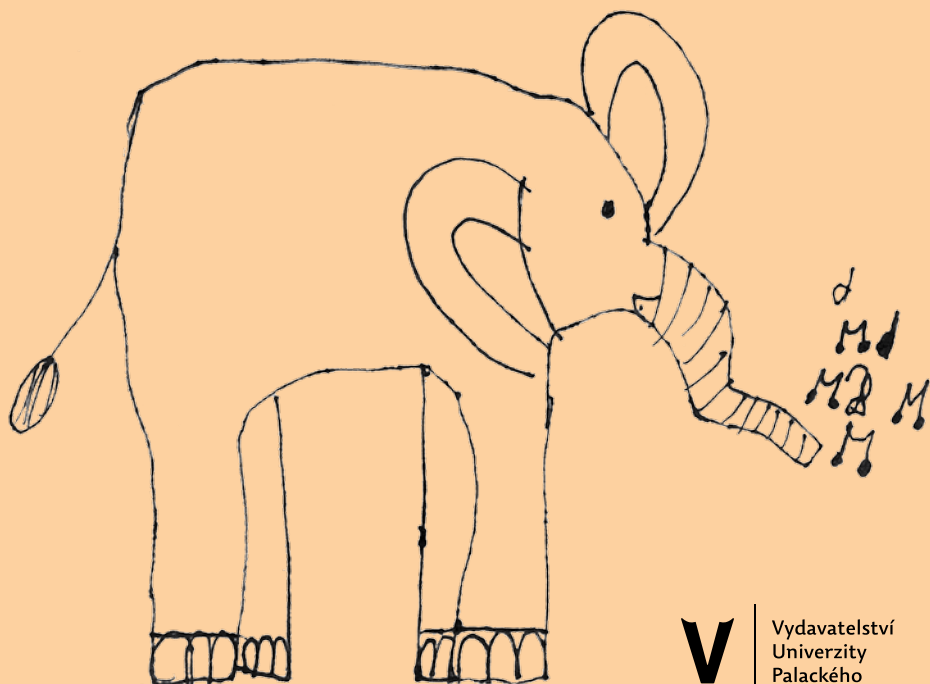


# Muzikoterapie

na základě konceptů biosyntetické psychoterapie  
s osobami se speciálními potřebami  
a jejich rodinami

Svatava Drlíčková  
Jiří Kantor  
Alžběta Smrčková



Vydavatelství  
Univerzity  
Palackého

Univerzita Palackého v Olomouci

# Muzikoterapie

na základě konceptů biosyntetické psychoterapie  
s osobami se speciálními potřebami  
a jejich rodinami

Svatava Drlíčková, Jiří Kantor, Alžběta Smrčková

Olomouc 2022

Tato publikace vznikla za finančního příspěví z projektu Koncept Evidence-based Practice ve speciální pedagogice a uměleckých terapiích, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Pdf\_2022\_001

Odborní recenzenti: PhDr. Jana Weber, Ph.D., MT-BC, SFMT  
doc. Jitka Géringová, Ph.D.

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© text Svatava Drlíčková, Jiří Kantor, Alžběta Smrčková, 2022  
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2022

DOI: 10.5507/pdf.22.24462684  
ISBN 978-80-244-6268-4 (online: iPDF)

# Obsah

<b>Úvod</b>	<b>5</b>
<b>1. Rodiny dětí s autismem a mentálním postižením</b>	<b>8</b>
1.1 Specifika života rodin dětí s autismem či mentálním postižením	11
1.2 Sourozenci dětí s autismem	18
<b>2. Teorie životních proudů a životních polí</b>	<b>23</b>
2.1 Vztah mezi životními proudy a životními poli	29
2.2 Rozbor projevů osoby se speciálními potřebami a její rodiny v jednotlivých segmentech diagramu životních polí	31
<b>3. Muzikoterapie a hudebnost</b>	<b>37</b>
3.1 Struktura terapeutického procesu	40
3.2 Muzikoterapeutické metody a diagram životních polí	42
3.3 Hudebnost jako vztah k hudbě	49
<b>4. Muzikoterapie u rodin osob se speciálními potřebami</b>	<b>53</b>
<b>5. Případové studie – Radim, Jitka a Karolína</b>	<b>66</b>
5.1 V rukou je má síla	67
5.2 Svět musí přijít ke mně	77
5.3 Kouzelný slon	90
<b>Závěr</b>	<b>102</b>
<b>Souhrn</b>	<b>105</b>
<b>Summary</b>	<b>107</b>
<b>Seznam literatury</b>	<b>109</b>
<b>Seznam tabulek a obrázků</b>	<b>117</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>118</b>
<b>Seznam zkratk</b>	<b>119</b>
<b>Přílohy</b>	<b>120</b>
Příloha 1 – Dotazník MEL pro rodiče, primární pečovatele	120
Příloha 2 – Hodnoticí manuál k dotazníku MEL	131
Příloha 3 – Přehled symbolů pro zaznamenávání rytmů na buben djembe	134
Příloha 4 – Záznamy rytmů na buben djembe	135

# Úvod

Rodiny dětí se speciálními potřebami se ve zvýšené míře potýkají s negativními dopady, které vyplývají z rozmanitých funkčních omezení a jsou příčinou omezené participace na aktivitách. Podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (WHO, 2008) je disability vnímána nejen jako zdravotní porucha na úrovni tělesných struktur a funkcí, nýbrž rovněž jako výslednice interakce řady faktorů, které zahrnují také osobnost jedince se speciálními potřebami a jeho sociální prostředí (Pfeiffer a kol., 2014). Tento koncept se stal východiskem pro definování speciálních potřeb v České republice i v jiných zemích.

Na negativní dopady zdravotního postižení reagují přístupy v pojetí koordinované rehabilitace, která zahrnuje rehabilitaci v oblasti zdravotnické, sociální, pracovní a pedagogické (Švestková a kol., 2017). Mezi intervenční přístupy, které prolínají prakticky všechny uvedené složky rehabilitace a nabízí širokou škálu možností intervence, patří muzikoterapie. Hudební zkušenost, k níž dochází v podpůrném prostředí terapeutického vztahu, může být užitečným prostředkem pro dosahování žádoucích pozitivních změn a podpořit také sociální prostředí osob se speciálními potřebami. Hudba představuje v lidském životě bohatý zdroj, jenž může učinit zátěž osob se speciálními potřebami a jejich rodin o něco snesitelnější.

Obsah této knihy je originální minimálně ze dvou důvodů. Za prvé nabízí propojení mezi muzikoterapií a biosyntézou – hlubinně orientovanou somatickou psychoterapií. Z biosyntézy je využit koncept životních polí a životních proudů, který je zde představen jako hodnotící, intervenční a evaluační nástroj pro muzikoterapeutickou praxi. Propojení muzikoterapie a biosyntézy je i v mezinárodním muzikoterapeutickém kontextu ojedinělé, i když se jedná o koncepčně velmi zdařilou integraci obou přístupů, podpořenou mnoha lety praxe hlavní autorky textu.

Za druhé – tato kniha zdůrazňuje důležitost účasti členů celé rodiny v muzikoterapii osob se speciálními potřebami. Jedná se o oblast muzikoterapeutické teorie i praxe, která nebyla doposud podpořena dostatečným počtem výzkumů. Také praktické zkušenosti, které muzikoterapeuti s rodinami získali, jsou zatím neuspokojivé, ačkoliv by mohly významně ovlivnit další vývoj muzikoterapeutické

profese. To, že muzikoterapeuti mají o práci s celými rodinami zájem, bylo patrné i na nedávném mezinárodním sympóziu o muzikoterapii s rodinami, které se konalo 23.–25. září 2022 pod záštitou katedry muzikoterapie na Univerzitě hudby a dramatických umění ve Vídni.

Nyní stručně k obsahu jednotlivých kapitol. První kapitola představuje problematiku rodin, v nichž je minimálně jeden člen se speciálními potřebami. Specificky je tato kapitola zaměřena na osoby s diagnózami autismus a mentální postižení, neboť tyto diagnózy se objevují v případových studiích v páté kapitole. Obsah první kapitoly jsme vytvořili na základě informací ze systematických review a jiných přehledových prací, které se týkají zkušeností rodin s dítětem s jednou z výše uvedených diagnóz. Podkapitola 1.1 popisuje zkušenosti rodičů, zatímco podkapitola 1.2 se týká zkušeností sourozenců. První dvě podkapitoly tímto vytváří systematicky zpracovaný text pro porozumění zkušenostem rodin, které vychovávají dítě s autismem či mentálním postižením.

Obsahem druhé kapitoly je vysvětlení konceptů životních proudů a životních polí rodiny, jejichž autorem je psychoterapeut David Boadella a jeho žena Sylvia Specht Boadella (Boadella, Specht Boadella, 2005). Kapitola představuje možnosti praktické aplikace této teorie u rodin osob se speciálními potřebami. Model byl také využit pro zpracovávání případových studií, které jsou obsahem páté kapitoly.

Muzikoterapeutickým aplikacím hudby je věnována třetí kapitola. Zabývá se vymezením muzikoterapie jako svébytné terapeutické disciplíny, formami muzikoterapie, strukturou muzikoterapeutického procesu i hlavními činiteli v terapii. Další část kapitoly je věnována problematice hudebnosti z perspektivy pedagogické, terapeutické, psychologické a muzikologické.

Obsahem čtvrté kapitoly je představení muzikoterapeutických přístupů zaměřených na rodiny s osobou se speciálními potřebami. Tato část mapuje témata a oblasti, se kterými se rodiče setkávají při využití muzikoterapie jako prostředku k dosažení pozitivních změn v nefunkčních, problematických a zatěžujících procesech souvisejících s každodenním životem.

Pátá kapitola představuje ilustrativní případové studie z muzikoterapeutické praxe autorky. Tyto případové studie demonstrovají muzikoterapeutický proces u osob s mentálním postižením / poruchou autistického spektra a jejich rodin a ukazují, jak lze v muzikoterapii aplikovat diagram životních polí. Při popisu těchto případových studií jsme zužitkovali zkušenosti z předchozího výzkumného šetření

hlavní autorky (Drlíčková, 2019). To se týkalo muzikoterapie s využitím motorických polí a životních procesů u osob s těžkým vícečetným postižením.

Pět kapitol této publikace otevírá zcela nový prostor pro budoucí vývoj muzikoterapie a zároveň muzikoterapii směřuje k rodinám, které nezbytně potřebují vysoce kvalitní profesionální služby. Doufáme, že bude inspirací pro řadu muzikoterapeutů a dalších profesionálů, kteří pomohou zlepšit náročné životní podmínky osob se speciálními potřebami a jejich rodin. Tato oblast totiž vyžaduje dostatečnou pozornost a upřímný zájem ze strany odborníků i celé společnosti.

Za spoluautory

Jiří Kantor



## Rodiny dětí s autismem a mentálním postižením

První kapitola přináší nepostradatelný úvod týkající se rodičů i sourozenců osob se speciálními potřebami. Jejím cílem je pomoci porozumět rozmanitým zkušenostem členů těchto rodin, neboť toto porozumění je podmínkou pro vytyčení smysluplných intervenčních cílů a vytvoření muzikoterapeutického plánu. Již v úvodu této kapitoly však zdůrazňujeme jedinečnost každé rodiny, obdobně jako je jedinečná každá osoba se speciálními potřebami.

Na rodinu můžeme pohlížet z různých perspektiv, např. z perspektiv sociologických, psychologických, pedagogických, antropologických nebo právních. Ze sociologického hlediska lze rodinu chápat jako formu dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím, které přinejmenším zahrnuje rodiče a děti. Například Matoušek (2003, str. 187) vnímá rodinu v tradičním pojetí jako „skupinu lidí spojenou pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (sňatek, adopce)“, nebo v širším pojetí jako „skupinu lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti“ (tamtéž). Linhart a kol. (1996) ve *Velkém sociologickém slovníku* rodinu vymezuje jako původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci s hlavními funkcemi reprodukce, výchovy, socializace a přenosu kulturních vzorů. Rodina je postavena na plnění určitých rolí, ale zároveň vytváří prostředí, ve kterém se lidé po celý svůj život učí základním životním rolím.

Hartl a Hartlová (2015) ve svém *Psychologickém slovníku* definují rodinu jako společenskou skupinu, která je spojena manželstvím, pokrevními vazbami, odpovědností a vzájemnou pomocí. Podle Matějčka (1994) je rodina „místem, kde dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů a rodiče uspokojují potřeby dítěte“ (str. 12). Matějček se zabýval vnímáním rodiny z pohledu dítěte, které bez ohledu na bio-



logické informace přijímá za rodiče ty osoby, které se k němu rodičovsky chovají (Matějček, 2015). V *Pedagogickém slovníku* autoři vymezují rodinu jako nejstarší společenskou instituci, která plní své funkce. Členové rodiny vzájemně vytvářejí emocionální klima, formují své vztahy, hodnoty a postoje. Spolu se školou plní významné výchovné cíle. Jako nejběžnější model uvádí nukleární rodinu, kterou představují oba rodiče a děti (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Legislativně se rodiny týká především zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. Dalšími důležitými dokumenty jsou Úmluva o právech dítěte, zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (Michalík, 2013). Rodinné normy se mohou na základě odlišností historických, kulturních, etnických, náboženských, genderových a mnoha dalších velmi lišit. Současná rodina může být mnohotvárně uspořádaná. Dlouho preferovaný model rodiny v podobě rodičů a jejich dětí (tradiční pojetí rodiny) dostává i další podoby. Patří mezi ně rodiny s osamělým rodičem, rodiny smíšené po druhém sňatku rodiče, rodiny nesezdaných partnerů nebo rodiny homosexuálních partnerů (Sobotková, 2012). Termín rodina budeme dále používat zejména v pojetí tzv. moderní rodiny, o které píše Rabušic (1996) a kterou ve společnosti charakterizují trendy vývoje rodiny typické pro 20. a 21. století.

Rodinný systém se vyznačuje určitými funkcemi. Mezi základní patří funkce biologicko-reprodukční, jejímž cílem je zajištění další generace. Ekonomicko-zabezpečovací funkce zahrnuje hmotné zabezpečení celé rodiny. Dále je to socializačně-výchovná funkce. Rodina je prvním sociálním prostředím, ve kterém se dítě učí, osvojuje si chování, rozvíjí se jeho dispozice a schopnosti. Jedná se o socializačně-výchovnou funkci, která předpokládá zájem a péči o dítě. Soudržnost rodiny je nejvíce podmíněna emocionální funkcí, neboť zajišťuje uspokojivý citový a rozumový vývoj všem členům rodiny (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Mezi další funkce rodiny řadíme předávání kulturního dědictví, vzdělávání, socializaci, společenskou kontrolu, předávání zvyků, tradic a hodnot, základních hygienických a sociálních návyků, osvojování si mateřského jazyka, vytváření základů pro formování vlastního já a pro koncepci vlastního života (Langmeier, Krejčířová 2006).

Speciální potřeby dítěte mají na celkové fungování rodiny a její funkce zásadní dopad, jak bude patrné z následujících podkapitol. Speciálními potřebami rozumíme dle novelizace zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění účinném

od 25. 8. 2020, „osobu, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření“ (§ 16, čl. 1). S konceptem speciálních vzdělávacích potřeb úzce souvisí termín zdravotní postižení. Oba termíny se poměrně často používají téměř jako synonyma, ačkoliv pokrývají poněkud odlišné spektrum populace. Termín zdravotní postižení (správně by se měl používat termín *disabilita*) je obsahem řady mezinárodních i národních dokumentů, právních norem a zákonů, které pro určitou oblast jasně vymezují obsah tohoto termínu. Z národních legislativních dokumentů patří mezi nejdůležitější zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. V případě zákona o zaměstnanosti je to část třetí (§ 67 až § 84), která definuje osoby se zdravotním postižením a vymezuje jejich zaměstnávání a práva, jež souvisí se speciálními potřebami osob v pracovněprávním vztahu. Definici zdravotního postižení lze nalézt také v dokumentech Světové zdravotnické organizace (WHO), a to zejména v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, *disability a zdraví* (MKF) z roku 2001 (WHO, 2008) a ve verzi MKF modifikované pro děti a mládež, a sice *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version: ICF-CY* (WHO, 2007).

Každá rodina s osobou se speciálními potřebami je jedinečná. Rodiče se často dlouhodobě, někdy i celoživotně, stávají neformálně pečujícími a učí se zajišťovat speciální péči o své dítě. Z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je tak osoba se speciálními potřebami v určité míře závislá na péči jiné osoby. Následující podkapitola představí zkušenosti, které vypráví rodiče pečující o dítě s autismem nebo mentálním postižením (tyto typy speciálních potřeb jsme zde vybrali záměrně, neboť se vyskytují v případových studiích v páté kapitole této knihy). Vycházeli jsme převážně ze závěrů kvalitativních systematických review. Při prohledávání studií v databázích Epistemonikos a PubMed jsme si všimli, že existuje řada systematických review zaměřených na problematiku autismu, tento typ studií však nebylo možné nalézt ve vztahu k problematice mentálního postižení (bez komorbidit s diagnózou porucha autistického spektra). Přesto v textu nabízáme srovnání mezi specifiky obou diagnóz, které je v případě mentálního postižení založené především na analýze primárních studiích publikovaných v této oblasti.

## 1.1 Specifika života rodin dětí s autismem či mentálním postižením

Život rodiny, v níž se nachází osoba s autismem nebo mentálním postižením, ovlivňuje široké spektrum faktorů, např. věk, druh a stupeň disability a funkčnosti, rodinné výchovné styly, typické copingové strategie rodiny a přítomné resilientní procesy, dostupnost podpory rodiny, rodinná a ekonomická situace rodiny a mnohé další. Přítomnost speciálních potřeb dítěte je velkým zásahem do rodinného systému a dynamiky jeho fungování. Přestože se každá taková rodina se situací vyrovnává a zvládá ji jiným způsobem, existují určitá společná témata, která jsou pro tyto rodiny charakteristická.

Autorky dePappe a Lindsay (2015) syntetizovaly zkušenosti rodičů dětí s autismem na základě modelu životního cyklu rodiny a identifikovaly několik fází, nicméně tyto fáze nemusí důsledně následovat jedna za druhou (patrně s výjimkou prvních dvou), často se překrývají nebo probíhají paralelně.

**První fáze – před diagnózou:** Rodiče si před začátkem diagnostického procesu všimli projevů atypického vývoje dítěte s PAS nebo chybějících projevů běžného vývoje. Odpovědi na otázky týkající se těchto vývojových projevů hledali většinou u dětských/rodinných lékařů. Ačkoliv někteří dostali okamžitou odpověď, častější byla neuspokojivá vysvětlení nebo nesprávné diagnózy (Ooi a kol., 2016; dePappe a Lindsay, 2015). Tato situace je specifická pro rodiny dětí s autismem a dalšími syndromy, které není možné diagnostikovat při narození. Rozpoznání diagnózy typu Downův syndrom, které doprovází fyziologicky charakteristické rysy, je možné již při porodu nebo v průběhu prenatální diagnostiky. To je v podstatě výhodou z hlediska včasné podpory, která se může dítěti i rodině dostat bez zbytečných prodlev a maximalizovat tak vývojové zisky prostřednictvím procesu raného učení.

**Druhá fáze – potvrzení diagnózy:** Studie se shodují v tom, že potvrzení diagnózy ze skupiny poruch autistického spektra doprovází mimořádně emocionálně náročné reakce, které jsou typické pro sdělení nepříznivé diagnózy (např. šok, popření, obviňování, deprese), ale také úleva, že se rodiče dozvěděli, co dítěti je a co mají dělat. V případě diagnózy autismus mají klíčovou roli pocity viny – rodiče se po potvrzení diagnózy mohou přestat vinit za to, že příčina atypického chování dítěte spočívá ve špatné výchově, ale na druhé straně hledají příčinu vzniku dia-

gnózy. Přitom se, zejména matky, často uchylují k obviňování za možné problémy v průběhu těhotenství. Hledání viníka za vznik diagnózy je závislé také na kulturním a náboženském kontextu, jak bude vysvětleno dále.

Boshoff a kol. (2017) uvádí, že zkušenosti rodičů s prvními profesionály, se kterými se setkají (což jsou typicky lékaři a další zdravotnický personál zodpovědný za potvrzení diagnózy) má dlouhotrvající efekt na jednání také s dalšími odborníky v pozdějších fázích vývoje dítěte. Autorky Legg a Tickle (2019) zkoumaly zkušenosti britských rodičů s procesem diagnostiky autismu a uvádí, že pro muže je těžší smíření se se skutečností, že dítě trpí autismem. To může být mimo jiné způsobeno nižším stupněm jejich účasti v diagnostickém procesu. Sdělení diagnózy je náročné a potenciálně velmi zraňující také pro rodiče dětí s jinými typy speciálních potřeb, včetně mentálního postižení (Sedláčková a kol., 2021). V České republice mají významnou roli v procesu sdělení diagnózy dítěte a v následné intervenci Centra provádění, která již fungují při některých nemocnicích.

**Třetí fáze – přizpůsobení rodinného života:** Péče o dítě s autismem nebo mentálním postižením dlouhodobě ovlivňuje většinu oblastí každodenního života. Náročnost péče o dítě komplikují zejména záchvaty a agresivní projevy chování. Podle Ooi a kol. (2016) se agrese projevuje vůči lidem, ale také ničením věcí a sebe-poškozováním. Častými spouštěči nezvladatelného chování jsou dle rodičů zvláště změny v režimu a hypersenzitivita dětí na okolní podněty (DePappe, Lindsay, 2015). Copingové strategie, které si rodiny v těchto situacích osvojují, zahrnují nadměrnou bdělost vůči jakýmkoliv rizikovým podnětům z okolního prostředí, předvídání těžkostí a možných reakcí dítěte a přípravu dítěte na změny. Vůči hypersenzitivitě a změnám okolí považují rodiče za efektivní vytvoření stálého režimu, hraní rolí a upozorňování na změny. Rodiče dítěti samozřejmě do značné míry přizpůsobují domácí prostředí a chod domácnosti, např. někteří rodiče uvádí, že vysavač používají pouze za nepřítomnosti dítěte (Ooi a kol., 2016). Požadavek na stálou bdělost však zvyšuje stres a vyčerpání rodičů.

Jako další problémové oblasti rodiče uvádí příjem jídla, problémy se spánkem (Bonis a kol., 2016) a problémy s komunikací. V důsledku rigidních individuálních preferencí dětí musí vařit více jídel a náročné je také chování dětí s autismem během jídla. Problémy se spánkem dětí s autismem jsou ve významné korelaci s horším mentálním zdravím rodičů a vyšší mírou rodičovského stresu (Martin a kol., 2019). Výše uvedené problémy, zejména problémy se spánkem, se s menší frekvencí vyskytují také u dětí s mentálním postižením a různými genetickými

syndromy spojenými s mentálním postižením (Agar a kol., 2021; nebo Surtees a kol., 2018).

Přizpůsobení se diagnóze dítěte má dále dopad na kariéru rodičů a ekonomickou situaci rodiny. Mnozí rodiče uvádí ztrátu zaměstnání (Mencap, 2006), ačkoliv někteří z nich nacházejí zaměstnání v komunitě podporující osoby se speciálními potřebami. Změny ve statusu zaměstnání se týkají především matek jako primárních pečovatelek a mnohem méně postihují otce, kteří jsou ve většině případů zodpovědní za ekonomické zabezpečení rodiny (Rankin a kol., 2019). Někteří rodiče, včetně matek, však uvádí, že snaha udržet si zaměstnání měla významný dopad na udržení pocitu vlastní identity a rovnováhy, příp. jako jeden z mála možných úniků ze světa pečování o dítě (Ooi a kol., 2016).

Ekonomická situace těchto rodin je v mnoha případech alarmující. Příspěvky od státu většinou rodinám nedovolují pokrýt ani základní požadavky na terapii a výchovu dítěte. Příspěvek na péči je v České republice poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.<sup>1</sup> Ze starších studií vyplývá, že pečovatelé, pečující o blízkou osobu ve III. stupni závislosti, průměrně stráví zajištěním potřeb těchto osob téměř 16 hodin denně. Ve IV. stupni závislosti se průměrná doba péče blíží k 18 a půl hodině denně (Valenta, Michalík, 2014). Z výzkumného šetření neziskové organizace Alfa Human Service, které se zabývalo péčí a podporou rodin s osobou se speciálními potřebami, vyplynulo, že pomyslný příjem rodiče za péči o dítě se odvíjí od výše příspěvku na péči o dítě. Ta v roce 2021 činila přibližně 36 Kč na hodinu (podle stupně závislosti), s pracovní dobou 7 dní v týdnu. U příspěvku na péči ve IV. stupni je to často 18 hodin denně, 365 dní v roce bez možnosti odpočinku, dovolené, čerpání nemocenské, věnování se svým zálibám. Nejčastěji tito rodiče uvádí, že na svoji první dovolenou odjeli po 22 letech péče (Fryč a kol., 2021).

<sup>1</sup> Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku, uvedená v § 4 odst. 1 zákona o sociálních službách, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti (I. lehká závislost, II. středně těžká závislost, III. těžká závislost, IV. úplná závislost). Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). O příspěvku rozhoduje krajská pobočka ÚP ČR. Více informací viz <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>.

Volný čas rodin je naplněn především potřebami dítěte, rodiče mají málo času pro sebe. Rodiny frustruje nemožnost dělat běžné aktivity typické pro ostatní rodiny, např. chození do kina, nebo je aktivita rigidně vázána na nějaké prostředí. Vysoký stupeň emocionální zátěže a nízká kvalita života rodiny je příznačná pro velký počet rodin (Predescu, Sipos, 2013). U rodičů se ve zvýšené míře vyskytují zdravotní problémy (Mencap, 2006). Primární pečovatelé o děti s autismem uvádí, že mají málo spánku, trpí nespavostí a mají málo energie (Ooi a kol., 2016) a cítí se „vyždímaní“ z péče o dítě (DePappe, Lindsay, 2015). Zdravotní stav některých rodičů se však zlepšil, když si začali uvědomovat, že jejich zdraví je nepostradatelné pro zajištění péče o dítě a začali se o sebe více starat (Ooi a kol., 2016).

Diagnóza dítěte má dále vliv na posílení nebo narušení manželského vztahu. V prvním případě uváděli rodiče jako důležitou dostupnost odlehčovacích služeb a jiných forem respektu (Cooke a kol., 2020). Jejich vztah upevnilo to, že se zaměřili na dítě a odložili stranou odlišné názory, což snížilo počet sporů a hádek. V opačném případě byla důvodem narušení vztahu ztráta vzájemného času a odcizení, neshody týkající se výchovy, obviňování druhého za vznik postižení apod. Některé matky se cítí nepodporované partnerem, který nechává vše na nich (Ooi a kol., 2016).

Rodiče popisují také důsledky ve vztahu ke zdravým sourozencům. Většinou je nutné rozdělit čas pro každého sourozence, neboť vykonávání rodinných aktivit společně zvyšuje stresovou zátěž a do centra pozornosti stále klade sourozence s postižením. Obecně mají rodiče pocity viny ze zanedbávání zdravých sourozenců. Perspektivě ze strany samotných sourozenců je věnována podkapitola 1.2.

Již v průběhu procesu potvrzení diagnózy obvykle dochází k vyhranění reakcí ze strany širší rodiny, které mohou být podpůrné, ale také spojené s obviňováním (přisuzování chování dítěte výchově rodičů) a dalšími negativními projevy. Některí rodiče uvádí, že jsou cíleně vyloučeni ze setkávání širší rodiny, většinou kvůli chování dítěte, které je příznačné pro poruchy autistického spektra (Salleh a kol., 2020). Také v případech, kdy se širší rodina snaží pomoci, není tato pomoc vždy adekvátní, např. z důvodu nedostatečného porozumění autismu a s ním souvisejícím problémům (Ooi a kol., 2016).

Obdobně se vyhraňuje také vztah vůči přátelům a širšímu sociálnímu prostředí (Risidal, Singer, 2004). Pro rodiny dětí s autismem a mentálním postižením je typická izolace – někteří přátelé se začnou rodinám vyhýbat, k čemuž velkou

měrou přispívají náročné projevy v chování dítěte. Některým rodinám chybí čas na setkávání, mají obavy pozvat přátele na návštěvu domů či chodit na návštěvy s dítětem. Ovšem vyskytují se také opačné zkušenosti – někteří rodiče uvádí, že se jim od jejich sociálního okolí nebo zaměstnavatelů dostalo značné podpory (Ooi a kol., 2016; Kantor a kol., 2015).

**Čtvrtá fáze – navigování v systému:** Rodiče zažívají pozitivní zkušenosti, ale také řadu těžkostí spojených se systémem služeb (Sedláčková a kol., 2021). Při diagnostice dítěte si cení podpůrného, senzitivního a soucitného přístupu, času na vstřebání emocí, transparentní a upřímné diskuze o prognóze, která zároveň ponechává dostatek prostoru pro optimismus (Ooi a kol., 2016). V případě autismu ale také poukazují na netransparentní proces diagnostiky a dlouhé čekání, které často ústí ve značnou frustraci. Nedostatek respektu a podpory je vyvažován zkušenostmi těch rodičů, které odborníci akceptovali jako experty ve vztahu ke svému dítěti. Některé rodiče uvádějí nedostatečnou informovanost odborníků, nedostatečné pokrytí služeb (a s tím spojené nároky na dojíždění) a dlouhé čekací lhůty (DePappe, Lindsay, 2015). Některé rodiny si služby nemohou dovolit kvůli vysokým nákladům, nebo volí pro dítě méně vhodné, ale levnější služby (Ooi a kol., 2016).

Ve vztahu k behaviorálním a vzdělávacím intervencím mají rodiče očekávání, že tyto intervence dítěti pomohou k integraci do školy, zlepší toleranci negativních sensorických zkušeností, sníží vybíravost v jídle apod. (Ooi a kol., 2016). Rodiče pozitivně hodnotí, pokud jsou začleněni do terapie a cení si možnosti terapie přímo v domácím prostředí (z důvodu dočasného odlehčení v péči o dítě). Nicméně kromě již výše zmíněných se zde objevují některé specifické problémy, např. zvýšená fluktuace terapeutů. Co se týče školského systému, mnohé školy (a to zejména ty běžné) nejsou schopné se dostatečně přizpůsobit potřebám dítěte. Za jeden z hlavních důvodů rodiče považují nedostatečnou informovanost o autismu a z něho vyplývajících problémech v chování dítěte. U starších dětí s vysoce funkčním autismem je problematický přechod na vysokou školu, která poskytuje méně protektivní prostředí než střední školy (Bonis a kol., 2016).

Některé studie analyzovaly bariéry, které doprovázejí poskytování veřejných služeb (Sing, Bunyak, 2018) a mohou mít až podobu veřejné stigmatizace rodin dětí s autismem a mentálním postižením (Liao a kol., 2019; Kantor a kol., 2015). Tato stigmatizace a diskriminace překračuje kontext profesionálních služeb a týká se postoje veřejnosti jako celku. Salleh a kol. (2020) uvádí, že nedostatek podpory a diskriminace přichází ze strany širší rodiny, přátel, učitelů, okolní společnosti,

a dokonce i odborníků ve zdravotnictví, kteří jsou v první linii zodpovědní za poskytování péče těmto rodinám. Bonis a kol. (2016) popisují ztrátu podpory také v náboženských komunitách a vyhybavé chování jejich členů vůči rodinám dětí s autismem. Stigmatizace má dle závěrů Salleh a kol. (2020) různé projevy a důsledky – rodiče se cítí okolím obviňováni a souzeni, pocítují stud a hanbu, setkávají se s vyhybavým chováním okolí, hrubými narážkami druhých lidí a zjevně nepřátelskými pohledy. Důvodem je nejčastěji nezvladatelné nebo netypické chování dítěte, ale také úprava oblečení a vzhled (Salleh a kol., 2020). Problém u poruch autistického spektra spočívá v tom, že postižení jejich dítěte je skryté – tyto děti vypadají obdobně jako vývojově neurotypičtí vrstevníci, což okolí vede k připsování abnormálních projevů dítěte špatné výchově rodičů. Se stigmatizujícími a diskriminujícími projevy okolí se vzhledem k tomu, že jsou obvykle primárními pečovatelkami, častěji setkávají matky. V tomto směru existuje velký rozdíl mezi autismem a více zjevnými formami mentálního postižení nebo syndromy, které jsou jako v případě Downova syndromu charakteristické nápadnými fyziologickými projevy či výrazem obličeje dítěte. V tomto druhém případě se rodinám na veřejnosti dostává obvykle spíše zvýšeného ohledu a úlev, přestože specifické formy diskriminace a vyloučení těchto rodin ze společenského života existují i v těchto případech. Se zraňujícími reakcemi okolí se rodiče vyrovnávají různě – někteří z nich se snaží omezit pobyt venku, jiní se narážky okolí naučí ignorovat, brání se, obhajují dítě, nebo dokonce vysvětlují a vzdělávají okolí (Ooi a kol., 2016).

**Pátá fáze – zplnomocnění rodičů:** Rodiče se vzdělávají v problematice autismu a mentálního postižení a implementují strategie, které pomáhají celé rodině. Osvojují si rozmanité strategie zvládnání, které spočívají v zaměření pozornosti na to, co je možné změnit (typické výroky rodičů jsou např. „udělám, co můžu“ nebo „nikdy se nevzdám“), v proaktivním chování ve vyhledávání informací, zkoušení efektivity různých intervencí, v obrácení se ke spiritualitě a náboženství atd. (Ooi a kol., 2016). Boshoff a kol. (2017) analyzovali obhajování dítěte jako důležitou strategii zvládnání, která umožňuje přeměnit negativní emoce do pozitivních výsledků. Obhajoba dítěte takto vede k větší účasti rodičů na veřejnosti, vyžaduje však předchozí sebevzdělání a přístup k potřebným službám (Boshoff a kol., 2017).

Někteří rodiče získávají kompetence pro provádění určitých intervencí a stavají se terapeuty pro své dítě (DePappe, Lindsay, 2015). Jiní rodiče dostanou potřebné informace a pomoc v podpůrných skupinách (sdílením problémů, praktickými radami, vzájemným učením, získáním větší důvěry ohledně vlastní výchovy).



Ne všichni rodiče však podpůrné skupiny využívají (např. z důvodu jejich absence, neinformovanosti) a někteří je nevyužívají záměrně. Důvodem je, že tyto skupiny nenaplnily jejich potřeby, že rodiče neměli kapacitu naslouchat problémům druhých nebo v těchto skupinách nedostali potřebnou emocionální nebo sociální podporu.

Rankin a kol. (2019) uvádí přehled dalších intervencí, které jsou zaměřené na podporu rodičů, specificky otců dětí s autismem. Kromě podpůrných skupin se jedná o domácí intervence (návlek komunikace a interakce s dítětem), workshopy zaměřené na management problémů s chováním, online intervence (např. OASIS výcvikový program – Online and Applied System for Intervention Skills) a rodinné intervence, např. program s názvem Discussion + Doing = Daring, který je kombinací kognitivně-behaviorálních technik a technik rodinné terapie zaměřené na úzkost dítěte s autismem.

**Šestá fáze – pohyb vpřed:** Tato fáze se týká procesu vyrovnávání se s diagnózou dítěte, poznávání pozitiv péče o dítě a výhledů do vzdálenější budoucnosti. Akceptace diagnózy dítěte dle rodičů přichází v prchavých okamžicích, kdy zažívají pocity rodinné normality, přestanou se snažit své dítě „napravovat“ atd. (DePappe, Lindsay, 2015). Někteří rodiče se však nezvládnou vyrovnat se situací a uchýlí se např. k různým projevům popření. Navíc platí, že i při dobrém copingu rodiče prožívají pocity beznaděje, deprese nebo ztráty důvěry („Nehleď na to, jak se snažíme, nemůžeme změnit osud“, Ooi a kol., 2016).

V procesu vyrovnávání hraje důležitou roli hledání smyslu, víra a naděje. Ačkoliv některá přesvědčení rodičů mohou být podpůrná pouze dočasně, např. že dítě „z toho vyroste“, že se najde efektivní léčba apod., někteří rodiče dospívají k dlouhotrvajícím vysvětlením z pozice víry a spirituality, např. že Bůh je zkouší a že jim pomůže, že mají vůči dítěti dluh z minulého života, že Bůh jim dítě dal jako úkol apod. (Ooi a kol., 2016). Navzdory všem těžkostem však výchova dítěte s autismem nebo mentálním postižením přináší i radost, nepodmíněnou lásku, změnu životních perspektiv a hodnot, větší citlivost, soucit, trpělivost, porozumění, méně odsuzování ostatních a další podstatné vlastnosti (Evans a kol., 2011; Hodapp, 2007; Green, 2007; Sedláčková a kol., 2021). Zisky mohou souviset s tím, že dítě rodinu sblíží, ať už v rámci partnerského vztahu nebo, v rámci celé rodiny (DePappe, Lindsay, 2015).

