

Akademie Alternativa

Studijní obor: Muzikoterapie

Absolventská práce

Muzikoterapie a mentální retardace

Autor: Mgr. Petr Škranc 2010

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury.
Souhlasím, aby práce byla zpřístupněna ke studijním a propagačním účelům.

V Brně dne 31. 5. 2010

Petr Škranc

Obsah

Anotace	4
Annotation.....	4
Úvod.....	4
1. Muzikoterapie	6
1.1 Muzikoterapie a speciální pedagogika.....	7
1.2 Hudební nástroje v muzikoterapii	8
1.3 Použití hlasu v muzikoterapii.....	10
2. Osobnost s mentálním postižením	13
2.1 Klasifikace mentální retardace.....	14
2.2 Charakteristika osob s mentálním postižením	16
2.3 Emocionální prožívání osob s mentálním postižením	18
3. Muzikoterapie a mentální retardace.....	20
3.1 Cíl práce, časový harmonogram, metodologie.....	20
3.2 Charakteristika zařízení.....	21
3.3 Vlastní muzikoterapeutický projekt	22
Charakteristika klientů	24
Vybraná muzikoterapeutická setkání	29
Cvičení č. 1 Tleskání v kruhu	29
Cvičení č. 3 Dupání v kruhu	31
Cvičení č. 8: Nohy v rytmu.....	33
Cvičení č. 12 Vlák se rozjíždí	39
Cvičení č. 15 Staroměstský orloj	41
Průběžná analýza klientů březen 2010.....	42
Cvičení č. 20 Křížení.....	45
3.4 Interpretace výsledků	47
3.5 Závěry, návrhy pro muzikoterapeutickou práci	48
Resumé.....	51
Summary	51
Seznam literatury	52
Přílohy.....	53

Anotace

Klíčová slova

klient, mentální postižení, mentální retardace, muzikoterapie, hudba těla, muzikoterapeutické setkání, muzikoterapeut.

Key words

mental disability, client, music therapy, body music, music therapy meeting, musical improvisation

Absolventská práce Muzikoterapie a mentální retardace se v teoretické části zaměřuje na vymezení pojmu muzikoterapie, její využití ve speciální pedagogice, hudbu těla apod. Dále pak na člověka s mentálním postižením a na jeho emocionální a sociální projevy.

Praktická část pojednává o využití techniky hudby těla při práci s mentálně handicapovanými lidmi. Práce se zaměřuje na změny jednotlivých procesů (komunikační dovednosti, pohybové dovednosti a sociální chování a vztahy), které jsou pozorovatelné při využití techniky hudby těla v muzikoterapii.

Annotation

In the theoretical part the final work Music Therapy and Mental Disability is focused on the definition of the music therapy and its application on the field of Special Education and also on the method we call the Body Music. It deals with the expressions of emotions and social relationships of people with mental disability too.

The practical part is concerned with the usage of the Body Music Method in the work with mentally disabled people. The final work is focused on the changes in the individual skills (communication, motoric, social behaviour and relationships) that are noticeable when the Body Music Method is used.

Úvod Tématem absolventské práce je ověření vlivu muzikoterapie u klientů s mentálním postižením. Svou prací bych chtěl přispět odpovědí na otázku, zda je možné pomocí hry na tělo rozvíjet emoční složku osobnosti u těchto lidí a podpořit jejich uvolnění a vzájemnou spolupráci.

Lidé se zdravotním postižením se rodili a žili ve společnosti vždy. Přístup většinové společnosti k nim se v čase a v různých kulturách značně vyvíjel. Nejinak tomu bylo v posledních 60 letech v ČR. Například minulý režim v naší zemi měl ideu, že všichni lidé by měli být stejní. Proto zaujímal ke zdravotně postiženým ambivalentní postoj. Na jedné straně zřizoval pro tyto lidi

ústavy sociální péče a speciální školská zařízení a demonstroval tak svoji sociální politiku. Na druhé straně však v reálném životě vytěsňoval zdravotně postižené na okraj společnosti. V každodenním životě se s handicapovanými nepočítalo.

Po roce 1989 se u nás začaly hledat nové přístupy a cesty k postiženým lidem – objevily se nové formy pomoci. Jednou z těchto forem je muzikoterapie.

Muzikoterapie patří do odvětví psychoterapie, využívá hudby k terapeutickým účelům - léčí pomocí hudby. Může být spojena s dalšími terapiemi, zejména s arteterapií, dramaterapií a terapií tancem. Muzikoterapie dokáže nabídnout uvolnění a odreagování. Z těchto důvodů je proto velmi vhodná pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením.

V této práci jsem se pokusil odpovědět na dvě důležité otázky

- Umožňuje hra na tělo zklidnění, fyzické uvolnění a rozvoj vzájemné spolupráce mezi klienty v konkrétním zařízení?
- Je možné pomocí hry na tělo rozvíjet emoční stránku osobnosti?

1. Muzikoterapie

Termín muzikoterapie má řecko-latinský původ a v překladu znamená léčení hudbou (řecky-moisika therapeineio, latinsky-musica iatreia). Řecké slovo therapeineio a latinské slovo iatreia znamená léčit, ošetřovat nebo cvičit, vzdělávat se, cvičit, starat se, pomáhat (Mateová, Mašura 1992).

Muzikoterapie je terapeutický přístup vycházející z oblasti expresivních terapií, které jsou nazývány neverbální, umělecké a art kreativní terapie. Znamená léčení nebo pomoc člověku hudbou. Muzikoterapie bývá též označována jako vnitřně diverzifikovaný obor s širokým rozsahem aplikací v klinické praxi. Hudba je užívána v psychoterapii, fyzioterapii, neurologii, ošetrovatelství, speciální pedagogice a v dalších odvětvích (Kantor in Müller 2005).

Muzikoterapii lze též definovat jako umění, vědecký obor nebo interpersonální proces. (Bruscia in Kantor, Lipský Weber 2009).

Muzikoterapie je část medicíny, která se zabývá vztahem člověka a zvuku. Jejím cílem je otevření komunikačního kanálu pomocí hudby nebo zvuku (Matuška, 2001).

V současné době se termínem muzikoterapie označují centrální procesy, které zpracovávají hudbu (Wehle in Pipeková, 2001), probíhají v mozkových hemisférách, ale pravá i levá hemisféra jsou zřetelně diferencovány. Levé hemisféře přísluší „logické“ procesy (zpracování rytmu), pravé hemisféře přísluší „holistické procesy (výška tónu). Různá výzkumná šetření ukázala (Wehle in Pipeková 2001), že u člověka existují souhlasné vzorce chování pro zpracování hudebních procesů.

Hudba jako komplexní podnět zaměstnává mozkovou kůru a tlumivě působí na subkortikální centra, která jsou sídlem emocí (Wehle in Pipeková 2001). Tímto centrálním vnímáním bývá ovlivněn celkový tonus kosterního svalstva. Když je svalstvo celkově uvolněné, člověk nepocituje žádný strach. Pozdější výzkumy (Müller 2008) pak potvrdily, že při koncentrovaném poslechu hudby má člověk nízké svalové napětí. Mnohá další šetření vedou k názoru, že hudba přímo ovlivňuje emocionálně aktivizující struktury, které jsou lokalizované sluchovým nervem v limbickém systému a v retikulární formaci. Nové poznatky v oblasti analgetik (Balcar, 2008) přicházejí s názorem, že hudba má schopnost potlačit určitou aktivitu struktur, které působí bolest v mozkovém kmeni.

Zaujetí, přijetí a uvolnění je podle vědců v hudbě dáno tím, že dochází ke střídání uvolnění a napětí. Tato katarze emocionálního vzrušení je pocíťována příjemně. Pro poslech hudby je velmi důležitý přiměřený přísun informací. Je známo (Linka 1997), že příliš málo informací v hudbě člověka nudí a příliš mnoho zatěžuje. Správná volba přijímaných informací vytváří při poslechu hudby dobrý pocit.

Muzikoterapie se vyvinula po druhé světové válce z mnoha vědních oborů. Jde především o obory, kterými jsou medicína, klinická psychologie, pedagogika a speciální pedagogika (Wehle in Pipeková, 2001). V posledních letech se chápe (Kantor in Müller, 2005) muzikoterapie jako možná forma psychoterapie-muzikopsychoterapie.

Muzikoterapie se rozděluje (Wehle in Pipeková, 2001) na muzikoterapii cílenou a necílenou. Cílená muzikoterapie je užívána na základě jasné diagnózy. Necílená muzikoterapie je užita všude tam, kde se jedná o ulehčení rámcových podmínek. Toto pojetí se však v ČR dále neprosadilo a není dosud jednoznačně přijímáno.

Při muzikoterapii je ve velké míře využívána neverbální komunikace. Hudební rovina neverbální komunikace nabízí možnost symbolicky vyjádřit své pocity jako je blízkost, kontakt a dotek s druhou osobou, které často není možné slovně vyjádřit. Tyto pocity mohou být vyjádřeny nejprve symbolicky - blízkost a vzdálenost k druhým lidem se stanou slyšitelné. Hudba tímto umožňuje transverbální vyjádření výpovědí, které nejsou obsaženy v běžné řeči (Wehle in Pipeková, 2001).

Muzikoterapie, která je určena mentálně postiženým, umožňuje rozvíjet harmonický rozvoj člověka. Tento rozvoj probíhá vnímáním rytmu, tempa, melodie a harmonie. Dále se pak mentálně postižení mohou rozvíjet v hledání hudebního výrazu, ve tvořivé nápodobě lektora, v řečové výchově a v upevňování výslovnostních návyků. Bylo zjištěno (Matuška, 2001), že mnoho lidí vyslovuje snadněji při sborovém zpěvu, při kolektivním přednesu básní a říkadel než při běžném vyjadřování.

Ve spojení hudební terapie s pohybovou se mentálně postižený člověk rozvíjí i po stránce smyslové a rozumové. Terapie hudbou slouží mentálně postiženým k celkovému rozvoji a podpoře jejich osobnosti. Hudební terapie má smysl pouze tehdy, má-li o ní postižený člověk zájem a pokud v něm hudební činnost vzbuzuje radost (Franiok in Pipeková, 2001).

Muzikoterapie se v současnosti, na základě nových poznatků z psychiatrie, psychologie, fyziologie a speciální pedagogiky, postupně začleňuje do oborů lékařských, psychologických, sociálně a speciálně pedagogických. Její nejpřesnější začlenění spadá do oblasti speciálních psychoterapií.

1.1 Muzikoterapie a speciální pedagogika

Pedagogická muzikoterapie (speciální, léčebná, sociální a výchovná) je souhrnné označení terapie, která se zaměřuje na procesy učení, sociální integrace a komunikace. Zlepšuje vnímání, koncentraci, paměť (kognitivní funkčnost) a podporuje pohyb, řeč (tělesnou funkčnost). Její cílovou

skupinou jsou lidé s tělesným nebo mentálním postižením a lidé s poruchami vývoje chování, učení a řeči. Těžištěm speciálně pedagogicky orientované muzikoterapie je osobnostní rozvoj, rozvoj senzomotorických i samoobslužných dovedností a sociální integrace, která se týká zejména mentálně, tělesně a sensoricky postižených lidí (Zelevá, 2007, s. 50.).¹

Primárně se zde nejedná o léčbu (ve smyslu výkladu nemoci, jako negativního jevu), ale o rozvoj, integraci, stimulaci a podporu zdravých částí klienta (Zelevá, 2007).

Muzikoterapie u osob se specifickými potřebami působí spolu s jinými terapeutickými a edukačními přístupy jako podpůrná terapie. Muzikoterapeut se v rámci interdisciplinární péče podílí na diagnostice, evaluaci vývoje klienta, poskytování poradenských služeb pro rodiče, učitele a jiné osoby, které jsou zaangażované do péče o osoby se specifickými potřebami. Dále by měl muzikoterapeut respektovat skutečnost, že mnohá postižení u klientů nejsou léčitelná. Je však možné dosáhnout zlepšení kvality života a schopností postiženého člověka s využitím ucelené rehabilitační péče. (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

1.2 Hudební nástroje v muzikoterapii

Velmi důležitým hudebním nástrojem je náš lidský hlas. Naše zpívající nitro rozšiřujeme o hudební nástroj, který se stává součástí našeho těla. Pomocí hlasu si lépe uvědomujeme to, co se děje v našem organismu. Zpěv nás může zbavit některých emočních bloků a může nám pomoci lépe zvládat obtížné životní situace (Felber, Reinhold, Stückert, 2005).

Při používání hudebních nástrojů nás zajímá, jaký zvuk k nám z hudebního nástroje přichází a co prostřednictvím tohoto zvuku prožíváme. Pokud sami usilujeme o to, abychom se naučili hrát na nějaký hudební nástroj, snažíme se spojit s jeho zvukem a pohyby při hraní.

