá specifického hudebně – komunikativního média receptivního i aktivního, aby docílila terapeutických efektů při léčení neuróz, psychosomatických poruch a neuropsychiatrických onemocnění.“

Kantor a kol. (2009, s. 23) uvádí význam muzikoterapie podle Americké muzikoterapeutické asociace z roku 1998 : „Muzikoterapie v širším významu začlenila zkušenosti s aplikací hudby z pohledu speciální pedagogiky, fyzioterapie, neurologie, ošetrovatelství, porodnictví, paliativní péče a dalších. Adekvátní překlad pojmu muzikoterapie z tohoto pohledu již není pouhé „léčení hudbou“, ale „pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy.“

V současné době je muzikoterapie využívána v mnoha oborech a působí na různé potíže a onemocnění. Muzikoterapie se podle Certifikačního výboru pro muzikoterapii používá u jedinců s potížemi, které zahrnují duševní poruchy (psychózy, neurózy, poruchy osobnosti apod.), mentální retardaci, autismus a jiné pervazivní vývojové poruchy, tělesné postižení, senzorická postižení (zrakové, sluchové), terminální onemocnění (onkologická onemocnění, AIDS), poruchy komunikace,

psychogeriatrické poruchy (demence, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba), zneužívání návykových látek a různé druhy závislosti, psychosomatické poruchy (mentální anorexie), poruchy chování, ADHD, oběti týrání a sexuálního zneužívání aj. (Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 181).

Romanowska (2005, s. 77) píše: „Muzikoterapie v psychoterapeutickém přístupu, který se používá v léčebných centrech pro různé skupiny příjemců (hlavně u dětských onemocnění), působí: 1) na představivost – odreagovává; 2) relaxačně; 3) emocionálně aktivizuje; 4) rozvíjí mezilidskou komunikaci; 5) rozvíjí kreativitu; 6) vyvolává psychedelické, extatické stavy (plné klidu, extáze); 7) slouží kontemplaci; 8) umožňuje otevřít se vůči estetice a umění; 9) jako forma tréninku.“

1.1.2 Historie hudby a muzikoterapie

Hudba provází člověka již po staletí a dá se říci, že je jeho důležitou součástí. Krejčová (2009) píše o archeologickém nález: „Archeologové teprve nedávno (1995) ve Slovinsku našli artefakt starý přes 45 tisíc let, který připomínal primitivní flétnu. Dr. J. Ateman podle předlohy vyrobil přesný duplikát a zjistil, že je na něj možno zahrát jednoduché melodie v systému pentatonity – pět tónů v rámci stupnice. Jeho hypotézou je, že byla použita na vábení partnerky k milostným hrám a zvukové vábení bylo a je v přírodě běžným jevem. Do té doby byly známe pouze flétny egyptské či sumerské zhotovené z dutých rostlin před třemi tisíci lety před naším letopočtem.“

Hudba slouží také jako určitý prostředek pro vyjádření emocí, ať už ve formě hrané skladby nebo procítěného zpěvu. Může také v člověku různé emoce vyvolávat. Reakce člověka na hudbu popisuje Franěk (2009, s. 176): „Již přibližně před 100 lety si hudební psychologové (u nás např. Zich, 1910) povšimli různorodosti emocionální reakce při poslechu hudby. Ukázali, že se může jednat o poměrně objektivní a u většiny posluchačů shodně se vyskytující reakce na určité hudební postupy obsažené v díle. Na druhé straně některé reakce mají spíše subjektivní charakter, kdy si posluchač vnáší do hudby nějaký význam či si volně vybavuje vzpomínky a asociace vztahující se k situacím, při kterých tuto hudbu slyšel.“

Halpern a Lingerian (2005, s. 22) říkají toto: „Ukázalo se, že různé skladby, dokonce různá podání stejné skladby mohou u různých osob vyvolat rozdílné účinky. Fyzické dopady hudebního díla mají jen málo společného s hudební chutí nebo vyobrazením lidí. Skutečností zůstává, že přijímané zvuky nás v každém případě ovlivňují.“

Kloud (2013) se vyjadřuje k vnímání hudby člověkem takto: „Způsob, jakým každý z nás vnímá zvukové vibrace, je přitom naprosto unikátní. Žádné dvě uši na celé planetě neslyší zvuk zcela identicky. Slyšíme a vnímáme ho každou buňkou i tím, jak se nás dotýká vzduch, a možná ještě jinak.“

Člověk se dnes setkává s hudbou každý den, ať už chce nebo ne. Hudba nás doprovází celým životem. Od narození, kdy ji slyší dítě z různých přehrávačů, televizorů, hraček i třeba v podobě zpěvu matky, až po smrt, kdy hrají zemřelému na pohřbu. Hudbu posloucháme, když se radujeme, když jsme smutní a pláčeme nebo jen tak, aby nám něco rychleji ubíhalo.

Jak popisují Heal a Wigram (2003) už v břiše matky dítě slyší různé zvuky jako tlukot jejího srdce nebo zvuky z okolí matky. Po narození dítě, které ještě neumí mluvit, využívá zvuky a pohyby k vyjádření. Člověk také umí hvízdát, broukat a ťukat prsty nebo chodidly. Existuje spousta způsobů, jak se vyjádřit jen zvukem.

Brzáková (2014) uvádí názor Smeykala, jak se dívá na hudbu jako na umění: „Když uděláte a zahrajete dobrou písničku, nezmizí. Zůstane její otisk. Hudba zanechává v lidech otisk. A právě písnička je stará forma, kterou lidé vynalezli, aby u nich hudba zůstala, protože si ji z toho otisku vyvolají a mohou si ji zpívat.“

Je však třeba si uvědomit, že hudba se nerovná muzikoterapie. Tuto teorii popisuje Holzer (2010): „Stále jasněji a zřetelněji se ukazuje, že ne vše, co je považováno z dnešního pohledu za hudbu, a je tak i prezentováno a lidmi přijímáno, respektive konzumováno, může být součástí muzikoterapie. Jinak řečeno hudba nerovná se muzikoterapie. Muzikoterapie ale vždy ke svému působení používá nějakou hudbu, či organizované a přírodní zvuky. Ne každá hudba je vhodná k muzikoterapii, nelze použít cokoli – tedy vše, co lidská kultura vytvořila a nahromadila ve zdokumentovaném čase a v celé oblasti, kterou nazýváme hudba, kterou běžně vnímáme, přijímáme a

prožíváme. Ne všechny lidské hudební výtvořy, a že jich je napřič časem a různými kulturami takřka již nepřehledné množství, můžeme označit jako hudbu vhodnou k použití v muzikoterapii. Jen málokdo si ovšem tento princip uvědomuje, jen málokdo se muzikoterapií zabývá opravdu hluboce a vnitřně.“

Podle Bunta a Hoskynsové (2002) se muzikoterapie vyvinula během posledních dvou desetiletí minulého století, tak jak ji známe v dnešní podobě.

Zeleeiová (2007, s. 16) uvádí: „Ačkoliv se dnes akcentuje smyslová funkce hudby spojená s konzumem, ať už všedním (masmédia) nebo elitářským (koncerty), nemělo by se zapomenout na původní funkční jednotu hudby s náboženským a léčitelským rituálem. Dnešní civilizace ji integrovala do podoby liturgické a terapeutické.“

Dále Zeleeiová (2007, s. 17) popisuje, že: „Etnické rituály plnily roli psychosociální hygieny. Jejich léčivý aspekt spočíval v uvolňování emocí. Protože fyziologie a funkčnost sluchového orgánu jsou těsně propojeny s neurovegetativním systémem a projevy emocí jsou vyjadřovány tělesně, jednotu hudby, tance a rituálu umožňovala uvolnění. Dnes bychom hovořili o léčbě psychosomatických poruch.“

Pohled na hudbu jako možnost léčby se v čase vyvíjel. Podle toho lze rozlišit různá paradigmatu hudby. První paradigma Zeleeiová (2007, s. 18) popisuje následovně: „Víra v ozdravnou moc hudby – magické paradigma – konkurovala až do 18. století lékařskému a psychologickému vysvětlení působení hudby. Do nástupu humanitních a přírodních věd byla víra v magii dominující. Dokonce ani moderní muzikoterapie se neobejde bez sugestivních momentů. Autentická kompetence terapeutů a důvěra klientů v jejich schopnosti je základním prvkem terapeutické účinnosti, neboť předpokládá důvěrný vztah. Víra se považuje za nespecifický terapeutický faktor. Dnes bychom v dějinách muzikoterapie vyjádřili toto magické paradigma jako hudební placebo efekt.“

Dalším paradigmatem v hudbě je matematické paradigma, které dominovalo v dobách od 5. tisíciletí př. n. l. a Zeleeiová (2007, s. 19) ho charakterizuje takto: „Vrcholem matematického paradigmatu při vysvětlování účinků hudby na člověka je řecká předsokratovská pythagorejská škola. V 6. století př. Kr. položila základy hudební teorie. Jednotlivým intervalům jsou připisovány zvláštní vlastnosti podle toho, jaký poměr frekvencí vyjadřují. Harmonie představuje pořádek – kosmu (musica mundana),

lidského ducha (*musica humana*) a hudby (*musica instrumentalis*). Při léčbě hudbou toto matematické paradigma vychází z předpokladu, že pořádek (harmonie) uspořádává to, co je v nesouladu (disharmonie).“

Jako třetí paradigma v hudbě uvádí Zeleiová (2007, s. 23) medicínské paradigma, u kterého popisuje několik druhů účinků: „Pevná víra v profylaktický účinek hudby předznamovala další etapu chápání hudby jako posilujícího prostředku. Humorální medicína, zastávající názor, že nemoci způsobuje vnitřní nerovnováha tělesných tekutin, podpořila tzv. teorii disharmonie, která vycházela z matematického paradigmatu.“

V medicínském paradigmatu dále Zeleiová (2007, s. 23) uvádí její účinky, prvním je alopatický: „Podle alopatického účinku harmonie – hudebního souzvuku – se tato chybějící harmonie zpětně nastolila i v těle. Hudba se v tomto případě používala jako terapeutikum, které vyvolávalo opačný stav, než v jakém byl organismus.“

Druhým pak je podle Zeleiové (2007, s. 23) izopatický účinek: „Izopaticky používaná hudba byla v antickém Řecku díky svému katarznímu účinku na tělo a duši dobrou pomůckou duševní hygieny. Izopatickým využitím hudby se mínilo – v protikladu k alopatickému – hraní takové hudby, která svým tempem, rytmem, dynamikou, barvou a konsonancí co nejvíce odpovídala danému psychickému rozpoložení (nemocného) člověka. Nejdříve se hrála hudba, která odpovídala náladě nemocného, tím se vytvořil důvěrný kontakt. Potom se hudba začala postupně měnit, a to způsobem, který ovlivnil chování a emocionální prožitky nemocného žadáným směrem. Izopatický účinek hudby vždy počítá s jistou psychickou regresí.“

Dále Zeleiová (2007, s. 24) hovoří o vývoji medicínského paradigmatu: „Hudba byla ve středověku chápána jako stimulující uklidňující terapeutikum. Historický význam hudby jako terapeutika je více méně překonaný, tím víc a důrazněji je třeba pochopit současnou centrální koncepci ‚hudby jako terapie‘. Rozdíl mezi chápáním hudby v minulosti jako terapeutika – ve farmakologickém smyslu – a dnes jako terapie spočívá především v procesualizaci; zatímco první je většinou jednorázové, druhé vyzdvihuje procesuální stránku a dynamickou podstatu terapeutického účinku. Díky prohloubeným poznatkům o lidském organismu se v 17. a 18. století nemoc přestala vysvětlovat jako nerovnováha tělesných tekutin. To umožnilo využít hudbu

k psychosomatickému působení, při kterém byly fyziologické reakce důsledkem reakcí psychických.“

