

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Mgr. Zdeněk Maté

Muzikoterapie v oblasti péče o osoby s depresivní
poruchou

Olomouc 2023

vedoucí práce: doc. Mgr. Jiří Kantor, Ph.D

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Muzikoterapie v oblasti péče o osoby s depresivní poruchou“ vypracoval samostatně a s použitím uvedené literatury a pramenů.

.....

Zdeněk Maté

V Olomouci dne 16. 4. 2023

Poděkování

*Mé poděkování patří panu **doc. Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D.** za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce bez ustání věnoval.*

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1 Muzikoterapie.....	9
1.1 Vymezení muzikoterapie	9
1.2 Působení hudby na člověka	10
1.2.1 Neurologie zpracování hudby mozkiem	11
1.2.2 Vliv hudby na emoce	12
1.3 Muzikoterapie v souvislosti s psychoterapeutickými přístupy	13
1.3.1 Psychodynamicky orientovaná muzikoterapie	14
1.3.2 Kognitivní a kognitivně-behaviorální přístup v muzikoterapii.....	15
1.3.3 Humanisticky orientovaná muzikoterapie	16
1.3.4 Muzikoterapie a transakční analýza	17
1.4 Muzikoterapeutický proces.....	18
1.5 Vybrané muzikoterapeutické techniky	21
1.5.1 Hudební improvizace	21
1.5.2 Hudební interpretace	23
1.5.3 Poslech hudby	24
2 Depresivní porucha	29
2.1 Determinace termínu depresivní porucha	29
2.2 Klinické příznaky.....	30
2.3 Specifické formy depresivní poruchy.....	32
2.4 Etiologie depresivních poruch.....	34
2.4.1 Genetické faktory ovlivňující vznik depresivních poruch	35
2.4.2 Biochemické faktory ovlivňující vznik depresivních poruch.....	37
2.4.3 Psychologické faktory ovlivňující vznik depresivních poruch	38
2.4.4 Vliv životních situací jako faktor ovlivňující vznik depresivní poruchy	40
2.5 Diagnostika depresivní poruchy	42
2.6 Terapie depresivní poruchy.....	44
2.6.1 Farmakoterapie	44
2.6.2 Psychoterapie.....	46
2.6.3 Muzikoterapie.....	49
Empirická část.....	52
Úvod do problematiky.....	53
3 Přehled systematických review zaměřených na muzikoterapii u osob trpících psychiatrickým onemocněním.....	54

4	Přehled systematických review zaměřených na muzikoterapii u osob trpících depresivní poruchou	59
4.2	JBI Umbrella Review	59
4.2.1	Metodika.....	60
4.2.2	Přehled a analýza systematických review zabývajících se využitím muzikoterapie u osob trpících depresivní poruchou.....	61
5	Diskuze	85
	Závěr.....	89
	Seznam použité literatury.....	90
	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	99
	SEZNAM PŘÍLOH	101

Úvod

Depresivní porucha představuje v současné době jedno z nejčastěji se vyskytujících psychických onemocnění s vážnými dopady na životy nemocných. Diplomová práce, kterou právě držíte ve svých rukou se snaží podat čtenáři srozumitelným způsobem komplexní přehled informací, týkajících se jak samotné muzikoterapie, depresivní poruchy, tak ve své empirické části sběru a následné analýze dat popisujících nejúčinnější způsoby léčby depresivní poruchy vyskytující se u dospělých, prostřednictvím nástrojů, které nám současná muzikoterapie poskytuje. Aby však mohla být muzikoterapie plnohodnotně využívána v oblasti péče o duševní zdraví bude nutné v nadcházejících letech překonat fakt, že muzikoterapie není pevně ukotvena v legislativě České republiky. Aktuální možnosti jejího uplatnění v prostředí psychiatrických klinik souvisí primárně s důvěrou vedení těchto klinik, jak vůči muzikoterapeutovi a jeho schopnostem, tak vůči samotnému terapeutickému přínosu muzikoterapie. (Fojtíčková, 2022) Stejná autorka dále pokračuje tím, že má-li se muzikoterapie stát respektovaným plnohodnotným terapeutickým nástrojem v prostředí psychiatrických nemocnic a léčeben, pak je a nadále bude nutné, aby muzikoterapeuti dosahovali formálního vzdělávání skrze akreditované vysokoškolské studium, splňovali požadavky České muzikoterapeutické asociace, jež je členkou Evropské muzikoterapeutické konfederace a Světové asociace muzikoterapie a nadále se vzdělávali nad rámec svého vysokoškolského vzdělávání. Dále je nevyhnutelné, aby probíhal kvalitní muzikoterapeutický výzkum koordinovaný výzkumnými pracovišti na univerzitách poskytujících vzdělání v oboru muzikoterapie. Tímto může dojít k posunutí vnímání muzikoterapie od „příjemné aktivity“ k respektovanému, a především v legislativě ukotvenému vědnímu oboru na poli péče o duševní zdraví, který svou efektivitu opírá o praxi založenou na důkazech.

