Využití muzikoterapeutických technik jako podpory schematerapie u hospitalizovaných pacientů: Možnosti integrace napříč diagnostickými skupinami

Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté[1,2], prof. MUDr. Ján Praško, CSc.[1-4], Mgr. Draga Čermáková[3], PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.[1,2]

[1]Centrum duševní rehabilitace, Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun Akeso Holding, MINDWALK, s. r. o., Beroun
[2]Klinika psychiatrie, Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc
[3]Katedra psychologických vied, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotnictva, Slovensko
[4]Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

Úvod: Článek se zabývá integrací muzikoterapeutických metod jako podpory schematerapie u hospitalizovaných pacientů s různými psychiatrickými diagnózami. Cílem je prozkoumat možnosti využití hudby jako prostředku pro posílení prožitkové práce, zpracování maladaptivních schémat a aktivaci zdravých módů.
Metodologie: Autoři využívají kazuistický přístup u čtyř hospitalizovaných pacientů s depresí, bipolární poruchou, schizofrenií a sociální fobií. U každého je stručně popsána terapeutická strategie a konkrétní muzikoterapeutické intervence.
Výsledky: Integrace muzikoterapeutických technik posílila schopnost pacientů kontaktovat a verbalizovat emoce, snížila vnitřní napětí, umožnila práci s maladaptivními módy a vedla k posílení Zdravého dospělého a Laskavého rodiče. Hudba poskytla bezpečný prostor pro korektivní emoční zkušenost a neverbální vyjádření vnitřních konfliktů.
Závěr: Kombinace schematerapie a přístupu, který nabízí muzikoterapie se ukazuje jako účinný přístup, který má u hospitalizovaných pacientů potenciál zlepšit emoční regulaci, sebeuvědomění a terapeutickou alianci. Pro rozšíření klinického využití je však nutná další evaluace v rámci kontrolovaných studií a systematický výcvik terapeutů.

Klíčová slova: muzikoterapie, schematerapie, hospitalizace, emoční regulace, módy, korektivní emoční zkušenost, duševní poruchy.

Integrating music therapy into schema therapy for hospitalized patients with mental disorders: Clinical reflections and case examples

Background: This article explores the integration of music therapy techniques into schema therapy for hospitalized patients with various psychiatric diagnoses. The aim is to examine how music can support experiential work, schema processing, and the activation of healthy modes.
Methods: A case-based approach is used to present four hospitalized patients with depression, bipolar disorder, schizophrenia, and social anxiety. Each case includes short conceptualization and description of music therapy interventions within the schema therapy framework.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:
The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:
The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:
None.

Funding/Support:
None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2025;26(3):172-180
https://doi.org/10.36290/psy.2025.029
Článek přijat redakcí: 21. 2. 2024
Článek přijat k tisku: 29. 5. 2025

Mgr. et Mgr. Zdeněk Maté
zdenek.mate@gmail.com

Results: The integration of music therapy facilitated emotional expression and awareness, reduced internal tension, enabled work with maladaptive modes, and supported the development of the Healthy Adult and Kind Parent modes. Music provided a safe space for corrective emotional experiences and nonverbal processing of internal conflict.

Conclusion: The combined approach of schema therapy and music therapy appears to be a promising method for improving emotional regulation, self-awareness, and therapeutic engagement in inpatient settings. Further research through controlled trials and structured therapist training is needed to support its broader clinical application.

Key words: music therapy, schema therapy, hospitalization, emotional regulation, modes, corrective emotional experience, mental disorders.

Úvod

Hospitalizační psychiatrická péče může být spojena s intenzivními emočními výkyvy, krizovým prožíváním a narušenou schopností regulace emocí. Pacienti přijatí na akutní či subakutní psychiatrická oddělení čelí nejen symptomatickému přetížení, ale i aktivaci hluboce zakořeněných maladaptivních vzorců chování a myšlení, které komplikují jejich spolupráci na terapii a zotavení. V tomto kontextu je nezbytné hledat terapeutické přístupy, které by kromě stabilizace příznaků umožnily hlubší práci s emocemi, vnitřními konflikty a vztahovými obtížemi.

Jedním z takových přístupů je schematerapie (ST), vyvinutá Jeffrey Youngem jako integrativní psychoterapeutický směr pro práci s pacienty s poruchami osobnosti, chronickými afektivními poruchami či psychickými obtížemi rezistentními na klasickou kognitivně-behaviorální terapii (1). Schematerapie kombinuje prvky kognitivní terapie, teorie vazby, gestalt terapie a psychodynamických přístupů a klade důraz na práci s tzv. ranými maladaptivními schématy a módy schémat.

Muzikoterapie představuje naopak neverbální, prožitkově orientovaný přístup, který využívá hudbu jako nástroj facilitace emocionálního prožitku, neverbálního vyjádření a propojení s nevědomými obsahy (2, 3). Hudba umožňuje pacientům nejen kontakt se svými emocemi, ale také symbolické ztvárnění vnitřních konfliktů, vztahových vzorců a traumatických zkušeností, a to často bez nutnosti jejich explicitního verbalizování (4). Významně se uplatňuje především u pacientů s poruchami osobnosti, depresí, OCD, psychózami či psychosomatickými obtížemi, kde bývá verbální kontakt se sebou nebo s druhými omezený či přerušený (5–8).

Propojení schematerapie a muzikoterapeutických postupů nabízí slibný model, jak podpořit hlubší emoční zpracování, zesílit korektivní emoční zkušenost a posílit funkce módu Zdravého dospělého, který je zásadním terapeutickým cílem schematerapie (9, 10). Hudba může sloužit jako most k práci s neintegrovanými částmi osobnosti (např. Zranitelným dítětem, Přísným kritikem nebo Odtažitým ochráncem) a zároveň aktivovat pozitivní afekty spojené s bezpečím, přijetím, oceněním a tvořivostí. Tato kombinace může být obzvláště účinná u hospitalizovaných pacientů, kteří kvůli intenzivním příznakům často ztrácejí přístup k introspektivnímu prožívání a pozitivním sebepojetím (23, 38).

Cílem tohoto článku je představit možnosti integrace muzikoterapie do schematerapie v prostředí akutní a subakutní hospitalizační péče. Zaměříme se na terapeutické principy, synergii obou přístupů, a především na konkrétní kazuistiky pacientů s různou diagnostikou (deprese, bipolární porucha, schizofrenie), u nichž byla tato integrace terapeuticky využita. V diskuzi poukážeme na přínosy i výzvy této integrace a navrhneme doporučení pro praxi a výzkum.

Teoretické východisko

Schematerapie u hospitalizovaných pacientů

Schematerapie se v posledních dvaceti letech etablovala jako účinný přístup při léčbě pacientů s poruchami osobnosti, afektivními poruchami a dalšími chronickými psychickými obtížemi (1, 11). Její integrativní charakter a důraz na práci s emočními stavy (tzv. módy schémat) ji činí vhodnou i pro prostředí hospitalizační péče, kde se často setkáváme s pacienty v akutním emočním rozrušení, s narušenou schopností seberegulace a s fragmentovaným vnitřním prožíváním.

V prostředí akutní a subakutní péče bývá terapeutická práce komplikována častými přechody mezi stavy krize a relativní stability, zvýšenou impulzivitou a obtížemi v budování terapeutického vztahu. Schematerapie však i v těchto podmínkách umožňuje strukturovanou práci s módy – tedy dočasně aktivovanými stavy, které reprezentují různé části pacientova já, jako například Zranitelné dítě, Přísný kritik, Hyperkompenzátor či Zdravý dospělý (1, 12).