V průběhu výchovy dítěte s autismem nebo mentálním postižením se rodiče začínají s různou naléhavostí zabývat otázkami, které jsou spojené s budoucností

jejich dítěte. Náročná je zejména otázka, co bude s jejich dítětem v okamžiku, kdy se již o něj nebudou moci starat, obavy z toho, že jejich dítě nebude moci žít běžný život (mít práci, manželství atd.) a také obavy o budoucnost samotných rodičů (Sedláčková a kol., 2021). Mezi rodiči se lze setkat s různými strategiemi pro řešení těchto otázek – např. spoření financí pro budoucí zabezpečení jejich dítěte nebo očekávání budoucí péče od zdravých sourozenců. U dospívajících dětí s vysocefunkčním autismem je přechod do dospělosti a nezávislý život typicky spojen s obavami o jejich bezpečí (Bonis a kol., 2016).

## 1.2 Sourozenci dětí s autismem

Tato podkapitola se zabývá dopadem diagnózy porucha autistického spektra na vývoj osobnosti, chování a psychiku zdravého sourozence, na jejich sociální dovednosti a sourozenecký vztah, na coping, přizpůsobení a podporu zdravých sourozenců, a nakonec na jejich role a zodpovědnost.

Vliv diagnózy autismus na život a vyrůstání neurotypických sourozenců, jejich chování a psychiku je nejčastěji adresované téma v systematických review a dalších přehledových studiích v této oblasti (Corfec a kol., 2020; Green, 2013; Leedham a kol., 2019; Shivers a kol., 2019; Watson a kol., 2021). Podle Shivers a kol. (2019) jsou sourozenci dětí s autismem zvýšeně rizikovou skupinou ohroženou řadou internalizačních problémů ve srovnání s četnými kontrolními skupinami (neurotypičtí sourozenci, sourozenci osob s mentálním postižením nebo jinými vývojovými poruchami, sourozenci osob s chronickým onemocněním, nejčastěji s rakovinou nebo diabetem). Při využití objektivních metod pro diagnostiku ADHD, úzkosti a deprese vykazují sourozenci dětí s autismem vyšší míru symptomů pro všechny tři kategorie v porovnání s ostatními kontrolami (data získaná prostřednictvím sebeposuzovacích škál k takovýmto závěrům nevedou). Green (2013) také zmiňuje, že u sourozenců dětí s autismem je zvýšené riziko rozvinutí internalizovaných poruch, např. úzkostí, depresí nebo psychosomatických onemocnění (nejčastějším zdrojem distresu je agrese sourozence), a symptomy deprese a úzkosti jsou více ohroženy dívky než chlapci (Green, 2013; Corfec a kol., 2020).

Ve studii Corfec a kol. (2020) uvádí přibližně polovina z 25 zahrnutých studií negativní vliv na zdravého sourozence v internalizovaném chování (symptomy

úzkostí, deprese, problémy s regulací emocí) i externalizovaném chování (agrese, opoziční chování). Tato studie dále uvádí, že zdraví sourozenci mají větší emoční potíže, objevuje se u nich stud, pocity viny, opuštěnosti, izolace a žárlivost. Také bývají časté pocity hněvu při agresivních projevech sourozence či smutku, pokud sourozenec s autismem neprojevuje zájem o vztah.

Existují však také pozitivní dopady na zdravého sourozence, zvláště pokud jsou minimální rizikové faktory prostředí – jedná se o vyšší sebevědomí, lepší vnímání školních výsledků, pozitivní vnímání odlišnosti sourozence s autismem a náklonnost vůči němu (Corfec a kol., 2020). Sourozenci mluví také o osvojení větší empatie a lepším porozumění druhým lidem, o rozvinutí lepší schopnosti copingu a kompromisu (Watson a kol., 2021). Leedham a kol. (2019) dodává, že mnoho zdravých sourozenců má vyšší míru resilience při náročných situacích a také soucit a trpělivost vůči ostatním lidem, což získali díky zkušenostem se svým sourozencem. Některé sourozence dovedla jejich zkušenost k tomu, že se začali věnovat osvětě společnosti. Jiní však přiznávají pocity studu, pokud jsou na veřejnosti spolu se svým sourozencem (Leedham a kol., 2019; Watson a kol., 2021). Tato zkušenost s různými projevy stigmatizace byla podrobněji představena u rodičů dětí s autismem (Salleh a kol., 2020). Ve vrstevnických kolektivech zdravých sourozenců k běžným obavám přibývá také strach ze šikany.

Vyrůstání s dítětem s autismem má u zdravých sourozenců vliv na vývoj sociálních dovedností a na navazování i udržování sociálních vztahů, a to jak s přáteli, tak s rodinou. Sourozenci uvádí, že na jedné straně dostávají dostatek pochopení a podpory od svých vrstevníků, na druhé straně však popisují různé problémy, např. nezvou své kamarády kvůli sourozenci s autismem na návštěvy domů a z tohoto důvodu nejsou ani oni sami zváni na oslavy a podobné akce. Někteří z nich s přáteli o svém sourozenci s autismem vůbec nemluví, protože mají obavy z neporozumění a nepřejí si setkat se s nevyžádanou lítostí. Většina sourozenců shledala náročné udržovat vztahy s přáteli (Corfec a kol., 2020; Leedham a kol., 2019; Watson a kol., 2021).

V rodině je pro mnoho zdravých sourozenců náročné kladení odlišných nároků a očekávání ve srovnání se sourozencem s autismem. Jejich vlastní potřeby a přání se obvykle upravují podle potřeb a přání sourozence s autismem, někdy jsou dokonce ignorovány (Leedham a kol., 2019) a často se setkávají s nedostatkem pozornosti (Watson a kol., 2021), kterou mohou svým sourozencům s autismem závidět. O těchto problémech může být obtížné mluvit, neboť to vyvolává pocity

viny. Dansbyová a kol. (2017, str. 9) cituje ve své studii typický výrok sedmnáctiletého chlapce: „Můj malý bratr má speciální potřeby. Moji rodiče mu věnují všechny svůj volný čas a energii a na mě zapomněli.“ Někteří sourozenci se svěřují, že se své pocity občas snaží skrývat, a to hlavně před rodiči, protože je nechtějí ještě více zatěžovat. Jiní potlačují své emoce, protože to po nich rodiče přímo vyžadují (Leedham a kol., 2019).

Někteří sourozenci vyjadřují přání mít zdravého bratra nebo sestru, aby s nimi mohli dělat aktivity, které se svým nynějším sourozence dělat nemohou, někteří si přejí trávit více času mimo rodinu a většina z nich si především přeje být častěji o samotě se svými rodiči (Leedham a kol., 2019; Watson a kol., 2021).

Co se týče sourozeneckého vztahu, sourozenci celkově touží po dobrém vztahu se svým bratrem či sestrou s autismem, nicméně postupem času se musí smířit s tím, že možnost takového vztahu a celkového porozumění je omezená kvůli potížím v komunikaci, sociální interakci, agresivnímu chování, nedostatku zájmu apod. (Leedham a kol., 2019). To v nich vyvolává pocity frustrace, smutku, diskomfortu, studu, hněvu, strachu, sociální izolace, obav a také pocity vyhoření (Watson a kol., 2021).

Přestože je mezi těmito sourozenci méně intimity a prosociálního chování než v ostatních rodinách, vyskytuje se u nich také méně soupeření, sourozeneckého konfliktu a více obdivu k sourozenci. Jeden ze sourozenců popsal svého bratra slovy: „jeden z nejúžasnějších lidí, které znám“ (Angell a kol., 2012, str. 6). Mnozí sourozenci si navzdory náročné situaci vytvoří ke svému bratru či sestře s autismem pevné pouto, cítí k nim lásku a náklonost a tráví spolu rádi čas. Pozitivnímu vztahu k sourozenci také napomáhá informovanost a roli hraje také věkový rozdíl sourozenců (pozitivnější jsou vztahy sourozenců, kteří jsou od sebe starší více než tři roky) (Corfec a kol., 2020). Porozumění sourozenci s autismem se zvyšuje s přibývajícím věkem.

Kvalita sourozeneckého vztahu navíc koreluje s mírou rodičovského stresu – nižší míra rodičovského stresu a dostatek sociální podpory pozitivně ovlivňuje kvalitu sourozeneckého vztahu (Corfec a kol., 2020). Také intervence zaměřené na oba sourozence (pokud je zdravý sourozenec instruktorem herních dovedností pro sourozence s autismem) mohou vyvolat větší zájem a zvýšit kvalitu společně stráveného času (Shivers a kol., 2015). Při učení sociálním dovednostem 75 %

zdravých sourozenců i sourozenců s autismem vykazovalo zlepšení a rozvinul se u nich kvalitnější vzájemný vztah.

Pro coping a přizpůsobení využívají zdraví sourozenci řadu strategií, např. trávení času o samotě nebo s přáteli, cvičení, ujetí se aktivní role ve výchově svého sourozence, využívání kompromisu (Leedham a kol., 2019), úpravu svého chování, aby se vyhnuli konfliktu se sourozencem, vyhýbání se rodině i sourozenci, uzavření se do sebe, aby ještě více nezatěžovali rodiče svými problémy, ale také vyhledávání podpory u rodiny a zneužívání návykových látek (Watson a kol., 2021). Mnoho sourozenců by si přálo mít dostupnou podporu mimo domov, např. ve formě podpůrných skupin, které pomáhají získat porozumění okolí (Leedham a kol., 2019), nebo formou terapeutické podpory, která pomáhá ve vytváření copingových dovedností a dává možnost otevřeně mluvit bez odsuzování nebo pocitů viny. Alarmující však je, že mnozí sourozenci mají pocity viny a selhání jen při uvažování nad vyhledáním externí pomoci (Leedham a kol., 2019).

Role a zodpovědnosti zdravých sourozenců se týkají:

- Pečovatelská a výchovná role sourozence s autismem (zdraví sourozenci si osvojují některé rodičovské dovednosti, které nejsou typické pro jejich věk, např. podporu v sebeobsluze, pomoc s přípravou do školy sourozence s autismem, emocionální podporu atd.). Někteří sourozenci, dospělí i děti, v sobě mají vnitřní pocit zodpovědnosti za svého sourozence s autismem, který je poháněn strachem: „... tak jsem se rozhodl, že ve svých dvanácti letech budu dospělý, protože jsem vychovával celou rodinu. Opravdu jsem se bál, myslím mnoho let bezesných nocí.“ (Tozer, Atkin, 2015). Zdraví sourozenci obvykle chápou, že je to nutné a snaha podpořit rodinu a jejich sourozence je v souladu s jejich hodnotami. To však u některých nevyrovná pocit nadměrné zátěže a toho, že to není fér.
- Ochraňující role – kromě již zmíněné rodičovské role mnoho sourozenců cítí povinnost svého bratra či sestru chránit, a to před psychickou i fyzickou bolestí, mají obavy z jejich zranitelnosti, strach o jejich bezpečí a možné negativní reakce okolí (např. z důvodu šikany). Někteří tuto zkušenost popisují jako „být stále ve střehu“, aby mohli v případě potřeby ihned zareagovat.
- Obavy z budoucnosti – někteří sourozenci počítají s ujetím se role pečovatele o sourozence s autismem i v budoucnosti, jiní se však obávají toho, že nebudou schopni vybalancovat s potřebami sourozence vlastní život. Vnímají

to spíše jako zaměstnání a touží po nezávislém životě. To je příčinou smutku a obav.

První kapitola ukazuje, že potřebu podpory mají v rodinách nejen děti s autismem či mentálním postižením, ale také jejich rodiče a zdraví sourozenci. Závěry ze systematických review nás informují o vysoké míře emocionální zátěže, zranitelnosti a potíží, které členové těchto rodin v důsledku speciálních potřeb svého dítěte či sourozence pocítují. Pro muzikoterapeuty i další odborníky poskytující behaviorální a vzdělávací intervence to znamená nutnost uvažovat o problémech dítěte se speciálními potřebami v kontextu potřeb celé rodiny. K tomu však muzikoterapeuti potřebují praktické koncepty, které by byly kompatibilní s povahou muzikoterapeutické intervence v rodině. Následující kapitola představí koncept životních proudů a životních polí, který pochází z biosyntézy a byl již do muzikoterapie s rodinami úspěšně aplikovaný.

## Teorie životních proudů a životních polí

Pojem life-streams, překládaný jako životní proudy, a life-fields, životní pole, popisuje biosyntéza – celostní, integrativní přístup v somatické psychoterapii, který zdůrazňuje multidimenzionální pohled na člověka (Boadella, Specht Boadella, 2005). Biosyntéza znamená integraci života a odkazuje na specifické procesy sebeformace, které podporují přirozený růst, osobnostní rozvoj a celkovou integritu. Propojuje somatickou existenci s psychologickou zkušeností a podstatou člověka (Boadella a kol., 2012). Zdůrazňuje, kromě lidských zdrojů skrytých v traumatu, funkce mezilidské rezonance, plnou a vědomou přítomnost a kontakt s druhým člověkem. Zabývá se zdravým pohledem na soucit k druhým. Podporuje jedinečnost, kterou můžeme vnímat v kontextu jednotlivce i rodiny, a širokou rozmanitost vývojových cest, které tvoří základ sebeformace.

Zakladateli biosyntézy jsou David Boadella spolu se svou ženou Sylvíí Specht Boadella. V roce 1986 založili Mezinárodní institut biosyntézy ve švýcarském Heiden, se kterým je úzce provázán Český institut biosyntézy. Tento přístup se vyvíjí od 70. let minulého století a je uznávaný Evropskou asociací terapií zaměřených na tělo (EABP) i Evropskou psychoterapeutickou asociací (EAP), kde byla biosyntéza v roce 1998 uznána jako první akreditovaná metoda v oblasti somatické psychoterapie.

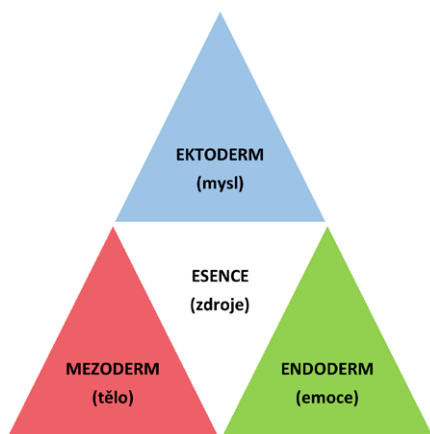
V roce 2018 se v České republice biosyntéza osamostatnila a je předávána a aplikována jako biosyntetická psychoterapie se záměrem navázat na Boadellovy principy, dále je rozvíjet a obohatit způsobem, který respektuje současnou psychoterapeutickou péči o klienta. Využívá nejnovější vědecké poznatky, především z oblasti neurověd.

Biosyntéza vychází z psychoanalýzy. Mezi základní východiska biosyntetické psychoterapie patří psychosomatický pohled na klienta, kterým rozumíme vzájemné provázání a zrcadlení psychických a tělesných procesů, integrativní pohled a vnímání individuálních potřeb člověka. Nezbytná je důvěra ve vnitřní zdroje klienta a práce s nimi v celostním pojetí – mysl, tělo, pocity, sociální a transpersonální rovina. Do terapeutické práce přináší témata jako přenos a protipřenos, teorii attachmentu a objektivních vztahů, práci s traumaty, ukotvenou spiritualitu, etiku při práci s tělem a přesahovými tématy a další (Janečková, 2021).

Jedním ze stavebních kamenů biosyntézy (Boadella, Spetch Boadella, 2017), je koncept životních proudů (life-streams) vycházející z funkční embryologie, který umožňuje pochopit, jak jsou tzv. životní proudy propojeny s fyzickým vývojem a existencí. Vnější, ektodermální, část buněk lidského zárodku se stává základem pro kůži, nervy, smyslové orgány, potažmo kognitivní procesy, životní proud myšlenek, představ a jazyka. Odkazuje k poznání a poznávání, jež uskutečňujeme prostřednictvím myšlení, tedy ektodermální vrstvy v embryologickém modelu. Z vnitřní části embryonálních endodermálních buněk vznikají viscerální orgány, jako je žaludek, střeva, ledviny, reprodukční orgány, potažmo životní proud prožitků. Chápeme je jako širokou oblast našeho emočního systému vyrůstající z tohoto základu. Prostřední část buněk, mezodermální, poskytuje základ pro svaly, kosti a životní proud akcí a pohybů. Odkazuje k chování člověka, k jeho používaným a naučeným somatopsychickým vzorcům, které se projevují v jeho konkrétních ak-

cích. Důležité je vzájemné propojování těchto tří životních proudů – ektodermálního, endodermálního a mezodermálního (Boadella, Spetch Boadella, 2017). Tyto proudy navíc obsahují esenci, zdroj života.

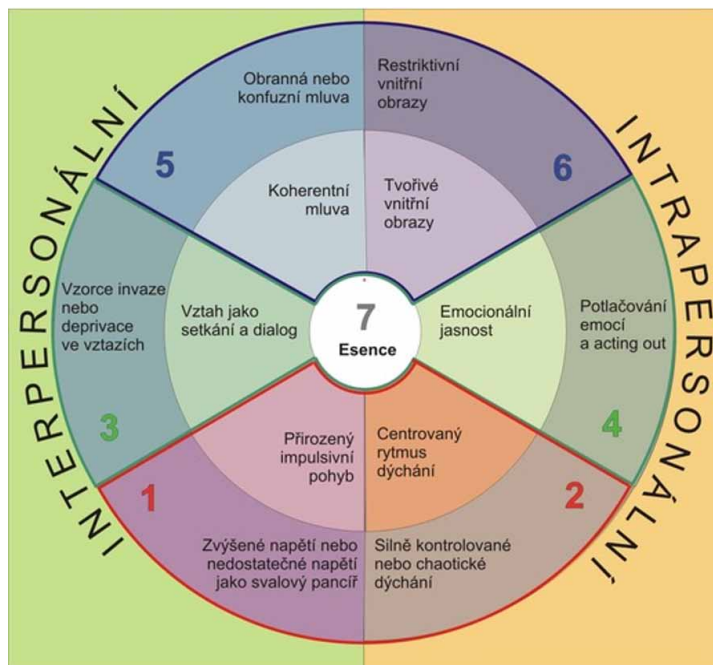
Pojem life-fields, životní pole, odkazuje k našim zkušenostem, které mají různý charakter, např. zkušenosti fyzické, emocionální, mentální, duchovní a vitální. Patří sem také prostředí, vztahy a možnosti, které nás formovaly v minulosti a které nás obklopují i nyní. Vytváří určitý „obraz“,



**Obrázek 1: Životní proudy**



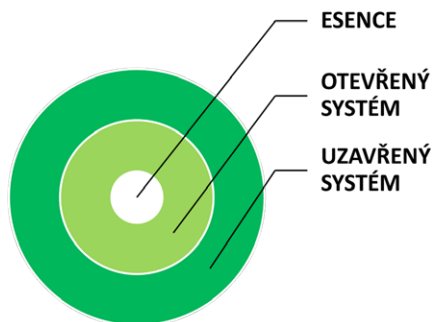
který má každý jedinec zcela originální a i přesto jej lze pojmenovávat a zkoumat pomocí určité struktury. Tu v biosyntéze nazýváme life-fields – pole životních zkušeností (Boadella, Spetch Boadella, 2017).



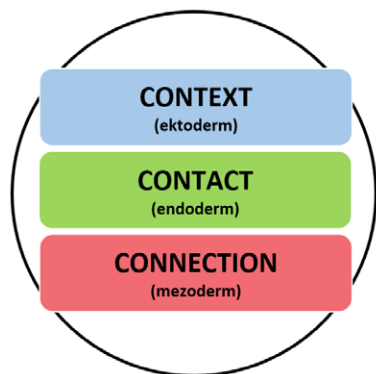
Obrázek 2: Diagram životních polí (life-fields), D. Boadella

Diagram životních polí, life-fields, představuje centrálně orientovanou kruhovou strukturu složenou ze tří soustředných kružnic, které dohromady obsahují sedm polí. Ta jsou organizována v šesti pravidelných výsečích a centrálním poli uprostřed diagramu. Na tento diagram se můžeme dívat z několika úrovní: centrální, horizontální a vertikální. Také je lze využít jako diagnostický nástroj, návodný terapeutický přístup a evaluační nástroj. V rukou muzikoterapeuta může být obohacen ještě o další rozměr, který představuje používání muzikoterapeutických metod v souladu s konkrétní osobou a tímto diagramem.

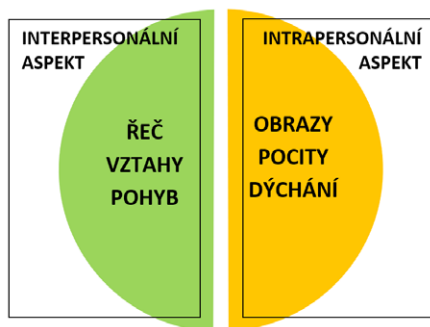
Centrální pohled na life-fields odhaluje otevřenost a uzavřenost živého organismu. Uzavřený systém představuje charakterové nástrahy, tělesné blokády, zranění a duševní bloky. Tvoří ho vnější mezikruží. Otevřený systém, blíže stře-



Obrázek 3: Centrální pohled



Obrázek 4: Horizontální pohled



Obrázek 5: Vertikální pohled

du, představuje psychický kontakt, energickou živost, vitalitu a kontakt s kvalitami srdce. Esence je zdravým jádrem člověka, bytostný, pulzující střed já, kde se nacházejí zdrojové kvality. Některé zdroje ale mohou být skryté nebo zatím neaktivované a čekají na své využití. Mohou vyvstat z radostných etap v dětství, z objevení kontaktu se svým tělem, z kontaktu s přírodou, uměním, nebo můžeme esenci zažít v novém vztahu. Esence v sobě propojuje zdravé uzemnění (kontakt s domovem, místem, kde pracujeme, partnerem, zemí, ale také zahrnuje naše hodnoty a naše bytí) a zdravou spiritualitu (představující uzemnění našich základních kvalit v nejrůznějších detailech každodenního života) (Boadella, Spetch Boadella, 2017).

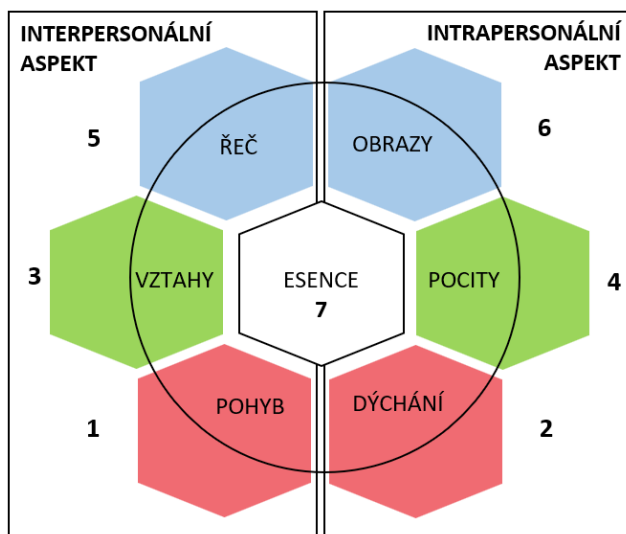
V horizontální úrovni vidíme tři zóny, které Boadella nazývá „3 C“. (Boadella, Spetch Boadella, 2017). Dolní zóna (Connection) představuje somaticko-energetické mosty. Střední zóna (Contact) obsahuje vztahy a emocionální vyjádření. Horní zóna (Context) je místem symbolických a imaginárních vzorců zkušeností.

Vertikální pohled na diagram ukazuje interpersonální segmenty na levé straně a intrapersonální segmenty na pravé straně, které se navzájem ovlivňují a obklopují jádro

transpersonálního self, označované jako esence. Můžeme se na tuto část dívat jako na polaritní vyjádření jedné kvality uvnitř sebe. Interpersonální aspekt těla je zastoupen v podobě pohybu, emoce se projevují a představují vztahy s druhými a mysl se projevuje jako řeč a veškeré další formy komunikace. Intrapersonální aspekt těla vnímáme jako dýchání, emoce jako vlastní pocity a mysl je zastoupena vnitřními obrazy.

V diagramu life-fields je šest segmentů. Každý z nich je jak ve vnějším, uzavřeném mezikruží, tak i ve vnitřním, otevřeném mezikruží. Sedmý segment je středový – esence. U ní vnímáme polaritu jako pulzující nebo nepulzující. Tyto segmenty také představují sedm možných terapeutických intervencí, postupů (Boadella, 2017):

- motorická práce na svalovém tonu a pohybovém projevu (výsek 1),
- aktivní práce s energií vitálního a jemného rytmu dýchání (výsek 2),
- práce s rezonancemi a interferencemi v oblasti lidských vztahů (výsek 3),
- práce na spektru kontejntentu a uvolnění v oblasti vyjádření emocí (výsek 4),



**Obrázek 6: Modifikovaný pohled na životní pole**

- práce na pročištění a objasnění jazyka od jeho komunikačních obtíží (výsek 5),
- transformační práce na restriktivních představách, které omezují naši vizi (výsek 6),
- uprostřed diagramu je pak prostor pro naše propojení s hlasem vlastního srdce prostřednictvím somatické meditace (středový výsek 7).

V biosyntetické psychoterapii jsou jednotlivá životní pole popisována ve dvou formách. Uzavřený systém představuje charakterové nástrahy, tělesné blokady, zranění a duševní bloky – vnější mezikruží – a otevřený systém odrážející psychický kontakt, energickou živost, vitalitu a kontakt s kvalitami srdce – střední mezikruží. Uměním biosyntetické terapie je vstoupit do středního otevřeného mezikruží překonáním překážek z nejdostupnějších segmentů vnějšího, uzavřeného mezikruží.

Každá situace, která vstoupí do našeho života, myšlenka, nový pohyb, se vždy promítne do nás, do všech našich částí, které nás tvoří jako celek, a tak také fungujeme. Můžeme proto začít změnu od nejschůdnějšího a postupně měnit i to, co je pro nás těžké. Pokud se zaměříme nebo změníme jednu složku, např. napjaté držení těla, dotkne se tento krok nepřímo i všech ostatních vzhledem k tomu, že tělo funguje jako systém vzájemně provázané sítě, která neustále ovlivňuje a nechává se ovlivňovat (Neves, 2020).

Na rodinu s dítětem se speciálními potřebami můžeme nahlížet jako na živý organismus skrze životní proudy a životní pole. To, jak se v různých segmentech projevuje, nám umožňuje lépe porozumět tomu, co prožívá. Také nám pomáhá orientovat se v oblastech, které jsou pro rodinu náročné, a naopak, které vnímá jako posilující zdroje, a následně je aktivně využívat.

Propojení s esencí, zdroji, je cestou k aktivaci sebeléčebných a sebeformativních procesů. Schopnost reagovat zdravým způsobem na odpovídající životní události je biologickou dispozicí, kterou můžeme vhodným způsobem podpořit. Negativní zážitky nespustí zdravé reakční vzorce. Zůstává ale potenciál, který může být opětovně aktivován a vrácen do plného využití (Boadella, 1987). Jedním z důležitých nástrojů pro změnu, pomoc a podporu rodiny může být zaměření se na sdílené hudební aktivity, které využívají zdroje ukryté v hudbě a hudebnosti rodin, stejně jako zdroje vyplývající z lidské interakce v terapeutickém kontextu.

Necílíme tak pouze na patologii a obtíže, ale výrazně se zaměřujeme na podporu zdraví, vnitřní sílu a zdroje klienta. Ty potom můžeme konkrétními terapeutickými metodami rozvíjet, podobně jako vnitřní signály a pohybové projevy. Proto, abychom v muzikoterapeutických intervencích mohli využít koncept životních proudů a životních polí, je důležité také rozumět jejich vzájemnému vztahu.

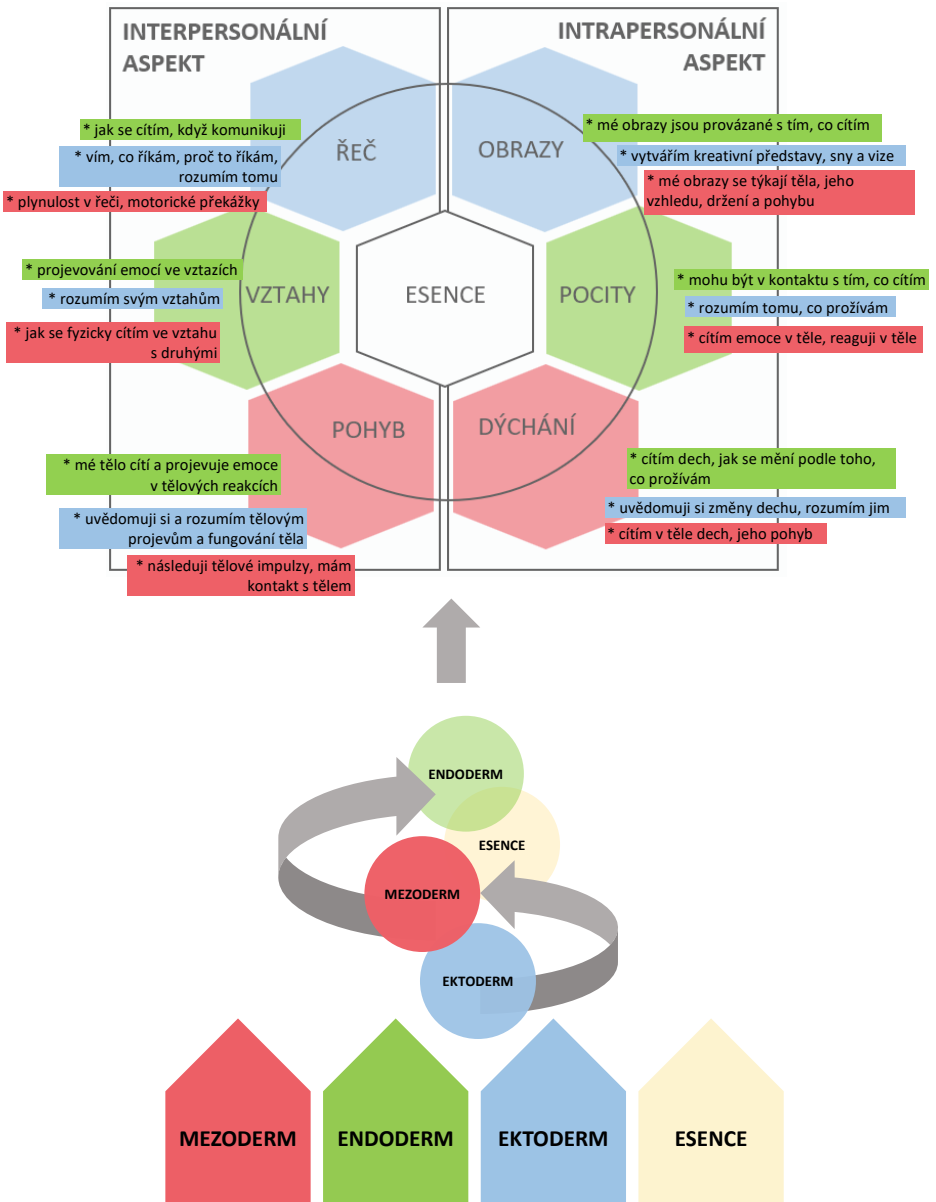
## 2.1 Vztah mezi životními proudy a životními poli

Teorie životních proudů a životních polí nejsou dva zcela samostatné koncepty, ale jsou vzájemně a úzce propojeny. Každá dvojice v životních polích (tělo a dech, vztahy a pocity, řeč a obrazy) odpovídá jednomu základnímu proudu života. Tělo a dech – mezoderm, vztahy a pocity – endoderm, řeč a obrazy – ektoderm. Zároveň ale také každý jednotlivý díl v životních polích (tělo, dech, vztahy, pocity, řeč, obrazy, esence) obsahuje všechny tři aspekty životních proudů. Tento pohled tak nabízí nepřeborné množství přístupů ke klientovi v terapeutické intervenci.

Pro jasnější představu uvádíme příklad, kde budeme demonstrovat propojení životních proudů a životních polí ve výseči 2 – dech. Ten odpovídá mezodermálnímu základnímu proudu života. Do pole dýchání se aspekt mezodermu projevuje na tělové rovině v podobě plného, zdravého dýchání se zapojením všech potřebných svalů s možností vnímat dech na fyzické rovině. V aspektu endodermální se do našeho dýchání promítají emoce, mohou ovlivňovat hloubku dýchání a dech nám také může napomáhat nebo bránit v prožívání emocí. V aspektu ektodermálním dochází k vědomému ovlivňování dechu, tj. soustředím se na dech, mohu ho měnit, zadržet, prohloubit, dýchat mělce. Takto by bylo možné popsat všechny segmenty diagramu životních polí.

Vztah mezi životními proudy a životními poli si můžeme představit jako model stromu. Životní proudy v souladu s esencí jsou „kořeny“, ze kterých vyrůstá „kmen“, v němž se mísí tyto proudy a pronikají do celé „koruny“, do všech částí životních polí. Tento model stromu ve svých publikacích, pro větší porozumění tématu, používá i Boadella.

## Teorie životních proudů a životních polí



Obrázek 7: Vztah mezi životními proudy a životními poli

## 2.2 Rozbor projevů osoby se speciálními potřebami a její rodiny v jednotlivých segmentech diagramu životních polí

V souladu s členěním diagramu životních polí, z pohledu biosyntetické psychoterapie, se můžeme blíže zaměřit na specifika rodin dětí se speciálními potřebami. Pro popis budeme pracovat s Boadellovým modelem životních polí. Každý segment má svoji zdravou a nezdravou polaritu. Vnější segment, označen číslem 1 a názvem Zvýšené napětí nebo nedostatečné napětí jako svalový pancíř, představuje určitou pohybovou, tělesnou ale i rodinnou strnulost a stereotypnost. Vnitřní segment, označen číslem 1 a názvem Přirozený impulzivní pohyb, je zdravou polaritou. Životní pole ve vnějším i vnitřním mezikruží ovlivňuje nejenom kontakt s tělem a tělové reakce, ale je provázané i s emocemi, které se navenek manifestují v tělových strukturách a citění. V rovině ektodermální je tělo provázané s myslí. Každý den děláme velké množství automatických pohybů a opakujících se tělových reakcí, které mohou být prováděny chybně. Pokud se zaměříme na rodinu v tomto poli, všímáme si opakujících se reakcí na podněty. Toho, jak se rodina staví k určitým situacím v životě, zda využívá tělo a pohybové aktivity v kontextu copingových strategií, jaké zdravé vzorce se objevují, jaký životní styl rodina preferuje a jak je ovlivněno zdraví v rodině. Společná participace na hudebních aktivitách rodiny přináší zcela nové a unikátní změny v motorických polích, která jsou tvořena fyzickými pohyby nutnými k rozeznání hudebních nástrojů, ale také přináší nové emoce ve spojení s hudbou a chápání těchto tělových projevů. I samotné sledování hry na hudební nástroje nebo možnost si hru představit mění pohybové tělové reakce a nastavení v této oblasti.

Plynule navazuje životní pole s číslem 2. V nezdravé variantě označené jako Silně kontrolované nebo chaotické dýchání a ve zdravé variantě jako Centrovaný rytmus dýchání. Prostřednictvím dechu jsme přímo propojeni s tělem, kdy jsou zapojeny plíce, vnější a vnitřní mezižební svaly, bránice, šikmé svaly krku, zdvihač hlavy, hrudní koš, přímý sval břišní, vnější i vnitřní šikmý sval a příčný sval břišní. Dýchání je úzce provázané s pohyby potřebnými k mluvení, zpívání a také s polykáním, kašlacím a kýchacím reflexem a s oběhovou soustavou. Dech je velmi úzce svázan s emocemi a psychickými funkcemi, které dávají signály dechovému centru tak jako samo tělo a jeho funkce. Dýchání můžeme částečně ovlivnit i vědomě, což

není možné u všech tělových funkcí. Zadržet dech, změnit rychlost dýchání a intenzitu nám umožňuje aktivně s dechem zacházet. Muzikoterapie i biosyntetická psychoterapie při svém působení velmi často využívají práci s dechem. Díky jeho provázanosti s tělem, myslí i emocemi můžeme i malými dechovými intervencemi mírnit napětí, strach, nervozitu, úzkosti a další nepříjemné pocity. V rodinách dětí se speciálními potřebami (dle zkušenosti hlavní autorky) lze v tomto poli pozorovat často povrchní dýchání, až zadržování dechu. Vzhledem k tomu, že se jedná o pohybový tělesný vzorec, bývá předáván z rodičů na děti a je nutné se na něj dívat komplexně. Životní pole 1 a 2 představují souhrnně tzv. somatické mosty, dolní zónu diagramu životních polí.

