

Jiří Kantor, Matěj Lipský, Jana Weber a kol.



# ZÁKLADY MUZIKOTERAPIE



 GRADA®

Tato elektronická kniha byla zakoupena v internetovém knihkupectví **Grada.cz**

Jméno a příjmení kupujícího: **Viléma Novotná**

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

Upozorňujeme, že elektronická kniha je dílem chráněným podle autorského zákona, a je určena jen pro osobní potřebu kupujícího. Kniha jako celek ani žádná její část nesmí být volně šířena na internetu, ani jinak dále zveřejňována. V případě dalšího šíření neoprávněně zasahujete do autorského práva s důsledky podle platného autorského zákona a trestního zákoníku.

Velmi si vážíme, že e-knihu dále nešíříte. Jen díky Vaším nákupům dostanou autoři, vydavatelé a knihkupci odměnu za svou práci. Děkujeme, že tak přispíváte k rozvoji literatury a vzniku dalších skvělých knih.

Máte-li jakékoli otázky ohledně použití e-knihy, neváhejte nás prosím kontaktovat na adrese **[eknihy@grada.cz](mailto:eknihy@grada.cz)**

## Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*



## Poděkování

Rádi bychom na tomto místě jmenovali Vás všechny, kteří jste nějakým způsobem přispěli k vydání této knihy, ale nemůžeme to udělat s klidným svědomím. Zcela určitě bychom si vzpomněli pouze na některé z Vás, a i to by stačilo na mnoho stránek. Přesto bychom chtěli vyjádřit, že si velice vážíme Vaší pomoci, rad, inspirace, povzbuzování i kritiky. Zvláštní dík patří našim rodinám, které s námi trpělivě snášely útrapy během náročné práce, učitelům, kteří nás vybavili důležitými znalostmi a zkušenostmi, konzultantům a recenzentům, s nimiž jsme dlouhé hodiny hledali výslednou podobu textu, a především všem našim klientům, se kterými jsme mohli společně objevovat terapeutické možnosti tak zázračného daru, jakým je hudba.

*Za kolektiv autorů Jiří Kantor*

*Níže uvedená kapitola a podkapitoly byly realizovány za podpory grantu Univerzity Karlovy č. 252–601:*

*Muzikoterapie a psychoterapie  
Kreativní muzikoterapie  
Vývojová muzikoterapie*

**Mgr. Jiří Kantor, Mgr., Mgr. Matěj Lipský,  
Mgr. Jana Weber, MT-BC a kol.**

## **ZÁKLADY MUZIKOTERAPIE**

### **Autorský kolektiv:**

Mgr. Tomáš Procházka  
PhDr. Katarína Grochalová

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400  
www.grada.cz  
jako svou 3705. publikaci

Odpovědná redaktorka Alice Dudáková  
Sazba a zlom Milan Vokál  
Fotografie Ak. malířka Ivana Lipská  
Počet stran 296  
Vydání 1., 2009

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.  
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2009  
Cover Photo © profimedia.cz

### **Recenzovali:**

Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.  
Mgr. Jitka Pejřimovská  
PhDr. Jana Procházková  
Mgr., Mgr. Zdeněk Šimanovský

**ISBN 978-80-247-2846-9** (tištěná verze)  
**ISBN 978-80-247-7008-6** (elektronická verze ve formátu )  
© Grada Publishing, a.s. 2011

---

# OBSAH

<b>O AUTORECH</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>PŘEDMLUVA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>ÚVOD</b> . . . . .	<b>18</b>
<b>1. VYMEZENÍ MUZIKOTERAPIE</b> . . . . .	<b>20</b>
<i>Jiří Kantor</i>	
1.1 Zařazení a pojem muzikoterapie . . . . .	21
1.2 Obecná východiska muzikoterapie . . . . .	21
1.3 Povaha muzikoterapie . . . . .	22
1.4 Muzikoterapie v užším a širším významu . . . . .	23
1.5 Elementy a vztahy v muzikoterapii . . . . .	24
1.6 Klasifikace muzikoterapeutických přístupů . . . . .	25
1.7 Charakteristika a definice muzikoterapie . . . . .	26
<b>2. MUZIKOTERAPIE A HUDEBNÍ PEDAGOGIKA</b> . . . . .	<b>29</b>
<i>Matěj Lipský, Jiří Kantor</i>	
2.1 Rozdíly mezi muzikoterapií a hudební pedagogikou . . . . .	30
2.2 Hudebně-pedagogické inspirace pro muzikoterapii . . . . .	32
2.2.1 Orffův Schulwerk . . . . .	32
2.2.2 Kodályho metoda . . . . .	33
2.2.3 Suzukiho metoda . . . . .	34
2.2.4 Dalcroseho Eurytmika . . . . .	35
<b>3. MUZIKOTERAPIE A SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA</b> . . . . .	<b>38</b>
<i>Jiří Kantor</i>	
3.1 Význam muzikoterapie u osob se specifickými potřebami . . . . .	39
3.2 Institucionální zázemí muzikoterapie . . . . .	39
3.3 Muzikoterapeutické modely u osob se specifickými potřebami . . . . .	40
3.3.1 Příklady terapeutických situací . . . . .	41

---

<b>4. MUZIKOTERAPIE A PSYCHOTERAPIE</b> . . . . .	<b>44</b>
<i>Matěj Lipský</i>	
4.1 Psychodynamický přístup v muzikoterapii . . . . .	45
4.1.1 Muzikoterapie psychoanalytická . . . . .	46
4.1.2 Muzikoterapie analytická . . . . .	47
4.2 Behaviorální přístup v muzikoterapii . . . . .	48
4.3 Kognitivní a kognitivně-behaviorální přístup v muzikoterapii . . . . .	49
4.3.1 Muzikoterapie a transakční analýza . . . . .	50
4.3.2 Muzikoterapie a racionálně-emoční terapie . . . . .	51
4.3.3 Muzikoterapie a racionálně-behaviorální terapie . . . . .	52
4.3.4 Muzikoterapie a kognitivně-behaviorální přístupy . . . . .	53
4.4 Muzikoterapie a humanistický přístup . . . . .	55
<b>5. MUZIKOTERAPIE A MEDICÍNA</b> . . . . .	<b>58</b>
<i>Jiří Kantor, Jana Weber</i>	
5.1 Počátky a vývojové tendence muzikoterapie v medicíně . . . . .	59
5.2 Postavení muzikoterapie v medicíně . . . . .	60
5.3 Fyzické a psychosociální potřeby . . . . .	60
5.3.1 Fyzické potřeby . . . . .	61
5.3.2 Psychosociální potřeby . . . . .	61
5.4 Muzikoterapie v jednotlivých oblastech medicínské péče . . . . .	62
<b>6. CELOSTNÍ PŘÍSTUP V MUZIKOTERAPII</b> . . . . .	<b>64</b>
<i>Tomáš Procházka</i>	
6.1 Vývoj přístupu k nemoci v čase a kontext vzniku celostního přístupu . . . . .	65
6.1.1 Systemický přístup . . . . .	65
6.1.2 Radikální konstruktivismus . . . . .	66
6.1.3 Neexpertní přístup . . . . .	68
6.2 Celostní přístup v muzikoterapii v kontextu vývoje současné psychoterapie . . . . .	69
6.3 Uplatnění celostního přístupu v muzikoterapeutické praxi . . . . .	71
6.3.1 Vlastní muzikoterapeutický model . . . . .	72
<b>7. MUZIKOTERAPIE V NĚKTERÝCH ZEMÍCH</b> . . . . .	<b>75</b>
<i>Jiří Kantor, Jana Weber</i>	
7.1 Mezinárodní muzikoterapeutické asociace a sdružení . . . . .	75
7.1.1 Světová federace muzikoterapie . . . . .	76
7.1.2 Evropská muzikoterapeutická konfederace . . . . .	76
7.1.3 Evropská asociace studentů muzikoterapie . . . . .	77
7.2 Charakteristika muzikoterapie v některých zemích . . . . .	77
7.2.1 Argentina . . . . .	78
7.2.2 Austrálie . . . . .	79
7.2.3 Belgie . . . . .	80
7.2.4 Česká republika . . . . .	81
7.2.5 Dánsko . . . . .	84

7.2.6	Finsko . . . . .	85
7.2.7	Francie . . . . .	87
7.2.8	Holandsko . . . . .	89
7.2.9	Itálie . . . . .	91
7.2.10	Kanada . . . . .	92
7.2.11	Německo . . . . .	93
7.2.12	Norsko . . . . .	95
7.2.13	Rakousko . . . . .	97
7.2.14	Spojené státy americké . . . . .	98
7.2.15	Španělsko . . . . .	100
7.2.16	Švédsko . . . . .	102
7.2.17	Švýcarsko . . . . .	103
7.2.18	Velká Británie . . . . .	104

## **8. STRUKTURA MUZIKOTERAPIE . . . . . 107**

*Jiří Kantor, Matěj Lipský, Jana Weber*

8.1	Příprava muzikoterapeutického programu . . . . .	108
8.1.1	Doporučení do muzikoterapie . . . . .	109
8.1.1.1	Indikace a kontraindikace . . . . .	109
8.1.1.2	Zaměření muzikoterapie vzhledem k potřebám klienta . . . . .	110
8.1.2	Vstupní diagnostika . . . . .	112
8.1.2.1	Některé přístupy k diagnostice . . . . .	112
8.1.2.2	Charakteristika vstupní diagnostiky . . . . .	113
8.1.3	Plánování muzikoterapie . . . . .	117
8.1.3.1	Zabezpečení organizačních podmínek . . . . .	117
8.1.3.2	Výběr muzikoterapeutických strategií . . . . .	117
8.1.3.3	Upřesnění terapeutických cílů . . . . .	118
8.1.3.4	Muzikoterapeutický plán . . . . .	119
8.2	Realizace terapeutického programu . . . . .	119
8.2.1	Některé způsoby vedení terapie . . . . .	120
8.2.1.1	Direktivní a nedirektivní intervence . . . . .	120
8.2.1.2	Kauzální a symptomatická intervence . . . . .	121
8.2.1.3	Intervence podpůrná a rekonstrukční . . . . .	121
8.2.2	Formy muzikoterapie . . . . .	122
8.2.2.1	Individuální terapie . . . . .	122
8.2.2.2	Skupinová terapie . . . . .	123
8.2.2.3	Komunitní terapie . . . . .	124
8.2.3	Vedení dokumentace . . . . .	124
8.2.4	Struktura muzikoterapeutické jednotky . . . . .	125
8.2.5	Muzikoterapeutická místnost a její vybavení . . . . .	126
8.3	Evaluační terapie . . . . .	127
8.3.1	Závěrečná zpráva . . . . .	128
8.3.2	Ukončení terapie . . . . .	128



<b>9. HUDBA</b> . . . . .	<b>130</b>
<i>Jiří Kantor</i>	
9.1 Vymezení základní terminologie . . . . .	130
9.1.1 Úrovně hudební zkušenosti . . . . .	131
9.1.2 Výběr hudby pro terapii . . . . .	133
9.2 Tón a hudební výrazové prostředky . . . . .	134
9.2.1 Barva zvuku . . . . .	134
9.2.2 Síla zvuku . . . . .	135
9.2.3 Výška tónů . . . . .	136
9.2.4 Délka tónů a tempo . . . . .	137
9.2.5 Rytmus . . . . .	138
9.2.6 Melodie . . . . .	139
9.2.7 Harmonie . . . . .	140
9.3 Teorie terapeutického působení hudby . . . . .	142
9.3.1 Způsoby a funkce slyšení . . . . .	143
9.3.2 Hudba a fyziologické procesy . . . . .	144
9.3.3 Hudba a struktura . . . . .	145
9.3.4 Hudba jako metafora . . . . .	146
9.3.5 Hudba jako prostředek komunikace . . . . .	148
9.3.6 Hudba a spirituální zkušenosti . . . . .	149
9.4 Hudební prostředky muzikoterapeutických technik . . . . .	151
9.4.1 Hra na tělo . . . . .	151
9.4.2 Hlas . . . . .	152
9.4.3 Hudební nástroje . . . . .	155
<b>10. MUZIKOTERAPEUT</b> . . . . .	<b>159</b>
<i>Jiří Kantor, Katarína Grochalová</i>	
10.1 Profesionální požadavky na muzikoterapeuta . . . . .	160
10.1.1 Odborné kompetence . . . . .	160
10.1.2 Osobnostní kompetence a etika . . . . .	163
10.2 Osobnosti muzikoterapie v zahraničí . . . . .	165
<b>11. KLIENT</b> . . . . .	<b>168</b>
<i>Jiří Kantor</i>	
11.1 Definice zdraví . . . . .	169
11.2 Terapeutická změna – nehudební faktory . . . . .	171
11.2.1 Vnitřní zdroje klienta v terapii . . . . .	171
11.2.2 Terapeutický vztah . . . . .	173
11.3 Specifika muzikoterapie z hlediska věku . . . . .	174
11.3.1 Muzikoterapie a vývoj jedince . . . . .	175
11.3.2 Klient z pohledu vývojové muzikoterapie . . . . .	176
11.3.3 Klient z pohledu rehabilitační muzikoterapie . . . . .	177
11.4 Sociokulturní faktory . . . . .	178
11.5 Zvláštnosti muzikoterapie z hlediska specifických potřeb . . . . .	179

---

11.5.1	Vznik specifických potřeb . . . . .	180
11.5.2	Indikace muzikoterapie . . . . .	181
<b>12.</b>	<b>METODY A TECHNIKY MUZIKOTERAPIE . . . . .</b>	<b>183</b>
	<i>Jiří Kantor, Jana Weber</i>	
12.1	Hudební improvizace . . . . .	184
12.1.1	Klasifikace improvizčních technik . . . . .	185
12.2	Hudební interpretace . . . . .	194
12.2.1	Vokální interpretace . . . . .	195
12.2.2	Instrumentální interpretace . . . . .	196
12.2.3	Hudební produkce . . . . .	197
12.3	Kompozice hudby . . . . .	198
12.4	Poslech hudby . . . . .	201
<b>13.</b>	<b>MUZIKOTERAPEUTICKÉ MODELY . . . . .</b>	<b>205</b>
	<i>Jiří Kantor, Matěj Lipský, Jana Weber, Katarína Grochalová</i>	
13.1	Kreativní a nekreativní muzikoterapeutické modely . . . . .	206
13.1.1	Muzikoterapie kreativní . . . . .	206
13.1.2	Muzikoterapie nekreativní . . . . .	206
13.2	Charakteristika muzikoterapeutických modelů . . . . .	207
13.2.1	Akcelerované učení . . . . .	207
13.2.2	Aktivní a receptivní muzikoterapie (Schwabe) . . . . .	208
13.2.3	Analytická muzikoterapie (Priestley) . . . . .	210
13.2.4	Antroposofická muzikoterapie . . . . .	212
13.2.5	Asthma Music (Tateno & Suzuki) . . . . .	213
13.2.6	Experimentálně-improvizační terapie (Bruscia) . . . . .	214
13.2.7	FMT-metoda (Hjelm) . . . . .	216
13.2.8	Hudební integrativní neuroterapie (Graur) . . . . .	217
13.2.9	Improvizační muzikoterapie dospělých (Langdon) . . . . .	218
13.2.10	Kreativní muzikoterapie (Nordoff & Robbins) . . . . .	220
13.2.11	Melodicko-intonační terapie . . . . .	222
13.2.12	Metoda dobrého startu . . . . .	223
13.2.13	Metoda kontinuálního uvědomění (Boxill) . . . . .	224
13.2.14	Orffova muzikoterapie . . . . .	225
13.2.15	Řízená imaginace a hudba (Bonny) . . . . .	227
13.2.16	Tomatisův poslechový program . . . . .	228
13.2.17	Vibroakustická terapie (Skille) . . . . .	229
13.2.18	Vokální psychoterapie (Austin) . . . . .	231
13.2.19	Volná improvizace (Alvin) . . . . .	233
13.2.20	Vývojová muzikoterapie (Wood) . . . . .	234

---

<b>14. MUZIKOTERAPEUTICKÝ VÝZKUM</b> . . . . .	<b>236</b>
<i> Jiří Kantor</i>	
14.1 Kvantitativní výzkum . . . . .	236
14.2 Kvalitativní výzkum . . . . .	237
14.3 Rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem . . . . .	239
14.4 Ukázky kvantitativních a kvalitativních výzkumů . . . . .	241
14.5 Metaanalýza . . . . .	243
14.6 Specializovaná pracoviště a zdroje výzkumů . . . . .	244
14.7 Muzikoterapeutický výzkum v České republice . . . . .	245
 <b>ZÁVĚR</b> . . . . .	 <b>246</b>
 <b>PŘÍLOHY</b> . . . . .	 <b>247</b>
<b>Příloha A:</b> Klasifikace muzikoterapie (Bruscia) . . . . .	248
<i> Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Bruscia, 1998).</i>	
1 Úrovně muzikoterapeutické praxe . . . . .	248
2 Oblasti muzikoterapeutické praxe . . . . .	249
<b>Příloha B:</b> Způsoby práce v muzikoterapii (Smeijsters) . . . . .	252
<i> Upravil Jiří Kantor (podle Frütel, 2005).</i>	
<b>Příloha C:</b> Modely muzikoterapie v inkluzivních edukačních programech (McWilliam) . . . . .	254
<i> Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle McWilliam in Kern, 2004).</i>	
<b>Příloha D:</b> Způsoby muzikoterapeutické intervence v medicíně (Standley) . . . . .	256
<i> Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Standley, in Saperston, West, Wigram, 2000).</i>	
1. způsob: poslech hudby . . . . .	256
2. způsob: aktivní zapojení při hudbě . . . . .	257
3. způsob: hudba a poradenství . . . . .	258
4. způsob: hudba pro vývojové a edukační záměry . . . . .	259
5. způsob: hudba a stimulace . . . . .	259
6. způsob: hudba a biofeedback . . . . .	260
7. způsob: hudba a skupinové aktivity . . . . .	261
<b>Příloha E:</b> Vývoj přístupu k nemoci v čase a kontext vzniku celostního přístupu . . . . .	262
<i> Tomáš Procházka</i>	
<b>Příloha F:</b> Dotazník – hudební zázemí, dovednosti a preference . . . . .	266
<i> Jiří Kantor</i>	
<b>Příloha G:</b> Nestrukturované vstupní ohodnocení (Ruona) . . . . .	268
<i> Přeložil Jiří Kantor (podle Ruony, 2005).</i>	
<b>Příloha H:</b> Terapeutická jednotka v náhledové muzikoterapii (Hanser) . . . . .	269
<i> Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Hanser, 1987).</i>	

---

<b>Příloha I:</b> Etický kodex Evropské muzikoterapeutické konfederace . . . . .	271
<i>Přeložili Jiří Kantor, Jana Weber (podle původního dokumentu Evropské muzikoterapeutické konfederace, 2007).</i>	
<b>Příloha J:</b> Dynamické modely hudební zkušenosti (Bruscia) . . . . .	274
<i>Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Bruscii, 1998).</i>	
1 Hudba jako objektivní zkušenost . . . . .	274
2 Hudba jako univerzální forma energie . . . . .	275
3 Hudba jako subjektivní zkušenost . . . . .	275
4 Hudba jako kolektivní zkušenost . . . . .	276
5 Hudba jako estetická zkušenost . . . . .	277
6 Hudba jako transpersonální zkušenost . . . . .	278
<b>SLOVNÍČEK</b> . . . . .	<b>279</b>
<b>LITERATURA</b> . . . . .	<b>284</b>
<b>REJSTRÍK</b> . . . . .	<b>293</b>

## O AUTORECH

**Mgr. Jiří Kantor** vystudoval speciální pedagogiku a hudební výchovu na Univerzitě Palackého v Olomouci a dále pokračuje vzděláváním se v oblasti psychoterapie (výcviková komunita SUR u Jitky Vodňanské a Johana Pfeiffera). Muzikoterapii a hudebnímu vzdělávání žáků se zdravotním postižením se věnuje v Mateřské, Základní a Střední škole Credo a v Mateřské škole Blanická v Olomouci. Působí také v rámci soukromé praxe. Externě vyučuje muzikoterapii na Univerzitě Palackého v Olomouci.

**Mgr. Jana Weber, MT-BC**, vystudovala muzikoterapii na Molloy College, Long Island, USA. Pod vedením Gillian Langdon zde prošla výcvikem v muzikoterapeutickém modelu „Improvizační muzikoterapie dospělých“. Dále studovala psychologii, hudební výchovu a sbormistrovství na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V roce 2007 získala diplom – diplomovaný muzikoterapeut MT-BC (Music Therapist Board Certified) v USA. Je členkou AMTA – Americké muzikoterapeutické asociace – a věnuje se rehabilitační muzikoterapii na psychiatrii. Je zastřešující lektorkou postgraduálního vzdělávání v oboru edukační muzikoterapie na Pedagogické fakultě UP v Olomouci.

**Mgr. Matěj Lipský**, hudebník, psycholog a speciální pedagog, vystudoval obor speciální pedagogika na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy se zaměřením na etopedii a muzikoterapii. Pracuje jako hudební supervizor v Diagnostickém ústavu sociální péče v Tloskově u Neveklova, dále jako muzikoterapeut v Kojeneckém ústavu Thomayerovy nemocnice v Praze 4, na klinické logopedii v Praze 5, v Mateřské škole Sulanského v Praze 4 a v soukromé praxi. Externě přednáší muzikoterapii na Pedagogické fakultě UK pro studenty psychologie a speciální pedagogiky. Je organizátorem a zastřešujícím lektorem akreditovaného postgraduálního vzdělávání v oboru edukační muzikoterapie pro psychology a speciální pedagogy na Pedagogické fakultě UK v Praze. Spravuje internetové stránky [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz)

**Mgr. Tomáš Procházka** je absolvent Státní konzervatoře v Praze a oborového studia speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Z dlouhodobých výcviků absolvoval výcvik ve skupinové terapii SUR (Jan Kožnar), výcvik v integrované supervizi (Jan Kožnar, Marie Henková), v roce 2008 dokončuje výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch (Vladislav Chvála, Ludmila Trapková, Jan Knop). Muzikoterapii se věnuje od roku 1991, podle jeho metodiky vycházející z celostního přístupu pracuje řada pomáhajících zařízení v České republice. Je lektorem výcviků v muzikoterapii a od roku 1996 externím vyučujícím na Pedagogické fakultě UK. Dále je kvalifikovaným supervizorem Českého institutu pro supervizi. Vedle supervizní a lektorské praxe pracuje jako psychoterapeut a rodinný terapeut v soukromém

zdravotnickém zařízení Psychoterapeutické sanatorium Ondřejov v Praze 4, kde je členem týmu oddělení pro léčbu závislosti.

**PhDr. Katarína Grochalová**, původně absolventka hudební vědy na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity v Brně, jako jediná v České republice provádí hudební terapii „FMT-metodou“. V letech 1999–2002 studovala hudební terapii ve Švédsku, v hudebně-terapeutickém institutu v Uppsale. V roce 2002 studium úspěšně zakončila a získala diplom jako diplomovaný terapeut FMT. V současnosti – kromě privátní praxe – pracuje jako hudební terapeut v Základní a Mateřské škole pro zrakově postižené v Brně. Již druhý rok spolupracuje také s psychiatrickým oddělením lázní Jeseňník. O metodě a dosažených výsledcích přednáší na seminářích společností pomáhajících dětem se zdravotním postižením. Je členkou FMT-terapeutické společnosti ve Švédsku – RFDM (Riksföreningen För Diplomerade Musikterapeuter).

## PŘEDMLUVA

Sál Lékařského domu v Praze je v posledních několika letech kromě jiného i svědkem pravidelných setkání skupiny lidí z celé republiky. Jsou v ní lékaři, učitelé, sociální pracovníci a psychologové. A přivádí je sem zájem o to, jak užívat léčivých účinků hudby v terapii. Večer se třemi prezentacemi pak pokračuje už neformální debatou, ve které je znát zaujetí přítomných pro podivuhodnou schopnost hudby – vzít člověka za ruku a mlčky ho vést ke kořenům bytí, tam, kde je harmonie...

Na těchto srazech mluvíme o metodách, vzorech a nových trendech v muzikoterapii, někdy o dávných obřadech s tancem u dunících bubnů... Muzikoterapie není v Čechách novinkou. Působila zde v tomto oboru řada osobností, v osmdesátých letech vydávala Sekce muzikoterapie i kvalitní časopis Muzikoterapeutické Listy. V naší společnosti si však muzikoterapie dosud hledá své místo, tak jako i jiné metody směřující k hlubším pravdám, přestože „pravda všech věcí je nám už vrozena, není třeba za pravdou jít, protože ji máme v sobě. Stačí jen procitnout a uvědomit si svou pravou přirozenou podstatu. Hudba je nástrojem, jenž to umožní...“ (Sudo, 1997).

V řadě zemí je muzikoterapie dávno oficiálně uznávána vládou, univerzitami a vedením klinik. Dostává se jí hmotné a morální podpory. U nás je mnohdy trpěna a uplatňuje se v této zemi často zvané „hudební velmoc“ někdy jaksi „načerno“. Jsem proto rád, že se objevuje na trhu tato kniha. Bere obor s úctou, jak je to ve vyspělých zemích obvyklé.

Autoři jí věnovali mnoho hodin obětavé práce při výběru materiálu, upřesňování struktury a formulací. Hlavní část autorského kolektivu tvoří Jiří Kantor, speciální pedagog, otec myšlenky a velké části rukopisu, Matěj Lipský doplnil mnoho zajímavých informací ze své disertační práce a praktických zkušeností, a Jana Weber, která rovněž připojila svůj díl z praxe a teorie osvojené na Karlově univerzitě v Praze, na studiích v USA i při práci muzikoterapeutky. Ke společnému dílu byl dále přizván Tomáš Procházka, autor pojednání o celostním přístupu v muzikoterapii, a Katarína Grochalová, která přispěla poznatky ze švédské školy FMT. Na knize tito autoři pracovali pět let. Po jejím vydání bude pro ně muzikoterapie určitě dál předmětem hlubokého zájmu a tématem mnoha věcných i vzrušených debat, cílem cest... Jejich kniha přináší v přehledné struktuře cenné informace o podobách muzikoterapie v řadě zemí Evropy, Austrálie, Ameriky Severní a Jižní. Píší o významných osobnostech oboru a českou muzikoterapii zde uvádějí do kontextu dění ve světě.

Malé národy, stíhané častěji nepřízní osudu, mají ve svém kulturním dědictví mnohdy krásnou hudbu. Ta jako by pro ně byla balzámem, jenž jim léčí rány. „Hudba má sílu zachraňovat životy. Mnoha zoufalým lidem už hudba ukázala, proč dál žít...“ (Sudo, 2000). Má také sílu, která obrací na útěk vojska, a právě náš národ uměl tyto vlastnosti hudby ve své historii docenit.

Jasně a přehledně členění textu knihy svědčí o dobré orientaci autorů v materiálu. Můžeme si tak v knize snadno najít, co právě potřebujeme, ať už téma hudební diagnostika, vnitřní zdroje, osobnost muzikoterapeuta, terapeutický vztah nebo vývojová specifika klienta. Skvělým vodítkem pro orientaci našich muzikoterapeutů ve světovém kontextu jsou zde přehledy významných osobností a hlavních modelů muzikoterapie v dnešním světě.

Autoři se v mnohém opírají o dílo univerzitního profesora Kennetha Bruscia, uznávaného terapeuta a pedagoga ze Spojených států. Působil na univerzitách ve Filadelfii a jeho teze se dnes citují v mnoha zemích. K. Bruscia chápe muzikoterapii jako „interpersonální proces, při kterém se využívají zkušenosti s hudbou za účelem zlepšení, stabilizace a znovuobnovení zdraví“ (Bruscia in Zeleiová, 2007).

Zdraví není jenom absence nemoci nebo poruchy, je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (podle WHO, 2000), zatímco nemoc je porušením rovnováhy organismu, části těla, souhry orgánů a/nebo prožívání. Stav zdraví a nemoci nejsou ohraničeny ostře; různí jedinci mají toto kolísání různé, mají i odlišnou účinnost regulačních mechanismů. Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život a je proměnlivé v čase.

Ve světle této definice lze vidět, že mnozí zdraví jedinci nejsou tak docela zdraví a mnozí nemocní nejsou tak zcela nemocní. Bereme-li nemoc opravdu jako proces, kterým se tělo snaží získat zpět rovnováhu, potom výraz „boj proti nemoci“ ztrácí smysl. Léčí přijetí, poznání a porozumění zprávě, kterou nám nemoc přináší... A zde hraje hudba odedávna roli prostředníka a mediátora mezi duší a tělem. O důvod víc, proč vítáme na našem trhu knihu o terapii hudbou.

Věřím, že se dostane také do rukou učitelkám hudby, a zvláště těm, které marně hledají krásno vně lidské duše. Antonín Sova napsal možná i pro ně svůj verš: „není jiných světů, krom člověka“.

Dalšími reprezentanty nových cest jsou pro autory zakladatelé „Kreativní muzikoterapie“ Paul Nordoff a Clive Robbins z USA. Jejich model je velmi humánní a plně koresponduje s dnešní realitou světa. Světová konference etnoterapeutů, která se konala před časem v Mnichově, byla setkáním tzv. nedogmatických vědců z různých univerzit Západu s léčiteli a šamany z různých zemí světa. Charakterizovala ji tolerance a respekt k odlišnému. Cílem nebylo prosadit svůj přístup, ale společně hledat, co léčí. V naší zemi jsme si ještě nedávno nedokázali ani představit pád vlády.

Podobně si zatím neumíme příliš představit, že by některé dlouho respektované koncepty terapie měly nahradit nové. Ale tak jako v technice, elektronice nebo v dopravě jde vývoj rychle vpřed, míří k novým metodám i muzikoterapie. Vydání této knihy je významným krokem k posílení prestiže oboru u nás. Kniha patří k těm publikacím, ke kterým se člověk stále vrací, a hledá si v nich přesné informace, odpovědi na otázky. Navazuje na tradici a otevírá se světu, začleňuje Čechy do mezinárodního kontextu.

Políčka s novými tituly o muzikoterapii se plní, stále však zbývá pro budoucí autory dost témat, která si zaslouží pozornost: terapeutický potenciál hudby romské a židovské, písně v terapii, systemická terapie a hudba. Rovněž diskuse o tom, kdo je a kdo není hudebním terapeutem, kdo smí a kdo nesmí léčit, je potřebná, nezabíhá-li až do krajnosti (když nebudej dojem, že bez profesionálního výcviku, praxe a bez supervize by si člověk raději neměl sám vyléčit ani chřipku čajem). Život se příliš neřídí



schémata a pro ty, kdo se někdy až ztrácejí ve spleti modelů, škol a -ismů, malý příběh na závěr:

Seděl jsem jednou na lince důvěry v krizovém centru. Kolem půlnoci zvonil telefon. Volala mladá zdravotní sestra, že nemůže spát a že nechce dál žít. Vracela se jí myšlenka, že by měla život opustit, a jako sestra měla přístup k lékům. Vlastně nevěděla, o čem mluvit, a pak si vzpomněla, že jako malá hrála na kytaru – dostala ji od táty k svátku. A tak jsme si chvíli spolu tiše do sluchátka zpívali, jen tak, pomalé písničky ... a na houpavých tónech jsme nechali odplynout stesk, tíhu a beznaděj...

Muzikoterapie má mnoho metod, ale jednu podstatu: úctu k životu. V knize tato podstata prosvítá mezi řádky, a přeji proto této publikaci šťastnou cestu do obchodů, škol, knihoven a ke čtenářům, tam, kde se muzikoterapie používá při práci s klienty; s pacienty, kteří někdy i za nás pociťují tíseň v těle a zmatek, střety protikladů a kterým je úzko na srdci... Ale vědomí, že někde je řešení, je drží nad vodou. Potřebují najít rovnováhu. V tom jim pomáhají barvy, uzemnění a slunce, příroda ... porozumění ... a hudba... Tíseň se ztrácí a oni cítí svoje skutečné pocity, svoje napojení na lásku, oheň a na přírodu, cítí velikou potřebu napojení na vesmírnou síť...

*Ať tuto knihu bohyně hudby Hathor, Saraswati i Afrodité na všech cestách provázejí...*

*Zdeněk Šimanovský, Praha 10. 4. 2009*

## ÚVOD

Kniha *Základy muzikoterapie* je určena všem zájemcům z řad pomáhajících profesí, rodičů, potenciálních klientů i široké veřejnosti. Při vytváření textu knihy jsme vycházeli z premisy, že českému zájemci o muzikoterapii chybí především ucelené a systematické uvedení do problematiky muzikoterapie. Z tohoto důvodu jsme se zaměřili na komplexní popis muzikoterapeutické teorie a praxe. Podrobnější uvedení do specializovaných muzikoterapeutických modelů nebo oblastí muzikoterapeutické problematiky by přesahovalo rámec této knihy.

Napsat knihu, která by mapovala východiska i současnou podobu jakéhokoliv oboru pomáhajících profesí, je poměrně ambiciózní plán. V oblasti muzikoterapie navíc komplikuje celou situaci skutečnost, že teorie oboru je doposud neucelená, mnohdy fragmentární, bez jasných hranic, které by určovaly, kdy se o muzikoterapii jedná, a kdy nikoliv. Kniha proto může působit na některých místech nekompaktně, útržkovitě, což pouze odráží aktuální stav muzikoterapie. Přínosem tohoto popisného přístupu je rozmanitost předkládaných teorií a praktik, které mohou čtenáři nejlépe pomoci vytvořit si představu o nesčetných možnostech aplikace hudby v terapeutické praxi.

Nyní konkrétněji k některým kapitolám. Kromě vytvoření základního přehledu jsme věnovali pozornost tématům, která byla v dřívějších publikacích opomíjena nebo zpracována pouze okrajově – patří k nim např. etika a standardy, muzikoterapeutický výzkum, fáze terapeutického procesu, muzikoterapie u jednotlivých typů populace aj. Kapitoly typu „Vymezení muzikoterapie“ nebo „Muzikoterapie v některých zemích“ nabízejí aktualizaci a doplnění informací uveřejněných v dřívějších pramenech o muzikoterapii. Obsáhlé přílohy jsou určeny především zájemcům o podrobnější informace.

Již v úvodu bychom chtěli upozornit na některá terminologická specifika. Muzikoterapeutická terminologie je v cizojazyčné literatuře mnohem bohatší než u nás a řada běžně používaných termínů je zde neznámá. V případech, kdy byl překlad nejasný nebo se nabízelo více možností, např. při překladu názvů muzikoterapeutických modelů a technik, uvádíme v závorce původní (většinou anglický) termín. Pro označení adresátů muzikoterapeutických služeb v textu používáme obvykle označení klient, pokud si doslovný překlad nebo kontext nežadá jinak (pacient, žák apod.).

V některých případech bylo sporné psaní velkých písmen při přepisu muzikoterapeutických modelů a proudů. Velkými písmeny začínají všechny názvy, pokud se jedná o registrovaný muzikoterapeutický model a termín vyjadřuje jeho jedinečný název, např. „Analytická muzikoterapie“, „Kreativní muzikoterapie“, „Řízená imaginace a hudba“ a další. Malá písmena jsme ponechali pro termíny označující určitý terapeutický proud, např. „behaviorální muzikoterapie“, „psychoanalytická muzikoterapie“, který udává stejná teoretická východiska pro řadu specifických modelů.

Uvedeme-li potom za sebou termíny „psychoanalytická muzikoterapie“ a „Analytická muzikoterapie“, působí to zvláště, nejedná se však o chybu.

Potíže se skloňováním cizích příjmení jsme vyřešili následovně: skloňujeme pouze mužská jména, např. Ruud, Bruscia, zatímco ženská příjmení necháváme v původním tvaru, např. Alvin, Peters, Hanser. Nepoužíváme počestné podoby těchto jmen, se kterými se můžeme setkat v dřívějších publikacích o muzikoterapii, tedy Alvinová, Petersová nebo Hanserová.

Vzhledem k velké terminologické nejednotnosti nejen u nás, ale také v zahraničí, jsme v této knize vycházeli z muzikoterapeutické terminologie, kterou uvádí Kenneth Bruscia v publikaci *Defining Music Therapy*. Tuto publikaci jsme proto jako výchozí normu vybrali záměrně. Patří totiž ke stěžejním studijním materiálům mnoha muzikoterapeutických vzdělávacích programů po celém světě. Knihu jsme se snažili systematicky roztrždit podle stěžejních kategorií a v každé kapitole definovat základní pojmy tak, aby docházelo k terminologickým nedorozuměním co nejméně.

Závěrem si dovoluji ještě malou omluvu. Vývoj muzikoterapie v zahraničí o desítky let předstihl vývoj v České republice a vysoká úroveň muzikoterapie je v některých zemích patrná ve všech oblastech muzikoterapeutické teorie, praxe, odborné přípravy i výzkumu. Proto jsme se zde přidržovali spíše zahraničního než domácího pojetí muzikoterapie. České muzikoterapeuty prosíme za prominutí – věříme, že to pochopí!

*Za kolektiv autorů Jiří Kantor*

## 1. VYMEZENÍ MUZIKOTERAPIE

*Jiří Kantor*

Kapitola Vymezení muzikoterapie otevírá problematiku muzikoterapie z hlediska její charakteristiky a definic. Pokouší se vymezit pole působnosti muzikoterapie a představit některé možnosti klasifikace muzikoterapeutických přístupů. Pojednává také o povaze oboru muzikoterapie a jeho vztahu k příbuzným oborům. Z těchto oborů jsme v dalších kapitolách věnovali bližší pozornost speciální pedagogice, hudební pedagogice, psychoterapii a medicíně.



**Obr. 1** Hudební komunikace na tabla (uprostřed) a djembe (vpravo)

## 1.1 ZAŘAZENÍ A POJEM MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. **expresivních terapií**. Expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Podle nich se nazývají jednotlivé art terapeutické obory – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, biblioterapie a tanečně-pohybová terapie.

V zahraničí (zvláště v anglicky mluvících zemích) je pro expresivní terapie rozšířený název **umělecké kreativní terapie** (*Art Creative Therapies*) nebo jen **terapie uměním** (*Art Therapies*). V České republice se místo pojmu expresivní terapie někdy používá označení **arteterapie v širším významu**. Předpona *art-*, *arte-* je odvozena z latinského *ars* – umění. **Arteterapií v užším významu** se potom rozumí jeden z oborů expresivních terapií, který se specializuje na terapeutickou aplikaci výtvarných prostředků.

Pojem muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba; řecky *therapeia*, *therapeineio*, latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat (Mátejová, Mašura, 1992). Překládá se jako léčení nebo pomoc člověku hudbou. Kromě pojmu muzikoterapie se někdy používá také jeho český překlad „hudební terapie“.

V literatuře se lze ojediněle setkat také s pojmy muzikostimulace a muzikorehabilitace (Mátejová, Mašura, 1992, Jesenský, 2000), které však významově zahrnuje pojem muzikoterapie. V ostatních jazycích se pro označení muzikoterapie používají následující termíny: v angličtině Music Therapy, v němčině Musiktherapie (méně častěji Musik Therapie), ve francouzštině musicotherapie, ve španělskéštině musicoterapia, v italštině musicoterapia, v holandštině muziektherapie, v ruštině музыка́л'ная те́рапия, ve švédštině musikterapi, v dánštině musikterapi, ve finštině musiikkiterapia, v norštině musikterapi a ve slovenštině muzikoterapia.

## 1.2 OBECNÁ VÝCHODISKA MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapie se rozvíjí ve vzájemné interakci s jinými vědními obory, které pomáhají utvářet teorii i praxi muzikoterapie. Muzikoterapie je podle K. Bruscii (1998) transdisciplinární obor s nejasně definovanými a neustále se měnícími hranicemi ve vztahu k ostatním oborům. V nejtěsnějším kontaktu je s obory:

**Hudebními:** hudební psychologie, hudební pedagogika, hudební sociologie, hudební fyziologie, etnomuzikologie, dějiny hudby, skladba, organologie (nauka o hudebních nástrojích) apod. (viz Michels, 2000).

**Psychologickými:** obecná a vývojová psychologie, pedagogická psychologie, patopsychologie, sociální psychologie, psychofyziologie apod. (viz Atkinson a kol., 2003).

**Psychoterapeutickými:** hlubinná (analytická) psychoterapie, psychodynamická a interpersonální psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie, humanistická psychoterapie apod. (viz Kratochvíl, 2002).

**Expresivními terapiemi:** arteterapie, dramaterapie a psychodrama, tanečně-pohybová terapie apod. (viz Čížková, 2005, Moreno, 2004, Šicková-Fabrici, 2002, Valenta, 2001).

**Pedagogickými:** obecná pedagogika, speciální pedagogika, didaktika apod. (viz Renotíerová, Ludíková a kol., 2003, Grecmanová, Holoušová, Urbanovská, 1997).

**Medicínskými:** neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, geriatricke, fyziologie, anatomie, pediatrie, somatopatologie apod. (viz Hugo, Vokurka, 2000).

**Sociologickými:** sociopatologie, sociologie skupin, sociologie rodiny, sociologie výchovy apod. (viz Havlík, 1999).

**Lingvistickými:** teorie komunikace, psycholingvistika apod.

K výše uvedeným oborům bychom mohli připojit ještě antropologii a technické obory.

Za povšimnutí stojí, že první muzikoterapeutické koncepce ve 20. století navázaly na:

- rozsáhlý fyziologický výzkum účinků hudby;
- teorie psychoanalytické terapie (S. Freud) a analytické terapie (C. G. Jung);
- teorie behaviorální terapie.

V 50.–70. letech 20. století se objevila další vlivná teoretická východiska, např. humanistická a kognitivní psychologie, výzkum interakcí mezi matkou a dítětem (Bunt, 2002), edukační a terapeutické programy speciální pedagogiky, fyzioterapie aj.

---

### 1.3 POVAHA MUZIKOTERAPIE

---

Muzikoterapii lze definovat jako **umění**, vědecký obor nebo interpersonální proces (Bruscia, 1998). Každá tato identita přisuzuje muzikoterapii odlišné vlastnosti: jako umění je muzikoterapie spojena se subjektivitou, individualitou, kreativitou a krásou. Jako **vědecký obor** ji charakterizuje snaha o objektivitu, univerzálnost, replikovatelnost a snaha o pravdivost. Jako **interpersonální proces** je spojena s důvěrností, empatií, komunikací, vzájemností a se vztahy mezi jednotlivými rolemi, které terapeut i klient zaujímají během muzikoterapeutického procesu.

Dále můžeme rozlišovat muzikoterapii jako disciplínu a jako profesi. **Muzikoterapie jako disciplína** představuje organizovaný systém poznatků skládající se z teorie, praxe a výzkumu. V každé z těchto tří složek muzikoterapeutické disciplíny existuje velká rozmanitost. **Muzikoterapie jako profese** označuje organizovanou skupinu lidí, kteří používají stejný systém poznatků ve svých profesích, ať už se jedná o klinické pracovníky, učitele (výcvikové lektory), supervizory nebo výzkumníky. Identita muzikoterapie jako profese je spojena s profesními rolemi, tituly, odpovědnostmi a standardy (Bruscia, 1998).



Definování muzikoterapie jako uceleného oboru vyžaduje integraci vzájemně protichůdných elementů, které muzikoterapii přisuzují její výše uvedené identity, což pochopitelně komplikuje snahy o jednotné vymezení muzikoterapie. Seznámili jsme se s identitami muzikoterapie jako vědy, umění a interpersonálního procesu a muzikoterapie jako disciplíny a profese. Celá situace je však ještě složitější, pokud zvážíme enormní odlišnosti v klinické praxi, kulturní specifika, transdisciplinaritu oboru nebo velmi rychlý vývoj muzikoterapie, který je příčinou mnoha neustálých proměn.

Dále uvidíme, že nelze podat jednotný náhled ani na samotnou hudbu nebo terapii – dva základní fenomény, které muzikoterapie spojuje ve svém názvu. Následující text může proto pouze představit některé frekventované pohledy na vymezení celé problematiky.

#### 1.4 MUZIKOTERAPIE V UŽŠÍM A ŠIRŠÍM VÝZNAMU

Mezi muzikoterapeuty v mnoha zemích se dlouhou dobu vedla diskuse týkající se zařazení a vymezení působnosti muzikoterapie. Tato diskuse je u nás (stejně jako v mnoha dalších zemích) stále aktuální. Muzikoterapie byla dříve často definována jako psychoterapeutická metoda nebo jako pomocný prostředek psychoterapie (Mátejová, Mašura, 1992). K tomuto pojetí, které má výrazné spojení s psychoterapií (popř. s psychologií a medicínou), je odkazováno jako k **muzikoterapii v užším významu**. Jeho kořeny lze hledat ve vývoji muzikoterapie na evropském kontinentu.

Muzikoterapii v užším významu definuje Walther Simon „jako specifickou léčebnou psychoterapeutickou metodu, která – podle psychopatologických zákonitostí – užívá specifického hudebně-komunikativního média receptivního i aktivního, aby docílila terapeutických efektů při léčení neuróz, psychosomatických poruch a neuropsychiatrických onemocnění“ (Pokorná, 1982).

Nezávisle na psychoterapii se rozvíjely muzikoterapeutické modely používané ve speciální pedagogice („Orffova muzikoterapie“, „FMT-metoda“) nebo některých medicínských oborech („Vibroakustická terapie“). Mnohé z těchto modelů dlouhou dobu nebyly nebo nejsou z důvodu užšího pojetí zařazovány do oblasti muzikoterapie (Skille, 1991, Hooper, 2002).

V současné době je ve většině zemí patrný posun k chápání pojmu **muzikoterapie v širším významu**. Muzikoterapie v tomto pojetí integrovala zkušenosti s terapeutickými aplikacemi hudby z pohledu mnoha různých oborů pomáhajících profesí – speciální pedagogiky, fyzioterapie, neurologie, ošetrovatelství, porodnictví, paliativní péče a dalších oblastí (Maranto in Wigram, Saperston, West, 2003, Nordoff, Robbins, 2003). Adekvátní překlad pojmu muzikoterapie z tohoto pohledu již není pouhé „léčení hudbou“, ale „pomoc hudbou člověku se zdravotními nebo edukačními problémy“ (Americká muzikoterapeutická asociace, 1998).

Juliette Alvin k tomu poznamenává: „Bylo by chybou myslet si, že muzikoterapie je připojena ke zvláštním psychologickým a psychoterapeutickým školám. Většina muzikoterapeutů následuje již zavedené směry, ale další vývoj sociální a vývojové psychologie, behaviorální psychologie a dalších oborů přispěl k rozšíření koncepce a uplatnění muzikoterapie. Hudební techniky mohou například ovlivňovat stav a chování člověka během učení, hudba dokáže zajistit vzájemné komunikační působení mezi pacientem a jeho okolím, může být také důležitá ve vztahu k vývoji pacientovy nemoci a konečně můžeme hudbu chápat jako sociální fenomén, který sblíží lidi z různých sociálních skupin uvnitř společností“ (Alvin, 1984, s. 94).

V mnoha zemích, kde bylo dříve upřednostňováno pojetí muzikoterapie v užším významu, dochází k osamostatnění od psychoterapie a k rozvoji muzikoterapie jako nezávislé profese, která integruje a aplikuje poznatky mnoha jiných oborů. Z muzikoterapie se stává nezávislá, mezinárodně uznávaná profese rovnocenná s tradičními medicínskými přístupy.

## 1.5 ELEMENTY A VZTAHY V MUZIKOTERAPII

Dříve než pohlédneme na různorodost muzikoterapeutické praxe, musíme se seznámit se základními elementy a vztahy, které jsou v práci každého muzikoterapeuta přítomné. **Klient, hudba a terapeut** (popř. také jiní klienti) – to jsou základní elementy muzikoterapeutického procesu (Bruscia, 1991). Interakce mezi těmito elementy vytváří z pohledu klienta vztahy na úrovních:

- klient – hudba;
- klient – terapeut;
- klient – klient.

Tyto vztahy jsou dynamické povahy a mají velký význam pro rozvoj terapeutického procesu a dosažení terapeutické změny. Podrobněji mohou být popsány jako:

**Intrapersonální:** vztahy mezi jednotlivými částmi klientova *self*, např. mezi jeho tělem a emocemi, zrakovou a sluchovou reakcí, chováním a hudbou.

**Intrahudební:** vztahy uvnitř hudby klienta, např. mezi rytmem a melodií, melodií a doprovodem.

**Interpersonální:** nehudební vztahy mezi klientem a ostatními lidmi, např. mezi chováním klienta a pocity terapeuta, mezi tónem hlasu klienta a reakcí ostatních členů skupiny.

**Interhudební:** vztahy mezi hudbou klienta a terapeuta, popř. mezi hudbou klienta a jiných osob podílejících se na muzikoterapii, např. rytmus hry klienta a skupinový rytmus, melodie klienta a harmonie skupiny.

**Environmentální:** vztahy mezi klientem a prostředím, ve kterém klient žije.



**Sociokulturní:** vztahy hudební i nehudební povahy mezi klientem a komunitou, do které náleží např. sociální skupina, sociální organizace, etnická skupina, společnost, kultura. (Bruscia, 1998)

## 1.6 KLASIFIKACE MUZIKOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPŮ

Jak již bylo řečeno, muzikoterapie představuje zastřešující pojem pro rozmanité hudebně-terapeutické přístupy. Co je společné všem těmto muzikoterapeutickým přístupům, se pokusil zodpovědět K. Bruscia (1998). Za základní podmínky muzikoterapie považuje proces systematické intervence, vztah terapeuta a klienta, podporu zdraví klienta, hudební zkušenost a vztahy, které se v terapeutickém procesu formují. Tyto podmínky jsou zcela zásadní pro porozumění muzikoterapii, proto o nich bude podrobněji pojednáno v příslušných kapitolách. Nyní nám stačí vědět, že kritéria pro klasifikaci a systematizaci muzikoterapeutických přístupů jsou vytvářena nejčastěji na základě těchto podmínek.

Základní rozdělení přístupů v muzikoterapii podle K. Bruscii odkazuje k tomu, zda je primárním prostředkem k dosažení terapeutické změny hudba (hudba jako terapie), nebo vztah mezi terapeutem a klientem, popř. jiný terapeutický prostředek (hudba v terapii).

### **Hudba jako terapie** (*Music as Therapy*):

- hudba má centrální postavení v terapeutickém procesu;
- terapeut zastává roli facilitátora, jehož úkolem je pomoci klientovi vytvořit vztah k hudbě a jejím terapeutickým vlastnostem;
- terapeutický vztah vytváří kontext pro hudební zkušenost;
- typickým příkladem je „Kreativní muzikoterapie“ nebo „FMT-metoda“.

### **Hudba v terapii** (*Music in Therapy*):

- v popředí terapeutického procesu je terapeutický vztah, popř. jiný terapeutický prostředek;
- úkolem hudebních zkušeností je podpořit vztah mezi terapeutem a klientem, popř. účinek jiných léčebných prostředků (např. verbální diskuse);
- úkolem terapeuta je vyjít vstříc potřebám klienta prostřednictvím takového terapeutického prostředku, který je nejvhodnější v dané situaci (terapeutický vztah, hudba aj.);
- typickým příkladem je „Analytická muzikoterapie“ nebo „Improvizální muzikoterapie dospělých“.

K. Bruscia (tamtéž) dále vymezil šest oblastí a čtyři úrovně muzikoterapeutické praxe. Za oblasti muzikoterapeutické praxe považuje praktiky didaktické, medicínské, léčebné (*healing*), psychoterapeutické, volnočasové a ekologické. Mezi úrovně muzikoterapeutické praxe patří úroveň pomocná, rozšiřující, intenzivní a primární. Podrobnější popis této klasifikace je obsahem přílohy A. Klasifikace podle K. Bruscii vychází z tradic americké muzikoterapie. Podobných pokusů bychom však ve světě mohli najít více. V příloze B uvádíme pro srovnání model pěti způsobů práce podle holandské muzikoterapeutické školy Henka Smeijsterse<sup>1</sup>.

## **1.7 CHARAKTERISTIKA A DEFINICE MUZIKOTERAPIE**

Z analýzy současných definic vyplývají tyto charakteristické znaky muzikoterapie:

- využívá hudební zkušenosti. Tato hudební zkušenost může zahrnovat hudbu, hudební elementy a podle některých definic také pouhý zvuk;
- po klientech není požadováno hudební vzdělání nebo předešlé hudební zkušenosti;
- hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální, kreativní a estetické kvality;
- muzikoterapie není autoterapie – vždy zahrnuje osobnost klienta i terapeuta a jejich vzájemný vztah;
- měla by být prováděna kvalifikovaným a kompetentním muzikoterapeutem. Požadavky na profesionální přípravu muzikoterapeutů definují ve většině zemí muzikoterapeutické asociace;
- muzikoterapie má své indikace i kontraindikace. Je využívána u širokých vrstev populace nejrůznějších věkových skupin, sociokulturního zázemí, specifických potřeb a schopností;
- muzikoterapeutická zkušenost může vyvolat pozitivní změny ve všech dimenzích lidského organismu;
- muzikoterapie je využívána k naplnění nejrůznějších tělesných, emocionálních, kognitivních, sociálních nebo spirituálních potřeb klientů;
- muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební cíle a zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení, do které náleží léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládání bolesti a stresu, zvýšení kvality života, osobnostní a spirituální rozvoj aj.;
- muzikoterapie může být realizována za různých uspořádání terapeutické situace (individuální nebo skupinová terapie, aktivní nebo receptivní...);
- mnohé definice muzikoterapie zdůrazňují rozvoj terapeutického vztahu prostřednictvím společně sdílených hudebních zkušeností a hudební komunikace;
- muzikoterapie je systematický proces (nikoliv jednorázový), který zahrnuje diagnostiku, terapeutickou intervenci a evaluaci<sup>2</sup>;

---

<sup>1</sup> Tento model je u nás známý díky kurzům muzikoterapeutky Lucie Frütel.

- muzikoterapeuti pracují v široké nabídce institucí, která zahrnuje medicínská, vzdělávací, psychiatrická, gerontologická a nápravná zařízení i soukromou praxi;
- muzikoterapie je podmíněna kulturně. V každé zemi nacházíme některé jedinečné muzikoterapeutické praktiky, existuje specificky zaměřený výzkum. Odlišnosti v národní i mezinárodní muzikoterapeutické praxi jsou považovány za důležitou a zdravou vlastnost muzikoterapeutické profese (Maranto in Saperston, Wigram, West, 2000);
- pro muzikoterapii jako organizovanou profesi je charakteristická existence muzikoterapeutických asociací a společností, které se starají o zavádění a dodržování standardů pro odbornou přípravu, profesionální chování terapeutů v praxi a celkový rozvoj muzikoterapie.

Značné interkulturní odlišnosti muzikoterapeutické praxe znemožňují vytvoření jediné a obecně přijímané definice muzikoterapie. Mezinárodně akceptovaná je definice **Světové federace muzikoterapie** z roku 1996:

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

K dalším významným definicím muzikoterapie patří následující:

„Muzikoterapie je klinické a evidované využití hudební intervence k naplnění individuálních cílů v prostředí terapeutického vztahu akreditovaným odborníkem s ukončeným schváleným programem muzikoterapeutického vzdělání“ (Americká muzikoterapeutická asociace, 2005).

„Muzikoterapie je systematický proces intervence, během něhož terapeut pomáhá klientovi podpořit zdraví za použití hudebních zkušeností a vztahů, jež se prostřednictvím hudebních prožitků vytvoří jako dynamické síly změny“ (Bruscia, 1998, s. 20).

„Muzikoterapie je dovedné užití hudby a hudebních elementů akreditovaným muzikoterapeutem za účelem rozvoje, udržení nebo znovuoobnovení mentálního, fyzického, emocionálního a spirituálního zdraví. Hudba má neverbální, kreativní, strukturální a emocionální kvality, které jsou aplikovány v prostředí terapeutického vztahu k usnadnění kontaktu, interakce, sebeuvědomění, učení, sebevyjádření, komunikace a osobnostního rozvoje“ (Kanadská asociace pro muzikoterapii, 2003).

Pojednání věnované definování muzikoterapie lze věcně uzavřít citací K. Bruscii: „Muzikoterapie je příliš široká, aby mohla být definována nebo obsažena jednodu-

<sup>2</sup> V případě jednorázových aktivit mluvíme o *muzikoterapeutických službách*, které však nejsou definovány jako terapie (Bruscia, 1998).

chým modelem, přístupem, metodou, klientelou, teorií, metodou teoretizování nebo výcvikovým programem. Nemůže být taktéž omezena pouze na určitou úroveň praxe. Muzikoterapie má kolektivní identitu, která obsahuje a překračuje individuální identitu všech praktikujících muzikoterapeutů“ (Bruscia, 1998, s. 261). To znamená, že muzikoterapie „nemůže být dále definována podle toho, co já nebo ty děláme, ale podle toho, co děláme my všichni“ (tamtéž, s. 263).

## 2. MUZIKOTERAPIE A HUDEBNÍ PEDAGOGIKA

*Matěj Lipský, Jiří Kantor*

Hudební věda, hudební pedagogika i muzikoterapie se zabývají z různých pohledů studiem hudby. Mezi obory hudební vědy, které mají blízký vztah k muzikoterapii, řadíme hudební psychologii, hudební sociologii, hudební teorii, etnomuzikologii a další. Zvláštní propojení však najdeme především mezi muzikoterapií a hudební pedagogikou – ta je zpravidla „považována za samostatnou disciplínu; zabývá se cíli, metodami a problémy hudební výchovy na všech stupních škol i mimo školu“ (Michels, 2000, s. 13). Hudební pedagogika i muzikoterapie se snaží vlastním specifickým způsobem pomoci klientům rozvinout jejich plný potenciál.



*Obr. 2 Hra na djembe a metalofon*

## 2.1 ROZDÍLY MEZI MUZIKOTERAPIÍ A HUDEBNÍ PEDAGOGIKOU

Vymezení rozdílů a autenticity obou oborů (především muzikoterapie) se věnovala řada autorů. Někteří z nich přitom poukazují na obtíže, které tyto snahy doprovázejí.

Josef, Probst a Moog upozorňují na skutečnost, že hudební pedagogiku a muzikoterapii není možné přísně a jednoznačně oddělovat, ačkoliv jejich krajní póly charakterizují velké rozdíly (Mátejová, Mašura, 1992). Mnoho muzikoterapeutů bylo původně učiteli hudby a hudební výchovy. Někteří muzikoterapeuti, kteří pracují v běžných i speciálních školách, si dokončují dodatečně hudebně-pedagogické vzdělání, aby mohli naplnit celý úvazek (Bunt, 2002). Mnoho učitelů hudební výchovy vyučuje způsobem orientovaným na klienta, který je velmi blízký muzikoterapii. V USA bylo do nedávné doby studium hudební pedagogiky i terapie součástí muzikoterapeutických vzdělávacích programů.

Přes obtížnost odlišení obou profesí však lze vymežit některé podstatné rozdíly. Základní rozdíly mezi hudební pedagogikou a muzikoterapií z hlediska specifík procesu, struktury, vztahu, cíle, hudby a odborných kompetencí shrnuje tabulka 1. Tyto rozdíly jsou formulovány velmi obecně a, jak již bylo uvedeno, nemusí být v praxi příliš zřetelné. Závisí především na způsobu práce konkrétního muzikoterapeuta nebo učitele.

**Tab. 1** Rozdíly mezi hudební výchovou a muzikoterapií

	Hudební pedagogika	Muzikoterapie
<b>Proces/produkt</b>	důležitý je především produkt	důležitý je proces i produkt
<b>Struktura</b>	naplnění předem dané struktury	prostor pro individuálně vytvořenou strukturu
<b>Vztah</b>	vztah učitel – žák	terapeutický vztah
<b>Cíl</b>	cíle hudební povahy	cíle nehudební povahy
<b>Hudba</b>	estetické kvality hudby	terapeutické kvality hudby
<b>Odborné kompetence</b>	požadavky na přípravu učitele	požadavky na přípravu terapeuta

Cílem hudební pedagogiky je rozvoj hudebních dovedností a znalostí o hudbě. Muzikoterapeuti si osvojují holistický přístup ve vztahu ke klientům a zaměřují se na celkové zlepšení kvality jejich života. Rozvoj hudebních dovedností v muzikoterapii je vedlejším, ačkoliv ne bezvýznamným výsledkem práce s klientem. Hudba zde vystupuje spíše jako prostředek než cíl.

Muzikoterapie je mnohem více orientována na samotný proces, jeho dynamiku a rozvoj vztahu s klientem. Terapeutický proces i jeho produkt mohou mít pro klienta významnou terapeutickou hodnotu. V muzikoterapii je mnohem méně důležitá estetická hodnota výsledných produktů, které klient vytváří. Pro dosažení žádoucí změny

využívá muzikoterapie širší spektrum působících sil než hudební pedagogika. Také vztah terapeut – klient je v některých aspektech odlišný od vztahu učitel – žák. Terapeut nemůže např. klienta zkoušet takovým způsobem jako učitel žáka. Terapeutický vztah je důvěrnější, osobitější, ale také snadněji zneužitelný. Z uvedených rozdílů vyplývají dále odlišné požadavky na odbornou přípravu muzikoterapeutů a učitelů hudební výchovy. Jako příslušníci profese jsou muzikoterapeuti vázáni jinými etickými pravidly než učitelé.

Nyní můžeme shrnout některé **rozdíly mezi edukací a terapií**, které uvádí K. Bruscia (1998). Těchto rozdílů si lze povšimnout i tam, kde se práce muzikoterapeutů a pedagogů výrazně překrývá:

- odlišné cíle (získávání nových vědomostí představuje v terapii prostředek sloužící k podpoře zdraví);
- v edukaci mají vědomosti, dovednosti a postoje určené k osvojení obecnou povahu, v terapii jsou jedinečné pro každého jedince (osobní nebo autobiografické) s ohledem na schopnost adaptace jedince. Edukace zprostředkovává žákům znalosti o světě, terapie poskytuje náhled na vlastní způsob bytí v tomto světě;
- podle Henriette Bloch (tamtéž) je využití didaktických praktik v terapii sebezkuše- nostní a sebereflektující;
- vztah terapeut – klient je odlišný od vztahu učitel – žák v odpovědnosti jednotlivých rolí, úrovni důvěrnosti, dynamice i kontextu.

Podle R. B. Alley spočívá role muzikoterapeutů v odstraňování individuálních potíží, které brání handicapovaným klientům plně se účastnit a mít prospěch z edukačních příležitostí (Bunt, 2002).

Ačkoliv jsme se doposud věnovali především vymezení rozdílů mezi hudební pedagogikou a muzikoterapií, musíme taktéž zdůraznit, že muzikoterapie je nerozlučně spjata s vývojem hudby a musí jej i nadále reflektovat. S proměnami hudební kultury jsou kladeny nové požadavky na muzikoterapeuty, např. v případě nových hudebních žánrů, které jsou sdílené generací dnešních dětí a dospívajících mladých lidí.

Zpětně nabízí muzikoterapie možnost reflektovat vývoj hudby z klinického pohledu, v jehož rámci dochází ke spontánnímu vytváření hudby hudebně neškolenými lidmi. Jejich improvizace jsou do značné míry osvobozeny od zaběhnutých konvencí a představ o hudební estetice. Empirie muzikoterapeutů podává mnoho cenných praktických zkušeností z oblasti hudební pedagogiky i hudební psychologie a nabízí možnost obohacení předmětu hudební výchova na běžných školách.

Také v další podkapitole se budeme věnovat vztahu mezi muzikoterapií a hudební pedagogikou. Budou nás zajímat především způsoby, jak muzikoterapie využívá poznatky a zkušenosti hudební pedagogiky ve své vlastní praxi.



## 2.2 HUDEBNĚ-PEDAGOGICKÉ INSPIRACE PRO MUZIKOTERAPII

Velmi často se v poslední době objevují názory, že některé metody hudební pedagogiky jsou muzikoterapií. S těmito názory se lze setkat u laické veřejnosti i u některých odborníků. Rádi bychom se v této kapitole daného tématu dotkli. Představíme hudební pedagogiku z hlediska metodik Carla Orffa, Zoltána Kodályho, Shinichiho Suzukiho a Emile Jaquesse Dalcroseho. Budeme se věnovat také jejich významu pro muzikoterapii. Tyto hudebně-pedagogické metody zanechaly v muzikoterapii své stopy, avšak pouze jako inspirace. Není v nich primárně určený terapeutický cíl, a přestože mohou mít terapeutický efekt, nelze je považovat za samostatné muzikoterapeutické modely, ale kvalitní hudebně-pedagogická východiska pro terapeutickou praxi.

### 2.2.1 ORFFŮV SCHULWERK

Německý skladatel **Carl Orff** se prostřednictvím svého *Schulwerku* pokusil o modernizaci hudební pedagogiky. Do zkušenosti s hudbou zapojil všechny výrazové složky hudebního projevu. Na rytmickém podkladě propojil verbální, vokální a instrumentální komponenty s pohybem. Pomocí specifických výrazových prostředků umožnil aktivní zapojení dítěte do hudebně-pedagogického procesu.

C. Orff (1969) uvádí, že jeho přístup nevznikl podle předem připraveného plánu. Reagoval na dobové myšlenky na počátku 20. let 20. století. Hudební stránka výuky se proti dosavadnímu způsobu musela změnit.

Od jednostranného zaměření na harmonii přesunul těžiště na **rytmus**. Tento krok vedl přirozeně k preferenci rytmických nástrojů. Pokusil se o aktivaci žáků vlastním muzicírováním, tzn. rytmickou improvizací a vytvářením vlastní hudby nebo hudebního doprovodu ke známým skladbám. Hledal pro ně takové hudební nástroje, které by byly jednoduché, rytmické, lidskému tělu blízké a snadno zvládnutelné.

Na základě tohoto hledání později sestavil vlastní instrumentář, tzv. **Orffův instrumentář**, který je i v dnešní době velmi účinný, a setkáme se s jeho využitím nejen v hudební pedagogice, ale i ve většině muzikoterapeutických programů (viz kapitolu 9.4.3).

C. Orff se snažil dovést své žáky k tomu, aby sami dokázali najít svůj rytmus, svou hudbu a vytvořili hudební doprovod k pohybu. Na základě jednotlivých improvizací žáci získávali schopnost spontánního, osobitého hudebního projevu.

Schulwerk chce pomocí elementárních cvičení přiblížit žákům prasyly a pratvary hudby ve své bazální podobě. Není zde narušena čistá potřeba projevu dítěte a dochází k jednotě zvuku, pohybu a hlasu. Tato elementárnost vychází ze základního spojení hudby s pohybem, tancem, řečí a rytmu s člověkem. Jde o hudbu, do níž jsme vtaženi jako její tvůrci, kterou musíme sami zahrát, nejen pasivně poslouchat. Vzniklá elementární hudba je srozumitelná a odpovídá povaze dítěte. Tímto způsobem se rozvíjí jemná i hrubá motorika, ale také fantazie, spontaneita a kreativita. Vše, co dítě zažije, co je v něm probuzeno a dále rozvíjeno, je cenným základem pro jeho další psychický i fyzický vývoj.



Schulwerk se s úspěchem používá nejen u běžné dětské populace v rámci hudební výchovy na školách a v hudebních kroužcích, ale i v jednotlivých oblastech speciální pedagogiky.

Se jménem Carla Orffa je často mylně spojována „Orffova muzikoterapie“. Tento kreativně koncipovaný muzikoterapeutický model vytvořila Gertrude Orff na základě zkušeností s aplikací základních principů Orffova Schulwerku při klinické práci u dětí se specifickými potřebami (viz kapitolu 13.2).

## 2.2.2 KODÁLYHO METODA

Maďarský hudební skladatel, hudební pedagog a etnomuzikolog **Zoltan Kodály** vyšel z myšlenky, že ne každý člověk je muzikální, přesto si může některé hudební dovednosti osvojit. Měl by totiž mít možnost projít specifickou hudební výukou, která je podobná procesu učení při osvojování mateřského jazyka. Kodály pro tyto účely vytvořil a rozpracoval hudební studijní plán, který obsahoval řadu postupných kroků a umožňoval větší průnik do světa hudby. V jeho hudebně-pedagogické koncepci se hrává dominantní roli maďarský folklor.

V Kodályho metodě představuje hudební vzdělávání dětí a adolescentů nenahraditelnou a nezastupitelnou činnost vedoucí k rozvoji jejich osobnosti. Ta musí být rozvíjena od nejranějšího věku až po dospělost. Východiskem Kodályho koncepce byla nejen lidová píseň, ale i tanec. Podobně jako C. Orff, chápe Z. Kodály hudební výchovu jako součást múzických činností spojených s hrou na jednoduché hudební nástroje, tanečním projevem a především **zpěvem**. Od počátku, kdy dítě přicházelo do kontaktu s hudbou, se zabýval i výukou not. Pokud byly děti ve věku, kdy ještě nechápaly symbolické zastoupení jednotlivých tónů notovým zápisem, používal náhradní techniky. S jejich pomocí naznačoval průběh melodie např. tvarem a polohou ruky, tzv. signály rukou.

Z. Kodály se snažil vést děti tak, aby zvládly rytmicky každý hudební útvar dříve, než začnou s jeho intonováním. Využíval tleskání, dechová cvičení, hudebně-pohybové hry, čtení not, rytmické značení a především zpěv a další druhy vokalizace.

Z. Kodály zdůrazňoval optimalizaci poměru solmizace, mechanického učení a vnitřního sluchu, díky čemuž pak dochází k nervosvalové koordinaci (činnost hlasivek při zpěvu) a její regulaci (kontrola sluchem) na základě jemného vjemu a přesnějších představ o tvorbě zvuku a tónů. Rozvíjí se tak pozornost, fantazie, paměť a posiluje se rytmičnost projevu (Mihule, Kovařík, 1989).

Na základě Kodályho metodiky se rozvíjely nejen hudební schopnosti, ale i řečové a jazykové dovednosti. Řada výzkumů prokázala, že na školách s rozšířenou hudební výukou byly u žáků prokazatelně lepší výsledky také v jiných předmětech (Mihule, Kovařík, 1989). Objevily se lepší výsledky např. v matematice, zeměpisu i tělesné výchově.

Podle Z. Kodályho (in Peters, 2000) si každý člověk může zvnitřnit hudbu a bytostně ji prožít. Hudba v sobě totiž obsahuje nosný estetický i motivační prvek, který je tolik potřebný pro jakékoliv učení. Důsledná a přesná struktura hudebního vyučování tvoří dobrý základ pro rozvoj dalších hudebních i nehudebních dovedností. Jednotlivé kroky hudební výuky se musí postupně rozdělit podle vývojového hlediska tak,

aby dodávaly jistotu v procesu učení a předávaly zkušenosti, které následně podporují úspěšnost samotného vývoje, stejně jako učení v jiných než hudebních oblastech.

Na konci 50. let 20. století upravila pro americkou dětskou populaci Kodályho přístup **Mary Helen Richardson**. Dostal název **Vzdělávání prostřednictvím hudby** (*Education Through Music*, ETM). M. H. Richardson musela celou původní metodiku upravit pro potřebu americké kultury a vyjít z tamních písní. Do úprav zahrнула především charakteristické rytmy a melodie z americké folkové scény, která je diametrálně odlišná od maďarského folkloru. Poté navštívila Z. Kodályho a do této metody zahrнула jeho poznámky a připomínky. V ETM vyšla ze základů Kodályho metodiky a zaměřila se především na vývoj hudebních schopností v rámci ontogeneze. Před složitými úkoly (např. učení not) se snažila děti vést ke společnému zpěvu, poslechu hudby a posilovala jejich motivaci pomocí hudebních her (Bennett, 1987).

### ***Využití Kodályho metody a ETM v muzikoterapii***

J. S. Peters (2000) uvádí, že Kodályho metodika i ETM se staly důležitou inspirací pro edukační a podpůrně-rehabilitační muzikoterapii. Podle W. Lathom (1974) jsou důležité především Kodályho imitační techniky, které obsahují již zmíněné **signály rukou** (*hand signals* – typické jsou pohyby prstů, otáčení zápěstí a jiná cvičení na posílení extenze a flexe). Tyto signály vnášejí do společné hudební zkušenosti vizuální a kinetický prvek, který se využívá např. při práci s dětmi se sluchovým nebo s tělesným postižením. Pro děti, jimž jejich motorické postižení znemožňuje užívat signály rukou, byly vytvořeny signály paží.

Podle J. S. Peters (2000) se takto inspirovaná muzikoterapie úspěšně aplikuje také u dětí s poruchami učení. Zejména techniky vycházející z propojení vývoje hudebních a jazykových schopností s důrazem na budování sluchových dovedností zlepšují pozornost, rozvíjejí rytmické schopnosti, prostorovou orientaci a postupně prohlubují i další dovednosti důležité pro nácvik čtení a psaní.

### **2.2.3 SUZUKIHO METODA**

Japonský pedagog **Shinichi Suzuki** vytvořil hudebně-pedagogickou metodu odvozenou, podobně jako u Z. Kodályho, od vývojového procesu učení se mateřskému jazyku. Jak sám uvádí, děti se učí rodný jazyk na základě zájmu o slyšené zvuky řeči, které je neustále v jejich okolí obklopují. Podobně mohou rozvíjet svůj zájem o hudbu, jsou-li obklopeny hudebními vlivy (Suzuki, 1969).

S. Suzuki věřil, že se všichni lidé rodí s hudebními schopnostmi, které mohou rozvíjet, pokud jsou v příznivém prostředí s dostatkem adekvátní a opakované hudební stimulace. Jeho metoda se tedy snaží v lidech rozvíjet hudební schopnosti již od nejranějšího věku.

U dětí od narození do tří let věku používal **receptivní programy**, které zahrnovaly poslech živé hudby hrané např. na housle, piano, violoncello, harfu nebo flétnu. Postupně přecházel k vlastní **výuce hry na hudební nástroje**. Zpočátku šlo o výuku založenou na imitování slyšeného. Používal k tomu nejrůznější hry a cvičení, ale také aktivity, při kterých děti hrály na hudební nástroje. Na rozdíl od Z. Kodályho čtení

not odkládal na dobu, kdy bude dítě technicky dobře ovládat svůj nástroj. Takto seznamoval děti s hudbou, vše neustále opakoval a postupně do výuky zapojil i rodiče.

Suzukiho metoda rozvíjí vztah k životu, ve kterém vzniká pocit úspěšnosti, sebevědomí a je minimalizována konkurenční soutěživost. Zaměřuje se na dítě, nikoliv na jeho výkonnost. Učení je prováděno v bezpečném a známém prostředí. Tyto charakteristiky se následně odrazily i v muzikoterapii, především v aplikaci Suzukiho metody v oblasti speciální pedagogiky (Peters, 2000).

S. Suzuki (1969) upozorňoval na skutečnost, že jeho metoda výuky hry na housle s trpělivou a stálou aplikací může pomoci studentům s tělesným postižením zlepšit svalovou činnost, uvolnit svalové napětí a rozvinout motorickou kontrolu. Rovněž uvedl několik příkladů výuky hry na housle u nevidomých studentů. S. Suzuki viděl, že nevidomé děti nebo děti s tělesným postižením dokázaly rozvinout své hudební schopnosti stejně dobře jako děti bez postižení. To mělo být inspirující pro budoucí pedagogy, kteří mohli aplikovat jeho metodu u dalších dětí s nejrůznějšími druhy postižení, včetně postižení sluchu. Muzikoterapie inspirovaná Suzukiho metodou je úspěšně používána u klientů s poruchami zraku, se specifickými poruchami učení a u lidí chronicky nemocných. J. S. Peters (2000) uvádí, že aplikace této metody u dětí se zrakovým postižením je jakýmsi předstupněm pro studium Braillovy hudby. Navíc se často provádí ve skupině, kdy se na hudebním podkladě rozvíjí interakce mezi všemi zúčastněnými, a zabraňuje se tak sociální izolaci.

Muzikoterapie a Suzukiho pedagogika na sebe navazují, vzájemně se doplňují, inspirují a rozvíjejí. Shinichi Suzuki ve spolupráci s Hitomi Tatenou je také tvůrcem muzikoterapeutického modelu „Asthma Music“ (viz 13. kapitolu).

## 2.2.4 DALCROSEHO EURYTMIKA

Švýcarský hudební pedagog **Emile Jaques Dalcrose** je známý jako tvůrce specifické hudebně-pohybové metody, pro kterou se používá název Eurytmika. Tato metoda je zaměřena na přirozený pohyb, který koresponduje s rytmem hudby. **Pohyb a tanec** se stávají hlavní dominantou v procesu učení. Dochází tak k internalizaci hudebních vjemů a zákonitostí prostřednictvím pohybu a k rozvoji jednotlivých hudebních i ne-hudebních dovedností.

Dalcroseho systém vychází z přesvědčení, že k pochopení hudební skladby z hlediska žáka-instrumentalisty patří nejen sféra sluchu, ale také těla. Jedná se o tělesné prožitky vycházející z rytmických pohybů a nervosvalové koordinace. Tělo má roli prostředníka mezi jednotlivými tóny, myšlením a emocemi. Dítě by se mělo ve škole nejen učit správně zpívat a slyšet, ale také hudebně myslet a rytmicky se pohybovat (Mihule, Kovařík, 1989).

Eurytmika obsahuje systém cvičení, který za pomoci tělesných pohybů rozvíjí pocitování rytmu a umožňuje splynutí s frázováním jednotlivých skladeb. Vždy sleduje tři složky, přičemž důraz je kladen na první dvě:

- složka tělesná (pohybová);
- složka kognitivní;
- složka emoční.

E. J. Dalcrose zdůrazňuje experimentální pohyby vznikající na základě kognitivních procesů. Při eurytmických cvičeních dochází k mobilizaci myšlení, tělesných pohybů a osobních prožitků. Vše následně přispívá k procesu učení. Důležité jsou i prožitky, které dítě získává během hudební zkušenosti. Dítě jedná a reaguje při hudebně-rytmických hrách a dalších rytmicko-pohybových aktivitách určitým způsobem, který se poté transformuje do dalších učebních sfér.

E. J. Dalcrose (1905) vytvořil na základě svých myšlenek plán pro reformu hudební výchovy ve Švýcarsku. Ten zahrnoval:

**Rozvoj rytmického citění:** rytmické citění musí u dětí vycházet především z pohybových aktivit. V Dalcroseho systému hudebně-pohybových technik a cvičení se propojují tělesné pohyby s elementárními rytmy. V české literatuře se kromě termínu Eurytmika setkáváme rovněž s pojmem Rytmická gymnastika.

**Receptivně-aktivní hudební programy:** receptivní (tj. poslechové) techniky musí přecházet do aktivních činností (pohybové hry, tance, cvičení) a do aktivního poslechu (součinnost psychiky). Tyto programy podporují a rozvíjejí i vnitřní sluch a sluchovou citlivost.

**Technika improvizace:** učitel má individuálně rozvíjet osobnost dítěte a podporovat jeho tvůrčí potenciál, k čemuž slouží hudební a pohybová improvizace.

Dalcroseho systém kromě Eurytmiky obsahuje i další metody, např. sluchový trénink, solmizační zpěv (sloužící k rozvoji vnitřního slyšení) a již uvedené improvizace. Z tohoto základu vychází i muzikoterapie ovlivněná Dalcroseho systémem. Improvizační techniky představují základ pro moderně koncipované kreativní muzikoterapeutické modely a zahrnují improvizace prostřednictvím pohybů, řeči, písní a hry na hudební nástroje. Cílem je probuzení spontaneity, kreativity a svobody, stejně jako rozvoje vnitřního slyšení, prohloubení kinestetických a haptických vjemů ve spojení s tělesnou aktivitou a s kognitivním uvědoměním. Při společné hudební zkušenosti dochází k mobilizování emocionálního prožitku, tělesných pohybů a kognitivních procesů. To se odráží v rozvoji a upevnění osobní schopnosti jednat, reagovat a adaptovat se na hudbu a následně na okolní svět (Bachman, 1991).

Muzikoterapie inspirovaná Dalcroseho metodikou se často využívá při práci s lidmi s různými druhy a stupni postižení. Zajímavostí je, že sám E. J. Dalcrose vyučoval hudbu nevidomé studenty v Barceloně. Vytvořil speciální eurytmická cvičení pro pomoc lidem se zrakovým postižením, která vedla k rozvoji prostorové orientace, prohloubení dotykového vnímání, uvědomění si hranic vlastního těla a především ke zvýšení a rozvoji sluchových dovedností. Snažil se, aby studenti se zrakovým postižením získali sebedůvěru a nebáli se poznávat své okolí (tamtéž).

Již na počátku 20. století se používala ve speciálních zařízeních některá eurytmická cvičení při práci s lidmi se zrakovým, sluchovým, mentálním i tělesným postižením. Od první poloviny 20. století vznikala centra podporující nový typ práce s hudbou a pohybem v Ženevě, Hellerau, Laxenburgu a před první světovou válkou také v Praze (Mihule, Kovařík, 1989).

J. Hibben (1984) uvádí, že pohyby na hudbu při eurytmických programech mohou uvolnit nevědomé emocionální reakce. Eurytmická cvičení pak slouží jako nástroj

pro nácvik vyjadřování pocitů, např. při muzikoterapii u lidí s poruchami chování a emocí, s vývojovými vadami či duševními nemocemi nebo jako specifické techniky psychodynamicky orientovaných muzikoterapeutických přístupů. Muzikoterapeuti propojují pohyby jedince s improvizovanou hudbou, čímž uvádějí kinestetickou složku do hudebního kontextu. Sledují, jak se klienti pohybují na různé druhy hudby a podle toho upravují další průběh muzikoterapeutických sezení. Vedou je prostřednictvím pohybu a hudby do nitra jejich pocitů a prohlubují jejich schopnost sebevyjádření a uvědomění si vlastních emocí.

J. S. Peters (2000) dodává, že se tyto muzikoterapeutické programy klinicky aplikují u dětí se specifickými poruchami učení, s poruchami chování, zrakovým a sluchovým postižením, mentálním postižením, autismem a postižením hybnosti. Tyto programy pomáhají při rytmických obtížích v řeči u klientů se sluchovým postižením, podporují svobodný pohyb klientů se zrakovým postižením a rozvíjejí plánování a koordinaci pohybů u klientů s tělesným postižením. Podporují sebeuvědomění, stejně jako uvědomování si tělesných a emocionálních hranic. Rozvíjejí motorické dovednosti a obecně zlepšují fyzické a duševní zdraví člověka.

V této kapitole jsme se věnovali vymezení rozdílů mezi hudební pedagogikou a muzikoterapií, podobně jako možnostem vzájemného obohacování obou disciplín. Na příkladu hudebně-pedagogických metodik jsme mohli vidět, jak muzikoterapie importuje zkušenosti a poznatky z hudebních oborů do své praxe. Vývoj v hudebních oborech poskytuje další možnosti a vytváří novou budoucnost muzikoterapie.

### 3. MUZIKOTERAPIE A SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

*Jiří Kantor*

Speciální pedagogika je jednou z pedagogických disciplín – jejím předmětem je péče o zdravotně nebo sociálně znevýhodněné osoby<sup>3</sup>. Ve svém současném pojetí zahrnuje oblast výchovy, vzdělávání, poradenství, terapie, prevence a sociální rehabilitace. Pro označení osob s handicapem se v současnosti nejčastěji používá termín člověk se speciálními/specifickými potřebami. Ve srovnání s dřívější terminologií tyto termíny naznačují posun v chápání pojmu postižení (postižení jako jedna z proměnlivých vlastností svého nositele).

Český systém speciálněpedagogické péče prošel v posledních 15 letech značnými proměnami. Porevoluční změny způsobily mnoho posunů v přístupu k handicapovaným lidem (Vítková a kol., 2004, Valenta, Müller, 2003, Jesenský, 2000). Termín „člověk se speciálními potřebami“ poukazuje na snahu o inkluzi handicapovaných osob, tj. jejich nevyučování ze společnosti. V důsledku požadavku na rostoucí úroveň v poskytování služeb handicapovaným lidem se otevřel prostor pro celou řadu nových terapeutických a edukačních metod.

Muzikoterapie byla jednou z přitažlivých alternativních koncepcí, která se dostala do popředí zájmu. Společně s dalšími terapeuticko-formativními přístupy dnes vytváří velmi vlivný proud speciálněpedagogické intervence, o kterém se někteří autoři zmiňují jako o novém paradigmatu české speciální pedagogiky (Valenta, Müller, 2003). Tento trend však není ničím novým. Představuje pouze odraz situace ve většině západních zemí, kde patří expresivní terapie několik desetiletí ke standardním službám v systému péče o osoby se speciálními potřebami (Smeijsters, Vink, 2003, Ansdell, Bunt, Hartley, 2002). Legislativa speciálního školství v USA cituje již v 70. letech: „Využití umění jako edukačního prostředku pro handicapované děti je dlouhou dobu známé. Považuje se za efektivní způsob nejen pro výuku speciálních dovedností, ale také pro výuku dětí, které byly dříve považovány za nevzdělavatelné“ (PL94-142, 1977, s. 424–488).

---

<sup>3</sup> Populace, které je určena speciálněpedagogická intervence, se v současné době stále rozšiřuje. Kromě tradičních vývojových postižení zahrnuje také poruchy chování, psychiatrická onemocnění a mnohé další diagnózy.



### 3.1 VÝZNAM MUZIKOTERAPIE U OSOB SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

Muzikoterapie u osob se specifickými potřebami působí nejčastěji jako podpůrná terapie v součinnosti s jinými terapeutickými a edukačními přístupy. Muzikoterapeutické cíle jsou do značné míry společné speciálněpedagogické intervenci, jejíž úlohou je podle M. Hornákové (2003):

- omezit vývojové ztráty a optimalizovat podmínky vývoje, tj. zprostředkovat potřebné zkušenosti a podněty pro udržení integrity osobnosti;
- přizpůsobit nároky prostředí možnostem člověka s postižením a vytvořit prostor pro nacházení jeho možností;
- podpořit identitu a integraci člověka s postižením prostřednictvím interakcí s muzikoterapeutem, tj. posilovat jeho schopnost orientovat se, rozumět sobě a svému prostředí, prožívat smysluplnost svého bytí, být rezistentní vůči zátěži, přijímat adekvátně hodnotový systém a vztahy atd.;
- poskytnout možnost pro vytváření vlastních strategií řešení úloh, rozhodování se a přijímání zodpovědnosti za sebe i druhé. Zdůrazňuje se sebeurčení a sebeuplatnění člověka s postižením.

Individuální terapeutické plány klientů uvádějí nejčastěji rozvoj v oblasti senzomotoriky, komunikace, sociálních dovedností, terapii chování a pomoc při zvládnání školního kurikula (Burr, 2003, Grant, 2000, Hanser, 1987). Muzikoterapeut se v rámci interdisciplinární péče podílí také na diagnostice a evaluaci vývoje klienta a poskytování poradenských služeb pro rodiče, učitele a další osoby, které jsou zainteresovány v péči o osoby se specifickými potřebami.

Muzikoterapeut musí respektovat skutečnost, že mnohá postižení klientů jsou primárně neléčitelná, ale je možné dosáhnout zlepšení celkové kvality života a schopností jedince prostřednictvím ucelené rehabilitační péče. Terapie je proto častěji symptomatická než kauzální a vyžaduje propojení s ostatními oblastmi rehabilitační péče.

### 3.2 INSTITUCIONÁLNÍ ZÁZEMÍ MUZIKOTERAPIE

Muzikoterapie probíhá v řadě různých institucí a zařízení určených osobám se specifickými potřebami. V České republice to jsou především speciální školy, stacionáře, ústavy sociální péče, školy ve zdravotnických zařízeních, volnočasová centra a různé neziskové organizace. V běžných školách v zahraničí pomáhá muzikoterapie integraci handicapovaných žáků mezi intaktní vrstevníky. Samozřejmostí je také privátní praxe.

Aktuálním problémem v českých podmínkách je financování muzikoterapie, neboť k úhradě muzikoterapeutických služeb nemáme tolik zdrojů jako v některých ekonomicky vyspělých zemích a česká legislativa profesi muzikoterapeuta doposud nezná. Proto je primárním vzděláním muzikoterapeutů pracujících s handicapovanými lidmi nejčastěji speciální pedagogika, učitelství, vychovatelství, psychologie nebo různé zdravotnické obory.

Ve výše uvedených typech zařízení bývá muzikoterapie realizována nezdědkou formou kroužků, v rámci hodin hudební výchovy, jako součást výchovně-vzdělávacího procesu nebo jako dodatečná služba mimo vyučování. V tomto směru nás může inspirovat popis různých způsobů realizace muzikoterapie v inkluzivních edukačních programech uvedený v příloze C (McWilliam in Kern, 2004).

Současný trend, kdy jsou specializované terapie realizovány v přirozeném prostředí a aktivitách klientů, se označuje jako **integrativní terapeutický model** (Kern, 2004). Například pokud má klient se specifickými potřebami potíže se zapojením do hry vrstevníků, přichází muzikoterapeut na hřiště, do herny nebo jiného přirozeného prostředí, ve kterém probíhají herní aktivity žáků, a tam provádí terapii s daným klientem. Integrativní terapeutický model je výhodný zvláště v tom, že se terapeut nemusí zabývat generalizací změn z muzikoterapie do běžného života a vidí, jak se klient projevuje přímo v reálných situacích. V zahraničí je z tohoto důvodu obvyklé, že muzikoterapeuti docházejí do domovů klientů. Mnoho muzikoterapeutů pracuje v rámci terapie klientů také s rodiči, popř. provádí rodinnou muzikoterapii.

### 3.3 MUZIKOTERAPEUTICKÉ MODEL Y U OSOB SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

K důležitým zdrojům muzikoterapeutické praxe zaměřené na osoby se specifickými potřebami patří teorie kognitivně-behaviorální psychologie, speciální pedagogiky, hudební výchovy, vývojové psychologie, fyzioterapie, teorie raných interakcí a další.

Současný výzkum podporuje tvrzení, že se u osob se specifickými potřebami doposud osvědčily především improvizací a kognitivně-behaviorálně orientované muzikoterapeutické modely (Bruscia, 1998, Hanser, 1987).

Muzikoterapeutická literatura uvádí mezi příklady konkrétních muzikoterapeutických modelů „Kreativní muzikoterapii“, „Orffovu muzikoterapii“, „Volnou improvizaci“, „FMT-metodu“ a další. Většina těchto modelů náleží do kategorie „hudba jako terapie“.

Specifickým přístupem je tzv. **Instruktažní muzikoterapie** (*Instructional Music Therapy*), která probíhá v kontextu hudební výuky nebo hudebního vzdělávání. Na rozdíl od hudební výchovy je zde hudební výuka druhořadá, neboť primární pozornost je věnována terapeutickým cílům. Výuka



hudebním dovednostem je navržena tak, aby umožňovala terapeutický přesah do oblastí, které jsou pro klienty se specifickými potřebami důležité. Například B. Elliott a kol. (in Bruscia, 1998) vypracoval kritéria pro výběr hudebních nástrojů vzhledem k rehabilitačním potřebám jednotlivých klientů.

Přehledy výzkumů různých způsobů muzikoterapeutické intervence u osob se specifickými potřebami je možné získat např. na internetových stránkách Muzikoterapeutické asociace Britské Kolumbie<sup>4</sup>, Australské muzikoterapeutické asociace<sup>5</sup> aj.

### 3.3.1 PŘÍKLADY TERAPEUTICKÝCH SITUACÍ

Na závěr kapitoly o muzikoterapii a speciální pedagogice uvedeme několik obecných příkladů terapeutických situací a některé možné postupy podle výše uvedených muzikoterapeutických modelů.

#### *Usnadnění orientace a zvládnání školního kurikula*

V důsledku kognitivních dysfunkcí klientů bývá narušena schopnost učit se a orientovat se v okolním prostředí, v časových vztazích nebo vnímání posloupnosti. V muzikoterapii můžeme tyto deficity kompenzovat a zlepšit úroveň celkového zapojení klienta díky tomu, že hudba strukturuje čas, podporuje vybavování informací, zvyšuje délku i úroveň koncentrace pozornosti a usnadňuje aktivní učení.

Pro vytvoření struktury muzikoterapeutického setkání se běžně používají tzv. *Hello Songs* (kontaktní písně) a určité sekvence aktivit, které pomáhají klientům zvládnout přechody mezi činnostmi a předvídat další průběh setkání. P. Nordoff a C. Robbins (2003) uvádějí dále příklady písní, které ve svém textu zahrnují jména přítomných klientů, význam setkání, aktuální den, měsíc, počasí a jiné údaje usnadňující orientaci v okolním prostředí a vybavování důležitých informací. Podobně lze text písně využít pro zapamatování posloupnosti kroků určité aktivity nebo pracovního úkonu, např. mytí rukou, oblékání apod.

#### *Reedukace narušených funkcí*

Pojem reedukace se ve speciálněpedagogické terminologii používá pro nácvik využívání zbytkového potenciálu narušených funkcí a jejich rozvoj. Týká se to např. motoriky, paměti, percepčních a integračních funkcí, koncentrace pozornosti. Při hře na sadu bicích nástrojů podle „FMT-metody“ jsou všechny tyto funkce zapojeny současně. Klient procvičuje úchopy držením paliček, koordinaci ruka-oko a motoriku horních končetin vytvářením zvuků na bicí sestavu, paměť zapamatováním způsobů doprovodu k jednotlivým kódům (melodie hrané terapeutem na klavír), koncentraci pozornosti soustředěním na hru terapeuta apod. Reedukace narušených schopností je v mnoha případech zdlouhavý a náročný proces. Hudba může pomoci změnit tento únavný nácvik v zábavnou aktivitu a posílit motivaci klientů.

<sup>4</sup> <http://www.mtabc.com/examples/developmental-delay.htm>

<sup>5</sup> <http://www.austmta.org.au>

### ***Nácvik komunikačních, emočních a sociálních dovedností***

Deficity v komunikaci nebo sociální oblasti vznikají buď přímo v důsledku postižení, nebo v důsledku omezených možností interakce s druhými lidmi. Pro rozvoj receptivní i expresivní složky komunikace se v muzikoterapii běžně používají vokální aktivity. Zahrnují zpěv písní, vokální improvizaci a další způsoby práce s hlasem. Pomocí hudby můžeme podpořit také sociální dovednosti a schopnost interakce s druhými lidmi. Muzikoterapeut se snaží na hudební úrovni navázat kontakt s klientem, zprostředkovat zkušenosti a zážitky, které ovlivní jeho prožívání, jednání a akceptaci postižení při současném utváření pozitivního a adekvátního obrazu o sobě i druhých. Muzikoterapeutický model „Volná improvizace“ umožňuje prostřednictvím nestrukturované improvizace svobodné vyjádření pocitů klienta a postupné navazování vztahu k terapeutovi i ostatním klientům navzdory komunikačním a sociálním omezením (Alvin, 1984). Terapeut vytváří vhodné podmínky pro rozvoj terapeutického vztahu a hudební vyjádření klientů.

### ***Relaxace a zvládnání zátěže***

Samotný stav postižení přináší řadu stresorů do života postiženého jedince i jeho rodiny. Nácvik relaxace a osvojování vhodných coping dovedností pomáhá zvládat zátěž a vytvářet na ni adaptivní reakce. Hudba usnadňuje nácvik běžně používaných relaxačních metod, jako je progresivní relaxace nebo autogenní trénink a zvyšuje jejich účinnost (tyto metody jsou používány v behaviorální terapii i v mnoha dalších terapeutických přístupech). Hudební situace mohou sloužit jako kontext pro zjišťování pocitů, automatických myšlenek a stereotypů chování, které se spouští, když je klient vystaven zátěži. Také je lze využít pro nácvik coping dovedností.

### ***Osvojování nových způsobů chování***

Pomocí muzikoterapie je možné změnit nevhodné způsoby chování klienta a nahradit je přijatelnějšími alternativami. K tomu je někdy zapotřebí nácvik konkrétních dovedností, které si jedinec kvůli postižení nemohl osvojit v přirozených podmínkách. V behaviorální muzikoterapii se hudba využívá např. pro zpevnování žádoucího chování a oslabování chování nežádoucího. Muzikoterapeut např. odměňuje pozitivní interakce klienta poslechem oblíbené skladby, používá hudbu jako pozadí pro navození určité nálady nebo odjímá klientovi možnost poslechu hudby po projevech verbální nebo fyzické agrese (Hanser, 1987).

### ***Podpora celkového vývoje klienta***

Muzikoterapie nabízí hudební činnosti, které aktivují klienta k překonávání vývojových překážek a k osvojování nových dovedností. Dochází při ní k mnohostranné stimulaci ze strany hudby i terapeuta. V každém muzikoterapeutickém modelu patří k důležitým terapeutickým faktorům vztah mezi terapeutem a klientem. Tento vztah pomáhá mobilizovat vnitřní zdroje klienta, jeho motivaci a kreativitu. Specifické hudební techniky pro vytvoření vzájemného vztahu jsou rozpracovány v humanisticky orientovaných muzikoterapeutických modelech, např. v „Orffově muzikoterapii“ nebo „Kreativní muzikoterapii“. Muzikoterapeut obvykle vychází z aktuální aktivity klienta (ať již hudební nebo nehudební), kterou hudebně reflektuje a přetváří ji do smysluplné hudební formy (Bunt, 1991). Prostřednictvím další intervence provokuje

prozkoumávání a testování nových (adaptivních) strategií chování v situacích, kdy se začínou projevovat těžkosti způsobené postižením klienta (Voigt, 2003).

Z uvedených příkladů je patrné, že muzikoterapeutická intervence u osob se specifickými potřebami často využívá nejen poznatky speciální pedagogiky, ale také různé psychoterapeutické postupy. Oblasti psychoterapie, jejímu vztahu a propojení s muzikoterapií se budeme podrobněji věnovat v následující kapitole.



*Obr. 3 Terapeut obstarává nástroj a klient může improvizovat*

## 4. MUZIKOTERAPIE A PSYCHOTERAPIE

*Matěj Lipský*

V této kapitole se pokusíme podívat podrobněji na vztah mezi psychoterapií a muzikoterapií. Nastíníme jednotlivé přístupy, které vycházejí z teoretického základu psychoterapie a jsou modifikovány do muzikoterapie. Vycházíme ze základní premisy, že o muzikoterapii hovoříme tam, kde se cíleně využívá zvuku a hudby primárně k terapeutickým účelům. Samozřejmě existuje mnoho definic, které na muzikoterapii nahlízejí i z jiných úhlů, avšak po důkladnější analýze dojdeme k závěru, že právě terapeutický cíl je nosným bodem celého muzikoterapeutického procesu a je na něj kladen důraz ve většině definic. Terapeutický cíl je stejně důležitý i v jiných expresivních terapiích, stejně jako v psychoterapii samé. Metody, které nám pomáhají k vymezenému cíli dojít, představují specifickou té či oné expresivní terapie. Muzikoterapie tedy využívá prostředky zvukové a hudební, které explicitně vedou k dosažení terapeutického záměru.

Teoretické pozadí muzikoterapie jako oboru vychází mimo jiné také z psychoterapie. Pravidla a zákonitosti často korespondují se zjištěními u jednotlivých psychoterapeutických škol a přístupů. Musíme si však uvědomit, že zde hovoříme o tzv. klinické nebo také psychoterapeutické muzikoterapii. Jiná odvětví muzikoterapie, např. rehabilitační, podpůrná, preventivní či edukační, vycházejí z jiných principů, přesto i zde nacházíme prvky známé z psychoterapie (např. vztah mezi muzikoterapeutem a klientem, metody učení a jejich aplikace v běžném životě, možnosti uvolnění od psychické zátěže apod.). Klinická muzikoterapie však vyrostla na poli psychoterapie a svým způsobem je její součástí dodnes.

Akademická obec se rozdělila na dvě skupiny autorů. Jedni nahlízejí na muzikoterapii pouze jako na účinnou techniku, která spadá do rámce psychoterapeutických metod. Jiní přicházejí s názorem, že muzikoterapie představuje samostatný obor, který navazuje na psychoterapeutickou tradici a specifickým způsobem ji rozvíjí, doplňuje a přináší nový pohled na již zaběhlé metody a postupy (viz oblast výzkumů působení zvuku a hudby na lidský organismus a rozšíření známých referenčních oborů, které výrazně ovlivňují psychoterapii o poznatky z oblasti hudební a akustické). Toto své tvrzení opírají o definování muzikoterapie jako oboru (včetně specifické terminologie) a především o celou škálu validních výzkumů.

Klinická muzikoterapie se vyvinula z oblasti psychoterapeutické, nicméně léčebné působení zvuku a hudby je známo v průběhu celé historie lidstva. O hudbě a jejím terapeutickém účinku najdeme zmínky již v prehistorii v podobě hudebních a tanečních rituálů, jejichž fragmenty vědci sestavují z dochovaných archeologických nálezů a z analogií života dnešních přírodních národů. Hudba v terapii je známa i z období antiky, kdy docházelo k rozvoji vokálních a instrumentálních dovedností v rámci léčebných procedur, nebo v hudbě dávného Orientu s léčebným účinkem tamních hudebních postupů a tónových frekvencí (viz výzkumy prof. W. Mastnaka).

K. Bruscia (1991) vymezuje muzikoterapii z několika pohledů. V jednom z nich hraje důležitou roli skutečnost, jakým způsobem se hudba v terapii uplatňuje – zda léčí samotná hudba (*Music as Therapy*), nebo je nějakým způsobem dosazena do kontextu celé psychoterapie (*Music in Therapy*). V klinické praxi se oba pohledy často prolínají, přesto jistá dominance zůstává u přístupu, který hudbu využívá jako prostředek k dosažení celkového terapeutického cíle. Tím může být např. zpřístupnění nevědomého materiálu prostřednictvím hudební improvizace, s nímž se dále pracuje již na verbální úrovni.

Vraťme se tedy k muzikoterapii, která vychází z psychoterapeutického základu. Budeme se zde věnovat pouze těm přístupům, které současnou podobu světové muzikoterapie ovlivnily nejvíce. Konkrétně půjde o přístup psychodynamický, humanistický, behaviorální a kognitivně-behaviorální.

## 4.1 PSYCHODYNAMICKÝ PŘÍSTUP V MUZIKOTERAPII

Podle psychodynamických teorií je lidské chování výsledkem interakcí různých komponentů osobnosti, kam jsou, velmi jednoduše řečeno, zahrnuty například motivace, minulé i současné životní události, ale také segmenty osobnosti (např. ego, superego, id) apod.

Psychodynamický přístup v muzikoterapii vychází z předpokladu, že aktuálně přítomné chování a jednání je ovlivněno minulými zkušenostmi, nejvíce z období raného dětství, což se může odrazit i v hudebním projevu klientů. Na základě nevědomých intrapsychických konfliktů dochází k vnitřní tenzi, která je pak projikována do problémů každodenního života a může přerůst až v psychické onemocnění.

Předmětem psychodynamické muzikoterapie je prozkoumávání nevědomé oblasti lidské psychiky. Hledají se obsahy, které vedou k intrapsychickým konfliktům a determinují duševní prožitky a projevy chování. Tyto obsahy obvykle nemají vědomý racionální důvod, ale nevědomý motiv.