Jednou z výhod schematerapie je její použitelnost napříč diagnostickými kategoriemi. Ačkoliv byla původně určena pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, v praxi se osvědčuje také u depresivních poruch, bipolární afektivní poruchy, schizofrenie, úzkostných poruch a dalších stavů, které jsou často zastoupeny mezi hospitalizovanými pacienty (9, 13, 38). V těchto případech se módy mohou aktivovat v různých formách, například jako přísná sebekritika, vnitřní prázdnota, paranoidní nedůvěra či disociace. Terapeutický cíl pak spočívá v identifikaci aktivních módů, jejich zvědomění a posilování funkce Zdravého dospělého, který dokáže regulovat emocionální a behaviorální reakce.

Muzikoterapie jako prožitkový nástroj

Podle EMTC (Evropské muzikoterapeutické konfederace) můžeme o muzikoterapii v Evropě hovořit jako o nezávislé, autorizované profesi, která využívá specifické hudební intervence v souladu s evidence based poznatky získanými z klinického a praktického výzkumu k realizaci individuálních léčebných cílů v rámci terapeutické aliance s cílem podpořit klienty v jejich fyzickém, vývojovém, komunikačním, intelektuálním, mentálním či emocionálním zdraví, fungování a životní pohodě.

Podobně muzikoterapii definuje CZMTA (Muzikoterapeutická asociace České republiky, 2022): „muzikoterapie představuje obor s primárně terapeutickým dopadem. Zároveň je muzikoterapie léčebným a podpůrným postupem, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut

prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních elementů provází klienta nebo skupinu v terapeutickém procesu, jehož cílem je relevantním způsobem rozvinout potenciál nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální anebo interpersonální integrace, s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb." Takový muzikoterapeut je členem České muzikoterapeutické asociace a absolventem sebezkušenostního studia Muzikoterapie na Univerzitě Palackého v Olomouci v rozsahu 300 hodin (tří let) sebezkušenosti, minimálně 100 hodin supervize a minimálně 500 hodin praxe. Pakliže muzikoterapeut nesplňuje zmíněná kritéria stanovená CZMTA není oprávněn se nazývat muzikoterapeutem a muzikoterapii vykonávat. Pracuje-li terapeut s hudbou bez zmíněného muzikoterapeutického vzdělání, hovoříme o hudební intervenci, tedy o využití hudby v psychoterapii, nikoliv však o muzikoterapii.

Respektovaná česká muzikoterapeutka Markéta Gerlichová (14) hovoří o muzikoterapii jako terapeutickém přístupu využívajícím hudby a jejích prvků (rytmus, melodie, harmonie) k dosahování nehudebních cílů, které dělí na léčebné, osobně-rozvojové a interpersonálně vztahové.

Autoři Haslbeck et al. (15) a Koelsch (16) definují muzikoterapii jako psychoterapeutický přístup, který využívá hudbu jako médium k facilitaci emočního prožitku, komunikace a zpracování psychických potíží.

O muzikoterapii lze hovořit ve významu užším, kterému pak odpovídá především definice autorů Haslbecka et al. (15) a Koelsche (16), tak významu širším integrujícím zkušenosti psychoterapeutické se zkušenostmi hudebně-terapeutickými, zahrnujícími i zkušenosti ostatních pomáhajících profesí, kterými jsou speciální pedagogika, ošetřovatelství, paliativní péče porodnictví a další, čímž došlo k rozšíření jejího využití (3, 22).

Muzikoterapii lze dělit na dva základní přístupy. Těmito přístupy jsou aktivní (např. hra na nástroje, zpěv, hudební improvizace) a receptivní (např. poslech vybrané nebo improvizované hudby). Ačkoliv je dělení muzikoterapie na zmíněné přístupy překonáno poznatky současné neurologie vzhledem k působení hudby na lidský mozek, budeme se jím i nadále řídit, vzhledem k jeho srozumitelnosti a jeho dosavadnímu využívání mezi odborníky v odborné praxi, kteří jej používají spíše pro roztřídění využívaných metod, nežli k popisu účinku hudby na lidský mozek. Tyto přístupy mohou být podle klinických potřeb vhodně kombinovány (2, 17). Oba přístupy využívají specifických terapeutických mechanismů: projekce vnitřních stavů do hudby, zrcadlení emocionálních obsahů a symbolizace nevyjádřených prožitků (16).

Hudba, jako univerzální jazyk emocí, umožňuje pacientům vyjádřit i ty pocity, které bývají obtížně dostupné vědomí nebo slovy, například hanbu, opuštěnost, smutek či hněv (3, 4). Muzikoterapie nabízí nenásilný způsob identifikace maladaptivních vzorců prožívání, které častokrát vedou ke konfliktnímu chování, obzvláště pak u pacientů trpících poruchami osobnosti. Tyto maladaptivní vzorce mohou být následně v synergii se schematerapií efektivně restrukturalizovány. Její efektivita je doložena mimo jiné u pacientů se schizofrenií, kde přispívá ke zlepšení sociální funkce, k ukotvení v „tady a teď," snížení negativních symptomů a redukci internalizovaného stigmatu (38). U depresivních pacientů pomáhá ke zlepšení nálady, zpracování emocionální bolesti a posílení schopnosti seberegulace (25).

Společné body a synergie obou přístupů

Schematerapie i muzikoterapie se opírají o práci s emočním materiálem, který přesahuje běžně verbalizovatelné obsahy. Společným rysem je důraz na prožitek, tělesné zakotvení a symbolické ztvárnění vnitřních stavů. Techniky, které nám muzikoterapie nabízí, představují v tomto kontextu silný nástroj, který umožňuje přímý kontakt s emocemi, aktivaci paměťových stop a zvědomění nevědomých obsahů prostřednictvím hudebního vyjádření (3, 18).

Propojení schematerapie a muzikoterapie tak vytváří synergii, která napomáhá nejen emoční regulaci, ale i budování pozitivního vztahu k sobě samému, zlepšení vnitřního dialogu a podporu celkové integrace osobnosti. Tato kombinace má potenciál významně obohatit terapeutickou práci v rámci multidisciplinárního týmu a rozšířit možnosti léčby hospitalizovaných pacientů v různých fázích jejich onemocnění.

Možnosti integrace muzikoterapie do schematerapie

Podpora prožitkové práce s módy

Jedním z hlavních přínosů muzikoterapie ve schematerapii je její schopnost usnadnit přístup k vnitřním částem osobnosti – tzv. módům (Tab. 1). Práce s módy je centrálním nástrojem schematerapie, přičemž jednotlivé módy představují specifické emoční, kognitivní a behaviorální vzorce, které se aktivují v náročných situacích. Mezi klíčové patří Zranitelné dítě, Přísný rodič (Kritik), Hyperkompenzátor, Odtažitý ochránce, ale i zdravé módy jako Laskavý rodič, Spokojené/Radostné dítě či Zdravý dospělý (1, 12, 19).

Hudba poskytuje pacientům nástroj k neverbálnímu ztvárnění těchto módů, a to jak v rámci aktivní, tak receptivní muzikoterapie. Tento neverbální výstup pak slouží jako podklad pro následnou reflexi a přechod k posílení adaptivních módů (2, 9).

