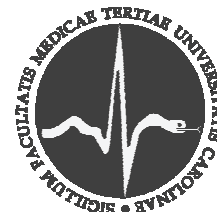




UNIVERZITA KARLOVA

V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav zdraví dětí a mládeže

Václava Pavlová

Možnosti využití muzikoterapie v lékařské praxi

Possibilities of using music therapy in clinical practice

Diplomová práce

Praha, Leden 2007

Autorka práce: Václava Pavlová

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: MUDr. Dagmar Schneidrová, CSc.

Pracoviště vedoucího práce: Ústav zdraví dětí a mládeže 3. LF

Datum a rok obhajoby: 1. 2. 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne: _____

Poděkování

Děkuji MUDr. Dagmar Schneidrové, Csc. za podporu při psaní této práce, za rady, podněty a čas, který mi věnovala, nejvíce však za možnost zpracovávat téma muzikoterapie.

Obsah

Obsah	5
1 Úvod	6
2 Zvuk, hudba a jejich účinek na člověka.....	9
3 Definice muzikoterapie	13
4 Aplikace psychoterapeutických přístupů v muzikoterapii	15
5 Systematické dělení muzikoterapie	19
6 Metody používané v muzikoterapii	21
7 Struktura muzikoterapeutického sezení	25
8 Současné možnosti využití hudby v lékařství.....	27
9 Muzikoterapie jako prostředek prevence.....	32
10 Metodika	38
11 Výsledky.....	41
12 Diskuze a závěr	46
13 Souhrn	56
14 Summary	57
15 Literatura.....	58
16 Seznam tabulek	62
17 Seznam příloh.....	62
18 Přílohy	63
Příloha 1: Strukturovaný rozhovor – otázky	63
Příloha 2: Shrnující Protokoly	65
Příloha 3: Obr. 1–4.....	95

1 Úvod

Během 20. století prodělalo lékařství mohutný vývoj. Kromě nepřehledného množství nových metod na záchranu života či zlepšení jeho kvality, se začal rozvíjet i nový pohled na zdraví a na úlohu lékaře a pacienta. S poznáním, že v podstatě vše co děláme, jíme, dýcháme apod. ovlivňuje naše zdraví, se přesunula značná část odpovědnosti za udržení zdraví na každého z nás. Pacient, který o mnoha faktorech rozhoduje sám, by se měl stát spolupracovníkem v péči o sebe a aktivním účastníkem prevence i terapie.

Další změnou, která se značně projevila v medicínském přístupu k terapii je snaha o co nejnižší invazivitu všech lékařských zákroků. Lékař musí vždy vážit přínos a rizika zákroku, který hodlá provést, a měl by mít snahu vybrat terapii tak, aby měla co nejméně nežádoucích účinků při zachované dobré efektivitě léčby.

S oběma předchozími body souvisí nárůst zájmu o psychoterapii. Její podstata spočívá v ovlivnění pacienta psychologickými prostředky. To znamená vyhnout se lékům, a tedy i riziku nežádoucích účinků a riziku závislostí, které jsou u některých často předepisovaných ale i volně prodejných léků (anxiolytika, analgetika) velkou hrozbou. Na druhou stranu psychoterapie vyžaduje spolupráci pacienta, ochotu se léčit a hlavně ochotu věnovat terapii čas a aktivní úsilí.

U mnoha problémů, se kterými přicházejí pacienti do ordinací praktických lékařů, může psychoterapie pomoci stejně dobře, nebo i lépe než léky, které jsou často terapií pouze symptomatickou. Zároveň i pacienti na některých specializovaných pracovištích mohou mít z psychoterapie užitek. Kromě psychiatrických oddělení, která se v souvislosti s psychoterapií vybaví asi každému, jsou metody

psychoterapie využívány i na odděleních neurologických, onkologických, u pacientů v rehabilitaci po traumatech, cévních příhodách atd. Kromě medicíny se těchto metod používá i v klinické psychologii, speciální pedagogice apod. Psychoterapie je v těchto případech součástí integrované péče o pacienta. Jejím úkolem je buď působit na specifický cíl, nebo posilovat účinek jiné léčby.

Muzikoterapie je specifickým směrem psychoterapie, který využívá jako prostředek působení hudbu. Existují řady studií zabývajících se účinkem hudby na lidský organismus a efektem poslechu hudby či hudební improvizace při léčbě mnoha stavů. Spektrum pacientů, kterým se muzikoterapeuti po celém světě věnují je velmi široké (od pacientů v apalickém syndromu, nemocných s Parkinsonovou nemocí či onkologických pacientů po pacienty s úzkostnými poruchami, děti po dětské mozkové obrně atd.)

V České republice je zatím muzikoterapie doménou psychologie a speciální pedagogiky. Na několika medicínských pracovištích ale už také získala své místo. V současné době se u nás začíná formovat zázemí pro muzikoterapii ve formě České asociace muzikoterapie a dramaterapie.

Ve světě, obzvláště v USA, Velké Británii, Irsku apod. je situace poněkud jiná. Muzikoterapie má své zastoupení na univerzitách i v nemocnicích a je předmětem poměrně intenzivního výzkumu. Existuje celé spektrum kurzů pro zájemce různých odborností a uplatnění pro absolventy akreditovaných kurzů je velmi široké.

Cílem této práce je seznámit čtenáře s možnostmi, které muzikoterapie nabízí pacientům s nejrůznějšími typy postižení a přiblížit systém práce na některých českých pracovištích, kde se muzikoterapie využívá. Mým záměrem je poukázat na tuto metodu jako na prostředek ke zlepšení péče o pacienta a načrtnout její využitelnost, výhody a

nevýhody, zmínit se o kvalifikacích terapeutů u nás a metodách, které používají.

2 Zvuk, hudba a jejich účinek na člověka

Nejprve je dobré si definovat pojem hudba. Hudba patří mezi tzv. krásná umění. Materiálem hudby jsou především tóny, ale vlastně i jiné hudebně používané zvuky: šramot, šelest, lomoz atd. Konečně k hudbě patří i pomlky, neboť i s nimi jakožto s nulovou hodnotou je nutno v hudbě počítat (A. Linka, 1997). Janečková klasifikace uvádí tyto složky hudby: melodie, harmonie, rytmus, zvuková barva, dynamika, agogika tedy tempo a metrum tedy druh taktu (A. Linka, 1997). Ačkoli se tedy hudba nazývá často uměním tónů, jejím vyjadřovacím prostředkem nebývá jednotlivý tón nebo nahodilé seskupení tónů, nýbrž jejich organizace a souhra, která se řídí celou řadou složitých a důmyslných pravidel, dodatečně odpozorovaných z praxe, z ní vyabstrahovaných a usoustavněných v pedagogický návod. Tato pravidla hudebník respektuje zčásti vědomě, často však instinktivně, intuitivně (A. Linka, 1997).

V životě člověka se hudba může objevit v mnoha funkcích. Z dnešního hlediska platí, že primární funkce hudby, jakožto krásného umění je estetická. Všechny ostatní funkce hudby jsou sekundární popř. terciární (A. Linka, 1997).

Zvuk a hudba provází život člověka již odnepaměti. Působí na jeho psychickou i somatickou stránku, a to pozitivním i negativním způsobem. Již ve starověké Číně, Izraeli, Egyptě a Řecku se lidé zabývali otázkami působení hudby na lidský organismus. Např. Aristoteles doporučoval využití dórské stupnice, které připisoval duchovní sílu, a stupnice lydické, které naopak připisoval velký vliv na děti. Zabýval se tzv. "hudební katarzí", kterou měl na mysli určité uvolnění a následné odstranění zátěžových stavů za doprovodu emocí (Z. Šímanovský, 1998). V historii se zajisté najde mnoho příkladů použití hudby v lidovém léčitelství. Existuje

i mnoho novodobých studií o účincích hudby na člověka, ale celou podstatu těchto účinků se zdaleka ještě nepodařilo rozkrýt.

Otázka zpracování zvuku lidskými sensorickými orgány a mozem je poměrně složitá. Zvukové vlny jsou kromě sluchového orgánu zpracovávány i jinými smysly a působí tak na celý organismus. Vibrace dopadají na buňky celého lidského těla a následně jsou zpracovávány mnoha dalšími kanály. Veškeré lidské vnímání je multisenzoriální. Zvukovou vlnu mohou tedy vnímat i lidé, kteří jsou znevýhodněni nedoslýchavostí, hluchotou i hluchoslepotou. (M. Lipský, <http://www.muzikoterapie.cz>).

Jak již bylo výše zmíněno, ne všechny zvuky a hudební podněty jsou pro člověka pozitivním přínosem. Zvuk je charakterizován intenzitou a kmitočtem, přičemž zvuky s nepravidelným kmitočtem se nazývají hluky a s pravidelným kmitočtem tóny. Právě ony zmíněné hluky, šумы - zvuky nehudební představují pro organismus jisté nebezpečí. S postupující industrializací společnosti dochází ke zmnožení jednotlivých zvuků. To může působit na člověka velmi negativně (M. Lipský, <http://www.muzikoterapie.cz>). Nadměrný hluk zde působí jako stresor, ačkoli ho často vědomě nevnímáme. Jednou z možností snížení "akustického smogu" je právě využití hudby, která například v obchodních domech ambientním způsobem zklidňuje tenzi nakupujících, jenž je způsobena tímto nadměrně hlučným prostředím. Celková rozladěnost však může být následně harmonizována působením hudebních postupů určených primárně k terapeutickým účelům

(M. Lipský, <http://www.muzikoterapie.cz>).

Ukazuje se, že hudba je schopna specifickým způsobem komunikovat a vyústit ve významové a obsahové sdělení, které vyvolává u posluchače psychickou odezvu. Hudba proniká do hlubších sfér lidské

psychiky než kupříkladu mluvené slovo a tím překračuje hloubku odpovídajících jevů ve verbálních přístupech. Akustické podněty ovlivňují biogenní vrstvu osobnosti. Rozhodujícím okamžikem ve vnímání hudby je interakce mezi sociogenní vrstvou vnímatele a obsahovou vrstvou hudebního díla. Takto vzniklý dialog podněcuje psychické změny, evokuje bytostné síly, přispívá k tvůrčímu rozvoji osobnosti vnímatele a aktivuje pozitivní emoce (F. Sedlák, 1990).

Jiným způsobem jak pojmout hudbu je uchopit ji jako nástroj komunikace. Hudba je méně přesná než verbální komunikace, ale je to svébytný jazyk, který je alternativní a stejně platnou formou vyjádření. Condon (1980) při studiu mikropohybů osob během rozhovoru zjistil, že pokud naslouchající věnuje plnou pozornost tomu, co říká druhá strana, pohybuje se v synchronním rytmu s mluvčím. Ve skutečnosti se při rozhovoru odehrává rytmický konverzační tanec, který může představovat mnohem základnější formu komunikace, než je obsah vyjadřovaný slovně. To by mohlo znamenat, že pokud do psychodramatu vneseme (či jiné terapie, pozn. autorky práce) hudební prvek, můžeme prohloubit komunikaci mezi účastníky (J. J. Moreno, 2005).

Hudební motorika (rytmus, tempo) je dalším poměrně často využívaným nástrojem v historii i současnosti. Např. význam pochodové hudby je nejen ve sjednocení kroku pochodujících, ale i v jejich povzbuzení. Hudební motorika přiměje unaveného chodce k dalšímu nebo rychlejšímu pohybu a zpříjemňuje i podněcuje ranní rozcvičku (A. Linka, 1997)

Obecně se dá říci, že hudba mívá na člověka mocný citový vliv. Působí náladotvorně, ovlivňuje lidskou psychiku. Mezi psychikou a somatikou přitom existuje oboustranná vzájemná závislost (A. Linka, 1997). Způsoby jakými nás hudba může ovlivnit jsou značně různorodé.

Od stimulace, aktivizace, mobilizace až po účinky konejšivé a relaxační. Velkou roli hraje hudba v rozvoji kreativity, může sloužit jako ventil pro pocity a někdy může být smyslem života. Kromě toho nám hudba často pomáhá navazovat společenské kontakty a dává příležitost k úniku z životních strastí. (A. Linka, 1997).

Příkladů působení hudby na člověka by se dalo najít nespočet. Výzkum v této oblasti překotně pokračuje a čeká na systematické uspořádání. Důležité ale je, že o muzikoterapii hovoříme pouze tam, kde se cíleně využívá zvuku a hudby primárně k terapeutickým účelům (M. Lipský, <http://www.muzikoterapie.cz>).

3 Definice muzikoterapie

Muzikoterapie využívá k léčebnému působení hudbu a to jak jejího poslechu, tak i aktivního provozování. Podněcuje tvořivý proces směrem k jednotě fyzických, emocionálních, rozumových a duchovních sil v člověku ve sféře nezávislosti, svobody ke změně, adaptability, vyrovnanosti a osobnostní integrace (J. Vymětal, 1997). Existují ale i komplexnější definice zohledňující kromě mechanismu, kterým muzikoterapie funguje též jiné aspekty. Brusciova definice (1989) například uvádí, že muzikoterapie je cílevědomý proces, během něž terapeut pomáhá klientovi zlepšit, udržet nebo obnovit pocit duševní pohody. Využívá k tomu hudební prožitky a jako dynamická síla slouží vztahy, jež se vytvoří skrze hudební prožitky (J. J. Moreno, 2005).

Pokud jde o muzikoterapii v medicíně – tedy v klinické praxi lékařů nezabývajících se přímo psychiatrií, existují dva rozdílné přístupy. Prvním je tzv. „Music medicine“ – volně přeloženo „hudba jako součást léčby“. „Music medicine“ je typicky prováděna zdravotnickým personálem (ne muzikoterapeuty, ale např. lékaři včetně stomatologů, sestrami a přidruženými profesemi) jako doplněk různých léčebných výkonů. Často je zacílená na nefarmakologické ovlivnění stresu, úzkosti a/nebo bolesti (C. Dileo, 1999).

Druhou možností je tzv. „Music therapy“, což je muzikoterapie v užším smyslu. Muzikoterapie v tomto případě zahrnuje terapeutický proces, muzikoterapeuta a vztah, který vzniká skrze hudbu. V „Music medicine“ je sice vztah mezi zdravotníky a pacienty možný, ale nevyvíjí se za pomoci hudby (C. Dileo, 1999).

Obecně platí, že oba zmíněné systémy mají hlavní společný znak, jímž je použití hudby. Rozdíly se dají shrnout do několika bodů.

1. **Personál:** Osobou provádějící muzikoterapii je zdravotník v „Music medicine“ (dále MM), muzikoterapeut v „Music therapy“ (dále MT).
2. **Vztah** mezi personálem a pacientem: V MT je vztah vybudován s pomocí hudby v MM nikoli.
3. Stanovení terapeutického **cíle, hodnocení** léčby: V MT vždy, v MM někdy.
4. Terapeutický **proces:** V MT vždy, v MM ne.
5. **Svépomoc:** V MT nikoli, v MM je někdy možná.
6. Používané **metody:** Jedinou metodou MM je metoda receptivní muzikoterapie. V MT se kromě toho používá také improvizace, interpretační metody, skladba, různé aktivity a kombinace s dalšími uměleckými směry. (zpracováno dle C. Dileo, 1999)

4 Aplikace psychoterapeutických přístupů v muzikoterapii

Psychoterapeutických systémů, do kterých byla muzikoterapie začleněna nebo jejichž teoretický aparát využívá, je mnoho. V účelu použití hudby i metodách jsou značné rozdíly. Akademická obec se rozdělila na dvě skupiny autorů. Jedni na muzikoterapii i nadále nahlízejí pouze ve smyslu účinné techniky, která spadá do rámce psychoterapeutických metod. Jiní pak přicházejí s názorem, že muzikoterapie představuje samostatný obor, který navazuje na psychoterapeutickou tradici a specifickým způsobem ji rozvíjí a doplňuje. Přináší nový pohled na již zaběhlé metody a postupy. Připomeňme oblast výzkumů působení zvuku a hudby na lidský organismus a rozšíření známých referenčních oborů, které výrazně obohacují psychoterapii o poznatky z oblasti hudební a akustické (J. Kantor, 2005).

Mezi nejznámější psychoterapeutické přístupy, které využívají hudbu, patří psychodynamický, behaviorální, kognitivně behaviorální , humanistický atd.

Psychodynamický přístup hodnotí vliv hudby takto: hudba působí jako mocná nonverbální forma komunikace a může sloužit jako vstupní brána do nevědomé oblasti. V této oblasti je možné dále zkoumat a zpracovávat zpřístupněné materiály na úrovni emoční. Děje se tak ještě dříve než je klient schopen své pocity uchopit rozumem a verbalizovat je (J. Kantor, 2005). Techniky využívané v psychodynamické muzikoterapii jsou zaměřené na rozvoj představivosti a rozkrývání vnitřních pocitů. Jsou to hlavně hudebně-expressivní techniky: metaforické improvizací techniky, pohyby na hudbu, relaxace, naslouchání hudbě i jednotlivým

zvukům, následné diskuse nad hudebními zážitky, aktivity určené k vyvolání emocionální či kognitivní reakce, aktivity spojené se vstupem do osobních pocitů a další, které ovlivňují chování jedince při poslechu a vytváření hudby. Jedná se tedy o aktivní i receptivní metody, které mají pomoci pacientovi k získání vhledu do problému.