Psychodynamická muzikoterapie se soustřeďuje na odhalování nevědomých motivů a jejich zvědomění. Hudba proniká do hlubších sfér lidské psychiky než mluvené slovo a výrazným způsobem ovlivňuje prožívání klientů. Pomocí nejrůznějších muzikoterapeutických postupů (např. imaginace při hudbě, instrumentální improvizace, spontánní poslech hudby apod.) je umožněno, aby nevědomé obsahy vyplouvaly na povrch transparentněji.

Podle J. S. Peters (2000) je hudba efektivním nástrojem pro hlubinně zaměřenou psychoterapii, jelikož působí jako neverbální forma komunikace a může vstoupit do nevědomé oblasti člověka rychleji a efektivněji než forma verbální. Skrze hudební reflexi a imaginaci je možné následně zkoumat a zpracovávat zpřístupněný nevědomý materiál na úrovni emoční a pocitové. Děje se tak ještě dříve, než je klient schopen své pocity uchopit rozumem a slovy.

S takto zpřístupněným nevědomým materiálem je potom možné na vědomé úrovni lépe pracovat. Cílem je tedy postupné zvědomění nevědomých motivů a konfliktů a jejich řešení na vědomé úrovni. Nikdy nesmíme opomenout vědomé, verbální uchopení zpřístupněného materiálu z nevědomí, neboť pokud zůstane pouze v podobě



hudebního projevu nebo asociací, nebude možné v terapii pokročit dále. Jinými slovy, psychodynamicky orientovaný muzikoterapeut je schopen klientovi pomoci reflektovat nevědomý materiál, který se projevuje např. v průběhu hudební improvizace. Aby však došlo k trvalému efektu, je nutné daná zjištění převést do pojmů verbálního sdělení.

Mezi příznivé účinky psychodynamické muzikoterapie patří např. obnovení vnitřní rovnováhy, zpřístupnění nevědomého materiálu, nalezení skrytých motivů, ukotvení vnitřní kontroly a zvýšení pocitu sebedůvěry, který buduje sílu ega a sebeúcty. Aby muzikoterapie vedla k těmto účinkům, používají muzikoterapeuti hudebně-expressivní postupy v kombinaci se základními psychodynamickými metodami a technikami (např. metoda volných asociací, práce se sny a denním sněním, interpretace představ klientů, intrapsychická práce s přenosem a protipřenosem apod.). Mezi hudebně-expressivní postupy patří např. pohyby na hudbu, relaxace, naslouchání hudbě i jednotlivým zvukům, psaní písní, hudební aktivity určené k vyvolání emocionálních reakcí (např. improvizovaná hra archetypů, abstraktních situací apod.), hudební aktivity spojené se vstupem do osobních pocitů (např. hudební improvizace na téma jednotlivých emocí, hudební vyjádření snů klienta) a další, které ovlivňují chování jedince při poslechu a vytváření hudby. Veškeré prožitky a situace se následně rozebírají verbálně v podobě tzv. *sharingu* neboli sdělení. Tato reflexe je neodmyslitelnou součástí všech psychodynamicky orientovaných muzikoterapií.

M. Waria (1994) dodává, že se osvědčila i aplikace metaforických improvizčních technik známých z narativních muzikoterapeutických přístupů. Tyto techniky pomáhají rozvíjet představivost a rozkrývají vnitřní pocity. Kromě toho umožňují i vstup do nitra člověka. Muzikoterapeuti vedou klienty, aby nahlédli do sebe samých a odhalili nevědomé příčiny vnitřních konfliktů, pocitů a motivů. Cílem je dovést klienty k pozitivním osobnostním změnám. E. Ruud (1980) připomíná, že muzikoterapeutické aktivity vytvářejí bezpečný prostor pro vyjádření skrytých či potlačených emocí a někdy i nutkavých pocitů. K jejich vyjádření dochází prostřednictvím společné hudební zkušenosti, která zároveň zprostředkovává určitou formu sublimace.

Psychodynamicky orientovaná muzikoterapie vychází z teorií S. Freuda, A. Adlera, C. G. Junga, E. Fromma, E. H. Eriksona a dalších významných autorů. Je efektivně využívána u klientů všech věkových kategorií, kteří potřebují odbornou pomoc. V muzikoterapeutické praxi se psychodynamické přístupy uplatňují u klientů s poruchami chování (Peters, 2000), nálad (Bruscia, 1987), příjmu potravy (Nolan, 1989), poruchami osobnosti (Bruscia, 1991) nebo s úzkostnými stavy.

#### 4.1.1 MUZIKOTERAPIE PSYCHOANALYTICKÁ

K základním psychodynamickým přístupům v muzikoterapii patří muzikoterapie psychoanalytická. Již po druhé světové válce se objevila celá řada škol a přístupů založených na myšlenkách Sigmunda Freuda a jeho pokračovatelů. V roce 1948 v USA vznikla škola zaměřená na sociálně-psychologickou a psychoanalytickou muzikoterapii. Její zaměření však bylo spíše empirické než ryze terapeutické. Nejznámější autoři tohoto období jsou např. L. Shatin a J. Massermann (in Mátejová, Mašura, 1992).

Podle J. S. Peters (2000) je i „Volná improvizace“ z Velké Británie ovlivněna psychoanalýzou a teoretickým odkazem S. Freuda. Někteří muzikoterapeuti aplikovali psychodynamické nebo psychoanalytické interpretace do technik „Řízené imaginace a hudby“.

Psychoanalytická muzikoterapie klade značné nároky na vzdělávání muzikoterapeutů. Ti musí absolvovat vysokoškolské studium medicíny nebo psychologie a poté podstoupit osobní psychoanalýzu a výcvik v psychoanalytické muzikoterapii.

#### 4.1.2 MUZIKOTERAPIE ANALYTICKÁ

Mnoho muzikoterapeutů navázalo na odkaz Carla Gustava Junga a jeho analytickou terapii. V roce 1948 ve Švédsku založil A. Pontvik analyticky orientovanou muzikoterapeutickou školu. Důraz kladl na psychoterapii, ve které hrála významnou roli hudba v kontextu hlubinně orientované psychologie. A. Pontvik (in Mátejová, Mašura, 1992) ve své stati *Od psychoanalýzy k psychorytmii* poukazuje na skutečnost, že základní prvky hudby nesou charakteristické vlastnosti a působí individuální intenzitou na její vnímatele. Pronikají do samotné podstaty člověka, do hlubších sfér lidské psychiky a vytvářejí prostor pro další práci s nevědomým materiálem. Analytické pojetí švédské školy následně ovlivnilo přístup k muzikoterapii v celé severní Evropě.

S analyticky orientovanou muzikoterapií se však pojí především jméno Mary Priestly, která na základě prací C. G. Junga vytvořila ve druhé polovině 20. století tzv. „Analytickou muzikoterapii“. J. L. Moreno (2007) uvádí, že sám Jung po zhlédnutí muzikoterapie v Kalifornii prohlásil, že by hudba měla být součástí každé analýzy. Právě hudba totiž hrála důležitou roli při léčbě psychických onemocnění v celé historii lidstva a hraje ji dodnes. Jak dokládají antropologické studie, domorodé obyvatelstvo větší části světa (např. Afrika, Asie, Austrálie, Jižní Amerika) i nadále preferuje léčebné rituály před verbálním světem moderního člověka.

M. Priestley (1975) nahlíží na „Analytickou muzikoterapii“ jako na specifický terapeutický model, který poskytuje prostor pro poznání vnitřního života klientů a napomáhá jejich osobnostnímu růstu a procesu individuace. Vše se odehrává a utváří na pozadí hudební a slovní improvizace. Analytický přístup předpokládá přítomnost emocionální odezvy ze strany klienta, jeho afektivní investici, která je v terapeutickém procesu identifikována a pojmenována. Klient si v průběhu muzikoterapeutických setkání vybírá z velkého množství hudebních nástrojů a jeho improvizaci hra je doprovázena muzikoterapeutem. V průběhu setkání jsou časté i verbální diskuse, které mohou odhalit skryté motivy jednání klienta.

Nevědomé motivy se mohou objevit i v průběhu společné hudební improvizace, např. v podobě emocionálních prožitků nebo v obsahu hudebního sdělení. Ty však musí být identifikovány a následně převedeny do vědomého verbálního poselství. Muzikoterapeut napomáhá klientovi, aby v rámci improvizované hry na různé druhy hudebních nástrojů dokázal vstoupit do svých vlastních pocitů, rozkrýt je a objevit jejich vnitřní podstatu a poselství.

K efektivnímu použití tohoto modelu je zapotřebí, aby byl muzikoterapeut vyškolen v oboru analytické psychoterapie a „Analytické muzikoterapie“, stejně jako psychopatologie a hudební psychologie. „Analytická muzikoterapie“ je používána zvláště

u dospělých klientů v běžné populaci, ale i u klientů s psychiatrickou diagnózou. Podle J. S. Peters (2000) se úspěšně užívá v párové terapii, při práci s vězni, ve výcvikových terapiích studentů a příležitostně i u dětí.

## 4.2 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUP V MUZIKOTERAPII

Behaviorální přístup v muzikoterapii se místo nevědomých dynamických procesů nebo osobní introspekce zaměřuje na zjevné, jasné a pozorovatelné chování a jeho možné ovlivnění pomocí učení. Behaviorální muzikoterapie vychází z teoretických odkazů I. P. Pavlova, J. B. Watsona, E. L. Thorndika, B. F. Skinnera a J. Wolpeho.

J. Standley (1996) připomíná, že muzikoterapie s behaviorální orientací má dlouhodobou tradici, která je podpořena celou řadou kvalitativních i kvantitativních výzkumů. Například výsledky výzkumu z poloviny 60. let minulého století v USA ukazují, že behaviorální muzikoterapie byla používána více než jakýkoliv jiný muzikoterapeutický přístup. Výzkumy ukázaly, že různé typy hudebních technik (např. poslech hudby, výuka hry na hudební nástroje, vokální, rytmické a instrumentální improvizace, podpora osobní kreativity v hudební situaci, skupinové hudební aktivity apod.) mohou sloužit jako podnět pro obnovení nebo znovuzískání žádoucích vzorců chování.

J. S. Peters (2000) uvádí, že behaviorální muzikoterapeuti se zaměřují především na chování klientů a hledají specifika nežádoucího jednání, které je třeba změnit nebo eliminovat. Zároveň se snaží postihnout a zpevnit chování, které je považováno za pozitivní a žádoucí. Behaviorální muzikoterapie používá v klinické praxi především operantní nebo klasické kondiční techniky v kombinaci s technikami hudebně-expressivními. Tyto techniky posilují nově vytvořené vzorce chování tak, aby došlo k posílení vhodných reakcí na určité stimuly a k navození pozitivního, adaptivního chování. Nejsou vyloučené ani techniky haptické (práce s dotekem), jelikož svou neverbální povahou korespondují s technikami hudebně-expressivními, a nedochází tak k narušení neverbální struktury muzikoterapie, na kterou bývá často kladen důraz. Doteky mohou např. usměrnit projevy klientů a dovést je k žádoucímu jednání v rámci sdílené hudebně-terapeutické situace.

Mezi další techniky, které behaviorální muzikoterapie využívá v kombinaci s postupy hudebně-expressivními, patří např. modelově-situační metody, trénink asertivity, paradoxní intence, sebekorektivní programy, metody systematické desenzibilizace a techniky zahrnující úsporné neverbální znaky.

V muzikoterapeutickém procesu muzikoterapeut přebírá aktivní, často až direktivní roli. Celé setkání jasně strukturuje, což napomáhá tomu, aby docílil žádoucích změn v chování klientů. V rámci struktury muzikoterapeutického programu podporuje pozitivní změny a snaží se eliminovat nežádoucí zvyky a projevy (Scovel, 1990).

J. Standley (1996) zjistila, že stimulace při kontingentní (tzn. podmíněné) hudbě navozuje v chování klientů více efektivních změn, než je tomu u stimulací bez hudby nebo u hudby kontinuální. Hudební aktivita v tomto případě slouží jako prostředek podmíněného zpevňování pro dosažení změny v chování. Podobně jako kontingentní působení hudby může úroveň žádoucího chování efektivně zvýšit i nahodilé přerušo-



vání toku zvukových vln. Toto přerušení zvuku a hudby vede ke snížení negativního chování. K přerušení hudby (zastavení reprodukované hudby, přerušení poslechu hudby aktivně hrané, odejmutí nástroje, přerušení vokalizace, odebrání možností participovat v hudební skupině apod.) dochází ve chvíli, kdy se u klienta objeví nežádoucí chování.

Ve všech muzikoterapeutických modelech hrají techniky behaviorální muzikoterapie významnou roli. Využití zvuku a hudby při skupinových i individuálních sezeních je silným motivačním prvkem a napomáhá ke zdárnému dosažení předem stanovených terapeutických cílů. Navíc při společné hudební zkušenosti klienta a muzikoterapeuta se mohou objevit nové, nepředvídatelné a doposud neznámé vzorce chování. Tyto vzorce naznačují směr, jímž se muzikoterapeut může spolu s klientem vydat. Nově vzniklé reakce se dále zpracovávají a upevňují, což zvyšuje následnou efektivnost celého muzikoterapeutického procesu.

Behaviorální muzikoterapie se s úspěchem aplikuje u lidí s psychiatrickými obtížemi a s poruchami chování. S. B. Hanser (1987) poukazuje na úspěšnost behaviorální muzikoterapie u lidí s mentálním postižením, elektivním mutismem, autismem, s Alzheimerovou chorobou a poruchou hybnosti na základě cerebrálního postižení a u dětí s ADHD, ADD a specifickými poruchami učení.

### 4.3 KOGNITIVNÍ A KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUP V MUZIKOTERAPII

V kognitivně orientovaných muzikoterapeutických přístupech se léčba zaměřuje na pomoc klientům v uvědomování si negativních nebo iracionálních myšlenek, které mají za následek např. pocity méněcennosti, snížení sociální adaptability a zvyšování stresu, úzkosti. V léčebném procesu se tyto myšlenky identifikují a konfrontují s dosavadními životními zkušenostmi klientů. Cílem muzikoterapie je nacházení nových cest pro změny v myšlení a chování za pomoci zvuku a hudby, stejně jako nahrazení původních kognitivních map novými, které vedou k pozitivnímu a racionálnímu jednání. Takto orientovaná muzikoterapie je založena na principech teorií učení. Muzikoterapeut se vždy snaží sestavit muzikoterapeutický program, který bude obsahovat jednotlivé, jasně strukturované kroky a bude do značné míry přizpůsoben individualitě každého klienta a pomůže mu změnit negativní stereotypy v myšlení a chování.

S kognitivním přístupem v psychoterapii se setkáváme např. v kognitivní terapii A. T. Becka, u transakční analýzy (TA) E. L. Berneho, v racionálně-emoční terapii (RET) A. Ellise, v terapii realitou W. Glassera, u racionálně-behaviorální terapie (RBT) A. Maultsbyho a v kognitivně-behaviorální modifikaci D. Meichenbauma. Muzikoterapeutické intervence jsou často kombinovány např. s transakční analýzou, racionálně-emoční a racionálně-behaviorální terapií.

V současné době jsou muzikoterapeutické strategie vycházející z kognitivních a kognitivně-behaviorálních strategií stále více rozšířené. Podle J. S. Peters (2000) to dokazují i četné výzkumy v oblasti využívání hudby v terapii, které se stále více za-

měřují na propojení muzikoterapie s kognitivními a kognitivně-behaviorálními přístupy.

### 4.3.1 MUZIKOTERAPIE A TRANSAKČNÍ ANALÝZA

Transakční analýza (TA) byla založena E. L. Bernem. Podle jeho teorie je lidská osobnost strukturovaná do tří navzájem oddělených stavů *ega*: *rodič*, *dítě* a *dospělý*. Stav *ega* představují fenomenologickou skutečnost, která je přístupná přímému pozorování. Každý z těchto stavů má své specifické chování a myšlenkové vzorce a je substrukturou *ega*, které je adaptivní funkcí osobnosti.

Dobře adaptovaná osobnost je schopna přecházet z jednoho stavu *ega* do druhého podle potřeb aktuální situace. V určité situaci však může fungovat pouze jeden z těchto stavů. *Rodič* se nejlépe hodí v situacích, kdy je nezbytné vedení. *Dítě* je nejhodnější, když se od člověka vyžaduje kreativita, např. při utváření nových hudebně-expresivních postupů v rámci daných technik. *Dospělý* je nejlepší v těch situacích, kdy potřebujeme přesnou odpověď na specifické životní situace, např. pokud uvažujeme o manželství, kariéře apod. (Prochaska, Norcross, 1999).

V klinické praxi se v posledních desetiletích objevila řada muzikoterapeutů, kteří poznatky transakční analýzy aplikovali do svých muzikoterapeutických postupů. Například M. Arnold (1975) používal strukturované muzikoterapeutické programy, aby klientům pomohl k aktivaci stavu *dítěte*, a to zvláště tam, kde jejich myšlenky a chování byly inhibovány vlivem neadekvátní rodičovské péče. Používal k tomu specifické skladby určené k úpravě a postupnému vyrovnání chování. Struktura těchto skladeb byla utvářena na základě způsobu sestavování času. Jde o vymezení sebe sama během určitých rituálů, vymezení své minulosti, jasné vymezení aktivit a her i vymezení své vlastní intimity. Klient si postupně uvědomuje jednotlivé stavy *ega*, své životní postoje a scénáře, stejně jako možnosti vlastní vůle (Peters, 2000).

V důsledku takto vedené muzikoterapie je klient schopen všechny tři Bernem vymezené stavy *ega* expresivně vyjádřit. Později může zvolit ideální stav *ega*, který odpovídá požadavkům určité situace. Důraz při této muzikoterapii je kladen především na neverbální komunikaci a hudebně-expresivní posilování jednotlivých stavů *ega*. Například J. Shreffler (1976) vytvářela specifické skladby pro aktivaci stadia *dospělý*, aby pomohla svým klientům vyřešit nejrůznější životní problémy. Tyto skladby se vztahovaly k otázkám rodičovské výchovy a ke kritice výchovy vlastních rodičů klienta. Poté byla hudební zkušenost použita k tomu, aby klient v sobě dokázal aktivovat *rodiče* a později i *dospělého*.



*Obr. 4 Matěj Lipský s dcerou při muzikoterapii*

### 4.3.2 MUZIKOTERAPIE A RACIONÁLNĚ-EMOČNÍ TERAPIE

Zakladatelem racionálně-emoční terapie (RET, později racionálně-emoční behaviorální terapie, REBT) je Albert Ellis, který ji pod tímto názvem propaguje od roku 1957. Vychází ze základní premisy, že lidé mají přirozený sklon k racionalitě a logickému myšlení, ale u některých z nich se dostavuje pokřivený způsob uvažování. Lidé se liší podle vrozené tendence k iracionalitě a každý má v sobě určitou míru možného iracionálního narušení. Tím má na mysli nežádoucí stav, při kterém ustupují racionální a pozitivní myšlenky stranou a do popředí se dostávají ty, které mají negativní konotaci ve smyslu sebeobviňování, snižování vlastní sebehodnoty, přetváření sebeobrazu apod. Normální stav zdravého člověka je totiž spojen s jeho racionálním vnímáním okolního světa a životních událostí z něj plynoucích. Racionální vysvětlení osobnosti vychází ze schématu ABC (Ellis, 1992):

- A označuje události lidského života, které ji aktivují (*activating events*);
- B představuje systém přesvědčení (*beliefs*) nebo názorů, které lidé používají při zpracování aktivujících událostí. Přesvědčení mohou být racionální a iracionální. V psychotherapeutickém procesu se zaměřuje pozornost především na zkoumání jednotlivých přesvědčení;
- C označuje důsledky (*consequences*) toho, co právě proběhlo, a důsledky, které se projevují v emocích a lidském jednání.

V terapii se objevují ještě modely D a E. D přináší diskusi o iracionálních přesvědčeních a E ukazuje možné cesty v podobě nové životní filozofie. Jinými slovy, po identifikování iracionálních představ a diskutování o nich se klienti naučí nahrazovat staré kognitivní vzorce zpracování životních situací novými a zdravějšími (Ellis, 1992). Muzikoterapeuti vycházející z této koncepce jednájí jako průvodci, kteří pomáhají klientům identifikovat a rozlišovat iracionální přesvědčení. Vedou je k tomu, aby dokázali vyjádřit své pocity a mohli upravit a vyřešit vzniklé životní problémy. Postupně klienti nacházejí nové strategie, které vedou k racionálnímu uvažování. V celém muzikoterapeutickém procesu jsou podporovány emoční projevy na základě verbálních i neverbálních muzikoterapeutických technik. Mezi ně patří např. explorační představy a názorů pomocí hry na rytmické nástroje, prozkoumávání emocionálních reakcí při hudebním představení sebe sama nebo při receptivním poslechu různých skladeb, diskuse o textech písní apod.

D. R. Bryant (1987) uvádí, že klienti přijímají muzikoterapeutické zkušenosti stejným způsobem jako ostatní životní zkušenosti. Klienti při jednotlivých muzikoterapeutických sezeních postupně projevují svá racionální i iracionální přesvědčení a odhalují své dosavadní životní zkušenosti. Ty jsou prodiskutovány a postupně zapojeny do muzikoterapeutických technik. Muzikoterapeuti v nich umožňují svým klientům projevit emoce a způsoby chování při iracionálních a nerealistických představách. Poté je vedou k tomu, aby tyto představy a přesvědčení identifikovali, definovali a zkusili se jim postavit. V rámci dalších muzikoterapeutických setkání zkoušejí nové racionálně koncipované strategie a snaží se je zapojit do běžného života. Jakmile jsou iracionální přesvědčení identifikována a klient si je plně uvědomí a postaví se jim, dokáže tyto představy a přesvědčení nahradit novými. Postupně by toho měl být klient schopen nejen v rámci muzikoterapeutických setkání, ale i v běžném životě (Bryant, 1987).

### 4.3.3 MUZIKOTERAPIE A RACIONÁLNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Maultsbyho racionálně-behaviorální terapie (RBT) vychází z racionálně-emoční terapie A. Ellise a ze syntézy dalších kognitivně-behaviorálních teorií, které se vztahují k lidskému bytí. RBT je obsáhlá terapeutická metoda, která se soustředí na kognitivní, emocionální a fyzické projevy člověka. Jejím cílem je řešit problémy tím, že klienty naučí praktické racionální techniky pro emocionální svépomoc. Podle RBT je lidské vnímání a myšlení utvářeno, udržováno i limitováno na emočním základě. Z toho vyplývá, že pokud chceme změnit nejrůznější negativní pocity plynoucí z emočního naladění, musíme především ovlivnit vnímání a myšlení. M. C. Maultsby (1984) uvádí, že RBT pomáhá klientům nahlédnout na to, jak je zdravé či nezdravé jejich emocionální prožívání a chování s ním spojené. Předkládá pět kritérií pro zdravé, racionální chování:

- vychází z objektivní reality a je založeno na reálných faktech. Nepodléhá subjektivním dojmům;
- pomáhá klientům ochraňovat sebe samé;
- pomáhá klientům objevit, vymezit a získat krátkodobé i dlouhodobé cíle co nejefektivnějším způsobem;

- pomáhá klientům vyhnout se signifikantním nežádoucím konfliktům;
- pomáhá klientům pociťovat ty emoce, které chtějí cítit.

Hudba dokáže stimulovat lidské emoce a posilovat racionální myšlení. M. C. Maultsby (1984) podotýká, že terapeuticky strukturované hudební techniky mohou být cenným nástrojem pro racionálně-behaviorální terapii. Hudba totiž obsahuje silný motivační prvek, dává volný průchod emocím a nenásilnou formou posiluje učení a zpevňování nových racionálně-kognitivních přístupů ke světu. Například pozitivní emocionální reakce mohou být posilovány při opakování hudebních motivů a textů. Někdy se texty písní mohou stát návodem pro logicko-racionální jednání. Při muzikoterapeutickém vedení mohou klienti psát vlastní skladby a texty a diskutovat o nich. Muzikoterapeutické techniky jako poslech hudby nebo společný zpěv mohou pomocí přístupu RBT vybavit klienty emocionální sebeochranou před nezdravými negativními emocemi vznikajícími v náročných životních situacích.

Muzikoterapeuti jednotlivá sezení strukturují, podporují verbální i hudební diskuse (např. komunikace prostřednictvím hudebních nástrojů, rozbor a tvorba textů písní), umožňují receptivní poslech různých skladeb, psaní písní i improvizaci a interpretační aktivity spojené s hrou na hudební nástroje. Vedou klienty prostřednictvím těchto technik k vlastní racionální sebeanalýze a racionálně-emočním přesvědčením, která napomáhají při utváření nových a zdravých způsobů myšlení, vnímání a chování (Peters, 2000).

#### 4.3.4 MUZIKOTERAPIE A KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY

J. S. Peters (2000) uvádí, že v posledních letech se stále více muzikoterapeutů v USA zabývá využíváním kognitivně-behaviorálních přístupů v muzikoterapii. Na jejich základě se snaží vyvinout speciální postupy muzikoterapeutické intervence, které se pokoušejí během několika sezení pomoci klientům vyřešit jejich problémy. Vycházejí přitom z hypotézy, že navození zdravého způsobu reagování tlumí původní nežádoucí vzorce chování, myšlení a jednání. Kognitivně-behaviorální muzikoterapie je většinou krátkodobá, což umožňuje aktivní, direktivní a strukturovaný způsob práce s klienty. V poměrně krátkém čase dochází k vyhledání, uchopení a řešení problému, včetně stanovení konkrétních terapeutických cílů a možných cest k jejich naplnění.

Zásady kognitivně-behaviorální muzikoterapie obsahují dva základní postupy (Peters, 2000):

- muzikoterapeutická sezení musí s pomocí zvuku a hudby vytvářet takové situace, do kterých je klient aktivně vtažen a na které bezprostředně reaguje;
- muzikoterapeutická sezení musí obsahovat prostor pro verbální diskusi (sdílení daného tématu, posilování zpětné vazby, reakce na hudební prožitky apod.) bezprostředně po skončení techniky, někdy i v jejím průběhu.

Typická struktura kognitivně-behaviorálního muzikoterapeutického sezení často obsahuje (Murphy, 1992):

- úvodní krátkou muzikoterapeutickou techniku zaměřenou na klienty a jejich úkoly;
- hudební rozcvičování (*warming-up*), kdy muzikoterapeut modeluje vzniklé reakce a podporuje odpovědi na hudební stimuly;
- hudební expresi (zážitkovou část, která bývá často spojena s technikami improvizovaného tvoření písní ve skupině);
- prostor pro verbální diskusi o společné hudební zkušenosti;
- uzavření celého sezení muzikoterapeutem.

Takto vedené muzikoterapeutické aktivity rychle odhalují proces myšlení. Působení zvuku a hudby jej zastihne na určité úrovni emocionálního prožitku, který předchází procesu racionalizace a budování obrany *self*. Pro některé klienty je právě neverbální forma hudební exprese nejlepším způsobem nahlédnutí do procesu zpracování informací a vede k odhalení paralel mezi myšlením, chováním a prožíváním.

K nejčastějším muzikoterapeutickým metodám a technikám, které napomáhají dosažení terapeutického cíle, patří např. psaní textů k písním, receptivní poslech hudby, hudebně-expresivní představení, improvizální a interpretační hra na hudební nástroje, hudebně-pohybové techniky apod. Vytyčené cíle zahrnují kognitivně-behaviorální způsob práce, který vede k dosažení změn u klientů v jejich narušeném způsobu myšlení. Snaží se vybudovat nový, zdravější, adaptivnější způsob myšlení a prohlubuje nově vytvořené kognitivní vzorce vztahující se ke světu a k druhým lidem.

C. Slotoroff (1994) uvádí, že strukturované a improvizované techniky hry na bicí nástroje propojené s kognitivně-behaviorálním muzikoterapeutickým přístupem pomáhají adolescentům s poruchami chování, aby si uvědomili své emoce a myšlenky. Na základě tohoto uvědomění dochází k posílení kontroly vlastního impulzivního chování.

Muzikoterapeutické techniky orientované kognitivně-behaviorálním směrem se úspěšně uplatňují rovněž u žen, které byly sexuálně zneužity. Pomocí muzikoterapeutických technik se zvyšuje jejich uvědomování si vlastních myšlenek a pocitů. Poté se terapie pokouší o změnu jejich chování, aby se cítily bezpečněji a staly se asertivnějšími a adaptivnějšími. C. Slotoroff (1994) ve své studii ukazuje, že se tyto změny objevily poměrně rychle, často byly patrné po jednom až dvou muzikoterapeutických sezeních.

Velmi dobře působí takto orientovaná muzikoterapie i na klienty s poruchami příjmu potravy. J. S. Peters (2000) uvádí **muzikoterapeutické zásady** používané během kognitivně-behaviorální léčby klientů s poruchami příjmů potravy. Muzikoterapie by měla zajistit:

- zvýšení pocitu sebeuvědomění a sebeúcty;
- identifikování iracionálních a destruktivních pocitů, stejně jako iracionálních a destruktivních způsobů myšlení a chování;
- snížení tenze, která se může objevit během snahy dojít ke změně stávajících zvyklostí;
- nacházení nových způsobů při převzetí kontroly nad vlastním chováním a zacházení s emocemi.



Dále uvádí **zásady** kognitivně-behaviorálního muzikoterapeutického přístupu, které zahrnují tyto prvky (Peters, 2000):

- hudební relaxace (spojená s uvolněním svalového napětí, hlubokým dechem, možnou imaginací apod.);
- strukturování muzikoterapeutických skupin (zahrnuje spojení hudby a pohybu, vokální techniky, hru na jednoduché hudebně-rytmické nástroje, vokální a instrumentální improvizace apod.);
- metody a techniky orientované intrapersonálně, např. hudebně-kreativní postupy;
- imaginační techniky (viz „Řízená imaginace a hudba“), narativní a kresebné zpracování hudební exprese apod.;
- práci s textem písní (např. hudebně-dramatické ztvárnění tématu písně, čtení básní);
- při hudbě tvorba vlastních textů na známé melodie, tvorba vlastních písní a skladeb se zaměřením na osobní prožitky, léčebná témata apod.

Kognitivně-behaviorální muzikoterapie našla své zastánce po celém světě a v současné době je plně využívána především v severní a západní Evropě a USA.

#### 4.4 MUZIKOTERAPIE A HUMANISTICKÝ PŘÍSTUP

V průběhu posledních desetiletí se muzikoterapie začala rekrutovat i z oblasti existenciální a humanistické psychoterapie. Jde o třetí významný psychologický, terapeutický a filozofický přístup, který otevírá další cestu mezi psychoanalýzou a behaviorismem. L. Bunt (2002) uvádí, že se humanisticky orientovaná terapie zaměřuje na oblasti, které explicitně nepostihuje ani psychoanalýza ani behaviorismus. Patří mezi ně např. zahrnutí individuality a jedinečnosti lidské rozdílnosti, teorie celistvosti, rozvoj individuálních cílů a osobnostních intencí, svoboda výběru, rozvoj *self* v kontextu sociálních vztahů, kreativita, láska, vrcholné zážitky, sebeúcta apod. Tyto termíny podle L. Bunta nesou vysoce morální obsah a je možné je přiřadit k jednotlivým filozoficko-ideologickým konceptům.

Základem humanisticky orientovaných terapeutických škol není vhléd do vnitřní dynamiky psýché nebo proces učení. Hlavní důraz je kladen na pocitování přítomné zkušenosti s důrazem na tady a teď. Cílem je vytvoření podmínek pro nalezení vlastní cesty k realizaci lidského bytí. Spíše než o léčbě zde hovoříme o osobnostním růstu a seberealizaci. Úkolem terapeuta je vytvoření podmínek pro tento růst a podpora člověka jako jedinečné, autonomní, rozumné, svobodné a za sebe odpovědné bytosti.

Humanisticky orientovaná muzikoterapie se opírá o myšlenky Carla Rogerse (s důrazem na terapii, kde je centrem pozornosti klient) a Fritze Perlse (jehož přístup známe jako gestalt terapii). Vychází z předpokladu, že každému z nás je vlastní tendence k celoživotnímu rozvoji. Rámec humanistické psychoterapie pomáhá muzikoterapii najít nové strategie pro práci s klienty. Zvýrazňuje jejich individualitu a prohlubuje respekt vůči člověku jako takovému. Muzikoterapeutické strategie založené na humanistickém základě mohou pomoci najít alternativy k rigidním behaviorálním aplikacím, při nichž se využívá hudebně-expresivních technik k upevňování určitých



vzorců chování. Zároveň mohou rozptýlit některé profesní chyby, které plynou z vytváření obecných zákonitostí a předpokládaných inherentních hodnot. Postupy humanistické muzikoterapie se zaměřují na aktuální stav klienta a reflektují celý sociální kontext, ve kterém se nachází. Na základě hudebně-expressivních technik je rozvíjena osobní kreativita klientů. Jednotlivé hudební techniky se soustřeďují na dodávání pocitu sebedůvěry a podporují aktuální prožitky, chování a emoce s nimi spojené.

Muzikoterapeut ustupuje z pozice experta a stává se průvodcem, který klienta podporuje a snaží se eliminovat jeho potenciální závislost v průběhu terapie a nahrazovat ji vzájemnou kompetencí. Pomáhá tak klientovi, aby zdolal všechny životní překážky a pokračoval na své cestě k seberealizaci. Pomocí hudebně-expressivních postupů a následných reflexí se klient postupně snaží otevřít sobě samému, přemýšlet o svém bytí, hledat a nacházet souvislosti mezi svými myšlenkami, prožitky, emocemi a životními zkušenostmi. W. W. Sears (1968) předpokládá, že zkušenosti v self-organizaci a zkušenosti týkající se sociálního kontextu jsou hlavními faktory, které ovlivňují celý muzikoterapeutický proces.

Muzikoterapeuti, kteří pracují v rámci konceptu humanistické muzikoterapie, stále častěji využívají hudební programy spojené s hraním na rytmické nástroje pro narušení fundamentálně nekreativních a neměnných procesů. Jejich práce je spojena nejen se zvukem a hudbou, ale i s tichem. Soustředěně a aktivně v něm klientovi naslouchají, málo se ptají a neinterpretují. Spíše zrcadlí to, co již bylo řečeno. Muzikoterapeut v celém procesu působí jako katalyzátor nebo facilitátor.

L. Bunt a S. Hoskins (1994) vymezili základní body, které by měly být v humanisticky orientované muzikoterapii zahrnuty:

- opatrné a systematické pozorování klientů spojené s vizuálními i auditivními vjemy;
- formulace jednoduchých a jasných otázek, čeho chceme v rámci muzikoterapie dosáhnout;
- definování hypotéz, termínů a pojmů pro výzkumný rámec, který zprostředkuje akceptující reliabilitu humanistických muzikoterapeutických aktivit;
- přesný plán pro analýzu a diagnostické zhodnocení, které povedou k vytvoření validních závěrů.

Oba autoři se snaží upozornit na skutečnost, že humanisticky orientovaná muzikoterapie je poměrně mladou disciplínou, a je proto nutné veškeré závěry nejdříve podložit validními longitudoálními výzkumy a jasnou terminologií. V praxi to znamená najít přijatelné termíny, které obstojí v akademických diskusích i odborné literatuře.

Podle J. S. Peters (2000) má však muzikoterapie se zaměřením na humanistickou psychoterapii své kořeny již v 70. letech minulého století, kdy postupně vznikaly muzikoterapeutické školy a metody. E. Ruud (1994) popisuje kreativní přístup P. Nordoffa a C. Robbinsa jako muzikoterapii založenou na vztahu mezi terapeutem a klientem s důrazem na specificky chápající model terapie, jehož kořeny mají humanistický základ.

Nakonec i L. Bunt (2002) dodává, že J. Alvin v pozdější době vytvořila v Londýně muzikoterapeutické kurzy, které obsahovaly také humanisticky orientovanou kreativní muzikoterapii a univerzita v Bristolu vypisovala kurzy humanisticky zaměřeného poradenství jako důležitou součást muzikoterapeutických výcviků. Přesto je však po-

třeba i nadále upevňovat pozici humanistické muzikoterapie u odborné veřejnosti i v klinické praxi.

Humanisticky orientovaná muzikoterapie je tedy důležitou součástí celého muzikoterapeutického spektra a je určena nejen lidem se sociálním a zdravotním rizikem, ale také všem ostatním v běžné populaci.

Na závěr kapitoly o muzikoterapii a psychoterapii můžeme podotknout, že muzikoterapie má v 21. století již své pevné místo v klinické praxi a je neoddiskutovatelnou součástí komplexního terapeutického přístupu ke klientovi. Vnáší na mnohdy rigidní kliniky prvek estetična a kultury. Dochází tak k propojení moderního verbálního způsobu psychoterapeutické léčby a tisícileté tradice, ve které byla hudba v léčebném procesu vždy přítomna. Každý ze zmíněných muzikoterapeutických přístupů má své opodstatnění v léčebné i rehabilitační péči a často sehrává důležitou roli v oblasti prevence.

Přesto na tomto místě musíme připomenout, že samotný přístup a metoda zdaleka nemusí zaručit pozitivní terapeutický efekt. Efektivnost jakékoliv terapeutické práce je především záležitostí lidského vztahu. Je to vztah mezi klientem a terapeutem. Práce muzikoterapeuta tak získává další rozměr, který klade nároky nejen na jeho odbornost, ale i na jeho osobnost a problematiku profesní etiky. Někteří autoři uvádějí, že samotná metoda a odborná erudice představuje nanejvýš 20 % celkové terapeutické práce. Zbývajících 80 % tvoří osobnostní výbava terapeuta zahrnující jeho charisma, zkušenost, jistotu, komunikační schopnosti, umění naslouchat, improvizovat, pokoru, pozitivní vztah ke klientovi a vlastní práci. Předpokladem pro kvalitní muzikoterapeutickou práci není tedy jen využití zvuku a hudby v rámci jednotlivých muzikoterapeutických přístupů, ale i terapeutův celkový laskavý a zodpovědný přístup ke klientovi a k sobě samému.

## 5. MUZIKOTERAPIE A MEDICÍNA

*Jiří Kantor, Jana Weber*

V úvodu pojednání o medicíně musíme připomenout, že kromě běžných zdravotnických oborů patří do systému medicíny také terapeutické směry, které naše zdravotnictví prakticky nezná. Například muzikoterapie v Číně využívá kromě poslechu hudby rovněž hudební elektroterapii (poslech hudby spojený s elektroléčbou – elektrické impulsy jsou transformovány z hudebních signálů) a hudební elektroakupunkturu (hudební elektroterapii spojená s akupunkturou) (Bruscia, 1998). Vzhledem k obsáhlosti této problematiky však v následujícím textu pojem medicína omezíme pouze na zdravotnické obory, které jsou u nás legislativně uznávané. Podle Ch. Maranto (in Heal, Wigram, 2003) má z těchto profesí úzký vztah k muzikoterapii chirurgie a traumatologie, porodnictví, neonatologie, pediatrie, fyzioterapie, pneumologie, onkologie a ošetrovatelství.



*Obr. 5 Muzikoterapie s Janou Weber*

## 5.1 POČÁTKY A VÝVOJOVÉ TENDENCE MUZIKOTERAPIE V MEDICÍNĚ

Ačkoliv má muzikoterapie jako součást medicíny podivuhodně dlouhou historii v různých světových kulturách, v systému soudobé medicínské péče se začala intenzivně rozvíjet teprve po druhé světové válce v amerických nemocnicích (péče o válečné veterány). Od této doby se datují také první kontrolované výzkumy, kdy byla hudba použita jako neinvazivní algolytický prostředek při zubních zákrocích (Burr, 2003) a v ošetrovatelské péči (Aldridge, 2001). Počet muzikoterapeutických výzkumů v medicínských oborech je v současné době již tak rozsáhlý, že by bylo zavádějící z něj citovat pouze fragmenty<sup>6</sup>.

V mnoha zahraničních zemích je patrná stále větší akceptace muzikoterapie jako součásti medicínských profesí. Tato situace je do značné míry ovlivněna rostoucím významem **psychosomatických teorií** vzniku nemoci a snahou o poskytování ucelené medicínské péče.

V Německu dospěli po dlouhém vývoji ke konstituování **psychoterapeutické medicíny** (mnozí němečtí muzikoterapeuti považují muzikoterapii za směr psychoterapie). Psychoterapeutická nebo také psychosomatická medicína představuje spojení klasické somatické a psychoterapeutické léčby. Zastává teorii, že na rozvinutí somatických chorob (chřipka, tělesné bolesti) mohou mít vliv psychické a sociální faktory. V Německu se jí zabývá kterýkoli specialista z oblasti klasické medicíny, který projde psychoterapeutickým výcvikem a přípravou zakončenou atestací (Chvála, 2005). Ekonomové a lékaři ve vyspělých zemích poukazují na potenciál psychoterapie v léčbě somatických poruch, která může významně snížit náklady na léčbu.

Psychosomatické terapeutické koncepty v USA vycházejí z Engelsova **biopsychosociálního modelu nemoci**, který zdůrazňuje vzájemný vztah mezi myslí a tělem (Maranto in Heal, Wigram, 2003). Výzkumy dokázaly, že např. traumatické životní události mohou zhoršit fungování imunitního systému a pomoci rozvoji některých onemocnění (rakovina, poruchy imunity, kardiovaskulární onemocnění apod.). Na druhé straně závažné onemocnění může mít psychosociální důsledky (např. deprese nebo narušení vztahů v rodině). Na pozadí rostoucího porozumění celistvosti lidské bytosti bývá v současnosti biopsychosociální model doplňován také o dimenzi spirituální (Bruscia, 1998). A právě tato dimenze je středem zájmu terapeutického působení v některých muzikoterapeutických modelech, např. „Řízená imaginace a hudba“.

K aktuálním tématům psychosomatické teorie patří:

- které psychosociální fenomény patří k predispozicím rozvinutí onemocnění;
- které psychosociální fenomény ovlivňují průběh nemoci;

<sup>6</sup> Zájemcům o problematiku muzikoterapeutického výzkumu v medicíně doporučujeme stat' Davida Aldridge s názvem *Music therapy research: A review of references in the medical literature* (celá citace je mezi internetovými odkazy) a další odkazy v tomto textu.

- jakým způsobem komunikuje mysl a tělo z neurologického a biochemického hlediska;
- které způsoby léčby (kromě medicínské) mohou být použity k prevenci a léčbě nemoci.

## 5.2 POSTAVENÍ MUZIKOTERAPIE V MEDICÍNĚ

---

Hudba se může podle Ch. Maranto (Wigram, 1996) vztahovat k terapii klienta několika způsoby:

- jako podpůrný prostředek léčení, např. poslech během dialýzy ledvin (*Music in Medicine*);
- jako rovnocenný partner léčby, např. zpěv jako součást léčby u respiračních poruch;
- jako primární intervence, např. poslech hudby k potlačení bolesti (*Music as Medicine*).

Podle T. Wigrama (tamtéž) je podstatné rozlišovat nezáměrné použití hudby, např. pro vytváření hudebního pozadí v čekárnách ordinací, od specifických aplikací během léčby. Dále je nutné odlišit, zda je hudba určena pacientům, nebo lékařům, jak je běžné např. při chirurgických operacích, kdy má hudba vytvářet vhodnou atmosféru pro operující tým.

Pro lékaře je důležité vymezení rozdílů indikace somatické léčby a muzikoterapie. Měli by být také informováni o dosahu možných účinků muzikoterapie na stav klienta. Pro medicínské praktiky muzikoterapie platí obdobně jako pro psychoterapii:

- systematická muzikoterapie je vhodná všude tam, kde se klient přes dobře stanovenou somatickou diagnózu a postup somatické medicíny proti očekávání lékaře nelepší;
- muzikoterapie v mnoha případech nenahrazuje somatickou léčbu (muzikoterapie jako rovnocenný nebo podpůrný prostředek léčení), ale stává se jejím velmi žádoucím katalyzátorem, usnadňujícím uzdravení, někdy je i podstatným zdrojem zlepšení stavu klienta;
- ve většině případů nejde o nalezení jediné psychogenní příčiny nemoci, ale o vnitřní proměnu klienta a jeho pohledu na celý komplex faktorů, které se na vývoji somatické nemoci a jejím udržování podílejí (podle Chvály, 2005).

## 5.3 FYZICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

---

Následující text se pokouší představit některé možnosti využití muzikoterapie při různých formách léčby pacientů. Zjednodušeně můžeme říct, že muzikoterapie v medicíně slouží k uspokojování fyzických nebo psychosociálních potřeb klientů/pacientů (Davis, Gfeller, Thaut, 1999).

### 5.3.1 FYZICKÉ POTŘEBY

Fyzické potřeby pacientů v lékařství se liší v závislosti na jejich stavu. Muzikoterapie se zde využívá převážně za účelem redukce bolesti a tolerance lékařských zákroků a zlepšení svalové funkce.

#### *Redukce bolesti a tolerance lékařských zákroků*

Většina pacientů prochází určitým stadiem vnímání bolesti nebo úzkosti. Proto patří k nejčastějším muzikoterapeutickým technikám v medicíně poslech anxioalgotycké hudby, která pomáhá snižovat vnímání úzkosti a bolesti (Sprintge in Wigram, 1996). Anxioalgotycká hudba může nejen zvýšit práh bolestivosti, ale úplně eliminovat bolestivé počítky. Pacient přitom zůstává v bdělém stavu a je schopen aktivní spolupráce.

Jako muzikoterapeutická technika plní anxioalgotycká hudba více funkcí, a to pro odpoutání pozornosti od bolesti (např. strukturovaný hudební poslech), jako podnět k relaxaci, jako tzv. *masking agent* (maskování nepříjemných okolních zvuků), k zaměření pozornosti na pozitivní aktivity. Vzhledem k tomu, že se pacient na výběru hudby či hudebních činnostech často aktivně podílí, získává tím větší pocit kontroly, kterou v lékařských zařízeních může postrádat.

#### *Zlepšení svalové funkce*

Medicínská intervence často zahrnuje fyzioterapii, během níž bývá muzikoterapie také velmi efektivní. Inspirativní hudba může poskytovat ideální pozadí pro rehabilitaci nebo snižovat pacientovy nepříjemné a bolestivé pocity při cvičení. Pravidelný rytmický pulz strukturuje a udává tempo pohybům končetin. Aktivity jako hraní na dechové nástroje, dechová cvičení nebo zpěv pomáhají posilovat funkci dýchacích orgánů (pacienti připoutaní na lůžko, astmatici apod.).

### 5.3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Pacienti v lékařských zařízeních kromě jiného potřebují emocionální a sociální podporu. Většinou se jedná o:

- normalizování lékařského prostředí (zpříjemnění);
- snížení strachu a úzkosti pacienta;
- pokračování kognitivního a sociálního vývoje;
- akceptace trvale narušeného zdravotního stavu a omezení, která z něj vyplývají;
- zvýšení motivace a participace v procesu léčení;
- pomoc rodině přizpůsobit se situaci;
- naučení se strategiím zvládnání situací;
- zvyšování fyzické aktivity;
- přijetí vlastní smrtelnosti;
- zvýšení schopnosti sebevyjádření;
- možné cesty vyjádření frustrace;
- nabídnutí emocionální podpory.



Aktivity využívané k dosažení těchto cílů mohou zahrnovat: hudební poslech, „Řízenou imaginaci a hudbu“, „Vibroakustickou terapii“, aktivity Orffova Schulwerku, skupinovou a individuální improvizaci, hudební/rytmické hry, pohyb k hudbě, zpěv, hraní na hudební nástroje, hudební kurzy, vytváření hudebních skupin, rozborů textů písní, kreativní skládání, hudební relaxace, cvičení při doprovodu hudby, účast v hudebních/divadelních hrách, produkci hudebního videa apod. Veškeré zákroky, které muzikoterapeut provádí, by měly být prodiskutovány v odborném týmu a zaznamenány v dokumentaci každého pacienta.

## 5.4 MUZIKOTERAPIE V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH MEDICÍNSKÉ PÉČE

---

Pro vytvoření představy o možnostech aplikace hudby v některých medicínských oborech zde použijeme ukázkou z metaanalýzy Cheryl Maranto<sup>7</sup> (in Heal, Wigram, 2003), která uvádí jednotlivé způsoby využití hudby v medicíně (s výjimkou psychiatrie) následovně:

**Chirurgie a traumatologie:** poslech hudby snižuje hladinu stresových hormonů a úzkost, eliminuje vedlejší účinky medikace, snižuje srdeční pulz, stabilizuje krevní tlak, redukuje pooperační bolest a potřebu anestetik, podporuje proces uzdravení.

**Porodnictví:** receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují bolest, strach a úzkost, snižují délku porodu i subjektivní vnímání délky porodu, slouží pro zaměření pozornosti (v rámci Lamazeho technik) a regulaci dýchání, podporují pozitivní prožitky po narození dítěte, zvyšují pohodlí a pocity spokojenosti novorozence, ovlivňují dilatační dobu.

**Neonatologie:** poslech hudby pomáhá zvyšovat přírůstek váhy a stabilizovat pohyby dítěte, snižuje podrážděnost, pláč a stres dítěte, pomáhá při krmení a respiraci (zvyšuje hladinu kyslíku), stimuluje vývoj, snižuje délku hospitalizace.

**Pediatric:** receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují úzkost, odstraňují symptomy stresu, usnadňují komunikaci s dítětem a zjišťují informace ve vztahu k nemoci, pomáhají rodinám s potížemi, které jsou spojeny s onemocněním dítěte.

**Fyzioterapie:** receptivní a aktivní hudební zkušenosti strukturují rytmické pohyby, zlepšují motorické funkce, posilují požadované pohybové vzorce, snižují svalovou tonizaci, zvyšují motivaci pro terapii, podporují efektivitu akupunktury.

**Pneumologie:** receptivní a aktivní hudební zkušenosti zlepšují respiraci a vitální kapacitu, redukuje úzkost spojenou s medicínskými procedurami (např. bronchoskopie).

---

<sup>7</sup> V přílohách nabízíme pro srovnání a doplnění informací systematizaci a popis muzikoterapeutické praxe v různých oblastech medicínské péče, který vznikl na základě jiné známé metaanalýzy od Jayne Standley.



**Onkologie:** receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují bolest a úzkost, pomáhají odvrátit pozornost od nemoci, pomáhají vyjádřit pocity ve vztahu k nemoci, rozvíjejí pocit kontroly a snižují bezmocnost, pomáhají pacientům vyrovnat se s následky nemoci a procesem umírání, pomáhají rodinám pacientů se zvládnáním potíží spojených s onemocněním.

**Zvládnání stresu a bolesti:** receptivní a aktivní hudební zkušenosti ovlivňují fyziologické a psychologické faktory (krevní tlak, svalové napětí, hormonální regulaci, seberegulaci), prohlubují relaxaci, snižují stížnosti pacientů na bolest, zvyšují toleranci vůči bolesti, snižují požadavky na medikaci.

**Ošetřovatelství:** receptivní a aktivní hudební zkušenosti snižují úzkost, bolest a pocity nepohodlí, rozvíjejí pocit kontroly, pomáhají odvrátit pozornost od nemoci, zvyšují kvalitu okolního prostředí a celkové péče, zlepšují náladu.

V úvodu kapitoly jsme poukázali na význam psychosomatické medicíny, která umožnila akceptaci muzikoterapie v různých medicínských oborech. Dále jsme se zabývali fyzickými a psychosociálními potřebami klientů a možnostmi jejich uspokojení. Díky poznatkům z psychosomatiky víme, že tyto potřeby nelze oddělovat, neboť somatická i psychická oblast spolu úzce souvisí. Na příkladech využití hudby v jednotlivých oborech medicínské péče jsme mohli vidět, že muzikoterapie působí uceleně na osobnost klienta a dotýká se širokého spektra terapeutických cílů.

## 6. CELOSTNÍ PŘÍSTUP V MUZIKOTERAPII

*Tomáš Procházka*

Předchozí kapitoly představily specifika muzikoterapie z hlediska některých oborů pomáhajících profesí. Cílem této kapitoly je charakterizovat celostní přístup a následně jej promítnout do oblasti muzikoterapie. Východiskem k tomu bude především osobní zkušenost a vlastní muzikoterapeutická práce<sup>8</sup>.

Celostní přístup dnes nevnímáme jako samostatný obor nebo terapeutický model. Jedná se o **interdisciplinární pojetí**, které do své teorie i praxe integruje zkušenosti z mnoha různých oblastí. Jak dále uvidíme, i v muzikoterapii máme na mysli spíše filozofické východisko, které propojuje její specifika v dílčích oblastech a nabízí zastřešující pohled na poskytovanou péči v kontextu celkové situace klienta.

### Historický kontext

V historickém kontextu využití zvuku a hudby, v cílené snaze působení na člověka, můžeme po dlouhá staletí vnímat důraz na propojení fyziologické, psychické a sociální roviny. Platí to v oblasti teorie (filozofického přístupu) i praxe.

Ukázkových příkladů bychom našli dlouhou řadu. Celostní charakter mají již rituály různých kmenů – hudba zde bývá zpravidla nosným prvkem celkového působení a prožívání v úzkém spojení s faktory dalšími (tancem, pohybem, vztahovými rolami, popřípadě využitím katalyzátoru v podobě psychotropních látek). V asijských duchovních a medicínských systémech je hudba považována za jednu z nejvýznamnějších duchovních aktivit a vlivu zvuku a hudby je široce a cíleně využíváno. Výjimkou nejsou ani muzikoterapeutické koncepty Pythagora nebo Aristotela zdůrazňující propojení psychické a somatické dimenze lidského organismu a integrující možnosti působení hudby v tomto směru.

Celostní a narativní (příběhový) přístup byl součástí medicínského myšlení jako celku od počátků lidstva. Teprve pro tři poslední staletí je v terapeutické a medicínské teorii a praxi charakteristický odklon od zmíněného celostního náhledu k důrazu na analýzu. Souvisí to s prudkým rozvojem vědy na přelomu 17. a 18. století, s důrazem na dualistickou exaktní racionalitu vnímající otázky týkající se zdraví a nemoci člověka jako problematiku „rozumného stroje“. Na jedné straně tento mechanistický výklad vedl k prudkému rozvoji vědy, na straně druhé jednostranný důraz na somatické a fyziologické jevy od počátků narážel v medicínské praxi na své limity.

Především praktické klinické zkušenosti postupně vedly k opětovnému zájmu o psychologické a sociální faktory. Termín psychoterapie prý použil Hippolyte Marie Bernheim již v roce 1881 a na začátku minulého století vznikla tzv. psychosomatická

<sup>8</sup> Pro vymezení celostního přístupu jsem výraznou měrou čerpal z publikovaných zdrojů a přednášek Radkina Honzáka, Zdeňka Neubauera, Vladislava Chvály a Ludmily Trapkové.

medicína zabývající se složitostí vztahu mezi tělesnými pochody a psychickými procesy. Celostní přístup považujeme za současnou fázi vývoje psychosomatického přístupu – podrobněji se vývojem od biomedicínského pojetí až ke vzniku celostního přístupu zabývá příloha E.

Přesto je realitou, že dodnes medicína a celá pomáhající sféra upřednostňuje především ono „bio“ na úkor ostatních, hůře zkoumatelných faktorů. Zásadní vliv na pokračující nerovnováhu mají především mocenské a ekonomické tendence v medicíně a pomáhající oblasti, kterým vyhovuje pasivní role klienta. V našich podmínkách hrála negativní roli i skutečnost, že totalitní moc měla k psychologickým a sociologickým oborům obranný a nedůvěřivý postoj a tyto obory byly po desetiletí odsunovány na hranici legality.

Navzdory těmto důvodům, které popisují současnou situaci a tendence „středního proudu“ pomáhající sféry, se stále více praktiků a teoretiků přiklání zpět k tradičnímu pojetí příběhové a celostní medicíny. V odborných kruzích, napříč obory, je stále více zdůrazňována nutnost a užitečnost vnímat věci v kontextu a souvislostech. Hlas volající po návratu k vnímání člověka v jeho celistvosti, ke snaze porozumět celku a zachytit tvar, k důrazu na syntézu a odpovědnost člověka v roli pomáhajícího i ohroženého.

## 6.1 VÝVOJ PŘÍSTUPU K NEMOCI V ČASE A KONTEXT VZNIKU CELOSTNÍHO PŘÍSTUPU

V této kapitole zmapujeme současné trendy v pomáhajících profesích a jejich filozofické zázemí v kontextu celostního přístupu. Celostní pojetí je vedeno snahou o syntézu nesprávně oddělených pohledů a přístupů – ke škodě klienta. Pokouší se nahlížet na člověka z hlediska jeho nedělitelné **biopsychosociální jednoty** (někteří autoři v případě celostního přístupu uvádějí ještě čtvrtou rovinu, kterou je rozměr transcendentální). Klade z tohoto důvodu velký důraz na kontext života, jeho mnoho-  
vrstevnatost.

Celostní přístup nevymezuje lidské zdraví absencí nemoci, ale naší schopností milovat, žít ve vztazích, smysluplně pracovat, uspokojovat přirozené potřeby a naplňovat příležitosti, přijímat odpovědnost za své skutky. Pro celostní přístup v terapeutické praxi je v současnosti charakteristická snaha o systemické myšlení, neexpertní pozici pomáhajícího a filozofické zázemí v teorii radikálního konstruktivismu.

### 6.1.1 SYSTEMICKÝ PŘÍSTUP

V současnosti je to jeden z hlavních trendů v humanitních vědách. Snaží se vnímat a zaměřit se na kontext věcí a dějů. V terapii je důležitý příběh a vztahová síť klienta. Systemický přístup vychází ze zkušenosti, že ve složitějších systémech lineární kauzality nefungují (jednoduchá schémata příčina – následek), ale že věci do sebe zapadají a vzájemně se ovlivňují.

V terapii se klient snaží porozumět své situaci, svým potřebám, svému příběhu a dostat se do role pozorovatele. Systemický přístup pracuje s narativní (příběhovou)

zkušeností člověka, která je odlišná od zkušenosti historické. Ptáme-li se na narativní pravdu, není podstatné, jak to tehdy ve skutečnosti bylo, ale jak tomu dnes rozumíme, co to pro nás znamená a jaký význam tomu přisuzujeme.

Problém je vnímán jako magnet, ke kterému jsou „poutáni“ různí lidé – všichni jsou v problému zaangažováni a tvoří síť. Hledáme-li řešení užitečné pro všechny, musíme pracovat s celou sítí. Přejde-li do terapie závislý nebo depresivní klient, vnímáme jeho problém jako symptom vztahující se k celé vztahové síti klienta a společně pátráme, jaké má v systému místo. Nehledáme vinu, jednoduché odpovědi a klíče. Pomocí cirkulárních otázek se zaměřujeme na kontext situace a snažíme se společně s klientem tento kontext nahlédnout a pochopit. Takový proces dává klientovi možnost se svobodně rozhodovat a převzít odpovědnost do svých rukou.

Pro terapeuta je z hlediska systemického přístupu důležité zachovat si vlastní neutralitu (z hlediska stranění všem, nebo přesněji angažování se se všemi). Neexistuje žádná předem daná pravda. Pravda je podmíněná způsobem života, naší interakcí s prostředím, příběhem, zkušeností. Poznání dává člověku návod, jak v daném prostředí žít. Prostřednictvím poznání konáme, skrze konání poznáváme a vytváříme si tak svůj vlastní svět. Systemický přístup umožňuje chápat lidi jako autonomní a neinstruovatelné bytosti (živý svět se nedá instruovat, protože nevíme, jak zareaguje).

Hledat objektivní pravdu může být stejně pošetilé jako rozsoudit, který zpěvák lépe zpívá. Na to se nedá odpovědět. Hodnocení je subjektivně dáno vkusem, názory, potřebami, kritérii vnějšího pozorovatele. Terapeut by neměl prosazovat svoje vidění, jak by měl klient fungovat. Nejde nám o hledání daných pravd, ale pomáháme hledat to, co je pro klienta užitečné.

Systemická terapie se hlásí k teorii poznání – realita je podle ní sociální konstrukcí, vnější svět naším poznáním neodhalujeme, ale na základě předchozích zkušeností interpretujeme a vytváříme. Zásadní vliv na vývoj a proměnu našich příběhů ve vnějším světě má jazyk (v širším slova smyslu). Vyprávěním člověk přiděluje určitým událostem význam a sdílením vlastních příběhů s druhými pozměňuje a znovuutváří jejich podobu.

## 6.1.2 RADIKÁLNÍ KONSTRUKTIVISMUS

Součástí moderních dějin lidstva i jeho současnosti je stále se zrychlující informační exploze ve všech oblastech lidské činnosti. Dominantní pozitivistické objektivistické vědecké dogma je založeno na víře, že vědecké popisy a výklady se přibližují (nebo by se měly přibližovat) struktuře objektivní reality, o níž se předpokládá, že existuje jako taková, bez ohledu na pozorovatele (Neubauer, 1991). Vývoj teorie poznání tento předpoklad vyvrací a před více než třiceti lety vědci došli k přesvědčení, že tzv. objektivní poznání je nemožné. Množství vědeckých konceptů a teorií stále roste a tvoří širokou a různorodou paletu obrazů popisujících vnější svět. Slovy Gregoryho Batesona: „Budeme se muset patrně naučit žít s poznáním, že existuje více světů, které se vzájemně neprolínají, nevyklučují, nejvyš mohou na sebe poukazovat. Neexistuje univerzum, k jehož poznání směřujeme, nýbrž multiverzum.“

Směru, který se v interdisciplinárním dialogu snaží formulovat empiricky fundovanou alternativu vědeckého pozitivismu a objektivismu, se říká radikální konstruktivismus. Jedná se vlastně o nástin konceptu života a bytí, se kterým přišel v 70. letech minulého století chilský profesor fyziologie a biologie Humberto Maturana.

Jeho výzkumy velmi úzce souvisejí s prací mnoha dalších známých odborníků z různých oblastí, například světoznámého amerického biologa a antropologa Gregoryho Batesona, zakladatele kybernetiky Norberta Wienera, amerického systémového teoretika Jaye Wrighta Forrestera, anglického psychiatra Williama Rosse Ashbyho nebo původem rakouského psychologa Paula Watzlawicka. U nás se podrobněji touto teorií zabývali biolog a filozof Zdeněk Neubauer a filozof a matematik Jiří Fiala.

Ideje radikálního konstruktivismu jsou ovlivněny celou řadou dalších současných teorií a výzkumů – například kybernetikou 2. řádu, teoriemi sebevytváření, sebeorganizace, sebevztáženosti. Tyto práce přinesly převratné úvahy pro teorii poznání a mnohé obory (včetně oborů v pomáhající oblasti) formulují na základech radikálního konstruktivismu nové koncepce svých disciplín (Chvála, 1993).

H. Maturana vychází důsledně z výsledků praktických výzkumů fyziologie vnímání. Na základě pokusů dospěl k názoru, že mozek není žádným světu otevřeným reflexním systémem, nýbrž systémem funkcionálně uzavřeným, který rozumí jen své vlastní řeči a operuje jen svými vlastními stavy. Z toho vyplývá, že organismus svou fyziologickou a funkcionální povahou vytváří svůj vlastní svět, a nikoliv svět „takový jaký je“.

Například vezmu-li do ruky kámen velikosti své pěsti, mohu jej na základě své vlastní zkušenosti vnímat jako malý, chladný, světlý, krásný, drsný. Jiný člověk by tentýž kámen mohl popsat jako velký, ošklivý, oblý, šedivý.

Do vnímání světa kolem nás vkládáme svoji zkušenost, svůj vlastní, námi vytvořený svět, v němž žijeme, tím, že žijeme (Maturana, 1982). V dětství naše vnímání světa ovlivňuje především svět a jazyk našich rodičů. Oni nám říkají, co je dobré a co je špatné, hezké a ošklivé, co je žádoucí a co nebezpečné.

Jak jsme již v definování systemického přístupu zdůraznili, hlavním nástrojem uchopování světa a konstruování vlastní reality je náš jazyk. Jazyk nám umožňuje polidštění, je základním kulturním, civilizačním prostředkem a díky němu se vyrovnáváme s komplexitou světa. Konstruktivistické myšlení je možné popsat jako schopnost skrze jazyk redukovat komplexitu světa na zážitek, tedy představu vnější reality (zprostředkovává kontakt mezi vnitřním a vnějším světem). Jazyk nám umožňuje získané naučené zkušenosti abstrahovat, třídít, pojmenovávat, sdílet s druhými a dědit na další generace. Se slovem vzniká virtuální realita lidské existence, mýtotvorné prostředí člověka, svět k uvěření (Chvála, Trapková, 1996). Svět klienta je sebeutvářející, vzniká a potvrzuje se vyprávěním. Nelze s tímto světem zacházet jako s objektivně, nezávisle existujícím a současně mu porozumět. Mohu se pouze vnořit do situace spolu s klientem – navázat dialog.

Tento nový pohled otevírá nečekané možnosti teoretické, ale i terapeutické. Vědomí subjektivní závislosti našich konstrukcí skutečnosti může vysvětlit naše úspěšné

jednání v sociálně přijatém a zdánlivě objektivním fyzikálním světě a poukazuje na plnou odpovědnost za přírodu, vlastní zdraví a sociální prostředí, v nichž žijeme.

### 6.1.3 NEEPERTNÍ PŘÍSTUP

Základním postojem terapeuta z pozice neexpertního přístupu je snaha o partnerský a otevřený vztah. Terapeut nemá lepší vidění světa než klient. Expertem na svůj život je klient sám. V setkání jsme tedy oba experti a nástrojem terapeutické pomoci je dialog, spolupráce, setkání. K tomu je nutné dodat, že pomáhající role zahrnuje vždy potenci vlivu a moci (a pokusení tuto moc zneužít). Z tohoto důvodu neexpertní přístup zdůrazňuje odpovědnost pomáhajícího za proces terapie a jeho etické hranice. Vychází z nutnosti respektu ke klientovi a jeho pojetí světa. Pozice pomáhajícího není nadřazená ani manipulativní, podporuje autorství lidí v jejich příbězích a umožňuje jim přebírat odpovědnost orientovanou nikoli do minulosti, ale do budoucnosti (Špitz, 2004).

Neexpertní přístup není zpochybněním důležitosti odborné přípravy a kompetence. Vzdělání, výcviky, životní zážitky a poznání, naše vidění a vnímání světa, to je výbava, o kterou se opíráme. Jsou dvě podoby zkušeností – sdílené a osobní. Teoretické koncepty, metodiky, metafory jsou sdílenou zkušeností, zkušenost osobní získáváme praxí. Jedny přecházejí v druhé. Pokud nás teorie, metafora osloví, sdílený obraz zvnitřníme, a následně tak inspiruje a strukturuje naši práci s klientem. Někteří z nás takto nabytou osobní zkušenost opět uspořádají do nového obrazu (teorie) a nabídnou ji znovu ke sdílení. Nekonečný příběh.

Smyslem terapie je prostřednictvím záměrného setkávání (bezpečného společenství) navodit změnu (Chvála, Trapková, 1994), předat klientovi něco ze své zkušenosti (zkušenost je koneckonců tím, pro co si klient většinou přichází, když mu jeho vlastní nestačí). Vzájemný dialog mezi klientem a terapeutem posouvá klientovu zkušenost, rozšiřuje vnímání světa. Teoretické koncepty, metodiky, metafory nám dovolují chodit zkratkami. Zároveň umožňují určitý úhel pohledu, dávkování terapie a ochranu terapeuta (Balint, 1980). Je pozitivní, když zvolený nástroj přináší pacientovi úlevu a navíc usnadňuje terapeutovi přehlednost „operačního pole“. Technický postup by však měl zůstat sekundární. Sebedokonalejší a preciznější postup bez vztahové angažovanosti, laskavosti a respektu ke klientovi by znamenal velmi málo pro dobrou terapii. Jsme-li příliš poutáni teorií nebo metaforou, tím méně vidíme skutečného člověka před námi (Chvála, 2005). Čím více je obraz v pozadí, čím méně poutá naši pozornost, tím spíš jsme tady a teď s člověkem, který za námi přišel (z tohoto důvodu je při vzdělávání v oblasti psychoterapie kladen největší důraz na sebezkušenostní rovinu výcviku). Je mnoho metafor, které vystihují skutečnost, že jádro dobré terapie má především rozměr vztahový a etický. Velmi výstižné je pojmenování Jaroslava Skály. Podle něho je pro smysluplnou terapii zásadní „vztah, umění naslouchat, umění přenášet motivaci na stranu klienta, sebezpoznání, sebezpřijetí a pokora terapeuta“.

Neexpertní pozice pomáhajícího je založena na ochotě k dialogu. Celostní kultura stojí na týmové spolupráci, partnerství, dialogu, bezpečí, vztazích v síti (podle systemického principu, že dva názory, úhly pohledu jsou vždy cennější než jeden). Hierar-



chie zvyšuje úzkost a nutnost obran, blokuje volnou komunikaci a polidštění vztahu. Celostní přístup je pokus o návrat k prostému řádu věcí. Vybízí nás k tomu, abychom přestali brát pacienta jako objekt naší péče, a dává nám možnost se jeden před druhým obnažit, nestydět se za to, že něco víme nebo nevíme, a volně a bezpečně o tom mluvit (Moss, 2006). Hledání kontextu, snaha zachytit celek a tvar zároveň vytvářejí neustálý tlak na osobní rozvoj, odpovědnost, zralost a kompetenci pomáhajícího.

## 6.2 CELOSTNÍ PŘÍSTUP V MUZIKOTERAPII V KONTEXTU VÝVOJE SOUČASNÉ PSYCHOTERAPIE

V současnosti existují desítky muzikoterapeutických škol a přístupů. Hledat teoretické ukotvení pro množství různorodých konceptů hlásících se k muzikoterapii je velmi obtížné. Toto široké pole sdílených zkušeností lze strukturovat jistě mnoha způsoby (tato kniha jako celek je jedním z nich). Přes určitou míru zjednodušení budeme v této kapitole celostní přístup v muzikoterapii mapovat na pozadí vývoje v oblasti psychoterapie. Většina současných muzikoterapeutických konceptů se hlásí nebo je v teoretických děleních přiřazována k jednotlivým základním proudům v psychoterapeutické oblasti (tedy k přístupům psychodynamickým, behaviorálním, kognitivním či humanisticky zaměřeným). Zároveň to považujeme za nejlepší způsob, jak současnou pozici celostního přístupu v oblasti muzikoterapeutické teorie a praxe srozumitelně popsat.

Celostní přístup v psychoterapii je v kontextu moderní psychologie a psychoterapie spřízněný s **existenciálním trendem**, který vznikl v 50. letech minulého století, jednak jako reakce na redukcionismus Freudova psychoanalytického přístupu a jednak jako snaha aplikovat filozofické koncepty v klinickém výzkumu člověka (Yalom, 2006). Tento existencionální proud netvoří žádnou ucelenou ideologickou školu (mezi jednotlivce spojované s tímto proudem patří například Ludwig Binswanger, Roland Kuhn, Medard Boss, Viktor Frankl), spojuje ho však jeden zásadní bod. Terapeut musí přistupovat k pacientovi fenomenologicky. To znamená, že musí vstoupit do pacientova prožitkového světa a naslouchat jazyku tohoto světa bez předsudků. Jak řekl L. Binswanger: „Neexistuje jeden prostor a čas, ale tolik prostorů a časů, kolik je subjektů.“

V kontextu vývoje v oblasti psychologie a psychoterapie v USA je celostní přístup spřízněný s **humanistickou psychologií**, která vznikla jako reakce na skutečnost, že hlavní přístupy v polovině minulého století, behaviorální a analytická škola, vylučují některé důležité fenomény, jež dělají člověka člověkem, například svobodná volba, hodnoty, láska, tvořivost, sebeuvědomění, odpovědnost, smysl života. Humanistická psychologie a psychoterapie, která se někdy popisuje jako třetí síla v oblasti psychologie, se stala v Americe významnou organizací a v dalších desetiletích zahrnula velké množství různých škol, vedle celostní medicíny například gestalt terapii, transpersonální terapii, psychosyntézu, existencionální psychoterapii.



Zúžíme-li pohled na oblast muzikoterapie, je situace velmi analogická. Ani zde, pokud hovoříme o celostním přístupu, nemáme na mysli žádný konkrétní muzikoterapeutický koncept.

Ve skutečnosti se jedná spíše o to, že řada muzikoterapeutických konceptů k myšlenkám celostního přístupu odkazuje a zároveň stále větší množství terapeutů integruje myšlenky tohoto přístupu ve své muzikoterapeutické praxi.

Z obecně známějších autorů a konceptů uvádíme amerického muzikoterapeuta, teoretika a hudebního skladatele Stevena Halperna, který se hlásí k myšlenkám holistického přístupu. Dále Isabelle Frohne Hagermann a její model „Integrativní muzikoterapie“ vycházející z humanisticky orientovaného přístupu. Tato představitelka se hlásí k myšlenkám Hilarion Petzold, tedy ke gestalt terapii, a dále integruje myšlenky sociální psychologie, psychoanalýzy Sandora Ferencziho, psychodrama podle Jacobse Morena a pohybové kreace podle konceptu E. Gindlerové a M. Feldenkreise. Dalším příkladem vzdálenější „spřízněnosti“ je „Antroposofická muzikoterapie“, jejímiž zástupci jsou například Rite Jacobs, Anna von Lage a Maria Schüppel, odkazující k fenomenologickému konceptu Rudolfa Steinera.

Snaha o celostní přístup v muzikoterapii se odráží ve dvou základních rovinách:

- ve filozofii – jak o terapeutické práci přemýšlíme a jak se k terapii a klientovi vztahujeme;
- v samotném praktickém způsobu terapeutické práce – jaké terapeutické nástroje a jakým způsobem v terapeutickém vztahu využíváme.

Opakovaně se v textu vracíme k tomu, že podstatou terapie je **vztah**. Tomuto zásadnímu tématu chceme věnovat ještě trochu pozornosti. Abych mohl mít s klientem terapeutický vztah, potřebuji kontrakt. Dobrá terapie je tedy vždy cestou od kontraktu ke vztahu. Kontraktem je dohoda, společné pojmenování toho, co, proč a jak budeme dělat. V tomto směru vždy existuje část zjevná, vyřčená, pojmenovaná, a část skrytá. Smyslem kontraktování je dostat co nejvíce „nad hladinu“, zmenšit část skrytou. Jestliže na jedné straně terapeutický vztah vymezuje kontrakt, na straně druhé je to etický rámec. Etické hranice chrání před riziky, se kterými je pomáhající práce spojena. Tato ochrana se týká člověka v roli klienta i pomáhajícího (v terapii vždy hrozí záměna cílů a priorit – finance, erotizace vztahu, psychologické zisky pomáhajícího, důvěrnost informací, udržení hranic, nevyžádaná pomoc apod.). Práce založená na angažovaném vztahu vyžaduje průběžnou reflexi, rozvoj kompetence, důraz na dostatečnou ukotvenost pomáhajícího a respekt k vlastním potřebám.

### 6.3 UPLATNĚNÍ CELOSTNÍHO PŘÍSTUPU V MUZIKOTERAPEUTICKÉ PRAXI

V předchozích kapitolách bylo řečeno, že celostní přístup charakterizuje snaha o komplexní a zároveň jednotné působení na člověka. V centru naší pozornosti je člověk ve vztahovém kontextu, nikoliv konstrukt nemoci nebo problému. Zároveň jsme uvedli, že muzikoterapeutická praxe vychází z interdisciplinárního pojetí a snaží se o integraci často nesprávně a ke škodě klienta rozdělovaných pohledů, postojů a přístupů.

Vzhledem k těmto východiskům není muzikoterapie vycházející z celostního přístupu monoterapií, ale naopak vedle působení muzikoterapeutickými prostředky cíleně používá poznatky a postupy mnoha dalších metod a forem terapeutické práce (relaxační metody, abreakční techniky, pohybové aktivity, prvky arteterapie, působení vizuálních podnětů, verbální techniky, bazální stimulaci, tanec, dotekové techniky, reflexní terapie apod.). Zároveň se snaží v případech jiných způsobů podpory a práce s klientem integrovat muzikoterapeutické postupy a prvky v situacích, kdy to může být pro klienta výhodné a prospěšné (například při hydroterapii, rehabilitaci, u nepříjemných léčebných zákroků a podobně).

Muzikoterapie vycházející z celostního přístupu se pokouší o syntézu a při této snaze vždy riskujeme přílišné zobecnění nebo zjednodušení tam, kde není na místě. Na druhou stranu nám tato snaha sestavit celkovou mozaiku umožňuje nahlédnout smysl a tvar. Zásadní je to, aby snaha o syntézu neznamenal v žádném případě rezignaci na kompetenci a spoluzodpovědnost za terapeutický proces. Terapeut nezachraňuje klienta, ale vkládá moc do rukou klienta. Svoji kompetenci a angažovaností se ho snaží podpořit. Z tohoto důvodu je důležité popisovat, co s klientem děláme, usilovat o koncept a metodiku.



*Obr. 6 Tomáš Procházka (třetí zprava) v roli výcvikového lektora*

### 6.3.1 VLASTNÍ MUZIKOTERAPEUTICKÝ MODEL

V závěru kapitoly představím možnosti propojení celostního pojetí a muzikoterapeutické praxe na příkladu vlastního muzikoterapeutického modelu. V současné době jej praktikuji především jako součást své psychoterapeutické praxe. Stále však zůstává oblast, kde se věnuji muzikoterapii nejen jako jednomu z terapeutických nástrojů, ale jako metodě, která má své unikátní místo v podpoře klientů. Touto oblastí je ústavní péče. Je to forma pomoci velmi specifická. Klient je zde do velké míry mimo kontext běžného přirozeného života, často bez toho, že by si takový způsob života svobodně vybral. V posledních desetiletích se v této oblasti u nás mnohé změnilo. Ústavy jsou dnes humánnější, učí se respektovat práva a potřeby klientů, více se podporují neústavní formy podpory a péče. Přesto přináší tato forma pomoci řadu konfliktů vycházejících z rozporu mezi potřebami klienta a nároky skupinového života ústavní komunity. Zvláště je to výrazné v případech dlouhodobého nebo trvalého pobytu klienta v ústavní instituci, kdy ústav totálně supluje přirozené vazby a přirozenou vztahovou síť (vztahy existenciální povahy).

Prvním zařízením, se kterým jsem spolupracoval podle níže popsaného modelu, byl v roce 1993 Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově (tato úzká a intenzivní spolupráce trvá dodnes). V současnosti tento model využívá řada zařízení v České republice. Muzikoterapeutický proces byl v těchto zařízeních často jedním z podstatných faktorů vývoje instituce jako celku (muzikoterapie jako faktor změny).

Nyní se pokusím formulovat základní filozofická východiska a metodické principy tohoto modelu:

#### *Neexpertní přístup*

V naší práci se neexpertní přístup projevuje v mnoha rovinách. Prostředkem terapeutické pomoci je vztah. Pro naše klienty je důležité, aby byl relativně stálý a přiměřeně důvěrný a intenzivní. Nehledáme v řadách zaměstnanců erudovaného odborníka. Snažíme se, aby muzikoterapii mohl využívat při práci s klienty širší okruh lidí bez ohledu na pracovní role (psycholog, speciální pedagog, vychovatel, zdravotní sestra atd.). Hlavním kritériem jsou osobnostní předpoklady a motivace (vzdělání a dovednosti se na rozdíl od osobnostních předpokladů dají doplnit).

#### *Důraz na rovinu vztahu já – ty*

Pro terapeutický vztah je vedle pracovní roviny vztahu velmi důležitá i rovina osobní. Tato rovina je dána mírou blízkosti a neerotizující vzájemnou intimitou. Člověk, který se ocitá v ústavním zařízení, je vystaven riziku citové deprivace, která je dána neuspokojenou potřebou blízkosti, bezpečí, dotyku a emoční podpory. Z tohoto důvodu klademe velký důraz na individuální podporu, schopnost a ochotu se emočně vztahovat.

#### *Dobrovolnost a nedirektivní přístup*

Úspěch terapie je ovlivněn možností svobodné volby a mírou bezpečí v tomto smyslu. Tento princip se týká terapeuta i klienta. Muzikoterapii může dobře vykonávat jen ten, kdo je osobně motivovaný, ochotný k reflexi a dalšímu seberozvoji. Ve vztahu ke klientům klademe důraz na to, aby míra a způsob zapojení byly jeho svobodnou volbou. Muzikoterapie není výukou, zájmovým kroužkem ani hudební výchovou. Nabí-

zíme klientovi setkání, společný prožitek, bez tlaku na výkon a správnou reakci. Terapeut je zodpovědný za proces, nikoli za rozhodnutí klienta. Klient má právo odmítnout, nezapojit se, terapie založená na tlaku nefunguje. Úspěch terapie je závislý na naší schopnosti empatie a umění přenášet motivaci na stranu klienta.

V terapii proto usilujeme o partnerský, autentický vztah. To, že setkání probíhá nebo klient reaguje nestandardně, má v sobě často velký terapeutický potenciál a je důležitou informací. Zároveň terapeut zpravidla intervenuje ve chvíli, kdy aktivita jednotlivce je v konfliktu se zájmy skupiny nebo ohrožuje klienta samotného.

### ***Důraz na bazální potřeby***

Muzikoterapie je prožitkovou terapií a skvělým prostředkem k naplňování přirozených potřeb i potřeb vyplývajících z konfliktů ústavní péče. Náš koncept se snaží s těmito potřebami pracovat strukturovaně. Setkání začíná zpravidla **abreakcí** (často formou tzv. zvukového ventilu, pomocí spontánní hry na velké bicí nástroje), která je prostředkem pro uvolnění momentální zátěže. Postupným vývojem program směřuje k **relaxaci**, která tvoří druhý pól setkání.

Na cestě od abreakce k relaxaci využíváme širokou škálu dalších prvků. Jsou to dechová cvičení a hlasové techniky (mimo jiné pro emoční přeladění a zklidnění fyziologických procesů po abreakci), dotekové techniky (například reflexní terapie, masáže atd.), práci s Orffovými a etnickými nástroji (jako prostředkem pro sebevyjadřování a komunikaci), pohybové hry spojené s hudbou, harmonizační cvičení (pomocí *ocean drum*, vestibulárních cvičení ve spojení s hudbou atd.) i mnohé další prvky. Především v individuální formě muzikoterapie jsme do naší koncepce integrovali principy a techniky bazální stimulace a koncept něžného učení.

### ***Bezpečné prostředí***

Myslíme tím jednak etické ohraničení terapeutického vztahu (důvěrnost informací, snahu neublížit atd.) a také skutečný prostor, ve kterém se terapie odehrává. Vytvořili jsme originální koncept muzikoterapeutického ateliéru, který vychází z potřeb našeho způsobu muzikoterapeutické práce. Interiér pojmáme jako volný studiový prostor, bez prvků, které by poutaly klientovu pozornost a rušily vzájemný kontakt. Pomocí kvalitního, měkkého, na dotek příjemného koberce, stěn a podhledu vytvořeného z látek v neutrálních barvách je vytvořen kompaktní prostor navozující pocit bezpečí, měkkosti. Součástí ateliéru je dále kvalitní audiotechnika, reflektory umožňující pomocí rozptýleného světla měnit atmosféru místnosti a světelnou intenzitu, široký instrumentář hudebních nástrojů, relaxační a rehabilitační pomůcky, plocha na arteterapii.

Veškeré vybavení je v ateliéru umístěno tak, aby se stalo součástí vnitřního prostoru pouze ve chvíli, kdy se stává terapeutickým prostředkem. Funkční řešení dále zahrnuje zajištění cirkulace vzduchu, tepelného komfortu a akustické úpravy umožňující nerušené fungování ateliéru i okolí. Podoba, atmosféra ateliéru a zážitky spojené s terapií vytvářejí z prostoru místo, které samo o sobě vytváří pocit bezpečí a má v životě klientů své důležité místo. Specifickou součástí ateliérů pro individuální muzikoterapii je vibrační plocha umožňující vnímat zvuk a hudbu multisenzoriálně (což nabízí zajímavé možnosti např. při práci s klienty s pohybovým handicapem).

### ***Vnější podpora a supervize***

Neexpertní přístup je založen na ochotě k sebereflexi a seberozvoji. Lidé v muzikoterapeutickém týmu pracují pod průběžnou supervizí. Supervize slouží k bezpečné reflexi muzikoterapeutického procesu, monitorování zájmů klienta, k vnější podpoře lidí v pomáhající roli. Míru kompetence dále rozvíjíme pomocí tréninků a výcviků. Vzhledem k celostnímu pojetí naší práce je záběr vzdělávání velmi široký (vedle muzikoterapie např. bazální stimulace, alternativní komunikace, míčkování, masáže, arteterapie atd.).

### ***Integrace přístupů a nástrojů podpory***

Přestože náš muzikoterapeutický přístup tvoří svébytný metodický systém, nesnažíme se vybudovat uzavřený terapeutický koncept. Hledáme to, co je pro klienta užitečné. Využíváme různé formy muzikoterapeutické práce, pracujeme formou muzikoterapie individuální i skupinové. Při muzikoterapeutickém setkání využíváme aktivně instrumentální a hlasové techniky a zároveň pracujeme i s hudbou reprodukovanou. Tato hudba setkání strukturuje a podporuje jeho vývoj (který samozřejmě může terapeut ovlivnit), vytváří „prožitkovou vlnu“, vtahuje do hry a aktivity. V terapeutickém procesu integrujeme celou řadu dalších postupů, konceptů, terapeutických prostředků. V závěru bývá součástí muzikoterapeutických setkání prostor pro sdílení osobních témat. Prožitková terapie prohlubuje intimitu a pocit bezpečí, což vytváří důležitý prostor pro rozhovor o důležitých věcech.

### ***Důraz na kontext***

Náš zájem o klienta a jeho svět není ohraničený prostorem muzikoterapie. Zajímá nás klient jako takový, angažujeme se v jeho zájmu. Usilujeme o dialog s dalšími lidmi v pomáhajících rolích a pomocí spolupráce se snažíme podporovat práva a přirozené potřeby našich klientů. Usilujeme o partnerský přístup vycházející ze systemického náhledu.

Rozvoj muzikoterapie probíhal dlouhou dobu izolovaně v různých oborech pomáhajících profesí. Pro budoucí vývoj muzikoterapie je však nezbytná postupná integrace jednotlivých teorií, zkušeností a vytvoření koherentní metodologie oboru. K tomuto procesu již v některých zemích dochází.

Celostní přístup má díky své integrativní povaze jedinečnou roli v tomto procesu. Pro klienta je výhodné, pokud terapeut dokáže flexibilně reagovat na jeho rozmanité potřeby a měnící se požadavky terapie. Domníváme se, že v kontextu české muzikoterapie je důležitá také ta skutečnost, že celostní přístup má zde již řadu let své zázemí.

## 7. MUZIKOTERAPIE V NĚKTERÝCH ZEMÍCH

*Jiří Kantor, Jana Weber*

V první kapitole jsme popsali rozdíl mezi muzikoterapií jako disciplínou a muzikoterapií jako profesí. A ačkoliv základy muzikoterapeutické disciplíny se začaly formovat již před několika staletími, muzikoterapeutická profese se objevuje teprve v polovině 20. století, kdy vznikají první muzikoterapeutické asociace. Ch. Maranto (in Saperston, West, Wigram, 2000) dokládá k roku 2000 existenci muzikoterapeutických asociací ve více než 50 zemích. V 50. letech je to USA, Velká Británie a Austrálie, v 60. letech Holandsko, Argentina, Brazílie, Japonsko, Dánsko, Norsko a Uruguay, v 70. letech Izrael, Kolumbie, Francie, Finsko, Jižní Afrika, Kanada, Rakousko, Švédsko, Itálie, Nový Zéland, Portoriko a Španělsko, v 80. letech Belgie, Švýcarsko, Polsko, Skotsko, Maďarsko a Čína a na začátku 90. let Řecko a další země.

Hudba i terapie jsou fenomény hluboce zakotvené v kultuře. V mnoha zemích najdeme vlastní muzikoterapeutické tradice založené na lokálních zvycích, znalostech a sociálně-kulturním zázemí. Vznikají specifické muzikoterapeutické koncepce, nacházíme odlišně zaměřený výzkum. Každá země má možnost přispět a obohatit muzikoterapii o nové podoby.

Na mezinárodní úrovni vzrůstá potřeba vzájemné komunikace a kooperace mezi jednotlivými zeměmi, aby nedošlo k roztržičnosti a diskontinuitě vývoje muzikoterapie. Pro růst muzikoterapie je kontraproduktivní izolace jednotlivých zemí a odmítání jejich specifických kulturně daných tradic hudební léčby na mezinárodní úrovni. Proto jsou v první podkapitole nastíněny počátky vzniku mezinárodních institucí, které plní významnou úlohu pro vzájemný dialog. V druhé podkapitole sledujeme vývoj muzikoterapie a její specifika v jednotlivých zemích.

### 7.1 MEZINÁRODNÍ MUZIKOTERAPEUTICKÉ ASOCIACE A SDRUŽENÍ

Ve světě již několik desetiletí existují různé mezinárodní asociace a sdružení pro muzikoterapii nebo expresivní terapie. Pro českého čtenáře považujeme za nejpodstatnější představit *Světovou federaci muzikoterapie*, *Evropskou muzikoterapeutickou konfederaci* a *Evropskou asociaci studentů muzikoterapie*.



### 7.1.1 SVĚTOVÁ FEDERACE MUZIKOTERAPIE

*Světová federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, WFMT)* je nejvýznamnější mezinárodní organizace, která byla založena roku 1985 na 5. světovém muzikoterapeutickém kongresu v italském Janově. Jejím úkolem je:

- podporovat výměnu informací o muzikoterapii;
- pořádat mezinárodní kongresy;
- identifikovat rozdíly v pojetí muzikoterapie a rozlišovat specifika muzikoterapeutické teorie i praxe v jednotlivých zemích;
- rozvíjet mezinárodní spolupráci mezi muzikoterapeutickými asociacemi, muzikoterapeuty a příbuznými profesemi;
- rozvíjet povědomí veřejnosti o muzikoterapii;
- rozšiřovat počet odborných publikací o muzikoterapii;
- podporovat všechny aspekty muzikoterapeutického výzkumu;
- vytvářet doporučení pro muzikoterapeutickou praxi, vzdělávání a výcvik muzikoterapeutů, jejich etické chování, profesní registraci aj. (Světová federace muzikoterapie, 2007).

Prostřednictvím členství lze snadněji získávat aktuální informace o muzikoterapii, přístup na konference a světové kongresy, kontakty a možnost ovlivňovat mezinárodní vývoj muzikoterapeutické profese. Současný poradní výbor WFMT byl zvolen na 11. muzikoterapeutickém kongresu v Brisbane (Austrálie) roku 2005. Jeho prezidentkou je Petra Kern (tamtéž).

### 7.1.2 EVROPSKÁ MUZIKOTERAPEUTICKÁ KONFEDERACE

*Evropská muzikoterapeutická konfederace (European Music Therapy Confederation, EMTC)* byla založena roku 1990 jako fórum pro výměnu muzikoterapeutů v Evropě se záměrem podporovat vzájemný respekt, porozumění a výměnu zkušeností o muzikoterapii.

V květnu roku 2004 byl EMTC v Bruselu udělen oficiální status Evropské unie jako mezinárodní profesionální neziskové organizace. EMTC má své zákony a etický kodex. Její výkonnou moc tvoří administrativní infrastruktura, která se skládá z hlavního výboru a výborů zastupujících země severní, střední a jižní Evropy (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

EMTC sdružuje profesionální muzikoterapeutické asociace v jednotlivých evropských zemích a pomáhá rozvoji muzikoterapeutické praxe. V současnosti je členy EMTC 19 evropských zemí. Každá členská země má svého reprezentanta.

Jednou za tři roky organizuje EMTC evropskou konferenci. K současným aktivitám EMTC patří ustavení Evropského výzkumného registru<sup>9</sup> a Registru evropských muzikoterapeutů. Požadavkem pro zařazení do Registru evropských muzikoterapeutů

<sup>9</sup> Poslední přehledy Evropského výzkumného registru byly publikovány roku 2001 a 2004 a jsou dostupné na CD nosičích distribuovaných německou univerzitou Witten-Herdecke (viz [www.musictherapyworld.net](http://www.musictherapyworld.net)).



je bakalářské nebo magisterské vzdělání v muzikoterapeutickém programu schváleném EMTC (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

### 7.1.3 EVROPSKÁ ASOCIACE STUDENTŮ MUZIKOTERAPIE

*Evropská asociace studentů muzikoterapie (European Association of Music Therapy Students, EAMTS)* byla založena roku 2002. Vytyčila si tyto hlavní cíle:

- vytvářet rozsáhlou komunikační síť;
- organizovat a informovat o všech aktuálních událostech, sympoziích, konferencích apod.;
- organizovat studentská sympozia;
- podporovat muzikoterapeutické projekty;
- podporovat účast studentů na muzikoterapeutických výzkumech;
- medializovat mezinárodní projekty;
- finančně podporovat účast studentů na muzikoterapeutických kongresech;
- rozvíjet povědomí o muzikoterapii na mezinárodní úrovni (Evropská asociace studentů muzikoterapie, 2007).

Komunikace prostřednictvím EAMTS probíhá na několika úrovních:

- mezi studenty prostřednictvím půlročních setkání a fóra dostupného na internetových stránkách EAMTS;
- mezi školami prostřednictvím studijních výměnných pobytů;
- mezi profesionálními muzikoterapeuty a studenty prostřednictvím spoluúčasti na výzkumných projektech a programech;
- mezi profesionálními muzikoterapeuty a organizacemi, které mají zájem o spolupráci (tamtéž).

## 7.2 CHARAKTERISTIKA MUZIKOTERAPIE V NĚKTERÝCH ZEMÍCH

O vývoji muzikoterapie v některých zahraničních zemích se u nás zmiňují již dřívější publikace o muzikoterapii (viz Linka, 1997, Mátejová, Mašura, 1992). Ze současného pohledu však informace, které tyto publikace podávají, nejsou aktuální a úplné. Protože považujeme alespoň základní rozhled po zahraničních muzikoterapeutických systémech za důležitý předpoklad pro další rozvoj české muzikoterapie, rozhodli jsme se věnovat více prostoru tomuto tématu.

V následující kapitole si všimáme především počátků vývoje muzikoterapie jako novodobé profese, charakteristiky klinické praxe, vzdělávacích programů a činnosti nejvýznamnějších muzikoterapeutických asociací. Výčet zahraničních zemí jsme doplnili také stručným přehledem situace v České republice. Bližší informace o podobách muzikoterapie v jednotlivých zemích lze najít na stránkách internetového časopisu

*Voices* ve sloupku *Country of the Month*<sup>10</sup> nebo na internetových stránkách *Evropské muzikoterapeutické konfederace*<sup>11</sup>.

### 7.2.1 ARGENTINA

Argentinská muzikoterapie se dlouhou dobu vyvíjela izolovaně od ostatních muzikoterapeutických systémů v okolních zemích<sup>12</sup>. Její počátky spadají do 60. let 20. století, kdy byla založena první argentinská muzikoterapeutická asociace (viz dále). Roku 1967 otevřel **Rolando Benenson** studijní program v muzikoterapii na Salvadorské univerzitě. Tento kurz představoval jediný univerzitní program až do začátku 90. let. Koncepčně byla argentinská muzikoterapie v této době jednostranně ovlivňována psychoanalýzou.

Teprve v 90. letech se otevřel prostor pro prezentaci rozmanitých muzikoterapeutických přístupů. Do Argentiny byli pozváni mnozí hosté ze zahraničí, např. Edith Lecourt, Joseph Moreno, G. Di Franco, Lia Rejane Mendes Barcellos nebo Kenneth Bruscia (Ferrari, Sánchez, 2003). Tehdy také začalo studium muzikoterapie na univerzitách v Buenos Aires a Abeirta Interamericana. Argentinská muzikoterapie od té doby zaznamenala velké rozšíření teoretických a výzkumných studií. K nejznámějším autorům píšícím o muzikoterapii v Argentině patří Rolando Benenson, Carlos Fregtman, Rubén Gallardo, Diego Schapira, Mónica Papalía, Gustavo Gauna a Patricia Pellizari (tamtéž).

#### *Muzikoterapeutické organizace*

V současné době jsou v Argentině aktivní čtyři muzikoterapeutické asociace – dvě z nich s celonárodní působností. Roku 1966 zahájila svou činnost **Argentinská asociace muzikoterapie** (*Asociación Argentina de Musicoterapia*). **Asociace muzikoterapeutů Argentinské republiky** (*Asociación de Musicoterapeutas de la República Argentina*) vznikla zásluhou absolventů univerzitních muzikoterapeutických programů. V 90. letech k nim přibyla **Muzikoterapeutická asociace Neuquén** (*Asociación de Musicoterapeutas de Neuquén*) založená v Patagonii<sup>13</sup> a **Asociace muzikoterapeutů města Buenos Aires** (*Asociación de Musicoterapeutas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*), která vznikla jako odpověď na vládní požadavek za účelem podpory služeb muzikoterapeutů pracujících ve státních nemocnicích (tamtéž).

#### *Charakteristika klinické praxe*

V počátcích vývoje se argentinská muzikoterapie zaměřovala na práci s lidmi s tělesným a mentálním postižením a seniory. Rozsah klinické praxe se od té doby výrazně rozšířil. Mezi její hlavní oblasti patří psychiatrické, neurologické a neuromotorické poruchy, senzorická postižení, dětská onkologie, geriatric, paliativní péče, raná péče, poruchy závislostí, poruchy příjmu potravy a HIV syndrom. Muzikoterapeuti pracují

<sup>10</sup> Viz <http://voices.cz>

<sup>11</sup> Viz <http://www.musictherapyworld.de>

<sup>12</sup> K přičinám této izolace patří především diktátorský režim, který trval až do roku 1983.

<sup>13</sup> Nachází se na jihu Argentiny.

nejčastěji jako členové multidisciplinárního týmu v nemocnicích, psychiatrických léčebnách, školách (zde jsou zaměstnání obvykle jako učitelé hudební výchovy, protože pozice muzikoterapeuta ve školském resortu neexistuje), centrech rané intervence a v soukromých nebo státních organizacích zaměřených na práci s rizikovými skupinami populace (obdobu našich nízkoprahových center). Fenomémem posledních let je zakládání muzikoterapeutických institucí, které nabízejí pouze muzikoterapeutické služby.

Nyní je v Argentině zaměstnáno více než 2000 registrovaných muzikoterapeutů s velkou koncentrací v Buenos Aires. Jejich služby hradí zdravotní pojišťovny a různé zdravotnické instituce. Registraci muzikoterapeutů zajišťuje ministerstvo zdravotnictví každé provincie<sup>14</sup>. Pouze ve dvou z těchto provincií je muzikoterapii příznám profesionální statut srovnatelný s ostatními zdravotnickými profesemi (Ferrari, Sánchez, 2003).

## 7.2.2 AUSTRÁLIE

Muzikoterapie je v Austrálii respektovanou profesí s dlouhou historií. O vznik a rozvoj muzikoterapie v Austrálii se zasloužily především Ruth Bright a Denise Grocke<sup>15</sup> (Callaghan, 2002).

Na začátku 60. let 20. století vytvořila **Ruth Bright** muzikoterapeutické programy pro psychiatrické léčebny a napsala mnoho článků o muzikoterapii v psychiatrii a v psychogeriatrici. **Denise Grocke** absolvovala muzikoterapeutický výcvik na univerzitě v Michiganu roku 1969. Po návratu do Austrálie pracovala v psychiatrické léčebně v Melbourne a roku 1978 iniciovala vzdělávací program v muzikoterapii na univerzitě v Melbourne (tamtéž). Další muzikoterapeutické vzdělávací programy otevřely např. univerzity v Queenslandu, Sydney.

Mezi specifické muzikoterapeutické modely, jejichž výcvik je v Austrálii dostupný, patří „Řízená imaginace a hudba“ a „Kreativní muzikoterapie“ (Nordoff-Robbins). Výcvik v metodě „Řízená imaginace a hudba“ je součástí muzikoterapeutické přípravy na univerzitě v Melbourne. *Muzikoterapeutické centrum Nordoff-Robbins* vzniklo v roce 1977 a formální výcvik v tomto terapeutickém modelu začal roku 1994 (Muzikoterapeutické centrum Nordoff-Robbins, 2005).

### *Muzikoterapeutické organizace*

Od roku 1975 se datuje tradice každoročních muzikoterapeutických konferencí, které pomohly urychlit rozvoj australské muzikoterapie. Roku 1985 byla založena **Australská muzikoterapeutická asociace** (*Australian Music Therapy Association*). Tato instituce zahrnuje mnoho národních výborů, poradních a výkonných orgánů (Australská muzikoterapeutická asociace, 2004).

<sup>14</sup> Argentina je rozdělena do 24 provincií.

<sup>15</sup> R. Bright i D. Grocke se vystřídaly ve funkci prezidentek *Světové federace muzikoterapie*.

V Austrálii vycházejí tři pravidelné muzikoterapeutické publikace. Jedenkrát za rok je publikovaný *Časopis Australské muzikoterapeutické asociace (The Australian Music Therapy Association Journal)*. Tříkrát ročně vycházejí *Zpravodaj Australské muzikoterapeutické asociace (Newsletter of the Australian Music Therapy Association)* a *Fórum pro diskusi mezi registrovanými muzikoterapeuty (Network, A Forum for Discussion Among Registered Music Therapists)*. Webové stránky asociace ([www.austmta.org.au](http://www.austmta.org.au)) poskytují ucelený výčet výzkumů publikovaných australskými muzikoterapeuty.

### **Charakteristika klinické praxe**

Australští muzikoterapeuti jsou zaměstnáváni v nemocnicích, hospicích, speciálních školách, sanatoriích, komunitních programech, rehabilitačních zařízeních a v privátní praxi (Australská muzikoterapeutická asociace, 2004). Zásluhou D. Grocke se australská muzikoterapie blíží svým pojetím systému americké muzikoterapie. Ze specifických muzikoterapeutických modelů se zde provádí již zmíněná „Kreativní muzikoterapie“ a „Řízená imaginace a hudba“.

Pracovní podmínky muzikoterapeutů v Austrálii jsou srovnatelné s podmínkami pracovníků pedagogických nebo zdravotnických oborů. V roce 2001 bylo v Austrálii registrováno více než 160 muzikoterapeutů a vývoj muzikoterapie zde podle O'Callaghan slibuje perspektivní budoucnost (Callaghan, 2002).

## **7.2.3 BELGIE**

Ačkoliv najdeme v Belgii muzikoterapeuty pracující podle různých muzikoterapeutických přístupů, hlavní muzikoterapeutické programy jsou ovlivněny rovněž psychoterapií, především psychoanalýzou. Z muzikoterapeutických asociací zde působí *Profesionální asociace pro muzikoterapii* a *Asociace pro výzkum, vzdělávání a aplikaci muzikoterapie*.