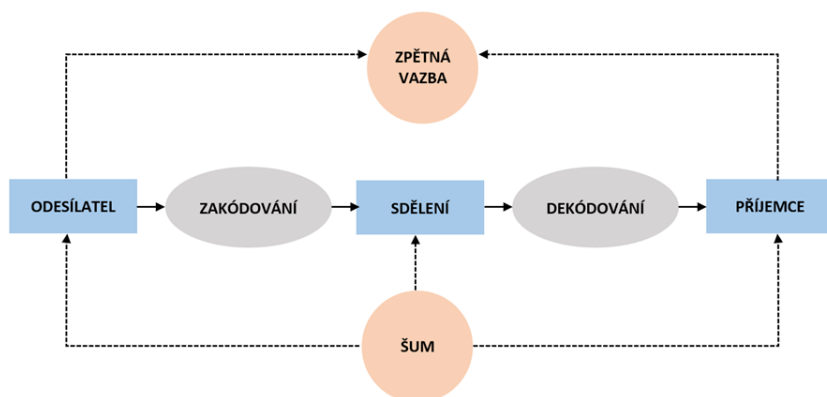
Střední zónu bychom mohli nazvat jako zónu kontaktní, zónu emocionálního vyjádření. Pole 3 zastupuje kontakt s vnějším světem. V nezdravé variantě je označené jako Vzorce invaze a deprivace ve vztazích a ve zdravé variantě Vztah jako setkání a dialog. Pole 4 vyjadřuje vztah sám k sobě v polaritě Potlačení emocí nebo předvádění, acting out, a Emocionální jasnost. Neustále jsme součástí různých vztahů, ať už se jedná o rodinné, partnerské, sourozenecké, obchodní, kolegiální nebo jiné. Všechny vztahy fungují v určitém režimu otevřenosti, pravidel, principů, komunikace a uspokojování potřeb. Často dochází k omezování kontaktu s okolím. Rodiče nemusí mít dostatek energie pro navázání, udržení a rozvíjení dalších vztahů. Nemohou být uspokojovány jejich potřeby, a dochází tak k narušování vztahů k sobě i ostatním. Rodiny s dítětem se speciálními potřebami paradoxně mnohdy o tom, co by chtěly, téměř vůbec nemluví. Je potřeba si zachovat vnímání rodiny jako celku, ale současně vnímat individualitu každého člena rodiny a nahlížet na tento celek jako na tým, kdy každý něco přináší. Z toho plyne nutnost respektovat rozdíly i nesouhlas, které přináší negativní pocity. Mohou do vztahů přinášet nové impulzy ke změnám a v muzikoterapii mohou být velmi důležitým zdrojem informací v souvislosti s reakcemi na hudební podněty. Důležité je, jak jsou vnímány a jak o nich dokážou členové rodiny komunikovat. Vztahy prochází neustálými změnami. V terminologii biosyntetické psychoterapie mluvíme o pulzaci, o tom, že jsou živé a můžeme s nimi pracovat. Ve vztazích je nezbytné naslouchání sobě samému i druhým, stejně jako respekt a vzájemná spolupráce. V teoretické i praktické části se budeme zabývat také specifiky vztahu k hudbě a hudebnosti a tím, jak může ovlivňovat fungování rodiny a soužití členů rodiny.

Horní zóna kontextu je tvořena symbolickými a imaginárními maticemi zkušeností. Pole 5 je zaměřeno na komunikaci. V nezdravé polaritě jako Obranná nebo



konfúzní mluva a ve zdravé variantě Koherentní mluva. V souvislosti s komunikací také hledáme možnosti, jak motivovat druhého ke komunikaci, jak ji podpořit a rozvinout, aniž by musel člověk použít slova. Naše mimika, gesta, pohled, fyzický postoj, pohyby, to, čím se obklopujeme, tím vším také komunikujeme s druhými a sdělujeme mnoho o nás samotných a o tom, co prožíváme (Drlíčková, Koucun, 2016). Komunikování v tomto poli představuje všechny možné formy sdělování, vyjadřování, ale také schopnost naslouchání, která je nezbytným předpokladem komunikace s druhými.

Pokud se zabýváme komunikací, nelze, alespoň krátce, nezmínit často používaný kybernetický model komunikace, který vychází ze Shannovy a Weaverovy matematické teorie a jenž byl publikován v americké literatuře již ve 40. letech minulého století.



Obrázek 8: Model sociální komunikace dle Shannena a Weavera

Na samém počátku komunikačního procesu stojí komunikátor nebo také odesílatel se svojí myšlenkou, informací, kterou aby mohl sdělit, převádí do určitého kódu. Nejčastěji se jedná o řeč, ale může to být také určitý symbol, signál. Mluvíme proto o kódování. Informace tak dostává určitou podobu, ve které se dostává komunikačním kanálem k příjemci. Tento kanál chápeme jako prostředek komunikace, který může mít různou formu, např. rozhovor, dopis, e-mail a další. Předpokladem dobré komunikace je, že sdělení či zprávu komunikant přijme. Samotné přijetí zprávy ještě ale není známkou toho, že komunikace úspěšně proběhla. Příjemce musí umět zprávu dekodovat, porozumět tomu, co je sdělováno. To je zajištěno tím, že dává zpětnou vazbu komunikátorovi, např. *rozumím a souhlasím*,

*rozumím a nesouhlasím* nebo *nerozumím*. Významnou roli v procesu hraje šum, který působí na cestě od komunikátora k příjemci i v opačném směru. Šumy jsou faktory, které nějakým způsobem narušují podobu, obsah nebo pochopení sdělení. Může to být nedostatek světla, hluk, vzdálenost, únava, zdravotní problémy nebo postižení a další (Drlíčková, Koucun, 2016).

Na komunikaci jsme nyní nahlíželi jako na přesun informací z jednoho místa na druhé, který se děje prostřednictvím jedince nebo skupiny. Díky komunikování ale předáváme také své emoce, postoje a zprostředkováváme své nálady. Na komunikační proces proto nelze nahlížet jako na zcela technickou a neosobní záležitost. Giddens (1999) vnímá komunikaci jako proces sociální interakce, kdy dochází ke vzájemnému působení a ovlivňování jedince nebo skupiny, při kterém působí široká škála faktorů, jež musíme vyhodnocovat. Komunikace je pro člověka tak přirozeným procesem, že neverbálně dokážeme komunikovat již od narození (Darwin, 2006). Také biosyntéza se zajímá o formální stránku komunikace, ale rovněž o její sociální, emocionální a neverbální kontext.

Omezené komunikační možnosti jedince více uzavírají ve vnitřním světě. Hudba se tak může stát zvláštním způsobem mezilidského dorozumívání a nástrojem otevření se světu a druhým. Slova jsou v této chvíli nedostačující. Hudba, a umění obecně, oslovuje rozum, cit i vůli. Dotýká se psychiky člověka, jeho emocí, a tím ho ovlivňuje a může ho přetvářet (Kulka, 2008). Objevují se nové pohledy na možnosti, jak využít a pracovat s potenciálem umění tak, aby člověk prostřednictvím umění lépe rozuměl sám sobě i druhým, anebo aby díky umění našel sílu realizovat pozitivní změny promítající se do každodenních činností. U rodin dětí se speciálními potřebami můžeme mluvit o hudbě jako o jednom z důležitých komunikačních kanálů. Zatím je ale samotný potenciál hudby v rodinách nedostatečně zmapován.

Pole s číslem 6 v nezdravé variantě je označeno jako Restriktivní obrazy, ve zdravé polaritě jako Tvořivé vnitřní obrazy. Tato část se výrazně zabývá představami. Negativní restriktivní obrazy o sobě, rodině, dítěti se speciálními potřebami mohou být přetvářeny a měněny ve fantazii a představy a následně se tyto změny promítají do dalších polí. Některé obrazy rodiny přijímají, aniž by měly reálné odůvodnění. Můžeme si je představit jako často opakované informace bez reálného kotvení. V mnoha případech nejsou ani nahlas vysloveny, ale jsou přítomny v podobě obrazů v člověku. Například přesvědčení, že dítě se zdravotním postižením je chudák, že za zdravotní postižení a jeho projevy nesou odpovědnost rodiče,

že je to trest za jejich chování a předchozí činy apod. Jedním z velmi častých restriktivních obrazů v naší společnosti, který se týká hudby, je neschopnost zpívat nebo jinak aktivně projevat hudbu. Tento obraz není úzce spojen jen s hudebními dovednostmi. Jeho dopad můžeme vidět i v tom, jak zacházíme s hlasem, jak komunikujeme, o co si dokážeme nebo nedokážeme říct, jak náš hlas zní atd.

Segment číslo 7 v diagramu životních polí nemá vyznačenou zdravou a ne-zdravou variantu, což ale neznamená, že ji neobsahuje. Polaritu středu vnímáme jako pulzující nebo nepulzující. Segment je označen názvem Esence. Toto pole můžeme chápat jako podstatu či zdroje, které jedince nebo rodinu podporují a stabilizují. Na zdravou polaritu je nahlíženo z úhlu dobrého využívání a znalosti svých zdrojů a na nezdravou variantu jako na nemožnost využívat zdroje pro sebe, neschopnost je objevit. Biosyntéza staví na myšlence, že každý nějaké zdroje má a ty se v průběhu života mění. Mohou se ztrácet a zase lze nalézat nové a/nebo se vracet k původním. Zdroje se mohou projevat na všech úrovních – v mezodermu (červené pole v diagramu), kde se promítají do svalového tonu, posturality, pohybu a dechu, v endodermu (zelené pole), kde se odráží v prožitcích, pocitech a ve vztazích, a na úrovni ektodermu (modré pole), která se týká jazyka a vnitřních představ.

Esence je úzce spojena s duchovními hodnotami a je základním právem jedince. V určitých životních fázích se typicky objevují otázky o smyslu života, štěstí, přítomnosti něčeho přesahujícího. Toto je nedílnou součástí vývoje, dozrávání jedince a součástí naší vlastní podstaty. Tuto část proto nelze opomíjet. Koncept zdrojů, esence, je v biosyntéze klíčový (Boadella, 2017). Primárně se zaměřujeme na hledání toho, co funguje, než na to, co je nefunkční a patologické. Umění může být vnějším zdrojem, když vnitřní zdroje nejsou k dispozici.

Diagram je také členěn z vertikálního pohledu na levou stranu interpersonálních segmentů a pravou stranu intrapersonálních segmentů. Toto členění jasně vymezuje oblasti, které se týkají jedince nebo vnitřního pohledu na rodinu, a interpersonální oblast, která se týká vztahování se k ostatním.

Systém životních proudů a životních polí není jediným konceptem, který biosyntéza využívá. Pracuje také s motorickými poli, nahlíží na jedince z pohledu vývoje osobnosti jako na integrovaný proces zahrnující jednotlivé fáze a témata, která jsou spojena s vývojovými obdobími a úkoly, a využívá i další koncepty (Boadella, 2017). Integruje nové poznatky a výsledky výzkumů z oblasti epigenetiky, fungování mozku. Koncept životních polí (provázaný s konceptem životních

proudů) je však senzitivním diagnostickým, intervenčním i evaluačním nástrojem, který může být aplikován certifikovaným biosyntetickým psychoterapeutem nejen v rámci psychoterapeutického procesu, ale může inspirovat a doplňovat další teorie a přístupy v práci s osobami se speciálními potřebami a jejich rodinami. Tento koncept má blízko k potřebám muzikoterapeutické praxe, umožňuje identifikovat aktuální zdroje rodiny a nalézat způsoby, jak je podpořit. V roce 2019 byl otevřen program Biosyntéza pro práci s dětmi, který je určený pro zájemce z řad odborné veřejnosti pracující s dětmi a dospívajícími – studenty a odborníky z oboru psychologie, sociální práce, speciální pedagogiky, psychoterapie a psychiatrie atd. Další vzdělávací cyklus Biosyntéza pro učitele a školní psychology se zaměřuje na porozumění situacím ve školách a možnost intervencí v tomto prostředí. Je určen především odborníkům působícím v oblasti školství. Vzhledem ke specifikům práce s rodinami dětí se speciálními potřebami byly v roce 2020 realizovány krátké workshopy zaměřené na primární pečovatele osob se speciálními potřebami.

Na základě pozitivního ohlasu na tento workshop navázal v roce 2021 vzdělávací šestidenní cyklus Biosyntéza pro pomáhající osoby a profese,<sup>2</sup> který je akreditován MŠMT i MPSV. Požadavky vyplývající z poslání pomáhajících osob a profesí zahrnují vysokou míru angažovanosti, empatie, naslouchání a porozumění. Workshop nabízí pohled na člověka jako celistvý systém existující ve třech modalitách, zahrnující myšlení, emoce a tělesné akce. Nabízí ucelený pohled na problematiku péče o druhé a praktické intervence použitelné pro pečující osoby. Je určen jak neformálně pečujícím osobám, tak také širokému spektru odborníkům z různých pomáhajících profesí. Dalším krokem Českého institutu biosyntézy je snaha o založení odborného časopisu, který bude přinášet nové poznatky v propojování biosyntetické psychoterapie s dalšími aktuálními tématy a praxí.

---

<sup>2</sup> Bližší informace k workshopům, vzdělávacím cyklům i lektorům jsou zveřejněny na <https://www.biosynteza.cz/workshopy>.



## Muzikoterapie a hudebnost

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti uměleckých terapií (v zahraniční literatuře se používá termín *Arts Therapies* nebo také *Creative Arts Therapies*). Můžeme se také setkat s označením expresivní terapie, kreativní terapie a/nebo starším termínem arteterapie v širším významu. Zmíněné termíny zahrnují terapeutické obory, které využívají umění – kromě muzikoterapie se jedná především o arteterapii (v užším významu), dramaterapii a tanečně-pohybovou terapii. Zastánci intermodálně orientovaných expresivních terapií sem přidávají také biblioterapii, psychodrama, poetoterapii a terapii hrou (Kantor a kol., 2016).

Americký profesor Bruscia považuje ve své známé publikaci s názvem *Defining Music Therapy* (2014) muzikoterapii za „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“ (str. 20). Bruscia na pozadí této definice odpovídá na komplexní otázky týkající se povahy hudební zkušenosti, hranic terapeutického působení, nezbytných profesních kompetencí muzikoterapeuta apod. Protože odpovědi na tyto otázky vytváří identitu, kterou si poté jako muzikoterapeuti přisuzujeme, věnujeme úvod této kapitoly vysvětlení některých konceptů, které jsou pro definování muzikoterapie zásadní (ačkoliv v některých definicích muzikoterapie nejsou tyto koncepty transparentně uvedeny).

V prvé řadě muzikoterapie představuje autonomní profesi. Již dlouho nelze muzikoterapii vnímat pouze jako specifický terapeutický přístup, metodu nebo jako psychoterapeutický směr (Mátejová, Mašura, 1992). V mnoha zemích muzikoterapie již několik desetiletí usiluje o pozici nezávislé profese (Bruscia, 2014), která je

legislativně řazena mezi zdravotnické nelékařské profese (společně s ošetrovatelstvím, fyzioterapií, ergoterapií, klinickou psychologií atd.). V evropském prostředí se tento status muzikoterapii podařilo získat např. ve Velké Británii, Lotyšsku, Estonsku nebo Rakousku. Přestože v České republice zatím není muzikoterapie řazena mezi státem regulované profese, existují již i zde základní předpoklady pro vytvoření legislativní úpravy. Jedná se zejména o existenci kvalifikačních vzdělávacích programů na univerzitách (konkrétně navazující magisterský program na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci) a zastřešující profesní asociace v podobě Muzikoterapeutické asociace České republiky, která vytvořila standardy pro terapeutickou praxi, nároky na dosažení profesního či garantovaného členství, etické požadavky pro profesní chování muzikoterapeutů v praxi atd. V tomto kontextu lze porozumět důvodům, které Bruscia (2014) rozvádí v souvislosti se svojí definicí muzikoterapie a týkají se toho, že:

- muzikoterapie probíhá v rámci terapeutického vztahu, a proto nemůže být považována za autoterapii,
- účastníci v tomto vztahu získávají předem definované role a zodpovědnosti,
- jasnému vymezení těchto rolí pomáhá dobře vytvořený terapeutický kontrakt a širší profesní rámec, ve kterém se muzikoterapeut pohybuje. Cílem uzavření takového kontraktu a regulace profesního chování je především chránit samotné příjemce muzikoterapeutických služeb, kteří se nacházejí ve více zranitelném postavení než samotní terapeuti.

Muzikoterapie je dále založena na vědeckých poznatcích. Transdisciplinárnímu utváření muzikoterapeutických teorií pomáhá interakce s obory hudebními, psychologickými, zdravotnickými, pedagogickými, sociálními, technickými atd. Přestože veřejnost v České republice doposud nevnímá muzikoterapii jako profesii založenou na důkazech (Plecháčková, 2022), právě toto pojetí muzikoterapie je explicitně uvedeno v některých současných definicích (např. definice Americké muzikoterapeutické asociace). V České republice se v posledních letech velmi slibně rozvíjí muzikoterapeutický výzkum, který má vzrůstající dopad na vědu v mezinárodním měřítku. Značná část tohoto výzkumu je v současné době produkována prostřednictvím Centra pro vědecké důkazy ve vzdělávání a v uměleckých terapiích (EduArt) na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, a muzikoterapeutický výzkum má podporu také na jiných univerzitách, např. na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Muzikoterapie je také rychle a dynamicky se vyvíjející obor s širokým spektrem klinické praxe a velmi heterogenní identitou ve výchozích terapeutických teoriích. Může být aplikována u mnoha heterogenních skupin populace, ať již z hlediska klinických problémů a indikací, nebo věku. Příjemcem muzikoterapie může být jedinec, ale také terapeutická skupina nebo přirozeně existující komunita (rodina, třída, tým na pracovišti atd.). Muzikoterapie může být prováděna v různých typech pracovního prostředí (zahrnujících klinické i neklinické prostředí, včetně privátní praxe) nebo na různých úrovních intenzity terapeutické praxe (muzikoterapie v kombinaci s jinými terapeutickými intervencemi bude odlišná od muzikoterapie jako primární intervence). Vývoj muzikoterapie byl historicky silně spojen s vývojem hlavních psychoterapeutických systémů a směrů, např. psychodynamických, humanistických nebo behaviorálních, jejichž výchozí terapeutické koncepty v integraci s hudební zkušeností umožnily vznik takových muzikoterapeutických přístupů, jako je Analytická muzikoterapie Priestleyové, Řízená imaginace a hudba (GIM), Volná improvizace Alvinové a další. Nicméně spektrum výchozích terapeutických teorií v současné době sahá dalece za hranice psychoterapie a zahrnuje také:

- biomedicínské teorie, z nichž vychází např. Neurologická muzikoterapie,
- koncepty vývojové psychologie, které jsou podstatné zejména pro muzikoterapeutické přístupy zaměřené na děti (např. muzikoterapie Gertrudy Orffové),
- hudební a muzikologické teorie, které umožnily vznik Kreativní muzikoterapie nebo Estetické muzikoterapie a další (Kantor a kol., 2016).

Tato publikace rozšiřuje repertoár terapeutických teorií aplikovaných do muzikoterapie o některé méně známé koncepty, které pocházejí z biosyntetické psychoterapie.

Konečně, muzikoterapie je charakteristická také obrovskou interkulturní variabilitou. V různých zemích jsou za muzikoterapii považovány odlišné praktiky, často vycházející z národních tradic, které jsou kulturně specifické a dávají prostor pro vznik neopakovatelných podob muzikoterapeutické praxe. Porozumění tomu, co všechno muzikoterapie představuje v mezinárodním měřítku, vyžaduje dialog, respekt k jinakosti a schopnost ocenit přínos a nezastupitelnou roli četných minoritních kultur (v mezinárodním měřítku je i česká kultura vnímána jako minoritní, ačkoliv může mít pro celosvětový rozvoj muzikoterapie nemalý přínos vzhledem k existenci jedinečné hudební kultury, originálních hudebních nástrojů i původ-

ních muzikoterapeutických přístupů). Pochopitelně že respekt k odlišnosti nelze zaměňovat za toleranci nízké kvality muzikoterapie, nebo dokonce za toleranci praktik, které jsou škodlivé, vůči jednotlivcům, skupinám, sociálnímu prostředí, studentům ve výcviku atd.

### 3.1 Struktura terapeutického procesu

Dalším důležitým úkolem této kapitoly je pomoci porozumět struktuře muzikoterapeutického procesu, který z procedurálního hlediska zahrnuje fázi přípravnou, realizační a evaluační (Americká muzikoterapeutická asociace, 2022). Ještě před vlastním zahájením muzikoterapie je nutné, aby se terapeut zamýšlel nad jejími indikacemi a kontraindikacemi u konkrétní osoby. To znamená zamyslet se nad celkovou situací klienta i dalšími faktory, které mohou proces terapie a její výsledek přímo i nepřímo ovlivňovat. Terapeut vyhodnocuje, co klient potřebuje, zda mu může nejlépe pomoci prostřednictvím muzikoterapie a jaká podoba terapeutického procesu bude nejlépe reagovat na jeho potřeby. V tomto náročném úkolu může muzikoterapeutům pomoci vědomostní báze, o kterou se muzikoterapeutická profese opírá a jež vyplývá ze závěrů kvalitních systematických review i intervenčních studií. Obvykle se ptáme, zda je muzikoterapie efektivní pro dosažení terapeutické změny v dané oblasti u určité populace klientů, která je definována zdravotním stavem, věkem, sociokulturním prostředím atd. Muzikoterapeutická intervence, kterou muzikoterapeuti poskytují, je obvykle natolik specifická, že pro ni často nelze nalézt identické příklady ve výzkumné literatuře. Avšak i zde má smysl se ptát, jaké měly efektivní intervence formy, zda se jednalo o aktivní či receptivní přístupy, zda byly intervence ve studiích prováděny na základě jasně definovaných protokolů, či sledovaly určité konkrétní terapeutické principy atd.

Důvody pro indikaci muzikoterapie jsou poměrně zřetelně formulovány v kontextu zdravotnické péče. V neklinickém prostředí, např. ve školách či institucích sociálních služeb, bývají důvody pro doporučení muzikoterapie častěji méně jasné. Například u uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem je zařazení do nabízených služeb často plošné a účastní se ho všichni uživatelé jedné domácnosti nebo buňky, aniž by se indikace posuzovala individuálně. V těchto situacích může dojít k umělé a účelově vytvářeným



důvodům, proč by se měl uživatel muzikoterapie účastnit. V rodinách s dítětem se speciálními potřebami bývá někdy muzikoterapie doporučena jiným odborníkem pouze na základě zjištění, že má toto dítě rádo hudbu. Tato informace však není dostatečná pro indikaci muzikoterapie a muzikoterapeut by měl v úvodu věnovat dostatečný čas prozkoumání možného přínosu muzikoterapie takovému klientovi.

Další průběh muzikoterapeutického procesu může být velmi rozmanitý, protože muzikoterapeuti pracující dle různých výchozích teorií a přístupů a v průběhu terapie používají specifické modely a procedury. Proto zde vyjdeme ze členění na přípravnou, realizační a evaluační fázi, neboť toto rozdělení patří v muzikoterapeutické literatuře mezi nejčastěji uváděná schémata průběhu muzikoterapeutického procesu.

V přípravné fázi muzikoterapie je důležité navázat s klientem kontakt a vytvořit takové podmínky, aby mohl být realizován proces hodnocení, uzavření terapeutický kontrakt a stanoveny způsoby a podmínky ukončení muzikoterapie. Terapeut přitom musí zohledňovat informace a závěry jiných odborníků, včetně rodičů (v případě dětí) a také musí vycházet z vlastního pozorování při různých hudebních situacích.

Smyslem muzikoterapeutického hodnocení je lépe poznat klienta, identifikovat vhodné terapeutické cíle a najít způsob, na základě kterého bude možné určit, zda bylo těchto cílů dosaženo. Pro poznání klienta je důležité:

- Seznámení s anamnézou (s dostupnými informacemi o klientovi).
- Analýza hudebního zázemí, hudebních dovedností a preferencí (Kantor a kol., 2009).
- Analýza rozmanitých hudebních situací, které mohou vzniknout spontánně i být předem připraveny a v nichž lze pozorovat, jak se potíže klienta projevují v kontextu hudebních zkušeností. Terapeut se zde opírá zejména o své klinické zkušenosti a citlivost, kterou získal v průběhu vlastního výcviku a terapeutické praxe.

Pozorování klienta v takových situacích má pro muzikoterapeuta velký diagnostický potenciál. Tyto procedury navíc umožňují získat data, která muzikoterapeutům v pozdějších fázích terapeutického procesu pomohou určit, k jakému pokroku v rámci terapie došlo. Přestože existují pro některé populace klientů a některé terapeutické cíle standardizované muzikoterapeutické testy (např. škály Nordoffa a Robbinse pro hudební komunikativnost a jejich vztah v ko-aktivní hudební zku-

šenosti nebo Nástroj pro hodnocení kvality vztahu od Schumacher), v praxi se obvykle využívají méně formalizované způsoby s převahou popisných forem hodnocení a škál, které si muzikoterapeuti sami vytvářejí.

V přípravné fázi muzikoterapeutického procesu musí být také prostor pro plánování muzikoterapie v rovině organizačního zabezpečení. Výsledky této fáze mohou být formálně zaneseny do plánu muzikoterapeutické intervence, který by již měl obsahovat jasný terapeutický cíl. Tento cíl má být formulován konkrétně, pozitivně (tzn. co klient bude schopen udělat, nikoliv co dělat nebude) a jeho naplnění má mít pozitivní dopad na běžný život klienta, nikoliv pouze na muzikoterapeutická setkání. Dlouhodobý terapeutický cíl může být rozdělen do řady krátkodobých cílů, které by na sebe měly logicky navazovat.

Fáze realizační nastává ve chvíli, kdy terapeut začíná realizovat muzikoterapeutický plán. Přechody mezi jednotlivými fázemi přitom nemusí být zcela zřetelné, neboť již v průběhu muzikoterapeutického hodnocení muzikoterapeut určitým způsobem intervenuje, navazuje a rozvíjí vztah s klientem. Muzikoterapeutická intervence může zahrnovat aktivní nebo receptivní hudební zkušenosti, využívat různé muzikoterapeutické metody (hudební improvizaci, interpretaci, kompozici či poslech hudby), probíhat prostřednictvím různých forem (individuální, skupinová, rodinná, komunitní atd.) apod.

Poslední z vyjmenovaných fází je fáze evaluační. Ačkoliv k vyhodnocování průběhu terapie dochází v podstatě při každém setkání s klientem, v závěrečné fázi dochází k celkovému zhodnocení efektivity terapie a posouzení, zda je terapie pro klienta ještě přínosná. Výsledkem je ukončení terapie, předání klienta do péče jiného terapeuta nebo pokračování terapie, obvykle s nově definovanou zakázkou a revidovaným terapeutickým plánem.

## 3.2 Muzikoterapeutické metody a diagram životních polí

Hudební zkušenosti jsou klientovi v muzikoterapii zprostředkovány prostřednictvím muzikoterapeutických metod – hudební improvizace, hudební interpretace, kompozice a poslechu hudby (Bruscia, 2014). Každá metoda má mnoho různých

modifikací, jež udělují muzikoterapeutickému procesu specifické možnosti, které by měly korespondovat s terapeutickým záměrem.

**Hudební improvizace** bývá považována za nejčastěji aplikovanou metodu v muzikoterapeutické praxi, alespoň v prostředí evropské muzikoterapie (Mastnak, Kantor, 2014). Ruud (1995) popisuje improvizaci jako hudbu, která zabírá prostor mezi vnitřními a vnějšími světy, mezi vědomými a nevědomými procesy, mezi individuálním a kolektivním prožíváním a mezi tichem a zvukem. Nachmanovitch (1990) označuje tuto hudební zkušenost jako jádro muzikoterapeutické praxe. Je to akční produkt hudební představivosti a intuice v akci. Je spontánně vytvářena v rámci procesu, který má začátek a konec, a je realizována v prostředí usnadňujícím reakci a interakci. Má specifický terapeutický význam. Stává se komunikací. Terapeut naslouchá a reaguje na hudbu klienta a navazuje tak terapeutický vztah.

Hudební improvizaci chápeme jako spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a s použitím hudebních nástrojů. Umožňuje okamžitě reagovat na klienta nebo dění ve skupině a dává muzikoterapeutovi velkou flexibilitu. Důležitým předpokladem pro to, aby mohl klient improvizovat, je vytvoření dostatečně bezpečného a emocionálně příznivého prostředí. Především u klientů s těžkým stupněm speciálních potřeb se ukazuje jako zásadní, aby muzikoterapeut dokázal dobře držet prostor i své vlastní nastavení pro možnou hudební reakci klienta, což vyžaduje vysokou míru trpělivosti a koncentrace na straně muzikoterapeuta. Hudební reakce klienta se může dostavit až po relativně dlouhé době, praxe ukazuje i několik měsíců.

Inspirací pro práci s hudební improvizací může být tzv. „terapeutický umělecký rámec“, který podrobně popsal Gray (1996). Poprvé ho v praxi uplatnila muzikoterapeutka Milner již v roce 1952. Připodobňuje situaci k rámu, který vytváří hranici obrazu. Také improvizace v terapii potřebuje mít své hranice pro obsah, který je tvořen terapeutem, klientem a hudebním produktem. Proto, aby mohl klient hudebně tvořit, je nezbytné brát v úvahu i další části rámce, které tvoří obecně bezpečný terapeutický prostor:

- jasný kontrakt s vymezením terapeutických i technických náležitostí,
- časové vymezení jednoho terapeutického sezení a jeho dodržování,
- zajištění bezpečného a nerušeného místa,
- příprava na ukončení jednotlivých setkání i ukončení terapie.

Improvizace může využít konkrétní techniky, které lze vnímat jako dílčí kroky nebo základní stavební kameny muzikoterapeutického procesu. Improvizační techniky lze členit např. na techniky empatie, strukturování, vyvolávání, přesměrování, techniky navázání důvěry, techniky procedurální, techniky vztahování, techniky práce s emocemi a techniky diskuze v terapii (Bruscia, 1987). Hudební improvizace je v muzikoterapii využívána i jako nástroj pro hodnocení.

Další metodou v muzikoterapii je **hudební interpretace**. Je založena na hudební reprodukci hudebního díla nebo na předkomponované hudbě. Při této metodě je více omezena spontánnost klienta a proces je více zaměřen na využití strukturovaných hudebních aktivit a her. To umožňuje se účastnit i takových hudebních situací, kterých by klient nebo klienti nebyli schopni bez předem připraveného plánu (Bruscia, 1998).

Podmínkou je, aby byl klient schopen alespoň částečně respektovat základní pravidla, která určuje terapeut, příp. skupina. Tato metoda se využívá všude tam, kde je potřeba struktura jako nástroj pro rozvoj specifických dovedností a chování v určitých rolích a také jako nástroj porozumění ostatním, ale i sobě samému. Podle použitých prostředků můžeme hudební interpretaci dělit (Bruscia, 2014) na vokální, instrumentální a hudební produkci (před publikem).

**Kompozice hudby**, jako další z metod muzikoterapie, zahrnuje kreativní vytváření hudebního produktu, na kterém se aktivně podílí klient. Nejčastěji se jedná o písně, texty, instrumentální skladby, hudební nahrávky, variace písní a skládání písní, instrumentální kompozice, notační aktivity nebo hudební koláž. Důležité je, že se na tomto kreativním procesu aktivně podílí klient (o kompozici nemluvíme tehdy, pokud komponuje pouze terapeut pro klienta). Role muzikoterapeuta v této metodě spočívá v zabezpečení dobrého technického zázemí a v podpoře, aby klient mohl tvořit v souladu se svými hudebními schopnostmi. Kompozici hudby je možné použít v několika základních variantách, jak uvádí Bruscia (2014): variace na písně, skládání písní, instrumentální kompozice, notační aktivity a hudební koláž.

**Poslech hudby** je metoda receptivní muzikoterapie, která využívá živě hranou nebo reprodukovanou hudbu, příp. hraje muzikoterapeut s předem připravenou nahrávkou. K poslechu jsou využívány různé hudební žánry, instrumentální i vokální skladby, ale také např. ambientní hudba. Pokud zvažujeme použití poslechu hudby jako metody v muzikoterapii, je vhodné se zamyslet nad tím, jakou hudební minulost a hudební preference má klient, jak dlouho se může soustředit

na poslech, co je záměrem poslechu a také vyhodnotit receptivní schopnosti klienta (Kantor a kol., 2009).

Předchozí kapitola ukázala, že na osobu se speciálními potřebami a její rodinu lze nahlížet prostřednictvím teorie životních polí. Ta umožňuje vidět obraz příjemců terapie celistvě, ale také se zaměřit na jednotlivé části. Změna v jedné části (v jednom poli) se promítne i v dalších oblastech (polích). To umožní postupně, s velkou citlivostí a s dostatečným časem na integraci změn, dosáhnout hlubokých vnitřních posunů, které se promítnou do interpersonálních i intrapersonálních projevů. Teorii životních polí lze aplikovat také na muzikoterapeutické metody, k čemuž nás inspiroval úryvek od britského psychiatra Iana McGilchrista:<sup>3</sup> „... hudba je jen série not. Ale co je ve skutečnosti nota? Dó, Ré, b, mol. (...) Sama o sobě není ničím, nic neznámá. A když dáme dohromady velké množství něčeho, co nic neznámá, pravděpodobně budeme pořad mít něco, co nic neznámá. Proto je tedy ta skutečná podstata nejspíš v mezerách/pauzách mezi notami v čase – což je melodie. Nebo v těchto mezerách/pauzách přesně ve stejný okamžik – což je harmonie. Nebo snad v sekvenci not – což je rytmus. Nicméně i mezery/pauzy samy o sobě jsou jen přestávky, jen ticho. Takže odkud se nakonec bere smysl hudby? A odpověď je něco, co vzniká z celku, části samy o sobě to nemohou vysvětlit, ale když se dají dohromady, stane se něco mimořádného!“

Každá část diagramu životních polí nabízí směr, který může terapeut zvolit ve své intervenci. To umožňuje systematicky volit jednotlivé metody a přístupy pro konkrétního klienta v souladu s jeho jedinečným obrazem životních polí. Každý výsek životního pole má svoji charakteristiku, jak již bylo popsáno výše. Pro použití v muzikoterapii je ale nutné tento diagram provázat nejenom s metodami, ale také s dalšími terapeutickými postupy a principy, abychom maximálně využili potenciál muzikoterapie u rodin a osob se speciálními potřebami.

Dolní, červená část diagramu – somatické mosty – představuje pohyb, dynamiku, strukturu, řád, pravidla a schopnost opakovat. Tyto kvality v sobě nejvíce obsahuje hudební interpretace. Odpovídá tak mezodermu (výsek 1, 2). Odkazuje k rozvoji a vnímání prostředí, času a posloupnosti i změnám v chování. Základním nositelem informací pro tuto oblast je rytmus. Pomocí hudebních metod se může-

---

<sup>3</sup> Ian McGilchrist, renomovaný britský psychiatr, který mluví o analogii části a celku. Úryvek přepsaný a přeložený z originálu „The Divided Brain: The Nature of Our Selves, Our Minds and Our Bodies“ – I. část, záznam od 15:45 do 16:35 min.

me zaměřit na motorickou práci, ovlivňovat svalový tonus, posturalitu a pohybové projevy při hře na hudební nástroje. Další úzce související technikou je vědomá práce s dechem a jeho rytmem.

Střední, zelená část diagramu – kontakt se sebou a světem – je místem emocí a jejich projevů, což nám nejvíce z hudebních metod umožňuje improvizace. Odpovídá endodermu (výsek 3, 4). Pomáhá nám rozvíjet sociální chování, vnímání, uvědomování si sebe i ostatních. Zahrnuje také vztah a vztahování se k hudbě. Zaměřujeme se především na harmonii. Můžeme znít v souladu nebo nesouladu se sebou i s druhými, reagovat na ně nebo nereagovat, nechat se vést nebo vést druhé. Zvolené techniky směřují k rezonanci a interferenci v oblasti vztahů ke druhým a k hudbě. Této oblasti se úzce týkají také techniky kontejntentu a emocionální abreakce.

Horní, modrá část diagramu – symbolické a imaginární matice zkušeností – nám nabízí prostor pro tvoření, kreativitu, zhudebnění obrazů a jejich uchovávání. Z hudebních metod do této části diagramu můžeme zařadit kompozici hudby. Odpovídá ektodermu (výsek 5, 6). Zahrnuje sebevyjádření, ocenění, podporu sebevědomí, zprostředkování pozitivních zkušeností. To se děje na základě použití melodie. Techniky jsou zaměřeny na projasnění komunikace, komunikační hry (verbální i neverbální), odstraňování komunikačních a hlasových obtíží a také na oblast představ, vizí a vytváření podmínek pro plný rozvoj kreativity.

Střed diagramu – esence, zdroje, udržování rovnováhy – odpovídá poslechu hudby a naslouchání. Vytváří tak důležitý prostor pro to, aby všechny ostatní metody mohly být realizovány. Žádná není zcela naplněna, pokud nedochází k nějaké formě naslouchání – to se pak stává zdrojem. Hudba také snadněji proniká systémem obran vytvářených na psychické úrovni, podporuje vybavování vzpomínek a asociací. Základem esence je zvuk a jeho vlastnosti – barva, síla, výška a délka. Dochází k propojení a integraci všech částí jedince skrze srdce, např. prostřednictvím somatické meditace. Důležité je vytvoření bezpečného prostoru a navázání vzájemné důvěry.