Poslední paradigma v hudbě, které Zeleiová (2007, s. 24) uvádí, je psychologické paradigma: „Fyziologický a psychický účinek hudby spolu souvisí. Problémy vznikají tehdy, je-li orgán přetížený množstvím zvuků a zvukovým stresem. S tím souvisí i sociální a psychické problémy. Psychologicky orientovaná muzikoterapie nabyla největšího rozmachu ve 20. století. Odpovídá jí léčebně – nebo sociálně – pedagogický koncept muzikoterapie, jakož i koncept psychoterapeutický.“

Šimanovský (2007) popisuje první školy muzikoterapie, které vznikly ve 20. století a osobnosti s nimi spojené. Roku 1948 založil A. Pontvik švédskou školu muzikoterapie a zároveň ve stejném roce vznikla i škola americká. Švédská škola považuje muzikoterapii za centrální obor v psychologii, protože hudba proniká do duše lépe než slova. K tomuto principu se přiklání také Norsko, Dánsko, Finsko a Island. Americká škola je zaměřena sociálněpsychologicky a psychoanalyticky, klade důraz na problematiku chování. Ve Velké Británii byla založena J. Alvinovou Britská společnost pro muzikoterapii. Ta vydává časopis *British journal of music therapy*. V německých zemích se věnují muzikoterapii H. G. Jaedicke a F. A. Fengler. V Lipsku od r. 1969 funguje sekce muzikoterapie založená Ch. Kohlerovou a Ch. Schwabem. V tomto roce byl založen v Paříži Muzikoterapeutický ústav. V Rakousku vzniklo r. 1959 První výchovné a výzkumné muzikoterapeutické centrum. V Salcburku se každý rok pořádá kongres odborníků a hudebních terapeutů. V r. 1971 bylo založeno Švýcarské muzikoterapeutické fórum, díky kterému spolu můžou komunikovat odborní muzikoterapeuti z různých zařízení po celé zemi. V r. 1971 byl také založen německý Výbor pro muzikoterapii a Společnost pro muzikoterapii. Muzikoterapie se vyvíjela i na Slovensku, kde se od r. 1968 začala vyučovat muzikoterapie na Institutu speciální a léčebné pedagogiky při FF UK v Bratislavě. Na Slovensku se zabývají muzikoterapií Z. Mátejová a S. Mašura. Jejich klientelu tvoří hlavně děti a dospělí s poruchou řečové komunikace, neurotické děti a mladiství, děti s LMD, děti s poruchami chování a mentálně retardovaní. V České republice se muzikoterapie začala používat v Praze v psychiatrické léčebně v Bohnicích, na Foniatrické klinice M. Seemana a na

foniatrickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho. V protialkoholní léčebně u Apolináře a ve Středisku péče o mládež a rodinu dlouhodobě působí Jitka Schánilcová – Vodňanská. V Akademii sociálně umělecké terapie v Praze a ve Svobodné waldorfské škole J. A. Komenského v Příbrami působí Josef Krček. Muzikoterapii ve spojení s metodou psychodramatu podle P. Pokorné používají I. Strossová v Opavě a V. Mikula v léčebně Kroměříž. Při Lékařské společnosti v Praze v současnosti pracuje také sekce muzikoterapie.

1.1.3 Metody a techniky muzikoterapie

Podle Bruscia (1998, s. 114 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 183) je metoda definována jako „zvláštní typ hudební zkušenosti používaný pro diagnostiku, intervenci nebo evaluaci“. Muzikoterapeuti využívají čtyři základní metody: hudební improvizace, hudební interpretace, hudební kompozice, poslech hudby.

Kantor a kol. (2009, s. 183) uvádí: „Protože je nespočetné množství způsobů, jak lze uvedené muzikoterapeutické metody upravit nebo obměňovat, každá z nich má mnoho variací. Za účelem zapojení klienta do určité hudební zkušenosti využívá terapeut tzv. procedury – organizované sekvence operací a interakcí.“

Dále Kantor a kol. (2009, s. 183) uvádí: „Uvnitř každého procedurálního kroku může terapeut využít mnoho různých technik. Technika je jednotlivá operace nebo interakce, kterou terapeut použije k dosažení bezprostřední reakce klienta nebo ke tvarování jeho hudební zkušenosti. Procedura může být považována za sérii technik.“

Dalším pojmem je model. Bruscia (1998 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 183) říká: „Model je v podstatě specifikací, jak používat metodu (většinou pro určitou klientelu). Metoda nezahrnuje žádnou teoretickou orientaci, kdežto model vždy.“

První metodu muzikoterapie představuje hudební improvizace. Nordoff a Robbins (1997 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 184) ji definují takto: „Hudební improvizace představuje spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů. Předností této metody je, že s její pomocí můžeme obvykle vyvolat hudební reakce i u klientů s velmi těžkým postižením.“

K hudební improvizaci se vyjadřuje i Moreno (2005 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 185): „Z pohledu klinické praxe má odlišné využití individuální a skupinová hudební improvizace. V individuální improvizaci se ukazují problémy jednotlivce, struktury jeho osobnosti, kreativita, sebepojetí a prožívání. Skupinová improvizace umožňuje mapovat sociální interakce a sociální dovednosti klientů, jejich vztahy, postavení uvnitř skupiny, preferované coping strategie a schopnosti neverbální komunikace.“

Nofldoff, Robbins (2003 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 185) dále popisují improvizaci následovně: „Improvizační činnosti nabízejí klientovi příležitost k volbě a k rozvoji kreativity, spontaneity a hravosti. S rozvojem terapeutického vztahu se mohou změnit ustrnulé nebo patologické vzorce reagování. Nové dovednosti může klient snáze integrovat do běžného života.“

Druhou metodu muzikoterapie, kterou je hudební interpretace, shrnuje Bruscia (1998 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 195): „Při hudební interpretaci se klient učí/provádí překomponovanou vokální nebo instrumentální hudbu nebo reprodukuje jakýkoliv druh hudební formy, která slouží jako model. Primární kandidáti pro tuto metodu jsou klienti, kteří potřebují strukturu k rozvoji specifických dovedností a chování v určitých rolích. Jsou to např. klienti s autismem, ADHD, příliš úzkostní klienti. Dále je hudební interpretace indikována klientům, kteří se potřebují naučit porozumět a přizpůsobit se myšlenkám a pocitům jiných, zatímco se učí uchovat si svou identitu.“

K hudební interpretaci patří beze sporu i zpěv písní. Zpěv písní ve skupině popisuje Kantor (2007): „Skupinový zpěv přivádí zúčastněné ke společnému kontaktu, poskytuje anonymitu projevu a možnost odreagování. Zapojuje percepční, motorické, emocionální, kognitivní a další funkce. Klient by se měl identifikovat nejen s obsahem písně, ale také s jejími slovy. Pro děti jsou méně účinné písně, které obsahují příliš abstraktní, nezáživná nebo věkově nepřiměřená slova.“

Třetí metodu představuje hudební kompozice, kterou Bruscia (1998 in Kantor, Lipský, Weber, 2009, s. 199) vysvětluje takto: „Kompozice hudby zahrnuje kreativní vytváření písní, textů, instrumentálních skladeb nebo jakéhokoliv druhu hudebního

produktu (např. hudební video nebo audionahrávka). Důležité je, že se na kreativním procesu podílí klient. Terapeut většinou přebírá odpovědnost spíše za technické aspekty procesu a nechává klienta pracovat podle jeho hudebních schopností, např. klient vytváří melodii písně a terapeut harmonii.“

Poslední metodou je poslech hudby. Ten Kantor, Lipský a Weber (2009, s. 201) charakterizují následovně: „Při terapeutickém poslechu klient hudbě naslouchá, přičemž reaguje na hudbu verbálně nebo neverbálně. Hudba může být živě hraná nebo reprodukována, instrumentální nebo vokální. Také se může jednat o hudební vystoupení, kompozici klienta, terapeuta nebo nahrávky různých stylů. Poslech je zaměřen na tělesné, emocionální, intelektuální, estetické nebo spirituální aspekty hudby. Poslech hudby usnadňuje navázání kontaktu (poslech oblíbené hudby klienta), komunikaci a interakci mezi terapeutem a klientem. Pomáhá klientovi začít mluvit o svých potížích a usnadňuje jeho sebereflexi.“

Podle Kantora, Lipského a Weber (2009) se muzikoterapie z hlediska modelů dělí na kreativní a nekreativní muzikoterapii. V kreativní muzikoterapii se klade důraz na improvizaci a spontánní projev klientů. Do nekreativní muzikoterapie lze zahrnout modely, které jsou založené na výzkumech, jak působí hudba na člověka. Muzikoterapeutických modelů existuje mnoho, např. akcelerované učení, aktivní a receptivní muzikoterapie, analytická muzikoterapie, antroposofická muzikoterapie, experimentálně – improvizční terapie, melodicko – intonační terapie, Orffova muzikoterapie, vibroakustická terapie a další.

Co se týče antroposofické muzikoterapie, ta vychází z antroposofie Rudolfa Steinera. Tento model muzikoterapie u nás provádí v praxi Josef Krček. Ten popisuje teorii, že hudba se skládá ze tří složek – hudby všech světů (*musica mundana*), hudby uvnitř člověka (*musica humana*) a hudby, která byla vytvořena pomocí nástrojů (*musica instrumentalis*). *Musica humana* je obsažena v těle a v duši a ve vzájemném spojení těchto dvou složek. Cílem této muzikoterapie je harmonie všech článků bytosti, které jsou tělesné, duševní a duchovní. Je vhodná pro pacienty, kteří se staví ke své nemoci pasivně. Pravidelné cvičení posiluje vnitřní síly a nastoluje jejich rovnováhu (Krček, 2008).

O rovnováze všech složek těla hovoří i Daniel a Michaela Plecháčkovi (2013): „Vnitřní nerovnáha může způsobovat onemocnění a psychickou nepohodu. Působením zvuku (muzikoterapií) je možné v těle posílit samoléčebné procesy. Vibrace a zvuk působí celostně, mají relaxační účinky a podporují uvolnění a odbourání stresu.“

1.2 Dítě se zdravotním postižením

1.2.1 Pojmy

Je třeba si ujasnit některé pojmy, které jsou společně definovány v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví. Těmito pojmy jsou impairment, disability, handicap a postižení.