Muzikoterapie se osvědčuje rovněž u pacientů s omezenou schopností verbalizace emocí, tedy s projevy alexithymie, nebo u pacientů s disociativními symptomy. Hudba jim může pomoci přemostit propast mezi tělesným prožitkem a emočním uvědoměním, a vytvořit tak prostor pro postupnou integraci těchto zážitků do vědomé zkušenosti (6, 20).

Podstatným stavebním kamenem muzikoterapie je pacientova svoboda a schopnost terapeuta naslouchat, tedy spoluutvářet bezpečný prostor pro terapii (6). Ačkoliv můžeme z klinické praxe i provedených studií usuzovat některé obecně platné závěry (např. durové stupnice indukují kladně vnímané prožívání, a naopak mollové negativně), nemůžeme všechny tyto závěry považovat za něco neměnné nebo snad obecně uplatnitelné.

Pacient si volí hudební nástroj/skladbu vyjadřující jeho vnímání vždy sám a jeho hudební projev je osobitým ztvárněním jeho subjektivního prožívání té které emoce, situace nebo emočního stavu. Možnost volby a svobody projevu umožňuje pacientům být autentičtí, čímž se prohlubuje terapeutický vztah a nabízí se možnost prožití korektivní zkušenosti, kdy je pacient viděn i slyšen, aniž by byl omezován, a tak posilován v maladaptivních vzorcích prožívání a v důsledku toho i chování, jako je například potlačování se na úkor sebe a ustupování druhým vzhledem k potřebě být druhými přijímán, a to i ve zcela irelevantních situacích (24).

Tab. 1. *Přehled terapeutických módů a možností jejich hudebního ztvárnění*

Mód	Charakteristika	Hudební vyjádření / Intervence
Zranitelné dítě	Emoce smutku, opuštěnosti, strachu	Melancholické melodie, prudké chaotické rytmy symbolizující volání o pomoc. Intervence: hudební dialog, kdy laskavý rodič skrze improvizovanou hudbu promlouvá ke zraněnému dítěti
Kritický rodič (Kritik)	Vnitřní kritika, stud, sebekárání	Nesourodé tonální uspořádání, buďto výrazná nebo naopak chaotická rytmika, perkusní nástroje. Intervence: konfrontace s vnitřním kritikem skrze hru na zvolené hudební nástroje
Hyperkompenzátor	Přehnané sebeprosazení, potřeba kontroly	Dominantní rytmická improvizace, bubnování, silná hlasová artikulace, květnatý hudební projev. Intervence: práce s „chybou“ v hudbě
Odtažitý ochránce	Emoční uzavřenost, disociace	Chladné, monotónní nebo zcela tiché pasáže, opakující se rytmus, bez dynamiky. Intervence: hudební relaxace
Laskavý rodič	Laskavost, péče, empatie	Hřejivá hudba, ukolébavky, melodické harmonie, společný zpěv. Intervence: reakce na ostatní módy skrze hudební projev přijetí
Zdravý dospělý	Regulace emocí, schopnost zvládat stres	Vyvážená hudební improvizace, kombinace rytmu a melodie, integrace chyb
Rozzlobené dítě	Frustrace, vztek z nenaplněných potřeb	Intenzivní hudební projev, gradace napětí, „výbojová“ improvizace. Intervence: přijetí skrze hudební vyjádření laskavého rodiče a zdravého dospělého
Spokojené dítě	Radost, spontaneita, hravost	Hravá hudba, změny rytmu, zvukové hry, experimenty

Práce s konkrétními schématy

Raně maladaptivní schémata jsou hluboce zakořeněné kognitivně-emoční vzorce, které vznikají v důsledku nenaplněných základních emočních potřeb v dětství. Schémata mají významný vliv na interpretaci mentálních reprezentací minulých, současných i budoucích autobiografických událostí. Vzhledem k tomu, že schémata ovlivňují způsob našeho uvažování, jednání i chování, stávají se tak jedním z významných zdrojů ovlivňujících vznik duševních poruch (36, 37). Mezi častá schémata patří Defektivnost/Stud, Emoční deprivace, Podřízenost, Přehnané standardy, Sociální izolace, Neláskyhodnost (1). Když se tato a další schémata aktivují a interagují se „self“ vyvolávají negativně vnímanou emoční odezvu posilující maladaptivní vzorce chování (1, 26).

Příklad: Pacient má aktivované schéma Neláskyhodnosti. V závislosti na emocích, které v souvislosti s aktivací tohoto schématu prožívá začne vyhledávat emoční podporu druhých. Druzí se mohou začít tomuto pacientovi stranit z důvodu přehlcení. Tím se „kruh uzavře“ a pacient se posílí ve svém schématu neláskyhodnosti, jelikož se mu druzí vyhýbají „v momentě, kdy je potřebuje.“

Již klasici psychoterapie, jako byli Freud a Jung tvrdili, že hudba je našim „prvním jazykem.“ Už jako plod jsme byli úzce spojeni s matkou, jejím srdečním tepem, výškou a celkovou tonalitou jejího hlasu, a proto není divu, že má hudba potenciál se dostat do hlubších vrstev nevědomí, kde se jazyk a řeč jeví být přespříliš komplexní až ohrožující (21). Hudba, jakožto médium umožňující emoční kontejnování může výrazně pomáhat regulovat emoce a sloužit jako prostředek vedoucí ke zvědomění a zpracování těchto maladaptivních schémat, ať už skrze využití receptivní nebo aktivní formy muzikoterapie. Tak či onak se autoři shodují na vyšší efektivitě hudební exprese nevyužívající slov.

Například pacient s aktivním schématem Defektivnosti může při poslechu určité hudby zaregistrovat silné emoční reakce – stud, hanbu, bolest – které jsou jinak obtížně přístupné. Tyto reakce lze dále reflektovat a propojit s konkrétními vzpomínkami, vztahy či životními tématy, která dané schéma formovala (2).

Hudební improvizace může být využita i jako projektivní technika – pacienti mohou ztvárnit „zvuk“ svého vnitřního přesvědčení o sobě („nejsem dost dobrý“, „nesmím selhat“, „musím být neustále hodný“) a skrze tento proces tyto obsahy externalizovat. Takto vytvořený zvukový obraz se pak stává základem pro další práci v rámci schematerapie, například pro konfrontaci schématu z pozice Zdravého dospělého (9).

U schématu Emoční deprivace může být velmi účinné využití hudby evokující bezpečí, útěchu a péči – pacienti mohou například vytvářet hudbu, která by vyjadřovala to, co v dětství postrádali. Další možností je využití hudebního dialogu mezi zraněným (deprivovaným) dítětem a laskavým rodičem, kdy pacienti improvizují a simultánně posilují adaptivní módy skrze již zmíněný emoční kontejnment a související korektivní zkušenost. Tento proces podporuje nejen uvědomění chybějící zkušenosti, ale i možnost ji symbolicky doplnit a integrovat do současného prožívání (10).

Facilitace korektivní emoční zkušenosti

Jedním z hlavních terapeutických cílů schematerapie je vytvoření korektivní emoční zkušenosti – tedy bezpečné situace, ve které pacient zažije emocionální naplnění základní potřeby, která mu v dětství naplněna nebyla. Hudba zde může sehrát klíčovou roli jako médium, které tuto zkušenost usnadňuje a prohlubuje.