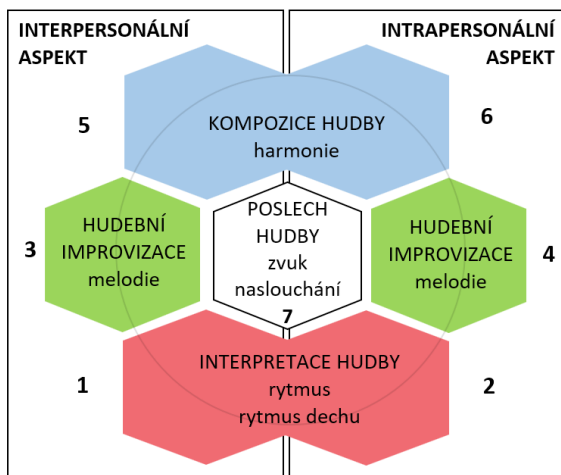
Vertikální členění životních polí umožňuje každou z metod zaměřit dvojím směrem, k sobě a ke druhým. Zdravý organismus může plynule přecházet z jedné polaroty do druhé a zase zpět. Muzikoterapie, díky využívání různých hudebních metod, zprostředkovává bohaté hudební zkušenosti na základě pulzace mezi jednotlivými metodami.

Principem biosyntetické psychoterapie je postupovat od funkčního a používaného, které podpoříme, k nefunkčním a nezdravým projevům, které můžeme měnit díky větší jistotě získané posílením zdravých vzorců. Podpora a rozvíjení hudebních zkušeností, se kterými klient vstupuje do terapie, umožňuje otevírat cesty a možnosti k pozitivním změnám v nefunkčních a nezdravých projevech. V tabulce 1 můžeme vidět analogii použitých technik v biosyntetické psychoterapii a jejich provázanost s hudebními metodami, složkami a způsobem zaměření terapeutické intervence.

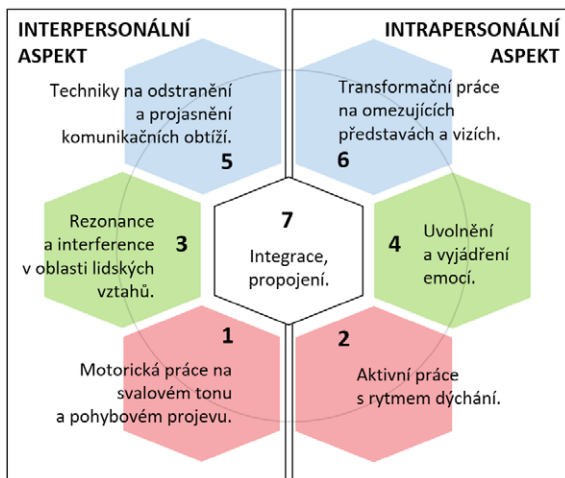
**Tabulka 1: Analogie biosyntetické psychoterapie a muzikoterapie**

Životní pole	Hudební metody	Hudební složky	Zaměření intervence
<b>TĚLO</b>	Hudební interpretace	Rytmus	Motorická práce na svalovém tonu a pohybovém projevu
<b>DECH</b>		Rytmus dechu	Aktivní práce s rytmem dýchání
<b>VZTAHY</b>	Hudební improvizace	Melodie	Rezonance a interference v oblasti lidských vztahů
<b>POCITY</b>			Uvolnění a vyjádření emocí
<b>ŘEČ</b>	Kompozice hudby	Harmonie	Techniky na odstranění a projasnění komunikačních obtíží
<b>OBRAZY</b>			Transformační práce na omezujících představách a vizích
<b>ESENC</b>	Poslech hudby	Zvuk, naslouchání	Integrace, propojení

Pro větší přehlednost i praktické využití lze tabulku 1 převést do přehledných diagramů. Obrázek 9 ukazuje hudební metody a složky v souladu s životními poli, která jsou vyznačena barevně. Obrázek 10 přiřazuje k jednotlivým polím zaměření muzikoterapeutických intervencí. Pomocí těchto technik se snažíme docílit lepšího kontaktu s jednotlivými oblastmi projevů a přesouvat se z uzavřeného vnějšího mezikruží do otevřeného vnitřního mezikruží – blíže ke středu.



Obrázek 9: Muzikoterapeutické metody a analogie v souladu s diagramem životních polí



Obrázek 10: Analogie muzikoterapeutických intervencí v souladu s diagramem životních polí



### 3.3 Hudebnost jako vztah k hudbě

Velmi malá část odborných tuzemských i zahraničních publikací o muzikoterapii se podrobněji zabývá vztahem k hudbě, který se ale v praxi ukazuje jako základní předpoklad pro navázání, rozvíjení a udržení terapeutického vztahu v rámci muzikoterapie. Pokud bychom se zaměřili na to, v jaké části diagramu životních polí se hudebnost nachází, zcela jasně ji můžeme zařadit do střední, zelené části – endodermální, která se zabývá vztahy a pocity. Jak vyplývá z terapeutické zkušenosti autorky, bývá vztah k hudbě jednou z prvních informací, kterou rodiče zmiňují při vstupním rozhovoru s terapeutem. Zčásti to může být dáno tím, že předpokládají, že pro muzikoterapeuta je to důležitá informace, ale zčásti také tím, že jsou si sami vědomi toho, že hudba a hudebnost do jejich života přináší určité významné kvality, které by rádi předali i svým dětem.

Termín hudebnost je často používán v kontextu hudebního vývoje jedince jako širší a variabilnější pojem obsahující v sobě hudební schopnosti, dovednosti, postoje a další nezbytné atributy potřebné k tomu, aby se jedinec mohl plně hudebně vyvíjet. Následující text seznámí s hudebností nejenom z obsahového hlediska, ale také přiblíží úskalí, se kterými se nutně musíme vypořádat, pokud se budeme snažit o definování hudebnosti.

V České republice se výzkumem hudebnosti intenzivně zabýval Ivan Poledňák, český muzikolog, hudební psycholog, učitel a hudební publicista. Tyto snahy můžeme datovat do 60. let minulého století. Realizoval řadu hudebních experimentů, systematizoval různorodé pojetí hudebnosti a definoval hudebnost ve *Stručném slovníku hudební psychologie* z roku 1984. Poledňák jasně terminologicky rozlišil v té době synonymní používání hudebnosti a muzikálnosti, a to takto: „Muzikální je ten jedinec, u něhož hudebnost vystoupala do nadprůměru“ (Poledňák, 1984, str. 162).

Hudebností se dále zabývala celá řada hudebních psychologů, muzikologů a dalších odborníků. Například ve *Slovníku české hudební kultury* (Fukač a kol., 1997) je hudebnost definována jako „výraz pro některé kvality, dané specifickými vztahy určitých jevů k hudbě“ (str. 347). Tato definice dále vysvětluje, že se na hudebnost můžeme dívat jako na soubor dispozic potřebných pro vytvoření si pozitivního vztahu k hudbě. V jiných publikacích (např. Sedlák, Váňová, 2013) se můžeme také setkat se ztotožněním hudebnosti s termíny, jako jsou hudební schopnosti, dovednosti a hudební nadání.

Různá pojetí hudebnosti umožnila Poledňákovi (1984) vytvořit **tři základní koncepte**. První koncepte vnímá hudebnost jako široký soubor hudebních předpokladů a hudebních schopností, kterými jedinec disponuje a může je rozvíjet hudebními aktivitami a činnostmi. Druhá koncepte hudebnosti je provázána s pojmem muzikálnost. Zahrnuje schopnosti, dovednosti a nadání jedince k hudební produkci. Tento soubor dovedností je považován za vrozený a projevuje se u každého v různé míře. Třetí koncepte se výrazněji odlišuje od předchozích. Je postavena na pozitivním vztahu jedince k hudbě. Zásadní je zaměření se na zájmy jedince a jeho hudební potřeby a preference. Není tak žádným způsobem provázána se schopnostmi, dovednostmi ani nadáním jako předchozí koncepty. Zdůrazňuje, že hudebnost je dána všem jedincům (Poledňák, 1984). Pro upřesnění můžeme dodat, že hudebnost je výrazně omezena u osob s amúzií, kterých je ale v populaci pouze nepatrné množství (Sacks, 2009).

Aplikace prvních dvou koncepcí hudebnosti na osoby se speciálními potřebami je problematická. V případě první koncepte postrádáme vhodné testové baterie k tomu, abychom mohli diagnostikovat hudební předpoklady a dovednosti této populace. Co se týče druhé koncepte, určitá část těchto osob není dostatečně vybavena nadáním pro hudební produkci a nelze reálně zachytit jejich hudební projev. Teprve třetí koncepci hudebnosti je možné na tuto skupinu populace aplikovat bez vážných omezení, a proto je také vhodná pro muzikoterapeutickou praxi.

Autoři, kteří se snažili vymezit pojem hudebnost, se také zabývali popsáním jednotlivých **složek hudebnosti**. Fukač a kol. (1997) a Laborecký (1997) rozdělují hudebnost na složku receptivní, která se vyznačuje tím, že nasloucháme a vnímáme hudbu, produktivní – schopnost komponovat hudbu a hudebně improvizovat, a reproduktivní, ve které se propojují předchozí složky, a je tak umožněna interpretace hudebních děl.

Komplexní pohled na hudebnost přináší Holas (2001), který zdůrazňuje, že hudebnost zahrnuje hledisko emocionálních, imaginativních, senzomotorických, intelektových a sociálně-psychologických komponentů, jež se podílejí na vývoji jedince a jeho hudebnosti.

Sedlák (2013) rozděluje hudebnost na tři složky – předpokladovou, aktivační a sociální, přičemž klade velký důraz na psychologický charakter hudebnosti. Předpokladovou složku chápe jako soubor fyzických a hudebních schopností a dovedností nezbytných k realizaci hudebních činností. Aktivační je zaměřena

na všestrannou motivaci k hudebním činnostem a sociální je charakterizována sociokulturním prostředím, které svým působením formuje hudebnost jedince.

Pro úplnost výčtu pohledů na složky hudebnosti je nutné doplnit dělení na aktivní a receptivní, jak je popisují Jurík a Mokry (1969). Tvrdí, že receptivní hudebnost je výsadou posluchačů a aktivní hudebnost výsadou hráčů. Toto striktní vymezení se ale v dnešní době ukazuje jako velmi nepřesné. U aktivního hráče se předpokládá, že bude disponovat nejenom aktivní hudebností, ale také receptivní. Z hlediska muzikoterapie je navíc poměrně zavádějící omezovat aktivní hudebnost pouze na určitou skupinu populace.

Významným autorem, který se ve svém bádání zabýval mimo jiné složkami hudebnosti a dělí je také na aktivní a receptivní, je Vladimír Helfert. Přivádí ho k tomu paradoxně nehudebnost, která byla mylně ztotožňována s neschopností zpívat. Již vytvořeným koncepcím a úvahám vytýká to, že výzkumná šetření byla realizována vždy u dětí s již rozvinutým hudebním talentem a hudebnost byla úzce chápána jako schopnost hudbu aktivně realizovat (Helfert, 1924).

Za zásadní považoval Helfert receptivní hudebnost. Zdůrazňoval důležitost hudbu vnímat a být aktivním a vnímavým posluchačem. Pokud máme potřebu hudby, rádi jí nasloucháme, vidíme v ní smysl, radost, útěchu, zapomenutí na denní zklamání, vnímáme pozitivní smyslové nebo psychické prožitky. Jakmile dokážeme v hudbě najít něco pro sebe, je to známka hudebnosti (Helfert, 1930).

Hudebnost u osob se speciálními potřebami (zejména těžkého stupně) může nejprve stavět na její receptivní složce, která je základem aplikování muzikoterapie a rozvíjení aktivní hudebnosti. Není nutné, aby jedinec ovládal hru na hudební nástroje, ale aby byl dostatečně motivován a podporován k aktivnímu vyjadřování se prostřednictvím hudby. Na muzikoterapeutovi potom záleží, zda dokáže nalézt hudební prostředky, prostřednictvím kterých se jedinec může hudebně vyjadřovat.

Přestože považujeme vnímání hudby za samozřejmé, jedná se o složitý proces, při němž může docházet k různým **poruchám hudebnosti**. Jednotlivé sluchové prvky nejdříve analyzujeme odděleně a následně probíhá syntéza, jejímž výsledkem je vnímání hudby v její specifické komplexnosti. U tak složitých procesů se může objevit překážka v některé z určitých částí vnímání, dekodování a syntéze. V extrémních podobách se tyto překážky projevují jako amúzie (Sacks, 2009). V neurovědecké literatuře je popsáno a definováno více než dvanáct různých forem amúzie v různé intenzitě, od mírných forem až po úplnou amúzii, která může být

vrozená, anebo získaná, často jako trvalý nebo přechodný následek po úrazech a nemocech mozku (Crithchley, Henson, 1977).

Amúzie, tedy výrazná nehudebnost, se u dětí, ale i dospělých objevuje minimálně. Bývá mnohdy chybně ztotožněna s projevy zaostávání hudebních dovedností a schopností, kdy je příčinou nedostatečně podnětné hudební prostředí. V souvislosti s termínem amúzie se ve speciální pedagogice můžeme setkat i s označením dysmúzie, která je v užším smyslu chápána jako jedna ze specifických poruch učení vyskytujících se většinou izolovaně. Znamky motorické amúzie mohou být ale provázané s poruchami artikulace nebo poruchou vzájemné koordinace mezi funkcí hudebního sluchu a fonačního aparátu.

V odborné literatuře se nejčastěji setkáváme s dělením amúzie na dvě základní kategorie:

- Senzorickou, někdy označovanou také jako impresivní, kdy se jedná o poruchu ve složce receptivní. Zasaženo je rozpoznávání výšky a barvy tónů, zvuk nástrojů a melodií a neschopnost číst noty.
- Motorickou nebo také expresivní, která se může projevovat jako orální amúzie, při níž jedinec není schopen pomocí úst a hlasivek vytvářet zvuky a tóny ani je opakovat, přezpívat. Při instrumentální amúzii je zasažena motorická schopnost naučit se hrát na hudební nástroj a schopnost zaznamenávat notový zápis.

Hudebnost jako vztah k hudbě může být rozvíjena a podporována i u osob, které neměly dostatek příležitostí vztah k hudbě navázat, rozvíjet a udržovat. Někdy se vytvoření kontaktu s hudbou objevuje jako jeden z prvních krátkodobých cílů v muzikoterapeutických plánech. Je otázkou, zda může být muzikoterapie efektivním terapeutickým přístupem, pokud klient nemá alespoň v minimální míře pozitivní vztah k hudbě. Proto by mělo být součástí vstupního hodnocení zjištění hudebních preferencí a schopností jedince, ale také poznání jeho hudební historie (Kantor a kol., 2009). V kontextu práce s rodinou to znamená také zjistit, jaká je hudební kultura rodičů a sourozenců, jaké sdílené hudební aktivity v rodině probíhají, při jakých příležitostech dochází k poslechu nebo aktivní produkci hudby atd. Muzikoterapeuti by neměli automaticky předpokládat, že osoby se speciálními potřebami mají pozitivní vztah k hudbě, přestože tento předpoklad je obvykle pravdivý.



## Muzikoterapie u rodin osob se speciálními potřebami

Uvažujeme-li v muzikoterapii o vztazích, které k hudbě získávají osoby se speciálními potřebami, potřebujeme zohlednit také vztahy, které k hudbě má nejbližší sociální prostředí těchto osob, např. rodiče, sourozenci apod. Porozumění dynamice rodinných interakcí a vztahů má u těchto osob zásadní vliv na terapeutickou práci, zejména protože speciální potřeby mají často negativní dopad na autonomii a u mnoha osob podporují zvýšenou fixaci ve vztazích s ostatními členy rodiny, především s primárními pečovateli. Hudební historie osob se speciálními potřebami a jejich hudební preference mohou být silně ovlivněny těmito vztahy, což má pochopitelně velký dopad na muzikoterapeutický proces. Muzikoterapie zpětně ovlivňuje sdílené hudební zkušenosti, které se odehrávají v rodině, proto může mít co nejširší začlenění rodin do muzikoterapie u těchto osob benefity pro celý rodinný systém a muzikoterapeuti by se o začlenění rodinných členů měli, pokud je to možné, alespoň pokusit.

V tomto kontextu je zapotřebí porozumět různým modelům poskytování muzikoterapie u rodin osob se speciálními potřebami. Především je třeba odlišit rodinnou muzikoterapii, která vychází ze specifických tradic a teorií rodinné muzikoterapie (např. V. Satirové, K. Horneyové a jiných) a z teorií systemického přístupu, a muzikoterapii s rodinami, kdy sice dochází k začlenění rodinných členů do terapeutického procesu, nicméně intervence je primárně zaměřena na dítě a jeho podporu. Někteří terapeuti také paralelně pracují s dítětem a matkou, např. na jednotkách intenzivní péče, instruují matku, jak hudebně pečovat o dítě

atd. Také zde však vnímáme rozdíl ve srovnání s přístupy rodinné psychoterapie. U malých dětí je navíc přirozené, že většina činností, aktivit i intervencí probíhá s účastí rodiče / primárního pečovatele, který se různou měrou podílí na průběhu muzikoterapie. Ne vždy však dochází k saturaci terapeutických potřeb rodičů nebo sourozenců těchto dětí.

V následujícím textu proto budeme mluvit o muzikoterapii s rodinami, kterou z výše uvedených důvodů vnímáme odlišně od rodinné muzikoterapie. Realizace muzikoterapie s rodinami v zahraničí, jak zmiňuje Oldfieldová (2016), byla v anglicky mluvících zemích po dlouhou dobu ovlivněna přístupem Kreativní muzikoterapie Nordoffa a Robinse. Tento přístup se zpočátku vyvíjel v anglických speciálních školách, kde se muzikoterapie rodiče neúčastnili. Také v pozdějších etapách vývoje tohoto přístupu měli rodiče nejčastěji roli pasivních pozorovatelů. I mnozí další muzikoterapeuti pracující ve školství nebo sociálních službách přicházeli do kontaktu s rodinami spíše výjimečně. Možná právě z těchto důvodů nebyla o muzikoterapii s rodinami publikována téměř žádná práce až do roku 2001<sup>4</sup> (Oldfield, 2016). V roce 1999 na Mezinárodní konferenci Music Therapy in Health and Education in the European Community (na Kings College Univerzitě v Cambridge v Anglii) prezentovala Oldfieldová svoji práci s rodinami<sup>5</sup> (Oldfield, 1993). Zpětně můžeme říct, že tím inspirovala a podnítila terapeuty na celém světě zamýšlet se nad možností přizvat do muzikoterapie rodinu. Proto ji lze vnímat jako průkopnici v této oblasti.

Závěry Oldfieldové (2016) se vztahují převážně k anglicky mluvícím zemím. Je pravděpodobné, že v různých národních jazycích se práce o muzikoterapii s rodinami objevily již v průběhu 20. století, neboť někteří muzikoterapeuti měli možnost pracovat s celými rodinami osob se speciálními potřebami. To platí například o Orffové, která v Dětském centru v německém Mnichově vytvořila přístup Orffova muzikoterapie. Pracovala přitom s celými rodinami dětí se speciálními potřebami a rodiče měli při této práci často aktivní roli. Nicméně kvůli politickým a jazykovým bariérám se informace o těchto přístupech dostávají do mezinárodní muzikoterapeutické literatury s výrazným zpožděním. V bývalém Československu již v průběhu 80. let začali pracovat někteří muzikoterapeuti, kteří se zabývali přímo

---

<sup>4</sup> Streeter (1993) v návodné příručce pro rodiče zmiňuje důležitost využívat s dětmi hudbu v domácím prostředí. Tento krok ale ještě nelze vnímat jako muzikoterapii s rodinami. Dále Sobey (2008), Muller a Warwick (1993) a Nöcker-Ribaupierre (1999) popsali společnou muzikoterapii dítěte s jedním rodičem, nejčastěji s matkami.

<sup>5</sup> Název prezentovaného příspěvku: Music Therapy with Families, Initial Reflections.

rodinnou muzikoterapií nebo minimálně začleňovali hudbu do rodinné terapie, např. dr. Jana Procházková. Jejich práce však ani zde nebyla publikována a v zahraničí je prakticky neznámá.

Pro muzikoterapeuty je někdy snazší začlenit členy rodiny prostřednictvím individuální terapie dítěte v situacích, kdy jeho obtíže mají svůj původ v rodinných vztazích. Dítě a jeho rodič může prostřednictvím hudby zažívat hravou interakci a zkoumat vzájemné vztahy novými způsoby.

Podle Oldfieldové (2006a) byla muzikoterapie s rodinami osob se speciálními potřebami z počátku zaměřena na podporu komunikace, kognitivních a komunikačních dovedností a na podporu vzájemného porozumění si v rodině. Později byl stále více kladen důraz na využívání hudby a vztahu k hudbě, což má potenciál podněcovat pozitivní změny v rodině. Přítomnost rodiče na intervencích obvykle pomáhá vytvořit bezpečné prostředí, které je nezbytné pro navázání důvěry k terapeutovi a rozvoj schopnosti dítěte aktivně se zapojovat a spolupracovat v terapeutickém procesu. Oldfieldová ve svých publikacích zároveň představila vlastní muzikoterapeutický model, který praktikovala v Centru pro rozvoj dětí a v dalších zařízeních poskytujících péči rodinám s dětmi se speciálními potřebami. Například v publikaci *Interactive Music Therapy in Child and Family Psychiatry* (2006b) popsala svoji práci muzikoterapeutky u dětí s psychiatrickou diagnózou na jednotce dětské a rodinné psychiatrie, kam jsou přijímány celé rodiny.

Další významnou publikací zabývající se muzikoterapií s rodinami je kniha *Music Therapy with Children and their Families* (Oldfield, Flower, 2008), která mapuje různé formy a přístupy muzikoterapeutů k dětem se speciálními potřebami a jejich rodičům. Aby mohly být rodiny do muzikoterapie začleněny, musely být nejdříve vytvořeny vhodné podmínky pro vzájemné setkávání se muzikoterapeutů a rodin. Znamenalo to mnohem více otevřít dveře škol, nemocnic, zařízení sociálních služeb a dalších organizací rodičům dětí. Důležitá byla také celková osvěta v oblasti muzikoterapie a boření předsudků a mýtů týkajících se uspořádání a forem muzikoterapie. V některých situacích, např. u těžce nemocných nebo umírajících dětí, může muzikoterapeut přicházet přímo do rodiny a realizovat terapii v domácím prostředí. Terapeuti bývají v těchto situacích svědky úplného ponoření se rodiny do hudebního procesu. Vážně nemocnému dítěti to umožňuje zažívat své zdravé já, které může být skryto pod symptomy nemoci nebo pocity bezmoci (Dun a kol., 1999).

## Amélie Oldfieldová

Základem muzikoterapeutického přístupu Interaktivní muzikoterapie (*Interactive Music Therapy*), který Oldfieldová vytvořila, jsou neverbální, většinou naživo vytvářené improvizované interakce, které vychází z hudebních projevů dítěte. Terapeut jim naslouchá a následně na ně reaguje. Přebírá od dětí hudební podněty a může vnášet do hry různé styly, rytmy a dynamiku, což upoutává pozornost dítěte. V některých případech se tak přibližuje k preverbálním typům komunikace, které mohou vést k výměnám prostřednictvím hlasu a řeči. Poměrně rychle se u dětí objevuje také jednoznačná preference pro určitou hudební interakci.

Důležité je celkové pozitivní naladění i přístup a příjemné a hravé využívání motivující síly hudebního tvoření. Neznamená to ale, že není umožněno projevovat jakékoliv emoce. Pokud klient potřebuje vyjádřit hněv, smutek a jiné emoce, je mu poskytnuta příležitost tyto pocity vyjádřit prostřednictvím hudby. Nicméně celkový zážitek z terapeutického setkání musí zůstat dostatečně pozitivní, aby bylo dítě motivováno přicházet na muzikoterapii opakovaně (Coastes, 2011). Snahou je, aby dítě zažívalo čas, kdy tvoří hudbu a komunikuje prostřednictvím hudby (Oldfield, 2006a).

Proces hodnocení probíhá nejčastěji prostřednictvím dvou 30minutových úvodních sezení, kde se Oldfieldová zaměřuje na anamnézu, včetně té hudební. Na základě toho je následně realizována muzikoterapie, která probíhá jednou týdně. Prováděna bývá v ambulantních centrech, která jsou součástí nemocnic a působí v nich celý tým. Rodiny dostávají doporučení na muzikoterapii od dětského lékaře.

Při práci Oldfieldová využívá jako hlavní nástroj klarinet. Tento nástroj se vyznačuje velkou mobilitou při používání. Umožňuje přímý oční kontakt s dítětem, střídání hry na klarinet a zpěv, což podporuje vokalizaci dítěte. Tvar nástroje vybízí k přímému kontaktu mezi terapeutem a dítětem tak, že se ho dítě může dotýkat v oblasti rezonátoru. Dalším často používaným nástrojem je klavír a široká škála jednoduchých bicích, dechových a smyčcových nástrojů.

Struktura sezení je pevně stanovená. Na začátku sedí terapeut na židli a hraje na kytaru úvodní kontaktní píseň (*Hello song*). Na konci terapie používá bubny bonga při hře písni na rozloučení (*Goodbye song*). Terapeut se snaží dokončit píseň a hudební fráze, které se v průběhu muzikoterapie objevují. Oldfieldová (2006a) to odůvodňuje tím, že pro děti může být zneklidňující slyšet příliš mnoho nedokončených nebo roztržštěných hudebních úryvků. Je důležité pomáhat



dětem plánovat konce tím, že je mohou předvídat. Tomu lze pomoci také slovně („ještě jeden“, „poslední“ nebo „jedna, dva, tři, dokončit“ apod.). Kontaktní píseň a píseň na rozloučenou jsou jediné dvě části, které jsou konzistentně dodrženy při každém setkání.

V kreativní části setkání je možné pracovat s individuální hrou dítěte s jedním nebo více nástroji, improvizovat s terapeutem, zpívat a využívat improvizované příběhy. Oldfieldová (2006b) je také autorkou Muzikoterapeutického diagnostického hodnocení (*Music Therapy Diagnostic Assessment, MTDA*), které je určeno pro komplexní hodnocení a diagnostiku poruch autistického spektra, ADHD, poruch chování, poruch komunikace, specifických poruch učení a pro hodnocení vztahu mezi rodiči a dětmi. Vyhodnocuje se nezávislá hra, zapojení tváře při komunikaci, tělesné, spontánní/hudební iniciace, nezvyklý zájem týkající se struktury nebo tvaru hudebních nástrojů, egocentrické chování, nezvyklé/repetitivní vytváření zvuků, potíže ve vytváření sdílených příběhů, obsesivní typy her nebo obsesivní vzorce v příbězích, obtížné sdílení hravých výměn s dospělými, trvání na vlastních podmínkách a komunikačních reakcích při zpěvu terapeuta.

Uspořádání terapeutické místnosti má také určitou strukturu a je neměnné. Optimálně se jedná o velkou, prostornou místnost, kde jsou v jedné části hudební nástroje (v otevřených policích na dosah dětem). V další části jsou velké zástěny a uprostřed podložka na ležení. U klavíru, kde začíná terapie, jsou dvě židle – jedna pro dítě a další pro rodiče.

Charakteristickým znakem tohoto modelu je specifická práce s rodiči. Na začátku terapie poskytují důležité informace terapeutovi nejen o dítěti, ale o celé rodině a vztazích v ní. Při realizaci mohou dítě podporovat svojí přítomností a aktivně se zapojovat. Kromě zdravé formy může mít intervence rodičů podobu:<sup>6</sup>

- váhavou (obávají se zapojit do činnosti),
- nepřiléhavé hudební odpovědi (pouze napodobují dítě, bez vlastních nápadů),
- přebírání aktivity za dítě (nedávají prostor pro reakci dítěte),
- příliš podporující (oceňují veškerý projev dítěte) atd.

U nezdravých forem hudebních reakcí terapeut rodičům pomáhá optimalizovat formu kontaktu.

---

<sup>6</sup> Podobné rozdělení chování rodičů popsal také Warwick (1988), avšak s tím rozdílem, že spojil nepřiléhavou hudební odpověď a přebírání aktivity do jednoho typu chování.

Důležitý je rozhovor s rodiči po skončení terapií. Dítě si odchází do čekárny pro hračku a než se vrátí zpět, terapeut přikryje nástroje, zavře klavír a lehce přemístí nábytek, aby místnost vypadala jinak. V raných fázích intervence, kdy jsou rodiče stále zatíženi zklamáním a strachem o budoucnost svého dítěte, mohou muzikoterapeutická setkání a společná evaluace rodičům poskytnout první povzbudivé a pozitivní zkušenosti. Část věnovaná rodičům je proto v tomto přístupu velmi důležitá (Oldfield, 2006a).

V práci Oldfieldové (2006a, 2006b) můžeme vidět, jak reaguje a zohledňuje určité postupy podle toho, s jakou diagnózou dítě přichází. U dětí s poruchami autistického spektra je zásadní:

- spolupráce s rodiči,
- centrální role hudby v terapeutickém procesu,
- pohybové reakce může terapeut spojovat se zvukem (stávají se paralelou ke komunikaci dítěte s matkou v raných fázích vývoje),
- hravost, drama, smích.

U dětí s těžkým tělesným postižením je kladen důraz na:

- úpravu hudebních nástrojů (např. využitím nástavců),
- slovní vysvětlení aktivit – rodičům musí být srozumitelné, co terapeut dělá, i když dítě návrh odmítne,
- používání polohovacích pomůcek a spolupráce s fyzioterapeuty,
- cílené zaměření pozornosti na zvukové vibrace a jejich využívání,
- terapeut někdy musí více iniciovat než následovat,
- terapie probíhá v pomalejším tempu, častěji dochází k přerušení muzikoterapie (např. kvůli operacím, nemocím),
- větší zaměření na práci s hlasem, neboť hraní na nástroje může být pro dítě náročné.

Tak jako většina terapeutů i Oldfieldová považuje za důležité supervidovat svoji práci a soustavně rozvíjet vlastní hudební dovednosti. Přístup Interaktivní muzikoterapie představuje pro děti se speciálními potřebami velký přínos. Publikace i praxe Oldfieldové dokládají, jak účinná a důležitá je muzikoterapie s rodinami.

Působí zde ale ještě jeden důležitý faktor, a to že díky společné hře může rodina „být“, existovat a prožívat pocit vlastní hodnoty jako celek (Oldfield, 2006a).

### Grace Thompsonová

Dr. Grace Thompsonová je registrovaná muzikoterapeutka a docentka na Univerzitě v Melbourne v Austrálii. Muzikoterapii provádí v přirozeném domácím prostředí rodin. Teoreticky vychází z vývojové psychologie, systémových teorií, teorií komunitního zdraví a Sternovy teorie interakce mezi matkou a dítětem. Ve své disertační práci prokázala účinky vlastního muzikoterapeutického přístupu realizovaného v rodinném prostředí, vliv tohoto přístupu na vývoj vztahu mezi rodičem a dítětem a vliv hudby na rozvoj sociálních dovedností a schopnosti zapojení do interpersonálních situací. Rodiče z experimentální skupiny v této studii hodnotili kvantitu a kvalitu vzájemného vztahu s dětmi lépe než rodiče ze skupiny kontrolní. V navazující kvalitativní studii byl prozkoumán další vývoj těchto rodin na základě tří hlavních témat – vztah mezi rodičem a dítětem, percepce dítěte ze strany rodiče a schopnost rodiče reagovat na dítě (Thompson a McFerran, 2015).

Mezi hlavní cíle práce Thompsonové patří porozumět rodičům, rozvinout sociálněkomunikační dovednosti v kontextu naladěného vztahu a přirozeného prostředí pro učení, zlepšit sociálněkomunikační vývoj dítěte prostřednictvím vytváření hudby a podporovat rodinu, aby si vytvořila větší pocit propojenosti. Důležité je aktivní zapojení rodiče při muzikoterapeutických setkáních. Při práci používá techniky a metody jako např. volnou improvizaci, strukturované hraní na nástroj, zpívání známých písní, pohyb a písně s úkoly atd. Zdůrazňuje přístup zaměřený na rodinu, přičemž dle potřeby využívá méně i více strukturovaná terapeutická setkání.

### Tali Gottfriedová

Dr. Tali Gottfriedová je registrovaná muzikoterapeutka v Izraeli, která zároveň přednáší na David-Yellin College v Jeruzalémě. Její výzkum v rámci disertační práce na Dánské univerzitě v Aalborgu se zaměřoval na muzikoterapii rodin dětí ve věku 4 až 7 let s poruchou autistického spektra. Tato muzikoterapeutka vytvořila hodnotící nástroj *About the Music in Everyday Life (MEL) Assessment*, což bylo do češtiny přeloženo jako „Hodnocení hudby v každodenním životě“. Její školitelkou byla dr. Grace Thompsonová, se kterou také oficiálně sdílají autorská práva k tomuto dotazníku. Gottfriedová je kromě tohoto hodnocení autorkou přístupu

Hudebněorientované rodičovské poradenství (*Music-Oriented Parent Counseling*) pro rodiče dětí s autismem.

Díky dotazníku **Hodnocení hudby v každodenním životě (MEL)** je možné zkoumat procesy, které souvisejí se sdílenými hudebními aktivitami mezi osobou se speciálními potřebami a jejími rodinnými příslušníky. Termínem sdílené hudební aktivity se rozumí hudební aktivity prováděné v interpersonálním kontextu s osobami se speciálními potřebami, nikoliv např. využití zvuků pro sebestimulaci, anebo poslech hudby jako prostředek pro odměňování. Dotazník Hodnocení hudby v každodenním životě (MEL) je primárně určen dětem s autismem a jejich rodičům, lze jej však využít pro širší spektrum rodin dětí se speciálními potřebami. Validita MEL byla doposud ověřována ve dvou zemích a jazycích – Austrálie/Izrael, angličtina/hebrejšтина (Thompson, 2014), nicméně MEL je oficiálně dostupný také v dalších jazykových verzích, včetně češtiny (viz přílohu 1 pro vlastní překlad dotazníku a přílohu 2 pro manuál potřebný k vyhodnocení dotazníku). Česká modifikace MEL byla vytvořena ve spolupráci s jeho autorkami. Po získání originální verze dotazníku byl realizován jeho zpětný překlad (z jazyka anglického do jazyka českého a zpětný překlad české verze dotazníku do jazyka anglického) dle pokynů obou autorek. Po porovnání obou verzí a výsledných úpravách autorek byl překlad české verze zařazen mezi oficiálně existující verze dotazníku, který zahrnuje jazykovou úpravu v angličtině, hebrejštině, němčině, italštině, portugalštině, španělštině, dánštině, slovinštině a čínštině.<sup>7</sup> Před prvním použitím dotazníku v domácím prostředí (Drličková, 2022) byla ošetřena autorská práva a konzultovány další etické otázky pro výzkumné i klinické aplikace dotazníku.

MEL je prvním nástrojem, který zohledňuje a měří jak frekvenci, tak i kvalitu hudebních aktivit v každodenním životě rodin. Na dílčích stupnicích mapuje **společné aktivity** využívající hudbu (MEL-JAM) a **běžné aktivity** využívající hudbu (MEL-RAM). Poskytuje tak dva různé, ale vzájemně doplňující se pohledy na každodenní používání hudby v rodinách osob se speciálními potřebami. Jedna sub-škála/stupnice měří frekvenci a kvalitu hudební aktivity a angažovanosti a druhá sub-škála/stupnice se zaměřuje na funkční využití hudby při běžných činnostech v rodině. Z klinického hlediska jsou obě sub-škály/stupnice považovány za samostatná hodnocení a jsou spíše analyzovány odděleně, než bychom se snažili je zkombinovat do celkového skóre.

<sup>7</sup> Tyto verze jsou dostupné na <http://mel-assesment.com/>.

Doposud byly publikovány pouze výzkumné studie zaměřené na zkoumání psychometrických kvalit MEL, nicméně jsou již k dispozici první nepublikovaná data, která využila MEL pro zkoumání efektivity muzikoterapeutické intervence. Jedná se o dvě nedávno dokončené studie, přičemž jedna z nich byla realizována v České republice a byla součástí disertační práce hlavní autorky této knihy (Dr. líčková, 2022). Tato kvaziexperimentální studie u osob s mentálním postižením zjistila, že v důsledku muzikoterapeutické intervence dochází na obou škálách k významnému nárůstu využívání hudby v každodenním životě. Tento nárůst navíc úzce koreluje s délkou muzikoterapeutických setkání (ve prospěch kratších setkání), ale nemá na něj vliv typ muzikoterapie (aktivní/receptivní) a počet terapeutických setkání.

Intervenční přístup Hudebně orientované rodičovské poradenství (MOPC) kombinuje oddělená, ale paralelní terapeutická setkání pro rodiče a dítě. Tento model paralelní terapie rodin a dětí je typický pro izraelská terapeutická rodinná centra, která se snaží o využití potenciálu hudby pro vývoj dítěte, ale také pro celou rodinu (Gottfried, 2016).

Intenzivní individuální terapii dítěte (dvakrát až třikrát týdně) doprovází setkání pro rodiče (dvakrát měsíčně). Model je založen na konceptu „Follow the Child’s Lead“ (Holck, 2004), který je uplatňován také při práci s rodiči. Terapeut nejprve zjišťuje informace týkající se pohledu na život a hodnoty, usiluje o vývoj partnerského vztahu s rodiči, sdílení nápadů a řešení v kontextu na zdroje orientované muzikoterapie (Rolvjord, 2010).

Teoreticky přístup vychází především z:

- paradigmatu rodinného poradenství založeného na hodnotách (Nelson a kol., 2000), ve kterém poradce opouští roli experta a těží ze zkušeností/poznání, jež přináší rodina do poradenského procesu,
- partnerského modelu (Davis a kol., 2002), který je založen na přesvědčení, že efektivní pomoc se odvíjí od kvality vztahu a důvěry mezi členy rodiny a poradcem.