Jankovský (2006, s. 38) definuje tyto pojmy takto: „Impairment je vhodné chápat jako poruchu, poškození, ztrátu, resp. abnormalitu ve funkcích či strukturách fyziologických, somatických, resp. anatomických a ovšem také psychických. Tato porucha je tedy změna funkce na úrovni tělního orgánu či systému.“

Pojem disability Jankovský (2006, s. 38) popisuje následovně: „Pojmem disability vyjadřujeme omezení, chybění, neschopnost, nemožnost, invaliditu, zdravotní postižení – ve smyslu následku poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je to obvyklé. Jedná se tedy o poruchu na úrovni celého jedince.“

Další pojem – handicap definuje Jankovský (2006, s. 38) takto: „Handicapem jsme dříve rozuměli spíše znevýhodnění než postižení. Projevuje se zejména snížením, resp. omezením možností (výkonu) daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně zastal, pokud by ovšem nebyl znevýhodněn. Takto je tedy handicapovaný člověk znevýhodněn (poškozen) právě při plnění svých sociálních rolí. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti.“

Dále Jankovský (2009, s. 37) shrnuje změny v Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: „V poslední (definitivní) verzi Mezinárodní klasifikace

funkčních schopností, disability a zdraví z r. 2001 jsou patrné významné změny. Toto nejnovější (definitivní) pojetí opouští úplně pojem handicap, který vnímá spíše jako zavádějící (matoucí) a místo něj používá výrazu restringovaná (omezená) participace, díky níž jedinec vlastně nemůže vykonávat určité aktivity. Participace je tak vnímána jako snížení aktivity, které je pro daného jedince omezující (restringující) právě v té aktivitě, která je pro něj důležitá ve vztahu k sociálnímu prostředí (je tedy zřejmé, že při výkonu profese, zaměstnání, hraje faktor prostředí významnou úlohu).“

Postižení pak Jankovský (2006, s. 36) definuje takto: „Pojem „postižení“ může být chápán v různém významu, čemuž stále ještě napomáhá poměrně značná terminologická nejednotnost, a to nejen u nás, ale také v zahraničí. Dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, byl diagnostikován defekt, a podle druhu a stupně postižení následovalo opatření. V edukační oblasti to bylo zařazení do příslušného typu speciální školy. Současnému pojetí péče, a zejména v rámci pedagogických prostředků rehabilitace, mnohem lépe odpovídá vnímání postižení jakožto dimenze, tedy určitého rozměru života. I zde se uplatňuje interdisciplinární přístup a z hlediska výchovně vzdělávací práce se do popředí dostává diagnostika psychologická a zejména pak speciálně pedagogická. V těchto intencích je pak zapotřebí zvolit vhodné postupy, podpůrná opatření, a to vše v duchu integrace, kdy se právem očekává, že se např. dítě (resp. žák) s postižením bude vzdělávat, pokud je to možné, v běžné (podle místa bydliště kmenové) škole, což napomůže jeho přirozenému a nenásilnému začlenění v rámci majoritní populace. Pokud se podaří celý problém zvládnout tímto způsobem, pak můžeme hovořit o faktickém vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a tento přístup, resp. spíše postoj či přesvědčení (nikoliv pouhý akt nebo čin), je označován jako inkluze.“

Při diagnostice a práci s osobami s postižením má být kladen důraz na holistické pojetí člověka, tedy na jeho bio – psycho – sociální složky. S tímto pojetím se používá také pojem ucelená rehabilitace.

Rehabilitaci popisuje Votava (2005, s. 9) následovně: „Novolatinský pojem ‚rehabilitace‘ byl zaveden v 19. století a znamenal původně léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (habilis = schopný). Cílem rehabilitace v dětství

je podporovat přirozený vývoj a přiblížit ho i u postiženého dítěte vývoji jeho zdravých vrstevníků, případně dosáhnout zcela fyziologického vývoje.“

Definici ucelené rehabilitace popisuje Jankovský (2006, s. 19) takto: „Jedná se o současné pojetí rehabilitace, která již není chápána natolik striktně a stavovsky, tedy jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou a pracovní. V tomto duchu máme na mysli tedy spíše rehabilitaci dlouhodobou, kterou je ovšem zapotřebí odlišit od rehabilitace krátkodobé, či přechodné, která má za cíl spíše návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice, případně navazuje na léčení méně závažného onemocnění.“

Definice rehabilitace dle WHO vznikla v roce 1969, ale časem se mění, jak popisují Pfeiffer a Švestková (2005, in Jankovský, 2006, s. 20): „Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti. V roce 1981 pak došlo k následujícímu rozšíření definice rehabilitace: Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého. Konečně z roku 1994 pochází definice charakterizující rehabilitaci jako: proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.“

Cíl rehabilitace vysvětluje Votava (2005, s. 15): „Cílem rehabilitace je pochopitelně především návrat k původnímu stavu zdraví. Avšak ani pojem zdraví není zcela jednotně chápán. Neměla by to být pouhá nepřítomnost nemoci (nebo postižení), ale, opět podle mezinárodní definice, „tělesná, duševní a sociální pohoda (anglicky „well – being“). V pojmu aktivního zdraví je zahrnuta schopnost přizpůsobit se životním podmínkám a správně reagovat na jejich změny. Pokud ovšem není odstranění nemoci či postižení možné a dosažení funkční schopnosti je v některých směrech omezené, je třeba stanovit další cíle rehabilitace.“

Dále se k cíli vyjadřuje Votava (2005, s. 15) takto: „Takovým cílem je začlenění OZP do společnosti, což souvisí s deinstitucionalisací, tedy návratem OZP z ústavní izolace do přirozeného prostředí. V poslední době se za významný cíl celé zdravotní

péče, ale především rehabilitace, považuje dosažení optimální kvality života, která má vždy subjektivní a objektivní složku a je u každého jedince velmi individuální. A konečně významným cílem, stanoveným deklarací OSN z r. 1993, je vyrovnání příležitostí OZP s osobami nepostiženými.“

Z hlediska typu postižení rozeznává Votava (2005, s. 13) tyto hlavní skupiny: „tělesně (motoricky) postižení: Jedná se především o poruchy hybného ústrojí, tedy osoby, jejichž diagnóza spadá do oblasti neurologie, ortopedie a traumatologie, nebo revmatologie; zrakově postižení: nevidomí a slabozrací na podkladě úrazů i degenerativních onemocnění; sluchová postižení: neslyšící a nedoslýchaví buď od narození, nebo v průběhu života; postižení vnitřními chorobami (civilizační nemoci): kardiaci, astmatici, onkologičtí pacienti aj.; mentální postižení (retardace); demence čili zrychlený úbytek rozumových schopností ve starším věku; psychiatričtí pacienti; samostatné těžší poruchy řeči; kombinovaná a další postižení.“

Protože jsem zkoumala skupinu dětí, které dochází na kroužek, je třeba si definovat i pojem skupina. Podle Jandourka (2008, s. 89) je skupina toto: „Sociologie považuje za skupinu množství jedinců od tří až po větší celky. Přesně vymežit skupinu pouze počtem členů nelze, pokud jde o malé skupiny, tak se jejich počet pohybuje mezi třemi až pětadvaceti, možná až padesáti.“

Dále Jandourek (2008, s. 90) popisuje skupinu takto: „Nejde o nahodilé nakupení lidí, ale vztahy mezi jedinci jsou tu pravidelné a trvalejšího rázu. Nakolik drží skupina pohromadě, řekněme tomu třeba míra integrace, může být ovšem různá. Někdy se uvádí jako známka skupiny sdílený pocit „my“, tedy jakési skupinové vědomí, které příslušníky odlišuje od nečlenů. K dalším dodatečným znakům patří např. společný cíl, skupinové normy, vytvoření skupinových rolí a struktur, vznik tradic a zvyklostí.“

K pojmu skupina hned navazuje pojem socializace. Jandourek (2008, s. 81) definuje socializaci následovně: „Jedinec prochází během svého života procesem nazývaným socializace. Během něho si osvojuje dovednosti, znalosti a normy, učí se dobře hrát společenské role. Řeceno jednou větou, jedinec si přisvojí kulturu, ve které žije. Socializovaný jedinec by měl ovládat své pocity a pudy, mít vyvinuté svědomí,

zvládat role týkající se rodiny, rodičovství, partnerství a povolání a rozlišovat, co je v životě důležité.“

Podobnou definici představují Výrost a Slaměník (2008, s. 49): „Lidský jedinec přichází na svět jen jako potenciální člověk. Člověkem se stává v procesu socializace, jehož výsledkem je získání specificky lidských způsobů psychického reagování, vnímání, myšlení, cítění a konání, tedy osvojení si vlastností, které mu umožňují život ve společnosti.“

K socializaci bych ještě doplnila její čtyři stupně, které popisují Renotierová, Ludíková a kol. (2006, s. 22): „1. integrace (z lat. integer – začlenění) vyjadřuje úspěšné a de facto bezproblémové začlenění postižených jedinců do pracovního a společenského prostředí bez potřeby dalších zvláštních opatření (úlev, výhod, individuální pomoci aj.), 2. adaptace (z lat. adaptatio – přizpůsobení) – jedná se o poměrně úspěšné začlenění postiženého člověka do společnosti intaktních, která však musí být jeho potřebám přizpůsobena, 3. utilita (z lat. utilis – potřebný, užitečný) – jde o sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, která představuje jeho zařazení do společensky užitečné práce za předpokladu celoživotní společenské ochrany a pomoci, 4. inferiorita (z lat. inferior – nižší) vyjadřuje sociální nepoužitelnost, segregaci. Není možné začlenění postiženého jedince do běžného společenského prostředí a do pracovního procesu pro velmi těžké, většinou vícenásobné postižení. Sociální vztahy jsou nevytvořeny, resp. zcela ztraceny.“

1.2.2 Dětská mozková obrna

Nejčastější diagnózou u dětí, které jsem pozorovala v Centru Arpida, je DMO a to ve všech možných formách.

Seidl (2008, s. 143) definuje DMO takto: „Dětská mozková obrna (DMO) je onemocnění, které vzniká během těhotenství matky, během porodu dítěte nebo v době od porodu do jednoho až dvou let (v pre-, peri- a postnatálním období). Pro dětskou mozkovou obrnu je typické, že postižení nepokračuje, ale naopak může pomocí rehabilitace docházet ke zlepšení klinického stavu. Na vznik DMO působí vlivy prenatalní (onemocnění matky v těhotenství, užívání léků, drog, chromozomální

anomálie, záření), perinatální (hypoxie v období porodu, prolongovaný porod, předčasně porozené nebo naopak přenášené dítě, vícečetné těhotenství, porod koncem pánevním, kleštěmi) i postnatální (úrazy, infekce dítěte).“

Definice DMO podle Krause (2005, s. 67) zní: „Dětská mozková obrna je trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku. Chybění progresu mozkové léze však není absolutní. Poškození, která se objevují v pozdním prenatálním nebo v postnatálním období, se dále vyvíjejí, vzniká postnatální jizvení, progresivní atrofie, gliózy s retrakcí nebo kavitace.“

Existuje několik forem DMO – hemiparetická forma DMO, bilaterální spatické formy, dyskinetická forma, cerebelární forma a smíšené formy.