Když se nám to podaří, budeme mít možnost zažít živé vnímání našeho těla, které zcela objímá hudební nástroj. Pohyby, které při hraní vykonáváme, jsou pro každý nástroj specifické a úzce se spojují s charakterem zvuku nástroje (Felber, Reinhold, Stückert, 2005).

Dechové nástroje: Tón vzniká dechem, pohyb končetin je minimální. U této skupiny hudebních nástrojů je důležitá jemná motorika prstů. Dechové nástroje mají schopnost vytvářet jasnou melodii. Mezi terapeutické dechové hudební nástroje řadíme různé druhy fléten (Choroí flétny, zobcové flétny, renesanční flétny, kamzíčí rohy, krumhorny apod.). (Felber, Reinhold, Stückert, 2005).

¹ Více na www.muzikoterapie.eu

² Pod tímto pojmem se rozumí péče lékařská, ošetrovatelská, psychologická, sociální, rehabilitační a výchovná.

Bicí nástroje: U hry na bicí nástroje je nutné použít horní i dolní končetiny. U tohoto druhu nástrojů si lze uvědomit, že se rytmus původně tančil nebo vydupával nohama. Pomocí bicích nástrojů se vyjadřuje síla a vůle, která dává impuls. Ze skupiny bicích nástrojů se velmi často používá buben, tamburína, triangel, ozvučná dřívka, xylofon a metalofon (Felber, Reinhold, Stückert, 2005).

Strunné nástroje: Do této skupiny hudebních nástrojů patří nástroje drnkací a smyčcové. Nástroje se drží ve střední oblasti. Hra smyčcem představuje proces nádechu a výdechu. U drnkacích nástrojů tento proces představuje uchopování a uvolňování struny. Ze strunných nástrojů se nejvíce využívá dětská harfa, kantela, lyra, žaltář (Felber, Reinhold, Stückert, 2005).

Lidské tělo jako hudební nástroj: Na závěr této podkapitoly se ještě zmíním o lidském těle jako specifickém hudebním nástroji.

Každý člověk je obdařen orgány, pomocí kterých je schopen vytvářet různé zvuky. Všechny tyto zvuky vycházejí z pohybové aktivity částí těla. Pohyby mohou být prováděné automaticky, mohou být řízeny fyziologickými a psychologickými pochody. Mohou být též řízené vůlí, pomocí níž se mohou přizpůsobovat vnitřnímu a vnějšímu prostředí.

Při pohybech těla vznikají průvodní jevy, které si uvědomujeme vizuálně (vnímání změny polohy těla, vzdálenost končetin od těla) a také kinesteticky, hapticky a akusticky. Uvědomujeme si sílu, kterou musíme vyvinout na určitý pohyb. Dále si uvědomujeme dotyk, který při pohybu našeho těla vzniká. Všechny výše popsané jevy se vyskytují při rytmizaci pohybů v rytmických cvičeních a hrách. V nich se lidské tělo stává přirozeným hudebním nástrojem (Brücknerová, J, Mederackeová, I, Ulbrichová, Ch, in Mateová, Mašura, 1992).

V rytmické gymnastice a cvičeních se člověk s handicapem učí poznávat sám sebe. Svoje tělo vnímá jako rytmický nástroj.

Zvuky, které vznikají činností lidského těla mají malou hlasitost. Pokud chceme slyšet zvuky lidského těla, musíme se na ně velmi soustředit. Rozmanité zvuky dokážou vytvořit pohybové orgány. Tyto zvuky však většinou neslyšíme. Projevují se při intenzivnějším výkonu např. při chůzi, běhu, klusu, skákání a základních prvcích hry na tělo (tleskání, pleskání, luskání a dupání). Intenzivní zvuky vytváří hlasový orgán (zpěv, křik, hrdelní zvuky) a mluvidla (řeč, hvízdání, pískání). Hra na tělo umožňuje pocítit vlastní tělo. Má svůj vlastní styl, který prostřednictvím rytmického pohybu, může ovlivnit chování dětí, mladistvých i dospělého člověka (Mateová, Mašura, 1992).

Hra na tělo by měla předcházet hře na elementární hudební nástroje. Při hře na tělo se klienti učí zacházet se svým vlastním tělem jako s hudebním nástrojem. Hra na tělo představuje nenahraditelný způsob primární rytmické stimulace a korekce v oblasti jemné a hrubé motoriky,

rozvíví citlivost taktilní percepce, sluchové analýzy i konstruktivního odreagování (Mateová, Mašura, s. 99).

Základní zásady realizace prvků hry na tělo

a) Tleskání

Při tleskání je nutné kontrolovat uvolněnost ramen a loktů.

Způsob tleskání: dlaně obou ruk s uvolněnými prsty založit směrem nahoru tak, aby lehce přiléhali k sobě celou plochou a několikrát za sebou pohybovat rameny směrem k hlavě a lokty mírně od těla. Tleskat by se mělo s malým rozmachem a jemně tak, aby tleskání mělo tichý zvuk. Při tleskání jsou ramena volně spuštěná a výška dlaní rukou se pohybuje ve výšce brady a úst.

b) Pleskání

Při pleskání ve stoje jsou ramena a ruce volně spuštěné tak, aby dlaně lehce a pružně přiléhali na boční strany stehen. Rozmach by při pleskání neměl být příliš velký. Zvuk při pleskání by měl být měkký. Při pleskání vsedě jsou uvolněná ramena a ruce v loktech volně pokrčené, dlaně ploché s uvolněnými prsty u sebe a z kolmé plochy lehce ťukají na přední část stehen. Poloha dlaní se adekvátně přizpůsobuje sedací poloze (např. přímému, bočnímu nebo tureckému sedu).

c) Dupání

Při dupání střídavě levou a pravou nohou je noha volně pokrčená v koleni, chodidlo je rovné asi 10-20 cm vzdálené od země. Dupe se celou plochou chodidla jemně a pružně.

d) Luskání

Při luskání jsou uvolněné lokty, ramena a jsou lehce pokrčené. Prsty levé i pravé ruky jsou přibližně ve výšce očí. Luská se jemně a lehce prostředníčkem o palec, přičemž vzniká luskavý zvuk. Klienty, kteří nejsou schopni vytvořit zvuk luskání, vyzveme, aby pomocí palce a prostředníčku vytvořili „ptačí zobáček“ a snažili se napodobit jeho otvírání a zavírání (Mateová, Mašura, 1992, s. 99).

1.3 Použití hlasu v muzikoterapii

Lidem s mentálním postižením pomáhá zpěv písní k rozšiřování slovní zásoby, zapamatování důležitých údajů a zvládání sekvenčních úloh. Použití písní při procesu učení pomáhá

klientům v lepší časové i prostorové orientaci a v uvědomění si posloupnosti jednotlivých aktivit během dne. Skupinový zpěv přivádí zpívající ke společnému kontaktu a nabízí možnost odreagování. Zapojuje emocionální, kognitivní a další funkce. Klient se zde identifikuje s obsahem písně i s jejími slovy ([online], 2007).

Řeč

Při řeči se rozvíjí extralingvistická a paralingvistická složka. Extralingvistickou složkou rozumíme různá citoslovce např. hmm já, jů a jiné. Paralingvistická složka zahrnuje modulační faktory řeči např. ticho, dynamika, tempo, modulace a barva. Dále také rytmus, pomlky a výraz řeči. Komunikační úspěch závisí na obsahu sdělení, ale i na modulaci a používání neverbální komunikace. Terapeut si všímá, jak klient neverbální komunikaci používá. Např. jak vyjadřuje své emoce, jak se představí apod. Vyjadřování pomocí řečových modulačních faktorů je možné systematicky procvičovat. Různé způsoby práce s paralingvistickou složkou řeči v muzikoterapii zahrnují výkřiky, citoslovce, šepot, běžnou řeč a přesnou rytmizaci slov (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Píseň

Píseň má v muzikoterapii zvláštní význam. Při procesu muzikoterapie můžeme skládat nové písně nebo interpretovat písně již vzniklé. U klientů s mentálním postižením je vhodné použít rytmizaci a následné zhudebnění jednoduchých říkad. Jednotlivá setkání v muzikoterapii mohou začínat kontaktní písní (Hello song) a končit závěrečnou písní (Good bye song). Uvedené písně si skládá muzikoterapeut většinou sám. Píseň může být zacílena k určité skupině klientů nebo ke klientovi jako jednotlivci. V průběhu interpretace písně lze měnit dynamiku, tempo, instrumentaci, harmonický doprovod apod. Píseň by měla být pro klienty srozumitelná a adekvátní jejich věku. Tématem textu písně mohou být např. dny v týdnu, roční období, názvy měsíců v roce, zapamatování jména ostatních klientů ve skupině (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

Kreativní muzikoterapie

Zakladateli tohoto modelu v muzikoterapii jsou britský speciální pedagog Clive Robbins a americký hudební skladatel Paul Nordoff, kteří pracovali s dětmi s mentálním a tělesným postižením. Kreativní muzikoterapie klade důraz na využití hudební improvizace při hře na klavír (lze použít i kytaru) za účasti klienta a dvou muzikoterapeutů. Jeden z nich po celou dobu setkání improvizuje na zvolený hudební nástroj, na základě interakce probíhající mezi všemi zúčastněnými. Jejím hlavním cílem však je navázání vztahu s klientem prostřednictvím hudby. Druhý muzikoterapeut zůstává po celou dobu setkání s klientem, kterého se snaží podporovat v jeho

instrumentálních a vokálních projevech. Muzikoterapeut, který improvizuje na hudební nástroj, může improvizaci rozvíjet na základě pohybu klienta, rytmu, který se v něm odehrává nebo na základě rytmu, který se odvíjí od způsobu hry klienta na zvolené hudební nástroje. Improvizace může probíhat i na základě vokalizace klienta, k níž je vyzíván druhým terapeutem. Při improvizaci na klavír nebo kytaru je možné použít disonanci, atonalitu a odlišné hudební styly. Důležitým prvkem zde je udržení klienta v co největší aktivitě. Oba autoři zaznamenali, během své práce, pozitivní reakce i u dětí s těžkým mentálním postižením, u kterých se žádná reakce původně nepředpokládala (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

2. Osobnost s mentálním postižením

Ve většinové společnosti přetrvávají vůči lidem s mentální retardací určité stereotypní postoje („mentálně postižení lidé jsou...“). Toto nálepkování (labeling) však prezentuje velmi povrchní a laický přístup. Osoby s mentální retardací představují nejheterogennější skupinu zdravotně postižených, dva jedince s naprosto shodnými projevy chování bychom hledali velmi těžko (na rozdíl např. od somaticky či smyslově postižených, se stejná diagnóza projevuje shodným klinickým obrazem). Bookrags

[online] [cit. 10. 3. 2009] Přístup z http://www.bookrags.com/wiki/Labeling_theory

Za mentálně postiženého se považuje každý člověk, u kterého dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u lidí s mentálním postižením individuálně odlišná.

Za mentálně postiženého se nepovažuje člověk, u něhož došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku a jehož psychické procesy probíhají normálním způsobem. K těmto osobám patří: výchovně zanedbané děti, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami nebo děti se smyslovým postižením, které není-li v čas rozpoznáno, může způsobit opoždění psychického vývoje.

Existují i takové případy, kdy se dítě s odborně diagnostikovaným poškozením mozku v důsledku meningoencefalitidy nebo hydrocefalu vyvíjí zcela normálně. Úroveň jeho rozumových schopností proto není vůbec postižena.

Švarcová (2000, s. 25) definuje mentální retardaci jako „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“ Jinou definici přináší Valenta a Müller (2003, s. 14): „Mentální retardace je vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií.“

Podobně pojem mentální retardace vymezuje i Pipeková. Hovoří o stavu, pro který je charakteristické celkové snížení intelektových schopností zahrnující schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jedná se o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišit od defektů získaných po druhém roce života (1998). Často užívaným termínem je pojem mentální postižení. Vašek (in Valenta a Müller, 2003) označuje mentálně postiženými všechny jedince s IQ pod 85. V současné době označujeme osobu s mentálním postižením s IQ 70 a nižším. Tuto terminologii - mezinárodní klasifikaci nemocí MKN10, zavedla

již v roce 1992 Světová zdravotnická organizace. Terminologie WHO se bohužel zatím nestala mezioborově respektovanou. Mnozí lékaři a psychologové používají i v roce 2009 pojmy starší („debilita, imbecilita, idiocie“), které jsou již dnes chápány v negativních souvislostech. O mentální retardaci hovoříme tehdy, je-li postižení vrozené či získané do dvou let věku dítěte nebo vzniklo v důsledku orgánového poškození mozku. Pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení, o tzv. demenci, která má většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohloubení symptomů. Někteří autoři navrhuji používat pro demence dětského věku termín deteriorace inteligence, a to proto, že demence u dětí se v mnohém liší od demence v dospělosti. Často užívaným pojmem je termín handicap (Švarcová 2000). V angloamerické literatuře nalezneme také pojem challenge³. Švarcová chápe handicap jako „ztrátu nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti stejně jako ostatní. Jde spíše o konflikt ve vztahu osoby s postižením a prostředí než samu skutečnost postižení.“ (Švarcová 2000, s. 25) V české populaci se vyskytují přibližně 3 % lidí s mentální retardací (Vágnerová, 2008). Nejčastějším pojmem, který je dnes hojně využíván hlavně při komunikaci s veřejností či rodiči, je pojem – označení, osoba s mentálním postižením.