Ve své disertační práci se Gottfriedová zabývala výzkumem efektivity MOPC a zkušenostmi rodičů s tímto přístupem z hlediska rodičovského stresu, percepce kvality života a denního použití hudby v prostředí domova dětí s autismem a jejich rodičů.

V této kapitole byly krátce představeny tři muzikoterapeutky, které se významně podílí, ačkoliv každá jiným způsobem, na rozvoji muzikoterapie, která do muzikoterapeutického procesu začleňuje rodiny dětí se speciálními potřebami. V praxi se můžeme setkat s dalšími muzikoterapeuty, kteří pracují s rodinami, a jejich přístupy.

Ve Velké Británii je rozšířen přístup Mnohočetné rodinné muzikoterapie (Loth, 2008). Vychází z teorie mnohočetné rodinné skupiny, kterou popsal Laquer (1976) v rámci psychiatrické péče o rodiny s psychicky nemocným jedincem. V tomto přístupu se pracuje na společných terapeutických setkáních s rodinami, které mají zkušenost se stejnými nebo podobnými obtížemi.

Mnohočetná rodinná muzikoterapie pro rodiny s dětmi se speciálními potřebami nabízí podpůrný prostor, ve kterém rodič / primární pečovatel může své dítě přijímat takové, jaké je. Nemusí vysvětlovat a omlouvat jeho chování a dostává se mu pochopení od ostatních rodičů. Tento přístup je také vhodný pro zapojení rodin z odlišného kulturního prostředí. Tyto rodiny se většinou potýkají s jazykovými bariérami, které při muzikoterapii nejsou tak velkou překážkou. Mnohočetná muzikoterapie je určena také pro rodiny, v nichž je narušena sociální interakce s prostředím nebo chybí dostatečná stimulace ke vzájemné interakci (Loth, 2008).

Howe (1994) popisuje důležité faktory, které jsou přítomné ve vícečlenné rodinné terapii, a aplikuje je na mnohočetnou terapii v rámci rodinné muzikoterapie:

- univerzálnost – ve skupině se rodina učí, že nejsou se svým problémem sami,
- naděje – rodina vidí, jak se jiné rodiny učí, mění a rostou, jakou mohou využívat podporu, co mohou dělat, dostává se jim pochopení a povzbuzení od ostatních,
- posílení role rodiče – rodiče zažívají pozitivní reakce ostatních dětí i dospělých ve skupině na jejich zapojení se do hudebních aktivit, což zvyšuje jejich kompetence,
- přijetí – skupina se stává podpůrnou sítí, v níž se rodiny mohou cítit přijímány takové, jaké jsou,
- imitační učení – rodiny se učí, jak zvládat různé situace, a to prostřednictvím identifikace s jinými rodinami a taktéž modelováním chování pozorovaného v jiných rodinách,
- experimentování – skupina je bezpečným místem pro experimentování a zažívání nových způsobů vzájemné interakce prostřednictvím hudby.

V muzikoterapii se u těchto rodin často pracuje s hudební improvizací sdílenou s terapeutem. Nabízí „léčebný most“, kde je možné traumatické zážitky vyjádřit a zpracovat. Tento proces vytváří hluboký vzájemný vztah, který umožňuje léčení traumat a jejich transformaci (Aldridge, 2004; Pavlicevic, 2002). Komunikování prostřednictvím hudebních improvizací dětem navíc poskytuje základ pro rozvoj jazyka. Můžeme se na tyto projevy dívat jako na ranou komunikaci, která obsahuje rytmické vzory a melodické kontury. Ty jsou velmi specifické a mohou stimulovat první pokusy o navázání komunikace mezi dítětem a matkou, pokud k ní z nějakého důvodu fyziologicky nedošlo, a/nebo byla narušena (Trevarthen, 1993).

Do muzikoterapie s rodinami můžeme zahrnout také přístupy, které probíhají na jednotkách intenzivní péče (JIP). Vzhledem k tomu, že se stále více dětí rodí předčasně a přežívají díky lékařským a technologickým pokrokům, roste také potřeba akutních i následných podpůrných intervencí. Pro rodiny dětí se speciálními potřebami to může být první kontakt s muzikoterapií. Při těchto setkáních se využívá mateřského hlasu, který je pro dítě nenahraditelný a umožňuje rozvíjení interakcí a vztahových vazeb (Gilad, Arnon, 2010), vyjadřuje bezpečí a blízkost a představuje „emocionální domov“. Pro předčasně narozené dítě je mateřský hlas nezaměnitelným osobitým zvukem, melodií i rytmem a je jedinečný svým afektivním obsahem. Snahou je poskytnout dítěti co nejpřirozenější zvukové komponenty (Stern, 1995), podpořit rozvoj vztahové vazby a také se snažit o snížení technologického hluku v prostředí JIP.

Terapeutickým použitím mateřského hlasu se zabývá německá muzikoterapeutka Monika Nöcker-Ribaupierre, která při muzikoterapii na JIP pracuje s auditivní stimulací mateřským hlasem formou nahrávek broukání, zpěvu a čtení (Nöcker-Ribaupierre, 2007, 2004). V průběhu terapeutické intervence pracuje jak s dítětem, tak s matkou. Matce může muzikoterapie pomoci vyrovnat se s traumaty z předčasného porodu dítěte. Dochází ke stabilizaci a rozvoji zdrojů a podpoře vztahové vazby, která je důležitá pro další vývoj, interakci a komunikaci dítěte. Auditivní stimulace je metoda, která dítěti poskytuje ten nejpřirozenější akustický stimul, neboť obnovuje to, co dítě prožívalo in utero, a podporuje tak jeho neurobiologický a sociální vývoj. Postupem času může být do muzikoterapeutické intervence zařazen také otec, příp. sourozenci (Nöcker-Ribaupierre, 2011). Přestože je používání nahrávek auditivní stimulace přínosné pro předčasně narozené děti i jejich rodiny, v praxi by měl být kladen co největší důraz na to, aby již na jednotkách intenzivní péče byl umožněn co nejvčasnější kontakt mezi matkou a dítětem

a aby tato stimulace probíhala aktivní formou prostřednictvím interakce matky a jejího dítěte.

Muzikoterapie s rodinami se ukazuje jako užitečná terapie nejenom pro rodiny dětí se speciálními potřebami, ale i pro další skupiny. V publikaci *Music Therapy with Families*, kterou editovaly autorky Jacobsenová a Thompsonová (2017), se objevují kapitoly o muzikoterapii s rodinami s adoptovanými dětmi nebo pěstounskými rodinami, s rodinami, které jsou zatíženy psychiatrickou diagnózou, rodinami dětí, které zažily těžké trauma, rodiny s předčasně narozenými dětmi, s emocionálně zanedbávanými dětmi atd.

V důsledku pandemie COVID-19 došlo ke značnému rozvoji virtuální muzikoterapie (VMT), nicméně již před pandemií existovalo o VMT několik mezinárodně publikovaných příspěvků. Jedním z nich byl příspěvek o australském muzikoterapeutickém programu *Connected Music Therapy Teleintervention Approach* (CoMTTA), který je určený dětem se sluchovým postižením a snaží se o dosažení většího propojení rodiny prostřednictvím vývojově orientovaných aktivit s hudbou (Fuller, McLeod, 2019).

CoMTTA charakterizují jeho zakladatelé na základě čtyř oblastí:

- Typy poskytování muzikoterapie – odlišuje se jednorázová muzikoterapie, týdenní muzikoterapie v délce 6 až 8 týdnů a týdenní muzikoterapie v délce 6 až 8 týdnů s prvním a posledním setkáním, které je realizováno kontaktní formou.
- Plán setkání – popisující aktivitu, směřování intervence, příklady osvojení si dovedností a cíle.
- Technologické prvky – zahrnují veškeré technické požadavky před zahájením terapie a v průběhu terapie.
- Další informace – soupis potřebných hudebních nástrojů, vizuální podpora rodiny, spolupráce s facilitátorem/koterapeuty, on-line materiály pro rodinu apod.

VMT přináší rodinám řadu výhod. Dochází při ní k větší participaci rodičů a je dostupná i pro rodiny, pro které není kontaktní muzikoterapie možná (např. kvůli velké demografické vzdálenosti a nedostupnosti muzikoterapeutů). Na druhé



straně komplikuje VMT mnoho úskalí, např. obtíže s připojením, zpoždění přenosu zvuku a nemožnost společné hry muzikoterapeuta a dítěte, při větším počtu členů rodiny nemožnost všechny vidět na jedné obrazovce atd. (Fuller, McLeod, 2019). Nicméně v důsledku pandemické situace se VMT značně rozšířila a navzdory značné nepopularitě u mnoha muzikoterapeutů i klientů se rozvíjí i nadále, a to i v době, kdy již realizaci muzikoterapie kontaktní formou neznemožňují četné pandemické restriktce.

Závěrem této kapitoly lze shrnout, že v zahraničí se muzikoterapie s rodinami dostává stále více do povědomí odborníků i laické veřejnosti. Případové studie v následující kapitole ukazují, že také v České republice lze nalézt originální muzikoterapeutické přístupy, prostřednictvím kterých je intervence poskytována nejen dětem se speciálními potřebami, ale celým jejich rodinám.



## Případové studie – Radim, Jitka a Karolína

Tato kapitola obsahuje tři ilustrativní případové studie, které ukazují muzikoterapeutický proces s využitím diagramu životních proudů a životních polí na příbězích rodin dětí se speciálními potřebami. Cílem těchto případových studií je demonstrovat, k jakým změnám může u těchto dětí a jejich rodin dojít v interpersonální a intrapersonální oblasti v důsledku muzikoterapeutické intervence a jakým způsobem tyto změny souvisí se sdílenými hudebními aktivitami v rodinách.

Byly vybrány rodiny, které si nejsou příliš podobné a umožní tak popsat větší variabilitu muzikoterapeutických aplikací konceptu životních polí. Strukturu případových studií tvoří:

- popis anamnézy osoby se speciálními potřebami a její rodiny,
- popis uzavření muzikoterapeutického kontraktu a podmínky realizace muzikoterapie,
- hodnocení klienta, hodnocení převládajících interpersonálních a intrapersonálních projevů v souladu s diagramem životních polí,
- popis vlastní realizace muzikoterapie a její evaluace na základě muzikoterapeutického plánu tak, aby byly v souladu s klientovými projevy v životních polích,
- diagram životních polí zachycující převládající interpersonální a intrapersonální projevy po skončení celého cyklu muzikoterapie, zachycení změn v oblasti sdílených hudebních aktivit v rodině a závěrečné shrnutí.

Data v ilustrativních případových studiích byla získána z pozorování, obsahové analýzy dokumentace (anamnestických dokumentů, muzikoterapeutického plánu a poznámek z terapie) a rozhovorů s rodinnými příslušníky v rámci muzikoterapeutických intervencí. Intervenční postupy byly vybírány na základě vstupního hodnocení a reflexe jednotlivých muzikoterapeutických setkání. Vše bylo dokumentováno v muzikoterapeutickém plánu, který byl průběžně revidován (dle vývoje klientů v terapii).

Případové studie jednotlivých rodin byly popsány v souladu se strukturou diagramu životních polí. Míra přítomnosti jednotlivých projevů v interpersonální a intrapersonální oblasti byla ještě podrobněji specifikována na změny v mezodermu, endodermu a ektodermu. To umožnilo detailní pohled na celý muzikoterapeutický proces i jeho přesahy do každodenního života rodiny. Byla využita sada grafických modelů – diagramů – vytvořených na základě analogie biosyntetické psychoterapie a muzikoterapie. Zvolený způsob záznamu a vyhodnocování umožnil sledovat vývoj a změny kvantity i kvality sdílených hudebních aktivit v rodině.

## 5.1 V rukou je má síla

### Anamnéza

Radim se narodil ve 34. týdnu těhotenství, byl velmi plačtivý a neklidné dítě. Ve 4 letech mu byl diagnostikován středně funkční dětský autismus, středně těžké mentální postižení a hyperaktivita. Verbálně nekomunikuje, pouze vydává zvuky. V době začátku muzikoterapie bylo Radimovi 5 roků a začal navštěvovat mateřskou školu. Zpočátku tam s ním byla přítomna matka, brzy však pobyt v MŠ zvládal s asistentkou pedagoga.

Velmi výrazným projevem Radima je pevné držení druhých lidí za oblečení nebo vlasy. Stisk rukou má tak silný, že je velmi těžké se z jeho sevření vymanit. Čím větší úsilí je vyvinuto, tím více Radim stisk zesílí. Někdy je nutné zůstat dlouho v klidu a vyčkat, až Radim sevření pomalu uvolní. Také má tendence ostatní kousat. Je stále v pohybu, nezládá sedět ani u jídla a často křičí.

Péče o Radima je velmi náročná. Rodičům pomáhají prarodiče a situaci jim usnadňuje pobyt v mateřské škole. Přesto bývají bezradní a unavení. Hledají nějaké

aktivity, při kterých by byl Radim uvolněný. Částečně se to daří, pokud mu napustí plnou vanu (pobyt v bazénu však nezvládá). Společný čas vyplňují převážně aktivitami zaměřenými na zajištění potřeb Radima – hygienické úkony, doprovody k lékaři a do poradenských zařízení, aktivity související s docházkou do mateřské školy a mnohé další. Rodině chybí společné zážitky. Neúčastní se akcí pro děti, kulturních a společenských aktivit, aby se zcela vyhnuli nepříjemným situacím, ve kterých si neví rady. Především se jedná o křik Radima a jeho pevné držení ostatních za vlasy. V novém prostředí a v neznámých situacích Radim takto reaguje velmi často.

### **Muzikoterapeutický kontrakt**

Rodiče projeví zájem o muzikoterapii na základě doporučení speciálního pedagoga z SPC s cílem podpořit Radimovu větší pohodu a zmírnit jeho neklid. V počátku muzikoterapie s Radimem nehráli na hudební nástroje ani nezpívali, občas společně poslouchali dětské písničky v autě nebo při ukládání ke spánku. Mluvili o sobě jako o nehudebních rodičích. Po vzájemné dohodě byl uzavřen kontrakt na 10 individuálních muzikoterapií (jednou týdně 30 minut), který byl rozšířen nejprve o dalších 14 setkání a poté ještě o dalších 5 měsíců (celkem 45 setkání). Kromě evaluace těchto delších časových úseků probíhala také reflexe po každém setkání. Ta byla realizována v mateřské škole v průběhu ranního bloku aktivit.

### **Hodnocení Radima zahrnovalo:**

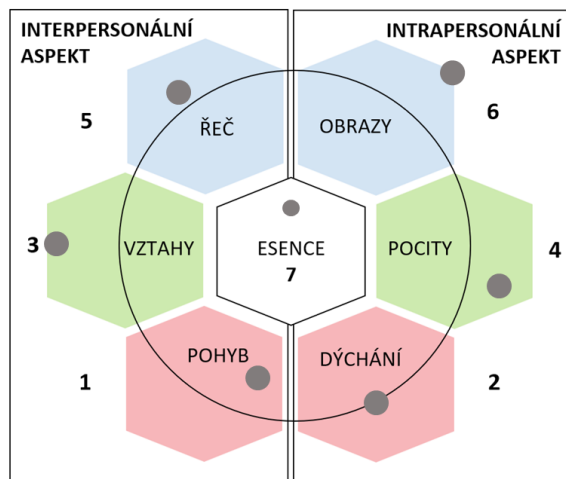
- Zdravotní a hudební anamnézu.
- Propojení informací předaných rodiči s vlastním pozorováním Radima při hře s asistentkou pedagoga.
- Zaměření se na Radimovy projevy, jejich intenzitu a následné přiřazení projevů k segmentům životních polí.

Převládající projevy v diagramu životních polí:

- Mezoderm – tělo, dýchání (výšeč 1, 2): radost z pohybu, běhání, rychlé pohyby, neschopnost se zastavit, povrchní dýchání, dobré fyziologické fungování těla. Klientovy projevy jsou výrazně řízeny tělovými reakcemi.

- Endoderm – emoce, vztah k sobě a druhým (výseč 3, 4): vynucování si přítomnosti, držení druhých v kontaktu, bez citu, nevnímání sebe, strnulost, zaplavení, úzkost.
- Ektoderm – mysl, komunikace, obrazy (výseč 5, 6): křik, verbální nejasnost, ze zvuku je patrná libost a nelibost, výrazná intenzita vydávaného zvuku, snaha být viděn, slyšen, pochopen.
- Esence – zdroje (střed 7): přehlednost situace, kontrola nad situací, pozornost, dotek, jemnost, uvolnění, stabilita okolí, klid.

V diagramu na obrázku 11 je pomocí šedých teček vyznačena míra projevů Radima v jednotlivých polích. Ve vnějším uzavřeném mezikruží jsou nejdále od středu vyznačeny obrazy a vztahy. Pocity a řeč jsou také ve vnějším mezikruží, ale blíže k hranici (znázorněna černým kruhem) mezi uzavřeným a otevřeným systémem. Přímo na hranici těchto systémů je dýchání a ve vnitřním otevřeném mezikruží je vyznačena míra tělových projevů označená jako pohyb.



Obrázek 11: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie (Radim)

### Počátek terapie (prvních 10 setkání)

Na základě vstupního hodnocení se jevil mezoderm (výšeč 1, 2 na obrázku 11) jako polarita, která je nejvíce otevřena pro první krok ke klientovi. Ukazuje se nejbliž ke středu, tzn. je nejzdravější polaritou ve srovnání s ostatními. Intervence začala stavět nejdříve na hudebně-interpretčních metodách. Z muzikoterapeutických technik jsem zvolila práci s rytmem v rámci hudební interpretace. Pro Radima jsem vytvořila velmi jednoduché rytmické úseky tak, aby je mohl opakovat.

Pro podporu vnímání a cítění rytmu v těle jsme začali využívat různé typy bubnů – djembe, darbuky, rámové, oceánové, skupinové bubny a jejich vibrace. Zpočátku to byl jen pohyb rukou po bláně největšího dostupného bubnu. Hra na bubny umožnila také pracovat s celkovým tělovým napětím, dynamikou, rychlostí a přesností pohybu v podobě úderů ruky – dlaně a prstů na blánu bubnu. Cílem bylo dosažení vědomého vnímání hudby na tělové rovině. Od intenzivních, jasně a snadno vnímatelných zvuků a vibrací jsme se postupně zaměřovali na jemnější tóny. Také jsme hráli rytmicky na tělo.

Evaluace po 10 setkáních: Zčásti byl uskutečněn plán zaměřený na mezoderm (výšeč 1, 2). Rodiče si všimli, že se Radim víc dotýká věcí, osahává je a snaží se je rozezvučet. Zmírnilo se pevné sevření oblečení a vlasů ostatních osob a také více reagoval zastavením se na zvuky, které slyšel, především ty, které se opakovaly v nějakém rytmu. Tyto změny hodnotili rodiče jako pozitivní a objevila se u nich chuť Radima více podpořit. Mluvili jsme o větším využívání hudby v rodině a také o obavách z nedostatečných hudebních dovedností a nehudebnosti rodičů. Ti se po krátkém zácviku rozhodli pořídit si domů několik jednoduchých hudebních nástrojů. Také jsem je podořila, aby alespoň některá muzikoterapeutická setkání absolvovali s Radimem. Poslech hudby byl zatím pro Radima příliš náročný, ale hudební aktivity si užíval a měl z nich radost. Bylo také patrné větší uvolnění rodičů, kteří byli překvapeni z reakcí Radima. To je motivovalo k většímu hledání příležitostí, jak společně trávit čas jinak.

### Pokračování terapie (dalších 14 setkání)

Kontrakt byl prodloužen na dalších 14 terapií za stejných podmínek. Na čtyřech terapiích byli přítomni rodiče. Ukazatelem vhodného času pro změnu byla změna v dechových stereotypch – především hlubší nádechy a výdechy při hraní a volný výdech po skončení hry. Tyto změny v dýchání jsme mohli systematicky zařadit

do hry v podobě nádechů, výdechů a zadrženi dechu a následně k nim přidat i zvuk. Přesunuli jsme se tak z mezodermu (výseč 1, 2) k ektodermu (výseč 5, 6).

Nyní byl vhodný čas na další hudební nástroje a techniky. K bubnům jsem doplnila melodické perkuse, např. kovové melodické bubny, kalimby, sansuly, chimes, zvonkohry. Stále jsem podporovala rytmus, ale díky použitým hudebním nástrojům byl zvuk bohatší, kontrastní ke zvuku bubnů. Pokoušeli jsme se o vytváření hudebních dialogů s využitím nástrojů a hlasu. Na úvod byla vždy zařazena jednoduchá rytmická hra, ze které jsme nyní přecházeli k dalším muzikoterapeutickým metodám, především ke kompozici hudby.

Stále jsem sledovala, jak se mění dech klienta, prohlubuje se, je volný a klidný. Také bylo vidět uvolnění zápěstí, svalů v obličejí a celého těla. Proto jsme mohli pozornost zaměřit více na melodii a tím podpořit přechod k endodermu (výsek 3, 4) a hudební improvizaci.

V další části muzikoterapie jsme se snažili o plynulé přecházení mezi jednotlivými technikami a zařazovali krátká relaxační cvičení. Zpočátku se jednalo o minutová cvičení, která se postupně prodlužovala. Pro Radima byla tato aktivita nejnáročnější, neboť vyžadovala schopnost uvolnit tělo, naslouchat a rozumět hudbě, cítit se bezpečně atd. Tato fáze terapie skončila v době počátku letních prázdnin. V novém školním roce rodiče chtěli v muzikoterapii pokračovat.

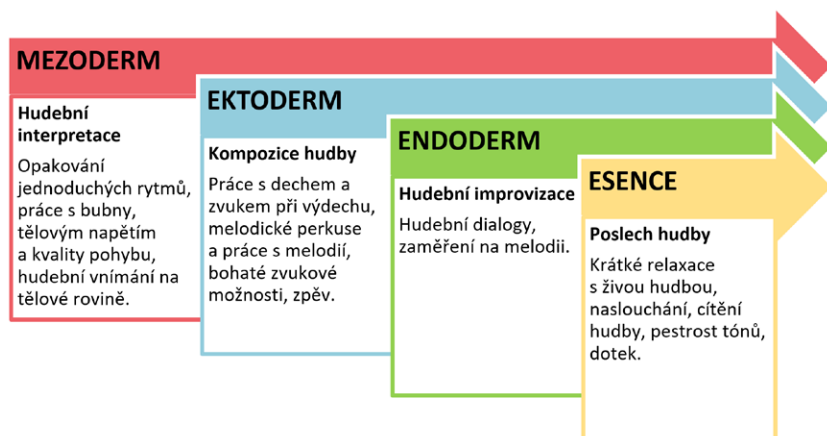
### **Pokračování terapie po letních prázdninách (dalších 5 měsíců)**

Po letních prázdninách jsme uzavřeli kontrakt na další blok muzikoterapií v délce 5 měsíců. Vrátili jsme se k aktivitám s rytmem. Na čtvrté terapii jsme byli ve fázi krátkých relaxací a začali jsme je prodlužovat až na 10 minut. Dalším krokem byly relaxace zčásti hrané in vivo a zčásti byla použita nahrávka relaxace z přechozí terapie. To umožnilo více pracovat s tělem a podpořit uvolnění. Pomocí jemných šátků se Radim učil zavírat oči, což mu umožnilo se ještě více uvolnit. Na konci terapie Radim zvládal i třiminutové relaxace s živou hudbou. Potřeboval však časější změny hudebních nástrojů a zvukově rozdílné nástroje.

Rodiče začali pro Radima využívat uzemňující dotek, a to především v oblasti kotníků, kolen, ramen, loktů, zápěstí a hlavy. Dosud nejčastěji používali jemné doteky prsty, rychlé „pobíhání“ prstů po těle, s jemnou intenzitou, což Radima spíše aktivovalo. Otec se do té doby syna příliš nedotýkal, pouze pokud ho držel, aby

Radim něco nestrhl nebo někomu neublížil. Pro uvolnění těla jsme cvičili pevný (ale ne svazující) teplý dotek, který zklidňuje, příp. pomalé hlazení střední intenzity, což se dařilo i otci. Byla to pro oba nová zkušenost.<sup>8</sup>

Ve druhém pololetí Radim začal chodit na skupinovou muzikoterapii, které se účastnilo 5 dětí. Na začátku byla aktivní část a v závěru receptivní. Celkově došlo ke zmírnění napětí jak u Radima, tak u rodičů. Mezoderm zůstal stále polem prvního kontaktu. Také rytmus a dotek byly důležitou součástí spokojenějšího fungování Radima i rodiny. Křik a držení ostatních za oblečení nebo vlasy se objevovalo v situacích, které Radim neznal nebo jim nerozuměl. V rámci muzikoterapie bylo vytvořeno jednoduché cvičení, které rodina stále využívá a jež se díky své malé náročnosti dá realizovat ve většině situací. Proto, aby bylo toto cvičení funkční, jej museli rodiče opakovat i v situacích, kdy byl Radim spokojený. Jeho tělo se přitom učilo spouštět uvolňování kosterního svalstva a zmírňovat celkové



Obrázek 12: Vývoj muzikoterapie (Radim)

<sup>8</sup> Biosyntetická psychoterapie rozlišuje čtyři kvality doteku a pro jasnější porozumění je můžeme popsat pomocí živlů. Dotek země – pevný, teplý, spíše pomalu pulzující, kdy se ruce zvednou z těla a vrátí se zase zpět na stejné místo nebo o kousek dál. Přináší podporu, stabilitu, jistotu a bezpečí. Dotek vody – plynulý, stabilní dotek, ve střední intenzitě, připomínající pohyb vody uvolňující zablokované impulzy. Dotek větru – lehký, mírně rychlý dotek, většinou jen konečky prstů, někdy se využívá i jemné foukání na části těla. Dochází při něm k propojení s rytmem vlastního dechu. Dotek ohně – jemně dynamický pohyb, horký, dotek pouze prsty, rychlé střídání míst na těle, dlaň při tomto typu doteku není využívána. Přináší revitalizaci a aktivizaci. (Vaníčková, 2013)

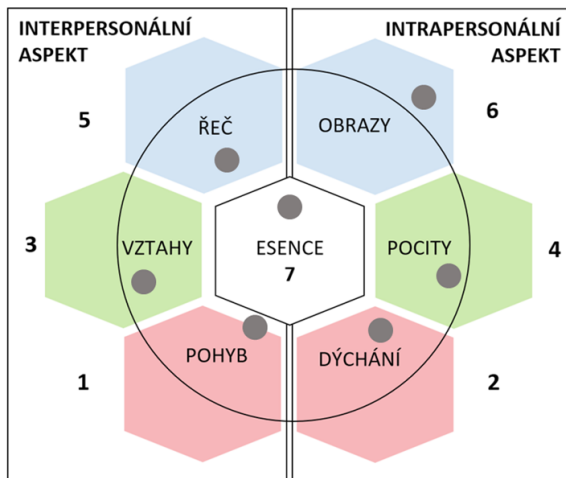


napětí. Rodiče při tomto cvičení drželi syna za ruce a podporovali jej, aby několikrát vyskočil, s malými pauzami mezi výskoky. Potom následovalo několik pomalých nádechů s hlasitým výdechem a náznaky výskoku, které ale již nebyly pohybově realizovány. Důležitý byl jak pohyb, tak i zvuk vydávaný při výdechu. Určité napětí a zadržování dechu bylo zpočátku patrné i u rodičů a Radim často kopíroval jejich dechové vzorce. Větší jistota, stabilita a uvolnění rodičů umožnilo Radimovi mírnit a lépe zvládat své napětí. Na obrázku 12 můžete vidět, jak se vyvíjela muzikoterapie z pohledu jednotlivých životních polí a použitých muzikoterapeutických metod.

### **Převládající projevy z diagramu životních polí po 45 muzikoterapiích (obrázek 13)**

- Mezoderm – tělo, dýchání (výseč 1, 2): volné, hluboké dýchání, střídání aktivit s klidem, jasné a cílené pohyby, větší stabilita, aktivní hra na hudební nástroje, schopnost být v pohybu i v klidu, široká škála tělových projevů.
- Endoderm – emoce, vztah k sobě a druhým (výseč 3, 4): větší míra citlivosti k sobě i k druhým, potřeba kontaktu, projevování emocí, vyhledávání příležitostí být v kontaktu s hudbou.
- Ektoderm – mysl, komunikace, obrazy (výseč 5, 6): občasný křik, verbální nejasnost, obliba intenzivních a výrazných zvuků, navazování očního kontaktu, využívání hudební komunikace.
- Esence – (střed 7): hudba, aktivita a uvolnění, schopnost naslouchat, větší rozsah tělových reakcí a jejich adekvátní využívání.

Z modelu životních polí na obrázku 13 je patrné, že Radim se ve všech polích posunul blíže ke středu. Tyto změny se u Radima promítají do fungování celé rodiny.



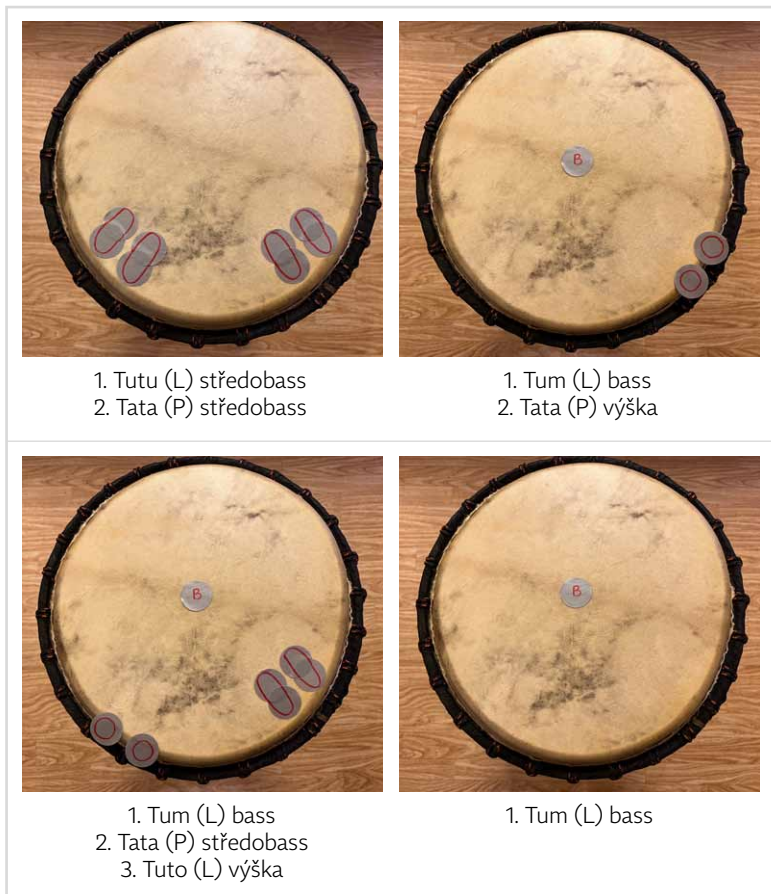
Obrázek 13: Převládající míra projevů v životních polích na konci terapie (Radim)

### Sdílené hudební aktivity v rodině

Součástí vstupního hodnocení bylo zjistit, jaké sdílené hudební aktivity v rodině probíhají. Díky hlubokým restriktivním obrazům rodičů nebyly v rodině vytvořeny podmínky pro realizaci hudby, společně se nezpívalo a nehrálo. Poslech hudby probíhal výjimečně a bez vědomého záměru, zejména v situacích, kdy byli rodiče velmi unavení a snažili se Radima zabavit (což se ale nedařilo). Na základě této zkušenosti si rodiče mysleli, že syn nemá hudbu rád. Proto byli překvapeni z doporučení speciálního pedagoga vyzkoušet muzikoterapii.

První změny v chování Radima – zmírnění sevření a držení oblečení a vlasů ostatních a snahy rozezvučet věci kolem vzbudily u rodičů zájem o to, jak probíhá muzikoterapie a zda souvisí s těmito změnami. Dotazovali se na průběh a možné účinky terapie. Získali také větší důvěru otevřít téma vlastních obav z nedostačujících hudebních dovedností. Protože z časových důvodů nemohli docházet se synem na muzikoterapii společně, začali vykonávat jednoduché hudební aktivity s Radimem v domácím prostředí. Rodiče si koupili dva menší bubny djembe a sadu perkusivních nástrojů podobnou té, kterou Radim znal z terapie, a začali společně

hrát na nástroje podle jednoduchých rytmických cvičení, která byla využívána v muzikoterapii. Rytmické hry byly upraveny pro nehuďebníky. Byly využívány slabiky ve spojení s jednoduchými symboly. Hudební aktivity v rodině jim umožňovaly kreativněji trávit společný čas. Obrázek 14 ukazuje rozložení základních typů úderů na bubnu djembe, které byly používány v terapii i v rodině.



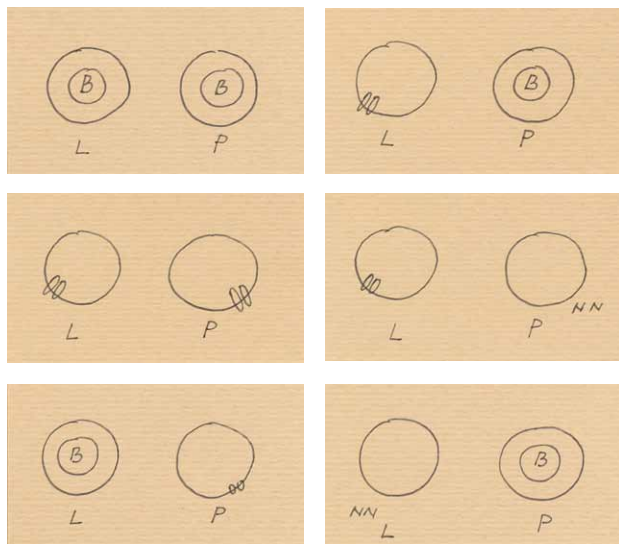
**Obrázek 14: Umístění základních úderů na bubnu djembe**

Obrázek 15 ukazuje způsob převodu typů úderů do vizuální podoby. Díky tomu můžeme vytvářet, zaznamenávat a uchovávat rytmy k opakovanému použití v terapii i v rodině.



Obrázek 15:  
Záznam variant  
úderů na buben  
djembe

Sestavování rytmů pomocí volných kartiček umožňuje pracovat s různou mírou obtížnosti, jak vidíme na obrázku 16.



Obrázek 16:  
Ukázka sestavování  
rytmů pomocí  
volných karet

Obohacování sdílených hudebních aktivit v rodině volně kopírovalo hudební zkušenosti z muzikoterapie. Postupně bylo přidáváno aktivní hraní na nástroje, využívání krátkých relaxačních skladeb při ukládání Radima ke spánku, jednoduchých dechových cvičení před spaním a dříve popsané cvičení na zmírnění napětí.

Bylo možné pozorovat také výraznou změnu v kvalitě sdílených hudebních aktivit. Počáteční obavy rodičů, pramenící z jejich vnímání hudební nedostatečnosti, bránily na začátku muzikoterapie v realizaci a pozitivním vnímání hudby v rodině. Nyní sdílená hudba zaujímá důležité místo v jejich životě. Přináší prostor, ve kterém může rodina společně regenerovat a cítit uvolnění, pohodu a radost. Sdílené hudební zážitky se tímto staly výrazným zdrojem nejenom pro Radima, ale pro celou rodinu.

### Výhled do budoucnosti a závěr

Rodiče plánují i nadále prodloužit muzikoterapeutický kontrakt, využívat a rozšiřovat sdílené hudební aktivity v rodině. Je pro ně důležité, abych jim poskytovala metodickou podporu a konzultace, neboť to snižuje jejich úzkost. Ta se nejvíce objevuje v situacích, kdy jsou Radimovy emoce příliš zahlcující. Díky jednoduchému cvičení se rodiče necítí tak bezradní a bezmocní v situacích na veřejnosti a dochází i u nich ke zmírnění napětí a většímu klidu. Rodinu podporuji, aby pracovala prostřednictvím série pomalých a postupných kroků, kdy vědomě vyhodnocujeme, co je nejjednodušší, a po zvládnutí těchto situací přecházíme k náročnějším situacím i kontaktům. Pozitivnější a radostnější klima v rodině je patrné i v širší rodině. Také prarodičům nabízí hudba lepší kontakt s jejich vnukem. Výraznou změnu v Radimově chování a projevech navíc reflektují učitelka a asistentka v mateřské škole, kam Radim chodí.

## 5.2 Svět musí přijít ke mně

**Anamnéza:** Jitka se narodila ve 33. týdnu těhotenství. Její sestra, dvojče, zemřela krátce po porodu. Jitka měla od narození zdravotní obtíže, které ukazovaly, že její vývoj bude nějakým způsobem zasažen. V nemocnici strávila první 3 měsíce života. Matka byla během prvního roku života dcery dvakrát hospitalizovaná na psychiatrii. Převládajícími obtížemi byly a stále jsou deprese a úzkosti. Je v péči

psychiatra a užívá léky. Rok po narození dcery je opustil otec, se kterým nejsou v kontaktu. S péčí o dceru matce od té doby pomáhá sestra a rodiče, jedná se však spíše o výjimečné situace. Matka má totiž obavy dceru někomu svěřit a pomoc většinou odmítá.