1.2.3 Hydrocefalus

Další diagnózou u některých dětí, které navštěvují Centrum Arpida, je hydrocefalus. Seidl (2008, s. 141) definuje tuto diagnózu následovně: „Hydrocefalem označujeme zmnožení obsahu mozkomíšního moku uvnitř mozkových komor a/nebo v subarachnoidálních prostorách mozku a míchy. Vzniká diskrepancí mezi jeho sekrecí na straně jedné a resorpcí na straně druhé. Hydrocefalus není nemoc, ale syndrom s řadou příčin.“

Dále Seidl (2008, s. 141) popisuje druhy hydrocefalu: „Ve vztahu k umístění překážky v cirkulaci likvoru rozlišujeme hydrocefalus obstrukční (překážka v komorovém systému), kdy je patrné rozšíření komorového systému proti proudění likvoru, a hydrocefalus komunikující (intaktní komorový systém, překážka na úrovni subarachnoidálních prostorů. Nejčastější příčinou je porucha resorpce likvoru. Může se vytvořit po subarchnoidálních krvácení, zánětech apod. Hydrocefalus hypersekreční vysvětluje zvýšená tvorba likvoru, je vzácný – provází někdy zánět nebo nádor chorioidálních plexů. Samostatnou jednotku představuje normotenzní hydrocefalus, vyžadující splnění klinické Hakimovy trias (demence, apraxie chůze a inkontinence).“

1.2.4 Příklad rodičů s dítětem s postižením

Přístup k léčbě je důležitý jak ze strany dítěte, tak i ze strany rodičů. Narazila jsem na knihu od Fitznerové, která popsala svůj životní příběh. Narodila se jí holčička Karolínka s postižením. V knize vypráví o tom, jak probíhalo její těhotenství, jak přistoupila k tomu, že porodila dítě s postižením a jak se s tímto zjištěním vyrovnávala. V závěru knihy doporučuje různé alternativní léčby a relaxační techniky jako jsou jóga, meditace, malování a hudba. Hudba je pro ni v životě hodně důležitá.

Fitznerová (2010, s. 144) popisuje svůj vztah k hudbě takto: „Kromě malování mě uvolňuje hodně i hudba, nejvíc jen jednoduché improvizace, při kterých se výborně ventilují emoce. Jak hraju, přelévám to, co mi leží na srdci a v duši, v černobílou řadu kláves a pro mne příjemný zvuk. Takové hraní je vlastně také určitým druhem meditace – soustředím se na ventilování pocitů a cítím velkou úlevu a uvolnění.“

Karolínčino postižení a postoj k němu popisuje Fitznerová (2010, s. 135) takto: „Přestože mi genetici nabídli poměrně jednoznačné vysvětlení toho, proč je Karolínka jiná a má svůj zdravotní handicap (vše je dáno jejím genem „navíc“, jde o trizomii 9p), úplně mi to nestačilo. A přemýšlela jsem dál. Genová mutace vznikla v mém případě v zárodečné buňce jednoho z mých rodičů. Já jsem se s přestavěnými geny 9 a 22 už narodila, aniž bych o tom samozřejmě věděla. V mém případě – u vybalancované genetické mutace – se jedná z pohledu dnešní medicíny a genetiky o zdravého jedince s minimálním rizikem zdravotního problému. U Karolínky jde o celoživotní kombinované postižení. Jednoduše se to dá představit asi tak, jako když se vám v počítači zblázní software – např. růst kostí je u naší dcery o dva až tři roky opožděný oproti zdravým dětem, podobně opožděně dozrává i její nervová soustava aj. Mozek trápí epileptické výboje vedoucí k jakýmsi „minizkratům“ v podobě malých epileptických záchvatů. Pravá Karolínčina nožička je a bude kratší, protože se nevyvíjí hlavičky stehenního kloubu, která je i tvarem deformovaná, což způsobuje potíže při chůzi. Není toho málo, s čím se Kája musí a bude muset i v budoucnu vypořádat.“

Fitznerová (2010, s. 65) radí, jak se mají rodiče k dítěti chovat a co je pro něj důležité, aby cítilo, že je milováno: „Všímejte si drobných radostí v životě. Důležité

jsou i přirozené, jemné dotyky, které snižují hladinu stresového hormonu kortizonu. Svě dítě proto hladěte a mazlete se s ním. Udělejte si čas na společnou masáž. Výborné je i míčkování, rehabilitační metoda, kdy dítěti uvolňujeme svaly pomocí různě velkých míčků, kterými provádíme masáž určitým směrem a tahem. Moc dobrá je dětská jóga. Nálada se dá ladit také pomocí hudby – pro zklidnění vyhledejte nahrávku s relaxační hudbou, pro rozpohybování naopak písničky z dětských večerníčků a pohádek. Můžete i tančit podle hudby, používat různé jednoduché hudební nástroje (bubínky, dřívka, flétničky, řachtátka, rumbakoule, harmoniku...). Dělejme vše pro to, aby doma vládla dobrá nálada a pohoda.“

Dále jsem se inspirovala knihou Sobotkové a Dittrichové, která obsahuje několik příběhů rodičů, kterým se narodilo dítě s postižením. V úvodu Sobotková a Dittrichová (2009, s. 16) popisují, za jakým cílem tato kniha vznikla: „Základním cílem bylo alespoň trochu pomoci rodičům, u nichž je radost z narození potomka přehlušena jeho zdravotními komplikacemi. Zamýšlely jsme se proto nad otázkou, jaké faktory hrají asi roli v tom, že někteří rodiče se nemohou vypořádat s danou těžkou situací, která je potkala, hůře přijímají dobře míněné rady, uzavírají se více do sebe a obtížně se s nimi navazuje kontakt. Jsou i tací, kteří odmítají přijmout informaci o postižení či problémech dítěte a přeruší raději s odborníky kontakt, nebo přecházejí od jednoho odborníka k druhému v domněnku, že jim poskytne příznivější informace. Takovéto klima neprospívá terapeutickému, rehabilitačnímu ani poradenskému snažení zlepšit průběh vývoje dítěte a nešťastní pak mohou být rodiče, dítě i odborníci.“

V této knize jsou příběhy rodičů, kteří se přes počáteční problémy dokázali s postižením dítěte vyrovnat a dnes žijí spokojený život. To popisují Sobotková a Dittrichová (2009, s. 106) takto: „Po počáteční bolesti se pozornost rodin obracela k tomu, jak nejlépe a ze všech sil o dítě pečovat. Ve všech případech si v tomto pomáhali manželé navzájem a často pomáhali příbuzní i blízcí.“

K vyrovnání se člověka s těžkou životní situací se vyjadřuje i Kushner (2005, s. 76): „Jediné, co můžeme udělat, je přestat se ptát, „proč se to stalo“, a položit si otázku, „co máme dělat, když už se to stalo““.

Když se člověk dozví od lékaře vážnou diagnózu jejich dítěte, není vůbec jednoduché se s tím hned vyrovnat. Prochází různými psychickými fázemi, tyto fáze popsala Elizabeth Kübler – Rossová. Jak popisuje Jankovský (2003, s. 131): „Nemocného však nevnímá izolovaně, ale v jeho sociálních vztazích. Závažné onemocnění totiž většinou zasáhne nejen samotného nemocného, ale také jeho rodinu, resp. její nejbližší členy (životního partnera, děti).“

H. Haškovcová (1994, s. 151 in Jankovský, 2003) vychází z Kübler – Rossové, ale doplňuje ještě nulitní (nulovou) fázi. Člověk si začíná uvědomovat, že se něco děje. Přemýšlí, zda má navštívit lékaře a nebo ještě čekat. Další stadia jsou popsána podle Kübler – Rossové (1992 in Jankovský, 2003). První fáze je určována prvotním šokem. Je to doba, kdy nemoc přichází a pacient se ptá, proč právě on. Cítí úzkost a tíseň. Na to navazuje fáze popření, při které se člověk stáhne do sebe a přemýšlí o tom, že se lékaři spletli, že on určitě nemůže být nemocný. Následuje období hněvu a agrese, které pacient směřuje proti ošetřujícímu personálu a svým blízkým. Po této fázi se dostavuje fáze smlouvání. Dostavuje se touha po uzdravení a pacient je schopen mnoha obětí. Přehodnocuje své životní hodnoty. Další fází je deprese, která je reakcí na zátěž pacienta. Má strach ze smrti nebo z nových skutečností. Závěrečnou fází je akceptace pravdy, která může mít podobu smíření a klidu nebo naopak rezignace a zoufalství. V tomto stadiu je třeba, aby blízcí nemocného podporovali a udělali vše proto, aby vyrovnání s onemocněním vyústilo ve smíření a ne v rezignaci.

Jankovský (2003, s. 134) shrnuje fáze vyrovnávání takto: „Dále je důležité si uvědomit, že průběh vyrovnání se nemocného se závažným onemocněním není lineární. Jednotlivé fáze mohou mít různou délku trvání, mohou se opakovat nebo naopak chybět, být variabilní v závislosti na průběhu a závažnosti onemocnění atp.“

2. Cíle a výzkumné otázky

Jako cíl mé práce jsem si stanovila zmapovat možné účinky muzikoterapie u handicapovaných dětí.

Výzkumné otázky jsou následující:

1. Lze u handicapovaných dětí pravidelně docházejících na muzikoterapii pozorovat nějaké změny?

Pokud ano, další otázkou je:

2. Jaké změny u těchto dětí lze pozorovat?

3. Metodika výzkumu

Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii.

3.1 Zkoumaný soubor

Jako zkoumaný soubor jsem si vybrala skupinku dětí z Centra Arpida v Českých Budějovicích, které pravidelně docházejí na kroužek muzikoterapie. Říkají si Zpěváčci a pravidelně během roku mají několik veřejných vystoupení. Celkem jich vystupuje 13 (z toho 6 děvčat a 7 chlapců) a kroužek pravidelně každý týden navštěvuje 10 dětí. Věkové rozpětí se pohybuje od 10 let do 24 let. Ty starší docházejí na kroužek už několik let, některé dokonce už 13 let. Co se týče diagnóz, ve většině případů se jedná o DMO, pak o hydrocefalus, dále syndrom Dejerinne Sottas nebo paleocerebelární syndrom. K těmto postižením se připojují i oční vady, sluchové vady, epilepsie nebo strabismus. U dvou chlapců se vyskytuje i ADHD syndrom. Data jsem také získávala od paní Mgr. Pšeničkové, se kterou jsem se o jednotlivých dětech bavila, rozebírala s ní jejich osudy, dovednosti, pokroky.

3.2 Metody získávání dat

Vzhledem k tomu, že můj výzkum je kvalitativní, zvolila jsem metody pozorování a semistrukturovaný rozhovor.

Hendl (2005, s.191) charakterizuje pozorování takto: „Je zcela přirozené pozorovat různé projevy lidí. Rozhovory obsahují vždy směs toho, co je, a toho, co si o tom respondent myslí. Pozorování naproti tomu představuje snahu zjistit, co se skutečně děje. Schopnost pozorovat se – tak jako schopnost vést rozhovor – užívá i při každodenních činnostech. V kvalitativním výzkumu jde o její promyšlené používání. Přitom nejde jenom o vizuální, ale často i o sluchové, čichové a pocitové vjemy. Pozorování nám také pomáhá doplnit naši zprávu o popis prostředí (např. vybavení školy, úřadu).“

Pozorování pak rozděluje Hendl (2005) podle určitých dimenzí. Zda jde o pozorování skryté nebo otevřené, kdy pozorovatel účastníky neinformuje o své činnosti nebo informuje. Podle toho, do jaké míry pozorovatel participuje na dění, se rozlišuje zúčastněné a nezúčastněné pozorování. Dále může být pozorování strukturované nebo nestrukturované. Během výzkumu má pozorovatel určitou roli, může se však i měnit podle potřeby. Působí jako úplný účastník nebo účastník jako pozorovatel nebo pozorovatel jako účastník a nebo jako úplný pozorovatel.