### **Muzikoterapeutické organizace**

**Profesionální asociace pro muzikoterapii** (*Professional Association for Music Therapy*) byla založena roku 1998 v důsledku mnoha podnětů ze 4. evropského muzikoterapeutického kongresu, který se konal v belgickém městě Leuven (zakladateli asociace jsou Jos De Backer a Jan Van Camp). Asociace vznikla také jako odpověď na potřebu vytvoření registru muzikoterapeutů pracujících v Belgii. Členství v této asociaci znamená také členství v Evropské muzikoterapeutické konfederaci a je určeno pouze absolventům magisterských muzikoterapeutických studijních programů. V nedávné době měla asociace téměř 50 členů. BMT zastupuje své členy při jednáních s vládními institucemi, chrání a podporuje jejich profesní zájmy, uděluje doporučení týkající se muzikoterapeutické profese, dbá na dodržování etického kodexu a zajišťuje kvalitu muzikoterapeutických služeb. Dále publikuje půlroční zpravodaj, organizuje každoroční setkání muzikoterapeutů, pořádá workshopy a semináře, zajišťuje supervizi apod.

**Asociace pro výzkum, vzdělávání a aplikaci muzikoterapie** (ve francouzsky mluvící části Belgie) má tři hlavní cíle:

- poskytuje individuální i skupinovou muzikoterapii pro klienty s širokým pásmem specifických potřeb; teoretická orientace muzikoterapeutů vychází z přístupu R. Benenzona, P. Nordoffa a C. Robinse a E. Lecourt;
- podporuje muzikoterapeutické publikace, semináře a prezentace na klinikách, sociálních a školských zařízeních v Belgii a celé Evropě;
- vytváří a nabízí muzikoterapeutické kurzy a výcviky (Backer, Coomans, 2006).

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Jediné vládou uznávané muzikoterapeutické vzdělání v Belgii představuje od roku 1993 pětiletý magisterský program pod záštitou univerzity v Leuven (tříleté bakalářské studium probíhá již od roku 1985 na Lemmensinstituut, Leuven). Jak již bylo uvedeno, výcvikový program vychází z psychoanalyticky orientované muzikoterapie, aktuálně se z důvodů velké poptávky zvažuje také zařazení ortopedagogické muzikoterapie (viz příloha B). Součástí vzdělávacího programu jsou dva roky účasti v individuální a dva roky ve skupinové terapii. Čtyřikrát ročně zde pořádají kurzy a workshopy profesori muzikoterapie ze zahraničních zemí. Každoročně se koná, rovněž s hojnou účastí odborníků ze zahraničí, na problematiku výzkumu zaměřený kongres *Hudba a psychiatrie* (Backer, Coomans, 2006).

## **7.2.4 ČESKÁ REPUBLIKA**

Zatímco naše hudba proslavila Českou republiku po celém světě, jsou čeští muzikoterapeuti v zahraničí prakticky neznámí. A to navzdory skutečnosti, že zde působily takové osobnosti muzikoterapie, jejichž práce byla ve své době srovnatelná s působením mnoha významných muzikoterapeutů v zahraničí.

První vědecká zpráva o muzikoterapii u nás pochází ze 60. let od Engelsmanna a Študlara (Poledňák, 1984). Muzikoterapie se začala nejdříve využívat v Psychiatrické léčebně v Praze-Bohnicích, na Foniatrické klinice Miloše Seemana a na foniatrickém oddělení Logopedického ústavu v Praze pod vedením Františka Kábeleho (Šimanovský in Zeleiová, 2007).

Počátky české muzikoterapie jsou spojovány se jménem **Jitky Vodňanské**, která absolvovala na přelomu 60. a 70. let muzikoterapeutický výcvik u Christopa Schwabeho. Od roku 1972 se muzikoterapii soustavně věnovala v Protialkoholické léčebně v Praze u Apolináře při léčení alkoholiků a toxikomanů a později ve Středisku péče o mládež a rodinu (Mátejová, Mašura, 1992). V letech 1981–1986 vedla s Kamilem Kalinou a Jaroslavem Skálou muzikoterapeutickou výcvikovou komunitu akreditovanou pod psychoterapeutickým směrem SUR. Vývoj české muzikoterapie byl zásluhou Jitky Vodňanské a dalších psychoterapeutů dlouhou dobu ovlivněn psychodynamickými modely muzikoterapie. Nezávisle se v ČR vyvíjela antroposoficky orientovaná muzikoterapie, kterou zde představil **Josef Krček**. V současnosti se ojedinele setkáváme s některými zahraničními modely (např. „FMT-metoda“). Mnoho muzikoterapeutů využívá vlastní muzikoterapeutické metodiky.

Z bohatého spektra dalších osobností, které se významně zasloužily o rozvoj muzikoterapie, zde můžeme uvést pouze některé. V oblasti psychoterapie to byl Ferdinand Knobloch, Vladimír Mikula, Jitka Peřimovská nebo Jana Procházková. Jmenovat

můžeme dále Kamila Kalinu, Marinu Stejskalovou, Irenu Strossovou nebo Hanu Vyhánkovou. Muzikoterapií v rámci geriatrické péče se zabýval Miloš Vojtěchovský, v logopedii Iva Pelzová. V důsledku změn po roce 1989 vzrostl zájem o muzikoterapii v pedagogice a speciální pedagogice. Zde se můžeme setkat se jmény Jan Braunstein, Marie Břicháčková, Katarína Grochalová, Jiří Kantor, Matěj Lipský, Zdeněk Šimánovský a Zdeněk Vilímek. Rehabilitační muzikoterapii se věnuje Markéta Gerlichová (pacienti s poraněním mozku) nebo Jana Weber (psychiatrie).

Tomáš Procházka je zastáncem celostního přístupu v muzikoterapii. Spojením muzikoterapie a jógy se zabývá Ivo Sedláček, terapeutickým působením etnické hudby Vlastimil Marek a šamanským bubnováním Lubomír Holzer. Mnoha současným muzikoterapeutům pomohla rozvinout profesní kvality muzikoterapeutická praxe v Kojeneckém ústavu Thomayerovy nemocnice, kterou zaštiťuje Marcela Litovová.

Informace o některých osobnostech české muzikoterapie lze najít v publikacích Arneho Linky (1997) nebo Zlaticí Mátejevé (Mátejová, Mašura, 1992). V současné době je připravováno podrobnější pojednání o vývoji české muzikoterapie, které bude dostupné na .

### ***Muzikoterapeutické organizace***

První muzikoterapeutickou organizaci založili roku 1975 Jitka Vodňanská a Vojtěch Zappner pod názvem „Pracovní skupina pro muzikoterapii“ (při psychologické sekci Psychiatrické společnosti České lékařské komory). Na její činnost navázala roku 2003 „Sekce muzikoterapie a dramaterapie“, dnes pod názvem „Sekce muzikoterapie“ (při České psychoterapeutické společnosti). Josef Krček vedl řadu let „Sekci muzikoterapie České hudební společnosti“, která roku 2007 ukončila své působení. Roku 2008 vznikla Česká muzikoterapeutická asociace<sup>16</sup>. Ta by měla v budoucnosti plnit funkci zastřešující asociace pro muzikoterapeuty v České republice.

### ***Odborná příprava***

V České republice doposud schází mezinárodně akreditovaný vzdělávací program v muzikoterapii<sup>17</sup>. Na podzim roku 2008 však byl ukončen první běh dvouletého vzdělávacího programu edukační muzikoterapie na UK v Praze, který byl jako první plně akreditován pod MŠMT (zastřešující lektor je Matěj Lipský)<sup>18</sup>. Tento rok se otevírá další vzdělávací program se stejnou akreditací, a to na univerzitě v Liberci (zastřešujícím lektorem je Jitka Pejřimovská). Ostatní několikaseměstrální vzdělávací programy jsou akreditované pod pedagogickými fakultami některých našich univerzit.

Specifické požadavky na odbornou přípravu lze již během několika let očekávat také v oblasti zdravotnictví. Zde výše uvedené vzdělávací programy akreditované pod MŠMT patrně nebudou dostačující, pokud muzikoterapeuti neprojdou také psychoterapeutickým výcvikem. Proto se připravuje otevření muzikoterapeutické výcvi-

<sup>16</sup> Viz [www.musictherapy.cz](http://www.musictherapy.cz) nebo [www.muzikoterapie.info](http://www.muzikoterapie.info)

<sup>17</sup> Jediný mezinárodně akreditovaný vzdělávací program byl v minulosti dostupný na soukromém antroposofickém institutu *Musica Humana*, založeném roku 1998.

<sup>18</sup> Viz internetové stránky [www.muzikoterapie.eu](http://www.muzikoterapie.eu)



kové komunity akreditované pod psychologickým směrem SUR (vedoucí této komunity bude Jitka Vodňanská).

V důsledku odlišných požadavků na odbornou přípravu muzikoterapeutů ze strany obou ministerstev lze očekávat také v budoucnosti vytvoření dvojí profilace českých muzikoterapeutů. Zájemci se mohou s muzikoterapií seznámit rovněž prostřednictvím krátkodobých kurzů, které pořádají některé z výše uvedených osobností, institutů a organizací<sup>19</sup>.

### ***Muzikoterapeutické konference a publikační činnost***

Velmi podnětné pro sdílení zkušeností z oblasti muzikoterapie byly muzikoterapeutické konference konané v Českých Budějovicích (2004) a v Praze (2007)<sup>20</sup>. V květnu roku 2008 se uskutečnila pod záštitou *České muzikoterapeutické asociace* a katedry speciální pedagogiky na UK Praha mezinárodní konference *Music Therapy – Experience with Music*. Nejvýznamnějším hostem této konference byl Clive Robbins, spoluzakladatel muzikoterapeutického modelu „Kreativní muzikoterapie“.

V samotných počátcích publikační činnosti o muzikoterapii stál odborný časopis *Muzikoterapeutické listy*, který vydávala Pracovní skupina pro muzikoterapii (Vodňanská, Zappner). Tento časopis měl na svou dobu velmi dobrou odbornou úroveň. K pozdějším publikacím patří vysokoškolské skriptum *Úvod do muzikoterapie* (Pokorná, 1982), popularizační knížka s názvem *Kapitoly z muzikoterapie* (Linka, 1997), publikace *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie* (Šimanovský, 1998) a v zahraničí známá monografie o muzikoterapii a psychodramatu *Rozeznít svou vnitřní hudbu* (Moreno, 2004). S antroposoficky zaměřenou muzikoterapií seznamuje kniha *Muzikoterapie: terapie zpěvem* (Felber, Reinhold, Stückert, 2005). K nejnovějším titulům patří *Muzikoterapie* (Zeileiová, 2007) a *Musica Humana* (Krček, v tisku). Alternativní pohled na léčbu hudbou z hlediska *healing praktik* nabízí publikace *Léčení zvukem* (Garfield, 1997), *Léčivá síla hlasu* (Barraque, 1999), *Tajné dějiny hudby* (Marek, 2000), *Hudba jinak* (Marek, 2003), *Muzikoterapie: ladičky a léčení zvukem* (Romanowska, 2005) a *Muzikoterapie – léčivá síla hudby* (Halpern, 2005). Z oblasti slovenské léčebné pedagogiky jsou u nás známé publikace o muzikoterapii od Zlaticy Mátejové (Mátejová, Mašura, 1980, Mátejová, Mašura, 1992).

### ***Charakteristika klinické praxe a legislativa***

Muzikoterapie je tradičně aplikována jako součást pomáhajících profesí, nejčastěji psychoterapie nebo celkové péče ve zdravotnických, školských a sociálních zařízeních. Často se využívá u klientů s psychiatrickým onemocněním, mentální retardací a tělesným postižením, autismem, poruchami chování, psychogeriatrickými poruchami a u dětí v kojeneckých ústavech.

Muzikoterapie v České republice se teprve v posledních letech rekrutuje v samostatný obor. Pro jeho další vývoj bude nezbytná legislativní úprava a intenzivnější komunikace s muzikoterapeutickými organizacemi a instituty v zahraničí. Pro domácí muzikoterapeuty je tato situace velkou výzvou – domníváme se, že česká muziko-

<sup>19</sup> Zájemcům doporučujeme sledovat internetové stránky [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz).

<sup>20</sup> Konference s názvem „Setkávání muzikoterapie a dramaterapie“.



terapie prochází obdobím velkého rozvoje a v horizontu několika let může být seriózním partnerem ostatních evropských zemí.

## 7.2.5 DÁNSKO

Z historie dánské muzikoterapie můžeme uvést několik významných dat. V roce 1969 byla založena *Dánská asociace pro muzikoterapii*. První vzdělávací program, otevřený roku 1982 na univerzitě v Aalborgu, byl roku 1995 rozšířen na pětiletý výcvikový program zakončený magisterským titulem. Na jeho vývoji měli velkou zásluhu Inge Nygaard Pedersen, Benedikte Scheiby, Estrid Heerup, Lars Ole Bond a další (*Dánská asociace muzikoterapeutů*, 2007).

Tony Wigram se v dalších letech zasloužil o vznik mezinárodní *PhD výzkumné školy* na univerzitě v Aalborgu (*Evropská muzikoterapeutická konfederace*, 2007). Profesionální statut muzikoterapie v Dánsku zaštiťuje od roku 1992 *Dánská asociace muzikoterapeutů* a od roku 1998 také *Dánská asociace pro Řízenou imaginaci a hudbu* (*Selskab for GIM-Psykoterapi*).

### **Muzikoterapeutické organizace**

Z muzikoterapeutických organizací se na vývoji dánské muzikoterapie podílela *Dánská asociace muzikoterapeutů* a dnes již neexistující *Dánská asociace pro muzikoterapii*.

**Dánská asociace muzikoterapeutů** (*Musikterapeuternes Landsklub*, MTL) existuje ve své současné podobě od roku 1992. Jejími členy jsou graduovaní muzikoterapeuti (pouze z výcvikového programu v Aalborgu) a také studenti muzikoterapie (v roce 2007 měla 95 členů).

Výbor MTL obsahuje 6–7 členů, kteří zastupují různé regiony Dánska. Úkolem MTL je chránit zájmy dánských profesionálních muzikoterapeutů, zastupovat vládní politiku a rozvíjet etiku muzikoterapie. Aktivita asociace zahrnují:

- výroční dvoudenní setkání všech členů;
- schůzky výborů a lokálních skupin;
- národní konference (každé tři roky) pořádané ve spolupráci s *Dánskou asociací pro muzikoterapii*;
- publikace časopisu *Dansk Musikterapi*.

MTL je členem Evropské muzikoterapeutické konfederace i Světové federace muzikoterapie. Internetové stránky viz: [www.musikterapi.org](http://www.musikterapi.org)

**Dánská asociace pro muzikoterapii** (*Dansk Forbund for Musikterapi*, DFMT) z roku 1969 měla zásadní vliv na ustavení a dlouhou dobu také na rozvoj muzikoterapie v Dánsku. Sdružovala členy s multidisciplinární profilací (medicínské profese, speciální pedagogové, hudebníci, sociální pracovníci). Její aktivity byly převážně edukačního charakteru, kromě toho spolupracovala s jinými asociacemi a instituty. Činnost této asociace byla roku 2007 ukončena.

### **Charakteristika klinické praxe**

Dánští muzikoterapeuti nacházejí pracovní příležitosti především v oblasti psychiatrické péče, v institucích péče o děti, školách, stacionářích pro osoby s postižením, v paliativní péči, neurologické rehabilitaci, institucích pro uprchlíky a omezeně také v soukromé praxi (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007). Vzhledem k orientaci vzdělávacího programu vychází dánská muzikoterapie z psychodynamické a humanistické muzikoterapie s velkým důrazem na integrativní přístup. Ze specifických muzikoterapeutických modelů je zde nejrozšířenější „Řízená imaginace a hudba“.

### **Odborná příprava v muzikoterapii**

Již zmíněný vzdělávací program na univerzitě v Aalborgu přikládá stejnou důležitost akademickému studiu, osobnostnímu rozvoji, hudebnímu výcviku, klinickým dovednostem i výzkumné metodologii. Jeho nejdůležitější oblasti představují:

- **hudební dovednosti** – hudební a klinické přístupy k hlasové a nástrojové improvizaci a hře na klávesové nástroje;
- **sebezkušenostní výcvik** – individuální a skupinová terapie, klinické zkušenosti z různých institucí; součástí studia je jeden semestr práce pod supervizí;
- **teoretické základy** – hudební psychologie, obecná psychologie, teorie vědy a muzikoterapie (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

Dánská muzikoterapie má v porovnání s nevelkou rozlohou Dánska vysoký akademický statut. Roku 1998 obdržel první profesuru v muzikoterapii Tony Wigram a v roce 2006 Inge Nygaard Pedersen. Velký význam má nejen v kontextu dánské, ale také celosvětové muzikoterapie mezinárodní *PhD výzkumná škola* na univerzitě v Aalborgu. Jejím cílem je vzdělávat výzkumníky s dostatečnými klinickými, teoretickými i hudebními dovednostmi. Pořádá pravidelné kurzy, semináře a workshopy (Institut for Kommunikation, 2007).

## **7.2.6 FINSKO**

Muzikoterapie v severských zemích se v důsledku zeměpisné polohy vyvíjela dlouhou dobu izolovaně a nezávisle na mezinárodních impulsích. S prvními muzikoterapeutickými pokusy v některých psychiatrických léčebnách se lze setkat již na konci 60. let. V kontextu hudební psychoterapie jsou dominantní psychodynamické<sup>21</sup> a behaviorální modely. Od 80. let začala být oblíbená také humanisticky orientovaná psychoterapie (Erkkilä, 2002).

Kromě psychoterapeuticky orientovaných koncepcí zde najdeme specifické přístupy určené dětem i dospělým se zdravotním postižením. První kontakty zprostředkovala návštěva P. Nordoffa a C. Robbinse v 60. letech („Kreativní muzikoterapie“) a na začátku 80. let byla do Finska importována „FMT-metoda“. Pro handicapované osoby byl původně určen finský projekt obrázkových a symbolických not *Figure*

<sup>21</sup> Z psychodynamického zázemí vycházely také první dvě muzikoterapeutické disertace, jejižmiž autory byli Kimmo Lehtonen (1986) a Jaakko Erkkilä (1997).

*Notes*<sup>22</sup>. **Petri Lehtikainen**, otec finské muzikoterapie, se v posledních 20 letech zasloužil o rozvoj „Fyziokustické terapie“<sup>23</sup>.

### ***Muzikoterapeutické organizace***

Oficiální historie finské muzikoterapie začíná roku 1973, kdy byla ustavena **Finská společnost pro muzikoterapii** (*Musikterapiföreningen i Finland*). Se zavedením profesionálního edukačního systému v 80. letech přibyla mezinárodní komunikace a spolupráce. Díky těmto kontaktům byla roku 1997 pořádána 3. severská konference muzikoterapie na finské univerzitě v Jyväskylě (Erkkilä, 2002).

Finská společnost pro muzikoterapii funguje jako zastřešující organizace pro muzikoterapeutické aktivity ve Finsku. Přijímá za své členy také zájemce o muzikoterapii, kteří se nevěnují muzikoterapii profesně (Finská společnost pro muzikoterapii, 2005). Registrovaní muzikoterapeuti mají svou vlastní organizaci nazvanou **Asociace profesionálních muzikoterapeutů**, která byla založena roku 1989 (tamtéž).

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Během 90. let se ve Finsku značně zlepšil vzdělávací systém v muzikoterapii, proto rychle vzrostl počet kvalifikovaných muzikoterapeutů. Tradičně se většina profesionálních výcvikových programů nazývá „všeobecné programy“. Tyto programy se nesoustřeďují na žádný konkrétní terapeutický model nebo oblast muzikoterapie. Finský edukační systém má tři úrovně: úvodní předměty, odborné studium a magisterské studium. Po dosažení třetí úrovně se mohou studenti přihlásit na doktorské studium na univerzitě v Jyväskylě (Erkkilä, 2002). Díky členství v EU a globalizaci vzrůstá procento zahraničních studentů studujících ve Finsku muzikoterapii. Kromě všeobecných programů ve Finsku fungují také vzdělávací programy zaměřené na některé zvláštní muzikoterapeutické modely (např. „FMT-metoda“).

Trendem posledních let je ještě větší posun vzdělávacích programů směrem k psychoterapii (z legislativních důvodů, viz dále). Například v Oulu (Severní Finsko) vytvořili nový vzdělávací systém nazvaný hudebně-psychoterapeutický výcvik. Tento program akceptuje pravidla psychoterapeutických výcviků, zastřešující lektori musí být navíc psychoterapeuti. Na univerzitě v Jyväskylě byl zahájen projekt zaměřený na vytvoření doktorského muzikoterapeutického programu, který by byl společný pro všechny dostupné psychoterapeutické směry ve Finsku (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007). Novinkou výzkumných projektů je stále užší zaměření na společnost a sociální aspekty. To pomáhá získat muzikoterapii ve Finsku velkou podporu médií i veřejnosti (tamtéž).

V souvislosti se snahou o získání legislativního statusu zdravotnické profese byla ve Finsku roku 1998 ustavena organizace nazvaná *SUMUKE* – tým pro vzdělávání v muzikoterapii ve Finsku. Skládá se z vedoucích profesionálních vzdělávacích programů v muzikoterapii. Úkolem týmu je stanovit společná kritéria a základní principy

<sup>22</sup> Jeho autorem je Kaarlo Uusitalo. Původně měl tento projekt umožnit těžce mentálně postiženým osobám aktivně provozovat hudbu. Nyní se využívá také pro tělesně postižené, seniory, afatiky. Jako prostředek k vyjádření byl aplikován v nedávném projektu u skupin velmi malých dětí (3 roky i méně) s různým kulturním zázemím a traumatickou minulostí. Systém *Figure Notes* lze použít pro hru na keyboardy, bicí nástroje, kytary a basu.

<sup>23</sup> Finská obdoba „Vibroakustické terapie“.

pro muzikoterapeutické vzdělávání a projednávat edukační a profesní otázky s vládou a příslušnými organizacemi (Erkkilä, 2002).

### ***Charakteristika klinické praxe***

Většina muzikoterapeutů má ve Finsku soukromou praxi, část pracuje v psychiatrických léčebnách a v zařízeních pro handicapované osoby. Muzikoterapie je nejčastěji klientům hrazena ze sociálního pojištění na doporučení lékaře nebo jiného kompetentního odborníka (Erkkilä, 2002).

Od konce 90. let se začala rychle rozšiřovat klinická populace, které je muzikoterapie poskytována, např. děti a dospělí s psychiatrickým onemocněním, mentální retardací, neurologickými problémy, autismem, komunikačními a sensorickými poruchami, poruchami učení. Muzikoterapie je částečně využívána také ve fyzioterapii a paliativní péči (Finská společnost pro muzikoterapii, 2005). Současným trendem je poskytování muzikoterapie v rámci interdisciplinárního týmu (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

Ve Finsku je již několik let patrná snaha o začlenění muzikoterapie pod zdravotnické profese. Nyní se mezi nejpravděpodobnější řešení legislativní situace počítá připojení muzikoterapie k psychotherapeutickým směrům, a to i přes nejednotnost pohledů finských muzikoterapeutů na tuto problematiku. Začlenění muzikoterapie pod psychoterapii by mělo vliv na modifikaci vzdělávacích programů i stávající klinickou praxi (tamtéž).

## **7.2.7 FRANCIE**

Historie muzikoterapie ve Francii má úzké spojení s psychiatrií. Hlavní konceptuální orientace vychází z psychoanalýzy, dále z behaviorálních teorií a v nedávné době také z lingvistických a kognitivních teorií. Teprve v posledním desetiletí se výrazněji vyvíjejí modely intervence typické pro speciální pedagogiku (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

Kořeny vývoje soudobé muzikoterapie ve Francii sahají podle Edith Lecourt (2004) asi dvě stě let zpět a dělí se na dvě periody. **První perioda** spadá do období počátků psychiatrie a léčby psychických poruch (1820–1880). Souvisí s aplikacemi poslechu hudby a hudební výuky v zařízeních pro duševně nemocné. **Druhá perioda** se datuje od roku 1960, kdy v oblasti psychiatrie pozorujeme antipsychiatrické hnutí, nadvládu psychoanalýzy, expanzi komunikačně a lingvisticky zaměřených teorií. J. Jost věnoval v této době velkou pozornost zkoumání účinků receptivní muzikoterapie, která je využívána k dosažení změn nálad klientů, relaxaci, analgezi<sup>24</sup> a psychiatrické léčbě jedinců s autismem, psychózami, depresemi, těžkým mentálním postižením. Metody aktivní muzikoterapie se vyvíjejí mnohem později (Lecourt, 2004).

V roce 1969 bylo založeno *Centrum pro muzikoterapii* v Paříži<sup>25</sup>. Roku 1972 byl otevřen první muzikoterapeutický vzdělávací program. V 70. letech byly rovněž

<sup>24</sup> Výzkumy prováděli M. Gabai v zubním lékařství a M. Feijoo v oblasti přípravy na porod a sluchové percepcce plodu.

<sup>25</sup> Tým *Centra pro muzikoterapii* tvořili manželé Guilhotovi, J. Jost, E. Lecourt, M. Gabai a M. Estellet-Brun.

vytvořeny muzikoterapeutické týmy v některých nemocnicích. Týmy vytvářeli pracovníci pomáhajících profesí s hudebním vzděláním a jejich práce byla supervidována zkušenějšími muzikoterapeuty.

### ***Muzikoterapeutické organizace***

První muzikoterapeutická asociace vznikla roku 1972. V roce 1974 se v Paříži konal 1. světový kongres muzikoterapie, který byl prvním významným krokem k začátku výměny informací o muzikoterapii na mezinárodní úrovni. V roce 1980 došlo k rozdělení Asociace. Byla vytvořena nová profesionální *Francouzská asociace muzikoterapie (Association Française de Musicothérapie)*<sup>26</sup> a dřívější asociace založená roku 1972 byla přejmenována na *Mezinárodní muzikoterapeutické centrum (Centre International de Musicothérapie)* v čele s J. Jostem a jeho týmem. Kromě toho vzniklo několik dalších regionálních asociací.

Za účelem sjednocení profese a vytvoření registru profesionálních muzikoterapeutů byly roku 1983 v Paříži uspořádány dva muzikoterapeutické kongresy, na kterých se spojily různé muzikoterapeutické asociace pod **Francouzskou federaci muzikoterapie** (Lecourt, 2004).

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Francouzští muzikoterapeuti mají obvykle hlavní vzdělání v jiné profesi (medicína, psychologie, pedagogika, ošetrovatelství, hudba) a doplňující v muzikoterapii. Toto vzdělání nabízejí univerzity, soukromé instituce a muzikoterapeutické asociace. V současné době je přístupných šest vzdělávacích programů, které jsou uvedeny na internetových stránkách Evropské muzikoterapeutické konfederace (2007).

### ***Charakteristika klinické praxe***

Muzikoterapeuti pracují především v psychiatrii, s mentálně a tělesně postiženými lidmi, seniory, klienty s neurologickými poruchami a v paliativní péči. Oproti dřívějšímu zaměření na receptivní muzikoterapii se dnes využívá vyváženě také metod aktivní muzikoterapie (Mezinárodní muzikoterapeutické centrum, 2005). V posledních deseti letech stoupá kvalita muzikoterapie ve speciální pedagogice (Lecourt, 2004). O vývoj muzikoterapie a zpřístupnění hudby kultuře handicapovaných osob se zasloužil např. A. Fertier. Ke specifickým terapeutickým modelům, které zde vznikly, patří „Tomatisův poslechový program“ (viz 13. kapitolu).

Muzikoterapie má ve Francii legislativní status psychoterapeutické disciplíny (Francouzská asociace muzikoterapie, 2007). Praxe muzikoterapeutů je hrazena ze zdravotního pojištění. V budoucnosti se budou muset rozhodnout, zda zůstanou oficiálně v kategorii psychoterapeutických služeb, nebo se začlení pod jinou kategorii pomáhajících profesí, popř. zvolí kombinaci obou možností (Lecourt, 2004). Za účelem snadnější kontroly úhrad muzikoterapeutických služeb vzniká národní registr psychoterapeutů zahrnující také muzikoterapeuty.

---

<sup>26</sup> U jejího zrodu stáli J. Pennec a E. Lecourt (muzikoterapeuti), J. Verdeau-Pailles, F. Rougeul a P. Pennec (psychiatři), L. Azinala (učitel hudby) a někteří další kliničtí pracovníci.

## 7.2.8 HOLANDSKO

Muzikoterapie v Holandsku se vyvíjela již od 60. let jako součást  **kreativních terapií** společně s arteterapií, dramaterapií, taneční terapií a psychomotorickými terapiemi. Holandská muzikoterapie vychází z bohatého teoretického zázemí. V současné době je znatelný posun k eklektickému způsobu práce (Smeijsters, Vink, 2003).

Pro holandskou muzikoterapii byla dlouhou dobu určující **teorie kreativního procesu** vycházející ze strukturalismu, psychoanalýzy a humanistické psychoterapie. Klíčovými rysy této teorie je analýza psychologických potřeb klienta, překážek dalšího vývoje a specifických znaků terapeutické situace. Velká pozornost je věnována dosažení rovnováhy mezi primárním procesem (který je emocionální, vágní, chaotický a primitivní) a sekundárním procesem (který je artikulovaný, logický a kontrolovaný).

K současným modelům, které významně ovlivňují holandskou muzikoterapii, patří Smeijstersův **model analogického procesu** (Smeijsters, 2007). Tento koncept navrhuje, že psychické procesy jsou formovány stejnými parametry jako hudba a mohou být hudbou také vyjádřeny. Klient může najít hudební ekvivalent svých problémů, možností, a tak prozkoumávat změny v hudbě, které jsou rovnocenné změnám v jeho psychice. Vzhledem k podobnosti mezi psychickými a hudebními parametry může hudební proces podpořit léčbu a vývoj jedince. Model analogického procesu klade velký důraz na hudební improvizaci.

Další, méně vlivné muzikoterapeutické modely jsou založeny na teoriích psychoterapie, např. gestalt terapie, psychoanalýzy nebo kognitivně-behaviorální terapie. V souvislosti s teoretickým zázemím holandské muzikoterapie nelze nepřipomenout práci H. Smeijsterse, který systematizoval jednotlivé způsoby práce holandských muzikoterapeutů do několika modelů (viz přílohy).

První vzdělávací kurzy v muzikoterapii se datují od roku 1965. Roku 1968 začal první kurz uměleckých terapií na antroposofické akademii De Wervel, antroposofické paradigma však mělo málo vlivu a převládla již popsaná teorie kreativního procesu.

Teoretické základy muzikoterapie položili Van der Drift a C. Holthaus, kteří publikovali roku 1970 ucelenou metodologii pro muzikoterapii. O profesionalizaci holandské muzikoterapie se zasloužili Fockema Andreae<sup>27</sup>, W. Waardenburg, N. Noske-Fabius, W. Ter Burg, A. Haans, N. Van Nieuwenhuijzen a M. De Bruijn<sup>28</sup>.

V 80. letech byl kladen důraz na rozlišení jednotlivých terapeutických přístupů pro různé klinické cíle a skupiny klientů. Začínal se rozvíjet také muzikoterapeutický výzkum. K ochraně standardů muzikoterapeutické profese schválila asociace roku 1985 registrační požadavky pro kreativní terapeuty a založila registrační komisi. Roku 1987 následovalo založení registru kreativních terapeutů při *Muzikoterapeutické nadaci*.

V 80. letech významně přispěli k vývoji holandské muzikoterapie F. W. Schalkwijk a H. Smeijsters. Schalkwijk dal v roce 1984 impuls k definici muzikoterapie jako psychoterapie. V druhé polovině 80. let jeho roli nahradil **Henk Smeijsters**, který je autorem mnoha výzkumných studií a známých publikací o muzikoterapii používa-

<sup>27</sup> Předsedkyně *Holandské asociace pro kreativní terapie*.

<sup>28</sup> W. Ter Burg byl spoluzakladatel *Holandské asociace pro kreativní terapie*, N. Van Nieuwenhuijzen vedoucím první výzkumné skupiny této asociace, M. De Bruijn po mnoho let jejím předsedou.



ných v muzikoterapeutických vzdělávacích programech v Nizozemí a Německu (Smeijsters, 2007). V nedávné době byl iniciátorem vzniku *Výzkumného centra pro kreativní terapie KenVaK* (KenVaK, 2005). V posledním desetiletí začala holandská muzikoterapie zaujímat významnou pozici na mezinárodní úrovni (Smeijsters, Vink, 2003).

### ***Muzikoterapeutické organizace***

Vzhledem ke svému specifickému vývoji v Holandsku dlouhou dobu existovala jediná asociace pro všechny směry kreativních terapií – *Holandská asociace pro kreativní terapie (Nederlands Vereniging voor Creatieve Therapie)*. Tato asociace byla profesionální organizací, která podporovala rozvoj kreativních terapií, zprostředkovávala zaměstnávání kreativních terapeutů a chránila profesní zájmy svých členů. Od roku 2006 byla tato asociace rozdělena na asociace pro jednotlivé terapeutické směry. V oblasti muzikoterapie její úlohu zaujímá **Holandská asociace muzikoterapie** (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

Zatímco asociace naplňuje potřeby muzikoterapie převážně na národní úrovni, druhá holandská organizace, **Muzikoterapeutická nadace** (*Stichting Muziektherapie*), má mezinárodní kontakty. Byla založena roku 1987 a jejím cílem je podpora vědeckého výzkumu a vývoje muzikoterapeutických metod (Muzikoterapeutická nadace, 2005).

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Oficiální vzdělávání v muzikoterapii je realizováno formou čtyřletého studia na vysokých školách s jedním nebo dvěma roky praxe pod supervizí (Utrecht, Nijmegen, Zuze a konzervatoř v Saxion Enschede). Tyto vzdělávací programy jsou uznány *Evropským konsorciem pro vzdělávání v uměleckých terapiích (European Consortium of Arts Therapies Education)* (Smeijsters, 2005). Kromě uvedených vzdělávacích programů je v Holandsku dostupný soukromý antroposofický trénink (akademie De Wervel, Zeist) nebo doplňující výcvik v instruktážní muzikoterapii (Alkmaar) (viz Smeijsters, Vink, 2003).

### ***Charakteristika klinické praxe***

Většina muzikoterapeutů je v Holandsku zaměstnána zejména v psychiatrických zařízeních – v rámci multidisciplinárního přístupu často spolupracují s jinými kreativními terapeuty. Další velkou skupinu představují zařízení pro děti a dospělé se specifickými potřebami, např. mentální retardací, autismem nebo senzorickými poruchami. Někteří muzikoterapeuti pracují se seniory, v nemocnicích apod.

Legislativně spadá muzikoterapie pod kreativní terapie a je hrazena zdravotními pojišťovnami. Vzrůstající počet muzikoterapeutů si navzdory této skutečnosti zřizuje soukromou praxi a stává se nezávislým na systému péče o duševní zdraví (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).



## 7.2.9 ITÁLIE

Muzikoterapie jako součást studia se poprvé v Itálii objevila v 70. letech v rámci hudební psychologie na italských konzervatořích. V roce 1978 vznikla první soukromá škola *Cittadella* v Assisi (Ferrone, 2004). Od té doby vzniká mnoho lokálních muzikoterapeutických asociací a zároveň neakreditovaných studijních kurzů. K dalšímu rozvoji a uznání muzikoterapie ostatními profesemi přispěl jednak zvyšující se počet muzikoterapeutů, jednak rostoucí kontakt s reprezentanty muzikoterapie z Evropy i Ameriky. Mezi reprezentanty, kteří uspořádali v Itálii semináře muzikoterapie nebo jejichž publikace byly přeloženy do italštiny, patří např. J. Alvin, R. Benenzon, P. Nordoff a C. Robbins, K. Bruscia, L. Bunt, E. Lecourt, M. Priestley, T. Wigram a další.

### *Muzikoterapeutické organizace*

Na začátku 90. let byly jednotlivé regionální muzikoterapeutické asociace spojeny v **Italskou konfederaci muzikoterapeutických asociací** (*Italiana Associazioni di Musicoterapia – Conf. I. A. M.*) za účelem koordinace iniciativ jednotlivých asociací v oblasti osvěty a veřejného dialogu, vzdělávání, klinické praxe a výzkumu. Od roku 1994 jsou pravidelně po dvou letech organizovány celostátní italské muzikoterapeutické konference.

V roce 1996 přibyl další vzdělávací program akreditovaný pod ministerstvem práce na právě založené škole *Scuola Europea di Musicoterapia*. Zvláštností tohoto čtyřletého programu je, že student získává určitou kvalifikaci pro muzikoterapii po ukončení každého ročníku, přičemž pro ukončení 4. ročníku je vyžadován vysokoškolský diplom a ukončená konzervatoř (Ferrone, 2004).

V následujících letech začaly svou činnost v oblasti muzikoterapie některé významné asociace. Mezi ně patří **Federace italských asociací** (FIM) založená v roce 1998 a **Italská profesionální asociace muzikoterapie** (APIM) založená roku 2002. Mezi hlavní cíle těchto asociací patří rozpoznání a ochrana profesionální úrovně muzikoterapeutů. Další cíle těchto asociací představuje zřízení Národního registru muzikoterapeutů, lektorů a supervizorů pro muzikoterapii, ustavení etických a klinických standardů, zprostředkovávání informací o možnostech zaměstnávání muzikoterapeutů, komunikace se zahraničními muzikoterapeuty a asociacemi a další (viz Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

Od roku 2000 je dostupné studium muzikoterapie na hudební konzervatoři s vysokoškolským statutem v Pescara (akreditované italským ministerstvem školství).

### *Charakteristika klinické praxe*

Z metodologického hlediska je v Itálii dostupná většina celosvětově rozšířených muzikoterapeutických přístupů (Nordoff-Robbins, Benenzon, Orff, Tomatis...). Mnoho vzdělávacích programů v muzikoterapii je založeno na eklektickém přístupu k různým technikám. Mezi převládající směry teoretické orientace patří v současnosti psychodynamická a humanisticko-existenciální muzikoterapie (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

## 7.2.10 KANADA

Ještě v polovině 50. let 20. století pracovali muzikoterapeuti v Kanadě nezávisle na sobě. Významnými osobnostmi mezi nimi byli Fran Herman, Norma Sharpe, Thérèse Pageau aj. (Kanadská asociace pro muzikoterapii, 2005).

V 70. letech získala **Norma Sharpe** pravidelný kontakt s přibližně 300 jednotlivci a organizacemi v Kanadě, kteří sdíleli zájem o muzikoterapii (Sharpe, 1977). Roku 1974 se konala 1. muzikoterapeutická konference v psychiatrické léčebně v St. Thomas (Ontario), pořádaná se záměrem sjednotit profesionály, kteří se v Kanadě zabývali muzikoterapií, a podpořit výměnu zkušeností z jejich praxe (Kirkland, 2002). Následující konference byly pořádány roku 1975 na univerzitě v Manitobě (Winnipeg) a roku 1976 na Univerzitě v Západním Ontariu.

### *Muzikoterapeutické organizace*

Právě na výše zmíněných konferencích byla založena *Kanadská muzikoterapeutická asociace (Canadian Music Therapy Association)*. Název asociace byl roku 1977 pozměněn na **Kanadskou asociaci pro muzikoterapii (Canadian Association for Music Therapy, CAMT)**. Mezi její nově definované záměry patří podporovat rozvoj muzikoterapie, muzikoterapeutického výzkumu, standardů pro vzdělávání (Kanadská asociace pro muzikoterapii, 2005). Svým členům nabízí asociace možnost poradenství, výměny profesionálních zkušeností a zprostředkovávání informací, reprezentaci zájmů muzikoterapeutů v záležitostech vládní legislativy, zaměstnávání a mzdy. Roku 1973 začaly Norma Sharpe a Marjorie Burnett editovat bulletin CAMT. Od roku 1974 je vydáván Časopis CAMT a na podzim roku 1975 vyšel první svazek zpravodaje CAMT (tamtéž).

### *Odborná příprava v muzikoterapii*

První vzdělávací program v Kanadě začal roku 1976 v Capilano College ve Vancouveru (od roku 1990 čtyřletý vzdělávací program). Mezi další vzdělávací programy v muzikoterapii patří pregraduální programy na univerzitě v Quebecu v Montrealu od roku 1985, na univerzitě Wilfrid Laurier<sup>29</sup> ve Waterloo v Ontariu, na univerzitě ve Windsoru od roku 1990 a na univerzitě Acadia ve Wolfville od roku 2000 (Kirkland, 2002).

Proces akreditování hudebních terapeutů v Kanadě začal roku 1979. Absolventi výcviků, kteří jsou zaregistrováni jako profesionální muzikoterapeuti, mohou používat označení MTA (*Music Therapy Accredited*). Od roku 1990 je požadováno 1000 hodin klinické praxe před zažádáním o registraci a od roku 1996 se tento požadavek stal součástí všech vzdělávacích programů (Kanadská asociace pro muzikoterapii, 2005). V současné době v Kanadě rychle vzrůstá celkový počet muzikoterapeutů.

---

<sup>29</sup> Univerzita Wilfrid Laurier je také hostitelem *Laurier centra* pro muzikoterapeutický výzkum.

## 7.2.11 NĚMECKO

Základy muzikoterapie jako profese se systematickým vzděláváním, výcvikem a muzikoterapeutickými instituty vznikaly v době, kdy došlo k rozdělení na Východní a Západní Německo (1949). Muzikoterapie se dále rozvíjela v obou částech zvlášť.

Ve Východním Německu (Lipsko) podnítila rozvoj muzikoterapie zejména práce **Christopha Schwabeho** koncem 50. let, tvůrce vlastního muzikoterapeutického modelu. Kromě Schwabeho přispěli v 70.–80. letech k rozvoji muzikoterapie Jutta Brückner (muzikoterapie v dětské psychiatrii), Ingrid Mederacke (muzikoterapie ve speciální pedagogice), Axel Reinhardt (aktivní skupinová muzikoterapie), Helmut Röhrborn (regulativní muzikoterapie) a další. Roku 1969 se v Lipsku konal 1. německý muzikoterapeutický kongres. Ve stejném roce vznikla první sekce muzikoterapie (pod záštitou psychoterapie). Vzdělávání v muzikoterapii bylo nabízeno formou rozšiřujícího vzdělávání pro lékaře, psychology, učitele hudební výchovy, muzikology aj. (Německá společnost pro muzikoterapii, 2005).

Pro rozvoj muzikoterapie v Západním Německu bylo důležité antroposofické hnutí. Roku 1963 založila Maria Schüppel soukromý výcvik v „Antroposofické muzikoterapii“. Její praxe je aplikovaná v antroposofických školách, nemocnicích a domech v celém Německu.

V 70. letech byly v Západním Německu prezentovány také přednášky o „Analytické muzikoterapii“ a „Kreativní muzikoterapii“. Podle T. Wosche (2003) je zájem o improvizaci modely aktivní muzikoterapie spojen s politickými změnami a studentským hnutím. Svoboda v hudebním vyjadřování se stala sociálním a politickým kontrastem vůči „staré“ společnosti a klasické hudbě určené pro vyšší společenské vrstvy (tamtéž). Od roku 1978 se otevíraly první akreditované muzikoterapeutické vzdělávací programy na některých univerzitách (Heidelberg, Hamburg, Würzburg, Münster, Witten, Berlín, Frankfurt) a kurzy na soukromých institutech (Hückeswagen, Mnichov). Roku 1972 vznikla západoněmecká *Společnost pro muzikoterapii* a v letech 1978–1984 první profesionální asociace pro muzikoterapeuty (od roku 1999 *Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten*).

Ve Východním i Západním Německu existovalo před sjednocením roku 1989 široké spektrum muzikoterapeutických modelů. Z psychoterapeutických modelů měly výsadní postavení psychoanalyticky a psychodynamicky orientované modely (Mechtild Jahn-Langenberg, Susanne Metzner, Rosemarie Tüpker). Dále zde nacházíme morfologickou muzikoterapii (Eckehardt Weymann), integrativní muzikoterapii (Isabele Frohne-Hagemann) vycházející z gestalt psychoterapie a také humanistické přístupy. Pro děti s vývojovým a kombinovaným postižením vznikla v Mnichově „Orffova muzikoterapie“ Gertrude Orff (viz *Společnost pro Orffovu muzikoterapii*, 2005) nebo přístup Karen Schumacher pro autistické děti. V oblasti porodnictví rozvíjí muzikoterapii Monika Nöcker-Ribeupierre, v oblasti medicíny a léčení somatických poruch Ralph Sprintge a další. Na některých univerzitách se vyučuje také „Analytická muzikoterapie“ a „Kreativní muzikoterapie“. Kromě toho zde mají zázemí další výše uvedené přístupy (Lipská škola, „Antroposofická muzikoterapie“).

### ***Muzikoterapeutické organizace***

Po sjednocení v 90. letech působilo v Německu nezávisle na sobě mnoho muzikoterapeutických organizací (nejznámější patrně v Heidelbergu založená *Německá společnost pro muzikoterapii, Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie*). Významným mezníkem pro řešení problematického vztahu jednotlivých asociací se stal 8. světový muzikoterapeutický kongres pořádaný v roce 1996 v Hamburku. Zde byl formulován společný záměr pro všechny německé muzikoterapeutické organizace známý jako *Kassel konference muzikoterapeutických organizací v Německu*. V roce 2005 se Kassel konference změnila ve **Federální asociaci muzikoterapie** (*Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie*), která zahrnuje všech osm profesionálních muzikoterapeutických asociací<sup>30</sup> (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Odbornou přípravu v muzikoterapii poskytují německé univerzity a soukromé instituce. Podle Evropské muzikoterapeutické konfederace je v Německu osm dostupných univerzitních vzdělávacích programů, přičemž dva jsou pregraduální (s délkou čtyři roky) a ostatní postgraduální (s délkou 2–3 roky), které studují většinou lidé pracující v pomáhajících profesích. Absolventi pregraduálního i postgraduálního vzdělávání získávají titul diplomovaný muzikoterapeut. Kromě univerzit je v Německu šest postgraduálních vzdělávacích kurzů v soukromých institutech, které nabízejí přípravu v různých muzikoterapeutických modelech (např. „Kreativní muzikoterapie“, „Orffova muzikoterapie“, „Analytická muzikoterapie“ a další). Přehled možností muzikoterapeutického vzdělávání uvádí T. Wosch (2003).

### ***Charakteristika klinické praxe***

Dlouhou tradici má zaměstnávání muzikoterapeutů v léčebnách pro psychiatrická a psychosomatická onemocnění a ve speciálních školách. Téměř 50 % muzikoterapeutů pracuje v těchto institucích na částečný úvazek. Nověji jsou muzikoterapeutické služby poskytovány v oblasti sociální práce, geriatry, porodnictví, neurologické rehabilitace, forenzní a paliativní péče. V praxi německých muzikoterapeutů se lze setkat s mnoha specifickými muzikoterapeutickými modely a směry. Nejznámější praktikují následovníci lipské školy, „Antroposofické muzikoterapie“, „Orffovy muzikoterapie“, „Kreativní muzikoterapie“, „Analytické muzikoterapie“ a dalších přístupů.

---

<sup>30</sup> Mezi uvedené muzikoterapeutické organizace patří následující: *Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland* (BVM), *Arbeitsgemeinschaft der staatlich anerkannten Musiktherapie-Ausbildungen* (AMA), *Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie* (DGMT), *Deutsche Musiktherapeutische Vereinigung zur Förderung des Konzepts nach Schwabe* (DMVS), *Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie* (BVAKT), *Ständige Ausbildungsleiterkonferenz privatrechtlicher musiktherapeutischer Ausbildungen* (SAMT), *Verein zur Förderung der Nordoff/Robbins Musiktherapie a Gesellschaft für Orff-Musiktherapie* (GfOMT).

## 7.2.12 NORSKO

Počátky vzrůstajícího zájmu o muzikoterapii v Norsku lze zaznamenat již kolem 60. let 20. století. V první polovině 70. let navštívilo Norsko mnoho významných osobností. Z nich měli patrně největší vliv na vývoj norské muzikoterapie Paul Nordoff a Clive Robbins, kteří zde uspořádali mnoho workshopů (Aasgaard, Trygve, Trondalen, 2004). Muzikoterapie v Norsku vychází z eklektického přístupu se silnou humanistickou a sociální orientací. Od počátku vývoje klinické praxe pracovalo velké množství muzikoterapeutů ve speciálních školách podle improvizčního modelu „Kreativní muzikoterapie“ (dodnes zde patří hudební improvizace ke stěžejním muzikoterapeutickým praktikám). Zvláštností norské muzikoterapie je více než kde jinde oblast tzv. **komunitní muzikoterapie** (Stige, 2002, Bruscia, 1998).

### *Muzikoterapeutické organizace*

Roku 1972 vznikla **Norská asociace muzikoterapie** (Norsk Forening for Musikterapi), jejímž úkolem je podporovat porozumění muzikoterapii a rozvíjet muzikoterapeutickou praxi v Norsku (Norská asociace muzikoterapie, 2007). Od roku 1981 je tato asociace členem Norského úřadu pro hudbu, přičemž mnoho norských muzikoterapeutů je organizováno v sekci pro muzikoterapii Norského svazu hudebníků. Dnes má asociace kolem 250 členů z řad muzikoterapeutů, studentů a mnoha jiných příbuzných oborů (tamtéž). Čtyřikrát ročně vydává časopis Musikterapi.

Roku 1992 byla profese muzikoterapeuta legislativně uznána norskou vládou. Mezi dvě důležité muzikoterapeutické konference, které se konaly v 90. letech, patří Muzikoterapeutická konference v Sandane (1991) a Národní muzikoterapeutická konference v Oslu (1997).

Od roku 1992 vychází díky spolupráci severských zemí *Severský časopis muzikoterapie* (*Nordic Journal of Music Therapy*) s velmi dobrou reputací na mezinárodní úrovni. Je publikován dvakrát ročně a přispívají do něj autoři z celého světa<sup>31</sup>. Od roku 2001 je vydáván za norské spoluúčasti (Stige) internetový magazín *Voices: A World Forum for Music Therapy*<sup>32</sup>. V roce 1995 se stala Norská asociace muzikoterapie členem Evropské muzikoterapeutické konfederace.

### *Odborná příprava v muzikoterapii*

Roku 1978 byl otevřen první vzdělávací program v Oslu (hlavní koordinátor Even Ruud) na Norské hudební akademii a roku 1988 obdobně organizovaný výcvikový program na Fakultě vysokoškolského vzdělávání v Sandane (hlavní organizátor Brynjulf Stige). U obou škol se jedná o dvouleté magisterské programy, do kterých jsou přijímáni absolventi bakalářského studia v hudbě, pedagogice a speciální pedagogice, ošetrovatelství, psychologii. Vzdělávací program na Norské hudební akademii v Oslu byl roku 1993 akreditován jako magisterské studium (v Sandane o sedm let později) a od roku 1999 je v Oslu dostupné také doktorské studium v muzikoterapii.

<sup>31</sup> Viz [www.njmt.no](http://www.njmt.no)

<sup>32</sup> Viz [www.voices.no](http://www.voices.no)

Studium muzikoterapie se v Norsku skládá ze tří hlavních odvětví:

- teorie a metody (teorie muzikoterapie, improvizace, kompozice, klinická muzikoterapie, praktické projekty a drama),
- pedagogické a psychologické dovednosti (neuropsychologie, psychologie a speciální pedagogika),
- hudební a osobnostní rozvoj (sebezkušenostní kurzy, 1. úroveň výcviku v modelu „Řízená imaginace a hudba“, supervize apod.).

Výchozí teorie vzdělávacích programů v muzikoterapii spadají především do oblasti speciální pedagogiky, humanistické a kognitivní psychologie, psychoterapie, hudby jako kulturního fenoménu a vývojových teorií raného věku (Aasgaard, Trygve, Trondalen, 2004). Se vzrůstajícími potřebami v metodologii byly do kurikul magisterských i doktorských programů zařazeny také dovednosti pro výzkum.

### ***Charakteristika klinické praxe***

Možnosti pracovního uplatnění muzikoterapeutů se pohybují nejčastěji v těchto oblastech:

- **Vzdělávací systém:** mateřské školy, základní, speciální a hudební školy.
- **Klinická a psychiatrická oblast:** nemocnice (paliativní péče, onkologie), psychiatrické léčebny, geriatric, soukromá muzikoterapeutická centra a instituce péče o děti, věznice.
- **Komunitní práce:** oblast kultury, mládežnické kluby, centra pro mentálně postižené, projekty a systém služeb.
- **Konzultanti:** systém zdravotní péče, poradenství, vzdělávání (vysoké školy), autistická a diagnostická centra (podle Evropské muzikoterapeutické konfederace, 2007).

V Norsku je poměrně málo muzikoterapeutů zaměstnáno v nemocnicích a také muzikoterapeutické modely medicínské oblasti jsou poměrně málo rozvinuté ve srovnání s jinými oblastmi (mezi specifické norské přístupy orientované na využití ve zdravotnictví patří „Vibroakustická terapie“, která však v Norsku není považována za muzikoterapeutický model). Mnoho norských muzikoterapeutů se orientuje na práci s komunitami (Stige, 2002, Bruscia, 1998).

Muzikoterapie se v Norsku od počátku vyvíjela v sociálním kontextu a cílem mnoha muzikoterapeutů bylo zprostředkovat muzikoterapii nejen jednotlivcům, ale celé společnosti. Toto pojetí se nazývá **komunitní muzikoterapie**. Hudba zde působí jako kulturní fenomén uvnitř jednotlivých sociokulturních vrstev společnosti a mezi nimi a okolním prostředím. Tento způsob práce má své kořeny ve vzdělávacím programu v Sandane. K. Bruscia (1998) řadí komunitní muzikoterapii mezi ekologické praktiky.



### 7.2.13 RAKOUSKO

Rakousko je zemí s bohatou hudební i psychoterapeutickou tradicí. Proto zde došlo poměrně záhy ke spojení hudby a terapie. Roku 1959 byl otevřen muzikoterapeutický vzdělávací program na Akademii hudby a umění ve Vídni. Jeho zakladatelem a dlouholetým vedoucím byl **Alfred Schmölz** (Gold, 2003). Rakouská muzikoterapie vyšla z teoretické koncepce A. Pontvika a švédské školy. Také došlo k vytvoření multidisciplinární struktury mezi akademií a důležitými klinikami. Pro rakouskou muzikoterapii byl v této době typický multidisciplinární aspekt (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007). Přestože byly v pozdějších letech otevřeny další vzdělávací programy v muzikoterapii, vídeňský kurz patří dodnes k prominentním programům, který určuje vývoj rakouské muzikoterapie. Kromě A. Schmölze se o vývoj muzikoterapie mezi roky 1959–1970 významně zasloužili také E. Koffer-Ulrich, A. Wesetzky, J. Casellitz, G. Weinhengst, M. Schneider a S. Mayr (tamtéž).

Léta 1970–1992 v oblasti muzikoterapie ovlivnila úzká spolupráce se známými lékaři (Ringel, Rett, Hartmann), díky které vznikaly důležité praktické studie v oblasti psychosomatiky, pediatrie a psychiatrie. Charakteristické znaky tohoto období představuje posun od receptivních k aktivním metodám, důraz na terapeutický vztah, hra hudebního partnera (*Musical Partner Play*) a muzikoterapeutický introspektivní trénink (Gold, 2003).

Roku 1992 se rakouská muzikoterapie výrazně přiblížila k psychoterapii, zvláště k psychodynamickým a humanistickým směrům. K podmínkám absolvování studia vídeňského programu bylo přiřazeno 90 hodin individuální a 180 hodin skupinové psychoterapie a 650 hodin praxe pod supervizí. Klinické oblasti pro povinnou praxi představuje neuropsychiatrie pro děti a mládež, psychosomatika a psychiatrie, alternativní praxe může zahrnovat neurologickou rehabilitaci, dětskou psychosomatiku, speciální pedagogiku, pediatrii, geriatrii nebo neonatologii. Od roku 1992 je muzikoterapie zahrnuta do rakouského zákona pro psychoterapii.

#### *Muzikoterapeutické organizace*

Profesionální zájmy rakouských muzikoterapeutů reprezentuje **Rakouský spolek muzikoterapeutů** (*Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen*). Organizace byla založena roku 1984 a má kolem 100 členů. K jejím předním cílům patří vytvoření legislativní báze pro poskytování a úhradu muzikoterapeutických služeb, dále podporuje rozvoj vzdělávání, rozšiřování pracovních příležitostí, výzkum a mezinárodní kontakty (Rakouský spolek muzikoterapeutů, 2005). Dále v Rakousku existuje také **Vídeňský institut pro muzikoterapii** (*Wiener Institut für Musiktherapie*), jehož cílem je podporovat autonomii muzikoterapie a její integraci do pole psychoterapie jako samostatného terapeutického přístupu (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

#### *Odborná příprava v muzikoterapii*

Muzikoterapeutické vzdělávací programy v Rakousku poskytují magisterské vzdělání a od roku 2003 také postgraduální doktorské vzdělání. Jak jsme již uvedli, stěžejní vídeňský vzdělávací program má silnou psychoterapeutickou orientaci. V dřívějších dobách byl tradičně zaměřen na psychodynamickou a psychoanalytickou terapii,



v současné době dochází k integraci také jiných psychoterapeutických modelů, např. gestalt terapie, humanistické psychoterapie apod. (Gold, 2003).

Mezi další vzdělávací programy v muzikoterapii patří:

- Lehrgang für Altorientalische Musik- und Kunsttherapie – čtyřletý studijní kurz v muzikoterapii, poprvé otevřen roku 1997 jako mezinárodní pilotní projekt mezi Německem, Tureckem a Rakouskem;
- Akademie pedagogiky (Linz) – vzdělávací program v muzikoterapii pro učitele;
- v letech 1982–1986 probíhalo v Psychologickém institutu univerzity v Salzburgu vzdělávání v muzikoterapii zaměřené na rehabilitaci osob s postižením (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2006).

### ***Charakteristika klinické praxe***

Muzikoterapie je v Rakousku běžně poskytována lidem se speciálními vzdělávacími potřebami, s psychiatrickými poruchami, dětem a mládeži s poruchami chování, neurotickými a psychosomatickými poruchami, seniorům a klientům v neurologické rehabilitaci. K méně častým skupinám patří osoby se závislostí na alkoholu a drogách, oblast forenzní psychiatrie, sanatorií a dětské onkologie. Rakouský spolek muzikoterapeutů (2002) předpokládá další rozvoj muzikoterapie v oblasti porodnictví, preventivní a paliativní péče. Praxe převážně většiny muzikoterapeutů vychází z psychoterapeutických praktik.

Zvláštním problémem rakouské muzikoterapie je nevyřešená legislativa jejího financování (Gold, 2003). Psychoterapeutický zákon z roku 1991 definující jednotlivé psychoterapeutické přístupy a služby, které je možné hradit ze zdravotního pojištění, se o muzikoterapii nezmiňuje, ačkoliv většina muzikoterapeutů považuje muzikoterapii za psychoterapeutický přístup. Jedním z pravděpodobných řešení této situace je budoucí vytvoření zvláštního zákona a osamostatnění muzikoterapie (tamtéž).

## **7.2.14 SPOJENÉ STÁTY AMERICKÉ**

Podle některých autorů má moderní muzikoterapie počátky na americkém kontinentu v nemocnicích pro veterány z první a druhé světové války (Americká muzikoterapeutická asociace, 2005, Bunt, 1991). Amatérští i profesionální hudebníci tehdy hráli tisícům veteránů trpícím fyzickými i psychickými následky války. Díky překvapivým terapeutickým výsledkům se lékaři a ošetřující personál začali dožadovat většího počtu hudebníků ve zdravotnických zařízeních. Brzy bylo zřejmé, že tito hudebníci potřebují zvláštní terapeutický výcvik k dosažení požadovaných standardů léčby. První muzikoterapeutický vzdělávací program začal v roce 1944 na univerzitě v Michiganu a o dva roky později na univerzitě v Kansasu (Burr, 2003).

### ***Muzikoterapeutické organizace***

Jako organizovaná profese se americká muzikoterapie objevila roku 1950, kdy byla (zvláště díky L. A. Benedict) založena *Národní asociace pro muzikoterapii* (*The National Association for Music Therapy*, NAMT) s centrem v Kansas City ve státu Missouri (Mátejová, Mašura, 1992). Roku 1971 vznikla na americkém kontinentě další

důležitá muzikoterapeutická společnost – *Americká společnost pro muzikoterapii* (*The American Association for Music Therapy*).

V roce 1998 byly obě asociace spojeny a začal se používat zkrácený název **Americká muzikoterapeutická asociace** (*The American Music Therapy Association*, AMTA). AMTA je v současné době největší muzikoterapeutickou profesionální organizací, která sdružuje více než 5000 muzikoterapeutů, statutárních členů a přidružených asociací po celém světě (Americká muzikoterapeutická asociace, 2005). AMTA navrhuje standardy pro vzdělávání a klinický výcvik budoucích muzikoterapeutů, profesionální muzikoterapeutické chování, podporuje muzikoterapeutický výzkum, zvyšuje povědomí veřejnosti o muzikoterapii a rozšiřuje přístup ke kvalitním muzikoterapeutickým službám v rychle se měnícím světě<sup>33</sup> (tamtéž). Profesionalita americké muzikoterapie spočívá mimo jiné ve výborně rozpracované legislativě, standardech a organizaci amerických muzikoterapeutů prostřednictvím AMTA.

AMTA vydává *Muzikoterapeutický časopis* (čtvrtletně vydávaná publikace se zaměřením na výzkum), *Muzikoterapeutické perspektivy* (půlroční časopis orientovaný na muzikoterapeutickou praxi), čtvrtletní zpravodaj a mnoho monografií a bulletinů. AMTA pořádá každoročně národní setkání za účelem profesionální prezentace a pravidelné muzikoterapeutické konference v jednotlivých regionech asociace (AMTA, 2005).

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Délka, náplň a zaměření jednotlivých vzdělávacích programů v muzikoterapii je proměnlivá. Pro získání profesionální certifikace absolventů se však musí jednat o vzdělávací programy schválené asociací (Americká muzikoterapeutická asociace, 2005).

Ukončením vzdělávacího programu odborná příprava nekončí. Američtí muzikoterapeuti musí být registrováni u **Certifikačního výboru pro muzikoterapii** (*Certification Board for Music Therapy*, dále CBMT). Tato nezávislá organizace uděluje profesionální certifikace muzikoterapeutům, kteří prokázali potřebné znalosti, dovednosti a schopnosti. CBMT provádí administraci zkoušek založenou na analýze národních muzikoterapeutických praktik, která je pravidelně aktualizována podle požadavků klinické praxe (CBMT, 2005). Analýza praktik i samotné zkoušky odpovídají principům Komise pro rovné příležitosti v zaměstnávání (*Equal Employment Opportunity Commission*). CBMT zajišťuje také udržování profesionálních standardů a další rozvoj již akreditovaných muzikoterapeutů. Podmínkou registrace je totiž vykonání opakujících se zkoušek vždy v intervalu pěti let nebo dosažení potřebného množství bodů prostřednictvím účasti na terapeutických kurzech, seminářích a výcvicích.

Profesionální akreditace v USA má historické kořeny již v 70. letech 20. století, kdy významné osobnosti muzikoterapie diskutovaly o požadavcích pro rozvoj národních certifikačních standardů. CBMT byla založena roku 1983. Plně akreditace od Národního výboru pro certifikační agentury ve zdravotnictví (NCCA) dosáhla roku 1986. Recertifikační programy začaly o dva roky později (CBMT, 2005).

<sup>33</sup> AMTA disponuje několika mechanismy pro monitorování kvality muzikoterapeutických vzdělávacích programů, které zahrnují standardy pro praxi, etický kodex, systém supervize, výbor pro právní přezkoumání a výbor pro etiku. Některé z jejich oficiálních dokumentů jsou přístupné na internetových stránkách asociace: [www.amta.org](http://www.amta.org).

### Charakteristika klinické praxe

Americká muzikoterapie se vyvíjela zcela nezávisle na zásadách, jež byly uskutečňovány v evropských zemích. Bohatý výzkum účinků hudby na fyziologii a chování zde vedl k rostoucí akceptaci muzikoterapie v 50.–70. letech 20. století (Bunt, 2002). Pro americkou muzikoterapii bylo již od počátku vývoje charakteristické úzké spojení s medicínou, behaviorálními vědami a později s humanistickou psychoterapií. V USA lze najít mnoho odlišných směrů muzikoterapie. Zvláštní koncepcí pro klinickou praxi se stala tzv. hudební farmakologie vycházející z popisu pozorovatelných účinků hudby na člověka (Linka, 1997). Základ této koncepce tvoří teorie *izo principu a level principu*, kterou rozpracoval J. M. Altshuler (Mikula, in Syřišťová, 1982). Mezi další významné osobnosti patří podle Mátejové a Mašury (1992) P. Nordoff a C. Robbins („Kreativní muzikoterapie“), L. Shatin a J. H. Massermann (psychoanalyticky orientovaná muzikoterapie), J. L. Moreno (hudba v psychodramatu), L. A. Benedict, E. T. Gatson, K. F. Blanke, H. M. Sutermeister (sociálně-psychologicky a analyticky orientovaná muzikoterapie) a další.

Muzikoterapii využívá v USA široké spektrum klinické populace v různých odvětvích medicínské praxe, psychoterapie a v edukačních programech. Mnoho muzikoterapeutů pracuje v běžných i speciálních školách, ve věznicích, nemocnicích, v psychiatrických zařízeních (tamtéž).

### 7.2.15 ŠPANĚLSKO

První zmínky o terapeutickém použití hudby ve Španělsku se datují do 18. století. Již v 19. století napsal Vidal y Careta svou doktorskou práci z farmakologie o vztahu hudby a medicíny (Univerzita Barcelona, 1880). Na počátku 20. let 20. století publikoval Kandelo Ardid své zkušenosti s hudební léčbou tarantismu<sup>34</sup> a psychiatrických pacientů.

Muzikoterapii jako profesi však představila teprve v 60. letech **Serafina Poch**, autorka první disertační práce o muzikoterapii z roku 1972 (s názvem *Muzikoterapie pro autistické děti*) a muzikoterapeutických výzkumných projektů ve Španělsku. V 70. letech také začala skupina učitelů, hudebníků, psychologů a lékařů<sup>35</sup> zainteresovaných v muzikoterapii aplikovat její principy ve své práci s lidmi se specifickými potřebami. Roku 1975 byl uspořádán první muzikoterapeutický kurz, který vedl Rolando Benenzon. Ve stejné době uspořádala španělská sekce *Mezinárodní společnosti pro hudební vzdělávání* řadu studií a kurzů věnovaných muzikoterapii (Sabbatella, 2004).

<sup>34</sup> Jedná se o nemoc vyvolanou štípnutím pavouka (tarantule), rozšířenou na dnešním území Itálie, Francie a Španělska. Léčba zahrnovala hudbu, tanec a použití symbolických barev. Úkolem hudebníků bylo nalézt hudbu, která odrážela stav a náladu pacienta. Rituálu se aktivně účastnili také členové rodiny a sousedé: vytleskávali rytmus, zpívali melodie, pomáhali nemocnému, když upadl do bezvědomí nebo byl zcela vyčerpán. Tanec pacienta mohl trvat čtyři až pět hodin, potom následoval odpočinek, poté se opět pokračovalo, někdy tři až čtyři dny za sebou (podle Alvin, 1984).

<sup>35</sup> Mezi nimi např. Serafina Poch, Natividad García Martín de Vidales, Paloma Camacho, Angel Acebedo.

### ***Muzikoterapeutické organizace***

Od 2. poloviny 70. let se ve Španělsku objevilo velké množství nejrůznějších institucí zaměřených na muzikoterapii. Roku 1977 vznikla pod vedením S. Poch **Španělská asociace muzikoterapie** (*Asociación Española de Musicoterapia*). Jejím cílem bylo podporovat využití muzikoterapie při léčbě pacientů a podporovat muzikoterapeutickou praxi a výzkum v oblasti vzdělávání (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007). Za přispění asociace byla roku 1977 a 1979 uspořádána dvě národní muzikoterapeutická sympozia.

Roku 1983 založila S. Poch *Katalánskou asociaci muzikoterapie* (*Asociación Catalana de Musicoterapia*) a Aitor Loroño a Patxi del Campo *Centrum pro muzikoterapeutický výzkum* (*Centro de Investigación en Musicoterapia*) v Baskicku, jejichž účelem bylo šíření informací vztahujících se k aplikaci muzikoterapie. Roku 1986 následovala *Škola muzikoterapie a skupinových technik* (*Escuela de Musicoterapia y Técnicas Grupales*, dnes známá jako *Asociación Música, Arte y Proceso*) a *Centrum muzikoterapeutického výzkumu* (*Centro de Investigación Musicoterapéutica*) v Bilbau roku 1987. Obě muzikoterapeutická centra otevřela první soukromý muzikoterapeutický vzdělávací program ve Španělsku (Sabbatella, 2004).

Během 90. let vzrostl v důsledku zvýšeného zájmu o muzikoterapii počet profesionálů příbuzných profesí s doplňujícím vzděláním v muzikoterapii, kteří začali používat muzikoterapeutické aktivity v soukromé klinické praxi a v oblasti speciální pedagogiky a psychiatrie. Vzdělávací programy v té době byly již soukromé i státní (univerzita v Barceloně roku 1992). Ve stejné době vzniklo kromě výše uvedených značné množství dalších asociací s regionální působností. Zvláštní význam má však **Profesionální asociace muzikoterapeutů** (*Asociación de Profesionales de la Musicoterapia*) z roku 1997. Jejím úkolem je dosáhnout uzákonění muzikoterapie jako profese v oblasti legislativy, vytvořit standardy a kritéria pro výcvik a profesionální registraci a chránit muzikoterapeutickou praxi (ve Španělsku provádí určité procento terapeutů muzikoterapii bez náležitého vzdělání).

Na konci 90. let výrazně vzrostl zájem o muzikoterapii v oblasti speciální pedagogiky, geriatricke, neurologické rehabilitace a psychiatrie. P. L. Sabbatella (2004) uvádí seznam soukromých i veřejných institutů, které ve Španělsku nabízejí služby spojené s muzikoterapií na různých úrovních klinické praxe.

V oblasti legislativy se v roce 1992 a opět roku 1998 projevila reakce na naléhavou potřebu vzájemné komunikace a koordinace aktivit asociací a jednotlivých muzikoterapeutů. Tato reakce dostala podobu ustavení *Národního muzikoterapeutického výboru* a neúspěšného pokusu o ustavení *Španělské muzikoterapeutické federace* (*Federación Española de Musicoterapia*) z roku 2000. Současně lze zaznamenat pokusy o uzákonění muzikoterapeutické profese vládou (pod ministerstvem práce) ze strany *Profesionální asociace muzikoterapeutů*. Nicméně chybějící standardy pro výcvik a profesionální registraci, malé povědomí o muzikoterapii ze strany veřejnosti a další důvody zde doposud znemožňují uzákonění muzikoterapie jako profese.

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Příležitosti ke vzdělávání v oblasti muzikoterapie mají podobu postgraduálních vzdělávacích programů, seminářů a workshopů a volitelných předmětů v rámci různých univerzitních oborů. Postgraduální kurzy nabízejí státní a soukromé univerzity a sou-

kromé instituty, jejichž výčet uvádí P. L. Sabbatella (2004). K přijímacím požadavkům patří ukončené bakalářské nebo magisterské studium ve zdravotnických, sociálních, humanitních nebo uměleckých oborech, test hudebních dovedností a hra na nástroj. Ve Španělsku není dostupné doktorské studium muzikoterapie.

### ***Charakteristika klinické praxe***

Orientace španělské muzikoterapie je eklektická, přičemž upřednostňuje aktivní metody a principy Benenzonovy muzikoterapie. Specifickým rysem je velké množství zahraničních vlivů (mezinárodní kongresy a setkání), které formovaly vývoj muzikoterapeutické praxe (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007). Jako stěžejní výrazové prostředky se využívají perkusivní nástroje, hlas a tělo, z muzikoterapeutických metod je to poslech hudby, instrumentální improvizace a pohybové aktivity při hudbě. Diagnostika a evaluace je spíše popisná a nevyužívá žádné standardizované testy (Sabbatella, 2004).

## **7.2.16 ŠVÉDSKO**

Švédskou muzikoterapeutickou školu založil roku 1948 **Aleks Pontvik**. Od počátku byla považována za psychoterapeutický přístup (Skille, 1991) a měla silnou orientaci k psychodynamickým směrům, zejména k jungiánské psychoterapii. Švédská škola si vybudovala uzavřený a ohraničený muzikoterapeutický systém, v němž měla významnou roli hudba J. S. Bacha (Mátejová, Mašura, 1992). V rámci psychodynamického přístupu muzikoterapie se používá také model „Řízená imaginace a hudba“.

Postupně se muzikoterapie začala ve Švédsku používat i v lékařských a pedagogických kruzích (např. R. Block aplikoval hudbu během porodu). V 80. letech vznikla „FMT-metoda“. Kromě psychodynamické muzikoterapie a „FMT-metody“ existuje ve Švédsku také muzikoterapeutický program se zaměřením na speciální pedagogiku (*Sjövik folkhögskola*).

### ***Muzikoterapeutické organizace***

Roku 1968 byla ve Švédsku ustavena společnost *Nordisk Forbund for Pedagogisk Musikterapi*, jež sdružuje severské státy (Norsko, Finsko, Dánsko, Island a Švédsko). V roce 1974 vznikla *Švédská asociace pro muzikoterapii* (*Svenska förbundet för musikterapi*), od roku 1999 s názvem **Asociace pro muzikoterapii ve Švédsku** (*Förbundet för musikterapi i Sverige, FMS*). Asociace reprezentuje muzikoterapii ve Švédsku jako celek a pracuje na spolupráci mezi různými přístupy muzikoterapie. Od roku 1977 vydává časopis *Musikterapi*. Nyní je ve Švédsku přibližně 250 muzikoterapeutů.

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

První univerzitní vzdělávací program v muzikoterapii začal na univerzitě ve Stockholmu (*Royal College of Music*) roku 1981. V roce 2001 zde bylo otevřeno magisterské studium a 2004 také studium doktorské. Vzdělávací program vychází koncepčně z psychoterapie (Pontvikova škola), což znamená, že studenti musí podstoupit vlastní



psychoterapii. Program dále zahrnuje teoretická studia, metodologii, praktická cvičení a supervizi (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

Terapeuti pracující podle „FMT-metody“ jsou vzděláváni na vlastních institutech (viz 13. kapitola). Jejich vzdělávací programy jsou tříleté a zahrnují teorii (např. speciální pedagogika, neurologie, zvláštnosti jednotlivých postižení), specifika modelu (např. neverbalita, kritéria), hudební základy (hra na klavír pro nácvik hudebních kódů), praxi a závěrečnou práci (tamtéž).

### 7.2.17 ŠVÝCARSKO

Muzikoterapie ve Švýcarsku<sup>36</sup> začala získávat na důležitosti na přelomu 80. let. Roku 1981 byla založena **Švýcarská asociace pro muzikoterapii** (*Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie*)<sup>37</sup>, dnes jediná oficiálně uznávaná muzikoterapeutická asociace ve Švýcarsku. Stejný rok začal také první vzdělávací program (Evropská muzikoterapeutická konfederace, 2007).

Švýcarská asociace pro muzikoterapii má v současné době 210 členů, z čehož je pouze 130 akreditovaných muzikoterapeutů (Munro, 2006). Cílem asociace je podporovat a rozvíjet muzikoterapeutickou praxi, vzdělávání a výzkum, podporovat spolupráci mezi jednotlivými muzikoterapeutickými vzdělávacími programy, chránit zájmy svých členů, zastupovat je při jednáních s vládou, pojišťovny a jinými institucemi, připravovat konference a aktivity pro další vzdělávání muzikoterapeutů. Navíc určuje podmínky pro akreditaci muzikoterapeutů. Akreditovaní muzikoterapeuti ve Švýcarsku mohou používat titul MT SFMT. Etický kodex švýcarských muzikoterapeutů koresponduje s etickým kodexem Evropské muzikoterapeutické konfederace.

#### *Odborná příprava v muzikoterapii*

Vzdělávací program v Curychu je jediný vysokoškolský muzikoterapeutický program – všechny ostatní probíhají pod soukromými instituty (přehled viz internetové stránky Evropské muzikoterapeutické konfederace). Program v Curychu trvá tři až čtyři roky a po uchazečích je požadováno předchozí kvalifikační vzdělání v oblasti pedagogiky, zdravotnictví, hudby nebo v jiných terapiích. Dalšími požadavky je určitý počet hodin vlastní psychoterapie nebo muzikoterapie, dobré hudební a improvizací dovednosti. Výcvikové programy se stále ještě vyvíjejí, přesto dosahují velké kvality (zvláště v důsledku vysokých požadavků pro přijetí uchazečů). Z dostupných vzdělávacích programů ve Švýcarsku vyhovuje celkem pět programů akreditačním požadavkům asociace. V současné době se připravuje zavedení jednotných státních zkoušek pro všechny profese z oblasti kreativních terapií (Munro, 2006).

#### *Charakteristika klinické praxe*

Švýcarská muzikoterapie je výrazně orientována na psychoterapii. Koncepčně vychází z teorií gestalt terapie, psychoanalýzy (S. Freud), dále analytické terapie (C. G.

<sup>36</sup> Zvláštností Švýcarska je rozdělení země na územní jednotky, tzv. kantony, což komplikuje součinnost muzikoterapeutů z různých částí země, vytváření jednotného vzdělávacího systému, společné legislativy apod.

<sup>37</sup> Používá se také francouzský název *Association Professionnelle Suisse de Musicothérapie*, ASM.



Jung) a antroposofie (R. Steiner). Muzikoterapeuti pracují v široké nabídce různých institucí a s různorodou klientelou.

Mnozí z nich vykonávají tuto práci na částečný úvazek, popř. pracují ve více institucích najednou i v soukromé praxi (Munro, 2006). Praxi akreditovaných muzikoterapeutů hradí pojišťovny.

## 7.2.18 VELKÁ BRITÁNIE

Muzikoterapie ve Velké Británii se v posledních desetiletích rozvinula ve vyspělou profesi respektovanou veřejností i odborníky z řad příbuzných profesí. Pro vývoj britské muzikoterapie sehrála významnou úlohu průkopnická práce **Juliette Alvin**. Její zásluhou vznikla roku 1958 *Britská společnost pro muzikoterapii*<sup>38</sup>. O deset let později byla pozvána ředitelem *Guildhall School of Music and Drama* k vytvoření prvního postgraduálního vzdělávacího programu v muzikoterapii. Roku 1974 byl v nemocnici Goldie Leigh otevřen první výcvik v „Kreativní muzikoterapii“ (Nordoff-Robbins), který nyní probíhá v Londýně jako součást aktivit *Muzikoterapeutického centra Nordoff-Robbins* (2007). V současné době jsou dostupné muzikoterapeutické vzdělávací programy v sedmi institucích ve Velké Británii<sup>39</sup>.

Průkopnická práce J. Alvin a P. Nordoffa pomohla vytvořit image britské muzikoterapie, pro kterou je typické zaměření na hudbu, její terapeutické vlastnosti, zvláštní důraz na hudební improvizaci a rozvoj hudebního a interpersonálního vztahu mezi klientem a terapeutem. Tuto charakteristiku potvrzuje také následující výňatek z oficiální definice britské muzikoterapie: „V závislosti na potřebách klienta a orientaci terapeuta mohou být zdůrazněny odlišné aspekty terapeutické práce. Základem všech přístupů však je rozvoj vztahu mezi klientem a terapeutem. Vytváření hudby formuje základ komunikace v tomto vztahu.“ (Britská společnost pro muzikoterapii, 1983).

Vývoj muzikoterapie ve Velké Británii probíhal z počátku ve dvou hlavních oblastech, u osob se specifickými vzdělávacími potřebami a v psychiatrii dospělých, neboť mnoho prvních muzikoterapeutů našlo zaměstnání v institucích zaměřených na tyto dvě skupiny klientů. Dlouhou tradici má dále syntéza muzikoterapie s britskými školami psychoanalýzy (Winnicott, Bion a Klein) a s psychobiologickými teoriemi L. W. D. Sterna a C. Trevarthena. Na vývoji britské muzikoterapie v oblasti psychoterapie se významně podílela **Mary Priestley** vytvořením „Analytické muzikoterapie“, která je dnes zařazována k prominentním muzikoterapeutickým modelům.

### *Muzikoterapeutické organizace*

Ve Velké Británii působí ve vzájemné koordinaci dvě hlavní muzikoterapeutické organizace – Britská společnost pro muzikoterapii a Asociace profesionálních muzikoterapeutů.

<sup>38</sup> Tehdy s názvem *Society for Music Therapy and Remedial Music*.

<sup>39</sup> Viz internetové stránky *Evropské muzikoterapeutické konfederace*.

**Britská společnost pro muzikoterapii** (*The British Society for Music Therapy*, BSMT) byla založena v roce 1958. Je to registrovaná charitativní instituce, která podporuje rozvoj muzikoterapie ve Velké Británii. Členství v BSMT je otevřené každému zájemci o muzikoterapii. BSMT organizuje konference a workshopy a funguje jako informační centrum (Britská společnost pro muzikoterapii, 2005).

**Asociace profesionálních muzikoterapeutů** (*The Association of Professional Music Therapists*, APMT), založená roku 1976, je národní organizací pro kvalifikované muzikoterapeuty a muzikoterapeuty ve výcviku. Vystupuje jako reprezentativní a poradní orgán pro své členy a ostatní příbuzné profese. Ustanovuje etické a klinické standardy a dohlíží na jejich dodržování, vytváří a koordinuje pracovní příležitosti a udržuje spojení s muzikoterapeuty a muzikoterapeutickými asociacemi v zahraničí (Asociace profesionálních muzikoterapeutů, 2005). Ve spolupráci s BSMT poskytuje možnosti profesního rozvoje svým členům.

Obě asociace pracují společně na mnoha projektech a ve vzájemné spolupráci pořádají konference a vydávají *Britský časopis muzikoterapie* (*The British Journal of Music Therapy*), který vychází dvakrát ročně (Britská společnost pro muzikoterapii, 2005).

### ***Odborná příprava v muzikoterapii***

Kvalifikaci muzikoterapeuta lze ve Velké Británii získat absolvováním některého ze sedmi muzikoterapeutických vzdělávacích programů (Ansdell, Bunt, Hartley, 2002). Nově kvalifikovaní muzikoterapeuti se stávají členy APMT a po doplnění potřebného množství hodin supervize mohou žádat o plné členství.

### ***Charakteristika klinické praxe***

Ve Velké Británii pracuje okolo 500 muzikoterapeutů v široké škále zdravotnických i vzdělávacích institucí, které zahrnují také předškolní zařízení, centra pro děti a dospělé s tělesným postižením, neurologickými a senzorickými poruchami, centra pro seniory, hospice nebo věznice. Ve Velké Británii je muzikoterapie běžně využívána u osob se specifickými vzdělávacími potřebami, v komunitní péči, ve spojení s psychoterapií a nověji také v oblasti paliativní péče s úzkou vazbou na spiritualitu (Bunt 2003, Ansdell, Bunt, Hartley, 2002). Z muzikoterapeutických modelů se v praxi britských muzikoterapeutů můžeme frekventovaně setkat s „Kreativní muzikoterapií“, „Analytickou muzikoterapií“ nebo „Volnou improvizací“.

Od roku 1999 byla muzikoterapeutům (společně s arteterapeuty a dramaterapeuty) státem poskytnuta profesionální registrace. To znamená, že muzikoterapii byl přidělen status nezávislého člena paramedicínských profesí a není legislativně zastřešována jinou profesí (každá nezávislá profese je regulována přímo parlamentem). Muzikoterapeuti mohou být proto zaměstnání v široké nabídce pracovních příležitostí, které zahrnují národní zdravotnické služby a místní poskytovatele sociálních služeb.

Vývoj muzikoterapie v zahraničí nabízí důležité zkušenosti pro vývoj české muzikoterapie. Ačkoliv kontext situace se v detailech liší, střetáváme se s obdobnými problémy, potřebami i výzvami. Muzikoterapeutická profese u nás, obdobně jako v zahraničních zemích, usiluje o vytvoření ucelené legislativy, administrativní a organizační sítě, podporu vzdělávacích příležitostí, muzikoterapeutického výzkumu a medializaci muzikoterapie.

## 8. STRUKTURA MUZIKOTERAPIE

*Jiří Kantor, Matěj Lipský, Jana Weber*

Muzikoterapie je v některých svých definicích označována jako **systematický proces intervence**. V této kapitole se podíváme na jednotlivé fáze muzikoterapeutického procesu. Nejprve se pokusíme podat vysvětlení důležitých pojmů – systematický, proces a intervence.

Pojem *systematický* znamená, že se nejedná o jednorázovou událost nebo o sérii nahodilých setkání terapeuta s klientem. K. Bruscia (1998) vymezuje pojem *systematický* následujícími znaky:

- cílený – terapie vždy obsahuje dohodu sdílenou klientem i terapeutem, která se týká dosažení určitého záměru (konkrétních terapeutických cílů);
- časově organizovaný – stanovení délky, frekvence a organizace jednotlivých setkání, předběžné vymezení délky celého procesu, načasování jednotlivých intervencí;
- metodický – muzikoterapeutický proces zahrnuje několik fází (příprava, realizace a evaluace terapeutického programu), čímž se odlišuje od tzv. terapeutických služeb, které představují krátká (často jednorázová) setkání zaměřená na určité aspekty celého procesu (např. demonstrační ukázky muzikoterapie, zkušenosti z workshopů, konzultace a poradenství);
- založený na vědomostní bázi – muzikoterapeutický proces vychází ze specifického systému vědomostí (tento systém není v současné době ucelený ani jednotný). Tvoří jej zkušenosti z klinické praxe, rozličné teorie a výzkum;
- regulovaný – muzikoterapeutická profese v mnoha zemích stanovila klinické a etické standardy, které vedou a regulují chování jednotlivých muzikoterapeutů v oblasti praxe, teorie i výzkumu.

Z hlediska terapeuta nebo klienta může být *proces* v muzikoterapii popisován různými způsoby. K. Bruscia (tamtéž) nabízí vymezení, podle kterého se jedná o proces vývojový, edukační, interpersonální, umělecký, kreativní nebo vědecký. Uvedené **typy procesů** se pochopitelně mohou kombinovat v různých fázích terapie nebo probíhat paralelně. Lze je vymezit takto:

**Vývojový:** hudební i nehudební změny se během terapie vztahují ke stádiím normálního vývoje. Cílem terapie je pomoci klientům dosahovat příslušných cílů vývojových etap.

**Edukační:** terapeutické cíle a sekvence terapeutických intervencí se vztahují k obsahu kurikula nebo dovednostem, které si klient potřebuje osvojit.

**Interpersonální:** sekvence terapeutických intervencí jsou založeny na stadiích rozvoje vztahu k ostatním lidem (tato stadia jsou popisována podle různých terapeutických teorií, např. terapie psychoanalytické, humanistické, kognitivní).

**Umělecký:** terapeutické sekvence předpokládají hudební rozvoj klienta v oblasti účinkování, kompozice nebo improvizace.

**Kreativní:** proces je spojený s identifikací, prozkoumáváním, testováním a výběrem alternativních řešení. Představuje hledání kreativních způsobů práce s klientem a řešení jeho potíží.

**Vědecký:** jednotlivé sekvence procesu se vztahují k fázím, které jsou popsány v souvislosti s muzikoterapeutickým výzkumem; jedná se o definici a kontrolu proměnných, sběr dat, hledání vztahu mezi proměnnými a interpretaci výsledků.

Muzikoterapeutická *intervence* musí splňovat tři základní kritéria: klient potřebuje pomoc druhé osoby, povaha intervence je odůvodnitelná a pomoc je prováděna terapeutem v kontextu vztahu terapeut – klient (Bruscia, 1998). Muzikoterapeutická intervence se odlišuje od jiných terapeutických modalit kombinací tří základních elementů: zvuku, estetických kvalit a kreativity.

Podle Americké muzikoterapeutické asociace (2005) obsahuje muzikoterapeutický proces z procedurálního hlediska přípravu, realizaci a evaluaci muzikoterapeutického programu.

Muzikoterapeuti si pro jednotlivé fáze vytvářejí vlastní způsob práce podle teoretického zázemí, specifických potřeb klientů a vlastních zkušeností. Proto se zde zaměříme spíše na obecné aspekty jednotlivých fází. Následující popis fází muzikoterapeutického procesu nevyklučuje výskyt odlišností, s nimiž se lze setkat.

## 8.1 PŘÍPRAVA MUZIKOTERAPEUTICKÉHO PROGRAMU

Literatura o muzikoterapii je u nás doposud, bohužel, příliš zaměřena na způsoby práce s klientem během samotné terapie a přehlíží důležitost úvodní fáze muzikoterapeutického procesu. V rámci přípravy muzikoterapeutického programu představíme účel doporučení do muzikoterapie, kontraindikace a také některé terapeutické cíle. Dále se budeme zabývat procesem vstupní diagnostiky, významem navázání terapeutického vztahu a uzavření terapeutického kontraktu. Závěr této kapitoly patří přípravě na terapii a vytvoření muzikoterapeutického plánu.

## 8.1.1 DOPORUČENÍ DO MUZIKOTERAPIE

Doporučení je pro muzikoterapeuta důležité ze dvou důvodů. Obecně uvádí:

- kdo má být do muzikoterapie doporučen (zvážení indikací a kontraindikací);
- z jakého důvodu (zaměření muzikoterapie vzhledem ke specifickým potřebám klienta).

Tyto vstupní informace jsou prvotním impulzem při rozhodování, zda začít, nebo nezačít terapeutický proces. Doporučení do muzikoterapie přichází od jiných odborníků, přátel, samotného klienta nebo rodinných příslušníků. Každý terapeut si vytváří vlastní síť kontaktů, díky kterým získává přísun klientů. To platí nejen v soukromé praxi, ale také v zařízeních komunitního typu (školy, nemocnice, ústavy, stacionáře) – personál, seznámený s možnostmi využití muzikoterapie u svých klientů, je schopen usnadnit výběr vhodných kandidátů pro muzikoterapii.

### 8.1.1.1 Indikace a kontraindikace

Ačkoliv výčet klinických stavů, u kterých byla muzikoterapie úspěšně realizována, je značně široký (viz 10. kapitola), mezi výrazně **predisponované pro indikaci** patří klienti:

- upřednostňující auditivní učební styly, tj. vykazující zvláště dobré schopnosti v oblasti sluchové paměti (mnohé děti se speciálními potřebami);
- reagující na zvuk nebo hudbu jako jeden z mála komunikačních kanálů (lidé s těžkým vývojovým postižením, senioři s demencí);
- se sníženou fyzickou aktivitou nebo omezenou mobilitou (lidé s těžkým tělesným postižením, nemocní upoutaní na lůžko);
- s omezenou kognitivní kapacitou (děti, lidé s mentální retardací, demencí);
- u kterých nejsou konfrontativní terapie doporučené (lidé úzkostní, s nízkým sebevědomím a schopností sebeoceny);
- s nedostatkem motivace k tradičním terapiím;
- s obtížemi v komunikaci, ve vyjadřování myšlenek a pocitů (lidé s komunikačními poruchami, autismem, demencí);
- s deficitem v sociální nebo interpersonální rovině (lidé s depresí, autismem, poruchami osobnosti, sociálně izolovaní);
- u kterých jsou tradiční léčebné prostředky neúspěšné nebo kontraindikované;
- u kterých jsou evidentní známky, že muzikoterapeutická intervence bude nebo je úspěšná (podle Hanser, 1987).

**Kontraindikace** pro zahájení muzikoterapie můžeme rozdělit na obecné a individuální. **Obecné kontraindikace** se vztahují nejčastěji k diagnóze klienta, sem patří např. epilepsie nebo akutní psychotické stavy. **Individuální kontraindikace** souvisí s životními zkušenostmi klienta, např. předešlé zkušenosti s muzikoterapií nebo hudbou. Názory jednotlivých muzikoterapeutů jsou ve výčtu kontraindikací velmi nejednotné – neshodují se ani u obecných kontraindikací.



V odborné literatuře se lze nejčastěji setkat s následujícími kontraindikacemi:

- psychózy v akutním stadiu;
- antisociální porucha osobnosti;
- nestabilizovaná a muzikogenní epilepsie<sup>40</sup>;
- klient nemá pozitivní vztah k hudbě;
- je patrné, že jiný terapeutický přístup bude efektivnější vzhledem k diagnóze nebo potřebám klienta;
- klient, popř. jeho zástupce trvá na nereálných nebo neetických cílech terapie;
- klient s nedostatečnou motivací k terapii;
- klient, který muzikoterapii v minulosti absolvoval, nepomohla mu a nemá v ni důvěru.

Jako příklad specifických situací, kdy bývá rozhodováno o kontraindikaci muzikoterapie, uvádí S. B. Hanser (1999) kontraindikace u hudebníků po úrazech, kterým hudba připomíná traumatické události v jejich životě a konfrontuje je s nezvratnou ztrátou určitých schopností. Jiným příkladem je omezení u osob se sluchovým postižením při náviku relaxace s hudbou, pokud dochází místo uvolnění k zvýšení tenze.

Nelze uvést jednoduchá vodítka pro rozhodování o kontraindikaci muzikoterapie. Muzikoterapeuti berou v úvahu množství faktorů a vždy posuzují vhodnost zahájení muzikoterapie v rámci celkové situace klienta. Pochopitelně má svůj vliv také klinická praxe muzikoterapeuta, jeho styl práce, výběr hudebních zkušeností a v neposlední řadě také ochota riskovat.

### 8.1.1.2 Zaměření muzikoterapie vzhledem k potřebám klienta

Muzikoterapeut musí před zahájením terapie zvážit, zda může muzikoterapie pomoci naplnit specifické potřeby klienta. Důvod pro doporučení udává směr pro další vývoj muzikoterapeutického procesu.

Muzikoterapie může být v důsledku rozmanitých možností aplikace efektivním terapeutickým přístupem z hlediska mnoha terapeutických cílů (viz Bunt, 2002, Bruscia, 1998, Hanser, 1987).

**Komunikace:** receptivní i expresivní složka komunikace, motivace ke komunikaci, motorika mluvidel, neverbální komunikace aj.

**Kognitivní funkce/školní dovednosti:** časoprostorová orientace, poznávání blízkých osob, zvládnutí školního kurikula, koncentrace pozornosti, paměť, myšlení aj.

**Senzomotorické funkce:** percepční funkce (zrak, sluch, hmat, propiocepce aj.), senzorycká integrace, hrubá a jemná motorika, vizuomotorická koordinace, expresivní motorika aj.

<sup>40</sup> Při muzikogenní epilepsii dochází k epileptickým záchvatům při působení určitých hudebních podnětů.

**Emoce:** vyjadřování pocitů, abreakce, korekčně-emoční zkušenost, nevědomé konflikty, sebevědomí, sebeakceptace, kreativita, vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka aj.

**Sociální dovednosti:** interpersonální dovednosti, náhled, sebereflexe, uvědomování okolí, rodinné vztahy, pocit sounáležitosti s druhými, nezávislost a vlastní identita, kontrola impulzivního a agresivního jednání, vytváření vztahů uvnitř různých vrstev společnosti, budování týmů v organizacích aj.

**Chování:** odstraňování nežádoucího chování, rozvoj účelového chování, následování pokynů, schopnost nápodoby, motivace, adaptabilita aj.

**Relaxace a antistresové dovednosti:** strategie zvládnání stresu a psychické zátěže, akceptace postižení aj.

**Spiritualita:** autenticita, smysl života, sebeaktualizace, osobnostní růst aj.

**Jiné cíle:** snížení bolesti, ovlivňování fyziologických funkcí, hudební dovednosti a hudební repertoár, soběstačnost při denních činnostech, reminiscence životních zkušeností, volnočasové dovednosti apod.

V praxi mohou nastat situace, kdy je zapotřebí prozkoumat důvody pro doporučení v širším kontextu. V těchto situacích pomáhá prozkoumání doporučení pochopit vývoj potíží klienta a jejich udržující faktory – např. rodiče doporučí dítě na terapii pro nežádoucí projevy chování, toto chování je však symptomem narušení rodinného systému a nevhodných interakcí rodiče – dítě (v tomto případě by bylo vhodné se zaměřit na celou rodinu, nejen na dítě).

Dále se setkáváme poměrně často se situacemi, kdy důvod pro doporučení je nejasný nebo není dostatečně konkrétně specifikován. Například rodiče si od muzikoterapie slibují, že může pomoci jejich postiženému dítěti, nedokážou však specifikovat potíže a potřeby dítěte, popř. chtějí tento terapeutický přístup pouze vyzkoušet. Řešení této situace může zahrnovat vhodnou edukaci klienta/jeho zástupců o možnostech muzikoterapie, zjištění nejnaléhavějších potřeb klienta a jeho okolí, ucelenější diagnostické vyšetření aj.

Muzikoterapeut musí před zahájením terapie zvážit, zda jeho způsob práce může korespondovat s důvody pro doporučení klienta, popř. pomoci u daného klienta upřesnit důvody pro začátek terapie.

## 8.1.2 VSTUPNÍ DIAGNOSTIKA

Pokud již tušíme, jakým směrem se bude terapie ubírat, přichází čas pro diagnostiku<sup>41</sup> klienta. Obsahem muzikoterapeutické diagnostiky je poznávání hudebních i ne-hudebních charakteristik a potřeb klienta. Podle definice se jedná o „tu část muzikoterapeutického procesu, během které terapeut pozoruje klienta v různých hudebních situacích za účelem lepšího porozumění jeho osobnosti a identifikace potíží, zájmů, potřeb a důvodů, které klienta přivádějí na terapii“ (Bruscia, 1998, s. 27).

Přestože muzikoterapeuti pracují s diagnostickými závěry jiných odborníků, je nezbytnost vlastních diagnostických postupů opodstatněná z několika důvodů:

**Otázka statusu oboru muzikoterapie:** je nezbytné mít vlastní diagnostické a evaluační postupy, pokud má muzikoterapeut fungovat jako přispívající člen interdisciplinárního týmu (každá profese má vlastní diagnostické a evaluační metody). Muzikoterapeut by měl být navíc sám schopen zjistit efektivitu terapie, kterou poskytuje.

**Otázka flexibility:** muzikoterapeut nemůže spoléhat na to, že vstupní vyšetření a vytvoření terapeutického programu provede jiný odborník. Měl by poznat klienta v hudebních situacích, tak jak se bude projevovat během muzikoterapeutického procesu. Muzikoterapeutická diagnostika umožňuje zjišťovat efektivitu muzikoterapeutické intervence, což je podstatná informace nejen pro klienta a zainteresované osoby, ale také pro zaměstnavatele muzikoterapeutů a pojišťovny.

**Otázka působnosti v interdisciplinárním týmu:** Muzikoterapeut může díky vlastním evaluačním nástrojům významně přispět k poznání klienta v rámci interdisciplinárního týmu.

Muzikoterapeutická diagnostika umožňuje poznat klienta ve zcela nových souvislostech a přinést o klientovi informace, které jsou nedostupné jinými prostředky (Ruona, 2005, Grant in Saperston, West, Wigram, 2000).

### 8.1.2.1 Některé přístupy k diagnostice

Diagnostický proces může být klasifikován podle různých kritérií. Obdobně jako v jiných pomáhajících profesích se v muzikoterapii také setkáváme se členěním na diagnostiku kauzální, symptomatickou a diferenciální, globální a parciální, vstupní, průběžnou a výstupní atd. (viz Valenta, Müller 2003, Přinosilová, 1997). K. Bruscia (1998) popisuje z pohledu muzikoterapie tyto diagnostické přístupy:

**Diagnostický:** cílem je rozpoznat, zda má klient určité konkrétní potíže nebo klinickou diagnózu (např. test imitace rytmických vzorců za účelem odhalení percepčních potíží).

---

<sup>41</sup> Anglický termín *assessment* zde překládáme poněkud nepřesně jako diagnostika vzhledem k zavedené odborné terminologii. Máme však stále na mysli komplexní popis schopností a specifických potřeb klienta, nejen pouhé stanovení diagnózy, tj. výskytu či absence určité poruchy.

**Interpretativní:** terapeut se snaží porozumět nebo vysvětlit chování klienta na základě určité teorie nebo teoretického referenčního rámce (např. analýza textu písne klienta podle freudiánské teorie – interpretace potíží klienta na základě nevědomě vyjadřované potřeby mateřské lásky).

**Deskriptivní:** terapeut shromažďuje všechny dostupné informace o klientovi a poté se snaží vytvořit holistický pohled na klienta prostřednictvím syntézy těchto informací bez vztahu k informacím o jiných klientech, teoriím (např. terapeut studuje všechny záznamy improvizací klienta a sumarizuje svá zjištění v písemné podobě charakteristiky klienta, která odráží jeho důležité osobnostní a hudební vlastnosti).

**Preskriptivní:** terapeut se snaží zjistit, jaké jsou specifické terapeutické potřeby klienta, tj. zda je muzikoterapie indikována nebo kontraindikována, zda se bude klient účastnit individuální nebo skupinové terapie, vybírá nejvhodnější metody a terapeutické přístupy pro daného klienta.

**Evaluační:** terapeut shromažďuje a srovnává informace o úrovni funkcí a chování klienta na začátku terapie, v pozdějších stadiích a na samotném konci terapie za účelem vyhodnocení efektivity terapeutického procesu (např. sledování maladaptivního chování klienta v úvodních i pozdějších skupinových aktivitách).

### 8.1.2.2 Charakteristika vstupní diagnostiky

Cílem vstupní diagnostiky je:

- navázat terapeutický vztah;
- získat podrobnější informace o klientovi;
- uzavřít kontrakt.

#### *Navázání terapeutického vztahu*

K rozvoji terapeutického vztahu dochází od prvního kontaktu s klientem. Úkolem terapeuta je proto již od počátku vytvořit vhodné podmínky pro vzájemnou interakci. Terapeut klienta nijak nehodnotí – vystupuje empaticky a autenticky, reflektuje, co mu klient sděluje, motivuje jej a povzbuzuje k řešení potíží (Ruona, 2005).

U některých klientů je obtížné navázat vztah, popř. tito klienti nereagují na běžně používané diagnostické postupy při vyšetření (verbální pobídky, testy). P. Nordoff, H. Grant a další autoři (Grant in Saperston, West, Wigram, 2000) doporučují vytvoření takové hudební situace, která klienta zaujme a otevře prostor pro „setkání“ v hudební rovině. Podobné setkání se uskutečnilo v níže uvedeném příkladu.

