

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta pedagogická

Katedra Výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

**Možnosti muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením
(výzkum ve stacionáři Klíček – Záluží)**

Autor: Drahúše Knejpová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2014

University of South Bohemia in České Budějovice
Fakulty of Education
Department of Health Education

Bachelor Thesis

**Possibilities of the Music Therapy for Persons with Combination of
Disabilities
(The Research in the Centre for Disabled Persons Klíček – Záluží)**

Author: Drahuše Knejpová

Study program: Specialization in Education

Field of study: Health Education

Supervisor: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

České Budějovice, April 2014

Jméno a příjmení autora: Drahuše Knejpová

Název bakalářské práce: Možnosti muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením (výzkum ve stacionáři Klíček – Záluží)

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2014

Abstrakt:

Předkládaná práce seznamuje s možnostmi aktivní a receptivní muzikoterapie u lidí s kombinovaným postižením a s případným vlivem muzikoterapie na psychosociální klima prostředí, kde je muzikoterapie realizována.

Teoretická část se zabývá muzikoterapií, jejím významem, druhy a historií a možnostmi využití hudby ve speciální pedagogice. Je zde uveden podrobný popis postižení nacházejících se v Klíčku. O dalších druzích postižení je zmíněno jen stručně. Důležitou statí v teoretické části jsou metody, formy a techniky muzikoterapie využívané u osob s kombinovaným postižením.

Praktická část obsahuje výzkumné šetření formou individuálních rozhovorů a vlastního pozorování. Je to metoda zakotvené teorie, patřící mezi kvalitativní metody výzkumu. Z výsledku šetření bylo vyhodnocováno, zda jsou v Klíčku plně využívány možnosti aktivní a receptivní muzikoterapie, které se osobám s kombinovaným postižením nabízejí. Dále se zkoumal vliv muzikoterapie na celkové psychosociální klima stacionáře. Z důvodu posouzení případných rezerv ve využívání MT v Klíčku byly provedeny rozhovory s pěti muzikoterapeuty na kurzu muzikoterapie pořádaného v Praze. Jejich stručná analýza je také součástí praktické části.

Závěr výzkumu prokázal, že Klíček plně využívá možnosti, které se v oblasti muzikoterapie lidem s kombinovaným postižením nabízejí. Změna celkového psychosociálního klimatu v Klíčku se vlivem MT nepotvrdila.

Klíčová slova: muzikoterapie, hudba, kombinované postižení, speciální pedagogika, stacionář Klíček (Záluží)

Name and Surname: Drahuše Knejpová

Title of Bachelor Thesis: Possibilities of the Music Therapy for Persons with Combination of Disabilities (The Research in the Centre for Disabled Persons Klíček - Záluží)

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice.

Supervisor: PhDr. Ludmila Peřinová, Ph.D.

The year of defense: 2014

Abstract:

This bachelor thesis describes possibilities of the music therapy for persons with a combination of disabilities. Also it concentrates on an influence of the music therapy on a social atmosphere of the environment, where the therapy is realised.

The Theoretical Part contains chapters about the history, the importance and the types of the music therapy and its possibilities in the special pedagogy. One of the most important parts speaks about forms, techniques and methods of the music therapy for persons with a combination of disabilities. This part contains also a description of handicaps of clients in the Centre for Disabled Persons Klíček.

The Practical Part is focused on a research in the Centre for Disabled Persons Klíček. Interviews and observations were the main qualitative methods of the research. The research was focused on possibilities of the music therapy in the centre and on an influence of the music therapy on the social climate there. This part contains also five interviews with well-known Czech music therapists (and their analysis), made during a course of music therapy in Prague. Results of the research confirm that the centre Klíček use all the possibilities of the music therapy maximally. A possible change of the social climate was not confirmed.

Keywords: music therapy, music, combination of disabilities, pedagogy for disabled persons, The Centre for Disabled Persons Klíček (Záluží)

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „Možnosti muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením (výzkum ve stacionáři Klíček – Záluží)“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

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 fakultou pedagogickou, cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 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 odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 14. 4. 2014

Drahuše Knejpová

Poděkování:

Děkuji PhDr. Ludmile Peřinové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování bakalářské práce.

Zvláštní poděkování patří řediteli stacionáře Klíček-Záluží Mgr. Petrovi Brázdovi a pracovníci sociálních služeb Bc. Markétě Kubátové za spolupráci a poskytnutí rozhovorů.

OBSAH

1. ÚVOD.....	11
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	13
2.1.Muzikoterapie.....	13
2.1.1. Historický vývoj muzikoterapie.....	14
2.1.2. Význam hudby a její terapeutické využití.....	18
2.1.3. Zvuk jako prostředek muzikoterapeutického působení.....	21
2.1.4. Druhy muzikoterapie.....	23
2.2.Speciální pedagogika.....	25
2.2.1. Pojem, cíl a struktura speciální pedagogiky.....	25
2.2.2. Kombinované postižení.....	27
2.2.3. Mentální retardace.....	29
2.2.4. Postižení sluchu.....	32
2.2.5. Postižení zraku.....	32
2.2.6. Postižení řeči.....	33
2.2.7. Autismus.....	33
2.2.8. Specifické poruchy učení.....	33
2.3.Techniky muzikoterapie využívané ve speciální pedagogice.....	34
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
3.1. Výzkumný cíl.....	41
3.2. Výzkumné metody.....	41
3.3. Výzkumný soubor.....	42
3.4. Zpracování rozhovorů.....	45

3.5. Závěr výzkumu z rozhovorů a vlastního pozorování.....	74
4. ZÁVĚR.....	78
5. POUŽITÁ LITERATURA.....	79
6. SEZNAM PŘÍLOH.....	82
PŘÍLOHY	

1. ÚVOD

Pojem muzikoterapie byl pro mě neznámý až do první hodiny předmětu „úvod do muzikoterapie“ s PhDr. Ludmilou Peřinovou, Ph.D., kdy mě toto téma oslovilo. Spojení hudby s terapeutickými účinky na celou stránku osobnosti mi přišlo natolik zajímavé, že jsem se rozhodla psát na toto téma bakalářskou práci a orientovat se v ní na osoby s kombinovaným postižením. U tohoto druhu postižení je názorně poukázáno, jak hudba ovlivňuje nejen psychiku, tedy emoce a náladu člověka, ale může mít skrze psychiku i hlubší vliv, a to na fyzickou stránku jedince. Při zapojení nejrůznějších technik spojených s hudbou dochází nejen k odreagování, zmírnění nebo odstranění stresu a navození tak pozitivní nálady, ale i k procvičování celého tělesného aparátu nebo jeho částí.

V dnešní době se stále více prokazuje pozitivní vliv muzikoterapie (dále MT) ve speciální pedagogice. Pro velký výčet zařízení, které dnes muzikoterapii aktivně provozují, jsem se v této práci zaměřila na jeden konkrétní stacionář. Cílovou skupinou jsou tedy klienti stacionáře Klíček-Záluží, okres Tábor. Jedná se o osoby s mentálním a u některých i tělesným postižením.

Hlavním cílem práce je na základě výzkumného šetření v Klíčku vyhodnotit možnosti aktivní a receptivní MT u lidí s kombinovaným postižením a zmapovat pozitivní vliv MT na psychosociální klima stacionáře.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do tří podkapitol. V první podkapitole je popsána stručná historie muzikoterapie, význam hudby a zvuku v terapii a druhy muzikoterapie. Druhá podkapitola obsahuje charakteristiku speciální pedagogiky, popis tělesného a mentálního postižení a okrajově ostatních druhů postižení. Třetí podkapitola, která je stěžejní v teoretické části práce, poukazuje na techniky muzikoterapie využívané ve speciální pedagogice.

Pozn.: Jedná se de facto o 3 „kapitoly“ – ty jsou pak dále děleny na podkapitoly (čili subkapitoly).

Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum pomocí metody zakotvené teorie. Cílem této metody je vytvořit vlastní teorii na základě vlastního šetření, v případě této bakalářské práce prostřednictvím pozorování a rozhovorů. Pozorování se uskutečňovalo průběžně po dobu sedmi měsíců. Šetření bylo doplněno o vlastní

účast na víkendovém kurzu muzikoterapie v Praze a provedenými rozhovory s pěti významnými muzikoterapeuty působícími u nás.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčebný přístup z oblasti tzv. expresivních terapií, které pracují s výrazovými uměleckými prostředky hudební, dramatické, literární a pohybové povahy. Patří sem arteterapeutické obory jako muzikoterapie, dramaterapie, psychodrama, arteterapie, biblioterapie, tanečně-pohybová terapie a jiné (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL., 2009). Pojem muzikoterapie je odvozen z latinského slova musica – hudba a řeckého therapeia, therapeineio – léčení, cvičení, vzdělávání (MÁTEJOVÁ, MAŠURA, 1992).

Muzikoterapie je léčba hudbou. Jde o léčebnou metodu z oblasti smyslového a nadsmyslového vnímání, která působí současně na všechny složky lidské existence – tělesnou, duševní i duchovní. Muzikoterapie používá specifických hudebních forem, projevů, postupů a technik jako terapeutických prostředků. Používá často prostředky ostatních uměleckých druhů. Ke svému naplnění používá zvláště organizované zvuky, tóny, jejich souzvuky, melodie, rytmy a jejich vzájemné kombinace. Nikoliv však ve smyslu uměleckém, ale muzikoterapeutickém. Muzikoterapie se používá jako jiný komunikační - nonverbální prostředek, ať už v oblasti smyslového nebo nadsmyslového vnímání, neboť hudba, či hudební projevy, které muzikoterapie používá, mohou pronikat do hlubších, dokonce do nejhlubších vrstev osobnosti než mluvené slovo.

Dle Světové federace muzikoterapie z roku 1996 zní definice muzikoterapie takto: „*Muzikoterapie je použití hudby anebo 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, anebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby*“ (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL. 2009, str. 27).

Muzikoterapie je aplikována v sektoru zdravotním, s velkým podílem využívání muzikoterapie v sociální oblasti speciálně pedagogické, kulturní a poradenské.

Muzikoterapie má transdisciplinární povahu. To znamená, že se týká oborů, které souvisejí s hudbou a terapií. Řadíme sem například obory hudební, psychologické, sociologické, medicínské, pedagogické, lingvistické. Patří sem také expresivní terapie a psychoterapie (BRUSCIA, 1998).

Podle Zeleiové (2007) se interdisciplinární charakter muzikoterapie dotýká především medicíny, psychiatrie, pedagogiky a psychologie.

2.1.1. Historický vývoj muzikoterapie

Prvopočátky hudby spadají do nejranějších fází existence lidské civilizace. Písemné důkazy o této skutečnosti nemáme, neboť v období pravěku písmo neexistovalo. Opíráme se tedy o archeologické vykopávky, přinášející doklady o prapůvodních hudebních nástrojích (např. z rohů a kostí ulovených zvířat). Původně měla hudba funkci komunikace s nadpřirozenými silami, jelikož si pravěcí lidé vysvětlovali přírodní pohromy jako působení zlých mocností a tento strach hrál v jejich životech významnou roli. Dochované pravěké kresby na stěnách jeskyní nezřídka zachycují rituály každodenního života pravěkých lovců a magické obřady šamanů za doprovodu rytmu, vytvářeného jednoduchým způsobem (tlučením holí do dutého kmene nebo o kámen). Tyto rituály plnily léčebnou (uzdravování nemocného zaklínáním za doprovodu hudby), ale také preventivní funkci (zahánění případných zlých duchů).

Léčení hudbou prolíná i starověkými civilizacemi.¹ Také Bible přináší příběh o Davidovi, léčícím hrou na harfu deprese krále Saula.

Starořecký filozof, matematik a hudební teoretik Pythagoras vytvořil hudebně léčebnou metodu.² Mezi dalšími, kteří se zabývali hudbou, nelze opomenout také Platona a Aristotela.³

¹ Zmiňme alespoň Egypt, Čínu, Babylon, Izrael, Řecko a Řím (ŠIMANOVSKÝ, 2001).

Magické účinky hudby jsou popisovány také v řeckém bájesloví a básnictví, např. Odysseus byl očarován zpěvem Sirén, Orfeus na cestě za dívkou Euridiké ničil podsvětní duchy hudbou.

Ve středověku dochází v křesťanské Evropě k poklesu zájmu o hudební léčbu. V této době se proslavil významný arabský lékař a filozof Avicena, později švýcarský lékař, teozof a alchymista Paracelsus, který putoval Evropou a léčil nemocné.

Nová muzikoterapeutická koncepce se objevila v 17. a 18. století. Byla to tzv. iatromusica (z řeckého iatreia=léčení), jež se promítala prostřednictvím hudby v organismu. Iatrohudebníci byli předchůdci dnešních muzikoterapeutů. Léčili pomocí živé hudby, přičemž využívali léčivých skladeb. Psychické změny chápali jako následky fyziologických dějů v těle. Z hlavních osobností této doby můžeme jmenovat anglického lékaře Brocklesbyho a italského lékaře Bagliviho. Rovněž na Slovensku se objevuje spis lékaře I. R. Ambra o léčení hudbou, používaném v lékařství, vycházející ze starořeckého učení o harmonii kosmu (ŠIMANOVSKÝ, 2001).

V 17. století byl významnou muzikoterapeutickou osobností německý jezuita Athanasius Kircher, univerzitní profesor a znalec medicíny, hudby, tajných písem, astrologie, astronomie, fyziky, geografie, psychologie i teologie. Zkoumal léčivé účinky hudby, přičemž došel k závěru, že lidská duše i zvuk jsou složeny z elementárních částic, které mohou vzájemně rezonovat. Princip uzdravení pomocí hudby viděl ve vyvolání chvění těla vzduchem, rozvířeným hudbou, s následným vytvořením tepla, které vypudilo choroboplodné jedy póry z těla ven (LINKA, 1997).

Somatické reakce na poslech hudby (změny tepu a rytmu dechu) studoval E. A. Nicolai, který připouštěl, že hudba může působit léčivě uvolněním emocí. Tuto

² Tato metoda byla založena na myšlence hudební harmonie, která zprostředkovává propojení vesmírné a vnitřní harmonie člověka. Tradují se zvěsti o Pythagorově zázračném uzdravování prostřednictvím hudby.

³ Platon nazývá dokonale harmonicky vyvinutého člověka „múzickým“, hudbě přikládá ve své Ústavě velký eticko výchovný význam, navrhuje státní dozor nad hudbou. Filozof Aristoteles, vychovatel Alexandra Makedonského, syn lékaře, viděl souvislost mezi hudbou a svým učením o katarzi duševního očistění prostřednictvím umění. I on spatřoval v hudbě možnost léčení. Žádoucí psychický stav navozoval hudbou opačného, protichůdného ladění, jinými slovy: Chtěl-li smutného člověka rozveselit, zahrál mu něco smutného, a tak mu umožnil „vysmutnění se“, vyplavení smutku.

myšlenku potvrzuje známé vyléčení španělského krále Filipa v 18. století. Z melancholie a deprese jej svým zpěvem vyléčil věhlasný operní zpěvák Farinelli (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

V 19. století byl zaznamenán opět pokles zájmu o muzikoterapii, zvláště v druhé polovině 19. století, v níž byla muzikoterapie zavrhována a odsuzována pro nevědeckost a označována jako šarlatánství.

Zásadní změny nastaly po druhé světové válce, kdy se muzikoterapie začala rozvíjet do podoby dnešní léčebně-, speciálně-, sociálně-pedagogické a psychoterapeutické muzikoterapie. Stalo se tak zásluhou klinických empirických výzkumů ve Spojených státech amerických a Evropě zejména díky osobnostem Christopha Schwabeho a Julietty Alvin. Zvláště po válce svědčí o rozmachu muzikoterapie zakládání institucí, kde se muzikoterapie aplikuje, škol a vzdělávacích středisek, kde se vyučuje (studijní obor muzikoterapie byl poprvé otevřen v USA v roce 1944, v Evropě ve Vídni v roce 1959), (ZELEIOVÁ, 2007).

Postupně se zkoumání muzikoterapie a její využívání jako uznávaného oboru šíří do dalších evropských zemí.⁴

Na Slovensku se muzikoterapie jako předmět vyučuje v Bratislavě na Institutu speciální a léčebné pedagogiky při FF UK a to od roku 1968.⁵

V Čechách se muzikoterapie začala využívat především v psychiatrické léčebně v Praze-Bohnicích, a na foniatrickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho. Arne Linka se ve své knize Kapitoly z muzikoterapie zmiňuje i o muzikoterapeutovi Milošovi Vojtěchovskému, který doporučoval aplikaci muzikoterapie i v jiných zdravotnických institucích, než jen

⁴ V Rakousku vzniká v roce 1959 první výchovné a výzkumné muzikoterapeutické centrum zásluhou Sittnera a Hoffa a muzikoterapie se stává oficiálním tříletým studijním oborem (ZELEIOVÁ, 2007).

V Salcburku se konají každý rok kongresy pro odborníky a hudební terapeuty (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

Z pohledu speciální pedagogiky je významné zavedení muzikoterapie G. Koganem v sanatoriu Zorka v bývalém SSSR. Další významná pracoviště vznikají v Polsku, Rumunsku, Paříži a Maďarsku.

Bývalá Jugoslávie aplikovala muzikoterapii na psychiatrických a neurologických odděleních u dětí po obrně, s ADHD, poruchami řeči a sluchu (ŠIMANOVSKÝ, 2001).

⁵ Na děti i dospělé s poruchou řečové komunikace, děti neurotické, mentálně retardované a děti s lehkou mozkovou dysfunkcí se zde specializují významní muzikoterapeuti Z. Mátejová a S. Maruša (ŠIMANOVSKÝ, 2007).

v psychiatrických léčebnách a upřednostňoval aktivní muzikoterapii před receptivní.

Mezi muzikoterapeuty působící dnes u nás patří autoři knihy *Základy muzikoterapie* (2009). Jsou to Jiří Kantor, Jana Weber, Matěj Lipský, Tomáš Procházka a Katarína Grochalová.⁶ Uznávaným psychologem a muzikoterapeutem je také Zdeněk Šimanovský, který založil v roce 2003 spolu s kolegy Sekci muzikoterapie České psychoterapeutické společnosti při Lékařské společnosti J. E. Purkyně. (PECHOVÁ, 2009). V současné době provozuje soukromou psychologickou praxi, vede kurzy pro pedagogy aj. Nezastupitelné místo má rehabilitační muzikoterapie zastoupená Markétou Gerlichovou, která se zaměřuje na osoby s poraněním mozku. Celostní muzikoterapii ve spojení s jógou využívá Ivo Sedláček a Vlastimil Marek se jako první u nás začal zabývat etnickou hudbou ve spojení s celostním přístupem (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL., 2009).

Muzikoterapeut, působící v Shamanic Orchestra a v kapele Jagabab Lubomír Holzer, vede studium Celostní muzikoterapie 1 na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Jedná se o třísemestrální kurz akreditovaný MŠMT ČR, poskytující kompetence pro kvalifikaci praktického terénního muzikoterapeuta, pro individuální a skupinovou muzikoterapii a specialisty na řízení a realizaci léčebně výchovných sezení dětí se specifickými vývojovými poruchami učení a mentálně postižených jedinců.