Celkově je Jitčin vývoj od počátku výrazně opožděný. V 5 měsících byla zahájena rehabilitace Vojtovou metodou<sup>9</sup>. Diagnóza, středně těžké mentální postižení a tělesné postižení, byla matce sdělena v dceřiných 3 letech. Jitka pohybuje pouze hlavou a velmi omezeně rukama. Předměty neudrží ani s nimi sama nemanipuluje. Samostatně se nedokáže přesouvat. Příjem stravy je zajištěn pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG). Verbálně nekomunikuje, vydává jen slabé zvuky. Velmi dobře je možné odezírat z mimiky a výrazu očí. Jitce je nyní 8 roků a chodí do školy pro žáky se SVP (vzdělávána dle II. dílu Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální). Matka zažívá velké úzkosti, někdy i panické úzkostné ataky, když nechává Jitku ve škole.

Péče o Jitku je výrazně náročná kvůli uspokojování základních potřeb (přesuny, stravování, výměna plen a koupání), psychická zátěž je však ještě větší. Jitka je velmi apatická a během dne spí i 4 hodiny. V bdělém stavu však hodně pláče, příčinu se nedaří zjistit. Velká míra apatie a rezignovanosti je vidět také u matky. Daří se jí zajistit základní potřeby dcery, nezbytné věci pro vlastní fungování, ale na další aktivity nemá sílu. Většinu času tráví doma. Ve škole působí Jitka spokojeně, když probíhají aktivity ve Snoezelenu<sup>10</sup>. Muzikoterapii matce doporučila třídní učitelka vzhledem k pozitivním reakcím Jitky na zvuky a hudbu.

<sup>9</sup> Zakladatelem této metody je prof. MUDr. Václav Vojta, který v 50.–70. letech 20. století pracoval na konceptu léčby dětí s dětskou mozkovou obrnou a vytvořil metodiku reflexní lokomoce. Vojtova metoda je tvořena souborem diagnostických a terapeutických postupů. K terapii jsou používány dva globální koordinační komplexy: reflexní plazení a reflexní otáčení. Více informací viz <https://www.vojtovametoda.com/>.

<sup>10</sup> Podle zaměření, cílové skupiny a odborné kvalifikace se rozlišují různé druhy využití metody Snoezelen. Může se jednat o formu terapie (terapeutický přístup), edukace (pedagogicko-podpůrný přístup) a také o aktivitu pro plnohodnotné využití volného času. Jedná se o multifunkční metodu, která bývá realizována v příjemném a speciálně upraveném prostředí. Využívány jsou světelné, zvukové a haptické prvky, vibrace, vůně a hudba. Díky tomu jsou vyvolávány smyslové pocity. Tyto prvky mohou působit na nejrůznější oblasti vnímání jako uklidňující, ale také jako stimulační, probouzí pozornost, navozují pocit pohody a uspokojení. Mohou vyvolávat vzpomínky, ovlivňovat vztahy, zbavovat strachu a evokovat pocity jistoty a bezpečí.

## Muzikoterapeutický kontrakt

Při prvním muzikoterapeutickém setkání matka nejdřív předkládala důvody, proč by se Jitka neměla muzikoterapie účastnit, např. nový člověk – muzikoterapeut – by ji mohl nějak rozrušit, musela by si zvykat na někoho nového atd. Ve všech případech se jednalo o obavy matky. Nabídla jsem jí, že by se mohla muzikoterapie účastnit s dcerou. To ale vyvolalo další obavy, že by se musela nějak aktivně zapojovat. Navrhla jsem jí, že může být pouze přítomna a rozhodnout se, zda nabídku aktivně se účastnit přijme, nebo ne. Tato informace zcela změnila dosavadní komunikaci a byly vidět i změny v držení těla matky a příliv větší energie. Matka se začala zajímat o nástroje, které viděla v místnosti, a o to, jak vlastně muzikoterapie probíhá.

Po vzájemné dohodě byl s matkou uzavřen kontrakt na 5 muzikoterapií, kterých se měla účastnit společně s Jitkou. Byla navržena frekvence jednou týdně po 30 minutách. Muzikoterapie měla probíhat v základní škole v čase od 14.00 do 14.30 hod. Cílem terapie bylo podpořit Jitčiny rozvoj a spokojenost, nabídnout jí nové podněty a rozšířit svět, ve kterém dosud funguje, aby byl pestřejší. Zároveň jsem vnímala skrytou zakázku matky mít pro sebe nějakou pozornost a lépe využívat volný čas. Po pátém setkání měla být dle muzikoterapeutického plánu provedena evaluace a navržen další postup. Kromě toho bylo reflektováno a vyhodnocováno každé setkání.

## Hodnocení Jitky zahrnovalo:

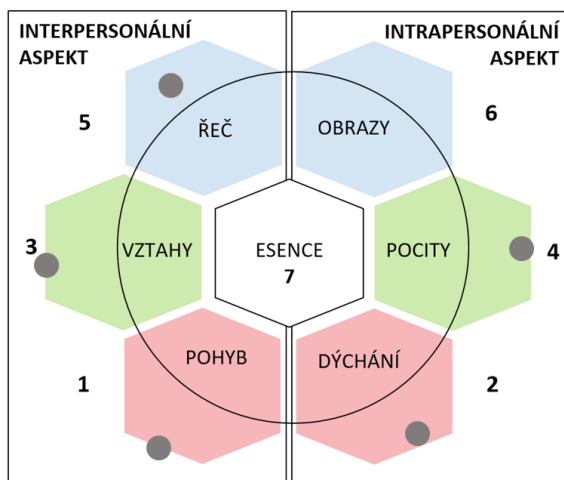
- Zdravotní a hudební anamnézu.
- Propojení informací předaných matkou a vlastní pozorování Jitčinych reakcí ve Snoezelenu a ve třídě.
- Zaměření se na projevy a jejich míru u Jitky i to, jak jsou tyto reakce provázány s reakcemi matky. Následné přiřazení k jednotlivým segmentům životních polí.

V rámci hodnocení byly mapovány i sdílené hudební aktivity v rodině. Po příchodu ze školy, o víkendech i dnech volna matka zapne Jitce programy pro děti v televizi. Sama si většinou ve vedlejší místnosti pustí svůj program v televizi. Udává, že potřebuje po práci (prodavačka na poloviční úvazek) a náročné péči o Jitku odpočívat. Netráví tak spolu žádný čas při sdílení hudby ani nerealizují jiné společné aktivity. Jediný společný čas je ten nezbytně nutný k zajištění základních potřeb a Jitčiny

školní docházky. Matka občas vyzkouší nějakou činnost s Jitkou, ale má pocit, že nic nevnímá a je jí jedno, jestli je tam přítomna, nebo ne.

Převládající projevy v diagramu životních polí:

- Mezoderm – tělo, dýchání (výseč 1, 2): necitlivost těla, minimální tělové reakce, povrchní dýchání, fungování těla výrazně zasaženo, částečné fungování mimiky.
- Endoderm – emoce, vztah k sobě a druhým (výseč 3, 4): převládajícím projevem je pláč, emoční plochost, neprojeování emocí směrem ke druhým, apatie, často neúspěšná snaha o navázání kontaktu.
- Ektoderm – mysl, komunikace, obrazy (výseč 5, 6): z vydávaných zvuků lze usuzovat na libost a nelibost podnětů, intenzita vydávaného zvuku je velmi slabá, výraznější je oční kontakt a pozitivní reakce na zvuky.<sup>11</sup>
- Esence – zdroje (střed 7): jemnost, uvolnění, pozornost, kontakt, zvuky, hudba.



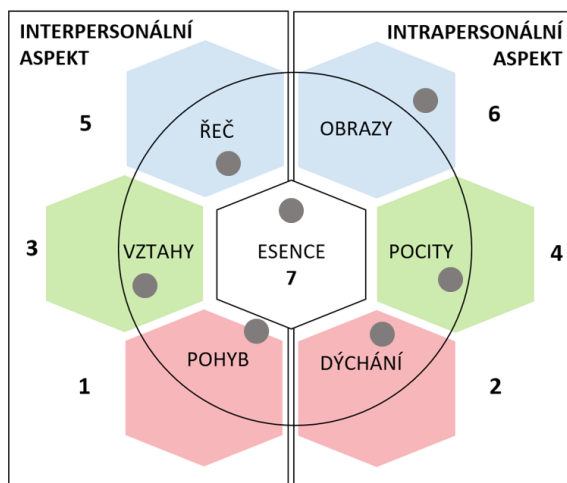
Obrázek 17: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie (Jitka)

<sup>11</sup> Při výrazném narušení kognitivních funkcí se můžeme zaměřit na smyslové vnímání, které je zahrnuto do ektodermu. Díky těmto podnětům klienti vyhodnocují svět a komunikují s ním i s ostatními.



V diagramu na obrázku 17 je pomocí šedých teček vyznačena míra projevů Jitky v jednotlivých polích. Všechny se nachází ve vnějším uzavřeném mezikruží. Zároveň nejsou přítomny zdroje, pole esence a restriktivní obrazy není možné posoudit. Proto v těchto polích chybí vyznačení míry zastoupení.

Pokud se díváme na projevy matky, obrázek 18 – respektive rodinného pole, ve kterém Jitka žije, můžeme vidět velkou podobnost projevů v mezodermu i endodermu. V oblasti ektodermu jsou u matky výrazně zastoupené restriktivní obrazy a předsudky, které jí neumožňují objevovat nové věci. Komunikace je plochá, vnímá ji jako útok a zásah do svého prostoru. V zaměstnání ale s komunikováním nemá problém. Celý rodinný systém je velmi vyčerpaný. Nemá dostatek zdrojů pro běžné fungování, natož pro náročnější situace.



Obrázek 18: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie – matka, rodina

### Prvních pět terapií a jejich evaluace

Ze vstupního hodnocení Jitky vyplynulo, že míra projevu v mezodermu (výšeč 1, 2), endodermu (výšeč 3, 4) i ektodermu (výšeč 5, 6) se nacházela v uzavřeném, vnějším mezikruží. Jedinou cestou pro první kontakt tak zůstala esence (střed 7), která představuje zdroje v životě. Celý rodinný systém byl velmi vyčerpaný a další

práce se neobešla bez doplnění zdrojů. Hodnocení projevů v životních polí matky naznačovalo, že další intervence by bylo možné směřovat do oblasti řeči, která byla na hranici uzavřeného a otevřeného systému. Jitka měla dle muzikoterapeutického plánu absolvovat nejprve 5 terapií, na základě jejichž výsledku měl být stanoven další postup. Z muzikoterapeutických technik jsem vybrala poslech hudby. Vzhledem k tomu, že Jitka většinu času sledovala televizi, bylo třeba, aby se poslech hudby výrazně lišil od této zkušenosti. Věděla jsem, že zpočátku bude důležité navázat zrakový kontakt a také kontakt s hudebními nástroji.

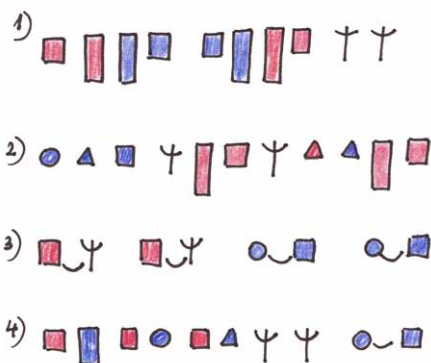
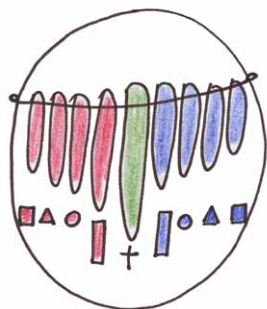
První setkání probíhalo následovně. V místnosti bylo přítmí a v prostoru se šířila relaxační vůně. Místo na Jitčino pohodlné odpočívání i další pro matku bylo připraveno, než přišly (matka byla překvapena, že může na terapii ležet ve vaku). Obě jsem přivítala a informovala, jak bude terapie probíhat. Pro začátek terapie jsem vybrala nástroje, které mají po rozeznění příjemný zvuk i výrazné vibrace. Na prvním setkání to byla sansula (obdoba afrického nástroje kalimby). Sansula má rezonanční tělo, velmi bohatý zvuk a vyrábí se v různých laděních.

Po celou dobu byla využívána technika tzv. ozvěny. To, co zažívala matka, např. představení nástroje, možnost sáhnout si na nástroj, slyšet, jak zní, pokusit se ho rozeznít a další, jsem vzápětí nabízela i Jitce. Stále byla dodržována technika ozvěny s tím, že vždy začínala aktivita nejdřív u matky. Větší vzdálenost mezi matkou a její dcerou (přibližně 2 metry) se v první terapii ukázala jako velmi přínosná. Vzdálenost jsem využila pro pomalý přesun mezi matkou a Jitkou. V té době nástroj nezněl, bylo ticho. Tento postup po několikerém zopakování začal vytvářet velmi příjemný hudební rytmus, ale také rytmus v navazování očního kontaktu, v aktivitě, pozornosti a pulzaci,<sup>12</sup> kterou bylo možné vnímat na mezodermální, endodermální i ektodermální rovině. Jitka byla uvolněná, ale neusínala a z výrazu v obličeji jsme mohly usuzovat, že je spokojená a zaujatá činností.

Po seznámení se sansulou začala první část poslechu hraného in vivo. Zvolila jsem pomalý rytmus a po nějaké chvíli hru doplnila o zpěv vokálů a jednoduchých slabik. Obecně u poslechu hudby v terapii bývá často doporučováno zavření očí, tato informace ale nyní nezazněla. Přestože byla použita improvizovaná skladba, poslech pro Jitku byl co nejvíce podobný tomu, který byl určen její matce. Na konci

<sup>12</sup> Pulzace je základní kvalitou esence, která se projevuje ve dvou polaritách – pulzace a ztráta pulzace. Prostřednictvím hudební techniky pracující s ozvěnou stimulujeme obnovení pulzace.

jsem požádala matku o krátkou reflexi. Zaznívalo v ní překvapení z toho, jak muzikoterapie vypadá, jak hezky zněl nástroj a jak příjemná atmosféra v místnosti byla. Cítila se velmi dobře a tuto skutečnost zmiňovala jako nejsilnější.



**Obrázek 19: Záznam matky – hra na sansulu**

Další terapie probíhala velmi podobně. Byla opět použita sansula, metoda ozvěny i poslech se zpěvem. Jen na závěr jsem matku vyzvala, aby zkusila hrát se mnou na další, stejně laděnou sansulu. Nejdřív se obávala, ale po několikerém povzbuzení se odhodlala. Pracovaly jsme metodou hudební kompozice. Pomocí jednoduchých značek matka vytvořila krátký „notový“ záznam, který několikrát po sobě zahrála a já jsem odpovídala. Postupně byly doplňovány a zaznamenávány další melodie, jak lze vidět na obrázku 19. Byl tak mezi námi vytvořen strukturovaný, pulzující dialog, který trval několik minut. Také Jitka byla zapojena – snažila jsem se fyzicky podporovat její hru.

Hlavním nástrojem při třetí terapii byla flétna siyotanka.<sup>13</sup> Průběh opět kopíroval první terapii. V závěrečné části jsem matku opět

<sup>13</sup> Původně indiánská flétna označovaná jako siyotanka. Nástroj drží hráč před sebou. Má otevřené otvory pro prsty a dvě komory. Jednu pro shromažďování dechu hráče a druhou, která vytváří zvuk. Hráč dýchá do jednoho konce flétny bez potřeby nátisku. Blok na vnější nebo přední straně těla nástroje směřuje dech hráče z první vzduchové komory – nazývané pomalá komora – do druhé komory – označované jako zvuková komora. Konstrukce zvukového otvoru na proximálním konci zvukové komory způsobuje, že vzduch z dechu hráče vibruje. Tato vibrace způsobuje stálou rezonanci tlaku vzduchu ve zvukové komoře, která vytváří zvuk. Tyto flétny zahrnují širokou škálu designů, velikostí i typů variací. Více informací viz <https://www.sundaris.cz/indianske-fletny.php>.

vyzvala, abychom hrály společně. Zahrála skladbu, kterou vytvořila na předchozím setkání, a opakovala ji. Současně tak mohla znít flétna siyotanka a sansula. U Jitky byla tato část modifikována tak, že jsem se přiblížila s nástrojem tak blízko k Jitčiny rukám, že se jich téměř dotýkala. Nebylo v podstatě nutné, aby Jitka udělala nějaký pohyb, protože mohla cítit vibrace.

Na čtvrté a páté terapii jsme při poslechu použily reprodukováný záznam zvuku oceánového bubnu a in vivo jsem hrála na kalimbu. Při úvodním seznamování se s nástroji byl použit reálný oceánový buben. Při poslechu jsem matku požádala o tělovou práci s Jitkou. Jednalo se o středně silný dotek (typu země) v místech kotníků, kolen, pánve, ramen a temene hlavy. Dotečky byly prováděny oběma rukama z vnější strany těla, vždy proti sobě na konkrétním místě. Pouze při doteku na temeni hlavy ruce vytvářely „misku“, ve které matka držela hlavu dcery. Před tělovou prací jsem matku instruovala a kvalitu a typ doteku přímo demonstrovala na ní.

Díky těmto intervencím začalo docházet k obnově pulzace a navyšování energie, která byla patrná především u matky. Na depresi, se kterou se potýká, se lze dívat jako na neschopnost pracovat s energií, s nabitím a vybitím. Zároveň jsme v terapii otevíraly témata pulzace mezi dalšími činnostmi, např. časem pro sebe a společným časem. Na základě informací matky o tom, že se cítí hůře ve srovnání s tím, jak se cítila před půl rokem, že je velmi unavená, a to už hned ráno, nemá z ničeho radost, zvládne udělat jen to nejnnutnější, špatně spí a někdy jí první jídlo až večer, jsem jí doporučila, aby se obrátila na svého odborného lékaře, psychiatra, a stav s ním konzultovala. Zároveň také matka uváděla, že se na muzikoterapii může uvolnit a cítí se tam velmi dobře. Bylo jí příjemné trávit s Jitkou společný čas a zároveň nebyť zodpovědná za jeho náplň, se kterou si nevěděla rady. Byla překvapena, že na Jitku mluvím, jako by všemu rozuměla. Měla pocit, že je to zbytečné, když je tak těžce postižená. Proto jsem ji podpořila, aby také ona před Jitkou často komentovala, co dělá. V komunikaci je pro Jitku důležitější emoční naladění, dynamika, tempo řeči a výraz v obličeji než vlastní obsah sdělení.

Na základě zkušeností z prvních 5 terapií jsem s matkou uzavřela navazující kontrakt na dalších 10 terapiích. Vzhledem k věku a Jitčiny těžkému postižení jsem vnímala jako efektivnější pracovat společně s matkou. Z toho důvodu jsem žádnou část muzikoterapeutického kontraktu nezměnila, pouze jsem ho prodloužila.

## Navazujících 10 setkání

Plánem pro následujících 10 setkání bylo pokračovat v prohlubování poslechových technik, podporovat tělovou práci a tím podpořit bližší kontakt mezi Jitkou a matkou a rozšiřovat zdroje v běžném životě. Viděla jsem velkou ambivalenci – neschopnost matky smysluplně trávit čas s Jitkou a zároveň neschopnost nechat někoho jiného, aby s Jitkou mohl být (sestra matky, rodiče) a být s ní více v kontaktu.

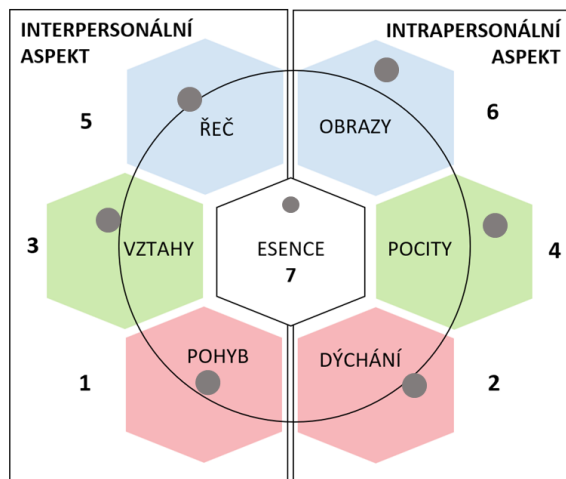
Když jsme v této fázi realizovaly poslech hudby, přecházel v závěru vždy v krátkou hudební kompozici. Matka pomocí jednoduchých symbolů začala vytvářet krátké hudební úryvky pro Jitku. Jedná se o techniku přispívající k odstranění a projasnění komunikačních obtíží. Matka mohla Jitce sdělovat krátké informace, na které Jitka prostřednictvím facilitované podpory odpovídala. Díky těmto hudebním rozhovorům také probíhala transformační práce na omezujících představách matky adocházelo k jejich boření. Mohla tak zažívat pocit, že může komunikovat a na druhém konci je „někdo“ (Jitka), kdo odpovídá. Potřebovala si však osvojit jiný komunikační prostředek (kód). Přitom jí pomáhala představa speciálního jazyka mezi ní a Jitkou.

Na konci tohoto bloku terapií již v průběhu setkání začala převládat hudební kompozice, ale stále jsme v úvodu začínaly poslechem hudby s krátkou relaxací. Byla patrná větší životní energie u Jitky i u její matky. Jitka se více snažila rozeznít nástroje, pohyb její ruky byl více cílený směrem k nástroji.

Převládající projevy z diagramu životních polí po dalších 15 muzikoterapiích v rodině (počítáno od začátku terapie):

- Mezoderm – tělo, dýchání (výseč 1, 2): pohyby rukou, napětí a uvolnění těla při facilitované hře a při odpočívání, zkrácení spánku během dne, otáčení hlavy za zvuky, usmívání se. Matka popisuje větší uvolnění, více si uvědomuje tělové signály.
- Endoderm – emoce, vztah k sobě a druhým (výseč 3, 4): měnící se výrazy obličeje, snížení frekvence Jitčina pláče během dne.
- Ektoderm – mysl, komunikace, obrazy (výseč 5, 6): větší zájem o to, co se děje kolem, mírné zesílení hlasu, u matky dochází ke změnám v restriktivních obrazech, některé přestávají platit.
- Esence – hudba, aktivita (střed 7): společný čas, kontakt, hudba.

Na obrázku 20 vidíme míru zastoupení projevů v jednotlivých polích v rodině. Můžeme vidět výraznou změnu oproti začátku terapie.



Obrázek 20: Převládající míra projevů rodiny v životních polích po 15 terapiích

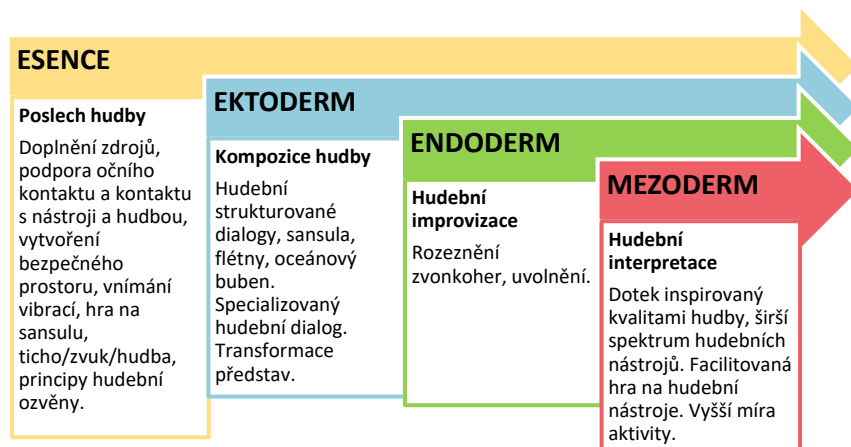
### Navazujících 20 muzikoterapií (do konce školního roku)

Plánem pro toto období bylo dále pracovat s poslechem hudby, kompozicí hudby a tělovou prací s cílem změnit endodermální část a ovlivnit aktivity běžného života. Poslech hudby v této části v závěru přecházel v krátkou hudební kompozici nebo práci s tělem. Využívaly jsme především doteky (kvality země a vody) a metody, které podporovaly pulzaci. V 8. a potom také v 16. terapii jsem matce místo kompozice hudby nabídla možnost improvizovat. To se jí však nedařilo kvůli pocitům úzkosti. I nadále si pomocí jednoduchých symbolů potřebovala připravit, co bude Jitce hrát.

U Jitky bylo, po konzultaci s fyzioterapeutem, upraveno polohování, které jí nyní umožňovalo lepší a pohodlnější sledování okolí, a také došlo ke zmírnění napětí v těle. Práci s dechem jsme podpořily hrou na zvonkohry, které lze ovládat pomocí dechu. Začaly jsme je zařazovat jako přechod mezi jednotlivými aktivitami. Zpočátku se Jitce nedařilo fouknout tak, aby zvonkohra hrála, a byla nutná dopomoc pohybem ruky. Později se již dařilo rozeznávat nástroj jen dechem.

Matka si po muzikoterapii vždy půjčovala 2 až 3 nástroje domů a připravovala si krátké skladby, které pak hrála na našich setkáních. Začala si je zapisovat do sešitu. Dělal jí to velkou radost a byla z této činnosti nadšená. Záznamy byly stále propracovanější. Podporovala jsem ji, aby je používala i doma a pokusila se vymyslet hudbu s konkrétním sdělením, např. „je večer a půjdeme spát“.

U matky byla upravena medikace a také začala docházet jednou za 14 dní na psychoterapii (po tuto dobu byla Jitka se sestrou matky). Tento krok byl pro matku náročný, proto jsme použily stejný postup jako při zahájení muzikoterapie. Matka nejdříve trávila čas společně se sestrou, která si hrála s Jitkou. Po třetím takovém setkání matka zvládla přenechat péči na 1 hodinu sestře. Postupně se podařilo, aby matčina sestra trávila s Jitkou pravidelně čas jednou týdně. Tuto dobu matka využívala na psychoterapii a jednou v měsíci začala chodit na masáže, ke kterým ji inspirovala tělová práce v muzikoterapii. Zbývající čas využívala k zajištění potřebných záležitostí. Důležitá stadia ve vývoji muzikoterapeutického procesu můžeme vidět na obrázku 21.



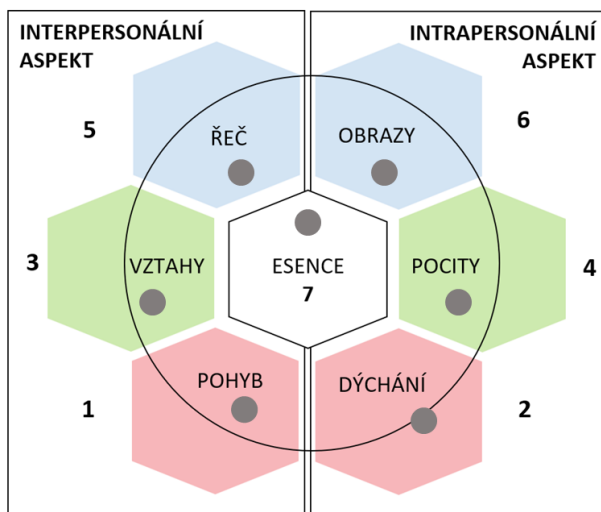
Obrázek 21: Vývoj muzikoterapie (Jitka)

Převládající projevy z diagramu životních polí po 35 muzikoterapiích v rodině (počítáno od začátku terapie):

- Mezoderm – tělo, dýchání (výseč 1, 2): úprava polohování Jitky, cílené pohyby rukou, cílené ovládání dechu, tělová práce v rámci muzikoterapie u Jitky, masáže u matky, uvolnění, zlepšení spánku u matky, hra na hudební nástroje.

- Endoderm – emoce, vztah k sobě a druhým (výseč 3, 4): Jitka se více usmívá, pláč se objevuje v situacích, které jsou pro Jitku spojené s nepříjemnými aktivitami, jako je např. oblékání, pláč bez zjištění důvodu se objevuje občas, matka začíná popisovat to, co cítí, začala více rozlišovat emoce a jejich kvalitu.
- Ektoderm – mysl, komunikace, obrazy (výseč 5, 6): výrazné navýšení komunikace mezi matkou a Jitkou, vytváření skladeb pro Jitku, větší zájem o to, co se děje kolem, u matky dochází k dalším změnám v restriktivních obrazech, navázání lepšího kontaktu se sestrou, matka se zajímá o to, co všechno by mohla dělat s dcerou, i když má těžké zdravotní postižení.
- Esence – hudba, aktivita (střed 7): společný čas, kontakt, hudba, komunikace, psychoterapie matky, muzikoterapie, masáže.

Na obrázku 22 můžeme vidět, jak se kromě pole dýchání posunuly všechny další projevy v polích do otevřeného mezikruží, blíže ke středu. Také je vyznačena dobrá pulzace a zdroje.



Obrázek 22: Přebíhající míra projevů rodiny v životních polích po 35 terapiích (Jitka)



## Sdílené hudební aktivity v rodině

Při vstupním hodnocení nebyly zjištěny prakticky žádné sdílené hudební aktivity mezi Jitkou a její matkou. V rodině ale nebyly téměř žádné společné aktivity, natož hudební. Důvodem bylo patrně úplně vyčerpání matky a její psychické obtíže. Díky společným prožitkům v muzikoterapii se podařilo postupně doplnit zdroje, které zvyšují kapacitu pro aktivity. Osvojením si hudebních zkušeností v muzikoterapii mohla matka začít využívat hudbu i doma. Zatím komponuje na jednoduché půjčené nástroje a do každodenního fungování se jí podařilo včlenit hraní Jitce před spaním. Jedná se o krátké skladby, které pro ni matka skládá. Zpěv ani poslech hudby zatím nepoužívá. Přesto došlo během 10 měsíců k velmi výrazným změnám ve sdílení hudby v každodenním životě. Zařadit každodenní hudební rituál jsem vnímala jako dobrý krok, neboť otevřel prostor pro další společné sdílení hudby mezi Jitkou a její matkou.

## Výhled do budoucnosti a závěr

Matka nadále plánuje pokračovat s dcerou v muzikoterapii. Kontrakt bude opět uzavřen na začátku dalšího školního roku. V době letních prázdnin terapie probíhat nebude. Matka také pokračuje v psychoterapii, chodí na masáže a velmi ji baví skládat krátké skladby pro Jitku. Uvažuje, že by se začala učit hrát na nějaký hudební nástroj. Zatím se jí ale běžné nástroje typu klavír nebo kytara zdají příliš těžké. Proto zůstává u jednoduchých melodických perkusí a dalších nástrojů, které si vždy nejdřív „osahá“ v muzikoterapii. Více komunikuje se sestrou a také v práci začala mluvit o tom, co zažívá na muzikoterapii.

Pobídl jsem matku, aby v letních měsících zkusila se svojí sestrou a s Jitkou uskutečnit pobyt na zahradě a později i vycházky. Byl domluvený postup, který se osvědčil v muzikoterapii – metoda postupných kroků.<sup>14</sup> Matka potřebuje při osvojování nových věcí něčí podporu. Je to pro ni velká výzva, přestože se snažíme vždy hledat způsob, který je pro ni nejjednodušší. Vyhýbá se situacím, kdy by měla

<sup>14</sup> Metoda postupných kroků je velmi často využívána jako technika v biosyntetické psychoterapii. Principem je jednotlivý úkon, činnost, nebo rozhodnutí rozčlenit na velmi malé úseky, tak abychom co nejvíce zjednodušili realizaci. Každý krok je detailně naplánovaný, včetně případné podpory, pokud je potřeba. Realizace dílčího kroku následně zvýší kapacitu pro realizaci dalšího kroku až do fáze, kdy je úkon, činnost nebo rozhodnutí úspěšně zrealizováno. Pokud se nepodaří nějaký dílčí krok zrealizovat, vracíme se pouze o jeden krok zpět, ne na úplný začátek.

vézt Jitku v kočáru. Bojuje s představou, že ji všichni pozorují a odsuzují za to, že má dítě s postižením a že je na něj sama. Ačkoliv užívá léky a spolupracuje s psychoterapeutem, stále se potýká s úzkostmi a depresí.

Jitka má velmi výrazné omezení, které se projevuje ve všech životních polích. Z toho důvodu je velmi důležité intenzivně pracovat s polem rodiny, které ji výrazně ovlivňuje. Ráda bych se v budoucnu zaměřila na začlenění hudebních improvizací, které by mohly podpořit lepší kontakt mezi matkou a Jitkou.

## 5.3 Kouzelný slon

### Anamnéza

Karolína se narodila v řádném termínu jako třetí dítě v rodině. Od 3. měsíce si rodiče začali všimnout, že dcera nereaguje a pohybově se neprojevuje jako její dva starší sourozenci. Ve 4 letech byla u Karolíny diagnostikována středně těžká mentální retardace, dyslálie, skolióza, celiakie, atopický ekzém a různé typy potravinových alergií. Karolína byla schopna verbálně komunikovat, potřebovala však pomalejší tempo, často informace několikrát opakovala. Navštěvovala speciální základní školu.

V době začátku muzikoterapie bylo Karolíně 15 let. Bývala náladová a výbušná, snažila se vyhnout povinnostem, což vyvolávalo konflikty. Většinou křičela a rozhazovala věci, nebo se otočila a na nic nereagovala. Manuálně nebyla příliš zručná, ale s podporou zvládala běžné úkony. V kolektivu nerespektovala ostatní, křičela, upoutávala pozornost dospělých a chtěla, aby bylo vždy po jejím. I přes konflikty však měla velmi dobré vztahy s rodiči, sourozenci i prarodiči.

Také, pokud to bylo jen trochu možné, trávila čas se zvířaty. Doma měla králíčka, dvě kočky a středně velkého psa a u prarodičů i další domácí zvířata. Dokázala jim projevovat náklonnost a zacházela s nimi velmi jemně a láskyplně. Zvířata pro ni byla velkou motivací k vykonání činností, které neměla příliš ráda. Jednou měsíčně rodiče Karolínu vozili na hiporehabilitaci.<sup>15</sup> Když byla hodně rozrušená, tak jí pomáhala přítomnost zvířete. V kontaktu s ním se dokázala rychle emočně

<sup>15</sup> Hiporehabilitace je zastřešující pojem pro aktivity a terapie osob se speciálními potřebami a koně. Je využíván pohyb koňského hřbetu nebo prostředí koně v souladu s rehabilitačním plánem (Müller, 2014).

přeladit. Rodiče nabídli škole, že koupí do třídy morče nebo jiné menší zvířátko, ale vzhledem k alergickým reakcím spolužáků to nebylo možné.

Maminka Karolíny hrála na klavír a celkově mluvila o tom, že hudbu mají doma všichni rádi. V rodině ale hráli a zpívali jen občas. Většinou to byly lidové nebo dětské písně. Při bližším dotazování se ukázalo, že když matka hrála nebo zpívala, Karolína v podstatě nijak nereagovala, nezapojovala se a dál vykonávala činnost, kterou dělala před tím. Vzhledem k tomu, že Karolína nereagovala na hudbu, nebyli rodiče motivováni k aktivnímu sdílení hudby. Matka se snažila dceři nabídnout hudební podněty pouze na základě informace, že je vhodné a dobré s hudbou pracovat, neboť hudba může podpořit její vývoj. Díky této omezené motivaci a porozumění rodičů byl při hudebních aktivitách jen v minimální míře předáván Karolíně vztah k hudbě. V rodině bylo často zapnuté rádio a hudba byla vnímána na pozadí jiných aktivit.

### **Muzikoterapeutický kontrakt**

Rodiče projeví zájem o muzikoterapii na základě informací od Karolíny. Ta jim tvrdila, že když do školy přijede jedna paní, tak si doveze slona a je ho slyšet ze třídy až na chodbu. Rodiče této informaci nejdříve nevěnovali pozornost, ale po jejím několikerém zopakování se začali doptávat paní učitelky. Společně došli k závěru, že by to mohly být zvuky z muzikoterapie, která ve škole probíhá. Karolína se velmi chtěla přijít podívat na „slona“, kterého slyšela.

Rodiče se nejdříve dotazovali na přínos muzikoterapie pro Karolínu, zda by bylo vhodné, aby začala na terapii chodit a jak by probíhala. Mluvili o tom, že k hudbě nikdy netíhla. Bylo nutné rodičům podrobně objasnit přínosy muzikoterapie a hlavně vyvrátit představu, že by se jejich dcera pouze učila hrát na hudební nástroje, neboť to již bez úspěchu zkusili. V terapii bylo možné se zaměřit na zvýšení celkové pohody, lepší zvládnání napětí, přípravu na fungování ve skupině a větší respektování ostatních.