Pacient, který například v dětství nezažil podporu a přijetí, může skrze hudbu symbolicky zakusit prožitek přijetí a ocenění. Tato zkušenost může být posílena společnou hudební improvizací, během níž ostatní členové skupiny reagují na jeho hudební projev s empatií a podporou (3, 5). Stejně tak může terapeut při individuální práci pomocí hudby reprezentovat „hlas“ Laskavého rodiče, který pacientovi poskytuje bezpečí, útěchu a pochopení.

Hudba tak napomáhá nejen emocionální aktivaci, ale i přechodu ke zklidnění, integraci a rozvoji funkce Zdravého dospělého. Proces, při němž pacient zažívá, že může prožívat své emoce bez odsouzení, a zároveň objevuje nové způsoby, jak se k sobě chovat s laskavostí, je zásadním krokem směrem k terapeutické změně (9, 24).

Kazuistiky

Jana (deprese a rané schéma Defektivnosti)

Příběh a konceptualizace

Jana je devětatřicetiletá žena hospitalizovaná pro rekurentní těžkou depresivní epizodu. Byla přijata s výraznou anhédonií, únavou, pocity beznaděje a narušenou schopností vnímat

emoce. V anamnéze uvádí emočně chladné a přísné rodiče, kteří často vyjadřovali nespokojenost a kladli důraz na výkon. Jana popisuje, že se od dětství cítí „neviditelná", „nepřijatelná" a „zbytečná".

Během počáteční konceptualizace se jako dominantní ukázalo rané maladaptivní schéma Defektivnosti/Studu, v kombinaci se schématy Emoční deprivace a Přehnaných standardů. Z módu Zraněného dítěte pronikají silné pocity studu a osamění, které jsou však okamžitě potlačeny aktivací Přísného rodiče (Kritika). Mód Laskavého rodiče není přítomen a Zdravý dospělý je oslaben, především ve schopnosti poskytovat si vnitřní podporu.

Cílem integrované muzikoterapie bylo vytvořit bezpečný prostor, kde by Jana mohla navázat kontakt se svým Zraněným dítětem a podpořit budování Laskavého rodiče, a to skrze neverbální hudební dialog. V průběhu hospitalizace se účastnila individuálních i skupinových muzikoterapeutických sezení, která byla koordinována s jejím terapeutickým plánem v rámci skupinové a individuální schematerapie.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

V úvodním individuálním sezení terapeut pacientku vybídl k imaginativnímu přístupu ke svému vnitřnímu světu prostřednictvím hudby:

Terapeut: „Zkuste si na chvíli představit tu část sebe, která se nejčastěji cítí smutná, osamělá nebo zahanbená. Jak by asi zněla, kdyby mohla mluvit hudbou? Můžete si vybrat jakýkoliv nástroj a nechat ji promluvit."

Jana váhavě zvolila xylofon. Začala jemně hrát několik vyšších tónů, nepravidelně a tiše. Zvuky působily roztřeseně a křehce.

Terapeut (po chvíli pozorného naslouchání): „Cítíte, jak ta hudba nese určitou zprávu? Co by asi řekla, kdyby mluvila?"

Jana (šeptem): „Že se bojí… že je to celé zbytečné."

Terapeut: „Který z módů by to mohl být?"

Jana: „To bude Zranitelné dítě. Do toho se často dostávám."

Terapeut: „Máte pravdu, tak to vypadá, jako by mluvilo Zranitelné dítě, které dlouho nebylo slyšeno. Chtěla byste, abych teď za něj promluvil někdo jiný – někdo, kdo by mu nabídl útěchu a přijetí?"

Když Jana přikývla, terapeut zvolil jemnou melodii na glockenspielu. Rytmus byl klidný, pomalý, s opakujícím se vzorem připomínajícím ukolébavku. Během hry Jana tiše plakala, což byla její první otevřená emoční reakce od přijetí.

Jana: „To zní… jako něco, co jsem nikdy neslyšela. Jako kdyby to bylo pro mě."

Terapeut: „Který mód by to mohl být?"

Jana: „Asi Laskavý rodič."

Terapeut: „Ano. Může to být hlas Laskavého rodiče. Důležité je, že vy to tak cítíte. Můžeme ho zkusit vytvořit společně? Vy budete Zranitelné dítě a já mu odpovím – a pak se možná naučíte odpovídat si sama."

V dalších sezeních probíhal střídavý hudební dialog mezi terapeutem a Janou. Pacientka hrála disonantní, nejisté tóny, zatímco terapeut odpovídal stabilními, melodickými motivy. Tím se vytvářel symbolický prostor pro kontakt mezi vnitřními částmi – Zraněným dítětem a Laskavým rodičem.

Jana (během třetího sezení): „Myslím, že se začínám učit, jak by mohl ten laskavý hlas znít. Ale zatím je to pořád spíš váš."

Terapeut: „To je v pořádku. Já vám ho jen půjčuji. Jednou si ho možná začnete říkat sama."

Pacientka později začala vytvářet vlastní melodie, které označila jako „písničky pro malou Janu". Jednu z těchto melodií si zaznamenala a spontánně ji zahrála i ve skupinové terapii. Její hra se stala podnětem pro sdílení dalších pacientů, čímž Jana zažila nejen emocionální propojení se sebou, ale i s ostatními.

Závěr kazuistiky

Hudební práce s módy umožnila Janě bezpečně navázat kontakt s hluboce potlačeným Zranitelným dítětem. Hudba zde sloužila jako „most" k emocím, které nebyly dosud vědomě prožity, a zároveň jako prostředek k aktivaci a zvnitřnění Laskavého rodiče. Skrze zvuk se objevila možnost jiného vnitřního dialogu – podpůrného, přívětivého a přijetím prostoupeného.

Tato korektivní emoční zkušenost byla následně integrována do individuální schematerapie, kde Jana začala rozvíjet schopnost psát laskavé věty své vnitřní malé Janě, pracovat s metodami imaginace a reflektovat okamžiky, kdy se aktivuje její Kritik. Kombinace muzikoterapie a schematerapie tak přispěla k posílení její emoční regulace, zvýšení sebepřijetí a postupné posilování módu Zdravého dospělého.

Michal (bipolární afektivní porucha, narušená autonomie)

Příběh a konceptualizace

Michal je sedmatřicetiletý muž, hospitalizovaný pro relaps bipolární afektivní poruchy, aktuálně v subakutní fázi po manické epizodě. Do nemocnice nastoupil po impulzivní změně zaměstnání, několika konfliktech s blízkými a výrazné nespavosti. V současnosti dominuje podrážděná nálada, zvýšená tenze, neschopnost odpočívat a vnitřní neklid.

V osobní anamnéze se opakovaně objevují témata přehnané odpovědnosti, nutkání být „nejlepší" a neustálé dokazování vlastní hodnoty. Michal pochází z prostředí s vysokými nároky na výkon a málo prostoru pro autentické vyjádření emocí. Ve verbální rovině je výřečný, ale má tendenci racionalizovat a bagatelizovat vnitřní zranitelnost. Na první pohled působí velmi sebevědomě, avšak v terapeutickém kontaktu se ukazuje silná nejistota ohledně vlastní identity a autonomie.