Erika je čtyřletá dívka s diagnózou dětský autismus. Na pokus o navázání kontaktu reaguje obvykle útečkovými reakcemi, což se potvrdilo již při prvním vstupu do muzikoterapeutické místnosti. Dobu vstupního rozhovoru trávila Erika v opačném rohu místnosti. V další fázi Erika přechází k hudebním nástrojům, které leží na podlaze. Zkouší několik nástrojů, nakonec si vybírá dětský klavír a tráví několik minut zaujata hrou. Terapeut chvíli pozoruje, poté si vybírá stejný nástroj a přistupuje blíže k Erice. Reaguje imitativní hrou, příležitostně doprovodí Eriku akordem. Začíná něžně zpívat jednoduchou melodii na jméno dívky a pobízí rodiče, aby se přidali. Poté předává

svůj nástroj rodičům a pomáhá Erice nalézt akordy k doprovodu melodie. Všichni jsou zapojeni do společné hudební zkušenosti (Hanser, 1987).

S. B. Hanser (1987) uvádí tato doporučení pro rozvoj terapeutického vztahu:

- představit sebe, informovat klienta o sobě, o muzikoterapii; snažit se zjistit něco o klientovi a sdílet jeho důvody, proč žádá o muzikoterapii;
- nesoudit a nehodnotit, nýbrž pozorně pozorovat a naslouchat;
- využívat neverbální tělesné signály vyjadřující zájem a pozitivní postoje ke klientovi;
- ptát se za účelem objasnění toho, co nám klient sděluje;
- zaměřit se více na pocity a chování než na obsah konverzace, reflektovat, co slyším a vidím (pokud je to vhodné), odložit interpretace na později;
- nabízet klientovi příležitost k výběru hudebních aktivit. Po jeho zapojení se zaměřit na reakce vyjadřující přijímání;
- maximalizovat dostupnost interaktivních hudebních aktivit, které zdůrazňují sdílení zkušeností;
- být trpělivý, snažit se co nejvíce dozvědět o klientovi, než začneme řešit problémy.

### ***Získávání podrobnějších informací***

Muzikoterapeuti mohou získávat podrobnější informace o klientovi z různých zdrojů (ne všechny jsou vždy dostupné):

- dokumentace klienta (závěry odborných vyšetření, rodinná a osobní anamnéza);
- vlastní diagnostika;
- konzultace v rámci interdisciplinárního týmu (např. psycholog, psychoterapeut, fyzioterapeut, speciální pedagog), důležité informace mohou poskytnout také rodiče a přátelé klienta.

Seznámení se s různými zdroji informací pomáhá vytvořit si ucelenější představu o klientovi a soustředit se na podstatné oblasti během diagnostického procesu. Zde se zaměříme na vlastní diagnostiku, kterou provádí muzikoterapeut.

Charakteristickým rysem muzikoterapeutické diagnostiky je využití hudebních situací pro získávání podrobnějších dat o klientovi a porovnávání těchto dat s chováním a prožíváním klienta v nehudebním kontextu. Důležitou součástí vstupní diagnostiky je také zjišťování hudebního zázemí, hudebních dovedností a preferencí klienta.

Muzikoterapeuti využívají mnoho různých prostředků pro vstupní diagnostiku. Jedním z nich je **rozhovor** (klinické interview) s klientem, popř. jeho rodiči. Rozhovor lze využít k pozorování klienta během verbální interakce a k doplnění dat, která se mohou týkat dalších informací o klientovi, osobní a rodinné anamnézy, jiných terapeu-

tických služeb (které klient využívá), dopadu současných potíží na klienta a jeho okolí, dosavadních zkušeností klienta s muzikoterapií.

Dále terapeut poznává **hudební zázemí klienta**, jeho hudební dovednosti a preference. Tyto proměnné jsou u každého člověka jedinečné, v důsledku čehož reaguje na hudbu každý zcela specifickým způsobem. Vztah k hudbě může reflektovat specifika daná věkem, symbolické a emocionální asociace, kulturu, v níž je klient zakotven, důležité osobnosti v jeho životě, sociální vztahy, klientovu hudební i osobní historii. Muzikoterapeuti používají pro účely hudebního ohodnocení klienta různé prostředky. Nejčastěji jsou to kombinace rozhovoru, dotazníků a receptivních i aktivních hudebních zkušeností (společný poslech oblíbených nahrávek klienta a diskuse, hudební improvizace, testy hudebních schopností a dovedností). V příloze F uvádíme vlastní návrh dotazníku pro zjišťování hudebního zázemí, hudebních dovedností a preferencí klienta.

Dříve uvedená kazuistika dívky jménem Erika je příkladem diagnostického využití hudební improvizace. Při vstupu do muzikoterapeutické místnosti leží na zemi volně dostupné hudební nástroje – muzikoterapeut si všímá, které nástroje si Erika vybírá jako první a se kterým nástrojem tráví nejdelší dobu. Zároveň pozoruje neverbální reakce dívky, způsob hry a využití rytmu, melodie a harmonie při improvizaci na nástroj. Po několika minutách se terapeut přidává – pozoruje, jak bude Erika reagovat na společnou hru. Tvaruje její melodii a s fyzickou dopomocí jí pomáhá najít harmonický podklad na dětském klavíru. Díky společné hudební zkušenosti si terapeut vytváří velmi konkrétní představu o tom, jaký je hudební svět Eriky (Hanser, 1987).

Na základě mapování klientova vztahu k hudbě provádíme výběr hudby, hudebních nástrojů a muzikoterapeutických metod při plánování a realizaci muzikoterapeutického programu.

Ústřední složkou vstupní diagnostiky je zjišťování, jak se potíže klienta projevují v hudebním kontextu. Muzikoterapeutické setkání bývá chápáno jako metafora běžného života. Podstatné znaky chování klienta se projevují v různém prostředí a v různých podmínkách. Proto je pro muzikoterapeuta důležité srovnávání hudebního a nehupebního chování klienta. Klíčovou technikou je v tomto okamžiku **pozorování**, využívá se také diskuse, testy, analýza hudebních produktů, sebereflexe a další techniky. Cíle pozorování, způsob interpretace a další práce se získanými informacemi závisejí na teoretické orientaci terapeuta a specifických potřebách klienta. Z formálního hlediska je rozdíl mezi strukturovanou a nestrukturovanou diagnostikou, jejíž principy a způsoby využití nyní představíme.

**Strukturovaná diagnostika** se používá nejčastěji při hodnocení výkonnosti tělesných a psychických funkcí (motorika, percepce, kognitivní funkce atd.). Je typická např. pro medicínské a edukační modely nebo kognitivně-behaviorální terapii. Může být prováděna jednorázově a má předem stanovený postup. Jejím výsledkem jsou obvykle kvantifikovatelné údaje. Zaznamenávat můžeme jak incidenci, tzn. přítomnost určitého chování, tak i jeho délku a intenzitu.

Strukturovaná diagnostika zahrnuje testy (standardizované i nestandardizované), vývojové škály, měření, zadávání úkolů, hodnocení na číselných stupnicích (škálách), pozorování četnosti výskytu určitého chování apod. Tyto diagnostické postupy si obvykle vytváří každý muzikoterapeut sám, v zahraničí však najdeme také mnoho



standardizovaných muzikoterapeutických testů. Na internetu je volně dostupný např. manuál pro *Škálu hudebního chování (Musical Behavioral Scale)* (Skille, 2005). Někteří muzikoterapeuti využívají rovněž tradiční nehudební diagnostické postupy, které jsou v literatuře dobře popsány (viz Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, Šípek, 2000 a další).

**Nestrukturovaná diagnostika** se používá především v psychoterapeuticky orientované intervenci (psychodynamické a humanistické směry). Je vždy zaměřena na klienta – neobsahuje žádné konkrétní testy a jiné formální diagnostické postupy. Vychází z pozorování jedince a má podobu spíše kvalitativního popisu.

Podle A. E. Ruony (2005) je nestrukturovaná diagnostika prováděna jako proces skládající se obvykle ze 4–6 setkání. Představuje volné prozkoumávání interakcí, myšlenek, reflexí a pocitů klienta. Typickou technikou nestrukturované diagnostiky je hudební improvizace – její průběh je těžce předvídatelný a vyžaduje značnou flexibilitu terapeuta. Terapeut získává informace pozorováním interakcí s klientem v hudební, verbální a neverbální rovině (tamtéž).

V psychodynamických přístupech muzikoterapeut využívá reflexe vlastních emocionálních reakcí pro porozumění emocionálním stavům klienta. Vlastní zjištění srovnává s postoji klienta a závěry jiných odborných vyšetření. Specifikem nestrukturované diagnostiky jsou tzv. sebečisticí techniky a sebereflexe před aplikací projekčních technik (Bruscia, 1998). Terapeut by si měl zachovat neutralitu a nesnažit se posuzovat klienta na základě podobností s předchozími klienty. Pro vyhodnocování dat vstupního ohodnocení a formulaci závěrů se používá několik odlišných zdrojů<sup>42</sup>.

V příloze G je uveden graf znázorňující proces nestrukturovaného vstupního ohodnocení v muzikoterapii podle A. E. Ruony (2005). Graf popisuje diagnostický proces z pohledu tří úrovní:

- chronologicky navazujících stadií;
- způsobu získávání informací;
- vývoje terapeuta porozumění klientovi.

### ***Uzavření kontraktu***

Již při prvním setkání s klientem muzikoterapeuti obvykle uzavírají kontrakt – vzájemný závazek, který upřesňuje základní práva a povinnosti obou stran. Proces uzavírání kontraktu má podle J. Mackewn (2004) etický, praktický a terapeutický rozměr.

Klienty neschopné samostatného rozhodování zastupuje v záležitosti terapeutického kontraktu zákonný zástupce, popř. se na rozhodování podílí také příslušná instituce (např. ústav, škola). Kontrakt pomáhá klientovi uvědomit si své potřeby a očekávání. Muzikoterapeut by měl předem s klientem nebo jeho zástupcem probrat možnost a podmínky odstoupení od kontraktu (tamtéž).

<sup>42</sup> Tato procedura připomíná **triangulaci**, techniku kvalitativního výzkumu. Muzikoterapeut při ní srovnává získaná data z několika různých zdrojů pro zajištění validity.

Podle S. B. Hanser (1987) může kontrakt zahrnovat následující body:

- procedurální detaily, např. frekvenci a délku setkání, výši poplatků a způsob úhrady;
- etické požadavky, např. zajištění soukromí, důvěrnosti;
- společné stanovení terapeutických cílů;
- možná omezení terapie;
- vysvětlení rolí a odpovědností terapeuta a klienta, prohlášení klienta o souhlasu s dobrovolnou účastí na muzikoterapii;
- popis evaluačních strategií a podmínek ukončení terapie;
- povolení pro použití fotografií, videonahrávek a jiných médií ke speciálním účelům.

V závěru vstupní diagnostiky muzikoterapeut provádí souhrn a vyhodnocení dat o klientovi, ověřuje vhodnost muzikoterapie jako terapeutické metody pro daného klienta a formuluje údaje, které pomohou při sestavování muzikoterapeutického plánu.

Pokud má terapeut pochybnosti o zařazení klienta do terapie, může vyzkoušet určitý počet hodin muzikoterapie a potom se rozhodnout, zda bude s klientem v terapii pokračovat. Pokud se terapeut na základě dosavadních zjištění rozhodne zahájit terapii, musí naplánovat její jednotlivé kroky a podmínky, za kterých bude terapie probíhat.

### 8.1.3 PLÁNOVÁNÍ MUZIKOTERAPIE

Příprava na terapii probíhá na různých úrovních. Zahrnuje zabezpečení organizačních podmínek, výběr vhodných muzikoterapeutických strategií, upřesnění terapeutických cílů, vytvoření muzikoterapeutického plánu a přípravu klienta na terapii.

#### 8.1.3.1 Zabezpečení organizačních podmínek

Organizační podmínky představují zajištění prostoru pro muzikoterapii a naplánování konkrétních termínů a hodin pro setkání. To může být problém zejména v případech, kdy muzikoterapie probíhá v prostorách, kde se střídají různé aktivity, kdy muzikoterapeuti docházejí do rodin nebo pokojů pacientů, klienti odcházejí na léčebné a rehabilitační procedury (nemocnice, speciální školy). V těchto případech se musí muzikoterapeut snažit pro klienta zajistit dostatek intimity, vybrat nástroje a materiály, které je možné přenášet, nebo určit dobu, kdy budou moci být všichni klienti na skupině.

#### 8.1.3.2 Výběr muzikoterapeutických strategií

Při výběru muzikoterapeutických strategií doporučuje S. B. Hanser (1987) vycházet z databáze ukazující výsledky těchto strategií. Pokud existují výzkumné závěry, že určité terapeutické strategie byly úspěšně použity v podobných klinických situacích, zvyšuje se pravděpodobnost, že naše terapie využívající tyto terapeutické strategie

nebo jejich modifikace bude úspěšná. Muzikoterapeutickým technikám, formám a způsobům intervence se budeme podrobněji věnovat v dalších kapitolách.

### 8.1.3.3 Upřesnění terapeutických cílů

Již v důsledku doporučení dostává terapeutický proces určité zaměření. Terapeutické cíle je však zapotřebí pro lepší poznání klienta upřesnit, rozfázovat a v případě potřeby upravit tak, aby byly pro klienta nejen žádoucí, ale také realistické a dosažitelné. Zároveň se musíme vyhnout pokušení plánovat s klientem příliš mnoho terapeutických cílů najednou. V literatuře lze najít mnohá kritéria pro výběr terapeutických cílů (Možný, Praško, 1999, Hanser, 1987):

**Hodnota:** přinese klientovi dosažení cíle bezprostřední úlevu a zlepšení kvality života?; je cíl vybírán z oblasti, která nejvíce vyžaduje změnu vzhledem k potřebám klienta?

**Předpoklady:** má klient základní schopnosti nezbytné pro dosažení cíle?

**Interference:** vyskytuje se nějaké chování, které by mohlo narušovat dosažení cíle? Pokud ano, není efektivnější zaměřit se nejprve na toto chování?

**Diagnostika:** je možné nějakým způsobem diagnostikovat dosažení cíle?

**Doporučení:** reflektuje výběr terapeutického cíle důvod pro doporučení klienta na terapii?

**Souhlas:** sdílí ostatní členové interdisciplinárního týmu přesvědčení, že se jedná o nejvhodnější terapeutický cíl? Souhlasí klient s tímto zaměřením terapie a považuje cíl za dosažitelný?

**Úspěch:** je vysoká pravděpodobnost, že klient dokáže cíle dosáhnout (úspěch klienta motivuje k dalšímu úsilí a přispívá k vytvoření pozitivního obrazu o terapii)?

**Efektivita:** představuje muzikoterapie nejefektivnější terapii pro dosažení vytyčených cílů?

V zásadě rozlišujeme dlouhodobé a krátkodobé cíle. Pokud stanovíme dlouhodobý cíl, měli bychom jej rozfázovat na krátkodobé cíle, tj. drobné, konkrétní, na sebe navazující kroky, které je možné splnit nejlépe v rozsahu několika hodin terapie. Zejména při nácviku dovedností je užitečné rozfázovat terapii podle vzrůstající obtížnosti a komplexity požadovaných reakcí.

Pro formulaci terapeutického cíle platí, že cíl formulujeme pozitivně, tzn. zaměřujeme se raději na to, co klient bude schopen dělat, nikoliv, co dělat nebude. Cíl by měl být formulován konkrétně, nejlépe v pojmech pozorovatelného chování tak, aby bylo možné určit, zda bylo cíle dosaženo, nebo ne. Jestliže se cíl týká chování klienta, měla by formulace cíle obsahovat také frekvenci a trvání žádoucího chování. Nezapomínáme, že cíl nemusí být formulován jen v termínech pozitivního nárůstu schopností klienta. Muzikoterapeutické cíle představují nejen zlepšení nějaké schopnosti, ale také udržení funkcí, zpomalení jejich úbytku, zpomalení regresního vývoje klienta nebo zlepšení kvality života klientů.

### 8.1.3.4 Muzikoterapeutický plán

Fáze přípravy muzikoterapeutického programu je v tomto bodu u konce – zbývá nám ještě vytvořit muzikoterapeutický plán, který zachycuje výsledky celého předchozího procesu a navrhuje, jakým způsobem tento proces bude dále pokračovat. Muzikoterapeutický plán „je program terapeutické nebo vzdělávací intervence zaměřený na specifické potřeby a schopnosti klientů“ (Americká muzikoterapeutická asociace, 2005). Jedná se o písemně zaznamenaný dokument, který má dvě funkce:

- organizuje plán akcí muzikoterapeuta;
- sděluje elementy naplánovaného muzikoterapeutického programu klientovi, ostatním odborníkům, zdravotním pojišťovněm. Rozsah i obsah muzikoterapeutického plánu není nikde jednoznačně stanoven. Obvykle je koncipován v souladu s potřebami osob nebo institucí, kterým je určen (v některých případech určují instituce, které financují terapii, kritéria pro výslednou podobu muzikoterapeutického plánu).

Kanadská asociace pro muzikoterapii (2003) doporučuje zahrnout tyto položky:

- muzikoterapeutické cíle;
- předpokládané muzikoterapeutické strategie, postupy a prostředky muzikoterapeutického působení;
- předpokládaná doba terapie;
- způsob dokumentace zaznamenávající průběh terapie;
- jakých dalších terapií se klient účastní, jak se mohou tyto další druhy terapií s muzikoterapií navzájem doplňovat a ovlivňovat.

Pro srovnání uvádíme strukturu muzikoterapeutického plánu podle S. B. Hanser (1987):

- informace o klientovi – věk, pohlaví, zařízení (nemocniční oddělení, škola, ambulantní péče), důvod pro doporučení;
- organizace terapie – frekvence a délka setkání, místo, forma terapie, nezbytné vybavení;
- průběh a výsledky diagnostického procesu;
- terapeutické cíle, hierarchie jednotlivých kroků a popis cílového chování;
- muzikoterapeutické strategie a celkový design terapeutické fáze;
- způsob evaluace.

V průběhu samotné terapie je užitečné muzikoterapeutický plán opakovaně revidovat a v případě nutnosti jej uzpůsobit novým požadavkům.

## 8.2 REALIZACE TERAPEUTICKÉHO PROGRAMU

Po vyhotovení terapeutického plánu přichází fáze jeho realizace, vedení dokumentace a sledování vývoje klienta během terapie. Výslednou podobu této fáze určuje obrovské množství různých faktorů, např. teoretické zázemí terapeuta a typ intervence,

specifika muzikoterapeutického modelu, použité metody, věk nebo specifické potřeby klienta a další. Některým z uvedených faktorů jsou v této knize věnovány samostatné kapitoly. V této kapitole se zaměříme na některé způsoby vedení muzikoterapie, terapeutické formy, způsoby vedení dokumentace, strukturu muzikoterapeutické jednotky a v závěru představíme možnosti vybavení muzikoterapeutické místnosti.

## 8.2.1 NĚKTERÉ ZPŮSOBY VEDENÍ TERAPIE

Stejně jako ve většině směrů expresivních terapií, také v muzikoterapii se objevuje členění na terapii kreativní a nekreativní (také aktivní a receptivní), direktivní a nedirektivní, kauzální a symptomatickou, podpůrnou a rekonstrukční (Kratochvíl, 2002). Různých členění muzikoterapie bychom mohli najít pochopitelně více. Rozdělení na intervenci kreativní a nekreativní uvádíme v souvislosti s muzikoterapeutickými modely. V této kapitole si stručně představíme ostatní výše citované možnosti dělení muzikoterapeutické intervence.

### 8.2.1.1 Direktivní a nedirektivní intervence

Direktivní a nedirektivní přístup odkazuje k rozdělení rolí vedení a následování v průběhu terapeutické fáze. Při nedirektivní intervenci vede klient a terapeut následuje, kdežto při direktivní intervenci přebírá vedoucí úlohu terapeut a klient následuje terapeuta.

Direktivní a nedirektivní způsob intervence se navzájem nevylučují a většina terapeutů používá různé stupně kombinace obou přístupů (Bean in Wigram, Saperston, West, 2000). Každý z těchto přístupů má své výhody i nevýhody, indikace a kontraindikace. Podle zjištění Amelie Oldfield (in Wigram, Saperston, West, 2000) se poměr vedení a následování mezi terapeutem a klientem v průběhu terapie často vyrovnává.

Při **direktivní intervenci** je terapeutický postup předem daný. Terapeut využívá přímé usměrňování myšlení, postojů a chování klienta, uděluje rady a doporučení (Kratochvíl, 2002). Často vyžaduje plnění různých úkolů, imitaci a systematický nácvik požadovaného chování. Výhodou direktivní intervence je, že poskytuje klientům kontrolu, bezpečí, srozumitelnou strukturu a jasné hranice. Dosažení konkrétních cílů může mít na klienta přímý a pozitivní vliv. Direktivní přístup pomáhá klienta informovat o jeho vlastních schopnostech, které by prostřednictvím nedirektivní intervence nebyly odhaleny tak brzy. K nevýhodám direktivní intervence patří omezení možnosti volby, aktivity, kreativity a spontánnosti klienta.

Jako příklad tohoto typu intervence můžeme uvést muzikoterapeutické programy pro nácvik percepčních, motorických nebo sociálních dovedností. Z psychoterapeuticky orientovaných přístupů je nejtypičtějším příkladem behaviorální muzikoterapie.

Při **nedirektivní intervenci** terapeut klienta doprovází, reflektuje jeho hudební chování, poskytuje mu pozitivní stimuly pro získání hudebních a osobních zkušeností a pro rozvoj vzájemného vztahu (Bean in Wigram, Saperston, West, 2000). Terapeut je zde méně angažovaný, spíše podněcuje klienta k činnosti a vytváří příznivé podmínky pro klientovu sebeexploraci. Nedirektivní však neznamená bez hranic.

Nedirektivní přístup terapeuta je zvláště vhodný pro klienty, kteří nejsou úspěšní v klasických výukových situacích. Často se využívá v humanistické a psychodyna-

mické muzikoterapii k podněcování osobnostního růstu a sebeexploraci, pro vyjádření pocitů, nevědomých konfliktů, k identifikaci projekcí a různých struktur osobnosti. Nedoporučuje se rovněž u klientů příliš pasivních, s nedostatkem sebedůvěry nebo s obsesivními vzorci chování. Nedirektivní intervence by u nich mohla vyvolat pocity izolace a nejistoty, co mají dělat nebo co se od nich očekává. Tito klienti se obtížně vyrovnávají s volností a možností volby. Direktivní přístup jim paradoxně poskytuje prostředek k dosažení větší svobody. Patrně nejtypičtějším příkladem nedirektivního přístupu je hudební improvizace používaná v mnoha muzikoterapeutických modelech.

### 8.2.1.2 Kauzální a symptomatická intervence

Toto členění se týká zaměření muzikoterapeutické intervence z hlediska stanovených terapeutických cílů. **Kauzální intervence** odhaluje a odstraňuje příčinu potíží klienta. Její terapeutický účinek poskytuje trvalé vyléčení a zbavení potíží klienta (Kratochvíl, 2002). Může v případě potřeby být indikována pouze v případech, kdy známe příčinu onemocnění a máme zajištěny podmínky pro úspěšnou terapii. Příkladem kauzální intervence je např. psychodynamicky orientovaná muzikoterapie, při které dochází k odhalování a odstraňování nevědomých konfliktů, motivací a zdrojů potíží klienta.

V praxi se však častěji setkáváme se **symptomatickou intervencí**, která je indikována u chronických, progresivních a terminálních onemocnění, u onemocnění s neznámou příčinou, trvalých postižení a dalších stavů, které nedávají možnost trvalého vyléčení. Zahrnuje také situace, kdy je léčba mimo dosah možností muzikoterapie nebo kdy je terapie limitována příliš krátkou dobou nezbytnou k odstranění příčin potíží klienta. Účinek symptomatické intervence je spíše krátkodobý. Zaměřuje se na odstranění nebo zmírnění příznaků onemocnění nebo potíží klienta (tamtéž). Přesto je i tento typ intervence velmi důležitý, protože může zlepšit celkový stav klienta a kvalitu jeho života.

### 8.2.1.3 Intervence podpůrná a rekonstrukční

Dělení na intervenci podpůrnou a rekonstrukční je v mnohém podobné předchozímu dělení. **Podpůrná intervence** poskytuje pomoc v náročných situacích, podporuje pozitivní myšlení, víru ve vlastní síly. Podpůrná muzikoterapie se objevuje většinou jako doplněk působící v komplexu dalších terapií a typů intervence. Zvláštní typ podpůrné muzikoterapeutické intervence, která je poskytována osobám v terminálním stadiu onemocnění, se nazývá paliativní muzikoterapie.

Obecným cílem podpůrné intervence je celkové zvýšení kvality života klientů a pomoc v náročných životních situacích. Délka terapie zpravidla není omezena – může probíhat v rozsahu týdnů až roků, do té doby, dokud klientovi prospívá.

**Rekonstrukční intervence** je typická zejména pro psychotherapeuticky orientované muzikoterapeutické modely (např. „Analytická muzikoterapie“). Jedná se o velmi ambiciózní typ intervence, který vyžaduje velké zkušenosti terapeuta. Jejím cílem je celková přestavba osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací nebo hodnotového systému klienta. K realizaci rekonstrukční terapie je zapotřebí mnohem delšího časového úseku než u muzikoterapie podpůrné. Běžně se uvádí trvání terapie až několik let při frekvenci jedné muzikoterapeutické jednotky týdně.





*Obr. 7 Využití ocean-drumu při skupinové muzikoterapii batolat*

## 8.2.2 FORMY MUZIKOTERAPIE

Formy muzikoterapie se vztahují k uspořádání terapeutické situace z hlediska počtu klientů, popř. z hlediska systému, v němž muzikoterapie probíhá. Zde pojednáme o muzikoterapeutických formách, které se využívají nejčastěji, a to o muzikoterapii individuální, skupinové a komunitní. K úplnému výčtu terapeutických forem bychom mohli zařadit ještě muzikoterapii párovou a hromadnou<sup>43</sup>.

### 8.2.2.1 Individuální terapie

Individuální terapie je založena na interakčním vztahu terapeut – klient. Obvykle se realizuje prostřednictvím samostatných sezení s klientem, může k ní však docházet také ve skupině, pokud se sníží interakce mezi jejími členy. Individuální terapie je ekonomicky a personálně náročná. Ne všechny potíže klientů je však možné řešit ve skupině. V některých případech navíc představuje jediné možné řešení, jak terapii realizovat. K těmto případům dochází u klientů:

- se závažným tělesným nebo kombinovaným postižením;
- kteří potřebují bipolární vztah;
- u kterých je individuální forma efektivnější než skupinová;
- kteří nejsou schopni efektivně pracovat ve skupině z důvodu vážného sociálního narušení (nerespektování pravidel, odmítání spolupráce, agrese);
- pro které by skupinová forma terapie znamenala příliš velkou zátěž.

<sup>43</sup> Charakteristiku těchto terapeutických forem podává S. Kratochvíl (2002) nebo K. Balcar, J. Langmeier, J. Špitz (2000).

Individuální terapie může sloužit také jako příprava pro zařazení do skupinové terapie u klientů, kteří potřebují nejprve získat určité sociální zkušenosti a dovednosti. Tento postup se může týkat např. klientů s těžkým mentálním postižením nebo autismem.

### 8.2.2.2 Skupinová terapie

Skupinová terapie využívá **skupinovou dynamiku**, která je definována jako „souhrn skupinového dění a skupinových interakcí“ (Kratochvíl, 1996, s. 14). Terapeut pracuje s otevřenou nebo uzavřenou skupinou. Skupina může být malá (3–8) nebo velká (8–15). I. Yalom uvádí tyto požadavky na velikost skupiny: „Dolní hranice skupiny je určena kritickým množstvím nutným k tomu, aby seskupení jednotlivců vytvořilo interakční skupinu. Když se skupina zmenší na tři nebo čtyři členy, přestane fungovat jako skupina; interakce mezi členy se sníží a terapeuti často zjistí, že provádějí individuální terapii ve skupině... Horní hranice skupiny je určena pouze zásadou, aby skupina přinášela zisk“ (Yalom, 1999, s. 330–331).

Skupinová terapie nabízí možnost zabývat se problémy více klientů zároveň. Nabízí příležitosti pro sociální učení – usnadňuje změnu postojů, modelů chování, vytváří příležitosti pro procvičování zralejšího chování a ověřování účinnosti nových strategií (Hornáková, 2003). Skupina pomáhá stimulovat jedince a zvýšit jeho výkon. Tento jev se nazývá sociální facilitace (Valenta, 2001).

Sestavování terapeutických skupin vyžaduje určitou dovednost. U **krátkodobých skupin** orientovaných na symptomatickou terapii se doporučuje homogenní složení skupiny klientů, kteří přicházejí na terapii s podobnými problémy. U **dlouhodobých skupin** zaměřených na restrukturuaci a komplexní rozvoj osobnosti by měla být skupina natolik heterogenní, aby poskytovala dostatek rozmanitých vzorů pro sociální učení a chování (Yalom, 1999).

Muzikoterapeutická skupina může být otevřená nebo uzavřená. Jakmile se utvoří **uzavřená skupina**, nepřijímá již žádné nové členy a setkává se obvykle na předem určeném počtu sezení. Většinu uzavřených skupin tvoří skupiny krátkodobé terapie. Výhodami uzavřené skupiny je důkladnější poznání a zvyk na jednotlivé členy skupiny. Poměrně uzavřenou skupinu vyžaduje většina klientů s poruchami, které se vyznačují sníženou schopností adaptace (zejména dětský autismus). U těchto klientů je zapotřebí zajistit, aby skupina poskytovala takové množství nových podnětů, které mohou být výzvou pro adaptaci jedince, a přitom zajišťovala dostatečně stabilní a bezpečné prostředí. Nové klienty přijímáme v uzavřené skupině pouze tehdy, pokud to vyžadují požadavky terapie nebo pokud se počet členů ve skupině výrazně sníží a je ohrožena koherence skupiny. Dlouhodobou uzavřenou skupinu lze uskutečnit v podmínkách, které zajišťují značnou stabilitu, např. školy, ÚSP, stacionáře aj.

**Otevřená skupina** si udržuje stálou velikost tím, že nahrazuje každého člena, jenž odchází ze skupiny. Je jedinou volbou v zařízeních s krátkou stabilitou složení klientů, ke kterým patří klinická a poradenská zařízení, školy při nemocnicích, léčebny, diagnostické ústavy a oddělení.

Při zařazování klientů se závažným tělesným, mentálním nebo jiným postižením do skupinové terapie je zapotřebí zvážit řadu faktorů. Kromě otázek týkajících se norem, cílů terapeutické skupiny a celkové efektivity práce je důležité, zda a jakým způsobem se bude klient schopen podílet na terapeutickém procesu. Někdy pomůže přítomnost asistentů, koterapeuta nebo snížení počtu klientů ve skupině. Jindy je

vhodnější doporučit jiné terapeutické uspořádání (např. individuální terapii), zvláště je-li činnost terapeutické skupiny zaměřena interakčně a jedinec není schopen se kvůli svému postižení aktivně podílet na skupinových činnostech a procesech, které ve skupině probíhají. V každé terapeutické skupině se snažíme podporovat pocit sounáležitosti jejích členů.

### 8.2.2.3 Komunitní terapie

Komunitní forma terapie je v současnosti již tak populární a vyhledávaná, že ji nelze považovat za typ skupinové terapie. Na rozdíl od skupinové terapie se zde nepracuje s uměle vytvořenými skupinami klientů, ale s přirozeně existujícími skupinami a prostředím klientů. Komunitní terapie se týká rodin, pracovišť, komunit vrstevníků nebo komunit v různých institucích. V pojetí některých muzikoterapeutů zahrnuje celé sociokulturní vrstvy nebo společnost obecně (např. E. H. Boxhill a další muzikoterapeutičtí aktivisté). Horní hranice počtu členů komunity nemusí být limitována (tak jako tomu je u skupinové terapie).

Další rozdíl mezi skupinovou a komunitní terapií najdeme v zaměření terapeutických cílů, které je u komunitní terapie komplexnější vzhledem k prostředí jednotlivců. Zatímco cílem skupinové terapie je dosáhnout terapeutických změn pouze u jednotlivce, komunitní terapie se snaží dosáhnout terapeutické změny v celém systému, s nímž pracuje, stejně jako u jednotlivců, kteří tento systém vytvářejí.

U nás je nejznámějším typem komunitní muzikoterapie bezesporu **muzikoterapie rodinná**. Práce rodinného terapeuta je „zaměřena na vztahy, interakci a vývoj v přirozené rodinné skupině klienta, jejíž narušenost se pokládá za rozhodující zdroj jeho individuálních či vztahových poruch a problémů“ (Balcar, Langmeier, Špitz, 2000, s. 34). Rodinná muzikoterapie vychází z předpokladu, že pokud se má změnit klient, musí se změnit také okolí, ve kterém žije. Během terapie dochází ke změnám celého systému, jeho struktury, způsobů komunikace a vztahů mezi jednotlivými členy. Hudba slouží v rodinné muzikoterapii především jako prostředek ke komunikaci a rozvoji vztahů v rámci rodinného systému. Principy rodinné muzikoterapie se mohou uplatňovat rovněž v rámci individuální terapie, neboť mnoho muzikoterapeutů, kteří pracují s dětmi, začleňuje do terapie (v různých fázích) také rodiče a sourozence.

## 8.2.3 VEDENÍ DOKUMENTACE

Muzikoterapeuti si vedou záznamy o všech fázích muzikoterapeutického procesu i jednotlivých setkáních s klientem. V souvislosti s dokumentací je v mnoha zahraničních zemích znatelný rostoucí tlak zdravotních pojišťoven a zaměstnavatelů, kteří požadují, aby byl muzikoterapeutický proces a jeho výsledky náležitě dokumentován. Také bylo zjištěno, že terapeuti, kteří si vedou podrobné písemné záznamy o průběhu terapie, mívají lepší výsledky než terapeuti, kteří spoléhají jen na svou intuíci a paměť (Možný, Praško, 1999, Yalom, 1999).

Vedení dokumentace je jedním z klíčových nástrojů pro zajištění efektivity terapie, dosažení systematickosti a návaznosti jednotlivých kroků.

Někteří terapeuti (zvláště ti, kteří pracují podle strukturovaných terapeutických modelů) si dělají **přípravy pro jednotlivá setkání**. Tyto přípravy neomezují spontánnost a kreativitu terapeutů, neboť terapie se vždy odvíjí od okamžitých požadavků situace. Příprava pro setkání však umožňuje terapeutovi soustředit se plněji na klienta nebo aktuální dění ve skupině a minimalizuje „hluchá místa“ při hledání nahrávek, nástrojů. S. B. Hanser (1987) uvádí následující body, které mohou figurovat v přípravě na muzikoterapeutické setkání: cíl setkání, hudební nástroje a použité materiály, hudba (písně, nahrávky) a popis jednotlivých aktivit. Před každou muzikoterapeutickou jednotkou se doporučuje připomenout si záznamy z minulých setkání s klientem.

Pro vedení dokumentace lze využít:

- písemné záznamy, dotazníky, škály;
- audiozáznamy;
- videozáznamy;
- produkty, které klient během terapie vytvoří, např. různé výtvarné artefakty;
- výsledky měření, např. respirace, frekvence tepu aj.

Pokud se nedaří dosáhnout stanovených cílů, pomáhá prostudování dokumentace snáze odhalit, čím jsou tyto neúspěchy způsobeny (Možný, Praško, 1999). K nejčastějším příčinám neúspěšné terapie patří:

- při vyšetření byly přehlédnuty důležité údaje, terapeutický cíl nebyl přesně formulován;
- stanovené muzikoterapeutické cíle nejsou pro klienta dostatečně významné nebo přesahují jeho aktuální možnosti;
- nebyla dodržena předem určená frekvence muzikoterapeutických setkání;
- nebyly stanoveny vhodné muzikoterapeutické strategie;
- nedostatečné zkušenosti nebo odborná výbava terapeuta.

## 8.2.4 STRUKTURA MUZIKOTERAPEUTICKÉ JEDNOTKY

Srozumitelná struktura by měla být podstatnou vlastností jakékoliv činnosti, kterou s klienty provádíme, ať již v rámci muzikoterapie nebo jiných aktivit. U některých klientů představuje pevná a jasná struktura základní předpoklad pro úspěšnou realizaci mnoha terapeutických činností. Jedná se především o klienty s autismem, mentální retardací, psychotickými poruchami, ADHD a dalšími klinickými stavy. Lepší schopnost zorientovat se u těchto klientů podporuje prožívání vlastní integrity a vede k normalizaci chování (Hornáková, 2003).

Realizace terapeutického plánu probíhá s předem stanovenou frekvencí, obvykle jednou až dvakrát týdně. Provádět muzikoterapii dvakrát i vícekrát týdně se doporučuje

především u dětí. Důvodem je zachování návaznosti muzikoterapeutických setkání. Délka jednotky pro individuální muzikoterapii se pohybuje v rozpětí 20–60 minut, u skupinové muzikoterapie je to 45–90 minut (Rakouský spolek muzikoterapeutů, 2007). Terapeut musí vzít v úvahu specifika klienta daná věkem a postižením.

Délka muzikoterapeutické jednotky může být velmi odlišná od uvedeného průměru, např. u dětí s ADHD, těžkým mentálním postižením, u novorozenců apod. Muzikoterapie se také může prolínat s dalšími aktivitami v průběhu dne – to je možné v zařízeních s celodenním režimem nebo ve školách. Tímto způsobem může muzikoterapie flexibilněji reagovat na potřeby klientů, jejich biologické rytmy a možnosti provozu zařízení.

Schéma muzikoterapeutické jednotky závisí na způsobu práce jednotlivých muzikoterapeutů. Tradiční schéma, podle kterého pracují mnozí muzikoterapeuti, se skládá z těchto fází:

**Navázání kontaktu s klientem:** verbální komunikace, vstupní hudební rituály, reflexe aktuálního stavu klientů.

**Warming-up:** zahřívací a aktivizační činnosti, které připravují na náročnější techniky v další části setkání.

**Hlavní náplň muzikoterapeutické jednotky:** nejnáročnější úsek setkání zaměřený primárně na vlastní terapeutickou práci.

**Relaxace:** slouží k celkovému zklidnění, usměrnění a uzemnění energie, která vznikla v průběhu předchozích fází.

**Závěr:** reflexe a sdílení prožitých zkušeností (*sharing*), diskuse, závěrečné hudební rituály.

Do přílohy H jsme zařadili schéma muzikoterapeutické jednotky používané v náhledové hudební psychoterapii (Hanser, 1987). Toto schéma vychází ze sonátové hudební formy.

## 8.2.5 MUZIKOTERAPEUTICKÁ MÍSTNOST A JEJÍ VYBAVENÍ

Prostor a jeho vybavení by měly odpovídat potřebám muzikoterapeutických aktivit, které v něm budeme provádět. Prostor by měl vždy splňovat základní bezpečnostní a hygienické podmínky (nebezpečné jsou např. ostré rohy stolů u dětí s ADHD). Pokud si můžeme vybrat a zařídit prostor pro muzikoterapii, mohou nám při výběru pomoci následující body:

- místnost poskytuje soukromí a není rušena provozem zařízení;
- místnost je odhlučněna, popř. muzikoterapie neruší provoz v okolních prostorách;
- v místnosti je dostatek prostoru pro pohybové i relaxační aktivity (klienti mohou ležet na zemi), místnost je možné v případě potřeby zatemnit;

- klienti i muzikoterapeut mohou na sebe navzájem dobře vidět (tomu napomáhá sezení uspořádané do kruhu);
- místnost odpovídá specifickým potřebám různých skupin klientů, např. větší prostor a bezbariérový přístup pro imobilní klienty, dodatečné speciální osvětlení pro slabozraké klienty apod.

Při výzdobě a vnitřní úpravě prostoru nezapomínáme, že příliš mnoho vizuálních stimulů v místnosti může upoutávat pozornost klientů a znesnadňovat jejich soustředění. Vybavení muzikoterapeutické místnosti obvykle zahrnuje:

**Potřeby pro sezení (ležení):** tyto potřeby zahrnují židle, taburety, matrace, pohovky, deky, pomůcky pro polohování. Klienti by na sebe měli vidět, proto nejsou vhodné pohovky, na kterých sedí více osob najednou. Klienti s těžkým tělesným postižením potřebují pomůcky na polohování a zajištění stabilní pozice, tzn. různé válce, polštáře, polohovací židle.

**Hudební nástroje:** muzikoterapeuti nejčastěji pracují s jednoduchými rytmickými nástroji (bubny, perkuse, Orffův instrumentář), kytarou, klavírem. Pozor na prostorové umístění klavíru – terapeut by měl vidět na klienty, přitom nesmí překážet nebo ohrozit jejich pohyb v prostoru. Někdy je nad klavírem umístěné zrcadlo.

**Vybavení pro poslech hudby:** pro reprodukování poslech hudby potřebujeme hudební nosiče, CD přehrávač a reproduktory (ideální je stereo, kvadro, 5+1 s reproduktory upevněnými v rozích stěn u stropu, aby zvuk rovnoměrně pokrýval prostor). Žádoucí je vysoká kvalita reprodukce. Samozřejmostí je dostatečně velký a různorodý výběr hudebních nahrávek (zvláště pro receptivní muzikoterapii). Někteří terapeuti nedoporučují používat nahrávky ve formátu MP3.

**Další pomůcky:** v závislosti na typu populace, se kterou pracujeme, a použitých výrazových prostředcích budeme potřebovat také další vybavení. Samozřejmostí jsou materiály pro hudebně-pohybové, herní a výtvarné činnosti. Pro děti to jsou např. hračky, loutky, obrázkové knížky, míče, šátky, papír, pastelky apod.

### 8.3 EVALUACE TERAPIE

Evaluace terapie umožňuje zhodnotit dosažené výsledky a efektivitu terapie. Již v terapeutickém plánu jsou navrženy evaluační procedury, pomocí kterých budeme zjišťovat změny dosažené v terapii. Některé z nich byly již uvedeny v pojednání o diagnostice. Podle S. B. Hanser (1987) patří k nejoblíbenějším dotazníky a interview, ale můžeme sem zařadit také pozorování, testy, analýzu hudební improvizace a další.

Při evaluaci terapie je pozornost věnována rovněž tzv. sekundárním ziskům – pozitivním vedlejším účinkům terapie, které nebyly uvedeny mezi cíli v terapeutickém plánu. Ačkoliv tyto sekundární zisky jsou málokdy zaznamenávány s takovou důsledností jako data týkající se primárních terapeutických cílů, je důležité, aby i ony



byly rozpoznány, staly se obsahem dokumentace a komunikace s klientem nebo s ostatními členy interdisciplinárního týmu (tamtéž).

### 8.3.1 ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA

Výsledkem evaluace terapie je psaná zpráva. Podle použitých evaluačních postupů může zahrnovat přesná data nebo se blížit spíše kvalitativnímu popisu. Liší se také ze stylistického hlediska, a to v závislosti na tom, komu je určena. Například závěrečná zpráva pro klienta nebo jeho rodiče by se měla vyhnout nadměrnému použití odborné terminologie a zdůraznit pokroky v oblastech, které byly předmětem hlavního zájmu. Muzikoterapeuti používají pro text závěrečné zprávy různou strukturu, která obvykle obsahuje:

- základní údaje o klientovi;
- popis potíží klienta, na které jsme se v terapii zaměřovali, terapeutické cíle;
- popis stavu klienta na začátku terapie;
- použité diagnostické, terapeutické a evaluační postupy, organizace terapie (forma, frekvence a délka setkání);
- popis stavu klienta při ukončení terapie, přenesení změn z muzikoterapie do běžného života;
- další doporučení terapeuta pro pokračování terapie, ukončení terapie, pro aplikaci jiných terapeutických postupů.

### 8.3.2 UKONČENÍ TERAPIE

Velmi důležitým okamžikem pro klienta i terapeuta je **ukončení terapie**. Obecně platí, že terapii je možné ukončit, pokud:

- se klientovi podařilo dosáhnout stanovených cílů;
- klient nemůže z muzikoterapeutických služeb dále profitovat;
- v terapii se po delší dobu nedostavuje pokrok;
- muzikoterapie není z časových, organizačních nebo ekonomických důvodů dále realizovatelná;
- vztah mezi klientem a terapeutem je z nějakých důvodů narušen a neumožňuje zdárný vývoj terapeutického procesu.

V některých případech se doporučuje využít supervize nebo odborné konzultace, zvláště při selhání terapeutického vztahu, dlouhodobé stagnaci klienta, při jeho rezistenci vůči terapii. Totéž platí v případech, kdy ukončení terapie brání osobní potřeby klienta nebo terapeuta a kdy je možné identifikovat např. druhotné zisky z terapeutického vztahu, protipřenos a projekce na klienta apod.

O ukončení terapie by měl být klient informován několik týdnů dopředu. Diskuse o ukončení terapie může zahrnovat tato témata:

- evaluace terapie a pokrok klienta;
- datum posledního setkání;
- rozplánování posledních setkání, např. za dva týdny, měsíc;
- identifikace pocitů spojených s ukončením (ztráta, zanedbání, separace);
- zaměření na budoucnost klienta, doporučení pro další služby, monitorování dalšího vývoje.

V případě předčasného ukončení terapie by měl terapeut postupovat obdobně jako při jejím řádném ukončení. Při předání klienta do terapie jinému muzikoterapeutovi může usnadnit přechod přítomnost nového muzikoterapeuta na posledním setkání.

S pocity ukončení, které jsou spojeny se ztrátou a odloučením, lze v muzikoterapii nakládat kreativním způsobem. S. B. Hanser (1987) uvádí výčet různých hudebních aktivit pro obohacení závěrečných setkání:

- hudební účinkování a improvizace pro sdílení pocitů;
- analýza textů písní s tematikou konce;
- nahrávání kompozic, improvizací a vystoupení nabízející klientovi vzpomínku na muzikoterapii;
- pojetí posledního setkání jako hudebního rituálu, který se stává oslavou pokroku a růstu klienta v terapii.

Je žádoucí, aby muzikoterapeut sledoval vývoj klienta i po ukončení terapie. K tomu je možné naplánovat tzv. kontrolní sezení v různém intervalu po ukončení terapie (např. 1, 3, 6 měsíců). Kontrolní sezení umožňuje podchycení katamnestických projevů chování a zhodnocení trvalosti terapeutických výsledků. Pro klienta znamená ukončení terapie příležitost samostatně uplatnit dovednosti, které si v průběhu muzikoterapie osvojil.

V kapitole jsme se seznámili se základními fázemi muzikoterapeutického procesu, které představují diagnostika, intervence a evaluace. Každá fáze obsahuje mnoho úkonů a procedurálních kroků, jejichž smyslem je připravit vhodné podmínky pro zajištění zdárného průběhu terapie. Tyto úkony lze popsat pouze velmi obecně. Pro terapeuta je důležité uchovat si kreativitu, flexibilitu a otevřenost vůči potřebám jednotlivých klientů a požadavkům terapeutických situací.

## 9. HUDBA

*Jiří Kantor*

Hudba představuje nesmírně bohatý a různorodý materiál. Známe mnoho způsobů funkcionálního využití hudby. S léčebnou a spirituálně obřadnou funkcí hudby se lze setkat již odedávna. Hudba byla využívána při práci (pracovní písně) nebo ve válkách. Současným fenoménem je tzv. hudba vytvářející pozadí (*background music*) sloužící k vytvoření příjemné atmosféry, ke zvýšení prodeje v supermarketech, společenským příležitostem a mnoha jiným účelům (Smeijsters in Saperston, West, Wigram, 2000).

Na mnoha příkladech vidíme, že se hudba stala zcela přirozenou součástí našeho života. Tak přirozenou, že za běžných okolností nemáme potřebu podrobovat hudbu nějakým racionálním úvahám. Platí však totéž pro muzikoterapii? Jak definují hudbu muzikoterapeuti? Má zde hudba nějaké ohraničení, které udává, kdy se ještě o hudbu jedná, a kdy již ne? A konečně – existují nějaká pravidla pro výběr hudby z širokého okruhu hudebních žánrů nebo období?

Tyto a další otázky se pokusí zodpovědět osmá kapitola. Mezi další témata, která tato kapitola představí, patří charakteristika vlastností tónu a hudebních výrazových prostředků, terapeutické aspekty hudebních zkušeností a možnosti výběru z hudebních prostředků muzikoterapeutických technik.

### 9.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

---

Je paradoxní, že hudbu lze v muzikoterapii stěží definovat, neboť názory muzikoterapeutů se rozcházejí. Zatímco někteří používají pouze pojem hudba, hudební aktivity (Carter, 1982) nebo hudební zkušenost (Bruscia, 1998), jiní jdou v definicích za tradiční pojetí hudby jako uměleckého prostředku a mluví také o využití zvuku a jeho aspektů (např. vibrace, rezonance) (Halpern, Lingerman, 2006, Skille, 1991, Benenzon, 1981, Alvin, 1978), řeči a hudebních elementů (Orff in Voigt, 2003). Podle K. Bruscii (1998) jsou na hudbě podstatné její estetické kvality, neboť ty udělují zvukům krásu a význam.

Z tohoto pohledu definuje hudbu následujícím způsobem:

„Hudba je lidská instituce, ve které jednotlivci vytvářejí význam a krásu ze zvuků za použití umění kompozice, improvizace, provedení a poslechu. Význam a krása hudby jsou odvozeny z vnitřních vztahů vytvořených mezi samotnými zvuky a vnitřními vztahy mezi zvuky a jinými formami lidské zkušenosti. Význam a krása mohou být nalezeny v hudbě samotné (hudba jako objekt a produkt), v procesu vytváření a zakoušení hudby (hudba jako proces), v hudebníkovi samotném a v univerzu.“ (Bruscia, 1998, s. 104)

Z klinického hlediska je ve vztahu k hudbě důležité:

- klientovy hudební preference a schopnosti jsou přijímány bez hodnocení, proto jsou estetické a umělecké standardy v muzikoterapii mnohem širší než v jiných hudebních oborech;
- klient je největší prioritou terapie, ne hudba;
- muzikoterapie staví na zkušenostech, které jsou smysluplné pro klienta a mohou pomoci uskutečnit významné změny v jeho životě;
- v muzikoterapii není důležitý pouze výsledný produkt (skladba, píseň, nahrávka), každá hudební zkušenost zahrnuje minimálně osobu, specifický hudební proces, nějaký druh produktu a kontext, který hudebnímu procesu uděluje prostředí;
- muzikoterapeuti často využívají hudbu ve spojení s jinými expresivními prostředky.

V muzikoterapii je více než samotná hudba důležitější **zkušenost klienta s hudbou**. Úlohou muzikoterapeuta proto není jen samotný výběr vhodné hudby, ale tvarování klientovy hudební zkušenosti (tedy interakce mezi osobou, produktem, procesem a kontextem). Hudební zkušenosti mohou nabývat nespočetně mnoha podob.

### 9.1.1 ÚROVNĚ HUDEBNÍ ZKUŠENOSTI

Zkušenost klienta s hudbou má několik úrovní. Ve své celistvosti zahrnuje všechny hudební i nehudební vstupy a výstupy muzikoterapeutického procesu. K. Bruscia (1998) rozlišuje a charakterizuje pět úrovní hudební zkušenosti v muzikoterapii podle míry účasti hudby na zkušenosti klienta. Jedná se o úroveň prehudební, hudební, extra-hudební, parahudební a nehudební.

#### *Prehudební úroveň*

- **Prehudební vstupy:** jedná se o vstupy hudebně nedostatečně vyvinuté, nedostatečně organizované nebo neúplné k tomu, aby mohly být považovány za hudební, nebo zastávají spíše funkci komunikačních signálů než hudebního vyjádření (např. hudební vibrace, hudební elektrické signály, motorické rytmy, zvířecí zvuky, zvuky přírody a prostředí, neorganizované zvuky těla nebo nástrojů, náhodné vokalizace, prozódie apod.).

- **Prehudební výstupy:** reakce na hudbu postrádající dostatečné uvědomění nebo záměr k tomu, aby byly považovány za hudební (např. autonomní nebo reflexní reakce na hudbu, změny v hladině vědomí nebo aktivace díky hudbě, senzomotorická schémata vyprovokovaná hudbou).

### *Hudební úroveň*

- **Hudební vstupy:** zvuky hudebně dostatečně uvědomělé a organizované, takže vytvářejí vztahy, které jsou samy o sobě smysluplné. Tyto vztahy jsou zřejmé, když je hudební materiál organizovaný podle základních vlastností tónu nebo hudebních výrazových prostředků a když tento materiál vytváří hudební formy (motivy, fráze, improvizace, kompozice).
- **Hudební výstupy:** záměrné pokusy naslouchat hudbě nebo hudbu vytvářet. Poslech je charakterizován jako hudební zkušenost, jejímž záměrem je pochopit a prožít zkušenost se vztahy a významy, jež jsou hudbě vlastní. Podobně při vytváření hudby je záměrem kontrolovat, utvářet nebo organizovat zvuky tak, že vytvářejí smysluplné vztahy mezi sebou.

### *Extrahudební úroveň*

- **Extrahudební vstupy:** nehudební aspekty hudby nebo hudební zkušenosti, které ústí nebo odvozují svůj význam z hudby (lyrika, program v hudbě, příběhy). Hudba může být v popředí této zkušenosti (posluchač odvozuje význam primárně z hudby, např. hudební kompozice) nebo v pozadí (význam pramení primárně z extrahudebních zdrojů, např. text písně).
- **Extrahudební výstupy:** reakce a chování spojené s hudbou, které nezahrnují vytváření hudby, ale odvozují svůj význam z hudby, se kterou získáváme zkušenost (např. kreslení, imaginace, pohyb na hudbu). Hudba může být opět v popředí nebo pozadí této zkušenosti.

### *Parahudební úroveň*

- **Parahudební vstupy:** aspekty hudebního prostředí, které ovlivňují jedince, zatímco poslouchá nebo vytváří hudbu, přičemž nejsou ve vnitřním vztahu s hudbou a neodvozují od ní svůj význam. Do první skupiny parahudebních vstupů patří objekty a osoby (členové muzikoterapeutické skupiny, osvětlení, nábytek a další předměty v muzikoterapeutické místnosti), do druhé patří další formy umění vytvořené nezávisle na hudbě, avšak stále v hudebním prostředí (tanec, drama, poezie).
- **Parahudební výstupy:** reakce a chování, které se objevují v kontextu hudební aktivity, ale jsou nehudební svým záměrem nebo obsahem (např. snění, rozhovor nebo umělecká aktivita probíhající paralelně s hudební zkušeností).

### *Nehudební úroveň*

- **Nehudební vstupy:** aspekty muzikoterapeutického prostředí, které působí na klienta, ale nepocházejí z dříve uvedených stimulů ani z nich neodvozují svůj význam.
- **Nehudební výstupy:** chování a reakce, které nemají žádný hudební záměr nebo obsah a které také nepocházejí z dříve uvedených stimulů ani z nich neodvozují svůj význam.

## 9.1.2 VÝBĚR HUDBY PRO TERAPII

Další otázka, kterou se zde pokusíme odpovědět, je, zda existuje nějaká hudba, která by měla být v muzikoterapii upřednostňována. Je pravda, že některé muzikoterapeutické modely v terapii používají pouze určitý hudební žánr nebo hudební nástroje<sup>44</sup>. Přesto převážná většina terapeutů vybírá hudební materiál pro muzikoterapii ze širokého okruhu hudby různých stylů, žánrů, období nebo interpretů.

Terapeutická praxe ukazuje, že téměř z každého hudebního žánru se dá vytěžit užitek, pokud výběr hudebního materiálu odpovídá požadavkům terapeutické situace a reaguje na potřeby osobnosti klienta.

Jak tvrdí L. Bunt, „volná improvizace, komponovaná hudba (živá i reprodukováná), lidová hudba různých kultur i jazz, to vše má svůj význam v různých kontextech práce muzikoterapeuta“ (1991, s. 536). Každý člověk je navíc schopen vytvářet svou vlastní, jedinečnou hudbu, což můžeme pozorovat např. při rozboru hudebních improvizací klientů.

Rozvíjení našeho kreativního potenciálu je typické právě pro expresivní terapii. O výběr konkrétních příkladů hudebních skladeb, které jsou vhodné pro různé muzikoterapeutické záměry, se pokusili Ch. Rueger (2003) nebo E. Galinská (in Mátejová, Mašura, 1992). Tyto výběry čerpají převážně z žánru vážné hudby. Žádný z těchto (ani dalších) výběrů však není univerzálně využitelný, protože v muzikoterapii je považováno za důležité souznění mezi hudbou a individuálními hudebními preferencemi klientů.

Pojednáváme-li o výběru hudby v terapii, nelze se nezmínit o principech, které definují různé **úrovně vztahu mezi klientem a hudbou**. Tyto principy jsou dnes v muzikoterapii známé jako *izo princip* a *level princip*. Původně je rozpracovala především lipská a americká muzikoterapeutická škola.

### *Izo princip*

Izo princip vyjadřuje shodu mezi emocionálním laděním hudby a jejími vlastnostmi na jedné straně a aktuálním psychickým stavem klienta na straně druhé. Izo princip podle Altschuler (Mikula in Syřišťová a kol., 1982) vyžaduje přistupovat ke klientovi s hudbou, která odráží jeho aktuální náladu ve svém rytmu, melodii, harmonii nebo dalších hudebních prvcích. Když sladíme náladu hudby a klienta, můžeme se pokusit náladu klienta změnit použitím jiného druhu hudby nebo postupného odklonu od hudby původní. Tento nový druh hudby by měl odpovídat náladě, kterou chceme u klienta vyvolat (Standley in Saperston, West, Wigram, 2000). Izo princip umožňuje navázání kontaktu s klientem a zachycení jeho aktuální úrovně.

<sup>44</sup> Například model „Řízená imaginace a hudba“ využívá pouze vážnou hudbu.



**Level princip**

Level princip vyjadřuje odlišnost mezi charakterem hudby a stavem klienta. Při muzikoterapii řízené podle level principu se začíná prostou písní pro upoutání zájmu klientů. Poté se pokračuje rytmickými melodiemi a přejde se k hudbě zaměřené na emotivní složku osobnosti (Linka, 1997, Mikula in Syřišťová a kol., 1982).

**Princip aktuálně sugestivní funkce hudby**

Termín „aktuálně sugestivní funkce hudby“ zavedl Ch. Schwabe (Linka, 1997). Sděljuje, že specifická hudba, zvláště vnímání hudebních konfigurací, může vést k sugestivně podmíněným změnám sebevnímání. Tato časově omezená změna stavu může nastat jako sekundární a dodatečný jev při muzikoterapeutických procesech a ovlivnit zamýšlený terapeutický cíl pozitivně i negativně (tamtéž).

## 9.2 TÓN A HUDEBNÍ VÝRAZOVÉ PROSTŘEDKY

Zvuk má čtyři základní vlastnosti – **barvu, sílu, výšku a délku**, které se v hudbě projevují jako hudební výrazové prostředky – **rytmus, melodie a harmonie**. Vztah rytmu, melodie a harmonie velmi názorně popisuje schéma M. Arnolda a Luchsingera (in Mátejová, Mašura, 1992). V každém okamžiku hry klienta je dominantní některý z hudebních výrazových prostředků. Jejich analýza umožňuje muzikoterapeutovi lépe porozumět hře klienta.

**9.2.1 BARVA ZVUKU**

Podle odlišností v barvě poznáme zvuky různých hudebních nástrojů nebo hlasů lidí. Příčina odlišné barvy zvuku byla zjištěna až na začátku 18. století. Je dána složením a charakteristickým namícháním **aliquótních tónů** (říká se jim také parciální, částkové neboli vyšší harmonické tóny). Laboratorní pokusy ukazují, že barva patří k nejdůležitějším charakteristikám zvuku pro hudebně neškoleného posluchače. Dítě se již během prenatálního vývoje učí rozlišovat jednotlivé hlasy a zvuky okolního světa právě podle jejich barvy.

Barva zvuku nepředstavuje pouhou kombinaci aliquótních tónů. Z hudebního hlediska se týká také:

- představy zvuku před jeho zazněním, tzv. vnitřní slyšení;
- nasazení a postupného zanikání zvuku;
- mírných odchylek ve výšce zvuku v důsledku vibráta;
- částečného překrývání zvuků;
- technické zručnosti a stylu hry hráče;
- rezonančních schopností nástroje a okolního prostoru;
- změn v hlasitosti zvuku, které mění zároveň i jeho barvu;
- harmonického kontextu (Bunt, 2002).

Neobvyklé zvuky mohou podpořit zájem a zvědavost klientů, zvláště pokud je zvuk spojen se zajímavým vzhledem hudebního nástroje. Zkušenost s různými zvukovými barvami pomáhá rozvíjet schopnost sluchové diskriminace.

V otázce barvy zvuku existují individuální preference. Někteří klienti jsou přitahováni barvou zvuku určitého nástroje, a pokud mají v muzikoterapii možnost výběru, vracejí se opakovaně k těmto nástrojům nebo skupinám nástrojů. Muzikoterapeut má v těchto případech možnost využít preference klienta k navázání bližšího kontaktu s hudbou a prostřednictvím hudební zkušenosti posílit terapeutický vztah.

Určité zvuky mohou u některých klientů vyvolávat nečekané afektivní reakce v pozitivním i negativním směru. Výzkum ukazuje, že např. smyčcové nástroje dokážou příznivě ovlivnit stav deprimovaných klientů. Žest'ové nástroje naopak nejsou vhodné u úzkostlivých klientů a klientů senzibilních vůči hluku.

V muzikoterapii by měli klienti dostat příležitost k vlastnímu výběru hudebních nástrojů, popř. hudebních nahrávek. Mají právo prozkoumávat a získávat nové zkušenosti s množstvím různorodých zvuků.

## 9.2.2 SÍLA ZVUKU

Síla (intenzita) zvuku je fyzikálně úzce spojena s energií zvukového zdroje. Čím větší je síla zvuku, tím větší množství energie je třeba vynaložit na jeho vytvoření. Síla se uvádí v decibelech (dB).

Práh slyšitelnosti je 0 dB, intenzita šepotu se pohybuje okolo 10 dB. Nepříjemný až bolestivý začíná být zvuk okolo 110 dB a práh bolesti je přibližně 130 dB v závislosti na výšce tónu (Michels, 2000).

Škodlivé účinky má absolutní ticho i nadměrný hluk, který poškozuje sluchové orgány. U lidí žijících v hlučném prostředí se uvádí také vyšší počet srdečních infarktů, neuróz, větší únava a vyčerpanost (Mátejová, Mašura, 1992). Absolutního ticha je možné dosáhnout pouze v laboratorních podmínkách. Vyvolává senzorickou deprivaci a po delší době různé psychické poruchy (tamtéž). Podobné stavy může způsobit také zvuková monotonie. Pro správnou činnost centrální nervové soustavy je potřebný plynulý přísun měnících se akustických informací.

Zkušenost se silou zvuku zahrnuje následující otázky:

- kolik síly musíme vynaložit, aby zvuk dosáhl požadované úrovně;
- jaká je adekvátní hlasitost zvuku v závislosti na situaci;
- jak souvisí hlasitost produkovaného zvuku s naší energií (motorická kontrola a energie potřebná k rozeznání nástroje);
- jaké pocity vyvolávají v našem těle silné a slabé zvuky;
- jak daleko se od nás nachází zdroj zvuku, kterým směrem přichází (Bunt, 2002).

Podobně jako u barvy, existují také u síly zvuku odlišné osobní preference. Je obecně známo, že dynamika hudebního projevu úzce souvisí s temperamentem člověka

a způsobem jeho emocionálního reagování (Bunt, 1991). Navíc existuje vztah s psychopatií či charakterem postižení klienta. Například úzkostní klienti upřednostňují slabší zvuky, děti s poruchami chování nebo hyperaktivitou zase naopak silnější zvuky. Velmi specifické a pestré vjemové preference nacházíme u klientů s autismem. U dětí s vývojovým postižením se setkáváme s nižší schopností diferenciaci hlasitosti zvuku při jejich hudebním projevu.

Jak souvisí síla zvuku s našimi psychickými funkcemi? Změny v úrovni hlasitosti mohou být použity jako prostředek k získání nebo udržení pozornosti. Náhlý silný zvuk může vyvolat úlek, kdežto slabý něžný zvuk obvykle pomáhá vytvořit příjemnou, bezpečnou a důvěrnou atmosféru.

Nesmírně důležité je, jak jedinec nakládá při hře s tichem. Ticho dodává zvuku strukturu, význam a vytváří pro něj prostor. V hudbě souvisí s představivostí, očekáváním a s okamžikem překvapení: „Jaký bude další zvuk?“ V určitém kontextu ticho podporuje růst úzkosti a strachu.

Analýza dynamiky hudebního projevu klienta může pomoci interpretovat jeho emocionální stav. L. Bunt (2002) však doporučuje při těchto interpretacích určitou zdrženlivost, neboť hudba klienta je vždy určována nejen jeho aktuálním stavem, ale také kontextem situace a dalšími faktory, které nemusí být na první pohled zřejmé. Například pro autistické dítě může znamenat silná hra snahu o únik z kontaktu s terapeutem, uvolnění tenze, nervozitu, potřebu vyjádřit agresivní pocity a frustrace nebo vyjádření vnitřní síly.

Mnozí dospělí mají vypěstované vnitřní zábrany k hlasitému projevu jako známce nevhodného chování. Při práci s dětmi mají často tendenci potlačovat jejich přirozený hlasitý projev. L. Bunt nabízí krátké zamyšlení: „Nepodporujeme však tím vznik frustrací a nezvyšujeme tím pravděpodobnost budoucího strachu a úzkosti z hlasitého chování v dospělosti? Běžně musím vysvětlovat rodičům, že je přijatelné, aby jejich děti vydávaly hlasité zvuky v muzikoterapeutické místnosti“ (Bunt, 2002, s. 52).

Někteří klienti se brání využívání širokého spektra různě hlasitých zvuků a preferují jednostranně určitou hladinu dynamiky, nezřídka v rozsahu jejich krajních pólů. Výše citovaný autor nabízí následující kazuistiku.

Mike byl doporučen na muzikoterapii kvůli častým výbuchům agresivity a destruktivnímu chování. První hodiny terapie byla jeho hra velmi hlasitá. Jevil zájem o rytmické vzorce a přesné imitativní vsuvky. Zdál se překvapen, když muzikoterapeut začal podporovat tyto hlasité výbuchy ještě hlasitější hrou na klavír. Zatímco rostla chlapcova důvěra v terapeuta a situaci, začal se zajímat o zvuky opačného dynamického pólu. Přišel ke klavíru a požádal o tichou hudbu, u které v dalších hodinách běžně předstíral spánek. Jakmile se Mikovi podařilo prozkoumat velmi hlasité i velmi tiché zvuky, jeho zájem upoutalo spektrum středně hlasitých zvuků. Svoboda ve vyjádření širokého pásma hlasitosti umožnila chlapci propojení s konfliktními oblastmi jeho života a vedla k integraci a vyvážení těchto pocitů s ostatními aspekty jeho osobnosti (Bunt, 2002).

### 9.2.3 VÝŠKA TÓNŮ

Výšku (frekvenci tónů) charakterizuje kmitočet, tj. počet kmitů zvukové vlny za sekundu. Uvádí se v hertzech (Hz). Čím vyšší je výška zvuku, tím rychlejší je kmitočet

zvukové vlny. Běžně slyšíme zvuky v rozsahu 20 000–15 000 Hz. Rozsah horního i spodního pásma diskriminace výšky tónu se mění v souvislosti s věkem. V tomto směru existují velké individuální rozdíly i mezi zdravou populací. K záznamu výšky tónů se používá notace a další vizuální pomůcky (např. pohyby rukou pro znázornění výšky tónů).

Vzdálenosti a poměry mezi tóny jsou dané druhem ladění. Každá kultura má svůj specifický systém ladění. Například indický systém ladění obsahuje 22 tónů, arabský dokonce 24 tónů. Evropskému hudebnímu myšlení je vlastní temperované a starší pythagorejské ladění s organizací tónů do diatonických stupnic (mezi jednotlivými stupni jsou vzdálenosti celých tónů nebo půltónů). Pokud zpíváme s klienty blues nebo jazzovou hudbu, používáme ve zpěvu frekventovaně tzv. blues tercií, díky které získává skladba specifický charakter. Výška bluesové tercie se pohybuje v rozsahu mezi malou a velkou tercií. Podobně se tvoří také další bluesové noty, vždy trochu „falešně“.

Mnoho autorů se zabývalo vztahem výšky tónu k fyziologickým a psychickým reakcím. Podle Z. Mátejové a S. Mašury (1992), O. Skilleho a J. Alvin (in Skille, 1991) obecně platí, že vysoké tóny vyvolávají napětí, kdežto nízké tóny uvolňují. Podobně reagují již kojenci na lidský hlas. Při poslechu vysokého, křiklavého hlasu se často rozpláčou, zatímco středně vysoký hlas (nejlépe ve frekvenčním rozsahu hlasu matky) je uklidňuje. Vyšší tóny někteří klienti používají ke zvýšení stimulace.

## 9.2.4 DÉLKA TÓNŮ A TEMPO

Délka tónu se nejčastěji vyjadřuje rytmickou hodnotou zvuku a má úzký vztah k tempu skladby. Dlouhé tóny vytvářejí dojem pomalého tempa a naopak. Tempo je málokdy mechanicky přesné. Pro drobné výkyvy v tempu hudby se používá termín agogika. Italský pojem *accelerando* se vztahuje ke zrychlení tempa a *ritardando* k jeho zpomalení. V muzikoterapii může odrážet zrychlení a zpomalení tempa při improvizaci změny fyziologických procesů nebo emocionálního stavu klientů.

Je zajímavé, že rozsah u nás preferovaného tempa při hudební improvizaci, podobně jako většina hudby v odlišných kulturách, se pohybuje v pásmu tempa srdečního tepu, které činí přibližně 75–100 úderů za minutu. V tomto pásmu se vyskytuje také největší přesnost – lidé mají potíže udržet velmi rychlé nebo velmi pomalé tempo. Podle L. Bunta (2002) usnadňuje toto fyziologické tempo skupinovou synchronizaci při úvodních hudebních improvizacích (zejména nové skupiny).

S délkou not, tempem a rytmem hudby souvisí správné načasování jednotlivých zvuků a reakcí na hudbu. Monotónní zvuky s příliš dlouhou nebo krátkou rytmickou hodnotou mohou vést ke ztrátě pozornosti. Hudba nesmí klienta zahltnit ani deprivovat jeho pozornost. Stejně důležité je trvání přirozených pauz v hudbě. Ke správnému načasování délky not a pomlk využívají muzikoterapeuti svou intuici, pozorování klienta a jeho reakcí na hudbu. Délka zvuků a tempo hry klienta může poskytnout mnoho důležitých informací o jeho percepčních funkcích a schopnosti sebevyjádření.

L. Bunt (2002, s. 59–60) popisuje kazuistiku desetiletého děvčete s těžkým komunikačním postižením: „Tato dívka mi jednou dala prospěšnou lekci o respektu k délce zvuku. Střídali jsme se ve vokalizaci s doprovodem zvonkohry. Zahrál jsem krátkou sekvenci zvuků a ona odpovídala. Právě jsem se chystal začít novou sekvenci, když mě zastavila a ukázala spíše nazlobeně na svou zvonkohru, která ještě nedozněla. Neslušně jsem přerušil to, co se snažila vyjádřit. Zvuky pro ni měly plnou hodnotu, jestliže dospěly ke svému přirozenému konci.“

Nezbytnost přizpůsobení tempa hudby fyziologickému tempu nebo motorickým možnostem je zřejmé u klientů s pohybovým omezením. Například slouží-li hudba k facilitaci chůze klientů s DMO na chodítku, musí být tempo hudby i fyzioterapeuta v souladu s tempem klienta, jinak je jejich působení kontraproduktivní a snižuje výkon klienta. Také při instrumentálních aktivitách u těchto klientů musíme respektovat možná omezení rychlosti jejich pohybů, které ovlivní výsledné tempo produkované hudby.

## 9.2.5 RYTMUS

Rytmus (z řeckého *rhythmos* – pořádek, rytmus, takt, pravidelnost) se v hudbě může vyskytovat samostatně, bez doprovodu melodie a harmonie. V hudbě se lze setkat s rozmanitými přístupy ve využívání možnosti rytmu. Různé rytmické vzorce a struktury patří ke specifickým kulturním znakům.

Z hudebního hlediska rytmus organizuje hudební materiál v čase. Podle J. V. Nazajkinského (in Mátejová, Mašura, 1992) je rytmus zákonité rozdělení rytmických jednotek v čase (rytmická pulzace) podřízené pravidelnému střídání funkčně diferencovaných, přízvučných a nepřízvučných dob (metrum), které se uskutečňuje určitou rychlostí (tempo). Přízvučné a nepřízvučné doby pomáhají rozlišit akcenty a pomlky.

Rytmus se projevuje v procesech hudební i nehudební povahy. Můžeme ho pozorovat např. ve střídání ročních období, dne a noci, pohybu planet apod. Každý člověk má svůj přirozený biologický rytmus, který určují fyzické a psychické vlastnosti organismu (především temperament) a základní předpoklady životního prostředí člověka. Na somatické úrovni lidského organismu se rytmus projevuje v činnosti srdce (tep), v dechových, spánkových a energetických cyklech, podobně jako v cyklech příjmu potravy nebo koncentraci pozornosti. Rytmem buněk a dějů uvnitř organismu se odlišuje nemocný člověk od zdravého, starý od mladého. Rytmus představuje základ neuronální aktivity.

Na psychické úrovni jsou osobní rytmy pozorovatelné v chování a prožívání jedince, v jeho denních návycích. Mozek a tělo organizují tyto mentální, emocionální a fyzické rytmy do signálů, které zobrazují náš celkový stav. Tyto signály se můžeme naučit poznávat u sebe i ostatních. Rytmus v hudbě může přirozeně pomoci podpořit osobní rytmy, schopnost učit se, myslet a tvořit.

Rytmus je v mnoha muzikoterapeutických modelech základním výrazovým prostředkem kvůli své široké použitelnosti. Může se realizovat s minimálními nároky na

technickou zručnost hráče. Téměř každý člověk je schopen vytvářet hudbu s použitím rytmických perkusivních nástrojů nebo vlastního těla.

V muzikoterapii má rytmus centrální postavení také díky své schopnosti soustředit energii a vnést strukturu a řád (Gaston in Bunt, 1991). Rytmus při hudební improvizaci klientů může být uspořádaný a vnitřně organizovaný, nebo naopak nepravidelný, chaotický, bez jasné struktury. Muzikoterapeut je trénován k tomu, aby dokázal zachytit zvuky, které klienti vytvářejí, a strukturovat je do koherentní hudební formy (Bunt, 1991).

Rytmus v hudbě umožňuje **synchronizaci** rytmů klientů a jejich integraci do rytmů okolí. Člověk má nevědomý sklon porovnávat se s každou rytmickou strukturou, kterou slyší. Převzetí rytmického vzorce od muzikoterapeuta účinkuje podobně, jako by si člověk nasadil masku a jednal podle toho, co maska představuje (Mátejová, Mašura, 1992). Být zdravý z hudebně-rytmické perspektivy znamená být v harmonii se svými tělesnými i psychickými rytmy, umět se přizpůsobit měnícím se rytmům okolního světa, ale také umět si zachovat vlastní rytmus.

Rytmická složka hudby úzce souvisí s motorikou člověka, jeho jednáním i prožíváním. Výrazné, akcentované nebo synkopické rytmy mají na člověka **aktivizační efekt**. Aktivizační rytmy se vyvíjejí z nízkého napětí k vysokému a vyvolávají chuť k pohybu a tanci. Při spojení hudby s tělesným pohybem (tancem) je důležitá rytmická pravidelnost a předvídatelnost hudby. **Relaxační efekt** mají především málo akcentované rytmy s vázanými tóny (legato) v pomalém tempu. Rytmy vedoucí k pasivitě směřují od vysokého napětí k nízkému. Typickým příkladem relaxačních rytmů jsou ukolébavky, jejichž rytmy na fyziologické úrovni evokují houpavé stereotypní pohyby. **Rytmy regulační** se pohybují mezi póly vysokého i nízkého napětí bez zvláštních rozdílů.

Specifické využití má rytmus při motorické reedukaci u klientů s centrálními obrannými, ADHD, mentální retardací (Kábele, 1992). Hudba a rytmicko-pohybová výchova se používá také pro rozvoj řečové produkce u mnoha typů narušené komunikační schopnosti (Škodová, Jedlička a kol., 2003).

## 9.2.6 MELODIE

Melodie v hudbě zvyšuje účinky rytmu. Zatímco rytmus souvisí úzce s motorikou a časovou strukturou hudby, melodie má těsné spojení s emocemi a dovoluje vyjádřit široké spektrum pocitů (Mátejová, Mašura, 1992). Proto se nám často spontánně vybavují různé melodie podle momentálního psychického ladění. Významnou hudební formou, ve které se zrcadlí různé přístupy k melodii, je **píseň**.

Z hudebního hlediska charakterizuje melodii **frekvence** (výška tónu), **barva a intenzita**. Melodická dimenze hudby je realizována prostřednictvím tónů, které jsou organizovány do určitého řádu podle **stupnic**. Stupnice mohou mít různý počet tónů, pentatonické obsahují pět tónů, hexatonické šest,



heptatonické sedm apod. V mimoevropských kulturách jsou používány stupnice, které neodpovídají evropskému diatonickému myšlení. Mezi stupnice s nejširším využitím se řadí především pentatonika a její jednotlivé varianty.

Pomocí nástrojů laděných do **pentatonické stupnice** (např. xylofon, metalofon, zvonkohra) lze snadno realizovat melodicko-improvizační činnosti, neboť pentatonická stupnice neobsahuje tóny, které by navzájem neladily<sup>45</sup>. Mezi další stupnice vhodné pro improvizaci patří církevní stupnice (mody). Nazývají se řeckými názvy: dórská, frygická, lýdická, mixolydická, aiolská a lokrijská (Zenkl, 2000). Na klavíru je hraje pouze na bílých klávesách. Všechny z uvedených stupnic osvobozují naše vnímání od západního diatonického systému, od nezbytnosti vyhnout se „falešným“ notám a hledání známých melodií.

L. Bunt (2002) popisuje vývoj vnímání melodie a tonality u dětí. Schopnost vytvářet jednoduché melodické sekvence mají již děti v kojeneckém věku. Ve věku pěti let existuje podle některých hudebně-psychologických výzkumů (Zenatti in Bunt, 2002) nevyhraněnost mezi tonalitou a atonalitou. Po šestém roce se vyraňuje vnímání tonality. V západní kultuře tonalita odpovídá durovému a mollovému diatonickému systému. Ve věku 12–13 let se dospívající jedinci začínají zajímat opět více o atonalitu, což může souviset se změnami v psychickém vývoji.

V muzikoterapii můžeme využít intervaly, které se velmi často vyskytují v běžné mluvě dětí. Například univerzální interval sestupná malá tercie (G–E) slouží pro upoutání pozornosti a k oslovení matky u malých dětí (zvolání „mami!“). V dětských hrách se objevuje frekventovaně postup G–E–A–G–P. Nordoff a C. Robbins (2003) jej nazývají dětským nápěvem a používá se k oslovení nebo volání v muzikoterapeutických hrách.

Podle J. Guillhota, J. Josta a L. Garniera (in Mátejová, Mašura, 1992) jsou pro terapeutickou práci nejvhodnější hudební díla, která obsahují jedinou melodickou linku a rozvíjejí dobře vymezenou afektivní tonalitu. Lidé s psychickým nebo mentálním postižením dokážou snadněji vnímat a rozumět takové hudbě než hudbě, která je melodicky a harmonicky komplikovaná.

## 9.2.7 HARMONIE

Hudební harmonie souvisí se vzájemnou organizací dvou a více melodií nebo samotných tónů ve stejném okamžiku. Pro klienta může být užitečným úkolem naučit se vnímat svou melodii nebo svůj tón ve struktuře společně s jinými melodiemi a tóny. Princip hudební harmonie nás učí, že nic není zcela izolované a že můžeme být (znít) ve vzájemném souladu nebo nesouladu s druhými lidmi. Harmonie je nejsložitějším hudebním elementem. Proto se při aktivní muzikoterapii s hudebně neškolenými lidmi využívají obvykle pouze nejjednodušší způsoby práce s harmonií.

Elementární formu souzvuku představuje současné znění dvou tónů. Z hlediska libozvučnosti tento souzvuk chápeme jako konsonanci nebo disonanci. **Konsonance** je

<sup>45</sup> Pentatonickou stupnicí hrajeme na černých klávesách klavíru.

libozvučný souzvuk, který v hudbě uvolňuje napětí. **Disonance** představuje souzvuk nelibozvučný a vyvolává napětí (Zenk, 2000). V současné evropské hudbě najdeme mnohem více intervalů považovaných za konsonantní, než tomu bylo v dřívějších dobách.

Muzikoterapeut obvykle pozorně sleduje, jak klient organizuje tóny. Při skupinové improvizaci se v harmonické dimenzi může zrcadlit, zda a jakým způsobem chce být klient ve skupině s ostatními. Muzikoterapeut však musí respektovat, že každý člověk může vnímat konsonanci a disonanci odlišně.

Názory na konsonantnost a disonantnost jednotlivých intervalů se měnily v průběhu vývoje hudby. Percepce intervalů jako konsonantních nebo disonantních závisí také na kulturním zázemí, hudební zkušenosti a individuální hudební percepci každého člověka. K. Stumpf (in Poledňák, 1984) určoval stupeň konsonantnosti podle toho, jak jsou dva tóny blízko sebe v řadě alikvótních tónů.

Složitější formu souzvuku tří a více tónů označujeme jako **akord**. Dimenze harmonie se podle R. Luchsingera a G. E. Arnolda (Mátejová, Mašura, 1992) dělí na sled akordů (harmonická progresie), strukturu akordů (tónorod a obrat akordů) a funkce akordů. Jednotlivé harmonické funkce se označují podle vztahu k základnímu akordu (tónika). Nejdůležitějšími funkcemi v evropské hudbě, tzv. **kadence**, je:

- tónika – značka T, první stupeň tóniny;
- subdominanta – značka S, čtvrtý stupeň tóniny;
- dominantanta – značka D, pátý stupeň tóniny.

Například v tónině C dur bude tónikou akord C dur (tóny c-e-g), subdominantou akord F dur (f-a-c) a dominantou akord G dur (g-h-d).

Pro současné evropské hudební myšlení je typická **heterofonie** – práce s více melodickými linkami, které se z harmonického hlediska řídí principy funkční harmonie a tonálních modulací. Pro aktivní muzikoterapii s hudebně neškolenými klienty má však obecné využití pouze heterofonie založená na nejjednodušších funkčních vztazích, např. střídání tóniky a dominanty, popř. subdominanty, střídání tóniky a II. stupně atd. Mezi další jednoduché příklady práce s harmonií patří:

- vytváření harmonických souzvuků v intervalech kvinty (popř. také tercie) a zdvojení oktáv; pokud se vyskytnou jiné intervaly, jsou rozváděny do základních konsonancí, které odpovídají počátku řady alikvótních tónů;
- drone (stálý basový tón), na jehož podkladě se odvíjí melodie;
- 12taktové blues – tradiční hudební forma využívaná pro improvizaci hudebníků; obsahuje jednoduchou harmonickou progresi kadenčních funkcí;
- harmonie není jasně diferencovaná, dochází k náhodným souzvukům.

### 9.3 TEORIE TERAPEUTICKÉHO PŮSOBNÍ HUDBY

V první kapitole jsme naznačili, že během muzikoterapeutického procesu si klient vytváří vztah k hudbě a terapeutovi. V každém z těchto dvou vztahů probíhají specifické procesy, které mohou mít terapeutickou hodnotu. V této kapitole se budeme blíže věnovat terapeutickým změnám a procesům, které probíhají ve vztahu hudba – klient.

Ačkoliv první pokusy o zkoumání terapeutických účinků hudby bychom mohli sledovat minimálně od dob renesance, skutečně kontrolované výzkumy, se kterými můžeme v dnešní muzikoterapii pracovat, datujeme teprve od 20. století. Zpřesnění poznatků o účincích hudby na lidský organismus umožnil rozvoj některých vědeckých a technických oborů a vytvoření moderní výzkumné metodologie.

Pro vysvětlení terapeutických účinků hudby bychom v současné době našli více teoretických koncepcí, např. koncepcie neurofyziologické, psychologické, lingvistické. Velké množství těchto teorií vytváří potřebu systematické klasifikace.

V této publikaci uvádíme dvě poměrně známé klasifikace. První z nich je **klasifikace W. Searse a E. T. Gastona** (in Sears, 1968). Tito američtí muzikoterapeuti rozlišují tři druhy terapeutické zkušenosti s hudbou:

- zkušenost uvnitř struktury;
- zkušenost v organizaci osobnosti;
- zkušenost ve vztazích k ostatním.

Jednotlivé druhy terapeutické zkušenosti s hudbou bychom stručně mohli charakterizovat takto:

- **Zkušenost uvnitř struktury:** odkazuje k rozvoji vnímání okolního prostředí, času, posloupnosti, ke zlepšení senzomotorických funkcí, změnám v chování, ve fyziologických a psychologických reakcích na hudbu.
- **Zkušenost v organizaci osobnosti:** týká se změn v osobních postojích, zájmech a hodnotách. Na úrovni organizace osobnosti může být hudba použita k sebevyjádření, podpoře sebevědomí, zprostředkování pozitivních zkušeností, ocenění vlastní osobnosti a dalším terapeutickým záměrům.
- **Zkušenost ve vztazích k ostatním:** tyto druhy zkušeností získáváme při práci ve skupině. Hudba pomáhá rozvíjet sociální chování, vnímání a uvědomování si druhých, nacvičovat různé role skupinového chování, komunikaci s druhými lidmi apod. (tamtéž)

Autorem druhé klasifikace je K. Bruscia (1998), který ji uvádí pod názvem **šest dynamických modelů hudební zkušenosti**. Pro její obsáhlost jsme ji zařadili do přílohy J. Další text bude věnován představení některých moderních koncepcí terapeutického působení hudby na člověka.

### 9.3.1 ZPŮSOBY A FUNKCE SLYŠENÍ

Východiskem k pochopení, jak hudba působí na člověka, je porozumění teorii sluchové percepce. Schopnost slyšení lze definovat jako vnímání akustických jevů v rozmezí přibližně 16–20 000 Hz, přičemž většina běžné populace dokáže vnímat zvuky pouze v rozmezí 40–16 000 Hz. S přibývajícím věkem se toto rozmezí ještě více zužuje. Zvuky nad hranici slyšitelnou prostřednictvím sluchu a pod ní se nazývají ultrazvuk a infrazvuk. Lidský organismus je vnímá jako vibrace.

Podle O. Skilleho (Duel, 2005) existuje pět způsobů, kterými lidský organismus vnímá pulzace ve sluchovém frekvenčním rozsahu. Kromě známého slyšení prostřednictvím uší existují další čtyři způsoby vnímání zvuku. Pro tyto přídavné způsoby byl zaveden termín **taktilní zvuk** (tamtéž).

**Slyšení přenosem ve vzduchu:** pro běžné vnímání akustické energie používáme převážně naše uši. Mechanismus slyšení je jednoduchý: vibrující molekuly vzduchu vstupují do ušního kanálu a vytvářejí tlakové vlny na bubínek. Energie těchto vln je přenesena do kochleárního aparátu pomocí tří vnitřních ušních kůstek (kladívko, třmínek, kovádlíka). Kochlea je citlivé ústrojí naplněné kapalinou s ciliárními vlákny. Zde se mechanická energie mění na nervový impuls (Mátejová, Mašura, 1992).

**Kinestetické vnímání vibrací:** velmi nízké vibrace (přicházejí do našeho organismu od země) vnímáme prostřednictvím nervových zakončení ve svalové hmotě. Tyto vibrace vznikají např. při pohybu velmi těžkých těles v naší blízkosti.

**Haptické vnímání vibrací:** nízké vibrace stimulují také nervová zakončení v kloubech kostí a hlubokých tkáních.

**Taktilní vnímání vibrací:** pokud zvukové vibrace stimulují nervová zakončení uložená pod vnějším povrchem pokožky, vnímáme tento způsob taktilní stimulace dotekem. Taktilní vnímání si uvědomujeme především při poslechu velmi hlasité hudby nebo zvuků. Také je znají hráči na hudební nástroje. Vnímají zvuk díky doteku s nástrojem.

**Vnímání prostřednictvím kostních spojení:** kochleární aparát, který přeměňuje mechanické tlakové vlny akustické energie do nervových impulsů, je bezpečně uložen v lebeční kosti. Kostní ochrana kochleárního aparátu zprostředkovává sekundární způsob vnímání zvuku přicházejícího do kochley, a to přímo přes tkáň lebeční kosti.

Uvedené informace doplňují další studie. Teirichi D. Katz a G. Révész (in Wigram, 1996) uvádějí, že člověk slyší celým tělem. Neslyšící lidé podle uvedených autorů pociťují vibrace tónů různou intenzitou v různých částech těla.

Teorie funkce slyšení rozpracoval francouzský lékař a ušní specialista Alfred Tomatis (Sollier, 2004). Jeho závěry mají pro muzikoterapii nemalý význam. Podle A. Tomatis má sluchový aparát tři hlavní funkce. První z nich je dodávat lidskému organismu energii, což se děje drážděním vláskových buněk ve vnitřním uchu. A. Tomatis zjistil, že některé zvuky energeticky nabíjí, zatímco jiné vybijí. Výborných výsledků při terapii dosáhl s nahrávkami gregoriánského chorálu a Mozartovy hudby.

Druhou funkcí ucha je orientace v oblasti rovnováhy a pozice těla, kterou zajišťuje statokinetické ústrojí uložené ve vnitřním uchu. Teprve třetí funkcí ucha je podle A. Tomatise schopnost slyšení.

### 9.3.2 HUDBA A FYZIOLOGICKÉ PROCESY

K tomuto tématu existuje patrně nejrozsáhlejší databáze teorií a výzkumů, neboť účinky hudby na fyziologii lidského organismu se zabývaly již nejstarší výzkumy v oboru muzikoterapie.

#### *Rytmická synchronizace*

P. Nordoff a C. Robbins (in Muzikoterapeutické centrum Nordoff-Robbins, 2004) upozorňují na podobnosti mezi vlastnostmi hudebních elementů (rytmus, melodie, harmonie) a fyziologickými procesy, které se v lidském organismu projevují rytmickou periodicitou. Podle mnoha autorů je možná synchronizace fyziologických reakcí organismu s rytmem a tempem hudby, jak můžeme pozorovat na změnách v záznamu EKG. Tato skutečnost je velmi dobře dokumentována experimenty, které prověřovaly vliv hudby na činnost srdce, respiraci (Hass a kol. in Saperston, West, Wigram, 2000) a mozkové biorytmy (viz dále).

Z rytmičké synchronizace vychází také specifická technika, kterou popsali E. Grossmann (Grossman a kol., 2001) a M. Schein (Schein a kol., 2001). Klienti s vysokým krevním tlakem jsou při ní vedeni k pomalým a pravidelným dechovým vzorcům, které jsou synchronizovány s rytmem a tempem poslouchané hudby. Vysoký krevní tlak se v důsledku zpomalení dechové aktivity snižuje. Synchronizace hudby, dechu a dalších fyziologických procesů, které již nelze vědomě ovládat, v této technice umožňuje uvolnění hypertenze, posílení respiračních svalů, prevenci pneumonie a usnadnění řeči u klientů s roztroušenou sklerózou (Wiens a kol., 1999).

#### *Vliv hudby na biochemické procesy*

Hudba působí na **metabolismus** a ovlivňuje všechny buňky v našem těle. Buněčné membrány se chovají podobně jako kmitavé obvody. Vlastní kmitočty membrán leží v rozsahu akustického pásma. Jestliže buňku ovlivníme zvukem tohoto kmitočtu, dojde k prudké změně koncentrace iontů vápníku, které jsou velmi důležitým regulačním prvkem buněčné látkové výměny (Linka, 1997).

Hudba vyvolává uvolnění **neurotransmiterů** a **hormonů** (Kumar a kol., 1999). Studie u klientů s Alzheimerovou chorobou zjistily, že zvýšená hladina melatoninu<sup>46</sup> po muzikoterapeutických jednotkách přispívá k uvolněnému stavu klientů a klidné náladě (tamtéž). Vhodně vybraná hudba snižuje hladinu stresových hormonů (kortizonů a adrenokortikotropních hormonů).

Podobným způsobem hudba ovlivňuje také imunitu lidského organismu. Podle výzkumů dochází po aplikaci muzikoterapie ke zvýšené hladině imunoglobulinu A (Burns a kol., 2001) a zvýšení počtu a aktivity bílých krvinek. U skupinového bubno-

---

<sup>46</sup> Melatonin je hormon, který se podílí na regulaci spánkových cyklů.

vání byl zjištěn zvláštní vliv na modulaci neuroendokrinních a neuroimunních parametrů (Bittman a kol., 2001), který se projevuje snížením úrovně kortizolu, zvýšením počtu bílých krvinek a lymfatické aktivity.

### ***Anxioalgotická hudba***

Již byly uvedeny terapeutické kvality tzv. anxioalgotické hudby. Jejich zásluhou klient dokáže zmírnit vnímání bolesti a úzkosti. Předpokladem tohoto jevu je schopnost zaměřit pozornost na hudbu nebo hudební aktivity více než na bolest. Z neurologických struktur mají v tomto procesu významnou úlohu podkorové oblasti, zejména retikulární formace. Pro zvládnutí bolesti je dále důležitá také afektivní dimenze hudby (limbický systém), vlivy prostředí, vzpomínky a dřívější zkušenosti klienta. Mezi hudebními parametry, které by měla splňovat anxioalgotická hudba, se uvádějí malé změny dynamiky, plynulý rytmus a žádné nebo malé kontrasty. Důležité je především tempo a pulzace skladby, která by měla odpovídat srdeční aktivitě v rozsahu 50–70 úderů za minutu (Sprintge, Droh in Skille, 1991).

J. Standley (in Aldridge, 2001) uvádí, že využití anxioalgotické hudby je účinnější:

- u chronické nebo mírné bolesti než u těžce bolestivých stavů;
- u žen ve srovnání s muži a u dětí ve srovnání s dospělými;
- při použití živě hrané hudby než při použití hudebních nahrávek.

Muzikoterapeutický a lékařský výzkum popisuje vliv hudby na fyziologické procesy, tj. mozkovou činnost, metabolismus, pulz, tělesnou teplotu, frekvenci a hloubku dýchání, svalový tonus nebo galvanický odpor kůže. Současně je patrná snaha o rozpoznání hudebních parametrů (tempo, dynamika, kontrasty) a dalších podmínek, díky nimž je možné předvídat účinky hudby. Vliv hudby na fyziologické procesy je popisován ve dvou základních směrech – hudba působí aktivizačně (stimulačně) nebo relaxačně (sedativně).

### **9.3.3 HUDBA A STRUKTURA**

Hudba má strukturální kvality – každý hudební projev musí alespoň v minimální míře respektovat požadavky rytmu, melodie, tempa, dynamiky a harmonie. Cílem muzikoterapie je posun od neuspořádaného, náhodného vyjadřování k organizované, smysluplné a vyvážené struktuře.

Podřízenost hudby v čase vyžaduje od hráče strukturovat své chování krok za krokem. Protože hudba probíhá v čase kontinuálně, vyžaduje od jednotlivce neustálé reakce, které je možné bezprostředně sledovat (Sears, Gaston in Sears, 1968). Hudba aktivuje percepční a motorické funkce. Strukturální vlastnosti hudby pomáhají při reedukaci těchto funkcí (např. rytmus poskytuje strukturu pro motorickou akci). Aktivní hudební činnosti vyžadují společné zapojení percepčních i motorických funkcí, čímž podporují sensorickou integraci. Úroveň reakcí klienta je posuzována z hlediska kontextu hudební situace.



Hudební struktura má dále vliv na kognitivní výkony jedince. Hudba dokáže usnadnit orientaci a porozumět posloupnosti děje. Díky úzkému vztahu s emocemi (limbický systém) ovlivňuje pozitivně paměť. Spojení textu s rytmem, melodií a harmonií podporuje multisenzoriální kódování dat, zlepšuje schopnost vstípení a vybavení informací.

Hudební parametry a celková struktura hudby mohou regulovat pozornost. Koncentrace pozornosti souvisí s neurologickým systémem aktivace a inhibice. Hudba vytváří příjemný kontext pro opakování. Střídání refrénu a slok dodává písním možnost představit nový textový a hudební materiál i opakování důležitých míst, aniž by došlo k únavě kvůli monotónnosti nebo těžké předvídatelnosti dalšího průběhu skladby. S. B. Hanser (1987) v této souvislosti vyzdvihuje přednosti rondové formy.

Monotónnost hudby (neměnná struktura) vede při poslechu k inhibici a snížení pozornosti. Jestliže je však v hudbě prezentováno příliš mnoho nových podnětů nebo nejsou smysluplně organizovány (neuspořádaná struktura), dostaví se stejný výsledek – inhibice a snížená pozornost. Tyto neurologické poznatky odkazují k otupujícímu vlivu senzoričné deprivace, monotonie i chaosu na naši pozornost. Optimální je vyváženost mezi novými podněty a již známými podněty a jejich smysluplné uspořádání.

### 9.3.4 HUDBA JAKO METAFORA

Muzikoterapie se odehrává v hudebním kontextu. Ačkoliv můžeme také pozorovat, jak se klient projevuje v nehudebních situacích, hlavní část práce muzikoterapeuta probíhá v hudební rovině. Muzikoterapie je založena na zjištění, že hudební a nehudební chování spolu úzce souvisejí.

Hudební chování klienta a produkty hudebních činností mohou poukázat na typické vzorce klientova chování, myšlení, vztahování se k okolí a druhým lidem, ale také na jeho aktuální prožívání. Intervencí v hudební rovině lze dosáhnout trvalých změn v osobnosti člověka nebo ovlivnění určitých symptomů. Změny v hudbě klienta se takto stávají metaforou odkazující na nehudební děje a změny v jeho životě. Tyto procesy vysvětluje tzv. **teorie analogie** (Smeijsters, 2007).

#### *Hudba jako zkratka*

Zvláštností hudby je ve srovnání s verbálními terapeutickými postupy její zkratkovitost. Umožňuje snadněji proniknout systém obran vytvořených na psychické úrovni a bezpečným způsobem vyjádřit některé důležité aspekty vnitřního světa jedince. Jako neverbální vyjadřovací prostředek je, podobně jako sny nebo jiné neverbální výrazové prostředky, přístupnější nevědomým obsahům naší mysli, vyvolává asociace a vzpomínky. Tyto vlastnosti hudby jsou vysvětlovány na základě dominance a specializace mozkových hemisfér, a to zvláště **pravé mozkové hemisféry**. Ta řídí procesy umělecké povahy a vyšší emotivity, je centrem imaginace, celostního a intuitivního myšlení (Mátejová, Mašura, 1992). Tabulka 2 znázorňuje základní rozdíly ve funkcích

levé a pravé hemisféry. Porozumění funkcím pravé hemisféry nám pomůže uvědomit si, proč je hudební vnímání popisováno jako archetypální, komplexní, holistické.

**Tab. 2** *Funkce levé a pravé hemisféry*

Levá hemisféra	Pravá hemisféra
Lineární (kauzální) zpracovávání informací	Holistický způsob zpracovávání informací
Symbolické myšlení	Konkrétní myšlení
Logika	Intuice
Verbální	Neverbální
Orientovaná na realitu	Upřednostňuje fantazii

Hudební vnímání souvisí s ontogeneticky staršími strukturami mozku, tj. obchází neo-kortex. Na podkorové úrovni má hudební vnímání a myšlení velmi úzké spojení s limbickým systémem, který řídí naše emoce. V důsledku této vlastnosti je hudba **náladotvorná** – dokáže ovlivnit chování jednotlivců i celých skupin (Linka, 1997). Emocionální náboj hudby může také aktivovat dřívější emoční zážitky. S cílenou **abreakcí** se pracuje např. v reaktivní muzikoterapii, která spočívá v reprodukci nebo znovuprožití patogenních emočních zážitků (traumata, konflikty) s odpovídajícím citovým doprovodem. V rámci terapeutického vztahu umožňuje tato abreakce uvolnění emoční tenze (Kratochvíl, 2005).

Hudba přináší do terapie kvality, které jsou ve verbálně orientovaných terapeutických směrech využívány v omezenější míře. Muzikoterapie směřuje ke **komplexnosti a celistvosti** tím, že aktivuje lidský organismus jako celek, ve všech jeho dimenzích. Spojuje verbální a neverbální formy terapeutického působení. Vyžaduje reakce na volní, emocionální, percepční, kognitivní i tělesné úrovni organismu. Protože hudební projev vychází z hlubších vrstev osobnosti, bývá popisován jako autentičtější a zahuštěnější ve srovnání s verbálním projevem.

### ***Porozumění metaforickému vyjádření***

Používáme-li v terapii hudbu jako prostředek k vyjádření, měli bychom také rozumět tomu, co hudba klienta vyjadřuje. Jedině tak na ni lze správně reagovat a načasovat terapeutickou intervenci. Porozumění tomu, co klient v hudbě vyjadřuje, pomáhají:

- terapeutické koncepce a výzkumy;
- vlastní intuice muzikoterapeuta.

Muzikoterapeutické a hudebně-psychologické výzkumy se snažily najít zobecnitelné vztahy mezi jednotlivými komponenty improvizované nebo poslouchané hudby (např. tempo, změny v dynamice, melodické ozdoby, rytmické vzorce) a aktuálními

psychickými procesy, které v klientovi probíhají (např. tenze, uspokojení, radost) (viz Bunt, 1991). Interpretace těchto vztahů jsou však závislé na teoretických koncepcích, podle kterých terapeut pracuje. Teoretický rámec určuje také to, čeho si terapeut na hudbě klienta bude všimnout a s čím bude dále pracovat (např. zaměří se na vnější pozorovatelné hudební chování klienta, nebo naopak na pocity a nevědomé konflikty, které toto chování vyvolávají).

Terapeut se snaží porozumět klientovi také na základě vlastních pocitů, které v něm hudba a hudební chování klienta vyvolává. Důležitým momentem jsou podle psychodynamických modelů interpretace, na kterých se může podílet terapeut i klient (viz také pojednání o hudební improvizaci v 12. kapitole).

### 9.3.5 HUDBA JAKO PROSTŘEDEK KOMUNIKACE

Osobní růst a vývoj se děje prostřednictvím smysluplných interakcí a socializace. **Hudební komunikace** je přirovnávána k preverbální komunikaci – umožňuje sebevyjádření také klientům, kteří se nemohou vyjadřovat verbálně. E. T. Gaston (1968) definuje potřebu pro sebevyjadřování a kontakt s uměleckými prostředky jako fyziologickou součást našeho celkového zdraví.

Teoretický základ pro porozumění preverbální komunikaci a raným formám sociální zkušenosti poskytly studie o formách interakce mezi novorozenci a jejich matkami. Pozorování za posledních 30 let výrazně změnilo pohled na **schopnosti novorozenců pro ranou komunikaci**<sup>47</sup>.