2.1 Klasifikace mentální retardace

„Inteligence je všeobecná schopnost individua vědomě orientovat vlastní myšlení na nové požadavky, je to všeobecná duchovní schopnost přizpůsobit se novým životním úkolům a podmínkám.“ (Wiliam Stern in Vokounová 2005)

Stupeň mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Před rokem 1992 byla mentální retardace dělena do tří stupňů. Jednalo se o debilitu, imbecilitu a idiocii (viz výše). Současná klasifikace rozlišuje šest základních kategorií mentální retardace. Jedná se o lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a nespecifikovanou mentální retardaci (MKN10).

Lehká mentální retardace IQ-69-50

Lidé s lehkou mentální retardací dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně, umí udržovat konverzaci i přesto, že vývoj řeči probíhá opožděně. Většina z nich je nezávislých v osobní péči a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě pomalejší. Většina obtíží se obvykle projevuje ve škole. Potíže činí teoretická práce, objevují se problémy se čtením a psaním.

V pracovních činnostech jim lépe vyhovuje využití praktických schopností, potíže mají tam, kde je kladen důraz na vysoký stupeň sociokulturních vztahů. V oblasti emocionální a volní se projevuje afektivní labilita, impulsivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci. V celkovém počtu mentálně retardovaných zaujímají lehce mentálně retardovaní 80% (Švarcová, 2000).

Středně těžká mentální retardace, IQ-49-35

U osob se střední mentální retardací je možné diagnostikovat organickou etiologii. Může, ale také nemusí, být přítomen dědičný podklad – chromozomální aberace, traumata a infekce CNS. U této skupiny mentálně postižených nalézáme řadu somatických a degenerativních znaků. Psychomotorický vývoj je u této skupiny osob velmi opožděn. Vývoj jemné a hrubé motoriky je značně zpomalen. Přetrvává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je pouze částečná. Mnozí jedinci potřebují dohled a pomoc po celý život.

Rozvoj myšlení a řeči je velmi výrazně opožděn a přetrvává do dospělosti. Velmi často se u těchto lidí vyskytuje epilepsie, neurologické a tělesné potíže. Řeč je opožděná a agramatická. Je velmi jednoduchá nebo zůstává na úrovni nonverbální komunikace s porozuměním jednoduchých verbálních instrukcí. Je patrná emoční a labilní nevyrovnanost. Projevuje se infantilita, dráždivost, výbušnost a negativismus. Výskyt v populaci mentálně retardovaných je asi 12% (Pipeková in Vítková 2004).

Těžká mentální retardace, IQ-34-20

Psychomotorický vývoj bývá značně opožděn. Objevuje se značná pohybová neobratnost. Je nutné dlouhodobé a soustavné osvojování koordinace pohybu. Vyskytují se časté somatické vady a celkové poškození CNS. Rozvoj komunikačních dovedností je minimální. Řeč je jednoduchá, omezuje se pouze na jednoduchá slova. Nemusí se vůbec vytvořit. Emocionální stránka je velmi silně narušena. Projevuje se nestálostí nálad a impulzivitou. Výskyt v populaci mentálně retardovaných je asi 7% (Bazalová in Pipeková 2006).

Hluboká mentální retardace, IQ-20 a nižší

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve všech schopnostech. Většina z nich je imobilní nebo je pohyb výrazně omezen. Objevuje se inkontinence. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Velmi často se hluboká mentální retardace pojí s postižením sluchu, zraku a těžkými neurologickými poruchami. Řeč bývá nerozvinuta, komunikace je neverbální. Afektivní sféra je totálně porušená, často se

setkáme se sebepoškozováním. Hluboce mentálně retardovaní tvoří 1% populace mentálně retardovaných (Švarcová, 2000).

Jiná mentální retardace

Tuto kategorii mentální retardace bychom měli používat pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí běžných metod je nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické postižení (Švarcová, 2000).

Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá v případech, kdy je určeno, že se jedná o mentální retardaci, ale pro nedostatek znaků nelze postiženého člověka přesně zařadit (Pipeková in Vítková 2004).

2.2 Charakteristika osob s mentálním postižením

Mentálně postižení jedinci netvoří ucelenou skupinu, kterou by bylo možné globálním způsobem charakterizovat. „Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy.“ (Švarcová, 2000 s. 33) Přesto se však ve větší či menší míře u značné části z nich projevují určité společné znaky. Jsou závislé na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, a také na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný (Dolejší in Valenta Müller, 2003).

Existují determinanty, které se u osob s mentálním postižením vyskytují v nejrůznější variabilitě a hierarchii. Jedná se například o:

- zvýšenou závislost na rodičích
- infantilitu
- sklony k úzkosti
- neurastenické reakce
- sugestibilitu
- rigiditu chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“, u těžších stupňů mentální retardace) opoždění psychosexuálního vývoje
- nerovnováhu aspirace a výkonu
- zvýšenou potřebu uspokojení a bezpečí
- poruchu interpersonálních vztahů a komunikace
- malou přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům

- impulsivnost
- hyperaktivitu nebo hypoaktivitu
- citovou vzrušivost
- zpomalenou chápavost
- ulpívání na detailech
- malou srovnávací schopnost
- sníženou mechanickou a logickou paměť
- těkavou pozornost
- poruchu vizumotoriky a celkové pohybové koordinace

(Valenta, Müller, 2003 s. 49).

„Typickým znakem poznávacích procesů mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podmětového stereotypu.“ (Vágnerová, 1999, s. 151).

Myšlení mentálně postižených bývá pasivnější a závislejší na zprostředkování informací zdravými lidmi. Hůře se orientují v prostředí, protože špatně rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se v něm cítí více ohroženi. Důsledkem je jejich silnější závislost na jiném člověku. Myšlení mentálně postižených dosáhne v nejlepším případě úrovně konkrétních logických operací. Typickými znaky je též stereotypnost, rigidita a ulpívavost na určitém způsobu řešení (Švarcová, 2000).

Řeč těchto lidí bývá postižena jak v obsahové, tak ve formální stránce. Pro řečový projev bývá typická méně přesná výslovnost. Lidé s lehkým mentálním postižením zvládnou běžné konkrétní pojmy a na této úrovni jsou schopni se dorozumět. Slovní zásoba je omezena a velké potíže činí porozumění celkovému kontextu. K častým obtížím patří i porozumění běžnému verbálnímu projevu. U nejzávažněji postižených se řeč nerozvíjí vůbec. Typickými znaky aktivního řečového projevu mentálně postižených jsou jazyková necitlivost, která se projevuje četnými agramatismy a jednoduchost projevu, tj. preference velmi krátkých vět a jednoznačných konkrétních pojmů.

Sociální vztahy mentálně postižených nejsou zcela objektivní, jsou nekritické a ovládané především emocionálně. Po celý život závisí na názorech jiných lidí vyskytujících se v jejich blízkém okolí. Ty přijímá mentálně postižený zcela jednoznačně, bez korekce a nekriticky. Typickým znakem je zvýšená sugestibilita a snadná ovlivnitelnost.

I lidé s mentálním postižením mají základní psychické potřeby. Čím je člověk závažněji postižený, tím je v uspokojování svých potřeb závislejší na okolí. Mentálně postižení mají tendenci upokojuvat své potřeby neodkladně a bez zábran. K základním psychickým potřebám řadíme potřebu stimulace (Valenta, Müller, 2003):

Přísun podnětů je nezbytný, avšak musí být přiměřený možnostem mentálně postiženého z hlediska jejich množství, kvality a doby působení. Mentálně postižení dávají přednost stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci.

Potřeba citové jistoty a bezpečí u mentálně retardovaných bývá velmi silná. Citová jistota může sloužit jako zdroj rovnováhy, narušované pocitem ohrožení okolním světem, který je pro postiženého často velmi obtížně srozumitelný. Potřeba emoční opory se projevuje určitou infantilitou.

Potřeba seberealizace bývá ovlivněna mírou mentálního postižení a způsobem sebe pojetí. Sebehodnocení bývá mechanickou akceptací názoru dospělé osoby, na níž jsou závislí. Mentálně postižený člověk nedokáže rozhodnout o míře uspokojení této potřeby a i v tomto směru je závislý na svém okolí.

Vznik potřeby životní perspektivy je závislý na schopnosti potřeby mentálně postiženého chápat pojem času, diferencovat minulost, přítomnost a budoucnost. Mentálně postižení žijí převážně přítomností (Vágnerová, 1999).

2.3 Emocionální prožívání osob s mentálním postižením

Emoce jsou důležitou složkou lidského chování. Ve velké míře se účastní našeho lidského jednání, regulují chování a ovlivňují intelektové i motorické výkony (Dolejší in Vítková, 2004). Citový vývoj souvisí s vývojem osobnosti, který se týká povahy, temperamentu, schopností procesu učení a sociální přizpůsobivosti. Nezralost osobnosti s mentální retardací je podmíněná. Projevuje se v mnoha zvláštěnostech emocionální oblasti (Vítková, 2004).

Ve většině případů jsou klienti s mentálním postižením emočně nevyspělí a chovají se podobně, jako děti nižší věkové úrovně. Dokážou adekvátně reagovat pouze na takové přístupy, které to respektují. Navázání kontaktu s klientem by mělo vycházet ze správného odhadu jeho emoční zralosti a dobré znalosti mechanismů, kterými se řídí jeho chování. Cizí prostředí, neznámé osoby a podněty či n neúměrně náročné úkoly u nich vyvolávají pocit strachu a intenzivní reakce panického rázu doprovázenou třesem.(Švarcová, 2001).

(Dolejší, 1978) dále uvádí, že chování klientů s mentálním postižením je charakteristické značnou úzkostlivostí, která se u některých lidí může projevovat i ve stáří. Dále se v chování klientů objevují tendence vyhýbání se všemu novému a neznámému a značná závislost na pochvale odměně a povzbuzení od druhých lidí. Úroveň sebekontroly svého vlastního chování bývá, u těchto lidí, velmi nízká. Od dospělé osoby přijímají úkol jen proto, aby se jí zavděčily. Nikoli proto, že by měli sami zájem splnit zadaný úkol.

Znalost psychických zvláštností osob s mentálním postižením umožňuje jeho rodičům, vychovatelům, učitelům a terapeutům zprostředkovaně působit na jeho emocionální sféru, adekvátním způsobem jí rozvíjet a vyrovnávat a napravovat její nedostatky (Švarcová, 2001).

City osob s mentálním postižením jsou nedostatečně diferencovány. Nacházejí se na úrovni mladšího dítěte. Člověk s mentálním postižením pocítuje spokojenost nebo nespokojenost. Diferencované jemné odstíny prožívání u něj téměř neexistují. Jeho city jsou často neadekvátní podnětům vnějšího světa a svojí dynamikou jsou neproporcionální. U některých lidí, můžeme vyzorovat nepřiměřeně lehké a povrchní prožívání vážných životních situací, které se projevuje rychlými přechody od jedné nálady ke druhé. Častěji se však setkáváme s jejich nadměrnou silou a inertností prožívání, vznikající na základě nepodstatných příčin.

Mentálně postižený člověk upoutaný přáním něco dělat nebo někam jít se nezbaví tohoto přání ani tehdy, kdy už ztratí svůj smysl. Emoce těchto lidí jsou egocentrické a projevují se v jejich hodnotících soudech. Nejvýše hodnotí osoby, skutečnosti a události, které jsou jim příjemné (Švarcová, 2001).

3. Muzikoterapie a mentální retardace

V praktické části jsem se pokusil přispět odpovědí na dvě důležité otázky:

- Umožňuje hra na tělo zklidnění, fyzické uvolnění a rozvoj vzájemné spolupráce mezi klienty v konkrétním zařízení?
- Je možné pomocí hry na tělo rozvíjet emoční stránku osobnosti?