Behaviorální terapie používají k modifikaci chování jedince metody založené na principech učení. Tyto metody zahrnují systematickou desenzibilizaci (jedinec se učí relaxovat v situacích, které dříve vyvolávaly úzkost), posilování adaptivního chování, modelování, nácvik vhodného chování a techniky seberegulace (R. L. Atkinson, 2003). Muzikoterapeuti mohou kromě hudební složky do procesu zapojit i doteky, jimiž nenaruší nonverbální strukturu muzikoterapie a zároveň jimi usměrňují projevy klientů a vedou je k žádoucímu jednání. Mezi další techniky, které behaviorální muzikoterapie využívá, patří: modelově-situační metody, tréninky asertivity, paradoxní intence, sebekorektivní programy, metody systematického snížení citlivosti a ostatní techniky obsahující úsporné nonverbální znaky (J. S. Peters, 2000). Hudba je zde součástí procesu hledání a obnovování adaptivních vzorců chování a pomáhá jednak rozšířit spektrum technik o nonverbální část a jednak jako jakýsi „zesilovač“. Standley (1996) zjistil, že stimulace při kontingentní (tzn. nahodilá) hudbě navozuje v chování více efektivní změny než stimulace při kontinuální hudbě či stimulace bez hudby (J. Kantor 2005).

Kognitivně-behaviorální terapie používá modifikované behaviorální techniky, ale také postupy určené ke změně maladaptivních přesvědčení. Terapeut pomáhá jedinci nahradit iracionální výklady událostí výklady realističtějšími (R. L. Atkinson, 2003). Při použití hudby

je důležité aktivní zapojení klienta a vytváření situací, na které může reagovat. Druhým základním principem je následná verbální diskuze, která buď navazuje na cvičení, nebo se rozvine přímo v jeho průběhu. Muzikoterapeutické aktivity rychle odhalují proces myšlení klienta při jednotlivých interakcích. Působení zvuku a hudby zastihne klienta na určité úrovni emocionálního prožitku, který předchází procesu racionalizace a budování obrany Self. Pro některé klienty je právě nonverbální forma hudební exprese nejlepším způsobem nahlédnutí do procesu zpracování informací a vede k odhalení paralel mezi myšlením, chováním a prožíváním (J. Kantor 2005). Obecné muzikoterapeutické postupy, které se váží ke kognitivně-behaviorálnímu přístupu v muzikoterapii zahrnují:

1. Hudební relaxace (spojená s uvolněním svalového napětí, hlubokým dechem, možnou imaginací apod.).
2. Strukturování muzikoterapeutických skupin (zahrnuje spojení hudby a pohybu, vokální techniky, hru na jednoduché hudebně-rytmické nástroje, vokální a instrumentální improvizace apod.).
3. Techniky orientované intrapersonálně (zahrnuje hudebně kreativní techniky, imaginační techniky např. GIM (guided imagery and music), narativní a kresebné zpracování hudební exprese apod.).
4. Práce s textem písní (např. hudebně-dramatické ztvárnění tématu písně, čtení básní při hudbě, tvorba vlastních textů na známé melodie, tvorba vlastních písní a skladeb se zaměřením na osobní prožitky, léčebná témata apod.). (J. S. Peters, 2000)

Humanistická psychoterapie pomáhá jedincům uvědomit si své skutečné já a vyřešit problémy s minimálními terapeutickými zásahy. Carl

Rogers, který je tvůrcem psychoterapie zaměřené na klienta, předpokládal, že empatie, vřelost a autentičnost jsou vlastnosti, jež by měl mít terapeut, aby mohl vést klienta k osobnímu růstu a poznávání sebe samého (R. L. Atkinson, 2003). Práce mnoha muzikoterapeutů se v současnosti odvíjí i na základě humanisticky orientovaného přístupu. Muzikoterapeuti se zaměřují na aktuální psychický růst svých klientů, kdy pomocí zvuku a hudby podporují jejich skrytý osobnostní potenciál (L. Bunt, 1994). Jednotlivé hudební techniky se soustřeďují na dodávání pocitu sebedůvěry a podporují aktuální expresivní prožitky a chování s nimi spojené. Na druhou stranu rámec humanistické psychoterapie pomáhá muzikoterapii nalézt nové strategie pro práci s klienty. Zvýrazňuje jejich individualitu a prohlubuje respekt vůči člověku jako takovému (J. Kantor, 2005).

Základní body humanistické muzikoterapie:

1. Opatrné a systematické pozorování klientů spojené s vizuálními i auditivními vjemy.
2. Formulace jednoduchých a jasných otázek zaměřených na to, čeho chceme v rámci muzikoterapie dosáhnout.
3. Definování hypotéz, termínů a pojmů pro výzkumný rámec, který zprostředkuje akceptující reliabilitu humanistických muzikoterapeutických aktivit.
4. Přesný plán pro analýzu a diagnostické zhodnocení, které povedou k vytvoření validních závěrů. (L. Bunt, 1994)

5 Systematické dělení muzikoterapie

Kromě psychoterapie existují i teoretické základny pro muzikoterapii v jiných oborech, jako například medicíně, neurovědách, fyzice, wellness (tj. obor rozvíjející trend udržování dobré fyzické i psychické pohody dodržováním zásad správné výživy, pravidelným pohybem a celkovou změnou životních návyků), komunikačních teoriích atd. Když prozkoumáme šíři teoretických směrů a přístupů k použití muzikoterapie v klinické praxi a zároveň rozmanitost klinických problémů různých pacientů, různé úrovně muzikoterapeutické praxe vyplynou na povrch. Jejich organizace do určitého systému je jiná věc! Přestože vytvoření „úrovňového“ systému, se kterým by souhlasili všichni, kdo muzikoterapii provozují, se zdá být nemožné, je nutné započít proces systematizace a stanovit základ pro pozdější diskusi (C. Dileo, 1999).

Pokud se ale zaměříme na systematické rozdělení využití muzikoterapie v lékařské praxi (tedy odhlédneme-li od teoretických systémů), lze navrhnout například tato kritéria:

1. Kvalifikace a zkušenost terapeuta a jeho autonomie ve vymezení a realizaci terapeutických cílů.
2. Hloubka zamýšleného cíle muzikoterapie.
3. Funkce muzikoterapie ve srovnání s ostatními metodami (podpůrná, rovnocenná, primární). (C. Dileo, 1999).

Z těchto kritérií lze potom odvodit a charakterizovat 3 základní úrovně např. pro muzikoterapii bolesti, jednoho z nejvíce zkoumaných problémů v muzikoterapii. (zpracováno dle C. Dileo 1999)

A. Podpůrná úroveň:

1. Dočasná úleva od bolesti.
2. Začátečník či středně pokročilý muzikoterapeut.
3. Odvedení pozornosti, poskytnutí nástroje ke zvládnutí bolesti.
4. Funkce podpůrná vůči ostatní léčbě.
5. Často používané metody: hudba a biofeedback, hudebně-relaxační techniky, vibroakustická terapie, interpretační techniky.

B. Specifická úroveň:

1. Pochopení bolesti.
2. Středně pokročilý až pokročilý terapeut, terapeut se speciálním vzděláním.
3. Dialog, konfrontace bolesti.
4. Funkce rovnocenná s ostatní terapií.
5. Často používané metody: improvizace, hudební imaginace.

C. Komplexní úroveň:

1. Řešení bolesti.
2. Pokročilý a zkušený terapeut se speciálním vzděláním a výcvikem.
3. Terapeutova rezonance s bolestí.
4. Funkce primární.
5. Často používané metody: entrainment (pozn.: jedná se o fenomén odvozený z fyziky, kde se takto nazývá tendence k harmonizaci vibrací dvou oscilujících těles, též definován jako „synchronizace v rytmu“), řízená imaginace s hudbou. (zpracováno dle C. Dileo 1999)

6 Metody používané v muzikoterapii

Nezákladnější rozdělení metod muzikoterapie je na metody receptivní, kdy pacienti hudbu poslouchají, a aktivní, kdy hudbu a zpěv sami improvizují (S. Kratochvíl, 2001).

Schwabe (1965) dále rozdělil receptivní muzikoterapii na komunikativní, reaktivní a regulativní (in S. Kratochvíl, 2001)

1. Komunikativní terapie je společný poslech hudby, zaměřený na podpoření vzájemných kontaktů, porozumění a důvěry. Po ukončení poslechu se dá klientům prostor pro spontánní reakce a terapeut se dotazuje na prožitky.
2. Reaktivní terapie má za úkol vyvolat afektivní reakci ve smyslu psychické katarze. Má vést pacienta k překonání neurotických zábran a uvolnění emocí spojených s jeho konfliktními situacemi. Uvolňuje napětí ve skupině.
3. Regulativní muzikoterapie vede k uvolnění svalstva a vegetativních funkcí a k neutralizaci stavů napětí za pomoci hudby. Je podobná autogennímu tréninku.

Existuje mnoho zdrojů uvádějících výběr vhodné hudby. Obecně ale platí, že výběr skladby by měl být přizpůsoben konkrétní skupině.

Kratochvíl (2001) také uvádí, že zavedení muzikoterapeutických sezení se osvědčilo v podněcování emocionality, vzpomínek a fantazie. Zejména prohloubení a zkvalitnění následné diskuze ve skupinách, které měly tendence diskutovat na povrchní úrovni, bylo velkým přínosem.

Aktivní muzikoterapie podněcuje skupinu k projevování se pomocí tónů, melodií, zpěvu, rytmu nebo tance. Zde existuje celá řada možností. Základním problémem v začátcích aktivní muzikoterapie byl fakt, že

pokud se má člověk vyjádřit prostřednictvím hudebního nástroje potřebuje k tomu jistou míru dovednosti. Proto například J.L. Moreno (1964) považoval hudební nástroje za překážky hudební spontánnosti (J. J. Moreno, 2005). Výběr nástrojů musí být tedy předmětem pečlivých úvah. Muzikoterapeuti obvykle používají pro hudební improvizaci a aktivní muzikoterapeutické techniky různé bicí nástroje a Orffovy nástroje (metalofony, zvonkohry, xylofony, různé perkuse atd.)

Kromě nástrojů se ale dá použít i tzv. „organickou formu“ (J. J. Moreno, 2005). Jedná se o hudební projev vytvářený bez hudebního nástroje – pouze s pomocí těla a hlasu.

Dobry přehled možností aktivní i receptivní muzikoterapie uvádí Z. Šimanovský (1998). Techniky popisuje ve formě her, ve kterých má klient v rámci skupiny i individuálně možnost rozvíjet své schopnosti. Na tomto místě uvádím pouze stručný výčet.

První skupinou jsou hry s rytmem, které nabízejí mnoho možností. Rytmus můžeme vytvářet tleskáním, dupáním, „hrou na tělo“, můžeme pozorovat vlastní rytmy (tep srdce, dech apod.) můžeme pomocí něj vést dialogy, být v souhře (trénovat sounáležitost) i opozici (trénovat sebezprosažení). Dále můžeme použít jednoduché hudební nástroje, rytmus a pohyb nebo rytmus a řeč. Možností existuje mnoho.

Druhá velká skupina jsou hry s předměty a nástroji. Zčásti je jejich zaměření podobné jako u her s rytmem, ale navíc hry s nástroji umožňují větší variabilitu zvuků a tím i možnost rozšíření improvizace na téma, které je skupině dané (často jsou tématy k improvizaci například základní lidské emoce). Kromě jednoduchých bicích nástrojů se někdy používají i velmi jednoduché strunné nástroje.

Třetí možností je pohybová improvizace na hudbu (ale i bez hudby). I zde jsou různé možnosti jak použít pohyb k vyjádření emocí, dialogu a různých interakcí ve skupině.

Čtvrtá skupina jsou hry se zpěvem. Zpěv může v tomto případě být improvizovaný, bez textu, s textem, s improvizovaným textem apod. Často se jedná o hry, ve kterých mají účastníci doplňovat text písně.

Pátá skupina přímo navazuje. Jedná se o dramatizace písniček. Jednou z možností je například společný rozbor textu písně a děje v něm ukrytém. Poté skupina tento děj dramatizuje. Zde se tedy muzikoterapie přímo prolíná s dramaterapií popř. psychodramatem.

Další skupinou jsou výtvarné techniky podpořené hudbou. Nejde pouze o malování (ať už konkrétních námětů z písní nebo abstraktních maleb) ale i o jiné způsoby výtvarného vyjádření jako například tvorba kompozic (např. z nábytku, oděvu, předmětů v místnosti aj.) nebo vytváření živých sousoší. Z hlediska muzikoterapie se jedná o metody receptivní.

Sedmou možností jsou hudebně dramatické formy. Jedná se o hudební pohádky, hru s loutkami, tance a taneční drama. melodram apod.

Poslední skupina je zaměřená na poslech, fantazii a relaxaci. Zde se uplatňuje převážně receptivní složka.

Z hlediska hudební teorie (která je mimo rámec této práce) nabízí zajímavý pohled na aktivní muzikoterapii Arne Linka v publikaci Kapitoly z muzikoterapie (1997).

Z jiného hlediska můžeme muzikoterapii rozdělit na autoterapii a heteroterapii. O autoterapii obvykle hovoříme, jestliže pacient po skončení ústavního či ambulantního léčení sám na sobě pokračuje v dostupných muzikoterapeutických praktikách, jež na něm předtím byly uplatňovány a

činí tak se souhlasem nebo dokonce z podnětu svého profesionálního terapeuta (A. Linka, 1997). Tedy je nutné nezaměňovat autoterapii s prostým poslechem či tvorbou hudby (muzikoterapie zahrnuje terapeutický cíl a terapeutické vedení i pokud se jedná o autoterapii) ačkoli tyto činnosti nesporně patří k duševní hygieně. Při heteroterapii jsou pacient a terapeut dvě různé osoby.

Muzikoterapii dále dělíme na individuální a skupinovou. Arne Linka (1997) hovoří též o hromadné terapii, které se účastní větší množství účastníků než je obvyklé při standardní skupinové muzikoterapii. Při skupinové terapii mohou být skupiny uzavřené i otevřené.

Zajisté bychom našli ještě mnoho dalších způsobů, jak rozdělit muzikoterapii z hlediska metod a provedení. Uvedené kategorie ale pro základní přehled stačí.

7 Struktura muzikoterapeutického sezení

Samozřejmostí je, že struktura lekce je různá podle účelu sezení, struktury skupiny a zařízení, ve kterém je lekce provozována.

Jako příklad je možné použít schéma navržené Z. Šimanovským (1998) pro pedagogy:

1. Kratší rozehřívací část (cca 10%): pozdrav, náladoměr - pomůcka pro zjištění nálady skupiny, kdy účastníci palcem naznačí na imaginární stupnici bod, na kterém se momentálně jejich nálada nachází. Přitom mají zavřené oči a otevřou je až když se palce všech ustálí. Na náladoměr navazují dvě až tři dynamické hry (jejich účelem je nenásilně uvolnit a aktivizovat hráče fyzicky i duševně).
2. Uvolnění a koncentrace (cca 10%). K navození důkladného uvolnění poslouží kratší relaxace, dechová cvičení, ásány z jógy apod.
3. Hlavní činnost (cca 50-60%), která obvykle vychází z dlouhodobého plánu. Je dobré, když předchozí fáze korespondují s hlavní činností (používání podobných hudebních témat atd.)
4. Reflexe (cca 20-30%). V této fázi nechávají členové skupiny doznívat pocity a dojmy a poté následuje jejich sdílení. Obecná pravidla tohoto sdílení jsou tato:
 - a. **Pravidlo diskrétnosti** – nic z řečeného není vynášeno z dané místnosti.
 - b. **Pravidlo mluvčího** – posíláme si nějaký drobný předmět (plyšového medvídka, klíče, šišku apod.). Slovo má ten, kdo má předmět v ruce.

- c. **Pravidlo konkrétnosti** – ten, kdo má slovo, mluví za sebe. Místo obecných obrátů tedy používá 1. osobu čísla jednotného. (zpracováno dle Z. Šimanovského, 1998)

K sezení se vztahují také další obecná pravidla, která vyplývají z práv členů skupiny. Patří sem právo odmítnout jakoukoli činnost, právo nevědět (tedy nebýt trestán za nevědomost) apod.

Jako další příklad může sloužit sezení při GIM – viz dále.

8 Současné možnosti využití hudby v lékařství

A. Linka (1997) vyčlenil tři hlavní oblasti, ve kterých se hudba může v lékařství uplatnit: prevence, diagnóza, terapie. O roli muzikoterapie v prevenci bude pojednáno dále. Jako diagnostická pomůcka se využívá hudba v některých speciálních hudebně-psychologických testech a v určitých případech lze použít k facilitaci kontaktu vyšetřujícího a pacienta při některých psychologických či psychiatrických vyšetřeních (A. Linka, 1997).

V terapii je využití muzikoterapie velmi široké. Ve vlastním slova smyslu léčebně se hudby využívá především v psychiatrii, pediatrii a dětské psychiatrii (A. Linka, 1997). V USA dnes ale probíhá řada výzkumů, jejichž účelem je zjistit například jaký vliv má muzikoterapie na hospitalizované pacienty. Jako příklad lze uvést použití poslechu hudby na neonatologických jednotkách intenzivní péče, kde je možné s poměrně malými náklady na potřebné vybavení snížit dobu hospitalizace nezralých novorozenců až o 3 dny (F. J. Schwartz, R. Ritchie in C. Dileo, 1999). U hospitalizovaných dětí popsal Aldwin (1994) sedm „hlavních cílů adaptace“ (na základě předchozího zpracování Moos – Schaefer 1984), z nichž první tři se vztahují přímo k nemoci a jsou to: řešení psychologických důsledků nemoci (včetně bolesti, bezmoci, apod.), řešení problémů vztahujících se k léčbě a nemocničnímu prostředí a vytvoření a udržení dobrých vztahů s personálem. Další čtyři úkoly jsou: udržení co nejlepší emocionální rovnováhy, udržení samostatnosti, schopností a sebeovládání, udržení dobrých vztahů s rodinou a příprava na budoucí existenční potřeby (J. Edwards in C. Dileo, 1999). Tyto cíle se snaží nastavit určité konkrétní úrovně, na kterých lze terapeuticky zasáhnout, a tím snížit úzkost hospitalizovaných dětí. Muzikoterapie nabízí příležitosti

k sebevyjádření, což následně přispívá k udržení emocionální rovnováhy snížení pocitů neschopnosti a závislosti. Zároveň nabízí možnosti k výběru, posiluje pozitivní zkušenosti a při účasti rodiny a přátel pomáhá k udržení vztahů (J. Edwards in C. Dileo, 1999).