Reciproční komunikaci s okolím používají novorozenci již během prvních měsíců (Stern a kol. in Sarris Ruten, 2005, Bunt, 2002). Přirozená komunikace mezi matkou a dítětem obnáší radostné interakce, které představují dobře načasované, reciproční a rytmicky koordinované vzorce. Někteří autoři tyto vzorce přirovnávají k hudebnímu představení (Schwaiblmaier, 2005). Oba partneři komunikace jsou velmi senzitivní k načasování a kvalitě emocionálních signálů.

Bylo prokázáno, že během tohoto typu konverzace na preverbální úrovni sdílejí matka a dítě pulz komunikace a uzpůsobují rytmické a melodické vzorce řeči a komunikační gesta. Dítě se pohybuje synchronně s opakujícími se strukturami řeči dospělého. Tento fenomén je známý jako **interakční synchronie** (Rutten, 2005). Uspokojivá komunikace zahrnuje emocionální informace přenášené díky kvalitě hlasu regulovanými elementy výšky (frekvence) a dynamikou projevu.

Interakční synchronii podrobně zkoumal W. Condon (in Moreno, 2005) na mikropohybech dospělých osob během rozhovoru. Zjistil přitom, že „pokud naslouchající věnuje plnou pozornost tomu, co říká druhá strana, pohybuje se v synchronním rytmu s mluvčím“ (tamtéž, s. 17). J. L. Moreno označuje tento proces za rytmický konverzační tanec, jistou formu rytmické součinnosti neboli společný pulz, který může vzniknout mezi objekty vibrujícími v těsné vzájemné blízkosti (tamtéž). Účinná komunikace souvisí s rytmickým spojením. Tohoto závěru se v muzikoterapii velmi často užívá pro výběr hudby a správné načasování intervencí terapeuta.

<sup>47</sup> Vůdčími reprezentanty tří odlišných přístupů výzkumu rané komunikace, které používají hudební terminologii k popisu svých závěrů, se stali Mechthild a H. Papousek, L. W. Stern a C. Trevarthen (Schwaiblmaier, 2005).

Interakční synchronie je základem pro další rozvoj komunikace. Podle L. W. Sterna dochází během prvních let vývoje k vytvoření pěti základních interakčních struktur, jejichž variace umožňují jakýkoliv komunikační proces. Jedná se o tyto interakční struktury: naladění, střídání, výměna, hra/dialog a úloha/téma (in Rutten, 2005). Analogicky se tyto struktury vyskytují také v hudební komunikaci. Význam raných komunikačních procesů umocňuje zjištění, že v případě narušení komunikace mezi matkou a novorozencem, např. z důvodu postnatální deprese matky, se může u dítěte rozvinout sebestředné nebo odtažené chování a mohou vzniknout potíže na sociální, emocionální, kognitivní nebo percepční úrovni.

Cílem muzikoterapie je reaktivovat systémy, které během raného života jako první vytvářejí pocity bezpečí a důvěry, a navodit emocionální stabilitu. Díky hudbě se může muzikoterapeut setkat s klientem na primárních úrovních, které předcházely slovům.

### 9.3.6 HUDBA A SPIRITUÁLNÍ ZKUŠENOSTI

Hudba, terapie a spiritualita jsou odedávna neodlučitelně spojené. Už v šamanských kulturách byly léčebné a kultovní obřady značně ritualizované a vždy zahrnovaly hudbu. Ve většině náboženství a spirituálních systémů je kladen velký důraz na skupinové hudební aktivity. Například v bahá'í spisech najdeme tento citát: „Hudba a zpěv jsou spirituální potravou pro srdce i duši člověka“ (Abdu'l-Bahá, 1976, s. 378). Podobné odkazy, které se týkají spirituálních účinků hudby na člověka, najdeme také ve spisech mnoha jiných náboženství.

Ani z moderní psychoterapie se spirituální rozměr zcela neztratil, ale vymezil se do pojmů, jako je seberealizace, sebeaktualizace (Rogers in Kratochvíl, 2002), sebezpřesah (Frankl in Lukasová, 1997) nebo transpersonální zkušenost (Grof, 1999). Tyto pojmy jsou součástí teorie některých psychoterapeutických systémů, např. logoterapie (Frankl), existencionální, pozitivní (Peseschkian) nebo humanistické psychoterapie (Rogers).

V současné muzikoterapii se poměrně často setkáváme s terapeutickými koncepcemi a výzkumy, které pracují se **změněnými stavy vědomí**<sup>48</sup>, a to i přesto, že na využívání změněných stavů vědomí v terapii panují velmi kontroverzní názory. Tento fenomén je známý z transpersonální psychologie, která chápe spiritualitu ve smyslu náboženských a filozofických diskurzů předindustriálních kultur (Grof, 1999). Fenomén změněných stavů vědomí nacházíme také v pozdějších kulturách a spirituálních systémech na celém světě.

Již samotný pojem změněné stavy vědomí je značně problematický, neboť kritéria jeho rozlišení zahrnují příliš širokou škálu různých stavů vědomí a poukazují spíše na

<sup>48</sup> Osobitě terapeutické modely využívající hudbu k navození změněných stavů vědomí představuje „Řízená imaginace a hudba“ (H. L. Bonny), „Holotropní terapie“ (S. Grof) nebo „Binaurální pulzace“, která vychází z poslechu hudby a zvuků s fázovými posuny.

symptomy než na kvalitu obsahu prožívání. Mohou zahrnovat stavy patologie i zkušenosti cenné pro rozvoj duševního zdraví, vnitřních postojů a hodnot jedince. Z perspektivy muzikoterapie vyhovuje spíše pojem vrcholné zážitky (*Peak Experience*) Abrahama Maslowa (in Atkinson, 2003). Tento pojem je však méně známý, proto se přidržíme tradičního označení změněné stavy vědomí.

Moderní neurofyziologie vysvětluje změněné stavy vědomí z hlediska **mozkového elektromagnetického vlnění**. Elektromagnetické vlny vysílané mozkiem pokrývají spektrum vymezené přibližně od 0,5–40 Hz. Toto spektrum se dále dělí na čtyři části (hladiny): beta, alfa, theta a delta. Poslechem vhodné hudby lze vyvolat mozkové vlnění odpovídající jednotlivým frekvenčním pásmům.

#### **Frekvence beta** (13–40 Hz)

**Výskyt:** po většinu bdělého stavu.

**Charakteristika:** spojeny se stavy vrcholné koncentrace, zvýšené bdělosti a vizuální aktivity (Intelegen, 2005). V rozmezí maximálních frekvencí (přes 30 Hz) se nacházejí pocity podráždění, agrese, vztek, strach, stres.

#### **Frekvence alfa** (8–13 Hz)

**Výskyt:** uvolněný, ale soustředěný stav, relaxace.

**Charakteristika:** zvýšení kreativity, elektromagnetická harmonizace pravé a levé hemisféry – efekt tzv. jednotného mozku (*one brain*). V tomto stavu jsou nejproduktivnější procesy myšlení a učení. Informace, které jsou nám sděleny v alfa hladině, se zapisují velice spolehlivě a pevně do paměti (druh podprahového vnímání).

**Specifika:** v rozsahu alfa vlnění se nacházejí také frekvence známé pod pojmem Schumanova rezonance, což je rezonanční frekvence zemského elektromagnetického pole (Marek, 2000).

#### **Frekvence theta** (4–8 Hz) **a delta** (0,5–4 Hz)

**Výskyt:** v bdělém stavu se objevují zřídka, jejich indukce nastává během hluboké relaxace a některých period spánkového cyklu. Theta stav se někdy označuje pojmem šamanský stav vědomí. Delta stav se objevuje při komatózních stavech a velmi hlubokém spánku.

**Charakteristika:** dochází k vyrovnání poměru sodíku a draslíku (tyto chemické prvky jsou zodpovědné za přenos jiných chemikálií k buněčným membránám). V theta a delta stavech vědomí jsme přístupni informacím, které se nacházejí mimo běžný stav našeho vědomí. Theta a delta jsou velmi léčivé frekvence. Pro theta stav je charakteristická živá představivost, intuice a mimosmyslové percepční vnímání, kreativita, velmi hluboká a trvalá schopnost učení a zapamatování. Určité frekvence v rozsahu delta vlnění spouštějí uvolňování růstového hormonu, který urychluje léčebné procesy a regeneraci organismu (Intelegen, 2005).

V oblasti muzikoterapie a hudební psychologie existuje řada výzkumů a studií, které jsou zaměřené na úlohu hudby při indukci změněných stavů vědomí a vztahy mezi hudbou a spirituálními zkušenostmi v jednotlivých kulturách (Pilch, 2004, Fachner, Rittner, 2003, Scott, Lazarus, 2002, Marek, 2000, Foster, 1990 aj.). Indukce změněných stavů vědomí může být vysvětlena např. na základě synchronizování mozkových vln s rytmem hudby. Navození změněných stavů vědomí mohou usnadnit interferenční rozdíly mezi alikvotními tóny, čehož je využíváno především v mimoevropských hudebních kulturách. Tomuto jevu se blíže věnuje V. Marek (2000).

Další vysvětlení uvádí K. Bruscia (1998) (viz také *Hudba jako transpersonální zkušenost* v příloze J).

## 9.4 HUDEBNÍ PROSTŘEDKY MUZIKOTERAPEUTICKÝCH TECHNIK

Klienti se mohou účastnit muzikoterapeutických programů, aniž by po nich bylo požadováno hudební vzdělání nebo předešlé hudební zkušenosti jakéhokoliv druhu. Hudba není v muzikoterapii spoutána konvenčními pravidly estetiky, ale slouží jako prostředek pro vzájemnou komunikaci a expresi vnitřních světů (Extraart, 2005).

Klient hudbu vytváří nebo reprodukuje pomocí hudebních prostředků, mezi něž patří:

- tělo;
- hlas;
- hudební nástroje.

### 9.4.1 HRA NA TĚLO

Hru na tělo si člověk uvědomuje vizuálně (vnímání změny polohy těla a končetin, vzdálenosti končetin od těla), kinesteticky, hapticky i akusticky. Hra na tělo představuje nenahraditelný způsob primární rytmické stimulace a korekce v oblasti jemné i hrubé motoriky, rozvíjí citlivost taktilní percepce, sluchové analýzy i konstruktivního odreagování (Mátejová, Mašura, 1992). Hru na tělo používáme také jako prostředek kontaktu s druhými. Například při párových pohybových hrách mohou děti tleskat na svoje dlaně a na dlaně dětí stojících vedle nebo naproti sobě (Pokorná, 1982). Mezi tělesné procesy, které jsou zdrojem zvuků, patří dýchání a tep srdce. Pokud je chceme slyšet, musíme se ztišit a zaměřit na ně pozornost.

Hra na tělo má podle Z. Mátejové (Mátejová, Mašura, 1992) předcházet hře na elementární nástroje. Hrou na tělo vytvoříme širokou škálu zvuků, které umožní realizaci mnoha jednoduchých muzikoterapeutických činností. Lze ji použít také jako doprovod k hlasovým technikám. Jednotlivé prvky hry na tělo se stávají neodmyslitelnou součástí hudebně-pohybových her a cvičení u klientů všech věkových kategorií.

Mezi způsoby hry na tělo patří:

- tleskání;
- pleskání (rukama o různé části těla);
- dupání;
- luskání;
- vytváření zvuků prsty o napnuté líce;
- vydávání a napodobování různých zvuků rty a jazykem, např. hvízdání, foukání, mlaskání, nadechování, zívání, bručení apod.



Každý z těchto způsobů má mnoho variací – záleží jen na kreativité terapeuta a klientů. Například tleskat lze podle J. Brückner, I. Mederacke a C. Ulbrich (in Mátejková, Mašura, 1992) individuálně nebo ve dvojici. Tleskat můžeme plochými nebo vyklenutými dlaněmi, pěstí nebo hřbetem ruky do dlaně. Lze tleskat střídavě doprava, doleva, dolů, nahoru, dopředu, dozadu, tleskat dlaní o stůl, zem, podlahu nebo tleskat o partnerovy dlaně. Hru na tělo je možné doplnit různými formami pohybu, spojenými s pohybovými a pantomimickými prvky.

## 9.4.2 HLAS

Lidský hlas dokáže autenticky zachytit i nejjemnější odstíny našich pocitů a emocí. Hlas každého člověka má jedinečnou barvu, proto bývá přirovnáván k našemu podpisu. Souvisí s tělesným i psychickým zdravím (Nally, Otto, Horning, 2003).

Těsná psychosomatická vazba mezi hlasivkami a emocemi je již dlouho známa. Když prožíváme strach nebo úzkost, okamžitě se nám stáhnou hlasivky a začneme mluvit ztěžka. Naopak uvolnění hlasivek (např. při zpěvu) podporuje emocionální uvolnění a vyrovnanost.

Vztah mezi hlasem a schopností slyšení formulují tři **Tomatisovy zákony** (Sollier, 2004). První Tomatisův zákon říká, že „pokud naše uši neslyší určité zvukové frekvence, náš hlas je také neobsahuje“. Druhý Tomatisův zákon vznikl v důsledku experimentu. A. Tomatis zablokoval uši opernímu zpěvákovi tak, že mohl slyšet pouze zvuky určitých frekvencí. Téměř okamžitě se jeho hlas změnil. Frekvence, které zpěvák nemohl slyšet, zmizely z jeho hlasu. Druhý Tomatisův zákon zní: „Pokud dojde ke změnám ve slyšení, náš hlas se také okamžitě změní“. Třetí Tomatisův zákon vznikl díky jinému pozoruhodnému experimentu s operním zpěvákem, který si vypěstoval profesionální hluchotu jako reakci na dlouhodobé vystavení příliš silným zvukům ve frekvenčním rozsahu svého zpěvu. Podle druhého Tomatisova zákona došlo také ke změnám v hlase zpěváka. A. Tomatis zjistil, že konstantní vystavení silným zvukům oslabilo drobné svaly ve středním uchu, takže došlo k narušení přenosu zvuku do vnitřního ucha. Podle třetího Tomatisova zákona je možné „obnovit funkci slyšení (a také hlas) cvičením těchto svalů“ (tamtéž).

Díky moderní technologii víme, že hlas a jeho frekvenční rozsah souvisí s funkcí tělesných orgánů a systémů. Tuto hypotézu potvrzuje bioakustická terapie, která počítačově provádí rozbor klientova hlasu na jednotlivé frekvence (Marek, 2003). Hlasové frekvence, které odpovídají nemocným částem těla, zcela chybí nebo jsou narušené. Zpětnou aplikací chybějících frekvencí lze obnovit správnou činnost příslušných orgánů.

Při sborovém zpěvu dochází ke zvláštnímu efektu, který se nazývá myotransfer. Jedná se o rezonanční přenos elektromagnetických energií mezi hlasivkami blízko sebe stojících zpěváků (Marek, 2000). Zpěváci vnímají tento přenos jako určitou formu energetického nabíjení organismu.

Dospívající a dospělí lidé v naší kultuře o sobě často tvrdí, že neumí zpívat. Ve svém životě preferují reprodukovanou hudbu, ačkoliv hudba, kterou jsme schopni vytvářet, je mnohem silnější – je naším osobním výrazem a prostředkem komunikace s okolím. Při práci s hlasovými technikami můžeme u klientů narazit na silnou rezis-

tenci vůči zpěvu nebo hlasové improvizaci. Obranné mechanismy klienta mohou mít různý původ – předchozí negativní zkušenosti, úzkostné poruchy, fobie nebo stavy, kdy je hlas negativně ovlivněn postižením (např. centrální obrny, rozštěpy patra, poruchy hlasu aj.). V každém případě vyžaduje klient citlivé vedení ze strany terapeuta. Pokud se podaří překonat počáteční bariéry, dochází neziřídka k překvapivému objevování svého hlasu, jeho možností a identity.

Mnoho muzikoterapeutů rozvinulo vlastní způsoby terapeutické práce s hlasem. Jako příklad můžeme uvést zacílenou a nezacílenou skupinovou terapii zpěvem (Schwabe), terapeutický přístup skupinového vokálního projevu (Brückner, Medercke a Ulbrich), techniky vokální podpory (Austin) nebo vokální terapeutické modely „Objevování hlasu“ (Oddy), „Odhalení hlasu“ (Werbeck) aj.

Muzikoterapeutické hlasové techniky zahrnují různé formy hlasového projevu:

- řeč<sup>49</sup>;
- kreativní zpěv (vokalizace, zpěv manter a šamanských písní);
- zpěv písní.

## Řeč

Voice terapie nabízí speciální cvičení pro rozvoj extralingvistické i paralingvistické složky řeči. **Extralingvistické složce** řeči rozumí i zvířata. Jsou to různá citoslovce, např. mručení, hmm, jée apod. **Paralingvistická složka** představuje modulační faktory řeči. Sem patří ticho, dynamika a tempo, melodie, její intonace a barva řeči, rytmus, pauzy a výraz řeči.

Úspěšnost komunikace nezávisí pouze na obsahu sdělení, ale především na modulačních faktorech řeči a používání neverbálních komunikačních prostředků. Terapeut si všímá způsobu, jak klient tyto prostředky používá, např. jak pozdraví, jak se představuje, jak vyjadřuje emočně důležitá sdělení apod. Schopnost vyjadřování prostřednictvím řečových modulačních faktorů se dá systematicky procvičovat. Tradiční i netradiční způsoby práce s paralingvistickou složkou řeči v muzikoterapii zahrnují rytmizaci slov, výkřiky, citoslovce, šepot, běžnou řeč aj.

## Kreativní zpěv

Kreativní zpěv je patrně nejstarší formou hlasové improvizace – jedná se o improvizaci melodií na vokály, mantry, šamanské písně a obdobné jazykové útvary, obvykle bez sémantického významu. Mnohé techniky kreativního zpěvu mají své kořeny v kulturách mimoevropských etnik, kde jsou hojně využívány při léčbě, rituálech a osobnostně-spirituálních cvičeních. Z mnoha druhů hudebních technik uvedeme pouze některé.

**Tónování** je definováno jako využití „vibrační síly hlasu pro vytváření dlouhých, prodlužovaných zvuků bez použití rytmu nebo melodie na samohláskách, hláskách nebo kombinací obou“ (Gardner-Gordon in Bruscia, 1998, s. 205). Můžeme si je představit jako vokální popis určitého jevu, předmětu nebo pocitu. **Mantry** jsou básnické

<sup>49</sup> Pokud se pracuje pouze s řečovými projevy, které nejsou součástí hudební zkušenosti, nejedná se o muzikoterapii, ale o její příbuznou terapeutickou metodu, tzv. *Voice terapii*.

hymny, modlitby, invokace nebo vyslovování posvátných zvuků s meditativními účely (Garfield, 1997).

Jiným příkladem z této kategorie je **aliquótní zpěv**. Jedná se o prastarou šamanskou techniku zpěvu, známou dnešním etnomuzikologům jako difonický zpěv (Barraque, 1999). Jejím principem je, že vydáváme dva zvuky současně. Jednotlivé techniky aliquótního zpěvu totiž umožňují různými způsoby rozeznít horní oktávu základního tónu i další aliquóty. Na rozdíl od předešlých se jedná o poměrně náročnou techniku, jejíž (alespoň základní) zvládnutí vyžaduje cvik<sup>50</sup>.

Mezi další techniky kreativního zpěvu bychom mohli zařadit **jazzové sketování** (*do wop technika*), hlasovou improvizaci na jednoduchou harmonickou progresi (např. dvou akordů), zpěv melodií známých písní na vokály nebo slabiky aj. (Summers, 2003).

Při improvizaci usnadňují uvedené techniky hlasové sebevyjádření klientů. Představují jednu z alternativ zpěvu pro klienty, kteří se nacházejí v preverbálním stadiu vývoje řeči (těžká mentální retardace, dysfázie, dětský autismus aj.). Mají také důležité léčebné aspekty, neboť ovlivňují psychosomatický stav člověka, napomáhají relaxaci a podle *Jindrakova postulátu* také čištění metabolického odpadu z šedé kůry mozkové (Skille in Saperston, West, Wigram, 2000).

**Jindrakův postulát** dokládá terapeutické účinky vokalizace. Vibrace vytvořené hlasem se přenášejí do lebečních kostí a mozkové kůry. Šedá kůra mozková má ve srovnání s jinými tělesnými tkáněmi velmi omezené možnosti, jak vylučovat nahromaděný metabolický odpad. Působení vibračí podporuje proces vylučování tohoto odpadu. Zjednodušeně jej lze přirovnat ke klepání koberce plného prachu (Skille in Saperston, West, Wigram, 2000)<sup>51</sup>.

## Píseň

Písním je v muzikoterapii přikládán zvláštní význam. Muzikoterapeutům se doporučuje, aby měli dostatečně bohatý repertoár písní pro různé příležitosti a různé věkové skupiny klientů.

V muzikoterapii můžeme písně skládat i reprodukovat písně již vzniklé. Jednoduché písně pro děti předškolního a školního věku můžeme vytvořit rytmicí, popř. také melodizací říkadel. Muzikoterapeutická setkání často začínají tzv. kontaktní písní (*Hello Song*) a končí závěrečnou písní (*Good Bye Song*). Tyto písně si většinou muzikoterapeuti sami skládají individuálně pro jednotlivé klienty. Každá píseň může mít mnoho variací, kterých dosáhneme např. změnami v dynamice, tempu, instrumentaci, harmonickém doprovodu, aranžmá rozdělením sólového nebo skupinového zpěvu apod.

Grinerová (in Mátejová, Mašura, 1992) uvádí, že jedním ze základních kritérií výběru písně pro postižené děti je jejich jednoduchost, možnost snadného zapamatování

<sup>50</sup> Více se lze o aliquótním zpěvu dočíst v článku Lenky Šramlové (2007) *Aliquótní zpěv a některé jeho léčebné účinky* v sekci články na internetové adrese [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz).

<sup>51</sup> Pojednání o Jindrakově postulátu je také na internetových stránkách Olava Skilleho ve článku s názvem *The Jindrak Postulate: Mechanical Cleaning of Brain Cells and Muscle Cells by Sounds and Vibration*. Článek je dostupný na: <http://members.tripod.com/quadrillo/VATe/jindrak-2.html>.

textu a melodie, logické rozložení textu vzhledem k přízvukným dobám a jeho obsahová ucelenost.

Píseň by měla být pro klienty srozumitelná a adekvátní jejich věku. Písně pro handicapované děti, které používají P. Nordoff a C. Robbins (2003), zahrnují témata jako např. dny v týdnu, počítání dívek a chlapců přítomných ve skupině, pojmenovávání částí těla, oděvů a barev, okolní svět (zvířata, květiny, stromy, lidé), jednotlivé emoce a různé druhy svátků a oslav apod.

### 9.4.3 HUDEBNÍ NÁSTROJE

Hra na hudební nástroje přitahuje pozornost a zájem většiny klientů. V aktivní muzikoterapii mají nejširší uplatnění lehce ovladatelné rytmické a melodické nástroje, prostřednictvím kterých mohou vytvářet vlastní hudbu také hudebně neškolení klienti. Výhodou těchto nástrojů je také to, že lákají k prozkoumávání netradičních způsobů jejich ovládání, podporují kreativitu klientů a boří vžitá kliše hudebního vyjadřování.

Pro klienta je důležitý čas pro postupné sblížení s nástrojem. Protože mnozí klienti na nabízené nástroje nikdy nehráli, ani je nedrželi v ruce, může jim muzikoterapeut před samotnou instrumentální aktivitou nechat prostor, aby si nástroj mohli osahat, vyzkoušet, jaké vydává zvuky, a zda jim vyhovuje. Toto sblížení s nástrojem je důležité zvláště při hudebně-improvizačních technikách.

V receptivní muzikoterapii záleží výběr nástrojů na hudebních dovednostech jednotlivých terapeutů – v zahraničí patří k běžnému standardu, že muzikoterapeut umí hrát na jeden a více tradičních nástrojů. Nejčastěji je to **klavír** a **kytara**, méně často také flétna, housle, violoncello. Terapeut musí ovládat dostatečnou škálu dovedností, jež by mu umožnily improvizovat na daný nástroj (Moreno, 2005). Pro terapeuty bez dostatečné hudební přípravy jsou tyto nástroje nevyhovující.

Hudební nástroje si z hlediska použití v muzikoterapii můžeme pro přehlednost rozdělit do několika skupin:

- tradiční laděné nástroje;
- Orffův instrumentář;
- etnické nástroje;
- nástroje vlastní výroby;
- kompenzační pomůcky a alternativy běžných nástrojů.

Seznámit se s některými méně známými nástroji lze v této publikaci prostřednictvím fotografických příloh.

#### *Tradiční laděné nástroje*

Existují hudební techniky usnadňující improvizaci na tradiční laděné nástroje. Prostřednictvím těchto technik je improvizace na tyto nástroje dostupná také hudebně neškoleným klientům. Například mezi klavírní techniky z této skupiny patří hra na černých klávesách nebo hra v církevních modech. Alternativou je také ponechat klientům prostor pro svobodné prozkoumávání možností hry na klavír v jeho vyšších polohách, zatímco terapeut hraje jednoduchý bas, který strukturuje hru klienta.

U kytary můžeme použít alternativní ladění, které nevyžaduje držet akordy, například ladění do akordu D (struny jsou podladěné do tónů D-A-d-fis-a-d) nebo E (E-H-e-gis-h-e). Jinou kytarovou technikou je párová hra na jednom nástroji, kdy terapeut drží akordy, zatímco klient hraje pravou rukou doprovod.



*Obr. 8. Improvizace na metalofon*

### **Orffův instrumentář**

Mnoho domácích i zahraničních muzikoterapeutů doporučuje používat Orffův instrumentář. Do Orffova instrumentáře patří dětské bubínky a dětské tympány, zvončky, ozvučná dřívka (*claves*), dětské činely, prstové činelky a kastaněty, dřevěné klepače a šterkadla, pandeiros, maracas (rumba koule), tamburíny a triangel. Instrumentář bývá obvykle doplněn o další nástroje, např. templ-bloky, dětskou zvonkohru, španělské bubínky, zvonky a další. Dále se používají určité části bicí soupravy, nejčastěji činel a jazzový buben.

Ačkoliv nástroje z Orffova instrumentáře u nás díky oblibě Orffova Schulwerku představují nejčastější hudební vybavení na většině škol, ústavů a v dalších zařízeních komunitního typu, zřídka se setkáme s kompletním vybavením instrumentáře. V muzikoterapii doporučujeme doplnit instrumentář nástroji ostatních zde uvedených skupin tak, abychom získali pestřejší nabídku zvuků i materiálů.





*Obr. 9 Na krajích bubny djembe, uprostřed šamanský bubnen*

### ***Etnické nástroje***

Bohaté možnosti uplatnění mají v muzikoterapii netradiční laděné i neladěné nástroje různých kultur, které zde označujeme poněkud vágně jako etnické nástroje. Používají se především rytmické (perkusivní) a jednoduché melodické nástroje. Mezi ně řadíme bongu, šamanské bubny, djembe, tampusu, pakhavaj, ocean drum, deštné hole, bambusové flétničky, balofon, didgeridoo, gongy, zvonce nebo tibetské mísy.

Hra na perkusivní nástroje osvobozuje od tradičního západního slyšení hudby s omezujícím důrazem na diatoniku (Bunt, 1991) a stimuluje klienty k vlastní improvizaci. Etnické nástroje poskytují nové zvukové kvality. Většina klientů se s nimi v muzikoterapii setkává poprvé a nemá předem vytvořená konvenční schémata, jakým způsobem je správné na tyto nástroje hrát.

Etnické nástroje bývají častěji vyráběny z přírodních materiálů než Orffovy nástroje. Proto jsou příjemnější na dotek. Jejich ovládání je možné přizpůsobit požadavkům klientů, např. sadu gongů nebo tibetských mís můžeme rozeznít pomocí snadno dostupných filcových paliček, které vydávají měkké a jemné tóny. Totéž platí o oválných indiánských nebo afrických bubnech (*djembe*). K vytváření drone pro hlasovou improvizaci je výborná indická *tampura*. Hraje se na ni kontinuálním rozezníváním jejích čtyř strun vyladěných nejčastěji v poměru kvinty a kvarty (prostřední struna je zdvojená). U nás oblíbeným nástrojem, který se již poměrně běžně vyskytuje také v současné západní hudbě, je *didgeridoo* – nástroj australských domorodců. Rozeznívá se speciální dechovou technikou, tzv. cirkulovaným dýcháním.

### ***Nástroje vlastní výroby***

Klienti mají nejbližší vztah k nástrojům, které si vyrobí sami. Při muzikoterapii se nástroje často rychle ničí. Proto se osvědčilo mít vždy zásobu snadno zhotovitelných



nástrojů, kterými je možné doplnit muzikoterapeutický instrumentář před každým setkáním s klienty. Snadno lze vyrobit různá dřívka, štěrkadla, na šňůrku lze zavěsit zvonečky, rolničky, mušličky nebo různé další přírodniny. Také můžeme využít předměty denní potřeby, které vydávají zajímavé zvuky.

### ***Kompenzační pomůcky a alternativy běžných nástrojů***

Pro klienty s těžkým motorickým nebo kombinovaným postižením je významná **dostupnost jednotlivých nástrojů** vzhledem k jejich specifickým motorickým předpokladům. V zahraničních muzikoterapeutických centrech bývají k dispozici specifické doplňky a úpravy hudebních nástrojů, které pomáhají využít kreativní potenciál klientů s omezením hybnosti. Jsou to např. nástroje s velikostí přizpůsobenou klientovi (větší nebo menší klávesy u keyboardu), paličky se zvláštními typy úchopů (poutka, suchý zip, návleky, držení obouručně), alternativní systémy ovládání pedálů u klavíru a další. Pro kompozici a poslech hudby je dostupná technika ovládaná moderními typy spínačů a různými specifickými doplňky.

Kapitola věnovaná hudbě představila první ze tří základních elementů muzikoterapeutického procesu (osobnosti muzikoterapeuta a klienta budou věnovány následující kapitoly). Klíčovými pojmy této kapitoly jsou hudební zkušenost a hudební prostředky. Jejich terapeutický potenciál je v muzikoterapii cíleně využíván.

## 10. MUZIKOTERAPEUT

*Jiří Kantor, Katarína Grochalová*

Podle některých definic je muzikoterapie považována za interpersonální proces, který vyžaduje přítomnost osobnosti terapeuta i klienta a rozvoj jejich vzájemného vztahu (Bruscia, 1998). V tomto ohledu nelze muzikoterapii považovat za autoterapii, a to i navzdory skutečnosti, že samotná aplikace hudby klientem (bez přítomnosti terapeuta) může mít léčebný efekt a poskytovat mu příležitost k sebepoznání a osobnostnímu růstu.



**Obr. 10** Absolventi první výcvikové skupiny v Edukační muzikoterapii s lektory Matějem Lipským, Janou Weber a Jiřím Kantorem

K. Bruscia (tamtéž) definuje osobnost muzikoterapeuta těmito znaky:

- pomáhá klientovi;
- pracuje na základě vzájemné dohody;
- pomáhá uspokojit potřeby vztahující se ke zdraví klienta;
- pracuje v kontextu profesionálního vztahu;
- má dostatečnou kvalifikaci;
- jedná v souladu s etickými pravidly své profese.

Terapeut a klient zastávají ve vzájemném vztahu odlišné role. Terapeut je v tomto vztahu definován jako „pomáhající“ a klient jako „osoba, která pomoc přijímá“. Toto rozdělení rolí není reciproční. To však neznamená, že terapeut nemůže mít z terapie sekundární zisky, ať již na vědomé nebo nevědomé úrovni (viz také problematika protipřenosu v 11. kapitole). Rámec profesního vztahu dává muzikoterapeutovi pochopitelně nárok na úhradu poskytovaných služeb, výjimečně je muzikoterapie prováděna jako dobrovolnická služba.

Nosným tématem této kapitoly bude analýza předpokladů pro vykonávání muzikoterapeutické profese, která úzce souvisí s profesionální kvalifikací muzikoterapeutů a vytvářením legislativních podmínek pro realizaci muzikoterapie. Předem bychom chtěli upozornit, že v textu vycházíme ze stavu v zahraničních zemích, neboť legislativa pro muzikoterapii (včetně kritérií pro odbornou přípravu) v Čechách teprve vzniká.

Doufáme, že následující text může našim muzikoterapeutům nabídnout inspiraci a poučení pro další vývoj. V závěru kapitoly stručně představíme některé významné osobnosti muzikoterapie.

## 10.1 PROFESIONÁLNÍ POŽADAVKY NA MUZIKOTERAPEUTA

---

V oblasti expresivních terapií není pro přípravu terapeutů nic efektivnějšího než systematické muzikoterapeutické výcviky a zkušenost pod supervizí. Ačkoliv některé vlastnosti musí mít muzikoterapeut do určité míry vrozené (např. kreativitu, hudební schopnosti a předpoklady pro pomáhání druhým), muzikoterapeutický výcvik může výrazně pomoci rozvinout osobnostní zdroje a odborné dovednosti.

Profesionální požadavky kladené na osobnost muzikoterapeuta zahrnují odborné i osobnostní kompetence. Muzikoterapeut by měl také dodržovat požadavky etického kodexu a standardy terapeutické praxe, které formulují muzikoterapeutické asociace.

### 10.1.1 ODBORNÉ KOMPETENCE

Muzikoterapeut potřebuje mít nejen dobré hudební dovednosti, ale také vědět, jak tyto dovednosti využívat terapeuticky. Požadavky na profesní přípravu muzikoterapeuta určují jednotlivé muzikoterapeutické vzdělávací programy v součinnosti s příslušnými muzikoterapeutickými asociacemi. Nacházíme velké rozdíly v kurikulech muzikoterapeutických programů, neboť většina zemí si určuje vlastní standardy pro vzdělávání muzikoterapeutů. Některé programy odborné přípravy se zaměřují pouze na doplňující postgraduální vzdělávání odborníků pomáhajících profesí, jiné přijímají a vzdělávají studenty bez blíže specifikovaných požadavků (většina pregraduálních programů).

V některých zemích jsou vypracovány požadavky a doporučení, která musí splňovat akreditované muzikoterapeutické vzdělávací programy. Například podle Americké muzikoterapeutické asociace (2005) spadají profesionální kompetence muzikoterapeuta do tří hlavních oblastí – jedná se o hudební, klinické a muzikoterapeutické zá-

klady. Popis jednotlivých kompetencí se nachází v dokumentu *Profesionální kompetence AMTA*<sup>52</sup>.

Komplexní muzikoterapeutický vzdělávací program může zahrnovat tyto složky:

- teoretickou přípravu;
- sebezkušenostní výcvik (včetně vlastní terapie);
- supervizi.

Nezbytnou součástí profesní přípravy muzikoterapeutů je kromě **teoretické přípravy** také **sebezkušenostní výcvik**. Požadavkem v některých vzdělávacích programech je absolvování určitého počtu hodin individuální nebo skupinové muzikoterapie, popř. psychoterapie (buď před přijetím nebo v průběhu studia). Tato **vlastní terapie** se vyskytuje převážně v psychoterapeuticky orientovaných vzdělávacích programech muzikoterapie (psychoanalytická muzikoterapie, analytická muzikoterapie). Prostřednictvím vlastní zkušenosti může terapeut lépe porozumět možnostem muzikoterapeutických technik, terapeutickým procesům, situaci klienta a pocitům, které klient během terapie prožívá.

**Supervize** je nejen důležitá součást vzdělávacích programů v muzikoterapii, ale také praxe muzikoterapeutů s mnohaletou zkušeností. J. Fowler definuje supervizi jako „formální proces profesionální podpory a učení, který umožňuje praktikujícím jednotlivcům rozvíjet znalosti a kompetence, přebírat odpovědnost za svou praxi a posilovat ochranu klienta a bezpečí péče poskytované v klinické situaci“ (Fowler, 1996, s. 472).

Supervize zajišťuje, aby se terapie ubírala správným směrem a byla dodržována etická pravidla profese. Také pomáhá rozvoji terapeutů a brání jejich vyhoření. V neposlední řadě splňuje tzv. administrativní funkci, tzn. pomáhá terapeutům splňovat očekávání své organizace a její odpovědnosti za kvalitní práci (čím výraznější status organizace má, tím více zajišťuje svým členům kvalitní supervize). Může být poskytována individuálně i skupinově. Pokud nejsou supervizoři v muzikoterapii přítomni na místě, často pracují během supervize s audionahrávkami nebo videonahrávkami práce terapeutů. Muzikoterapeutická supervize se podle S. B. Hanser (1987) týká terapie, kterou terapeut poskytuje klientům (klinická složka), vztahů, které terapeut s klienty vytváří (osobnostní složka), a hudebních dovedností, které si terapeut v procesu terapie rozvíjí (hudební složka). Konkrétněji se může jednat o:

- vzdělávání se, tzn. terapeut ve spolupráci se supervizorem zjišťuje úroveň svých schopností a kompetencí a dále je rozvíjí;
- reflexi případových studií;
- poskytování podpory (provádějí nejen supervizoři, ale také ostatní členové týmu, kolegové);
- sledování a monitorování muzikoterapeutických lekcí;

<sup>52</sup> Český překlad tohoto dokumentu je dostupný na [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz).

- řešení vlastních témat a potíží, které se terapeutům během terapie vynoří a mohly by negativně zasahovat do terapeutického procesu;
- pomoc při rozhodování a posuzování klinických aspektů případů apod.

D. Aldridge definuje v rámci širšího pojetí supervize několik modelů, které se liší funkcí i hierarchiemi rolí mezi supervizorem a supervidovanou osobou:

**Intervize:** zahrnuje vzájemnou výměnu názorů v rámci vztahu bez hierarchických rozdílů. Často se uskutečňuje neformálním způsobem na pracovišti mezi kolegy.

**Klinická supervize:** probíhá naopak v rámci profesionálního vztahu a za jasně definovaných podmínek, kdo může být supervizorem. Jejím účelem je rozvoj profesních dovedností supervidované osoby. Klinická supervize by neměla obsahovat žádné hierarchické rozdíly, a pokud jsou tyto rozdíly skrytě přítomné, měly by se stát předmětem supervizní práce.

**Mentor:** také učitel, je zkušený muzikoterapeut, jehož úkolem je profesně vzdělávat a vést. Vyžaduje dlouhodobě probíhající vztah bez hierarchických rozdílů, ovšem za předpokladu, že zkušenější partner podporuje druhého.

**Supervize výzkumu:** poskytuje relevantní zkušenosti týkající se výzkumné práce studentům v rámci vzdělávacích programů. Probíhá v rámci zřejmého hierarchického vztahu.

**Zkoušející:** také odhadce (z anglického *assessor*), hodnotí úroveň dosažení institucionálních nebo certifikačních nároků na studenta nebo praktikující osobu. Vztah je opět hierarchické povahy s jasně definovanými rolemi.

**Poradenství:** poradce poskytuje neutrálním způsobem odborné rady a doporučení. Vztah s praktikující/supervidovanou osobou neobsahuje žádné hierarchické rozdíly.

Na závěr pojednání o odborných kompetencích a profesní přípravě uvádíme pro ukázkou nástin kurikula dvouletého muzikoterapeutického vzdělávacího programu na univerzitě Drexel ve Filadelfii (USA).

Vzdělávací program využívá didaktické i sebezkušenostní metody pro výuku. Zahrnuje společné obecné předměty určené studentům všech odvětví kreativních terapií i specifické muzikoterapeutické předměty, kterých se účastní pouze studenti muzikoterapie.

K **obecnému základu** patří vývoj člověka (vývojová psychologie), psychopatologie, neuroanatomie, skupinová dynamika, terapeutické modely, teorie kreativních terapií, výzkum, profesionální orientace a etika, teorie psychoterapie, multikulturní perspektivy v terapii a klinická diagnostika. **Muzikoterapeutické předměty** jsou zaměřeny na rozvoj praktických dovedností při práci s dětmi i s dospělými. Zahrnují teorii muzikoterapie, klinickou hudební improvizaci, klinické hudební dovednosti, muzikoterapeutické dovednosti, hudební psychologii, neurologické vědy a klinickou laboratoř (hudební analýza).

Obecné i muzikoterapeutické předměty doplňuje **klinické vzdělávání** obsahující supervizi skupinové muzikoterapie a supervidovanou klinickou praxi. Podle požadavků této univerzity musí student absolvovat více než 1200 hodin náslechnů a praxe pod supervizí (Drexel, 2007).

Za zcela samozřejmý požadavek pro vykonávání muzikoterapeutické praxe je považován neustálý seberozvoj a zvyšování terapeutických kompetencí prostřednictvím terapeutických kurzů, výcviků, supervizí, studia, vlastní terapie nebo účasti na výzkumných projektech. Obdobná pravidla platí nejen pro muzikoterapeuty v praxi, ale také pro učitele, kteří muzikoterapii vyučují, nebo pro lektory, kteří vedou muzikoterapeutické výcviky.

### 10.1.2 OSOBNOSTNÍ KOMPETENCE A ETIKA

Podle I. D. Yaloma má **terapeutovo vlastní já** největší vliv během psychologického působení na klienta (Yalom, 2003). Terapeut si přináší do vztahu s klientem veškeré předchozí životní zkušenosti – na rozdíl od některých jiných pomáhajících profesí se nejedná pouze o profesní zkušenosti, ale zkušenosti zahrnující předchozí i současné vztahy s lidmi, životní role apod. Každý muzikoterapeut bude proto provádět muzikoterapii jedinečným způsobem, nehledě na teoretické zázemí a vzdělání<sup>53</sup>.

Můžeme vůbec generalizovat některé osobnostní vlastnosti a životní zkušenosti, které jsou důležité pro vykonávání muzikoterapeutické profese? Domníváme se, že ano. Přesto by níže uvedené řádky neměly budit dojem, že profesi muzikoterapeuta může vykonávat pouze dokonalý člověk. Výčet vlastností, který zde bude uveden, je spíše celoživotní směřování, k němuž by se měl upínat osobnostní růst a systematický rozvoj jednotlivých muzikoterapeutů.

Muzikoterapeut musí mít v první řadě pozitivní vztah k hudbě a vstřícný vztah k lidem. Během muzikoterapeutického procesu potřebuje rozvinout terapeutický vztah, k čemuž potřebuje schopnost empatie, vstřícnosti a autentického vystupování (tzn. neschovávat se za svou profesionální roli). Empirický výzkum dokázal, že většina klientů hodnotí tyto schopnosti jako nejdůležitější faktory v terapeutickém procesu (Yalom, 2003). Ve vztahu ke klientům je terapeut lidský, upřímný a hodný důvěry.

Osobnost muzikoterapeuta by dále měla disponovat přiměřeným sebevědomím a realistickým vnímáním vlastních schopností i nedostatků. Důležitými vlastnostmi jsou kreativita, spontaneita, flexibilita a humor (Kanadská asociace pro muzikoterapii, 2003).

Pro budoucí muzikoterapeuty je důležitá sebereflexe vlastních motivací pro vykonávání své profese. K tomu je zapotřebí dobře poznat sebe samého, neboť ve vztahu ke klientovi může dojít zcela nevědomě ke kompenzování vlastních frustrací a potřeb. Ani morálně těžce napadnutelné rozhodnutí pomáhat druhým lidem není zcela bez rizik, neboť láska k bližnímu se může stát obětí, která nakonec klienta omezuje v jeho samostatnosti. Nezřídka totiž bývá spojena se zvýšenou kontrolou a otevřenými i skrytými formami manipulace (Horňáková, 2003). Na druhé straně je v pořádku, pokud vykonávání muzikoterapeutické profese nabízí také terapeutům oprávněné sekundární zisky, např. možnost pro sebepoznávání, osobnostní růst, rozvoj kreativity

<sup>53</sup> To platí zejména o psychoterapeuticky orientované intervenci, např. v didaktických modelech muzikoterapie nemají životní zkušenosti terapeuta tak zásadní vliv na terapeutický proces.



a vlastní hudebnosti. Tyto zisky oddalují syndrom vyhoření a umožňují vykonávat tuto náročnou profesi i po velice dlouhou dobu, popř. celoživotně.

Umět se denně setkávat s utrpením klienta patří k dalším klíčovým předpokladům terapeuta. U pracovníků pomáhajících profesí může dojít k tendenci vyhýbat se těžkým pocitům (Kopřiva, 1997). Zvládnutí této náročné situace má mimořádný vliv na psychické zdraví terapeutů, ale také na celkovou efektivitu terapie. Neschopnost terapeuta emocionálně zvládnout utrpení druhého je překážkou k realizaci terapie, neboť nedovoluje navázat přirozený vztah. Je navíc těžké přijímat pomoc, která je spojena s pocity lítosti nebo soucitu terapeuta. Zvláště náročné může být pro terapeuty naučit se zacházet se svými pocity u klientů s tzv. estetickými handicapy. Jedná se o klienty, kteří utrpěli výrazné somatické deformity v důsledku úrazů, nemocí nebo vrozených postižení.

Další důležitou schopností, která je vyžadována od terapeutů, je schopnost zvládat negativní projevy chování klienta. Některým terapeutům pomáhá porozumění situaci klienta a genezi jeho potíží. Terapeut potom přijímá toto negativní chování klienta jako něco, co má svůj původ i své opodstatnění. Empatii terapeutů pomáhá zvyšovat také absolvování vlastní terapie nebo zážitky vlastních potíží a utrpení. Pokud je pro vztah klienta k terapeutovi charakteristická otevřená averze, může být řešením doporučit klienta jinému terapeutovi. Všechny tyto případy patří k supervizi.

### ***Etický kodex***

S osobnostními vlastnostmi muzikoterapeuta a jeho profesionálním působením souvisí etický kodex a standardy profese. Tyto dokumenty vydávají jednotlivé muzikoterapeutické asociace. Etický kodex zahrnuje profesionální jednání muzikoterapeutů a pomáhá chránit bezpečí obou zúčastněných stran na terapii, terapeuta i klienta. Je důležitou informací pro akreditační instituce, zaměstnavatele terapeutů a zainteresovanou veřejnost (Česká arteterapeutická asociace, 2001).

V České republice zatím není zavedený etický kodex pro muzikoterapeutickou profesi. Pro profesionální chování muzikoterapeutů by však měly analogicky platit podobné zásady jako pro muzikoterapeuty v zahraničních zemích nebo domácí terapeuty jiných směrů expresivních terapií.

V okamžiku, kdy Česká republika získá zahraniční akreditaci pro výuku muzikoterapie, budou pro nás v oblasti etiky platné body etického kodexu Evropské muzikoterapeutické konfederace. Překlad tohoto důležitého dokumentu uvádíme v příloze H. Zájemcům o etiku můžeme dále doporučit prostudovat etický kodex a standardy klinické praxe Americké muzikoterapeutické asociace (dostupné na internetových stránkách asociace) nebo etický kodex České arteterapeutické asociace (2001).

## 10.2 OSOBNOSTI MUZIKOTERAPIE V ZAHRANIČÍ

O rozvoj muzikoterapie v zahraničních zemích se významně zasloužilo mnoho osobností. Zde představíme alespoň ty, které často citujeme v textu:

**Alvin Juliette**, iniciátorka britské muzikoterapie, dlouholetá prezidentka *Britské společnosti pro muzikoterapii*, zakladatelka muzikoterapeutického modelu „Volná improvizace“. Vystudovala hru na violoncello na konzervatoři v Paříži a vedle koncertní dráhy se stala velkou autoritou v oblasti hudebního vzdělávání a muzikoterapie. Uveřejnila mnoho článků v *Britském časopisu muzikoterapie*. Napsala monografii *Music for the Handicapped Child* a *Music Therapy for Autistic Child*.

**Bruscia Kenneth**, americký muzikoterapeut a univerzitní profesor. Muzikoterapii se začal věnovat po studii hudby a psychologie. Dlouhodobě vykonával muzikoterapeutickou praxi v léčebnách a zároveň působil jako lektor na univerzitách ve Filadelfii (Woodhaven, Temple University), kde pomohl zavést muzikoterapeutické programy. K. Bruscia je autor a spoluautor řady mezinárodně uznávaných publikací o muzikoterapii, které slouží jako studijní texty vzdělávacích programů v mnoha zemích. K nejznámějším patří *Defining Music Therapy*, *Improvisation Models of Music Therapy*, *Case Studies in Music Therapy* a *The Dynamics of Music Psychotherapy*.

**Bunt Leslie**, anglický profesor muzikoterapie, učitel hudby a dirigent, absolvoval muzikoterapeutickou přípravu na *Guildhall School of Music and Drama* v Londýně (Anglie) a výcvik v modelu „Řízená imaginace a hudba“. Je představitelem humanistického proudu v muzikoterapii. Vykonává klinickou praxi v Bristolu a funkci ředitele *Music Space Trust*, což je charitativní organizace vytvářející síť komunitních muzikoterapeutických center ve Velké Británii. Dále vede postgraduální muzikoterapeutické programy v Bristolu a Boloni, působí na univerzitě v západní Anglii a pořádá mezinárodní kurzy a workshopy v muzikoterapii. Je známý jako autor publikace *Music Therapy: An Art Beyond Words* a *The Handbook of Music Therapy* (spoluautorka Sarah Hoskins).

**Hanser Suzanne** získala muzikoterapeutické vzdělání na univerzitě na Floridě a doktorský titul na univerzitě v Kolumbii. Je bývalou předsedkyní *Národní asociace pro muzikoterapii* (USA) a v současné době vedoucí katedry muzikoterapie na vysoké škole v Berkeley. Významně se zasloužila o rozvoj behaviorální muzikoterapie, muzikoterapeutických programů pro osoby s Alzheimerovou chorobou a také o oblast muzikoterapeutického výzkumu.

**Hjelm Lasse** je znám především jako zakladatel „FMT-metody“, kterou vytvořil během svých patnácti let práce ve Folkbernadottehemmet, v rehabilitačním centru ve švédské Uppsale (1975–1989). Donedávna metodu vyučoval na soukromém hudebně-terapeutickém institutu v Uppsale. Mezi jeho publikace patří kniha *Med musik som medel*.

**Maranto Cheryl Dileo** je profesorkou muzikoterapie, koordinátorkou muzikoterapeutického programu na univerzitě ve Filadelfii (USA), exprezidentkou *Národní asociace pro muzikoterapii* v USA a bývalou členkou poradního sboru *Světové federace muzikoterapie*. Zkušenosti z její klinické a výzkumné praxe zahrnují etiku, odbornou přípravu muzikoterapeutů a muzikoterapii v medicíně. Je frekventovanou mezinárodní lektorkou a autorkou mnoha příspěvků a knih o muzikoterapii.

**Nordoff Paul** absolvoval hudební konzervatoř ve Filadelfii a Juilliard Graduate School. V letech 1949–1958 působil jako profesor hudby na Bard College. Získal řadu ocenění jako hudební skladatel. Od roku 1958 vytvořil ve spolupráci s Clivem Robbinsem vlastní muzikoterapeutický model založený na mnohaletých zkušenostech z nejrůznějších projektů a vlastní praxe v oblasti speciální pedagogiky. Tento přístup nazvaný „Kreativní muzikoterapie“ představili v USA i v mnoha dalších zemích.

**Pavlicevic Mercedes** absolvovala muzikoterapeutický výcvik v *Muzikoterapeutickém centru Nordoff-Robbins* v Londýně roku 1980. Pracovala deset let s mentálně handicapovanými dospělými ve Skotsku, poté v oblasti psychiatrie a psychogeriatric a také v soukromé praxi s onkologicky nemocnými. Doktorské zkoušky v muzikoterapii složila na univerzitě v Edinburghu. V současnosti působí jako muzikoterapeutka v Jižní Africe a jako lektorka v *Muzikoterapeutickém centru Nordoff-Robbins* v Londýně. Zajímá se o kulturní aspekty hudební komunikace a terapii klientů s posttraumatickým stresovým syndromem.

**Robbins Clive** je speciální pedagog a spoluředitel *Muzikoterapeutického centra Nordoff-Robbins* na univerzitě v New Yorku. Ve spolupráci s Paulem Nordoffem v letech 1959–1976 významně přispěl k rozvoji hudební improvizace jako terapeutického fenoménu. Společně s P. Nordoffem vydali knihy *Therapy in Music for Handicapped Children*, *Music Therapy in Special Education* a *Creative Music Therapy*, se svou ženou Carol Robbins vydal knihu *Music for Hearing Impaired and Other Special Groups*.

**Skille Olav** z Norska je známý jako muzikoterapeut, učitel, konzultant a iniciátor mnoha výzkumných projektů. Zasloužil se především o vznik metod k evaluaci hudebního chování a rozvoj „Vibroakustické terapie“. Jako lektor prezentoval muzikoterapii v Norsku, Finsku, Švédsku, Dánsku, Německu, Velké Británii, Itálii, Rakousku, Estonsku a dalších zemích.

**Smeijsters Henk** z Holandska se dlouhodobě podílel na výzkumu v muzikoterapeutické laboratoři v Nijmegen, dále působil jako učitel hudební psychologie a lektor muzikoterapeutických vzdělávacích programů (konzervatoř Enschede, Hogeschool Nijmegen) a jako člen výzkumných muzikoterapeutických projektů. Inicioval vznik *Výzkumného centra pro kreativní terapii KenVaK*. Napsal mnoho příspěvků o muzikoterapii a hudbě. Je autorem publikací *Muziek en psyche* a *Muziektherapie als psychotherapie*.

**Standley Jayne** je profesorkou muzikoterapie a vedoucí muzikoterapeutického programu na univerzitě ve floridské Tallahassee v USA. Původně pracovala u osob s mentálním postižením, v současnosti je aktivním výzkumným pracovníkem se zaměřením na medicínské aplikace muzikoterapie a externí lektorkou muzikoterapie v mnoha institucích. V roce 1989 získala prestižní cenu udělenou *Národní asociací pro muzikoterapii* v USA<sup>54</sup>.

**Wigram Tony** je profesorem muzikoterapie v *Institutu pro hudbu a muzikoterapii* v dánském Aarborgu, muzikoterapeutem v *Harper House Children's Service* v Hertfordshire v Anglii, předsedou *Britské společnosti pro muzikoterapii*, členem a koordinátorem mnoha důležitých muzikoterapeutických sdružení a projektů. Vystudoval hudbu na univerzitě v Bristolu a psychologii na univerzitě v Londýně. Muzikoterapeutické vzdělání absolvoval na *Guildhall School of Music* (pod vedením Juliette Alvin). V současnosti vyučuje externě na univerzitách v Itálii, Španělsku, USA, Anglii, Holandsku a v dalších zemích.

---

<sup>54</sup> Tato cena byla udělena za publikaci *Hudební techniky v terapii, poradenství a speciální pedagogice (Music Techniques in Therapy, Counselling and Special Education)*.

## 11. KLIENT

*Jiří Kantor*

Doposud jsme mluvili o osobnosti klienta poměrně vágně, a to především v souvislosti s následujícími otázkami: Kdo je v muzikoterapii definován jako klient? Je poskytování muzikoterapie omezeno z hlediska věku, specifických potřeb nebo kulturního zázemí klientů? Jedná se nevyhnutelně vždy o osobu s nějakým druhem patologie? V kontextu těchto otázek se neobejdeme bez definice zdraví. Je však zdraví definováno jako pouhá nepřítomnost tělesné nemoci, nebo má širší implikace?

V této kapitole se kromě nastíněných témat zaměříme také na to, jakým způsobem se klient podílí na terapeutickém procesu – popíšeme některé vnitřní zdroje klienta, které v muzikoterapii přispívají k dosažení terapeutické změny. Zvláštní pozornost budeme věnovat významu terapeutického vztahu. Dále představíme muzikoterapii z hlediska věku, sociokulturního zázemí a specifických potřeb klienta.

### **Terminologie**

Pro označení adresátů muzikoterapeutických služeb se používá více různých termínů<sup>55</sup>. Ve starší nebo medicínsky orientované muzikoterapeutické literatuře se velmi frekventovaně vyskytuje termín pacient. Pojmový aparát se rozšířil v důsledku postupného zavádění muzikoterapeutických služeb i mimo oblast medicíny (popř. mimo oblast psychiatrie) a vlivem humanistických tendencí, které hledaly méně pejorativní (na patologii nepoukazující) termíny pro označení jedince. Například ve školských zařízeních se setkáváme s pojmy žák nebo student, v domovech důchodců, ústavech a obdobných zařízeních sociální péče s pojmem obyvatel nebo příjemce služeb. V definicích muzikoterapie se dále setkáváme s pojmem lidská bytost.

### **Vymezení muzikoterapeutické klientely**

Muzikoterapeutická klientela není v zásadě omezena věkem, sociokulturním zázemím nebo specifickými potřebami (s výjimkou kontraindikací, které byly popsány v 8. kapitole). Hudbu lze využít již v prenatálním stadiu vývoje člověka (prostřednictvím péče o budoucí rodičky i přímou stimulací plodu), v komatózních stavech, při těžkých demencích a v terminálních stadiích nemoci, kdy může být vážně narušena interakce klienta s okolím.

Tyto podmínky (věk, sociokulturní zázemí a specifické potřeby) vytvářejí nespočetně mnoho různých podob muzikoterapeutické intervence a její charakteristické znaky u jednotlivých typů populace. Muzikoterapie je poskytována také osobám inkontinčním za předpokladu, že může naplnit jejich potřeby v oblasti fyzické, motorické, emocionální, intelektuální, sociální, spirituální nebo v oblasti chování.

<sup>55</sup> Termín klient, který nejčastěji používáme v této publikaci, považujeme za nejvýstižnější pro označení širokého a různorodého spektra muzikoterapeutické populace.

Neměli bychom zapomínat na to, že muzikoterapie není určena pouze jednotlivcům, ale také skupinám lidí, které zahrnují vrstevníky, rodiny, páry a další systémy. Trendem posledních let je poskytování muzikoterapie celým komunitám (Stige, 2002). K. Bruscia uvádí příklady autorů, kteří rozpětí muzikoterapeutické klientely rozšiřují na celou společnost (Kenny, Boxhill in Bruscia, 1998).

Klienta lze v muzikoterapii definovat jako „jednotlivce, skupinu, komunitu nebo společnost, která potřebuje nebo hledá pomoc terapeuta vzhledem k akutnímu nebo potenciálnímu ohrožení zdraví“ (Bruscia, 1998, s. 75). Ohrožení zdraví může být různého stupně. Potřeby jedince se nemusí týkat pouze tělesného zdraví, ale také dalších výše uvedených oblastí.

## 11.1 DEFINICE ZDRAVÍ

Jak jsme již uvedli, zdraví nepředstavuje pouze nepřítomnost tělesné nemoci. Zdraví, podobně jako muzikoterapeutická zkušenost, může zahrnovat celou osobnost člověka a vyvolávat změny ve více dimenzích lidského organismu současně. Definice zdraví podle WHO rozlišuje dimenzi fyzickou, emocionální, mentální, sociální, psychickou a spirituální (Bunt, 1991). Do všech těchto dimenzí se mohou negativně promítat také následky zdravotního postižení.

**Holistický model** pohledu na člověka zahrnuje všechny dimenze lidského organismu a všímá si také jeho interakce se společností, kulturou a okolním prostředím. Jednotlivé dimenze, stejně jako lidský organismus a okolní prostředí, jsou ve vzájemném recipročním vztahu: změny vyvolané v jedné dimenzi mohou ovlivnit také struktury ostatních dimenzí, změny v lidském organismu mohou ovlivnit okolí a naopak.

V přístupu ke zdraví existuje velké množství teoretických koncepcí. A. Antonovsky (in Bruscia, 1998) mezi nimi rozlišuje dvě základní – koncepce s patogenickou nebo salutogickou orientací:

**Patogenická orientace** považuje zdraví za stav homeostázy, kterou se snažíme udržet. Je to stav nepřítomnosti patologie, ať již se jedná o trauma, nemoc, poruchu, handicap nebo jiný abnormální stav. Podle patogenické orientace je jedinec považován buď za zdravého, nebo nemocného, což vyžaduje přesné definice hranic mezi stavy zdraví a nemoci (přičemž tyto hranice závisejí na subjektivním pojetí zdraví a nemoci autorů jednotlivých klasifikací nemocí). Podle A. Antonovského (tamtéž) se zastánci patogenické orientace řadí do dvou skupin: zájmem první je oblast zdraví a prevence, zájmem druhé je oblast patologie a její léčby. Ačkoliv se salutogická orientace



může zdát pokrokovější, mají patogenické koncepce stále své nezastupitelné místo (např. pro pojišťovny jsou důležitá kritéria pro rozlišení jednotlivých nemocí a patologických stavů, které vyžadují léčbu).

**Salutogenická orientace** popisuje zdraví jedince jako kontinuum, je to stav heterostázy spíše než homeostázy. Zdraví může existovat za přítomnosti různých ohrožujících činitelů, tzv. životních stresorů, které mohou nabývat různé podoby (od mikrobiologických až k sociokulturním). Tyto životní stresory mohou být dokonce příčinou zdraví – důležité je, jak se člověk s těmito stresory dokáže vyrovnávat, jak rychle si dokáže proti nim vybudovat odolnost a potřebné vnitřní zdroje pro uchování zdraví za různých životních okolností.

Někteří autoři jdou ve vztahu k Antonovského koncepcím ještě dále, např. podle K. Bruscia není zdraví něco, co máme – je to aktivní proces a náš jedinečný způsob bytí v tomto procesu (tamtéž). Zdraví a nemoc podle tohoto autora není považováno za objektivně rozlišitelný stav, neboť se jedná o ryze subjektivní zkušenost.

Zdraví lze z tohoto pohledu definovat jako „proces nabývání plného potenciálu jedince za účelem individuální i ekologické celistvosti“ (Bruscia, 1998, s. 84).

Zdraví jako proces se dá přirovnat k hledání rovnováhy mezi čtyřmi základními operacemi:

**Prezervace:** uchovávání a ochraňování všech aspektů osobnosti člověka, které vytvářejí jeho identitu a poskytují půdu pro další osobnostní růst.

**Adaptace:** přizpůsobení a začlenění do různých typů prostředí a kontextů životních zkušeností.

**Transcendence:** vytváření nového *self*, překračování minulosti a přítomnosti za účelem osobnostního růstu.

**Disoluce:** proces rozpadu a zániku, který umožňuje zrod nových částí nebo aspektů *self*.

Potenciál jedince má rovinu univerzální (tj. schopnosti člověka jako zástupce lidského rodu), kolektivní (náleží skupinám různých velikostí, od rodiny po národ) a především individuální (tj. vývojový stupeň jednotlivce, jeho životní zkušenosti a rozličné kontexty, ve kterých tyto zkušenosti probíhají). K. Bruscia uvádí, že „individuální zdraví není určeno tím, zda má jedinec více nebo méně vlastního potenciálu ve srovnání s jinými jedinci nebo očekávanými normami skupin či druhů. Zdraví je určeno spíše mírou, kterou jedinec dosahuje svůj vlastní potenciál nehledě na vývojovou úroveň, na které se nachází. Z tohoto pohledu může být jedinec s rakovinou zdravější než jedinec bez rakoviny nebo osoba se schizofrenií zdravější než osoba prožívající spirituální krizi“ (Bruscia, 1998, s. 86).

Individuální a ekologickou celistvost lze definovat jako výše uvedené dimenze lidského organismu (individuální celistvost) nebo v rámci ovlivňování jednotlivce společností, její kulturou a okolním prostředím (ekologická celistvost). Individuální celistvosti se přibližujeme prostřednictvím rozvoje a propojování mezi jednotlivými

dimenzemi lidského organismu, ekologické celistvosti se přibližujeme prostřednictvím vytváření smysluplných vztahů mezi lidským jedincem a jeho okolním prostředím.

## 11.2 TERAPEUTICKÁ ZMĚNA – NEHUDEBNÍ FAKTORY

V 9. kapitole jsme se zabývali terapeutickým potenciálem hudby a změnami, které jsou vyvolané prostřednictvím jejího působení. Nyní doplníme přehled terapeutických faktorů o další důležité proměnné. Nehudebních sil, které mohou terapeuticky působit, je v muzikoterapii celá řada. Tyto faktory bychom mohli zařadit do dvou hlavních skupin:

- osobnostní charakteristiky klienta (jeho vnitřní zdroje);
- specifické nehudební interakce mezi klientem a terapeutem (např. terapeutický vztah).

Představit zde podrobněji první nebo druhou skupinu terapeutických faktorů není v možnostech této knihy. Proto u první skupiny uvádíme pouhý nástin, který je možné doplnit studiem literatury v odkazech, a z druhé skupiny vybíráme téma terapeutického vztahu, který patří k nejdůležitějším aspektům terapie v jakémkoliv muzikoterapeutickém přístupu. Informace o rozmanitosti nehudebních terapeutických intervencí doporučujeme doplnit studiem literatury (především z oblasti psychoterapie).

### 11.2.1 VNITŘNÍ ZDROJE KLIENTA V TERAPII

U některých patologických stavů, např. neurózy, nastává v průběhu času u poměrně vysokého procenta klientů spontánní uzdravení (Kratochvíl, 2002). Každý lidský organismus disponuje určitým potenciálem vnitřních sil a schopností, které mohou samy o sobě vyvolat terapeutickou změnu. Jak již bylo uvedeno, v některých případech se tak děje dokonce bez vnější intervence.

Pro dosažení muzikoterapeutické změny je velmi důležitá **vlastní aktivita klienta**. Muzikoterapie je vzájemná interakce, při níž dostává klient prostor k seberealizaci a k utváření své vlastní osobnosti. „Terapeut s klientem změnu přímo nenacvičuje, ale připravuje, vytváří předpoklady, aby mohla změna nastat“ (Speck in Horňáková, 2003, s. 43).

Humanističtí psychologové (Rogers, Maslow aj.) vyzdvihují schopnost **sebeaktualizace**. Jedná se o sílu, kterou disponuje každý člověk. Tato síla jej tlačí vpřed k celistvosti a jedinečnosti jeho *self*, k plnému fungování všech jeho schopností a přijetí sebe samého. Člověk se rozvíjí tehdy, pokud se cítí v bezpečí a může se svobodně rozhodovat v řetězu situací. V podobném smyslu hovoří K. Horneyová o terapii jako o odstraňování překážek, které brání osobnímu růstu (Yalom, 2003). Muzikoterapeut pomáhá klientovi tím, že se snaží odstranit překážky, které brání přirozenému vývoji jeho osobnosti. Muzikoterapeutická zkušenost může vyprovokovat řadu dalších

pozitivních změn a reakcí v běžném životě klienta. Tento proces se nazývá **adaptivní spirála**.

V muzikoterapii přisuzujeme velký význam procesu **učení**. Učení zde chápeme v širším pojetí jako schopnost adaptace organismu, jako proces, ve kterém si jedinec osvojuje individuální zkušenost. Toto pojetí zahrnuje všechny situace, činnosti, zpracovávání a ukládání informací, se kterými se jedinec setkává během svého života a jejichž výsledkem je změna chování, jednání, vědomostí, dovedností a osobnosti učícího se jedince. Mezi druhy učení, s nimiž se lze setkat v odborné literatuře, patří učení klasickým a operantním podmiňováním, sociální učení, senzomotorické učení, kognitivní učení nebo řešení problému (Atkinson, 2003, Možný, Praško, 1999, Dařílek, Kusák, 1998). V muzikoterapii probíhají uvedené druhy učení velmi často v hudebním kontextu, mohou však také být součástí nehudebních interakcí mezi klientem a terapeutem, popř. mezi klientem a jinými klienty.

Z hlediska terapeutické změny mají dále vliv určité vlastnosti, specifika a charakteristiky osobností klientů. Obecně pro zdraví mají podle A. Antonovského a podle A. H. Maslowa (in Horňáková, 2003) význam tyto stabilizující faktory:

- **Naděje, důvěra, možnost zvládnutí životní úlohy:**
  - zvýšená akceptace sebe, druhých lidí a okolního světa;
  - zvýšená spontaneita;
  - rozvinuté lidské vztahy;
  - bohaté emoce.
  
- **Smysl pro koherenci (globální orientace v situaci):**
  - mimořádně dobré vnímání skutečnosti;
  - vyšší autonomie;
  - samostatnost;
  - schopnost mít odstup.
  
- **Disponování prostředky pro zvládnutí požadavků, prožívání vlastních úloh:**
  - vysoká tvořivost;
  - ochota zaměřit se na problémy;
  - dostatek silných pozitivních zážitků;
  - diferencovaný hodnotový systém.

Jednání jedince je do značné míry determinováno snahou o uspokojení základních psychických potřeb. Z. Matějček a kol. (in Horňáková, 2003) je vymezují jako:

- potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů – jejich naplnění umožňuje být aktivní;
- potřeba stálosti, pořádku a smyslu – jejich naplnění vede ke zkušenostem, jistotám a hodnotám;
- potřeba bazálních emocionálních a sociálních vztahů – jejich naplnění podporuje integritu osobnosti;
- potřeba otevřené budoucnosti a životní perspektivy – jejich naplnění umožňuje stabilizaci a dosahování zdraví.



*Obr. 11 Indikace muzikoterapie jsou z hlediska věku neomezené*

## 11.2.2 TERAPEUTICKÝ VZTAH

Vztah mezi terapeutem a klientem patří k základním terapeutickým faktorům nejen v muzikoterapii, ale v každé terapii, která přikládá význam interakci mezi terapeutem a klientem. V muzikoterapii se rozvíjí často současně prostřednictvím hudebních i nehudebních interakcí (např. empatii lze vyjadřovat hudebně synchronizováním terapeutovy hudby s hudbou klienta, verbálně reflektováním a shrnutím výpovědi klienta nebo neverbálně nasloucháním, tělesným postojem). Protože terapeutický vztah přesahuje úroveň hudební zkušenosti a zahrnuje všechny interakce mezi terapeutem a klientem (hudební i nehudební), pojednáváme o něm na tomto místě (dílní aspekty terapeutického vztahu z hlediska hudební zkušenosti byly představeny v 9. kapitole).

Terapeutický vztah lze charakterizovat jako vztah mezi terapeutem a klientem nebo v případě skupinové terapie i mezi jednotlivými klienty nebo podskupinami navzájem (Vymětal, 1997). Je tvořen souborem psychických obsahů jednotlivých subjektů a dynamikou vztahu (tamtéž). Podle Carla Rogerse musí terapeut umět ve vztahu ke klientovi projevit **empatii, autentické vystupování** a musí být schopen klientovi **vyjádřit podporu** (Bunt, 2002).

**Bezpodmínečná akceptace** znamená, že „terapeut akceptuje klienta, ať už se nachází kdekoli, zatímco pomáhá klientovi přiblížit se svému hudebnímu a terapeutickému potenciálu“ (Bruscia, 1998, s. 98). Muzikoterapeut se má tedy přizpůsobit a akceptovat klientovo hudební úsilí, výsledky a záliby bez hodnocení, neboť právě v tomto základním respektu, v tomto bezpodmínečném pozitivním ohledu může být ustaven kontakt a vytvářen vztah s klientem (tamtéž).

Přijímat klienta neznamena bezvýhradně souhlasit se vším, co klient dělá. Jedná se spíše o vyjádření, že jej přijímáme takového, jaký je, a jasně odlišujeme jednotlivé složky jeho chování a myšlení od lidské hodnoty jeho osobnosti.

**Autenticita** terapeuta odkazuje k tomu, že terapeut v terapii vystupuje takový, jaký ve skutečnosti je, tzn. že se neschovává za svou profesionální masku. Nad mírou autenticity, kterou si terapeut může dovolit ve vztahu ke klientovi, podobně jako nad některými etickými otázkami týkajícími se autenticity (terapeut není chráněn mlčenlivostí klienta), se zamýšlí I. Yalom (1999).

Fenomén autenticity může mít v rámci vztahu terapeut – klient ještě jeden význam: Vztah mezi klientem a terapeutem, podobně jako vztah mezi klientem a hudbou, může patřit do kategorie **přenosových** nebo **autentických vztahů**.

**Přenosový vztah** je konceptem psychoanalytické, popř. psychodynamické terapie. Mluvíme o něm tehdy, když klient reaguje na terapeuta nebo hudbu na základě svých dřívějších zkušeností, které se promítají do současné situace. Přenosový vztah k terapeutovi může být ovlivněn také věkem, rolí, pohlavím, vlastnostmi nebo chováním terapeuta. Ačkoliv mají přenosové vztahy největší význam v psychoterapeutické intervenci, mohou hrát důležitou roli také v jiných typech intervence. Jedná se např. o případy, kdy klient reaguje agresivně, stáhne se do sebe nebo je narušena vzájemná komunikace bez patrné vnější příčiny. V těchto případech může přenos z klienta na terapeuta bránit rozvoji přirozených interakcí a zabraňovat tím progresu terapeutického procesu. Nebezpečí spočívá také v nerozpoznaném protipřenosu ze strany terapeuta, který přenos klienta vztahuje na sebe. Tyto případy patří k supervizi.

V souvislosti s přenosovými vztahy v terapii má velký význam vytvoření podmínek pro **emočně-korektivní zkušenost** klienta. To znamená, že klient prožije situaci, která je v rozporu s jeho nevhodným očekáváním. Tato situace, podobně jako původní trauma, je emočně nabitá a může vést k určitému zlomu v postojích a chování klienta (blíže viz Kratochvíl, 2002, Yalom, 1999 a další).

**Autentický vztah** znamená, že se klient vztahuje k terapeutovi nebo k hudbě na základě toho, co jsou, nebo toho, co klientovi nabízejí v aktuálním okamžiku. Vnímání terapeuta nebo hudby v tomto vztahu není zatížené minulostí klienta.

### **11.3 SPECIFIKA MUZIKOTERAPIE Z HLEDISKA VĚKU**

Z hlediska věku existují specifické muzikoterapeutické programy zaměřené na jednotlivé věkové skupiny klientů. V zahraničí je muzikoterapie využívána již během perinatálního vývoje a při porodu. Hudba jako forma stimulace byla úspěšně apli-

kována u předčasně narozených dětí, v raných i pozdějších fázích vývoje dítěte. Rozmanité modely muzikoterapie jsou dostupné mládeži a dospělým. Protipól z hlediska věku představuje muzikoterapeutická intervence poskytovaná seniorům a osobám v terminálním stadiu.

### 11.3.1 MUZIKOTERAPIE A VÝVOJ JEDINCE

Pro každou věkovou skupinu jsou charakteristické určité terapeutické cíle a témata. Například u dětské populace je nejčastějším cílem muzikoterapie podpora vývoje jedince a dosahování vývojově přiměřených milníků, během dospívání hledání vlastní identity, u seniorů zase zvýšení kvality životní úrovně nebo integrace životních zkušeností.

Charakteristiku vývoje, zvláštností a potřeb jednotlivých věkových skupin podává **vývojová psychologie**. Z mnoha existujících modelů vývoje člověka můžeme uvést klasifikaci E. H. Eriksona a J. Piageta.

- **Eriksonova klasifikace** vývoje jedince preferuje sociálně-kulturní aspekty. Každá fáze obsahuje určitý vývojový úkol, kritérium psychosociálního zdraví a kritérium relativní psychosociální poruchy. Jednotlivé fáze následují v tomto pořadí: osvojení základní důvěry proti nedůvěře, dosažení autonomie proti ostychu a pochybnosti, iniciativa proti pocitu viny, sebevědomí proti pocitu méněcennosti, identita proti rozptýlené identitě, intimita proti izolaci, generativita proti sebeabsorbci, integrita proti odporu k životu (Kotasová, 2000).
- **Piagetova klasifikace** představuje model kognitivního vývoje. Jednotlivá stadia mají následující posloupnost: senzomotorické stadium (přibližně do dvou let), předoperační stadium (2–4 roky), stadium konkrétních operací (7–11 let) a stadium formálních operací. Piagetovu teorii rozvíjeli a doplnili mnozí další. Známy je např. popis stadií formování identity jedince, který provedl L. Kohlberg (in Atkinson a kol., 2003). Model Piagetovy klasifikace byl aplikován do oblasti hudebního vývoje a použit v muzikoterapii s dětmi a handicapovanými lidmi (Bunt, 2002).

Na vývoj jedince, zvláště v dětském věku, odkazují také vývojové škály, např. Gesellova, Bayleové, Ozeretského. Tyto škály a jejich modifikace se používají převážně u klientů s vývojovým postižením.

Každý muzikoterapeut by měl znát vývojová specifika skupiny klientů, se kterou pracuje. To se týká také vývoje hudebních dovedností a schopností jedince, zejména v dětství a dospívání. Protože se jedná o problematiku v naší odborné literatuře dobře zpracovanou, odkazujeme zde čtenáře pouze na použité prameny (viz Franěk, 2005, Vágnerová, 2007, 2005, Langmeier, Krejčířová, 1998).

Na muzikoterapeutickou intervenci nemá vliv pouze věk klienta, ale také to, v jakém období jeho života k postižení nebo onemocnění dochází. Z tohoto hlediska se setkáváme s několika specifickými typy muzikoterapeutické intervence. Zde se zaměříme na muzikoterapii vývojovou a rehabilitační.



### 11.3.2 KLIENT Z POHLEDU VÝVOJOVÉ MUZIKOTERAPIE

V anglicky mluvících zemích odkazuje termín **vývojová muzikoterapie** (*Developmental Music Therapy*) k muzikoterapii s handicapovanými klienty, jejichž vývoj se setkává s překážkami v jakékoliv oblasti (senzomotorické, emocionální, kognitivní, sociální aj.) (Bruscia, 1998). Protože důsledky těchto postižení jsou patrné teprve v průběhu vývoje jedince, označují se obecně jako **vývojová postižení** (*Developmental Disabilities*). Podle Americké muzikoterapeutické asociace (2005) odkazuje tento termín k jedné a více podmínkám v dětství nebo v adolescenci, které brání normálnímu vývoji a adaptivnímu fungování. Používá se u jedinců mladších 22 let. Výsledkem vývojového postižení je podstatné funkční omezení ve třech a více oblastech, jako je sebeobsluha, motorika, učení, komunikace, nezávislost apod.

U nás bychom termín vývojová muzikoterapie chápali poněkud širěji – kromě handicapovaných dětí se vztahuje také na děti s různými druhy psychopatologie (např. neurotické projevy, schizofrenie) a děti intaktní, jejichž vývoj je z různých důvodů ohrožen.

Dále se budeme věnovat problematice postižení nebo nemoci, ke které dochází v raných stádiích vývoje jedince. Protože mnoho jedinců s vývojovým postižením nikdy nepozná zdravý stav (většina těchto postižení je vrozená nebo získaná v raných fázích vývoje), jedná se o závažnou situaci pro jejich **vývoj a motivaci ke změně**. Ostatní složky osobnosti se vyvíjejí kompenzačně. Již od počátku se projevují primární i sekundární následky vady nebo onemocnění, jak je vidět na následujícím příkladu.

**Tělesné postižení** zasahuje již od počátku vývoje jedince nejen do vývoje motorického, ale také kognitivního, emocionálního, sociálního. Dětem s postižením mimických svalů a horních končetin (DMO) hrozí během raných stadií vývoje **narušení interakce s matkou** (Vítková a kol., 2004), které může vyústit až v citovou deprivaci dítěte. Dítě nemůže v důsledku postižení reagovat na matku obvyklým způsobem. Toto jednání bývá často interpretováno jako projev nezájmu vedoucího k útlumu mateřské aktivity a tím také stimulace dítěte. Tělesné deformace zvyšují pravděpodobnost, že se rodiče nebudou k dítěti chovat přirozeným způsobem (intenzita kontaktu, mazlení apod.).

V kojeneckém věku souvisí motorický vývoj úzce s rozvojem **kognitivních procesů**. Omezení lokomoce způsobuje deprivaci podnětů, se kterými se dítě setkává, a komplexní opoždění psychického vývoje. V důsledku postižení jemné motoriky nemůže dítě manipulovat s předměty, a tak poznávat jejich vlastnosti. V mnoha případech působí tělesně postižené dítě jako dítě mladší nebo dítě s mentálním postižením. Jakmile se pohybové možnosti zlepší a dítě začíná sedět a ležet, zlepšují se paralelně i psychické funkce (Vágnerová in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

V batolecím věku brání tělesné postižení postupnému **odpoutávání od matky**. Stav závislosti a nesamostatnosti doprovází podle závažnosti pohybového postižení jedince i v pozdějších letech a ztěžuje jeho socializaci. Tělesné deformity mohou vyvolat odmítavé sociální reakce okolí a socializaci do řad vrstevníků. V předškolním věku bývají tělesně postižené děti opožděny v oblasti sociálních dovedností.

Dospívání je spojeno s postupným osamostatňováním a rozvojem vlastní identity. Pokud je postižení viditelné a doprovázené somatickými deformitami, představuje stigmatizaci, která se u tělesně postižených může projevovat narušením vlastního sebepojetí, depresí, pocitem méněcennosti, strachem z budoucnosti, beznadějí až apatií. Odlišnost od ostatních způsobuje potíže v identifikaci s vrstevníky. Snaha o kompenzaci tohoto stavu se může projevit i akcentovanou potřebou vynik-

nout, a potvrdit tak vlastní identitu. Obranné reakce mohou mít dále podobu sebeupřednostňování, nekritičnosti nebo sebezprosazování za každou cenu.

Vidíme, že v případě klientů s vrozeným postižením se charakteristika postižení a jejich specifické potřeby mění v průběhu vývoje. Proto v různých etapách vývoje jedince přichází na řadu celé spektrum terapeutických cílů. Zvláštnosti vývoje u jednotlivých typů postižení uvádí M. Vágnerová (2004, 1992), M. Svoboda, D. Krejčířová, M. Vágnerová (2001) a další.

### 11.3.3 KLIENT Z POHLEDU REHABILITAČNÍ MUZIKOTERAPIE

**Rehabilitační muzikoterapie** se zabývá terapeutickým využitím hudby u osob se získaným postižením. Klient potřebuje obvykle multidisciplinární péči, proto muzikoterapie probíhá jako součást tzv. ucelené nebo psychosociální rehabilitace. Získané postižení je na rozdíl od vývojových postižení náročnější pro **adaptaci** člověka.

Rozlišujeme postižení získaná:

- po úrazu;
- v důsledku nemoci.

Jedním z mála pozitiv postižení získaných po nemoci je delší adaptační období. V obou případech se na vyrovnání s náročnou životní situací podílejí příslušné adaptační mechanismy, kterými člověk disponuje za nepříznivých okolností. Dělí se na techniky odvozené z agrese a úniku (Vágnerová, 1999). Pokud jsou tyto mechanismy použity funkčně, umožní jedinci mobilizovat síly, překonat překážky a dosáhnout vlastní integrity.

Bezprostředně po úrazu prochází postižený jedinec fází silného šoku, pro kterou jsou charakteristické pocity vyčerpanosti, sklíčenosti, nesmyslnosti života a vlastní bezcennosti. Další fáze popisuje Elisabeth Kübler-Ross jako popření a stažení se do izolace, hněv, smlouvání, deprese a akceptace vážné nemoci (in Bigge, 1991). V současné době se přijímá spíše diskontinuita tohoto procesu, ačkoliv některé fáze jsou jedinečné, např. fáze šoku (Vítková, 1999). Ostatní fáze se mohou opakovat. Také fáze akceptace postižení je velmi relativní – např. člověk s terminálním onemocněním nebo úrazem sice může přijmout nevyhnutelný životní scénář, přesto ale může potřebovat systematickou terapeutickou podporu až do posledních okamžiků svého života.

Terapeutické cíle při rehabilitaci jedince se získaným postižením se mohou týkat zlepšení nebo udržení fyzického stavu i psychických potřeb. Velmi důležitým úkolem terapeutů je zvládnutí počátečního stresu a co nejrychlejší aktivní zapojení člověka do rehabilitačního procesu.

Pokud to zdravotní stav dovolí, postižený člověk se postupně navrácí z nemocnice nebo léčebny do běžného prostředí, byť za změněných podmínek. Obvykle je nezbytná reorganizace vztahů s okolním světem, hledání zástupných perspektiv do budoucnosti, rekvalifikace, úpravy životního prostředí jedince apod. Zvláště u dospělých se často výrazně mění jejich sociální role, sociální status, hierarchie hodnotového žebříčku apod.

I v tomto úseku rehabilitace se jedná o velmi náročný proces, který vyžaduje organizované spolupůsobení více odborných služeb. Cíle muzikoterapie a způsob její realizace závisí na individuálních potřebách jednotlivých klientů, jejich zdravotním stavu a dalších faktorech. Individuální nebo skupinová muzikoterapie nabízí např. možnost sdílení potíží klientů, poskytování psychické podpory, sebevyjádření, pomoc při navazování vztahů s okolím, nácvik adaptivních *coping dovedností*. Lidé se získaným postižením mívají obvykle větší motivaci vyrovnat se s následky handicapu než lidé s postižením vrozeným, zvláště pokud je vývoj jejich zdravotního stavu příznivý. Důležité je převzetí vlastní odpovědnosti za svůj stav a možnost jej aktivně ovlivnit.

## 11.4 SOCIOKULTURNÍ FAKTORY

Rčení „hudba je univerzální jazyk“ je obecně rozšířené a akceptované. Zkušenosti muzikoterapeutů a vzrůstající počet kulturně zaměřených muzikoterapeutických výzkumů však ukazují, že vlastně neexistuje hudba, která by byla univerzálním jazykem. Za univerzální lze považovat zájem o hudbu a lidskou potřebu hudby, ale preferované styly hudby se liší na různých místech, v různých dobách a u různých lidí. Stále větší význam je v muzikoterapii přisuzován sociokulturním faktorům, osobním zkušenostem a psychopatologií klientů (Bright in Heal a Wigram, 2003).

**Sociokulturní faktory** zahrnují mnoho proměnných. V závislosti na těchto faktorech můžeme mluvit o různých významech pojmu kultura. Mezi sociokulturní faktory patří etnická příslušnost, věk, lokalita bydliště, dosažené vzdělání, rodinné nebo sociální zázemí. Tyto faktory se projevují v osvojení odlišných sociálních rolí, norem, jazyka, chování, postojů, hudebního cítění, myšlení a preferencí. Spiritualita může ovlivňovat vztah a postoje k nemoci a hudbě i v terapii, která se vůbec nezabývá spirituálním rámcem. Kromě kulturní příslušnosti má velký vliv na utváření identity jedince také příslušnost k jednotlivým subkulturám (mikrokulturám), které představuje např. kultura vznikající v rodině, mezi přáteli, na pracovišti.

**Osobní zkušenosti**, tj. osobní asociace při hudbě, hudební preference a hudební chování většiny z nás, jsou ovlivněny dřívějšími zkušenostmi s hudbou. Dřívější zkušenosti a hudební minulost mají podstatný vliv na emocionální reagování jedince na hudbu. Klient potom nemusí reagovat na emocionální kvalitu hudby, ale na vzpomínky a asociace, které v něm hudba vyvolává.

Současní muzikoterapeuti se shodují v tom, že **psychopatie** může mít vliv na hudební percepci a reakci klientů na hudbu. Pro podrobnější popsání specifík u jednotlivých onemocnění je však zapotřebí rozsáhlejšího výzkumu, který doposud není dostupný.

V muzikoterapeutické skupině složené z klientů se stejným sociokulturním zázemím můžeme předvídat, že klienti budou na hudbu reagovat emocionálně podobným způsobem, vždy se však vyskytnou výjimky. Muzikoterapeutické výzkumy (Bright in Heal a Wigram, 2003) ukazují, že pokud klienti naslouchají hudbě blízké jejich

kultuře, mají větší tendenci vnímat a rozumět této hudbě způsobem, který je snadněji předvídatelný. Pokud však naslouchají hudbě, kterou nedokážou kulturně identifikovat a zařadit, dostavuje se opačný výsledek. Vliv má také věk. Čím mladší je klient, tím rozdílnější jsou odpovědi přisuzující hudbě emocionální kvality. Uvedené výsledky ukazují, že vnímání a prožitky spojené s hudbou se vytvářejí v průběhu procesu osvojování dané kultury.

Muzikoterapeuti by se vzhledem k uvedeným informacím měli snažit vyhnout zjednodušujícím generalizacím ohledně hudebního vnímání a chování klientů, které se může lišit od našeho očekávání. R. Bright (tamtéž) doporučuje neustálou kontrolu, zda muzikoterapeut a klient chápou konkrétní situace stejným způsobem. Používá k tomu např. věty typu „Zní to, jako byste cítil vztek (smutek, znechucení, radost...), když hrajete tímto způsobem“ (Bright in Heal a Wigram, 2003, s. 203).

Rostoucí kulturní diverzifikace populace vyžaduje flexibilní přístup terapeuta a poznání sociokulturního zázemí klientů. Jeho neznalost může negativně ovlivnit porozumění hudební improvizaci a hudebnímu chování klientů, které vychází ze sociálních a kulturních norem. Muzikoterapeutické programy s uprchlíky a emigranty umožňují při jazykových bariérách iniciovat komunikaci a vztahy na neverbální úrovni.

## 11.5 ZVLÁŠTNOSTI MUZIKOTERAPIE Z HLEDISKA SPECIFICKÝCH POTŘEB

Rozlišení na osoby intaktní (zdravé) a se specifickými potřebami (nemocné, postižené) předpokládá definování **normality** osobnosti. Vymezení rozdílů mezi fenomény patologie (nemoc, postižení) na jedné straně a zdravím na straně druhé, je však relativní (jak jsme již mohli vidět v úvodu této kapitoly). Pokud možnost takového vymezení přijmeme, záleží mimo jiné na tom, podle čeho a vzhledem k čemu normu definujeme. Podle jednotlivých vztahových rámců rozlišujeme více možností definování normy a normality.

**Hodnotová norma** vzniká na základě soustavy uznávaných hodnot. Určuje, jaký má být stav zdraví a nemoci podle konvence, všeobecné dohody. **Statistická norma** definuje normu podle rozložení a četnosti znaků na Gaussově křivce. Základem **kazuistické normy** jsou charakteristické znaky a vlastnosti jedince. **Funkční norma** odpovídá správnému chodu orgánů, systémů a jejich funkcí. **Vývojová norma** charakterizuje normalitu podle hlavních období a mezníků ontogenetického vývoje jedince (Kolučová, 1989).

Podle E. Syřišťové (in Hornáková, 2003) odpovídají z psychologického hlediska normalitě tyto charakteristiky:

- subjektivní uspokojení (prožívání štěstí);
- vědomí identity (jasný sebeobraz);
- schopnost seberealizace (rozvinutí vlastního nadání);
- autonomie, nezávislost, sebeurčení (vytváří se na základě vnitřní jistoty získané v raném dětství);
- integrace osobnosti (jednotná struktura psychických procesů, dynamická rovnováha mezi osobností a prostředím, zážitek smysluplnosti života, zaměření k životním cílům);
- rezistence ke stresu, tolerance k úzkosti;
- adekvátní vnímání reality;
- schopnost přežít;
- sociální adaptace k určitým požadavkům společnosti.

### 11.5.1 VZNIK SPECIFICKÝCH POTŘEB

Na základě definice zdraví, kterou jsme uvedli v úvodu kapitoly, lze rozlišit pět způsobů, kterými může být zdraví ohroženo nebo narušeno:

- nepřítomnost, ztráta, zánik části nebo vlastnosti osobnosti jednotlivce/prostředí, která narušuje celistvost jedince nebo jeho vývoj;
- nedostatečná integrace části nebo vlastnosti jedince nebo jeho prostředí do smysluplných celků (např. fragmentace, odštěpení, disociace);
- nerovnováha mezi čtyřmi základními operacemi (prezervace, adaptace, transcendence, disoluce – viz úvod kapitoly);
- redukce nebo popření potenciálu jedince;
- stagnace v minulosti nebo přítomnosti (např. vývojová fixace nebo zpoždění) rezistence vůči vývoji.

Pro specifické potřeby jedince, jejichž příčiny leží v oblasti patologie, používáme různorodý pojmový aparát:

**Abnormalita:** strukturální nebo funkční nepravidelnost nebo jakákoliv odchylka od běžného stavu.

**Deficit:** stav chybění něčeho nezbytného nebo důležitého pro strukturální celistvost nebo adekvátní funkční výkonnost (např. chybění končetiny).

**Omezení (snížení výkonu):** kvantitativní změny a celkové snížení výkonu vzhledem k normální výkonnosti, která je běžná v závislosti na věku, konstituci a vzhledem k okolnímu prostředí.

**Postižení:** trvalé podstatné působení vady nebo omezení na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Pro současnost je charakteristický posun k důslednému rozlišová-

ní mezi vadou a z ní plynoucími následky postižení, které jsou ve vztahu příčiny a následku. Tělesná vada se za postižení považuje teprve tehdy, když negativně ovlivňuje výkonnost a sociální interakce člověka.

**Nemoc:** porucha rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu.

**Ohrožení:** stav, kdy je jedinec zdravý, ale některé rizikové faktory (např. nevhodné sociální okolí, deprivace) mohou způsobit rozvoj funkčních deficitů a postižení.

**Syndrom:** zdravotní problém definovaný určitou skupinou symptomů a společnou etiologií.

**Trauma:** úraz nebo poškození, které vzniká působením vnějších událostí nebo podmínek (např. porod, zneužití, nehoda apod.).

**Znevýhodnění:** znamená nežádoucí situaci, kterou zakouší člověk s poruchou nebo postižením při přiměřených psychosociálních, tělesných, společenských, profesních aktivitách v souvislosti s bariérami nebo s nemožností zvládat požadavky okolí.

## 11.5.2 INDIKACE MUZIKOTERAPIE

Z hlediska patologie je muzikoterapie indikována u širokého spektra různých potíží, které zahrnují:

- duševní poruchy (psychózy, neurózy, poruchy osobnosti apod.);
- mentální retardaci;
- autismus a jiné pervazivní vývojové poruchy;
- tělesné postižení;
- sensorická postižení (zrakové, sluchové);
- terminální onemocnění (onkologická onemocnění, AIDS);
- poruchy komunikace;
- psychogeriatrické poruchy (demence, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba);
- zneužívání návykových látek a různé druhy závislostí;
- psychosomatické poruchy (mentální anorexie);
- poruchy chování;
- ADHD;
- oběti týrání a sexuálního zneužívání aj. (viz Certifikační výbor pro muzikoterapii, 2005).

Muzikoterapeutické programy se v současné době aplikují také u klientů, kteří nemají žádnou klinickou diagnózu – používá se termín wellness. Cílem muzikoterapie v těchto programech je osobní růst klientů projevující se celkovým zvýšením kvality života, sebepoznáváním, rozvojem osobnosti, podporou zdraví a sebevědomí (Americká muzikoterapeutická asociace, 2005).



Závěrem nelze než zdůraznit, že cílem muzikoterapie není pouze oblast patologie jedince – je to jedinec se svými problémy a možnostmi v procesu růstu a dozrávání. Velký význam je v současnosti přisuzován nejen terapii poruchy samotné, ale především **psychosociální rehabilitaci** jedince do společnosti. Velmi důležitou roli v zaměření na osobnost klienta a její pozitivní aspekty sehrály v muzikoterapii humanistické přístupy – jejich vliv zasáhl také ostatní muzikoterapeutické směry. Humanistické modely muzikoterapie (Bunt, 2002) ukázaly, jak je důležité nevidět člověka s postižením pouze prostřednictvím jeho diagnózy, ale vnímat širší kontext jeho osobnosti, jeho směřování, záliby a zájmy. Postižení z tohoto pohledu představuje pouze jednu z vlastností člověka.

## 12. METODY A TECHNIKY MUZIKOTERAPIE

*Jiří Kantor, Jana Weber*

V muzikoterapii je **metoda** definována jako „zvláštní typ hudební zkušenosti používaný pro diagnostiku, intervenci nebo evaluaci“ (Bruscia, 1998, s. 114). Muzikoterapeuti používají čtyři základní typy hudebních zkušeností – jedná se o metody:

- hudební improvizace;
- hudební interpretace;
- kompozice;
- poslech hudby.

Kromě pojmu metoda se budeme v této kapitole často setkávat s pojmem variace a technika. V následující kapitole přibudou ještě pojmy procedura a model. Nyní se podívejme, co přesně tyto pojmy v muzikoterapii znamenají. Protože je nesčetné množství způsobů, jak lze uvedené muzikoterapeutické metody upravit nebo obměňovat, každá z nich má mnoho **variací**. Za účelem zapojení klienta do určité hudební zkušenosti využívá terapeut tzv. **procedury** – organizované sekvence operací a interakcí. Například jedná-li se o metodu improvizace a variací je improvizáční skupina, terapeut může použít následující procedurální kroky: a) klienti vybírají nástroje, b) skupina volně experimentuje s nástroji, c) terapeut prezentuje strukturu nebo pravidla pro improvizaci, d) skupina improvizuje podle daných pravidel, e) skupina diskutuje o improvizaci, f) stejné kroky se opakují do konce sezení (Bruscia, 1998).

Uvnitř každého procedurálního kroku může terapeut využít mnoho různých technik. **Technika** je jednotlivá operace nebo interakce, kterou terapeut použije k dosažení bezprostřední reakce klienta nebo ke tvarování jeho hudební zkušenosti. Procedura může být považována za sérii technik. Například při diskusi o improvizaci může terapeut použít verbální techniku reflektování (tamtéž).

Když terapeut vyvine systematický přístup zahrnující určitým konkrétním způsobem jednu nebo více ze čtyř hlavních metod a když po tomto způsobu následuje specifická procedurální sekvence a závisí na určitých technikách, mluvíme o **modelu**. Příklady improvizáčních modelů jsou např. „Kreativní muzikoterapie“, „Analytická muzikoterapie“ nebo „Orffova muzikoterapie“. Model je v podstatě specifikací, jak používat metodu (většinou pro určitou klientelu). Metoda nezahrnuje žádnou teoretickou orientaci, kdežto model vždy (tamtéž).

Hudební metody a techniky se často kombinují s postupy jiných terapeutických přístupů, např. s tanečně-pohybovou terapií, arteterapií, dramaterapií, psychodramatem, bodyterapií nebo imaginací.

V kombinaci s metodami jiných terapií může hudba sloužit:

- ke snížení napětí během terapeutické činnosti;
- k navození určité atmosféry, nálady;
- ke zvýšení představitivosti a koncentrace;
- k relaxaci a odvedení pozornosti od rušivých kognitivních procesů;
- k posílení exprese a výrazu klientů;
- k vytvoření struktury v čase (pro pohybové činnosti, průběh a trvání aktivity);
- k využití hudebních elementů, např. při rytmické malbě;
- jako alternativa verbální komunikace.

V této kapitole představíme čtyři muzikoterapeutické metody a doplníme je jejich nejčastějšími variacemi a doprovodnými technikami. Mnohé variace si dokáže čtenář představit na základě informací z dříve uvedených kapitol – např. metoda interpretace může být vokální nebo instrumentální, individuální nebo skupinová. Zvláštní pozornost zde věnujeme hudební improvizaci – základní metodě muzikoterapeutické praxe mnoha terapeutů.

## 12.1 HUDEBNÍ IMPROVIZACE

Hudební improvizace představuje spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů. Předností této metody je, že s její pomocí můžeme obvykle vyvolat hudební reakce i u klientů s velmi těžkým postižením (Nordoff, Robbins, 1997). Důležitým úkolem terapeuta je pomoci vytvořit emocionálně příznivé prostředí, které bude klienta podporovat a motivovat k hudebnímu vyjadřování.

Hudební improvizace může být do různé míry strukturovaná, připravená nebo nepřipravená. Terapeut se může do improvizace klienta zapojit různými způsoby, např. pomáhá klientovi poskytnutím nezbytných instrukcí a ukázek, hraje nebo zpívá doprovod, který podporuje nebo vede klienta, představuje hudební nebo nehudební náměty (Bruscia, 1998).

Jednotlivé muzikoterapeutické modely nabízejí odlišné způsoby diagnostického i terapeutického využití hudební improvizace. Z diagnostického hlediska známe improvizaci jako projektivní metodu. Tato koncepce pochází z psychodynamických přístupů. Hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek (hlas, pohyb) představuje hráčovo *alter ego* (*zástupné self*) a bezprostředně zrcadlí vnitřní svět hráče. Klient může prozkoumávat a vyjadřovat pocity, které je obtížné sdělit verbálně. Terapeut se snaží porozumět improvizaci na základě pocitů, které v něm klientova hra vyvolává. Jedná se o druh hudební empatie vyžadující citové vyladění (*affect attunement*) na improvizaci klienta. Improvizace je často doplněna verbální diskusí s klientem. Důležitým momentem v analýze hudební improvizace jsou podle psychodynamických modelů interpretace. Na nich se může podílet terapeut i klient.

Pro analýzu improvizace se používá bohaté spektrum různých teorií v závislosti na teoretické orientaci muzikoterapeuta. Jako vodítka mohou sloužit nejrůznější faktory, např. výběr nástroje, způsob hry/zpěvu, rozbor dynamiky, tempa, kontrastů, kon-

tinuity, vnitřní organizace improvizované hudby, hledisko dostatku/nedostatku energie, aktivity (následování a vedení), otevřenosti nebo uzavřenosti, spontaneity nebo kontroly a jiných kvalit. Z pohledu klinické praxe má odlišné využití individuální a skupinová hudební improvizace. V **individuální improvizaci** se ukazují problémy jednotlivce, struktury jeho osobnosti, kreativita, sebepojetí a prožívání. **Skupinová improvizace** umožňuje mapovat sociální interakce a sociální dovednosti klientů, jejich vztahy, postavení uvnitř skupiny, preferované coping strategie a schopnosti neverbální komunikace (Moreno, 2005). Nabízí jedinečný a specifický způsob pohledu na skupinové procesy a interakce.

V hudební improvizaci se zračí také stav mnoha tělesných i psychických funkcí, např. pozornosti, motoriky, percepčních funkcí atd. Toho se využívá v medicínsky a speciálně pedagogicky orientovaných modelech. Zajímavostí posledních let je sblížení klinické praxe a počítačových technologií. J. Erkkilä uvádí několik současných výzkumných projektů, např. *Intelligent Music Systems*, zaměřených na vytvoření softwarových programů ke komplexní počítačové analýze hudební improvizace klientů v klinické praxi (Erkkilä a kol., 2004).

Z terapeutického hlediska poskytuje hudební improvizace prostor ke svobodnému prozkoumávání nových způsobů chování, hudebního vyjadřování, sociálních interakcí a k terapeutickému tvarování zkušenosti klienta. Umožňuje vytvořit neverbální komunikační kanál a most k verbální komunikaci, poskytuje prostředek k sebevyjádření, sdílení a rozvoji sociálních dovedností.

Improvizací činnosti nabízejí klientovi příležitost k volbě a k rozvoji kreativity, spontaneity a hravosti. S rozvojem terapeutického vztahu se mohou změnit ustrnulé nebo patologické vzorce reagování. Nové dovednosti může klient snáze integrovat do běžného života. Výzkumy dokazují, že změna chování v rámci hudební improvizací skupiny vede u mnoha klientů k podstatným změnám ve skutečném životě (Nordoff, Robbins, 2003). Hudební skupina se takto stává odrazovým můstkem osobního růstu.

### 12.1.1 KLASIFIKACE IMPROVIZAČNÍCH TECHNIK

V průběhu terapie muzikoterapeuti velmi často využívají konkrétní improvizací techniky. Vzhledem k obrovskému množství muzikoterapeutických modelů a variací těchto metod je velmi obtížné, ne-li nemožné, stanovit jednotnou terminologii. Může se stát, že dvě stejné techniky se v praxi podstatně liší.