V současné době však vzniká stále výraznější iniciativa reformovat stávající struktury systému péče o duševní zdraví a dochází tak k uvolnění prostoru pro muzikoterapeuty i další expresivně orientované terapeuty, kteří mohou úzce spolupracovat se zdravotnickým personálem a ostatními psychoterapeuty, kteří v rámci intervence využívají tradiční přístupy psychologické léčby, které již v systému péče o osoby s duševním onemocněním mají své pevné místo. Za významný posun v oblasti uplatnění muzikoterapie a modernizace péče o osoby s psychiatrickými poruchami včetně osob trpících depresivní poruchou lze považovat projekt Centra duševní rehabilitace v Berouně, „*který si klade za cíl vybudovat excelentní síť regionálních služeb, která bude poskytovat komplexní péči o duševně nemocné a osoby s rizikem rozvoje duševní nemoci*“ (Oficiální webový portál CDR Beroun, 2023) a stane se referenčním

pracovištěm péče o duševní zdraví ve střední Evropě, které budu uplatňovat multidisciplinární přístup zahrnující mimo jiné i využití muzikoterapie, která se tímto stává jednou ze stěžejních terapií v tomto projektu, uvádí *oficiální web CDR*. Centrum duševní rehabilitace se zaměřuje především na poskytování na efektivní a humanisticky orientovaný přístup k lidem, proaktivní přístup vůči pacientům, poskytování dostupných psychoterapeutických služeb, provázanost akutní péče s péčí následnou, praxi zaměřenou na zotavení (recovery) a především multidisciplinární přístup zahrnující využití expresivních terapií včetně muzikoterapie. (*Oficiální webový portál CDR Beroun, 2023*)

Teoretická část diplomové práce se zabývá muzikoterapií, jako samostatným vědním oborem, jejími možnostmi multidisciplinárního přesahu a specifickými technikami, které se dle dostupných dat jeví být těmi nejvýznamnějšími v oblasti péče a léčby osob trpících depresivní poruchou. V neposlední řadě byla velká část pozornosti věnována depresivní poruše, její symptomatologii, typologii, etiologii atd., jelikož považujeme za důležité detailně obeznámit čtenáře s těmito informacemi před tím, než mu budou představena data získána skrze empirické šetření.

Empirická část diplomové práce nabízí dva přehledy, které ze sebe vzájemně vyplývají. V rámci vstupního vyhledávání byla věnována pozornost nejen systematickým review, která se zabývala využitím muzikoterapie u osob s depresivní poruchou nýbrž všem systematickým review, která popisovala využití muzikoterapie v oblasti péče o osoby trpící různými duševními poruchami. Záměrem vstupního vyhledávání, bylo vytvořit přehled všech existujících systematických review v oblasti muzikoterapie u osob s psychiatrickým onemocněním, který by odpověděl na review otázku „*Jaká existují systematická review v oblasti muzikoterapie a jiných na hudbě založených terapeutických intervencí u osob s psychiatrickým onemocněním?*“

Zvláštní pozornost jsme však věnovali tvorbě přehledu a analýze dat získaných ze systematických review, která se věnují využití muzikoterapie v oblasti péče a léčby osob s depresivní poruchou. Cílem tohoto přehledu bylo zodpovědět výzkumnou otázku „*Jaká existují systematická review zabývající se dospělými trpícími depresivní poruchou v kontextu jiných na hudbě založených terapeutických intervencí a muzikoterapeutického výzkumu?*“, nabídnout přehled nejčastěji využívaných muzikoterapeutických technik u této konkrétní cílové skupiny a zároveň poskytnout podnět k dalšímu výzkumu v oblasti muzikoterapie u osob s depresivní poruchou.