U dospělých pacientů lze při zvýšené úzkosti provázející lékařské výkony použít například autogenního tréninku relaxace založeného na hudbě. Tato metoda používá aparát behaviorální terapie a muzikoterapie a její součástí je progresivní svalová relaxace, biofeedback, entrainment, kontingentní stimulace, kontinuální hudba, imaginativní techniky a vibroakustickou terapii (B. Saperston in C. Dileo, 1999).

Velkou oblastí, kde se muzikoterapie uplatňuje v mnoha formách je psychologická podpora těžce nemocných. Například kreativní hudební improvizace je jednou z cest k vytvoření individuální reakce na život ohrožující nemoc (D. Aldridge, G. Aldridge 1998). U pacientů v terminálním stadiu různých nemocí lze pracovat s hudbou tak aby přinášela nemocnému pozitivní prožitky jako naději, radost, krásu, bezpodmínečnou lásku aj. Dá se říci, že tyto pozitivní kvalitativní aspekty života jsou důležitými a přínosnými v terapii těžce nemocných a přesně toto je pole působnosti pro kreativní terapie (D. Aldridge, G. Aldridge 1998). Nejde totiž jen o fyzickou stránku nemoci, ale i o kvalitu života jako celku. Hudba a improvizace v tomto případě reprezentují možnost jak se vyrovnávat s nemocí a problémy s ní souvisejícími, obohacení života a možnost sebevyjádření.

Značná část přístupů k těžce nemocným navazuje na transpersonální psychologii. Jedním z mnoha možných postupů je GIM (guided imagery and music) – tedy techniky používající představivost a asociace. Sezení obvykle probíhá ve čtyřech fázích, kdy v první se odehrává dialog o tématech, problémech a cílech pacienta, ve druhé fázi je

hlavním bodem relaxace. Třetí fáze začíná poslechem hudby vybrané terapeutem (existují seznamy vhodných skladeb, které ovšem nemusejí být zcela zavazující). Jedná se o hudbu, která má potenciál k vyvolání emocionální odpovědi u pacienta, který má pak za úkol tyto pocity verbalizovat. Terapeut se potom snaží celý proces vést a facilitovat tak aby došlo k co nejtěsnějšímu propojení pacienta, hudby a pacientových prožitků. Tyto prožitky mohou přicházet v mnoha formách – jako vizuální představy, kinestézie, prožitky energie, emoce, myšlenky a/nebo vzpomínky. Právě v této fázi dochází často k prožitkům podobným těm, které Maslow popsal jako vrcholné (R. W. Justice, R. E. Kasayaka in C. Dileo 1999). V závěrečné fázi pomáhá terapeut pacientovi v návratu do „plného vědomí“ a reorientaci. Dochází též k verbálnímu či uměleckému zpracování nabytých prožitků. V této fázi, nebo i později, když pacient reflektuje své zážitky, může také dojít k vhledu (R. W. Justice, R. E. Kasayaka in C. Dileo 1999).

Další velkou oblastí je fyziokustická terapie. Je to metoda založená na poněkud jiných principech než jiné druhy muzikoterapie. Základem této metody je tzv. rezonanční teorie, podle níž můžeme zvuky o určitých frekvencích (stanovených na základě pozorování) indukovat rezonanci zejména v mozku a svalech (C. Butler in C. Dileo, 1999). V klinické praxi se využívají hlavně nízké frekvence (kolem 20-70Hz), které se v průběhu terapie individualizují, protože existují jisté individuální odchylky v přirozených frekvencích tkání. V současné době existuje řada studií, které se zabývají fyziokustickou terapií v různých indikacích. Za všechny lze jmenovat léčbu bolesti (i jako součást pacientem řízené analgezie), hypertenze, tenze a úzkostí a léčbu pacientů se spastickými poruchami pohybového aparátu (C. Butler in C. Dileo, 1999). Provedení obvykle spočívá v aplikaci zvuku o nízké frekvenci a sinusových vlnách. Většinou

se používají čtyři reproduktory zabudované do lůžka pacienta nebo do speciálního křesla. Zvuk je generován počítačem a převáděn přes zesilovač do reproduktorů. Terapie pak probíhá v programech, které jsou specifické pro danou indikaci, a tyto programy jsou upravovány v průběhu terapie tak, aby co nejlépe odpovídaly individuálním potřebám pacienta. Nejdůležitějšími faktory úspěchu fyziakustické terapie jsou zkušenost a odbornost terapeuta a vztah mezi terapeutem a pacientem, který je rozhodující pro pacientovo pochopení léčby a pro pacientovu spolupráci v těch částech programu, které si pacient řídí sám (C. Butler in C. Dileo, 1999)

Neurorehabilitace je další z oblastí, kde se muzikoterapie začíná prosazovat. Zatím jde o mladý obor, a zkušených a dobře školených terapeutů je málo, a proto i výzkum a ověřování účinnosti jednotlivých metod v této oblasti je zatím v počátcích (F. Baker, J. Tamplin 2006). Indikační možnosti jsou i zde široké. Muzikoterapeuti pracují s pacienty s poruchami vědomí, parézami a jinými poruchami hybnosti, poruchami kognitivními a poruchami řeči. I v neurorehabilitaci se uplatní emocionální podpora v rámci muzikoterapie. Kromě relaxace se u poruch hybnosti může využívat hry na různé bicí a Orffovy nástroje, kdy pacient procvičuje postiženou končetinu daným pohybem. Příkladem aktivních pohybů může být hra na bubínek s flexí a extenzí zápěstí, práce s tamburínou proti gravitaci, pronace a supinace při hře na Raktak, cvičení úchopu s paličkami aj. (podle F. Baker, J. Tamplin 2006). Kromě jednotlivých pohybů lze využívat i nástroje trénující koordinaci končetin apod.

Důležitým bodem v rehabilitaci nemocných s postižením CNS je i terapie poruch řeči. Pro, v praxi častou, expresivní afázii vyvinuli v sedmdesátých letech Sparks a kolektiv terapeutický postup s názvem

„melodic intonation therapy“ (MIT) – terapie melodickou intonací (F. Baker, J. Tamplin 2006). F. Baker (2000) dále modifikovala původní MIT a vytvořila systém, který je účinný i u těžkých forem afázie - modified MIT (MMIT). V tomto systému se nemocný učí „zpívat“ jednotlivé fráze (vybrané tak, aby byly účelné a daly se pozměnit jednoduchou změnou klíčového slova), pomocí melodické intonace. Takto naučené fráze si pacient snadněji zapamatuje a mohou se pak stát výchozím bodem (spouštěčem) pro verbální komunikaci (F. Baker, J. Tamplin 2006).

Praktických příkladů využití muzikoterapie je nespočetně mnoho a stále přibývají nové (jejich plný výčet a popis dalece přesahuje rámec této práce). Ty které zde uvádím mají sloužit jako hrubý přehled o rozmanitosti metod a indikací. Obvyklými cíli muzikoterapie jsou snížení tenze a úzkosti, uvolnění jak psychické, tak svalové, mírnění bolesti, možnost snížení dávek farmak, a tím omezení jejich nežádoucích účinků, zlepšení adaptace pacientů na nemoc a nemocniční prostředí, zkrácení doby hospitalizace, zlepšení kvality života, umožnění sebevyjádření a rozvoje osobnosti i v podmínkách nemoci či hospitalizace, nácvik dovedností atd. Zatímco ve světě tradiční medicíny jsou tyto otázky často okrajové, z pohledu celostní medicíny plní muzikoterapie důležitou roli.

9 Muzikoterapie jako prostředek prevence

V současné době dochází ke značnému přesunu odpovědnosti za udržení zdraví na jednotlivce. Prevence nemocí a vyloučení jejich rizikových faktorů vystupuje do popředí a to nejen z důvodů medicínských ale i ekonomických. Jedním z proudů který se snaží o holistický přístup ke změně životního stylu je „wellness“ (tento termín se používá i v češtině). Wellness se v poslední době stalo mocným společenským fenoménem, který zahrnuje přesvědčení, stanoviska, chování a pozitivní interaktivní zkušenosti, které mohou mít vliv na kvalitu zdraví (K. Roskam, B. Reuer in C. Dileo, 1999). To, jak se na ovlivnění chování a postojů se může podílet i muzikoterapie je nyní předmětem výzkumu.

1. Farbman (1994) jasně vymezil prostředky, které hudba nabízí k obnovení a udržení zdraví i nehudebníkům (in K. Roskam, B. Reuer in C. Dileo, 1999):
2. Redukce stresu a úzkosti.
3. Možnost vyjádření pocitů.
4. Nefarmakologická intervence při bolesti aj. nepříjemných prožitcích.
5. Podpora fyzické rehabilitace.
6. Pocit kontroly nad životem zprostředkovaný úspěchem a ovládnutím nástroje.
7. Pozitivní vliv na náladu a emoční stavy.
8. Vliv na paměť který přispívá vzpomínání a uspokojení ze života.
9. Příležitosti ke společenským interakcím.

10. Emocionální intimita při společných kreativních hudebních zážitcích blízkých osob.

Ve zdravotnictví se s muzikoterapií jako typickou primární prevencí v podstatě nesetkáme. Často se naopak setkáme s různými filosofickými a náboženskými směry které praktikují určité formy „muzikoterapie“ (uvozovky zde používám hlavně proto, že tomuto využití hudby často chybí některé ze základních charakteristik muzikoterapie vymezených v začátku práce – např. terapeutický cíl apod.) jako součásti relaxace, meditace či jakési harmonizace. V oblasti životního stylu hrají velkou roli i komerční zájmy různých firem (průmysl s relaxační hudbou). Výzkum v oblasti muzikoterapie jako součásti prevence je někdy svým způsobem vágní a velmi často chybějí kvantitativní data.

V poslední době ale přibývá studií zabývajících se fyziologií účinku hudby na člověka, které poskytují informace např. o účinku na hladinu stresových hormonů (K. Roskam, B. Reuer in C. Dileo, 1999) apod. Jak bylo zmíněno dříve, je muzikoterapie jedním z prokazatelně účinných prostředků zvládnání úzkosti a stresu. Právě tato vlastnost je v prevenci „chorob ze stresu“ dobře využitelná.

Potenciál pro rozvíjení muzikoterapeutických strategií určených klientům, kteří se účastní terapie s cílem zlepšení kvality života, je ohromný. Jako konkrétní příklad možností, které byly vyzkoušené můžeme vzít program s názvem „The Rhythm for Life“ (RFL), který byl vytvořen v San Diego University Center on Aging (K. Roskam, B. Reuer in C. Dileo, 1999).

1. Rozehřátí (sdílení)

Tato první součást slouží ke sjednocení skupiny. Je důležitá k „prolomení ledu“ a vytvoření a podpoře pocitu důvěry ve skupině. Za cíl si klade zejména:

- Podporu sociálních interakcí ve strukturovaném prostředí.
- Poskytnutí alternativních prostředků sociálních interakcí.
- Poskytnutí možnosti individuální volby uvnitř skupiny.
- Zlepšení soustředění.
- Poskytnutí příležitosti k posílení krátkodobé paměti.

2. Skupinové soustředění („Team Building“, posílení komunity)

Druhá součást se skládá z aktivit navržených tak, aby pomohly k většímu soustředění účastníků a současnému vývoji většího povědomí o skupině. Mnohé použité techniky jsou pouze jednoduchá zahřívací cvičení a jednoduché relaxační techniky, které podpoří v účastnících cítění základního pulsu celým tělem. Cíly této části jsou:

- Nabídnout účastníkům alternativní strategie pro boj se stresem.
- Zlepšení pozornosti.
- Zlepšení vnímání těla.

3. Rytmické aktivity, bubnování (rozvoj dovedností)

Mezi těmito aktivitami byly i základní cvičení pro posílení kolektivu a cvičení s perkusemi (pozn. autorky: „Perkuse“ jsou široká skupina hudebních nástrojů, povětšinou etnických, a často používané Orffovo instrumentarium. Patří sem kromě známých bubínků, ozvučných dřívěk a různých chrastidel i zvonce a zvonkohry atd.) . Slouží k rozvoji dovedností s nástroji a v této části se účastníci mohou dozvědět i etnomuzikologické zajímavosti. Cílem je:

- Podpora pozitivního sebehodnocení procesy vytváření něčeho smysluplného a učení se novým dovednostem.
- Podpora interakcí mezi jednotlivými účastníky.
- Podpora sebevyjádření.
- Udržení vizuálně/motorických dovedností a prevence poklesu tonu svalů.
- Umožnění individuální volby v kolektivu jedinců.
- Umožnění týmové práce s ostatními.
- Zlepšení a trénink soustředění a udržení pozornosti.
- Trénink dlouhodobé i krátkodobé paměti.
- Vytvoření zájmu o hudbu jako možnost, jak trávit volný čas.
- Naučit se nebo se „znovu učit“ vychutnávat si hudbu a pohyb jednoduše na základě kvalit obsažených v jejich samotné podstatě.
- Příjemné prožitky jsou též jedním z hlavních cílů.

4. Závěr:

Poslední část slouží k dokončení strukturovaných aktivit, poskytnutí určitého rámce a rozloučení skupiny a vedoucího.

(Zpracováno dle B. Reuer, B. Crowe in C.Dileo, 1999)

Velké pole působnosti, pokud jde o uplatnění muzikoterapie v primární prevenci leží v kompetenci pedagogů. Zdrojem několika následujících obecných poznámek jsou hlavně neformální rozhovory s učiteli, muzikoterapeuty a zápisky ze seminářů probíhajících při otevřených setkáních Sekce muzikoterapie a dramaterapie České psychiatrické společnosti (dále ČPS) při České lékařské společnosti J. E. Purkyně (dále LSJEP), malý seminář pod vedením Z. Šimanovského

pořádaný 25.5.2005 na 3.LF UK organizací TRIMED a kurz téhož lektora s názvem „Muzikoterapeut v nás“, který se konal 7-9.4.2006 v Toulcově dvoře v Praze:

Naše školství prodělává už řadu let období změn v přístupu k žákům, výuce i dalších směrech. Obecný světový trend vede k odklonu od memorování dat k učení vyhledávat zdroje a umět s nimi pracovat. Místo učení se předdefinovaným textům se stále více uplatňuje učení kritickému myšlení a logice. Stejně tak je snahou pokrokových učitelů měnit tvář hudební výchovy. Také řada psychologů a speciálních pedagogů v České Republice se věnuje edukační činnosti. Za všechny lze jmenovat psychologa Mgr. Zdeňka Šimanovského (www.simanovsky.com) který vede pravidelné kurzy pro pedagogy a je autorem mnoha knih určeným všem, kteří pracují s dětmi. Další zajímavou osobou je Mgr. Štěpánka Lišková z katedry hudební kultury pedagogické fakulty Západočeské university v Plzni (http://khk.goo.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=50), která se snaží o zavedení alternativních prvků do hudební výchovy ve školách. Obecně je snaha o odklon od rigidního systému (typického zkoušením zpěvu u tabule, velkým důrazem na intonaci a držení rytmu a celkové technické provedení), kde hudba je pouze prvkem estetickým, k použití hudby jako prostředku tvořivosti, komunikace, sebevyjádření, nácviku dovedností atd. Zároveň je vhodná změna ve smyslu pohybu a relaxace v hudební výchově. Tak se naruší denní stereotyp dětí, neustále sedících v lavici a může nastat určité uvolnění a nabrání nových sil.

O muzikoterapii jako prvku hudební výchovy píše Z. Šimanovský: V ideálním případě by byla paní učitelka vybavena znalostmi z oboru i z dlouhodobého sebezkušenostního výcviku ve skupinové psychoterapii s

orientací na arte -drama- a muzikoterapii. Věděla by, jak dětem pomáhat při sebepoznávání. Měla by k dispozici hry z oblasti aktivní muzikoterapie. Hry které uvolní, soustředí, zaktivizují, zbavují děti studu a nadměrné sebekritiky, uměla by vytvářet a chránit bezpečný prostor ve třídě (<http://www.muzikoterapie.cz/Muziko/clanek08.htm>).

Vraťme se ale ke zdravotnictví. Většina programů, které jsou v kompetenci zdravotnictví se zabývá hlavně prevencí komplikací u hospitalizovaných pacientů a ke zlepšení kvality života u nemocných. Opět se vracíme k terapii bolesti a úzkosti, celkové rehabilitaci apod. Zajímavé jsou i další možnosti jako například prevence deteriorace dýchacích funkcí při onemocněních respiračního aparátu pomocí dechových nástrojů. Tento typ muzikoterapie má za cíle zlepšení plicních funkcí nebo alespoň zpomalení progresu choroby v tomto směru, lepší kontrolu příznaků a obnova normálního života pacientů (E. Griggs-Drane in C. Dileo, 1999). Možnosti terapie některých ostatních komplikací různých chorob byly nastíněny výše, což pro přehled stačí. Do větších podrobností zde nemá smysl zabíhat a není možné ani udělat kompletní výčet možností, vzhledem k jejich značnému množství.

10 Metodika

Cílem průzkumu je zmapování muzikoterapeutické činnosti v některých zařízeních v Praze a poskytnutí informací o určitých „provozních“ aspektech běžné muzikoterapeutické práce. Popis práce a podmínek na těchto pracovištích by měl přispět k hrubé představě o tom, co je třeba v muzikoterapeutické praxi, a doplnit tak teoretický přehled uvádějící možné aplikace muzikoterapie. Dále by měl tento kvalitativní průzkum nastínit další otázky pro podrobnější zkoumání v muzikoterapii.