Terminologie improvizací technik vychází z porovnávání jejich shod a odlišností ve třech základních oblastech:

- **Zaměření pozornosti** (*Focus*): na co je třeba se při terapii soustředit (klientova hudba, verbalizace atd.).
- **Cíle samotných technik** (*Objectives*): čeho lze technikou docílit (posílení, modifikace nebo úplná změna klientových reakcí atd.).
- **Uskutečnění** (*Implementation*): kdy využít určitou techniku nebo sekvenci technik (během pohybových aktivit, improvizace atd.) (Bruscia, 1987).

Protože se některé improvizální techniky navzájem velmi podobají, je v praxi téměř nemožné izolovat jednu od druhé. Techniky se prolínají, kombinují, vytvářejí logické sekvence.

Na dalších řádcích je možné se seznámit s klasifikací improvizálních technik podle K. Bruscii (Bruscia, 1987). Podle této klasifikace se techniky rozdělují do skupin na základě jejich primárních využití v terapii: techniky empatie (*Techniques of Empathy*), techniky strukturování (*Structuring Techniques*), techniky vyvolávání (*Elicitation Techniques*), techniky přesměrování (*Redirection Techniques*), techniky navázání důvěry (*Techniques of Intimacy*), techniky procedurální (*Procedural Techniques*), techniky vztahování (*Referential Techniques*), techniky práce s emocemi (*Explore Emotions*), techniky diskuse v terapii (*Discuss Therapeutic Issues*). Je třeba připomenout, že každá technika by se dala zařadit do více skupin (Bruscia, 1987).

<b>Techniky empatie</b>	
<b>Imitování</b> ( <i>Imitation</i> )	Terapeut provádí echo nebo reprodukuje klientovu reakci těsně po tom, co byla prezentována (rytmus, melodie, pohyb, výraz tváře atd.). Technika by měla být využívána jen velmi opatrně (je možné imitovat pouze některé reakce). Slouží k zaměření klientovy pozornosti na jeho vlastní chování, k posílení jeho reakcí a komunikace.
<b>Synchronizování</b> ( <i>Synchronizing</i> )	Terapeut provádí stejnou aktivitu jako klient ve stejném čase. Technika se dá využívat na několika úrovních. Během synchronizování může terapeut napodobovat několik aspektů klientovy reakce (stejný nástroj, pohyb a rytmus) nebo jen jeden (pouze rytmus). Synchronizování může také probíhat v odlišných modalitách současně (terapeut hraje na hudební nástroj a synchronizuje klientův zpěv). Technika se využívá ke stabilizaci klientovy reakce, uvědomění si sebe sama, k podpoře terapeutického vztahu mezi terapeutem a klientem.
<b>Zařazování</b> ( <i>Incorporating</i> )	Terapeut rozvine klientův rytmický nebo melodický motiv ve své vlastní improvizaci. Technika se využívá k posílení klientova sebevědomí, sebezpřijetí, podporuje kreativitu a sebevyjádření.
<b>Vyrovňování energie</b> ( <i>Pacing</i> )	Terapeut napodobuje stupeň klientovy energie v aktivitě (rychlost, intenzita). Nesoustředí se však na hudební nebo emocionální obsah klientovy reakce, ale na množství a proud energie. Stejně jako u synchronizování může být technika využívána ve více modalitách současně. Terapeut tak pomáhá klientovi uvědomit si realitu „tady a teď“.
<b>Reflektování</b> ( <i>Reflecting</i> )	Terapeut vyjadřuje stejné nálady a pocity jako klient během své reakce nebo krátce po ní. Opět to může být společná improvizace hudbou (jedna modalita), verbalizace k hudbě klienta (více modalit) apod. Technikou se terapeut snaží soustředit na klientovy emoce v konkrétním momentu. Pomáhá mu tím zvyšovat uvědomění si sebe sama a akceptovat své vlastní pocity. Terapeut projevuje empatii a pochopení emocí klienta.

**Techniky empatie – pokračování**

<b>Přehánění</b> ( <i>Exaggerating</i> )	Terapeut přehání nějakou aktivitu, která je pro klienta v určitém momentě charakteristická. Pokud klient např. improvizuje a terapeut cítí z jeho hudby zlost, přežene tento pocit ve své improvizaci. To pomáhá klientovi uvědomit si své vlastní pocity a jejich vyjádření. Technika musí být využívána velmi opatrně, klient by se mohl cítit zesměšňován.
---	---

**Techniky strukturování**

<b>Rytmické kotvení</b> ( <i>Rhythmic Grounding</i> )	Terapeut udržuje základní tempo a rytmické ostinato jako základ pro klientovu improvizaci. Technika pomáhá klientovi s organizací jeho vlastní improvizace. Podporuje pocity jistoty a vyrovnanosti, kotví klienta v realitě.
<b>Tonální centrování</b> ( <i>Tonal centering</i> )	Terapeut hraje v určité tónině, v harmonické sekvenci. Klient většinou improvizuje na perkusivní nástroje. Technika stimuluje hudební myšlení, rozvíjí koncept konsonance a disonance (v hudbě i v životě), evokuje specifické emoce a nálady. Často se využívá s klienty, se kterými se atonalita v terapii nedoporučuje.
<b>Tvarování</b> ( <i>Shaping</i> )	V hudebním kontextu pomáhá terapeut klientovi definovat délku a formu jeho hudební myšlenky, hudebního projevu. Terapeut během improvizace poskytuje určité záchytné body (nejlépe na začátku, uprostřed a na konci) a prostřednictvím crescenda, diminuenda, acceleranda nebo ritardanda dovede proud energie klientovy improvizace do konce. Technika pomáhá konkretizovat klientovy psychické potřeby, emoce a zasazovat je do určité formy. Terapeut rozvine klientův rytmický nebo melodický motiv ve své vlastní improvizaci. Technika se využívá k posílení klientova sebevědomí, sebepřijetí, podporuje kreativitu a sebevyjádření.

**Techniky vyvolávání**

<b>Opakování</b> ( <i>Repeating</i> )	Terapeut se snaží opakováním svého nebo klientova motivu (rytmu, melodie) vyprovokovat jeho další reakci. Terapeut opakuje stejný hudební motiv a nechá na závěr logickou pauzu pro klienta, který improvizaci doplní. Opakování pomáhá k integraci klienta a ke vzájemné interakci.
<b>Modelování</b> ( <i>Modeling</i> )	Terapeut předstává nebo demonstruje nějakou aktivitu (pohyb, hudební motiv atd.), kterou může klient imitovat. Technika se využívá v případě, kdy terapeut pracuje s klientem na určitém typu chování (posílení, potlačení).



<b>Techniky vyvolávání – pokračování</b>	
<b>Vytváření prostoru</b> ( <i>Making Spaces</i> )	Terapeut vytvoří ve své improvizaci prostor pro vstup klienta (v hudbě např. přestane hrát a čeká na jeho reakci). Podporuje tím klientovu participaci v aktivitě, dává mu pocit důležitosti.
<b>Prohazování</b> ( <i>Interjecting</i> )	Terapeut se aktivity nezúčastňuje, reaguje pouze v případě, kdy klient udělá ve své aktivitě pauzu. Dává tak klientovi prostor k odpovědnosti např. za improvizaci nebo vyprávěný příběh atd.
<b>Prodlužování</b> ( <i>Extending</i> )	Na konci společné aktivity přidá terapeut krátký doplněk. Může to být zdůraznění nějakých podrobností po terapeutickém rozhovoru nebo krátký motiv po hudební improvizaci. Technika pomáhá klientovi vyjádřit své pocity a doplnit je o podstatné detaily, kterých si sám nemusí být vědom.
<b>Dokončování</b> ( <i>Completing</i> )	Terapeut doplňuje nebo odpovídá na hudební otázky vyjádřené klientem (může se jednat o verbální nebo neverbální aktivity). Technika podporuje interakci terapeuta a klienta.

<b>Techniky přesměrování</b>	
<b>Uvedení změny</b> ( <i>Introducing Change</i> )	Terapeut iniciuje nový tematický materiál (rytmus, melodie, slova atd.) a vede improvizaci různými směry. Technika má stejné výhody a nevýhody jako náhlá změna v rozhovoru. Může přinést něco nového, může však také nepřijemně překvapit.
<b>Rozlišování</b> ( <i>Differentiating</i> )	Při společné improvizaci se terapeut snaží hudebně co nejvíce odlišit od klienta (jiný rytmus, tempo). Technika pomáhá klientovi uvědomit si sebe sama jako individuální bytost, odlišnou od terapeuta.
<b>Modulování</b> ( <i>Modulating</i> )	Terapeut během společné improvizace změní takt i tóninu. Cílem techniky je změna nálady a pocitů klienta.
<b>Zesilování</b> ( <i>Intensifying</i> )	Terapeut změní, zintenzivní dynamiku, tempo, rytmus. Zvýší se napětí v improvizaci. Technika přitáhne pozornost klienta a umožní mu uvolnit napětí přijatelnou a bezpečnou cestou.
<b>Zklidňování</b> ( <i>Calming</i> )	Terapeut sníží tempo, dynamiku, rytmus a začne opakovat jednotlivé motivy. Technika pomáhá snížit strach, navodit pocit jistoty a příjemnou atmosféru.
<b>Přerušování</b> ( <i>Intervening</i> )	Terapeut se snaží přerušit, přesměrovat fixace a stereotypy, které se v aktivitách klienta projevují. Náhlá změna tempa, rytmu, dynamiky pomáhají klientovi změnit jeho právě probíhající chování.
<b>Reagování</b> ( <i>Reacting</i> )	Po společné improvizaci se terapeut klienta ptá, co se mu na aktivitě líbilo nebo nelíbilo. To má vliv na vývoj schopnosti sebevyjádření klienta.

**Techniky přesměrování – pokračování**

<b>Užívání analogií</b> ( <i>Analogizing</i> )	Po společné improvizaci terapeut motivuje klienta k nalezení analogie mezi právě proběhlou improvizací a reálnými životními situacemi.
---	--

**Techniky navázání důvěry**

<b>Sdílení nástrojů</b> ( <i>Sharing Instruments</i> )	Terapeut hraje na stejný nástroj jako klient (současně nebo kooperativně). Technika se používá při práci s klienty, kteří mají problémy s osobními hranicemi a sebekontrolou. Může pomoci zlepšit vztah mezi terapeutem a klientem, podpořit interakci, vybudovat vzájemnost.
<b>Darování</b> ( <i>Giving</i> )	Terapeut dá klientovi dárek (improvizace, skladba nebo malý hudební nástroj atd.). Technika by se měla využívat jen velmi opatrně, a to na základě posouzení individuálních potřeb každého klienta.
<b>Propojování</b> ( <i>Bonding</i> )	Terapeut složí určitý motiv nebo píseň, která charakterizuje vztah klienta a terapeuta. Hudbou se snaží vyjádřit jedinečnou povahu jejich vztahu. Technika pomáhá vybudovat upřímný a otevřený vztah mezi klientem a terapeutem.
<b>Mluvení k sobě samému</b> ( <i>Soliloquies</i> )	Terapeut improvizuje skladbu/píseň, kde hovoří sám k sobě o klientovi, a to v jeho přítomnosti. Technika se používá s klienty, kteří nejsou připraveni akceptovat přímé otázky terapeuta. Pomáhá např. otevřít témata klientových pocitů nejistoty.

**Techniky procedurální**

<b>Umožňování</b> ( <i>Enabeling</i> )	Terapeut dává klientovi instrukce, demonstruje aktivitu nebo mu fyzicky asistuje. Tím mu umožňuje participaci v hudebních nebo terapeutických aktivitách, podporuje vývoj jejich terapeutického vztahu.
<b>Přesouvání</b> ( <i>Shifting</i> )	Terapeut přechází od jedné expresivní modalitě ke druhé (hudební, pohybové, dramatické, verbální atd.) nebo od jednoho média ke druhému (hlas, nástroj atd.). Technika usnadňuje klientovi vyjádření nepřímých pocitů, prohlubuje jeho vyjadřované emoce. Zabraňuje také klientovi používat určitou modalitu nebo médium jako překážku.
<b>Pozastavení</b> ( <i>Pausing</i> )	Terapeut přeruší klientovu improvizaci a ten čeká na jeho signál, aby mohl pokračovat. Během této pauzy má klient možnost zamyslet se nejen nad událostmi z minulosti a současnosti, ale zabývat se také budoucností. Technika pomáhá klientovi podpořit vědomí sebe sama, využívá se ke zhodnocení cílů v terapii, zvyšuje zodpovědnost klienta za své jednání a posiluje schopnost řešení problémů.

<b>Techniky procedurální – pokračování</b>	
<b>Ustupování</b> ( <i>Receding</i> )	Po tom, co terapeut hraje v improvizaci hlavní roli, ustoupí, naznačí klientovi jeho úkol a nechá ho improvizaci řídit. Technika dává klientovi pocit odpovědnosti za probíhající aktivitu. Klientova hudební výpověď (podle modality) není ovlivněna terapeutem. Tuto techniku je důležité využívat opatrně, aby se klient necítil v aktivitě náhle opuštěn a nezpanikařil.
<b>Experimentování</b> ( <i>Experimenting</i> )	Terapeut prezentuje novou strukturu, postup, myšlenku nebo nápad a vede klienta ke kreativní improvizaci. Klient má za úkol experimentovat s novými postupy. Technika pomáhá klientovi rozvinout jeho kreativitu, schopnost rozhodování a vzít na sebe zodpovědnost za své rozhodnutí.
<b>Dirigování</b> ( <i>Conducting</i> )	Improvizace je vedena dirigentem (terapeut nebo klient), jeho pohyby, hudbou, slovy atd. Technika pomáhá rozvinout klientovu schopnost vedení, posiluje sebedůvěru a soudržnost skupiny.
<b>Nacvičování</b> ( <i>Rehearsing</i> )	Terapeut nacvičuje s klientem (nebo skupinou) určitý výstup (improvizace, tanec, divadlo atd.). Technika pomáhá koncentrovat pozornost klienta na určitý cíl a posílit jeho sebedůvěru.
<b>Poslech vlastní nahrávky</b> ( <i>Playing Back</i> )	Terapeut nahraje klientovu improvizaci a společně s klientem si ji poslechnou. Technika se využívá k posílení klientovy identity a podporuje sebereflexi. Většinou je velmi pozitivně přijímána.
<b>Referování</b> ( <i>Reporting</i> )	Technika se využívá bezprostředně po improvizaci, během ní nebo po vyslechnutí vlastní nahrávky. Terapeut se ptá klienta, co se v improvizaci odehrálo, ptá se na jeho zkušenosti, pocity a myšlenky, čímž podporuje klientovu sebereflexi a sebevyjádření.
<b>Působení</b> ( <i>Reacting</i> )	Technika se opět využívá bezprostředně po improvizaci, během ní nebo po vyslechnutí vlastní nahrávky. Terapeut se na rozdíl od techniky referování ptá klienta na jeho celkový dojem z vlastní improvizace. To pomáhá získat informace o klientově obrazu o vlastním já.
<b>Vystupování</b> ( <i>Performing</i> )	Terapeut nechá klienta vystupovat (před publikem nebo bez něho). Klient předvádí předem nacvičenou improvizaci, drama, tanec atd. Technika pomáhá klientovi posílit sebedůvěru, dát mu pocit uznání a možnost vlastního monitorování.

<b>Techniky vztahování</b>	
<b>Párování</b> ( <i>Pairing</i> )	Terapeut poskytuje asociaci určitého typu klientova chování s hudebním motivem. Pokud se toto chování u klienta objeví, terapeut zareaguje příslušným motivem (motivů může být i více). Technika ukazuje klientovi, že terapeut je připraven s ním komunikovat a ochoten následovat klienta v improvizaci.
<b>Symbolizování</b> ( <i>Symbolizing</i> )	Terapeut symbolizuje reálné životní situace (osoby, události, pocity atd.) pomocí hudebních motivů (rytmus, melodie atd.). Technika pomáhá klientovi objevovat jeho pocity pomocí hudebního výrazu a dodávat mu sebedůvěru.
<b>Vzpomínání</b> ( <i>Recollecting</i> )	Klient si představí určitou událost, situaci, pocit a pokouší se to reprodukovat hudebně, pomocí zvuků. Technika pomáhá klientovi uvědomit si, že se reálné situace dají vyjádřit abstraktně a připravit ho na možné intenzivnější improvizace v budoucích terapeutických setkáních.
<b>Volné asociace</b> ( <i>Free Associating</i> )	Terapeut improvizuje s cílem vyvolat určité představy, vzpomínky a asociace klienta. Ten je pak během samotné improvizace nebo krátce po ní reprodukuje. Technika se využívá k práci s nevědomým materiálem klienta.
<b>Projekce</b> ( <i>Projecting</i> )	Klient improvizuje – hudbou popisuje nějakou konkrétní událost, situaci, pocit, se kterým je třeba pracovat. Technika se využívá k práci s vědomými a nevědomými obsahy klienta.
<b>Fantazírování</b> ( <i>Fantasizing</i> )	Terapeut nechá klienta, aby improvizoval své fantazie, sny a příběhy. Tato improvizace pomáhá klientovi zpřítomnit imaginární svět a propojit ho se světem reálným.
<b>Vyprávění příběhu</b> ( <i>Story-telling</i> )	Terapeut a/nebo klient improvizuje krátký hudební motiv, klient k tomu vypráví nějaký příběh. Touto technikou se terapeut snaží dovést klienta k projekci jeho potlačených emocí do příběhu a zpracovat jeho iracionální pocity do logických sekvencí.

<b>Techniky práce s emocemi</b>	
<b>Držení</b> ( <i> Holding</i> )	Během klientovy improvizace terapeut vytváří hudební pozadí, které rezonuje, odráží klientovy momentální pocity. Terapeut se zde nezabývá potlačenými emocemi, pouze těmi, které klient manifestuje. Technika je jakousi kombinací technik: vyrovnávání energie, reflektování, rytmické kotvení a tonální centrování. Terapeut zde nabízí klientovi bezpečné místo pro jeho sebevyjádření, empatii, porozumění.

<b>Techniky práce s emocemi – pokračování</b>	
<b>Zdvojnásobení</b> ( <i>Doubling</i> )	Terapeut vyjadřuje pocity, kterých si klient není vědom nebo je není schopen verbalizovat. Na rozdíl od technik reflektování nebo držení se zde terapeut soustředí hlavně na latentní obsahy pocitů. Technika pomáhá klientovi uvědomit si své potlačené emoce, akceptovat je a uvolnit psychické napětí.
<b>Přechod</b> ( <i>Making Transitions</i> )	Terapeut pomáhá klientovi najít různé cesty, jak přecházet z jedné kvality (hudební, pohybové atd.), z jedné emoce, nápadu, myšlenky do druhé. Klient tyto přechody provádí samostatně nebo s pomocí terapeuta. Klient se pomocí této techniky učí strukturovat své pocity do smysluplných zážitkových celků.
<b>Protiklad</b> ( <i>Contrasting</i> )	Terapeut motivuje klienta k vyjádření opačných pocitů, než klient prožívá, a to prostřednictvím hudby, pohybu, dramatizace apod. Kontrasty se vyjadřují většinou ihned, gradují nebo přicházejí náhle (v tom se liší od techniky přechodu). Klient improvizuje sám nebo s terapeutem. Díky technice se klient učí, jak pracovat s emočními změnami, jak je správně načasovat a vyjádřit.
<b>Řazení</b> ( <i>Sequencing</i> )	Terapeut pomáhá klientovi najít logické a smysluplné sekvence v jeho aktivitách (improvizace, dramatizace událostí, verbalizace atd.). Technika se využívá u klientů, kteří mají potíže s chápáním kontinuity a konceptu příčiny a následku. Pomáhá klientovi orientovat se v realitě.
<b>Integrovaní</b> ( <i>Integrating</i> )	Terapeut hledá elementy kontrastu v klientově zážitku (improvizaci, vzájemném vztahu atd.), kombinuje je, vyrovnává a snaží se je sloučit. Tato technika pomáhá najít společného jmenovatele, který spojuje konfliktní elementy v harmonické celky.
<b>Štěpení</b> ( <i>Splitting</i> )	Terapeut a klient zkoumají polaritu nebo štěpení v klientově prožívání sebe sama. Štěpení se mohou projevat jako protikladné myšlenky, pocity, konfliktní hudební či pohybové tendence. Terapeut improvizuje jednu část klientovy osobnosti a klient tu druhou. Obojí se děje současně, stejně jako se děje v klientovi samotném. Technika pomáhá osvětlit aspekty klientova já a uvědomit si jejich souvislosti.
<b>Převádění</b> ( <i>Transferring</i> )	Klient s terapeutem (nebo jiným klientem) prozkoumává pro něho podstatný vztah z reálného života, a to pomocí improvizčních duet. Například během hudební improvizace, která konkrétní vztah znázorňuje, se terapeut zaměřuje na konkrétní interakce nebo jednotlivé aspekty interakcí. Technika pomáhá získat informace o klientovi, jeho interakčních tendencích, roli ve vztazích.

**Techniky práce s emocemi – pokračování**

<b>Hraní rolí</b> ( <i>Role-taking</i> )	Terapeut motivuje klienta ke střídání různých rolí, na rozdíl od techniky převádění se to ale týká improvizace samotné. V hudbě to jsou například role jako dirigent, posluchač, hráč na perkusivní nástroje, v drammatizaci např. konkrétní charakter v příběhu. Technikou se rozvíjejí klientovy sociální dovednosti, flexibilita a dovednosti nepostradatelné k interpretaci konkrétní role.
<b>Kotvení</b> ( <i>Anchoring</i> )	Když klient v terapii zažije konkrétní zkušenost, terapeut se ji snaží ukotvit v klientově paměti pomocí nějaké lehké vyvolatelné senzomotorické zkušenosti, silného pocitu nebo zapamatovatelné události. Potom ji zařadí do jiné modalitě nebo média. S konkrétní zkušeností se tak pracuje např. nejdříve v hudbě, pak v pohybu, drammatizaci, ve verbalizaci apod. Technika zpevňuje to, co se klient v terapii naučil, a zobecňuje to také v oblasti mimo terapii.

**Diskuse v terapii**

<b>Vztahování se</b> ( <i>Connecting</i> )	Terapeut se ptá klienta, jak spolu souvisí konkrétní aspekty právě probíhající diskuse (improvizace, drammatizace atd.) v jednom nebo více terapeutických setkáních. Může jít o souvislosti mezi klientovou hudbou a jeho pocity, souvislosti mezi klientovými pocity a terapeutovou hudbou atd. Technika pomáhá objasnit klientovy emoce a je pro něj konfrontací.
<b>Sondování</b> ( <i>Probing</i> )	Terapeut dává klientovi různé otázky, aby zjistil informace nutné k terapii. Technika by se měla využívat jen zřídka, aby se nestala vyslýcháním, které nemá s terapií nic společného.
<b>Objasňování</b> ( <i>Clarifying</i> )	Terapeut se klienta znovu ptá na informace, které mu již klient dal. Technika je stejně jako technika sondování velmi obtížná. Její risk spočívá v tom, že v případě špatného využití si klient může myslet, že ho terapeut neposlouchá nebo mu nerozumí.
<b>Zpětné informování</b> ( <i>Feedback</i> )	Terapeut verbalizuje, jak se klient nebo skupina projevují (např. jak zní v hudbě). Interpretace projevů však do zpětného informování nepatří. Technika se využívá k posílení vědomí sebe sama, k sebereflexi.
<b>Interpretování</b> ( <i>Interpreting</i> )	Terapeut nabízí možnost interpretace klientových zážitků. Technika dává klientovi možnost nahlédnout do podstaty věcí, nabízí částečnou sebeanalýzu a trénink, jak interpretovat své projevy.
<b>Zpracovávání</b> ( <i>Metaprocessing</i> )	Terapeut se pokouší posunout klientovu rovinu vnímání sebe sama na úroveň vědomí, které mu umožní být schopný pozorovat a reagovat na to, co on sám dělá (např. během improvizace terapeut motivuje klienta k tomu, aby poslouchal sám sebe nebo při klientově popisu nějakého pocitu se terapeut klienta ptá, jaké to je, mít takový pocit atd.).



<b>Diskuse v terapii – pokračování</b>	
<b>Posilování</b> ( <i>Reinforcing</i> )	Terapeut odměňuje klienta (nebo odměnu odmítá dát) v souvislosti se zvýšenou nebo sníženou frekvencí určitého chování.
<b>Konfrontace</b> ( <i>Confronting</i> )	Terapeut odmítá klientovu reakci nebo odpověď. V kontextu verbalizace může jít o informování klienta o rozporu mezi jeho chováním, verbalizací, improvizací atd. Technika pomáhá klientovi vidět podstatu věcí a motivovat ho ke změně.
<b>Odhalování</b> ( <i>Disclosing</i> )	Terapeut se svěří klientovi nebo skupině s něčím osobním, co má souvislost s klientovými problémy. Technika se využívá s ohledem k individualitě každého klienta, jeho potřebám, a to pouze v případě, že to bude mít pozitivní efekt v terapii.
<b>Shrnování</b> ( <i>Summarizing</i> )	Terapeut zhodnotí diskuse, improvizace nebo proběhlá terapeutická setkání a zrekapituluje hlavní události a myšlenky. Technika se využívá, pokud klient velmi dlouho hovoří nebo pokud se blíží konec terapeutického procesu.

## 12.2 HUDEBNÍ INTERPRETACE

Při hudební interpretaci se klient učí/provádí předkomponovanou vokální nebo instrumentální hudbu nebo reprodukuje jakýkoliv druh hudební formy, která slouží jako model. Interpretace zahrnuje také strukturované hudební aktivity a hry, ve kterých klient provádí určité role nebo chování, které bylo předem určené. Nejedná se tedy pouze o reprodukci skladby, neboť hudební interpretace může také představovat velmi kreativní způsob práce. Omezení spontánnosti klienta, které je patrné při srovnání s metodou hudební improvizace, přináší navíc i určité výhody. Tato metoda dovoluje klientům účastnit se hudebních situací, které by nebyli schopni vytvořit bez předem připraveného plánu.

Jako terapeutická metoda umožňuje hudební interpretace:

- rozvíjet senzomotorické dovednosti;
- posilovat adaptivní chování;
- zlepšit pozornost a orientaci v realitě;
- rozvíjet paměť;
- podporovat schopnost indentifikace a empatie s druhými;
- rozvíjet schopnost interpretovat a sdílet myšlenky a pocity;
- osvojit si chování ve specifických rolích, které se vyskytují v různých interpersonálních situacích, zlepšit interakční a skupinové dovednosti (Bruscia, 1998).

Primární kandidáti pro tuto metodu jsou klienti, kteří potřebují strukturu k rozvoji specifických dovedností a chování v určitých rolích. Jsou to např. klienti s autismem, ADHD, příliš úzkostní klienti. Dále je hudební interpretace indikována klientům, kteří

se potřebují naučit porozumět a přizpůsobit se myšlenkám a pocitům jiných, zatímco se učí uchovat si svou identitu. Hudební interpretace pomáhá budovat sebedisciplínu a schopnost sebekontroly (zvláště při skupinové hře klientů). Proto z ní mohou profitovat také klienti, kteří se potřebují naučit pracovat s ostatními lidmi pro dosažení určitých cílů (tamtéž).

Při tomto způsobu práce musí klient dodržovat základní pravidla, která určí terapeut nebo skupina. Hudební interpretaci lze podobně jako hudební improvizaci uměle členit na interpretaci individuální nebo skupinovou, na interpretaci s použitím hry na tělo, zpěvu, hudebních nástrojů nebo dalších výrazových prostředků, na interpretaci před publikem nebo bez něho apod. Příklady jejích četných variací uvádí K. Bruscia (1998):

**Vokální interpretace:** vokální reprodukce strukturovaného hudebního materiálu nebo předkomponované písně.

**Instrumentální interpretace:** reprodukce strukturovaného nebo předkomponovaného hudebního materiálu za použití hudebního nástroje.

**Hudební produkce:** vystoupení před publikem a všechny přípravy s tím spojené.

**Hudební hry a aktivity:** klient se účastní hudebních her (např. pojmenovávání melodie, hudební šarády, hudební židle) nebo jiných aktivit, které jsou strukturovány pomocí hudby.

**Dirigování (vedení):** klient/terapeut vede průběh živého provedení hudby jinými klienty za použití gest podle partitury nebo jiného notačního systému.

První tři zmíněné variace interpretačních aktivit zde blíže představíme – jedná se o instrumentální a vokální interpretaci a hudební produkci.

## 12.2.1 VOKÁLNÍ INTERPRETACE

Při vokální interpretaci se klient účastní např. vokalizace určeným způsobem, zpívání podle gest, zpěvu písní, lekcí zpěvu, vokální imitace, výuky melodií. Podstatou těchto úkonů je vokální reprodukce strukturovaného hudebního materiálu nebo předkomponované písně (Bruscia, 1998).

Právě zpěv písní je nejčastější formou vokální interpretace, která se používá v mnoha oblastech klinické praxe. Lidem s narušeným řečovým projevem pomáhá zlepšit jejich artikulaci, rytmus řeči a dechovou kontrolu. Lidem s mentálním postižením slouží písně k rozšiřování slovní zásoby a zapamatování informací. Toho se využívá při výuce, zvládnutí sekvenčních úloh a učení novým pojmům. Předpokladem je dobré porozumění významu textu písně. Text písně a její hudební organizace vytváří strukturu v čase, prostoru a posloupnosti aktivit během dne, čímž může usnadnit klientům orientaci. Seniorům připomínají písně významné okamžiky života. Každý klient se může identifikovat s nějakou písní a jejím textem. Vhodná píseň dokáže poskytnout potřebné emocionální zázemí a podporu. Může vyjadřovat určité poselství, vyprávět příběh, který má terapeutické využití, nebo může nabízet alternativy pro chování a myšlení klienta.

Skupinový zpěv přivádí zúčastněné ke společnému kontaktu, zároveň poskytuje anonymitu projevu a možnost odreagování. Zapojuje percepční, motorické, emocionální, kognitivní a další funkce. Společný zpěv má navíc v mnoha kulturách také velkou spirituální a sociokulturní hodnotu – stává se prostředkem sdílení tradice, postojů a určitých způsobů myšlení a prožívání.

Klient by měl dostat možnost identifikovat se nejen s obsahem písně, ale také s jejími slovy. Pro děti jsou méně účinné písně, které obsahují příliš abstraktní, nezáživná nebo věkově nepřiměřená slova.

P. Nordoff a C. Robbins (2003) uvádějí několik principů pro výběr písní. Rytmická struktura, přízvuky a melodie slov písní by měly odpovídat přízvukům, rytmu a melodii, které tato slova mají v přirozené řeči. Běžně používáme melodii ke zdůraznění významu a pocitu jednotlivých slov. Slabiky, při kterých v běžné řeči hlas stoupá, by měly být zpívány vyššími tóny než slabiky, při kterých v běžné řeči hlas klesá. V některých písních najdeme zároveň rytmickou i tonální distorzi na určitých slovech, což snižuje hodnotu i použitelnost písně, např. při rozvoji řeči u handicapovaných dětí. V písních je přízvuk nejčastěji zdůrazněn pomocí těžkých dob hudebního metra nebo dlouhých rytmických hodnot (např. přízvuková slabika je zpívána na dvě doby, kdežto nepřívuková slabika pouze na jednu). Pokud melodizujeme báseň, říkanku nebo jiný text, měly by být hudebně zdůrazněny především přízvukové slabiky.

Obsahu řeči často přizpůsobujeme expresivní kvality a melodii slov a frází, např. v otázkách stoupá melodie obvykle na konci věty. Pokud je otázka v písni, měla by také melodie vzrůstat na konci hudební fráze. Tyto základní principy zdůrazňují expresivní jednotu mezi zpěvem a textem. Pochopitelně se v muzikoterapii používají i písně, které dokonale nesplňují tyto požadavky.

P. Nordoff a C. Robbins (2003) doporučují naučit se slova i doprovod písní nazpaměť. Terapeut potom může věnovat většinu své pozornosti klientovi nebo skupině a flexibilně přizpůsobit tempo, dynamiku a frázování zpěvu klienta. Při výběru písní a tóniny pro děti se řídíme hlasovým rozsahem, který udává schéma Gutmana a Paulsena (Mátejová, Mašura, 1992).

## 12.2.2 INSTRUMENTÁLNÍ INTERPRETACE

Interpretační aktivity za použití hudebního nástroje představují hru předkomponovaných instrumentálních skladeb, nácvik v instrumentální skupině, účast na soukromých lekcích hry na nástroj, provádění imitativních úloh na nástroj, hru instrumentální části s nahrávkou apod. Podstatou těchto úkonů je reprodukce strukturovaného nebo předkomponovaného hudebního materiálu za použití hudebního nástroje. Klienti také mohou používat nějaký druh notace.

Aktivity instrumentální interpretace pomáhají budovat sebedisciplínu, schopnost následovat pokyny, podporují imitativní schopnosti, schopnost vcítění do pocitů druhého. Zvládnutí jednoduché skladbičky nebo melodie zprostředkovává klientovi pocit ukončení úlohy a informuje jej jasněji o dosažených výsledcích, než je tomu u improvizčních aktivit. Tématem terapie pomocí instrumentální interpretace může být na druhé straně schopnost přijmout určitá omezení a uvědomění si vlastní identity (srovnávání vlastní hry s předváděným vzorem). Hra na nástroj dále adresuje mnoho cílů

z oblasti motoriky, sluchové a zrakové percepce (hra podle not, imitace hry druhého), sekvenčního vnímání a paměti (zapamatování průběhu skladeb) a sociálních dovedností (zvláště hra ve skupině nebo instrumentálním souboru).

Jak již bylo uvedeno, jednou z forem realizace instrumentální interpretace je tradiční výuka hry na nástroj (může probíhat podle běžně používaných metodik v hudební výchově). Výuka v těchto případech může poskytovat kontext pro vlastní psychoterapii klienta, jak uvádí K. Bruscia (1998), nebo mít terapeutický přesah na nehudební aspekty osobnosti klienta. Příkladem z naší praxe je kazuistika dívky s kvadruparetickou formou DMO (s akcentovanou hemiparézou), která dochází na soukromou výuku hry na klavír. Jedním z terapeutických cílů je v tomto případě rozvoj motoriky horních končetin, zvláště jejich koordinace a rozvoj pohyblivosti prstů. Díky systematickému stupňování požadavků došlo v průběhu jednoho roku ke koordinovanému zapojení obou horních končetin a všech deseti prstů (dívka zpočátku hrála pouze střídáním dvou prstů na jedné ruce, ostatní prsty a druhou končetinu nechtěla vůbec používat nebo ji používala s velkými obtížemi).

Nácvik instrumentálních interpretačních aktivit probíhá většinou formou imitace nebo výukou podle nějakého druhu notace. Výuka prostřednictvím imitace spočívá v přímém napodobování daného stylu hry, který předvádí terapeut, nebo v postupném osvojování instrumentální skladbičky po krátkých úsecích. Ze systémů notačních záznamů není u mnoha klientů vhodná tradiční notace pro svou přílišnou komplikovanost a náročnost. Pokusy o zpřístupnění notových záznamů hudebně neškoleným klientům vyústily ve vytváření jednoduchých notačních systémů. Například ve Finsku je používán systém *Figure Notes*, jehož tvůrcem je Kaarlo Uusitalo (malá ukázka je volně přístupná na internetu, viz Erkillä, 2002). Systém se skládá z jednoduchých figur a barev. Původně byl určen pro keyboardy, ale dnes se využívá u mnoha jiných nástrojů (bubny, kytara, basa aj.). Systém je vhodný i pro klienty s těžkým tělesným postižením nebo mentální retardací, afatiky, seniory a děti do tří let.

Jednoduchý notační systém si však můžeme lehce vytvořit sami, popř. se na jeho vytvoření může podílet klient sám. Notační systém vychází vždy z individuálních schopností klienta. K označení jednotlivých tónů (např. na klavíru) lze použít barvy, barvy ve spojení s tvary (kruh, trojúhelník, čtverec) a jiné symboly.

V případě klavíru můžeme také nalepit na jednotlivé klávesy reálné názvy not a v notaci používat tyto názvy místo notových značek. Podobné zásady lze pochopitelně použít také u vokální interpretace (s možností doplnění o další postupy, např. ukazování výškových rozdílů mezi intervaly po sobě jdoucích not). U malých dětí a klientů s těžkým mentálním postižením se pro nácvik hry na nástroj a zpěv nabízí také využití obrázků, které vyjadřují děj písně, zobrazují předměty, o kterých se v písni zpívá, nebo mají emocionální obsah, který lze hudebně ztvárnit.

### 12.2.3 HUDEBNÍ PRODUKCE

Při hudební produkci se klient účastní plánování a provedení vystoupení, které může mít také podobu hudební hry nebo hudebního dramatu, recitálu nebo jiného druhu

hudební produkce před publikem. Při plánování a nácviku můžeme využít instrumentální, vokální a pohybové aktivity podle preferencí a schopností klientů. Publikum nemusí představovat pouze široká veřejnost, mohou jej tvořit také pacienti v nemocnici, personál v léčebném zařízení nebo členové terapeutické skupiny atd.

Příklad využití hudební produkce v terapeutické skupině uvádí I. Dijkstra a L. Hakvoort (2004). Jedná se o kazuistiku dívky se sklony k vyhublému chování a nízkým prahem pro sociální frustraci. Během terapie probíhal nácvik zpěvu oblíbené písně dívky ve skupině klientů, přičemž se postupně zvyšovala sociální náročnost této situace. Dívka nejprve zpívala ve velké skupině, poté v menší skupině, pouze v doprovodu několika klientů, až byla v závěru schopna zazpívat píseň sama před celou skupinou.

Hudební vystoupení pomáhají klientům budovat sebedůvěru, sebevědomí a sebe-disciplínu. Také se učí budovat zodpovědnost za sebe i výsledné provedení celé produkce. Plánování hudební produkce samotnými klienty podporuje jejich aktivitu a nabízí jim možnost realizovat vlastní představy a nápady.

Nácvik hudební produkce nabízí příležitost k osvojení různých motorických, percepčních, sociálních, komunikačních nebo hudebních dovedností. Při skupinové činnosti je důležitým požadavkem vnímání a uvědomování si druhých. Konkrétní způsoby zapojení do hudební produkce by měly být individuálně naplánované, aby podporovaly rozvoj oblastí, ve kterých klient potřebuje podporu.

Hudební vystoupení pro veřejnost jsou také vhodnými příležitostmi pro psychosociální rehabilitaci handicapovaných dětí a mládeže, psychiatrických klientů, seniorů nebo pacientů v nemocnicích. Díky veřejnému vystoupení se může rozšířit možnost jejich interakce s intaktními vrstevníky. Prostřednictvím veřejných uměleckých aktivit mohou dostat tito klienti příležitost k sociálnímu ocenění ze strany intaktní populace.

Na závěr pojednání o hudební produkci uvedeme ještě několik praktických rad pro vystoupení na veřejnosti:

- předem nacvičit organizaci vystoupení, minimálně příchod a odchod z pódia a závěrečné poděkování (uklonění) publiku;
- každý člen skupiny by měl vědět, kdy má co dělat. Potíže se zapamatováním lze (alespoň v některých případech) vyřešit lístečky s pořadím písní, průběhem produkce apod.;
- nezapomenout na moderování vystoupení, popř. krátké představení hudební skupiny na začátku;
- domluvit si základní signály pro dorozumívání během produkce, např. pro začátky a konce písní, společné nástupy. Signály mohou být hudební (např. odpočítání nástupu paličkami), verbální nebo gesty (ukazování, oční kontakt, mimika pro výraz hry atd.).

### 12.3 KOMPOZICE HUDBY

Kompozice hudby zahrnuje kreativní vytváření písní, textů, instrumentálních skladeb nebo jakéhokoliv druhu hudebního produktu (např. hudební video nebo audionahrávka). Důležité je, že se na kreativním procesu podílí klient (v tomto kon-

textu nemluvíme o metodě kompozice tehdy, pokud komponuje terapeut pro klienta, který se do procesu komponování nezapojuje). Terapeut většinou přebírá odpovědnost spíše za technické aspekty procesu a nechává klienta pracovat podle jeho hudebních schopností, např. klient vytváří melodii písně a terapeut harmonii (Bruscia, 1998).

Metoda kompozice může adresovat terapeutické cíle z rozmanitých oblastí. Mezi obecné cíle patří rozvoj dovedností pro kreativní řešení problémů, rozvoj schopnosti organizace a plánování, rozvoj schopnosti zaznamenat vnitřní prožitky, stejně jako schopnosti integrovat a syntetizovat části do celků. Učí sebeodpovědnosti a dokáže podpořit prozkoumávání terapeutických témat prostřednictvím textu. Kompozice hudby ve skupině podporuje kooperativní učení a sdílení pocitů, myšlenek a zkušeností. Metoda kompozice může mít také specifické cíle. Pro hospitalizované děti je prostředkem k vyjádření obav a úzkostí a porozumění jim. Lidem umírajícím slouží k prozkoumání pocitů týkajících se smyslu života a smrti a vytváření odkazů pro pozůstalé. Léčebná píseň, napsaná s klientem pro konkrétní záměry, může podporovat významné okamžiky v terapeutickém procesu, usnadňuje sebeuvědomění a katarzi (Kanadská muzikoterapeutická asociace, 2003).

Metoda kompozice má několik základních variací:

**Variace na písně:** klient mění slova, fráze nebo celý text existující písně, zatímco se zachovává melodie a standardní doprovod.

**Skládání písní:** klient komponuje vlastní píseň nebo nějakou její část (text, melodie, doprovod) s různými stupni technické podpory terapeuta.

**Instrumentální kompozice:** klient komponuje původní instrumentální kus nebo jeho část (melodie, doprovod, rytmus) s různými stupni technické podpory terapeuta. Proces může (podobně jako u skládání písní) zahrnovat nějaký druh notace nebo zaznamenání výsledného produktu (nejčastěji audiozáznam).

**Notační aktivity:** klient vytváří notační systém a poté komponuje píseň s použitím tohoto systému nebo notuje hudbu, kterou již dříve zkomponoval.

**Hudební koláž:** klient vybírá a řadí za sebou zvuky, písně, hudbu nebo fragmenty hudby za účelem vytvoření nahrávky, která prozkoumává témata autobiografické nebo terapeutické povahy.

Skládání písní je pro mnoho muzikoterapeutů velmi oblíbená aktivita pro práci se skupinou i jednotlivci. Existuje několik způsobů, jak můžeme postupovat. Nejjednodušší z nich používá předem připravenou strukturu textu nějaké písně s vynechanými slovy, které má klient doplnit (technika *fill in blank*). Terapeut si počíná obvykle takovým způsobem, že nejprve představí píseň, se kterou bude skupina pracovat. Následuje krátká diskuse. Poté začíná práce s textem – klienti doplňují vynechaná slova podle svých vlastních nápadů. Nové písně jsou zahrány ve skupině, opět následuje diskuse a zpracovávání jednotlivých témat. Také je možné přepisovat a upravovat již existující písně (variace na písně). V tomto případě se úprava písně vždy úzce dotýká osobních témat klientů. Místo hotové písně si lze vzít za předlohu text bez hudební složky, na jejímž vytvoření se může klient podílet.



Jiným přístupem je spontánní skládání písní, které do textu písně přináší témata důležitá pro klienta. Účelem je porozumění tomu, čím klienti ve skutečnosti jsou, co potřebují a co mají v životě rádi.

Muzikoterapeutka Susan Summers (2003, s. 4) popisuje tento způsob práce v paliativní péči. „Vzpomínám si na pacientku, která milovala kočky a musela být od nich odloučena kvůli pobytu v našem hospicu. Protože mám kočky také ráda, dobře jsem rozuměla tomu, jak postrádá tyto důležité přátele. Mluvily jsme o tom, co kočky znamenají v jejím životě. Poté jsem pro ni vytvořila píseň, do které jsem zahrнула vše, co mi pacientka o kočkách vyprávěla... Příště chtěla opět slyšet svou kočičí píseň, která jí přinesla tolik útěchy a pocitu blízkosti.“

Jako další příklad kompoziční aktivity si uvedeme jeden z mnoha možných postupů vytvoření kontaktní písně (*Hello Song*) pro psychiatrické pacienty. Jeho autorkou je R. Z. Burr (2003):

**Pomůcky:** dva velké listy papíru, rytmické nástroje, kytara, CD přehrávač, nahrávka s hudbou

**Cíl:** posílit interakce ve skupině, zlepšit orientaci ve skutečnosti

**Popis:**

1. Pustíme vybranou CD nahrávku a rozdáme členům skupiny rytmické nástroje, aby se mohli vlastním doprovodem připojit k nahrávce.
2. Společně zazpíváme/doprovodíme píseň, jejíž text budeme přepisovat.
3. Zeptáme se skupiny na následující otázky, které zapíšeme na velký kus papíru tak, aby je každý mohl vidět: Co děláme v muzikoterapii? V čem nám hudba může pomoci? S jakými problémy se členové skupiny nejčastěji potýkají?
4. Přepíšeme text písně, přičemž použijeme informace získané během diskuse. Nový text písně by měl charakterizovat naši muzikoterapeutickou skupinu.
5. Klienti mohou zkusit píseň doprovodit na hudební nástroje.
6. Píseň můžeme doplnit o pohybová gesta, doprovodné pohyby, díky kterým se píseň stane interaktivnější (např. v určitém okamžiku si potřeseme rukou, podíváme se jeden na druhého).
7. Uzavřeme práci s klienty diskusí o muzikoterapii a možných muzikoterapeutických cílech. Členy skupiny můžeme povzbudit, aby navštěvovali muzikoterapeutická setkání pravidelně.



*Obr. 12 Improvizační techniky jako prostředek pro hudební komunikaci*

## 12.4 POSLECH HUDBY

Při terapeutickém poslechu klient hudbě naslouchá, přičemž reaguje na hudbu verbálně nebo neverbálně. Hudba může být živě hraná nebo reprodukováná, instrumentální nebo vokální. Také se může jednat o hudební vystoupení, kompozici klienta, terapeuta nebo nahrávky různých stylů. Poslech je zaměřen na tělesné, emocionální, intelektuální, estetické nebo spirituální aspekty hudby.

Mezi klinické cíle patří rozvoj schopnosti naslouchání, evokace specifických tělesných reakcí, stimulace/relaxace, rozvoj sluchových nebo motorických dovedností, evokování afektivních stavů a zkušeností, prozkoumávání myšlenek a nápadů jiných, podpora reminiscence, paměti nebo regrese, evokace imaginací a fantazií, spojení posluchače s komunitou nebo sociokulturní skupinou a stimulování spirituálních zkušeností (Bruscia, 1998).

Poslech hudby usnadňuje navázání kontaktu (poslech oblíbené hudby klienta), komunikaci a interakci mezi terapeutem a klientem. Pomáhá klientovi začít mluvit o svých potížích a usnadňuje jeho sebereflexi. Pokud se během setkání s klientem chceme věnovat nějakému konkrétnímu problému, poslech vhodně vybrané písně a reflexe textu může citlivě podpořit komunikaci. V textech písní lze najít mnoho různorodých pohledů a způsobů vyrovnávání s obtížnými situacemi.

Hudba evokuje vzpomínky, asociace klienta a zpřístupňuje nevědomý materiál. Toho se cíleně využívá v některých muzikoterapeutických přístupech a modelech („Řízená imaginace a hudba“, abreaktivní muzikoterapie), může k tomu však dojít i neplánovaně. Muzikoterapeut by měl proto s tímto rizikem počítat – při poslechu se doporučuje sledovat reakce klienta a po poslechu dát prostor pro reflexe klientů.

Při indikaci poslechu hudby mohou být podstatné tyto body:

- hudební preference a hudební minulost klienta;
- délka koncentrace pozornosti klienta;
- terapeutický záměr, kterému by měl odpovídat výběr konkrétní hudby;
- požadavky na receptivní schopnosti a pozornost pro danou aktivitu.

K. Bruscia (1998) uvádí následující variace poslechu hudby:

**Somatický poslech** (*Somatic Listening*): použití vibrací, zvuků a hudby v různých elementárních a kombinovaných formách, které mají přímo ovlivnit klientovu tělesnou schránku a vztahy s jinými dimenzemi jeho organismu. Subtypy zahrnují:

- **prostoupení** (*Entrainment*) – vyvolává synchronii mezi vibracemi, zvuky nebo hudbou v autonomních nebo záměrných odpovědích těla klienta;
- **rezonance** neboli **tónování** (*Resonance, Toning*) – použití vibrací, zvuků a hudby k rozvibrování částí klientova těla na určitých frekvencích nebo frekvenčních vzorcích a k vytvoření shodných vibrací mezi tělem a stimuly, které mohou být nahrané nebo vytvářené instrumentálně a vokálně;
- **vibroakustická hudba** (*Vibroacoustic Music*) – poskytnutí vibračních frekvencí klientovi, který zatím poslouchá hudbu, nebo aplikace vibračních vzorců hudby přímo do klientova těla, např. hudební akupunktura;
- **hudební biofeedback** (*Music Biofeedback*) – hudba poskytuje neustálou sluchovou zpětnou vazbu týkající se autonomních tělesných funkcí, také hudební facilitace relaxačního procesu při použití biofeedbacku.

**Hudební anestezie** (*Music Anesthesia*): poslech hudby k podpoře účinků anestetických a analgetických látek, k dosažení necitlivosti vůči bolesti bez farmakologické anestezie, k redukcii a kontrole bolesti a úzkosti přidružené k bolesti.

**Hudební relaxace** (*Music Relaxation*): poslech hudby ke snížení stresu a napětí, ke snížení úzkosti, navození tělesné relaxace a usnadnění vstupu do změněných stavů vědomí.

**Meditativní poslech** (*Meditative Listening*): hudba pomáhá rozjímání nad určitými tématy. Hudba může být v pozadí i v popředí výsledné zkušenosti.

**Podprahový poslech** (*Subliminal Listening*): zvuky nebo hudba maskují doručení verbálních zpráv nebo sugescí do nevědomí klienta.

**Stimulační poslech** (*Stimulative Listening*): poslech hudby stimuluje smysly, podporuje bdělost, pomáhá se orientovat v realitě a navázat kontakt s prostředím, zvýšit energetickou hladinu, nabudit senzomotorickou aktivitu, zvýšit senzoryckou percepci a pozvednout náladu.

**Eurytmický poslech** (*Eurythmic Listening*): poslech hudby pomáhá rytmicky organizovat a monitorovat klientovo motorické chování včetně řeči, dechu, sekvencí jemné i hrubé motoriky, tělesných zkušeností a formalizovaných tanečních kroků. V této variaci je klientovo motorické chování mnohem více předem určené a strukturované než v projektivním pohybu k hudbě.

**Percepční poslech** (*Perceptual Listening*): hudebně-poslechová cvičení mají zlepšit sluchovou pozornost, percepci, diskriminaci, uchování vjemu a vztahy mezi sluchovými a jinými sensorickými modalitami.

**Poslech spojený s reakcí** (*Action Listening*): použití textu písní nebo hudebních po-bídek k vyprovokování určitých behaviorálních reakcí (např. pohyby, denní režimové aktivity, verbální reakce).

**Podmíněný poslech** (*Contingent Listening*): použití poslechu hudby jako podmíněného zpevňování pro dosažení změny v chování.

**Zprostředkující poslech** (*Mediational Listening*): použití hudby jako mediační strategie v učení a vybavování informací. Hudba je párována s různými typy informací nebo určitými zkušenostmi a jejím účelem je učinit situaci konkrétnější, snadněji zapamatovatelnou a znovu vybavitelnou.

**Ocenění hudby** (*Music Appreciation Activities*): terapeut prezentuje hudebně-poslechové zkušenosti, které pomohou klientovi porozumět a ocenit strukturu, styl, historický význam a estetickou hodnotu hudby.

**Písňová/hudební reminiscence** (*Song/Music Reminiscence*): poslech hudby má pomoci evokovat vzpomínky na minulé události a zkušenosti z klientova života. Hudba může být vokální i instrumentální, živá i reprodukováná, vybraná terapeutem nebo klientem.

**Písňová/hudební regrese** (*Song/Music Regression*): terapeut vybírá hudbu, která pomůže klientovi znovu prožít minulost, nikoliv však jako reminiscenci, ale jako znovu oživlou událost. Často zde klient naslouchá hudbě v relaxovaném stavu.

**Vzpomínka navozená písní/hudbou** (*Induced Song/Music Recall*): když je odpověď navozena vědomě, terapeut se ptá klienta, která píseň nebo hudba mu právě vystává ve vědomí s odkazem na určitý námět, problém nebo událost odehrávající se v probíhajícím terapeutickém procesu. Když je odpověď navozena nevědomě, píseň nebo hudba přichází nečekaně a spontánně do klientova vědomí jako odpověď na určitý námět, problém nebo událost.

**Písňová/hudební komunikace** (*Song/Music Communication*): terapeut žádá klienta, aby vybral nebo si přinesl nahranou píseň (nebo jakoukoliv hudbu), která vyjadřuje něco o klientovi a může být důležitá pro terapii. Další možnost: terapeut vybírá nahrávku, která sděluje něco významného klientovi, oba poslouchají nahrávku a prozkoumávají, co hudba vyjadřuje o klientovi, jeho životě a terapeutických námětech.

**Diskuse nad písní/jejím textem** (*Song/Lyric Discussion*): terapeut přináší píseň, která slouží jako můstek pro diskusi nad otázkami a tématy, které jsou terapeuticky významné pro klienta. Po poslechu písně terapeut klienta požádá o analýzu textu

a k prověření (v dialogu s terapeutem nebo jinými klienty) významu textu vzhledem k němu samotnému a jeho životu.

**Projektivní poslech** (*Projective Listening*): terapeut prezentuje zvuky/hudbu a žádá klienta, aby identifikoval, popsal, interpretoval nebo sdělil své volné asociace (verbálně nebo neverbálními prostředky). Specifické poslechové projektivní techniky zahrnují:

- **projektivní zvuková identifikace** (*Projective Sound Identification*) – klient poslouchá nejednoznačné zvuky a má identifikovat, co znamenají;
- **projektivní vyprávění příběhů** (*Projective Storytelling*) – klient poslouchá zvuk nebo hudbu, podle které ústně nebo písemně vytváří příběh;
- **volné asociace** (*Free Association*) – klient poslouchá zvuky nebo hudbu a vypráví nebo píše vše, co ho napadá, aniž by věnoval pozornost významu vytvářeného textu;
- **hudební dramatizace** (*Music Dramatization*) – klient dramatickými prostředky předvádí, co slyší v hudbě;
- **projektivní výběr písní** (*Song Choices*) – klient vybírá a poslouchá oblíbenou píseň, popř. píseň, se kterou se identifikuje nebo cítí těsné spojení;
- **projektivní pohyby na hudbu** (*Projective Movement to Music*) – klient provádí projektivní pohybové akce během hudby;
- **projektivní kreslení při hudbě** (*Projective Drawing to Music*) – klient kreslí během poslechu hudby.

**Imaginační poslech** (*Imaginal Listening*): poslech hudby, který odvádí klienta z běžného stavu vědomí, má podporovat nebo evokovat imaginační proces a vnitřní prožitky. Specifické typy zahrnují:

- **Řízená hudební imaginace** (*Directed Music Imaging*) – klient si při poslechu hudby představuje imaginace, které prezentuje terapeut. Obvykle se nachází ve změněném stavu vědomí. Imaginaci může vybrat terapeut nebo klient.
- **Neřízená hudební imaginace** (*Unguided Music Imaging*) – klient imaginuje volně při poslechu hudby. Obvykle je ve změněném stavu vědomí, terapeut jej neřídí. Hudba je většinou krátká.
- **Provázená hudební imaginace** (*Guided Music Imaging*) – klient poslouchá hudbu, volně imaginuje, nachází se ve změněném stavu vědomí a vede přítomný dialog s terapeutem.
- **Řízená interaktivní hudební imaginace** (*Guided Interactive Music Imaging*) – klienti společně vytvářejí imaginace na hudbu pod vedením terapeuta.

**Poslech vlastní hudby** (*Self-Listening*): klient poslouchá nahrávku vlastní improvizace, vystoupení nebo kompozice, reflektuje sebe a svou zkušenost.

V kapitole jsme se seznámili se základními muzikoterapeutickými metodami a technikami. Čtyři muzikoterapeutické metody – hudební improvizace, hudební interpretace, kompozice a poslech hudby – a jejich nesčetné množství variací představují důležité zdroje pro práci každého muzikoterapeuta.

### 13. MUZIKOTERAPEUTICKÉ MODELÝ

*Jiří Kantor, Matěj Lipský, Jana Weber, Katarína Grochalová*

Muzikoterapeutický model je definován jako „ucelený přístup k diagnostice, terapii a evaluaci, který zahrnuje teoretické principy, klinické indikace a kontraindikace, cíle, metodologická vodítka, upřesnění a charakteristické použití určitých procedurálních sekvencí a technik“ (Bruscia, 1998, s. 115). Vzhledem k terminologické nejednotnosti se o muzikoterapeutických modelech mluví často jako o metodách muzikoterapie – některé mají tento termín dokonce v názvu, např. „FMT-metoda“. Termín metoda je však v muzikoterapii definován jinak (viz předchozí kapitola).

První část kapitoly přiblíží jeden z možných pohledů na dělení muzikoterapeutických modelů, a to na modely kreativní a nekreativní. V druhé části kapitoly nabídneme charakteristiku některých známých muzikoterapeutických modelů.



**Obr. 13** Katarína Grochalová při muzikoterapii podle „FMT-metody“



## 13.1 KREATIVNÍ A NEKREATIVNÍ MUZIKOTERAPEUTICKÉ MODELÝ

Jednotlivé muzikoterapeutické modely mohou být členěny podle množství různých faktorů. Patrně nejčastěji uváděným členěním je rozdělení na kreativní a nekreativní modely, které vycházejí z hlediska aktivity klienta během hudební zkušenosti. U nás je toto členění známé také pod názvy aktivní a receptivní muzikoterapie (podle tradice Lipské školy).

### 13.1.1 MUZIKOTERAPIE KREATIVNÍ

Kreativní muzikoterapie preferuje techniku improvizace na rozličné hudební nástroje a často využívá i spontánních vokálních projevů. Velké množství muzikoterapeutických škol se orientuje především na hudební improvizace. Jde o primární využití tvořivého potenciálu klientů, který rozvíjí jejich fantazii, spontaneitu, komunikaci i celou škálu prožitků a emocí. Na základě hudebních improvizací často dochází k jejich oceňování, zhodnocení a samotné léčbě nebo rehabilitaci.

K nejznámějším modelům kreativní muzikoterapeutické intervence patří např. „Volná improvizace“, „Kreativní muzikoterapie“, „Experimentálně-improvizační terapie“, „Analytická muzikoterapie“ a mnohé další.

Kreativní muzikoterapeutické modely užívají nejrůznější improvizací techniky pro cílenou terapeutickou práci. To, v čem se jednotlivé modely mezi sebou liší, je dáno teoretickou orientací a klinickou nebo rehabilitačně podpůrnou praxí. Vše se odráží v odlišném přístupu ke klientům. Kreativní metody užívají hudební stimulaci, verbální i neverbální řízení a reflexi. Zabývají se klienty v určité improvizací situaci a používají nejrůznější expresivní techniky (hru na tělo, hru na hudební nástroje, zpěv, vokalizaci, pohyb, tanec, psychodrama, pantomimu aj.).

Expresivní techniky podporují u klientů neverbální komunikaci a na úrovni emočního prožívání aktivují schopnost sebevyjádření. Muzikoterapeuti pomáhají klientům identifikovat, že se nacházejí v určité skutečnosti, která se stává novou zkušeností. Ta může být důležitá pro jejich léčbu i další život.

### 13.1.2 MUZIKOTERAPIE NEKREATIVNÍ

Muzikoterapeutické modely, které jsou svou povahou spíše orientované receptivně (poslechově) nebo ambientně (mimovolně) se někdy uvádějí jako **muzikoterapie nekreativní**. Do této kategorie patří především modely založené na výzkumech o působení zvuku a hudby na lidský organismus. Není jistě bez zajímavosti, že většina těchto modelů se snaží vyhnout pojmem jako hudební terapie, léčba hudbou či muzikoterapie. Přesto na ně někteří autoři nahlížejí jako na muzikoterapeutické procedury, které mají v běžné praxi své opodstatnění a vykazují pozitivní výsledky v oblasti medicíny i speciální pedagogiky.

K neznámějším modelům patří například:

- **„Vibroakustická terapie“** (*Vibroacoustic Therapy*): vychází z výsledků neurofyzilogických výzkumů o léčebném účinku pulzujících tónů nízké frekvence v rozmezí 30–120 Hz, které jsou sinusoidální (neobsahují vyšší harmonické tóny). Tyto tóny jsou integrovány do hudby (tzv. fraktální hudba) a používány v kombinaci se speciálními zařízeními k terapeutickým účelům.
- **„Hudební integrativní neuroterapie“** (*Music Integrative Neurotherapy*): zahrnuje poslech hudby kombinovaný s vizuálními stimuly na bázi počítačových programů.
- **„Tomatisův poslechový program“** (*Tomatis` Listening Program*): pracuje s počítačově upravenou hudbou W. A. Mozarta, gregoriánského chorálu a mateřského hlasu. Program je vystavěn na bázi audio-psycho-fonologie a podpořen mnohletými zkušenostmi a validními výzkumy.

Výčet nekreativních modelů není samozřejmě úplný. Výše napsané má pouze objasnit, kdy opravdu není na místě tvrzení o aktivní kreativní činnosti klientů. K nekreativním muzikoterapeutickým modelům jsou někdy řazeny i behaviorálně orientované muzikoterapeutické, přístupy zaměřené na ovlivňování chování klientů prostřednictvím odebrání a opakovaného pouštění jednotlivých zvuků nebo hudby jako celku.

## 13.2 CHARAKTERISTIKA MUZIKOTERAPEUTICKÝCH MODELŮ

Kapitolu věnovanou charakteristice jednotlivých muzikoterapeutických modelů jsme doplnili také o modely, které nepatří do pole muzikoterapie. Jedná se o modely, které s muzikoterapií úzce souvisejí, nebo se dokonce v rámci muzikoterapeutické práce používají. Je to např. „Akcelerované učení“, „Metoda dobrého startu“ a další. Podotýkáme, že striktní rozlišení, které modely lze označit za muzikoterapeutické, a které ne, je velmi problematické a bylo by to možné pouze v kontextu některých muzikoterapeutických škol, nikoliv obecně. Proto tuto otázku necháváme otevřenou. Nadpisy jednotlivých modelů jsme doplnili o jména jejich zakladatelů (alespoň tam, kde to bylo možné). Chtěli jsme tímto způsobem usnadnit orientaci, protože pro některé muzikoterapeutické modely není oficiálně zavedeno jednotné označení.

### 13.2.1 AKCELEROVANÉ UČENÍ

Program „Akcelerované učení“ (*Accelerated Learning*) je komplexní model využívající mnohostranné možnosti hudby v edukačním procesu. „Akcelerované učení“ není muzikoterapeutický model, ale vychází z podobných principů a používá podobné techniky jako muzikoterapie.

Teorie „Akcelerovaného učení“ byla vyvinuta v USA. Jejím základem je koncepce bulharské **suggestopedie**. Podle Ch. Brewera (1995) se jedná o první ucelenou a systematickou koncepci

20. století, která využila hudbu jako podpůrný prostředek při edukaci. Za zakladatele suggestopedie je považován **Georgi Lozanov**. Tvůrci teorie „Akcelerovaného učení“ obohatili Lozanovovu průkopnickou práci o výzkumy působení filmové hudby, Gardnerovy teorie multidimenzionální inteligence, výzkumů Mozartovy hudby aj. (Cash, 2003). Mezi známé představitele a propagátory modelu patří např. **Chris Brewer**.

Tradiční program „Akcelerovaného učení“ se skládá z několika okruhů:

- zprostředkování informací;
- postoje a atmosféra ve třídě;
- osobní reflexe a sebevyjádření žáků (Brewer, 1995).

### ***Zprostředkování informací***

V prvním okruhu slouží hudba k aktivizaci žáků, prohloubení koncentrace v důležitých okamžicích vyučovací hodiny a k zapamatování informací. Někteří učitelé jsou schopni se senzitivně vyladit (ať již vědomě nebo nevědomě) s osobními rytmy žáků (Brewer, 1992). K udržení jejich pozornosti používají tempa svého hlasu, aktuální náladu a načasování. Sledují odezvy a reakce studentů během vyučování a podle nich přizpůsobují svůj výklad. Přirozeně uplatňují *izo princip* a *level princip* a *diverzi*. Mezi zvláštní techniky patří vizuální přehledy a výukové imaginativní výlety s hudbou v pozadí (Brewer, 1995).

### ***Postoje a atmosféra ve třídě***

V druhém okruhu je práce učitele zaměřena na uvítání žáků, vytvoření podnětné atmosféry během výukového procesu a budování komunity. Nejjednodušším způsobem, jak přivítat žáky a navodit atmosféru, je nechat hrát příjemnou hudbu v pozadí, zatímco žáci přicházejí, odcházejí nebo mají přestávku. Hudba má místo během vyučování, neboť dodává učení nezbytný prvek zábavy. Společná hudební improvizace nebo zpěv písní pomáhá sblížovat členy skupiny, navazovat pozitivní interakce a budovat komunitu (rituální nápěvy, písně). Hudba je také mocným prostředkem pro porozumění kulturnímu zázemí, ze kterého pocházejí ostatní studenti.

### ***Osobní reflexe a sebevyjádření žáků***

Témata třetího okruhu jsou kreativita, sebereflexe žáků a vyjadřování prostřednictvím hudby – tradiční prvky muzikoterapeutických setkání. V „Akcelerovaném učení“ používá učitel především poslech reprodukováné hudby. Odborníci na tento způsob práce připravují hudební kompilace k různým druhům výukových programů a educačních činností. Příklady těchto hudebních kompilací popisuje Ch. Brewer (2002).

## **13.2.2 AKTIVNÍ A RECEPTIVNÍ MUZIKOTERAPIE (SCHWABE)**

Muzikoterapeutický model **Christopa Schwabeho** vznikl v průběhu 60. a 70. let 20. století v Lipsku (tehdejší NDR). Paradoxem je, že Schwabe svůj systém práce v žádné z publikovaných knih nepojmenoval. Jeho rozdělení na muzikoterapii aktivní a receptivní mělo spíše vytvořit určitý systém v tehdejší muzikoterapii. Ačkoliv se

toto dělení někdy obecně používá, slouží (zvláště u nás) zároveň pro označení Schwabeho specifického muzikoterapeutického modelu<sup>56</sup>. Oba dva typy muzikoterapie, aktivní i receptivní, mají podle Ch. Schwabeho formu individuální a skupinovou (Schwabe, 1987). Toto rozdělení zde budeme respektovat.

### *Aktivní muzikoterapie*

Aktivní muzikoterapie využívá komunikativního charakteru improvizčních nebo interpretačních hudebních činností. Zahrnuje vokální, instrumentální, pohybové, dramatické a výtvarné prostředky<sup>57</sup> (Mátejová, Hanus, 1978). Aktivní hudební činnost může podle Ch. Schwabeho přispět ke stabilizaci osobnosti a překonání patologicky zaměřených postojů (Lakomá, 1993).

**Individuální aktivní muzikoterapie** je indikována u dětí s poruchami chování, u psychotiků a neurotiků s cílem navázat komunikaci neverbálními prostředky, umožnit sebevyjádření a sociálně přijatelné uvolnění (Mikula in Syřišťová, 1982). **Skupinová aktivní muzikoterapie** obsahuje čtyři metody, a to nástrojovou improvizaci, skupinovou terapii zpěvem, pohybovou improvizaci na klasickou hudbu a taneční skupinovou muzikoterapii (Schwabe, 1987). Je rozšířena u klientů s poškozením mozku, u psychotiků, neurotiků a klientů s funkčními poruchami (Mikula in Syřišťová, 1982). Ve skupině se snáze zapojují i uzavřenější klienti, protože skupina poskytuje jistou anonymitu. V průběhu terapie dochází k rozvrstvení sociálních vztahů, rolí a funkcí.

### *Receptivní muzikoterapie*

Receptivní muzikoterapie představuje poslechové aktivity, při kterých terapeut nabízí s určitým terapeutickým záměrem hudbu, a to buď reprodukovanou, nebo prostřednictvím vlastní hry na hudební nástroje. **Individuální receptivní muzikoterapie** se dělí na muzikoterapii komunikativní, reaktivní a nezacílenou, **skupinová receptivní muzikoterapie** na muzikoterapii regulativní, reaktivní a dynamicky orientovanou (Schwabe, 1987). Doporučuje se téměř u všech případů s psychickým onemocněním.

Při komunikativní muzikoterapii se využívá individuální poslech hudby, po kterém následuje sdílení prožitků klienta s terapeutem. Dochází k rozvoji vzájemných kontaktů, porozumění a důvěry (Mátejová, Hanus, 1978). Reaktivní muzikoterapie vyvolává afektivní reakce ve smyslu psychické katarze. Poslech hudby vede k uvolnění emocí spojených s konfliktními situacemi v minulosti klienta. Na poslech hudby navazuje verbální diskuse (Schwabe, 1987). Převážně nevědomé obsahy jsou vyvolány zpět do vědomí klienta a znovu prožity v kontextu terapeutické situace. Hudební percepce v dynamicky orientované muzikoterapii je zaměřena introspektivně na interpersonální procesy, které probíhají ve skupině. Různorodé vlastnosti hudebního materiálu mohou podnítit diskusi na rozmanitá témata. Cílem dynamicky orientované muzikoterapie je zlepšení vnímání sebe i ostatních, řešení konfliktů nebo rozšíření a diferenciacie estetického prožívání (Schwabe, 1987).

<sup>56</sup> Model je u nás známý také pod názvem **Lipská škola**.

<sup>57</sup> Práci s řečovými prostředky (např. deklamací) Ch. Schwabe také využívá, ale neřadí je do oblasti muzikoterapie. Označují se jako *Voice terapie*.

Ch. Schwabe významně přispěl k rozpracování tzv. **regulativní muzikoterapie**, které se zde budeme věnovat. Během regulativní muzikoterapie dochází k ovlivnění symptomů a změně chování prostřednictvím vnímání sebe sama, svých myšlenek, psychických i fyzických pocitů a nálad pomocí hudby (Lakomá, 1993). Regulativní muzikoterapie vychází ze vztahu tří rovin: vnitřní psychické roviny, tělesné roviny a hudby. V průběhu hudebního vnímání se zintenzivňují a vyvolávají tělesné symptomy, které se dále eliminují prostřednictvím jejich akceptace a regulace. Poslech hudby je v této metodě chápán jako jedna z forem tréninku. Ten probíhá v několika etapách, kde se pracuje na postupném zintenzivňování vnímání sebe sama:

- zaměření se na vnímání obsahů prožívání bez přímé koncentrace na některý z nich, bez jakéhokoliv hodnocení prožívání;
- diferenciací obsahů vnímání, koncentrace na jednotlivé úseky obsahů vnímání (nejde o to vnímat více, ale přesněji, lépe);
- zaměření se na to, jak klient reaguje na vlastní vnímání svého prožívání;
- diferenciací obsahů vnímání svého prožívání (které jsou akceptovatelné a které ne);
- zaměření se na neakceptované obsahy vnímání a jejich podrobný popis;
- povzbuzení k vědomému a cílenému využití strategií pro postupnou akceptaci svého vnímání v modelových situacích i mimo ně (Schwabe, 1987).

Setkání regulativní muzikoterapie obsahují dva aspekty, a to v různém pořadí: rozhovor (vnímání reakcí při hudbě, rozhovor ve skupině) a hudbu. Využívá se v psychiatrii, neurologii, psychoterapii, medicíně, gynekologii, porodnictví a v dalších oblastech. Je indikována klientům s psychickými problémy, vegetativními poruchami, poruchami spánku, poruchami sexuality, bolestmi hlavy, úzkostmi apod. (tamtéž). Nedoporučuje se u klientů s depresivními a psychotickými stavy nebo u pacientů se sebevražednými tendencemi.

### 13.2.3 ANALYTICKÁ MUZIKOTERAPIE (PRIESTLEY)

„Analytická muzikoterapie“ (*Analytical Music Therapy*) je improvizální muzikoterapeutický model, který vznikl ve Velké Británii na začátku 70. let 20. století. Jeho zakladatelkou je **Mary Priestley** společně s kolegy (Peter Wright a Marjorie Wardle).

Model „Analytická muzikoterapie“ testovali autoři zpočátku na 96 muzikoterapeutických skupinách. M. Priestley pak pokračovala v klinickém testování, rozpracování a rozšiřování přístupu. Proto je právě ona považována za zakladatelku modelu.

„Analytická muzikoterapie“ je definována jako využití slov a symbolické hudební improvizace klienta a muzikoterapeuta za cílem prozkoumání klientova vnitřního života a jeho potenciálu k osobnostnímu růstu a sebepoznání (Priestley, 1994). Přístup je nazván analytickým, protože vychází z psychoanalytického a analytického konceptu S. Freuda, C. G. Junga, A. Adlera, M. Klein a A. Lowena. Na rozdíl od psychoanalýzy však využívá vzájemných improvizálních duetů klienta a muzikoterapeuta místo verbálních diskusí (Bruscia, 1987). Hudební improvizace umožňuje muzikote-

rapeutovi přijmout aktivnější roli při práci s klientovým nevědomím. Tento přístup byl původně vytvořen pro dospělé klienty a později rozšířen také pro děti. „Analytická muzikoterapie“ vyžaduje od klienta následující klinické předpoklady: sluch, inteligenci, verbální schopnosti a schopnost symbolického myšlení.

Pomocí „Analytické muzikoterapie“ se terapeuti snaží odstranit překážky, které brání klientovi v uvědomování si sebe sama a ve využití svého plného potenciálu pro dosahování osobních cílů. Odstranění těchto překážek podmiňuje zpřístupnění nevědomého materiálu, proniknutí do jeho podstaty, uvolnění obranné energie a její přesměrování na pozitivní cíle, vytvoření a posílení psychické rovnováhy a kreativity.

Hlavní **dynamické elementy** „Analytické muzikoterapie“ jsou: klient, hudba, terapeut a slova. Hudba a slova se podmiňují navzájem. Hudba přináší na světlo vnitřní svět pocitů, zatímco slova osvětlují myšlenky člověka o těchto pocitech. Muzikoterapeut má několik základních povinností: být styčným bodem, spojovat a kotvit klienta v realitě, být schopný vcítit se a reflektovat klientovy pocity, prozkoumat klientův vnitřní svět pomocí hudby, podpořit a ochraňovat klienta během tohoto procesu, přijímat, respektovat, nabízet upřímnou odpověď a osobní názor ve vhodné dobu, podporovat terapeutický růst a „ustát“ klientovu stinnou stránku.

Vztah muzikoterapeuta a klienta je popsán v termínech Sigmunda Freuda jako pracovní spojení s přenosy a protipřenosy (*Transferences and Countertransferences*) (Bruscia, 1987). Samotná sezení probíhají v příjemném, tichém prostředí, kde se na základě stability terapeutické situace nesmí měnit a hýbat zařízením. Nábytek i hudební nástroje by měly být stále na stejném místě. Na stěnách by nemělo viset příliš mnoho obrazů (obrazy květin se přesto doporučují z důvodu jejich symboliky rozvíjení sebe sama).

Přístup může být prováděn v individuálních, dyadických nebo skupinových sezeních. Klient si sám vybírá hudební nástroj v souvislosti s tématem terapeutické improvizace (je nutné, aby měl muzikoterapeut k dispozici velký výběr nástrojů). Terapeut klienta většinou doprovází na klavír. Ostatní hudební nástroje jsou využívány podle potřeb každého klienta a specifické role, kterou chce muzikoterapeut ztvárnit. Někdy si klient vybírá také roli nebo téma improvizace. Ve většině případů je to však terapeut, který definuje, co se bude odehrávat.

Terapie probíhá v několika fázích, které se využívají cyklicky:

- identifikace problému;
- definování rolí klienta a terapeuta v hudební improvizaci;
- téma improvizace;
- samotná improvizace;
- diskuse o improvizaci.

Potíže klienta je možné identifikovat prostřednictvím diskuse, improvizace, pozorování, hodnocení předchozího sezení nebo analýzou obranných mechanismů. V momentě, kdy je problém identifikován, hledá se vhodné téma pro hudební improvizaci. Ve většině případů terapeut improvizuje s klientem, ale klient může hrát také samostatně. Role jsou definovány na základě potíží klienta. V průběhu improvizace odhaluje klient svou „vnitřní hudbu“. Improvizace může být řízena samotným klientem, časovým limitem, specifickými hudebními myšlenkami, obsahem muzikoterapeutické práce



nebo předem danou strukturou. Pomocí tohoto přístupu je oslovována klientova hudební empatie, jeho schopnosti, intuice a senzitivita. Muzikoterapeut využívá širokou škálu hudebních elementů, ze kterých vybírá podle jejich předpokládaného efektu na klienta. Následná diskuse zahrnuje dva kroky: analýzu bezprostřední reakce klienta na právě proběhlou improvizaci a poslech nahrávky improvizace pro její další prozkoumávání (Bruscia, 1987).

Techniky „Analytické muzikoterapie“ bývají rozdělovány do tří oblastí:

**Zpřístupnění vědomého:** technika podpory ( *Holding*), technika štěpení ( *Splitting*), technika emocionálního pátrání ( *Investigating Emotional Investments*) a technika vstoupení do somatické komunikace ( *Entering into Somatic Communication*).

**Zpřístupnění nevědomého:** technika řízené imaginační improvizace ( *Guided Imagery and Music*), práce se sny ( *Dream Work*), práce s mýty ( *Myths*), technika mořských lastur, kamenů, písku a zvuků ( *Shells, Stones, Sand and Sounds*).

**Zpevňování ega:** technika nácviku reality ( *Reality Rehearsals*), technika celistvosti ( *Wholeness*), technika explorační vztahů ( *Exploring Relationships*), technika potvrzování a oslav ( *Affirmations and Celebrations*), technika subverbální komunikace ( *Sub-Verbal Communication*), technika zákonitostí významu ( *Patterns of Significance*) a technika naprogramované regrese ( *Programed Regression*).

Muzikoterapeuti využívající tento přístup musí mít pokročilý výcvik a zkušenost v „Analytické muzikoterapii“ i psychoterapii. Vyžaduje se také vzdělání ve hře na klavír. Dále je nutná odborná supervize kvalifikovaného psychoterapeuta. Výcvik v „Analytické muzikoterapii“ je dostupný ve Velké Británii, Německu, Dánsku, Kanadě a USA.

### 13.2.4 ANTROPOSOFICKÁ MUZIKOTERAPIE

Zatímco většina muzikoterapeutických modelů je založena na psychologických koncepcích, „Antroposofická muzikoterapie“ má velmi úzký vztah s medicínou a naukou o člověku. Vychází z antroposofického učení **Rudolfa Steinera**. Antroposofická nauka o člověku, která popisuje také terapeutické možnosti umění, byla řadou terapeutů aplikována v rámci muzikoterapie. Zkušenosti z klinické praxe podpořily vznik tohoto svěbytného muzikoterapeutického přístupu.

Antroposofie spojuje poznatky moderní vědy, náboženství a spirituálních směrů. Vypracovala specifickou teorii o vývojových zákonitostech člověka, jejich vzájemných vztazích, funkčním uspořádání, o duchovním i hmotném světě a o jejich souhře. Antroposofie má za cíl probouzet v člověku schopnosti, které mu byly předurčeny, a to v souznění s ostatními členy lidské společnosti. Pracuje-li člověk pro druhé, má to pozitivní efekt na jeho samotné lidství. Celosvětová *Antroposofická společnost* byla založena Rudolfem Steinerem v roce 1923 v Dornachu ve Švýcarsku, kde je nyní i její centrum Goetheanum. Větvě společnosti jsou aktivní v mnoha zemích Evropy, Ameriky, Asie, Austrálie i Afriky (Hradil, 2002). V Čechách se hlásí k tomuto směru Josef Krček, škola *Musica Humana* a Nadace a sociálně-terapeutické centrum Tábor.

„Antroposofická muzikoterapie“ vychází ze vztahů a paralel mezi hudbou, světem rostlin a zvířat, člověkem a přírodou v jejím celku. Hudba je chápána jako duševní a duchovní fenomén s nadindividuálními zákonitostmi (Reinhold, 1996). „Antroposofická muzikoterapie“ se zabývá vztahy, které vznikají mezi uměleckými prostředky (barva, forma nebo zvuk) a specifickými činnostmi orgánů v lidském těle. Vychází z hudebních souvislostí v lidském organismu, jako jsou např. hudební proporce v lidské postavě nebo v tělesných procesech (tep srdce, dech apod). Proto se v tomto modelu více než v jiných pracuje s hudebními intervaly.

Běžným prostředkem muzikoterapeutické práce jsou **hudební nástroje**. „Pokud má hudba znějící uvnitř člověka vstoupit do světa a zaznít pro ostatní lidi, musí se inkarnovat, musí uchopit tělo; dochází k tomu díky hudebním nástrojům. Vytvářejí most mezi neslyšitelnou a slyšitelnou hudbou. ...hudební nástroje pomáhají bohatstvím svých barev utvořit most od vnějšího hudebního poslechu k vnitřnímu prožitku...“ (Felber, Reinhold, Stückert, 2005). První zkušenost člověka s hudebním nástrojem významně ovlivňuje terapeutický proces, proto terapeut musí najít hudební nástroj, který se vztahuje k organismu dotyčného klienta. Tento vztah mohou klienti pomocí terapeuta nacházet prostřednictvím doteků s nástrojem/způsobu hry na nástroj (dotýkám se rty, pažemi, dolními končetinami atd.) nebo prostřednictvím zvuků hudebního nástroje a hudebních činností (Reinhold, 1996). Je velký rozdíl, pokud na nástroj hraje klient sám (aktivní forma), nebo pokud pro klienta hraje muzikoterapeut (receptivní forma). Hudební nástroje pomáhají integrovat jemné smyslové zážitky celého organismu do hudebního vnímání. Antroposoficky orientovaní muzikoterapeuti pracují fenomenologicky s jednotlivými tóny, jejich kvalitou a vzájemnými vztahy. Kvalitě tónů je v „Antroposofické muzikoterapii“ přisuzována velmi důležitá role.

Archaické hudební nástroje využívané v tomto modelu (např. tenorová chrota, žaltář, kamzičí roh, krumhorn, choroí-flétna, altová nebo bordunová lyra, metalofon, xylofon) jsou muzikoterapeuty děleny a aplikovány podle kvalit a působení na klienta. Hudební nástroje je možné dělit např. podle vztahu k jednotlivým částem lidské bytosti. Prožívání člověka se podle antroposofického učení vztahuje ke čtyřem živlům: voda, oheň, vzduch a země (živl země se projevuje např. při hře na bicí nástroje).

Centrální pozici má v „Antroposofické muzikoterapii“ **zpěv**. Jedná se o přirozený a původní nástroj člověka, který má nejbližší k naší duši. Na základě rezonance, stavby a činnosti orgánů v těle člověka může pomocí zpěvu dojít k působení hudby až do nitra orgánů.

Antroposoficky orientovaní muzikoterapeuti se uplatňují ve waldorfských školách, v ústavech sociální péče, domovech pro seniory, sanatoriích, klinikách, na psychiatrii, chirurgii a v mnoha dalších institucích.

### 13.2.5 ASTHMA MUSIC (TATENO & SUZUKI)

Muzikoterapeutický model „Asthma Music“ vyvinuli japoňští autoři **Hitomi Tateno** a **Shinichi Suzuki** (Suzuki, Tateno, 1982). Vznikl na základě dechových cvičení pro

astmatické děti *Asthma Gymnastics*. Pozitivní výsledky s „Asthma Music“ jsme získali také při nácviku relaxace u dětí s nejrůznějšími typy potíží.

Základem „Asthma Music“ je zjištění, že zvládnutím břišního (abdominálního) dýchání mohou astmatické děti předcházet nebo alespoň zmírňovat astmatické záchvaty. K nácviku břišního dýchání se používají dvě techniky:

- technika zpěvu s prodlužovanými notami;
- technika zpěvu s ostře vyráženou hláskou *s* (Suzuki, Tateno, 1982).

K nácviku autoři vytvořili kazetu s několika verzemi písní *Grandfather Song* a *Boat Song* (můžeme si však vybrat libovolnou vlastní píseň, která splňuje níže popsané požadavky).

#### **Technika zpěvu s prodlužovanými notami**

Cvičení prodlužovaných not (*Fermata Singing Method*) je snadnější na písních, které jsou tiché, pomalé a melodické. Principem této techniky je rozdělení písně na několik po sobě jdoucích frází. S. Suzuki a H. Tateno (1982) tvrdí, že dospělý člověk zapojí při zpěvu břišní dýchání, jestliže vydechuje po dobu 12 a více sekund (u dítěte to může být kratší doba). Pokud jsou fráze písně dostatečně dlouhé, začnou klienti spontánně dýchat do břicha. V „Asthma Music“ se používá prodlužování poslední slabiky fráze na požadovanou délku. Po ukončení fráze může vzniknout malá pauza. Břišní dýchání si klient osvojí obvykle během několika dnů až týdnů.

#### **Technika zpěvu s ostře vyráženou hláskou *s***

Zpěv s ostře vyráženou hláskou *s* (*Marcato Singing Method*) umožní naučit se kontrolovat hloubku a rychlost břišního dýchání. Tato technika se snadněji nacvičuje s rytmickou, ráznou a akcentovanou písní. Po jejím osvojení v běžné podobě vyslovují klienti místo jednotlivých slabik ostré *s*. Delší slabiky (noty) se rozdělí na několik krátkých rychlých po sobě jdoucích *s* nebo se kombinuje zpěv slabik na *s* s originálními slovy písně podle jednotlivých frází. Důležité je osvojit si pocit ovládnutí bránice. Po zvládnutí obou technik zpívají klienti píseň opět ve své originální podobě, nyní však již s břišním dýcháním.

### **13.2.6 EXPERIMENTÁLNĚ-IMPROVIZAČNÍ TERAPIE (BRUSCIA)**

Autorem tohoto muzikoterapeutického modelu, který v originálu zní „Experimental Improvisation Therapy“, je **Kenneth Bruscia**. Jeho teoretické východisko se opírá o Riordanovu metodu, která užívá improvizovaného tance a pohybů na hudbu k individuální pomoci klientům s nejrůznějšími druhy postižení (Peters, 2000).

„Experimentálně-improvizační terapie“ vychází ze syntézy hudebních a pohybových improvizací. Rozvíjí kreativitu, sebezkušenost, interdisciplinární schopnosti a dovednosti, zodpovědnost, interpersonální svobodu a kognitivní schopnosti (tamtéž). Základem modelu je taneční a hudební improvizace, jejich oddělenost i provázanost. Muzikoterapeut předkládá určité téma direktivním způsobem nebo jej nechá vyplynout z působení skupiny. Téma je předkládáno ve vymezeném prostoru (muzikoterapeutická místnost, časové hranice sezení, možnosti hudebních aktivit – výběr hudby

a nástrojů) a je buď v podobě vokální, nebo instrumentální. Skupina experimentuje při společné hře na hudební nástroje nebo při společném tanci. V průběhu sezení se jednotlivé improvizace prolínají s diskusí o společné i individuální hudební zkušenosti. Na podkladě diskusí a improvizací postupně vzniká společné téma skupiny, které je dále rozvíjeno. Každá diskuse a improvizace napomáhá skupině lépe dané téma uchopit, vytrýbit a opět zapojit do hudebně-pohybových improvizací. Tento přístup se používá u dětí a dospělých s postižením, ale také u běžné populace a při cvičných terapiích studentů.

K. Bruscia (1987) rovněž popsal několik dalších muzikoterapeutických metod, které upřednostňují hudební improvizaci, a poskytl jejich komprehenzivní popis. Na základě svých praktických zkušeností a rozsáhlé studie muzikoterapeutických přístupů vytvořil tzv. **Analýzu improvizací** nebo také **Profil výběrové improvizace** (*Improvisation Assessment Profiles – IAPs*). Ta poskytuje odborníkům nový pohled na práci s hudební improvizací v terapeutickém procesu. Vychází z rozsáhlých klinických pozorování klientů při improvizaci a využívá terminologii hudební analýzy a psychologické interpretace.

V centru pozornosti IAPs přístupu je vždy zkušenost klienta s hudební improvizací a vzniklý hudební produkt. Dochází k analýze exhibice klienta ve snaze objevit skryté tendence a motivy při různých situacích (sólová hra, improvizace ve dvojici, hudební interakce ve skupině, improvizace v pohybu, přístup k nejružnějším hudebním nástrojům, vokální projevy apod.). Každý hudební element nebo komponent improvizace (rytmus, melodie, harmonie, osnova, výraz, hlasitost, tónbr, osobnostní síla, interpersonalita apod.) je prezentován v rámci šesti kategorií:

**Integrace:** psychické a fyzické propojení klienta se zvuky a vznikající hudbou, začlenění osobního hudebního vzorce do kontextu skupinové i individuální terapie.

**Variabilita:** jde o variabilitu v průběhu improvizace i o samotnou schopnost klientů reagovat na určité změny.

**Tenze:** napětí, které je při terapii vždy přítomno a odráží se v hudebním projevu klientů, např. v jejich abreaktivním prožitku.

**Kongruence:** především je to shoda osobnosti klienta a výsledného hudebního produktu, shoda klientů v rámci skupinové práce i práce ve dvojicích, shoda hudebního produktu s instrukcí terapeuta apod.

**Salience:** hledání význačných rysů. Každý element v rámci improvizace umožňuje určitý stupeň kontroly a má pro jedince individuální důležitost.

**Autonomie:** její vznik a rozvoj, stejně jako zachování při jednání klientů ve dvojicích a ve skupině, její specifika ve vokálních a hudebních projevech.

IAPs se používá u běžné populace i u lidí s postižením. Osvědčil se při práci s dětmi i dospělými. J. S. Peters (2000) doporučuje použít tento model také u klientů se sluchovým postižením, ale i u klientů po intenzivním traumatickém zážitku.

K. Bruscia (1989) dodává, že model musí být vždy zahrnut do kontextu všech dostupných informací o životě klientů. Informace pak mohou být ve spojení s projevy při hudební improvizaci interpretovány podle relevantních psychologických teorií.

Jestliže muzikoterapeut pracuje touto metodou v klinické praxi, musí být vždy součástí funkčního týmu, ve kterém je např. psycholog, primární terapeut, lékař a speciální pedagog. Své poznatky z pozorování a vlastní muzikoterapeutické práce předává tomuto týmu. Společně pak hledají nejúčinnější řešení a stanovení terapeutických cílů. Muzikoterapie se tak stává součástí komplexní péče o klienta a vytváří podmínky pro jeho uzdravení a další život.

### 13.2.7 FMT-METODA (HJELM)

„FMT-metoda“ je ojedinělý, netradiční a specifický druh hudební terapie. Považuje se za léčebnou metodu s vlivem na nervový a svalový systém lidského organismu, při níž se pracuje individuálně a neverbálně. Švédský název metody *Funktionsinriktad musikterapi* (FMT) znamená v překladu „hudební terapie se zaměřením na funkce lidského těla“.

„FMT-metoda“ pochází ze Švédska. Vytvořil ji a rozpracoval **Lasse Hjelm** na základě svých dlouholetých zkušeností z praxe v rehabilitačním centru v Uppsale. Od roku 1987 se metoda vyučuje na soukromém hudebně-terapeutickém institutu (Musikterapiinstitutet Uppsala), o rok později se začala vyučovat na západě Švédska v Arvice (Ingesunds Musikhögskola). Dalšími školicími místy jsou v současnosti Kuopio (Sibelius Akademin) a Jakobstad (Konservatoriet i Jakobstad) ve Finsku. Studium je tříleté včetně praxe a absolvent získá titul Diplomovaný terapeut. Ke studiu se přijímají i zájemci ze zahraničí, podmínkou je znalost švédského jazyka.

#### *Podstata „FMT-metody“*

„FMT-metoda“ jako léčebná metoda pomáhá prostřednictvím stimulace přirozeného fyzického vývoje odstranit zdravotní, neuromuskulární problémy. Ve Švédsku se v rámci „FMT-metody“ používá místo slova pacient nebo klient označení adept. Terapeutické sezení je náročné na koncentraci a představuje 20–25 minut efektivního hraní. Metoda je **neverbální**, terapeut nedává žádné slovní instrukce. Jedná se o terapeutický proces, ne vyučovací. Je vhodné terapii provádět jednou týdně, v některých případech stačí jednou za dva týdny.

V „FMT-metodě“ se používají jednoduché melodie – **kódy** (celkem je jich 20), které terapeut hraje na akustický klavír/piano (nejsou vhodné elektronické klávesové nástroje) a adept reaguje hrou na bicí nástroje. Hra však není samoučelná, protože terapeut vede adepta ke konkrétní činnosti. Pro bicí nástroje se používá přibližně 30 modelů různého uspořádání (sestav) nástrojů. Postupuje se od nejjednodušších sestav, kdy adept hraje na jeden nástroj, ke složitějším sestavám se šesti a více nástroji.

Hudba je prostředkem pro spolupráci terapeuta a adepta: pomocí klavíru, bicích nástrojů a speciálních paliček na bicí nástroje se u adepta rozvíjí pohyb, tzn. jeho motorické funkce. Kromě zapojení motoriky se uvádějí do činnosti a integrují i další smyslové funkce – zrak, sluch, hmat. Adept je nucen začít sledovat a zapojovat svoji stabilitu, koordinaci pohybu, koncentraci, logické myšlení, paměť, okrajové (periferní) vidění a orientaci v prostoru. Mozek se tímto příjemným a nebolestivým způsobem aktivuje a podněcuje k činnosti. Speciální a stimulující prostředí a spolupráce mezi terapeutem a adeptem pozitivně ovlivňuje a podněcuje adeptův nervový systém.

### Uplatnění FMT-metody

„FMT-metoda“ ovlivňuje a stimuluje vývoj vnímání, motorických, kognitivních a emocionálních funkcí adepta. Je zvláště vhodná při poruchách všech vyjmenovaných funkcí, uplatňuje se tedy jako léčebná metoda při:

- kongenitálních a získaných poruchách vývoje mozku a svalů, např. dětská mozková obrna, chromozomální poruchy – trizomie 21-DS, TS a jiné syndromy, poškození mozku (následkem náhlé mozkové příhody, úrazů apod.);
- poruchách učení a chování, autismu, u Aspergrova syndromu, psychických poruchách (demence, deprese, Parkinsonově a Alzheimerově nemoci);
- specifických funkčních poruchách učení – dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, hyperaktivita a problémy s koncentrací (ADHD, ADD);
- u nevidomých, slabozrakých a sluchově postižených;
- poruchách spánku, vyčerpání, stresu, úzkostných stavech a bez specifické diagnózy na udržení dobré tělesné a psychické kondice bez omezení věku.

Ve Švédsku existuje *Asociace pro diplomované FMT muzikoterapeuty (Riksföreningen För Diplomerade Musikterapeuter, RFMT)*, která publikuje vlastní magazín *FMT-bladet*. „FMT-metodu“ v České republice provozuje od roku 2002 naše zatím jediná diplomovaná FMT terapeutka Katarína Grochalová. Metodu s praktickými ukázkami již představila na mnoha místech České republiky. Další zdroje informací o „FMT-metodě“ je možné najít na internetových adresách [www.fmt-metoden.se](http://www.fmt-metoden.se) nebo [www.trisomie21.cz](http://www.trisomie21.cz).

### 13.2.8 HUDEBNÍ INTEGRATIVNÍ NEUROTERAPIE (GRAUR)

„Hudební integrativní neuroterapie“ (*Music Integrative Neurotherapy*) je nový, počítačově založený muzikoterapeutický model zahrnující poslech hudby kombinovaný s vizuálními stimuly. Patří ke skupině terapií sdružených s neurovědami. Je to neinvazivní a integrativní terapeutický přístup, který založil **Alexander Graur**.

A. Graur je hudební skladatel, učitel a muzikoterapeut rumunského původu. „Hudební integrativní neuroterapii“ praktikuje od roku 1985 v soukromé praxi a na psychiatrických klinikách. Od roku 2001 žije a pracuje v Itálii a USA. V roce 2004 se A. Graur stal spoluzakladatelem *Centra Medicamus* v New Jersey, jediné společnosti, která v USA nabízí „Hudební integrativní neuroterapii“. Roku 2005 bylo otevřeno *Medicamus Italiano* v Turíně.

Pro každého klienta jsou individuálně vytvořeny **hudební kompozice** vycházející z jeho diagnostického posouzení a adresující konkrétní vlastnosti rozličných typů nemocí. Pokud má být hudba efektivním terapeutickým nástrojem, musí překračovat estetické vnímání, hudební schopnosti a kulturní zázemí klientů. Nevyužívá se dříve vytvořená hudba pro jiné klienty, hudba, kterou běžně posloucháme. Kompozice hudby vychází z teorie hudebních věd, lidské fyziologie a psychologie. Hudba v této terapii účinkuje jako lék nezávisle na tom, zda se klientovi líbí nebo nelíbí. Působí



přímo na postižené tělesné orgány a funkce. Cílem je obnovení rovnováhy fungování těla i mysli.

„Hudební integrativní neuroterapie“ respektuje způsob, kterým nervový systém získává, analyzuje, předává a využívá informace. Mezi fyziologické informace, se kterými se v této terapii pracuje, patří elektrická a elektromagnetická aktivita mozku a srdce, podobně jako jejich vzájemné spojení a chemické procesy v těle. Efektivita „Hudební integrativní terapie“ je dále podporována použitím barev a vizuálních stimulů, které jsou integrovány do hudby prostřednictvím počítače. Klient sleduje krátké filmy v délce přibližně 12 minut, vytvořené pro jeho specifické potřeby (Graur, 2003).

Vstupní diagnostika se skládá z baterie **testů**, na základě kterých je možné posoudit, zda může terapie klientovi prospět. Po vyhodnocení testů terapeut stanoví cíle terapie a předpokládá počet terapeutických setkání. Vstupní ohodnocení obsahuje testy diagnostikující:

- krevní tlak, rychlost pulzu, respirační rytmus;
- sluchový výkon a auditivní diskriminaci;
- senzomotorické schopnosti, percepčně-motorické a lokomotorické schopnosti;
- hudební dovednosti, hudební preference a kulturní zázemí;
- behaviorální dovednosti a potřeby (Graur, 2003).

Terapie pomáhá organismu eliminovat nežádoucí důsledky léků a obnovit některé důležité chemické látky. Autor uvádí vhodnost indikace terapie také u klientů s diagnózami ADHD, úzkost a deprese, zneužívání návykových látek, autismus, DMO, poruchy spánku, mentální retardace, poruchy řeči, schizofrenie, poruchy osobnosti, epilepsie, pouřazové poranění mozku a další. Terapie snižuje psychologické bariéry mezi klientem a terapeutem, zlepšuje se vzájemná komunikace. Doposud nebyly rozpoznány kontraindikace a vedlejší účinky (Graur, 2003).

### 13.2.9 IMPROVIZAČNÍ MUZIKOTERAPIE DOSPĚLÝCH (LANGDON)

„Improvizativní muzikoterapie dospělých“ (*Adult Improvisation Music Therapy*) byla vytvořena americkou muzikoterapeutkou **Gillian Stephens Langdon** na začátku 70. let. Jak je patrné z názvu, přístup je nejčastěji využíván při práci s dospělými klienty. Flexibilita „Improvizativní muzikoterapie dospělých“ však umožňuje její široké využití s různými typy populace.

G. S. Langdon pracuje v Psychiatrickém centru Bronx v New Yorku již přes třicet let. Tento model vytvořila a aplikovala v psychiatrických institucích i v soukromé praxi, z velké části se schizofrenickými klienty.

Teoretická orientace tohoto přístupu vychází ze systémové teorie a gestalt terapie. „Improvizativní muzikoterapie dospělých“ se soustředí na kontakt klienta a terapeuta v situaci „tady a teď“ a využívá techniky zaměřující se na práci s klientovým *self*. Klient je vnímán jako celistvá osobnost v sociálním rámci, což zahrnuje jeho rodinu, práci, blízké apod. Přístup využívá klientovu plnou kapacitu, potenciál pro sebevy-

jádření, verbalizaci, pochopení na kterémkoliv stupni kognitivního vývoje. Klienti nemusí mít hudební vzdělání, předešlou zkušenost s hudbou nebo schopnost verbálně komunikovat.

V „Improvizační muzikoterapii dospělých“ jsou důležité **čtyři základní elementy**: hudební improvizace, slova, ticho a pohyb. Tyto elementy se v průběhu terapie ovlivňují. „Improvizace je zde nahlížena jako unikátní cesta umožňující klientovi zažít plnou zkušenost se sebou samým, prozkoumat problematické oblasti svého *self* a budovat mezilidské vztahy. Improvizace odhaluje aktuální i symbolický aspekt mezilidské interakce“ (Langdon, osobní rozhovor, New York, 2006). Interakce je aktuální v tom, že manifestuje souvislosti v hudebních zvucích od momentu k momentu, a symbolická v tom, že všechny elementy (myšlenky, emoce, problémy) jsou vyjadřovány v sériích zvuků.

„Improvizační muzikoterapie dospělých“ využívá velké množství typů improvizací – s názvem i bez názvu, programní i neprogramní, sólová i skupinová, vokální i instrumentální apod. G. S. Langdon využívá čtyři fáze práce:

- **Hudební warming-up:** často se jedná o volnou improvizaci, která má za úkol sjednotit skupinu a pomoci klientům uvědomit si sebe sama jako individualitu i člena skupiny.
- **Verbální diskuse:** terapeut se ptá klienta, jak se mu daří, jak se cítí, a o čem by chtěl hovořit. Klient tak získává možnost volby, což je v terapeutickém procesu důležité.
- **Zpracovávání hudbou a slovy:** v „Improvizační muzikoterapii dospělých“ jsou improvizací techniky propojeny s technikami verbálními. Reálné zákonitosti nebo situace klienta života prodiskutované v předešlé fázi jsou nyní zpracovávány hudbou a pak znovu aplikovány v reálných situacích. G. S. Langdon identifikovala čtyři základní kroky zpracování terapeutického materiálu:
  - od hudby ke slovům;
  - od slov k hudbě;
  - od hudby k hudbě;
  - od slov ke slovům.

Je velmi důležité, aby muzikoterapeut věděl, kdy použít slova a kdy hudbu. Je také na něm, aby pochopil, co je ve slovech a není v hudbě a co je v hudbě a není ve slovech. Často je důležité nechat klienta vyjádřit se nejen hudebně nebo verbálně, ale dopřát mu i moment ticha ke zpracování silného prožitku.