Mé pozorování bylo otevřené a nezúčastněné. Nezúčastněné pozorování popisuje Hendl (2005, s. 201) následovně: „Nezúčastněný pozorovatel minimalizuje interakci s pozorovanými subjekty a snaží se získat záznam chování jedince nebo jedinců ve skupině. Hlavní výhodou takového přístupu je, že není tak obtruzivní (vtíravý a nápadný) jako zúčastněné pozorování a není tak ovlivněný citovou angažovaností pozorovatele. Na druhé straně se o některých aspektech, jako jsou postoje účastníků a jejich vnímání, získávají informace obtížněji. V kvalitativním nezúčastněném pozorování se snažíme pomocí protokolu získat nejširší záznam toho, co lidé dělají a říkají.“

Děti jsem na kroužku pozorovala a zapisovala si jaké písně se učí na vystoupení, jak jim to jde a jakou měly ten den děti náladu, popř. nějaké jejich neobvyklé chování. Zároveň jsem si psala poznatky o každém zvlášť, abych je pak mohla zahrnout do jednotlivých krátkých kazuistik. Kroužek jsem navštěvovala ve čtvrtek alespoň jednou za měsíc, jak mi to rozvrh a praxe dovozovaly. Některý měsíc jsem se byla podívat na děti víckrát a některý měsíc jsem se za nimi nedostala. Celkově jsem je ale navštívila více než desetkrát. S pozorováním jsem začala na jaře 2013 a skončila na jaře 2014. Po celou dobu jsem vše konzultovala s paní Mgr. Pšeničkovou, která tento kroužek vede a má v Centru Arpida na starosti vše, co se týká muzikoterapie. Kromě Zpěváků vede ještě několik kroužků. Díky ní se vlastně s muzikoterapií začalo v Centru Arpida pracovat.

Během mého výzkumu jsem se snažila pozorovat každé dítě jednotlivě a poznat ho. Sledovala jsem, jak se chová ve skupině k ostatním dětem, jak se chová k paní učitelce a jak se chová přede mnou. Na základě toho jsem vytvořila krátké kazuistiky dětí, kde

jsem uvedla jejich postižení a charakteristiku dítěte. Dále jsem zapsala důležité momenty z jednotlivých hodin muzikoterapie a z vystoupení.

Nakonec jsem provedla s Mgr. Pšeničkovou semistrukturovaný rozhovor, kde jsem se dotazovala na jednotlivé děti a jejich životní příběhy a další otázky, které jsem ke svému výzkumu potřebovala zodpovědět.

3.3 Metody zpracování dat

Hlavní metodou zpracování dat byla kvalitativní obsahová analýza zapsaných pozorování a poznámek z rozhovorů. Texty jsem opakovaně pročítala a pak z nich jednak vytvářela příběhy jednotlivých dětí, jednak hledala odpovědi na mé dvě výzkumné otázky. Jak popisuje Hendl (2005, s. 223): „Kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku.“

3.4 Etika výzkumu

Před tím, než jsem začala chodit na kroužek Zpěváčků, domluvila jsem se s Mgr. Pšeničkovou a poté jsem také mluvila s ředitelem Centra Arpida a ptala se, zda tam mohu provádět svůj výzkum. Fotografie, které jsou uvedené v přílohách, jsou běžně dostupné na internetu nebo byly pořízeny na veřejných vystoupeních. Jména všech dětí nejsou skutečná, ale smyšlená.

3.5 Validita výzkumu

Aby tvorba příběhů dětí a odpovědi na výzkumné otázky nebyla založená jen na mých subjektivních pozorováních a pocitech, vše jsem konzultovala s Mgr. Pšeničkovou. Ta

četla i závěrečné verze výzkumné části BP. Validitu tedy zvyšuje zpětná vazba od odborníka.

4. Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu rozdělují do tří podkapitol. První kapitola je popisem příběhů jednotlivých dětí, druhá kapitola popisuje práci kroužku Zpěváčci v průběhu jednoho roku a třetí kapitola je hledáním odpovědí na výzkumné otázky.

4.1 Kazuistiky

Pavla

Věk: 21 let

Zpěváčky navštěvuje 13 let.

Diagnóza:

- DMO – diparetická forma, porucha visu – korekce brýlemi, lehká mentální retardace

Navštěvuje denní stacionář v Centru Arpida.

Charakteristika:

- introvertní, citlivá
- není stydlivá, vystupuje bez trémy, je schopna si říct, jestli něco chce nebo ne
- na hodinách se moc neprojevovala, sama od sebe většinou nezačne mluvit, teprve až když se jí někdo na něco zeptá
- zbožňuje zpěv a když dlouho nezpívá, tak jí to chybí
- velice nadaná, zpívá hezky v mezích svých možností
- navštěvuje i pěveckou třídu v hudební škole

Jitka

Věk: 17 let

Zpěváčky navštěvuje 3 roky.

Diagnóza:

- DMO – kvadraparetická forma, zraková vada – slabozraká, praktický monokulus, omezení zorného pole, korigováno brýlemi

Navštěvuje ZŠ praktickou při Centru Arpida.

Charakteristika:

- optimistická, přátelská, vždy dobře naladěna
- často si povídá s ostatními
- pokaždé, když jsem se jí zeptala, jak se má, odpověděla, že se má dobře
- nadaná, zpívá hezky v mezích svých možností
- i přes slabší výsledky ve škole se dokáže naučit text písně velice dobře

Markéta

Věk: 12 let

Zpěváčky navštěvuje 5 let.

Diagnóza:

- hereditární senzoricko motorická neuropatie – syndrom Dejerinne Sottas

Navštěvuje ZŠ pro tělesně postižené při Centru Arpida.

Charakteristika:

- přímá, extrovertní, upovídaná, inteligentní, veselá
- často je hodně unavená v souvislosti s jejím postižením
- stále něco povídá a ke všemu má komentář, často komentuje všechno, co řekne paní učitelka
- působí jako vedoucí skupiny a její mluvčí

Kateřina

Věk: 13 let

Zpěváčky navštěvuje 5 let.

Diagnóza:

- paleocerebelární syndrom, neocerebelární syndrom, kompensovaný hydrocefalus, operace astrocytonu

Navštěvuje ZŠ v Centru Arpida.

Charakteristika:

- introvertní, ale přátelská, inteligentní
- snaživá, cílevědomá v mezích svých možností
- ve skupině se moc neprojevuje
- baví se hodně s Markétou, před každou hodinou spolu něco probírají
- účast na pěvecké soutěži pro žáky se speciálními potřebami Konvalinka má pro ni obrovský význam, většinou skončila v bronzovém pásmu a byla pak velice smutná, tento rok se umístila ve zlatém pásmu a byla velice šťastná, podpořilo ji to v sebehodnocení a vnímání vlastních možností, ovlivnilo ji to do budoucna, když se bude snažit a bude mít kolem sebe lidi vnímavé k jejím možnostem, tak pak dosáhne úspěchu

Marie

Věk: 20 let

Zpěváčky navštěvuje 13 let.

Diagnóza:

- DMO – pravostranná hemiparetická forma, operace pravé ruky, kompensovaná epilepsie, neurastenie

Navštěvuje praktickou školu dvouletou v Centru Arpida.

Charakteristika:

- introvertní
- na hodinách se moc neprojevuje a nemluví, jen reaguje na otázky
- nemá potřebu vystupovat sólově, ale v rámci skupiny vystupuje ráda
- vždy zpívala alespoň se dvěma spolužačkami
- na vystoupení se těší a vždy se domluví s rodiči, aby ji dopravili, kam bude třeba, aby se mohla zúčastnit

Filip

Věk: 24 let

Zpěváčky navštěvuje 8 let.

Diagnóza:

- DMO – spastická kvadrapareza, epilepsie, dysartrie, operace LHK

Navštěvuje denní stacionář v Centru Arpida.

Charakteristika:

- extrovertní, upovídaný, sebestředný
- sólový zpěvák
- občas „líný zpívat“, až apatický
- ze začátku zpíval každou píseň, poté už zpíval jen několik slov a pak už jen hodinu proseděl a nezpíval
- často je třeba různými způsoby za spolupráce rodiny a dalších pedagogů a sociálních pracovníků motivovat a připomínat, že pokud nebude zpívat s ostatními, nemusí na kroužek chodit
- rád je středem pozornosti a rád o sobě vypráví
- hrál ve filmu a je na to patřičně pyšný
- všímá si děvčat, pokaždé mluví na Kateřinu, ta ho ale ignoruje

Michal

Věk: 10 let

Zpěváčky navštěvuje 1 rok.

Diagnóza:

- DMO, hydrocefalus, těžká sluchová vada, po operaci strabismu

Navštěvuje ZŠ praktickou v Centru Arpida.

Charakteristika:

- zpočátku v mé přítomnosti tichý a stydlivý, později přátelský a dobře naladěný
- zdá se pečlivý a puntičkářský
- často napomíná ostatní, aby se uklidnili, aby nezlobili
- když si paní učitelka, která hraje na kytaru, zapomněla noty, příští hodinu se jí hned ptal, jestli má noty s sebou
- rád napodobuje některé projevy akčnějších dětí
- velice pečlivě se učí texty doma s rodiči

- nevystupuje sám

Pavel

Věk: 15 let

Zpěváčky navštěvuje 1 rok.

Diagnóza:

- DMO – lehká diparetická forma, syndrom ADHD, strabismus, dysartrie, balbuties

Navštěvuje ZŠ praktickou v Centru Arpida.

Charakteristika:

- zvědavý, upovídaný, přátelský
- když mě viděl poprvé, hned se ptal, jestli budu taky s nimi zpívat
- pokaždé když přišel do místnosti na kroužek, začal si s ostatními a se mnou povídat
- občas když nezná dobře slova písně, tak neudrží dlouho pozornost a rozptyluje se vším, co je kolem něj
- povídá si s kýmkoliv, kdekoliv
- neudrží dlouho téma, velmi rychle ho změni

Radek

Věk: 23 let

Zpěváčky navštěvuje 6 let.

Diagnóza:

- DMO – hemiparetická, hydrocefalus, epilepsie

Navštěvuje denní stacionář v Centru Arpida.

Charakteristika:

- Velmi společenský
- Jakmile se člověk s ním baví, jedná nadšeně
- Rád doprovází ostatní při zpěvu na buben
- Když si někoho oblíbí, baví se s ním, oslovuje ho jménem

- Při hlubším seznámení s jeho rodinou mají jednotlivé útržky jeho povídání jasnou souvislost, v jeho hovoru se projevuje vše, s čím se setkává
- Zná velké množství písní, na oblíbené písně hned reaguje
- Má velký smysl pro rytmus

Aleš

Věk: 11 let

Zpěváčky navštěvuje 1 rok.

Diagnóza:

- spina bifida lumbální s hydrocefalem, chabá paraparéza, vývoj v ADHD syndromu

Navštěvuje ZŠ v Centru Arpida.

Charakteristika:

- Kamarádský, velmi inteligentní, společenský, veselý
- Nejrychleji si pamatuje texty písní
- nejvíce se baví s Markétou, má k ní velké sympatie a nechá se jí velmi ovlivnit, přivedla ho do Zpěváčků

Jakub

Věk: 17 let

Zpěváčky navštěvuje 3 roky.

Diagnóza:

- hypotonická forma DMO

Navštěvuje speciální školu v Centru Arpida.