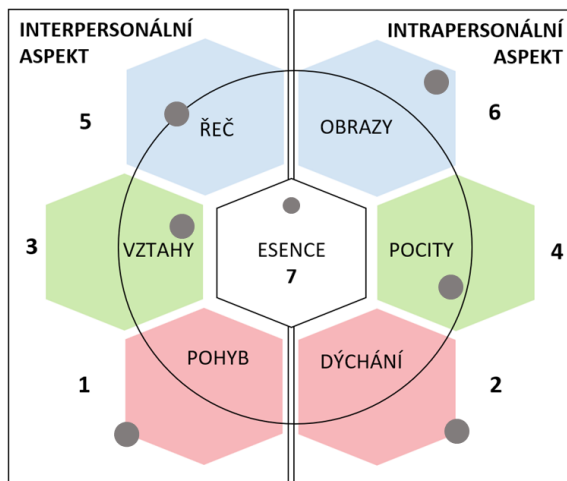
Po dohodě s rodiči byl uzavřen kontrakt na 5 individuálních muzikoterapií, a to jednou týdně na 30 minut během dopoledne v základní škole. Rodiče se nemohli muzikoterapie účastnit, oba pracovali a zároveň měli obavy, že by jejich přítomnost nebyla přínosná. Před nikým cizím se hudebně nikdy dříve neprojevovali.

### Hodnocení Karolíny zahrnovalo:

- Zdravotní a hudební anamnézu.
- Propojení informací předaných rodiči a vlastní pozorování Karolíny ve třídě.
- Zaměření se na to, jak se Karolína projevuje a na míru jejích projevů. Následně přiřazení k jednotlivým segmentům životních polí.

Převládající projevy v diagramu životních polí:

- Mezoderm – tělo, dýchání (výseč 1, 2): obtíže v ovládnání pohybů těla, bolesti zad, diskomfort v poloze vleže, celkově nezdravé fungování těla, výrazná omezení ve stravě, výrazně narušené dechové vzorce, motorická neobratnost.
- Endoderm – emoce, vztah k sobě a druhým (výseč 3, 4): výrazné projevování náklonosti k rodině, zvířatům, uvolnění při dobrém kontaktu, občasné zaplavení emocemi, pouze částečné osvojení si projevování emocí.
- Ektoderm – mysl, komunikace, obrazy (výseč 5, 6): křik, verbální nejasnost, kůže zasažena ekzémem, neschopnost slovně přesně vyjádřit, co potřebuje, nesrozumitelnost, roztěkanost, špatná koncentrace.
- Esence – zdroje (střed 7): kontakt s rodinou a zvířaty, plná pozornost od druhého, dobrý komunikační kanál, stabilita okolí, klid, větší časový prostor, měkká a příjemná struktura věcí, které má kolem sebe.



**Obrázek 23: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie (Karolína)**

V diagramu na obrázku 23 je pomocí šedých teček vyznačena míra projevů Karolíny v jednotlivých polích. Ve vnějším uzavřeném mezikruží jsou nejdále od středu vyznačeny obrazy, tělo a dýchání. Řeč je na hranici vnějšího a vnitřního mezikruží. Ve vnitřním, otevřeném mezikruží, je celý endoderm. Intrapersonální aspekt zastoupený pocity je vzdálenější oproti interpersonálnímu aspektu zastoupenému v podobě vztahů s druhými. Zároveň se jedná o pole, která jsou nejbližší ke středu. Esence je zastoupena jen zčásti.

## Muzikoterapeutický plán

Na základě předchozí diagnostiky se jevil endoderm (výšeč 3, 4) jako polarita, která byla nejvíce otevřena pro první krok ke Karolíně. Míra projevů byla nejbližší ke středu, tzn. s nejzdravější polaritou ve srovnání s ostatními. Z muzikoterapeutických metod jsem proto zvolila hudební improvizaci se zaměřením na práci s harmonií. Vzhledem k mezodermu, který byl výrazně v uzavřeném mezikruží, jsem neplánovala zatím pracovat s rytmem. Dále bylo nezbytné připravit podpurné prostředí pro Karolínu. Potřebovala častěji měnit polohu těla. V místnosti proto byly různé formy sedacího nábytku a vaky. Nástroje byly připraveny tak, aby byly dostupné a na dosah. Zvolila jsem jednoduché perkuse, melodické perkuse a vybrala nástroje, které mají podobu zvířat, a/nebo je zvukem připomínají. Na začátek terapie bylo užitečné, aby byl přítomný také tradiční australský nástroj didgeridoo,<sup>16</sup> což byl nástroj, který Karolína původně slyšela a velmi ji zaujal. Dále byly připraveny měkké mirelonové trubky Tubex,<sup>17</sup> které lze používat stejným způsobem jako didgeridoo.

Na základě hodnocení projevů v životním poli jsem předpokládala, že od hudebních improvizací bude Karolína směřovat k hudební kompozici, při které se zaměříme na podporu komunikace a rozvoj kreativních obrazů. Pomocí takto zvolených muzikoterapeutických postupů začneme pracovat nejprve v endodermu

<sup>16</sup> Didgeridoo, někdy také označované jako yedaki, je tradiční australský dechový nástroj. Jedná se o dutý kmenek eukalyptu s náustkem ze včelího vosku. Výsledkem hry je táhlý nepřerušovaný tón, což umožňuje specifická technika tzv. cirkulované dýchání. Didgeridoo je v České republice běžně dostupným hudebním nástrojem v různých velikostech, ladění i zpracování, což určuje náročnost hry.

<sup>17</sup> Jedná se primárně o trubky určené na izolaci potrubí. Jsou ekologické a zdravotně nezávadné. Lze je dezinfikovat roztokem nebo sprejem a upravovat jejich délku jednoduchým seřiznutím. Více viz [https://www.aquatopshop.cz/Tubex-izolace-standart-20mm-x-6mm-d1690.htm?gclid=CjwKCAjwopWSBhB6EiwAjxmQDRTMS\\_hkPNmHX3jzZeLbMOY-7wWz5K5tG1Z3TalosVW6HoEB2IA5UoBoCSksQAvD\\_BwE#detail-anchor-description](https://www.aquatopshop.cz/Tubex-izolace-standart-20mm-x-6mm-d1690.htm?gclid=CjwKCAjwopWSBhB6EiwAjxmQDRTMS_hkPNmHX3jzZeLbMOY-7wWz5K5tG1Z3TalosVW6HoEB2IA5UoBoCSksQAvD_BwE#detail-anchor-description).

(výšeč 3, 4) a následně ho propojovat s ektodermem (výšeč 5, 6). V budoucnu budeme směřovat k přesunu z individuální do skupinové muzikoterapie.

Z hudebního hlediska jsme měly:

- Nejprve improvizovat se zvuky.
- Následně navázat improvizací v pentatonice,<sup>18</sup> která je pro improvizaci snadnější než běžná diatonická stupnice, a využít volné tempo, tzv. rubato,<sup>19</sup> které poskytuje dostatek času pro volbu tónů i realizaci změn. Předčasná práce s rytmem by mohla u Karolíny zvyšovat napětí.
- Využívat tematické improvizace, které byly pro Karolínu snadnější než volná improvizace.

Předpokládala jsem, že budeme s hudební improvizací pracovat relativně dlouhé období, což Karolíně nabídne velké množství podnětů a nepřímo bude působit na oblast řeči. Při improvizaci lze totiž sledovat, jak se klient projevuje v motorických polích jazyka a jak jsou improvizací tato pole ovlivněna. Změny mohou být navíc indikátorem posunu k dalším terapeutickým technikám. Teorie motorických polí jazyka vychází z biosyntetické teorie a přesvědčení, že pomocí hudby komunikujeme sami se sebou, s druhými i se světem. Základní komunikační rysy se proto musí objevit i v improvizaci. Jednotlivá motorická pole jazyka popisuje Boadella a kol. (2012) jako pole, která mají vždy tzv. zdravou a nezdravou polaritu (viz tabulku 2).

**Tabulka 2: Motorická pole jazyka v muzikoterapeutickém kontextu (Drlíčková, 2020)**

Motorická pole	Zdravá polarita	Nezdravá polarita
Aktivace:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schopnost se vyjadřovat,</li> <li>• dovednost volit vhodné hudební nástroje vzhledem k obsahu sdělení,</li> <li>• schopnost zahájit, realizovat a ukončit hudební dialog.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• velmi vysoký náboj, který je nepřiměřený prožívání,</li> <li>• zahlcení v improvizaci bez prostoru pro druhého,</li> <li>• prosazení se za každou cenu,</li> <li>• úmyslné matení druhého při improvizaci.</li> </ul>

<sup>18</sup> Například pentatonická stupnice C dur je tvořena tóny C, D, E, G a A.

<sup>19</sup> Hraní rubato představuje hru, kdy není nutno přesně dodržovat uvedený rytmus.

Absorbce:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kreativní naslouchání,</li> <li>• vědomá pozornost zaměřená na hudbu druhého,</li> <li>• reagování v pravý čas,</li> <li>• zužitkování ticha jako prostoru pro integraci slyšeného.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uzavření se do ticha,</li> <li>• nedostatek hudebních nápadů,</li> <li>• nemožnost naslouchat,</li> <li>• uzavření se do sebe,</li> <li>• neschopnost se naladit na hudební sdělení druhého.</li> </ul>
Trakce:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dynamika otevírání témat a hledání odpovědí.</li> <li>• vytváření vhodného prostředí, podnětného pro dialog a dostatečně důvěrného a bezpečného pro komunikaci.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• narušení prostoru pro položení otázky a prostoru pro odpověď,</li> <li>• zavalující improvizace,</li> <li>• dialog na povrchu, technická hra bez zájmu něco sdělovat.</li> </ul>
Opozice:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uvědomování si, vytváření a udržování hranic vůči druhému, tak, abychom se cítili v improvizaci komfortně, abychom sdělovali to, co vyhodnotíme jako správné a bezpečné pro nás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přílišná kontrola,</li> <li>• neochota pustit druhého do prostoru, ve kterém se nacházíme.</li> </ul>
Flexe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• možnost opírat se o vlastní rozhodnutí jak sdělovat, komu je naše zpráva určena. Úzce souvisí s vytvořením bezpečného prostředí pro komunikování prostřednictvím hudby.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strach a stud komunikovat,</li> <li>• téma „nemám k tomu co říct“.</li> </ul>
Extenze:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• otevřená komunikace,</li> <li>• zájem o komunikaci,</li> <li>• zájem o navázání dialogu, chuť něco sdělovat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• improvizace na povrchu, bez tématu,</li> <li>• necitlivost k osobnímu prostoru,</li> <li>• agresivní komunikace,</li> <li>• zavalující komunikace.</li> </ul>
Kanalizace:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaměřenost a směřování k cíli,</li> <li>• lehkost a zároveň jasnost.</li> <li>• hudba obsahuje své poselství, které je čitelné.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strnulost bez kreativity,</li> <li>• velmi silné zaměření na cíl,</li> <li>• klient nevnímá své okolí a ostatní.</li> </ul>
Rotace:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obsahuje aspekt kreativity a tvořivosti,</li> <li>• podporuje experimentování v improvizaci,</li> <li>• hledání vhodných hudebních nástrojů pro vyjádření emocí.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ztracení se v experimentování, malá zaměřenost na cíl,</li> <li>• přílišné opakování formy a improvizáční struktury.</li> </ul>

Pulzace:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• očekávání,</li> <li>• vytváření prostoru pro hudbu, ticho, rytmus, melodii a harmonii,</li> <li>• prostor, kdy vnímáme a cítíme vhodný čas pro sebe, pro sdílení pomocí hudby.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tíživé ticho,</li> <li>• strnulost,</li> <li>• neschopnost improvizovat, tzv. zavřená pulzace.</li> </ul>
----------	--	--

## Prvních 5 setkání

Při prvním setkání byla Karolína nejistá, úzkostná a verbálně se neprojevovala. Procházely jsme společně terapeutickou místností a podporovala jsem ji, aby se seznamovala s nástroji, dotýkala se jich a zkoušela, jak zní. Karolíně jsem poskytla dostatečný čas, aby si mohla prohlédnout a vyzkoušet hru na všechny nástroje (předpokládala jsem, že pro ni bude důležité i vnímání nástrojů dotykem). Mnohokrát jsme se vrátily k nástrojům, které již měla v ruce.

Téměř na konci terapie se Karolína zeptala, kde je slon. Zahrála jsem na didgeridoo. Nejdřív zněl jen zesílený dech, teprve potom zazněly tóny a zvuky a vše postupně gradovalo. Karolína si sedla na zem. Dotýkala se nejdřív místa na zemi před rezonátorem a potom se začala dotýkat i nástroje. Nejprve rukama a pak si k nástroji přiložila i hlavu. Působila spokojeně. Nástroj při hře, kromě zvuku, disponuje i výraznými vibracemi.

Od dalšího setkání byl upraven plán týkající se vytvoření úvodní písně (*Hello song*) a závěrečné písně (*Goodbye song*). Karolína byla fascinovaná zvukem didgeridoo ve spojení s představou slona. Z toho důvodu jsem zvolila krátkou improvizovanou hru na tento nástroj na začátku i konci muzikoterapie.

Karolína při dalších setkáních brala jednotlivé nástroje do ruky, vždy z nich vyloudila zvuk, zesilovala ho a zeslabovala a pak si vybrala další nástroj. Opakovala stejné motorické pohyby s nástroji a většina nástrojů tak zněla stereotypně. Bylo patrné, že ji velmi zajímají povrchy a struktury nástrojů. Delší dobu se vždy zdržela u chřestidel, která byla měkká nebo látková. Nechala jsem proto upravit sadu perkusí tak, aby část povrchu byl dotvořen z umělé kožešiny a látek a více perkusí bylo měkkých. Mojí snahou bylo přiblížit Karolíně nástroje jako zvířata, která má velmi ráda. Také ji lákalo vyzkoušet didgeridoo, ale dřevěný nástroj byl pro ni příliš těžký. Z toho důvodu jsem jí nabídla trubku Tubex. Dařilo se jí do ní



fouknout tak, že došlo k zesílení dechu. Spokojila se s tím, že má malého slona, se kterým jsme začínaly a končily každou terapii.

### **Dalších 25 setkání**

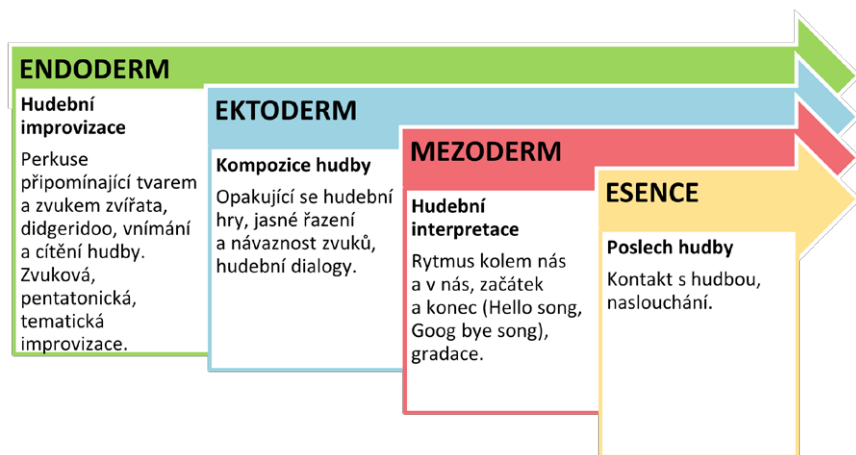
Po realizaci 5 muzikoterapií byl prodloužen kontrakt na další terapii do konce školního roku (o prázdninách muzikoterapie neprobíhala). Bylo naplánováno přibližně 25 muzikoterapií za stejných podmínek. Při improvizaci jsem si zpočátku brala stejný nástroj jako Karolína a odpovídala na zvuky, které Karolína vytvářela. Bylo důležité dobře držet prostor pro její hudební reakci/odpověď, pro kterou potřebovala relativně dlouhou dobu. V běžné komunikaci tento prostor zažívala málokdy, což vyvolávalo napětí a křik. Mnoho setkání se z místnosti ozývaly zvuky připomínající kvákání žab, které byly vytvářeny pomocí jednoduchého dřevěného nástroje ve tvaru žáby, pohybem připomínajícím pohazení. Díky různým velikostem tohoto nástroje zněly různě vysoké zvuky. Karolína někdy seřadila tyto perkuse a přejížděla je dřevěnou hůlkou po ozubeném místě na hřbetu žab. Při tom jsme se střídaly – Karolína se snažila, aby stále zněla nějaká žába. Díky plynulejším pohybům se jí dařilo docílit podobného efektu, jako když zní didgeridoo. Její pozornost velmi upoutávala plynulost. V tělových reakcích bylo vidět velké uvolnění a soustředění. Usuzovala jsem, že tímto způsobem může kompenzovat to, co jí v reálném životě chybí. Její mezodermální i ektodermální projevy jsou přerušované a nemůže tak zažívat dobrý kontakt sama se sebou, s druhými i s prostředím, ve kterém se nachází.

Postupně se začal otevírat prostor pro vytváření hudební improvizované komunikace. Nabízela jsem různé situace, kdy si žabky mohou povídat. Karolína již nebyla tak úzkostná jako na začátku terapie, více komunikovala a komentovala, co dělá. Líbila se jí představa, že jsou nástroje živá zvířátka a mohou se potkávat a povídat si spolu. Také ráda hádala podle zvuku, o jaký nástroj se jedná. Improvizace byla následně rozšířena o pentatonicky laděný xylofon a metolofon. Ve hře se stále méně objevovaly motorické i zvukové stereotypy. Po domluvě byl rodině zapůjčen velký metalofon. Karolína z něj měla radost a všem doma ukazovala, jak na něj umí hrát, včetně zvuků zvířat. Vzhledem k tomu, že ho chtěla brát všude s sebou, jí rodiče koupili menší kovový xylofon s pevnými kameny a přenosnou taškou, aby si ho mohla brát s sebou, kdykoli bude chtít. Měla velmi pozitivní zážitek, když v menší vesnické prodejně v místě bydliště zahrála paní prodavačce. U ostatních se setkávala s výhradně pozitivní reakcí, která byla velmi odlišná od toho, co zažívala, když se snažila s někým komunikovat. Díky těžké dyslálii byla

její řeč srozumitelná pouze nejbližší rodině a paní učitelce. V kontaktu s ostatními byla často dotazována na to, co říkala. Komunikační partneři ztraceli trpělivost potřebnou pro udržení rozhovoru s Karolínou.

Celý školní rok každé setkání začínalo a končilo krátkou improvizovanou hrou na didgeridoo. Hrála jsem na dřevěný nástroj a Karolína na trubku Tubex. Ke konci školního roku se Karolíně začalo dařit vytvořit základní tón. Někdy si na terapii přinesla plyšového slona. Toho jsme využily. Nejprve ho položila na okraj papíru, obkreslila kousek chobotu a malovala, co „slon říká“. Jednalo se o barevné čáry voskovkami. V kresbách bylo vidět, jak Karolína rozlišuje, co slyší. Rodiče jí začali jako dárky kupovat perkuse a jednoduché nástroje. Každý den si s nimi alespoň chvíli hrála. Působila mnohem víc spokojeně a uvolněně. Také paní učitelka si všimla, že méně křičí a lépe vychází se spolužáky.

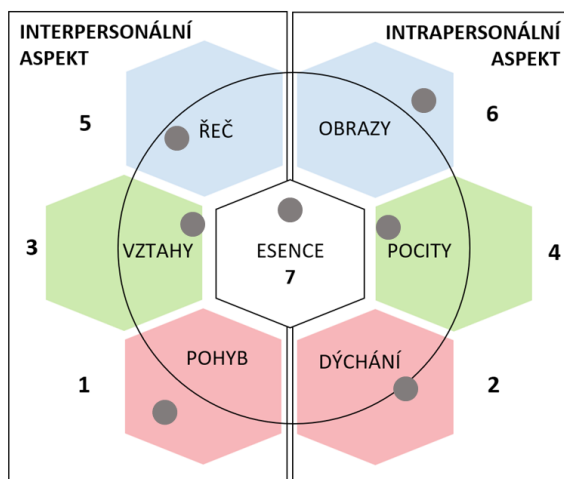
Během tohoto bloku muzikoterapií se nepodařilo Karolínu začlenit do menší skupiny. Přestože jsem viděla velké posuny, nebylo dosaženo potřebných změn pro zařazení do skupinové terapie. Pokud bychom tento krok úspěšaly, mohlo by se u Karolíny objevit napětí a úzkost, což by ztěžovalo její adaptaci a projevování se ve skupině. Hlavní stadia vývoje muzikoterapie u Karolína zachycuje obrázek 24.



Obrázek 24: Vývoj muzikoterapie (Karolína)

## Převládající projevy v diagramu životních polí po 28 muzikoterapiích:

- Mezoderm – tělo, dýchání (výšeč 1, 2): zlepšení v ovládnání pohybů těla, bolesti zad, diskomfort v poloze vleže, celkově nezdravé fungování těla, výrazná omezení ve stravě, zlepšení dechového vzorce a motorických funkcí.
- Endoderm – emoce, vztah k sobě a druhým (výšeč 3, 4): projevování náklonnosti k rodině, zvířatům, uvolnění při dobrém kontaktu, větší jistota v projevech emocí, rozlišování emocí, lepší navazování kontaktů, větší míra citlivosti k sobě i k druhým.
- Ektoderm – mysl, komunikace, obrazy (výšeč 5, 6): občasný křik, verbální nejasnost, kůže zasažena ekzémem, nesrozumitelnost ve verbální komunikaci, snížená koncentrace, navazování dobrého očního kontaktu, hudební komunikování.
- Esence – zdroje (střed 7): kontakt s rodinou a zvířaty, plná pozornost od druhého, hudební komunikace, stabilita okolí, klid, větší časový prostor, sdílené hudební aktivity.



Obrázek 25: Převládající míra projevů v životních polích na konci terapie (Karolína)

Z modelu životních polí na obrázku 25 je vidět, že se Karolína ve všech životních polích posunula blíže ke středu. Tyto změny jsou patrné v chování ve škole i doma. Předpokládáme, že díky improvizovaným hudebním kontaktům lépe vnímá sebe i druhé.

### **Sdílené hudební aktivity v rodině**

Matka Karolíny občas hrála na klavír a zpívala lidové a dětské písně. Její dcera se ale do těchto aktivit nezapojovala. V době realizace muzikoterapie začala Karolína hrát doma na metalofon, který byl později vyměněn za xylofon. Také přibyly jednoduché perkuse. Ke konci bloku 28 muzikoterapií Karolína doma hrála denně na nástroje a její nadšení dokázalo motivovat rodiče, aby se zapojili. Karolína je tím, kdo dává impuls ke společné hře. Rodiče jsem na konzultacích podporovala, aby se při hraní s Karolínou aktivně připojili, a vysvětlila jsem jim principy hudební improvizace. Nabídku přijít na terapii a vyzkoušet si společnou improvizaci ale nevyužili. Přesto hudbu více začleňují do svého života, zvláště když vidí změny v chování dcery. Jsou přesvědčeni, že k nim došlo díky muzikoterapii. Byla to jediná změna, která se udála v aktivitách dcery.

Sdílené hudební aktivity v rodině volně kopírují hudební zkušenosti z muzikoterapie a zaujímají důležité místo v životě rodiny. Tyto aktivity stmelují rodinu, jsou výrazným zdrojem pro všechny členy rodiny a přinášejí nové podněty a zážitky. Rodiče také často mluví o tom, jaká je při hraní legrace. Nechybí při tom smích a uvolnění.

### **Výhled do budoucna**

Rodiče plánují v dalším školním roce prodloužit muzikoterapeutický kontrakt a podporovat Karolínu v hudebních aktivitách v domácím prostředí. Mluví o tom, že jsou velmi překvapeni, kolik toho jejich dcera během školního roku dokázala. Na začátku si nedovedli představit, jak by hudba mohla ovlivnit některé vzorce chování Karolíny. Zároveň jim muzikoterapie ukázala širokou paletu hudebních nástrojů a pomohla tak překonat restriktivní obrazy, které nepřipouštěly, že by jejich dcera mohla hrát na nějaký hudební nástroj. Vždy si představovali pouze klasické nástroje typu klavír, kytara, flétna a housle. Mají velkou radost, když vidí, s jakým zájmem a soustředěním Karolína na nástroje hraje. Také díky hudebním dialogům lépe chápe principy komunikace, méně skáče do řeči a je v menším napětí, když se snaží něco říct.

Lepší fungování ve školním prostředí patrně ovlivnily společné hudební aktivity v rodině. Při nich se totiž Karolína učila dávat prostor každému členovi rodiny, když hrál na nástroje. Lze očekávat, že i nadále budou aktivity z muzikoterapie sdíleny v rodinném prostředí. V dalším bloku terapií proto zvažuji realizovat několik muzikoterapií přímo v domácím prostředí Karolíny, což by mohlo do muzikoterapeutického procesu přinést zajímavé podněty.

# Závěr

Tato publikace představila integraci konceptů životních polí a životních proudů do muzikoterapeutické praxe s rodinami s dětmi se speciálními potřebami. První kapitola ukázala na závěrech ze systematických review, že nejen samotné osoby se speciálními potřebami, ale také jejich rodiče a sourozenci mají potřebu terapeutické podpory. Konkrétně se tato kapitola zaměřila na rodiny dětí s autismem a mentálním postižením. Ze závěrů studií vyplývá, že terapeutická podpora pro celé rodiny není často dostupná a pro rodiče i sourozence může být těžké si o ni požádat nebo najít časový prostor pro péči o sebe. Pokud jsou však zahrnuti do muzikoterapie, může se jim této podpory přirozeně dostat.

Muzikoterapeutická práce s rodinami dětí se speciálními potřebami je doposud poměrně málo rozvinutou oblastí muzikoterapeutické teorie i praxe, a proto potřebujeme vytvářet kvalitní hodnotící i intervenční prostředky, aby mohla být tato podpora poskytována kompetentním způsobem. Druhá kapitola představuje dva koncepty biosyntetické psychoterapie – koncept životních polí a životních proudů, které mohou být aplikovány do muzikoterapie. Tomu se věnuje převážně kapitola třetí, jež na základě bohatých empirických zkušeností autorky nabízí aplikaci biosyntetických konceptů do muzikoterapeutického hodnocení, a také je propojuje s teorií vztahující se k muzikoterapeutickým metodám.

Kapitola čtvrtá je zaměřena na muzikoterapii s rodinami dětí se speciálními potřebami. Představuje práci několika průkopnic v této oblasti (Oldfieldové, Thompsonové a Gottfriedové), které ovlivnily mezinárodní muzikoterapeutickou scénu tím, že vytvořily intervenční přístupy a/nebo nástroje pro hodnocení zaměřené na rodiny dětí se speciálními potřebami.

Kapitola pátá přispívá k současnému poznání třemi případovými studii (Radíma, Jitky a Karolína), které ukazují aplikaci biosyntetických konceptů na případech dětí s mentálním postižením a autismem a jejich rodin.

Při uvažování o budoucnosti, která se týká aplikace biosyntetických konceptů v muzikoterapii a jejich využití při terapeutické podpoře rodin dětí se speciálními

mi potřebami, nás napadá několik důležitých otázek. První z nich se vztahuje ke kompetencím – za jakých podmínek mohou muzikoterapeuti aplikovat koncepty životního pole a životních proudů do své praxe?

Vzhledem k tomu, že se jedná o využívání pouze některých prvků z biosyntetické psychoterapie, není pro zájemce z řad muzikoterapeutů nezbytně nutné, aby v tomto psychoterapeutickém směru absolvovali celý pětiletý výcvik. Aktuálně je výuka v těchto konceptech součástí navazujícího magisterského studia Muzikoterapie na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Dle zkušenosti hlavní autorky stačí šestidenní kurz pro vstupní seznámení se s jeho aplikováním v praxi doplněný o osobní konzultace, metodickou podporu a supervize. Do budoucna by bylo užitečné vytvořit kurz úzce zaměřený na výcvik v těchto konceptech, který by byl dostupný nejen pro studenty studijního programu Muzikoterapie.

Druhá otázka se týká možností aplikace těchto konceptů mimo oblast muzikoterapie. Koncepty životních polí a životních proudů by mohly být úspěšně aplikovány v mnoha dalších profesích, např. v ostatních směrech uměleckých terapií, v rámci psychologického poradenství nebo speciálněpedagogické podpory, v rámci sociální práce atd. Koncepty jsou využitelné všude tam, kde se navíc pracuje s rodinami. Bylo by proto užitečné umožnit vzdělání v aplikaci těchto konceptů široké skupině profesionálů.

Třetí otázka se týká výzkumu – v jakých oblastech by bylo užitečné realizovat další výzkumná šetření a jaké typy studií potřebujeme pro rozvoj této teorie? Koncepty životních polí a životních proudů jsme zde představili v podstatě jako deskriptivně-interpretativní hodnotící nástroje. Jejich účelem není přesně kvantifikovat pokrok klienta, ale spíše mohou pomoci identifikovat terapeutické potřeby klienta v jednotlivých oblastech, vytvořit terapeutický plán a porozumět vývoji klienta v průběhu terapeutického procesu. Domníváme se, že aktuálně by dalším poznáváním možností aplikace těchto konceptů prospěly kvalitativní studie zaměřené na jiné skupiny populací klientů a studie, které umožní ještě lépe integrovat biosyntetické uvažování v kontextu muzikoterapeutické praxe.

Především však považujeme za nezbytné, aby se další vývoj muzikoterapeutického výzkumu i praxe úzce zaměřil na poznání a využití potenciálu hudby pro rodiny osob se speciálními potřebami. Potřebujeme vyvíjet terapeutické koncepty, které lze v této oblasti aplikovat a které budou vycházet ze systémového uvažování. Začlenění rodinných členů by se v praxi mělo stát standardním požadavkem

všude tam, kde je to možné. Jako zcela nedostatečnou vnímáme podporu sourozenců, jejichž marginalizace v rámci rodinného systému, bohužel velmi často koreluje také s nedostatkem externí podpory. Muzikoterapeuti mají díky hudbě v rukou mocný nástroj, který může pomoci začít tuto situaci postupně měnit k lepšímu.



## Souhrn

Realizace muzikoterapie u osob se speciálními potřebami vyžaduje velmi úzkou spolupráci s rodinou, tato oblast muzikoterapeutické praxe však doposud nebyla uspokojivě rozvinuta. Jedním z důvodů může být absence konceptů, které propojují psychologické/psychoterapeutické zázemí s hudební zkušeností a zároveň umožňují komplexní pohled na mnohočetné potřeby rodin osob se speciálními potřebami. V této publikaci představujeme originální koncepty životního pole a životních proudů pocházející z biosyntetické psychoterapie, vysvětlujeme paralely mezi těmito koncepty a hudební zkušeností a na základě ilustrativních případových studií ukazujeme, jak je možné tyto koncepty aplikovat v průběhu různých fází muzikoterapeutické intervence zaměřené na osoby se speciálními potřebami a jejich rodiny.

První kapitola představuje zkušenosti členů rodin osob se speciálními potřebami (konkrétně s mentálním postižením a poruchami autistického spektra). Na základě analýzy kvalitativních systematických review a dalších studií z této oblasti kapitola předestírá širší témata, která charakterizují zkušenost rodičů i neurotypických sourozenců. Přehled tematických okruhů nejen opodstatňuje význam muzikoterapeutické intervence u rodinných příslušníků, ale dokonce potvrzuje, že někteří rodiče a sourozenci mohou mít daleko větší potřebu terapeutické podpory než samotné osoby se speciálními potřebami. Těto podpory se jim však obvykle nedostává v náležité míře a náležitým způsobem. Protože muzikoterapeuti mohou rodinné příslušníky do muzikoterapeutického procesu poměrně snadno zahrnout, patří k profesionálům, kteří mají pro tyto rodiny zásadní význam.

Druhá kapitola představuje biosyntetické koncepty životních proudů a životních polí švýcarského psychoterapeuta Boadelly. Tyto koncepty mohou být využity jako komplexní hodnotící nástroje, které umožňují porozumět silným stránkám i deficitům rodinného systému, identifikovat informace podstatné pro vytvoření muzikoterapeutického plánu a evaluovat muzikoterapeutický proces. Hodnotící nástroje založené na těchto konceptech sice nejsou standardizované, zato jsou citlivé vůči specifickým hudební zkušenosti a povaze muzikoterapeutického procesu, a proto mohou být v muzikoterapii široce využívány.

Třetí kapitola je věnována muzikoterapii a hudebnosti. Vymezuje muzikoterapii jako terapeutickou profesi, vysvětluje základní termíny, které se objevují

v dalších kapitolách, a nabízí integrativní propojení muzikoterapeutických a biosyntetických teorií. Jedná se zejména o propojení klasifikace muzikoterapeutických metod s klíčovými oblastmi životních proudů. Kapitulu uzavírá pojednání o hudebnosti. Ta je podstatným, ačkoliv obvykle nedostatečně využívaným zdrojem rodin osob se speciálními potřebami.

Čtvrtá kapitola představuje muzikoterapeutické přístupy Oldfieldové, Thompsonové a Gottfriedové, které jsou zaměřené na práci s rodinou.

Pátá kapitola je stěžejní kapitolou této publikace a obsahuje tři případové studie osob s mentálním postižením a poruchami autistického spektra. Ve všech případech byli do terapie do určité míry začleněni i rodiče. Každá případová studie obsahuje podobnou strukturu, která se skládá z popisu anamnézy, muzikoterapeutického kontraktu, hodnocení klienta dle převládajících interpersonálních a intrapersonálních projevů v souladu s diagramem životních polí a realizace muzikoterapie a její evaluace (opět s využitím nástroje založeného na teorii životních polí). V každé případové studii je navíc věnován prostor popisu sdílených hudebních aktivit v rodině a identifikace změn, ke kterým v rodině v důsledku muzikoterapeutické intervence došlo. Součástí publikace jsou navíc dvě přílohy obsahující dotazník Music in Everyday Life (MEL) a manuál pro vyhodnocení, seznam tabulek, obrázků a zkratk.

Silnou stránkou publikace je zaměření na originální psychoterapeutické koncepty pocházející z biosyntézy, které dle povědomí autorů této publikace doposud nebyly do muzikoterapie aplikovány. Publikace tak představuje jednoduchý, ale zároveň efektivní nástroj, který může být použit pro hodnocení, plánování, realizaci i evaluaci muzikoterapeutického procesu. Také případové studie nabízejí materiál, který srozumitelným, a přece kompetentním způsobem ukazuje potenciál muzikoterapie s rodinami osob se speciálními potřebami a může u těchto rodin vzbudit ještě větší zájem o muzikoterapii. Na druhé straně však nelze zapomínat ani na limity této práce, jež jsou způsobeny převážně tím, že se jedná o průkopnickou práci, která je teprve postupně ověřována jak empirickými zkušenostmi v muzikoterapeutické praxi, tak také muzikoterapeutickým výzkumem.

## Summary

The realisation of music therapy for people with special needs requires very close cooperation with their families, but this area of music therapy practice has not yet been satisfactorily developed. One of the challenges may be the absence of concepts that connect the psychological/psychotherapeutic background with musical experience and at the same time allow a comprehensive view of the multiple needs of families of people with special needs. In this publication, we reconstruct the original concepts of the life field and life streams originating from biosynthetic psychotherapy, explain the parallels between these concepts and musical experience, and show, on the basis of illustrative case studies, how these concepts can be applied during different phases of music therapy intervention aimed at people with special needs and their families.

The first chapter presents the experiences of family members of people with special needs (specifically, intellectual disabilities and autism spectrum disorders). Based on the analysis of qualitative systematic reviews and other studies in this area, it shows the breadth of topics that characterize the experience of parents and neurotypical siblings. The overview of the thematic areas not only justifies the importance of music therapy intervention for family members, but even shows that some parents and siblings may have a much greater need for therapeutic support than the persons with special needs themselves. However, they usually do not receive this support to the appropriate extent and in the appropriate manner. Because music therapists can relatively easily involve family members in the music therapy process, they belong to the professionals who are of vital importance to these families.

The second chapter presents the biosynthetic concepts of life streams and life fields of the Swiss psychotherapist Boadella. These concepts can be used as comprehensive assessment / evaluation tool that allows understanding the strengths and deficits of the family system, identify information essential for the creation of a music therapy plan, and evaluate the music therapy process. Assessment tools based on these concepts are not standardized, but they are sensitive to the specifics of musical experience and the nature of the music therapy process, as shown in the following chapters. Therefore, they can be widely used in music therapy practice.

The third chapter is devoted to music therapy and musicality. It defines music therapy as a therapeutic profession, explains basic terms that appear in subsequent chapters, and offers an integrative connection between music therapy and biosynthetic theories. The integration music therapy and biosynthetic theories is based mainly on a connection of the classification of music therapy methods with key areas of life streams. The chapter closes with an explanation of musicality, that is an essential, although usually underutilized, resource for families of persons with special needs. The fourth chapter presents music therapy approaches of Oldfield, Thompson and Gottfried that are focused on working with the family.

The fifth chapter is the key chapter of the publication and contains a description of three case studies of people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. In all cases, the parents were also included into the therapy to some extent. Each case study contains a similar structure, which consists of a description of the anamnesis, a music therapy contract, an assessment of the client according to the prevailing interpersonal and intrapersonal manifestations in accordance with the diagram of life-fields, the implementation of music therapy and its evaluation (again using a tool based on the theory of life-fields). In each case study, space is also devoted to the description of shared musical activities in the family and the identification of changes that have occurred in the family as a result of the music therapy intervention. The publication also includes two appendices containing the Music in Everyday Life (MEL) questionnaire with an evaluation manual, a list of tables, images and abbreviations.