Další možnosti akreditovaného studia Muzikoterapie pod záštitou MŠMT zastřešuje Univerzita Karlova v Praze (lektor Matěj Lipský) a univerzita v Liberci (lektor Jitka Pejřimovská). Tento program je pod názvem Edukační

⁶ Jiří Kantor působil v Mateřské, Základní a Střední škole Credo a stále působí v Mateřské škole Blanická v Olomouci a na Univerzitě Palackého. Jana Weber je členkou Americké muzikoterapeutické asociace a v současnosti se aktivně muzikoterapii věnuje ve Švýcarsku. Matěj Lipský působí v Praze a mimo své lektorské a muzikoterapeutické činnosti v různých zařízeních spravuje internetové stránky www.muzikoterapie.cz. Tomáš Procházka pracuje v Praze jako supervizor Českého institutu pro supervizi. Pracuje na oddělení pro léčbu závislosti v Psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov v Praze 4. Také je lektorem výcviků v muzikoterapii a externím vyučujícím na Pedagogické fakultě University Karlovy. Katarína Grochalová je jediná, která v ČR provádí hudební terapii „FMT – metodou“. Kromě privátní praxe pracuje v Základní a Mateřské škole pro zrakově postižené v Brně a to jako hudební terapeut (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL., 2009).

muzikoterapie. Také Akademie sociálního umění Tabor umožňuje studium muzikoterapie avšak bez akreditace MŠMT.

Nejpropracovanější systém muzikoterapeutických studií je na Akademii Alternativa v Olomouci. Její ředitelka Dr. Marie Beníčková je rovněž předsedkyní Moravské asociace uměleckých terapií MAUT. V roce 2011 vydala knihu Muzikoterapie a specifické poruchy učení. Z alternativního proudu můžeme zmínit hudebníka, výtvarníka a terapeuta Václava Kořínka, který spolu s muzikoterapeutkou Danou Pšeničkovou také pořádají semináře Muzikoterapie akreditované MŠMT ČR.

Mezinárodně akreditovaný vzdělávací program zatím v české republice není. Výjimkou je jen dřívější antroposofický institut Musica Humana (KANTOR, WEBER, LIPSKÝ A KOL., 2009).

Rozsah a hlavní cíle této práce neumožňují výčet všech muzikoterapeutů, kteří u nás v současnosti působí, budiž toto vysvětlení bráno jako omluva všem, o nichž zde zmínka není.

Také zde není možné postihnout vyčerpávajícím způsobem v několika odstavcích současný stav MT u nás. Jak jsem se již výše zmínila, MT se dnes úspěšně využívá jako podpůrná metoda na psychiatrických klinikách, stejně tak i v jiných zdravotnických institucích (logopedických ústavech, v protidrogových a protialkoholních léčebnách, v ústavech sociální péče u osob s mentálním postižením, autismem a jiné). Své uplatnění našla v posledních letech i v oblasti pedagogiky, kde významným způsobem přispívá ke zmírnění specifických poruch učení. V neposlední řadě je využívána i jako forma prevence a péče o zdraví u intaktní společnosti. Muzikoterapii totiž stále více vyhledávají i lidé bez klinické diagnózy a všech věkových kategorií. Existují specifické muzikoterapeutické programy, zaměřené na jednotlivé věkové skupiny.

2.1.2. Význam hudby a její terapeutické využití

Význam hudby dle FUKAČE (1989):

- hudba reaguje na řadu potřeb a slouží mnoha účelům

- má rekordně široké spektrum působností a funkcí
- zasahuje člověka od hlavy až po paty (holistický přístup)
- prostupuje celým lidským životem a žitým dnem
- dotýká se jedince i společnosti
- může být přijímána a chápána v různých situacích a na různých úrovních
- snadno kooperuje s dalšími esteticko-uměleckými aktivitami

Hudba byla původně pro lidi součástí všech složek jejich života, a tudíž se od sebe neoddělovaly její významy a použití. Rovněž byla hudba ve svých způsobech realizace, bez limitace čímkoliv, výrazem fyziologického vzrušení a uklidnění, včetně extatického (extáze je slovo řeckého původu a znamená „ze sebe vystoupit“). Fyziologická reakce na hudbu je běžně známou skutečností, kterou můžeme pozorovat u recipientů všech typů (nevědomé zaujmutí určitého držení těla či mimovolní rytmické pohyby, rytmus chůze nebo mimické projevy) (HOLZER, 2006).

„Léčba hudbou (muzikoterapie) je založena na dvojím předpokladu, a to že schopnost reagovat na hudbu je vrozená každému z nás a že tato schopnost nezmizí ani v důsledku tělesného nebo duševního postižení, poranění nebo psychologické poruchy; může naopak existovat i v její přítomnosti.“

B. Inglis – R. West⁷

Léčebné působení hudby dle POLEDŇÁKA (1984):

- Poslouchaná hudba ovlivňuje vegetativní funkce (srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus, motoriku, termoregulaci apod.)
- Hudba představuje komunikaci sui generis, která umožňuje oslovení a porozumění i tam, kde jsou narušeny slovní komunikace a jiné mezilidské

⁷ In: Kapitoly z muzikoterapie (LINKA, 1997, str. 85)

kontakty. Pomocí této nonverbální komunikace lze ovlivnit i velmi hluboké a jinak nedostupné vrstvy osobnosti (nevědomí, podvědomí)

- Receptivní kontakt s hudbou, hlavně však aktivní provozování hudby, působí jako emoční ventil, hudební aktivita umožňuje restrukturaci vztahu i činnosti vůbec a kolektivní hudební aktivita restrukturaci vztahu individua a kolektivu

Význam hudby je nesmírný tak např.: Hudba působí **preventivně** – navozuje radost, pocity štěstí, povznáší. Působí jako prevence psychických poruch – udržuje v harmonii **duševní rovnováhu** člověka. Uplatňuje se **v diagnostice** – v psychologických či psychiatrických vyšetřeních dokáže navodit atmosféru důvěry. Hudba působí **rehabilitačně** – příjemná hudba dokáže odpoutat pozornost. Zde se musí zejména u receptivní muzikoterapie respektovat individuální hudební vkus. Hudba také stimuluje duševní pochody a myšlenkové operace. Využívá se její **analgetická schopnost** – může odvést pacientovu pozornost při bolestivém zákroku. V neposlední řadě má hudba velký význam **výchovný a převýchovný** – jako doprovodná léčba u mladistvých delikventů, alkoholiků, narkomanů a patologických hráčů, při výchově nepřizpůsobivých dětí. V psychoterapii je hudba pomocníkem při odstraňování negativních důsledků nepříjemných zážitků z dětství a při překonávání psychických zábran.

Jako prostředek k udržení duševní vyrovnanosti se hudba dále uplatňuje u jedinců různorodě tělesně postižených – invalidních, nevidomých, kde působení hudby sice nezlepší daný fyzický stav, ale ochraňuje pacienta před případnými těžkými psychickými poruchami, které by se časem mohly přidružit k somatickému onemocnění a z něho vyvinout.

V psychologickém vnímání hudby rozlišujeme 3 pojmy:

- recepce
- percepce
- apercepce

Při **receptci** dochází k celkovému příjmu hudby v lidské psychice, je to pojem nejrozsáhlejší. K aktivnímu zpracování hudebního sdělení prostřednictvím smyslového orgánu dochází při procesu **percepce** (JUNG, 1998). **Apercepce** hudby představuje proces, v němž se zmocňujeme nejenom „smyslové podoby“ hudby, ale posléze v důsledcích pronikáme i do jejího obsahu. V završení tohoto procesu se objevují určité odpovědi apercipienta v podobě úžasu, obdivu, přijetí, zapojení se (v souvislosti s tím se objevuje určité chování). Také můžeme apercepce hudby chápat jako proces projekce člověka směrem ven, přičemž hudba slouží jako zvláštní projekční plocha (POLEDŇÁK, 1984). Kvalita apercepce je klíčový požadavek zejména receptivní muzikoterapie.

2.1.3. Zvuk jako prostředek muzikoterapeutického působení

Zvuk je všudypřítomný. Pro lidské ucho je slyšitelné vlnění zpravidla o frekvencích mezi 16 Hz a 20 000 Hz. Pod 16 Hz se nazývá infrazvuk, nad 20 000 Hz ultrazvuk.

Náš sluch má jen omezený rozsah pro vnímání vibrací.⁸

LIPSKÝ (2002) se k působení zvuku na organismus člověka vyjadřuje tak, že jednotlivé zvuky:

- 1) působí na změnu nálady a chování
- 2) ovlivňují důležité vegetativní funkce
- 3) mají vliv na tvorbu hlasu a řeči i na vlastní hudební produkci

Existence zvuku je podmíněna vibrací těles. Kmitající molekuly tvoří zvukovou vlnu, která prochází prostředím. Nastalé změny vyššího a nižšího tlaku rozkmitají bubínek ucha a ten přicházející zvuk zesílí. Dále zvuk putuje vnitřním

⁸ Při větším rozsahu by bylo možné slyšet znít hudbu květin a tráv, hor a údolí, zpěv nebe a hvězd stejně jako „symfonii“ našeho vlastního těla. Dnes nám moderní fotoakustická spektroskopie umožňuje poslouchat např. rozvíjení poupěte – duní podobně jako zvuky varhan, připomínající toccatu J. S. Bacha. Také pokusy se zvířaty a rostlinami přinesly zajímavé poznatky v působení různých druhů hudby. Poslech klasické hudby motivoval slepice i krávy k vyšší produktivitě, zatímco hudba rocková měla účinky opačné. Stejně tak reagovaly i rostliny. Nejoblíbenější hudbou u rostlin je barokní hudba J. S. Bacha a indická hudba hraná na sitár. Na country a hudbu folkovou reagovaly rostliny neutrálně (Baginski, 1993).

uchem a prostřednictvím nervových vláken do centrální nervové soustavy zvláštní sluchovou dráhou. V CNS dojde k jeho zpracování. Ovšem část zvukové informace prochází přes mozkový kmen až k retikulární formaci, kde vzniknou budivé reakce, které způsobí zvýšenou svalovou činnost, tedy změnu svalového napětí. Proto jsme často svědky „bubnování“ prsty do taktu, rytmických pohybů nohou, či kývání celým tělem při poslechu dynamické hudby. Základem je totiž tzv. cirkulační reflex. Díky tomu se v muzikoterapii tolik uplatňuje těž pohyb spojený s hudbou.

I když je sluch blokován, naše tělo na zvuk reaguje. Člověk může být hudbou posílen nebo oslaben, ať tóny slyší nebo ne. Hudbou nelze posílit a oživit, aniž by o tom hlava a city věděly. Správná hudba tak může přispět k posílení zdravotního stavu a pocitu spokojenosti. Ne všechny zvuky ale působí na člověka pozitivně. Pro zvuk je charakteristická intenzita a kmitočet. Zvuky o pravidelném kmitočtu nazýváme tóny, o nepravidelném kmitočtu – hluky. Zmnožení nehudebních zvuků vyvolává v člověku negativní reakce. Organismus se tak dostává do stavu zátěže, stresu a vnitřního napětí. Vysoký hluk může vyvolávat poruchy srdečního rytmu a rovnováhy a vést k potížím krevního oběhu. Lidé, kteří pracují dlouhodobě v hluku, si více stěžují na podrážděnost, vyčerpanost a celkovou únavu.

Každý jako bytost individuální, vnímá slyšený zvuk specificky. Sluchové spektrum je totiž založeno na našich vlastních zkušenostech. Tedy i schopnost rozeznat zvláštní zabarvení odstínu zvuku je závislá na množství harmonických zvuků, na jejich umístění a síle, jež ohraničují počátek a konec zvuku (BARRAQUÉ, 2002).

Zvuk a hudba jsou neoddělitelně spjaty a mnoho lidí si bez nich neumí život představit. Jsou účinným prostředkem při ovlivňování somatické i psychické stránky člověka. Mnoha znevýhodněným lidem pomáhá využití hudby v terapeutických programech, stejně tak zlepšuje a obohacuje život intaktní populaci.

2.1.4. Druhy muzikoterapie

V muzikoterapii rozlišujeme tyto základní druhy: autoterapie a heteroterapie, aktivní a receptivní muzikoterapie, individuální, skupinová a hromadná muzikoterapie.

O **autoterapii** hovoříme, pokud provádí jedinec léčbu sám na sobě. Dochází k tomu zejména tehdy, je-li klientovi doporučeno pokračovat v muzikoterapii individuálně po skončení léčby, respektive též ve sféře preventivní. Tato forma terapie se může využít pro provádění mentální hygieny a její výhodou je větší intimita.

Heteroterapie pracuje se vztahem terapeut – klient. Terapeut, případně celý tým odborníků poskytuje pacientovi profesionální, kvalifikovanou terapeutickou péči (LINKA, 1997).

Podle způsobu zapojení klienta se muzikoterapie dělí na **aktivní** a **receptivní**.

Při aktivní muzikoterapii se jedinec zapojuje do terapeutické činnosti zpěvem, hrou na tělo⁹ nebo na hudební nástroj. Při práci s tělem se využívají dechové techniky a hra na tělo, kterou můžeme vytvořit širokou škálu zvuků, které umožní realizaci mnoha jednoduchých muzikoterapeutických činností. Hru na tělo používáme i k uvědomování si vlastního těla a jako prostředek kontaktu s druhými. Velmi vhodná je u klientů, kteří nejsou schopni ovládat hudební nástroj vzhledem ke svému postižení. Také lze použít hru na tělo jako doprovod k hlasovým technikám. Dech představuje elementární příklad rytmů a zvuků, které vydává lidský organismus. Ve spojení s pohybem i samostatně se dechové techniky využívají v řadě relaxačních metod a cvičení.

Zpěv jako zvláštní, od mluvené řeči podobou i funkcí odlišný hlasový projev, představuje elementární bázi, dostupnou prakticky každému. Funguje jako bezprostřední využití i výraz, kde je prostředkem vytváření hudebních struktur hlasový orgán člověka, vedle zpěvu vzniká i činnost speciální manipulace s předměty – hudebními nástroji. Při manipulaci s nimi jsou mobilizovány i další (ruční, pedální i ústní) pohyby člověka.

⁹ Základní úkony hry na tělo jsou např. tleskání do rukou, pleskání o tělo, podupy, poskoky, louskání prsty apod.

Hra na hudební nástroj bývá pro klienty i velmi přitažlivou aktivitou. Pokud jsou hudební nástroje zasazeny vhodně do muzikoterapeutické činnosti, zvyšují pocit úspěšnosti a sebeocenění klientů. Používáme jednoduché hudební nástroje, na které lze hrát jednoduše od počátku, bez předchozí přípravy a dlouhodobějšího školení. Velmi oblíbená je hra na bicí a perkusivní nástroje. Sem patří lidové a etnické bubínky, rumba koule, tamburína, ozvučná dřívka, triangel a mnohé další (HOLZER, 2006). Mnoho muzikoterapeutů doporučuje používat Orffův instrumentář, avšak některé nástroje instrumentária, např. velké činely, nemají vhodné zvukové dispozice pro práci s některými skupinami klientů (autisté, ADHD apod.), proto se doporučuje věnovat pozornost pečlivému výběru nástrojů s ohledem na konkrétní skupinu klientů a kombinaci Orffových nástrojů s nástroji etnickými či vlastnoručně vyráběnými. Někteří klienti dávají přednost libozvučnějším nástrojům z přírodních materiálů nebo nástrojům, na jejichž výrobě se mohou sami podílet.

V receptivní (pasivní) muzikoterapii rozlišujeme hudbu podle způsobu, kterým je poslech hudby zprostředkován na:

- improvizovanou muzikoterapeutem
- reprodukovanou

Při živé hudbě může muzikoterapeut snáze reagovat na dění ve skupině a podle něho přizpůsobit průběh a délku poslechu hudby. I přesto, že skladby určené k receptivní muzikoterapii nemusejí být technicky ani hráčsky náročné, by měl muzikoterapeut disponovat dobrými hudebními a improvizacími schopnostmi. Reprodukovaná hudba neklade tak velké požadavky na hudební dovednosti a nástrojové vybavení terapeuta.

Dle Lubomíra Holzera je receptivní (pasivní) forma taková, při níž je hlavní formotvorný úkol postaven před muzikoterapeuta. Terapeut vytváří muzikoterapeutické medium sám hrou na hudební nástroje, zpěvem, tancem a dalšími prvky, které spoluvytvářejí celý proces. Komunikuje pohledem, gestem, mimikou, emocemi, zaujetím apod., které přes něho procházejí, vytváří celkovou náladu. Pasivní forma muzikoterapie není nikdy z pohledu na klienta úplně pasivní (proto je toto označení nahrazováno názvem receptivní). U klienta se

naopak počítá s jeho spontaneitou, která často ústí do kreativity. Využívá se klientů přirozená schopnost napodobovat - komunikovat, intuitivně se zapojovat. Aktivní přístup klientů v receptivní muzikoterapeutické formě je důležitým prvkem, se kterým je nutné dle potřeby pracovat. Je to výraz nonverbální komunikace a úspěšně probíhajícího muzikoterapeutického procesu (HOLZER, 2006).

Podle počtu pacientů rozlišujeme muzikoterapii **individuální, skupinovou a hromadnou**, které mohou být aktivní i receptivní.

Individuální muzikoterapie je založena na vztahu terapeut a klient. Realizuje se obvykle prostřednictvím samostatných sezení s klientem nebo může probíhat při práci se skupinou.

Skupinová terapie využívá skupinovou dynamiku, která je definována jako „souhrn skupinového dění a skupinových interakcí“ (KRATOCHVÍL, 2005). Skupinová muzikoterapie může mít různou podobu a rozdělení. Mužská, ženská nebo smíšená skupina, rozdělení podle věku klientů (např. dětské, seniorů) nebo podle druhu onemocnění apod. Skupinová muzikoterapie se může realizovat v rámci fixní, uzavřené skupiny. Taková skupina po celou dobu cyklu muzikoterapeutických praktik v ústavní nebo ambulantní léčbě nepřibírá další pacienty. Nebo se skupinová muzikoterapie uskutečňuje v rámci variabilní, otevřené skupiny, kde se počet členů mění. Pokud počet klientů přesáhne 30, mluvíme o terapii hromadné. Nejrozličnější druhy, formy a techniky muzikoterapie se dle aktuální situace mohou kombinovat, prolínat a doplňovat s dalšími typy psychoterapií, včetně řady arteterapeutických přístupů.

2.2. Speciální pedagogika

2.2.1. Pojem, cíl a struktura speciální pedagogiky

Pojem speciální pedagogika se v naší zemi postupně ustálil na přelomu 60. a 70. let 20. století (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ A KOL., 2006). Poprvé byl tento termín užít Bohumírem Popelářem. Od roku 1973 začal tento termín užívat Miloš Sovák, významný český speciální pedagog. Speciální pedagogika se řadí

mezi významné pedagogické disciplíny svým zaměřením na výchovu a vzdělávání zdravotně a sociálně znevýhodněných osob a na jejich pracovní a společenské možnosti (PIPEKOVÁ A KOL., 1998).

Speciální pedagogika se zaměřuje na zlepšení psychického a somatického stavu jedinců s postižením, s cílem systematického poznání zákonitostí a mechanismů vývoje těchto osob a dosažení maximální úrovně socializace. Snaží se stanovit příčiny postižení, definovat obraz postižení, předejít vzniku a následkům postižení a realizovat vlastní speciální terapii – výchovu a vzdělávání (LUDÍKOVÁ in KREJČÍŘOVÁ A KOL., 2002).