Nástrojem výzkumu je strukturovaný rozhovor (viz příloha 1) s otevřenými otázkami, tvořený šesti skupinami otázek. Jednotlivé skupiny se snaží přiblížit různé aspekty muzikoterapeutické praxe.

První skupina je zaměřená na osobu muzikoterapeuta, jeho vzdělání – akademické i muzikoterapeutické – délku praxe v muzikoterapii a typ oddělení, na kterém praxi vykonává.

Druhá skupina se věnuje kritériím výběru klientů. Kromě nejčastějších indikací a kontraindikací jsou další otázky zaměřeny na hlubší zkoumání faktorů, které by mohly použití muzikoterapie omezit. Tyto faktory jsou rozděleny z hlediska pacienta (charakteristiky jako je hudební sluch, smysl pro rytmus, zájem o muzikoterapii apod.), z hlediska základní diagnózy, pro kterou je pacient léčen (např. akutní psychotický stav, změněný stav vědomí apod.) a z hlediska přidružených onemocnění (např. sluchové postižení, somatická onemocnění).

Třetí skupina otázek je zaměřena na zcela základní popis metod. První otázka míří k teoretickým základům práce terapeuta, tedy k teoretickým modelům, ze kterých vychází. Další otázky jsou zaměřeny na preference aktivních či receptivních metod a skupinové či individuální terapie. U poslední kategorie je také cílem zjistit důvod této preference,

zejména pak jedná-li se o indikaci z hlediska pacienta či o ústupek provozním možnostem zařízení, bez většího ohledu na pacienta a diagnózu.

Čtvrtá část rozhovoru se věnuje rozložení muzikoterapie v čase a jejímu postavení v terapeutickém plánu. Cílem je zjistit, jak často se sezení uskutečňují a jak dlouho trvají a jaký vztah má muzikoterapie k ostatním metodám používaným u daného klienta.

V páté části jsou otázky zaměřeny přímo na technické aspekty muzikoterapie. První z nich se snaží stručně nastínit jaké nároky na místnost má terapeut a jak vypadá tato místnost ve skutečnosti. Dalším bodem je vybavení používané při muzikoterapii a posledním bodem jsou možnosti financování muzikoterapie na pracovišti.

Poslední, šestá část rozhovoru je jakýmsi souhrnným hodnocením. Dotazovaní mají možnost se volně zamyslet nad výhodami a nevýhodami muzikoterapie. Důvodem těchto obecných otázek je možnost, že z nich vyplynou další informace a podněty, které mohly být ve strukturovaném rozhovoru pominuty.

Otázky pro rozhovor byly tedy vytvořeny tak, aby pokryly několik obecných oblastí, které jsou u většiny terapeutických metod důležité. Nejprve jsem se zaměřila na výběr těchto oblastí a poté jsem vytvořila konkrétní otázky. Při tvorbě otázek i zpracování dat jsem pak postupovala podle zásad kvalitativního výzkumu (J. Hendl, 2005).

Po vypracování otázek jsem vyhledala respondenty z řad muzikoterapeutů. Vyhledala jsem je na otevřeném setkání Sekce muzikoterapie a dramaterapie České psychiatrické společnosti při České lékařské společnosti J. E. Purkyně, které se konalo dne 5.12. 2006 v Purkyňově sále Lékařského domu. Tam jsem získala i kontakty na další muzikoterapeuty, které jsem oslovila telefonicky. Posledním zdrojem

kontaktů na potenciální respondenty bylo Psychiatrické centrum Praha, jakožto základna výuky psychiatrie na 3.LF UK. V podstatě jedinými omezeními pro výběr respondentů byla jejich ochota se na výzkumu podílet a jejich časové možnosti. Z mé strany pak omezení počtu muzikoterapeutů, kteří pracují na jednom pracovišti (tedy z každého pracoviště maximálně jeden muzikoterapeut). Z dvanácti osob, které jsem kontaktovala, pak přistoupily na rozhovor čtyři muzikoterapeutky z různých pracovišť.

Rozhovory jsem natočila na MD přehrávač a následně přepsala formou shrnujícího protokolu (viz příloha 2). Z protokolů jsem pak sestavila tabulky pro přehlednou prezentaci sledovaných dat. Každá tabulka obsahuje jednu ze šesti částí rozhovoru.

Dotazované vyslovily souhlas se zveřejněním shrnujících protokolů. Vzhledem k cíli a náplni práce nejsou podstatná jména osob ani jejich konkrétní pracoviště.

11 Výsledky

Tabulka 1. Terapeut

Otázka	Terapeutka 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Délka muzikoterapeutické praxe	2 roky	11. rok	1,5 roku	3 roky
Akademické vzdělání	Hudební výchova sbormistrovství a psychologie (PF) Diplomová práce z muzikoterapie	Fyzioterapie Speciální pedagogika (PF) – seznámení s muzikoterapií	Pedagogika (FF) Speciální pedagogika (PF)	Střední zdravotnická škola, psychiatrická specializace
Muzikoterapeutické vzdělání	Bakalářský kurz v USA http://www.molloy.edu/	Orffovské kurzy – Česká Orffova Společnost Musica Humana	V současnosti v kurzu antroposofické muzikoterapie - Dorion USA www.dorionmusictherapy.net	Samostudium 2krát dvě hodiny kurzu
Typ oddělení	Lůžkové (Psychiatrická klinika v USA, uzavřené oddělení)	Denní stacionář (Klinika rehabilitačního lékařství)	Lůžkové (Kojenecký ústav)	Lůžkové (Psychiatrická klinika, uzavřené oddělení)
Edukace, prevence	Ne	Edukace ano Prevence jen částečně na rehabilitační klinice, mimo kliniku pak preventivní program v mateřském centru.	Prevence hospitalismu Edukace ve smyslu podpory psychomotorického a emočního vývoje	Spíše edukace – informace pro život po propuštění z kliniky

Tabulka 2. Výběr klientů

Otázka	Terapeutka 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Nejčastější indikace	Psychózy – depresivní porucha, bipolární porucha, schizofrenie – forenzní populace	Stavy po poranění mozku - nejčastěji autonehodách a iktech (včetně apalického syndromu apod.)	Hrozící hospitalismus, opoždování vývoje, emoční deprivace	Psychózy – depresivní porucha, bipolární porucha, schizofrenie
Kontraindikace	U MT obecně žádné – spíše klasické kontraindikace skupinové terapie. Vždy nutný individuální přístup ve výběru technik	Velmi individuální. Nejspíš akutní psychóza, ale s takovým pacientem nemá zkušenost	Žádné kromě odporu klienta	Neklidný pacient, který ruší skupinu (pozn. kritérium jakékoli skupinové terapie)
Kritéria z hlediska klienta (kontraindikace)	Smysl pro hudbu není určující. Jedinou překážkou by byl nezájem ze strany klienta.	Neschopnost souladu se skupinou.	Kromě nezájmu ne.	Účastnit se musejí všichni – součást režimové léčby. Nezájem nevylučuje účast.
Kritéria z hlediska diagnózy (kontraindikace)	Specifický přístup k akutním stádiím psychóz.	Akutní psychóza.	Většina stavů není kontraindikací, ale vyžaduje speciální přístup.	Ne, diagnóza o zařazení do muzikoterapie nerozhoduje, účast je povinná pro všechny
Kritéria z hlediska přidružených onemocnění (kontraindikace)	Omezení v individuální terapii nejsou – lze přizpůsobit (včetně postižení sluchu). Fyzický stav může omezit skupinovou terapii.	Omezení není, spíše pak rozdíl v zařazení do individuální nebo skupinové terapie.	Většina stavů není kontraindikací, ale vyžaduje speciální přístup.	Pokud to nedovolí somatický stav (teploty apod.)
Terapeutické cíle	Velmi individuální: socializace, integrace do skupiny, práce s emocemi, schopnost sebeprosazení, sebeúcta apod.	Rehabilitace řeči a lokomoce, nonverbální komunikace u pacientů s afázií. Sociální komunikace, sebevyjádření, relaxace atd.	Nabíjení emoční kapacity dítěte, snížení vlivu deprivace, podpora psychomotorického vývoje, zlepšení sociability.	Snížení úzkosti a napětí, komunikace, zapojení do sociálního kontaktu.

Tabulka 3. Metody

Otázka	Terapeutka 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Teoretický základ	Humanistický model	Fyzioterapie, Dynamická psychoterapie, Pessoterapie	Eklektický přístup	Žádný vyhraněný model. "Instinktivní muzikoterapie"
Aktivní/receptivní metody	Aktivní: Improvizace a její analýza Skladba	O něco více aktivní metody	Spíše aktivní. Receptivní v menším měřítku	Hlavně aktivní Pacienti se více zapojí
Jednotlivci/skupiny	Obojí. V individuální terapii konkrétnější cíle a větší přizpůsobivost	Spíše skupiny – dáno provozem kliniky. Někdy i individuální – zvláštní případy	Hlavně individuální – poskytnutí intimního kontaktu dětem z ústavního prostředí	Skupina – dáno režimem

Tabulka 4. Terapeutický režim, terapeutický plán

Otázka	Terapeutka 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Postavení MT vůči ostatním metodám	Součást terapeutického programu, týmová spolupráce terapeutů.	Svébytná metoda. Další terapie probíhají nezávisle.	Jedna z aktivit. Nenavazuje na další aktivity.	Součást terapeutického plánu. Týmová spolupráce s lékaři a ostatními therapy.
Délka MT sezení	40-45 minut, skupinová sezení až 2hodiny	90 minut	20-30 minut	60 minut
Počet MT sezení týdně	Možnost až 2x denně, vzhledem k dalším možnostem výběru obvykle maximálně 2-3x týdně.	1x týdně	1x týdně, dříve 2x týdně, což považuje za ideálnější	1x týdně vzhledem ke skladbě programu.

Tabulka 5. Nároky na vybavení, technické aspekty muzikoterapie

Otázka	Terapeutka 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Nároky na místnost	Dostatečná velikost, dobré osvětlení, koberec (měli lino), zvuková izolace, dekorace.	Vyhovující místnost ve stacionáři – viz. obr.1-4. Nutný dostatek prostoru.	V současnosti využívá inspekční pokoj. Hračky odvádějí pozornost. Nevyhovující akusticky i esteticky.	V současnosti probíhá MT v jídelně – je nutná příprava místnosti (odsouvaní stolů apod.), není koberec, občas ruší hluk z kuchyně. Ideálně prostorná místnost s kobercem, kde je klid.
Pomůcky	Nástroje: Kytary (2 a více), klavír, Orffovy nástroje, rytmické nástroje, nástroj dle terapeuta, drum set, gongy – musí být možnost výběru.	Aparatura pro reprodukovanou hudbu, Orffovy nástroje, kantely, metalofon, xylofon.	Rolničky, různé druhy zvonečků, kytary, flétny, různé bubny, metalofon, zvonkohra, rytmické nástroje, kantely, lyra.	Aparatura, Orffovy nástroje, karimatky, někdy pastelky a papíry.
Možnosti financování	Přesný zdroj neznámý.	Částečně hrazeno pojišťovnou jako skupinová fyzioterapie částečně pravděpodobně z grantů. Nástroje zakoupeny z peněz získaných provozováním kurzů.	Sponzoři.	Hrazeno pojišťovnou jako skupinová psychoterapie.

Tabulka 6. Hodnocení muzikoterapie

Otázka	Terapeutka 1	Terapeutka 2	Terapeutka 3	Terapeutka 4
Výhody	Pacient není za svou produkci hodnocen (po estetické stránce), ale má možnost se zcela svobodně vyjádřit. Neexistují kategorie „dobré a špatné“. Učí se přijmout i vlastní chyby.	Přesun z racionální sféry do tvůrčí. Prožitek.	Vytažení ze skupiny, možnost individuálního setkání. Možnost využití hudby jako prostředku komunikace. Větší hloubka, otevření, ochrana.	Snížení úzkosti, neklidu. Možnost vyjádřit např. náladu, jinak než slovy. Zapojení se do aktivního procesu. Získání kontaktů.
Nevýhody	Individuální efektivita MT. Poměrně obtížně prokazatelná efektivita MT statistickými metodami. Obtížně definovatelné faktory, které výsledek ovlivňují.	Nutnost velké (počáteční) investice do nástrojů. Obtížná prokazatelnost efektu MT při několika terapiích probíhajících zároveň.	Navrácení dítěte zpět do původního skupinového prostředí.	Nevýhody otevřené skupiny. Někdy naopak narůstá pacientova tenze a ve skutečně výjimečných případech vyvolává MT až agresi.

12 Diskuze a závěr

Prvním důležitým momentem v posuzování výsledků průzkumu je připomenutí jeho účelu a způsobu, kterým má být hodnocen. Vzhledem k tomu, že nejde o výzkum kvantitativní, není ani jeho účelem ověření hypotéz, ale spíše jejich nabídnutí. Při posuzování výsledků je tedy nutné vytvořit popis zkoumaných případů a nabídnutí podnětů pro další činnost.

Přistupme tedy k jednotlivým částem. První otázkou, které bych ráda věnovala bližší pozornost je akademické vzdělání muzikoterapeutů. V našem případě absolvovaly 3 ze 4 terapeutek (kromě jiného) pedagogické nebo speciálně pedagogické vzdělání na pedagogické fakultě a jedna je zdravotní sestra s psychiatrickou specializací. To jsou obory, kde se s muzikoterapií lze setkat v rámci studia na rozdíl od většiny oborů lékařských fakult, kde muzikoterapie není součástí studia (jako výjimku lze uvést 1.LF UK, kde se studenti všeobecného lékařství mohou setkat s muzikoterapií v rámci rehabilitačního lékařství v 5. ročníku a studenti ergoterapie a fyzioterapie mají možnost vidět muzikoterapii ve všech 3 ročnících). Vezměme ale v úvahu charakter zařízení, ve kterých muzikoterapeuti pracují. Ve 3 případech ze čtyř jsou to pracoviště čistě medicínského charakteru - kojenecký ústav tvoří v určitém smyslu výjimku. Vzhledem k tomu, že většinu terapií v těchto zařízeních indikuje lékař (toto platí i pro kojenecký ústav) měl by mít alespoň základní informace o charakteristikách metody (stejně tak jako když indikuje jakoukoli jinou terapii – např. fyzioterapii, ergoterapii apod.). Je tedy otázka, zda by se třeba i jen stručné pojednání o muzikoterapii a podobných metodách, které jsou na lékařských pracovištích poměrně

často používané, nemělo postupně zařadit do nabídky lékařských fakult (např. v rámci povinně volitelných aktivit či jako aktivita čistě volitelná).

Otázka muzikoterapeutického vzdělání je v současnosti doslova kamenem úrazu české muzikoterapie. Zatímco v USA je řada akreditovaných vzdělávacích programů vedoucích k titulu bakalář muzikoterapie MT-BC (<http://www.musictherapy.org/>), u nás se v podstatě první specializovaný kurz muzikoterapie akreditovaný MŠMT bude otvírat v únoru 2007 (<http://www.muzikoterapie.eu/>). Z toho je i patrný důvod rozdílností v odpovědích terapeutek na tuto otázku. Zatímco anglosaské země rozeznávají „music therapist“ – tedy muzikoterapeut s bakalářským vzděláním v muzikoterapii, a „music practitioner“ – tedy pracovník, který prošel nižším stupněm muzikoterapeutického vzdělání (většinou pracují jako dobrovolníci), u nás není zcela jasně definováno, kdo si vlastně smí říkat muzikoterapeut. Diskuze na toto téma vedla řadu speciálních pedagogů a psychologů v čele s Mgr. Matějem Lipským k vytvoření již zmíněného dvouletého kurzu akreditovaného MŠMT a garantovaného Katedrou speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Sekcí muzikoterapie a dramaterapie při ČPS při LSJEP. Absolvent kurzu bude specialistou kvalifikovaným pro práci na základní úrovni muzikoterapeutické praxe a obdrží certifikát, jakožto dodatek k vysokoškolskému diplomu (<http://www.muzikoterapie.eu/?p=informace-o-kurzu>). Kurz je ale určen pouze pro speciální pedagogy a pro psychology, a tak se ho nemohou účastnit právě zdravotní sestry s psychiatrickou specializací, které často terapii poskytují. V každém případě je ale otevření takového kurzu dobrým krokem k vytvoření standardu pro muzikoterapeuty a tedy i ke zvýšení důvěryhodnosti a prestiže tohoto oboru.

V otázce využití muzikoterapie jako prevence bych se ráda pozastavila u kojeneckého ústavu. Tam se totiž provádí muzikoterapie vysloveně jako prevence hospitalismu u dětí v ústavním prostředí. V tomto případě tedy probíhá muzikoterapie i u dětí bez postižení za účelem odvrácení hrozby následků emoční deprivace a nedostatku intimního kontaktu. Také terapeutka č.2 se zmiňuje o svém působení v mateřském centru a práci s rodinami, která má vést k budování zdravých rodinných vztahů za pomoci muzikoterapie. V obou případech pak jde o práci s dětmi. Vzhledem k tomu, že mnoho technik, které muzikoterapie používá, je založeno na fantazii a určité hravosti, jsou děti přístupnější v řadě ohledů a účast dětí v hravých technikách se zdá být společensky přijatelnější než účast dospělých.

Zaměříme-li se na použití muzikoterapie u dospělých (v prevenci chorob, na jejichž vzniku se podílí stres), přicházela by v úvahu jako aktivita, které by se lidé věnovali ve svém volném čase a pravděpodobně by si ji sami platili. V souvislosti s přístupem dospělých k muzikoterapii cituji terapeutku č.2: „Některým pacientům to nepřipadá dost korektní – zpívat nebo tančit.“ Dá se předpokládat, že i vzhledem k tomuto náhledu části dospělých, by o muzikoterapii jako součást životního stylu byl malý zájem – a to zejména z řad těch, pro které by mohla mít největší význam, tedy velmi racionální jedince žijící velmi pracovně vytížený život s minimem času pro sebe a se značným nedostatkem tvůrčího života. Bez správného sociálního marketingu lze na tomto poli těžko uspět.