Charakteristika:

- Velmi přátelský, kamarádský
- Písně si připravuje s jiným učitelem
- zpívá se Zpěváčky na vystoupeních
- za dobu, co navštěvuje kroužek, se osamostatnil, má odvahu a sebevědomí
- je schopen samostatného vystoupení a úspěšného v mezích jeho možností

- úspěchy prožívá a seznamuje s nimi svoje blízké
- spojení se Zpěváčky přispělo k jeho rozvoji a socializaci
- dříve zpíval jen za držení mikrofonu a ve dvojici, letos na soutěži zpíval sám s úsměvem, radostí a energií, byl odvážný a bez trémy
- z každého vystoupení má hluboký zážitek a cítí úspěch za celou skupinu

Jaroslav

Věk: 17 let

Zpěváčky navštěvuje 8 let.

Diagnóza:

- diparetická forma DMO, spasticita dolních končetin

Navštěvuje praktickou školu dvouletou v Centru Arpida.

Charakteristika:

- vnímavý, empatický ve vztahu k ostatním dětem i učitelům
- společenský, má pěkné vystupování
- hraje na klávesy v hudební škole a na harmoniku, ke které ho vedl od malinka jeho děda
- má absolutní sluch
- napsal svou píseň
- vystupoval v rádiu
- zpívá a hraje na klávesy na vystoupeních se Zpěváčky
- má kamarádský vztah s Filipem, před vystoupením si povídali

Veronika

Věk: 20 let

Zpěváčky navštěvuje 13 let.

Diagnóza:

- centrální hypotonický syndrom, frustní hemiparéza, stav po encefalokele, oční protéza

Navštěvuje praktickou školu v Centru Arpida.

Charakteristika:

- má velkou potřebu být důležitá
- na své úspěchy je velice hrdá
- hraje na flétnu na vystoupeních, spolupráce se Zpěváčky přispívá k její socializaci
- má ráda vystoupení a ráda se předvádí s flétnou, když jí bylo řečeno před vystoupením, že jednu píseň doprovázet na flétnu nebude, byla z toho neklidná a nelíbilo se jí to
- mnoho let chodí do hudební školy hrát na flétnu

4.2 Zpěvácci

Jak už jsem psala v metodice mé práce, děti navštěvují kroužek každý týden. Trénují různé písně. Písně jsou většinou tématické k nadcházející události nebo ročnímu období. S těmito písněmi pak vystupují. Ke zpěvu připojují i hru na jednoduché nástroje. Děti si vybírají samy písně, které se jim líbí. Někdy chtějí zpívat těžkou píseň z hlediska tónového rozsahu, náročnosti textu nebo tempa. Je nutné zvážit jejich možnosti. Když například dítě těžko formuluje kvůli postižení a není schopno zpívat tak rychle. Pokud se nepodaří ovlivnit výběr písní a děti na tom trvají, tak jim paní učitelka píseň upraví (zpomalí, sníží). Texty písní se pak učí nejen ve škole, ale i doma za pomoci rodičů s vytištěným textem a s CD. Když se blíží vystoupení, schází se (i individuálně) s učiteli třeba i každý den v týdnu. Trénují s nimi i učitelé v hodinách hudební výchovy.

Zpěv dětí doprovází paní Pšeničková na chrottu, studentka na flétnu a ještě paní učitelka, která hraje na kytaru. Je třeba, aby se člověk, který doprovází zpěv, přizpůsobil tempu, hlasu a psychickým a fyzickým možnostem dětí. Písně jsou také upravovány a přizpůsobovány dětem. Upravuje se tak, aby tónový rozsah vyhovoval hlasovým možnostem dětí. Na vystoupeních jsou Zpěvácci doprovázeni i baskytarou a kontrabasem.

V průběhu roku pak děti vystupují a účastní se také soutěže pro žáky se speciálními potřebami. Vystoupení je pro děti to nejdůležitější. Mohou se předvést a navíc potlesk, který je jim darovaný, je odměna za jejich námahu a snahu. Po jakémkoliv vystoupení svůj úspěch oslavují i v rámci rodiny a přátel.

Z hlediska metod a technik muzikoterapie nelze přesně definovat, které z nich jsou u Zpěváků použity. Paní Pšeničková používá své vlastní metody a techniky, které jsou přizpůsobeny dětem. Lze však zde pozorovat prvky hudební interpretace, kdy děti zpívají na kroužku a cvičí tak písničky na vystoupení. Dále pak někdy využívají hudební improvizaci, kdy hrají na různé nástroje při zpěvu. Další metodou je poslech hudby. Děti poslouchají nové písničky na CD přehrávači při kroužku a toto CD dostanou i domů.

V každém setkání jsou použity rituály jako uvítací píseň Dobrý den a na konci hodiny se loučí písní Nashledanou. Děti často vykazují známky únavy a ztrátu pozornosti a pak je třeba použít uvolňovací techniky, při kterých se odreagují.

Následuje několik zápisů z pozorování:

Březen + duben 2013:

- nácvik písničky na soutěž Konvalinka
- soutěže se zúčastnili: Jan, Karolína, Bára
- všichni zpívají písničky společně a pak každý svou píseň sám
- děti si spolu před začátkem kroužku povídají
- je mezi nimi znát interakce
- některé navštěvují kroužek již několik let
- při jedné hodině si Jan přinesl dětské šampaňské a chtěl s ostatními oslavit narození dítěte jeho starší sestry, chtěl se s nimi o to podělit a společně narození zapít
- každý dostal svou skleničku a společně si všichni připili
- také jsem dostala skleničku a připila jsem si s nimi, bylo vidět, že mě mezi sebe berou

říjen 2013:

- děti cvičí písničky na vystoupení v Centru Arpida.
- mají CD a noty písní doma, cvičí písně na hudební výchově ve škole a při kroužku
- písně: Včelí medvídci, Omalovánky, Zelená, Modrá, Žlutá, Červená, Bílá, Barvy, Dejte mi pastelku, Moje tužka ušatá, Šaškové počmáraní
- u některých písní děti vyťukávaly rytmus plastovými míčky nebo hrály na rumbakoule
- mezi jednotlivými písněmi smích – na odreagování, aby se uvolnila bránice
- na začátku upoutání pozornosti a zklidnění
- některé písně ještě tolik neumí

listopad 2013:

- cvičí stále písně na vystoupení v Centru Arpida
- je znát zlepšení, umí už texty
- písně: Včelí medvídci, Omalovánky, Zelená, Modrá, Žlutá, Červená, Bílá, Barvy, Dejte mi pastelku, Moje tužka ušatá, Šaškové počmáraní
- vystoupení v Centru Arpida:
- děti celou hodinu ještě cvičily písně a připravovaly se na vystoupení
- bylo vidět, že jsou neklidní a zároveň se těší, až budou zpívat
- vystoupení se povedlo a děti byly nadšené
- vystoupení se zúčastnili i rodiče a přátelé a děti podpořili

prosinec 2013:

- cvičí stále písně z vystoupení v Centru Arpida
- následuje vystoupení v KD Slavie
- poté vystoupení na náměstí v Českých Budějovicích
- písně: Včelí medvídci, Omalovánky, Zelená, Modrá, Žlutá, Červená, Bílá, Barvy, Dejte mi pastelku, Moje tužka ušatá, Šaškové počmáraní

leden 2014:

- děti nacvičují písně na další zimu, začínají vždy už v lednu
- písně si vybírají sami, podle toho, jak se jim líbí
- mají si rozmyslet, jaké písně by chtěli zpívat na soutěži Konvalinka
- písně: Šípková Růženka, Zimní krása, Moudrý pták sova, Když přijde zima, Zpíváme si abecedu, Pět ježibab, Budulínek

únor 2014:

- učí se stále nové písně, takže si opakují text společně s paní učitelkou a pak píseň zazpívají
- pozornost je věnována všem písním, které chtějí děti zpívat, ale nakonec nezpívají všechny, např. kvůli náročnosti
- ťukají krabičkami s luštěninami do rytmu
- na probuzení a uvolnění si zakřičí
- písně: Pět ježibab, Abeceda, Moudrý pták sova, Jdi za štěstím, Neopouštěj, Šípková Růženka

březen 2014:

- Zpěváčci se přihlašují na soutěž Konvalinka: každý zpívá sám, 2 písně, max. 2 sloky
- Opakují písně ze zimního vystoupení na rozcvičení: Barvy, Dejte mi pastelku, Zelená, Žlutá, Omalovánky, Čmeláci
- Poté cvičí nové písně: Pět ježibab, Moudrý pták je sova, Šípková Růženka, Neopouštěj
- další týden cvičí písně na soutěž Konvalinka
- soutěžit budou ti, kteří projeví zájem a snahu se připravit a soutěže se zúčastnit
- písně: Markéta – Pět ježibab, píseň z pohádky Kouzla králů; Kateřina – Barvy, Hlupáku najdu tě; Jitka – Tři oříšky, O Šípkové Růžence

duben 2014:

- cvičí stále písničky na Konvalinku, už je znát pokrok, pamatují si slova písní
- na soutěži budou mít Barbora a Karolína mikrofon, jejich postižení jim nedovoluje zpívat moc nahlas
- všechny písničky, které budou děvčata zpívat na Konvalince nejprve zpívají všichni společně a pak každá dívka sama své písničky
- tyto písničky pak také budou zpívat na vystoupení v Mateřském centru, kde každoročně předvádí to nejlepší, co se dokázali naučit
- na soutěži budou mít Markéta a Kateřina mikrofon, fyziologicky není možné, aby zpívali hlasitě

4.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Má první výzkumná otázka byla: Lze u handicapovaných dětí pravidelně docházejících na muzikoterapii pozorovat nějaké změny? Z mého výzkumu plyne, že nějaké změny pozorovat lze.

Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké změny to jsou? Tyto změny jsem shrnula v některých kazuistikách a pak do dvou výsledků, které nyní popíšu.

4.3.1 Výsledek 1: socializace jedince ve skupině vrstevníků

Děti se pravidelně scházejí na kroužku každý týden. Každé dítě má svůj určitý typ postižení. Tím, že se vídají pravidelně i ve škole, ve družině nebo na různých společenských akcích, udržují své vztahy. Vzájemně na sebe nějak reagují, ať už kamarádkou konverzací nebo různým pošťuchováním.

Hned prvním příkladem socializace pro mě bylo to, že se děti pokaždé nahlas pozdraví a některé se spolu začnou bavit. Občas při pauze mezi písněmi pronesou nějaký vtip nebo se ptají na něco paní učitelky. Ta s nimi také vtipkuje a společně se smějí. Nejen, že je to cvičení na uvolnění bránice, ale myslím si, že to posiluje i vztahy

mezi dětmi navzájem a i mezi dětmi a paní učitelkou. Domlouvají se společně také na tom, jaké písně budou zpívat, jaké se jim líbí a jaké ne.

Opravdu příjemné bylo pro mě setkání, kdy si jeden z nich přinesl s sebou dětské šampaňské a chtěl společně oslavit narození nového potomka v jeho rodině. Chvílemi to tedy působilo, že se chlubí a chce být středem pozornosti ve skupině. Na druhou stranu mi ale přišlo milé, že se chce podělit o tuto událost se svou skupinou a chce si s nimi připít na zdraví nově narozeného miminka. Takové oslavy dělají vždy, když se chce nějaké dítě podělit s ostatními o událost, která je pro něj důležitá.