Cílem speciální pedagogiky v praxi je vychovávat, vyučovat a vzdělávat jedince se speciálními potřebami tak, aby se dokázali se svým postižením (poruchou, omezením, defektem, znevýhodněním) vyrovnat nejen vnitřně, ale aby se přes svá omezení dokázali začlenit do pracovního procesu a života intaktní populace. K dosažení tohoto cíle je nezbytné uplatňovat individuální přístup a přizpůsobovat nároky schopnostem a možnostem každého jedince. Jednotlivé kategorie postižených dětí a dospělých vyžadují specifické formy výchovy, vzdělávání a pomoci při socializaci. Vzhledem k této skutečnosti se speciální pedagogika člení na šest oborů, k nimž v posledním desetiletí můžeme řadit další dva, jejich označení zavedl Miloš Sovák:

- **psychopedie** – speciální pedagogika osob s mentálním postižením
- **tyflogedie** – speciální pedagogika osob se zrakovým postižením
- **etopedie** – speciální pedagogika obtížně vychovatelných, osob s poruchami chování
- **logopedie** – speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností
- **surdopedie** – speciální pedagogika osob se sluchovým postižením
- **somatopedie** – speciální pedagogika osob s postižením hybnosti, tj. tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených

- **speciální pedagogika osob s vícenásobným postižením** – tj. osob s více vadami (kombinované postižení)
- **speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky** – tj. osob se specifickými poruchami učení, chování a pozornosti (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ A KOL., 2006).

Jak je patrné speciální pedagogika zahrnuje celou škálu postižení. Jelikož se ve stacionáři Klíček-Záluží nacházejí jen klienti s mentálním a kombinovaným postižením, uvádím zde jejich popis podrobněji a o dalších postiženích se zmiňuji jen okrajově.

2.2.2. Kombinované postižení

V současné době neexistuje jednotná terminologie pro uvedenou kategorii. V ČR se nejčastěji setkáváme s označením vícenásobné postižení, kombinované postižení či kombinované vady.

Kombinovat se mohou závažnější stupně postižení, poruch či narušení, i jejich lehčí stupně navzájem nebo s těžšími stupni postižení. Jedinci s kombinovaným postižením se vyznačují mimořádnou heterogeností a variabilitou příznaků, projevů a z toho vyplývajících speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb. Příčiny vzniku kombinovaných vad nelze vždy jednoznačně určit, ale můžeme říct, že je možné je hledat ve všech fázích života. Obvykle nejtěžší kombinované vady mají příčiny v prenatálním stadiu. K nejčastěji se vyskytujícím etiologickým faktorům patří genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanická poškození, vlivy sociálního a mentálního prostředí, ale i psychické faktory, trauma a podobně.

Velmi diskutabilní je základní dělení na kategorie lehké a těžké kombinované postižení, neboť kde existuje hranice určující, co je lehký a co už těžký stupeň? Časté je členění ve vztahu k mentálnímu postižení, kdy se jedná o kombinace mentálního postižení se smyslovým postižením, tělesným postižením nebo

poruchou chování. Jedinci s duálním senzoryckým postižením zraku a sluchu, označováni za osoby hluchoslepé, tvoří samostatnou kategorii.

S pojetím péče o jedince s kombinovaným postižením se často používá termín výchovná rehabilitace, značící souhrn speciálně pedagogických postupů – intervencí, zaměřujících se na optimální rozvoj osobnosti vícenásobně postiženého. Cílem je dosáhnout pokud možno nejvyššího stupně socializace a volit k tomu adekvátní zásady, odpovídající metody, prostředky a organizační formy (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ A KOL., 2006).

JESENSKÝ vychází ve své klasifikaci a odstupňování socializace z hodnocení **WHO** (Světové zdravotnické organizace) a člení ji na 9 stupňů:

Plná integrace:

1. sociálně integrovaný jedinec

Vysoká integrace:

2. inhibovaná účast
3. omezená účast

Středně vysoká integrace:

4. zmenšená účast

Nízká integrace/nízká segregace:

5. ochuzené vztahy
6. redukované vztahy
7. narušené vztahy

Středně vysoká segregace:

8. odcizení

Vysoká segregace:

9. společenská izolace

Jesenský **integraci** definuje „jako spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin. Je to stav, kdy se

znevýhodněný člověk vyrovnal se svým postižením, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné“ (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ A KOL., 2006, str. 78).

Segregace je chápána jako opak. „*Je to stav, kdy postižený je ze společnosti intaktních vyčleněn nebo se sám z ní vyčleňuje*“.

Při socializaci jedinců s kombinovanými vadami velmi často nastávají problémy v oblasti komunikace. Tyto osoby mnohdy nemohou využívat orální řeč a tak jsou odkázány na alternativní a augmentativní systémy.

Augmentativní komunikace se využívá u jedinců, kde jsou určité předpoklady pro využití orální řeči, ale jsou nedostačující. Prostřednictvím augmentativních systémů by se předpoklady měly zvýšit.

Alternativní komunikace se používá jako náhrada orální komunikace.

Výběr nejvhodnějších komunikačních metod pro konkrétního jedince je dosti obtížná záležitost, vyžadující často spolupráci i několika specialistů.

K nejčastěji používaným komunikačním systémům patří např.:

- Znaková řeč
- Gestikulace
- Braillovo písmo u zrakově postižených
- Odezírání tzv. čtení ze rtů apod.

Velmi často používají jedinci s vícenásobným postižením kombinaci dvou i více technik a každá by se měla brát jako rovnocenná.

Zařazování jedinců s vícenásobným postižením má být činěno vždy s velkou zodpovědností a velmi citlivě co se otázky uplatnitelnosti ve společnosti týče.

2.2.3. Mentální postižení

Mentální postižení, dříve označované termínem **mentální retardace** znamená opožděnost rozumového vývoje. Původní označení je odvozeno z latinského *mens*, 2.p. *mentis* – mysl, rozum a *retardace* z latinského *retardatio* – zdržet, zaostávat, opoždovat (BARTOŇOVÁ, BAZALOVÁ, PIPEKOVÁ, 2007).

Dle Slowíka lze mentální postižení popsat velmi obtížně, protože jeho projevy jsou velice individuální a velmi různorodá je také škála jeho příčin. Jako mentální retardace (dříve oligofrenie) bývá označováno vrozené mentální postižení, způsobené poškozením mozku dítěte před narozením či během porodu, eventuálně do dvou let po narození (SLOWÍK, 2010).

U nás je nejvíce citovaná definice mentální retardace od Dolejšího:

„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatecích genetických vloh; na porušeném stavu anatomickofyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“ (DOLEJŠÍ, 1973, str. 93).

Definice podle MKN-10 (WHO, 2006) popisuje mentální postižení jako „stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristický zejména snížením schopností, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních“ (BARTOŇOVÁ, BAZALOVÁ, PIPEKOVÁ, 2007, str. 126). Jde o postižení vývojové a trvalé.

Mentální postižení patří do oboru psychiatrie, proto je jako první označení písmeno F. Označení oddílu F70-F79, věnovaný mentálnímu postižení je považováno za základní kód a hlavním hlediskem, které je zde používáno, je inteligenční kvocient.

Klasifikace mentálního postižení dle WHO z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993

F70 Lehké mentální postižení IQ 50-69

F71 Středně těžké mentální postižení IQ 35-49

F72 Těžké mentální postižení IQ 20-34

F73 Hluboké mentální postižení IQ je nižší než 20

F78 Jiné mentální postižení

F79 Nespecifikované mentální postižení

F70 Lehké mentální postižení

IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let).

Jedinci jsou schopni účelně užívat řeč v každodenním životě. Potíže nastávají hlavně při školní výuce. Většina z nich není závislá na osobní péči. Mnoho dospělých je schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu ve společnosti.

F71 Středně těžké mentální postižení

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let).

Rozvoj řeči a myšlení je výrazně opožděn, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici soběstačnosti (osvojit si běžné návyky a jednoduché dovednosti), dosáhnout přiměřené komunikace a školních dovedností. Samostatný život v dospělosti je možný jen zřídka.

F72 Těžké mentální postižení

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let).

Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory. Řeč je primitivní. Většina jedinců má poruchu motoriky, spolu s jinými přidruženými vadami. Zvládají pouze základy sebeobsluhy a plnění několika pokynů.

F73 Hluboké mentální postižení

IQ dosahuje nejvýš 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky).

Řeč není rozvinuta, komunikace je nonverbální a lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. Své okolí jedinec nepoznává a časté je sebepoškozování. Je zde všestranná závislost na péči jiných lidí.

F78 Jiné mentální postižení

Mentální postižení nelze přesně určit pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování a autismus.

F79 Nespecifikované mentální postižení

Jde o mentální postižení, ale pro nedostatek důkazů nelze jedince přesně zařadit.

Sociální přizpůsobivost a intelektuální schopnosti se mohou v průběhu času měnit a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má tedy odpovídat současnému stavu duševních funkcí (10 revize WHO 1993).

2.2.4. Postižení sluchu

Sluchové postižení představuje nejtěžší bariéru v komunikaci a následně se odráží do celého vývoje osobnosti. Obor, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců se sluchovým postižením, se nazývá **surdopedie** (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ A KOL., 2006).

2.2.5. Postižení zraku

Zrak je jedním z nejdůležitějších smyslů. Jeho funkce při zprostředkování informací je velmi důležitá. Obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením se nazývá **tyflopédie** (z řeckého tyflos – slepý, paidea – výchova) nebo **oftalmologie**. Obě označení jsou synonymem pro jedinou disciplínu.

2.2.6. Postižení řeči

Mluvená i psaná řeč jako lidský prostředek vzájemné interakce představuje určitý komunikační standart. Jakákoli jiná alternativa (speciální komunikační metoda nebo systém) je svým způsobem handicapující (SLOWÍK, 2010). Obor, zabývající se výchovou a vzděláváním osob s narušenou komunikační schopností se nazývá **logopedie** (RENOTIÉROVÁ, LUDÍKOVÁ A KOL., 2006).

2.2.7. Autismus

Autismus, resp. poruchy autistického centra (**PAS**) řadíme mezi pervazivní (vše pronikající) vývojové postižení, tudíž zasahující celou osobnost člověka. Tato porucha je trvalá a vyžaduje celoživotní specializovanou péči o postiženého. Osoba s autismem má řadu problémů především ve třech oblastech (triáda postižení): oblast komunikace, oblast sociální interakce a oblast představitosti. Až v 80% případů jsou autistické obtíže v kombinaci s různým stupněm mentální retardace (SLOWÍK, 2010).

Autistických poruch rozlišujeme několik druhů a všechny mají své specifické symptomy. Mezi nejznámější patří Aspergerův syndrom, vyskytující se převážně u chlapců, kde není postižení řeči a celkového kognitivního vývoje.

2.2.8. Specifické poruchy učení

Specifické poruchy učení (**SPU**) se často označují jako vývojové, kde nejzřetelnější projev bývá patrný v průběhu výchovy a vzdělávání v dětském věku. Patří mezi ně např.:

- dyslexie jako specifická porucha čtení
- dysgrafie jako porucha psaní
- dyskalkulie jako porucha matematických dovedností apod.

2.3. Techniky muzikoterapie využívané ve speciální pedagogice

Díky tomu, že roste úroveň poskytovaných služeb pro osoby s postižením, začaly se využívat i nové terapeutické a edukační metody, mezi které patří právě i muzikoterapie. Muzikoterapie se nejčastěji využívá jako podpůrná terapie spolu s jinými terapeutickými metodami. Muzikoterapeut se podílí na diagnostice klienta, na zhodnocení vývoje klienta a poskytuje poradenství rodičům či učitelům (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL., 2009).

„Hudba nastupuje tam, kde už slovo nestačí“

C. Debussy (hudební skladatel)

Při práci s klienty s postižením, především s mentálním a autisty, se muzikoterapeutovi otevírají veliké možnosti v oblasti jiné komunikace, kterou muzikoterapie bezpochyby je. V neverbální rovině jde převážně o rozhovor rezonanční, který rozvíjí pocit sounáležitosti, účasti, štěstí, lásky a uzdravování. Muzikoterapeut by měl být velkým optimistou, neočekávat okamžitý výsledek. Spíše by se měl stát pozorovatelem muzikoterapeutického procesu, neboť u některých klientů, zvláště s mentálním postižením, kombinovanými vadami a autismem, může trvat déle, než se otevrou a přijmou muzikoterapii.

V muzikoterapii se využívají rozličné metody práce, které mají spoustu variací. Při jedné terapii se mohou kombinovat různé metody. Vyvinutím systematického přístupu, který je závislý na určitých technikách, vzniká model (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL., 2009).

Základními metodami v práci muzikoterapeuta jsou **hudební improvizace, hudební interpretace, kompozice a psaní písní, poslech hudby** (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL., 2009).

Hudební improvizací rozumíme spontánní vytváření hudby hrou na tělo, na hudební nástroje a zpěvem. Můžeme tak pozorovat stav tělesných i psychických funkcí klienta. Hudební improvizace umožňuje vyvolat odpovědi u klientů

s jakoukoli úrovní postižení. Muzikoterapeut vytváří hudebně – emocionálně příznivé prostředí, které podporuje hudební vyjadřování klienta. **Hudební improvizace má využití jak diagnostické, tak i terapeutické.**

Z diagnostického hlediska je hudební improvizace považována za projektivní techniku, kdy hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek (hlas, pohyb) zastupuje klientovo alter ego (druhé já) a zrcadlí jeho vnitřní svět. Klient tak může vyjádřit pocity, které jsou pro něho obtížné sdělit je verbálně. K usnadnění analýzy hudební improvizace pro diagnostické účely slouží audio nebo video záznamy. Moreno¹⁰ při analýze hudební improvizace doporučuje zaměřit se na výběr nástroje a způsob, jakým klient nástroj používá, dále na dynamiku, tempo a délku hudebního projevu.

Z terapeutického hlediska nabízí hudební improvizace prostor ke svobodnému vyjadřování a komunikaci. Dále možnost změnit ustrnulé nebo patologické vzorce reagování a tak klienta lépe integrovat do běžného života, neboť změna chování v rámci hudební improvizací skupiny může vést k podstatným změnám ve skutečném životě.

Během terapie také muzikoterapeuti často využívají techniky hudebního zrcadlení a hudební modelování.

Při hudebním zrcadlení muzikoterapeut hudebně reflektuje to, co klient právě dělá, což mu umožňuje lépe vstoupit do jeho světa a zároveň tím dává klientovi najevo, že ho přijímá. Tato technika patří k nejúčinnějším způsobům navázání komunikace i u těžce mentálně postižených nebo psychotických klientů. Zrcadlit jde hudební i nehudební chování klienta.

Hudební modelování umožňuje klientům předvádět prostřednictvím improvizace nové způsoby chování a interakce.

¹⁰ Joseph J. Moreno (1892-1974) a jeho choť Zerka patří k nejznámějším postavám světové psychoterapeutické scény. V roce 1952 propracoval metodu psychodramatu a založil „Morenův institut“ v Beaconu ve státě New York.

Příklad 1:

Klient vyjadřuje prostřednictvím hudební improvizace své aktuální pocity. Technika umožňuje hlouběji zkoumat stavy, které by bylo obtížné popsat verbálně. Po hudební improvizaci následuje rozhovor s muzikoterapeutem.

Příklad 2:

Muzikoterapeut se snaží navázat komunikaci s těžce mentálně postiženým klientem pomocí zrcadlení jeho vokálních projevů a sleduje, zda si klient jeho chování uvědomuje. V pozitivním případě vzniká hudební dialog, během kterého zkouší terapeut klientovu aktivitu a nové komunikační vzory.

Další metodou je **hudební interpretace**. Ta už pracuje s předkomponovanou vokální nebo instrumentální hudbou. Stejně jako u hudební improvizace je možné kromě hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů využít pohybu a dalších uměleckých prostředků. Hudební interpretace je vhodná pro klienty, kteří potřebují posílit sebedůvěru a kteří prožívají úzkost ze spontánního projevu. Rozvíjí hudební dovednosti, percepční, motorické, sociální a kognitivní funkce. Upevňuje sebedisciplínu a schopnost sebekontroly, neboť musí klient dodržovat základní pravidla, která muzikoterapeut stanoví.

Příklad 1:

Muzikoterapeut pracující s klientem s dětskou mozkovou obrnou se snaží podpořit rozvoj jeho motoriky a kognitivní funkce prostřednictvím hry na klavír a jiných instrumentálních aktivit. Úkolem klienta je přehrát melodie písní a jednoduché motivy, čímž dojde k aktivaci oslabených svalových skupin. Podle svých schopností a možností se klient snaží zapojovat všechny prsty, hrát oběma rukama současně apod., tak aby se směřovalo ke stále rostoucí motorické komplexitě.

Hra na hudební nástroj se ve speciální pedagogice využívá za účelem reedukace narušených motorických a sensorických funkcí. Využívají se jak tradiční západní nástroje, tak etnické i vlastnoručně vyráběné nástroje. Z tradičních západních nástrojů se nejčastěji k tomuto účelu využívá klavír,

xylofon, z etnických nástrojů různé bubny a z vlastnoručně vyráběných různé rytmičné nástroje, neboť poskytují bohaté možnosti z hlediska působení na motoriku (MÜLLER, 2005). U autistických klientů se doporučuje spíše kantela jako přístupový nástroj, než hůlky. Ty jsou pro ně moc agresivní a autističtí klienti je mají tendenci odmítat a zahazovat je (POSPÍŠILOVÁ, 2008).

K rozvoji *vizuomotorické koordinace a reedukaci zrakového vnímání* lze použít klávesy. Klávesy mohou být barevně označené pro předškolní děti nebo mohou mít různé symboly pro starší klienty. Také se s takovou úpravou barev a symbolů mohou upravovat noty na stránce, aby je klient byl schopen číst. Hraní podle symbolů a značek pomáhá rozvíjet pozornost a orientaci na stránce (MÜLLER, 2005).

Klavír je také vhodný k rozvoji *jemné motoriky rukou, cílených pohybů a koordinace obou horních končetin*. Hra na bubny působí na rozvoj různých motorických aspektů – *síly, vytrvalosti, rychlosti, koordinace končetin, odhadu vzdálenosti, vizuomotorické koordinace*. Bubny se dají ovládat jak paličkou, tak otevřenou dlaní, konečky prstů, špetkou i jednotlivými prsty při napodobování kapek deště. U klientů s tělesným nebo kombinovaným postižením se může *iniciovat pohybová akce* (výběr nástroje) rozmístěním nástrojů v prostoru. U výběru se nechává volba dle libosti klienta. U klientů s dětskou mozkovou obrnou bývá snižená senzitivita hmatového vnímání, kterou lze procvičovat s instrumentárem různorodých hudebních nástrojů s odlišnými povrchy (nejlépe z přírodních materiálů) a vlastnostmi (lehký/těžký, různé tvary apod.). Pro rozvoj senzomotoriky se velmi hodí i nejbezprostřednější nástroj, který máme vždy k dispozici – hra na naše tělo (MÜLLER, 2005).