V „Improvizační muzikoterapii dospělých“ se využívá všeho, co se v průběhu sezení přihodí. Jsou to nejen slova či hudba, ale i humor, zvuky z venku, ticho apod. To vše je přijímáno a terapeuticky zpracováno v improvizacích, rozhovorech, pohybech“ (Langdon, osobní rozhovor, New York, 2006).

Techniky využívané ve třetí fázi jsou např. modelování (*Modelling*), vedení (*Leading*), zrcadlení (*Mirroring*), podpurné zrcadlení (*Supportative Mirroring*), hraní rolí (*Role-playing*), kotvení (*Grounding*), stimulace (*Stimulating*) a další.

- **Uzavření:** závěrečná fáze může zahrnovat improvizaci, zpěv, „stretching“ nebo ticho. Přestože G. S. Langdon definuje fáze muzikoterapeutické práce, sama zastává názor, že každé sezení je unikátní samo o sobě a není možné stanovit obecná a pevná pravidla. „Každé sezení má svůj vlastní život a energii, kterou je zapotřebí respektovat a individuálně s ní pracovat. Muzikoterapeut společně s klienty přetváří místo

setkání v místo klidu, úlevy a uzdravení“ (Langdon, osobní rozhovor, New York, 2006).

K **cílům** „Improvizační muzikoterapie dospělých“ při práci s psychiatrickou klientelou patří: zlepšení komunikačních schopností (verbálních i neverbálních), interakce s okolím, zvýšení schopnosti integrace do společnosti, kontakt s realitou, zvýšení klientova povědomí o sobě samém a svém okolí, rozpoznání vlastních pocitů a zvýšení schopnosti sebevyjádření, uvolnění bariér, které brání klientovi v sebevyjádření, poskytnutí bezpečného místa, kde může klient vyjádřit své pocity konstruktivně, pomoci klientovi zvládat jeho problémy související s denním životem.

„Improvizační muzikoterapie dospělých“ může být využívána jak individuálně, tak i skupinově. Skupiny mívají okolo 4–8 klientů. Individuální sezení trvá 40–60 minut. Při **hodnocení** klientů se sleduje šest základních oblastí:

- motorika (manipulace s nástroji, hrubá a jemná motorika);
- emocionální oblast (výrazy tváře, emocionální reakce, pestrost emocionálního vyjádření atd.);
- kognitivní oblast (myšlení, postoje apod.);
- sociální oblast (interakce, komunikace verbální – neverbální);
- hudební oblast (hudební vnímání, změny tempa, schopnost udržet rytmus);
- spirituální oblast.

### 13.2.10 KREATIVNÍ MUZIKOTERAPIE (NORDOFF & ROBBINS)

Jedním z nejznámějších muzikoterapeutických přístupů je „Kreativní muzikoterapie“ Nordoff & Robbins (*Creative Music Therapy*). Její zakladatelé, britský speciální pedagog **Clive Robbins** a americký hudební skladatel a klavírista **Paul Nordoff**, koncipovali svůj model v průběhu 50. a 60. let 20. století. Po společném setkání obou protagonistů v dětském domově v Sunfieldu začala v roce 1958 práce na jednom z nejuznávanějších muzikoterapeutických modelů současnosti. P. Nordoff a C. Robbins řadu let společně pracovali především s dětmi s mentálním a tělesným postižením. Postupně vytvořili nový, nezaměnitelný muzikoterapeutický přístup, který klade důraz na využití **hudební improvizace** při hře na klavír za účasti klienta a dvou muzikoterapeutů. Jeden z nich je po celou dobu setkání u klavíru (v dnešní době často i u kytary) a improvizuje na základě interakce probíhající mezi všemi zúčastněnými. Především se však snaží navázat vztah s klientem prostřednictvím hudby. Hudba představuje centrální zkušenost, společné univerzum terapeutů a klienta. Vztah mezi klientem a terapeutem se utváří tzv. uvnitř hudby. Druhý muzikoterapeut, tzv. **koterapeut**, je plně k dispozici klientovi. Snaží se jej podporovat v instrumentálních (hra na jednoduché perkusivní a rytmické nástroje apod.) i vokálních projevech a zajišťuje celkový komfort v rámci muzikoterapeutického sezení.<sup>58</sup>

<sup>58</sup> Při skupinových sezeních se využívá i dalších hudebních nástrojů, např. nejrůznější dechové a smyčcové nástroje a některé druhy bicích nástrojů.

„Kreativní muzikoterapie“ je primárně zaměřena na rozvoj komunikace klienta a terapeuta v kontextu společné hudební zkušenosti. V průběhu terapie vzniká tzv. hudebně-emocionální prostředí, ve kterém se klient oddává své přirozenosti a tvořivosti. Oba autoři zaznamenali pozitivní odezvu i u dětí s těžkým mentálním postižením, u kterých se žádná reakce nepředpokládala (Nordoff, Robbins, 1977).

Muzikoterapeut, který je u klavíru, může improvizaci rozvíjet např. na základě pohybu klienta, rytmu, který se v něm odehrává, nebo na základě rytmu, který se odvíjí od hry klienta na nejrůznější hudební nástroje. Rovněž může improvizaci v rámci tónového obsahu založit na základě vokalizace, ke které je klient vybízen koterapeutem.

Styl improvizace je zbaven všech hudebních konvencí a plně vychází z aktuálního dění při muzikoterapeutickém sezení. Využívá se např. disonance, atonalita, hudební archetypy, odlišné hudební styly a struktury. Muzikoterapeut se snaží improvizovat, aby rozvíjel nejrůznější hudební postupy a styly, které by klienta zaměstnávaly a udržovaly ho v aktivitě. Společně s klientem pak vytváří specifickou hudbu, která vede ke kognitivním změnám a zasahuje tak do oblasti chování a rozvoje afektivního prožívání. P. Robbins k tomu dodává: „Při muzikoterapii se děti měnily před očima, jak vznikaly nádherné hudební improvizace, kvalitní jak po stránce hudební, tak klinické, jak hudba děti dokázala inspirovat a motivovat“ (Robbins, osobní rozhovor, New York, 2007).

První kontakt mezi muzikoterapeutem a klientem je zaměřen na prohloubení vzájemné interakce prostřednictvím hudby. Vše se odvíjí od hudební iniciativy muzikoterapeuta. V průběhu dalších setkání je již práce s klientem progresivnější. Navazuje se na schopnosti vytvořené v předchozích lekcích a stále více se setkání odvíjí od hudebně-vokální iniciativy klienta, popřípadě od jeho reakce na hudební doprovod (Peters, 2000).

„Kreativní muzikoterapie“ využívá improvizaci k hudební reflexi, při níž dochází k vyvolání spontánního pohybu, zpěvu nebo instrumentální odpovědi ze strany klienta. Dochází k vnitřní odpovědi na působení zvuku a hudby, k rozvoji komunikačních schopností, k prohloubení expresivní svobody a dalšímu rozvoji interakce mezi terapeutem a klientem (Nordoff, Robbins, 1977).

Mluvené slovo se pokud možno nepoužívá. Verbální instrukce a verbální intervence jsou omezeny na minimum. Někteří muzikoterapeuti improvizují bez jediného slova od prvního okamžiku, kdy klient vstoupí do místnosti. Snaží se o hudební dialog, reflektují klienta v jeho celistvosti. Hudebně podporují a reflektují jeho pohyby a každou spontánní aktivitu. Improvizace končí odchodem klienta z místnosti.

Základem je tedy důraz na tvořivý potenciál hudby. Hudební exprese je hlavním stimulačním médiem, které podporuje odezvu ze strany klientů, a vytváří prostor pro rozvoj terapeutického vztahu. Cílem často bývá překonání komunikačních bariér a získání zpětné vazby od klientů. U nich však také dochází ke zřejmým osobnostním změnám. Pracuje se zde s jejich emocemi a základními pudovými projevy, s takovými reakcemi, které jsou často neočekávané. Zdůrazňuje se přímé působení hudby, která probouzí u člověka emocionální odpověď. Ten na základě své emoční odpovědi jedná specifickým způsobem, který se vztahuje k *ego*-organizaci a *self*-aktualizaci lidské osobnosti (Peters, 2000).

„Kreativní muzikoterapie“ může být individuální nebo skupinová. Je určena klientům s nejrůznějšími typy postižení. Tento přístup se osvědčil např. u lidí s mentálním

postižením, u dětí s autismem, poruchami učení, u lidí s tělesným postižením a kombinovanými vadami. Rovněž se využívá u klientů s vývojovými vadami, se sluchovým a zrakovým postižením a také u neurologických a psychiatrických pacientů (Shoemark, 1991, Nordoff, Robbins, 1971).

I když byl tento přístup původně vytvořen pro děti, je používán i u adolescentní a dospělé populace. Klienti nepotřebují mít předchozí hudební vzdělání, aby se mohli této terapii účastnit. Také nepotřebují komunikační obratnost nebo další verbální dovednosti.

Neverbální hudební komunikace vychází z jiných principů než mluvené slovo a struktura řeči. Sahá k bazálním projevům, které jsou vlastní každé lidské bytosti v rámci biologického, psychického, transcendentálního a sociálního kontextu.

Muzikoterapeut, který je vyškolen v tomto terapeutickém modelu, naopak musí projít předchozím hudebním vzděláním. To je zaměřeno na výuku hry na klavír a rozvoj vokálního potenciálu. Musí mít tedy řadu zkušeností v oblasti hudební, ale také v oblasti klinické. Každý muzikoterapeut prochází psychologickým a speciálněpedagogickým vzděláním, na které navazuje postgraduální program se zaměřením na muzikoterapeutický přístup Nordoff & Robbins. Tento program je zakončen absolutorní zkouškou, po jejímž úspěšném složení získá absolvent titul *Master of Music Therapy*. Školy, které vyučují tyto výcvikové programy, se nacházejí například ve Skotsku, v Anglii, Německu, USA, Jižní Africe a Austrálii.

### 13.2.11 MELODICKO-INTONAČNÍ TERAPIE

„Melodicko-intonační terapie“ (*Melodic-Intonation Therapy*, dále MIT) je terapeutický model známý z logopedie, který využívá zpěvu pro výstavbu mluvené řeči. Používá se především u klientů s nonfluentní afázií, při které dochází k narušení nebo ztrátě mluvené řeči, zůstává však zachována schopnost zpívat. Tyto stavy vznikají poškozením Brocova centra nebo přilehlých oblastí frontální kůry a subkortikálních oblastí (Cséfalvay a kol., 2007).

Působení MIT je vysvětlováno na základě **teorie specializace mozkových hemisfér**. To, že se v mozku vyskytují oblasti specializované na určité úkony ve vztahu k řečové produkci, je již dlouhou dobu známo, např. díky plynulosti zpěvu u balbutiků. Z. Mátejová k tomu podotýká, že „při zpívání se člověk soustředí více na melodii písně než na slova textu“ (Mátejová, Mašura, 1992, s. 88), aktivují se tedy odlišné mozkové oblasti. Levé mozkové hemisféře jsou přisuzovány procesy ovlivňující verbální řeč, zatímco pravá hemisféra umožňuje zpěv. Při aktivaci intaktní nebo méně narušené pravé mozkové hemisféry během MIT dochází k reaktivaci levé hemisféry. Podle Z. Cséfalvaye je možné také to, že během MIT příznivě působí podpurný vliv rytmizace a zpomalení tempa řečové produkce (Cséfalvay a kol., 2007).

V logopedické a muzikoterapeutické praxi se setkáváme s mnoha různými úpravami MIT. Terapie zahrnuje zpívanou intonaci běžně používaných vět a slov takovým způsobem, že zpívané intonační vzory jsou podobné přirozeným mluveným prozodickým vzorům těchto vět. Nacvičovaný text se podloží známým nebo snadno zapamatovatelným nápěvem. S postupným cvičením dochází k odlučování melodie, až klient příslušnou větu pouze rytmizuje. Nakonec se věta pronáší i bez rytmické opory.

Z. Cséfalvay uvádí postup MIT rozpracovaný pro klienty s afázií (Cséfalvay a kol., 2007). Terapeut sedí naproti klientovi tak, aby na něj klient mohl dobře vidět. Obvykle drží pravou rukou klientovu levou ruku, na které provádí **tapping** – vytukávání rytmu slov jedním prstem do dlaně klienta. Levou rukou udává signály, kdy má klient začít produkovat slovo, kdy tiše čekat apod. Terapie je rozdělena na tři úrovně, přičemž každá úroveň má několik kroků, např. poslech slova/fráze, unisono s terapeutem, unisono s únikem terapeuta, bezprostřední opakování nebo opakování s latencí (krátkou pauzou). Pokroky klienta se kvantifikují na škále 0–1–2 body. **Kvantifikace** umožňuje určit, kdy je terapie neúspěšná nebo kdy je vhodné přejít na další úroveň (kritérium postupu je 90 % úspěšnosti v pěti za sebou jdoucích sezeních). Na třetí úrovni se zavádí tzv. **zpěvná řeč**, která se blíží normální řeči, je však pomalejší a rytmizovaná (Cséfalvay a kol., 2007).

Muzikoterapeutická jednotka obsahující MIT může vypadat následovně:

- relaxace hudbou;
- zpěv známých písní (terapeut a pacient, sólo pacient);
- aplikace MIT – jednoduché odpovědi na otázky z běžného života, které se nacvičují na melodii známé písně;
- plynulý přechod ze zpívaného na mluvené slovo (Lechta a kol., 1990).

Jak již bylo uvedeno, MIT se využívá především při terapii afázie (Cséfalvay a kol., 2007, Sparks, Helm, Albert in Muzikoterapeutická asociace Britské Kolumbie, dále MTABC, 2004, Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2003, Lechta a kol., 1990). Podle zahraničních zkušeností je efektivní také u dalších poruch. T. Kraus, L. Galloway (in MTABC, 2004) a M. Staum (2004) ji používali pro rozvoj jazykových schopností a výstavbu prozodických faktorů řeči u dětí s opožděným vývojem řeči a autismem. A. Linka (1997) uvádí úspěšné aplikace u osob s balbuties.

### 13.2.12 METODA DOBRÉHO STARTU

„Metoda dobrého startu“ slouží edukačním i terapeutickým záměrům, nejedná se však výlučně o muzikoterapeutický model. „Metoda dobrého startu“ je zaměřena na rozvoj psychomotoriky v součinnosti s emocionálně-motivační a sociální sférou. Klade důraz na vnímání vlastního těla, procvičuje funkci propioceptivního analyzátoru, jemné i hrubé motoriky, koncentraci pozornosti, vizuální diferenciaci a vizuální integraci, prostorovou orientaci a paměť. Přispívá také k rozvoji řeči a komunikačních dovedností. Je určena k celkové podpoře vývoje intaktních i handicapovaných dětí ve věku 5–11 let. Úspěšně se používá např.:

- u dětí se specifickými poruchami učení;
- u dětí s ADD a ADHD;
- u dětí s odkladem školní docházky;
- u dětí minoritních menšin;
- jako vstupní etapa výuky čtení a psaní;
- jako diagnostický prostředek v rámci pedagogické i poradenské diagnostiky.



„Metoda dobrého startu“ je rozdělena na metodickou příručku, pracovní listy a hudební doprovod (audiokazeta nebo CD). Obsahuje 25 lekcí. Návčik s dítětem v každé lekci probíhá v následujících krocích, které popisuje J. Swierkoszová (2000):

- zahájení;
- posilování jazykových kompetencí a komunikativních dovedností;
- specifická cvičení;
- pohybová cvičení;
- píseň-pohyb (pohybově-akustická cvičení);
- píseň-pohyb-grafický vzor (pohybově-akusticko-optická cvičení);
- závěr.

V úvodu je důležité vytvořit pozitivní vztah mezi terapeutem a dítětem. Dítě se představí, vypoví něco o sobě. Kontakt se navazuje také prostřednictvím hmatového vnímání (pozdraví se potřesením rukou nebo prsty pravé ruky aj.).

Další fáze začíná poslechem písně. Píseň je nositelem děje. Od ní se odvíjí vyprávěný příběh a pohyb. Dítě se seznamuje s písní, jejím obsahem a příběhem. Po poslechu mohou děti vyprávět své zážitky. Obsah písně podněcuje komunikaci verbálními i neverbálními prostředky.

Hudební doprovod usnadňuje zvládnutí pohybového úkolu a přispívá k celkovému uvolnění dítěte. K reedukaci pohybové koordinace vytváří hudba a terapeut vstřícnou atmosféru a bezpečné prostředí s jednoznačnou podporou při neúspěchu. Pohybové pasáže jsou doprovázené relaxačním cvičením. Symbolem každé písně je grafický vzor, který koresponduje s rytmickým schématem. Cvičení zakončuje nejnáročnější část lekce – reprodukce grafického vzoru s hudebním doprovodem nebo zpěvem dítěte.

V závěru budujeme sebehodnocení a sebepoznávání dítěte, které vedeme k formulaci vlastních názorů (např. co se mu podařilo, co by se dalo zlepšit). Pro dítě jsou důležitá také sdělení od ostatních dětí.

„Metoda dobrého startu“ se nacvičuje ve skupinách dětí. U dětí předškolního věku bez poruch je možné pracovat až s dvanáctičlennou skupinou, v ostatních případech je vhodné zařazovat do skupiny 4–8 klientů. Jestliže je pro terapeuta důležitá diagnostika, může sestavit skupiny o menším počtu dětí. Cvičení mají vysokou efektivitu, pokud jsou prováděna 2–3krát týdně. Délka cvičení může být až 60 minut (tamtéž).

Uživatel „Metody dobrého startu“ by měl projít zvláštním výcvikem. Má možnost také následné supervize.

### 13.2.13 METODA KONTINUÁLNÍHO UVĚDOMĚNÍ (BOXILL)

Další ucelený muzikoterapeutický systém vytvořila **Edith Hillman Boxill** (1985) a nazvala jej „Metodou kontinuity vědomí“ (*Continuum of Awareness*). Tento klinický terapeutický model je určen především pro klienty s vývojovým postižením. Vychází ze specificky strukturovaných hudebních improvizací, které jsou spojené se zpěvem, hrou na hudební nástroje a s rytmicko-pohybovými cvičeními. Základem modelu je bytostný a pevný vztah mezi klientem a terapeutem, který se prohlubuje v průběhu individuálních setkání. Terapeut se snaží klienta podporovat v jeho emočních projevech

a vede ho k uvědomění a modifikaci vlastních prožitků. Cílem je tzv. informované vědomí, které vychází z kontinuálního uvědomění si jednotlivých psychických obsahů v rámci jednotlivých muzikoterapeutických sezení. V průběhu muzikoterapie se tak zvyšuje úroveň adaptačních funkcí klienta a úroveň jeho plného vědomí.

E. H. Boxill (in Peters, 2000) vymezila tři základní strategie, které vedou k rozšíření vědomí v muzikoterapeutickém procesu:

**Reflexe:** důraz je kladen na techniku zrcadlení (*Mirroring*). Tato technika zahrnuje imitaci, synchronizaci s akcí klienta a splynutí s jeho pohybem i zvukem. Dochází tak k podpoře celkového citění a nálady klienta. Zrcadlení udává strukturu sezení a vede k hudební i verbální reflexi.

**Identifikace:** důraz je kladen na hudební a vokální improvizaci. Muzikoterapeut se identifikuje s hudbou a zvuky, které klient vytváří, a hudba mu poskytuje okamžitou zpětnou vazbu. Postupně dochází k jasnému vymezení struktury improvizované hry a rozvoji interakce mezi klientem a terapeutem. Jde o tzv. hudební interakci, při níž je zřejmé, kdo si bere prostor v improvizovaném hudebním dialogu, co klient a terapeut dělají dohromady a co dělá klient sám nezávisle na terapeutovi. Zvyšuje se tak informovanost klienta o celé situaci na základě jeho vlastní zkušenosti.

**Kontaktní píseň:** z prvotní zvukové a rytmické improvizace při reflexi a identifikaci se rozvíjí hudební téma. Klient nadále improvizuje a muzikoterapeut udává strukturu společné písně a rovněž improvizuje. Stále má však na paměti hudební téma, které vzešlo ze strany klienta. Důraz je kladen na vzájemnou neverbální komunikaci prostřednictvím hudebního média. Klient svou improvizovanou hrou vytváří tzv. hudební impuls, na který muzikoterapeut reaguje dvojím způsobem. Buď hudební impuls adaptuje, a potvrzuje tak rovnost mezi ním a klientem, nebo jej rozvíjí a zdůrazňuje rozdíl ve vztahu klient – terapeut. Vše je ku prospěchu věci, jelikož i nadále terapeut pracuje s kontinuálním uvědoměním klienta v rámci celého muzikoterapeutického procesu, a odráží tak realitu dané situace.

„Metoda kontinuálního uvědomění“ je efektivně užívána při individuální, ale také skupinové muzikoterapii u všech věkových kategorií klientů s vývojovým postižením.

### 13.2.14 ORFFOVA MUZIKOTERAPIE

Německý muzikoterapeutický model „Orffova muzikoterapie“ bývá často zaměňován s hudebně-výchovným systémem Orffův Schulwerk (jeho autorem je Carl Orff). „Orffovu muzikoterapii“ vyvinula přibližně před třiceti lety **Gertrude Orff** v Dětském centru v Mnichově na základě praktických zkušeností ze sociálně-pediatrické praxe. Její muzikoterapeutický model sloužil původně handicapovaným dětem. Dnes se praktikuje v celém Německu u klientů s různými druhy potíží.

Výcvik terapeutů v „Orffově muzikoterapii“ má kořeny v roce 1980, kdy Gertrude Orff začala pořádat semináře o „Orffově muzikoterapii“ na německé soukromé akademii v Mnichově. Semináře měly podobu návazného vzdělávání pro odborníky, kteří pracovali s vývojově postiženými dětmi. Navíc byla pořádána série tří intenzivních seminářů na vysoké škole v Magdeburgu jako součást muzikoterapeutického programu této instituce. Studenti ostatních vysokoškolských muzikoterapeutických programů v Německu si mohou doplnit praktika v „Orffově muzikoterapii“ přímo v Dětském centru v Mnichově. Tato praktika v rozsahu čtyř týdnů až půl roku jsou požadovanou součástí výcviku v „Orffově muzikoterapii“. Po absolvování praktik mohou studenti využít možnosti supervize (Voight, 2003).

Východiska „Orffovy muzikoterapie“ představují elementy hudebně-výchovného systému Orffův Schulwerk. Mezi společné elementy obou přístupů patří:

- hudba je chápána ve svém nejširším významu a zahrnuje společnou prezentaci slova, zvuku a pohybu;
- hudební improvizace je ústředním faktorem, který poskytuje dítěti kreativní stimuly, vytváří strukturu mezi tichem a zvuky, umožňuje mu prozkoumávat a objevovat nové vztahy;
- nástroje Orffova instrumentária jsou používány společně se smyčcovými nástroji, keybordu a perkusivními nástroji. Snadno ovladatelné nástroje instrumentária podporují hudební projev klienta. Pracuje se také s různými materiály, míči, loutkami apod.;
- multisenzoriální vlastnosti hudby (Voight, 2003).

V „Orffově muzikoterapii“ je považován za ústřední faktor terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem. Gertrude Orff kladla důraz na pozitivní předpoklady k vývoji, které vlastní každé dítě. Model má úzké spojení s vývojovou psychologií, neboť poznatky o vývoji člověka pomáhají porozumět vývojovým potížím klientů. Z tohoto důvodu označuje K. Bruscia (1998) „Orffovu muzikoterapii“ jako vývojovou muzikoterapii.

Terapie je vždy orientována na klienta a jeho individuální potřeby. Indikace muzikoterapie vychází z lékařské a psychologické diagnostiky, na základě které terapeut vytváří vývojový profil každého dítěte. Poté je možné formulovat cíle terapie pro jednotlivé klienty. Hlavní terapeutické cíle spadají do těchto oblastí:

- verbální i neverbální výrazové schopnosti;
- kontakt a vztah k druhým lidem;
- výdrž a koncentrace pozornosti;
- sebedůvěra a sebevědomí;
- vnímání a kreativita;
- vlastní iniciativa a samostatné jednání (Společnost pro Orffovu muzikoterapii, 2007).

V „Orffově muzikoterapii“ pracuje terapeut s klientem individuálně nebo v malých skupinkách. Při muzikoterapii dochází často k úzké spolupráci s rodiči. Ti se mohou přímo účastnit muzikoterapeutických setkání, zvláště pokud se jedná o malé dítě

s těžkým kombinovaným postižením. Muzikoterapeut během setkání učí rodiče akceptovat dítě, rozvíjet interakce s dítětem, rozumět projevům jeho chování a naučit se rozpoznávat oblasti, ve kterých se dítě může rozvíjet (Voigt, 2003).

Mezi základní principy „Orffovy muzikoterapie“ patří koncepce **respondivní interakce**. Terapeut akceptuje jakoukoliv iniciativu nebo podněty dítěte a na této úrovni s ním vytváří vzájemné interakce (*izo princip*). Druhá forma terapeutova jednání se nazývá **provokace**. Využívá se v okamžiku, kdy je zapotřebí přinést nové impulzy do terapeutické situace nebo když se začínají projevovat potíže v akcích a interakcích klientů. Tyto principy umožňují vytvářet s klientem interakce na jeho vývojové úrovni a zároveň rozvíjet potřebné kompetence a nové způsoby jednání. M. Voigt (2003) uvádí kazuistiku aplikace „Orffovy muzikoterapie“ u vývojově postižených dětí.

Roku 1999 byla v Německu založena **Společnost pro Orffovu muzikoterapii** (*Gesellschaft für Orff-Musiktherapie*). Jejím cílem je poskytovat vzdělávání, supervizi a podporovat rozvoj „Orffovy muzikoterapie“ (Společnost pro Orffovu muzikoterapii, 2007).

### 13.2.15 ŘÍZENÁ IMAGINACE A HUDBA (BONNY)

„Řízená imaginace a hudba“ (*The Guided Imagery and Music, GIM*)<sup>59</sup> představuje mezinárodně nejrozšířenější model receptivní muzikoterapie. Jeho autorkou je **Helen L. Bonny**, která „Řízenou imaginaci a hudbu“ vytvořila na počátku 70. let 20. století v psychiatrickém výzkumném centru v Marylandu (USA) při experimentální psycho-terapeutické léčbě alkoholiků a klientů v terminálních stádiích rakoviny.

V terapii se pracuje s představami, tělesnými počitky, emocemi, myšlenkami a vzpomínkami, které jsou evokovány při poslechu **klasické hudby**. Tyto vnitřní prožitky a zkušenosti obecně nazýváme **imaginacemi**. Klienti při poslechu často vstupují do změněných stavů vědomí, jejichž potenciál je během terapie využíván k psychické transformaci. **Hudba, vědomí** a jeho **symboly** jsou klíčovými elementy modelu. Podle oficiální definice je „Řízená imaginace a hudba“ považována za „hudebně orientované prozkoumávání vědomí, které nabízí klientům příležitost integrovat mentální, emocionální, tělesné a spirituální aspekty zdraví a přispívá k silnější transcendentální identifikaci“ (Asociace pro hudbu a imaginaci, 2004).

Sezení s klientem obvykle trvá 1,5–2 hodiny. Skládá se z několika fází (Dánská společnost pro Řízenou imaginaci a hudbu, 2004):

**První fáze:** slouží k poznání klienta, jeho problémů, potřeb a změn od předešlých sezení. Na základě obsahu rozhovoru s klientem terapeut vybírá vhodnou hudbu.

**Druhá fáze:** je přípravou na poslech hudby. Terapeut poskytuje klientovi řízenou imaginaci (může zahrnovat dechové techniky, progresivní svalovou relaxaci), která prohlubuje ponoření do jeho vnitřního světa a představ.

<sup>59</sup> Správný překlad tohoto terapeutického modelu do češtiny by měl znít *Provázená imaginace a hudba* (myslí se provázená terapeutem). V ČR se však zžil překlad *Řízená imaginace a hudba*, proto jej zde ponecháváme.

**Třetí fáze:** klient prožívá zkušenost s poslechem hudby. Většinou leží se zavřenýma očima a vypráví o svých spontánních imaginacích. Terapeut má za úkol nedirektivním způsobem tyto imaginace podněcovat.

**Čtvrtá fáze:** je věnována integraci klientových zkušeností. Zaměření terapeutického sezení a možnosti, jak tyto zkušenosti mohou být užitečné v běžném životě klienta, ovlivňují způsob práce v této fázi sezení. Klienti často kreslí mandaly.

„Řízená imaginace a hudba“ se používá primárně v psychoterapii a poradenství. Ve své tradiční podobě je kontraindikována psychotickým, emocionálně instabilním nebo mentálně postiženým klientům (tamtéž). Prakticky je aplikována v mnoha podobách terapeutické práce a také pro osobnostní a transpersonální rozvoj s intaktní populací, matkami během těhotenství, pro klienty s různými druhy závislostí, zneužití, s neurózami, somatickými a psychosomatickými poruchami, terminálními chorobami. Po klientech není požadována předchozí zkušenost s vážnou hudbou. V současné době se „Řízená imaginace a hudba“ praktikuje v Severní a Jižní Americe, Oceánii a deseti evropských zemích.

### 13.2.16 TOMATISŮV POSLECHOVÝ PROGRAM

„Tomatisův poslechový program“ (*Tomatis Listening Programm*) vytvořil francouzský lékař **Alfred Tomatis**. Model vychází z poznatků multidisciplinárního oboru zvaného audiopsychofonologie. Jejím důležitým zjištěním je, že problémy v naslouchání jsou primární příčinou mnoha potíží v učení a chování. Naslouchání je důležitou součástí sensorické integrace, tzn. způsobu, kterým vnímáme a organizujeme materiál zprostředkovaný našimi smysly. Klienty s poruchou sensorické integrace z pohledu audiopsychofonologie charakterizuje A. Tomatis nejčastěji jako klienty, kteří:

- nemají dobré selektivní slyšení, tzn. nejsou schopni rozlišit různé frekvence, z nichž se skládá lidská řeč;
- nejsou schopni filtrovat zvuky, které obsahují irelevantní informace; tyto zvuky přicházejí zvenčí nebo zevnitř organismu skrze kostní spojení;
- jsou dominantní na levé ucho, jež má delší a složitější spojení s mozkovými centry analyzujícími řeč, tzn. tito lidé pracují s neúplnými zvuky, které navíc přicházejí se zpožděním do mozkových analyzátorů;
- neumějí zachytit energetizující zvukové frekvence, proto nedokážou využít terapeutický potenciál, který obsahují různé zvuky;
- trpí nízkou stimulací vestibula (v důsledku špatné percepce a organizace auditivních signálů), která způsobuje hyperaktivní chování, motorické potíže nebo únavu (Sollier, 2004).

K terapii je používáno zařízení, jež A. Tomatis nazval **elektronické ucho**. Recipient naslouchá zvukům, které jsou přepínány mezi dvěma kanály (*gating*). V jednom kanále jsou zesíleny zvuky nízkých frekvencí a ve druhém zvuky vysokých frekvencí. To pomáhá trénovat svaly, které kontrolují kladívko a kovádlínku ve středním uchu.

Jejich oslabení bývá v některých případech příčinou problémů slyšení. Při léčbě je používána **filtrovaná hudba**, která obsahuje právě ty frekvence, jejichž slyšení má být posíleno (Tomatis používal celkem osm filtrů). Pro desenzibilizaci slyšení prostřednictvím kostního spojení jsou při poslechu elektronickým uchem užívány různé vibrátory (recipient se takto učí rozlišovat zvuky, které slyší běžným způsobem od zvuků, které přicházejí zevnitř organismu).

Terapie klientů probíhá v centrech pro Tomatisovu léčbu. Délka terapeutického programu respektuje individuální potřeby klientů. Průměrná délka programu je kolem 70 hodin, které jsou rozvrženy do tří bloků s několika týdenními přestávkami mezi jednotlivými bloky.

„Tomatisův poslechový program“ je adresován osobám se specifickými poruchami učení, poruchami koncentrace pozornosti, řeči, autismem a dalšími potížemi se senzoryckou integrací a snížením motorických schopností v důsledku vestibulární dysfunkce. Výzkum ukázal, že tato terapie může pomoci také při terapii depresí, výuce cizích jazyků, rozvoji komunikačních dovedností, kreativity a pro zlepšení pracovních výkonů. „Tomatisův poslechový program“ není určen klientům se ztrátou sluchu nebo hluchotou. To je doménou audiologů (Sollier, 2004).

### 13.2.17 VIBROAKUSTICKÁ TERAPIE (SKILLE)

Jedná se o terapeutický model, který vyvinul v 80. letech norský neurolog, lékař a pedagog **Olav Skille**. Tento model využívá léčebných účinků pulzujících tónů nízké frekvence. „Vibroakustická terapie“ je definována jako „použití sinusoidálních<sup>60</sup>, nízkofrekvenčních zvukových vln v rozmezí 30–120 Hz, které jsou smíchány s hudbou a určeny k terapeutickým účelům“ (Skille in Wigram, 1996, s. 36).

O. Skille zkoumal použití vibroakustické stimulace nejprve u dětí s těžkým somatickým, mentálním a kombinovaným postižením. Původně ke stimulaci používal velké reprobedny umístěné naproti pytlům naplněným fazolemi. Skille objevil, že mechanické vibrace mohou navodit hlubokou svalovou relaxaci. Výjimečný terapeutický efekt přisoudil nízkým frekvencím basového zvuku. Nízké sinusoidální frekvence zkombinoval s běžně poslouchanou hudbou. Tím položil základ „Vibroakustické terapii“ i jejím příbuzným odnožím.

Z akustického hlediska rezonují různé partie lidského těla nejvíce v rozmezí 40 až 80 Hz, který je hlavním frekvenčním rozmezím „Vibroakustické terapie“. Nemocné orgány nebo narušené systémy mění své přirozené vibrační frekvence. K jednotlivým poruchám je vybírán konkrétní nízkofrekvenční rozsah. Účinky „Vibroakustické terapie“ spadají podle Skilleho do tří kategorií (Skille, 1991):

- spasmolytický a svalově relaxační efekt;
- zvýšená cirkulace krve;
- vliv na vegetativní systém.

<sup>60</sup> Sinusoidální znamená, že tento zvuk neobsahuje vyšší harmonické tóny.



Vybavení pro „Vibroakustickou terapii“ zahrnuje:

- tzv. vibroakustickou jednotku – zvukovou židli, zvukovou postel nebo zvukovou krabici;
- dvojitý CD přehrávač, mixér, zesilovač a reprobedny;
- CD s nahrávkami nízkofrekvenčního sinusoidálního zvuku a hudby (Wigram, 1996).

Při terapii spočívá klient na speciálně vybavené „zvukové židli“ nebo „zvukovém lůžku“, zatímco hudba a zvukové masážní frekvence jsou vysílány do jeho těla prostřednictvím zesilovačů a reproduktorů. Nízkofrekvenční zvuk je nahráván na magnetofonovou pásku nebo CD a smíchán s běžně poslouchanou hudbou. Hudba doprovázející nízkofrekvenční tóny je vybírána podle preferencí klienta. Ve Skilleho programech se používají tři druhy doprovodné hudby:

- relaxační hudba;
- vážná hudba;
- populární hudba (Skille, 1991).

„Vibroakustická terapie“ byla v počátku používána k navození relaxace u spastických svalových poruch. S přibývajícimi výzkumnými závěry byla terapie rozšířena také o další poruchy. Podrobný popis možností „Vibroakustické terapie“ s případovými studii lze najít ve *Vibroakustickém manuálu* (1991). Podle T. Wigrama (1996) tyto poruchy spadají do pěti hlavních patologických oblastí:

- bolestivé stavy (migrény, fibromyalgie, revmatismus, menstruace, koliky ad.);
- svalové potíže (centrální obrna, roztroušená mozkomíšni skleróza, Rettův syndrom ad.);
- plicní potíže (astma, cystická fibróza, plicní emfyzém, metachromatická leukodystrofie ad.);
- obecné somatické problémy (vysoký krevní tlak, zhoršená cirkulace krve, pooperační rekonvalescence, potíže způsobené stresem ad.);
- psychosomatické poruchy (nespavost, úzkostné a depresivní poruchy, sebeпоškozuující chování, autismus ad.).

Při nevhodně prováděné terapii byly zjištěny tzv. **symptomy přesycení** – úzkost, svalová bolest, únava nebo nepříjemně silná srdeční aktivita. Některým klientům je „Vibroakustická terapie“ kontraindikována, obecně při hypotonii, angině pectoris, psychotických a poúrazových stavech nebo krvácení. Z etických důvodů by měla být prováděna pouze terapeutem s profesionálním zázemím ve zdravotnických oborech.

„Vibroakustická terapie“ je nyní praktikována v celé řadě zemí. Její praktické vykonávání je podloženo ucelenou teoretickou bází a rozsáhlým výzkumem. Účinek vibrační na lidský organismus zjišťovalo mnoho výzkumů.

Skilleho experimenty jsou zaznamenány ve *Vibroakustickém manuálu* (Manual of Vibroacoustic, 1991). Z roku 1997 pochází disertační práce Anthonyho Wigramy s názvem *Účinky Vibroakustické terapie na mnohonásobně postižené dospělé s vysokým svalovým tonem a spasticitou* (*The Effect of VA therapy on Multiply Handicapped Adults with High Muscle Tone and Elasticity*). Tato práce dokázala, že použití hudby kombinované s nízkofrekvenčním zvukem je účinnější v redukci vysokého svalového tonu než hudba samotná. *Vibroakustický manuál* i Wigramova disertační práce jsou volně přístupné na Skilleho internetových stránkách: <http://members.tripod.com/~quadrillo/index-2.html>.

A. Wigram rozvinul praxi „Vibroakustické terapie“ v Harperburské nemocnici v Hertfordshiru ve Velké Británii. Při této nemocnici založil oddělení „Vibroakustické terapie“, které nabízí služby klientům se speciálními potřebami a zapůjčuje vybavení pro „Vibroakustickou terapii“. Wigramova další výzkumná práce zahrnuje výzkumy týkající se terapie sebepoškození, úzkosti nebo Rettova syndromu.

### 13.2.18 VOKÁLNÍ PSYCHOTERAPIE (AUSTIN)

Americká muzikoterapeutka **Diane Austin** definuje „Vokální psychoterapii“ jako využívání hlasu, písní a rozhovorů k intrapsychické a interpersonální změně člověka. V terapeutickém procesu mají hudba i slova stejnou váhu – budují důvěru, nabízejí podporu, definují problémy, stimulují vnitřní život, umožňují přístup k emocím, odhalují nevědomé oblasti, ovlivňují klientův psychoterapeutický proces a pomáhají integrovat nové zkušenosti. Efektivita slov i hudby závisí na tom, kdy, jak a kým jsou využity. D. Austin využívá vokální psychoterapii většinou při práci s dospělými pacienty s psychickými problémy, emocionálními traumaty a mentálním poškozením, které se vyskytlo v průběhu raného věku ve fázi *attachmentu* – připoutání k blízké osobě. Mnoho aspektů tohoto přístupu je však využíváno i u ostatních typů populace.

D. Austin aplikuje mnoho muzikoterapeutických technik: dechová cvičení, tónování (*toning*), vokální improvizace, využívání písní apod. Austin je mezinárodně uznávaná pro své techniky vokální podpory (*Vocal Holding Techniques*), volné asociativní zpívání (*Free Associative Singing*) a práci s přírodními zvuky. Tyto techniky sama vytvořila a pracuje na nich od roku 1994 (Austin, osobní rozhovor, New York, 2006).

„Už když přicházíme na svět, tak svým hlasem oznamujeme své narození ... instinktivně vydáváme první zvuky a nasloucháme...“ (Austin in Crowe, v tisku). Během prvních pár měsíců je vokální interakce mezi matkou a dítětem v řeči a v písni. Podle D. Austin je toto období klíčové pro psychický vývoj dítěte, vývoj jeho schopností vnímat sebe sama a pro vývoj interpersonálních vztahů mezi dítětem a jeho okolím. Toto zvukové spojení odráží emocionální vztah mezi matkou a dítětem. Pokud však kontakt chybí, může to vážně ovlivnit schopnost dítěte vybudovat pevný vztah k matce a způsobit problémy v navazování intimních vztahů v budoucnosti. D. Austin to nazývá ztrátou svého osobního hlasu (*Lost Voice*).

#### **Dýchání**

Prvním krokem „Vokální psychoterapie“ je dýchání. Nalezení osobního hlasu souvisí s nalezením pravdy o sobě samém, své identity. To podmiňuje být ve vztahu se svým tělem, znovu se tam „zabydlet“, a to skrze hluboké dýchání. Dech je životní síla, která

propojuje naši mysl, tělo a duši. To, jak dýcháme, odráží naši osobnost, emoce, naše psychické problémy.

### ***Přírodní zvuky***

Podle D. Austin přírodní zvuky automaticky doprovázejí naše emoce. Jde například o zvuky při zívání, pláči, smíchu, překvapení, strachu, ospalosti apod. Většina lidí je vědomě nebo nevědomě potlačuje. Práce s nimi může vzbuzovat pocity úzkosti a ponížení, protože odrážejí část pacientova *self*, část jeho osobnosti, která byla v minulosti potlačena. Akceptování těchto zvuků a emocí s nimi spojených může pomoci klientovi uvědomit si a přijmout sebe sama.

### ***Tónování***

Jde o vědomé využívání vokálů k obnovení tělesné rovnováhy. Zvukové vibrace uvolňují zablokovanou energii, rezonují v konkrétních oblastech těla, uvolňují emocionální nebo fyzický stres, napětí a emoce. Tónování zahrnuje neverbální zvuky, které pomáhají klientovi plynule dýchat, najít rovnováhu mezi psychickou a fyzickou energií. Tónování ve dvojici může být velmi intimní záležitostí. Výměna energie a vibrací během tónování je podle D. Austin přirovnávána k tělesným dotykům (Austin, osobní rozhovor, New York, 2006). Tvoření zvuků a tónů je cestou k dosažení neviditelného světa představ, vzpomínek a asociací. Opakující se tónování může fungovat jako most mezi vědomými a nevědomými obsahy lidské psychiky.

### ***Vokální improvizace***

Vokální improvizace může být v hudební psychoterapii viděna ze tří úhlů, jako tvořivá zkušenost „tady a teď“, jako cesta k nevědomým obsahům lidské psychiky nebo jako symbolický jazyk. Improvizace přichází z impulzivních podnětů, které, nejsou-li blokovány, dovolují klientovi volné vokální nebo instrumentální sebevyjádření. „Vokální psychoterapie“ je podle D. Austin viděna jako improvizací celek, ať klient hraje, zpívá nebo hovoří o svých problémech (Austin, osobní rozhovor, New York, 2006).

### ***Techniky vokální podpory***

Techniky vokální podpory (*Vocal Holding Techniques*) vycházejí z vokální improvizace. Jejich základem je hraní dvou akordů na klavír (může být také jeden nebo tři) v kombinaci s využitím terapeutova hlasu. Klient vokálně improvizuje společně s muzikoterapeutem. Improvizací struktura dvou střídajících se akordů představuje předvídatelný, bezpečný hudební a psychologický rámec, který dovoluje pacientovi opustit „vědomé“, „kontrolované“ a ponořit se do „fyzického“. Jednoduchost hudby, hypnotické opakování dvou akordů v houpavém rytmu a vokální improvizace na slabiky (nebo později slova) mohou vyvolat psychický stav podobný transu. To pomáhá terapeutické regresi, ve které jsou nevědomé obsahy (emoce, představy a vzpomínky) zpřístupněny, znovu zpracovány a integrovány. Tato technika poskytuje spolehlivý a bezpečný základ pro klientovu vokální improvizaci a podporuje budování vztahu klienta s jeho skutečným *self*.

### ***Volné asociativní zpívání***

Tato technika vychází z techniky vokální podpory a Freudových volných asociací. Muzikoterapeut zde hraje aktivní roli. Podporuje klienta nejen při objevování jeho *self*, ale pracuje i s verbálními obsahy, které se v průběhu volného asociativního zpívání objevují.

K využití většiny těchto technik je podle Diane Austin nutné psychoterapeutické nebo muzikoterapeutické vzdělání. „Verbální a hudební intervence se překrývají a podporují jedna druhou. Hudba a slova pomáhají společně vzbuzovat emoce a vytvářet bezpečné prostředí pro jejich vyjádření“ (Austin, osobní rozhovor, New York, 2006).

### **13.2.19 VOLNÁ IMPROVIZACE (ALVIN)**

Muzikoterapeutický model „Volná atonální rytmická improvizace“ se dnes označuje obvykle zkráceně jako „Volná improvizace“ (*Free-Improvisation*). Založila jej **Juliette Alvin** v 50. letech 20. století. Jedná se o neverbální metodu, o spontánní hudební improvizaci (Alvin, 1984).

Model vychází z pozorování vývoje hudby v 20. století, který směřuje k dříve nemyslitelným hudebním postupům a zkoumá nové zvukové možnosti. Tato hudba často není uzavřena do pevné hudební formy a obsahuje mnoho disonancí a hluku, na který jsme si zvykli. Směřováním k atonalitě se přibližuje hudebnímu projevu hudebně neškolených lidí, jejich vnímání a způsobu vytváření hudby. „Volná improvizace“ oprostuje klienty od tradičních pravidel tonality a hudební formy, poskytuje jim naprostou svobodu v hudebním vyjadřování.

Z psychologických teorií má „Volná improvizace“ blízko k Freudovu psychoanalytickému konceptu. Poněvadž má člověk vrozený sklon organizovat své jednání, mohou být jeho prožitky vyjádřeny rytmickou nebo melodickou strukturou. Dynamické síly lidské psychiky tímto způsobem nacházejí tvar ve spontánně vzniklé hudební formě a hudebním výrazu. Klient může sám sebe pozorovat a zjistit, zda chce být sám nebo ve skupině. Hudební improvizace staví most mezi jeho světem fantazie a konkrétními hudebními zážitky, se kterým se lze identifikovat. V improvizaci se odráží zlepšení nebo zhoršení stavu klienta (Alvin, 1984).

Centrální úlohu má ve „Volné improvizaci“ **terapeutický vztah** – platí zde podobné zákonitosti jako v humanisticky orientovaných modelech muzikoterapie. Terapeut se chová spíše nedirektivně, akceptuje hru klienta a provází jej hudební zkušeností. Hudba působí jako facilitátor rozvoje jejich vzájemného vztahu (ve skupině se jedná také o vztah mezi jednotlivými klienty). Podle J. Alvin (1978) dochází během terapie k navazování série různých vztahů mezi klientem a nástrojem, klientem a terapeutickým nástrojem, klientem a hudbou, klientem a terapeutovou hudbou, klientem a terapeutem, klientem a ostatními klienty atd.

J. Alvin používala nástroje jako zvonkohru, xylofon, kytaru, violoncello, flétnu, klavír, bubny (tamtéž). Na tyto nástroje mohou klienti hrát, jakýmkoliv způsobem chtějí. Hudební improvizace trvá 3–8 minut. Po skončení improvizace následuje diskuse a společné sdílení zážitků.

Ve skupině není během improvizace žádný dirigent ani vedoucí, terapeut se však hry účastní a může ji ovlivňovat. Řízení takové skupiny je pro muzikoterapeuty jedním z nejtěžších úkolů. Každý má zde své místo, může sledovat určité tempo nebo takt, vést druhé nebo být veden. Tichá koncentrace na začátku improvizace je velmi náročná, dokáže však spojit všechny účastníky. Každý člen skupiny začíná, jak a kdy chce.

Někdy terapeut určuje téma pro improvizaci. Svobodné vytváření hudby je pro klienty vynikajícím výrazovým prostředkem. Mnoho autistických nebo psychotických lidí používá hudbu jako útočiště, ve kterém nemusí respektovat pravidla okolní reality. Přesto jim zvláštní vlastnosti rytmu, melodie a hra terapeuta nabízejí snadněji srozumitelnou alternativu pro řád, organizaci a strukturu. „Volná improvizace“ může být novým hudebním zážitkem, který nestojí ve vztahu s předchozím selháním. Pomocí hudby dostává klient možnost se úspěšně vyjádřit.

Klient by měl díky modelu získat hudební, percepční a kognitivní dovednosti, motorickou kontrolu a porozumění způsobu, jak se jeho jednání v reálném světě promítá do hry na hudební nástroj. Jedinci s autismem a mentálním postižením akceptují neverbální zvuky jako prostředek k dorozumění, který pozvolna přijímá formu a zprostředkovává uspokojivý sebeobraz. Prostřednictvím „Volné improvizace“ našlo mnoho klientů s postižením cestu k rozvoji své osobnosti (Alvin, 1984).

### 13.2.20 VÝVOJOVÁ MUZIKOTERAPIE (WOOD)

Muzikoterapeutický model „Vývojová muzikoterapie“ (*Developmental Music Therapy*, dále DMT) představuje systém muzikoterapeutických postupů, které vycházejí ze zákonitostí vývojové posloupnosti. Toto pojetí vývojové muzikoterapie bylo založeno a praktikováno v Rutland Centru v Georgii a Athénách pro děti s vážnými poruchami chování a emocí (Wood, 1974). Za zakladatelku tohoto modelu je považována **Mary Wood** společně s kolektivem dalších autorů.

Jak uvádí J. S. Peters (2000), DMT propojuje muzikoterapii s dětskou a vývojovou psychologií, speciální pedagogikou i s dětskou a adolescentní psychiatrií. Pro vytyčení terapeutických cílů vychází z posloupnosti normálního vývoje dítěte. DMT se používá především u malých dětí okolo 2–3 let věku, ale s úspěchem se v některých zařízeních využívá i u starších dětí a mládeže (okolo 14 let). Muzikoterapeuti tímto způsobem nejčastěji pracují s dětmi s poruchami chování. Nastavují jednotlivé techniky tak, aby vytvořili bezpečný rámec pro osobnostní vzdor dětí, který je žádoucí součástí jejich vývoje. Dále strukturují jednotlivé techniky tak, aby u nich posílili rozvoj praktických dovedností v sociálním kontextu. Na základě muzikoterapeutických technik se u dítěte postupně rozvíjejí nejen hudební dovednosti, ale také komunikační schopnosti a nové vzorce chování a prožívání.

M. Wood (1974) připomíná, že muzikoterapeuti berou v potaz vývojové hledisko i z toho důvodu, aby mohli optimálně navrhnout jednotlivé muzikoterapeutické techniky, které budou odpovídat vývojové úrovni dítěte, a tak usnadní rozvoj jeho schopností a dovedností, stejně jako sociální a emocionální adaptability.

DMT nabízí sérii muzikoterapeutických technik, které se snaží podporovat děti při jejich aktivitách a rozvíjet jejich tvořivost, muzikálnost i sociální dovednosti. Tyto techniky se snaží (Peters, 2000):

- prostřednictvím hudby vyvolávat u dítěte příjemné a pozitivní pocity;
- umožnit dítěti, aby zažilo pocit úspěchu;
- rozvíjet hudební dovednosti dítěte, a tak mu pomáhat k pevné a úspěšné pozici ve vrstevnické skupině;
- rozvíjet kooperaci mezi dětmi navzájem v kontextu jasně vymezených pravidel;
- skupinovou i individuální muzikoterapii převádět do nových situací.

Cílem takto vymezeného obsahu muzikoterapeutických technik je rozvíjet dítě ve čtyřech základních oblastech:

- chování;
- komunikace;
- socializace;
- vzdělávání.

Tyto oblasti jsou postupně rozvíjeny v rámci pěti stupňů (Peters, 2000):

**První stupeň:** děti se učí reagovat na příjemné zvuky okolního prostředí a postupně se prohlubuje důvěra mezi nimi a muzikoterapeutem.

**Druhý stupeň:** děti se učí specifickým hudebním dovednostem. V průběhu tohoto učení se rozvíjí komunikace a spolupráce ve skupině. Dítě se učí používat slova, která by ostatní oslovila konstruktivním způsobem, a učí se adekvátně reagovat na vzniklé životní situace, které dané muzikoterapeutické techniky vytvářejí. Muzikoterapeut se snaží navodit takové situace, aby dítě mohl pochválit a současně mu pomohl zažít pocit úspěchu.

**Třetí stupeň:** děti se učí pomocí vlastní hry na hudební nástroje komunikovat s muzikoterapeutem i ostatními dětmi. Rozvíjí se tak neverbální skupinová komunikace, pohybové schopnosti dětí a jejich sociální chování. Aktivity používané během tohoto stupně vyžadují spolupráci a sdílení mezi jednotlivými členy skupiny navzájem. Díky ní pak dochází k vytvoření vlastní skupinové hudby.

**Čtvrtý stupeň:** muzikoterapie se zaměřuje na skupinové vazby. Děti se učí oceňovat své výkony i výkony ostatních. Měly by si postupně začít vážit dané skupiny a pociťovat k ní sounáležitost.

**Pátý stupeň:** děti se učí generalizovat své hudební dovednosti v jiných podmínkách než klinických. Během tohoto stupně poskytují muzikoterapeuti konzultace a pomáhají dětem, aby se zapojily do hudebních kroužků, orchestrů a kapel, které jsou v jejich prostředí.

Jak děti procházejí jednotlivými stupni terapie, zvyšuje se jejich přizpůsobivost v běžných podmínkách. Muzikoterapeuti se snaží vést děti tak, aby byly schopné optimálně obstát v každodenním životě.



## 14. MUZIKOTERAPEUTICKÝ VÝZKUM

*Jiří Kantor*

Mezi základní složky oboru muzikoterapie patří teorie, praxe a výzkum. Každá z těchto složek slouží rozdílným účelům. Ačkoliv široká veřejnost vnímá muzikoterapii především z hlediska její praxe, jsou teorie a výzkum velmi důležité nástroje pro rozvoj její praktické složky. Systematický výzkum je navíc nezbytný pro růst a odbornou akceptaci jakékoliv profese.

Muzikoterapie nemá vlastní specifické výzkumné metody – osvojila si výzkumné metody používané v ostatních humanitních oborech. Zde se výzkumy dělí podle různých kritérií na výzkumy základní a aplikované, teoretické a empirické, longitudinální a průřezové, komparativní a interkulturní, prognostické, akční nebo historicky orientované. V muzikoterapii i ostatních směrech expresivních terapií však zdaleka nejčastěji mluvíme o výzkumech kvantitativních a kvalitativních. Právě těmto druhům výzkumů se nyní budeme podrobněji věnovat.

### 14.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Na počátku vědeckého poznávání terapeutických účinků hudby se výzkum utvářel podle modelu přírodních věd s důrazem na kvantitativní výzkumné metody. **Kvantitativní výzkum** v muzikoterapii se zabývá především měřitelnými fyziologickými reakcemi a pozorovatelným chováním při stimulaci hudbou. Je typický pro oblast medicíny a behaviorálních přístupů, kde existuje velké množství výzkumné databáze (Maranto in Saperston, West, Wigram, 2000). Paradigma kvantitativního výzkumu však nevyhovuje potřebám zkoumání novějších medicínských koncepcí (psychosomatické teorie, psychoneuroimunologie) ani muzikoterapii v některých dalších oblastech klinické praxe. D. Amir (2003), A. Wigram (in Heal, Wigram, 2003) a další autoři poukazují na neadekvátnost čistě vědeckého pojetí muzikoterapie.

Y. S. Lincoln a E. G. Guba (in Amir, 2003) ukazují, že východiska kvantitativního výzkumu spočívají nejméně v pěti předpokladech:

**Ontologický předpoklad:** realita může být rozdělena do částí, které mohou být studovány nezávisle na sobě. Objekt výzkumu je měřitelný, pozorovatelný a data mají být kvantifikována.

**Epistemologický předpoklad:** existuje oddělení mezi pozorovatelem a pozorovaným objektem, mezi poznávajícím a poznávaným.

**Předpoklad o předvídatelnosti a generalizaci:** to, co funguje v určitém čase a prostoru, bude fungovat stejně i v jiném čase a prostoru.

**Předpoklad o lineární kauzalitě:** každý následek má svou příčinu a naopak.

**Axiologický předpoklad o svobodě v hodnocení:** Procedura výzkumu je kontrolovatelná tak, aby nebyly ovlivněny výsledky výzkumu.

### **Zaměření kvantitativního výzkumu**

Kvantitativní výzkum v muzikoterapii se podle K. Bruscii (1998) zabývá nejčastěji třemi proměnnými:

**Stimul:** vstup, popř. jakýkoliv aspekt fyzického nebo psychologického prostředí, který zvyšuje nebo snižuje četnost reakcí (včetně léčby a intervence).

**Organismus (subjekt):** osobnost včetně jejích tělesných, emocionálních, behaviorálních nebo sociálních charakteristik.

**Reakce:** výstupy nebo jakékoliv odpovědi, které subjekt vykoná jako reakci na stimul.

### **Cíle kvantitativního výzkumu**

Výzkumné cíle kvantitativního výzkumu v muzikoterapii se nejčastěji týkají:

- incidence (výskyt nebo prevalence určitého jevu);
- měření (způsob, jak nejpřesněji a nejspolehlivěji měřit určité proměnné);
- korelace (jak se jedna proměnná mění ve vztahu ke druhé proměnné);
- činitelů (kteří činitelé jsou společní nebo jedineční mezi jednotlivými proměnnými);
- vývoje (jak se mění určitá proměnná v závislosti na čase a růstu);
- srovnání (zda jsou nějaké rozdíly mezi dvěma a více proměnnými);
- léčby (zda se mění určitá proměnná v závislosti na léčbě);
- interakce (zda jsou rozdíly mezi dvěma proměnnými výsledkem jiné proměnné).

Ačkoliv muzikoterapie je zároveň vědou i uměním, pro uznání profesionálního statutu muzikoterapie byly přejaty vědecké výzkumné metody a terminologie s důrazem na kvantitativní výzkumné metody.

## **14.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM**

Mladší kvalitativní výzkum se začal rozvíjet od 60. let v zahraničních zemích. V oblasti expresivních terapií tyto metody rychle zdomácněly a staly se hlavním nástrojem výzkumné praxe. Kvalitativní výzkumné metody jsou totiž pro terapeutickou praxi velmi efektivní a dokážou zachytit mnoho důležitých informací o terapeutickém procesu, které kvantitativní výzkum neukáže (Smeijsters, 2007). Zaměřují se na celek, který není redukován na jednotlivé proměnné.

Kvalitativní výzkum je svojí povahou deskriptivní. V muzikoterapii umožňuje zkoumat mnohaúrovňové vztahy mezi klientem, terapeutem a hudbou. Jak uvádí D. Amir (2003), zkušenost v muzikoterapii je komplexní. Terapie je proces zahrnující kvality jako kreativitu, intuici, inspiraci, postoje, záměry a spirituální elementy. Podle H. L. Bonny (in Amir, 2003) jsou terapeutické změny popsitelné spíše zkoumáním subjektivní zkušenosti člověka než pozorováním jeho chování a měřitelných znaků. Posun od objektivních k subjektivním pohledům popírá absolutní pravdu výzkumu, stejně jako možnost nalezení jediné správné metody. Na rozdíl od kvantitativního není možné v kvalitativním výzkumu oddělit část od interaktivního prostředí, neboť systém není pouhým součtem svých částí. Také není důležité ptát se, co bylo příčinou čeho – A i B se vyvíjejí a mění navzájem. Kvalitativní výzkum není pouhým hromaděním faktů.

Novému paradigmatu kvalitativního výzkumu odpovídá tzv. **zakotvená teorie** (*Grounded Theory*). Jejími zakladateli jsou B. Glaser a A. Strauss. Teorie spočívá v uceleném popisu, analýze a interpretaci dat. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali – začínáme zkoumanou oblastí, přičemž necháváme vynořit to, co je v dané oblasti významné. Zakotvená teorie je induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje (Strauss, Corbinová, 1999).

### **Zaměření kvalitativního výzkumu**

Podle K. Bruscii (1998) patří mezi čtyři hlavní kategorie zaměření kvalitativního výzkumu v muzikoterapii na:

- události (chování, interakce, události, kontextuální podmínky terapie);
- zkušenosti (jak osoba chápe, vnímá, cítí a přemýšlí o události, jiné osobě nebo věci);
- výtvoř (objekty, které jsou výsledkem událostí nebo zkušeností získaných v terapii);
- osoby.

### **Cíle kvalitativního výzkumu**

Následující cíle jsou typické pro kvalitativní výzkum:

- holistický popis – podrobný popis a konstrukce celého pole určitého jevu s ohledem na jeho kontext;
- popis podstaty – identifikace náležitostí, které dávají jevu jeho podstatný význam;
- analýza – identifikace, klasifikace a vysvětlení vzorců, témat a pravidel, které mohou být v daném jevu pozorovány;
- vytváření teorie – vývoj propozic, konstruktů a principů, které popisují a umožňují získat vhled do určitého jevu;
- interpretace – nalezení hlubokých nebo latentních struktur nebo vrstev zapuštěných v určitém jevu;
- rekonstrukce – znovuvytváření určitého jevu prostřednictvím použití symbolů, metafor, výtvarného umění, hudby, tance, dramatu apod.;
- kritika – kritická evaluace dat, jevů nebo celých výzkumných studií;
- sebeprozkoumávání – výzkumníkovy analýzy a interpretace jeho vlastních procesů, zkušeností, výtvořů.

Typické **vlastnosti** kvalitativního výzkumu jsou:

- výzkumník pracuje v přirozeném prostředí, ve kterém se jevy vyskytují (ne v laboratorních podmínkách);
- výzkumník (pokud je to vhodné) může mít přímý kontakt se subjekty nebo jevem, který zkoumá (může být proto v roli pozorovatele i zúčastněného).

Kvalitativní výzkumné metody jsou v současné době hlavním výzkumným nástrojem v oblasti expresivních terapií. Představují posun ke snaze o pochopení osobnosti klienta jako celku a porozumění jeho subjektivnímu světu s jeho interpretacemi.

### 14.3 ROZDÍLY MEZI KVANTITATIVNÍM A KVALITATIVNÍM VÝZKUMEM

Některé podstatné rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem lze shrnout do následujících bodů:

#### *Filozofické zázemí*

**Kvantitativní výzkum:** vychází z pozitivistické filozofie. Je založen na předpokladu, že svět kolem nás a jevy v něm jsou objektivně měřitelné. Výzkum by mělo být možné kdykoliv reprodukovat se stejnými výsledky (Chrásková, 1998).

**Kvalitativní výzkum:** vychází z fenomenologické filozofie. Tvrdí, že svět kolem nás není objektivní, ale subjektivní. Neexistuje jedna realita nás všech, každý má vlastní interpretaci světa. Výzkum je dlouhodobé, hlubší a osobně zúčastněné hledání (Amir, 2003, Strauss, Corbinová, 1999).

#### *Cíle*

**Kvantitativní výzkum:** snaží se zevšeobecnit. Testuje přitom jednu složku teorie.

**Kvalitativní výzkum:** cílem je porozumění a pochopení jevů. Musíme zapomenout na všechny teorie, objevujeme něco nového.

#### *Výzkumné postupy*

**Kvantitativní výzkum:** používá deduktivní výzkumné postupy. Vycházíme při něm z již hotové teorie.

**Kvalitativní výzkum:** používá induktivní výzkumné postupy, neboť teorii vytváří.

#### *Výzkumník*

**Kvantitativní výzkum:** požadavek na maximální objektivnost postupů výzkumníka. Ke stejným závěrům by se mělo dojít, i když by výzkum prováděl kdokoliv.

**Kvalitativní výzkum:** výzkumník musí zapomenout na předchozí zkušenosti. Potřebuje, aby se člověk, který je předmětem výzkumu, otevřel. Jedná se o výzkum tváří v tvář. Velmi záleží na interpretacích výzkumníka. Výzkum je vždy subjektivní, neboť kvalitativní výzkum nepočítá s objektivně popsatelem realitou.

### **Soubor**

**Kvantitativní výzkum:** souborem je vzorek, který by měl reprezentovat rozložení populace podle Gaussovy křivky. Soubor je ve srovnání s kvalitativním výzkumem mnohem větší. Pro zvýšení validity výzkumu se často používá kontrolní skupina.

**Kvalitativní výzkum:** soubor představují obvykle malé skupinky nebo jednotlivci. Výzkum se často provádí na základě případových studií a má rozsáhlou dokumentaci.

### **Oslovení**

**Kvantitativní výzkum:** pro autora vědecký plurál (my), pro zkoumané osoby subjekt nebo respondent.

**Kvalitativní výzkum:** píše se v 1. osobě jednotného čísla. Zkoumanou osobu nebo skupinu označujeme jako případ.

### **Kritéria kvality**

**Kvantitativní výzkum:** základními kritérii kvality výzkumu jsou validita, reliabilita a objektivita výzkumu (Chráska, 1998).

**Kvalitativní výzkum:** výše uvedené pojmy zde mají poněkud jiné významy. Mezi kritéria kvality patří dlouhý a intenzivní pobyt v terénu, masivní sběr dat, kritická sebe-reflexe a především triangulace neboli negativní případy, pomocí kterých ověřujeme, je-li vytvořená teorie v pořádku (Gavora, 2000).

### **Postup**

**Kvantitativní výzkum:** zkoumaná problematika se vymezuje stanovením hypotéz, které zjišťují vztah mezi dvěma jevy. Výzkum by měl přinést jejich ověření nebo vyvrácení. K nejčastějším technikám sběru dat patří dotazník, pozorování, rozhovor a sociometrie. Při ověřování platnosti hypotéz se užívají statistické metody (Klementa, Komenda, Kunert, 1984). Moderní statistickou metodou, která umožňuje zpracování velkého množství dat a zjištění vzájemných korelací mezi nimi, je faktorová analýza (Chráska, 1998).

**Kvalitativní výzkum:** teorie se testuje a zdokonaluje na jednotlivých případech. Na počátku se stanoví výzkumná otázka, která formuluje záměry výzkumu (Strauss, Corbinová, 1999). Typickou technikou sběru dat kvalitativního výzkumu je kvalitativní interview (delší, velmi propracované interview s otevřenými otázkami), pozorování, psaní deníku, rozhovor, studium a analýza produktů a písemných materiálů (Smith a kol., 2003). K popisování jevů se používá technika kódování (otevřené, axiální nebo selektivní kódování), při které je každý pozorovaný jev označen nějakým kódem. Mezi postupy pro interpretaci patří analytická indukce a konstantní komparace. Při analytické indukci se vytváří teorie na jednotlivých případech, dokud není teorie nasycená (dokud ji jednotlivé případy nevyvrací). Při konstantní komparaci se hledají souvislosti neustálým porovnáváním jednotlivých případů. Postupy při vytváření zakončené teorie v kvalitativním výzkumu popisuje podrobně A. Strauss a J. Corbinová (1999).

## 14.4 UKÁZKY KVANTITATIVNÍCH A KVALITATIVNÍCH VÝZKUMŮ

### *Ukázka č. 1 (kvantitativní výzkum)*

**Název:** Vliv Vibroakustické terapie na multihandicapované dospělé se zvýšeným svalovým tonem a spasticitou.<sup>61</sup>

**Výzkumný soubor:** tři muži a sedm žen, všichni se svalovou spasticitou těžkého stupně ve věkovém rozmezí 28–77 let. Nejběžnější motorické potíže zahrnovaly addukční spasticitu kyčelních kloubů a spasticitu flexorů na rukou i nohou.

**Účel studie:** experiment se zaměřil na zjištění vlivu „Vibroakustické terapie“ při redukci svalového tonu u klientů s centrálními obrnami. Výzkumné hypotézy zněly takto: a) Sedativní hudba v kombinaci s nízkofrekvenčním sinusoidálním pulzem o frekvenci 44 Hz má větší vliv na snížení svalového tonu u osob s centrální obrnou než samotná sedativní hudba; b) Sedativní hudba v kombinaci s nízkofrekvenčním sinusoidálním pulzem o frekvenci 44 Hz má větší vliv na snížení krevního tlaku než samotná sedativní hudba.

**Výzkumné metody:** výzkumný experiment zahrnoval dva dílčí experimenty. První experiment zahrnoval aplikaci 30minutové terapie na vibroakustické jednotce (s nízkofrekvenčním zvukem 44 Hz). Druhý experiment probíhal se stejnou sedativní hudbou, avšak bez nízkofrekvenčního zvuku (pro zjištění účinku placebo efektu). Nízkofrekvenční zvuk v tomto experimentu vystupuje jako nezávislá proměnná. Každý z experimentů se 6krát opakoval, přičemž krevní tlak a svalová spasticita byly měřeny před každým opakováním i po něm (pretest, posttest).

**Zjištění:** studie ukázala statisticky významný rozdíl patrný ve zvýšení rozsahu pohybů a snížení svalového tonu při aplikaci sedativní hudby kombinované s poslechem nízkofrekvenčního zvuku. Nebyl však zjištěn žádný statisticky významný rozdíl na krevní tlak při srovnání výsledků obou experimentů.

**Význam studie:** studie potvrdila efektivitu „Vibroakustické terapie“ při léčbě klientů se spastickými typy centrálních obrn. Její vliv byl zjišťován pomocí měření svalového tonu a také měření rozsahu pohybů, který může být omezen právě vlivem působení spasticity.

### *Ukázka č. 2 (kvantitativní výzkum)*

**Název:** Vliv muzikoterapie na sebehodnocení adolescentů s poruchami chování.<sup>62</sup>

**Účel studie:** zjistit vliv muzikoterapie na sebehodnocení adolescentů s poruchami chování.

<sup>61</sup> Wigram, T. (1996). *The Effects of Vibroacoustic Therapy on Clinical and Non-clinical Population*. (PhD Thesis). London University, St. George's Medical Hospital School.

<sup>62</sup> Haines, J. H. (1989). *The Effects of Music Therapy on Self-Esteem of Emotionally-Disturbed Adolescents*.



**Výzkumný soubor:** 19 klientů bylo vybráno tak, aby vytvořili vhodný výzkumný soubor. Ten byl dále rozdělen do dvou skupin – deset klientů se účastnilo muzikoterapie a devět klientů bylo zařazeno do tradiční verbální psychoterapie.

**Výzkumné metody:** klienti byli testováni před začátkem terapie a po jejím ukončení. Jako pretest i posttest byl použit CSEI (*Coopersmith Self-Esteem Inventory*).

**Zjištění:** výsledky neukázaly žádné statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými terapeutickými skupinami nebo mezi pretestem a posttestem muzikoterapeutické skupiny. Nicméně odpovědi některých klientů týkající se zařazení do terapeutické skupiny byly velmi významné. „Všichni klienti v muzikoterapeutické skupině byli spokojeni se svým zařazením. Na druhé straně všichni (s výjimkou jednoho klienta) v tradiční verbální psychoterapeutické skupině byli se svým zařazením nespokojeni. Tento postoj klientů přetrvával po dobu celé terapie a významně ovlivňoval jejich motivaci k práci v terapeutických skupinách“ (Haines, 1989, s. 80).

Jiný rozdíl se týkal tematického materiálu jednotlivých klientů. Témata muzikoterapeutické skupiny se týkala přátelství, osamělosti a heroismu. Jeden z klientů prohlásil: „... je to dobrý pocit, přijít a hrát na buben, když jsem naštvaný“ (Haines, 1989, s. 88). Témata druhé skupiny se týkala zklamání. Například po rozdělení do skupin jeden klient prohlásil: „Nechci být v této skupině. Učím se tím, že něco dělám, ne mluvením“ (tamtéž). Uvedené a další rozdíly byly zjistitelné spíše pomocí kvalitativních postupů (vlastní pozorování terapeuta a sdělení klientů), které se týkaly více terapeutického procesu než měřitelných výsledků.

**Význam studie:** studie nepotvrdila statisticky významné údaje při ověřování hypotéz, přesto výzkum přinesl zajímavá zjištění. První se týkalo vlivu zařazení do muzikoterapeutické a tradiční psychoterapeutické skupiny na motivaci klientů. Muzikoterapie je z tohoto pohledu značně atraktivnější a možná také méně „stigmatizovaná“ forma terapie. Druhé zjištění se týká výběru vhodné metodologie pro další výzkumy. Potvrzuje, že v muzikoterapeutickém výzkumu mají své místo jak kvalitativní, tak kvantitativní metody a mohou se navzájem doplňovat.

### **Ukázka č. 3 (kvalitativní výzkum)**

**Název:** Významné okamžiky v muzikoterapeutickém procesu podle zkušeností a popisů muzikoterapeutů i klientů.<sup>63</sup>

**Účel studie:** prozkoumat význam a prohloubit porozumění muzikoterapeutické zkušenosti. Výzkumné otázky byly formulovány takto: a) Jaké jsou nejvýznamnější okamžiky v muzikoterapeutickém procesu pro klienty a terapeuty? b) Jak tyto okamžiky vznikají a jakým způsobem obohacují život klientů a terapeutů?

**Výzkumný soubor:** osm probandů, z toho čtyři terapeuti pracující podle humanistického přístupu a čtyři klienti (účastnili se muzikoterapie alespoň čtyři měsíce).

---

<sup>63</sup> Amir, D. (1992). *Awakening and Expanding the Self: Meaningful Moments in the Music Therapy Process as Experienced and Described by Music Therapists and Music Therapy Clients*. Doktorská práce, New York University.

**Výzkumné metody:** pro sběr dat byl použit kvalitativní rozhovor, každé interview bylo přepsáno, organizováno a analyzováno do kategorií podle principů zakotvené teorie.

**Zjištění:** analýza ukázala 15 významných elementů (okamžiků) v muzikoterapii, z toho 12 okamžiků na intrapersonální úrovni (okamžiky uvědomění a vhledu, přijetí, svobody, ucelenosti a integrace, ukončení a úspěchu, krásy a inspirace, spirituality, důvěrnosti se sebou samým, radosti a extáze, hněvu, strachu a bolesti, překvapení a vnitřní proměny) a tři na interpersonální úrovni (okamžiky tělesné blízkosti mezi terapeutem a klientem, hudební blízkosti mezi terapeutem a klientem a těsného kontaktu mezi klientem a významnou osobou v jeho životě). Tyto okamžiky neměly pouze jednu dimenzi a nepřicházely za sebou lineárně. Všechny byly prožívány jako multidimenzionální a některé byly prožívány zároveň s jinými.

Kvalitativní analýza umožnila vyhledat faktory, které tyto okamžiky vyvolávaly. Mezi ně patří hudba, zkušenost a intuice, připravenost klienta, adekvátní použití znalostí muzikoterapeuta, odvaha a důvěra. Vliv těchto okamžiků na život klientů obnášel zlepšení sebedůvěry, tělesného a emocionálního zdraví a interpersonálních vztahů. Také přispěly k rozšíření vědomostí terapeutů a k jejich osobnostnímu růstu.

**Význam studie:** výzkum pomohl identifikovat některé významné zkušenosti muzikoterapie a lépe porozumět významu práce muzikoterapeutů. Důležitým aspektem výzkumu bylo také prověření způsobu, pomocí kterého terapeuti a klienti popisují své zkušenosti v muzikoterapii.

## 14.5 METAANALÝZA

Mezi moderní výzkumné metody, kterým se v zahraničí věnuje velká pozornost, patří **metaanalýza**. Jedná se o metodu pozorování, vyhodnocování a integrace výsledků publikovaných o určitém tématu. Vzniká z potřeby orientovat se ve stále rostoucí informační explozi výsledků publikovaných výzkumů (Ferjenčík, 2000). Je to syntetické objasnění určité problematiky, která zahrnuje a porovnává velký počet dílčích výzkumů.

Metaanalýza je v České republice málo užívaná, zčásti snad i proto, že vychází ze zpracovávání většího množství existujících výzkumů, kterých je u nás nedostatek. Počet muzikoterapeutických a příbuzných výzkumů v některých zahraničních zemích však odpovídá potřebám této výzkumné metody. Tento stav dokumentují přehledy muzikoterapeutických výzkumů, které provedli např. B. Wheeler (1988), A. Decuir (1986), D. Gilbert (1981), J. A. Jellison (1973) a další (in Heal, Wigram, 2003). Jako příklad zde uvádíme přehled muzikoterapeutických výzkumů (Decuir in tamtéž) publikovaný v *Muzikoterapeutickém časopisu* v letech 1964–1986<sup>64</sup>.

<sup>64</sup> Celkový počet výzkumů v USA by byl dnes pochopitelně mnohonásobně vyšší a obsahoval by patrně některé nové kategorie, neboť v současné době dochází k prudkému nárůstu poznatků v mnoha oblastech muzikoterapeutické teorie i praxe.

TITUL	POČET ČLÁNKŮ
<b>Klinická oblast</b>	
Speciální pedagogika	28
Dětská a adolescentní psychiatrie	14
Mentální retardace a vývojové poruchy	45
Řečové a komunikační postižení	11
Psychiatrie dospělých	19
Alkohol a drogové závislosti	6
Komunitní péče	12
Gerontologie	11
Skupinová psychoterapie	16
Behaviorální přístupy	44
Obecná medicína	11
Sluchové postižení	9
Zrakové a tělesné postižení	10
Muzikoterapie a autismus	8
<b>Celkem</b>	<b>246</b>
<b>Teoretická oblast</b>	
Hudební psychologie/vliv hudby na chování	51
Filozofie, hudba a psychoanalýza	10
O muzikoterapii	40
Evaluace v muzikoterapii	9
<b>Celkem</b>	<b>110</b>
<b>Výcvik</b>	
Vzdělávání a výcvik muzikoterapeutů	33
<b>Celkem</b>	<b>33</b>

Metaanalýzy mají velký praktický význam, neboť umožňují pozorovat směřování muzikoterapeutického výzkumu a zjistit, do jaké míry jsou pokryty různé oblasti muzikoterapeutické teorie i praxe v jednotlivých zemích.

## 14.6 SPECIALIZOVANÁ PRACOVNÍŠTĚ A ZDROJE VÝZKUMŮ

Z evropských institucí podporují muzikoterapeutický výzkum City University (Velká Británie), univerzita Witten/Herdecke (Německo), *Muzikoterapeutická laboratoř* v Nijmegen nebo *Centrum pro výzkum kreativních terapií KenVaK* (obojí v Holandsku).

Výsledky muzikoterapeutických výzkumů jsou uveřejňovány v odborných muzikoterapeutických časopisech<sup>65</sup>:

*Muzikoterapeutický časopis (Journal of Music Therapy)*

*Muzikoterapeutické perspektivy (Music Therapy Perspectives)*

*Umění v psychoterapii (The Arts in Psychotherapy)*

*Severský časopis muzikoterapie (Nordic Journal of Music Therapy):*

viz <http://www.hisf.no/njmt>

*Muzikoterapie dnes (Music Therapy Today):*

viz [www.musictherapyworld.de/index.html](http://www.musictherapyworld.de/index.html)

*Hlasy: Světové fórum pro muzikoterapii (Voices: A World Forum for Music Therapy):*

viz [www.voices.no](http://www.voices.no)

K dalším zdrojům informací o aktuálních muzikoterapeutických výzkumech patří odborné časopisy jednotlivých muzikoterapeutických asociací, např. *Britský časopis muzikoterapie (British Journal of Music Therapy)*, *Australský časopis muzikoterapie (Australian Journal of Music Therapy)* a další. Evropská muzikoterapeutická konfederace (viz [www.musictherapyworld.de](http://www.musictherapyworld.de)) uveřejňuje na svých internetových stránkách seznamy výzkumů některých členských států (pouze výzkumy na magisterském nebo doktorském stupni vzdělání).

## 14.7 MUZIKOTERAPEUTICKÝ VÝZKUM V ČESKÉ REPUBLICE

Muzikoterapeutický výzkum v České republice se nachází teprve v počátcích svého vývoje. Spíše bychom mohli mluvit o sporadických studiích zaměřených na problematiku muzikoterapie. V posledních letech se i u nás začínají prosazovat metody kvalitativního výzkumu. Doposud neexistují specializovaná pracoviště, takže současné výzkumné projekty probíhají pod záštitou některých zdravotnických, školských a sociálních institucí nebo pedagogických, psychologických a lékařských fakult na jednotlivých univerzitách. Muzikoterapeutickým výzkumům v našich podmínkách zcela chybí odborná garance. Jejich budoucímu rozvoji by mohla pomoci spolupráce se zahraničními instituty pro muzikoterapeutický výzkum.

K českým výzkumným muzikoterapeutickým projektům patří „Interpersonální hypotéza hudby“ (Knobloch, Knoblochová, 1998). Odborné studie o muzikoterapii při léčbě gerontopsychiatrických poruch publikoval Miloš Vojtěchovský (Linka, 1997). Z disertačních prací se zaměřením na muzikoterapii můžeme citovat disertaci Vladimíra Mikuly s názvem *Podíl muzikoterapie v rehabilitaci schizofrenní psychózy* (Linka, 1997, Mikula in Syříšřová, 1982), disertaci Marie Břicháčkové s názvem *Problémy sluchové percepce z pohledu muzikoterapie* (2006) nebo současné disertace Matěje Lipského, Jany Weber nebo Tomáše Procházky.

<sup>65</sup> U volně přístupných internetových publikací jsou uvedeny internetové adresy.

## ZÁVĚR

Za posledních několik let jsme mohli být u nás, ale také v některých zahraničních zemích, svědky nebývalého rozvoje muzikoterapie. Práci na této knize, která trvala několik let, komplikovala skutečnost, že mnohé zásadní věci se měnily téměř ze dne na den. V důsledku seznamování s novými zdroji informací jsme celý obsah knihy několikrát aktualizovali.

Výsledná podoba knihy však, bohudík, nemůže zastavit další vývoj oboru. Tato kniha si nečiní nárok na nic více než na úvod do problematiky muzikoterapie. Proto bychom chtěli zájemcům o tento obor doporučit, aby pokračovali ve studiu literatury a dalším sebevzdělávání. V současné době jsou již přístupná systematická studia muzikoterapie, která nenahradí sebelepší publikace. Také bychom chtěli podpořit tvořivé hledání různých možností terapeutických aplikací hudby, nikoliv pouhou reprodukci technik. K získání aktuálních informací o muzikoterapii v České republice doporučujeme sledovat internetové stránky [www.muzikoterapie.cz](http://www.muzikoterapie.cz)

*Autoři*

# PŘÍLOHY



## **PŘÍLOHA A: KLASIFIKACE MUZIKOTERAPIE (BRUSCIA)**

*Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Bruscia, 1998).*

Klasifikace představuje dvoudimenzionální model definující muzikoterapeutické přístupy podle úrovně a oblastí muzikoterapeutické praxe.

### **1 Úrovně muzikoterapeutické praxe**

Úrovně muzikoterapeutické praxe se týkají rozsahu, hloubky a významu terapeutické intervence a dosažených změn. Model popisuje tyto úrovně muzikoterapie:

- pomocná;
- rozšiřující;
- intenzivní;
- primární.

#### ***Pomocná úroveň***

Pomocná úroveň (*Auxiliary Level*) zahrnuje veškeré funkční použití hudby pro neterapeutické, ale přidružené účely. Na této úrovni se nejedná o muzikoterapii, prováděná hudební činnost je však v těsném vztahu k muzikoterapii.

#### ***Rozšiřující úroveň***

Rozšiřující úroveň (*Augmentative Level*) slouží k posílení výsledků jiných léčebných intervencí a k dosažení významných dílčích výsledků v celkovém terapeutickém plánu klienta.

#### ***Intenzivní úroveň***

Intenzivní úroveň (*Intensive Level*) má centrální nebo nezávislou roli ve směřování prioritních cílů v terapeutickém plánu klienta. Výsledkem jsou významné změny stavu klienta.

#### ***Primární úroveň***

Primární úroveň (*Primary Level*) má nepostradatelnou nebo jedinečnou úlohu pro naplnění hlavních terapeutických potřeb klienta. Výsledkem jsou pronikavé změny v osobnosti klienta a jeho životě.

Úrovně praxe byly klasifikovány na základě následujících kritérií:

**Vztah praxe vzhledem k primárním zdravotním potřebám:** mají cíle muzikoterapeutické praxe terapeutickou povahu? Pokud ano, je jejich zaměření okrajové, podpůrné nebo centrální ve vztahu k primárním zdravotním potřebám klienta? Čím více zodpovědnosti přebírá muzikoterapeut vůči naplnění primárních zdravotních potřeb klienta, tím více směřuje praxe k intenzivní, popř. primární úrovni.

**Klinická nezávislost:** pokud muzikoterapie sdílí odpovědnost v dosažení hlavních terapeutických cílů s jinými terapeutickými přístupy nebo pokud se dotýká pouze omezených aspektů terapeutického plánu klienta, jedná se o rozšiřující úroveň. Pokud muzikoterapie přebírá hlavní roli v naplnění klíčových oblastí terapeutického plánu nebo pokud se zabývá širokým spektrem terapeutických cílů, jedná se o intenzivní nebo primární úroveň.

**Vztahy mezi klientem, hudbou a terapeutem:** pokud chybí jeden z uvedených elementů (terapeut, klient, hudba), nejedná se o muzikoterapii (pomocná úroveň). Pokud se vyskytují jiné role než terapeut – klient (např. student – učitel), jedná se o rozšiřující úroveň. Pokud se jedná o role terapeut – klient se všemi požadavky, které z těchto rolí vyplývají, praxe je definována na intenzivní nebo primární úrovni.

**Úrovně hudební zkušenosti:** praktiky, které závisejí na prehudebních, parahudebních nebo nehudebních zkušenostech, jsou na pomocné úrovni a nedefinují se jako muzikoterapie. Praktiky, které zahrnují primárně hudební a extrahudební zkušenosti, se nacházejí na rozšiřující, intenzivní nebo primární úrovni.

**Ucelenost léčby:** ucelenost léčby se týká širě terapeutického procesu. Na rozšiřující úrovni se terapeut dotýká pouze omezeného výčtu klientových potřeb. Na intenzivní nebo primární úrovni uspokojuje muzikoterapie široké spektrum terapeutických cílů, zatímco terapeut je schopen flexibilně přizpůsobit svůj způsob práce potřebám klienta.

**Hloubka terapeutického procesu:** na pomocné úrovni, která není definována jako terapie, zcela schází systematický proces intervence po dostatečně dlouhé období. O rozšiřující úroveň se jedná nejčastěji v případech, které představují občasné nebo ne příliš frekventované terapeutické jednotky nebo terapii probíhající příliš krátkou dobu. Pokud terapeutická praxe zahrnuje frekventované a pravidelné terapeutické jednotky po dlouhé časové období a pokud se intervence dotýká zjevných i latentních potřeb a potíží klienta, jedná se o intenzivní nebo primární úroveň.

**Hloubka terapeutické změny:** o hloubce terapeutické změny svědčí mnoho faktorů, např. zda je povaha dosažené změny terapeutická, zda se týká symptomů nebo příčin potíží klienta, vědomé nebo nevědomé úrovně atd.

## 2 Oblasti muzikoterapeutické praxe

Oblasti muzikoterapeutické praxe jsou definovány podle primárního klinického zaměření a prvořadých zájmů klienta, terapeuta a instituce hradící terapeutické služby. Zvláštní význam má také vztah mezi klientem a terapeutem a jejich role v tomto vztahu.

Mezi oblasti muzikoterapeutické praxe patří oblast:

- didaktická;
- medicínská;
- léčebná;
- psychoterapeutická;
- volnočasová;
- ekologická.

### **Didaktická oblast**

Cílem didaktické oblasti (*Didactic Area*) je pomoci klientům získat vědomosti, dovednosti a osvojit si určité chování potřebné pro funkční nezávislý způsob života a sociální adaptaci. Cíle v této oblasti mají především edukační charakter. Rozdílné praktiky této oblasti se liší v druzích učení, míře individualizace terapeutických cílů a metod a povaze vztahu terapeut – klient. Obecně mají pět různých zaměření: 1. rozvinutí hudebních vědomostí a dovedností je primárním cílem jako integrální součást funkčního života a sociální adaptace klienta, 2. rozvinutí hudebních vědomostí a dovedností se vztahuje k nehudebním funkcím podle potřeb klienta, 3. hudba a další umělecká média slouží jako prostředek nehudebního učení, 4. hudební výuka představuje záminku a kontext pro terapii, 5. muzikoterapeutické zkušenosti slouží k muzikoterapeutickému výcviku, vzdělávání a supervizi frekventantů a profesionálů.

- Příklady muzikoterapeutických přístupů:
  - na rozšiřující úrovni – muzikoterapie ve speciální pedagogice, behaviorální muzikoterapie, terapie hudebními aktivitami (*Music Activity Therapy*);
  - na intenzivní úrovni – vývojová muzikoterapie s modely „Kreativní muzikoterapie“, „Volná improvizace“, „Orffova muzikoterapie“ a další.

### **Medicínská oblast**

Primárním cílem medicínských praktik (*Medical Area*) je pomoci klientům zlepšit, obnovit nebo udržet tělesné zdraví. Zahrnuje také přístupy zaměřené na psychosociální a ekologické faktory, které významně ovlivňují somatická onemocnění. Medicínské praktiky jsou nejčastěji prováděny muzikoterapeuty na klinikách, v nemocnicích, rehabilitačních centrech, hospicích apod. Praktiky v této oblasti se liší podle rozdílných rolí, které hudba zastává, podle vztahu mezi terapeutem a klientem nebo medicínského významu cílů, délky léčby a zdravotnické instituce.

- Příklady muzikoterapeutických přístupů:
  - na rozšiřující úrovni – hudba v medicíně a hudba v paliativní péči (např. hudba jako prostředek ke zvládnání bolesti a úzkosti během lékařských zákroků);
  - na intenzivní úrovni – rehabilitační muzikoterapie, paliativní muzikoterapie a další.

### **Léčebná oblast**

Léčebná oblast (*Healing Area*) zahrnuje veškeré využití univerzálních vlastností zvuku, vibrací a hudby za účely obnovení harmonie uvnitř jednotlivce nebo mezi jednotlivcem a jeho okolím. V léčebné oblasti je hudba považována za vibrační projev řádu, harmonie a rovnováhy vlastní celému univerzu, který dokáže obnovit tyto kvality v jakékoliv části univerza. Právě univerzální energie nacházející se v hudbě je v tomto modelu prostředkem terapeutické změny – komponenty této energie jsou zvuky a vibrace.

- Příklady muzikoterapeutických přístupů:
  - na pomocné úrovni – např. „Vibroakustická terapie“, tónování, mantrické meditace, léčba gongy;

- na rozšiřující úrovni – hudební léčba (*Music Healing*), která zahrnuje již uvedené přístupy, avšak s větším důrazem na využití hudby;
- na intenzivní úrovni – např. muzikoterapeutické modely „Kreativní muzikoterapie“ nebo „Řízená imaginace a hudba“.

### ***Psychoterapeutická oblast***

Mezi hlavní cíle psychoterapeutické oblasti (*Psychoterapeutic Area*) patří dosažení terapeutické změny v oblasti emocí, seberealizace a spokojenosti, vzhledu, vztahů, spirituality aj. Typickými institucemi psychoterapeutických praktik v muzikoterapii jsou psychiatrické léčebny, poradenská centra nebo soukromá praxe. Praktiky v této oblasti se liší podle šíře a hloubky léčby, rolí hudby a terapeutické orientace terapeuta (např. psychodynamická, behaviorální, kognitivní, humanistická).

#### **■ Příklady muzikoterapeutických přístupů:**

- na rozšiřující úrovni – podpůrná hudební psychoterapie;
- na intenzivní úrovni – náhledová hudební psychoterapie nebo transformativní hudební psychoterapie.

### ***Volnočasová oblast***

Volnočasová oblast (*Recreational Area*) zahrnuje individuální, komunitní i institucionální programy zaměřené na zapojení jednotlivců do volnočasových a sociálních aktivit, které mohou zvýšit kvalitu jejich života. Praktiky v této oblasti se liší podle stupně závažnosti, kterými se volnočasová aktivita dotýká zdravotních potřeb klienta, stejně jako se liší délka a kontinuita léčby.

#### **■ Příklady muzikoterapeutických přístupů:**

- na rozšiřující úrovni – volnočasová muzikoterapie (jako součást volnočasové terapie);
- na intenzivní úrovni – hudba v herní terapii (*Music and Play Therapy*).

### ***Ekologická oblast***

Prvořadým zájmem ekologické oblasti (*Ecological Area*) je rozvoj blahobytu a podpora zdraví uvnitř a mezi různými sociokulturními vrstvami společnosti a mezi společností a jejím fyzickým prostředím. Zahrnuje veškerou práci zaměřenou na rodiny, pracoviště, komunity, společnost a vztahy různých skupin ke svému prostředí. Terapie je opodstatněná, pokud je ohrožen stav zdraví uvnitř vlastních ekologických jednotek nebo pokud některá ekologická jednotka způsobuje zdravotní potíže jejím členům. Praktiky v této oblasti jsou zcela odlišné ve srovnání s ostatními oblastmi. Liší se podle toho, zda jsou zaměřeny na klienta nebo na jeho prostředí. Dále je významná šíře intervence a stupeň změny, který je intervencí dosažen.

#### **■ Příklady muzikoterapeutických přístupů:**

- na rozšiřující úrovni – např. úzdravné hudební rituály (tradiční nebo vlastní hudební rituály) (Moreno, Aigen, Kenny in Bruscia, 1998);
- na intenzivní úrovni – rodinná muzikoterapie nebo komunitní muzikoterapie (viz Stige, 1998).

## **PŘÍLOHA B: ZPŮSOBY PRÁCE V MUZIKOTERAPII (SMEIJSTERS)**

---

*Upravil Jiří Kantor (podle Frütel, 2005).*

### ***Ortoagogická muzikoterapie***

Ortoagogický způsob práce je úzce spojený se speciální pedagogikou.

**Cíl:** podpora vývoje klientů a cvičení narušených funkcí, např. kognitivních dovedností (myšlení, koncentrace, paměť), motoriky, komunikace, emocionálních a sociálních dovedností (schopnost vést a následovat, vnímat ostatní apod.).

**Využití:** u klientů s vývojovým postižením, seniorů nebo u psychogeriatrických onemocnění (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba).

**Specifika terapie:** terapie je velmi strukturovaná a direktivní, terapeut neinterpretuje.

### ***Podpůrná a paliativní muzikoterapie***

Tyto dva způsoby práce jsou navzájem velmi podobné. Terapie je zaměřena spíše na odstranění symptomů než na kauzální léčbu.

**Cíl:** celkové zlepšení kvality života, dosažení emocionální rovnováhy (sebevyjádření, nácvik adekvátního reagování podle situace), v paliativním způsobu také snížení bolesti, vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby apod.

**Využití:** klienti, u kterých se nedá očekávat výraznější a trvalá pozitivní změna, např. s těžkým mentálním postižením, u terminálně nemocných.

**Specifika terapie:** terapie má formu provázení klienta, který se učí žít se svou nemocí, postižením a problémy.

### ***Reedukativní muzikoterapie***

Reedukativní způsob práce se také nazývá „před zrcadlem“ (poskytuje klientovi zrcadlo pro jeho chování).

**Cíl:** aktivizace aktuálních kognitivních schémat a problematických vzorců chování, jejich ovlivnění a rozšíření repertoáru jednání klienta.

**Využití:** ve vězeních, u osob s různými druhy závislostí, lehkými poruchami osobnosti, poruchami nálady, chování, úzkostnými poruchami. Reedukativní způsob se často spojuje s kognitivní a rodinnou terapií.

**Specifika terapie:** důležité zaměření na „tady a teď“, procvičování vhodnějších alternativ jednání, vytvoření náhledu a časté interpretace.

### ***Rekonstruktivní muzikoterapie***

Rekonstruktivní způsob práce se také označuje „za zrcadlem“ (slouží ke zkoumání nevědomé minulosti klienta).

**Cíl:** uvědomění nevědomých obsahů, konfliktů a pocitů, jejich znovuprožití a odstranění v rámci terapeutického vztahu.

**Využití:** u klientů s neurózami, traumatickou minulostí a u mnoha dalších psychických poruch.

**Specifika terapie:** terapeut hodně interpretuje. Během terapie často pracuje se symboly, metaforami a narativními technikami. Rekonstruktivní způsob práce klade velké požadavky na osobnost terapeuta, jeho odbornou přípravu a terapeutické dovednosti.



## **PŘÍLOHA C: MODEL Y MUZIKOTERAPIE V INKLUZIVNÍCH EDUKAČNÍCH PROGRAMECH (MCWILLIAM)**

---

*Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle McWilliam in Kern, 2004).*

### ***Model č. 1: individuální***

**Umístění:** v muzikoterapeutické nebo jiné místnosti oddělené od třídy.

**Zaměření terapie:** podle individuálních potřeb žáka.

**Spolužáci:** nejsou přítomni.

**Role muzikoterapeuta:** provádí individuální muzikoterapii, konzultuje s učitelem před terapeutickou jednotkou i po jejím skončení.

**Příklad:** muzikoterapeut přichází do třídy, odvádí žáka do muzikoterapeutické místnosti, kde nacvičují komunikaci prostřednictvím hudebních nástrojů. Po skončení terapie vrací žáka do třídy.

### ***Model č. 2: malá skupina***

**Umístění:** v muzikoterapeutické nebo jiné místnosti oddělené od třídy.

**Zaměření terapie:** podle speciálních potřeb žáků.

**Spolužáci:** 1–6.

**Role muzikoterapeuta:** provádí skupinovou muzikoterapii, konzultuje s učitelem před terapeutickou jednotkou i po jejím skončení.

**Příklad:** muzikoterapeut přichází do tříd, odvádí žáky do muzikoterapeutické místnosti, kde společně nacvičují určité sociální dovednosti v hudebních situacích. Po skončení terapie vrací terapeut žáky zpět do tříd.

### ***Model č. 3: jeden na jednoho ve třídě***

**Umístění:** ve třídě, často odděleně od ostatních žáků.

**Zaměření terapie:** podle individuálních potřeb žáka.

**Spolužáci:** přítomni, ale neúčastní se.

**Role muzikoterapeuta:** provádí individuální muzikoterapii. Učitel nevstupuje do terapie, ale poskytuje a dostává informace před muzikoterapeutickou jednotkou i po jejím skončení.

**Příklad:** muzikoterapeut přichází do třídy s hudebními nástroji a dalšími materiály, odchází s žákem stranou, kde se věnují rozvoji schopnosti neverbální komunikace.

### ***Model č. 4: skupinová aktivita***

**Umístění:** třída, herní místnost nebo malá skupina.

**Zaměření terapie:** na všechny žáky ve skupině, jejich sociální dovednosti. Zdůrazňuje individuální potřeby žáků.

**Spolužáci:** někteří žáci ve skupině mají speciální potřeby, jiní ne.

**Role muzikoterapeuta:** provádí skupinovou muzikoterapii ve třídě nebo v herní místnosti se zaměřením na některé žáky. Sdílí profesionální poznatky a zapojuje učitele do plánování a realizace terapeutických opatření.

**Příklad:** muzikoterapeut přichází do místnosti během volnočasových aktivit, celá třída se účastní interaktivních hudebních činností se zaměřením na interakce dotyčného žáka s jeho spolužáky.

### ***Model č. 5: individuální intervence během rutinních činností***

**Umístění:** kdekoliv se žák nachází (třída, herní místnost).

**Zaměření terapie:** přímo na žáka, nikoliv však výlučně na něj.

**Spolužáci:** většinou přítomni.

**Role muzikoterapeuta:** provádí individuální muzikoterapii během rutinních činností ve třídě, v herní místnosti apod. Sdílí s učitelem odborné poznatky o aplikaci muzikoterapeutických strategií, vyměňuje si informace s učitelem před terapeutickou jednotkou i po jejím skončení.

**Příklad:** muzikoterapeut přichází do herní místnosti a pobízí žáka k herní aktivitě s hudebními nástroji, ukazuje žákovi možnosti zapojení do smysluplných volnočasových aktivit. Učitel pozoruje muzikoterapeutovu intervenci.

### ***Model č. 6: poradenství***

**Umístění:** ve třídě i mimo ni.

**Zaměření terapie:** muzikoterapeut pracuje primárně s učitelem v roli poradce. Společně hledají nejlepší strategie, které by mohli vyučující používat pro dosažení vytyčených cílů u konkrétních žáků.

**Spolužáci:** přítomni podle situace.

**Role muzikoterapeuta:** zastává roli odborníka, který poskytuje rady a informace, provádí nácvik terapeutických technik ve vzájemné konzultaci. Muzikoterapeut i učitel se podílejí rovným dílem na definování potíží žáka a vytyčení cílů intervence.

## PŘÍLOHA D: ZPŮSOBY MUZIKOTERAPEUTICKÉ INTERVENCE V MEDICÍNĚ (STANDLEY)

*Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Standley in Saperston, West, Wigram, 2000).*

### 1. způsob: poslech hudby

Jde o poslech hudby samostatný nebo kombinovaný s anestezií, analgezií, sugescí, relaxačními technikami nebo imaginací. Hudba má zde funkci audioanalgetickou, anxiolytickou nebo sedativní. Mezi terapeutické cíle patří redukce bolesti, úzkosti nebo stresu, posílení účinků anestetických a analgetických prostředků, snížení množství medikace a jejích vedlejších účinků. Výsledkem terapeutického poslechu hudby může být také snížení délky hospitalizace.

#### *Indikace*

**Chirurgické zákroky:** před operací pro snížení úzkosti a množství anestetik, během operace ke snížení úzkosti a hladiny zvuků v operační místnosti, po operaci k navození bdělého stavu a snížení nepohodlí, během prvních 48 hodin po operaci ke snížení nežádoucích účinků analgetik (zvracení, bolesti hlavy, nepokoj apod.).

**Dialýza ledvin:** snížení nepohodlí a odvrácení pozornosti od této nepříjemné procedury (bolest, nauzea, omezení pohyblivosti).

**Popáleniny:** snížení bolesti a úzkosti během hydroterapie, transplantace tkáně apod.

**Rakovina:** snížení bolesti a zvýšení účinků medikace.

**Komatózní stavy:** snížení intrakraniálního tlaku.

**Novorozenecké potíže:** u předčasně narozených nebo nemocných novorozenců ke zvýšení přírůstku váhy, snížení bolesti, stresu a délky hospitalizace.

**Další onemocnění a léčebné zákroky:** snížení bolesti a množství medikace u zubních zákroků, potratů a dětských onemocnění.

#### *Dokumentace*

**Fyziologické symptomy:** krevní tlak, pulz, množství medikace, krevní rozbor (množství stresových hormonů).

**Pozorovatelné chování:** zjevné bolestivé a úzkostné reakce, délka hospitalizace a rekonvalescence, množství vedlejších účinků analgetik.

**Reflexe klientů:** škály pro měření pocitů bolesti a úzkosti.

#### *Popis intervence*

Intervence představuje poslech oblíbené hudby pacienta. Častěji než živě hraná hudba se využívá reprodukováná hudba, která vyžaduje vybavení kvalitním reprodukcčním zařízením (včetně sluchátek). Hudba se aplikuje před výskytem stimulů, které navozují bolest nebo úzkost. Pacienti jsou předem obeznámeni se skutečností, že hudba

může pomoci zmírnit jejich bolest, úzkost, nepohodlí aj. Terapeut dovolí pacientovi kontrolovat v nejvyšší možné míře průběh poslechu hudby (hlasitost, manipulaci s hudebními nosiči, pouštění a zastavování hudby). Dále podporuje zjevné projevy relaxace, kooperace, imaginace a slovní sdělení pacienta, jejichž obsah nemá vztah k bolesti nebo úzkosti.