Je ještě důležité podotknout, že v některých alternativně zaměřených skupinách je tendence mluvit o řadě technik – meditace, alikvotní zpěv apod. jako o muzikoterapii. Většinou mají být tyto techniky zaměřené na různé způsoby duševní očisty, harmonizace apod. Na tomto místě bych ráda upozornila na fakt, že muzikoterapie sensu stricto je

vedena školeným muzikoterapeutem (jak již bylo zmíněno dříve, optimálně by si „muzikoterapeut,, měl říkat pouze ten, kdo absolvoval některý z uznávaných kurzů, což za stávajících podmínek není splněno), její používání je založeno na regulérně prováděných studiích a splňuje podmínky zmíněné v kapitole III. Tedy ostatní aktivity mohou sice využívat hudbu jako prostředek jakési auto- či heteroterapie, ale nespadají do zdravotnického rámce a v úzkém smyslu slova je nemůžeme nazvat skutečnou muzikoterapií. V současné době je poměrně složité oddělit tyto dvě skupiny, ale právě i výše zmiňovaný kurz muzikoterapie s akreditací MŠMT a garancí PF UK by mohl být dobrým začátkem.

Jako další příklad preventivního přístupu bych ještě uvedla společnost ENERGIE (<http://www.e-region.cz/energie/terapie.asp>), která se zabývá prevencí sociální izolace a sociální patologie u mentálně postižených a duševně nemocných u klientů mezi patnáctým a šedesátým rokem. Kromě jiných technik je používána i muzikoterapie.

Otázka délky praxe v muzikoterapii a otázka typu oddělení jsou uvedeny pro upřesnění představy o terapeutovi a typu práce, který vykonává.

V otázkách indikací a kontraindikací se našlo několik zajímavých zjištění. Co se týče indikací, je vidět, že jejich spektrum je značné a není třeba se jím blíže zabývat, protože odpovídá řadě indikací uváděných v teoretické části (kapitola VIII).

U kontraindikací bych se ráda pozastavila. V podstatě nejčastějšími zmiňovanými kontraindikacemi byl nezáměr a neschopnost skupinové terapie. Zajímavý je fakt, že na oddělení, kde pracuje terapeutka č. 4 (uzavřené oddělení psychiatrické kliniky) je muzikoterapie jako součást režimové léčby, a proto zájem pacienta nehraje větší roli. Při větších

problémech se pak i zde může terapie přizpůsobit. Zdá se, že dotazované muzikoterapeutky vidí většinu problematických stavů spíše jako stavy vyžadující speciální přístup, než jako vylučující faktor. V individuální terapii je pak opravdu jediným popisovaným problémem nezájem či odpor. Ve skupinové terapii to může být silný neklid, agresivita, nesoustředěnost vedoucí k „rozkladu skupiny“ apod.

Ráda bych ještě připomněla, že dle zkušeností terapeutky č. 1 a terapeutky č. 2 lze pracovat i s pacienty se sluchovým postižením či v apalickém syndromu.

Pokud jde o terapeutické cíle, jsou většinou určeny indikací terapie a typem terapie - skupinová nebo individuální, kde v se potom práce s cíli, jejich změny a vývoj poměrně liší.

Odpovědi na otázku teoretického přístupu jsou neméně zajímavé. Často je problémem najít prapůvodní jádro přístupu, právě pro značnou tendenci muzikoterapie přizpůsobit se klientovi. Teoretický základ práce terapeutek v podstatě také odpovídá muzikoterapeutickému přístupu, který byl zastoupen v kurzech, kterými terapeutky prošly. Nejvíce vyhraněný přístup, co se týče teoretického základu, má terapeutka č. 1. U ostatních jde o syntézu zkušeností a znalostí z různých zdrojů.

V otázce použití aktivních a receptivních metod jednoznačně vedou metody aktivní. Důvody jsou různé. V rehabilitaci jde pak především o účel - motorické dovednosti a terapii afázií. V psychiatrii, vzhledem k diagnózám, které byly uvedeny jako nejčastější (psychózy), jsou mezi hlavními problémy receptivní muzikoterapie nedostatek soustředění, nevhodnost imaginativních technik apod. Jako další výhoda aktivní muzikoterapie bylo uvedeno větší zapojení pacientů a tím lepší možnost sledování jejich stavu. Dá se ale předpokládat, že u jiného skupiny pacientů (např. u pacientů s bolestivými syndromy, úzkostných pacientů a

pacientů v paliativní péči) by bylo zastoupení metod zcela opačné – tedy od sezení s lehkou převahou receptivních metod až po čistě receptivní přístup.

Zajímavá je i informace o poměru individuální a skupinové terapie a zejména pak důvody, proč jedna z metod převažuje. Fakt, že skupinová terapie je levnější a v některých ohledech provozně méně náročná, může vést k určitým způsobem necitlivému zařazení pacienta do skupiny bez ohledu na diagnózu či přání pacienta. Vzhledem k tomu, že muzikoterapie nemá známé závažné vedlejší účinky, nemusíme se obávat poškození pacienta. V podstatě ze všech rozhovorů vyplynulo, že (nejen) ve zvláštních případech je nutno terapii účelně individualizovat. Otázkou tedy spíše zůstává účelnost a efektivita terapie. V ideálním případě, tedy když sledujeme určité terapeutické cíle a snažíme se dosáhnout skutečného efektu muzikoterapie, by mělo být rozhodnutí mezi individuální a skupinovou terapií řízeno hlavně otázkou zájmu pacienta a účelnosti. V tomto ohledu se ale pravděpodobně nedá v současné době mnoho udělat.

V otázce postavení muzikoterapie mezi ostatními metodami se zdají být obvyklé dvě možnosti. V prvním případě probíhá muzikoterapie jako jedna z metod využívaných na daném pracovišti a probíhá v podstatě nezávisle na ostatních metodách – není konzultována terapeutickým týmem. Ve druhém případě je také jednou z řady metod, ale o každého pacienta pečuje tým, ve kterém si terapeuti předávají informace o průběhu a vývoji terapie u daného pacienta.

Trvání a frekvence sezení se značně liší podle pracoviště a někdy také podle zájmu pacienta. Na některých pracovištích je totiž muzikoterapie jednou z metod, ze kterých mohou pacienti vybírat. Obvyklá jsou sezení dlouhá kolem 45 minut 1-2krát týdně.

Nejčastějšími nároky na místnost byla v rozhovorech dostatečná velikost, vhodné osvětlení, zvuková izolace, klid a vhodná podlaha – koberec. Současně pak z rozhovorů vyplývá, že řada problémů se dá vyřešit a že i když podmínky nejsou často ideální, muzikoterapie může probíhat na oddělení celkem bez problémů – často je však nutná speciální příprava místnosti.

Pokud jde o speciální vybavení, rozdělila bych ho na tři skupiny. V první je vše, co vyplývá z nedostatků místnosti – tedy například podložky na sezení a ležení v místnosti, kde k tomuto účelu není vhodná podlaha, alternativní osvětlení, pokud jsou jediným zdrojem světla zářivky apod. Druhá skupina souvisí s potřebou reprodukované hudby, tedy CD přehrávač, reproduktory, nahrávky apod. Poslední skupina jsou hudební nástroje. Těch může být mnoho a jsou často velmi rozdílného charakteru. V podstatě každý, kdo praktikuje aktivní muzikoterapii, používá Orffovo instrumentarium (jednoduché rytmické a melodické nástroje zvonkohry, metalofony, tamburíny, ozvučná dřívka, triangel, foukací harmonika). Dále se objevují jednoduché strunné nástroje (kantele – tradiční finský nástroj, lyry, kytary apod.), většinou se jedná o nástroje předladěné, kde hráč nerozhoduje o výšce jednotlivých tónů (jako např. u smyčcových nástrojů), a tedy tyto nástroje nevyžadují při hře intonační schopnosti. Jedním z nástrojů, který je popisovaný v literatuře a se kterým mám osobní zkušenost (v muzikoterapii pak z kurzu Muzikoterapeut v nás - viz kapitola IX), je i „malá harfa“. Jedná se o různé druhy historických i moderních harf – keltská, paraguayská, irská, gotická, česká háčková, skotský clarsach (kovové struny) apod. Výhodou těchto nástrojů, kromě předladění, je i jejich jemný a pro většinu lidí uklidňující zvuk a skutečnost, že sám jejich zvuk působí v určitém smyslu esteticky, a to i když na ně hraje naprostý začátečník. Odpadá tedy velká část zábran,

která je zpočátku dána hlavně pacientovými limitujícími přesvědčeními o vlastních hudebních schopnostech. Z dalších nástrojů byly jmenovány různé druhy bubnů, klavír, drobné rytmické nástroje atd.

Z odpovědí na otázku financování vyplývá, že je to velmi problematická oblast. Část muzikoterapie lze zahrnout pod skupinovou psychoterapii nebo fyzioterapii. Ostatní financování je většinou získáváno pomocí grantů a sponzorských darů v rámci oddělení.

V poslední části rozhovorů vyplynulo na povrch opět několik zajímavých podnětů. Mezi výhodami muzikoterapie, které terapeutky uvedly, se objevilo využití hudby jako alternativního prostředku komunikace, možnost hlubokého prožitku, přesun z racionální sféry do sféry tvůrčí, změna náhledu na sebe přes přehodnocení kategorií „dobré a špatné“, snížení úzkosti a neklidu atd.

V odpovědích na otázku nevýhod zaznělo několikrát, že je obtížné prokázat efekt muzikoterapie. Jedním z důvodů je, že muzikoterapie málokdy probíhá jako samostatná metoda. Většinou je součástí programu, ve kterém pacient prochází řadou terapií, a v konečném důsledku je pak složité oddělit od sebe efekt jednotlivých metod (popřípadě ještě určit vztah těchto metod vůči sobě). Druhým problémem v této oblasti je nedostatek podpory výzkumu v muzikoterapii. Řada muzikoterapeutů aktivně zpracovává kazuistiky, ale zatím u nás chybí systematické kvantitativní studie. Třetí zásadní problém jsou individuální rozdíly v efektu, které se zdají být o něco větší než u např. medikamentózní terapie, a zároveň těžko kvantifikovatelný průběh terapie (dá se předpokládat, že někteří terapeuti budou mít lepší výsledky než jiní v závislosti na zkušenosti, povaze apod.). Jistě by se našlo mnoho dalších potíží stojících v cestě kvantitativnímu výzkumu v muzikoterapii. Pomoci

v řešení těchto problémů by nám mohly jednak studie, které byly již provedené v zemích, kde je muzikoterapie rozvinutější, a jednak studium metodiky psychologického a sociologického výzkumu.

Jako další nevýhoda byla terapeutkami popsána nutnost velké investice do nástrojů a aparatury. Zde bych ráda připomněla, že pokud se podaří snížením úzkosti, tenze, bolesti apod. snížit spotřebu léků, je možné, že se tato investice „vrátí“. Dále bych ráda podotkla, že tato investice nemusí být jen jednorázová počáteční, ale jde rozložit. Je tedy hlavně otázkou, jaké nástroje by terapeut preferoval a kolik je jich potřeba. Jak už jsem ale předeslala výše, otázka financování muzikoterapie je zatím vyřešena neuspokojivě.

Zvláštním případem je kojenecký ústav, kde výhoda terapie spočívá v síle terapeutického vztahu a v možnosti prožití určitého času jen s jednou osobou a tím v nabídce intimnějšího vztahu, než který nabízí prostředí ústavu. Nevýhodou je pak návrat dítěte do režimu ústavní péče a určitá nestálost tohoto vztahu, kterou dítě nechápe.

Poslední nevýhodou jsou ojedinělé případy, kdy má hudba na pacienta opačný efekt než je žádoucí, tedy trpí zvýšenou tenzí až agresí. Uvážíme-li ale že jde o skupinu, kam pacienti musejí chodit vzhledem k režimové léčbě a kde nelze uplatnit individuální přístup, je pochopitelné, že se najdou případy, kdy terapie selže.

Podíváme-li se tedy na muzikoterapii u nás jako na zdravotnický obor, je jisté, že bude muset urazit ještě dlouhou cestu, počínaje nalezením „svého místa“ v systému péče o pacienty, vypracováním akreditovaných vzdělávacích programů pro všechny, kteří muzikoterapii praktikují, podpořením muzikoterapeutické empirie výzkumem, ozřejmením přínosu muzikoterapie odborné zdravotnické veřejnosti a soustavné práci na

zvýšení důvěryhodnosti a použitelnosti tohoto zajímavého oboru. V současné době se mnoho těchto bodů začíná rýsovat v jasnějších konturách a muzikoterapie se dostává do popředí zájmu v mnoha oblastech.

Prvním z důležitých podnětů je potřeba vybudovat jednotný systém vzdělávání muzikoterapeutů. Dále pak opakované upozornění na definici muzikoterapie ve zdravotnickém smyslu – tedy co je a co není muzikoterapie. Problematická je do jisté míry otázka vhodné volby místnosti pro muzikoterapii a otázka jejího financování. Jednou z hlavních oblastí, ve kterých je třeba systematické práce je výzkum, který je v řadě západních zemí na velmi dobré úrovni.

Muzikoterapie je perspektivní metoda, která nám může pomoci nefarmakologicky a neinvazivně ovlivňovat řadu onemocnění a patologických stavů – psychických i somatických – a při správném použití může působit preventivně i léčebně.

13 Souhrn

Muzikoterapie (MT) je metoda, která využívá hudbu, jako prostředek působení na nemocného, či jedince v ohrožení nemocí. Jako každá metoda má svoji definici, indikace, kontraindikace apod. Účelem této práce je nabídnout odborné zdravotnické veřejnosti korektní pohled na MT jako metodu, kterou by mohli na svém pracovišti použít.

V teoretické části práce je uveden stručný přehled základních informací o MT. Důležitou informací je definice MT, vzhledem ke značné nepřehlednosti vymezení MT v ČR. Dále je uvedeno základní rozdělení metod a aplikací a několik příkladů využití MT ve zdravotnictví vybraných z literatury.

V průzkumu jsem se snažila zmapovat situaci na některých pracovištích, a poté získané informace porovnat. Kromě strukturovaného rozhovoru s terapeuty jsem jako další zdroje informací pro porozumění problematice MT v ČR využívala otevřená setkání Sekce muzikoterapie a dramaterapie České psychiatrické společnosti, internet a některé české i zahraniční publikace.

Popisná část výsledků odpovídá na otázky: „Kdo“ je muzikoterapeut? Kdy indikovat MT a kdy ne? Jakou formu MT zvolit? Co je k MT potřeba? V čem je výhoda a v čem nevýhoda MT? Výsledkem výzkumu je ale nejen popis MT jako metody „očima terapeutů“, ale také nalezení nových podnětů pro další činnost. Prvním z nich je potřeba vybudovat jednotný systém vzdělávání muzikoterapeutů. Dále pak opakované upozornění na definici MT. Problematická je do jisté míry otázka vhodné volby místnosti pro MT a otázka jejího financování. Jednou z hlavních oblastí, ve kterých je třeba systematické práce je výzkum, který je v řadě západních zemí na velmi dobré úrovni.

14 Summary

Music therapy (MT) is a method, which uses music in the process of administering care to those affected or threatened by disease. Like all methods it has its definition, indications and counter-indications, etc. The aim of this thesis is to offer an objective view of MT to the medical community and to present it as a method that can be used in various clinical settings.

A brief overview of information about MT is given in the theoretical part of the thesis. The precise definition of MT is most important, as it is not clear to many in the Czech Republic. Additionally there is a basic classification of methods and applications, and some examples of MT usage from literature.

The research concentrated on describing and analysing the situation in facilities providing MT. Sources of information for deeper understanding of the MT situation in the Czech Republic include four structured interviews with music therapists, conferences of the Music Therapy Section of the Czech Psychiatric Association, the internet and several Czech and foreign publications. The descriptive part of the results answers these questions: Who is the therapist? What is an indication of MT and what is not? What is needed for MT? What are the advantages and disadvantages? Apart from describing MT from the point of view of the therapist, the research leads to many topics for further study. The first topic is the need of a unified education system for music therapists in the Czech Republic. Another topic is the importance placed on the definition of MT. Finding an appropriate room for MT and securing funding remains problematic. Another concern is the lack of research, which in other countries is at a high level.