3.1 Cíl práce, časový harmonogram, metodologie

Cíl práce

Cílem práce je ověřit, zda umožňuje technika hry na tělo v muzikoterapii zklidnění, fyzické uvolnění, zlepšení pohybových dovedností a rozvoj vzájemné spolupráce mezi klienty denního stacionáře Veleta o. s. pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Dílčí cíl

Zjistit, zda improvizativní technika hry na tělo v muzikoterapii pomáhá lépe vyjadřovat emoce osobám s mentálním postižením zahrnutým do šetření.

Pod označením technika hry na tělo chápeme vytváření diferencovaných zvuků (tleskání, pleskání, dupání), za pomoci vlastních tělesných aktivit, které byly použity ve vlastním muzikoterapeutickém projektu.

Vyjadřováním emocí rozumíme takové změny v chování klienta, které vhodným způsobem pomáhá lépe se vcítit do potřeb ostatních lidí v jeho okolí.

Časový harmonogram

Výzkum probíhal ve stacionáři Veleta o. s. pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením v Brně - Kohoutovicích. V přípravném období (asi dva měsíce) jsem klientům stacionáře představoval jednotlivé techniky hry na tělo. Během tohoto období měli účastníci muzikoterapeutických setkání možnost nechat na sebe jednotlivé techniky volně působit. Po skončení přípravné fáze začal probíhat vlastní výzkum, který trval po dobu jednoho roku.

3.2 Charakteristika zařízení

Stacionář Veleta o. s.4 vznikl v roce 2007 jako nestátní, neprofitní a nezávislá organizace. Cílem této organizace je zlepšit celkovou péči a pomoc u osob s mentální retardací a také u starých a nemocných občanů.

Stacionář Veleta se nachází v Brně - Kohoutovicích. Jeho posláním je poskytovat pomoc a podporu směřující k zachování a rozvíjení individuálních schopností, dovedností a zájmů s cílem posílit jejich samostatnost a integraci do běžné společnosti, Nabízí klientům léčebnou rehabilitaci, psychologickou rehabilitaci a pedagogickou rehabilitaci. Stacionář Veleta je určen pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 18 do 65 let. Výše zmíněná léčebná rehabilitace zde probíhá individuální formou ergoterapie a pedagogických činností.

Psychologická rehabilitace je zaměřena na muzikoterapii, arteterapii a aplikovanou psychoterapii. Smyslem této služby je umožnit klientovi, aby měl během dne možnost relaxace a mohl formou terapie dosáhnout vnitřního zklidnění. V neposlední řadě jde však také o to, aby se formou terapie mohly vytvořit dobré vztahy mezi klienty navzájem.

Pedagogická rehabilitace se snaží především o opakování učiva, kterému se klienti naučili ve zvláštní nebo pomocné škole. Jedná se především o opakování poznatků v matematice a v českém jazyce. V pedagogické rehabilitaci jde také o upevňování vhodného chování, které je důležité při vytváření vztahů s ostatními lidmi ve společnosti. Velký důraz je kladen také na nácvik samostatnosti a soběstačnosti v sebeobslužných úkonech jako jsou hygiena, stravování, oblékání, mytí nádobí, úklid, používání elektrospotřebičů apod.

Klienti se učí využívat též služeb pošty, osvojují si dovednost telefonování a komunikace s druhými lidmi. Nedílnou součástí programu ve stacionáři Veleta tvoří ruční práce (např. šití, vyšívání, háčkování, pletení, drátování a vytváření výrobků z nejrůznějších materiálů). V nabídce programových činností mají klienti zařazeny i sportovní aktivity (např. pohybové hry, míčové hry a plavání).

Kromě poskytování různých forem ucelené rehabilitace se klienti také účastní výletů a společenských akcí. K pravidelným společenským událostem patří každoroční účast klientů stacionáře na filmovém festivalu Mental Power v Praze, který je určen osobám s mentálním a kombinovaným postižením.

Vedle Denního stacionáře zde ještě působí Domov pro osoby se zdravotním postižením od 18 ti let. Hlavním cílem Domova pro osoby se zdravotním postižením je poskytovat potřebnou péči a podporu v prostředí podobném domácímu, s důrazem na udržení a rozvoj stávajících sociálních vazeb a aktivit. Poskytování služeb zde zajišťují zdravotní sestry, pečovatelky a osobní asistenti.

⁴ Více na <http://www.sdruzeniveleta.cz>

Tito pracovníci poskytují klientům služby, jako jsou např. přímá obslužná péče, která spočívá v jednoduchých denních činnostech, pomoc při osobní hygieně, oblékání, manipulaci s přístroji a kompenzačními pomůckami a dalších ošetrovatelských úkonech.

3.3 Vlastní muzikoterapeutický projekt

Součástí projektu bylo studium odborné literatury vztahující se k dané problematice a výběr vhodných technik a postupů v muzikoterapii využitelných pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Cílem projektu bylo zjistit, zda techniky hry na tělo v muzikoterapii umožňují zklidnění, fyzické uvolnění, zlepšení pohybových dovedností a rozvoj vzájemné spolupráce mezi klienty s mentálním postižením.

Jednotlivá muzikoterapeutická setkání navštěvovalo jedenáct klientů - šest mužů a pět žen. Věkové rozpětí bylo od 21 do 66 let. Diagnózou klientů byla lehká a středně těžká mentální retardace a stav po mozkové příhodě.

Celkem bylo realizováno 20 muzikoterapeutických setkání. Po skončení každého setkání byl proveden písemný záznam o jejím průběhu a chování klientů během setkání. Jednotlivá muzikoterapeutická setkání začala po pečlivém prostudování písemných dokumentů (lékařské zprávy, osobní spisy klientů). Záznamy pozorování, které byly vedeny během aplikace muzikoterapeutických technik, se staly podkladem pro průběžnou a výstupní analýzu každého klienta, zpracování výsledků a formulování závěru, do jaké míry muzikoterapie ovlivnila osobnost klientů. Při realizaci projektu jsem spolupracoval s ostatními terapeutickými pracovníky stacionáře, kteří mě po celou dobu výzkumného projektu podporovali. Výzkum se uskutečnil v letech 2009 - 2010 v rámci pravidelných muzikoterapeutických setkání, ve kterých proběhlo celkem 15 lekcí zaměřených na aplikaci muzikoterapeutických improvizčních postupů u klientů. Tyto lekce probíhaly v prostorách pobytové místnosti Denního stacionáře Veleta. Místnost je vybavena odpovídajícími hudebními nástroji pro muzikoterapii. Je zde souprava rytmických bicích nástrojů Orffova instrumentáře, kytara, kantele, duochord a keyboard. Při jednotlivých muzikoterapeutických setkáních byly využívány také hudební nástroje, které si klienti sami vlastnoručně vyrobili.

Ke splnění stanovených cílů byly použity následující metody:

Analýza zdravotní dokumentace klientů, jejímž cílem bylo zjistit zdravotní a sociální anamnézu a zúčastněné pozorování. Záznamy zúčastněného pozorování byly prováděny formou záznamů jednotlivých muzikoterapeutických setkání do připravených záznamových archů (viz příloha č. 1) a analyzovány kvalitativním způsobem. Během pozorování jsem si vytvořil ucelený obraz o chování jednotlivých klientů, jejich vnímání a prožívání. Na základě těchto pozorování jsem dospěl k daným výsledkům (viz níže).

Stěžejním výzkumným nástrojem bylo zúčastněné pozorování. V tomto typu pozorování je pozorovatel součástí skupiny a vědomě s ní pracuje (Hendl, 2008 s.193).

Během zúčastněného pozorování vzniklo celkem 20 záznamových archů. Tři nejcharakterističtější uvádím jako přílohu č 1. Tyto záznamové archy jsem podrobil důkladné analýze. Zaměřil jsem se nejen na reakce klientů na vstupy v jednotlivých setkáních, ale také na změny chování v čase. Během jednotlivých setkání i mezi jednotlivými setkáními.

Charakteristika klientů

Tab č. 1. Klient Karel

Věk:	32 let
Diagnóza:	F 71 – středně těžká mentální retardace, hypermetropie.
Rodinné prostředí:	Žije s matkou, bratrem, švagrovou a dvěma synovci. Otec v loňském roce zemřel.
Komunikační dovednosti:	Klient má plynulou a dobře srozumitelnou řeč. Nesprávně vyslovuje pouze obtížnější slova nebo slova cizího původu. Do komunikace vstupuje aktivně. Potíže nastanou tehdy, když je mu svěřený úkol, při kterém má požádat o pomoc druhého člověka, přestává komunikovat. Nemá rád činnosti ve skupině. Vždy se jim vyhýbá.
Pohybové dovednosti	Pohyb není výrazně narušen. Chůze je pomalá. Při zvýšené fyzické námaze se snadno unaví.
Sociální chování a vztahy	Ve vztahu ke svým vrstevníkům a dospělým bývá někdy kritický. Nelíbí se mu, když se má aktivně zapojit do nabízeného programu ve stacionáři. Snaží se prosadit to, co chce právě on sám. Rád se sám zapojí do domácích úklidových prací.

Tab č. 2 klient Jiří

Věk:	32 let
Diagnóza:	F 71 – středně těžká mentální retardace, snížená aktivita k činnosti, dyslalie.
Rodinné prostředí:	Žije s rodinou
Komunikační dovednosti:	Řeč je velmi těžce narušena. Okolí se s ním obtížně dorozumí, protože nerozumí každému slovu, které vysloví. Klient je ochoten slovo, kterému okolí nerozumí, opakovat tak dlouho, až mu okolí porozumí.
Pohybové dovednosti	Jemná i hrubá motorika je velmi vážně poškozena. Chůze je značně nejistá. Při zvýšené tělesné námaze se

	snadno unaví. Má rád sport, zvláště fotbal.
Sociální chování a vztahy	Vztahy s vrstevníky a dospělými jsou nekonfliktní. Sám se aktivně do komunikace nezapojuje. Mluví jen tehdy, je-li na něco tázán. Odpovídá většinou přiléhavě.

Tab č. 3. klient Ivo

Věk:	21 let
Diagnóza:	F 70 - lehká mentální retardace, epilepsie, občasné poruchy chování
Rodinné prostředí:	Žije s matkou.
Komunikační dovednosti:	Mluví pomalu, ale srozumitelně. Odpověď na otázky si velmi dlouhou dobu nejdříve rozmýšlí a pak velmi pomalým tempem řeči odpoví.
Pohybové dovednosti	Chůze je pomalá a nestabilní. Při zvýšené tělesné námaze se dostaví velká únava.
Sociální chování a vztahy	Chování a vztahy s ostatními lidmi jsou nekonfliktní. Má tendence vyhýbat se ostatním lidem. Nabízené aktivity v denním stacionáři ho příliš nezajímají. Vždy provádí svoji oblíbenou činnost (skládání hlavolamů a stavebnic) Je obtížné zapojit ho do společné činnosti mezi ostatní klienty.

Tab č. 4. Klientka Andrea

Věk:	36 let
Diagnóza:	F 70 – lehká mentální retardace, epilepsie
Rodinné prostředí:	Žije se svou sestrou.
Komunikační dovednosti:	Komunikační dovednosti jsou na dobré úrovni. Sama se aktivně do komunikace zapojuje. Pokud nezná na některou otázku odpověď, dostaví se strach, v jehož důsledku se někdy v její řeči objeví balbuties.
Pohybové dovednosti	Jemná a hrubá motorika není výrazným způsobem narušena. Chůze je pomalá a nejistá.
Sociální chování a vztahy	Chování a sociální vztahy jsou bezproblémové. Do nabízené činnosti ve stacionáři se ochotně zapojuje.

Tab č. 5 klientka Věra

Věk:	32 let
Diagnóza:	F 70 lehká mentální retardace, epilepsie.
Rodinné prostředí:	Žije s rodinou.
Komunikační dovednosti:	Plynulost a srozumitelnost řeči je na běžné úrovni. Občas se vyskytne zkomolení obtížněji vyslovitelných slov a jmen. Často při své mluvě používá vulgarismy.
Pohybové dovednosti	Pohybové dovednosti: Pohyb a chůze jsou pouze mírně nejisté. Ráda se zapojuje do pohybových aktivit, které souvisejí s hudbou a moderním tancem. Nemá ráda ranní rozevičky.
Sociální chování a vztahy	Sociální chování a vztahy jsou výrazně ovlivněny její vulgární mluvou. Ráda se s ostatními klienty rozděluje o sladkosti, kávu a cigarety. Při rozhovoru skáče lidem do řeči a nedá jim prostor vyjádřit svou myšlenku

Tab č. 6 klientka Dagmar

Věk:	66 let
Diagnóza:	F 70 lehká mentální retardace.
Rodinné prostředí:	Žije s matkou a sestrou. Otec zemřel.
Komunikační dovednosti:	Při komunikaci je patrná mírná vada řeči. Do komunikace s ostatními se sama aktivně zapojuje pouze při vyprávění o její rodině. Jinak působí nesměle a zamlkle.
Pohybové dovednosti	Pohybové dovednosti jsou velmi nejisté. Chůze je pomalá a nestabilní. Špatně drží rovnováhu. Velmi brzy se po chůzi z jedné místnosti do druhé dostavuje velká únava.
Sociální chování a vztahy	V této oblasti nemá konfliktní problémy. Sama aktivně komunikaci s ostatními nevyhledává. Určitou výjimku tvoří rozhovory o jejím rodinném životě.