V případech, kdy ale někdo vyrušoval nebo nezpíval, ostatní ho po nějaké době napomínali. Jako např. Pavel, který je velmi hyperaktivní a stále si všímá něčeho jiného a Filip, který několik hodin za sebou jen seděl a nezpíval. Bylo zřejmé, že ostatním záleží na tom, aby se celá skupina ve zpěvu zlepšovala a podala tak nejlepší výkon na nadcházejícím vystoupení.

Při nácviku na soutěž Konvalinka zpívaly všechny dívky samostatně, tedy ty dívky, které se měly soutěže zúčastnit. Všichni trpělivě poslouchali a nevyrušovali. Dívky se v této skupině nestyděly a klidně zpívaly.

Žádné dítě není zvyklé na zvláštní přístup nebo nějaké úlevy. Mgr. Pšeničková jedná se všemi dětmi naprosto stejně a žádné nevyzdvihuje výše. Usměňuje, ale počítá s individualitou každého z nich. Některé dítě potřebuje podpořit, některé potřebuje citlivě namotivovat, některé znovu přivést pozornost k tomu, na čem pracují, některé upozornit na to, že jenom společně podají výkon. U některého je třeba posílit individualitu. Mgr. Pšeničková se snaží podpořit a využít to, v čem jsou dobré a v čem vynikají. Bere v úvahu i věk a sociální vyspělost. To si myslím, že je také dobré. Ve skupině není znát nějaká závist nebo rivalita či snad boj o pozornost paní učitelky. Všichni jsou si rovni.

Jako v každé skupině existují jedinci, kteří skupinu řídí nebo jsou mluvčími skupiny a jsou skupinou uznáváni, tak i Zpěváčci mají svou mluvčí a na každé hodině je nejvíce slyšet. Je to Markéta, která je stále slyšet a neustále vše komentuje.

V době, kdy jsem pozorovala Zpěváčky si nešlo nevšimnout náhlého Filipova zájmu o děvčata. Pokaždé zkoušel navázat kontakt s Kateřinou, oslovoval ji a volal na

ni. Jenže Kateřina na něj nijak nereagovala. Zvláštní přátelský vztah mají i Markéta s Alešem. U nich je na první pohled znát, že chovají k sobě velké sympatie. Při hodině se na sebe dívají, usmívají se. Markéta přivedla Aleše do Zpěváčků a dokonce to domluvila i s jeho rodiči.

4.3.2 Výsledek 2: socializace jedince ve společnosti

Tím, že děti často vystupují na veřejnosti, socializují se i ve společnosti jedinců bez postižení. Mě přijaly do své skupiny celkem rychle. První hodiny byl znát ještě ostych, ale postupem času už si se mnou i povídaly a komunikovaly se mnou jako bych do jejich skupiny patřila. Děti jsou zvyklé na přítomnost jiných osob na kroužku, jako třeba na studenty, kteří v Centru Arpida vykonávají praxi.

Na vystoupeních se některé děti ani nebojí vystoupit z řady ostatních a něco předvádět. Při vystoupení v Centru Arpida se dva chlapci postavili a chodili před lidmi a předstírali se štětci v ruce, že natírají. Chlapci si to vymysleli sami a paní učitelka je v tom podpořila. Tím se děti i seberealizují. Paní učitelka podporuje jakýkoliv projev, který podpoří nejen celou skupinu, ale i jednotlivé děti.

Když jsem potkala před vystoupením Pavla, tak mi líčil, jak se na vystoupení těší. Děti jsou nadšené, když sklídí za své vystoupení obrovský potlesk a navíc je v publiku většinou podporují i rodiče a přátelé. Je to odměna za jejich snahu a píli.

Nejen za dobu mého pozorování, ale i z hodnocení Mgr. Pšeničkové je znát u dětí minimum ostychu. I na vystoupeních mimo České Budějovice hovoří s posluchači a neznámými lidmi. Děti těší uznání lidí a ochotně odpovídají na dotazy v mezích svých možností a s potěšením přijímají chválu. Díky přístupu těch, kteří děti doprovázejí na vystoupení, se rychle přizpůsobí neznámému prostředí, ve kterém vystupují. Při vstupu do neznámého prostředí je provádí a ukáží jim, na které jiné osoby se mohou obrátit s prosbou o pomoc nebo koho mohou požádat o pití (např. při vystoupení v kavárně).

Během působení v kroužku Zpěváčkům vzrostlo sebevědomí a posílilo se jejich sebehodnocení. Pokud před vystoupením projevují známky trémy, Mgr. Pšeničková je

uklidňuje, že splést to může jen ona a že ona je za vše zodpovědná. Prožívá s dětmi vystoupení i všechny jejich úspěchy. Děti pak pozorují její citové projevy a velmi je to uspokojuje. Některé děti se velmi radují, když jejich úspěch dovede paní učitelku k slzám.

5. Diskuze

Můj výzkum byl založen na tom, že jsem chtěla představit trochu jinou podobu muzikoterapie. Vybrala jsem si kroužek dětí, které docházejí pravidelně na kroužek do Centra Arpida v Českých Budějovicích a učí se písně, které poté zpívají na vystoupeních. Vystoupení má pro ně zvláštní význam. Měla jsem tu čest, že jsem se setkala s profesionální muzikoterapeutkou a mohla sledovat její práci a to, co s dětmi dokázala.

Cílem mé práce bylo zmapovat možné účinky muzikoterapie u handicapovaných dětí. Výzkumné otázky jsem si stanovila dvě. 1. Lze u handicapovaných dětí pravidelně docházejících na muzikoterapii pozorovat nějaké změny? Pokud ano, další otázkou bylo: 2. Jaké změny u těchto dětí lze pozorovat? Docházela jsem každý měsíc na kroužek a děti pozorovala. Jednotlivé postřehy z pozorování jsem si zapisovala. Aby výsledky mé práce nebyly ovlivněny jen mým subjektivním názorem a pocitem, konzultovala jsem je s Mgr. Pšeničkovou, která mi o jednotlivých dětech i vyprávěla a pomohla mi doplnit jejich příběhy. Během mého výzkumu jsem změny u dětí pozorovala. Tyto změny jsem shrnula do dvou typů. Jedním z nich je socializace jedince ve skupině vrstevníků. Ta se projevila snad na všech hodinách, kterých jsem se zúčastnila. Ať už vzájemným vtipkováním mezi sebou nebo s paní učitelkou nebo tím, že se děti rády podělí s ostatními o události, které jsou pro ně důležité. Záleží jim na tom, jaký výkon podá celá skupina na vystoupení a snaží se proto pořád zlepšovat. Všimla jsem si i zájmu chlapců o děvčata a jejich projevované náklonnosti. Druhým typem výsledku je socializace jedince ve společnosti. Tím, že děti vystupují a předvádějí se před jedinci bez postižení, socializují se do společnosti. Na vystoupení se vždy těší a jsou nadšené z úspěchu a následného potlesku. Mezi cizími lidmi se vytrácí ostych a děti jsou rády středem pozornosti. Jsou potěšeny, že má někdo o ně zájem. Dalo by se říci, že touto socializací mají nakročeno k integraci do společnosti. Správná integrace jedince s postižením by měla probíhat tak, že nejen jedinec sám se musí přizpůsobit většině, ale hlavně většinová společnost by měla jedince s postižením přijmout bez jakýkoliv předsudků, stereotypů a připomínek a dívat se na něj jako na

lidsky sobě rovného. Lidé, kteří se zúčastní vystoupení těchto dětí s postižením, mohou na vlastní oči vidět, že jsou moc šikovné a snaživé. Potom uznají, že dítě s postižením je schopné se naučit text a zpívat před tolika lidmi a obdivují je. Tím padá předsudek dnešní společnosti, že člověk s postižením je úplně odkázán na pomoc ostatních a nic nedokáže sám. Mne samotnou vystoupení ohromilo a ráda na něj vzpomínám, protože takovou energii, kterou Zpěváčci na vystoupení předávají, jsem ještě nezažila.

Dnes provádí muzikoterapii celkem hodně lidí, ale jen málokdo má k tomu patřičné vzdělání. Muzikoterapie jako každá jiná terapie vyžaduje odbornost a zkušenosti, aby měla ten správný účinek. Mgr. Pšeničková, u které jsem prováděla výzkum, na mě působila jako odbornice na slovo vzatá a má mnohaleté zkušenosti v muzikoterapii a i s dětmi s postižením. Metody a techniky, které používá, jsou většinou její vlastní a jsou přizpůsobeny typu postižení dítěte a jeho individualitě. To mi připomnělo definici muzikoterapie od Šimanovského, který říká, že píseň spojuje člověka s jeho srdcem a je toho názoru, že muzikoterapeut by si měl nastudovat jednotlivé metody a techniky, aby měl o nich přehled a měl na ně svůj vlastní názor, avšak metoda, kterou bude on sám používat, by měla být jeho vlastní a srdeční záležitostí. Mgr. Pšeničková také upravuje své metody a techniky podle potřeb a individuality dětí, které docházejí na kroužek. Každé dítě je úplně jiné a vyžaduje zvláštní přístup. Některé dítě potřebuje motivovat, některé potřebuje upozornit, že jedinečně společně podají dobrý výkon.

Výsledky mé práce se shodují s částí definice Kantora a kol., kde se píše, že „účelem muzikoterapie je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření...“. Děti na kroužku Zpěváčci si rozvíjejí komunikaci a vztahy ve skupině, tak jak jsem popisovala ve výsledcích mé práce. Další část této definice také odpovídá Zpěváčkům. Jak popisují Kantor a kol.: „Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby.“ Kroužek a hlavně vystoupení rozvíjí potenciál a dovednosti dětí. Přispívají také k sebepoznání dětí a k jejich integraci do společnosti. To bude pro ně do budoucna velkou výhodou, když třeba budou jednou shánět zaměstnání. Mé výsledky se shodují i s teorií Mátejové a Mašury: „Prostřednictvím neverbálních a

verbálních médií muzikoterapie je možné preventivně a kurativně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání.“ S touto definicí také souhlasím, protože u Zpěváčků jsem se přesvědčila, že prostřednictvím muzikoterapie lze určitě působit i na děti s postižením bez ohledu na pohlaví, věk a druh jejich postižení. Jak popisuje Romanowska, že muzikoterapie: „...1) působí na představivost – odreagovává; 2) relaxačně; 3) emocionálně aktivizuje; 4) rozvíjí mezilidskou komunikaci; 5) rozvíjí kreativitu;...” Tyto účinky jsem také na dětech pozorovala, hlavně odreagování, rozvíjení mezilidské komunikace a emocionální aktivizaci. Odreagování probíhalo při hodinách, kdy si děti vyprávěly různé vtipy a smály se, vzájemně se slovně pošťuchovaly. Mezilidská komunikace se vyvíjí díky socializaci dětí ve skupině na kroužku a dále díky socializaci ve společnosti, která probíhá prostřednictvím vystoupení. Emocionálně se děti aktivizují při zpěvu písně, kdy do ní vloží určitou emoci, kterou právě prožívají nebo emoci, kterou v nich vyvolává právě ta určitá píseň.

Jediné, co jsem nemohla při pozorování posoudit, je zdravotní stav dětí a to, jestli se za tu dobu zlepšil, protože nemám k tomu patřičné kompetence a podle mého názoru by bylo potřeba ještě delšího pozorování. Definici Bruscii, kde vysvětluje význam muzikoterapie jako prostředek k procesu uzdravování, jsem si tedy u těchto dětí nepotvrdila. Ale určitě nemohu říci, že s ní nesouhlasím. A také na druhou stranu musím podotknout, že obecně u jedinců s postižením nelze hovořit o úplném uzdravení, lze jen jejich zdravotní stav zlepšit a nebo zmírnit negativní progres jejich postižení.