## 2. způsob: aktivní zapojení při hudbě

Aktivní zapojení při hudbě pomáhá zaměřit pozornost a strukturovat tělesná cvičení (tempem, opakováním, délkou, dynamikou a plynulostí). Mezi terapeutické cíle patří snížení bolesti během tělesného pohybu nebo svalových kontrakcí, zvýšení kloubní pohyblivosti a motorických schopností (výdrž, síly, koordinace), zkrácení a usnadnění porodu v kombinaci s Lamazeho technikami nebo zvýšení respiračních schopností (kapacity, síly).

### *Indikace*

**Porodnictví:** během těhotenství pomáhá strukturovat nácvik Lamazeho cvičení a posiluje zaměření pozornosti, během porodu k zaměření pozornosti a snížení pocíťované bolesti, po porodu hudba v kombinaci s předepsaným cvičením ke snížení bolesti a během rehabilitace abdominálních svalů pro dosažení původní velikosti dělohy.

**Chronická bolest:** hudba v kombinaci s předepsaným cvičením pro aktivaci svalů.

**Respirační potíže:** hudba vytváří strukturu při nácviku hlubokého dýchání, zpěv a hra na hudební nástroje (harmonika, flétna) k nácviku strukturovaného dýchání a prohloubení respirační kapacity.

**Fyzioterapie:** hudba pomáhá vytvářet strukturu při cvičení klientů s ortopedickými a neurologickými potížemi, při nácviku lokomoce je hudba využívána pro zvýšení výdrže, zlepšení pohybových vzorců a jejich rytmu.

### *Dokumentace*

**Fyziologické symptomy:** množství analgetické medikace, svalové reakce (EMG), respirační síla (spirometr), pohyblivost kloubů (goniometr).

**Pozorovatelné chování:** frekvence a trvání cvičení, sdělení klientů nemající vztah k bolesti, délka porodu, zjevné bolestivé reakce, kvalita pohybových vzorců, vzdálenost překonaná samostatnou lokomocí klienta.

**Reflexe klientů:** škály měřící zlepšení, intenzitu bolesti, osobní záznamy klientů týkající se jejich cvičení.

### *Popis intervence*

Lékař (fyzioterapeut) vybírá vhodná cvičení pro pacienta. Ohodnotí schopnosti klienta v termínech rychlosti, výdrže, počtu opakování aj. během těchto cvičení. Dále vybere hudbu, jejíž rytmus, délka a další hudební parametry odpovídají výkonu klienta během cvičení a charakteru cvičení (např. *waltz* pro plynulé pohyby, *dance* pro rytmické pohyby). Klient se učí provádět cvičení ve spojení s hudbou. Terapeut mění výběr hudby podle změn ve výkonu klienta a podporuje jeho motivaci ke cvičení. Klient se učí zaměřit pozornost na důležité hudební elementy (např. rytmus hudby), pokud to cvičení vyžaduje.

### 3. způsob: hudba a poradenství

Hudba v poradenství pomáhá iniciovat a podporuje rozvoj vztahů mezi terapeutem, klientem a jeho rodinou. Terapeutické cíle představují snížení stresu a úzkosti spojené se závažným onemocněním nebo úrazem, akceptaci terminálního stavu, rozvíjejícího se nebo vzniklého postižení, tělesných deformit, podpoření interpersonálních interakcí během dlouhotrvajícího stresu nebo pomoc při zařizování osobních záležitostí klienta, osobních nebo rodinných rozhodnutích, výběru léčebných zákroků apod.

#### *Indikace*

Hudba v poradenství je indikována u klientů a rodin, které prožívají dlouhotrvající nebo závažné stresující situace v souvislosti s nemocí (např. úraz, transplantace orgánů, terminální onemocnění, nemoci vedoucí k trvalému postižení) a u hospitalizovaných dětí. Hudba pomáhá iniciovat a udržovat interakce během poradenství a během komunikace s klientem.

#### *Dokumentace*

**Fyziologické symptomy:** množství medikace (analgetika, sedativa), krevní tlak, pulz, hladina stresových hormonů.

**Pozorovatelné chování:** sdělení klientů, která nemají vztah k bolesti nebo stresu, akce vyžadující rozhodování, zjevné projevy úzkosti a stresu, povaha interakcí v rodině klienta.

**Reflexe klientů:** deníky, postojové škály.

#### *Popis intervence*

Poslech nebo aktivní vytváření hudby nabízí příležitosti k vyjádření pocitů (blízkosti, potěšení, úzkosti), verbalizaci, reminiscenci životních událostí aj. Poslech textu písní usnadňuje navázání diskuse s klientem (rozhodující je terapeutova spoluúčast, vřelost a empatie, proto je kontraindikováno použití sluchátek při poslechu hudby). Terapeut se snaží identifikovat zdroj stresu klienta.

V další fázi terapeut pomáhá klientovi učinit důležitá rozhodnutí, přiblížit všechny možnosti volby, jejich výhody i nevýhody a podporuje klienta během realizace konečného rozhodnutí. Terapeut slouží jako poradenský pracovník a usnadňuje komunikaci mezi klientem, jeho rodinou a zdravotnickým týmem. Podporuje u klienta, popř. rodinných příslušníků, osvojení efektivních interpersonálních dovedností (vytváření pozitivních postojů, vyhýbání se obviňování, otevřenost ve vyjadřování pocitů apod.).

Klientům v terminálním stadiu onemocnění terapeut pomáhá např. při návrhu koncepce poslední vůle, výběru hudby pro pohřební obřad, vytvoření záznamu písně nebo poselství pro milovanou osobu.

Klientům se získaným postižením pomáhá identifikovat a rozvíjet jejich aktuální i potenciaální schopnosti a dovednosti. Podporuje akceptaci (verbalizaci) reálného stavu klienta bez pocitu viny, hněvu, lítosti aj. Pomáhá zaměřit pozornost klienta spíše na přítomnost než na minulost. Pokud klient odmítá komunikovat, může mu nabídnout hudbu a opustit místnost klienta. Vyhledává příležitosti k navázání komunikace během příštích návštěv klienta.

#### 4. způsob: hudba pro vývojové a edukační záměry

V tomto způsobu práce hudba podporuje a strukturuje proces učení. Terapeutické cíle představují prevenci regrese vývoje při hospitalizaci nebo zlepšení schopnosti učení.

##### *Indikace*

**Hospitalizované děti a mládež a jejich rodiny:** hudba posiluje motivaci k výukovým cílům, dodává strukturu důležitým informacím. Hudební aktivity pro rodiny seznamují rodiče klienta s důležitostí udržení vývoje a zabránění regrese.

##### *Dokumentace*

**Pozorovatelné chování:** množství splněných úloh, počet chyb, čas věnovaný úkolům, množství naučených informací, samostatnost klientů při sebeobsluze, pozitivní slovní sdělení.

**Reflexe klientů:** vlastní záznamy splněných úkolů.

##### *Popis intervence*

Terapeut využívá hudební aktivity, které podporují celkový vývoj, požadované chování, vzájemné interakce a samostatnost klienta. Specifikuje se na edukační záměry, materiály, způsoby realizace hudebně-edukačních aktivit a zjištění jejich výsledků.

#### 5. způsob: hudba a stimulace

Hudba jako stimulační prostředek podporuje sluchovou stimulaci a působení jiných forem stimulace klienta. Cílem je dosažení reakcí na auditivní, vizuální, olfaktoriální nebo jinou formu stimulace a snížení úzkostných a depresivních stavů, které vznikají vlivem sensorické deprivace v nepodnětném prostředí.

##### *Indikace*

U klientů v kómatu, s těžkými úrazy hlavy (poškození mozku) nebo u předčasně narozených dětí je hudba využívána jako prostředek podporující fyziologické reakce. U klientů v nepodnětném prostředí (např. infekční onemocnění) a dlouhodobě hospitalizovaných pomáhá hudba odstraňovat negativní následky hospitalizace a poskytuje příjemné podněty pro klienty.

##### *Dokumentace*

**Fyziologické symptomy:** vazokonstrikce, respirační tempo, pulz, krevní tlak.

**Pozorovatelné chování:** projevy jemné i hrubé motoriky (např. sání, mrkání, pohyby hlavy, pohyby ústy), změny v náladě (úsměv, pozitivní slovní sdělení).

**Reflexe klientů:** škály úzkosti a deprese.

##### *Popis intervence*

V tomto způsobu práce se rozlišuje intervence pro posílení fyziologických reakcí a intervence pro snížení deprivace:

- **Intervence pro posílení fyziologických reakcí:** používá se oblíbená hudba klienta, u novorozenců to jsou nejčastěji ukolébavky. Hudba se kombinuje s multisenzoriálními aktivitami (hlazení, dotyk, pohybující se vizuální stimuly, jméno klienta, hlasy členů rodiny apod.). Terapeut sleduje fyziologické odezvy



klienta. Pokud se neobjeví žádná viditelná odpověď, lze využít měření pomocí přístrojů ke zjištění přesných fyziologických údajů. Terapeut poskytuje stimulaci za pomoci vybraných stimulačních prostředků a čeká na odezvu. Pokud se dostaví žádoucí reakce, okamžitě ji posiluje použitím dalších stimulačních prostředků. Dále se pokouší spojit navození reakce s verbální instrukcí tak, aby klient začal reagovat na lidský hlas. Postupně se snaží dosáhnout co největšího počtu podnětů, na které klient nějakým způsobem reaguje.

- **Intervence pro snížení deprivace:** také se používá poslech oblíbené hudby klienta s multisenzoriálními stimulačními aktivitami, které jsou přiměřené věku klienta, např. sledování vizuálních stimulů (obrazů), aplikace vůní nebo doteků různých povrchů. U dětí se využívají hračky. Při nemožnosti používat reálné předměty (požadavky na sterilní prostředí u některých onemocnění) terapeut využívá řízené imaginace s doprovodem hudby. Podporuje a posiluje pozitivní odpovědi a imaginace klienta.

## 6. způsob: hudba a biofeedback

Hudba ve spojení s biofeedbackem podporuje a strukturuje fyziologické reakce. Umožňuje zvýšení uvědomění, sebekontroly a monitorování stavu fyziologických procesů.

### *Indikace*

**Epilepsie:** snižuje frekvenci záchvatů navozením relaxace jako reakce na stres dříve, než nastane únava.

**Koronární poruchy:** hudba snižuje krevní tlak, srdeční pulz a tenzi, zlepšuje prokrvení končetin.

**Naučené stresové reakce:** hudba snižuje krevní tlak a hladinu stresových hormonů, uvolňuje svalové napětí.

**Migrény:** snižuje frekvenci migrén tím, že podporuje relaxaci jako reakci na stres.

### *Dokumentace*

**Fyziologické symptomy:** krevní tlak, pulz, vazokonstrikce, hladina stresových hormonů, EEG, EMG (měření svalového napětí), teplota, frekvence záchvatů a migrén apod.

**Pozorovatelné chování:** projevy relaxace, slovní sdělení bez vztahu ke stresu.

**Reflexe klientů:** vlastní záznamy relaxačních cvičení a výskyt fyziologických potíží, škály.

### *Popis intervence*

Používá se oblíbená hudba klienta, jejíž poslech je nejčastěji zprostředkován pomocí sluchátek. Poslech hudby se kombinuje s biofeedbackovou procedurou pro konkrétní fyziologický problém. Klient se dále učí přenést nacvičené dovednosti do běžného života. Terapeut podporuje relaxaci, požadovaný fyziologický stav a pozitivní slovní sdělení týkající se zlepšení psychického stavu.

## **7. způsob: hudba a skupinové aktivity**

Hudba jako součást skupinových aktivit vytváří strukturu pro pozitivní a žádoucí interpersonální interakce. K terapeutickým cílům patří snížení deprese a úzkosti vznikající izolací klientů, celkové zlepšení stavu klienta, jeho pocitu zdraví. Tento způsob práce je indikován klientům, kteří jsou schopni se zapojit do skupinové aktivity, zvláště dětem a dlouhodobě hospitalizovaným.

### ***Dokumentace***

**Fyziologické symptomy:** pulz (sebesledování).

**Pozorovatelné chování:** pozitivní sociální reakce (úsměv, slovní sdělení bez vztahu k nemoci, čas strávený ve skupině).

**Reflexe klientů:** škály pro zjištění nálady a pocitů zdraví.

### ***Popis intervence***

Intervence probíhá v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních. Terapeut stanoví takové místo pro setkávání klientů, ve kterém je co nejméně rušivých vlivů a které nenarušuje léčbu a bezpečnost klientů. Intervence může zahrnovat interaktivní receptivní i aktivní hudební aktivity. Muzikoterapie se mohou účastnit také rodiče, návštěvy, zdravotnický personál, dobrovolníci aj. Setkání lze zakončit relaxací nebo řízenou imaginací pro snížení nepohodlí a přípravu klientů na odpočinek. Klienti jsou vedeni k tomu, aby naučené dovednosti používali také mimo společná setkání (relaxační techniky mohou využít např. při usínání). Terapeut podporuje aktivitu klientů, jejich pozitivní reakce a interakce.

## PŘÍLOHA E: VÝVOJ PŘÍSTUPU K NEMOCI V ČASE A KONTEXT VZNIKU CELOSTNÍHO PŘÍSTUPU

*Tomáš Procházka*

Nemoci označujeme množinu jevů (vzhled, jednání, prožívání, somatické procesy), kterými se odlišuje postižený jedinec v negativním smyslu od normy. Na vývojové spirále konceptu psychického a somatického onemocnění zjišťujeme, že rozpoznávání a regulace tohoto fenoménu probíhá podstatně dříve ve sféře behaviorální, sociální a psychologické než v oblasti biologické. Pocitové faktory předcházejí těm somatickým, fyziologickým. Počátek onemocnění je doprovázen změnami, které jsou prožívány jako ohrožující, a tyto změny utvářejí soubor informací, z nichž ohrožený nebo jiná osoba usuzuje, zda postižený je, či není nemocen. Dodnes jsou kritéria pro identifikaci nemoci především sociální a psychologická, což v důsledku může vést k řadě nedorozumění (např. diabetik při acetonemickém záchvatu je laickým okolím někdy vnímán a považován za intoxikovaného alkoholem). Úvahy prvního řádu (postoj pacienta hodnotícího své potíže) velmi výrazně ovlivňuje výchova, názory získané v dětství, životní zkušenosti a potřeby jedince. Sekundární zhodnocení (nutnost stav jedince odborně vyložit a provést potřebná opatření) je ovlivněno nejen historicky a kulturně, ale důležitou roli hraje i teoretické zázemí, sebezkušenost a osobnostní rovina pomáhajícího. V historii výkladu nemoci můžeme sledovat dvě základní koncepce jejího původu.

**Xenochtonní koncepce** vychází z přesvědčení, že nemoc přichází z venku, např. boží trest, viry, mikroorganismy, počasí, výchova, stresová životní událost apod. Podle **autochtonní koncepce** nemoc přichází zevnitř, např. Hippokratovo špatné rozložení tělesných šťáv, rozkolísání nebo síla našeho imunitního systému, deterministicky pojatá dědičnost. Přes obecně přijatou shodu, že vnější i vnitřní faktory se doplňují, lze jednostranný pohled a argumentaci najít u mnoha konceptů a postupů dodnes.

Interpretace nemoci a přijatá opatření se v různých dobách a různých kulturách liší. Vývoj medicínských názorů v evropské civilizaci dlouho vycházel z psychosomatického pojetí člověka. Ještě výraznější tendenci k holistickému pojetí člověka ve zdraví a nemoci vidíme u některých neevropských medicínských a filozofických konceptů. K výrazné změně dochází v evropském kontextu na přelomu 17. a 18. století, kdy objevy a práce A. Vesalia, T. Sydenhama a dalších znamenaly definitivní konec středověké galénské medicíny. V období revolučních objevů se věda profiluje jako samostatná oblast. Utvářejí se pravidla a požadavky na metodiku vědecké práce s prvními paradigmaty.

### ***Biomedicínské pojetí***

Základní filozofii, a tedy i teorii a metodologii nově se rozvíjejících věd, poskytovalo především Descartesovo učení vyhovující požadavkům tzv. čisté vědecké práce jak svým racionalismem, tak dualistickým řešením, které ponechalo komplikované vztahy těla a duše mimo kompetenci vědeckých přístupů. Na člověka bylo nahlíženo jako na mechanismus, a lékař se tak dostal do pozice odborníka, který má zjistit zákonitosti, podle kterých tento stroj funguje, detekovat poruchy a tyto poruchy napravovat. Toto zjednodušení vedlo ve svých důsledcích k podstatně rychlejšímu rozvoji poznatků v oblasti biologické než v oblasti psychologické a sociální. Teoretické završení biomedicínského modelu nacházíme v díle pruského patologa Rudolfa Virchowa. Nemoc v jeho pojetí je definována především objektivním patologickým nálezem, je to zjištělná a definovatelná porucha tkání, orgánů nebo buněk, která má za příčinný následek určitou specifickou klinickou symptomatologií. Medicína se tak stala legitimní vědou s logickými biologickými zákonitostmi a přestala být čímsi mezi vědou a uměním.

Od Virchowových průkazných a hmatatelných zjištění nastoupil biomedicínský přístup své vítězné tažení, které se v nepříliš změněné podobě projevuje v převážné části medicínského myšlení dosud. S určitým zjednodušením lze říci, že biomedicínský model je zaměřený na nemoc. To vedlo k vynikajícím objevům a výsledkům od vymýcení neštovic až po transplantaci orgánů; není však zaměřený „na nemocného“, což vede k dehumanizaci medicíny, mocenské převaze pomáhajících, ztrátě odpovědnosti pacienta za vlastní zdraví a dalším negativním jevům.

### ***Počátky psychoterapie***

V rovině popisu a regulace somatických procesů a jevů byly výsledky biomedicínského přístupu zřetelné. V oblasti psychických jevů a duševních nemocí však neposkytoval biologický redukcionismus zpravidla uspokojivou odpověď (například selhával zjednodušující popis, který charakterizoval jakoukoliv duševní nemoc jako nemoc mozku – progresivní paralýzu).

Na konci 19. století tak vznikaly první empirické postupy, které můžeme vnímat jako předvědecké počátky psychoterapie. Tyto postupy a experimenty vycházely z praktických zkušeností. Byly často účinné, i když ve snaze vyhovět východiskům a zákonitostem biomedicínského modelu mnohdy využívaly velmi kostrbaté teoretické výklady. Experimenty s hypnózou a sugescí Franze Antona Mesmera byly ještě ve své době označeny za šarlatánství, pozdější práce Jeana Martina Charcota (Janeta, Bernheima a dalších) byly již v odborné komunitě respektovány a pootevřely tak cestu pro vědecký rozvoj psychosociálních oborů a znovuzrození celostního přístupu v medicíně jako takové. Na skutečný vznik psychosociálního medicínského myšlení měly zásadní vliv tři základní teoretické zdroje.

Jednak je to dílo Sigmunda Freuda a jeho žáků. Na **psychoanalýzu** je možné pohlízet jako na vědecky fundovanou snahu o zmapování psychiky člověka ve zdraví a nemoci a na snahu cíleného a racionálního řešení chorobných stavů. Freudovou zásluhou nepochybně zůstává obrácení pozornosti k ontogenezi lidské psychiky (důležitost významu časných vývojových fází života pro pozdější rozvoj onemocnění je platná dodnes). Inspirativní je celá řada dalších jeho objevů a úvah (rozčlenění vědomých a nevědomých psychických pochodů, postulování nevědomých obranných

mechanismů chránících ohroženou psychickou rovnováhu před narůstající úzkostí, objev důležitosti vztahu jedince k významným osobám rozpracovaný na tzv. přenosovém vztahu, jeho sexuální teorie poukazující, že sexuální pud je vrozený a rozvíjí se od dětství). Přes různé výhrady k Freudovým teoriím nebylo možné přehlížet jeho klinické úspěchy, které přinejmenším poukazovaly na to, jak velký význam má duše při vzniku a vývoji tělesných poruch a jak se mohou psychické konflikty zvrátit v symptomy tělesné, a že naopak léčebné působení psychologickými prostředky (psychoterapie) je účinné při odstraňování těchto poruch.

Dalším zásadním odkazem ve vzniku psychosociálního myšlení je práce **Ivana Petroviče Pavlova**, která dokládá důležitost podnětů z psychologické oblasti na chod základních fyziologických funkcí.

Třetím nosným vědeckým přístupem k psychologické problematice byl **pozitivně orientovaný behaviorismus**, rozšiřující úzký pavlovský pohled (sledování izolovaného reflexu) na sledování celkové reakce organismu na podnět se základní výchozí hypotézou, že veškeré projevy jsou naučené nebo naučitelné.

### ***Psychosomatická medicína***

Přes odlišné způsoby práce i značné rozdíly v teoretických předpokladech a výkladech výrazně ovlivnily uvedené psychotherapeutické školy budoucí medicínské myšlení. V dalším vývoji Freudovi pokračovatelé rozšířili pohled o širší psychologickou a především sociální dimenzi. Jejich zásluhou se termín „psychosomatický“ zabydlel v odborné terminologii a začal se běžně používat. Ve 30. letech vznikla **psychosomatická medicína**, která se snaží skloubit biomedicínský a psychosociální pohled. Za zakladatele jsou považováni Franz Alexander a Helen Flanders Dunbarová, kteří ideu psychosomatiky dopracovali a uvedli do široké praxe. V roce 1935 H. F. Dunbarová uveřejnila práci *Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationship* (Emoce a tělesné změny: Přehled literatury o psychosomatických souvislostech) a v roce 1939 vyšlo první číslo časopisu *Psychosomatic Medicine*, kde bylo uveřejněno programové prohlášení psychosomatické medicíny. Výraz psychosomatika se používá dodnes, přestože v současnosti již nevystihuje sjednocující celostní pohled.

Na renesanci celostního přístupu ve vnímání člověka ve 30. letech minulého století měl vliv jednak zmíněný rozvoj psychosociálního myšlení a také určitá krize biomedicínského modelu. Přes pokračující úspěchy, zdokonalující se postupy a technizaci medicíny se ukazovaly jeho nedostatky, především při pokusech o výklad onemocnění jako takového.

Od doby vzniku nebo znovuprosazení psychosomatické medicíny prošel vývoj psychosomatického myšlení řadou změn jak v teoretickém zázemí, tak v širí svého vlivu, který v současnosti přesahuje oblast medicíny a psychoterapie. Vývoj psychosomatického přístupu můžeme rozdělit do tří základních fází.

#### **1. fáze**

Na počátku psychosomatická medicína vycházela z teorie psychogeneze. Tedy z představy, že negativní psychosociální podněty mohou prostřednictvím nervových regulací vyvolat poruchu funkce orgánu nebo orgánové soustavy. Pokud jsou podněty dostatečně silné a trvají dostatečně dlouho, jsou funkční změny trvalé. Porucha byla

vnímána jako orgánová neuróza v psychoanalytickém smyslu. Druhou zásadní složkou původních psychosomatických koncepcí je **teorie specificity**. Vychází z představy, že specifický konflikt vyvolává specifické onemocnění.

F. Alexander např. u nemocných s vředovou chorobou uvádí konflikt mezi neurogenními tendencemi, potřebami, tužbami a opačně působícími silami našeho *ega* a *superega*. Tenze vedoucí k onemocnění je dána konfliktem mezi výraznou potřebou závislosti, potřebou být milován, hýčkáán, krmen a ideální představou muže – silného, racionálního, aktivního, majícího emoce a chování pod kontrolou.

Na základě teorie specificity vznikla skupina psychosomatických onemocnění (tzv. chicagská sedma), do které dále patřila revmatická artritida, atopický ekzém, astma a některá další onemocnění.

## 2. fáze

Pro další vývoj psychosomatického přístupu byla zásadní skutečnost, že praktické zkušenosti a výzkumy postupně teorii specificity vyvrátily. To vedlo k vytvoření **teorie multikauzální etiologie**, která dokládá, že k jednomu onemocnění lze dojít různými cestami (tato hypotéza je platná dodnes). Zároveň psychosomatický přístup integroval **teorii stresu**, kterou formuloval Hans Selye. Popisuje důsledky stresové zátěže na člověka. Stres má pro člověka důležitý pozitivní význam (mobilizuje energetické rezervy organismu při ohrožení). Zároveň stresová zátěž představuje pro člověka řadu rizik. Nadměrná zátěž člověka nejprve mobilizuje, ve 2. fázi dochází vyplavením kortikoidů k rezistenci (útlumu). Pokud ani to nevede k vyvažující reakci a zátěž pokračuje, následuje 3. fáze, charakterizovaná vyčerpáním, dezorganizací obranných mechanismů a fyziologické rovnováhy. Na základě tohoto konceptu vznikla později **teorie životních událostí**, která různým životním situacím přiřazuje bodovou hodnotu podle míry stresové zátěže. Výzkumy v obecné rovině dokazují, že při překonání určité bodové hranice je míra ohrožení v podobě nemoci značná.

## 3. fáze

Současné období je charakterizováno snahou o celostní přístup k člověku ve zdraví a nemoci, při zdůraznění jeho nedělitelné biopsychosociální jednoty. V centru pozornosti je člověk, nikoliv konstrukt nemoci nebo problému, člověk v souvislostech, v kontextu životního příběhu, v životní situaci.



## **PŘÍLOHA F: DOTAZNÍK – HUDEBNÍ ZÁZEMÍ, DOVEDNOSTI A PREFERENCE**

---

*Jiří Kantor*

### **1. Rodinné hudební zázemí**

Poslouchaná hudba: . . . . .  
Aktivní provozování členů rodiny: . . . . .  
Jiné: . . . . .

### **2. Kdy a jak často se klient setkává s hudbou**

Aktivní provozování klientem (zpěv, hudební nástroj): . . . . .  
Koncerty: . . . . .  
Poslech z médií: . . . . .  
Taneční zábavy: . . . . .  
Jiný způsob: . . . . .

### **3. Poslech hudby**

Žánr, interpreti, nahrávky, preference nástrojů: . . . . .  
Funkce poslechu: . . . . .  
Typ nosičů (které může používat doma): . . . . .

### **4. Aktivní provozování hudby**

Zpěv (také jak často a jakou hudbu zpívá): . . . . .  
Hudební nástroj (jak často a jakou hudbu hraje): . . . . .  
Hudebně-pohybové a taneční aktivity: . . . . .  
Jiný druh hudební aktivity: . . . . .  
Hudební vzdělání a zvláštní hudební dovednosti: . . . . .

### **5. Funkce hudby v životě klienta**

. . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

**6. Zvláštní reakce na hudbu během muzikoterapie**

.....

.....

.....

.....

## PŘÍLOHA G: NESTRUKTUROVANÉ VSTUPNÍ OHODNOCENÍ (RUONA)

*Přeložil Jiří Kantor (podle Ruony, 2005).*

	Kontakt/doporučen	Proces ohodnocení	Závěry	Záznam
<b>Základní elementy jednotlivých fází:</b>	Jiní odborníci, přátelé, samotný klient, rodinní příslušníci. Anamnéza, ústní reference, další základní informace. Účel diagnostiky.	Uspořádání a povaha procesu. Vytvoření prostoru a podmínek pro setkání. Akce a pozorování hudebního, verbálního a neverbálního chování.	Nárys celkové koncepce. Zvážení doporučení terapie. Definování vhodných přístupů, struktury a cílů terapie.	Ústně nebo písemně. Doporučení pro další konzultaci nebo započetí muzikoterapie.
<b>Způsoby získávání dat:</b>	Příležitostné studium anamnézy a vyšetření klienta. Objasnění doporučení v případě potřeby. Předpoklady pro setkání s klientem.	<p><b>Prozkoumávání interakcí klient/terapeut.</b></p> <p><b>Klinické interview.</b></p> <p><b>Mapování vztahu klienta k hudbě.</b></p>	Sdílení navržené koncepce a srovnání s postoji klienta. Supervize a odborné konzultace (v případě potřeby).	Kvalitativní popis klientových charakteristických vlastností, problémů a možného prospěchu z terapie.
<b>Rostoucí porozumění klientovi:</b>	Informace aktivují představy, asociace, myšlenky a emoce. Terapeutovy znalosti, klinická praxe a terapeutický rámec.	Použití intuice. Sebereflexe a zkoumání přenosových vztahů. Supervize a konzultace. Poznávání hudby a sociokulturního zázemí klienta.	Spojení zkušenosti s teorií, klinická praxe a vlastní koncept klienta. Porovnávání definované koncepce s anamnézou a pohledy ostatních odborníků.	Zpráva odráží charakteristické rysy osobnosti terapeuta i klienta.
<b>Poznámky:</b>	Rozdílný důraz na studium anamnézy. Snaha o zachování neutrality (vyhnutí schématičnosti).	Terapeutova aktivní role pro vytvoření a udržení vhodných podmínek. Absence formální struktury, testů.	Klient sebe také ohodnocuje. Výsledná koncepce vychází z různých informačních zdrojů.	Vstupní diagnostika v muzikoterapii nabízí informace pro práci interdisciplinárního týmu.

## PŘÍLOHA H: TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA V NÁHLEDOVÉ MUZIKOTERAPII (HANSER)

*Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Hanser, 1987).*

Uvedené schéma představuje návrh struktury terapeutické jednotky v náhledové muzikoterapii. Sestavení hlavních částí schématu, tj. úvod, expozice, provedení, repríza a závěr (coda), je inspirováno sonátovou hudební formou.

- **Warming-up (úvod):** na úspěch orientované, nestresující aktivity připravující jedince na sezení, např.:
  - představení účastníků, záměru sezení a materiálů (hudby), které budou použity;
  - sdílení informací o aktuálním stavu klientů;
  - tělesné a hudební cvičení aktivizující klienty na pozdější práci;
  - cvičení vytvářející důvěru, která reflektují podpůrné prostředí (např. společný zpěv);
  - ohodnocení pocitů a chování před začátkem sezení prostřednictvím projekcí (jak se cítím při této hudbě) nebo pozorování (na jaké prožitky ukazuje verbální nebo neverbální chování klientů).
  
- **Aktivity podporující uvědomění (expozice):** zkušenosti, které umožňují klientům prozkoumat a uvědomit si jejich aktuální stav, např.:
  - receptivní aktivity s introspekci (poslech hudby nebo techniky z modelu „Řízená imaginace a hudba“);
  - neverbální cvičení podporující individuální reakce na hudbu (zrcadlení při hudbě ve dvojicích);
  - projektivní hudební zkušenosti, které umožňují vyjádření prostřednictvím hry na nástroj;
  - modelová hudební situace pro řešení určitého problému;
  - aktivní hudební zkušenost provokující afektivní reakce;
  - modelová hudební situace pro učení nových dovedností a sociálního chování.
  
- **Afektivní aktivity (provedení):** příležitosti k prozkoumávání odpovědí na aktivity podporující uvědomění a vyjádření tohoto nového porozumění v různých dimenzích, např.:
  - následování receptivních hudebních zkušeností aktivními (hudební nebo pohybová improvizace vyjadřující neverbální interpretaci receptivních zkušeností);
  - následování neverbálních cvičení verbálními nebo neverbálními aktivitami, které používají různé hudební prostředky k vyjádření reakcí (např. hudební konverzace na perkusivní nástroje znázorňující interakce, ke kterým došlo během pohybového zrcadlení);

- interpretace projektivních hudebních zkušeností klientem, terapeutem nebo skupinou;
  - diskuse o výběru jednotlivých klientů při modelových hudebních situacích pro řešení určitého problému, příležitosti pro testování alternativ;
  - rozvíjení afektivních reakcí na hudbu prostřednictvím prozkoumávání kontrastních hudebních podnětů a asociovaných reakcí;
  - předvedení nových hudebních dovedností, které se klienti naučili během sezení;
  - zpětná vazba od terapeuta, jednotlivců nebo skupiny identifikující reakce na jakoukoliv z předešlých hudebních zkušeností.
- **Syntéza (repríza):** snaha o integraci uvědomění, vyjádření verbálních/neverbálních i introspektivních/projektivních elementů hudební zkušenosti, např.:
- hudební kompozice pro zachycení, co se událo během sezení;
  - diskuse o významu zkušenosti nebo jejího vnímání;
  - závěry interpretací informací získaných projektivními technikami;
  - analýza pozorovaných strategií a alternativ, přenesení z hudebních do nehudebních situací;
  - prozkoumávání afektivních reakcí na nehudební podněty;
  - evaluace hudebních a nehudebních zisků ze situací hudebního učení a analogie k jiným aspektům v životě;
  - reagování na záznam expresivního hudebního chování, které se během sezení vynořilo.
- **Závěr (coda):** shrnutí, uzavření nebo další nasměrování dosavadního procesu, které může obsahovat:
- hudební nebo nehudební shrnutí sezení terapeutem nebo účastníky;
  - popis procesu na konci sezení;
  - předvedení hudebních nebo nehudebních zkušeností, které staví na dříve naučených hudebních dovednostech nebo aktivitách;
  - opakování warming-up aktivity ke zdůraznění rozdílů v chování a funkce sezení;
  - ohodnocení pocitů za použití stejných technik jako na začátku sezení;
  - zadání úkolu – vyzkoušení aplikace nových dovedností v budoucích situacích.

## **PŘÍLOHA I: ETICKÝ KODEX EVROPSKÉ MUZIKOTERAPEUTICKÉ KONFEDERACE**

*Přeložili Jiří Kantor, Jana Weber (podle původního dokumentu Evropské muzikoterapeutické konfederace, 2007).*

Muzikoterapeuti, kteří jsou členy organizací registrovaných u *Evropské muzikoterapeutické konfederace* (dále EMTC), se zavazují k sociální a právní odpovědnosti. To znamená, že nesou osobní zodpovědnost za terapeutické úkony a osoby, s nimiž vstoupí do terapeutického vztahu.

Tento etický kodex má za úkol chránit pacienty/klienty proti neetickým praktikám, usnadňuje členům orientaci v mezích profesionálního chování a slouží jako základ pro všechny etické kodexy individuálních organizací uvnitř EMTC.

### **1. Aplikace kodexu**

- 1.1 Etické kodexy členských organizací EMTC nesmí být v rozporu s etickým kodexem EMTC.
- 1.2 Etický kodex EMTC i etické kodexy členských organizací EMTC se vztahují na jednotlivce, kteří jsou jejími profesionálními členy.
- 1.3 Každý etický kodex členské organizace EMTC zahrnuje nebo odkazuje na definici muzikoterapie schválenou jejími členy.

### **2. Účel**

- 2.1 Primárním účelem etického kodexu EMTC a etických kodexů členských organizací EMTC je chránit pacienty/klienty před poškozením, které je způsobeno neetickým chováním, a zajistit, aby jejich prospěch měl ve všech případech přednost před všemi ostatními okolnostmi.
- 2.2 Sekundárním účelem etického kodexu EMTC a etických kodexů členských organizací EMTC je sloužit, ať již přímo nebo nepřímo, výše uvedenému primárnímu účelu.
- 2.3 Výše uvedený účel má přednost před jinými legitimními záměry členských organizací, jako je např. ochrana, prospěch a profesní rozvoj členů, rozvoj profese a ochrana titulu muzikoterapeut.

### **3. Obecné profesní povinnosti**

- 3.1 Muzikoterapeut jedná v souladu se schválenými standardy kvality, které se vztahují k jeho specifické roli.
- 3.2 Muzikoterapeut se přizpůsobí všem relevantním požadavkům vycházejícím z obsahů stanovených na úrovni evropské, národní nebo lokální.



- 3.3 Muzikoterapeut se ve svém zaměstnání nezaváže k žádnému oficiálnímu nebo neoficiálnímu pracovněprávnímu jednání, které by jej přivedlo do rozporu s primárním účelem chránit bezpečí a nejlepší zájmy pacientů/klientů.
- 3.4 Muzikoterapeuti se zavazují ke snaze udržet si nebo rozšířit hranice svých znalostí a dovedností prostřednictvím dalších výcviků a supervizí, tzn. k pokračování ve svém profesionálním rozvoji.

#### **4. Specifické odpovědnosti vůči pacientům/klientům**

- 4.1 Muzikoterapeut by si měl být vědom určitého stupně závislosti, která doprovází terapeutický vztah. Za žádných okolností nejedná za účelem uspokojení svých vlastních osobních zájmů (např. emocionálních, sexuálních, sociálních nebo ekonomických).
- 4.2 Muzikoterapeut pracuje na základě jednoznačného souhlasu s pacientem/klientem, popř. jeho rodičem/zástupcem. Souhlas se týká:
  - a) muzikoterapeutické orientace;
  - b) rozsahu a přibližné délky terapie;
  - c) poplatků (tam, kde je to použitelné);
  - d) ujistění o diskrétnosti v terapii a v případě dítěte nebo mladistvé osoby také s omezením důvěrnosti, kterou ukládá zákon na ochranu dětí.
- 4.3 Muzikoterapeut neprovádí terapii s pacienty/klienty, jejichž specifickými terapeutickými potřebami není kompetentní se zabývat. Tato situace zahrnuje případy, kdy jsou nezbytné techniky, které nejsou v rozsahu výcviku muzikoterapeuta.
- 4.4 Terapie je poskytována prostřednictvím doporučení/vlastního doporučení klientů. Muzikoterapeut nezískává klientelu na základě šíření zavádějících informací nebo možných výsledků terapie.
- 4.5 Muzikoterapeut je zodpovědný za fyzickou bezpečnost pacienta/klienta během terapeutického setkání. Měl by se seznámit se zdravotními potřebami jedince, které mohou vyžadovat urychlený přístup lékařské pomoci nebo speciálního zdravotnického vybavení (např. epilepsie).
- 4.6 V případě psychické nebo fyzické neschopnosti muzikoterapeut neprovádí diagnostiku, terapii, výcvik, supervizi nebo výzkum.
- 4.7 Muzikoterapeut má vlastní profesionální pojištění na úhradu škod, pokud toto pojištění nezajišťuje zaměstnavatel.

#### **5. Odpovědnost vůči studentům, praktikantům a supervidovaným osobám**

- 5.1 Žádná osoba podílející se na teoretickém výcviku, supervizi nebo praxi studenta muzikoterapie neposkytuje dotyčnému individuální nebo skupinovou terapii.
- 5.2 Zaměstnanci nebo výcvikové instituce mající závažné pochybnosti o profesionálním rozvoji studenta v kompetentního odborníka jsou povinni informovat dotyčného i oprávněné authority.
- 5.3 Výcvikový lektor/supervizor nepřevádí klinickou odpovědnost na studenta nebo supervidovanou osobu bez adekvátní supervize.

## 6. Důvěrnost a ochrana dat

6.1 Muzikoterapeut je povinen zabezpečit diskrétnost informací.

Výjimky:

- a) Obecné informace nutné pro koordinaci místního léčebného režimu dotyčného pacienta/klienta mohou být sdíleny s příslušnými odborníky.
- b) Se souhlasem pacienta/klienta/zástupce mohou být patřičné informace sdíleny za vzdělávacími účely s frekventanty výcviku. Ti jsou pak zavázáni stejnými požadavky diskrétnosti jako terapeut.
- c) Se souhlasem pacienta/klienta/zástupce mohou být patřičné informace publikovány nebo prezentovány jako součást případových studií nebo výzkumných projektů.
- d) V případě dítěte nebo mladistvé osoby musí být relevantní informace zveřejněny orgánům pro ochranu dětí v případě, jestliže to vyžaduje zákon nebo soud.

## 7. Výzkum

7.1 Ve všech výzkumech, které se přímo nebo nepřímo týkají pacientů/klientů, je prioritní nejlepší zájem a bezpečí dotyčných (viz výše sekce 4 a 6).

7.2 Před zahájením výzkumu je nezbytné získání autorizace zdravotních a/nebo akademických etických výborů.

7.3 Intelektuální vlastnictví kolegů je využíváno s respektem. Příspěvek spolupracovníků musí být jasně přiznán v jakékoliv prezentaci nebo publikaci.

## 8. Profesní vztahy

8.1 Muzikoterapeut usiluje o dobré a vzájemně podpůrné pracovní vztahy se svými kolegy.

8.2 Muzikoterapeut se zdržuje opovržlivých poznámek o svých spolupracovnících a v případě konfliktu vyhledá vzájemně přijatelné řešení.

## 9. Rovnost příležitostí

9.1 V mezích uvážení muzikoterapeuta bude pacientům/klientům dána stejná příležitost k ohodnocení jejich stavu a následné léčbě bez ohledu na jejich rasovou, náboženskou nebo etnickou příslušnost, pohlaví, sexuální orientaci a jakoukoliv formu postižení, která nesouvisí s oprávněností léčby.

9.2 V mezích uvážení muzikoterapeuta nebudou kandidáti na výcvik, potenciální supervidované osoby a žadatelé o profesní uznání diskriminováni na základě rasové, náboženské nebo etnické příslušnosti, pohlaví, sexuální orientace nebo jakékoliv formy postižení, které nepostihuje kompetence dané osoby.

## 10. Vymáhání etického kodexu

10.1 Členské organizace EMTC se zavazují vyšetřovat údajná porušení svých etických kodexů a v případě nezbytnosti zavést kázeň vhodným způsobem.

10.2 EMTC jako celek má povinnost monitorovat, jak efektivně členské organizace nakládají s uvedenými postupy.

*EMTC, Izrael, květen 2000; revidováno v červnu 2005.*

## **PŘÍLOHA J: DYNAMICKÉ MODELY HUDEBNÍ ZKUŠENOSTI (BRUSCIA)**

*Přeložil a upravil Jiří Kantor (podle Bruscia, 1998).*

Tato klasifikace terapeutického působení hudby byla přeložena a zkrácena podle K. Bruscia (1998). Obsahuje šest specifických modelů, které byly vytvořeny na základě rozsáhlého komparativního výzkumu. Hudba je v těchto modelech popisována jako objektivní zkušenost, univerzální energie, subjektivní, kolektivní, estetická nebo transpersonální zkušenost.

### **1 Hudba jako objektivní zkušenost**

Hudba jako objektivní zkušenost je podrobně rozpracována v behaviorálních přístupech muzikoterapie. O hudbě jako objektivní zkušenosti mluvíme tehdy, pokud terapeut prostřednictvím hudby ovlivňuje pozorovatelným způsobem tělesný stav nebo chování klienta nebo používá nehudební stimuly pro navození požadované hudební reakce. Zkušenost je objektivní, jestliže stimuly nebo reakce, které jsou středem zájmu terapeuta, můžeme definovat, pozorovat a měřit. Klient, terapeut a hudba se zde považují za oddělené subjekty, které se vzájemně ovlivňují prostřednictvím vztahu stimul – reakce nebo příčina – následek.

Model hudba jako objektivní zkušenost zahrnuje dva odlišné typy, které se liší podle toho, zda je hudba použita jako stimul nebo jako reakce:

#### ***Hudba jako stimul***

V tomto modelu jsou specifické vlastnosti hudby využívány jako stimul, zprostředkovatel nebo prostředek zpevnění, který navozuje pozorovatelné nehudební reakce klienta. Tyto reakce jsou terapeutické samy o sobě nebo jsou předpokladem terapeutické změny. Hudba a intervence terapeuta jsou příčinou, kdežto reakce klienta následkem. Typickými příklady tohoto typu je poslech hudby ovlivňující tělesné procesy, podmíněné použití hudby pro ovlivnění nehudebního chování a využití hudby jako zprostředkovatele učení (nehudebního obsahu).

#### ***Hudba jako reakce***

Terapeut používá hudební nebo nehudební stimuly pro navození klientovy hudební reakce (např. imitace rytmu, připojení se ke zpěvu písně). Jedná se pouze o takové hudební reakce, které mají terapeutickou hodnotu (např. počet správně zazpívaných frází nebo slov v písni, pokud je terapeutickým cílem rozvoj řeči).

Úkolem terapeuta během terapeutického sezení je podle tohoto modelu zjistit všechny možné proměnné, které mohou během procesu působit, určit a definovat požadované terapeutické reakce (ať hudební nebo nehudební). Terapeut aplikuje vhodné stimuly k navození požadované reakce a vytváří takové interpersonální a fyzické prostředí, které je nápomocné terapeutickým záměrům. Dále pozoruje, popř. měří klien-

tovy reakce a objektivně hodnotí změny ve stavu klienta a účinnost jednotlivých terapeutických procedur. K tomu potřebuje důkladnou znalost výzkumné literatury (pro jednotlivé terapeutické cíle vybírá techniky, které v rámci výzkumu u dané klientely byly nejefektivnější) a způsobu, jakým se ovlivňují jednotlivé proměnné (které postupy jsou efektivní v závislosti na terapeutických cílech a diagnózách klientů). Terapeut má obvykle direktivnější roli, přestože zůstává vnímavý také vůči potřebám a přáním klientů.

## 2 Hudba jako univerzální forma energie

Zatímco předešlý model považuje hudbu za čistě lidský výtvar, zde je hudba vnímána jako univerzální energie. Celý vesmír a všechny věci nebo osoby v něm jsou určitou formou této energie. Všechny části univerza jsou podle tohoto modelu ve vzájemném vztahu, a protože hudba může vyjadřovat harmonii, pořádek a rovnováhu (tyto vlastnosti jsou charakteristické pro univerzum jako celek), má také schopnost obnovovat tyto kvality v kterékoliv části univerza, která trpí narušením pořádku, nerovnováhou či nemocí. Proto mohou být hudba a její základní strukturální komponenty (zvuky a vibrace) léčivé pro všechny lidské bytosti. Model hudba jako univerzální forma energie reprezentují muzikoterapeutické přístupy, které spadají do tzv. *healing praktik* (viz příloha A).

Typy tohoto modelu se liší podle toho, zda se léčba uskutečňuje prostřednictvím auditivních stimulů mimo hudební zkušenost nebo prostřednictvím hudby samotné:

### *Elementární přístup*

Léčba se uskutečňuje prostřednictvím zvuků a vibrací mimo hudební zkušenost (např. „Vibroakustická terapie“, terapie ladičkami, tónování, mantry a obdobné praktiky).

### *Hudební přístup*

Léčba se uskutečňuje prostřednictvím hudby a všech jejích komponentů (zvuk, vibrace, rytmus, melodie, harmonie). Vychází z premisy, že všechny elementy a vztahy nacházející se uvnitř hudby jsou replikou organických elementů a vztahů v přírodě (univerzu). Každá hudební zkušenost je znovuvytvářením nebo znovuprožíváním univerzální životní zkušenosti.

Role terapeuta se podobá předešlému modelu. Hudba je primárním prostředkem změny a funguje na základě principu příčina – následek. Terapeutická praxe vychází z vědeckých teorií a výzkumu. V tomto modelu potřebuje terapeut speciální kvalifikaci v oblasti metafyzických teorií. Vztah terapeut – klient je vřelý a podporující, ale mnohem méně dynamický než vztah mezi klientem a hudbou, která je hlavním determinantem terapeutické změny.

## 3 Hudba jako subjektivní zkušenost

Hudební zkušenost má v tomto modelu vztah s identitou a jedinečností naší osobnosti. Vyjadřuje nejen, kdo jsme, ale také, jak se vyrovnáváme s rozmanitými situacemi, které se v hudbě utvářejí. Terapeut může prostřednictvím hudby pomoci klientům prozkoumat různé aspekty jejich osobnosti nebo způsob, jakým se vztahují k okolnímu světu.

Typy modelu hudba jako subjektivní zkušenost se odlišují podle toho, zda je v centru pozornosti hudební proces nebo hudební produkt:

### ***Hudba jako proces***

Proces vytváření nebo poslechu hudby je procesem terapeutické změny. Poskytuje příležitost objevit, prožít a transformovat různé aspekty svého *self* nebo vztahu *self* k ostatním lidem. Může prozkoumávat události, objekty, symboly, představy, vnitřní zkušenosti nebo jakékoliv další součásti světa klienta. Průběh procesu je otevřený čemukoliv, co se objeví. Podstatná není estetická úroveň hudební zkušenosti, neboť hudba v tomto modelu slouží primárně k sebevyjádření a reflexi.

### ***Hudba jako reprezentace***

Hudební produkt je reflexí všeho, co se děje během muzikoterapeutického procesu. Produkt tohoto procesu poskytuje hudební ztvárnění, symbol, metaforu nebo projekce všech zúčastněných osob – jejich pocity, myšlenky, zdroje, potíže, možnosti řešení. Dále poskytuje hudební popis vztahů, které se objevily mezi osobami, objekty a událostmi během hudební zkušenosti.

V tomto modelu jsou hudba, terapeut a klient neoddělitelně spojeni prostřednictvím vzájemných vztahů, které se během procesu vyvíjejí. Proto nemohou být zkoumány jako samostatné jednotky. Důraz je kladen na osobní, subjektivní významy, nikoliv na objektivní data. Terapeut využívá svého vlastního *self* k navázání terapeutického vztahu s klientem za použití hudby. Potřebuje odbornou znalost hudby, psychologie a psychoterapie. Nutná je také osobní zkušenost s využitím *self* a hudby jako partnerů v terapii. Hlavním úkolem klienta je přistoupit na prozkoumávání vztahů uvnitř a mezi svým *self*, hudbou a terapeutem.

## **4 Hudba jako kolektivní zkušenost**

Kromě vztahů s jinými lidmi všichni náležíme do různých vrstev společnosti – od rodiny, přátel, po národnostní, etnické nebo kulturní skupiny. Každá z těchto společenských vrstev má svoji vlastní identitu jako celek a jako součást rozsáhlejšího celku. Proto je každá komunita formována jednotlivci i širšími společenskými vrstvami, do kterých náleží. Důležitou součástí každé sociální vrstvy je také hudba, která spoluvytváří její kolektivní identitu. V tomto modelu pracuje terapeut s jednotlivcem nebo celými komunitami.

Model má tři typy, a to hudba jako rituál, hudba jako kolektivní identita a hudba jako archetyp.

### ***Hudba jako rituál***

Rituál je jakákoliv sociokulturní aktivita, která je opakovaně a tradičně prováděna jedinečnou skupinou lidí, jedinečným způsobem a pro jedinečné účely. Hudba je často součástí rituálů souvisejících s léčbou a náboženstvím. V terapii může být hudba jako rituál použita alespoň třemi způsoby:

- určité hudební aktivity nebo skladby vytvářejí strukturu a přechody uvnitř terapeutické jednotky (např. *kontaktní píseň* na začátku následovaná sekvencí instrumentálních aktivit, *good bye píseň* na konci);

- znovuvytváření rituálů používané určitou komunitou jako součást terapeutického procesu (např. určité šamanské rituály v muzikoterapii);
- využití hudebního zvyku, tradice nebo rituálu nějaké komunity k navození změny.

### ***Hudba jako kolektivní identita***

Zahrnuje takové hudební aktivity nebo skladby, které jsou součástí kulturního dědictví určité komunity. Slouží jako reflexe kolektivní identity. Takové hudební aktivity nebo skladby lze využít pro iniciaci a facilitaci terapeutického procesu, např. při práci se seniory k vytvoření soudržnosti mezi jejími členy, při práci s různými typy komunit pro porozumění kulturním identitám obou skupin (např. senioři a mladí lidé) apod. Terapeut může pomoci skupině klientů vytvořit jejich vlastní kolektivní identitu, například vytvářením vlastního repertoáru písní a hudebních aktivit. Účelem zde není reflektovat vztahy mezi jednotlivými členy komunity, ale spíše vytvořit pocit sounáležitosti uvnitř komunity.

### ***Hudba jako archetyp***

Hudba je prožívána jako archetypální forma nebo proces, kdykoliv je její význam odvozen od kolektivního nevědomí. V tomto případě reflektuje lidské zkušenosti, které jsou univerzální.

V tomto modelu je terapeut strážcem kořenů. Jeho úkolem je pomoci klientům rozpomenout se na to, co je spojuje jeden s druhým a se sociokulturními vrstvami, které sdílejí. Kvalifikace muzikoterapeuta zde zasahuje více do oblasti sociologie a antropologie než psychologie, neboť důraz je kladen na historii skupiny jako kontextu pro význam jednotlivce. Hudba slouží v tomto modelu jako nádoba pro minulé zkušenosti, stejně jako prostor pro přítomnost, který dává komunitě příležitost vytvářet, znovuobnovovat a uchovávat pouta, která je pojí dohromady a ukotvuje ke kořenům.

## **5 Hudba jako estetická zkušenost**

V muzikoterapii má své místo také hudební zkušenost, která není nevyhnutelně preskriptivní v závislosti na terapeutických cílech. Ačkoliv v tomto modelu klient s terapeutem poslouchají nebo vytvářejí hudbu pouze za účelem jejího ocenění, estetická zkušenost může mít také značný terapeutický efekt. Podle K. Bruscii (1998) hledá každý člověk v životě ontologický význam a krásu a hudba nám poskytuje obojí.

Hudba jako estetická zkušenost může být prožívána na základě uměleckého objektu nebo uměleckého procesu:

### ***Hudba jako umělecký objekt***

Klient získává estetickou zkušenost s produktem hudebního procesu (ať už se jedná o poslech hudby nebo kreativní proces). Je to umělecký objekt, který je pro klienta naplňující, nehledě na to, zda proces vytváření tohoto objektu byl estetické povahy.

### ***Hudba jako umělecký proces***

Zde je to sám kreativní proces (vytváření umění), který je esteticky naplňující, nehledě na estetickou hodnotu hudebního produktu. Terapeut je v tomto modelu dobrým hudebníkem schopným naplnit hudební zkušenost klienta krásou, uměním a estetickým významem. Terapeut může sloužit také jako učitel, pokud klient potřebuje



zdokonalit určité hudební dovednosti potřebné k nalezení osobního významu a naplnění uvnitř hudby.

## **6 Hudba jako transpersonální zkušenost**

Model definuje hudbu jako prostředek spirituální zkušenosti. S tímto pojetím hudby se můžeme setkat v terapeutických modelech, které pracují se změněnými stavy vědomí.

Model rozlišuje dva typy. Jedná se o hudbu jako transpersonální prostředek a hudbu jako transpersonální prostor:

### ***Hudba jako transpersonální prostředek***

Aktivní nebo receptivní aktivity (např. holotropní terapie) nebo hudební rituály (např. šamanské cestování), pomocí kterých jedinec dosahuje transpersonálních stavů. V těchto případech není hudba integrální součástí spirituálního stavu, ale prostředkem k jeho dosažení.

### ***Hudba jako transpersonální prostor***

Hudba poskytuje transpersonální prostor, v němž jedinec získává vrcholnou nebo integrující zkušenost, která narušuje běžné hranice vztahů *self* – hudba nebo *self* – ostatní vytvořením rozšířeného celku. Jednotlivé komponenty (*self*, ostatní, hudba) se neoddělitelně spojují jako součást nového *self*. K tomuto typu zkušenosti dochází např. v muzikoterapeutickém modelu „Řízená imaginace a hudba“ (Bonny).

Terapeut musí v tomto modelu vědět, jak pracovat s klienty ve změněném stavu vědomí, tzn. znát transpersonální práci z pozice klienta i terapeuta. Role terapeuta je facilitační a nedirektivní. Klient aktivně provádí terapeutickou a transformativní práci, zatímco terapeut pomáhá klientovi provést jej tímto procesem, popřípadě slouží jako most pro návrat klienta do běžné reality.

## SLOVNÍČEK

**Aktivní muzikoterapie:** také kreativní terapie; označuje muzikoterapii, při které klient hudbu aktivně vytváří. Tento termín se paralelně používá pro označení muzikoterapeutického modelu Christopa Schwabeho.

**Alikvótní tóny:** také vyšší harmonické nebo částkové tóny, znějí s tónem základním. Vytvářejí charakteristickou barvu každého zvuku.

**Alikvótní zpěv:** specifická technika zpěvu, při které zpíváme dva zvuky současně.

**Analytická muzikoterapie:** improvizální muzikoterapeutický model Mary Priestley, který vychází z psychoanalytického a analytického konceptu S. Freuda, dále C. G. Junga, A. Adlera, M. Klein a A. Lowena.

**Antroposofická muzikoterapie:** muzikoterapeutický model, který je založen na antroposofickém učení Rudolfa Steinera.

**Anxioalgotická hudba:** muzikoterapeutická technika využívající poslech nebo aktivní hudební zkušenosti pro snížení úzkosti a pocíťované bolesti.

**Autenticita:** tento termín se vztahuje buď k chování terapeuta, který v terapii vystupuje takový, jaký ve skutečnosti je, nebo ke vztahu mezi klientem a terapeutem, který není zatížený minulými zkušenostmi klienta.

**Autogenní trénink:** Schulzova relaxační metoda, jejíž základ tvoří řízené imaginace (tzv. formulky) zaměřené na ovlivnění fyziologických příznaků. V muzikoterapii se používá v kombinaci s poslechem vhodné hudby.

**Background music:** v překladu „hudba vytvářející pozadí“, slouží k navození příjemné atmosféry pro společenské nebo komerční účely.

**Behaviorální muzikoterapie:** souhrnné označení pro muzikoterapeutické modely, které vycházejí z teoretických koncepcí behaviorální terapie, tj. koncepcí J. B. Watsona, I. P. Pavlova, B. F. Skinnera, A. Bandury, J. Wolpeho a dalších. Zaměřují se na pozorovatelné chování spíše než na prožívání a myšlení člověka.

**Coping dovednosti:** strategie řešení problémů a zvládání náročných situací. Každý člověk disponuje individuální zásobou vlastních coping dovedností.

**Elementy muzikoterapeutického procesu:** základní prvky muzikoterapie, jejichž vzájemná interakce vytváří různorodé vztahy v muzikoterapii. Mezi tyto elementy řadíme klienta, hudbu a terapeuta.

**Eurytmie:** antroposofická metoda umělecké pohybové výchovy. Spojuje prožitek řeči a hudby v pohybu.

**Eurytmika:** termín označující hudebně-pedagogickou metodiku Emila Jaquese Dalcroseho. Jedná se o specifickou hudebně-pohybovou metodu.

**Evaluace terapie:** závěrečná fáze muzikoterapeutického procesu, během níž se hodnotí výsledky a efektivita terapie.

**Evropská muzikoterapeutická konfederace (*European Music Therapy Confederation*):** mezinárodní muzikoterapeutická organizace, která sdružuje profesionální muzikoterapeutické asociace z různých evropských zemí a pomáhá rozvoji muzikoterapeutické praxe.

**Expresivní terapie:** skupina terapií, které pracují s uměleckými výrazovými prostředky. Do této skupiny patří také muzikoterapie. Označují se i kreativní terapie.

**Extenze:** lékařský termín označující natažení, napřímení. Opak flexe.

**Flexe:** anatomický výraz pro ohýbání, ohnutí, např. kolenního nebo loketního kloubu. Opak extenze.

**FMT-metoda:** švédský muzikoterapeutický model, který vytvořil Lasse Hjelm. V překladu znamená hudební terapii zaměřenou na funkce lidského těla.

**Hello Song:** tzv. kontaktní píseň. Používá se na začátku muzikoterapeutických setkání pro navázání kontaktu s klienty. Obdobným účelům slouží tzv. *Good Bye Song* na konci muzikoterapeutických setkání.

**Holistická muzikoterapie:** označení pro celostní přístup, který do oblasti muzikoterapie integruje různé teorie i praktické poznatky.

**Hudba jako terapie/hudba v terapii:** tyto pojmy odkazují k tomu, zda má hudba centrální postavení v terapii (hudba jako terapie) nebo je spíše doplňkem terapeutického procesu (hudba v terapii).

**Instruktážní muzikoterapie (*Instructional Music Therapy*):** muzikoterapie, která probíhá v kontextu hudební výuky nebo hudebního vzdělávání.

**Integrativní terapeutický model:** současný trend, kdy jsou specializované terapie realizovány v přirozeném prostředí a aktivitách klientů.

**Interpersonální proces:** proces, při kterém dochází k rozvoji vztahů mezi klientem a ostatními lidmi.

**Izo princip:** vyjadřuje soulad mezi emocionálním laděním hudby a psychickým stavem klienta.

**Kodályho metoda:** hudebně-pedagogická metoda, jejímž zakladatelem je maďarský hudební skladatel a etnomuzikolog Zoltán Kodály.

**Komunitní muzikoterapie:** jeden z nedávno popsáných způsobů práce v muzikoterapii, která je zaměřena na vztahy mezi jednotlivými sociokulturními vrstvami společnosti a okolním prostředím. V této knize takto označujeme také jednu z muzikoterapeutických forem.

**Kontingentní hudba:** behaviorální technika, která využívá hudební aktivitu jako prostředek pro zpevnění nebo oslabení určitého chování na základě pozitivního nebo negativního podmiňování.

**Kontrakt:** vzájemný závazek, v muzikoterapii upřesňuje práva a povinnosti terapeuta i klienta.

**Kreativní muzikoterapie:** improvizální muzikoterapeutický model, také se označuje jmény svých tvůrců jako Nordoff-Robbins.

**Level princip:** vyjadřuje odlišnost mezi charakterem hudby a psychickým stavem klienta.

**Metoda:** zvláštní typ hudební zkušenosti používaný pro diagnostiku, intervenci a evaluaci. V muzikoterapii rozeznáváme čtyři metody – hudební improvizaci, interpretaci, kompozici a poslech hudby. Každá metoda má množství variací.

**Muzikoterapeutická disciplína:** organizovaný systém poznatků o muzikoterapii skládající se z teorie, praxe a výzkumu.

**Muzikoterapeutický model:** specifikuje, jak používat jednotlivé muzikoterapeutické metody pro určité skupiny klientů. Zahrnuje např. teoretickou orientaci, indikace, kontraindikace a určité procedurální kroky.

**Muzikoterapeutická profese:** organizovaná skupina lidí, kteří používají muzikoterapii jako systém poznatků ve svých profesích, tj. kliničtí pracovníci, výzkumníci, supervizoři i výcvikovní lektori.

**Muzikoterapeutický plán:** program terapeutické nebo vzdělávací intervence zaměřený na specifické potřeby a schopnosti klientů.

**Neexpertní přístup:** postoj terapeuta, pro který je charakteristický otevřený a partnerský vztah s klientem.

**Orffova muzikoterapie:** humanistický muzikoterapeutický model určený pro děti s vývojovým postižením. Vytvořila jej Gertrude Orff na základě hudebně-pedagogické metody Carla Orffa.

**Orffův instrumentář:** sada rytmických a jednoduchých melodických nástrojů, kterou původně sestavil Carl Orff pro potřeby své hudebně-pedagogické metody. Instrumentář se často využívá v muzikoterapii.

**Orffův Schulwerk:** hudebně-pedagogická metoda, jejímž zakladatelem je německý hudební skladatel Carl Orff.

**Ortoagogická muzikoterapie:** souhrnné označení pro způsoby práce a muzikoterapeutické modely používané zejména u handicapovaných osob. Svým pojetím je blízká speciální pedagogice.

**Osoby se specifickými/speciálními potřebami:** souhrnné označení pro skupinu osob, které jsou předmětem speciální pedagogiky.

**Paliativní muzikoterapie:** souhrnné označení pro různé způsoby práce využívané v muzikoterapii u osob v terminálním stadiu onemocnění.

**Paradoxní intence:** psychotherapeutická technika, která se používá především pro léčbu fobií. Klient je vyzván, aby si přál paradoxně právě to, čeho se bojí.

**Procedury:** organizované sekvence terapeutických operací a interakcí.

**Progresivní relaxace:** Jacobsonova relaxační metoda založená na postupném napínání a uvolňování jednotlivých svalových skupin. V muzikoterapii se, podobně jako autogenní trénink, používá v kombinaci s poslechem vhodné hudby.

**Projektivní techniky:** hudba zde slouží jako prostředek pro identifikaci pocitů, myšlenek, motivací nebo konfliktů klienta. Používají se zejména v psychodynamických přístupech.

**Pronace:** pohyb v loketním kloubu, který při horizontálním postavení horní končetiny umožňuje otočení dlaně směrem dolů.

**Přenos:** termín psychoanalytické terapie. V muzikoterapii označuje situaci, kdy klient reaguje na terapeuta nebo na hudbu na základě svých dřívějších zkušeností, které se promítají do současné situace.

**Psychoanalytická muzikoterapie:** způsob terapeutické práce, který používá hudbu jako doplněk psychoanalytické terapie. Vychází z teoretického odkazu Sigmunda Freuda a jeho pokračovatelů.

**Psychodynamická muzikoterapie:** souhrnné označení pro muzikoterapeutické modely, které vycházejí z teoretických koncepcí psychodynamické psychoterapie, tj. koncepcí S. Freuda, A. Adlera, C. G. Junga, E. H. Eriksona a dalších.

**Receptivní muzikoterapie:** také nekreativní muzikoterapie; odkazuje k muzikoterapii, kdy klient hudbu poslouchá. Tento termín se paralelně používá pro označení muzikoterapeutického modelu Christopa Schwabeho.

**Řízená imaginace a hudba:** muzikoterapeutický model, pro který je charakteristické, že klient imaginuje při poslechu klasické hudby. Jeho zakladatelkou je Helen Bonny.

**Sharing:** Verbální reflexe, která se v muzikoterapii často využívá po skončení hudební aktivity nebo na konci muzikoterapeutických setkání.

**Solmizace:** Označování jednotlivých tónů slabikami. Metoda pěveckého výcviku.

**Sublimace:** psychologický termín, který označuje jeden z obranných mechanismů. Nepříjemné potlačované emoce jsou prostřednictvím sublimace přeměněny do jiné společensky přijatelné činnosti.

**Supinace:** pohyb v loketním kloubu, který při horizontálním postavení horní končetiny umožňuje otočení dlaně směrem vzhůru.

**Suzukiho metoda:** hudebně-pedagogická metoda, jejímž zakladatelem je japonský pedagog Shinichi Suzuki. Je uplatňována již v raném věku vývoje dítěte.

**Světová federace muzikoterapie (*World Federation of Music Therapy*):** nejznámější mezinárodní muzikoterapeutická organizace. Byla založena roku 1985.

**Systematická desenzibilizace:** behaviorální metoda, kterou vytvořil Josef Wolpe. Kombinuje imaginaci objektu, který vyvolává úzkost, a relaxaci. Používá se např. při terapii fobií.

**Technika:** jednotlivá operace nebo interakce, kterou terapeut použije k dosažení bezprostřední reakce klienta nebo ke tvarování jeho hudební zkušenosti.

**Terapeutický vztah:** vztah mezi klientem a terapeutem, popř. klientem a dalšími klienty nebo podskupinami navzájem.

**Tomatisův poslechový program:** model receptivní terapie, který vychází z poznatků multidisciplinárního oboru zvaného audiopsychofonologie. Zakladatelem tohoto modelu je francouzský lékař Alfred Tomatis.

**Vibroakustická terapie:** muzikoterapeutický model, který využívá sinusoidálních nízkofrekvenčních zvukových vln v rozmezí 30–120 Hz v kombinaci s běžnou hudbou.

**Volná improvizace:** improvizální muzikoterapeutický model, často spojován s humanistickou muzikoterapií. Vytvořila jej Juliette Alvin v 50. letech 20. století.

**Výrazové hudební prostředky:** zahrnují rytmus, melodii a harmonii.

**Vývojová muzikoterapie:** muzikoterapie s dětmi zaměřená na překonávání potíží, které brání jejich přirozenému vývoji.

**Warming-up:** zahřívací a aktivizační cvičení na začátku muzikoterapeutické jednotky.



## LITERATURA

- Aasgard, T., Trondalen, G.*: Music Therapy in Norway. In: Voices: A World Forum for Music Therapy. [http://www.voices.no/country/monthnorway\\_july2004.html](http://www.voices.no/country/monthnorway_july2004.html)
- Abdu'l-Bahá*: Bahá'í World Faith – Selected Writings of Bahá'u'lláh and Abdu'l-Bahá. Wilmette (USA): Bahá'í Publishing Trust.
- Aldridge, D.*: A Review of References in the Medical Literature. In: Music Therapy Today. II (1). <http://www.musictherapyworld.de/startup/MTT2000-3.pdf>
- Aldridge, D.*: Research Supervision: Developing a Community of Inquiry. In: Music Therapy Today, 6. <http://musictherapyworld.net>
- Alvin, J.*: Music Therapy for the Autistic Child. London: Oxford University Press, 1978.
- Alvin, J.*: Music for Handicapped Child. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 1984.
- Americká muzikoterapeutická asociace* (American Music Therapy Association), (2005). Maryland. <http://www.musictherapy.org>
- Amir, D.*: Research in Music Therapy: Quantitative or Qualitative? In: Nordic Journal of Music Therapy, 2003. <http://www.hisf.no/njmt/amirresearch.html#top>
- Ansdell, G., Bunt, L., Hartley, N.*: Music Therapy in the United Kingdom. In: Voices: A World Forum for Music Therapy. [http://www.voices.no/country/monthuk\\_april2002.html](http://www.voices.no/country/monthuk_april2002.html)
- Arnold, M.*: Music Therapy in a Transactional Analysis Setting. In: Journal of Music Therapy, 12 (3), 1975.
- Asociace profesionálních muzikoterapeutů* (The Association of Professional Music Therapists), 2005. <http://www.apmt.org>
- Asociace pro hudbu a imaginaci* (Association for Music and Imagery), 2004. <http://www.nas.com/ami>
- Atkinson, L. a kol.*: Psychologie. Praha: Victoria Publishing, 2003.
- Austin, D.*: Vocal Holding Therapy. In: B. Crowe, Best practice in Music Therapy for Adults, Adolescent and Children with Psychiatric Disabilities. Silver Spring, MD: AMTA, (v tisku).
- Australská muzikoterapeutická asociace* (Australian Music Therapy Association), 2004. Turramurra (Austrálie). <http://www.austmta.org.au>
- Backer, J., Coomans, A.*: Music Therapy in Belgium. In: Voices: A World Forum for Music Therapy, 2006. [http://www.voices.no/country/monthbelgium\\_february2006.html](http://www.voices.no/country/monthbelgium_february2006.html)
- Bachman, M. L.*: Dalcroze Today: An Education through and into Music. New York: Oxford University Press, 1991.
- Balcar, K., Langmeier, J., Špitz, J.*: Dětská psychoterapie. Praha: Portál, 2000.
- Balint, M., Balint, E.*: Psychoterapeutischen Techniken in der Medizin. Stuttgart: Klett-Cota, 1980.
- Barraque, P.*: Léčivá síla hlasu. Bratislava: Eugenika, 1999.
- Benenson, R.*: Music Therapy Manual. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers, 1981.
- Bennet, P.*: From Hungary to America: The Evolutions of Education through Music. In: Music Educators Journal, 74 (1), 1987.

- Bigge, J.*: Teaching Individuals with Physical and Multiple Disabilities. New York: Macmillan Publishing Company, 1991.
- Bittman, B. a kol.*: Composite effects of group drumming music therapy on modulation of neuroendocrine-immune parameters in normal subjects. In: *Altern. Ther. Health Med.*, 7 (1), 2001.
- Boxhill, E. H.*: Music therapy for the developmentally disabled. MD: Aspen: Rockville, 1985.
- Brewer, Ch.*: Rhythms of Learning. In: *The Open Ear*. (1992).  
[http://www.musicandlearning.com/articles\\_rol.cfm](http://www.musicandlearning.com/articles_rol.cfm)
- Brewer, Ch.*: Music and Learning: Integrating Music in the Classroom. Seattle: New Horizons for Learning, 1995. <http://www.newhorizons.org/strategies/arts/brewer.htm>
- Brewer, Ch.*: Soundtracks for Using Music in the Classroom: Welcoming Music. In: *Imagine: The International Alliance for Learning online newsletter*. (2002).  
[http://www.musicandlearning.com/articles\\_sfumitewm.cfm](http://www.musicandlearning.com/articles_sfumitewm.cfm)
- Britská společnost pro muzikoterapii* (The British Society for Music Therapy), 2005. Velká Británie: East Barnet. <http://www.bsmt.org>.
- Bruscia, K. E.*: *Improvitational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1987.
- Bruscia, K. E.*: *Case studies in music therapy*. Phonixville, PA.: Barcelona Publishers, 1991.
- Bruscia, K. E.*: *Definig Music Therapy*. Barcelona: Pathway Book Service, 1998.
- Bryant, D. R.*: A Cognitive Approach to Therapy trough Music. In: *Journal of Music Therapy*, 32 (3), 1987.
- Bunt, L.*: Music Therapy. (Slovníkové heslo). In: *The New Grove Dictionary of Music and Musicians*. 12. díl. London: Macmillan Grove, 1991.
- Bunt, L.*: *Music Therapy: An Art Beyond Words*. London, New York: Routledge, 2002.
- Bunt, L., Hoskins, S.*: *The Handbook of Music Therapy*. Hove, UK: Brunner-Routledge, 1994.
- Burns, S. J. a kol.*: A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. In: *Altern. Ther. Health Med.*, 7 (1), 2001.
- Burr, R. Z.*: *Music Therapy Applied*. Kirksville, Missouri. (2003).  
<http://members.aol.com/musictherapycc/page6.html>
- Callaghan, C.*: Australian Music Therapy. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2002. [http://www.voices.no/country/monthaustralia\\_may2002.html](http://www.voices.no/country/monthaustralia_may2002.html)
- Carter, S.*: *Music Therapy for Handicapped Children: Mentally Retarded*. Washington, DC: National Association for Music Therapy, 1982.
- Cash, A.*: *Music and Accelerated Learning*. (2003).  
<http://www.healingmusicenterprises.com/learning.html>
- Certifikační výbor pro muzikoterapii* (Certification Board for Music Therapists), 2005. Downingtown, USA. <http://www.cbmt.org>
- Cséfalvy, Z. a kol.*: *Terapie afázie*. Praha: Portál, 2007.
- Česká arteterapeutická asociace*. Etický kodex. (2001).  
<http://www.arteterapie.cz/engine.php3?act=2&shw=123>
- Čížková, K.*: *Tanečně-pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005.
- Dánská asociace muzikoterapeutů* (Danish Association of Music Therapists), 2007.  
<http://www.musikterapi.org>
- Dánská společnost pro řízenou imaginaci a hudbu* (Danish Society of Guided Imagery and Music), 2004. *Guided Imagery and Music*. <http://www.gimterapi.dk/eframes.html>
- Darílek, P., Kusák, P.*: *Pedagogická psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998.

- Dawis, W. B., Gfeller, E. K., Thaut, M. H.*: An introduction to music therapy theory and practice. United States of America: The McGraw-hill Companies, 1999.
- Dijkstra, I., Hakvoort, L.*: How to deal music? Enhancing coping strategies in music therapy with clients suffering from addiction problems. In: *Music Therapy Today*, V (5), 2004. <http://musictherapytoday.net>
- Drexel University*: Music Therapy: Curriculum. (2007). [http://www.drexel.edu/cnhp/creativearts/music\\_therapy/curriculum.asp](http://www.drexel.edu/cnhp/creativearts/music_therapy/curriculum.asp)
- Duel, S.*: Five Pathways to Perceiving Sound. (2005). <http://www.vibroacoustic.org/FrequencyInfo/percieving%20sound.htm>
- Ellis, A.*: Group Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy. In: *International Journal of Group Psychotherapy*, No. 42, 1992.
- Erkkilä, J.*: Music Therapy in Finland. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2002. [http://www.voices.no/country/monthfinland\\_june2002.html](http://www.voices.no/country/monthfinland_june2002.html)
- Erkkilä, J. a kol.*: Intelligent Music Systems in Music Therapy. In: *Music Therapy Today*, V (5), 2004. <http://musictherapyworld.net>
- Evropská asociace studentů muzikoterapie* (European Association of Music Therapy Students), 2007. <http://www.eamts.org>
- Evropská muzikoterapeutická konfederace* (European Music Therapy Confederation), 2007. <http://www.musictherapyworld.net/modules/emtc/austria/emtclist.php> Extraart (2005). In: *Komunitní centrum Fokus, Praha*. <http://www.sweb.cz/fokus.brevnov/obsah.htm>
- Fachner, J., Rittner, S.*: Sound and trance in a ritualistic setting visualised with EEG Brain-mapping. In: *Music Therapy Today*, V (2), 2004. <http://musictherapyworld.net>
- Felber, R., Reinhold, S., Stückert, A.*: Muzikoterapie: terapie zpěvem. Hranice: Fabula, 2005.
- Ferrari, K., Sánchez, V.*: Music Therapy in Argentina. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*. (2003). [http://www.voices.no/country/monthargentina\\_july2003.html](http://www.voices.no/country/monthargentina_july2003.html)
- Ferjenčík, J.*: Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000.
- Ferrone, A. M.*: Music Therapy in Italy. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*. (2004). [http://www.voices.no/country/monthitaly\\_june2004.html](http://www.voices.no/country/monthitaly_june2004.html)
- Finská společnost pro muzikoterapii* (Suomen musiikkiterapiayhdistys), 2005. Hyvinkää, Finsko. <http://www.musiikkiterapia.net>
- Foster, D.*: EEG and Subjective Correlates of Alpha-Frequency Binaural-Beat Stimulation Combined with Alpha Biofeedback. Memphis State University, 1990. <http://www.web-us.com/> nebo <http://www.brainwaves.com>
- Fowler, J.*: The Organisation of Clinical Supervision Within the Nursing Profession: a Review of the Literature. In: *Journal of Advanced Nursing*, 1996, p. 471–478.
- Francouzská asociace muzikoterapie* (Association Française de Musicothérapie), (2007). <http://www.musicotherapie-afm.net>
- Franěk, M.*: Hudební psychologie. Praha: Karolinum, 2005.
- Frütel, L.*: Teoretický a praktický úvod do muzikoterapie. (Zápisky z kurzu). Praha: Extraart, 2005.
- Garfield, L. M.*: Léčení zvukem. Praha: Talpress, 1997.
- Gavora, P.*: Výzkumné metody v pedagogice. Brno: Paido, 1996.
- Gavora, P.*: Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000.
- Gold, Ch.*: Music Therapy in Austria. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2003. [http://www.voices.no/country/monthaustria\\_december2003.html](http://www.voices.no/country/monthaustria_december2003.html)
- Graur, A.*: Music Integrative Neurotherapy. (2003). <http://www.medicamus.com/>

- Grečmanová, H., Holoušová, D., Urbanovská, E.*: Obecná pedagogika I. Olomouc: Hanex, 1997.
- Grof, S.*: Za hranice mozku – narození, smrt, transcendence. Havlíčkův Brod: Perla, 1999.
- Grossman, E. a kol.*: Breathing-control lowers blood pressure. In: *Hum. Hypertens*, 15 (4), 2001.
- Halpern, S., Lingerman, Hal, A.*: Muzikoterapie. Eko-konzultant, 2005.
- Haines, J. H.*: The Effects of Music Therapy on Self-Esteem of Emotionally-Disturbed Adolescents. In: *Music Therapy*, 8 (1), 1989.
- Hanser, S. B.*: Music Therapist's Handbook. St. Louis, MO: Warren H. Green, 1987.
- Hanus, R., Mátejková, Z.*: Úvod do terapeutických technik. Bratislava: Univerzita Komenského, 1978.
- Havlík, R.*: Úvod do sociologie. Praha: Karolinum, 1999.
- Heal, M., Wigram, T.*: Music Therapy in Health and Education. London, New York: Jessica Kingsley Publisher, 2003.
- Hibben, J.*: Movement as Musical Expression in a Music Therapy Setting. In: *Music Therapy*, 11 (1), 1984.
- Holandská asociace pro kreativní terapii* (Nederlands Vereniging voor Creatieve Therapie), 2005. Utrecht, Holandsko. <http://www.creatievetherapie.nl>
- Honzák, R.*: Vývoj a současný stav psychosomatického přístupu. In: *Psychoterapie II* (sborník přednášek). Praha: Triton, 1993.
- Hooper, J.*: Is VA therapy, music therapy? In: *Music Therapy Today*, 2002. <http://musictherapyworld.net>
- Horňáková, M.*: Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie. Bratislava: Občanské združenie Sociálna práca, 2003.
- Hradil, R.*: Průvodce českou antroposofií. Hranice: Fabula, 2002.
- Hugo, J., Vokurka, M.*: Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf, 2000.
- Chrástka, M.*: Základy výzkumu v pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998.
- Chvála, V.*: Radikální konstruktivismus a klinická praxe. In: *Praktický lékař*, 1993.
- Chvála, V.*: Některé možnosti psychoterapie v somatických oborech. <http://www.sktlib.cz/publikace/somapt.htm>
- Chvála, V.*: Skrytý půvab a přesvědčení Harlen Anderson. In: *Softforum*, č. 3, 2005.
- Chvála, V., Trapková, L.*: Proces terapie v metafoře a interakci receptorových polí. In: *Kontext*, č. 4, 1994.
- Chvála, V., Trapková, L.*: Kosmologie kosmologií. In: *Motivy kosmologických mýtů, hypotéz a teorií* (Sborník). (1996). <http://www.sktlib.cz/publikace/ksmologi.htm>
- Institut for Kommunikation* (2007). Aalborg, Dánsko. <http://www.musikterapi.aau.dk>
- Intelegen, Inc.*: Monks, Shamans, Drum Beats, Primitive Cultures, Rhythmic Sound and the Brain. (2005). [com/primitivebeats.htm](http://www.com/primitivebeats.htm)
- Jedlička, I., Škodová, E. a kol.*: Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003.
- Jesenský, J.*: Základy komprehenzivní speciální pedagogiky. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000.
- Kábele, F.*: Somatopedie. Praha: Univerzita Karlova, 1992.
- Kanadská asociace pro muzikoterapii* (Canadian Association for Music Therapy), 2003. <http://www.musictherapy.ca>
- Kenvak*: Hoogeschool Zuyd, Holandsko. (2005). <http://home.planet.nl/~smeij028/DreamHC/Pagina3.html>

- Kern, P.*: Making friends in music: including children with autism in an interactive play setting. In: *Music Therapy Today*, V, 4, 2004. <http://musictherapyworld.net>
- Kirkland, K.*: Music Therapy in Canada. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2002. <http://www.voices.no/country/monthcanadajan02.html>
- Klementa, J., Komenda, S., Kunert, E.*: Statistické metody v pedagogickém výzkumu. Olomouc: Univerzita Palackého, 1984.
- Knight, W., Richard, N.*: Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure, and heart rate in healthy males and females. In: *Music Therapy Journal*, 38 (4), 2001.
- Knobloch, F., Knoblochová, J.*: Integrovaná psychoterapie v akci. Praha: Portál, 1998.
- Koluchová, J.*: Přehled patopsychologie dítěte. Praha: SPN, 1989.
- Kopřiva, K.*: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 1997.
- Kotasová, J.*: Vybrané kapitoly z patopsychologie. Olomouc: Hanex, 2000.
- Kratochvíl, S.*: Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén, 2005.
- Kratochvíl, S.*: Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2002.
- Krček, J.*: Musica Humana. Hranice: Fabula (v tisku).
- Kumar, A. M. a kol.*: Music therapy increases serum melatonin levels in patients with alzheimer's disease. In: *Altern. Ther. Health Med.*, 5 (6), 1999.
- Lakomá, J.*: Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu. Praha: Psýché, 1993.
- Langmeier, J., Krejčířová, D.*: Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998.
- Lathom, W.*: Application of Kodály Concepts in Music Therapy. In: *Journal of Music Therapy*, 11 (1), 1974.
- Lecourt, E.*: Music Therapy in France. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2004. [http://www.voices.no/country/monthfrance\\_april2004.html](http://www.voices.no/country/monthfrance_april2004.html)
- Lechta, V. a kol.*: Logopedické repetitívum. Bratislava: SPN, 1990.
- Linka, A.*: Kapitoly z muzikoterapie. Rosice u Brna: Gloria, 1997.
- Lukasová, E.*: Logoterapie ve výchově. Praha: Portál, 1997.
- Mackewn, J.*: Gestalt psychoterapie. Praha: Portál, 2004.
- Marek, V.*: Tajné dějiny hudby. Praha: Eminent, 2000.
- Marek, V.*: Hudba jinak. Praha: Eminent, 2003.
- Mátejová, Z., Hanus, R.*: Úvod do terapeutických technik. Trnava: Pedagogická fakulta, 1978.
- Mátejová, Z., Mašura, S.*: Muzikoterapia pri zajakavosti. Bratislava: SPN, 1980.
- Mátejová, Z., Mašura, S.*: Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike. Bratislava: SPN, 1992.
- Maturana, H. R.*: Die Organization und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig-Wiesbaden: Vieweg, 1992. (Wissenschaftstheorie, Wissenschaft und Philosophie Bd. 19).
- Maultsby, M. C.*: Rational Behavior Therapy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
- Mezinárodní muzikoterapeutické centrum* (Centre International de Musicothérapie), 2005. Paříž. <http://www.centre-musicotherapie.com>
- Michels, U.*: Encyklopedický atlas hudby. Praha: Lidové noviny, 2000.
- Mihule, J., Kovářik, V.*: Hudební výchova 2 – hudba a její svět. Praha: SPN, 1989.
- Moreno, J. J.*: Rozeznit svou vnitřní hudbu. Praha: Portál, 2005.
- Moreno, J. J.*: Sources of the Creative Arts Therapies, Music, Art, Dance and Drama. In: *Indigenous World Healing Traditions. Příspěvek na konferenci ČAMAD – Praha, 27. 10. 2007.*
- Moss, P.*: Psychoterapeutické rozjímání. In: *Psychosomatická medicína*, č. 4, 2006.
- Možný, P., Praško, J.*: Kognitivně-behaviorální terapie. Praha: Triton, 1999.



- Munro, S.*: Music Therapy in Switzerland. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2006. [http://www.voices.no/country/monthswitzerland\\_January2006.html](http://www.voices.no/country/monthswitzerland_January2006.html)
- Murphy, M. E.*: Coping in the Short Term: The Impact of Acute Care on Music Therapy Practice. In: *Music Therapy*, 11 (1), 1992.
- Muzikoterapeutická asociace Britské Kolumbie* (Music Therapy Association of British Columbia), 2004. North Vancouver, British Columbia. <http://www.mtabc.com/index.htm>
- Muzikoterapeutická nadace* (Stichting Muziektherapie), 2005. <http://www.stichtingmuziektherapie.nl>
- Muzikoterapeutické centrum Nordoff-Robbins* (Nordoff-Robbins Music Therapy Center), 2005. University of West Sydney, Austrálie. <http://www.nordoff-robbins.com.au>
- Muzikoterapeutické centrum Nordoff-Robbins* (Nordoff-Robbins Music Therapy Centre), 2007. Londýn, Velká Británie. <http://www.nordoff-robbins.org.uk/html/therapy.html>
- Nally, R., Otto, M., Hornig, C.*: Voice and Autobiographical Memory. In: *Voice*. (Music Therapy Association of British Columbia). (2003). North Vancouver: Capilano College (British Columbia). <http://www.mtabc.com/voicemtabc.pdf>
- Neubauer, Z.*: Pluralita světa a jednota vědění. In: *ČTS*. 91-03, listopad 19, 1991.
- Německá společnost pro muzikoterapii* (Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie), 2005. Německo. <http://www.musiktherapie.de>
- Norská asociace muzikoterapie* (2007). Oslo, Norsko. <http://www.musikkterapi.no>
- Nolan, P.*: Music as a transitional object in the treatment of bulimia. In: *Music Therapy Perspectives*, No. 6, 1989.
- Nordoff, P., Robbins, C.*: *Creative Music Therapy*. New York: John Day, 1997.
- Nordoff, P., Robbins, C.*: *Music Therapy in Special Education*. Inc. Sant Louis: MMB Music, 2003.
- Orff, C.*: *Schulwerk – pohled do minulosti a do budoucnosti*. In: *Perspektivy Orffovy školy v hudební výchově*. Bratislava: Comenium Musicum, 1969.
- Peters, J. S.*: *Music Therapy and Introduction*. LTD., USA: Charles C. Thomas Publisher, 2000.
- Pilch, J. J.*: Music and Trance. In: *Music Therapy Today*, V, 2, 2004. <http://musictherapyworld.net>
- Pipeková, J., Vítková, M.*: *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001.
- Pokorná, P.*: *Úvod do muzikoterapie*. Praha: SPN, 1982.
- Poledňák, I.*: *Stručný slovník hudební psychologie*. Praha: Supraphon, 1984.
- Priestley, M.*: *Music therapy in action*. London: Constable, 1975.
- Priestly, M.*: *Music therapy in action*. St. Louis: MMB, 1985.
- Priestly, M.*: *Essays on analytical music therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona, 1994.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C.*: *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999.
- Přinosilová, D.*: *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1997.
- Rakouský spolek muzikoterapeutů* (Oesterreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen), 2005. <http://www.oebm.org>
- Reinhold, S.*: *Anthroposophische Musiktherapie*. Verein für Anthroposophisches Heilwesen. Liebenzell: E. V. Bad, 1996.
- Renotierová, M., Ludíková, L. a kol.*: *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003.



- Romanovska, B.*: Ladičky a léčení zvukem. Frýdek-Místek: Alpress, 2005.
- Rueger, Ch.*: Domáci hudební lékárnička. Praha: Ikar, 2003.
- Ruona, A. E.*: Non-structured Initial Assessment of Psychiatric Client in Music Therapy. In: Music Therapy Today, VI, 2005, 1. <http://musictherapyworld.net>
- Rutten, S.*: Emerging Body Language. Holandsko: EBL Arts Therapy Center, 2005. <http://www.eblcentre.com>
- Ruud, E.*: Music therapy and its relationship to current treatment theories. St. Louis: Magna-music-Baton, 1980.
- Sabbatella, P. L.*: Music Therapy in Spain. In: Voices: A World Forum for Music Therapy, 2004. [http://www.voices.no/country/monthspain\\_march2004.html](http://www.voices.no/country/monthspain_march2004.html)
- Saperston, B., West, R., Wigram, T.*: The Art and Science of Music Therapy: A Handbook. Amsterdam: Hardwood Academic Publishers, 2000.
- Scott, J., Lazarus, J.*: The Annapolis Ritual Body Posture Group. In: Music Therapy Today, 2002. <http://musictherapyworld.net>
- Scovel, M. A.*: Music therapy within the context of psychotherapeutic models. In: R. F. Unkefer. Music therapy in the treatment of adults with mental disorders. New York: Schirmer, 1990.
- Sears, W. W.*: Processes in Music Therapy. New York: Macmillan, 1968.
- Sharpe, N.*: The history of Canadian Association for Music Therapy. In: The Journal: Canadian Association for Music Therapy, 5 (2), 1977, 2.
- Shoemark, H.*: The Use of Piano Improvisation in Developing Interaction and Participation in a Blind Boy with Behavioral Disturbances. In: K. E. Bruscia. Case Studies in Music Therapy. Barcelona, Phoenixville: PA, 1991.
- Shreffler, J.*: Music Therapy and Transactional Analysis. In: National Association for Music Therapy, 76 (3), 1976.
- Schein, M. a kol.*: Treating hypertension with a device that slows and regularises breathing: a randomised, double-blind controlled study. In: Hum. Hypertens, 15 (4), 2001, p. 271–278.
- Schwabe, Ch.*: Regulative Musiktherapie. Leipzig: VEB Georg Thieme, 1987.
- Schwaiblmair, F.*: Infant research and music therapy – The significance of musical characteristics in early mother-child interaction for music therapy. In: Music Therapy Today, Vol. 6, 2005, No. 1. <http://musictherapyworld.net>
- Skille, O.*: Vibroacoustic Manual (English Version). Levanger (Norsko): Trilax Center, 1991. [http://members.tripod.com/~quadrillo/VAT/e\\_manual-2.html](http://members.tripod.com/~quadrillo/VAT/e_manual-2.html)
- Skille, O.*: Musical Behaviour Scale. Levanger (Norsko): Trilax Center, 2005. <http://continue.to/skille>
- Sloroff, C.*: Drumming Technique for Assertiveness and Anger Management in the Short-term Psychiatric Setting for Adult and Adolescent Survivors of Trauma. In: Music Therapy Perspectives, 12 (2), 1994.
- Smeijsters, H., Vink, A.*: Music Therapy in the Netherlands. In: Voices: A World Forum for Music Therapy, 2003. [http://www.voices.no/country/monthnetherlands\\_september2003.html](http://www.voices.no/country/monthnetherlands_september2003.html)
- Smeijsters, H.*: Music Therapy in the Netherland. (2005). <http://www.xs4all.nl/~cearcall/mt/muziektherapie/mtnleng.htm#ackn>
- Smeijsters, H.*: (2007). <http://home.planet.nl/~smej028>
- Smith, J. a kol.*: Qualitative Psychology. London: Sage Publications, 2003.
- Sollier, P.*: The Tomatis Method. Tomatis Centre. (2004). <http://tomatis.com>

- Společnost pro Orffovu muzikoterapii* (Gesellschaft für Orff-Musiktherapie), 2007. Eurasburg. <http://www.orffmusiktherapie-gesellschaft.de>
- Standley, J.*: A meta-analysis on the effects of music as reinforcement for education/therapy objectives. In: *Journal of Research in Music Education*, Vol. 44, 1996, No. 2.
- Staum, M.*: Music Therapy and Language for the Autistic Child. <http://www.mtabc.com>
- Stige, B.*: The Relentless Roots of Community Music Therapy. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2002. [http://www.voices.no/mainissues/Voices2\(3\)Stige.html](http://www.voices.no/mainissues/Voices2(3)Stige.html)
- Strauss, A., Corbinová, J.*: *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert, 1999.
- Sudo, T. P.*: *Zenová kytara*. Praha: Pragma, 1997.
- Summers, S.*: Healing Through Vocal Improvisation. Voice Instruction in Music Therapy at Capilano College. In: *MTABC: Voice*. (Music Therapy Association of British Columbia). (2003). <http://www.mtabc.com/voice-mtabc.pdf>
- Suzuki, S.*: *Nurtured by Love: A New Approach to Education*. New York: Exposition Press, 1969.
- Suzuki, S., Tateno, K.*: Asthma Music. In: *British Journal of Music Therapy*, Vol. 13, 1982, No. 3.
- Světová federace muzikoterapie* (World Federation of Music Therapy). Internetové stránky. <http://www.musictherapyworld.net/index.html>
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M.*: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001.
- Swierkoszová, J.*: Metoda dobrého startu. In: *I. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000.
- Syřišťová, E. a kol.*: *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha: Univerzita Karlova, 1982.
- Šicková-Fabrici, J.*: *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002.
- Šimanovský, Z.*: *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál, 1998.
- Šípek, J.*: *Projektivní metody*. Praha: ISV, 2000.
- Škodová, E., Jedlička, I. a kol.*: *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003.
- Špitz, J.*: Etické souvislosti vztahové odpovědnosti v terapii. In: *Psychosomatická medicína II*. 2004.
- Vágnerová, M.*: *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlova, 1992.
- Vágnerová, M.*: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.
- Vágnerová, M.*: *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005.
- Vágnerová, M.*: *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007.
- Valenta, M., Müller, O.*: *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2001.
- Valenta, M., Müller, O.*: *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003.
- Vítková, M.*: *Somatopedické aspekty*. Brno: Masarykova univerzita, 1999.
- Vítková, M. a kol.*: *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004.
- Voigt, M.*: Orff Music Therapy – An Overview. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2003. <http://www.voices.no/mainissues/mi40003000129.html>
- Vymětal, J.*: *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997.
- Waria, M.*: Sounds of music through the spiraling path of individuation: A Jungian approach to music psychotherapy. In: *Music Therapy Perspectives*, 12 (2), 1994.
- Wiens, M. a kol.*: Music therapy as a treatment method for improving respiratory muscle strength in patients with advanced multiple sclerosis: a pilot study. In: *Rehabil. Nurs.*, 24 (2), 1999.

- Wigram, T.*: The Effects of Vibroacoustic Therapy on Clinical and Non-clinical Population. (PhD Thesis). London University, St. George's Medical Hospital School. (1996).  
<http://members.tripod.com/~quadrillo/VAT/tonyphd.html>
- Wood, M.*: Developmental Music Therapy. Georgia, USA: Rutland Centre, 1974.
- Wosch, T.*: Music Therapy in Germany. In: Voices: A World Forum for Music Therapy, 2003.  
[http://www.voices.no/country/monthgermany\\_march2003.html](http://www.voices.no/country/monthgermany_march2003.html)
- Yalom, I.*: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Hradec Králové: Konfrontace, 1999.
- Yalom, I.*: Chvála psychoterapie. Praha: Portál, 2003.
- Yalom, I.*: Existencionální psychoterapie. Praha: Portál, 2006.
- Zelevová, J.*: Muzikoterapie. Praha: Portál, 2007.
- Zenkl, L.*: ABC hudební nauky. Praha: Editio Barenreiter, 2000.

# REJSTŘÍK

## A

Analytická muzikoterapie 25, 47, 93–94, 104–105, 121, 183, 206, 210–212  
 Antroposofická muzikoterapie 70, 93–94, 213  
 arteterapie 21–22, 71, 73–74, 89, 183  
 Asthma Music 35, 213–214

## D

dramaterapie 21–22, 82, 89, 183

## E

Evropská muzikoterapeutická konfederace 75–76, 78, 80, 84, 88, 94–95, 103–104, 245, 271  
 expresivní terapie 21–22, 38, 44, 75, 120, 133, 160, 164, 236–237, 239

## F

FMT-metoda 23, 25, 40–41, 81, 85–86, 102–103, 165, 205, 216–217  
 fyzioterapie 22–23, 58, 61–62, 87, 257

## G

geriatrie 22, 94, 96–97, 101

## H

hudba  
 – jako terapie 25  
 – v terapii 25

## I

imaginace 45, 55, 132, 146, 183, 201, 204, 227–228, 256–257, 260–261  
 improvizace 32, 36, 42, 45–48, 62, 85, 89, 96, 102, 104, 108, 115, 121, 127, 129, 131–133, 137, 139–141, 153–155, 157, 162, 166, 179, 183–194, 204, 206,

209–212, 214–215, 219–221, 224–226, 231–233, 269

Improvizální muzikoterapie dospělých 25, 218–220  
 indikace 26, 60, 109, 120, 202, 205, 218, 256–260  
 individuální terapeutický plán 39  
 informace 113  
 interpretace 46–47, 183–184, 194–197

## K

komunitní muzikoterapie 95–96, 124, 251  
 kontaktní píseň 41  
 kontraindikace 26, 108–110, 120, 168, 205, 218  
 kontrakt 70, 108, 113, 116  
 Kreativní muzikoterapie 25, 40, 42, 79–80, 83, 85, 93–95, 100, 104–105, 166, 183, 206, 220–221, 250–251

## M

muzikoterapeutický cíl 26, 39  
 muzikoterapeutický model 32–33, 35–36, 40–42, 49, 59, 72, 83, 85–86, 93–94, 96, 104, 120–121, 133, 138, 165–166, 184–185, 202, 205–210, 213–214, 220, 225, 233–234, 251, 278  
 muzikoterapie  
 – aktivní 87–88, 93, 140–141, 155, 206, 208–209  
 – analytická 47  
 – behaviorální 42, 48–49, 120, 165, 250  
 – humanistická 56–57, 85, 120  
 – psychoanalytická 46–47  
 – psychodynamická 45–46, 85, 91, 102, 120  
 – psychoterapeutická 44

- receptivní 87–88, 127, 155, 206, 208–209, 227
  - rehabilitační 34, 44, 82, 177, 250
  - rodinná 40, 124, 251
  - skupinová 93
  - vývojová 175–176, 226, 250
- muzikoterapeutický model 223

## O

- Orffova muzikoterapie 23, 33, 40, 42, 93–94, 183, 225–227, 250

## P

### pedagogika

- hudební 20–21, 29–32, 37
  - obecná 22
  - speciální 20, 22–23, 33, 35, 38, 40–41, 43, 82–83, 87–88, 93, 95–97, 101–103, 166, 206, 234, 244, 250, 252
- poslech 34, 36, 42, 46, 48–49, 52–54, 60–62, 87, 102, 115, 131, 149, 183, 201–204, 207–210, 212–213, 224, 227–228, 241, 256–258, 260, 269, 276–277

### proces

- interpersonální 22–23, 209
  - muzikoterapeutický 24, 44, 48–49, 52, 56, 72, 74, 107–108, 110, 112, 124, 129, 131, 134, 142, 158, 163, 225, 242, 276
  - systematický 26, 249
  - terapeutický 25, 30, 47, 71, 74, 109, 113, 118, 123, 128, 161, 163, 168, 174, 194, 199, 203, 213, 215, 219, 231, 237, 242, 249, 277
- psychiatrie 22, 79, 81, 87–88, 93, 97–98, 101, 104, 210, 213, 234, 244
- psychodrama 21–22, 70, 83, 100, 183, 206
- psychologie
- behaviorální 24
  - hudební 21, 29, 31, 47, 85, 91, 150, 162, 166, 244
  - humanistická 22, 69, 96
  - kognitivně-behaviorální 40
  - kognitivní 22, 96
  - obecná 21, 85
  - pedagogická 21

- rehabilitační 175
  - sociální 21, 24, 70
  - vývojová 21, 24, 40, 175, 226, 234
- psychoterapie 20, 23, 43–45
- analytická 21, 47
  - existencionální 69
  - humanistická 21, 55–56, 98, 100, 149
  - psychodynamická 21

## R

- rytmus 24, 32, 34–36, 115, 133–134, 138–139, 144–146, 148, 150, 186–188, 195–196, 199, 208, 215, 221, 234, 257, 274–275

## Ř

- Řízená imaginace a hudba 47, 62, 79–80, 84–85, 102, 133, 149, 165, 202, 227–228, 251, 269, 278

## S

- Světová federace muzikoterapie 27, 75–76, 84

## T

- tanečně-pohybová terapie 21–22, 183
- terapeutická změna 24–25, 124, 142, 168, 172, 238, 249–251, 274–276
- terapeutický cíl 32, 40, 44, 107–108, 110, 117–119, 121, 124, 127–128, 134, 175, 177, 197, 199, 216, 226, 249–250, 257–259, 261, 274–275, 277
- terapeutický vztah 25–26, 30, 42, 70, 72–73, 97, 113–114, 128, 135, 147, 163, 168, 171, 173, 185–186, 189, 221, 233, 253, 271–272, 276
- terapeutický záměr 44
- terapie
- aktivní 26, 120
  - analytická 22, 47, 103
  - behaviorální 22, 42
  - expresivní 133
  - gestalt 21, 55, 69–70, 89, 98, 103, 218
  - individuální 26, 81, 85, 113, 122–124, 215, 272
  - kognitivně-behaviorální 21, 89, 115

- kognitivní 49
- psychoanalytická 22, 97, 108, 174
- receptivní 26, 120
- skupinová 26, 81, 85, 113, 122–124, 173, 215, 272
- Tomatisův poslechový program 88, 207, 228–229
- Volná improvizace 40, 42, 47, 105, 165, 206, 233–234, 250
- výzkum 22, 27, 48–49, 59, 75–76, 80–81, 87, 89, 91–92, 97, 99, 103, 106–108, 116, 135, 147, 149–150, 162–163, 165, 178, 206, 208, 230–231, 236–240, 242–245, 273

## V

- Vibroakustická terapie 23, 62, 96, 166, 207, 229–231, 241, 250, 275