Tab. Č.7. Klient Štěpán

Věk:	42 let
Diagnóza:	F 71 středně těžká mentální retardace, zrakové postižení.
Rodinné prostředí:	Žije trvale v domově pro osoby se zdravotním postižením, při stacionáři Veleta.
Komunikační dovednosti:	Řeč je plynulá a srozumitelná. Pro počáteční ubývající síly sluchu některá slova nechtěně zkomolí. Komunikace se sám aktivně neúčastní.
Pohybové dovednosti	Pohyb a chůze jsou díky zrakové vadě pomalé a velmi nejisté. Je schopen se bez cizí pomoci pohybovat v prostorách stacionáře. Při pohybu mimo stacionář potřebuje pomoc druhé osoby.
Sociální chování a vztahy	Klient je velmi uzavřený do sebe. Většinu dne je zavřený ve svém pokoji, kde poslouchá hudbu. Chování a vztahy jsou bezproblémové. Občas se u něj vyskytnou výbuchy vzteku.

Tab č. 8. Klient Václav

Věk:	49 let
Diagnóza:	Stav po prodělané mozkové mrtvici, těžká vada řeči.
Rodinné prostředí:	Žije s rodinou.
Komunikační dovednosti:	Řeč je těžkopádná a velmi špatně srozumitelná. Klient sám aktivní komunikaci nevyhledává. Stydí se za svůj řečový handicap.
Pohybové dovednosti	Pohyb a chůze jsou možné s použitím jedné francouzské hole. Chůze je velmi namáhavá a těžkopádná. Pohybové aktivity sám nevyhledává.
Sociální chování a vztahy	Klient má sociální chování a vztahy zcela bez konfliktů. Sám nevyvíjí aktivitu k zapojení se do společného programu s ostatními klienty. Má strach, že by jeho verbálnímu projevu ostatní klienti nerozuměli a on sám by jim nedokázal vysvětlit, co jim chtěl sdělit.

Tab č. 9 klient Jan

Věk:	66 let
Diagnóza:	F 70 lehká mentální retardace.
Rodinné prostředí:	Žije s bratrem.
Komunikační dovednosti:	Řeč je rychlá, překotná, špatně srozumitelná. Je-li vyzván, aby některé slovo či větu zopakoval, rozčílí ho to, protože si sám už nepamatuje, co chtěl říci.
Pohybové dovednosti	Pohyb je plynulý s velmi rychlou chůzí. Při procházce mimo stacionář má tendenci všechny klienty předběhnout a ztratit se z dohledu.
Sociální chování a vztahy	Tato oblast je u klienta narušena kvůli zvýšenému impulzivnímu jednání, které se projevuje zejména při hraní společenských her s ostatními klienty.

Tab č. 10 klientka Anna

Věk:	21 let
Diagnóza:	Mentální retardace středního stupně
Rodinné prostředí:	Žije s matkou, otcem a bratrem ve spořádané, harmonické rodině.
Komunikační dovednosti:	Slovní zásoba obsahuje asi deset slov.
Pohybové dovednosti	Pohybuje se samostatně na invalidním vozíku.
Sociální chování a vztahy	Snaží se navázat komunikaci s lidmi pomocí slov, které ovládá.

Tab č. 11 klientka Vendula

Věk:	41 let
Diagnóza:	Downův syndrom, onemocnění plic.
Rodinné prostředí:	Žije s matkou a bratrem v rodinném domě. Otec v loňském roce zemřel.
Komunikační dovednosti:	Komunikuje běžným způsobem. Při řeči je patrná dyslalie.
Pohybové dovednosti	Pohybuje se velmi těžce a pomalu. Při chůzi pociťuje bolest kloubů.
Sociální chování a vztahy	Vztahy s ostatními klienty jsou dobré.

Vybraná muzikoterapeutická setkání

Ukázka obsahuje náhodný výběr ze všech 15 realizovaných setkání, nejedná se pouze o úvodní setkání.

Cvičení č. 1 Tleskání v kruhu

Postup: Klienti sedí v kruhu na židli a jsou terapeutem vyzváni, aby jeden po druhém jedenkrát tleskli.

Cíl: Vnímání způsobu tleskání ostatních klientů ve skupině, vnímání rytmu.

Cílová skupina: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Pomůcky: Žádné.

Prostředky: Zvuk, rytmus.

Indikace: Dospělé osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Kontraindikace: Žádná.

Cílová skupina: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

3k: Komunikace: Vzájemná neverbální komunikace klientů ve skupině.

Koordinace: Pohybová, sluchová, zraková.

Kreativita: Způsob tleskání každého jednotlivého klienta ve skupině.

3s: Stimulace: Sluch, zrak, pohyb.

Seberealizace: Začlenění každého klienta do společné skupiny.

Spolupráce: Terapeut-klient, vzájemná spolupráce klientů ve skupině.

Projevy klientů

Karel: se odmítá muzikoterapie zúčastnit. Na otázku terapeuta proč se odmítá zúčastnit, odmítá odpovědět.

Jiří: během cvičení tleská nepřetržitě, nedokáže si uvědomit, kdy na něj přijde řada s tlesknutím.

Ivo: zvládá cvičení bez potíží. Při tleskání má poněkud pomalejší tempo než ostatní.

Andrea: zvládá cvičení bez potíží.

Věra: Do úvodního cvičení se ochotně zapojila. Při tleskání neví, kdy má tlesknout, protože si není jistá, zda na ni přišla řada.

Dagmar: tleská předčasně, nevydrží čekat až na ni při tlesknutí přijde řada.

Štěpán: odmítá se účastnit muzikoterapie. Nechce pracovat ve skupině. Má raději individuální přístup.

Václav: zvládá cvičení bez potíží.

Jan: zvládá cvičení bez potíží.

Anna zvládá cvičení bez potíží

Vendula: ze začátku pracuje s ostatními, pak ztratí oční kontakt s terapeutem a přestane vnímat práci ve skupině. Klientka kromě práce ve skupině vyžaduje individuální přístup.

Závěr setkání

Na závěr jsme seděli společně s klienty v kruhu. Klienti své dojmy a pocity z prvního setkání vyjádřily pomocí náladoměru. Pokud ukázali rukou k zemi, znamenalo to, že se jim setkání nelíbilo a neodnášejí si z něj dobrý pocit. Pokud rukou ukázali na úroveň břicha, znamenalo to, že se jim setkání líbilo a odnášejí si z něj dobrý pocit. Pokud rukou ukázali nad svou hlavu, znamenalo to, že si z úvodního setkání odnášejí velmi dobrý pocit.

Výsledky

Z počtu jedenácti klientů, pět zvládalo cvičení bez potíží, dva se odmítli zúčastnit skupinové muzikoterapie, jeden tleská nepřetržitě a jeden předčasně. Jedna klientka začala pracovat se skupinou, ale pak ztratila oční kontakt jak s terapeutem, tak se skupinou. Jeden má při práci pomalejší tempo, ale cvičení chápe a zvládá bez potíží.

Shrnutí

Úvodní setkání klienti absolvovali s velkým ostychem a obavami ze sebevyjádření. Klienty bylo nutné k nabízené činnosti slovně i praktickou ukázkou motivovat. Cvičení bylo nutné několikrát zastavit a pak začít znovu. Po překonání počátečního ostychu cvičení plynule probíhalo.

Cvičení č. 3 Dupání v kruhu

Postup: Klienti sedí v kruhu na židlích a jsou vyzváni terapeutem, aby každý z nich jedenkrát dupnul oběma nohama na zem.

Cíl: Uvedení dolních končetin do rytmického pohybu, vnímání rytmu, osvojení dupání ve správném pořadí po kruhu.

Obměna: Klienti provádějí stejné cvičení ve stoje.

Pomůcky: Žádné.

Prostředky: Zvuk, rytmus, pohyb.

Indikace: Dospělé osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Kontraindikace: Žádná.

Cílová skupina: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

3k: Komunikace: Neverbální komunikace klientů během provádění cvičení ve skupině.

Koordinace: Sluchová, pohybová.

Kreativita: Způsob dupání každého klienta, během cvičení, ve skupině.

3s: Stimulace: Sluch, pohyb.

Seberealizace: Zapojení každého klienta do skupiny ostatních klientů při provádění cvičení.

Spolupráce: Terapeut-klient, vzájemná spolupráce klientů ve skupině.

Projevy klientů:

Karel: odmítá se účastnit muzikoterapie. Svůj postoj odmítá zdůvodnit

Jiří: snaží se pracovat se skupinou, ale dupání provádí nepřetržitě. Neví kdy je na řadě.

Ivo: cvičení zvládá bez potíží. Pracuje pomalejším tempem.

Andrea: zvládá cvičení bez potíží.

Věra: zvládá cvičení bez potíží.

Dagmar: do cvičení se zapojí se skupinou. Dupání provádí nahodile. Nikoli podle stanovených pravidel Neví, kdy má dupnout.

Štěpán: Odmítá se účastnit muzikoterapie s odůvodněním, že se necítí dobře.

Václav: zvládá cvičení bez potíží.

Jan: Dupe příliš impulzivně a rychle. Cvičení je nutné přerušit a pracovat na vytvoření klidu a pomalejšího tempa klienta.

Anna: Dupnutí nahrazuje úderem do chráničů kol vozíku. Cvičení zvládá bez potíží.

Vendula: zvládá cvičení bez potíží.

Závěr setkání

V závěru cvičení ukázali klienti svůj náladoměr (viz. setkání č. 1)

Dva klienti ukázali jeho nízkou úroveň (ruka směřovala k zemi). Na dotaz terapeuta, zda se jim setkání a cvičení líbilo a zda mají opravdu špatnou náladu, oba klienti reagovali mlčením.

Výsledky

Z počtu jedenácti klientů pět zvládalo cvičení bez potíží. Dva klienti se odmítli zúčastnit muzikoterapeutického setkání. Dva klienti v průběhu cvičení nevěděli, kdy mají dupnout nohama. Jeden klient prováděl cvičení pomaleji a rovněž jeden klient prováděl cvičení příliš rychle a impulzivně.

Shrnutí

Na začátku setkání se u klientů objevila nechuť k provádění cvičení. Bylo nutné slovní povzbuzení terapeuta a praktická ukázka cvičení. Po několika minutách se, do nabízené činnosti zapojili téměř všichni klienti.

Cvičení č. 8: Nohy v rytmu

Postup: Klienti sedí v kruhu na židlích a jsou terapeutem vyzváni, aby společně vytvořili následující rytmickou strukturu:

Nejprve oběma nohama dupneme.

Provedeme lehké ťuknutí chodidel směrem k sobě.

Dáme chodidla od sebe.

Nakonec opět dupneme oběma nohama o zem a celý postup zopakujeme.

Cíl: Vnímání a osvojení rytmické struktury, zlepšení pohyblivosti dolních končetin, posílení břišních svalů.

Pomůcky: Žádné.

Prostředky: Rytmus.

Indikace: Dospělé osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením

Kontraindikace: Žádná.

Cílová skupina: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

3k: Komunikace: |Terapeut, klient, klienti ve skupině při provádění cvičení.

Koordinace: Pohyb, sluch, zrak.

Kreativita: Vytváření zvuků a pravidelné rytmické struktury při provádění cvičení.

3s: Stimulace: Sluch, zrak.

Seberealizace: Zapojení klientů společné skupiny při realizaci cvičení.

Spolupráce: Terapeut – klient, klienti ve skupině v průběhu cvičení.

Projevy klientů:

Karel: se odmítá zapojit do muzikoterapie. Stěžuje si, že je stále zapojován do programu.

Jiří: Do cvičení se zapojuje ochotně, jednotlivé úkony však provádí neuspořádaně a nahodile.

Ivo: cvičení zvládá bez potíží. Má pomalejší tempo než ostatní klienti.

Andrea: při provádění cvičení si občas plete pořadí jednotlivých úkonů.

Věra: má špatnou náladu a do cvičení se odmítá zapojit. Obává se, že si nezapamatuje rytmickou strukturu cvičení. Po individuálním provedení cvičení s terapeutem se klientka do muzikoterapie již normálně zapojuje

Dagmar: úkony během cvičení provádí chaoticky a v pomalém tempu. Má tendenci cvičení úplně vzdát, protože jí to nejde. Když cvičení dvakrát za sebou zopakovala s terapeutem, byla klidnější a pořadí jednotlivých úkonů si méně pletla.