Osoby neslyšící mohou vnímat zvuky prostřednictvím vibrací. K vytvoření rezonance je vhodná hudba s dostatečně intenzivními basovými tóny, nebo lze reprodukovanou hudbu nahradit hudbou živou, hranou na nástroje, které vydávají silné vibrace, např. bubny, didgeridoo, gongy nebo tibetské mísy.

Psaní písní a kompozice hudby zahrnuje kreativní vytváření písní, textů, vokálních a instrumentálních skladeb. Hlavní je, že se na tom podílí sám klient osobně. U hospitalizovaných dětí je prostředkem k vyjádření obav, úzkostí a porozumění jim. Je několik způsobů, jak se může postupovat. Nejjednodušší je

použít předem připravenou strukturu textu nějaké písni s vynechanými slovy, které má klient doplnit. Tato technika se nazývá **fill in blank**. Také je ale možné přepisovat a upravovat již existující písni. Zde se úprava vždy úzce dotýká osobních témat nebo potíží klientů.

Poslech hudby je zaměřen na tělesné, emocionální, intelektuální, estetické nebo spirituální aspekty hudby. Klient hudbě naslouchá a může na ni verbálně nebo neverbálně reagovat. Poslech hudby může usnadnit navázání kontaktu s klientem (KANTOR, LIPSKÝ, WEBER A KOL., 2009).

Poslech hudby spadá do kategorie **receptivní (pasivní) muzikoterapie**. K tomuto účelu se může hodit téměř každá hudba, avšak velmi záleží na tom, komu, kdy, kde, za jakých okolností a k jakému medicínskému účelu je určena. Co se hodí pro jeden případ, nemusí být vhodné a účinné v případě jiném.

Hudba může být jedincem vnímána ve formě živé hudby nebo reprodukováné, a to zejména z hudebních nosičů (gramofonových desek, CD disků, kazet, ozvučených filmů, DVD) nebo prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků (rozhlas, televize, internet). Poslech hudby je sice brán z hudebního hlediska jako pasivní, avšak při poslechu dochází k aktivnímu zapojení vědomí např. při řízené relaxaci se mysl soustředí na dech, jednotlivé části těla nebo si vizualizuje klidné místo, na kterém se právě imaginárně nachází. Tyto imaginační techniky lze doplnit o nácvik plného jógového dechu (MÜLLER, 2005). I způsob poslechu se často liší. Pacient může při poslechu sedět v křesle, ležet na pohovce či na dece na zemi.

Muzikoterapie má obdobně jako jiné **expresivní terapie**¹¹ složku receptivní (vnímání hudby) a aktivní (vyvíjení hudební aktivity), přičemž obě tyto složky obvykle tvoří kompatibilní celek (MÜLLER, 2005).

Receptivní muzikoterapie se často pojí s jinými aktivitami. Zde se nejvíce využívá **arteterapie v užším slova smyslu**, která zahrnuje malbu, kresbu, plastiku, sochařství, vyšívání, modelování, řezbářství a další výtvarnou činnost.

¹¹ Expresivní terapii lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem (MÜLLER, 2005).

V současné době je však ve většině zemí patrný posun k chápání pojmu muzikoterapie jako **arteterapie v širším slova smyslu**. Tento pojem již neznamena pouhé léčení hudbou, ale pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy.

Arteterapie v širším slova smyslu zahrnuje další druhy terapií, jako jsou např. **ikonoterapie** – léčení vnímáním obrazů¹², **biblioterapie** – léčení četbou vhodných knih a textů¹³, **poetoterapie** – léčení četbou a tvorbou poezie, **religioterapie** – léčení četbou nebo poslechem náboženského textu, **choreoterapie** – léčba tancem, **dramaterapie** – kterou můžeme dělit na:

- **teatroterapii** – léčbu divadlem (aktivním hraním divadelních her)
- **psychodrama** – symbolické přehrávání klientových traumatizujících zážitků s kladným vyústěním
- **psychopantomimu** – přehrávání scén nonverbálně, pomocí mimiky a gest

Imagoterapie je zvláštní forma psychodramatu, při níž jde o nácvik nápodoby ideálního vzoru převzatého z literatury¹⁴. Do arteterapie v širším slova smyslu mohou spadat i některé aktivity **ergoterapie**¹⁵, např. výroba dekorativních předmětů, vánočních ozdob, bytových doplňků, šperků aj.

Všechny muzikoterapeutické techniky, které se ve speciální pedagogice využívají, mají mít dostatečné rozpětí, aby byly schopny zachytit zvláštnosti jednotlivých klientů.

¹² Pro ikonoterapii se hodí nejen obrazy výslovně označované jako léčivé, ale i takové, které pacientovi navozují pocit vnitřního naplnění a uspokojení, pohodu a jsou vhodné k jeho aktuálnímu duševnímu stavu jako zdroj harmonie a eliminace záporných emocí.

¹³ biblioterapie - četba se určuje s přihlédnutím k pacientově vkusu a volbě dle okolností. Četba přivádí pacienta na jiné myšlenky nebo koncentruje jeho pozornost na příběh, proto se k tomuto účelu hodí i dobře napsaná detektivka nebo literatura faktu.

¹⁴ imagoterapie – pacient ve skupině vypravuje obsah zvoleného díla a přehrává postavu vybraného hrdiny.

¹⁵ ergoterapie – léčba aktivitou, která je zaměřena na prevenci disability nebo zlepšení výkonu klienta v určité oblasti.

„Hudba léčí a vždy tomu tak bylo.....

Ale až v našem vlastním velmi metodickém a chřadnoucím světě jsme znovu objevili techniky, zvláštní prostředky používání hudby k rehabilitaci lidí trpících nejrůznějšími formami postižení, které jim brání v tom, aby vedli normální čínorodý život. “

Yehudi Menuhin (houslový virtuóz)

3. PRAKTICÁ ČÁST

3.1. Výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou možnosti využití aktivní a receptivní muzikoterapie ve stacionáři Klíček – Záluží a zmapovat přínos muzikoterapie celkovému klimatu stacionáře.

3.2. Výzkumné metody

Ve své práci jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum, který probíhal formou individuálních rozhovorů. Pro tento typ výzkumu jsem se rozhodla proto, že existují jevy, k jejichž objasnění je kvalitativní výzkum mnohem vhodnější. Kvalitativní výzkum sice vyžaduje od výzkumníka dobrou orientaci ve zkoumané oblasti, investici, flexibilitu, ale i vědomí určitého rizika a více času pro sběr dat a jejich zpracování, ale zato nepotlačuje osobnost respondentů, jako se to může stát u kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum umožňuje hlubší pochopení zkoumaného jevu a přiblížení se zkoumaným osobám.

Sběr dat probíhal formou individuálních rozhovorů, které byly částečně řízeny. Rozhovory směřovaly ke zjištění, jaké jsou možnosti aktivní a receptivní muzikoterapie ve stacionáři Klíček Záluží a také měly přispět ke zmapování přínosu muzikoterapie celkovému klimatu stacionáře. Otázky jsem měla předem připravené.

Rozhovor s respondenty probíhal spíše formou otázka – odpověď, což jsem vzhledem k jejich postižení předpokládala.

Poté následoval rozhovor s muzikoterapeutkou působící ve stacionáři Klíček a s ředitelem stacionáře Klíček.

K posouzení případných rezerv ve využití muzikoterapie v Klíčku jsem využila možnost absolvovat víkendový kurz muzikoterapie v Praze, pořádaný Muzikoterapeutickou asociací ČR ve dnech 19. 4. – 21. 4. 2013, kde jsem provedla 5 rozhovorů se známými muzikoterapeuty působícími u nás. Byli to Zdeněk Šimanovský, Markéta Gerlichová, Tomáš Procházka, Matěj Lipský a Jiří Kantor.

Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně přepsány do textové podoby. Přepisy rozhovorů provedených v Klíčku jsou uvedeny v nezkrácené podobě v praktické části BP. Přepisy rozhovorů provedených na kurzu muzikoterapie v Praze jsou citovány v nezkrácené podobě v příloze. V praktické části je uvedena jen jejich stručná analýza.

Data získaná pomocí rozhovorů jsem zpracovala pomocí metody zakotvené teorie¹⁶.

3.3. Výzkumný soubor

Respondenti byli pro výzkum vybráni záměrným výběrem. Respondentů je 7 a jedná se o klienty denního a týdenního stacionáře Klíček, v jehož prostorách rozhovory také probíhaly. S ostatními klienty navštěvujících nepravidelně muzikoterapii nebylo možné rozhovor provést z důvodu jejich těžkého mentálního postižení.

Považuji za vhodné zde uvést stručný popis zařízení, jenž klienti navštěvují.

Popis denního a týdenního stacionáře Klíček – Záluží

Zařízení Klíček je příspěvková organizace s právní subjektivitou sídlící v Záluží, okres Tábor. Jeho zřizovatelem je Jihočeský kraj, U Zimního stadionu 1952/2, 370 76 České Budějovice. Stacionář poskytuje sociální služby uživatelům s mentálním a kombinovaným postižením. Zdravotní péče dle Zákona 108/06 Sb. v platném znění je poskytována vlastním zaměstnancem – zdravotní sestrou pracující bez odborného dohledu.

Stacionář je členem APSS ČR¹⁷.

¹⁶ **Metoda zakotvené teorie:** Lze ji zařadit mezi klasické kvalitativní metody. Cílem této metody je vytvořit vlastní teorii na základě vlastního šetření, v případě této bakalářské práce prostřednictvím pozorování a rozhovorů. Nezačíná se tedy teorií, která by se následně ověřovala, ale začíná se zkoumanou oblastí a nechává se, ať se vynoří to, co je v té oblasti významné. Cílem výzkumníka je data pomocí daných postupů rozklíčovat a dobrat se tak k tomu, co je za nimi. Jakožto data jsou míněny především výsledky pozorování a rozhovorů. Autory zakotvené teorie je dvojice sociologů Anselm Strauss a Barney Glaser.

¹⁷ **APSS ČR** – Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Historie „Klíčku“

Do roku 1978 stála na místě nynějšího Klíčku jen jedna velká budova, ve které byla obecní škola. V této době bylo v Černovicích Centrum sociální péče, kde ho vedl MUDr. Jenčík. Ten začal budovat po celém jihočeském kraji další zařízení (tehdy se jim říkalo ústavy). Jedno z nich vzniklo i tady v Záluží pod názvem Ústav sociální péče Záluží. Vybudoval se tedy lokálový dvojdoměk a spojil se s budovou obecní školy propojovacím tunelem. Z obecní školy se stala škola pomocná, která ale byla zařazena do sítě škol až v roce 1995. Do té doby to byl projekt MUDr. Jenčíka. Od roku 1997 je ředitelem stacionáře Klíček Mgr. Petr Brázda, působící nejprve od roku 1991 jako učitel v pomocné škole. V roce 1995 došlo k přejmenování Ústavu sociální péče Záluží na Centrum zdravotně postižených – Ústav sociální péče Klíček – Záluží. Toto centrum bylo v té době rozpočtovou organizací a zřizovatelem byl Okresní úřad v Táboře. Zřizovatelem pomocné školy byl Školský úřad v Táboře a byla to zálohová organizace školského úřadu. Poté byly zrušeny školské úřady a tak škola spadala pod Krajský úřad. V roce 2004 se stalo Centrum zdravotně postižených příspěvkovou organizací s právní subjektivitou a stejně tak i pomocná škola. Ta dostala název Speciální škola Klíček. Zřizovatelem školy i Centra zdravotně postižených byl Jihočeský kraj. V roce 2007 se Centrum zdravotně postižených přejmenovalo na Denní a týdenní stacionář Klíček. Speciální škola se po roce 2009 stala odloučeným pracovištěm, sídlícím na Pražském sídlišti v Táboře a to z důvodu malého počtu žáků. Do prostoru Speciální školy v Záluží se tedy přesunulo pracoviště stacionáře a nyní má k dispozici dvě budovy spojené propojovacím tunelem, fotografie č. 13.

Podmínky pro poskytnutí služby

Služby jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením od 5 let. Horní věková hranice je omezena do 64 let. Nejstarší klientce, která nyní navštěvuje Klíček, je 60 let. Klienti jsou přijímáni pod podmínkou, že mají doporučení odborného lékaře. Musí u nich být diagnostikováno mentální postižení a to samotné nebo v kombinaci s jiným druhem postižení, např. vozičkář s mentálním postižením. Kapacita zařízení je 50 klientů. V současné době navštěvuje Klíček 42 klientů. Z tohoto počtu ho navštěvuje denně 27 klientů a pro týdenní pobyt ho

využívá 15 klientů. Provoz denního stacionáře je od pondělí do čtvrtka od 6.00 do 18.00 hodin. V pátek je provoz od 6.00 do 16.30 hodin. Provoz týdenního stacionáře je od pondělí do pátku od 6.00 do 16.30 hodin. Poté už nejsou dovoleny návštěvy a neprobíhá organizovaný program. Doprava klientů do zařízení je zajištěna rodiči klientů, i samotnými klienty. Někteří z nich jsou schopni se dopravit do Klíčku samostatně městskou hromadnou dopravou.

Vzhled a umístění „Klíčku“

Samotné zařízení se skládá ze dvou budov (v jedné byla dříve obecní škola), spojených propojovacím tunelem. U toho se nachází oplocená zahrada, která je využívána k nejrůznějším aktivitám klientů. Je zde umístěn stůl na stolní tenis, velký skleník a mnoho ovocných stromů. Jejich plody jsou ve stacionáři různě zpracovávány např. sušením, zavařováním aj. Také je zde zastřešená pergola s krbem, ve které se často pořádají zahradní slavnosti. Ty jsou velmi přínosné, protože dochází ke vzájemnému poznání personálu s rodiči klientů a navázání tak důležité sociální interakce. Na zahradě nechybí ani travnatá plocha pro nejrůznější pohybové aktivity a malý bazén, využívaný v teplých měsících. Celé zařízení je umístěno v klidném prostředí a okolí je vhodné k procházkám.

V jedné budově Klíčku jsou dvě herny, tělocvična, personální místnost, šatna a toalety. To se nachází v přízemí a v druhém patře jsou k dispozici ubytovací pokoje, společenská místnost s TV a PC, sesterna a toalety.

Ve druhé budově jsou také dvě herny, společenská místnost s TV a PC, kuchyně (zde mají možnost se klienti účastnit kurzů vaření), jídelna s výdejnou, sesterna, místnost účetního, ředitelna a toalety. Vše je v přízemí a v suterénu je garáž. Celé zařízení má bezbariérový přístup do všech místností.

Personální obsazení

Klíček zaměstnává ředitele, ekonoma, vedoucí úseku přímé péče, jednu sociální pracovníci, čtyři pracovníky sociálních služeb, vedoucí zdravotního úseku, jednu zdravotní sestru, vedoucí stravovacího úseku, kuchařku, domovníka a uklízečku.

Předmět činnosti

Stacionář klientům poskytuje komplex služeb s cílem individuálního rozvoje každého uživatele. Mezi poskytované služby patří stravování, ubytování klientů týdenního stacionáře, kurzy vaření, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, hippoterapie, magnetoterapie, řečová a rozumová výchova, rehabilitační cvičení, hydroterapie (perličkové koupele) a plavání v táborském krytém bazénu. V rámci komplexní péče probíhají v průběhu celého roku také návštěvy výstav a divadelních představení, jednodenní výlety, účast na soutěžích a festivalech, zahradní slavnosti, prodejní výstavy.

3.4. Zpracování rozhovorů

V současné době je ve stacionáři Klíček praktikována muzikoterapie jako podpůrná léčebná aktivita u klientů s kombinovaným postižením. Můj výzkum se uskutečňoval v období květen až listopad 2013 na základě důkladného poznání celkového klimatu a náplně činnosti ve stacionáři Klíček (pozorování klientů a personálu). Vyústil do několika stěžejních rozhovorů s vybranými klienty, muzikoterapeutkou a ředitelem. V rozhovorech s klienty je označením „O“ myšlena otázka, druhé počáteční písmeno znázorňuje iniciálu jména daného klienta.

Rozhovor č. 1 – Martina 28 let

Rozhovor trval 12 minut a byl nahráván na diktafon. Martina otázkám rozuměla dobře, ale hodně se styděla a bylo pro ni těžké mi odpovědět. Odpovědi tak byly velmi stručné, nebo bylo jen ticho. Martina má středně těžké mentální postižení, tělesně je v pořádku.

O: Jak dlouho už navštěvuješ stacionář Klíček?

M: To nevím.

O: Spíš tu nebo sem dojíždíš v některé určité dny?

M: Ne, spím tu.

O: Jakou hudbu ráda posloucháš?

M: Všechno možný.

O: Hraješ na nějaký hudební nástroj?

M: Jo, taky no.

O: A jaký?

M: Na kytaru a na piano.

O: A už dlouho hraješ?

M: Jo.

O: Kde ses to naučila?

M: Tady.

O: Chodíš ve volném čase na nějaké hudební akce? Např. koncerty, diskotéky apod.?

M: No jo. Na Novu jezdím, na koncert.

O: A chodíš také na diskotéky?

M: Jo, byla už jsem.

O: Co si představuješ pod slovem hudba? Co tě napadne?

M: (ticho)

O: Napovím ti slovy radost, pohyb?

M: Jo, radost, pohyb.

O: Chodíš na hodiny s hudbou (MT) pravidelně?

M: No, chodím.

O: Co tě na hodinách nejvíce baví?

M: (ticho)

O: Proč tam chodíš ráda?

M: Baví mě něco dělat.

O: Jaké hudební nástroje ráda používáš?

M: (ticho)

O: Máš něco oblíbeného?

M: Bubínky.

O: S čím hudbu nejraději pojíš? Např. s tancem, zpěvem, malováním, odpočíváním apod.

M: Asi odpočívání.

O: Jak se cítíš, když odpočíváte při hudbě?

M: Dobře, dobře.

O: Pociťuješ na sobě nějaké změny od doby, co chodíš na hodiny s hudbou?

M: Ne.

O: Máš nějaký nápad, který bys uvítala na hodinách s hudbou? Něco, co neděláte, ale tobě by se to líbilo?

M: Ne.

Z rozhovoru vyplývá, že hodiny muzikoterapie klientku baví, rozvíjí se zde hudební schopnosti v nácviu hry na kytaru a klávesy. Martina elektrofonické klávesy označila v rozhovoru jako piano. Zda dává přednost aktivní formě hodiny před receptivní zde není možno určit. K oběma formám vedení hodiny muzikoterapie se staví stejně kladně. Změnu vlivem hudby na sobě nikterak nepociťuje.

Rozhovor č. 2 – Pepa 23 let

Rozhovor trval 17 minut a byl nahráván na diktafon. Pepa byl hodně veselý, pořád se všemu smál. Na rozhovor se vůbec nesoustředil. Myslím, že otázkám skoro nerozuměl. Čekal, až co povím, a poté to jen opakoval. Pepa má středně těžké mentální postižení a je narušená hrubá a jemná motorika horních končetin, v důsledku dětské mozkové obrny.

O: Jak dlouho už navštěvuješ stacionář Klíček?

P: (smích)

O: Spíš tu, nebo sem dojíždíš v některé určité dny?

P: Spím.

O: Jakou hudbu rád posloucháš?

P: Hudbu.