V rámci schéma terapeutické konceptualizace dominuje mód Hyperkompenzátora, který se aktivuje při jakémkoli náznaku ohrožení sebehodnoty. Tento mód překrývá Zranitelné dítě, které trpí pocity méněcennosti a vnitřní osamělosti. Mód Zdravého dospělého je sice přítomen, ale bývá potlačen impulzivním jednáním Impulzivního dítěte nebo Hyperkompenzátora. Terapeutickým cílem bylo umožnit Michalovi kontakt s oběma póly jeho vnitřního světa a vést jej k jejich postupné integraci.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

V individuálních muzikoterapeutických sezeních byl jako hlavní prostředek zvolen rytmus, konkrétně práce s bubny. Vstupní intervenci předcházela krátká schematerapeutická reflexe zaměřená na pozorování Hyperkompenzátora:

Terapeut: „Michale, když se dnes bavíme o tom, jak vás často žene pocit, že musíte pořád něco dokazovat… jak byste si ten tlak představil jako zvuk nebo rytmus?"

Michal: „Rychleji, tvrdě do toho. Jako pochod. Nebo víc, jako když valíte něco, co se nesmí zastavit."

Pacient byl vyzván, aby vybral buben a nechal tento vnitřní tlak projevit rytmicky. Po krátkém váhání začal pravidelně bubnovat velmi

intenzivním tempem – rychlé, krátké údery, s minimálními pauzami.

Terapeut: „Zkuste u toho zůstat… Všimněte si, co se ve vás děje, když tohle děláte."

Michal (zrychleně dýchá): „Je to divný. Přesně tohle dělám, když se něco podělá. Musím to zahlušit. To ticho je hrozný."

Po několika minutách terapeut nabídl přerušení rytmu:

Terapeut: „Zkuste teď nechat buben odpočívat. A zkuste se teď vžít do části sebe, která nepotřebuje všechno zvládat. Která jenom je. Zdravý dospělý. Co by ten udělal s tím rytmem?"

Michal po krátkém tichu přešel na pomalejší tempo. Údery byly měkčí, mezi jednotlivými údery začal vkládat pauzy. Poté spontánně přešel na djembe, kde vytvářel klidnější, hlubší rytmus.

Michal: „Tohle je zvláštní. Jako by to byl někdo jinej. Jako… já, ale klidnější."

Terapeut: „To může být váš Zdravý dospělý. Co by řekl tomu, kdo pořád musí být silný, nezastavitelný?"

Michal: „Asi že nemusí. Že někdy stačí jenom být."

V dalších sezeních byla tato práce rozvíjena do improvizace, kde pacient hrál za Hyperkompenzátora rychlý, sevřený rytmus a terapeut odpovídal klidným, otevřeným bubnováním. Postupně byl Michal veden k tomu, aby na obě části odpovídal sám – nejprve přechodem mezi dvěma nástroji, později i verbálně.

Michal: „Tenhle – to je ten, co na všechny řve, že makaj málo. A ten druhej? Ten říká: ‚Hele, taky máš právo se zastavit.' A víš co? Ten druhej mi připadá chytřejší."

Postupně začal pacient i ve skupinových sezeních používat rytmické nástroje jiným způsobem – hrál s ostatními, naslouchal, nechával si prostor. V individuální terapii reflektoval, že začal více vnímat rozdíl mezi tlakem Hyperkompenzátora a potřebami Zdravého dospělého:

Michal: „Vždycky jsem si myslel, že když přestanu tlačit, tak se všechno zhroutí. Ale ta hudba mi ukázala, že když zpomalím, něco pořád zní. A že to není slabost."

Závěr kazuistiky

Práce s rytmem a tělem prostřednictvím bubnů umožnila Michalovi prožít a symbolicky oddělit Hyperkompenzátora od zdravějších částí svého já. Hudba mu poskytla kanál, kterým mohl externalizovat vnitřní tlak a konfrontovat se s vlastním přetížením, aniž by ztratil kontrolu. Vytvoření symbolického dialogu mezi dvěma vnitřními módy mu umožnilo zažít korektivní zkušenost – že odpočinek, klid a soucit nejsou slabostí, ale projevem vnitřní zralosti.

Tato zkušenost se následně propsala i do slovní práce v rámci schematerapie, kde pacient začal popisovat situace, kdy místo impulzivního jednání volí vědomou reakci a dává prostor „dospělému já". Integrace muzikoterapie přispěla k hlubšímu propojení mezi tělem a prožitkem, a tím podpořila vnitřní stabilizaci v subakutní fázi bipolární poruchy.

Petra (schizofrenie a odtaženost od emocí)

Příběh a konceptualizace

Petra je osmadvacetiletá žena hospitalizovaná pro relaps paranoidní schizofrenie. V době přijetí dominují negativní symptomy – emoční oploštělost, sociální stažení, zpomalené tempo a neschopnost verbálně vyjádřit emoce. Petra má za sebou několik hospitalizací, antipsychotickou léčbu dobře toleruje, avšak opakovaně dochází k vnitřnímu rozložení, kdy „neví, kdo vlastně je" a cítí se „prázdná". V terapeutickém kontaktu působí odtažitě, bez výraznějšího emočního projevu.

V osobní anamnéze se objevuje závažné zanedbávání v dětství, období pobytu v ústavní péči a nedostatek stabilních vztahových figur. Petra vyrůstala v prostředí, kde nebylo bezpečné projevovat emoce – jakýkoli smutek, strach či radost byly zlehčovány nebo trestány. Sama popisuje: „Neumím to říct, neumím to cítit. Jsem jenom tělo."

Schéma terapeutická konceptualizace odhalila výrazně aktivní módy Odtažitého ochránce a Odevzdaného kapitulátora, které chrání hluboce zraněné Zranitelné dítě před dalším emocionálním ohrožením. Zdravý dospělý i Laskavý rodič jsou velmi oslabené, často zcela nefunkční. Terapeutická strategie se proto zaměřila na zprostředkování kontaktu s tělem a emocemi, a to způsobem, který je přístupný i pro pacienta s omezenou schopností symbolizace – skrze hudbu a zvuk.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

Vzhledem k Petřině odtažitosti byla zvolena forma receptivní muzikoterapie jako první krok – práce se zvukem jako mostem ke vnímání emocí. V úvodním sezení terapeut záměrně nepokládal kognitivně náročné otázky, ale spíše vytvořil prostor pro zvukový kontakt:

Terapeut: „Petro, zkusíme si teď jen poslechnout pár tónů. Nemusíte nic říkat. Jen vnímat, co dělají uvnitř těla."

Pustil jemný, pomalý smyčcový podklad s teplým zvukem violoncella. Po několika minutách následovala tichá pauza.

Terapeut: „Cítila jste někde v těle nějaký pohyb, napětí, teplo… cokoliv?"

Petra (po dlouhé odmlce): „Jakoby tady." (ukazuje na hrudník) „Nevím… možná tlak."

Následující týden terapeut donesl xylofon a nástroje s dlouhým dozvukem (kalimba, tibetská mísa). Petra byla vybídnuta, aby zkusila „najít zvuk, který odpovídá tomu tlaku":

Petra: „Nevím, jestli něco cítím. Ale zní to… jako když je to někde hluboko. Pomalu, skoro bez pohybu."

Terapeut: „Zkuste ten pocit vyjádřit tímto nástrojem. Nemusí to být pěkné, jen aby to sedělo."

Petra si vybrala kalimbu a zkoušela opakovaně jeden nízký tón. Postupně přidala další. Zvuk působil meditativně, tlumeně.

Terapeut: „Jaké to je, být s tímto zvukem?"

Petra: „Klidnější. Jako když se přestane mluvit."