Teoretická část

1 Muzikoterapie

V současnosti se můžeme setkat s řadou „služeb“, které se označují přívlastkem „muzikoterapie“. To může a v řadě případů taktéž bývá milným označením a s jistou dávkou nadsázky „klamáním spotřebitele“, tedy potenciálního klienta, který primárně hledá odbornou pomoc, avšak namísto ní se mu často dostává něčeho, co bychom ve své podstatě za muzikoterapii označit nemohli, či bychom dokonce označovat neměli, a to vše „z rukou“ osob, které nemají odborné vzdělání. Proto v následující kapitole bude čtenář seznámen se základním vymezením termínu muzikoterapie a její působností.

1.1 Vymezení muzikoterapie

Světová federace muzikoterapie definuje muzikoterapii, jako *„profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem. (www.musictherapyworld.net, 2011)*

Podle *České muzikoterapeutické asociace, (2022)*, dále jen CZMTA je muzikoterapie, *„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 a/nebo interpersonální integrace, s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb.“*

Gerlichová, (2014) ve své knize Muzikoterapie v praxi mluví o muzikoterapii, jako o terapeutickém oboru, jenž využívá hudby nebo hudebních prvků k dosažení nehudebních cílů, kterými nejčastěji bývají cíle léčebné, osobně-rozvojové či upravující mezilidské vztahy. *Kantor a kol., (2009)* uvádí, že se v případě muzikoterapie jedná o terapeutický přístup pocházející z rodiny tzv. expresivních terapií, tedy takových terapií, které pracují primárně s výrazovými prostředky, které mohou být svou povahou dramatického, výtvarně uměleckého, literárního nebo právě hudebního charakteru.

V užším významu budeme hovořit o muzikoterapii, jako o psychoterapeutické metodě nebo jako podpůrném prostředku klasické psychoterapie. Tato definice je, jak v odborné, tak laické společnosti tradičně hlouběji zakořeněna, ale v posledních letech dochází ke kladení důrazu na muzikoterapii v širším významu. Muzikoterapie v širším významu integrovala zkušenosti psychoterapeutické a terapeuticko-hudební z úhlu pohledu mnoha oborů pomáhajících profesí. Tímto posunem od užšího významu k významu širšímu došlo k možnosti využívání muzikoterapie i v oblasti speciální pedagogiky, ošetrovatelství, sociálních služeb, porodnictví, paliativní péče a dalších.

Bruscia, (1998) definuje muzikoterapii právě v užším významu dle výše uvedené definice dle *Mátejové, Maruši, (1992)*. Bruscia uvádí, že muzikoterapie je zvláštní formou psychoterapie, která vedle verbální složky používá ku vyjadřování, komunikaci a vlastní expresi především hudbu a rytmus. Jedná se tedy o systematický proces, v jehož průběhu se snaží terapeut skrze působení hudebních zkušeností klienta a terapeutického vztahu rozvinout klientovi dynamické síly, které podněcují změny vedoucí ke zvyšování jeho zdraví, psychické pohody apod.

1.2 Působení hudby na člověka

Stejně tak jako každá umělecká forma, i hudba vstupuje do našich životů. *Obršlíková, (2009)* uvádí, že jsou hudbě přisuzovány schopnosti ovlivňovat lidské prožívání, myšlení a rozhodování se již od starověku. Není náhodou, že je hudba již od počátků součástí rituálů a magických obřadů, při kterých je využíváno její citové působivosti a symboličnosti. Současné definice determinují hudbu jako organizovaný systém zvuků, jehož výrazovými prostředky jsou tóny a základními složkami jsou harmonie, melodie, rytmus a barva. Estetické působení hudby, její kvalita a celková forma, jsou poté ovlivňovány výběrem, rytmizací a systémem uspořádání tónů. Právě složky typické pro hudbu odlišující ji od ostatních zvuků v interakci s vnitřními predispozicemi každého z nás ovlivňují celkové prožívání hudby.