O: Jakoukoli, nebo máš nějakou vybranou?

P: Vybranou.

O: A jakou?

P: (smích)

O: Veselou?

P: Veselou.

O: Hraješ na nějaký hudební nástroj?

P: Jo.

O: A na jaký?

P: (smích)

O: Chodíš ve volném čase na nějaké hudební akce? Např. koncerty, diskotéky apod.?

P: Jo.

O: Jo a kam?

P: (smích)

O: Posloucháš třeba rádio doma?

P: Jo, poslouchám rádio doma.

O: Co si představuješ pod slovem hudba? Co tě napadne?

P: Nějaké písničky z pohádek.

O: Ještě něco?

P: Ne.

O: Chodíš na hodiny s hudbou (MT) pravidelně?

P: No, no každý pátek.

O: Co tě na hodinách nejvíce baví? Proč tam chodíš rád?

P: Protože proto.

O: Jaké hudební nástroje rád používáš?

P: Paličky.

O: S čím hudbu nejraději pojíš? Např. s tancem, zpěvem, malováním, odpočíváním apod.

P: Zpěv. Jo taky tanec.

O: Jak se cítíš, když relaxujete při hudbě?

P: Dobře.

O: Pociťuješ na sobě nějaké změny od doby, co chodíš na hodiny s hudbou?

P: Radost, veselost.

O: Máš od doby, co chodíš na hodiny s hudbou, chuť začít se učit na nějaký hudební nástroj?

P: Jo, kytara.

O: Máš nějaký nápad, který bys uvítal na hodinách s hudbou? Něco, co neděláte, ale tobě by se to líbilo?

P: Nevím.

O: Nic tě nenapadá?

P: Ne.

Z rozhovoru vyplývá, že klient při hodinách muzikoterapie dává přednost aktivní formě výuky. Ať je to zpěv, tanec, nebo hra na nějaký hudební nástroj. Receptivní složka je mu také příjemná, ale převažuje bezesporu oblíbenost aktivní formy hodiny. Vzhledem k jeho narušené motorice HK je toto zjištění velkým přínosem. Dále je z rozhovoru patrný velmi pozitivní vliv muzikoterapie na duševní stránku klienta. Klient není podrážděný, má pocity radosti a spokojenosti. Muzikoterapie klienta podněcuje k chuti se učit něco nového. To má pozitivní vliv na rozvoj celé jeho osobnosti.

Rozhovor č. 3 – Štěpánka 24 let

Rozhovor trval 23 minut a byl nahráván na diktafon. Štěpánka byla velmi klidná, mluvila pomalu a všem otázkám dobře rozuměla. Bylo patrné, že je jí náš rozhovor příjemný a tak s odpověďmi nespěchala. Vše si nejdříve pečlivě promýšlela. Štěpánka má středně těžké mentální postižení a fobii z výšek a schodů.

O: Jak dlouho už navštěvuješ stacionář Klíček?

Š: Tak v Záluží už jsem hodně dlouho.

O: Spíš tu, nebo sem dojíždíš jen v některé určité dny?

Š: Spím tady a potom (Štěpánka dlouho přemýšlela, co říci dál)

O: A potom na víkend jezdíš domů?

Š: No na víkendy to se jezdí domů.

O: Jakou hudbu ráda posloucháš?

Š: Já mám ráda český a moravský lidovky a dechovky.

O: Hraješ na nějaký hudební nástroj?

Š: To ne.

O: Chodíš ve volném čase na nějaké hudební akce? Např. koncerty, diskotéky apod.?

Š: Taky jsme byli párkrát s naší vychovatelkou v divadle na dechovkách. Tam se jezdí do Tábora do divadla.

O: Co si představuješ pod slovem hudba? Co tě napadne?

Š: Hudba se může i poslouchat, tančí se na ní. Pak je to cvičení nějaký taky na hudbu.

O: Chodíš na hodiny s hudbou (MT) pravidelně?

Š: Pravidelně jo.

O: Co tě na hodinách nejvíce baví?

Š: Že hrajeme s vychovatelkami šipky.

O: Dobře, ale na hodinách s hudbou tě baví co nejvíce? Ted' jsme na té hodině spolu byly.

Š: Ráda zpívám, to je lepší než to hraní.

O: Jaké hudební nástroje ráda používáš?

Š: To je různý. Bubny a i jiný nástroje. Třeba triangel.

O: S čím hudbu nejraději pojíš? Např. se zpěvem, tancem, malováním, odpočíváním apod.

Š: Nejlepší je tanec.

O: Jak se cítíš, když relaxujete při hudbě?

Š: No je to fakt zábavný a hezký. Taky tam děláme jiné věci někdy.

O: A co třeba?

Š: Nejvíce se mi líbí to ležení a taky masáž je mi pohodlná.

O: Pociťuješ na sobě nějaké změny od doby, co chodíš na hodiny s hudbou?

Š: Víc energie.

O: A ještě něco jiného?

Š: No radost taky mám, je to fakt výborný.

O: Máš od doby, co chodíš na hodiny s hudbou, chuť začít se učit na nějaký hudební nástroj?

Š: Ne neláká mě to, ještě ne.

O: Máš nějaký nápad, který bys uvítala na hodinách s hudbou? Něco, co neděláte, ale tobě by se to líbilo?

Š: To ne, to si nevzpomenu.

Z rozhovoru vyplývá, že muzikoterapie klientku baví. Ráda relaxuje při hudbě a je jí příjemné, když je relaxace spojená s masážemi. Přednost však dává aktivní formě muzikoterapie. Především hlasovému projevu a tanci. To jí přináší pocity radosti a spokojenosti. Od doby, co chodí na muzikoterapii, cítí více energie.

Rozhovor č. 4 – Petra 31 let

Rozhovor trval 20 minut a byl nahráván na diktafon. Petra byla soustředěná a spokojená, což bylo velké pozitivum vzhledem k jejím častým depresivním stavům. Otázkám rozuměla dobře, ale hodně o nich přemýšlela. Reagovala a odpovídala s rozvahou. Petra má rozsáhlé poškození mozku po autonehodě, tělesně je v pořádku.

O: Jak dlouho už navštěvuješ stacionář Klíček?

P: 6 let

O: Spíš tu, nebo sem dojíždíš jen v některé určité dny?

P: Jsem tu každý den.

O: Jakou hudbu ráda posloucháš?

P: Taneční a relaxační.

O: Hraješ na nějaký hudební nástroj?

P: Hrála jsem na klavír a občas hraju na flétnu.

O: Chodíš ve volném čase na nějaké hudební akce? Např. koncerty, diskotéky apod.?

P: Občas koncerty.

O: Co si představuješ pod slovem hudba? Co tě napadne?

P: Rock, pop.

O: Chodíš na hodiny s hudbou (MT) pravidelně?

P: Ne nechodím.

O: Co tě na hodinách nejvíce baví?

P: Když můžu zpívat a hrát na nástroje.

O: Jaké hudební nástroje ráda používáš?

P: To je různé.

O: S čím hudbu nejraději pojíš? Např. se zpěvem, tancem, malováním, odpočíváním apod.

P: Tanec.

O: Jak se cítíš, když relaxujete při hudbě?

P: Vidím před sebou duchy, kteří kolem létají.

O: Pociťuješ na sobě nějaké změny od doby, co chodíš na hodiny s hudbou?

P: Více energie.

O: Máš od doby, co chodíš na hodiny s hudbou, chuť začít se učit na nějaký hudební nástroj?

P: Občas ano.

O: Máš nějaký nápad, který bys uvítala na hodinách s hudbou? Něco, co neděláte, ale tobě by se to líbilo?

P: Tancovat, zpívat a hrát dohromady.

Z rozhovoru vyplývá, že klientka dává přednost aktivní formě výuky. Ráda tančí, zpívá a hraje na hudební nástroje, které si vybírá sama dle nálady. V budoucnu by uvítala frekventovanější propojení uvedených aktivit. Muzikoterapie v ní občas vyvolává chuť začít se ve volném čase více věnovat zpěvu nebo hře na nějaký hudební nástroj. To je v případě Petry, která trpí častými stavy úzkosti velmi přínosné. Od doby, co chodí na muzikoterapii, cítí i více energie.

Rozhovor č. 5 – Věra 40 let

Rozhovor trval 23 minut a byl nahráván na diktafon. Věra byla rozpačitá a ostýchavá. Vypadalo to, že se bojí, aby neodpověděla špatně nebo negativně. Věra má středně těžké mentální postižení, tělesně je v pořádku.

O: Jak dlouho už navštěvuješ stacionář Klíček?

V: Dlouho, ale nevím přesně kolik je to let.

O: Spíš tu, nebo sem dojíždíš jen v některé určité dny?

V: Jsem tu na týdenní pobyt.

O: Jakou hudbu ráda posloucháš?

V: Romantickou.

O: Hraješ na nějaký hudební nástroj?

V: Zkouším hrát na klávesy.

O: Chodíš ve volném čase na nějaké hudební akce? Např. koncerty, diskotéky apod.?

V: Na disko i koncerty někdy.

O: Co si představuješ pod slovem hudba? Co tě napadne?

V: Zlepšení nálady.

O: Chodíš na hodiny s hudbou (MT) pravidelně?

V: Ne nechodím.

O: A proč někdy nechodíš?

V: Nechce se mi.

O: Co tě na hodinách nejvíce baví?

V: Relaxace a hry na emoce.

O: Jaké hudební nástroje ráda používáš?

V: Bubny.

O: S čím hudbu nejraději pojíš? Např. se zpěvem, tancem, malováním, odpočíváním apod.

V: S uvolněním energie.

O: Jak se cítíš, když relaxujete při hudbě?

V: Méně unavená.

O: Pociťuješ na sobě nějaké změny od doby, co chodíš na hodiny s hudbou?

V: Více energie a klidu.

O: Máš od doby, co chodíš na hodiny s hudbou, chuť začít se učit na nějaký hudební nástroj?

V: Ne, ale více poslouchat hudbu.

O: Máš nějaký nápad, který bys uvítala na hodinách s hudbou? Něco, co neděláte, ale tobě by se to líbilo?

V: Více druhů masáží a malování s hudbou.

Z rozhovoru vyplývá, že klientka má potřebu prožitku při muzikoterapii. Baví ji hry zaměřené na emoce, kde může ventilovat své vnitřní rozpoložení. Jelikož si spojuje hudbu s uvolněním energie, používá ráda bubny. Z receptivní části má ráda relaxační techniky spojené s masážemi. V budoucnu by uvítala více druhů masáží a zapojení malování při hudbě. Od doby, co chodí na muzikoterapii, cítí více energie a vyrovnanosti.

Rozhovor č. 6 – Martin 24 let

Rozhovor trval 18 minut a byl nahráván na diktafon. Martin byl neklidný, roztěkaný, ale snažil se. Mám dojem, že při odpovědích spíše používal zažité a odposlouchané fráze. Martin má těžké mentální postižení, tělesně je v pořádku.

O: Jak dlouho už navštěvuješ stacionář Klíček?

M: Nevím.

O: Spíš tu, nebo sem dojíždíš jen v některé určité dny?

M: Někdy tu jsem.

O: Jakou hudbu rád posloucháš?

M: Maxim turbulenc.

O: Hraješ na nějaký hudební nástroj?

M: Ne.

O: Chodíš ve volném čase na nějaké hudební akce? Např. koncerty, diskotéky apod.?

M: Ano.

O: A jaké?

M: (ticho)

O: Co si představuješ pod slovem hudba? Co tě napadne?

M: Kapela.

O: Chodíš na hodiny s hudbou (MT) pravidelně?

M: Ne.

O: Co tě na hodinách nejvíce baví?

M: Poslouchání hudby.

O: Jaké hudební nástroje rád používáš?

M: Bubínek.

O: S čím hudbu nejraději pojíš? Např. se zpěvem, tancem, malováním, odpočíváním apod.

M: S relaxováním.

O: Jak se cítíš, když relaxujete při hudbě?

M: Cítím se dobře, je to příjemné.

O: Pociťuješ na sobě nějaké změny od doby, co chodíš na hodiny s hudbou?

M: Uklidnění.

O: Máš od doby, co chodíš na hodiny s hudbou, chuť začít se učit na nějaký hudební nástroj?

M: Rád poslouchám hudbu i v herně.

O: Máš nějaký nápad, který bys uvítal na hodinách s hudbou? Něco, co neděláte, ale tobě by se to líbilo?

M: Hrát na klávesy.

Z rozhovoru vyplývá, že klient dává přednost receptivnímu vedení muzikoterapie. Rád odpočívá při poslouchání hudby. Když má potřebu aktivního projevu, využívá bubínků. Na muzikoterapii chodí nepravidelně, avšak od doby, co muzikoterapii navštěvuje, pociťuje uklidnění.

Rozhovor č. 7 – Lenka 27 let

Rozhovor trval 17 minut a byl nahráván na diktafon. Lenka byla dobře naladěná a klidná. Otázkám rozuměla dobře. Odpovídala s rozvahou. Lenka má středně těžké mentální postižení, tělesně je v pořádku.

O: Jak dlouho už navštěvuješ stacionář Klíček?

L: Nevím přesně.

O: Spíš tu, nebo sem dojíždíš jen v některé určité dny?

L: Spím tu.

O: Jakou hudbu ráda posloucháš?

L: Taneční.

O: Hraješ na nějaký hudební nástroj?

L: Klávesy.

O: Chodíš ve volném čase na nějaké hudební akce? Např. koncerty, diskotéky apod.?

L: Ne.

O: Co si představuješ pod slovem hudba? Co tě napadne?

L: Že ji někdo poslouchá.

O: Chodíš na hodiny s hudbou (MT) pravidelně?

L: Ne.

O: Co tě na hodinách nejvíce baví?

L: Masáže s hudbou.

O: Jaké hudební nástroje ráda používáš?

L: Činelky.

O: S čím hudbu nejraději pojíš? Např. se zpěvem, tancem, malováním, odpočíváním apod.

L: Se cvičením.

O: Jak se cítíš, když relaxujete při hudbě?

L: Usínám.

O: Pociťuješ na sobě nějaké změny od doby, co chodíš na hodiny s hudbou?

L: Víc romantiky.

O: Máš od doby, co chodíš na hodiny s hudbou, chuť začít se učit na nějaký hudební nástroj?

L: Nacvičovat zpěv.

O: Máš nějaký nápad, který bys uvítala na hodinách s hudbou? Něco, co neděláte, ale tobě by se to líbilo?

L: Nechat se unášet hudbou.

Z rozhovoru vyplývá, že klientce vyhovuje jak aktivní, tak receptivní forma muzikoterapie. Ráda se zapojuje do tělesného cvičení při hudbě či hry na hudební nástroje. Při relaxaci se jí líbí masáže při hudbě. Hodiny muzikoterapie ji podněcují k rozvíjení se ve zpěvu a naplňují ji láskyplnými pocity.

Rozhovor s muzikoterapeutkou Klíčku Markétou Kubátovou

Rozhovor trval 45 minut, proběhl v kavárně v Táboře a byl nahráván na diktafon.

O: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání a kolik je Vám let?

M: Bakalářské a je mi 37 let.

O: Jak jste se k muzikoterapii dostala?

M: Studovala jsem dálkově na fakultě Univerzity Palackého v Olomouci obor speciální pedagogika pro výchovné pracovníky a součástí vzdělání bylo zaměření i na terapie (muzikoterapie byla jednou z nich). V teoretické rovině jsem z nich absolvovala i závěrečnou zkoušku).

O: Máte nějaký kurz muzikoterapie, kromě školy, kterou jste vystudovala?

M: Kurz ne. Pouze teoretické vzdělání a v rámci studia týdenní soustředění.

O: Jak dlouho muzikoterapii provozujete?

M: V terénu (denním a týdenním stacionáři) po mateřské dovolené rok a půl.

O: A jenom tady v Klíčku, nebo i někde jinde?

M: Pouze v Klíčku, jinde ne.

O: V Klíčku je to od roku 2008?

M: Předě mnou dělala muzikoterapii kolegyně, ale přesné časové údaje Vám určitě poskytne pan ředitel.

O: Studujete nějakou odbornou literaturu, články, trendy na internetu, ohledně toho jak se muzikoterapie dál vyvíjí?

M: Určitě. Snažím se navázat na kolegyni, abych nenarušila zaběhnuté rituály. Jinak čerpám informace z knih, internetu. Hodinu se pokaždé snažím něčím obohatit, ale hodně se vracíme k již naučenému a opakujeme.

O: A neplánujete ještě dodatečně k té Vaší škole nějaký kurz muzikoterapie, třeba víkendového typu?

M: O kurzech zatím hledám nějaké informace, ráda bych chtěla nějaký absolvovat. Ráda bych se podělila o praktické zkušenosti s druhými a zároveň potřebuji nové podněty a nápady.

O: Hrajete na nějaký hudební nástroj?

M: Na střední pedagogické škole jsem hrála na piano, tudíž základy mám.

O: Jaké metody, techniky nebo druhy muzikoterapie nejvíce využíváte?

M: Já se zatím zaměřuji na pasivnější a klidnější formy muzikoterapie (poslech hudby, tělesné a výtvarné znázornění pocitů,...). Aktivnější část je zařazena po ukončení společného sezení v muzikoterapeutické místnosti (v tělocvičně společně cvičíme a tančíme).

O: Propojujete to i s jinými technikami?

M: Určitě. Již jsem se zmínila, tak do muzikoterapeutických technik zapojujeme například: kresbu, pohyb, různé látky, fosforeskující provázky a fixy, knihy, tradiční i méně tradiční hudební nástroje. Klienti mají k dispozici klávesy, které jsou barevně označené a k tomu účelu je přizpůsobený i notový zápis (jsou tedy schopni si sami zahrát jednoduchou píseň, kterou znají a mají z toho radost). Hudbu se snažíme znázornit i kresbou (barevné vyjádření pocitu z té či oné skladby). Komu to nečiní problémy, tak maluje i se zavřenýma očima a poté obrázky společně popisujeme. Při hudbě si čteme i knihy (příběh, který obsahem ladí s danou hudební podmalbou). Pokud čteme např. o moři, pouštím zvuky moře a hlasy ptáků.

O: Takže spíše forma jakési psychoterapie?

M: Snažíme se prožívat určité emoce (snažit se vcítit, jak se asi ostatní cítí v určitých situacích). Pokud se někdo něčím trápí, tak se snažím, aby ze sezení odcházel alespoň s částečným pochopením dané situace a v dobré náladě.

O: V Klíčku je také ergoterapie, zapojujete ji i Vy do muzikoterapie?

M: Ergoterapie se s muzikoterapií v některých situacích též prolíná (např. navlékání korálků a manipulace s drobnými předměty, hra na nástroj – jedná se spíše o trénink jemné motoriky).

O: Co podle Vás klienty nejvíce baví?

M: To Vám řeknou asi nejlépe sami. Určitě je baví zpívat, hrát na nástroje a pomocí nich prožívat emoce. Rádi relaxují při míčové masáži.

O: Myslíte, že klienti dávají raději přednost aktivní formě výuky před receptivní?

M: Jak kdo a jak kdy. Kladně reagují, když poslouchají známou melodii či píseň a při opakování některých činností. Pokud začínáme s něčím novým (hudba, hra), tak jsou klienti často po chvílce nesoustředění a aktivita je přestává bavit. Myslím, že to není pouze v pasivitě a aktivitě, ale ve způsobu předání terapeutem. Umět jemně navázat na již naučené.