Štěpán: odmítal se muzikoterapie zúčastnit. Tvrdí, že musí k lékaři.

Václav: zvládá cvičení bez potíží.

Jan: provádí cvičení velmi rychle a je značně nervózní. Zklidní se až po velmi pomalém provedení cvičení pouze s terapeutem.

Anna: není schopna, kvůli upoutání na invalidní vozík bez možnosti pohybu dolních končetin, dupnout oběma nohama na zem. Místo dupnutí používá úder obou ruk do chráničů kol na invalidním vozíku.

Vendula: zvládá cvičení bez potíží.

Výsledky

Z počtu jedenácti klientů dva zvládají cvičení bez potíží. Dva se odmítají muzikoterapie zúčastnit. Dva klienti prováděli cvičení nahodile a chaoticky. Jedna klientka se obávala, že si nezapamatuje

rytmickou strukturu cvičení ve správném pořadí. Jeden klient prováděl cvičení rychle a byl nervózní. Jedna klientka měla v úmyslu cvičení vzdát, protože jí nešlo. Jeden klient měl při cvičení pomalejší pracovní tempo. Jedna klientka se občas spletla ve správném pořadí jednotlivých úkonů při provádění cvičení.

Shrnutí

Klienti prováděli cvičení, které obsahovalo čtyři úkony. Během muzikoterapeutického setkání se snažili projevit maximální snahu a nasazení při provádění cvičení. Při závěrečném náladoměru pouze jeden klient ukázal rukou k zemi. Ostatním klientům se cvičení líbilo, o čemž svědčili jejich ruce, zdvižené nad hlavou.

Průběžná analýza klientů listopad 2009

Tabulka č. 12 - klient Karel

Komunikační dovednosti	S ostatními lidmi komunikuje jen tehdy, je-li to nutné. Když musí nutně komunikovat při zadaném úkolu s druhou osobou, jde tento úkol vykonat, ale druhou osobu se ostýchá požádat o pomoc. Při oslovení osoby, není schopen dodržet základní pravidla slušného chování. Osobu, s níž má komunikovat neosloví jménem.
Pohybové dovednosti	Přetrvává pomalá chůze a zvýšená unavitelnost při fyzické námaze.
Sociální chování a vztahy	Stále má tendenci prosazovat místo nabízeného programu svou vlastní činnost, kterou chce vykonávat pouze sám. Odmítá se zapojit do jakýchkoli skupinových aktivit. Rád uklízí ve stacionáři.

Tabulka č. 13 - klient Jiří

Komunikační dovednosti	Nebyly zaznamenány žádné výraznější změny.
Pohybové dovednosti	Přetrvává pomalá chůze a zvýšená unavitelnost při fyzické námaze.
Sociální chování a vztahy	Sám se každý den ptá, jestli bude zase muzikoterapie. Jinak je zamklý a mluví jen tehdy, když je mu položena otázka.

Tabulka č. 14 - klient Ivo

Komunikační dovednosti	Řeč je stále pomalá, ale dobře srozumitelná. Ostatní potíže v komunikaci dále přetrvávají.
Pohybové dovednosti	Chůze působí o něco jistějším a pevnějším dojmem. Unavitelnost při zvýšené námaze přetrvává.
Sociální chování a vztahy	Klient má snahu více se zapojit do skupinové činnosti s ostatními klienty. Tarapeut ho k takové aktivitě musí motivovat dlouhou dobu. Stále je patrné stranění se kolektivu a snaha o útek k vlastní činnosti před nabízeným programem ve stacionáři.

Tabulka č. 15 - klientka Andrea

Komunikační dovednosti	Sama se začíná snažit o vyhledání informací k otázkám, na něž nezná odpověď.
Pohybové dovednosti	Chůze se pomalu stává jistější.
Sociální chování a vztahy	Stav zůstává nezměněný.

Tabulka č. 16 klientka Věra

Komunikační dovednosti	Je patrné méně časté používání vulgarismů. Ostatní beze změny.
Pohybové dovednosti	Mírné zlepšení. Jednou týdně se sama zapojí do ranní rozcvičky.
Sociální chování a vztahy	Ve společnosti mezi klienty stále mluví vulgárně. Při rozhovoru ostatních lidí jim skáče do řeči.

Tabulka č. 17 - klientka Dagmar

Komunikační dovednosti	V komunikaci nedošlo u klientky k výrazným změnám.
Pohybové dovednosti	Stav je na stejné úrovni jako při vstupní analýze.
Sociální chování a vztahy	Stav je nezměněný.

Tabulka č. 18 - klient Štěpán

Komunikační dovednosti	Stav zůstává nezměněn.
Pohybové dovednosti	Pohybové dovednosti jsou na stejné úrovni s předchozí analýzou.
Sociální chování a vztahy	Stav je nezměněný.

Tabulka č. 19 - klient Václav

Komunikační dovednosti	K žádnému pokroku v komunikaci nedošlo.
Pohybové dovednosti	Stav zůstává i nadále nezměněn.
Sociální chování a vztahy	V sociálním chování a vztazích s ostatními klienty k žádným pokrokům nedošlo.

Tabulka č. 20. - Klient Jan

Komunikační dovednosti	Stav je nezměněn. V komunikaci s ostatními je patrná velká nervozita.
Pohybové dovednosti	Stav se nezměnil.
Sociální chování a vztahy	Sociální vztahy a chování nevykazují u klienta známky žádného zlepšení.

Tabulka č. 21. – Klientka Vendula

Komunikační dovednosti	Stav komunikace je nezměněn.
Pohybové dovednosti	Pohybuje se samostatně na invalidním vozíku. Má snahu vyjízďet sama ven.
Sociální chování a vztahy	Zůstávají stále na stejné úrovni.

Tabulka č. 22. – Klientka Anna

Komunikační dovednosti	Říká velmi málo slov. Reaguje na položené otázky stručnou odpovědí.
Pohybové dovednosti	V pohybových dovednostech nedošlo

k žádnému zlepšení.

Sociální chování a vztahy

Klientka se ráda mazlí. Má sklony

Nechávat se pochovat od ostatních
pracovníků.

Velmi kladně reaguje na jakoukoli pochvalu.

Cvičení č. 12 Vlak se rozjíždí

Postup: Klienti sedí na židlích v kruhu. Terapeut jim vypráví krátký příběh o cestování vlakem a o tom jaký je to zážitek, když se vlak rozjíždí, pak jede rychle a nakonec přijede do další stanice, před kterou musí zpomalit a na vlakové zastávce opět zastavit. Po dokončení vyzve terapeut klienty, aby se pokusili, pomocí hry na tělo, vytvořit rozjíždějící vlak. Předvede klientům následující rytmickou strukturu:

- dupneme nohama dvakrát o zem
- dvakrát pleskneme o stehna
- dvakrát pleskneme dlaněmi na břicho
- dvakrát tleskneme dlaněmi o sebe

Klienti pak danou rytmickou strukturu hrají v různé dynamice a učí se střídát rychlé a pomalé tempo.

Cíl: Napodobení rozjíždějícího se vlaku, osvojení si rytmické struktury, vnímání dynamiky a tempa.

Pomůcky: Žádné.

Prostředky: Rytmus, dynamika, tempo.

Indikace: Dospělé osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Kontraindikace: Žádná.

Cílová skupina: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

3k: Komunikace: Klienti ve skupině navzájem při provádění cvičení.

Koordinace: Pohybová, sluchová, zraková.

Kreativita: Vytváření tempa a dynamiky v průběhu cvičení

3s: Stimulace: Pohyb, sluch, zrak.

Seberealizace: Vytváření specifického tempa a dynamiky u každého klienta.

Spolupráce: Společné vytváření a prožívání cvičení ve skupině klientů. Vnímání rytmicky vytvořeného vlaku ve skupině.

Projevy klientů:

Karel: cvičení se aktivně zúčastnil. Líbí se mu cestovat vlakem.

Jiří: pletl si pořadí úkonů při cvičení. Tvrdil, že cvičení je pro něj příliš těžké a že to nezvládne.

Ivo: zvládá cvičení bez potíží. Pouze v pomalejším tempu.

Andrea: občas si pletla jednotlivé úkony při cvičení.

Dagmar: nepochopila pořadí jednotlivých úkonů. Stále dupala nohama o zem.

Štěpán: tvrdil, že se nemůže zúčastnit muzikoterapie, protože musí poslouchat dechovku.

Václav: bylo pro něj velmi obtížné spojit všechny čtyři úkony dohromady. Potřeboval cvičení provádět s pomocí terapeuta a v pomalém tempu.

Jan: pletl si pořadí jednotlivých úkonů a byl velmi nervózní a později vztekly z toho, že mu cvičení nejde provést tak, jak by si sám představoval. Potřeboval stejné cvičení jako klient Václav.

Anna: musela kvůli omezené pohyblivosti dolních končetin použít místo dupnutí úder dlaněmi na chrániče kol. Jinak zvládla cvičení bez větších potíží.

Vendula: sama cvičení nezvládla provádět. Potřebovala pomoc terapeuta a individuální přístup.

Výsledky

Z jedenácti klientů se jeden odmítl zapojit do muzikoterapie. Jeden klient zvládal cvičení bez potíží, pouze v pomalejším tempu. Čtyři klienti si pletli pořadí jednotlivých úkonů při cvičení. Tři klienti nespojili všechny čtyři úkony dohromady a potreboval pomoc terapeuta. Jedna klientka zvládala cvičení bez potíží, ale dupnutí nohama musela nahradit alternativním způsobem. Jedna klientka si pletla pořadí jednotlivých úkonů jen občas. Vždy se dokázala vrátit ke správnému rytmickému vzoru.

Shrnutí

Nabízeného cvičení se odmítl účastnit pouze jeden klient. U ostatních klientů byla patrná velká snaha cvičení zvládnout se správným pořadím úkonů a rytmem. Při závěrečném náladoměru všichni přítomní klienti zvedli ruce nad hlavu a vyjádřili tak kladné hodnocení setkání. A to i přesto, že při cvičení museli překonávat problémy.

Cvičení č. 15 Staroměstský orloj

Postup: Terapeut vypráví klientům krátký příběh o staroměstském orloji. Pak vyzve klienty, aby si společně zahráli hru Staroměstský orloj. Hra probíhá následujícím způsobem: Všichni klienti stojí v kruhu a jeden z nich představuje apoštola. První apoštol zahraje na své tělo volnou improvizaci na čtyři doby a ostatní“apoštolové“ rytmus zopakují po prvním apoštolovi. Po skončení improvizace prvního apoštola se všichni klienti posunou po kruhu o jeden krok dopředu. Na místo prvního apoštola tak postoupí druhý apoštol a vše se opakuje výše popsáním způsobem. Hra končí tehdy, až se všichni klienti vystřídají v roli apoštola.

Cíl: Opakování rytmu, nácvik vystupování před ostatními lidmi, plynulý pohyb po kruhu a nácvik vystupování ve vůdčí roli.

Pomůcky: Žádné.

Prostředky: Rytmus, plynulá chůze po kruhu, rytmická volná improvizace.

Indikace: Dospělé osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Kontraindikace: Žádná

Cílová skupina: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

3k: Komunikace: Klienti mezi sebou navzájem (vůdčí role – podřízená role).

Koordinace: Pohybová, zraková, sluchová.

Kreativita: Vyjádření volné rytmické improvizace.

3s: Stimulace: Zrak, sluch pohyb.

Seberealizace: Práce každého klienta ve vůdčí roli apoštola i ve skupině apoštolů.

Spolupráce: Klienti vzájemně ve skupině při práci.

Projevy klientů:

Klient Štěpán se odmítl muzikoterapie zúčastnit. Svůj odmítavý postoj nijak neodůvodnil. Místo odpovědi na otázku proč se nechce účastnit muzikoterapie, koukal do země.

Klient Václav se pro nemoc muzikoterapie nezúčastnil. Ostatních devět klientů se do hry ochotně zapojilo a všichni ji zvládli bez potíží absolvovat.

Výsledky

Z počtu jedenácti klientů se jeden z nich odmítl zapojit do muzikoterapie. Jeden klient se pro nemoc nezúčastnil. Ostatních devět klientů úspěšně zvládlo jak pohybovou, tak rytmickou stránku hry. Vystupování ve vůdčí roli apoštola jim nečinilo žádné potíže.

Shrnutí

Při provádění hry Staropražský orloj se všichni klienti zapojili do děje hry. Nabídnutou aktivitou byli natolik zaujati, že žádali její druhé a třetí opakovací kolo. Při závěrečném náladoměru devět klientů ukázalo rukou nad svoji hlavu. Z tohoto setkání odcházeli klienti s dobrým pocitem.