15 Literatura

1. ALDRIDGE D., ALDRIDGE G.: Life as jazz: Hope, meaning and music therapy in the treatment of life-threatening illness. In *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(4), str.271-282, the Fetzer Institute, 1998
2. ALTENMÜLLER E., WIESENDANGER M., KESSELRING J.: *Music, motor control and the brain*, Oxford University Press Inc, New York 2006
3. ATKINSON. R. L. 2003: *Psychologie*. Portál, Praha 2003
4. BAKER F., TAMPLIN J.: *Music therapy methods in Neurorehabilitation*, Jessica Kingsley Publishers, London 2006
5. BUNT, L., HOSKYNS, S.: *The handbook of music therapy*, Brunner-Routledge, East sussex, 2004
6. BUNT, L.: *Music Therapy - An Art Beyond Words*. Brunner-Routledge, New York 1994
7. DILEO, CH.: *Music therapy and medicine – theoretical and clinical applications*. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999
8. DISMAN M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Nakladatelství karolinum, Praha 2000
9. EDWARDS J.: *Anxiety management in pediatric music therapy*. In DILEO, CH.: *Music therapy and medicine – theoretical and clinical applications*. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999
10. GRIGGS-DRANE E.: *The use of musical wind instruments in the treatment of chronic pulmonary diseases* in DILEO, CH.: *Music*

- therapy and medicine – theoretical and clinical applications. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999
11. HENDL J.: Kvalitativní výzkum, Portál, Praha 2005
 12. JUSTICE R. W., KASAYAKA R. E.: Guided imagery and music with medical patients. In DILEO, CH.: Music therapy and medicine – theoretical and clinical applications. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999
 13. KANTOR J.: Úvod do muzikoterapie. Vydavatelství Univerzity Palackého Olomouc 2005 (v tisku, text k dispozici na <http://www.muzikoterapie.cz>)
 14. KRATOCHVÍL, S.: Skupinová terapie v praxi, Galén, Praha 2001
 15. LINKA, A.: Kapitoly z muzikoterapie. Moravská typografie, a.s., Brno 1997
 16. MORENO, J. J.: Rozehrát svou vnitřní hudbu. Portál. s. r. o., Praha 2005
 17. PETERS, J., S.: Music Therapy an Introduction. Charles C. Thomas Publisher, LTD. USA. 2000
 18. REUER B., CROWE B.: Best practices in music therapy: Utilizing group percussion strategies for promoting volunteerism in the well order adult. State University Center of Aging, San Diego CA 1995 in DILEO, CH.: Music therapy and medicine – theoretical and clinical applications. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999
 19. ROSKAM K., REUER B.: A music therapy wellness model for illness prevention. In DILEO, CH.: Music therapy and medicine – theoretical and clinical applications. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999

20. SAPERSTON B.: Music-based individualized relaxation training in medical settings. In DILEO, CH.: Music therapy and medicine – theoretical and clinical applications. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999
21. SCHWARTZ F. J., RITCHIE R.: Music listening in neonatal intensive care units. In DILEO, CH.: Music therapy and medicine – theoretical and clinical applications. The american music therapy association, Inc. Silver Spring 1999
22. SEDLÁK, F: *Základy hudební psychologie*, SPN, Praha 1990
23. ŠIMANOVSKÝ, Z.: *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*, Portál, Praha 1998
24. VYMĚTAL J.: *Obecná psychoterapie. Psychoanalytické nakladatelství. Praha 1997*

Internetové zdroje:

1. LIŠKOVÁ Š.: *Katedra hudební kultury ZČU*. Dostupné z: http://khk.goo.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=50
2. LIPSKÝ M.: *Muzikoterapie*. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz>
3. LIPSKÝ M.: *Edukační muzikoterapie*. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.eu/>
4. ŠIMANOVSKÝ Z.: *Mgr. Zdeněk Šimanovský - osobní stránky*. Dostupné z: <http://www.simanovsky.com>
5. ŠIMANOVSKÝ Z.: *Hudebně-dramatická terapie v hodinách Hv*. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/Muziko/clanek08.htm>
6. *Molloy College*. Dostupné z: <http://www.molloy.edu/>

7. *Dorion School of Music Therapy*. Dostupné z:
<http://www.dorionmusictherapy.net/>
8. *Goetheanum*. Dostupné z: <http://www.goetheanum.org/>
9. *ENERGIE Meziboří, o.p.s.* Dostupné z: <http://www.e-region.cz/energie/terapie.asp>

16 Seznam tabulek

Tabulka 1. Terapeut	42
Tabulka 2. Výběr klientů	43
Tabulka 3. Metody	44
Tabulka 4. Terapeutický režim, terapeutický plán	44
Tabulka 5. Nároky na vybavení, technické aspekty muzikoterapie	45
Tabulka 6. Hodnocení muzikoterapie	46

17 Seznam příloh

Příloha 1: Strukturovaný rozhovor - otázky	64
Příloha 2: Shrnující Protokoly	66
Příloha 3: Obr. 1–4	96

18 Přílohy

Příloha 1: Strukturovaný rozhovor – otázky

1. Terapeut:

- a) Jak dlouho se zabýváte muzikoterapií ve své klinické praxi?
- b) V muzikoterapii se u nás uplatňují pracovníci různého vzdělání – pedagogové, psychologové, zdravotní sestry, lékaři aj. Jaké je Vaše akademické vzdělání?
- c) Jaké je Vaše vzdělání v muzikoterapii jako takové?
- d) Pracujete s klienty na lůžkovém oddělení nebo ambulantně?
- e) Uplatňujete muzikoterapii jako prostředek prevence nebo edukace? Pokud ano, jak?

2. Výběr klientů:

- a) Jaké jsou (3) nejčastější indikace muzikoterapie na Vašem pracovišti?
- b) Co považujete za kontraindikaci muzikoterapie?
- c) Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska klienta (např. charakteristiky jako je věk, zájem o hudbu, hudební sluch apod.)?
- d) Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska diagnózy se kterou k Vám pacient přichází?
- e) Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska přidružených onemocnění?
- f) Muzikoterapie se využívá k řadě různých účelů, jako je úleva od bolesti, snížení úzkosti, relaxace, nácvik sociálních dovedností,

integrace do nemocničního prostředí, rehabilitace apod. Jaké jsou obecně nejčastější terapeutické cíle u Vašich klientů?

3. Metody:

- a) Muzikoterapie využívá ve svém teoretickém aparátu řadu psychoterapeutických směrů jako je kognitivně behaviorální, psychoanalytická, humanistická aj. psychoterapie. Někdy se ale opírá i o jiné vědecké směry např. fyziku, fyziologii, rehabilitaci atd. Jaký teoretický model je základem Vaší muzikoterapeutické práce?
- b) Používáte spíše aktivní či receptivní metody muzikoterapie, nebo jsou oba druhy zastoupeny přibližně stejně?
- c) Pracujete obvykle s jednotlivci nebo se skupinami – proč?

4. Terapeutický režim a muzikoterapie jako součást celkového terapeutického plánu:

- a) Muzikoterapie může být použita jako zcela svébytná metoda, někdy bývá zavzata do komplexních terapeutických programů jako jedna z rovnocenných metod. V druhém extrému, oproti samostatnému využití, se stává metodou pomocnou. Jak byste popsal/a úlohu muzikoterapie na Vašem pracovišti?
- b) Kolik času z běžného dne Vašich klientů zabere muzikoterapie?
- c) Kolikrát týdně se Vaši klienti účastní muzikoterapie?

5. Vybavení, technické detaily:

- a) Jaké jsou nároky na místnost ve které se muzikoterapie provádí?
- b) Jaké vybavení a speciální pomůcky jsou potřebné pro Vaši muzikoterapeutickou praxi?

c) Jaké jsou možnosti financování muzikoterapie na Vašem pracovišti?

6. Hodnocení:

a) Co je podle Vás největším přínosem muzikoterapie v klinickém provozu?

b) Co je podle Vás největší nevýhodou muzikoterapie v klinickém provozu?

Příloha 2: Shrnující Protokoly

Terapeut 1 - Psychiatrická klinika v USA

datum rozhovoru: 8.12. 2006

Terapeut:

Jak dlouho se zabýváte muzikoterapií ve své klinické praxi?

Dva roky. Už předtím jsem tady něco zkoušela takového muzikoterapeutického, protože jsem psala na téma muzikoterapie diplomovou práci, takže jsem zkoušela muzikoterapeutické přístupy a techniky na gymnáziu, kde jsem učila hudební výchovu. Byly tam problémy ve skupině, tak jsem se snažila těmi technikami nějak ty lidi stmelit.

V muzikoterapii se u nás uplatňují pracovníci různého vzdělání – pedagogové, psychologové, zdravotní sestry, lékaři aj. Jaké je Vaše akademické vzdělání?

Vystudovala jsem hudební výchovu, sbormistrovství a psychologii na pedagogické fakultě. O muzikoterapii jsem psala diplomovou práci.

Jaké je Vaše vzdělání v muzikoterapii jako takové?

Mám bakalářský titul z kurzu ve spojených státech (pozn. <http://www.molloy.edu/academic/musth/>).

Momentálně si dodělávám praxi potřebnou k získání certifikátu AMTA (pozn. American music therapy association: <http://www.musictherapy.org/>)

Pracujete s klienty na lůžkovém oddělení nebo ambulantně?

Na lůžkovém oddělení.

Uplatňujete muzikoterapii jako prostředek prevence nebo edukace? Pokud ano, jak?

Ne. Spíše jako terapii.

Výběr klientů:

Jaké jsou (3) nejčastější indikace muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Nejčastější byly psychózy. Ve spojených státech je poněkud jiná klasifikace, ale dalo by se říct, že nejčastější byly schizofrenie, deprese a bipolární porucha. Většinou šlo o forezní populaci. Většina pacientů tam trávila celý život. Přišli tam z vězení a už nebyli propuštěni ven. Hodně se tam i pracovalo s tou psychickou zátěží toho, že nemají rodinu, že se nedostanou ven. Někdy, po dlouhé době hospitalizace ani sami nebyli schopni kliniku opustit ze strachu, že se nezapojí zpátky do společnosti.

Co považujete za kontraindikaci muzikoterapie?

Kontraindikace muzikoterapie jako takové mě nenapadá. Někdy je třeba zvolit speciální přístup. Co bych u psychotiků asi nedělala jsou je

práce s představami, pokud mají halucinace. Dál bych považovala za kontraindikaci - spíše skupinové terapie - agresi, problémy s autoritou a tak.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska klienta (např. charakteristiky jako je věk, zájem o hudbu, hudební sluch apod.)?

Myslím, že je to metoda využitelná pro všechny. Smysl pro hudbu rozhodne není důležitý. Někdy naopak hudební vzdělání může být překážkou v improvizaci. Nejdůležitějším kritériem pro muzikoterapii je pacientův zájem. Není možné někoho do muzikoterapie nutit.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska diagnózy se kterou k Vám pacient přichází?

V podstatě jde jen o ta akutní stádia psychóz. Tam to vyžaduje specifický přístup.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska přidružených onemocnění?

Samozřejmě pokud pacient není fyzicky schopen terapie, nezapojím ho. To platí hlavně pro skupinovou terapii, protože v individuální terapii lze obtížnost přizpůsobit. Pracovala jsem i se sluchově postiženými pacienty. U nich jde pracovat s vibracemi. K tomu jsem používala „ocean drum“, kytaru, dotyky různých materiálů a tak dále.

Někdy se dá pracovat i s pacienty, kteří jsou v akutním stádiu tělesného onemocnění. Řada akutních stavů je spojena s velkou úzkostí – i s tím může muzikoterapeut pracovat. Samozřejmě je to v tomto případě ale druhotné vůči medikaci a jiné léčbě základního onemocnění.

Muzikoterapie se využívá k řadě různých účelů, jako je úleva od bolesti, snížení úzkosti, relaxace, nácvik sociálních dovedností, integrace do nemocničního prostředí, rehabilitace apod. Jaké jsou obecně nejčastější terapeutické cíle u Vašich klientů?

Terapeutické cíle záleží vždy na diagnóze a na populaci. Musíme si odpovědět na otázky: Čím pacient trpí? Co potřebuje? Co by mu pomohlo?

U nás šlo hodně o socializaci, integraci do skupiny, práci s emocemi – hlavně u schizofreniků ve skupinové terapii. V individuální terapii jsem pracovala s různými pacienty. Například u jedné mé pacientky s depresí to bylo v podstatě zvýšení sebevědomí, sebeúcty, schopnosti sebevyjádření a prosazení se ve skupině a stát se členem té skupiny. Krůček po krůčku jsme jí dostávali zpátky do skupiny.

Často se nové cíle objevovaly v průběhu terapie. Je to opravdu velmi individuální.

Metody:

Muzikoterapie využívá ve svém teoretickém aparátu řadu psychoterapeutických směrů jako je kognitivně behaviorální, psychoanalytická, humanistická aj. psychoterapie. Někdy se ale opírá i o jiné vědecké směry např. fyziku, fyziologii, rehabilitaci atd. Jaký teoretický model je základem Vaší muzikoterapeutické práce?

My jsme používali humanistický model.

Používáte spíše aktivní či recepciční metody muzikoterapie, nebo jsou oba druhy zastoupeny přibližně stejně?

Aktivní. Velmi důležitá je improvizace, povídání o improvizaci a její analýza. Často jsem používala skladbu jako prostředek sebevyjádření pro pacienta. Oni byli plní svých problémů, takže my jsme neustále tvořili a skládali písničky. Ono je to i zaměstnalo. Tohle jsme využívali i ve skupině, kdy skládali spolu – každý vždycky napsal jednu větu a pak jsme to dávali dohromady. Vlastně šlo o „self expression“ – sebevyjádření. To bylo velmi důležité.

Pracujete obvykle s jednotlivci nebo se skupinami – proč (důvody ekonomické, terapeutické, režimové)?

Dělali jsme obojí. Individuální terapie měla mnohem více strukturovaný plán. Často je nutné ho přizpůsobit reakcím pacienta a celkovému vývoji. Není možné se rigidně držet plánu, ale naopak ho vždycky musíme přizpůsobit pacientovi. Rozhodně jsou ale cíle v individuální terapii konkrétnější, ačkoli se mohou i měnit. Ve skupinové terapii je plánování obtížnější a často je potřeba se mnohem více skupině přizpůsobit.

Terapeutický režim a muzikoterapie jako součást celkového terapeutického plánu:

Muzikoterapie může být použita jako zcela svébytná metoda, někdy bývá zavzata do komplexních terapeutických programů jako jedna z rovnocenných metod. V druhém extrému, oproti samostatnému využití, se stává metodou pomocnou. Jak byste popsal/a úlohu muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Já bych řekla, že to byl v podstatě svébytný program, ale samozřejmě jsem spolupracovala - hlavně v individuální terapii – s primárním terapeutem. Ty terapie šly v podstatě vedle sebe.

Takže by se to dalo popsat i jako rovnocenná součást té celkové léčby – jako součást celého terapeutického programu?

Ano, přesně tak. Je to tak vždycky – vždycky je nutná spolupráce se sociálními pracovníky a dalšími lidmi. I ty cíle pro pacienta byly stanovované týmem a prodiskutováváné s námi, terapeutem, lékařem, sociálním pracovníkem a tak dále.

Kolik času z běžného dne Vašich klientů zabere muzikoterapie?

Kolikrát týdně se Vaši klienti účastní muzikoterapie?

Byl tam pětidenní program. Ráno byla muzikoterapie nebo arteterapie a v současnosti je tam i taneční terapie. Kdyby chtěli, mohli mít muzikoterapii dvakrát denně. To se ale většinou nestávalo. Obvykle chodili dvakrát, maximálně třikrát do týdne a pak chodili třeba na tu arteterapii nebo někam jinam – těch nabídek bylo velké množství.

Většinou to bylo po čtyřiceti, pětáctyřiceti minutách. Skupinová terapie trvala dvě hodiny, ale to jsem dělala jen já a moje supervizorka. Ti ostatní terapeuti měli jen těch pětáctyřicet minut.

Individuální terapie trvala vždy tři čtvrtě hodiny. Tam to bylo pevně dané. Probíhala pravidelně vždy jednou týdně. Šlo tam i o to, aby si pacienti zvykli na pravidelný režim a respektování určitých pravidel programu. Často se řešilo to, jestli jsou schopni přijít včas – s tím byly vždy problémy.

Vybavení, technické detaily:

Jaké jsou nároky na místnost ve které se muzikoterapie provádí?

Měla by být dost velká a musí tam být dost světla. Nejlepší je, když má odzvučené stěny – to je u muzikoterapie poměrně důležité. Nicméně u nás to bylo tak, že vedle byla kuchyňka, takže jsme nikoho nerušili. Na

podlaze tam bohužel bylo lino. Koberec by byl ideální, ale při práci se schizofreniky je to obtížné, protože tam často přišli třeba s limonádou a když jsem je požádala aby to odnesli, tak než tak učinili, podařilo se jim to několikrát rozlít, takže ten koberec by u téhle populace nebyl možný.

Dobré tam byly i dekorace. Visely tam různé práce pacientů z arteterapie.

Jaké vybavení a speciální pomůcky jsou potřebné pro Vaši muzikoterapeutickou praxi?

Nástroje. Čím více nástrojů, tím lépe. Kytary – alespoň dvě, piáno. Ale zase záleží na terapeutovi – pokud je houslista, vezme si housle. Dále jsme měli Orffovy nástroje a všelijaké „percussion“ (pozn. rytmické nástroje). Měli jsme tam i „drum set“ - klasickou sestavu bubnů, takže pacienti si mohli přijít zabubnovat, což bylo úžasné lákadlo. Dál jsme měli dva obrovské gongy.

Musí tam být možnost výběru.

Jaké jsou možnosti financování muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Byla to součást rehabilitace, takže peníze šly na rehabilitační oddělení a to je pak rozdělovalo. Odkud přesně ale finance šly nevím. Část pacientů tam vůbec neměla zdravotní pojištění. Byli tam přistěhovalci a tak. Bylo to nějak dotované státem, ale ne moc. Těch peněz tam bylo strašně málo.

Hodnocení:

Co je podle Vás největším přínosem muzikoterapie v klinickém provozu?

Muzikoterapie je přístup, kde neplatí „špatně“ nebo „dobře“. Zážitek toho pacienta je tam v podstatě vždy pozitivní. Často tam lidé

chodí s tím „já neumím hrát“ a „já nevím jak se na to hraje“, ale ten pacient nemusí umět hrát, protože nejde o to, jestli hraje dobře nebo špatně. Jde jen o jeho vyjádření a o jeho pocit. Nakonec je to pozitivní zážitek. S jednou mají depresivní pacientkou, to byla jedna z hlavních metod, že jsem jí ukázala v průběhu terapie, že je kvalitní, že to umí a že to co vytváří je v jedinečné. Že to znamená jí samotnou. Je to unikátní neopakovatelný moment a i když jsou v hraní chyby, člověk se je může naučit mít rád. Ta chyba je v podstatě zajímavá. Prostě se na hudbu nedíváme z estetického hlediska, ale jako na bezprostřední vyjádření člověka.