O: Jaké hudební nástroje nejčastěji používáte?

M: Máme barevně označené klávesy, bubínky, tamburíny, činely, triangel, dřívka, různá chřestidla, flétnu, xylofon, rolničky. Vyráběli jsme si i své vlastní nástroje ze zátek, ulit od šneků, klacíků, korálků, které vydávají někdy zajímavé zvuky.

O: Měla jste nějakou svoji vizi vedení muzikoterapie, když jste šla do Klíčku?

M: Já v zařízení figuruji především jako pracovník v sociálních službách v přímé péči. Muzikoterapii se věnuji pouze v pátek, takže po svém nástupu jsem se zaměřovala na práci s klientem jako takovou (ne pouze z hlediska muzikoterapie). Mluvím zde o klientech obecně, ale je třeba mít na paměti, že každý z nich je osobnost a každý se potýká s jinou poruchou a z toho je potřeba vycházet (nenutit nikoho do něčeho, co mu neprospívá nebo naopak ubližuje). Pokud uvedu příklad, tak třeba klienti s autismem potřebují zcela specifický přístup.

O: Kolik jich tam máte?

M: S touto poruchou v současné době nikoho. Ale mám klienty, kteří potřebují individuální přístup.

O: Zaměřujete se někdy i konkrétně na diagnózu klienta?

M: To samozřejmě. A hlavně každý má rád něco jiného. Někdo dává přednost hudbě moderní, někdo lidové či dechové. V této situaci jen těžko vyhovím všem a je potřeba být mezi sebou tolerantní. Pokud chce nějaký klient během sezení odejít, tak mu nebráním. Třeba přijde příště a děláme zase něco jiného, co ho bude třeba bavit. Teď ztrácím nit a asi začínám odpovídat na něco jiného.

O: Zda se někdy zaměřujete na diagnózu klienta a ne jen na to, aby se klienti cítili dobře?

M: Ano. Vycházím z jejich diagnózy a respektuji jejich přání. Chodí ke mně klientka na individuální muzikoterapii, protože má s kolektivem problémy.

O: Ta v Klíčku spí?

M: Ano, ta v Klíčku spí. Individuální kontakt je pro ni prospěšný. Naše spolupráce je bez problémů. V kolektivu se tolik neuvolní a komunikace vážně. Zkušenosti mám i s klienty s Downovým syndromem. Ti pracují kolektivně a jsou šikovní na rytmus, tanec a hudbu obecně mají rádi (zároveň zde bývá problém s tím, že ne vždy chtějí spolupracovat).

O: Jsou všichni klienti s mentálním postižením?

M: Ano. Většinou jsou zařazeni ve středním pásmu mentální retardace. Dále se jedná o přidružená postižení a poruchy.

O: Absolvovali nějakou speciální školu?

M: Ano. Většina klientů vystudovala základní školu speciální či základní školu praktickou.

O: Můžete popsat nějaké svoje úspěchy, o čem můžete říct, že se Vám opravdu povedlo?

M: Pro mě je úspěch už jen to, když se na naše společné setkání těší. Jsem ráda, když prožijí něco, co je osloví a zaujme natolik, že si to budou chtít zopakovat.

O: Můžete popsat i nějaké neúspěchy? Třeba něco započnete, ale ze strany klientů je úplná stagnace a Vy víte, že tudy cesta nevede?

M: Často někteří z nich říkají, že je to nebaví. Pokud přijdou a sami od sebe si lehnou s tím, že budou relaxovat (a já mám připravené jiné činnosti), tak situaci přehodnotím. Někdy prostě není ten správný den, klienti jsou unavení nebo po nějaké akci.

O: Je to tedy z Vaší strany improvizace?

M: Někdy si to situace vyžádá, na to je třeba se připravit.

O: Kolik klientů na muzikoterapii míváte?

M: Kolem 15, ale je to pohyblivé číslo. Na sezení chodí po skupinkách.

O: Kolik klientů chodí na individuální muzikoterapii?

M: Pouze jedna klientka.

O: Jak Vám klienti dávají najevo zpětnou vazbu?

M: Tím, že se vracejí. Tím, že si chtějí znovu zopakovat činnosti, které je zaujaly.

O: Změnilo se celkové psychosociální klima v Klíčku od doby zavedení muzikoterapie pod Vaším vedením? Zlepšila se například vzájemná komunikace mezi klienty, že už se tolik mezi sebou nehaštěří?

M: Je pravda, že na tom pracujeme pořád, rozebíráme různé vztahy a situace. Ale nedokáži odhadnout, jak veliký vliv má muzikoterapie na klima v zařízení, neboť na vzájemné harmonii vztahů zde pracují zaměstnanci stále ve všech skupinách.

O: Můžete tedy říci, že má muzikoterapie ve stacionáři zklidňující, terapeutický účinek?

M: Určitě k tomu přispívá.

O: A myslíte, že jsou v Klíčku rezervy v muzikoterapii?

M: Rezervy jsou. Hlavně musím začít sama u sebe. Tuto práci nedělám dlouho, nemám příliš zkušeností. Ráda bych rozšířila své praktické dovednosti absolvováním nějakého kurzu. Ráda bych si vyzkoušela s klienty muzikoterapii v přírodě.

Z rozhovoru vyplývá, že muzikoterapeutka před nástupem do stacionáře Klíček nabyla zkušenosti s muzikoterapií převážně jen po teoretické stránce a to formou studia na vysoké škole Univerzity Palackého v Olomouci, kde studovala speciální pedagogiku pro výchovné pracovníky. Bližší setkání s muzikoterapií ji přineslo týdenní soustředění v rámci studií. Nyní však u sebe spatřuje velké rezervy v práci na sobě. Vážně zvažuje absolvování nějakého kurzu muzikoterapie pro rozšíření svých znalostí a zkušeností, které by bezpochyby na kurzu nabyla. Velkou pomocí při práci jí byly podklady předešlé muzikoterapeutky, na které v současné době stále navazuje.

Nyní Klíček nenavštěvuje žádný autistický klient, avšak klienti s Downovým syndromem zde jsou. Muzikoterapeutka se snaží přihlížet jak k diagnózám klientů, tak k jejich momentálnímu duševnímu rozpoložení. Na základě tohoto pozorování posléze určí formu vedení hodiny muzikoterapie. Z rozhovoru vyplývá, že muzikoterapeutka využívá celou škálu možností v aktivní i receptivní formě muzikoterapie. Klienti mají možnost prožít si emoce, které je tíží, a zklidnit tak své neklidné duševní rozpoložení. Zařazením aktivních prvků v hodině dochází nejen k procvičování jemné motoriky, ale celého pohybového aparátu, který bývá u klientů často částečně postižen. Cvičí se zumba i step aerobik. Také rozumové schopnosti jsou opakovanými nácviky různých činností posilovány a to nejen při ergoterapii, která je v nabídce poskytovaných služeb.

Většina klientů vychodila základní školu speciální nebo základní školu praktickou. Všichni klienti mají určitý stupeň mentálního postižení, kromě jedné klientky, která má poškození mozku v důsledku autohavárie. Při receptivní formě výuky dává muzikoterapeutka přednost poslechu hudby, která je klientům blízká, aby došlo k jejich zklidnění a hudba v nich umocnila pocity bezpečí. Klientům jsou velmi příjemné relaxace, doplněné o masáž těla pomocí míčků. Klienti, kteří se necítí dobře v kolektivu, mají možnost navštěvovat hodiny muzikoterapie individuálně.

Velké mínus muzikoterapeutka spatřuje v četnosti hodin muzikoterapie. Jednou týdně dopoledne je nedostačující pro plný efekt muzikoterapie. Zda se změnilo celkové psychosociální klima v Klíčku, nedokáže muzikoterapeutka posoudit.

Z jejího pohledu je to neustálá snaha všech kolegů vytvářet harmonické prostředí ve stacionáři a snažit se o zklidňující a terapeutický účinek ve všech činnostech, které se klientům nabízejí.

Rozhovor s ředitelem Klíčku Petrem Brázdou

Rozhovor trval 50 minut, proběhl v prostorách stacionáře Klíček a byl nahráván na diktafon.

O: Od jakého roku jsou u Vás vedeny hodiny muzikoterapie a jak probíhají často?

Ř: Tak to bude tak od roku 1998. Já jsem nastoupil na místo ředitele v roce 1997 a tak během toho roku jsme muzikoterapii dávali dohromady. To k nám přišla, nebo já jsem přijal do pracovního poměru jako muzikoterapeutku slečnu Heřmánkovou, dnes se jmenuje jinak, vdala se a to je slečna, která založila Kaňku v Táboře. Pracovala v Klíčku 4-5 let a dělala muzikoterapii. Muzikoterapie u nás probíhala, myslím, že tenkrát 4 dny celé dopoledne. Měli jsme tady hodně malé děti, tak taky začaly nastupovat do školy. Já když jsem nastoupil jako ředitel v roce 1997, tak tady bylo 30 klientů a i zřizovatel (Okresní úřad) zvažoval, co s tím dál, že jich je málo, no a během dvou let jsme se dostali na 50. Poté slečna Heřmánková odešla. Teď ji tedy dělá Markéta Kubátová. A Markéta ji dělá z toho důvodu, že má na to čas v pátek, kdy je tady Kamil, který má odpolední. On je pracovník v sociálních službách, takže si převezme ráno klienty a Markéta má volnou ruku v tom, že může dělat muzikoterapii. Není vedena jako muzikoterapeutka, ale jako pracovnice sociálních služeb, i když má tedy ten kurz muzikoterapeutický a to vzdělání k tomu má. A probíhá to jenom jeden den v týdnu dopoledne v pátek, protože my jsme museli kvůli krizi a snižování dotace od Ministerstva práce sociálních věcí přistoupit ke snížení stavu pracovníků. Takže nás tady bylo dvacet pracovníků, dneska je nás čtrnáct.

O: Asi všechny neziskovky se potýkají s tím samým problémem. Ona asi i Kaňka na tom možná taky bude podobně.

Ř: Jsou neziskovky, kde mě to překvapuje na nějakých sezeních a schůzích. Prostě je nějaká krize a u některých to nevypadá, že je nějaká krize. Ale to je v rámci způsobu, jak se přerozdělují peníze, jak se dávají dotace a tak.

O: Co vás vedlo k zavedení MT ve stacionáři? Co Vám k tomu dalo impuls?

Ř: Tak jsem se o tom dozvěděl, četl, a jednak přišla ta nabídka od slečny Heřmánkové, že by to ráda dělala. Tak jsme byli v Praze a vybírali jsme nějaké nástroje a kupovali jsme, co bychom využili. Také rezonanční desku jsme nechali udělat, zhotovit nějakou tu aparaturu a světla, takže jsem se s tím nějak seznamoval. Muzikoterapie mi přišla jako vhodná relaxace pro klienty, ale ono je to obojí. Buď je to taková aktivizační věc, kdy je třeba se něco naučit. No, ono jsme ještě měli logopedku. To bylo hodně navázaný. Logopedka u nás pracovala, byl to zaměstnanec a pracovala tři dny v týdnu. Potom měly i naproti sobě místo s muzikoterapií. Byla jste tam?

O: Ne, jen v místnosti, kde probíhá muzikoterapie nyní.

Ř: Tam je teď naproti sociální pracovnice, tak tam byla logopedka. A teď, když se tam učí na ty bubínky udržet rytmus, tak i ta řeč je rytmus. Pak je to takové aktivizační. A druhá věc je zase ta odpočinková, relaxační. Takže proto tu muzikoterapii. I rodiče mají zájem, i klienti mají zájem tam chodit. Tak proto to děláme.

O: Máte sám nějaké zkušenosti s muzikoterapií? Někáký kurz například?

Ř: Já osobně ne.

O: Kde jste se inspiroval při zařizování prostoru pro MT a pro ten výběr hudebních nástrojů? Z čeho jste čerpal? Jestli to byly knížky nebo nápad někoho, internet...

Ř: Čerpali jsme určitě z knížek, z nichž čerpala muzikoterapeutka. Poté mě s tím seznámila. Tohle je takhle, tohle je dobrý pro to a to. Tak jsme řekli jo, půjdeme

do toho. Ale jak říkám, logopedie s tím souvisela. Naopak v té době sociální pracovnice u nás byla na 0,1 úvazku a úplně to stačilo, protože rozhodnutí o přijetí klientů do stacionáře dělal Okresní úřad. Všechno papírově probíhalo na úřadě. Zákonem, který platí od roku 2007, se to změnilo tak, že všechno děláme my a teď je tady sociální pracovnice na plný úvazek. Takže se to muselo trochu prohodit, takže více toho úředničení, na úkor - dá se to tak říci - na úkor nějakých aktivit.

O: Podle čeho jste vybíral vhodného muzikoterapeuta?

Ř: Ježíš, v té době to asi byla velmi malá nabídka. To bylo v roce 1998, to se to nějak rozvíjelo. Ona měla i nějaké kontakty do Prahy. Byli jsme se tam podívat, takže to bylo vyloženo, že jsem využil nabídky toho konkrétního člověka, který měl zájem to dělat a měl na to kurz a dělal dálkově ještě školu vysokou.

O: A jste spokojen s výsledky MT?

Ř: Tak my to dneska máme hodně postavený na tom, že to dělá ten pracovník v sociálních službách. Také tam klienti chodí dobrovolně, nikoho nenutíme. Jsou určitě klienti, kteří chodit nechtějí, tak tam nechodí. A Markéta? Jednak do toho zapojila i to, že je to kombinované. Ne jenom ten pátek jako muzikoterapie, ale ještě step aerobik. To Vám říkala?

O: Ano. Probíhá to v tělocvičně a cvičí se i zumba.

Ř: Ano, zumba a step aerobik. No a pro nás je to zase dobrý jako prezentace na veřejnosti, protože jednak se s tím zúčastňují klienti soutěží a jednak máme ples, kde mají vystoupení, kde jsou i rodiče klientů a vidí, co oni vlastně dokážou. Protože většina si třeba myslí, že nic nedokážou, nebo že dokážou hodně málo. A dokážou. Ta vystoupení jsou krásná. My právě teď plánujeme ples. Máme ho 26. října v Miléniu. Minule na plese jsme měli taky vystoupení odjinud. Měli jsme tam šermíře. Tentokrát to bude opravdu vystoupení jen našich klientů a ještě žáků Speciální školy z Tábora. Je to otevřené pro veřejnost, může přijít kdokoli, ale dělají si ho ty postižení klienti přece hlavně pro sebe. Tak když něco umí, ať to tam předvedou a budou vystoupení jenom od nich. Taky v tom nám pomáhá muzikoterapie.

O: Plánujete ohledně hodin MT ještě nějaké změny? Třeba nákup něčeho?

Ř: Zatím ne. Teď jsme získali grant a tak myslím, že od Markéty tady taky máme nějaký seznam, co by chtěla, ale jestli to souvisí s muzikoterapií, ještě nevím. Ale já myslím, že jí to vybavení tam dostačuje, co se týká těch hudebních nástrojů a bubínků. No a to vybavení na tu relaxaci? Tam nahoře v okále je věž se zesilovačem a CD. Tam do toho nebudeme nějak investovat. Co se změní, měli jsme ještě jednu místnost, kde byla vodní postel. My jsme ji z důvodu dodržení standardů museli změnit na šatnu. Vodní postel je zatím teda na půdě rozebraná, ale ještě tam v té místnosti byla světla. Nevím, jestli jste se tam také byla podívat!

O: No oni jsou světla i tady v té herně.

Ř: Ano, ale vedle je celá taková konstrukce hliníková přes celý strop a tu přestěhujeme sem do té muzikoterapie. Takže takový ten baldachýn na stropě, ten přijde pryč. Sice je tady nižší strop, tam byl vysoký a asi to bylo lepší, ale přesuneme to tam. Takže zatím nebudeme nic kupovat.

O: V čem vidíte ještě rezervy?

Ř: Ty rezervy vidím hlavně v tom, že pěkný by bylo vrátit se na začátek a mít to tady 3-4 dny v týdnu. Druhá věc je ta, že klienti stárnou, tak jako my všichni, a již tu nemáme v podstatě klienty mladší 18 let. Jinak myslím, že Markéta je na to hodně šikovná. Dříve nebylo, že by do toho ten muzikoterapeut zapojoval zumbu, step aerobik a nějaké takové cvičení. To se mi líbí, že to tam je. Spíš více času a mít třeba toho člověka mimo. Taky se třeba někdy stane, že se to v pátek změní. Třeba že někdo z těch pracovníků v sociálních službách onemocní. V tu chvíli tu nejsou čtyři, ale tři a už muzikoterapie třeba není. Dřív to dělali lidé, i tu logopedii, zvlášť zaměstnaní na nějaký úvazek.

O: Proč se tedy zrušila ta logopedie?

Ř: Je to z důvodu financí, ale i změnou toho zákona a taky z důvodu toho, že zde již nemáme děti, které jednak navštěvovaly Speciální školu a s tou byla také logopedie spojena.

O: Máte pocit, že se tady změnilo to celkové klima psychosociální od zavedení muzikoterapie? Např. že jsou klienti klidnější, tolik se nehaštěří mezi sebou apod.

Ř: To nedokážu tak posoudit, protože oni se haštěří. Ale to taky souvisí s věkem, protože oni ti klienti stárnou a jsou všichni dospělí. A je to fakt rozdíl, když byly děti. Většinou třeba ty děti šly do základky, nezvládly první třídu, tak opakovaly a tím jim bylo sedm. Nastoupily do té speciální školy v osmi letech, takže jsme tady měli hodně těch osmiletých, desetiletých dětí. To je zase rozdíl oproti těm dospělákům. Navíc muzikoterapii zde děláme od r. 1997 – tj. 16 let a to si již člověk neuvědomí za ta léta, jaké bylo před tím klima. Důležité je, že to klientům určitě něco přináší pozitivního, rádi se zúčastňují a pak se těší na to, až své umění předvedou na veřejnosti.

Z rozhovoru vyplývá, že stacionář Klíček využívá muzikoterapii od roku 1998. Necelých pět let ji vedla slečna Heřmánková, zakladatelka Kaňky v Táboře. Muzikoterapie zde probíhala 4 dny celé dopoledne. Nyní probíhá jen jednou týdně, v pátek dopoledne, z důvodu snížení stavu pracovníků, způsobeného ekonomickou krizí a snížením dotací od Ministerstva práce a sociálních věcí. Muzikoterapie probíhá pod vedením Markéty Kubátové, která je v Klíčku vedená jako pracovnice sociálních služeb.

Petr Brázda je ředitelem Klíčku od roku 1997. Po roce svého působení dostal od slečny Heřmánkové nabídku na začlenění muzikoterapie do nabídky poskytovaných služeb. Ředitel považoval muzikoterapii za vhodnou relaxaci i formu aktivizace klientů. Nechal se tedy zhotovit vše potřebné a muzikoterapie zde začala probíhat v návaznosti s logopedkou, která zde byla zaměstnána. Nyní už zde logopedka k dispozici není a to opět z důvodu snížení dotací od Ministerstva práce a sociálních věcí. Ředitel žádný kurz muzikoterapie neabsolvoval, znalosti čerpal z dostupných zdrojů. V současné době je s náplní hodin muzikoterapie spokojen a neplánuje žádné větší změny, např. nákup hudebních nástrojů apod. Také ho velmi těší, že co si klienti na hodinách muzikoterapie nacvičí, mohou poté ukázat veřejnosti na každoročně pořádaném plese či při různých soutěžích, kterých se klienti Klíčku hojně účastní.