Terapeut pracoval s touto reakcí jako s náznakem kontaktu s tělem – zdůraznil, že právě skrze zvuk začíná Petra něco „cítit", byť velmi jemně. V dalším sezení navázali tím, že Petra hrála několik tónů v rytmu dechu, terapeut jí přitom zlehka doprovázel na gong. Byla vybídnuta, aby každý tón byl „hlasem" nějakého pocitu – nejprve aniž by ho musela pojmenovat.

Terapeut: „Tenhle tón… kdyby byl pocit, co by to bylo?"

Petra: „Možná únava. Nebo smutek. Ale takovej, co už nic neříká."

Později začala Petra spontánně využívat nástroje i v jiných rytmech. V jednom ze sezení vyjádřila hudbou náhlý vnitřní chaos – střídání rychlého tempa a ostrých zvuků. Terapeut na to zareagoval klidnou basovou linkou, která fungovala jako symbolická kotva:

Terapeut: „Můžeme to teď nechat doznít. Váš vnitřní svět měl hodně hlasů. Ale v tom všem jste pořád tady. Dýcháte. Jste."

Petra: „Je zvláštní to slyšet. Že to jsem fakt já."

V závěrečném sezení spontánně prohlásila, že by si „to hraní" ráda nahrála. Vytvořila si krátkou melodii, která podle jejích slov „nebyla

veselá, ale byla moje". Tato hudební sekvence se stala součástí jejího „vnitřního deníku", který si zapisovala v průběhu hospitalizace.

Závěr kazuistiky

U Petry sehrála muzikoterapie klíčovou roli v navázání kontaktu s vnitřním světem, který byl dlouhodobě odpojený od vědomí a tělesného prožívání. Hudba fungovala jako neverbální médium, které pacientce umožnilo „začít cítit", aniž by musela hned rozumět či verbalizovat své emoce. Tím se otevřel prostor pro jemnou, ale zásadní změnu – přijetí toho, co se v ní odehrává, bez úniku do odpojení.

Schematerapie následně pracovala s těmito zážitky – terapeut pomáhal Petře rozlišovat, kdy se aktivuje Odtažitý ochránce a kdy přichází příležitost pro Zdravého dospělého, který „jen pozoruje, nehodnotí, a dává prostor cítit". Tato zkušenost, opřená o konkrétní zvukové obrazy, se ukázala jako klíčová v terapeutickém posunu směrem k větší stabilitě, uvědomění a emočnímu propojení.

Tomáš (sociální fobie a schéma Podřízenosti)

Příběh a konceptualizace

Tomáš je třicetiletý muž hospitalizovaný pro výraznou sociální fobii a s ní spojené úzkostné příznaky, především v situacích, kdy má být středem pozornosti. Při přijetí udával silné obavy z negativního hodnocení, potíže s navazováním vztahů a výraznou nejistotu při projevu před druhými. V sociálních situacích reaguje stažením, tichostí nebo přehnanou ochotou vyhovět druhým. Objevuje se také somatizace v podobě žaludečních potíží, třesu a sevřeného hrdla.

V dětství vyrůstal ve velmi hierarchickém a kontrolujícím prostředí – otec byl dominantní a sarkastický, matka pasivní a emočně nestabilní. Jak sám uvádí: „Radši jsem se neozýval. Když jsem něco chtěl, bylo to špatně. Když jsem řekl svůj názor, utržil jsem výsměch."

Při schéma terapeutické diagnostice se ukázalo silné schéma Podřízenosti, dále Deprivace a Defektivnosti. Z hlediska módů se často aktivuje Odevzdaný kapitulátor, který automaticky ustupuje druhým, a Zraněné dítě, které touží po přijetí, ale bojí se zranění. Mód Zdravého dospělého je slabý, pasivní, a Laskavý rodič téměř nefunkční. Cílem terapie bylo posílit Tomášovu schopnost projevit se autenticky, bezpečně říct „já" ve vztahu k druhým, a aktivovat zdravější postoje v mezilidské interakci – k čemuž byla využita skupinová muzikoterapie.

Muzikoterapeutická práce a integrace se schematerapií

Tomáš se zprvu účastnil skupinové muzikoterapie pasivně. Sedával u kraje místnosti, nástroj si vybíral jako poslední a během hry sotva slyšitelně ťukal do trianglu nebo tamburíny. Po několika sezeních vedl terapeut krátký individuální rozhovor v předsálí:

Terapeut: „Všiml jsem si, že se často držíte zpátky, skoro jako byste se nechtěl moc slyšet. Víte, že to nemusí být dokonalé, že tu nejste od toho, abyste podal výkon?"

Tomáš (tiše): „Bojím se, že to bude trapný. Že to bude znít blbě. Že mě budou vnímat jako divného."

Terapeut: „Rozumím. Ale co kdybychom udělali dohodu – že dnes zkusíte, třeba jen na chvíli, zahrát něco, co by mohlo říct to, co si obvykle necháváte pro sebe? Nemusíte to vysvětlovat. Jen to pustit ven."

Tomáš si ten den vybral handpan – nástroj s měkkým zvukem a možností intuitivního vyjadřování. Hrál nejprve opatrně, ale poté, co skupina pokračovala v improvizaci, začal hledat vlastní rytmus. Terapeut jej v jednu chvíli podpořil krátkým hudebním vstupem na basové struny a navázal oční kontakt.

Po skončení terapeut vyzval členy skupiny ke sdílení:

Terapeut: „Byl v dnešním hraní nějaký moment, kdy jste si všimli, že se něco změnilo – ve vás, v hudbě, v propojení se skupinou?"

Tomáš (překvapený, ale klidně): „Když jsem hrál… chvíli mi připadalo, že je to fakt moje. Že to není kopie. A že to zas tak nevadí, že mě slyší."

Tato zkušenost se stala základem pro další terapeutickou práci. V příštích týdnech se Tomáš postupně zapojoval do více interaktivních cvičení. V jednom ze sezení byla skupina vyzvána, aby hrála tzv. „hlas vlastního vnitřního dítěte" – a ostatní členové následně reagovali hudebně jako „Laskaví rodiče". Tomáš zahrál jemný motiv na kalimbu a poté sklopil oči.

Terapeut (v klidném tónu): „Tomáši, slyšel jsem v té hře hodně křehkosti a taky odvahu. Co by ta část ve vás teď potřebovala?"

Tomáš (tiše, téměř šeptem): „Asi… aby ji někdo nechal být. A nebyl zlej."

Terapeut: „Tak pojďme být hudbou, která neubližuje. Jen poslouchá a je tady."

Skupina reagovala jemnými, podpůrnými zvuky. Po skončení Tomáš řekl:

Tomáš: „Nikdy jsem neměl pocit, že když něco řeknu – nebo zahraju – že by někdo naslouchal bez toho, aby čekal chybu. Dneska to bylo jiný."

Závěr kazuistiky

Skupinová muzikoterapie sehrála u Tomáše zásadní roli v procesu posilování autonomie a bezpečného sebevyjádření. Hudba mu umožnila vyjádřit to, co nebyl schopen vyslovit – nejprve neverbálně, později i v reflexi. Postupně docházelo k aktivaci Zdravého dospělého, který mohl chránit Zraněné dítě a čelit kritickému vnitřnímu hlasu.