Mádlová, (2014) uvádí, že zvuky jsou vlnění pohybující v určité vlnové délce a frekvenci. Jednotkou frekvence neboli kmitočtu jsou Hertze (dále pak Hz). Zatímco většina lidí je schopna slyšet pouze zvuky v rozmezí 40 až 14000 Hz, tak náš mozek získává a následně dekóduje akustické jevy v rozmezí 15 až 20000 Hz. Nad či pod zvukovou hranicí 40 až 14000 Hz již rozlišujeme ultra či infrazvuky, které jsou pro lidské ucho neslyšitelné, avšak neznamená to, že je nevnímáme. Lidský sluch a samotný proces slyšení tedy patří k jednomu z nejkomplicovanějších procesů, proto bude na následujících řádcích čtenář komplexně

obeznámen s problematikou působení hudby na člověka, na to, jak hudbu přijímá a zpracovává lidský mozek a jak hudba následně ovlivňuje emoce každého z nás v různé, nám vlastní podobě.

1.2.1 Neurologie zpracování hudby mozkiem

Vnímání hudby začíná dekódováním akustické informace. Akustické signály, jako jsou hlasy a hudba, vstupují do lidského ucha a spouštějí kaskádu transpozic signálů podél sluchových drah. Příchozí sluchové signály jsou přenášeny pomocí zevního a středního ucha do hlemýžďe vnitřního ucha, kde se akustická informace převádí do nervové aktivity. *Thaut a Hodges, (2019)* dále uvádějí, že akustická informace je vysoce předzpracována řadou jader mozkového kmene před dosažením kůry. Základní akustické rysy, jako je intenzita zvuku, nástup signálu, periodičita a umístění signálu, jsou extrahovány v kochleárním jádře. Existuje taktéž sekundární cesta, která vychází z ventrálního kochleárního jádra, kde jsou některá vlákna odtud vyčnívající do retikulární formace. Sestupné (eferentní) vláknité dráhy z retikulární formace tvoří audio-spinální dráhu spojením s motorickými neurony v míše, aby inervovaly reflexní motorické reakce na zvuk a na primární motorickou neurální excitabilitu (*Horn, 2006; Huffman & Henson, 1990; Rossignol & Melvill Jones, 1976 in Thaut, Hodges, 2019*). Sekundární ascendentní (aferentní) dráha inhibuje nižší sluchová centra, aby zvýšily sluchové prahy a upozorní kůru na příchozí zvukové signály.

Po počátečním dekódování akustické informace v primární sluchové kůře, která plní funkci „jemnozrnné“ analýzy akustických vlastností, jako je frekvence a spektro-časová modulace se informace přenesou do sekundární sluchové kůry, která se podílí na řadě funkcí rozhodujících pro vytvoření kognitivní reprezentace akustického prostředí, včetně reprezentace sluchových objektů, analýzu melodie, prostorové seskupení, extrakci mezizvukových vztahů a segregaci proudu (*Griffiths & Warren, 2004*).

Koukolík, (2005) specifikuje blíže činnost mozkové kůry, když uvádí, že díky specifickým propojením s ostatními částmi mozku, především pak předních částí čelních laloků dokáže člověk zpracovávat sluchovou informaci, na tuto informaci reagovat pohyby očí a dále zpracovávat emoce a motivace spojené s konkrétním zvukovým podnětem.

Warren et al, (2005) považuje za zajímavé výsledky studií, které ukázaly, že, zatímco více předních oblastí je citlivějších na změny v sytosti tónu (což je vlastnost související s relativní polohou výšky tónu v rámci stupnice), tak zadní oblast sluchové kůry je citlivější na

dekódování změn výšky tónu (což se vztahuje ke spektrálnímu vážení zvuku), což naznačuje, že rozměry výšky mohou mít odlišné zastoupení v lidské sluchové kůře.

Frühholz et al, (2016) uvádí, že limbický systém, tedy centrum převážně zodpovídajícím za kontrolu úzkosti, strachu a emočního chování je úzce propojeno se sluchovým thalamem jenž tvoří společně důležitou součást jádrové neuronové sítě zapojené do afektivního zpracování zvuku. Nedávno zjištěné informace poukazují právě na ono propojení obou systémů. spojení mezi sluchovým thalamem a amygdalou hraje důležitou roli v rychlých reakcích na zvuk, zatímco „pomalá“ síť promítající se z thalamu do primární sluchové kůry a následně do asociační kůry k amygdale může řídit interpretaci a porozumění reakcím během zpracování hudby a hudbou navozených emocí.