Ředitel si je vědom velké rezervy v četnosti muzikoterapie. Za ideální by považoval mít muzikoterapii v Klíčku opět 3-4 krát do týdne, v současné době to ale pro nedostatek financí od Ministerstva práce a sociálních věcí není možné.

Zda se změnilo celkové psychosociální klima od zavedení muzikoterapie v Klíčku, není schopen ředitel posoudit. Klienti se mezi sebou popuzují stále a jaké to bylo před 16 lety, než zde muzikoterapie byla započata, si už nevzpomíná.

Stručná analýza rozhovorů provedených na kurzu muzikoterapie pořádaného v Praze.

Přepis rozhovorů je citován v nezkrácené podobě v příloze.

Rozhovor s Markétou Gerlichovou

Z rozhovoru vyplývá, že Markéta Gerlichová se věnuje MT 16 let. Pracuje na Klinice rehabilitačního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty UK v Praze. Mezi techniky, které by doporučila u kombinovaného postižení, můžeme zařadit improvizaci, hru na tělo i různá rytmická cvičení. Dle Markéty Gerlichové existuje celá řada technik, použitelných u osob se speciálními potřebami. V praxi upřednostňuje především aktivní formu MT, ta receptivní je jen doplňkovou složkou terapie. Muzikoterapeut by se měl především zaměřit na stanovení terapeutického cíle, ke kterému se průběžným hodnocením výsledků klienta snaží dojít.

Rozhovor s Matějem Lipským

Z rozhovoru vyplývá, že Matěj Lipský se věnuje MT 13 let. V současné době pracuje jako ředitel Centra sociálních služeb Bozkov a věnuje se supervizi MT. Metody, které se zdají být efektivní při práci s osobami se speciálními potřebami, jsou 4 základní podle Bruscia. Je to kompozice, improvizace, interpretace a poslech hudby. Sám vytvořil metodu „Podpůrná vývojová MT“. Metoda vychází z toho, že se terapeut snaží hudbou podpořit vývoj člověka a hudební prostředky

přizpůsobit terapeutickému cíli, který si v počátku stanovil. Muzikoterapeut by se měl především zaměřit sám na sebe. Poznat se a pracovat na sobě, aby nevyhořel a neustále zlepšoval své kompetence jak odborné, tak osobní na základě sebezpoznání.

Rozhovor s Tomášem Procházkou

Z rozhovoru vyplývá, že Tomáš Procházka se MT věnuje již 23 let. V současnosti pracuje jako psychoterapeut v jednom zdravotním zařízení na Praze 4 a věnuje se supervizi MT. Efektivnost při práci s klienty se speciálními potřebami spatřuje v celostním přístupu. Terapie dle jeho názoru netkví až tolik ve volbě technik, ale v hledání toho, co je pro daného klienta užitečné. V praxi propojuje hudbu s dotykovými technikami. Muzikoterapeut by si měl udržet především zdravou sebedůvěru, neměl by se bát praktikovat MT a emoce vyplývající ze situací zažitých během praxe sdílet na supervizi, aby je v sobě nepotlačoval a uměl je správně zpracovat.

Rozhovor s Jiřím Kantorem

Z rozhovoru vyplývá, že Jiří Kantor se MT věnuje cca 10 let. V současnosti pracuje v Olomouci v Ústavu speciálních vědeckých studií jako odborný asistent. Co vidí efektivně při práci s osobami se speciálními potřebami, jsou aktivní formy terapie. Receptivní formy terapie jsou zvláště vhodné u dospělých a starších osob. U mentální retardace je důležitý kontakt mezi terapeutem a klientem prostřednictvím hudby. Při práci dává přednost terapii ve skupině. Jen při těžké kombinaci postižení, nebo tam, kde je velký problém na sociální úrovni, dává přednost individuálnímu vedení terapie. Muzikoterapeut by se měl především zaměřit na vytvoření vztahu a akceptaci klienta. Měl by si umět udělat pro něho dostatek času a prostoru. Nespěchat a mít dostatek trpělivosti.

Rozhovor se Zdeňkem Šimanovským

Z rozhovoru vyplývá, že Zdeněk Šimanovský se MT věnuje cca 25 let. V současné době má soukromou praxi v Praze, kde pracuje jak s jednotlivci, tak se skupinami lidí a vede dvouletý výcvik hudebně dramatických terapií. Mezi efektivní techniky při práci s osobami s kombinovaným postižením řadí improvizaci na nástroj, tělo, hlas. Přednost nedává ani aktivní, ani receptivní formě vedení muzikoterapie. Obě jsou podle Šimanovského dobré, když se použijí správně v pravou chvíli a ve správný čas. Muzikoterapeut by se měl především zaměřit sám na sebe a pracovat na svém rozvoji. Nic nepotlačovat, umět svá životní témata vyřešit a až poté pomáhat a radit ostatním.

3.5. Závěr výzkumu z rozhovorů a vlastního pozorování

Závěr výzkumu zahrnuje:

- 1) Výsledky vlastního pozorování ve stacionáři Klíček
- 2) Výsledky rozhovorů s klienty
- 3) Výsledek rozhovoru z muzikoterapeutkou
- 4) Výsledek rozhovoru s ředitelem
- 5) Celkové vyhodnocení výzkumu

Stacionář Klíček je velmi pěkně situován. Klidné prostředí zasazené do přírody vybízí klienty k nejrůznějším herním aktivitám i k příjemným vycházkám do okolí. Líbí se mi, že klienti mají k dispozici i rozsáhlý pozemek. Je zde možnost nejrůznějších pohybových činností, včetně hraní stolního tenisu, ve kterém jsou někteří klienti na soutěžích hodně úspěšní, fotografie č. 14. V teplých měsících se využívá malý bazén a pro pořádání oblíbené zahradní slavnosti nechybí ani pergola s krbem, fotografie č. 15, 16. Zahrnutím této události několikrát do roka dochází ke vzájemnému poznání personálu s rodiči klientů a navázání důležité sociální interakce.

V rámci ergoterapie se především klientkám zamlouvá výuka vaření a zpracovávání plodů z ovocných stromů či skleníku např. sušením, zavařováním aj. Ergoterapie, která je k dispozici klientům Klíčku, celkově zahrnuje učení se základním dovednostem, nutných pro běžný život podle typu postižení, např. oblékání, mytí, stravování apod. Vnitřní prostory stacionáře jsou dispozičně dobře rozmístěny. Obě tunelem propojené budovy mají herny, společenské místnosti i sociální zázemí. Kuchyně využívána především kuchařkami je bezpečně zařízena i pro nabízené kurzy vaření v rámci ergoterapie, stejně tak se někteří klienti učí i samostatné obsluze výdejem jídel z kuchyně. Tělocvična je doplněna o posilovací stroje a opět i o stůl na stolní tenis.

Chodby jsou vkusně zdobený výrobky klientů i vlastními obrazy ředitele Klíčku. Lůžková část ve druhém patře jedné z budov je zajištěna útulnými pokoji pro 2 nebo 4 osoby. Do druhého patra je bezbariérový přístup pro vozíčkáře.

Během průběžného 7 měsíčního pozorování klientů a účasti v hodinách MT jsem měla možnost klienty blíže poznat a posoudit vliv muzikoterapie na jejich osobní stránku. Klienti na mě působili spokojeně a na hodiny muzikoterapie se vraceli rádi. Když nebyl někdo před hodinou muzikoterapie pozitivně naladěný, dosti často to z něj během výuky MT odpadlo nebo se stav alespoň ve velké míře zmínil a klient odcházel klidný. Mezi klienty byla vidět při hodinách MT snaha o spolupráci, na drobné dohady mezi sebou dokázali rychle zapomínat. Myslím, že až na dvě dívky se muzikoterapie ve skupině osvědčila.

Když jsem výzkum v Klíčku začínala, jedna dívka už na individuální terapii MT docházela, druhá setrvala ve skupině. Všimla jsem si její skleslosti hned z počátku výzkumu. Ve skupince sice spolupracovala s ostatními klienty, ale bylo patrné, že jí něco tíží a potřebuje se vypovídat. Během mých návštěv si na mě pomalu zvykla a přestala se ostýchat, když měla potřebu se na něco zeptat. Pokaždé, když se mohla vymluvit, byla u ní patrná známka úlevy a na tváři se jí objevoval čím dál častěji spokojený výraz. Usoudila jsem, že si promluví s muzikoterapeutkou o jejím přeložení na individuální terapii, kde by měla dívka možnost povídat si s ní o samotě a ventilovat emoce pomocí hudby, s kterými si nevěděla rady a které se styděla dávat najevo ve skupině. Po rozhovoru

s muzikoterapeutkou bylo rozhodnuto o jejím přeložení do individuálního programu muzikoterapie.

Práci muzikoterapeutky při vedení hodin muzikoterapie shledávám na základě vlastního pozorování jako pečlivou a systematickou. Je si vědoma osobních rezerv a stále se snaží pracovat na sobě jak po stránce vlastního hudebního rozvoje, tak po stránce terapeutické. Ředitel Klíčku je osobou na svém místě. Jeho lidský a empatický přístup k personálu i klientům, kteří s ním přicházejí do kontaktu denně, umocňuje příjemnou atmosféru, která v Klíčku panuje.

Z rozhovorů s klienty vyhodnocuji, že většina z nich dává přednost aktivní formě muzikoterapie. Mají potřebu prožitku a propojování různých terapeutických technik. Receptivní MT formou relaxace je pro ně jen jakýmsi příjemným závěrem hodiny, nikoliv její stěžejní náplní. Klienti mají rádi relaxaci doplněnou o masáže těla.

Z rozhovoru s muzikoterapeutkou vyhodnocuji, že klienti využívají celou škálu možností v aktivní i receptivní formě muzikoterapie. Mají možnost prožít si emoce, které je tíží, a zklidnit tak své neklidné duševní rozpoložení. Zařazením aktivních prvků v hodině dochází nejen k procvičování jemné motoriky, ale celého pohybového aparátu, který bývá u klientů často částečně postižen. Výborné je spojení cvičení s hudbou, které muzikoterapeutka zavedla a těší se velké oblibě u klientů. Cvičí se zumba i step aerobik. Rozumové schopnosti klientů jsou posilovány opakovanými nácviky různých činností, např. rytmickými hrami, doplňováním textů písniček při puštění známé melodie aj. Muzikoterapeutka se snaží přihlížet jak k diagnózám klientů, tak k jejich momentálnímu duševnímu rozpoložení. Na základě tohoto pozorování posléze určí formu vedení hodiny muzikoterapie.

Z rozhovoru s ředitelem vyhodnocuji, že zavedení muzikoterapie v Klíčku si ředitel cení a je spokojen s jejím vedením. Je si vědom spokojenosti klientů i jejich rodinných příslušníků, kteří zavedení muzikoterapie v Klíčku také vítají. Velkou rezervu vidí ředitel v četnosti hodin muzikoterapie. Tu ale vzhledem ke stávajícím finančním možnostem Klíčku není schopen změnit.

Na základě sedmiměsíčního výzkumného šetření, zahrnujícího pozorování, rozhovory s klienty, muzikoterapeutkou i ředitelem, dále na základě vlastní účasti na víkendovém kurzu muzikoterapie v Praze a díky uskutečnění svých vlastních rozhovorů s pěti předními muzikoterapeuty působícími u nás jsem došla k závěru, že Klíček plně využívá možnosti, které se v oblasti muzikoterapie lidem s kombinovaným postižením nabízejí.

Klientům je k dispozici celá škála aktivizačních hudebních technik a metod. Emoční hry a řízené i neřízené relaxace jsou situacemi, v nichž zklidňují své vnitřní rozpoložení. Hodiny MT klienty podněcují i k učení se hře na nějaký hudební nástroj, nebo ke zdokonalování se ve zpěvu.

Jedinou rezervou zůstává snížená četnost hodin MT, což by v případě změny rozpočtové situace bylo napraveno.

Výsledkem je i fakt, že se pozitivní vliv MT na psychosociální klima stacionáře nepotvrdil. Spíše je to neustálá snaha všech pracovníků Klíčku vytvářet harmonické prostředí ve stacionáři a snažit se o zklidňující a terapeutický účinek všech činností, které se klientům nabízejí.

4. ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce poukazuje, že možnosti aktivní a receptivní muzikoterapie, nabízející se osobám s kombinovaným postižením, jsou rozmanité a stále se vyvíjející. Pozitivní vliv muzikoterapie na psychickou a fyzickou stránku člověka má podíl i na uspokojování potřeb sociálních.

V dnešní době se společnost začíná čím dál více orientovat na pomoc lidem se speciálními potřebami a začleňovat je plnohodnotně do společnosti. Tím dochází k větší soudržnosti mezi lidmi i k nárůstu akceptace ostatních minoritních skupin většinou populace.

Muzikoterapie je prováděna v různých institucích, např. v sociálních zařízeních, jako možnost smysluplného využití volného času s cílem např. rozvinout některé schopnosti klienta, kompenzovat jejich chování a podporovat jejich pozitivní sociální vztahy s ostatními klienty.

Ve stacionáři vybraném pro výzkum je muzikoterapie jednou z mnoha nabízených činností, snažící se o zklidňující a terapeutický účinek. Účast klientů je dobrovolná. Jelikož se muzikoterapeutických hodin zúčastňovali téměř vždy stejní klienti, bylo patrné, že se jim muzikoterapie líbí a rádi se na ni vracejí. Dobrá nálada klientů umožňuje personálu snadnější navázání kontaktu s nimi, spolupráci a přispívá k vytváření harmonického prostředí ve stacionáři.

Pro mě byla tato práce velkým přínosem v osobním růstu. Poznatky s prostudované literatury spolu s účastí na víkendovém kurzu muzikoterapie z důvodu prohloubení znalostí v této oblasti, mě přiměly k rozhodnutí absolvovat další studium, týkající se hudebně dramatických terapií pod vedením muzikoterapeuta Zdeňka Šimanovského.

Tuto bakalářskou práci ráda zakončím slovy, která mě provázejí a naplňují v každém okamžiku mého života.

Nikdy nepodceňuj sílu vývoje, procesu nikdy nekončícího a schopného vytvořit i s malého zrnka nedílnou součást celku.

5. POUŽITÁ LITERATURA

Barraqué, Philippe: *Léčivá síla hlasu*. 1.vyd. Bratislava: Eugenika, 2002. ISBN 80-88913-76-4.

Bartoňová, Miroslava - Bazalová, Barbora - Pipeková, Jarmila: *Psychopedie – testy k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

Bruscia, Kenneth, E.: *Defining Music Therapy*. Barcelona: Pathway Book Service, 1998. ISBN 1-891278-07-X.

Dolejší, Mojmir: *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973. ISBN neuvedeno.

Drlíčková, Svatava: *Reflexe muzikoterapeutického modelu a jeho aplikace u klientů s kombinovaným postižením*. Bakalářská práce, PF Univerzity Palackého v Olomouci, 2012.

Fukač, Jiří: *Mýtus a skutečnost hudby*. Praha: Panton, 1989. ISBN 80-7039-011-5.

Fukač, Jiří – Poledňák, Ivan. *Hudba a její pojmoslovný systém*. Praha: Academia, 1981. ISBN neuvedeno.

Halpern, Steven: *Muzikoterapie – léčivá síla hudby*. Praha: Eko-konzult, 2005. ISBN 80-8079-044-2.

Holzer, Lubomír: *Muzikoterapie*. 5. část. In: časopis Talent, říjen 2006.

Kantor, Jiří – Lipský, Matěj – Weber, Jana: *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

Kratochvíl, Stanislav: *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.

Křenková, Jana: *Volný čas osob s kombinovanými vadami*. Bakalářská práce, PF Univerzity Masarykovy v Brně, 2007.

Linka, Arne: *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.

Lipský, Matěj: *Zvuk a hudba jako prostředek muzikoterapeutického působení na lidský organismus*. Praha: Speciální pedagogika, 2002. ISBN 1211-2720.

Ludíková, Libuše: *Úvod do speciální pedagogiky*. In Krejčířová, Olga a kol.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1.vyd. Praha: Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7.

Mátejová, Zlatica – Mašura, Silvestr: *Muzikoterapia v špecialnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: SPN, 1992. ISBN 80-08-00315-4.

Müller, Oldřich a kol.: *Terapie ve speciální pedagogice – teorie a metodika*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

Pavlicevic, Mercedes: *Music Therapy in Context*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1997. ISBN 1-85302-434-1.

Pechová, Martina: *Muzikoterapie z pohledu specifických poruch učení a chování*. Diplomová práce, PF JU v Českých Budějovicích, 2009.

Peeters, Theo: *Autismus – od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X.

Pipeková, Jarmila a kol.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

Polášková, Dagmar: *Autismus a speciálně pedagogická podpora*. In Vítková, Marie: *Integrativní školní (speciální) pedagogika – základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-8663-307-1.

Poledňák, Ivan: *ABC – Stručný slovník hudební psychologie*. Praha: Editio Supraphon, 1984. ISBN neuvedeno.

Pospíšilová, Silvie: *Muzikoterapie u lidí s diagnózou autismu*. 1. část. In: časopis Talent, červen 2005.

Renotierová, Marie – Ludíková, Libuše a kol.: *Speciální pedagogika*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 78 s. ISBN 80-244-1475-9.

Slowík, Josef: *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

Worrall, Linda, E. – Hickson, Louise, M.: *Communication Disability in Aging – from Prevention to Intervention*. New York: Thomson Delmar Learning, 2003. ISBN neuvedeno.

Šímanovský, Zdeněk: *Hra s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-339-0.

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

6. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Fotografie pořízené na hodinách muzikoterapie v Klíčku

Příloha č. 2: Fotografie okolí stacionáře Klíček

Příloha č. 3: Rozhovory s muzikoterapeuty z víkendového kurzu MT pořádaného v Praze

Příloha č. 4: Fotografie z kurzu MT v Praze

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Fotografie pořízené na hodinách muzikoterapie v Klíčku



Fotografie č. 1 – Místnost pro realizaci muzikoterapie



Fotografie č. 2 – Hry s rytmem



Fotografie č. 3 – Hry s rytmem („vytřukávání emocí“ na dřívka)



Fotografie č. 4 – Hry s rytmem

(při hudbě napodobit jízdu na koni, chytit rytmus s písničkou)



Fotografie č. 5 – Hry s rytmem



Fotografie č. 6 – Práce s energií (uvolnění napětí stiskem dlaní při posílání impulsu)



Fotografie č. 7 – Hry s bubny a rytmem



Fotografie č. 8 – Hra s bubny



Fotografie č. 9 – Relaxace při hudbě



Fotografie č. 10 – Masáž balónkem při relaxaci



Fotografie č. 11 – Elektrofonické klávesy s barevným značením



Fotografie č. 12 – Terapie pomocí barevného světla

Příloha č. 2: Fotografie okolí stacionáře Klíček



Fotografie č. 13 - Tunel spojující obě budovy stacionáře Klíček



Fotografie č. 14 – Stůl na stolní tenis



Fotografie č. 15 – Malý bazén a pergola



Fotografie č. 16 – Pergola s krbem pro pořádání zahradní slavnosti

Příloha č. 3: Rozhovory s muzikoterapeuty z víkendového kurzu MT pořádaného v Praze

Rozhovor č. 1: s Markétou Gerlichovou

O: Povězte mi něco stručného o Vás (co jste vystudovala, kolik let se věnujete MT, s jakými skupinami jste pracovala a kde působíte nyní)?