Co je podle Vás největší nevýhodou muzikoterapie v klinickém provozu?

Nefunguje u všech. Někdy se při výzkumu zjistí, že to pacienty velmi bavilo, ale zároveň tam není statisticky významný efekt, který se dá prokázat. U některých populací se prokazatelně dá snížit medikace, u jiných ne. Efekt je velmi individuální. Záleží i na motivaci pacienta. Také je těžké určit faktory, které to ovlivňují a je jich moc.

Terapeut 2 – Klinika rehabilitačního lékařství

datum rozhovoru: 8.12.2006

Terapeut:

Jak dlouho se zabýváte muzikoterapií ve své klinické praxi?

Jedenáctým rokem.

V muzikoterapii se u nás uplatňují pracovníci různého vzdělání – pedagogové, psychologové, zdravotní sestry, lékaři aj. Jaké je Vaše akademické vzdělání?

Moje původní vzdělání je fyzioterapie (nástavba po střední škole). Potom speciální pedagogika (pedagogická fakulta) a muzikoterapie.

Jaké je Vaše vzdělání v muzikoterapii jako takové?

Začala jsem se o muzikoterapii dozvídat, když jsem dělala hudební výchovu na speciální pedagogice. Měli jsme integrované studium speciální pedagogiky jeden nebo dva ročníky, takže jsem studovala hudební výchovu. Byli tam lidé, kteří mě inspirovali k zájmu o muzikoterapii. Ráda bych zmínila doktorku Alenu Tichou a profesora Herdena. Potom jsem chodila na Orffovské kurzy do České Orffovy společnosti. Myslím si, že tato metodika je velmi vhodná k terapii a často ji využívám. Potom jsem studovala u Josefa Krčka školu Musica Humana.

Pracujete s klienty na lůžkovém oddělení nebo ambulantně?

Tohle je denní stacionář. My nemáme lůžka.

Uplatňujete muzikoterapii jako prostředek prevence nebo edukace? Pokud ano, jak?

Edukace určitě a prevence v podstatě také – já ještě pracuji v mateřském centru, takže tam je to možná o něco více preventivní. Tady je to spíš terapie, ale někdy je to od sebe těžko oddělitelné.

A v čem tam ta prevence spočívá?

Tam to je práce s rodiči a dětmi. Učím ty rodiče jak pracovat s hudbou a dětmi. Jsou to děti od nejtěplejšího věku až po předškolní. Jak používat rytmus, zpívat ukolébavky, na co dát pozor – neprofilovat je příliš brzy na nástroje. Snažíme se budovat zdravý vztah rodičů a dětí za použití hudby.

Výběr klientů:

Jaké jsou (3) nejčastější indikace muzikoterapie na Vašem pracovišti?

My máme pacienty po poranění mozku. To je specifikace toho denního stacionáře. Hlavně lidé po autohaváriích nebo mrtvicích.

A jejich postižení je hlavně motorické nebo kognitivní nebo...?

Různé. Jsou tu lidé s těžkým motorickým postižením i lidé jen s poruchou paměti.

Co považujete za kontraindikaci muzikoterapie?

Já bych řekla, že to je velmi individuální. Dříve se říkalo, že muzikoterapie je kontraindikovaná u psychotiků v akutní fázi a profesionálních hudebníků. Tak u hudebníků to neplatí, těch už jsem tu několik měla a opravdu to neplatí. Spíš jde o otevřenost tomu způsobu práce. Některým pacientům to nepřipadá dost korektní – zpívat nebo tančit. Ale většina z nich už po druhém, třetím sezení je ochotná se účastnit. Moc se mi nestává, že by to někdo vyloženě odmítal. Spíš je tu řada pacientů, kteří chtějí jen individuální terapii a na skupinky nechodí. To záleží na lékaři, protože ten u nás terapie indikuje.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska klienta (např. charakteristiky jako je věk, zájem o hudbu, hudební sluch apod.)?

Spíš jde o to, že většina pacientů je tu ve skupinové terapii. Takže ta skupinka musí být taková, aby se ti pacienti navzájem nerušili. Jsou prostě typy, které v té skupinové terapii jsou obtížné a pak to komplikuje život těm ostatním.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska diagnózy se kterou k Vám pacient přichází?

Psychotika v akutní fázi jsem nikdy neměla. A v podstatě si to moc neumím představit. Měla jsem tu hocha po hypoxii po pokusu o oběšení, u kterého to bylo v rámci schizofrenie. Chodil sem s maminkou. Určitý čas jsem měla pocit, že mu to moc pomáhá. Šlo to vždycky schodovitě – zlepšení, stagnace. pak zase zlepšení... ale používala jsem stejné metody jako pro ostatní a on se někdy zapojil a někdy ne.

Ale v té době byl kompenzovaný, že.

Byl kompenzovaný, ale bohužel tam byla neshoda v tom, jestli jeho potíže jsou z hypoxie nebo ze schizofrenie. Nastalo tam potom takové přehazování si pacienta z jednoho oboru do druhého.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska přidružených onemocnění?

Hluchého pacienta jsem ještě neměla. Asi by to také šlo přes ty vibrace, ale takového pacienta jsem neměla. Je tu řada lidí s kombinovanými problémy. V podstatě tady to omezení nevidím. Spíš je potom otázka kdo se hodí více pro individuální a kdo do skupinové terapie.

Muzikoterapie se využívá k řadě různých účelů, jako je úleva od bolesti, snížení úzkosti, relaxace, nácvik sociálních dovedností, integrace do nemocničního prostředí, rehabilitace apod. Jaké jsou obecně nejčastější terapeutické cíle u Vašich klientů?

Je to rehabilitace řeči, motorických schopností – například mu fyzioterapeuti pomáhají odebrat vozík a dávají mu berle a podobně. Ta hudba mu může velmi pomoci. Máme tu také speciální rehabilitační

pomůcky: chodítka a tak. Takže hlavně rehabilitace lokomoce a řeči, potom určitě neverbální komunikace, protože řada pacientů tu trpí těžkou afázií. Učíme je vyjadřovat se beze slov. Potom určitě i sociální komunikace, protože řada lidí je velmi frustrovaná tím svým stavem po poranění mozku.

Takže vlastně provádíte i takovou reintegraci do společnosti...

Ano.

Potom se snažíme zapojovat ty postižené končetiny, protože řada lidí, obzvlášť starší dámy, jsou po mrtvici a někdo jim kdysi řekl, že tu postiženou končetinu používat nemůžou. My víme, že není plegická a potřebujeme jí rozcvičit. To znamená, že když jí dáme dvě paličky, a metalofon, tak ona zapomene, že tou rukou nechce hýbat a často hraje.

Takže vlastně odvedete pozornost...

Určitě jde o odvedení pozornosti. Také o sebevyjádření a vyjadřování emocí v některých kreativních technikách – s tím hodně pracujeme a naši pacienti to velmi potřebují.

Tedy se tu prolíná psychoterapie s fyzioterapií.

Přesně tak.

A na konci sezení děláme relaxaci.

Metody:

Muzikoterapie využívá ve svém teoretickém aparátu řadu psychoterapeutických směrů jako je kognitivně behaviorální, psychoanalytická, humanistická aj. psychoterapie. Někdy se ale opírá i o jiné vědecké směry např. fyziku, fyziologii, rehabilitaci atd. Jaký teoretický model je základem Vaší muzikoterapeutické práce?

To je teď pro mě těžké říct. Původně to byla fyzioterapie. Teď jsem absolvovala svou hledací cestou i řadu psychoterapeutických technik, takže je to taková syntéza mých životních zkušeností.

A v té psychoterapii zastáváte nějaký vyhraněný směr?

Já jsem nejdřív absolvovala kurz klasické dynamické psychoterapie a pak jsem našla alternativní směr – pesoterapie se to jmenuje. Hodně se zabývá tělovými pocity a je v tom i trochu dramaterapie. Připadá mi o něco lepší než ta klasická, ale není to tu tak dobře rozšířené.

No a pak bych k tomu přidala asi ještě tu Orffovskou metodiku. Ta je sice původně orientovaná na děti, ale řekla bych že jí hodně využívám – dá se hodně do rehabilitace zařadit.

Používáte spíše aktivní či receptionní metody muzikoterapie, nebo jsou oba druhy zastoupeny přibližně stejně?

Řekla bych, že o maličko více aktivní. Je to tak šedesát ku čtyřiceti procentům.

Pracujete obvykle s jednotlivci nebo se skupinami – proč (důvody ekonomické, terapeutické, režimové)?

Pracujeme spíše se skupinami, a to hlavně z provozních důvodů kliniky.

Pro individuální terapii tu není moc prostor, ale mám jednu pacientku, která byla v apalickém syndromu. Dneska už není přímo apalická, ale stále běžně nekomunikuje. S tou dělám individuální terapii. Jak jsem řekla, tak běžně nekomunikuje, reaguje o trochu víc na manžela. Ale když jí zazpívám kus písničky, tak jí dozpívá. Zajímavé také je, že se učí nové verše. Přinesla jsem neznámá říkadla – napsala je moje kamarádka – a ona je po dvou, třech opakováních uměla.

Řadě pacientů skupinová terapie pomáhá, ale bylo by lepší, kdyby tu byl pro tu individuální větší prostor.

Terapeutický režim a muzikoterapie jako součást celkového terapeutického plánu:

Muzikoterapie může být použita jako zcela svébytná metoda, někdy bývá zavzata do komplexních terapeutických programů jako jedna z rovnocenných metod. V druhém extrému, oproti samostatnému využití, se stává metodou pomocnou. Jak byste popsal/a úlohu muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Jako svébytnou metodu.

Kolik času z běžného dne Vašich klientů zabere muzikoterapie?

Kolikrát týdně se Vaši klienti účastní muzikoterapie?

Oni mají tu muzikoterapii ve stacionáři jen jednou týdně hodinu a půl. Mají ještě arteterapii a taneční terapii.

Vybavení, technické detaily:

Jaké jsou nároky na místnost ve které se muzikoterapie provádí?

Poměrně velké. Tady ve stacionáři je poměrně dobrá místnost. Teď tu ale začínáme mít problémy s prostory, protože tu zároveň probíhá výuka. Někdy musím muzikoterapii přesouvat do tělocvičny, kde je prostoru méně, protože jsou tam lehátka a navíc tam musím přestěhovat všechny nástroje, což je dost obtížné.

Co bych řekla, že je nejdůležitější je prostor. I atmosféra a aparatura. Měl by tam být kvalitní poslech. Já jsem si tam zařídila čtyři reproduktory, v současné době fungují dva...

Jaké vybavení a speciální pomůcky jsou potřebné pro Vaši muzikoterapeutickou praxi?

Hudební nástroje, které mám převážně z Orffovské škály. Dál dvoje kantely, jedny z domova a druhé jsou zakoupené z nějakého grantu. Xylofon a metalofon jsem si koupila – tady občas probíhá nějaký kurz a určité procento peněz mi pořadatel dá na ty nástroje. Za to se koupila i ta aparatura.

Jaké jsou možnosti financování muzikoterapie na Vašem pracovišti?

To je velký problém. Já tím, že jsem fyzioterapeut, tak můžu vykazovat fyzioterapeutické kódy. Jenomže takhle to jde vykázat jen jako skupinová fyzioterapie, za což je strašně málo. Takže více méně je to zaměření naší kliniky, které je ochotné na to dopláct. Nejsm si úplně jistá odkud to je financované, asi granty. Pak ty kurzy.

Hodnocení:

Co je podle Vás největším přínosem muzikoterapie v klinickém provozu?

Přínosem je určitě, to, že u pacientů, kteří jsou zablokovaní v racionální sféře, se na ně jde úplně jinou cestou a aniž si to v první fázi uvědomují, tak jsou schopni se dostat dál než přes to racio. Jde hodně o ten prožitek, který je také cestou léčení.

Co je podle Vás největší nevýhodou muzikoterapie v klinickém provozu?

Možná finanční náročnost kvůli prostoru a nástrojům. Také je těžké exaktně dokázat, co přesně je dosažené muzikoterapií. Samozřejmě tu také máme řadu výzkumu přes technické pomůcky, které ukazují krásné grafy, a to se samozřejmě vedení líbí. Zatímco se těžko dá rozeznat, co je

například způsobeno muzikoterapií a co logopedií, když pacient podstupuje obě.

Terapeut 3 – Kojenecký ústav

datum rozhovoru: 11.12. 2006

Terapeut:

Jak dlouho se zabýváte muzikoterapií ve své klinické praxi?

V kojeneckém ústavu asi rok a půl.

A celkem v muzikoterapii?

No v podstatě taky ten rok a půl.

V muzikoterapii se u nás uplatňují pracovníci různého vzdělání – pedagogové, psychologové, zdravotní sestry, lékaři aj. Jaké je Vaše akademické vzdělání?

Jsem speciální pedagog a pedagog. Mám vystudované dva magisterské obory. Pedagogiku jsem studovala na filosofické fakultě a speciální pedagogiku na pedagogické.

Jaké je Vaše vzdělání v muzikoterapii jako takové?

V současné době jsem v kurzu a to v Americe. Studuji antroposofickou muzikoterapii ve škole Dorion (pozn. <http://www.dorionmusictherapy.net/>). Je to akreditované Goetheanem (pozn. <http://www.goetheanum.org/>) v Dornachu ve Švýcarsku.

Jak je ten kurz dlouhý?

Tři a půl roku.

Jakým titulem či certifikátem je ten kurz zakončený?

Dostaneme nějakou licenci, ale nejsem si jistá jakou, protože je to alternativní proud a nemá to klasickou akreditaci, v akademické oblasti. Není to tedy bakalářské nebo magisterské studium – tohle je něco jiného. Je to soukromé studium.

Pracujete s klienty na lůžkovém oddělení nebo ambulantně?

Lůžkové v kojeneckém ústavu. Pracujeme s dětmi od nuly do tří let.

Uplatňujete muzikoterapii jako prostředek prevence nebo edukace? Pokud ano, jak?

Oboje bych řekla. V preventivní oblasti jde hlavně o předcházení určité formy hospitalismu, i když se tomu nedá úplně vyhnout. V podstatě chceme zabránit negativním sekundárním důsledkům, toho, že ty děti jsou odebrané ze své vlastní rodiny a jsou v ústavní péči.

Edukace spočívá v tom, že muzikoterapie má naplňovat jejich emocionální „nádrž“ a celkově podporovat jejich psychomotorický vývoj. Má to tedy obě dvě roviny.

Výběr klientů:

Jaké jsou (3) nejčastější indikace muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Výběr dětí k muzikoterapii provádí paní doktorka. Indikuje potom terapii u toho, u koho má pocit, že tam je potřeba někoho z preventivního hlediska vzít do muzikoterapie a nebo potom když se to dítě opožděje.

Takže dalo by se to nějak shrnout?

Opoždování ve vývoje je velmi častou indikací, pak hrozící hospitalismus a někdy následky, které si děti nesou a které jsou dané třeba vrozeným nebo sociálním postižením a tak.

Co považujete za kontraindikaci muzikoterapie?

O téhle otázce se hodně přemýšlela, ale na nic jsem vlastně nepřišla, kromě jediné a to je odpor ze strany klienta.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska klienta (např. charakteristiky jako je věk, zájem o hudbu, hudební sluch apod.)?

Myslím si že nejsou. V kojeneckém ústavu myslím že ne a pokud bych měla muzikoterapii uplatňovat jinde, neviděla bych kromě nezájmu překážky.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska diagnózy se kterou k Vám pacient přichází?

Nejsem si úplně jistá jak by to bylo u dětí v kómatu, ale například můj kolega Zdeněk Vilímek pracoval i s dítětem v kómatu. Teď tam máme holčičku v podobném stavu, ale já s ní nepracuji a nevím, jestli někdo jiný ano. Nemyslím si ale, že by to byla kontraindikace. Jen to vyžaduje velmi speciální přístup.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska přidružených onemocnění?

To je u nás v podstatě stejné.

Muzikoterapie se využívá k řadě různých účelů, jako je úleva od bolesti, snížení úzkosti, relaxace, nácvik sociálních dovedností, integrace do nemocničního prostředí, rehabilitace apod. Jaké jsou obecně nejčastější terapeutické cíle u Vašich klientů?

Já bych řekla, že to je nabíjení emoční kapacity dítěte, která je naprosto deprivovaná ať člověk chce nebo nechce, protože je to ústavní zařízení a i když jsou to rodinky, tak ta deprivace je tam vždycky značná. Takže vlastně cílem je zmírňování důsledků deprivace a podpora psychomotorického vývoje po všech stránkách, které jsou možné. A potom je to samozřejmě hodně zaměřené i na zlepšování sociability, to znamená sociálních vztahů. Protože všechno souvisí se vším, hlavně v tomhle malém věku, takže potom i ty děti se podporují v oblasti mentální, v oblasti schopností, které si nesou dál.

Metody:

Muzikoterapie využívá ve svém teoretickém aparátu řadu psychoterapeutických směrů jako je kognitivně behaviorální, psychoanalytická, humanistická aj. psychoterapie. Někdy se ale opírá i o jiné vědecké směry např. fyziku, fyziologii, rehabilitaci atd. Jaký teoretický model je základem Vaší muzikoterapeutické práce?

Já mám spíše ekelektický přístup. Od všeho si vybírám to, co mi připadá pro ty děti v tu chvíli ideální. Je to hodně moje vlastní improvizace. Ty děti jsou více aktivní a je to vždy různé. Určitě to nese mnoho z psychoterapeutických prvků ze všech různých směrů. Je to vyloženě ekelektické. Nedokážu říct, že bych byla vyloženě zaměřená tam nebo tam. Vše záleží na klientovi a k němu směřují veškeré metody, které jsou mě dostupné.

Používáte spíše aktivní či receptivní metody muzikoterapie, nebo jsou oba druhy zastoupeny přibližně stejně?