Co se týče jednotlivých metod a technik muzikoterapie, které jsem uvedla, přesvědčila jsem se o tom, že je muzikoterapeuti skutečně používají. Nemusí je používat úplně přesně, jak jsou popsány v literatuře, často si je obměňují a přizpůsobují. V rámci mého výzkumu jsem mohla pozorovat prvky hudební interpretace. Děti zpívají písně na kroužku a pak je prezentují i na vystoupení. Někdy je využita i hudební improvizace, kdy děti hrají při zpěvu na jednoduché hudební nástroje. Jako další metodu využívají poslech hudby. Nové písně děti nejprve poslouchají prostřednictvím CD přehrávače na kroužku a pak mají toto CD k dispozici i doma, aby mohli cvičit a učit se text.

Jak Jandourek popisuje ve své definici pro skupinu: „Nejde o nahodilé nakupení lidí, ale vztahy mezi jedinci jsou tu pravidelné a trvalejšího rázu. Nakolik drží skupina pohromadě, řekněme tomu třeba míra integrace, může být ovšem různé. Někdy se uvádí jako známka skupiny sdílený pocit „my“, tedy jakési skupinové vědomí, které příslušníky odlišuje od nečlenů. K dalším dodatečným znakům patří např. společný cíl, skupinové normy, vytvoření skupinových rolí a struktur, vznik tradic a zvyklostí.“ U Zpěváků jsem pozorovala shodu s celou touto definicí. Scházejí se pravidelně a již několik let. Vnímají se jako celek, který má společný cíl a mají svá pravidla a rituály. Většina z nich opravdu sdílí pocit „my“ a mají radost za úspěch celé skupiny. I na kroužku se projevilo to, že jim záleží na výkonu celé skupiny. Když někdo nezpíval nebo se nesoustředil, hned ho děti upozornily, aby se snažil a zase se zapojil.

Podle mého názoru je socializace dětí s postižením prostřednictvím muzikoterapie hodně významná. Vzhledem k tomu, že v dnešní době mnoho lidí nahlíží na jedince s postižením s určitými předsudky, je pro ně těžké se mezi většinovou společností začlenit. Jak už jsem popisovala ve výsledcích, posluchači na vystoupeních dětí dokáží ocenit jejich výkon. Vzhledem k tomu, že některé děti se hůře učí text nebo jim dělá námahu výslovnost kvůli jejich postižení, musí písň dlouho trénovat, učit se text i doma a pak před vystoupením cvičí písň i každý den. Stojí je to velké úsilí. Odměnou je jim pak potlesk a uznání. Radují se z toho, že jsou ve středu dění. Z této skutečnosti usuzuji, že by tato možnost využití muzikoterapie byla vhodná i pro jedince bez postižení, kteří jsou introvertní a moc se neprojevují, stydí se. Podobným kroužkem a vystoupením by se mohli seberealizovat a získat sebevědomí. Obecně asi všem dětem by muzikoterapie mohla přinést něco užitečného do jejich života. Myslím tím, že kdyby se setkávaly s hudbou a hrou na hudební nástroje již v útlém věku, mělo by to pozitivní vliv na jejich sociální inteligenci. Pravidelná improvizace při hře na hudební nástroje nebo zpěv písní by mohly vzbudit u dětí zájem o hudbu a třeba je i namotivovat k tomu, aby v pozdějším věku na nějaký hudební nástroj začaly hrát nebo se začaly věnovat tanci, zpěvu. Avšak pouze za podmínky, že by hodiny muzikoterapie byly vedeny opravdovými odborníky a vystudovanými muzikoterapeuty. To si myslím, že je velmi důležité. Pouze v takovém případě lze hovořit o muzikoterapii jako takové. Zajímalo by

mě i to, zda by pravidelné hodiny muzikoterapie u dětí nějak ovlivnily jejich chování. Jestli by se např. snížila hyperaktivita a zvýšila pozornost při výuce ve škole. Lze uvažovat o muzikoterapii i u mladších dětí, které navštěvují mateřskou školu. Mohly by nacvičit i hudební nebo pěvecká vystoupení. Myslím, že by si rozšířily slovní zásobu, osvojily si proces učení a díky vystoupením si zvýšily sebevědomí a ve společnosti by se pak nestyděly.

Prostřednictvím mé práce jsem se přesvědčila o tom, že muzikoterapie má nějaké účinky na děti s postižením. Vzhledem k výsledkům mé práce lze tvrdit, že jsou tyto účinky pozitivní a muzikoterapie má tedy na děti pozitivní vliv a pomáhá rozvíjet jejich osobnost a jejich sociální inteligenci jak ve skupině svých vrstevníků, tak ve společnosti jiných lidí.

Co se týče mě samotné, zažila jsem s dětmi hezké chvíle a cítila jsem se na hodinách s nimi velmi dobře. Díky mému výzkumu jsem mohla na vlastní oči zjistit, jak funguje využití muzikoterapie v praxi, jaké metody a techniky používá vyškolená muzikoterapeutka, která má navíc mnohaleté zkušenosti v práci s dětmi a jak probíhá její hodina prakticky. Největším zážitkem bylo pro mě vystoupení dětí. Viděla jsem jak se děti na vystoupení připravovaly a byly neklidné, zároveň se ale i těšily a nemohly se dočkat. Následoval výsledek snažení Zpěváčků v podobě krásného vystoupení, které bylo odměněno obrovským potleskem, uznáním rodičů, přátel, paní učitelky a ostatních. Potlesk a uznání vykouzlilo na tvářích všech dětí úsměv a radost, kterou nelze popsat slovy. A tato radost je ve finále velkou odměnou paní učitelce, která se dětem věnuje.

6. Závěr

Cílem mé práce s názvem Možnosti využití muzikoterapie a její vliv na well-being a rozvoj kompetencí u handicapovaných dětí bylo zmapovat možné účinky muzikoterapie u handicapovaných dětí. Vybrala jsem si netradiční formu muzikoterapie, která spočívá v tom, že děti navštěvují jednou týdně kroužek a učí se různé písně. Ty pak prezentují společně na vystoupeních. Dále jsem se také chtěla sama přesvědčit o pravdivosti teorií a definic v odborné literatuře, která se zabývá muzikoterapií. Stanovila jsem si dvě výzkumné otázky: 1. Lze u handicapovaných dětí pravidelně docházejících na muzikoterapii pozorovat nějaké změny? Pokud ano, další otázkou bylo: 2. Jaké změny u těchto dětí lze pozorovat? Zvolila jsem dvě metody získávání dat, kterými byly pozorování a semistrukturovaný rozhovor s muzikoterapeutkou, která kroužek vede.

Pravidelně jsem docházela do Centra Arpida v Českých Budějovicích na tento kroužek a zapisovala jsem si jednotlivé postřehy z pozorování. Výsledky výzkumu jsem shrnula do krátkých kazuistik jednotlivých dětí, popisů z jednotlivých hodin a nakonec do dvou odpovědí na mé výzkumné otázky. Změny, které jsem u dětí pozorovala byly následující: socializace jedince ve skupině vrstevníků a socializace jedince ve společnosti.

Výsledky jsem srovnala s jednotlivými definicemi a našla jsem v některých částech shodu. Z hlediska vlivu muzikoterapie na zdravotní stav dětí jsem usoudila, že nemám patřičné kompetence a že by v tomto případě bylo třeba delšího výzkumu a účasti odborníků jako jsou lékař, ergoterapeut a fyzioterapeut. Forma muzikoterapie, kterou jsem zkoumala, by se dala podle mého názoru využít i u dětí bez postižení, které nemají sebevědomí, stydí se mezi cizími lidmi a špatně se zapojují do kolektivu svých vrstevníků. Hodinami muzikoterapie by mohl i vzrůst zájem o hru na hudební nástroje, zpěv nebo tanec. Napadla mě i otázka, zda by muzikoterapie mohla působit na hyperaktivitu a zvýšení pozornosti u dětí.

Nakonec bych už jen podotkla, že důležitou součástí práce kroužku Zpěváčci je vystoupení na veřejnosti, kdy děti mohou předvést výsledky své snahy a mají radost ze svého úspěchu a také úspěchu celé skupiny.

7. Použité zdroje

Tištěné zdroje:

BUNT, L. Music Therapy: An Art Beyond Words. New York: Routledge, 1994. ISBN 9780415087032.

BUNT, L., HOSKYNS, S. The Handbook of Music Therapy. New York: Routledge, 2002. ISBN 978-0-415-15708-7.

BRZÁKOVÁ, P. Ondřej Smeykal – zpívající didgeridoo. *Regenerace*. Přirozená cesta ke zdraví a poznání. Praha: Regenerace, únor 2014, roč. 22, č. 2, s. 7 ISSN 1210-6631.

FITZNEROVÁ, I. Máme dítě s handicapem. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-663-6.

FRANĚK, M. Hudební psychologie. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-0965-2.

HALPERN, S., LINGERMAN, H. A. Muzikoterapie: *Léčivá síla hudby*. Bratislava: Eko – konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.

HEAL, M., WIGRAM, T. Music Therapy in Health and Education. London: J. Kingsley, 2003. ISBN 1-85302-175-X.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum. *Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JANDOUREK, J. Průvodce sociologií. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2397-6.

JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JANKOVSKÝ J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

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

KLOUD, P. Když promluví múzy. *Meduňka*. Praha: Meduňka, 2013, č. 11, s. 11. ISSN 1214-4932.

KRAUS, J. a kol. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KRČEK, J. *Musica humana: Úvod do muzikoterapie, která vychází z antroposofie Rudolfa Steinera*. Hranice: Fabula, 2008. ISBN 978-80-86600-50-5.

KUSHNER, H. S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-053-4.

MORENO, J. J. *Rozehrát svou vnitřní hudbu*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-98.

PLECHÁČKOVI D. a M. *Hudba jako součást života. Meduňka*. Praha: Meduňka, 2013, č. 11, s. 18. ISSN 1214-4932.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

ROMANOWSKA, B. A. *Muzikoterapie. Ladičky a léčení zvukem*. Frýdek – Místek: Alpress, 2005. ISBN 80-7362-067-7.

SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. a kol. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7287-141-3.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie: ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 3. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-339-0.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje:

HOLZER, L. *Popis metody* [online]. 2010 [cit. 24. 4. 2014] Dostupné z: <http://muzikoterapie.net/popis-metody/>

KANTOR, J. *Muzikoterapie - popis některých muzikoterapeutických technik* [online]. 2007 [cit. 24. 4. 2014] Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

KREJČOVÁ, J. Vliv hudby a zvuků na člověka [online]. 2009 [cit. 24. 4. 2014]
Dostupné z: <http://www.kultura21.cz/hudba/590-vliv-hudby-a-zvuk-na-lovka>

ŠIMANOVSKÝ, Z. Cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům. [online].
2010 [cit. 24. 4. 2014] Dostupné z:
<http://www.muzikoterapie.cz/rozhovory/simanovsky-zdenek-2010-rozhovor-vedl-jonas-koukl>

8. Přílohy



Vánoční koncert na náměstí Přemysla Otakara II. v Českých Budějovicích



Vánoční koncert na náměstí Přemysla Otakara II. v Českých Budějovicích