Průběžná analýza klientů březen 2010

Tabulka č. 23 - klient Karel

Komunikační dovednosti	Zůstávají na stejné úrovni, jako při předchozí analýze.
Pohybové dovednosti	Mírné zlepšení. Chůze působí jistějším dojmem.
Sociální chování a vztahy	Zůstávají na stejné úrovni, jako při předchozí analýze.

Tabulka č. 24 - klient Jiří

Komunikační dovednosti	Nebyly zaznamenány žádné výraznější změny.
Pohybové dovednosti	Přetrvává pomalá chůze a zvýšená unavitelnost při fyzické námaze.
Sociální chování a vztahy	Sám se každý den ptá, jestli bude zase muzikoterapie. Jinak je zamklý a mluví jen tehdy, když je mu položena otázka.

Tabulka č. 25 - klient Ivo

Komunikační dovednosti	Řeč je pomalá, ale dobře srozumitelná. Ostatní potíže v komunikaci jsou již méně patrné.
Pohybové dovednosti	Chůze působí o něco jistějším a pevnějším dojmem. Unavitelnost při zvýšené námaze přetrvává.
Sociální chování a vztahy	Klient má snahu více se zapojit do skupinové činnosti s ostatními klienty. Tarapeut ho musí vhodným způsobem motivovat. Stále je u klienta zřejmé stranění se kolektivu a snaha o útěk k vlastní činnosti před nabízeným programem ve stacionáři.

Tabulka č. 26 - klientka Andrea

Komunikační dovednosti	Sama se začíná snažit o komunikaci s druhými lidmi. Balbuties se objevuje méně často.
Pohybové dovednosti	Chůze se zrychlila a je jistější.
Sociální chování a vztahy	Stav je nezměněn.

Tabulka č. 27 klientka Věra.

Komunikační dovednosti	Používání vulgarismů je méně časté.
Pohybové dovednosti	Do ranní rozcvičky se zapojí třikrát týdně.
Sociální chování a vztahy	Ve společnosti mezi klienty mluví méně vulgárně. Při rozhovoru ostatních lidí jim stále skáče do řeči.

Tabulka č. 28 - klientka Dagmar

Komunikační dovednosti	V komunikaci nedošlo u klientky k výrazným změnám.
Pohybové dovednosti	Stav je na stejné úrovni jako při předchozí analýze.
Sociální chování a vztahy	Stav je nezměněný.

Tabulka č. 29 - klient Štěpán

Komunikační dovednosti	Stav zůstává nezměněn.
Pohybové dovednosti	Pohybové dovednosti jsou na stejné úrovni s předchozí analýzou.
Sociální chování a vztahy	V této oblasti nastalo zhoršení. Klient se vyhýbá muzikoterapii a nechce navštěvovat denní stacionář. Vždy si vymyslí záminku, proč musí zůstat ve svém pokoji.

Tabulka č. 30 - klient Václav

Komunikační dovednosti	Klient se snaží více komunikovat s ostatními klienty, ale při neúspěšném pokusu ve snaze o komunikaci poleví.
Pohybové dovednosti	Stav zůstává i nadále nezměněn.
Sociální chování a vztahy	V sociálním chování a vztazích s ostatními zůstává na stejné úrovni.

Tabulka č. 31. - Klient Jan

Komunikační dovednosti	Stav je nezměněn.
Pohybové dovednosti	Mírné zlepšení. Chůze je jistější.
Sociální chování a vztahy	Sociální vztahy a chování nevykazují u klienta známky žádného zlepšení. Ve společnosti ostatních lidí se projevuje apaticky nebo nervózně.

Tabulka č. 32. – Klientka Anna**Komunikační dovednosti**

Stav je beze změny.

Pohybové dovednosti

Mírné zlepšení. Klientka je schopná jezdit na invalidním vozíku samostatně. Zvládne ujet na vozíku i delší vzdálenost než jen jezdit po místnosti.

Sociální chování a vztahy

Přes svůj komunikační handicap je ostatními klienty přijímána kladně.

Tabulka č. 33. – Klientka Vendula

Komunikační dovednosti	Zůstávají na stejné úrovni.
Pohybové dovednosti	Mírné zlepšení pohybu. Dobře se jí chodí s oporou kompenzační pomůcky.
Sociální chování a vztahy	Zůstávají na stejné úrovni.

Cvčení č. 20 Křížení

Postup: Klienti si za pomoci terapeuta osvojí intonaci a zpěv písničky Pod Prešpurkem kraj Dunaja. Pak ve dvojicích vytvoří rytmický doprovod písně, pomocí hry na tělo. Postup rytmizace: dvojice klientů stojí naproti sobě. Nejprve provedou tlesknutí dlaněmi křížem (oba klienti se potkají střídavě levou a pravou dlaní, ale křížem). Tentýž postup rytmizace opakují s rameny.

Cíl: Správná intonace písničky, prožívání vzájemného doteku ve dvojicích, uvědomění si vůdčí a pasivní role ve dvojicích.

Pomůcky: Hudební nástroj

Prostředky: Intonace rytmus, princip křížení, ovlivňování pravé a levé mozkové hemisféry, práce ve dvojicích.

Indikace: Dospělé osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením

Kontraindikace: Lidé s psychiatrickou diagnózou, lidé s úzkostnými projevy.

Cílová skupina: Osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

3k: Komunikace: Společné prožívání zpěvu a rytmizace písně. Komunikace při rozdělení klientů do dvojic (oblíbenost, neoblíbenost v kolektivu).

Koordinace: Pohyb, zrak, sluch.

Kreativita: Práce klientů ve dvojicích. Zvládnutí procesu křížení ve dvojicích.

3s: Stimulace: Pohyb, zrak, sluch.

Seberealizace: Seberealizace klientů při práci ve vytvořených dvojicích.

Spolupráce: Probíhala ve dvojicích.

Projevy klientů:

Václav: do cvičení se zapojil, ale po krátké době se posadil na židli a apaticky koukal do země. Své počínání odmítl zdůvodnit.

Jiří: do cvičení se bez potíží zapojil. Písničku znal již z dřívější doby. Nedokázal provést princip křížení.

Ivo: do cvičení se zapojil ochotně. Druhá část křížení přes ramena mu působila potíže.

Andrea: pletla si druhou část křížení.

Věra: písničku znala z dřívější doby. Princip křížení se jí podařilo úspěšně zvládnout.

Dagmar: písničku uměla zazpívat, ale osvojení křížení jí činilo velké potíže. Klientka potřebovala individuálním přístupem terapeuta, který ji princip křížení pomalu několikrát za sebou vysvětlil.

Štěpán: odmítl se zúčastnit muzikoterapie. Důvod tentokrát nevysvětlil.

Václav: písničku se snažil zazpívat. Princip křížení odmítl provádět, kvůli pohybovým potížím.

Jan: odmítá pracovat ve dvojici, proces křížení se mu zdá příliš těžký. Klient vyžadoval podporu klienta jak slovní, tak praktickou. Po poskytnuté podpoře se klient do práce s písničkou zapojil.

Anna: u klientky převládaly tendence k odmítnutí práce ve skupině, což se projevovalo její nesoustředěností. S dalším klientem ve dvojici nevyhledávala oční kontakt a nespolečně pracovala. (Byla jí pak přidělena jiná klientka)

Vendula: úspěšně zazpívala písničku a zvládla první část principu křížení. V druhé části křížení se objevily drobné potíže.

Výsledky

z jedenácti klientů se jeden odmítl zúčastnit muzikoterapie bez udání důvodu. Zbylých deset klientů dovedlo zazpívat písničku zvládlo absolvovat alespoň část procesu křížení.

Shrnutí

písnička Pod Prešpurkem kraj Dunaja měla u klientů obrovský úspěch. Přes počáteční obavy terapeuta, zda klienti pochopí princip křížení, došlo k překvapivému momentu, kdy deset klientů z jedenácti zvládlo alespoň část principu křížení. Při závěrečném náladoměru zdvihlo deset klientů ruku nad hlavu a ze setkání odcházelo s dobrým pocitem

3.4 Interpretace výsledků

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo analyzovat oblasti rozvoje klientů s mentálním postižením denního stacionáře Sdružení Veleta O.S. s využitím techniky hry na tělo. Na základě vstupního, průběžného a závěrečného hodnocení klientů, rozhovorů s terapeuty a pozorování během muzikoterapeutických setkání byly zjištěny tyto výsledky, vztahující se ke stanoveným dílčím cílům.

Technika hry na tělo v muzikoterapii může napomáhat při rozvoji komunikačních dovedností klientů s mentální retardací.

- Ke zlepšení došlo v oblasti komunikačních dovedností. Klienti, kteří dříve komunikaci s ostatními lidmi příliš nevyhledávali, byli v této oblasti aktivnější.
- Zvýšil se zájem klientů o komunikaci s ostatními, aktivněji vstupovali do rozhovorů, které se stávaly spontánnějšími.
- Ke verbálnímu vyjadřování pocitů a dojmů docházelo u klientů častěji.
- Ke změnám docházelo i v používání gestikulace, která se stávala živější

Při pravidelné aplikaci muzikoterapeutického postupu hry na tělo, dochází k postupnému zlepšení pohybových schopností klientů a k fyzickému uvolnění.

- Klienti se naučili lépe ovládat své tělo, pohyby se staly postupem času koordinovanější a jistější. Tento proces však u některých klientů dlouhou dobu zůstával na úrovni výsledků ze vstupní analýzy a dlouhou dobu se nedařilo dosáhnout odpovídajícího výsledku.
- Zlepšila se přesnost pohybů.
- Klienti se začali více spoléhat na své tělo.
- Reakce na hudbu pohybem byly spontánnější.

Využití techniky hry hudba těla přispívá ke zlepšení sociálního chování a k rozvoji sociálních vztahů osob s mentálním postižením.

- Došlo k celkovému zlepšení vztahů ve skupině.
- Klienti se více vzájemně respektovali, jejich chování vůči druhým bylo tolerantnější.
- U některých klientů postupně ustupovaly bojácne postoje při oslovování druhých osob.
- Klienti se snažili více respektovat společenská pravidla.

(Například při společných muzikoterapeutických setkáních klienti respektovali pravidla jednotlivých her. Po skončení každého muzikoterapeutického setkání se klienti snažili respektovat režim dne ve stacionáři (začátek programu, přestávka, pokračování v dopoledním programu apod.). Došlo k posílení sebevědomí, někteří klienti sami vyjmenovávali činnosti, které by chtěli dělat, aniž by je k tomu nutila druhá osoba.

Tabulka č. 34 Hodnocení klientů

Klient	Komunikační dovednosti	Pohybové dovednosti	Sociální chování a vztahy
Karel	Mírné zlepšení.	Mírné zlepšení.	Zlepšení
Jiří	Žádné zlepšení	Žádné zlepšení	Mírné zlepšení
Ivo.	Mírné zlepšení	Výrazné zlepšení	Mírné zlepšení
Andrea	Výrazné zlepšení.	Výrazné zlepšení	Žádné zlepšení
Věra	Výrazné zlepšení.	Výrazné zlepšení	Mírné zlepšení.
Dagmar	Žádné zlepšení	Žádné zlepšení	Žádné zlepšení
Štěpán	Žádné zlepšení	Žádné zlepšení	Žádné zlepšení
Václav	Mírné zlepšení	Žádné zlepšení	Žádné zlepšení
Jan	Žádné zlepšení	Mírné zlepšení	Žádné zlepšení
Anna	Žádné zlepšení	Mírné zlepšení	Žádné zlepšení
Vendula	Žádné zlepšení	Mírné zlepšení	Žádné zlepšení

3.5 Závěry, návrhy pro muzikoterapeutickou práci

Výzkum se zabýval otázkou působení hudby těla v oblasti muzikoterapie u dospělých osob s mentálním postižením.

Během výzkumného projektu byla použita technika hry na tělo v muzikoterapii, které může muzikoterapeut při své práci využívat ve velké míře a ovlivňovat tím rozvoj osobnosti. Jako nejvhodnější forma se při jednotlivých muzikoterapeutických setkáních ukázala ta cvičení, která

vyžívala hry na tělo ve spojení s pohybem a zpěvem písně Tato cvičení vedla klienty k rozvíjení pohybu, komunikace a vhodného sociálního chování a vytváření mezilidských vztahů.

Je vhodné volit v každém setkání na úvod takový způsob práce, který navozuje u klientů pocit příjemné a přátelské atmosféry, pocit klidu a bezpečí a srozumitelným způsobem vysvětluje klientům, jaké činnosti jsou od nich požadovány a jaké kroky je třeba vykonat pro jejich dosažení.

Na začátku každého setkání klienti působili poněkud rozpačitým dojmem. Nevěděli, co mají dělat, a tato situace jim způsobovala velkou vnitřní nervozitu. Často na počátku setkání vázla komunikace mezi muzikoterapeutem a klienty.