Spíš aktivní. Receptivní rozhodně používám také, ale spíše v menším měřítku.

Pracujete obvykle s jednotlivci nebo se skupinami – proč (důvody ekonomické, terapeutické, režimové)?

Původně jsem pracovala s jednotlivci. Pak jsem si začala brát dvojice a někdy skupinky. Ve skupinách to už ale nepovažuji za muzikoterapii, ale pouze za zpívání s dětmi. Ono i to má ale kolikrát muzikoterapeutický efekt, takže je někdy těžké říct, kde je ta hranice. Každopádně je ale moje práce založená na individuální terapii. Je velkou výhodou, když si je člověk může vzít individuálně a dá jim tak alespoň jednu půlhodinu nebo dvacet minut jednou nebo dvakrát za týden s jedním člověkem, který se jim intenzivně věnuje.

Takže vlastně jde také o to soukromí a možnost hlubších prožitků...

... přesně tak a i o hloubku té interakce. Dostanou se tak do intimního kontaktu, který jim chybí, pokud jde o skupinku.

Terapeutický režim a muzikoterapie jako součást celkového terapeutického plánu:

Muzikoterapie může být použita jako zcela svébytná metoda, někdy bývá zavzata do komplexních terapeutických programů jako jedna z rovnocenných metod. V druhém extrémě, oproti samostatnému využití, se stává metodou pomocnou. Jak byste popsal/a úlohu muzikoterapie na Vašem pracovišti?

To je otázka. Tím, že vlastně nevím přesně, co všechno v kojeneckém ústavu probíhá, nedokážu tuhle otázku přesně zodpovědět. Ale myslím si, že je to ta prostřední varianta.

Je to tedy jedna z rovnocenných metod. Funguje to tedy spíše jako koordinovaný soubor metod s terapeutickým týmem, nebo mají děti různé aktivity, které nenavazují?

Spíše je to jen jedna z činností. Děti mají ještě dramaterapii nebo terapii loutkou, chodí tam dobrovolníci a je tam fyzioterapie. O dalších aktivitách nevím a muzikoterapie je součástí toho, co těm dětem poskytujeme. Hlubší spolupráce tam nefunguje.

Kolik času z běžného dne Vašich klientů zabere muzikoterapie?

Dvacet minut až půl hodiny pro jednoho.

To je poměrně krátká doba. Je tomu tak kvůli soustředění?

Já jsem to v podstatě převzala jako hotový výsledek práce toho Zdeňka Vilímka. V praxi se mi pak ověřilo, že delší doba už ty děti potom nebaví, že je to na ně opravdu moc dlouhé. A za kratší dobu se nestihne nic rozvinout. To by pak zase nedošlo k tomu intimnějším sblížení, které je docela podstatné. Takže se ukázalo, že tahle doba je úplně ideální.

Kolikrát týdně se Vaši klienti účastní muzikoterapie?

V současné době jednou týdně, ale není to absolutně ideální. Minulý rok jsem to měla dvakrát týdně a to bylo mnohem lepší, protože tohle je strašně dlouhý časový rozestup a že to pak až skoro postrádá význam. Samozřejmě je to lepší než nic, ale bylo by lepší, kdyby to bylo vícekrát.

Vybavení, technické detaily:

Jaké jsou nároky na místnost ve které se muzikoterapie provádí?

To je u nás největším kamenem úrazu. Nemáme tam vůbec nic. není tam žádná místnost ve které by se muzikoterapie dala dělat. To znamená, že buď jsme v jedné z volných místností – třeba v herně, nebo ložnici, nebo inspekční pokoj. Tam jsem já teď tak nějak zůstala. Je to naprosto neideální, protože jsou tam skřínky, které jsou prosklené, jsou plné hraček,

všude se válí spousta věcí – dalších hraček. Ty děti jsou tím naprosto rozrušené, pořád si chtějí hrát a chtějí ty věci vytahovat zevnitř. Je to špatné pro soustředění. Potom to ty děti hrozně ruší.

Dalším problémem je osvětlení. Jsou tam zářivky, takže nemůžete ani změnit intenzitu osvětlení, nejde si tam s tím světlem a barvami pohrát. Je to naprosto nevyhovující prostředí i akusticky i esteticky.

Máte nějaké speciální nároky z hlediska bezpečnosti?

Tam konkrétně nic nevadí. Nevím o ničem, co by jim hrozilo. Navíc jsem pořád s nimi.

Máte tam koberec?

Nemáme. Máme tam podložku, na které můžeme sedět. Ono ani tak nejde o to, že ten koberec je teplý, ale spíše o vymezení prostoru, kde se ta terapie odehrává.

Jaké vybavení a speciální pomůcky jsou potřebné pro Vaši muzikoterapeutickou praxi?

Hodně používám rolničky, různé druhy zvonečků, taky navlékací rolničky na ruce, kantely – ty mají děti moc rády, lyru, kytaru – svojí velkou a malou dětskou, flétny a různé druhy bubnů. Potom velký metalofon, a ještě různá „štěrchátka a rachtátka“ a drobné perkusivní nástroje. A ještě zvonkohru, tu mají taky hodně rády.

Ty nástroje jsou Vaše nebo ústavu?

Tak půl na půl.

Jaké jsou možnosti financování muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Ty finance jdou od sponzorů, kteří se náhodou seženou, nebo když je paní doktorka šikovná, tak sežene časově omezené sponzory. Potom ale

i to placení muzikoterapeutů je velmi nárazové a rozhodně to není nic pravidelného.

Hodnocení:

Co je podle Vás největším přínosem muzikoterapie v klinickém provozu?

Tak jak já to vnímám, je to v tom vytažení z té skupiny. Že dítě dostane prostor pro to individuální setkání, které se občas dotýká hlubších vrstev a dodává pocit jistoty a ubezpečení a emocionálního naplnění. Potom se k tomu nabalují sociální vztahy a podpora celkového vývoje, která hraje obrovskou roli. Ale tu intimitu vnímám jako prvotní.

Dalo by se tedy říci, že nejdůležitější je terapeutický vztah?

Naprosto. U těchto dětí určitě.

A je tedy výhodou hudby to, že u tak malých dětí není ještě pořádně vyvinutá řeč jako prostředek komunikace?

Přesně tak. To jsem chtěla říct, že v tomhle je muzikoterapie ideální prostředek, protože to není jen terapeut a klient, ale že tam je prostředek, který jim pomáhá v tom, aby šli nějakou cestou společně a vlastně jim určuje to, kudy se budou ubírat a jakým způsobem. Že to není tak konfrontativní, ale mají ten prostředek, který jim otevírá brány k tomu, kam se to může ubírat. Zároveň určitým způsobem chrání klienta a jeho nitro. Otvírá, ale i chrání, protože to jde přes ten prostředek a ne přímo. Zároveň to jde do hloubky, protože hudba v nás aktivuje intuitivnost a emoce. Jde pak rovnou do těch hlubších vrstev.

Co je podle Vás největší nevýhodou muzikoterapie v klinickém provozu?

Asi tak trochu to samé jako ta výhoda. To, že to dítě vezmeme z toho kolektivu a pak ho tam zase vrátíme. Že se zase vrátí do toho svého prostředí a to je pro něj v něčem obrovské utrpení, protože neví, proč se

od něj ten člověk zase odvrací pryč. Takže vlastně ta druhá část toho procesu je jeho nevýhodou.

Terapeut 4– Psychiatrická klinika (uzavřené oddělení)

datum rozhovoru: 13.12. 2006

Terapeut:

Jak dlouho se zabýváte muzikoterapií ve své klinické praxi?

Pracuji tady šestnáct let a z toho jako terapeutická sestra asi 3 roky. Tedy asi tak ty 3 roky.

V muzikoterapii se u nás uplatňují pracovníci různého vzdělání – pedagogové, psychologové, zdravotní sestry, lékaři aj. Jaké je Vaše akademické vzdělání?

Mám čtyřleté středoškolské vzdělání (zdravotní sestra) a specializaci z oboru psychiatrie.

Jaké je Vaše vzdělání v muzikoterapii jako takové?

V muzikoterapii jako takové žádný „papír“ nemám. Absolvovala jsem jeden kurz u Mgr. Gerlichové.

Jak dlouhý byl ten kurz?

Byl třikrát. Třikrát dvě hodiny. Já jsem tam byla pouze dvakrát – takže čtyři hodiny.

Jinak jsem se učila sama hlavně z knížek.

Pracujete s klienty na lůžkovém oddělení nebo ambulantně?

Na lůžkovém.

Uplatňujete muzikoterapii jako prostředek prevence nebo edukace? Pokud ano, jak?

Spíše jako edukaci. Pacienti tady na psychiatrii jsou různí. Snažím se jim vysvětlit, že muzikoterapie je prostředek, který dokáže určitým způsobem odbourat jejich úzkost, napětí a tak dále.

Snažíte se také o edukaci a jakési podnícení autoterapie u pacientů, kteří jsou propuštěni z Vašeho oddělení?

Určitě. Ne v akutní fázi, ale později jim dávám kontakty, kam se můžou obrátit, co si můžou vyhledat, co je pro ně vhodné a nevhodné i kde sehnat relaxační hudbu.

Výběr klientů:

Jaké jsou (3) nejčastější indikace muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Pacienti musejí být zapojeni všichni. U nás to jsou nejčastěji psychotici – depresivní a bipolární porucha, schizofrenie apod.

Co považujete za kontraindikaci muzikoterapie?

Pokud je pacient vyloženě neklidný, do muzikoterapie ho neberu, protože se nevydrží soustředit a ostatní pacienty ruší a celá skupina se pak „rozpadne“. Snažím se domluvit s lékařem a dát takového pacienta do jiné skupiny. Máme tu devatenáct pacientů a máme je rozdělené na dvě skupiny na všechny aktivity, protože provádět aktivity s devatenácti pacienty najednou je v podstatě nesmysl. Vždy tedy běží dva programy současně, z nichž jeden je odlehčenější – třeba cvičení s rehabilitační sestrou – a druhý program je buď tedy ta muzikoterapie, skupina (pozn. edukační sezení pod vedením lékaře nebo psychologa) nebo něco takového.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska klienta (např. charakteristiky jako je věk, zájem o hudbu, hudební sluch apod.)?

U nás se v podstatě musí účastnit všichni, i když nemají o muzikoterapii zájem. Ti kdo zájem mají se více zapojí, ti kdo nemají jsou spíše pasivní, ale zúčastňují se všichni.

Takže tady je to součástí pevně daného programu...

Přesně, tady je pevně daný režim – je to prostě režimová léčba. Pokud to pacient vyloženě bojkotuje, je možné ho po domluvě s lékařem přeřadit do té druhé skupiny.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska diagnózy se kterou k Vám pacient přichází?

Ne. Chodí všichni. Snažíme se zapojit i pacienty s organickou psychózou a tak dále.

Existují na Vašem pracovišti nějaká speciální kritéria pro použití muzikoterapie z hlediska přidružených onemocnění?

Samozřejmě se nezúčastní programu pokud má třeba teploty nebo to nějak jinak nedovoluje jeho somatický stav.

Muzikoterapie se využívá k řadě různých účelů, jako je úleva od bolesti, snížení úzkosti, relaxace, nácvik sociálních dovedností, integrace do nemocničního prostředí, rehabilitace apod. Jaké jsou obecně nejčastější terapeutické cíle u Vašich klientů?

Snížit úzkost a napětí. Také ty pacienty učíme komunikaci – i neverbální - a zapojení do sociálního kontaktu.

Metody:

Muzikoterapie využívá ve svém teoretickém aparátu řadu psychoterapeutických směrů jako je kognitivně behaviorální, psychoanalytická, humanistická aj. psychoterapie. Někdy se ale opírá i o jiné vědecké směry např. fyziku, fyziologii, rehabilitaci atd. Jaký teoretický model je základem Vaší muzikoterapeutické práce?

Tohle je poměrně těžká otázka. Nevím jak bych Vám na tuhle otázku odpověděla. Původně jsem dělala arteterapii a v rámci specializačního studia se dělalo všechno, ale vždy se to jen nakouslo. Vyloženě zaměřené na jeden určitý druh terapie to nebylo. To jsme si pak každý vybrali sám. V rámci svojí práce se pak zaměřuji čistě na arteterapii, muzikoterapii a jógu.

Takže by se to dalo popsat jako taková „čistá“spíše „instinktivní“ muzikoterapie?

Přesně tak.

Používáte spíše aktivní či receptivní metody muzikoterapie, nebo jsou oba druhy zastoupeny přibližně stejně?

Spíš aktivní, aby se ti pacienti zapojili.

Co myslíte že je její výhodou?

Myslím si, že při pasivní terapii se pacienti nezapojí, nebaví je to, odcházejí a při aktivní muzikoterapii člověk přece jen vidí, jak pacient reaguje při určitých situacích. Navíc děláme ze všeho zápisy a já pak vidím jak se ten pacient zapojuje i do vztahů s ostatními, vidím, co je mu nepříjemné a tak. Raději tedy dělám aktivní terapii. Pasivní mi nevyhovuje – jen poslech hudby.

Myslíte, že je to tedy dáno deficitem pozornosti, který je u psychotiků častý?

Někdy s nimi dělám poslech hudby, ke kterému malují. Ale to je otázka maximálně čtvrt hodiny, kterou to vydrží.

Pracujete obvykle s jednotlivci nebo se skupinami – proč (důvody ekonomické, terapeutické, režimové)?

Se skupinou. Je to dané režimem.

Terapeutický režim a muzikoterapie jako součást celkového terapeutického plánu:

Muzikoterapie může být použita jako zcela svébytná metoda, někdy bývá zavzata do komplexních terapeutických programů jako jedna z rovnocenných metod. V druhém extrému, oproti samostatnému využití, se stává metodou pomocnou. Jak byste popsal/a úlohu muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Je to týmová metoda. Vždy probíráme s lékařem jak pacient reagoval, co se mu líbilo, co se mu nelíbilo. Každou aktivitu, kterou tu pacienti dělají takto probíráme.

Je to tedy rovnocenná součást terapeutického plánu.

Přesně tak. A to nejen muzikoterapie, ale všechny ty aktivity,

Kolik času z běžného dne Vašich klientů zabere muzikoterapie?

Během toho dne jednu hodinu. Začínáme rozehříváčkou, pak si řekneme z jakých částí se ta muzikoterapie bude skládat. Končíme něčím veselým. Někdy nonverbálně zobrazují nějakou písničku.

Kolikrát týdně se Vaši klienti účastní muzikoterapie?

Většinou jednou týdně. Jinak mají skupiny – třikrát týdně , arteterapii, tělocvik...

Vybavení, technické detaily:

Jaké jsou nároky na místnost ve které se muzikoterapie provádí?

Tady je to jídelna. Musíme si tu místnost nějakým způsobem upravit. To znamená posunout stoly, protože většinou děláme muzikoterapii v kroužku, abychom byli více sepnutí k sobě. Někdy to ruší, protože vedle je kuchyňka a já mám muzikoterapii od půl jedenácté do dvanácti a pak je oběd... takže to prostě ruší. Představovala bych si místnost s kobercem, kde lze při relaxaci ležet bez podložek, protože ta příprava velmi zdržuje. Vyhovovala by mi třeba tělocvična na oddělení o patro výš – je tam klid. Ale bohužel je tam plno, protože oni tam zas mají svoje aktivity. Technicky je to na naší jídelně ale dobře zařízené. Máme možnost si pustit CD přehrávač a tak.

Jaké vybavení a speciální pomůcky jsou potřebné pro Vaši muzikoterapeutickou praxi?

Určitě Orffovy nástroje, které já využívám vždycky. Potřebuji „rádio“ (pozn. myšleno CD přehrávač), protože jim pouštím hudbu, na kterou reagujeme, a karimatky. Reprodukovanou hudbu požívám jen někdy. Dále pastelky a papíry, protože pacienti někdy k hudbě kreslí.

Jaké jsou možnosti financování muzikoterapie na Vašem pracovišti?

Je bráné jako normální aktivita v rámci terapie, je to zakódované a vykazuje se to pojišťovně. Vyloženě muzikoterapie svůj kód nemá, ale je to pod skupinovou terapií.

Hodnocení:

Co je podle Vás největším přínosem muzikoterapie v klinickém provozu?

Myslím si, že spousta pacientů má k hudbě vztah a muzikoterapie je jim blízká. Dokáží se zapojit, protože tím, že je to aktivní proces, tak se i bavíme v čem jim ta hudba pomáhá, jak si myslí nebo jak by si představovali oni, že by ta terapie měla vypadat, co by se jim líbilo, co by naopak klidně postrádali. Získávají kontakty, kam by se mohli obrátit. A důležité je, že opravdu je vidět, že muzikoterapie snižuje tu úzkost a tím se odbourávají léky.

Také je pro pacienty někdy příjemnější vyjádřit například svou náladu pomocí Orffových nástrojů než slovy.

Co je podle Vás největší nevýhodou muzikoterapie v klinickém provozu?

Noví pacienti pořád přicházejí a staří odcházejí. Za tu jednu hodinu nikdy nestihnete všechno. Skupina je otevřená a tak pořád začínáte znovu a znovu. Takhle se nedá nikam pokračovat jako v uzavřené skupině. To tady bohužel ale udělat nemůžeme.

A nevýhoda muzikoterapie jako metody?

Někdy to ti pacienti, kteří jsou opravdu v nějaké velké tenzi, nevydrží a někteří říkají, ale to je opravdu malé procento, že to u nich vyvolává vysloveně až agresi. Třeba určitý druh té hudby. Já to řeším tak, že jim nabídnu, aby se šli na chvílku projít a pak se zase vrátí.

Příloha 3: Obr. 1–4

(Laskavě poskytnuto Terapeutkou č.2. Obličejové byly úmyslně rozostřeny.)