The strength of the publication is the focus on original psychotherapeutic concepts originating from biosynthesis, which, to the knowledge of the authors of this publication, have not yet been applied to music therapy. The publication thus shows a relatively simple but at the same time effective tool that can be used for assessment, planning, implementation and evaluation of the music therapy process. Also, the description of the case studies offers material that shows the potential of music therapy with families of people with special needs in an understandable, yet competent way, and which can arouse even more interest in music therapy among these families. On the other hand, we cannot forget the limitations of this work, which are mainly caused by the fact that it is a pioneering work that is only gradually being verified both by empirical experiences in music therapy practice and also by music therapy research.

## Seznam literatury

- AGAR, G., BROWN, C., SUTHERLAND, D., COULBORN, S., OLIVER, C., & RICHARDS, C. (2021). Sleep disorders in rare genetic syndromes: a meta-analysis of prevalence and profile. *Molecular Autism*, 12(1).  
doi: 10.1186/s13229-021-00426-w.
- ALDRIDGE, D. (2004). *Health, the Individual and Integrated Medicine: Revisiting an Aesthetic of Health Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- AMERICKÁ MUZIKOTERAPEUTICKÁ ASOCIACE (American Music Therapy Association, AMTA) (3. března 2022). *Homepage*. <https://www.musictherapy.org/>.
- ANGELL, M. E., MEADAN, H., & STONER, J. B. (2012). Experiences of siblings of individuals with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*, 1–11. doi: 10.1155/2012/949586.
- BOADELLA, D. (2017). *Biosyntéza – Zdroje a energie v terapii*. Triton.
- BOADELLA, D., & SPETCH BOADELLA, S. (2017). *Základy a různé přístupy v biosyntetické psychoterapii, somatická psychoterapie. Studijní texty k výcviku v biosyntéze*. ČIB.
- BOADELLA, D. (2012). *Biosyntéza – Výbor z textů*. Grada.
- BOADELLA, D., & SPETCH BOADELLA, S. (2005). Basic Concepts in Biosynthesis. *The USA Body Psychotherapy Journal*, 5(1), 28–33.
- BOADELLA, D. (1987). *Lifestreams: An Introduction to Biosynthesis*. Routledge.
- BOSHOF, K., GIBBS, D., PHILLIPS, R. L., WILES, L., & PORTER, L. (2017). Parents' voices: "Our process of advocating for our child with autism." A meta-synthesis of parents' perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 44(1), 147–160. doi: 10.1111/cch.12504
- BONIS, S. A., & SAWIN, K. J. (2016). Risks and Protective Factors for Stress Self-Management in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder: An Integrated Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(6), 567–579. doi: 10.1016/j.pedn.2016.08.006
- BRUSCIA, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- BRUSCIA, K. E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. C.C. Thomas.
- COATES, S. (2001). 'The relationship IS the thing.' In J. RICHER, J., & COATES, S., *Autism: The Search for Coherence*. Jessica Kingsley Publishers.

- COOKE, E., SMITH, V., & BRENNER, M. (2020). Parents' experiences of accessing respite care for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at the acute and primary care interface: a systematic review. *BMC Pediatrics*, 20(1), 244. doi: 10.1186/s12887-020-02045-5.
- CORFEC, G., LE MANER-IDRISSI, G., & LE SOURN-BISSAOUI, S. (2020). Quality of life of siblings of children with autism spectrum disorder. A literature review. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 68(7), 362–369. doi: 10.1016/j.neurenf.2020.07.002
- CRITHCHLEY, M., & HENSON, R. A. (1977). *Music and Brain: Studies in the Neurology of Music*. William Heinemann Medical.
- DANSBY, R. A., TURNS, B., WHITING, J. B., & CRANE, J. (2017). A phenomenological content analysis of online support seeking by siblings of people with autism. *Journal of Family Psychotherapy*, 29, 181–200. doi: 10.1080/08975353.2017.1395256.
- DEPAPE, A.-M., & LINDSAY, S. (2015). Parents' Experiences of Caring for a Child With Autism Spectrum Disorder. *Qualitative Health Research*, 25(4), 569–583. doi: 10.1177/1049732314552455
- DARWIN, CH. (2006). *O původu člověka*. Academia.
- DAVIES, E. (2008). It's a Family Affair: Music Therapy for Children and Families at a Psychiatric Unit.
- DRLÍČKOVÁ, S. (2022). *Potenciál muzikoterapie u osob se zdravotním postižením*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- DRLÍČKOVÁ, S. (2020). Improvizace jako zdroj kreativity. In KRUŽÍKOVÁ, L. a kol. *Hudba v inkluzivním vzdělávání*. Vydavatelství Univerzity Palackého.
- DRLÍČKOVÁ, S. (2019). *Biosyntetická muzikoterapie*. Závěrečná práce. Český institut biosyntézy. <https://www.biosynteza.cz/studovna>
- DRLÍČKOVÁ, S., & KOUCUN, J. (2016). *Kreativní komunikace osob se zdravotním postižením*. Studijní texty. Univerzita Palackého v Olomouci.
- DUNN, H., MOTTRAM, H., COOMBES, E., MACLEAN, E., & NUGENT, J. (2019). *Music Therapy and Autism Across the Lifespan: A Spectrum of Approaches*. Jessica Kingsley Publishers.
- FRYČ, V., CHMELOVÁ, M., & ADÁMKOVÁ, P. (2021). *Neformalní péče v teorii a praxi. Sborník odborných statí*. Alfa Human Service. <https://www.alfabet.cz/neformalni-pece/prvni-ucelena-publikace-na-tema-neformalni-pece/>

- FUKAČ, J., VYSLOUŽIL, J., & MACEK, P. (1997). *Slovník české hudební kultury*. Supraphon.
- FULLER, A. M., & McLEOD, R. G. (2019). The Connected Music Therapy Teleintervention Approach (CoMTTA) and its application to family-centred programs for young children with hearing loss. *Australian Journal of Music Therapy*, 30, 12–30. <https://www.austmta.org.au/journal/article/connected-music-therapy-teleintervention-approach-comtta-and-its-application-family>.
- GIDDENS, A. (2013). *Sociologie*. Argo.
- GILAD, E., & ARON, S. (2010). The role of live music and singing as a stress-reducing modality in the Neonatal Intensive Care Unit. *Music and Medicine Journal*, 2(1), 18–22.
- GOTTFRIED, T. (2016a). *Creating bridges: music-oriented counseling for parents of children with autism spectrum disorder* (PhD thesis). Aalborg University, Aalborg, Denmark.
- GREEN, S. (2007). “We’re tired, not sad”: benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social Science and Medicine*, 64, 150–163.
- GREEN, L. (2013). The well-being of siblings of individuals with autism. *ISRN Neurology*, 417194. doi: 10.1155/2013/417194
- HARTL, P., & HARTLOVÁ, H. (2015). *Psychologický slovník*. Portál.
- HELFERT, V. (1924). Hudba na středních školách. *Hudební rozhledy*, 1(1).
- HODAPP, R. M. (2007). Families of persons with down syndrome: new perspectives, findings and research and service needs. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 13, 279–87.
- HOLAS, M. (2001). *Malý slovník základních pojmů z hudební pedagogiky a hudební psychologie*. Hudební fakulta Akademie múzických umění v Praze.
- HOLCK, U. (2004). Interaction Themes in Music Therapy: Definition and Delimitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(1), 3–19.
- HOWE, J. (1994). *Multiple-Family Therapy: A Model For Social Workers At Children's Homes*. Article No. 32. [www.multiplefamilygrouptherapy.com](http://www.multiplefamilygrouptherapy.com).
- JACOBSEN, S. L., THOMPSON, G. (2017). *Music Therapy with Families. Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. Jessica Kinningsley Publishers.
- JANEČKOVÁ, B. (2021). *Biosyntetická psychoterapie* (rozhovor 20. 1. 2022). [https://cs.wikipedia.org/wiki/Biosynt%C3%A9za\\_\(psychoterapie\)](https://cs.wikipedia.org/wiki/Biosynt%C3%A9za_(psychoterapie))

- JURÍK, M., & MOKRÝ, L. (1969). *Malá encyklopédia hudby*. Obzor.
- KANTOR, J. 2016. *Společné a rozdílné v uměleckých (kreativních) terapiích*. Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci.
- KANTOR, J., MICHALÍKOVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., & KANTOROVÁ, Z. (2015). *Žité zkušenosti rodin dětí s těžkým kombinovaným postižením*. Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci.
- KANTOR, J., LIPSKÝ, M., & WEBER, J. (2009). *Základy muzikoterapie*. Grada.
- KULKA, J. (2008). *Psychologie umění*. Grada.
- LABORECKÝ, J. (1997). *Hudobný terminologický slovník*. Slovenské pedagogické nakladatelstvo.
- LANGMEIER, J., & KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.
- LAQUEUR, H. P. (1976). 'Multiple Family Therapy.' In GUERIN, P. J., *Family Therapy: Theory and Practice*. Gardner Press.
- LEEDHAM, A.T., THOMPSON, A.R., & FREETH, M. (2020). A thematic synthesis of siblings' lived experiences of autism: Distress, responsibilities, compassion and connection. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103547. doi: 10.1016/j.ridd.2019.103547
- LEGG, H., & TICKLE, A. (2019). *UK parents' experiences of their child receiving a diagnosis of autism spectrum disorder: A systematic review of the qualitative evidence*. *Autism*, 136236131984148. doi: 10.1177/1362361319841488
- LIAO, X., LEI, X., & LI, Y. (2019). *Stigma Among Parents of Children with Autism: A Literature Review*. *Asian Journal of Psychiatry*, (45), 88–94. doi: 10.1016/j.ajp.2019.09.007
- LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., & MAŘÍKOVÁ, H. (1996). *Velký sociologický slovník*. Karolinum.
- LOTH, H. (2008). Music Therapy Groups for Families with a Learningdisabled Toddler: Bridging Some Gaps. In OLDFIELD, A., & FLOWER, C., *Music Therapy for Families*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- MARTIN, C. A., PAPADOPOULOS, N., CHELLEW, T., RINEHART, N. J., & SCIBERRAS, E. (2019). Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 93, 103463. doi: 10.1016/j.ridd.2019.103463
- MASTNAK, W., & KANTOR, J. (2014). Muzikoterapie. In: MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Grada.



- MÁTEJOVÁ, Z., & MAŠURA, S. (1992). *Muzikoterapie v speciálnej a liečebnej pedagogike*. Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- MATĚJČEK, Z. (2015). *Co děti nejvíc potřebují*. Portál.
- MATĚJČEK, Z. (1994). *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Portál.
- MATOUŠEK, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Portál.
- MENCAP. (2006). *Breaking Point: Families Still Need a Break*. Mencap.
- MICHALÍK, J. (2013). *Rodina pečující o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením – kvalita života*. Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci.
- MÜLLER, O. (2014). *Terapie ve speciální pedagogice*. Grada.
- MULLER, P., & WARWICK, A. (1993). Autistic children and music therapy: the effects of maternal involvement in therapy, In: HEAL, M. & WIGRAM, T., *Music Therapy in Health and Education*, pp. 147–158. Jessica Kingsley Publishers.
- NACHMANOVITCH, S. (1990). *Free Play: Improvisation in Life and Art*. Penguin Putman.
- NELSON, S. (2002). Preventing Early Adolescent Substance Use: A Family-Centered Strategy for the Public Middle School. *Prevention Science* 3, 191–201.
- NEVES, T. (2020). *Život v zrcadle psychoterapie*. TRITON.
- NÖCKER-RIBAUPIERRE, M. (2011). When Life begins too early: Music therapy in a Newborn Intensive Care Unit. In: A. MEADOWS: *Development in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives* (pp.30–48). Barcelona Publishers
- NÖCKER-RIBAUPIERRE, M. (2007). The therapeutic use of sound at the beginning of life. FROHNE-HAGEMANN (Ed.), *Receptive Music Therapy* (pp. 267–276). Reichert.
- NÖCKER-RIBAUPIERRE, M. (2004). The mother's voice – a bridge between two worlds. M. NÖCKER-RIBAUPIERRE (Ed.), *Music Therapy for Premature and Newborn Infants* (pp. 97–112). Barcelona Publishers.
- NÖCKER-RIBAUPIERRE, M. (1999). Short and longterm effects of the maternal voice on the behaviors of very low birth weight infants and their mothers as a basis for the bonding process. In: R. R. PRATT, D. ERDONMEZ GROCKE (Eds): *Music Medicine* 3 (pp. 153–161).
- OLDFIELD, A., & FLOWER, C. (2008). *Music Therapy for Families*. Jessica Kingsley Publishers.

- OLDFIELD, A. (2006a). *Interactive Music Therapy – a Positive Approach: Music Therapy at a Child Development Centre*. Jessica Kingsley Publishers.
- OLDFIELD, A. (2006b). *Interactive Music Therapy in Child and Family Psychiatry: Clinical Practice, Research and Teaching*. Jessica Kingsley Publishers.
- OLDFIELD, A. (1993). Music therapy with families. In: M. HEAL, M., & WIGRAM, T., (eds), *Music Therapy in Health and Education* (pp. 46–54). Jessica Kingsley Publishers.
- OLDFIELD, A. (2016). Family approaches in Music Therapy Practice with Young Children. In EDWARDS, J. *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford Academic. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199639755.001.0001.
- OOI, K., ONG, Y. S., JACOB, S. A., & KHAN, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5(12), 745–762. doi: 10.2147/ndt.s100634
- PAVLICEVIC, M. (1997). *Music Therapy in Context: Music, Meaning and Relationship*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- PLECHÁČKOVÁ, M. (2022). *Osvěta zaměřená na profesi muzikoterapie v kontextu České republiky*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- POLEDŇÁK, I. (1984). *Stručný slovník hudební psychologie*. Supraphon.
- PREDESCU, E., & SIPOS, R. (2013). Cognitive coping strategies, emotional distress and quality of life in mothers of children with ASD and ADHD—A comparative study in a Romanian population sample. *Open Journal of Psychiatry*, 3(2), 11–17. 10.4236/ojpsych.2013.32A003.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., & MAREŠ, J. (2003). *Pedagogický slovník*. Portál.
- RABUŠIC, L. (1996). *Česká společnost stárne*. Masarykova univerzita.
- RANKIN, J. A., PAISLEY, C. A., TOMENY, T. S., & ELDRED, S. W. (2019). Fathers of Youth with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Impact of Fathers' Involvement on Youth, Families, and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(4), 458–477. doi: 10.1007/s10567-019-00294-0
- ROLVSJORD, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum, NH.
- RUUD, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture*. Gilsum, NH.
- ŘÍČAN, P., & KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Grada.

- SACKS, O. (2009). *Musicophilia*. Dybbuk.
- SALLEH, N. S., ABDULLAH, K. L., YOONG, T. L., JAYANATH, S., & HUSAIN, M. (2020). Parents' experiences of affiliate stigma when caring for a child with autism spectrum disorder (ASD): A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 174–183. doi: 10.1016/j.pedn.2020.09.002
- SEDLÁČKOVÁ, D., KANTOR, J., DÖMISCHOVÁ, I., & KANTOROVÁ, L. (2022). Experiences of Mothers of Children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities in the Czech Republic. *British Journal of Learning Disabilities*. doi: 10.1111/bld.12443
- SEDLÁK, F., & VÁŇOVÁ, H. (2013). *Hudební psychologie pro učitele*. Karolinum.
- SHIVERS, C. M., JACKSON, J. B., & MCGREGOR, C. M. (2019). Functioning Among Typically Developing Siblings of Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(2), 172–196. doi: 10.1007/s10567-018-0269-2
- SINGH, J. S., & BUNYAK, G. (2018). Autism Disparities: A Systematic Review and Meta-Ethnography of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 104973231880824. doi: 10.1177/1049732318808245
- SOBEY, K. (2008). Introduction. In: OLDFIELD, A., & FLOWER, C. *Music therapy with children and their families* (pp. 11–17). Jessica Kingsley Publishers.
- SOBOTKOVÁ, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Portál.
- STERN, D. (1995). *The Motherhood Constellation*. Karnak Books.
- STREETER, E. (1993). *Making music with the young child with special needs: A guide for parents*. Jessica Kingsley Publisher.
- SURTEES, A. D. R., OLIVER, C., JONES, C. A., EVANS, D. L., & RICHARDS, C. (2018). Sleep duration and sleep quality in people with and without intellectual disability: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 135–150. doi: 10.1016/j.smrv.2017.11.003
- ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., DRUGA, R., VOTAVA, J., & PFEIFFER, J. (2017). *Rehabilitace motoriky člověka. Fyziologie a léčebné postupy*. Grada.
- THOMPSON, G., & McFERRAN, K. (2015). “We’ve got a special connection”: Qualitative analysis of descriptions of change in the parent-child relationship by mothers of young children with autism spectrum disorder. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 3–26.

- THOMPSON, G. (2014). A survey of parent's use of music in the home with their child with Autism Spectrum Disorder: implications for building the capacity of families. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(1). <https://voices.no/index.php/voices/article/view/734/641>. doi: 10.15845/voices.v14i1.734.
- TOZER, R., & ATKIN, K. (2015). 'Recognized, valued and supported'? The experiences of adult siblings of people with autism plus learning disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28, 341–351. <https://doi.org/10.1111/jar.12145>.
- TREVARTHEN, C. (1993). The function of emotions in early infant communication and development. In: NADEL, J., & CAMIONI, L., *New Perspectives in Early Communicative Development* (pp. 48–81). Routledge.
- VALENTA, M., & MICHALÍK, J. (2014). *Systém služeb / Výzkum názorů uživatelů sociálních služeb na nový systém služeb / Výzkum podmínek Poradenství uživatelů sociálních služeb*. Grant ESF/ Národní rada zdravotně postižených CZ.04.1.03/2.1.15.3/0020.
- WARWICK, A. (1988). Questions and reflections on research. *Journal of British Music Therapy* 2(2), 5–8.
- WATSON, L., HANNA, P., & JONES, C.J. (2021). A systematic review of the experience of being a sibling of a child with an autism spectrum disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13591045211007920. doi: 10.1177/13591045211007921
- WHO (Světová zdravotnická organizace). 2007. *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version: ICF-CY*. WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321\\_eng.Pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.Pdf).
- WHO (Světová zdravotnická organizace) (2008). *MKF Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Grada.

## Seznam tabulek a obrázků

### Seznam obrázků

Obrázek 1: Životní proudy	24
Obrázek 2: Diagram životních polí (life-fields), D. Boadella	25
Obrázek 3: Centrální pohled	26
Obrázek 4: Horizontální pohled	26
Obrázek 5: Vertikální pohled	26
Obrázek 6: Modifikovaný pohled na životní pole	27
Obrázek 7: Vztah mezi životními proudy a životními poli	30
Obrázek 8: Model sociální komunikace dle Shannena a Weavera	33
Obrázek 9: Muzikoterapeutické metody a analogie v souladu s diagramem životních polí	48
Obrázek 10: Analogie muzikoterapeutických intervencí v souladu s diagramem životních polí	48
Obrázek 11: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie (Radim)	69
Obrázek 12: Vývoj muzikoterapie (Radim)	72
Obrázek 13: : Převládající míra projevů v životních polích na konci terapie (Radim)	74
Obrázek 14: Umístění základních úderů na bubnu djembe	75
Obrázek 15: Záznam variant úderů na buben djembe	76
Obrázek 16: Ukázka sestavování rytmů pomocí volných karet	76
Obrázek 17: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie (Jitka)	80
Obrázek 18: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie – matka, rodina	81
Obrázek 19: Záznam matky – hra na sansulu	83
Obrázek 20: Převládající míra projevů rodiny v životních polích po patnácti terapiích	86
Obrázek 21: Vývoj muzikoterapie (Jitka)	87

## Seznam příloh

Obrázek 22: : Převládající míra projevů rodiny v životních polích po 35 terapiích (Jitka)	88
Obrázek 23: Převládající míra projevů v životních polích na začátku terapie (Karolína)	92
Obrázek 24: Vývoj muzikoterapie (Karolína)	98
Obrázek 25: Převládající míra projevů v životních polích na konci terapie (Karolína)	99

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Analogie biosyntetické psychoterapie a muzikoterapie	47
Tabulka 2: Motorická pole jazyka v muzikoterapeutickém kontextu (Drlíčková, 2020)	94

## Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník MEL pro rodiče, primární pečovatele	120
Příloha 2 – Hodnoticí manuál k dotazníku MEL	131
Příloha 3 – Přehled symbolů pro zaznamenávání rytmů na buben djembe (Drlíčková, 2020)	134
Příloha 4 – Záznamy rytmů na buben djembe (Drlíčková, 2020)	135

**Seznam zkratek**

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou ( <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> )
AMTA	Americká asociace muzikoterapie ( <i>American Music Therapy Association</i> )
CoMTTA	Online muzikoterapeutický program pro osoby se sluchovým postižením ( <i>Connected Music Therapy Teleintervention Approach</i> )
CZMTA	Muzikoterapeutická asociace České republiky
EABP	Evropská asociace terapií zaměřených na tělo ( <i>European Association for Body Psychotherapy</i> )
EAP	Evropská psychoterapeutická asociace ( <i>European Association for Psychotherapy</i> )
EMTC	Evropská muzikoterapeutická konfederace ( <i>European Music Therapy Confederation</i> )
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů ( <i>General Data Protection Regulation</i> )
JIP	Jednotka intenzivní péče
MEL	Hodnocení hudby v každodenním životě ( <i>Music in Everyday Life</i> )
MEL-JAM	Dílčí stupnice MEL (Společné aktivity využívající hudbu)
MEL-RAM	Dílčí stupnice MEL (Běžné aktivity využívající hudbu)
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MOPC	Hudebně orientovaný poradenský model ( <i>Music-Oriented Parent Counseling</i> )
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MTDA	Muzikoterapeutické diagnostické hodnocení ( <i>Music Therapy Diagnostic Assessments</i> )
PAS	Porucha autistického spektra
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
SPC	Speciálněpedagogické centrum
VMT	Virtuální muzikoterapie
WFMT	Světová federace muzikoterapie ( <i>World Federation of Music Therapy</i> )
WHO	Světová zdravotnická organizace ( <i>World Health Organization</i> )

## Přílohy

### Příloha 1 – Dotazník MEL pro rodiče, primární pečovatele

Anglická verze dotazníku je dostupná na:

<http://mel-assessment.com/wp-content/uploads/2018/02/MEL-assessment-English-Version.pdf>

Vážení rodiče,

*prosíme Vás tímto o vyplnění dotazníku, který slouží k tomu, abychom mohli posoudit, jaké využití má hudba ve vaší rodině. Zkoumá také hudebnost a potenciál muzikoterapie u rodin dětí se speciálními potřebami.*

*Vyplnění dotazníku by vám mělo zabrat 5–10 minut času. Vámi poskytnuté informace pomohou popsat způsob, jakým hudbu zapojujete v každodenním životě, do jaké míry se dítě účastní sdílených hudebních aktivit a jak Vy vnímáte jeho odezvu na rozdílné hudební činnosti.*

*V každé otázce prosím označte možnost, která nejlépe popisuje chování vašeho dítěte v uplynulém týdnu. V každé sekci rovněž uvítáme vaše další komentáře.*



Hodnocení MEL

Autoři: Gottfried & Thompson

Vytvořeno v roce 2012

Vaše jméno: .....

Datum: .....

Jméno dítěte: .....

Věk dítěte: .....

Typ zdravotního postižení dítěte:  
.....

Váš vztah k dítěti: .....

## Okruh 1: Společný zpěv

### Bod 1a

**Jak často jste v minulém týdnu zpíval/a se svým dítětem?**

- Každý den jsem zpíval/a se svým dítětem
- Téměř každý den jsem zpíval/a se svým dítětem
- Pár dní v týdnu jsem zpíval/a se svým dítětem
- Jeden den jsem zpíval/a se svým dítětem
- Vůbec ne

### Bod 1b

**Jak podle vás dítě celkově reagovalo na váš zpěv: (Zaškrtněte prosím jednu možnost.)**

- Byla to pro mé dítě velmi pozitivní zkušenost
- Byla to pro mé dítě spíše pozitivní zkušenost
- Nebyla to pro mé dítě ani pozitivní, ani negativní zkušenost (např. mé dítě pokračovalo ve své činnosti, jeho odezva nebyla jasně srozumitelná)
- Byla to pro mé dítě negativní zkušenost

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Byla to pro vás pozitivní, nebo negativní zkušenost?**

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

.....

## Okruh 2: Společné hraní na hudební nástroje

### Bod 2a

**Jak často jste v uplynulém týdnu společně se svým dítětem hrál/a na hudební nástroje? (Prosím neberte v potaz hračky, které jen přehrávají zaznamenanou hudbu.)**

- Každý den jsem hrál/a na hudební nástroje se svým dítětem
- Téměř každý den jsem hrál/a na hudební nástroje se svým dítětem
- Pár dní v týdnu jsem hrál/a na hudební nástroje se svým dítětem
- Jeden den v týdnu jsem hrál/a na hudební nástroje se svým dítětem
- Vůbec ne

## Bod 2b

**Jak si myslíte, že vaše dítě celkově reagovalo na společné hraní na hudební nástroje: (Zaškrtněte prosím jen jednu možnost.)**

- Byla to pro mé dítě velmi pozitivní zkušenost
- Byla to pro mé dítě spíše pozitivní zkušenost
- Nebyla to pro mé dítě ani pozitivní, ani negativní zkušenost (např. mé dítě pokračovalo ve své činnosti, jeho odezva nebyla jasně srozumitelná)
- Byla to pro mé dítě negativní zkušenost

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Byla to pro vás pozitivní, nebo negativní zkušenost?**

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

## Okruh 3: Společný poslech hudby

### Bod 3a

**Jak často jste v uplynulém týdnu se svým dítětem společně poslouchali hudbu?**

- Každý den jsem poslouchal/a hudbu se svým dítětem
- Téměř každý den jsem poslouchal/a hudbu se svým dítětem
- Pár dní v týdnu jsem poslouchal/a hudbu se svým dítětem
- Jeden den jsem poslouchal/a hudbu se svým dítětem
- Vůbec ne

### Bod 3b

**Jak podle vás dítě celkově reagovalo na poslech hudby s vámi: (Prosím zaškrtněte jen jednu možnost.)**

- Byla to pro mé dítě velmi pozitivní zkušenost
- Byla to pro mé dítě spíše pozitivní zkušenost
- Nebyla to pro mé dítě ani pozitivní, ani negativní zkušenost (např. mé dítě pokračovalo ve své činnosti, jeho odezva nebyla jasně srozumitelná)
- Byla to pro mé dítě negativní zkušenost

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Byla to pro vás pozitivní, nebo negativní zkušenost?**

Prosím popište: .....

.....

.....

## Okruh 4: Společné hraní s hudebními aplikacemi

### Bod 4a

Jak často jste se v uplynulém týdnu věnovali se svým dítětem hudebním aplikacím na chytrém telefonu nebo tabletu? (Prosím berte v potaz jen aplikace pro hraní a tvorbu originální hudby.)

- Každý den jsem se věnoval/a hudebním aplikacím se svým dítětem
- Téměř každý den jsem se věnoval/a hudebním aplikacím se svým dítětem
- Pár dní v týdnu jsem se věnoval/a hudebním aplikacím se svým dítětem
- Jeden den jsem se věnoval/a hudebním aplikacím se svým dítětem
- Vůbec ne

### Bod 4b

Jak si myslíte, že dítě celkově reagovalo na společné hraní s hudebními aplikacemi?

- Byla to pro mé dítě velmi pozitivní zkušenost
- Byla to pro mé dítě spíše pozitivní zkušenost
- Nebyla to pro mé dítě ani pozitivní, ani negativní zkušenost (např. mé dítě pokračovalo ve své činnosti, jeho odezva nebyla jasně srozumitelná)
- Byla to pro mé dítě negativní zkušenost

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
**Byla to pro vás pozitivní, nebo negativní zkušenost?**

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

.....

## **Okruh 5: Rodinní příslušníci hrající na hudební nástroje**

### **Bod 5a**

**Hrajete vy nebo některý člen rodiny na hudební nástroj, ať už jako koníček, nebo profesně? (Prosím berte v potaz všechny nástroje kromě dětských perkusních nástrojů.)**

- ano
- ne, prosím pokračujte k okruhu 6

**Pokud ano, na který hudební nástroj hrajete/hrají?**

Osoba 1: .....

Osoba 2: .....

Osoba 3: .....

Osoba 4: .....

**Bod 5b**

**Jak často jste vy nebo ostatní členové rodiny hráli v uplynulém týdnu na svůj hudební nástroj vašemu dítěti nebo s vaším dítětem?**

- Každý den v týdnu se hrálo na hudební nástroje našemu nebo s naším dítětem
- Téměř každý den v týdnu se hrálo na hudební nástroje našemu nebo s naším dítětem
- Pár dní v týdnu se hrálo na hudební nástroje našemu nebo s naším dítětem
- Jeden den jsem hrál na hudební nástroje našemu nebo s naším dítětem
- Vůbec ne

**Bod 5c**

**Jak podle vás dítě celkově reagovalo na společný poslech hudby s Vámi: (Prosím zaškrtněte jen jednu možnost.)**

- Byla to pro mé dítě velmi pozitivní zkušenost
- Byla to pro mé dítě spíše pozitivní zkušenost
- Nebyla to pro mé dítě ani pozitivní, ani negativní zkušenost (např. mé dítě pokračovalo ve své činnosti, jeho odezva nebyla jasně srozumitelná)
- Byla to pro mé dítě negativní zkušenost

Prosím popište: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Byla to pro vás pozitivní, nebo negativní zkušenost?**

Prosím popište: .....

.....

.....

## Okruh 6: Preferované žánry při poslechu hudby

Které hudební žánry jste spolu s rodinou v uplynulém týdnu poslouchali? (Prosím zaškrtněte všechny platné možnosti.)

Bod	Účel	Vůbec ne	Jeden den v týdnu	Pár dní v týdnu	Téměř každý den v týdnu	Každý den v týdnu
6a	Hudba vašeho kulturního dědictví*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b	Klasická hudba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c	Jazzová hudba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d	Dětské písničky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6e	Popová hudba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6f	Relaxační hudba (např. new-age hudba, zvuky přírody)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6g	Taneční hudba (např. elektronická hudba, vysoce rytmická hudba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6h	Jiná hudba (prosím popište):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Komentáře (volitelné):

.....

.....



\* Hudbou vašeho kulturního dědictví máme na mysli českou hudbu, lidovou hudbu.

## Okruh 7: Frekvence využití hudby pro podporu činností v každodenním životě

K podpoře dítěte používáte hudbu (zpěv, poslech, hraní) různými způsoby:

Bod	Účel	Vůbec ne	Jeden den v týdnu	Pár dní v týdnu	Téměř každý den v týdnu	Každý den v týdnu
7a	Ke zklidnění se	•	•	•	•	•
7b	V čase jídla	•	•	•	•	•
7c	V době, kdy dítě ukládám ke spánku	•	•	•	•	•
7d	K porozumění denní rutině	•	•	•	•	•
7e	K pobavení se a prožití radosti	•	•	•	•	•
7f	K hladkému přecházení mezi aktivitami	•	•	•	•	•
7g	K učení se nových věcí	•	•	•	•	•

Komentáře (volitelné):

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....

## Okruh 8

**Pokud máte nějaké další komentáře ohledně svého dítě a jeho odezvy na hudbu, prosím připište je sem:**

Komentáře (volitelné):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Děkujeme za vaše odpovědi!

## Příloha 2 – Hodnoticí manuál k dotazníku MEL

### Hodnoticí manuál k dotazníku MEL

#### Dílčí stupnice 1 (okruhy 1–4 v dotazníku):

#### Hudba v každodenním životě – společné aktivity využívající hudbu (MEL-JAM)

Části okruhu 1–4 představované písmenem „a“ (1a, 2a, 3a, 4a) se rodičů dotazují na kvantitu hudební interakce při použití čtyř různých společných hudebních aktivit během minulého týdne (společný zpěv, hraní na hudební nástroje, poslech hudby a hraní si s hudebními aplikacemi).

Části okruhu 1–4 představované písmenem „b“ (1b, 2b, 3b, 4b) se rodičů dotazují na kvalitu hudební interakce při použití čtyř různých společných hudebních aktivit během minulého týdne (společný zpěv, hraní na hudební nástroje, poslech hudby a hraní si s hudebními aplikacemi).

#### Bodování odpovědí je následující:

Kvantitativní položky: 1a, 2a, 3a, 4a

Jak často jste v uplynulém týdnu...

- 4 = Každý den v týdnu...
- 3 = Téměř každý den v týdnu...
- 2 = Pár dní v týdnu...
- 1 = Jeden den v týdnu...
- 0 = Vůbec ne...

Kvalitativní položky: 1b, 2b, 3b, 4b

- 2 = Byla to pro mé dítě velmi pozitivní zkušenost
- 1 = Byla to pro mé dítě spíše pozitivní zkušenost
- 0 = Nebyla to pro mé dítě ani pozitivní, ani negativní zkušenost
- 1 = Byla to pro mé dítě negativní zkušenost

**Postup výpočtu:**

Vynásobením skóre 0 až 4 pro kvantitativní položky a skóre -1 až 2 pro kvalitativní položky. Získáme tak celkové skóre pro každou položku v rozmezí od -4 do 8.

Např.  $1a = 3$ ,  $1b = 1$ ,  $3 \times 1 = 3$ . Skóre pro okruh 1 = 3

Chcete-li získat celkové skóre pro podskupinu 1, sečtete každé skóre položky.

Např. okruh 1 :  $3 \times 1 = 3$ ; okruh 2 :  $4 \times 2 = 8$ ; okruh 3 :  $2 \times 0 = 0$ ; okruh 4 :  $2 \times 1 = 2$ .

Celkové skóre pro dílčí stupnici 1 :  $3 + 8 + 0 + 2 = 13$

**Dílčí stupnice 2 (okruh 7) Hudba v každodenním životě – běžné aktivity využívající hudbu (MEL-RAM)**

Body 7a–7g nabízí varianty použití hudby v denních aktivitách a dotazují se rodičů na frekvenci použití hudby pro podporu činností v každodenním životě a v denních rituálech.

4 = Každý den v týdnu

3 = Téměř každý den v týdnu

2 = Pár dní v týdnu

1 = Jeden den v týdnu

0 = Vůbec ne

**Výpočet celkového skóre pro dílčí stupnici 2:**

Sečtete každou z položek, abyste získali celkové skóre pro dílčí stupnici 2.

Např.  $7a = 0$ ;  $7b = 2$ ;  $7c = 2$ ;  $7d = 3$ ;  $7e = 2$ ;  $7f = 1$ ;  $7g = 1$ .

Celkové skóre pro dílčí stupnici 2:  $0 + 2 + 2 + 3 + 2 + 1 + 1 = 11$

**Pokyny pro hodnocení dalších položek**

Okruh 5: rodinní příslušníci hrající na hudební nástroje

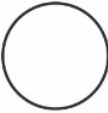



Body 5a, 5b, 5c – jsou nebodované. Získaná data se využívají pouze pro plánování programu.

Okruh 6: preferované žánry pro poslech hudby



















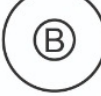




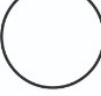


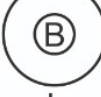
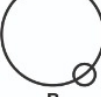
Body 6a, 6b, 6c, 6d, 6e, 6f, 6g, 6h – jsou nebodované. Získaná data se využívají pouze pro plánování programu.

Bod 8 – volný text; používá se pouze pro plánování programu.

### Příloha 3 – Přehled symbolů pro zaznamenávání rytmů na buben djembe (Drlíčková, 2020)

	<p>Symbol pro buben. Zobrazen z pohledu žáka. Pod tímto symbolem je uvedeno, jaká ruka hraje. Levá L, pravá P.</p>
	<p>Symbol pro úder středobass. Hrajeme celou plochou prstů a malou částí dlaně.</p>
	<p>Symbol pro úder výška. Hrajeme konečky prstů na kraji bubnu.</p>
	<p>Symbol pro bass. Hrajeme celou plochou dlaně a prsty ve středu bubnu.</p>
<p>N</p>	<p>Symbol pro úder, který hrajeme na vlastních nohách (stehnech).</p>
<p>TLESK</p>	<p>Symbol pro tlesknutí rukama</p>

## Příloha 4 – Záznamy rytmů na buben djembe (Drlíčková, 2020)

 L	 P	 L	 P
 L	 P <i>NN</i>	 L	 P
 L	 P <i>NN</i>	 L	 P
 L	 P	 L <i>NN</i>	 P
 L	 P	 L	 TLESK
 L	 P	 L	 P
 TLESK	 TLESK	 L	 P

# **Muzikoterapie na základě konceptů biosyntetické psychoterapie s osobami se speciálními potřebami a jejich rodinami**

Svatava Drlíčková, Jiří Kantor, Alžběta Smrčková

Odpovědná redaktorka Tereza Vintrová

Jazyková korektura Lucie Krčová

Návrh obálky a layout Jiří Jurečka

Sazbu písmem Tabac Sans a Tabac G1 provedla Ivana Perůtková

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 8, 771 47 Olomouc  
vydavatelstvi.upol.cz

1. vydání

Olomouc 2022

DOI: 10.5507/pdf.22.24462684

ISBN 978-80-244-6268-4

VUP 2022/0476

Neprodejná publikace