Díky opakovanému prožitku přijetí ve skupině začal Tomáš pracovat na přerámování svého schématu Podřízenosti – uvědomoval si, že nemusí být vždy tichý a že jeho hlas má ve skupině své místo. Zkušenost, že může být slyšen bez výsměchu či odmítnutí, se stala korektivní emoční zkušeností, kterou si přenesl i do běžných sociálních situací v rámci denního režimu oddělení. V rámci pokračující schematerapie pracoval s imaginacemi, kde navazoval kontakt se svým Zraněným dítětem a zkoušel vytvářet jeho ochranný prostor. Hudba v tomto procesu fungovala jako symbolické kotvení a připomínka nově získaných zdrojů.

Diskuze

Integrace muzikoterapeutických technik a celkové využití hudby do schematerapie se v rámci hospitalizační péče ukazuje jako slibný směr s potenciálem zvýšit účinnost práce napříč širokým spektrem psychiatrických diagnóz. Kazuistiky pacientů s depresí, bipolární poruchou, schizofrenií i úzkostnými poruchami naznačují, že hudba jako terapeutické médium dokáže otevřít nové možnosti pro emoční zpracování, které by při čistě verbálním přístupu zůstaly nedostupné – a to i u pacientů s výraznou alexithymií, disociací či stažeností.

Integrace napříč diagnózami

Zásadní výhodou muzikoterapie je její transdiagnostická použitelnost (7). Hudba umož-

ňuje pracovat s hlubokými vrstvami prožitků i u pacientů s výrazně odlišnými symptomy – od depresivního stažení (Petra), přes hypomanický neklid a kontrolu (Michal), až po sociální úzkost a strach z odmítnutí (Tomáš). Navzdory rozdílné symptomatologii mají tito pacienti společné jedno: narušený vztah k vlastním emocím a potíže s jejich autentickým vyjádřením. Hudba nabízí bezpečný, neverbální prostor pro jejich kontaktování, prožívání a sdílení.

Význam pro hospitalizační péči a týmovou spolupráci

Z hlediska organizace péče je integrace muzikoterapie do schematerapie obzvlášť přínosná v prostředí akutní a subakutní hospitalizace, kde je třeba reagovat na silně narušenou emoční regulaci a přetížení pacientů. Hudební intervence mohou sloužit jako „most" k následné hlubší verbální terapii. V tomto kontextu hraje důležitou roli spolupráce v multidisciplinárním týmu – zařazení kvalifikovaného muzikoterapeuta, který zná principy práce s módy, umožňuje terapeutům a psychologům navazovat na emočně zakotvené zážitky z hudebních sezení.

Společná reflexe těchto zážitků v individuální nebo skupinové schematerapii přispívá k integraci prožitků do pacientova vnitřního světa a umožňuje efektivnější změnu maladaptivních vzorců. Tento přístup tak nepůsobí pouze symptomaticky (např. zklidnění), ale i strukturálně – posiluje adaptivní módy (např. Laskavého rodiče, Zdravého dospělého) a mění vztah pacienta k sobě samému.

Výhody vs. limity integrovaného přístupu

Mezi hlavní výhody této integrace patří:

- Zvýšený přístup k emocím – i u pacientů s potížemi v symbolizaci, verbalizaci nebo s disociací.
- Snížení vnitřního napětí – skrze rytmus, hudební vybití, a hlubší tělesné ukotvení.
- Zesílení korektivních emočních zkušeností – hudba umožňuje zakotvit zkušenosti přijetí, podpory nebo vyjádření zlosti bez ztráty kontroly.
- Podpora neverbálního vyjádření identity a autonomie – např. u pacientů s úzkostnými poruchami nebo poruchami osobnosti.

Zároveň je však třeba reflektovat určité limity a výzvy:

- Potřeba specifického výcviku – efektivní facilitace emocí v muzikoterapii vyžaduje odborné vedení. Nedostatečně vedená hudební intervence může být i retraumatizující (16).
- Náročnost na vnímavost terapeuta – terapeut musí být schopen rozlišit, kdy pacient skutečně zpracovává emoci a kdy se hudbou jen „reguluje" bez kontaktu se zážitkem.
- Organizační omezení – např. dostupnost nástrojů, prostoru, nebo sladění práce více členů týmu.
- Nevyváženost struktury a spontánnosti – některé pacienty může hudební improvizace dezorganizovat, a je třeba ji pečlivě rámovat pomocí schéma terapeutických technik.

Porovnání s výzkumem

Závěry z klinické práce odpovídají aktuálním výzkumům. Například systematická review Golda, et al. (6) potvrzuje pozitivní vliv muzikoterapie u osob s vážnými psychickými poruchami, především v oblasti emoční regulace a zlepšení nálady. Novější práce Volpe, et al. (23) ukazuje, že skupinová muzikoterapie u pacientů s psychózou vede k výraznému snížení symptomů napětí a vnitřního chaosu, a zvyšuje interpersonální synchronizaci. Studie Pérez-Aguado, et al. 2024 (38) popisuje muzikoterapii jako efektivní doplněk u pacientů s afektivními poruchami, zvláště tam, kde je třeba posilovat kontakt s tělem a prožíváním.

Tyto výzkumy potvrzují, že pokud je muzikoterapie správně vedena a integruje se do širšího psychoterapeutického rámce, může významně posílit terapeutický proces nejen v oblasti symptomatické, ale i strukturální změny – včetně práce se sebepojetím, emoční regulací a vnitřním dialogem.

Doporučení pro praxi a výzkum

Na základě klinických zkušeností s integrací muzikoterapie do schematerapie u hospitalizovaných pacientů lze formulovat několik praktických doporučení a podnětů pro další výzkum. Kombinace těchto dvou přístupů přináší významný terapeutický potenciál, ale vyžaduje odpovídající organizační, personální a metodologické zázemí.

Možnosti implementace v lůžkových zařízeních

Pro zavedení této integrované formy terapie do běžného provozu psychiatrických oddělení je důležité vytvořit vhodné podmínky:

- Interdisciplinární spolupráce mezi klinickými psychology, psychoterapeuty, muzikoterapeuty a ošetřujícím personálem. Hudební prožitky získané v muzikoterapii je třeba dále reflektovat a integrovat do následné psychoterapeutické práce.
- Prostorové a technické zázemí, které zahrnuje základní hudební nástroje (např. perkusní nástroje, xylofony, kalimby, klávesy), akusticky vhodnou místnost a možnost reprodukce relaxační nebo terapeutické hudby.
- Začlenění muzikoterapie do denního režimu, např. jako pravidelná skupinová aktivita

Tab. 2. *Možnosti integrace muzikoterapie do schematerapie podle diagnóz*

Diagnóza	Typická maladaptivní schémata / módy	Hudební terapeutický cíl / přínos
Depresivní porucha	Defektivnost, Deprivace, Odevzdaný kapitulátor	Aktivace Laskavého rodiče, symbolizace bolesti a přijetí
Bipolární afektivní porucha	Impulzivita, Hyperkompenzátor, neukotvená identita	Rytmické ukotvení, vyjádření vnitřního napětí, integrace emocí
Schizofrenie	Odtažitý ochránce, zmatek, depersonalizace	Zvuková orientace v přítomném okamžiku, práce s tělem a hlasem
Sociální fobie	Podřízenost, Kritický rodič, nízká autonomie	Skupinová rezonance, posílení sebevýrazu, bezpečné sdílení přes hudbu
Hraniční porucha osobnosti	Přepínání módů, Kritický rodič, Zranitelné dítě	Symbolizace vnitřního konfliktu, zklidnění, facilitace korektivní zkušenosti
Úzkostné poruchy	Strašící rodič, přehnaná bdělost, tělesné napětí	Relaxace, dechová synchronizace, hudební imaginace

propojená s verbálním zpracováním v psychoterapeutických skupinách.