Klienti se často nechali odradit počátečním neúspěchem při provádění jednotlivých cvičení. Bylo tedy nutné téměř všechna cvičení několikrát trpělivě opakovat, než se podařilo dosáhnout správného výsledku. Opakování jednotlivých her vedlo pak k lepšímu pochopení klientů toho, jaká činnost se od nich žádá, a nakonec i k lepšímu zvládnutí samotné činnosti. Tím klienti postupně získávali větší sebejistotu a jejich přístup k jednotlivým hrám a cvičením se pozvolna měnil.

Začali hru na své vlastní tělo přijímat pozitivně, do jednotlivých her a cvičení se zapojovali aktivněji a více si sami sebe uvědomovali. Zlepšila se i jejich vzájemná spolupráce s terapeutem, tím že lépe vnímali jeho slovní pokyny a instrukce.

Po roční práci došlo u klientů k výrazným změnám a pokrokům. Ze skupiny jedenácti klientů došlo k výraznému zlepšení v oblasti komunikačních a pohybových dovedností u dvou z nich. U šesti klientů nebylo zaznamenáno žádné zlepšení. Jedná se o klienty, kteří mají introvertní povahu a jsou zvyklí spíše na samotářský způsob života. K jednotlivým muzikoterapeutickým činnostem museli být slovně motivováni. U třech klientů došlo k mírnému zlepšení.

V oblasti sociálních vztahů a chování nedošlo k výraznému zlepšení u žádného klienta. K mírnému zlepšení v této oblasti došlo u třech klientů. Zmiňovaní klienti projevili při jednotlivých setkáních po pozitivní slovní motivaci terapeuta snahu o komunikační proces. U jednoho klienta došlo ke zlepšení. U sedmi klientů zůstal jejich stav komunikačních dovedností a schopností stejný, jako při vstupní analýze klientů.

V pohybových schopnostech došlo k výraznému zlepšení u tří klientů. U prvního klienta byla patrná introvertní povaha, ale v pohybových aktivitách spojených s hudbou (hra na tělo, chůze po místnosti s hudebním nástrojem apod.) vynikal nad ostatní. U čtyř klientů došlo k mírnému zlepšení. Jednalo se o klienty, kteří neměli vytvořený pozitivní vztah k pohybovým aktivitám. Postupem času za pomoci hudby těla, pohybových cvičení a her s použitím kladné slovní motivace terapeuta se jejich vztah k pohybovým aktivitám pozvolna měnil. U šesti klientů nedošlo k žádnému zlepšení.

Na základě výsledků, které byly získány při muzikoterapeutickém projektu lze konstatovat, že technika hudby těla v muzikoterapii je pro dospělé klienty s mentálním postižením nesporným

přínosem. Hra na tělo vhodným způsobem napomáhá k aktivnímu rozvíjení osobnosti klientů. Je proto velmi vhodné v této činnosti s klienty nadále pokračovat a vhodným způsobem ji dále rozvíjet.

Návrhy pro muzikoterapeutickou práci

- Při aplikaci techniky hudba těla u klientů s mentálním postižením je nutné:
- na začátku muzikoterapeutického setkání poskytnout klientům atmosféru důvěry a bezpečí
- zvolené cvičení upravit podle rozumových možností klientů
- pro jasné pochopení instrukcí k činnosti volit názorné ukázky
- jednotlivé činnosti přizpůsobovat momentální náladě ve skupině
- klienty do činnosti nenutit, ale vhodným způsobem je motivovat
- obohatit muzikoterapii i o jiné prvky expresivních terapií

V naší společnosti je hudba vnímána spíše jako prostředek k vhodnému využití volného času (zpívání s kytarou, zakládání hudebních souborů a skupin apod).

Stále větší pozornost se však obrací na její muzikoterapeutický účinek

Muzikoterapie má svou důležitou úlohu při práci u osob s mentálním postižením. U těchto osob je pomocí vhodných muzikoterapeutických technik možné vhodným způsobem rozvíjet jejich sebevědomí, sebehodnocení a sebepojetí, kladný postoj k hudbě, vytváření mezilidských vztahů a jejich celkovou osobnost. Muzikoterapie tedy může být chápána jako prostředek ke komplexnímu ovlivňování osobnosti s mentálním postižením a je schopna přispět ke zvýšení kvality jejich života. A jako cesta k rozvíjení sociálních kompetencí, vyjadřování emocí i zlepšování vztahu k sobě.

Osoby s mentálním postižením muzikoterapie vede k soustředěnému poslouchání a vnímání hudby. Seznamuje je s hudebními nástroji nejrůznějšího druhu, jejímž zvukům se učí nejprve pozorně naslouchat a potom na ně sami aktivně hrají.

Spolu s hudebními nástroji se učí vnímat možnosti a hranice svého vlastního těla. Své tělo se učí používat v mnoha situacích. Nejprve jako svůj hudební nástroj. K tomu jim velmi dobře slouží mnohá rytmická cvičení, kde se využívá tleskání, dupání a pleskání o stehna nebo ramena. Pak následuje využití vlastního těla k různým druhům tance a vyjádření pocitů a emocí. Důležitým prvkem v muzikoterapii je cesta k vnímání a používání lidského hlasu jako přirozeného hudebního nástroje.

Muzikoterapie může působit na osoby s mentálním postižením po stránce fyzického uvolnění a rozvoj komunikačních schopností. vzájemn mezi klienty. Přiměřeným způsobem rozvíjí hudební schopnosti klientů a pozitivně působí na jejich celkový rozvoj.

Resumé

Absolventská práce pojednává o vlivu techniky hry na tělo u dospělých osob s mentálním postižením.

Absolventská práce definuje v úvodu muzikoterapii. Zabývá se jejím využitím ve speciální pedagogice dále hudebními nástroji a pěveckými technikami. Druhá kapitola se zabývá osobností s mentálním postižením, klasifikací mentální retardace, charakteristikou osob s mentálním postižením a emocionálním prožíváním osob s mentálním postižením.

Výzkumná část popisuje vlastní výzkumný projekt, který byl realizován ve Sdružení Veleta o. s. v Brně. Obsahuje charakteristiku klientů, kteří se účastnili, popisuje jednotlivá muzikoterapeutická setkání, hodnotí dosažené výsledky a nabízí návrhy pro muzikoterapeutickou praxi.

Na základě získaných výsledků autor konstatuje, že muzikoterapie vhodně působí na dospělé osoby s mentálním postižením. Kladně působí na jejich komunikační a pohybové schopnosti. Vhodným způsobem též ovlivňuje sociální chování a vztahy mezi klienty navzájem. Tím přispívá k celkovému pozitivnímu rozvoji osob s mentálním postižením.

Summary

The Final Work deals with the influence of the Body Music Method on people with mental disability. The Music Therapy and its usage within the special education is determined in the introduction part as well as the music instruments and singing techniques. The second chapter is focused on the classification of the mental disability and characteristic of personality of people with mental disability and their emotions.

In the practical part the research project realized in Veleta O. S. in Brno is described. It contains the characteristic of the clients who participated in the project, describes the individual music therapy sessions, evaluates results and offers the suggestions for the activities in music therapy.

Based on the results gained in the research the author declares that the music therapy is beneficial to the adults with the mental disability. It has the positive influence on their communication and motoric skills and also their social behaviour and relationships with one another. Thereby the music therapy contributes to the overall positive development of people with mental disability.

Seznam literatury

- Felber, R., Reinhold, S., Stückert, A. *Muzikoterapie, terapie zpěvem*. Hranice: Fabula, 2005. ISBN 80-86600-24-6
- KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9
- KRČEK, J. *Musica humana*. Hranice: Fabula, 2008. ISBN 978-80-86600-50-5.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4
- LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-7178-264-5.
- MATEOVÁ, Z., MAŠURA, S. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: Spn, 1992.
- MORENO, J. J. *Rozehrát svou vnitřní hudbu*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7178-98
- PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. přepracované a rozšířené vydání*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-210-0.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-557-1.
- ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-506-7.
- TICHÁ, A. *Učíme děti zpívat*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-916-X
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4
- Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje:

<http://www.muzikoterapie.cz/>

<http://www.muzikoterapie.eu/>

[http://www.sdruzeni veleta.cz/?m=sdruzeni veleta](http://www.sdruzeni veleta.cz/?m=sdruzeni_veleta)

Přílohy

Příloha č. 1. Záznam pozorování 1. Setkání 7. 11. 2009 čas: 9:00-11:00

Klient	Projevy chování
Karel	Klient sedí za stolem mimo vytvořený kruh ostatních klientů. Jeho pohled směřuje do země.
Jiří	Na začátku setkání působí vystrašeně. Tvrdí, že nikdy netleskal, nedokáže to, neumí to a je to pro něj příliš těžké. Po slovním povzbuzení terapeuta se do činnosti zapojí bez potíží. Nedokáže tleskat tehdy, když na něj přijde řada.
Ivo	Do úvodního setkání se těžkopádně zapojuje. Má tendenci dělat činnost, při níž není rušen přítomností ostatních klientů. Po slovní motivaci terapeuta se účastní činnosti bez potíží. Trvá mu delší dobu, než pochopí, co se od něj žádá.
Andrea	Na počátku je patrná velká nespěšnost a obavy, jestli činnost zvládne. Do činnosti se aktivně zapojí. Potřebuje stále povzbuzovat a chválit.
Věra	Projevuje se u ní velká nechuť k účasti na muzikoterapeutickém setkání. Svůj negativní postoj ztvrzuje i použitím vulgární mluvy. Postupem času se osměluje a spolupracuje s ostatními. Na konci setkání vulgarismy již téměř nepoužívá.
Jan	Úvodní tleskání provádí vztekle a nervózně. Rytmus v kruhu záměrně zrychluje.

	Potřebuje slovní zklidnění terapeuta.
Dagmar	K zapojení do procesu muzikoterapie je nutné ji dlouhou dobu přemlouvat. Pak se do činnosti zapojí.
Václav	Hry a cvičení musí absolvovat kvůli svému zdravotnímu stavu vsedě. Má strach z tleskání a z navazování kontaktů s ostatními lidmi.
Štěpán	Brání se zúčastnit nabízených aktivit. Raději poslouchá reprodukovanou hudbu ve svém pokoji.
Anna	Do tleskání se odmítá zapojit. S okolím odmítá komunikovat. K činnosti potřebuje slovní povzbuzení terapeuta.
Vendula	Do činnosti se ochotně zapojuje. Tleská, jak ji zrovna napadne.

Příloha č. 2. Záznam pozorování třetí setkání 11. 2. 2010 čas: 9:00-11:00

Klient	Projevy chování
Karel	Klient se odmítá účastnit muzikoterapie. Sedí za stolem, mimo kruh klientů. Jeho nepřítomný pohled směřuje do země.
Jiří	Do činnosti se ochotně zapojuje. Dupání provádí nepřetržitě a nevyčkává až na něj přijde řada.
Ivo	Cvičení provádí ochotně. Ví kdy má dupnout. Jeho tempo je však pomalejší.
Andrea	Dupání provádí bez potíží.
Věra	Dupání provádí bez potíží.
Jan	Cvičení provádí chaoticky a příliš rychle. Jeho dupání je nepřetržitě. Nedokáže vyčkat

	na okamžik, až na něj přijde řada.
Dagmar	Klientka z počátku nechápe, co má dělat. Její dupání je nevýrazné, nepřetržité a pomalé. Nedokáže dupnout tehdy, když je na řadě.
Václav	Do cvičení se ochotně zapojuje. Jeho dupání je pomalé a chaotické. Přesto se snaží vyčkat na svůj správný moment dupnutí.
Štěpán	Do muzikoterapie se odmítá zapojit. Nepomáhá ani slovní motivace klienta k činnosti.
Anna	Zpočátku se do činnosti odmítá zapojit. Sedí na židli a kouká do země. Po slovním povzbuzení klientky se do činnosti zapojí. Její dupání je pomalé, ale pravidelné.
Vendula	Do činnosti se ochotně zapojuje. Dupání nahrazuje úderem do kol invalidního vozíku.

Příloha č. 3. Záznam pozorování patnácté setkání 20. 4. 2010 čas 9:00-11:00

Klient	Projevy chování
Karel	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit.
Jiří	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit.
Ivo	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit.
Andrea	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit.
Věra	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit.
Jan	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit. Cvičení však provádí příliš rychle. Zdůvodňuje to tím, že

	chce mít cvičení co nejdříve za sebou.
Dagmar	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit.
Václav	Pro nemoc se muzikoterapie neúčastní.
Štěpán	Odmítá se zapojit do muzikoterapie.
Anna	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit. Roli apoštola provádí v pomalém tempu.
Vendula	Do cvičení se bez potíží zapojuje. Do role apoštola se snaží aktivně zapojit.