M: Takže, já jsem se dostala k MT vlivem mého otce, který je muzikant. Maminka je speciální pedagog. Profesně jsem nejprve dělala fyzioterapii, potom speciální pedagogiku s hudební výchovou a nakonec muzikoterapii u Josefa Krčka. Pracuji na Klinice rehabilitačního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty UK v Praze a provozuji muzikoterapii už 16 let od roku 1996. Hlavní mojí cílovou skupinou jsou lidé po poškození mozku, ale pracuji také s lidmi, kteří mají problémy s psychosomatikou, dětmi s problémovým vývojem řeči. Poměrně jsou široké ty možnosti, nebo ty věci, ke kterým jsem se dostala.

O: Jaké metody, druhy a techniky MT se podle Vašeho názoru zdají být efektivní při práci s klienty se speciálními potřebami?

M: Těch technik je celá řada. Záleží v jaké fázi problému s tím klientem navážeme kontakt. Určitě je to technika improvizace, zároveň je to i technika hraní na tělo, kdy člověk potřebuje to svoje tělo více poznat, vyznat se v něm, vědět jak reaguje. Potom jsou různá rytmická cvičení až k složitým rytmickým strukturám. Pro někoho je dobré si vytvářet své vlastní hudební vstupy. Je toho opravdu celá řada. Takhle obecně se těžko o tom hovoří.

O: Upřednostňujete spíše aktivní nebo receptivní formu muzikoterapie?

M: Řekla bych, že důležitější je aktivní forma MT. Ta receptivní je pouze doplňkem MT.

O: Na co by se měl podle Vás zaměřit muzikoterapeut při terapii, aby došlo k celkovému zlepšení stavu klienta? Co byste mu doporučila?

M: Jako důležité mi připadá mít dopředu terapeutický cíl a udělat si i určité hodnocení toho vývoje, toho člověka v průběhu terapie, aby to opravdu někam směřovalo.

Rozhovor č. 2: s Matějem Lipským

O: Povězte mi něco stručného o Vás (co jste vystudoval, kolik let se věnujete MT, s jakými skupinami jste pracoval a kde působíte nyní)?

M: Dobře. Vystudoval jsem speciální pedagogiku oborovou, speciální pedagogiku s psychologií, výcvik v psychoterapii SUR¹⁸ a co tam bylo dále?

O: S jakými skupinami klientů jste pracoval, kolik let se MT věnujete a kde působíte nyní?

M: MT se věnuji 13 let. Pracoval jsem s klienty úplně se všemi, jako s cílovými skupinami. Ať podle věku, nebo psychiatrických diagnóz. To všechno jsem prošel a ve své praxi měl. V současné době MT moc nedělám. Věnuji se hlavně supervizi MT a kromě toho jsem ředitel Centra sociálních služeb Bozkov. Takže tomu se věnuji.

O: Jaké metody, druhy a techniky MT se podle Vašeho názoru zdají být efektivní při práci s klienty se speciálními potřebami?

M: Tak metody jsou základní čtyři podle Bruscia a ty jsou efektivní všechny. Je to kompozice, improvizace, interpretace a poslech hudby. Při těchto metodách jsou konkrétní techniky, které se nějak aplikují. To, jak se za sebou ty techniky

¹⁸ Systém sebepoznávání a sebezkušenostního [komplexního](#) výcviku v [psychoterapii](#), založený doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, psychologem PhDr. Eduardem Urbanem a MUDr. Jaromírem Rubešem. Název SUR tvoří [iniciály](#) jména Skála, Urban, Rubeš. Výcvikový [model](#) typu SUR je založen na [principech terapeutické komunity](#) s několika skupinami, každou skupinu vedou dva terapeuti či [lektori](#) opačného pohlaví pod [supervizí](#) vedoucího [komunity](#). Výcviková [komunita](#) se schází po dobu 4-5 let 1-2x ročně, mezi setkáním celé [komunity](#) se konají víkendová setkání jednotlivých skupin.

seřadí, tak podle toho jsou různé školy, nebo směry MT. Já jsem vytvořil metodu „Podpůrná vývojová MT“. Tato metoda vlastně vychází z toho, že se nějakým způsobem snažíme podpořit vývoj toho člověka a to hudbou, a ty zvuky přizpůsobit terapeutickému cíli, co máme.

O: Na co by se měl podle Vás zaměřit muzikoterapeut při terapii, aby došlo k celkovému zlepšení stavu klienta? Co byste mu doporučil?

M: Hlavně na sebe. Takže doporučuji, aby opravdu ten člověk poznal sám sebe a nebál se tu MT dělat pod supervizi. Dbal na psychohygienu, aby nevyhořel a zlepšoval své kompetence jak odborné, tak muzikantské.

Rozhovor č. 3: s Tomášem Procházkou

O: Povězte mi něco stručného o Vás (co jste vystudoval, kolik let se věnujete MT, s jakými skupinami jste pracoval a kde působíte nyní)?

T: Původně jsem studoval pražskou konzervatoř, obor zpěv. Poté jsem studoval speciální pedagogiku, oborové studium a pak už to moje vzdělání šlo spíše po té psychoterapeutické linii tzn. kompletní terapeutický výcvik v metodě SUR, psychosomatický výcvik v rodinné terapii v Libereckém institutu a výcvik zaměřený na supervizi. V současnosti se MT věnuji jen z menší části, tzn. vedeme výcviky, dělám supervize. Mé kmenové zaměstnání po práci je právě supervize a potom pracuji jako psychoterapeut v jednom zdravotním zařízení na Praze 4, kde dělám individuální rodinnou terapii a vedu doléčovací skupinu na oddělení závislosti.

O: Kolik let MT děláte?

T: Tak MT dělám od konce konzervatoře, to je asi 23 let.

O: Jaké metody, druhy a techniky MT se podle Vašeho názoru zdají být efektivní při práci s klienty se speciálními potřebami?

T: Tak my se důsledně hlásíme k celostnímu přístupu, který je založený na systematické, na neexpertním přístupu a to není jenom o propojování různých metod. To je doopravdy o důrazu na kontext, na osobní rovinu toho vztahování

samozřejmě s lidskými hranicemi. Terapie je proces, není to o těch technikách. Důležitý je respektovat, hledat tzv. zakázku a hledat co je pro toho klienta užitečný. My vlastně vnímáme a v naší praxi se potvrzuje, že spojení hudby a dotyku jsou ty nejbazálnější způsoby, tzn. v tom našem konceptu se hodně silně propojuje vliv zvuku a hudby a to nejruznějším způsobem. Od aktivní hry, použití Orffových nástrojů, přes práci s reprodukováným zvukem, ale vše je ve spojení právě s dotekovými technikami.

O: Na co by se měl podle Vás zaměřit muzikoterapeut při terapii, aby došlo k celkovému zlepšení stavu klienta? Co byste mu doporučil?

T: Jednak, aby se nebál, protože tu práci za něj nikdo neudělá. Často totiž lidi pochybují o tom, zda jsou dostatečně kompetentní. Tak si myslím, nebát se toho, protože ta praxe je bezpochyby tím nejlepším učitelem. Druhá věc, která je důležitá, aby se doopravdy naučil tu práci reflektovat, přemýšlet u ní, aby se zabýval tím, co s tím klientem dělá, jestli je to bezpečný, jestli to slouží a my vlastně v rámci asociace propagujeme, aby ta práce byla opřena o supervizi. V ní mám velkou oporu. Dohromady, tedy „nejen“ sebevzdělání a hledání toho, co potřebuji do výbavy, ale umožňuje mi se i zpětně dívat na to, co dělám. Umožňuje sdílení pochybností a emocí, které člověk má.

O: Aby to v sobě muzikoterapeut nepotlačoval?

T: Přesně tak. Jde o emoce, které nejsou úplně jednoduché.

O: Myslíte, že je nutné, aby měl muzikoterapeut vysokoškolský titul, nebo tuto práci může dělat i člověk, který má jen středoškolské vzdělání a náhled do problematiky MT si zvyšuje formou kurzů?

T: To je hodně složitá otázka. Hlavně v tom, že je rozdíl zda jsem terapeutem, nebo se nechávám inspirovat třeba věcmi, které můžou posloužit mé profesi tzn., pokud ten člověk chce být opravdu psychoterapeutem nebo muzikoterapeutem, pak by i to vysokoškolské vzdělání tomu mělo odpovídat.

Rozhovor č 4: s Jiřím Kantorem

O: Povězte mi něco stručného o Vás (co jste vystudoval, kolik let se věnujete MT, s jakými skupinami jste pracoval a kde působíte nyní)?

J: Vystudoval jsem speciální pedagogiku a hudební výchovu asi před 10 lety a od té doby se MT věnuji. Zabýval jsem se také psychoterapií, kurzy neverbálních technik a i ostatními směry expresivních terapií v podobě kurzů. Dělán MT asi 10 let a pracoval jsem s hodně odlišnými typy klientů. Nejčastěji to byli lidi s kombinovaným postižením, lidi s mentální retardací, lidi s tělesným postižením, poruchy autistického spektra a děti v předškolním věku. V rámci rané péče jsem pracoval i s rodinami, kde jsou děti se zdravotním postižením, a trochu i se seniory a dalšími typy. Nyní působím v Olomouci na Ústavu speciálních vědeckých studií a dělám odborného asistenta. MT se věnuji jen okrajově, jenom spíše v otázce speciální pedagogiky.

O: Jaké metody, druhy a techniky MT se podle Vašeho názoru zdají být efektivní při práci s klienty se speciálními potřebami?

J: To bychom se museli bavit o každém typu postižení zvlášť.

O: Tak to nasměrujeme na mentální postižení?

J: Dobře. Zase by ale záleželo, jestli se bavíme o lehkém mentálním postižení nebo hlubokém.

O: Jen o lehkém, nebo středním. Tam směřuji svou BP. Je to možné?

J: Určitě. Myslím, že co je společné pro všechny skupiny, jsou aktivní formy terapie. Receptivní formy terapie jsou zvlášť vhodné u dospělých, starších osob, když můžou přijít do skupiny, poslouchat a někdo jim hraje. U mentální retardace je důležitý kontakt mezi terapeutem a klientem. Ten kontakt je prostřednictvím hudby lehčí než prostřednictvím slov.

O: Myslíte, že je lepší nechat klienty při MT ve skupince nebo je orientovat na individuální MT?

J: U těch mladších postižených mám zkušenost spíše se skupinovou formou, protože si myslím, že oni potřebují mít i ten zážitek se sounáležitostí ve skupině.

Je ale pravda, že když se dělá nějaký reedukační program, který má napravit konkrétní funkce, tak tam je užitečnější to dělat v individuální formě, protože na toho klienta mám více času. Můžu se věnovat jeho specifické potřebě, což ve skupině není vždy možné. Zase ta skupina nabízí jiné prostředky a vůbec jiný potenciál pro klienty. Myslím, že je lepší ta skupinová forma, ale zase ne každý tak může pracovat třeba z důvodu těžké kombinace postižení, nebo tam je velký problém na sociální úrovni. Tam připadá jako jediná forma asi ta individuální terapie.

O: Na co by se měl podle Vás zaměřit muzikoterapeut při terapii, aby došlo k celkovému zlepšení stavu klienta? Co byste mu doporučil?

J: No asi je rozdíl, jestli člověk pracuje ve škole nebo v sociálních službách. Co mi přijde hodně důležité u klientů s kombinovaným postižením, ať už s nimi dělá člověk MT nebo něco jiného, je vytvoření vztahu a akceptace klienta. Přijetí toho klienta a mít pro něho dostatek času a prostoru. Nespěchat. Mít dostatek trpělivosti, být schopný naladit se na jeho tempo a konkrétně při MT být schopen se dotknout různých stránek toho klienta. Poznat ho v různém prostředí a v různých situacích, protože tam mám největší pravděpodobnost poznat některé věci, které se mi při té individuální terapii nemusí hned ukázat.

O: Jestli to chápu dobře, zapojovat dramaterapii, kde přehráváme různé situace a umožňujeme odžívání si vlastních emočních stavů. Tak to myslíte?

J: Spíše jsem to myslel v tom významu, pozorovat toho klienta v různém prostředí, v různých situacích. A to jak ve strukturovaných situacích, kdy děláme individuální výuku, tak i jenom když s klientem jsem, nemám žádný plán, cíl a mám prostor pro všechny reakce klienta, které se můžou objevit, a dokázat na ně reagovat. Myslím, že je podstatný jak pro MT, tak pro ostatní práce s klienty, že člověk musí dát mnohem více prostoru, aby se objevila nějaká reakce, tzn. nespěchat. V momentě, kdy se ta reakce objeví, je důležitý, aby ten terapeut nebo učitel uměl na ni reagovat adekvátním způsobem. Aby ji uměl využít k tomu, abychom se dostali do vzájemné interakce s tím klientem. V momentě, kdy se toto podaří, tak má i MT obrovský potenciál, neboť můžu s klientem zažít pocit obrovské sounáležitosti a nějakého společného bytí. Zároveň mi prostřednictvím té interakce klient ukazuje množství důležitých informací o sobě samém. Být

otevřený k různým reakcím klienta a být hodně kreativní v tom smyslu, že navážeme i na malé reakce a navážeme vzájemný kontakt a vztah. Nejdůležitější je podle mě navázat kontakt mezi terapeutem a klientem, a na to je hudba výborná. Klienti se snáze otevřou a dostanou větší prostor pro reakce, které jsou pro terapii důležité k analýze.

Rozhovor č. 5: se Zdeňkem Šimanovským

O: Povězte mi něco stručného o Vás (co jste vystudoval, kolik let se věnujete MT, s jakými skupinami jste pracoval a kde působíte nyní)?

Z: Vystudoval jsem gymnázium, potom dramaturgii na Divadelní fakultě, nějaký čas jsem studoval herectví, ale pak jsem přešel na dramaturgii. Vystudoval jsem jednooborovou psychologii na Univerzitě Palackého v Olomouci. Pak mám výcvik v integrativní psychoterapii od společnosti PIPAP (také v Olomouci), kde byl našim supervizorem Stanislav Kratochvíl a lektory naší skupiny byli Ilona Kořátková a Sváťa Morávek. To byla hodně dobrá zkušenost. Později jsem absolvoval dva výcviky v systematických konstelacích, jeden vedl Jan Bílý a druhý německá lektorka Moa Doris Grevenstette. Vedle toho jsem absolvoval řadu víkendových kurzů. Zažil jsem mnoho psychoterapeutů a lidí, které dělají konstelace. Mariane Franke Gricksch, Prasadama, Victorii Sneh Schnabel, Radima Resse a další včetně Josepha Morena, synovce Jakoba Lewiho Morena. Ten byl hodně zajímavý. Joseph Moreno dělá MT a psychodrama po svém strýci.

O: Kolik let se MT věnujete?

Z: My jsme založili s Blankou Kolínovou ještě v roce 2003 sekci MT a dramaterapie pod Českou psychoterapeutickou společností při České lékařské společnosti. Později jsme se rozdělili na sekci dramaterapie a sekci muzikoterapie, která funguje dodnes. V začátcích jsem pracoval spíš se skupinami než individuálně s lidmi a metodami, které jim dávaly obecně radu, sílu, podporu a dynamiku. Dělali jsme hry s rytmem apod. To bylo něco, čím jsem se zabýval už pár let, než jsme založili tu sekci.

O: Řekněme tedy, že se MT zabýváte 20 – 30 let?

Z: Dejme tomu, kolem 20 – 25 let. Kam jsem vždy hodně směřoval, byly děti, mateřské školky, základní a střední školy a Domy dětí a mládeže. Pracoval jsem také na gymnáziu, na plný úvazek. Na osmiletém gymnáziu jsem měl z počátku všechny děti z celé školy v těch svých seminářích, a pak se gymnázium rozrostlo a přišla nová kolegyně.

O: Jak se říká, že budoucnost dospělého člověka tkví právě v dětství, že ano?

Z: Ano dělal jsem dřív hodně jednodenních kurzů pro učitelky menších a větších dětí. Dnes dělám kurzy už hlavně pro skupiny, se kterými pracuji dlouhodobě.

O: Kde působíte nyní?

Z: Nyní mám soukromou praxi, takže pracuji s klienty, a to jak s jednotlivci, tak dvojicemi. Také jsem dělal dlouho na lince důvěry v krizovém centru. Mám kurz krizové intervence, takže tyto znalosti uplatňuji při práci s klienty. Kromě toho pracuji i se skupinami a vedu dvouletý výcvik hudebně dramatických terapií.

O: Jaké metody, druhy a techniky MT se podle Vašeho názoru zdají být efektivní při práci s klienty se speciálními potřebami?

Z: Nedokážu označit konkrétně jednu metodu, protože jich je mnoho. Dobře se zde osvědčuje práce s rytmem, s perkusemi a s elementárními nástroji. Obecně vzato se hodně používá improvizace, což je ve všech těch knížkách o MT. Improvizace na nástroj, tělo, hlas.

O: Dáváte přednost aktivní formě muzikoterapie nebo receptivní?

Z: Obě jsou dobré, když se použijí správně v pravou chvíli a ve správný čas. Ale to je na dlouho, to by bylo na celou knížku.

O: Asi se nebát kombinovat různé formy, styly a nebýt u ničeho striktní, že ano?

Z: No, ono je dobrý trochu se bát, aby člověk neškodil. Když se snaží hrrr někoho vyléčit a pomáhat, tak může dělat něco, co tomu člověku vůbec neprospívá, ale třeba škodí. Takže být opatrný a volit v souladu s tím, co o tom klientovi vím, co

se o něm dozvím, případně s tím, jakou má diagnózu. Prostě jak si ho vyhodnotím, tak v souladu s tím potom najít tu optimální techniku pro něj.

O: Na co by se měl muzikoterapeut zpočátku zaměřit, když do něčeho takového jde?

Z: Já bych doporučil, ať už dělá s dětmi se speciálními potřebami, dospělými nebo jinou klientelou, aby se podíval na sebe a pracoval sám se sebou. Na svých tématech, na své stabilitě vnitřní, na tom, aby opravdu byl sám sebou a nedostal se do masky odborníka, který kamufluje to, že prostě sám se svými tématy mnoho neudělal, ale radí a pomáhá ostatním. To většinou není k ničemu. Takže co bych mu radil? Aby pracoval se sebou způsoby, které mu nejvíce vyhovují, a na sobě, na svém rozvoji. Mnoho lidí, včetně některých terapeutů si totiž plete pojem vyřešený a potlačený. To, že já něco potlačím, a myslím třeba na druhé, neznamená, že jsem to vyřešil. Vůbec jsem to nevyřešil. Jen jsem to schoval hlouběji a tím víc to ve mně působí.

Příloha č. 4: : Fotografie z kurzu MT v Praze



Fotografie č. 17 – Hudební nástroje používané během víkendového kurzu muzikoterapie