Zvláštní důraz je třeba klást na bezpečí – jak emocionální (citlivá facilitace, důsledná práce s hranicemi), tak strukturální (jasná pravidla, terapeutická kontinuita). Hudba může evokovat silné nevědomé obsahy, proto musí být součástí komplexní terapeutické koncepce.

Doporučení pro výcvik terapeutů

Aby mohla být muzikoterapie efektivně propojena se schematerapií, je nezbytné:

- Zajistit vzdělávání a supervizi pro muzikoterapeuty, které jim umožní porozumět základním konceptům schematerapie – především práci s módy, se schématy a s korektivní emoční zkušeností.
- Podporovat dialog mezi obory – např. formou společných workshopů, mezioborových seminářů a kazuistických skupin, kde se setkávají psychoterapeuti a muzikoterapeuti.
- V ideálním případě by muzikoterapeuti působící ve zdravotnických zařízeních měli absolvovat akreditované výcviky, které reflektují moderní poznatky z psychologie, psychiatrie a neurověd.

Stejně tak by i psychoterapeuti mohli být vedeni k vnímání neverbálních projevů a jejich propojení s dynamickou módů, což rozšiřuje jejich schopnost zachytit a dále terapeuticky využít hudební projevy pacientů jako významný materiál.

Potřeba randomizovaných studií pro evaluaci efektivity

Ačkoli klinické zkušenosti a kvalitativní výzkumy (6, 23) naznačují vysoký potenciál muzikoterapie u pacientů s psychickými poruchami, je potřeba tyto poznatky dále systematicky ověřovat.

Bylo by důležité:

- Realizace randomizovaných kontrolovaných studií (RCT), které porovnávají běžnou schematerapii s její rozšířenou formou o muzikoterapeutické intervence.
- Zkoumání dlouhodobých efektů této integrace – tedy nejen aktuální redukce symptomů, ale i změny ve vnitřní dynamice módů, emoční regulaci a kvalitě života.
- Zahrnutí neurobiologických měřítek – například sledování změn v mozkové aktivitě při muzikoterapii, jak naznačují práce Koelsche (16), nebo využití fyziologických markerů stresu.
- Dále doporučujeme vývoj standardizovaných protokolů pro integrovanou muzikoterapii ve schematerapii, které by mohly být sdíleny mezi klinickými pracovišti.

Závěr

Integrace muzikoterapie do schematerapie se ukazuje jako inovativní, a přitom prakticky realizovatelný přístup, který významně obohacuje terapeutickou práci s hospitalizovanými pacienty. Kombinace obou přístupů umožňuje efektivněji pracovat s emocemi, které jsou jinak obtížně dostupné nebo vědomě potlačované, a podporuje hlubší propojení pacienta s vlastním vnitřním světem.

Hudba jako neverbální jazyk nabízí bezpečný prostor pro prožitek, vyjádření i přetváření vnitřních stavů a schémat. Umožňuje pacientům kontaktovat a symbolizovat základní emocionální potřeby, přičemž usnadňuje aktivaci adaptivních módů, jako jsou Laskavý rodič nebo Zdravý dospělý. Práce se zvukem, rytmem a hudební improvizací zároveň přispívá ke zklidnění, posiluje vnímání těla a umožňuje vytvářet korektivní emoční zkušenosti v prostředí, které je chráněné a podporující.

Kazuistiky ukazují, že tento integrovaný přístup má potenciál být účinný napříč diagnózami – od pacientů s depresí, přes bipolární afektivní poruchu až po schizofrenii nebo úzkostné poruchy. Zároveň však upozorňují na potřebu specifického výcviku, mezioborové spolupráce a důkladné facilitace, aby byla zajištěna bezpečnost a terapeutická hloubka práce.

Do budoucna je klíčové rozšířit výzkum v této oblasti, zejména prostřednictvím kvalitativních studií, longitudinálních sledování a randomizovaných klinických hodnocení. Zároveň je třeba usilovat o širší začlenění muzikoterapie do klinické praxe, a to nejen jako podpůrné aktivity, ale jako plnohodnotného nástroje terapeutické změny, který ve spojení se schematerapií nabízí pacientům cestu k větší emoční integraci, sebevědomí a lidské důstojnosti.

LITERATURA

1. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press; 2003.
2. Bruscia KE. Defining Music Therapy. 3rd ed. Gilsum: Barcelona Publishers; 2014.
3. Wigram T, Pedersen IN, Bonde LO. A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training. London: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
4. Gold C, Voracek M, Wigram T. Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(6):10541063. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x.
5. De l'Etoile SK. The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. Arts Psychother. 2002;29(2):6978. https://doi.org/10.1016/S0197-4556(02)00139-9.
6. Gold C, Solli HP, Krüger V, et al. Doseresponse relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and metaanalysis. Clin Psychol Rev. 2009;29(3):193207. doi: 10.1016/j.cpr.2009. 01. 001.
7. Silverman MJ. Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery. 2nd ed. Oxford: Oxford; 2022. https://doi.org/10.1093/oso/9780198865285.001.0001.
8. Abdulah DM, Miho Alhakem SS, Piro RS. Effects of music as an adjunctive therapy on severity of symptoms in patients with obsessivecompulsive disorder: Randomized controlled trial. Nord J Music Ther. 2018;28(1):2740. https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1546222.
9. Haeyen S. Strengthening the Healthy Adult Self in Art Therapy: Using Schema Therapy as a Positive Psychological Intervention for People Diagnosed With Personality Disorders. Front Psychol. 2019;10:644. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00644.
10. Grocke D, Moe T. Guided Imagery and Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015.
11. Arntz A, van Genderen H. Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2021.
12. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cogn Behav Ther. 2018;47(4):328349. doi: 10.1080/16506073.2017.1410566.
13. Ociskova M, Prasko J, Kantor K, et al. Schema Therapy for Patients with Bipolar Disorder: Theoretical Framework and Application. Neuropsychiatr Dis Treat. 2022;18:2946. doi: 10.2147/NDT.S344356.
14. Gerlichová M. Muzikoterapie v praxi, Příběhy muzikoterapeutických cest. Praha: Grada Publishing; 2014.
15. Haslbeck FB, Bucher HU, Bassler D, et al. Creative music therapy to promote brain structure, function, and neurobehavioral outcomes in preterm infants: a randomized controlled pilot trial protocol. Pilot Feasibility Stud. 2017;3:36. doi: 10.1186/s40814-017-0180-5.
16. Koelsch S. Musicevoked emotions: principles, brain correlates, and implications for therapy. Ann N Y Acad Sci. 2015;1337:193201. doi: 10.1111/nyas.12684.
17. Sorel S, Gardstrom S. Music Therapy Methods. In Wheeler BL, editor. Music Therapy Handbook. New York: Guilford Press; 2015.
18. Aigen K. Verticality and containment in song and improvisation: an application of schema theory to Nordoff-Robbins music therapy. J Music Ther. 2009;46(3):238267. doi: 10.1093/jmt/46. 3. 238.
19. Prasko J, Ociskova M, Burkauskas J, et al. The river of life method in a schema therapy groups. Neuro Endocrinol Lett. 2024;45(1):5568.
20. Trondalen G. Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective. Dallas: Barcelona Publishers; 2016.

Další literatura u autora a na www.psychiatriepropraxi.cz