1.2.2 Vliv hudby na emoce

Hudbě se již odedávna přisuzuje schopnost stimulovat a ovlivňovat emoce (*Franěk, 2005*). Díky své intenzivní schopnosti působit i na ty nejnítěrnější pocity je hudba všeobecně považována za jedno z nejemocionálnějších a nejvýraznější na lidskou psychiku působících forem umění. Jak již bylo řečeno, hudba je výrazným stimulem emočního prožívání člověka, což má mimo jiné za následek rozpomínání si i na již dávno zapomenuté vzpomínky. Tomuto jevu říkáme reminiscence a bývá hojně využíván v případě terapie osob s demencí a jinými psychickými onemocněními. Díky svým typickým vlastnostem dokáže ovlivňovat nálady i veškeré psychické dění odehrávající se v člověku.

Linka, (1997) dále tvrdí, že je hudba obdařena schopností působit na lidskou psychiku okamžitě. Tím je míněno, že nepotřebuje čas na to být zpracována, nýbrž se dostává přímo k emocím a prožívání. Na posluchače dokáže působit prakticky kdykoliv a kdekoliv a intenzita hudebního prožitku se bude odvíjet hlavně od aktuálního emocionálního nastavení posluchače. Linkovo tvrzení, že záleží především na nastavení posluchače potvrzuje studie *Yoona, Verony, Schlaucha, (2019)* zabývající se otázkou, „proč mají lidé trpící depresivní poruchou vyšší tendenci poslouchat smutnou hudbu“. Snad nejpozoruhodnějším zjištěním bylo, že skupina osob trpících depresivní poruchou hlásila nárůst pocitu štěstí a méně smutku při poslechu vybrané hudby (v tomto případě se jednalo o hudbu charakterizovanou jako „emocionální, smutnou“). Tato zjištění jsou v souladu s alternativní hypotézou, že ačkoli ti, kteří mají diagnostikovanou depresi, mohou preferovat pro většinovou společnost smutné podněty, Taková preference odráží přitažlivost těchto osob k méně energickému a uklidňujícímu aspektu smutné hudby. V tomto ohledu se výsledky autorů podobají výsledkům *Punkanen et al. (2011)*

in Yoon, Verona, Schlauch et al., (2019), který zjistil, že preferenční skóre pacientů s depresivní poruchou pro vysoce energickou hudbu bylo významně nižší než u zdravé kontrolní skupiny.

Dále můžeme podle studie Vuoskoskiho, Zickfelda, Alluri et al., (2022) zabývající se pocity dojetí vyvolanými hudbou můžeme sledovat jev, který většina lidí označuje jako „spojení“. tento „pocit spojení“ může být vykládán jako existující spojení mezi posluchačem a jiným činitelem, jako je například samotná hudba, interpret, jiný posluchač nebo možná lidstvo obecně. Autoři dále pokračují, že teoretické argumenty a empirické důkazy naznačují, že lidé často říkají, že jsou „pohnuti“ nebo dojati v reakci na zvýšenou sounáležitost a morálku, a že emoční stav je prožíván jako převážně pozitivní, vyznačující se slzami, mrazením nebo vřelými pocity a motivuje člověka k vytváření sociálních vazeb.

1.3 Muzikoterapie v souvislosti s psychoterapeutickými přístupy

V následujících podkapitolách budou čtenáři představena základní psychoterapeutická východiska, z nichž muzikoterapie čerpá či na nich například v případě belgické psychodynamické muzikoterapie přímo staví. Čtenáři bude představen základní popis konkrétních psychoterapeutických východisek a jejich aplikace v prostředí muzikoterapeutického procesu.

Nežli však přejdeme k samotným psychoterapeutickým systémům, považujeme za důležité pozastavit se u samotného termínu psychoterapie. Psychoterapie je interdisciplinárním oborem, jehož předmětem je péče o psychické zdraví a pohodu klienta, uvádí Plevová, (2013).

Pro potřeby této práce byla z mnoha možných definic vybrána pro svou jasnost a komplexnost definice Jana Vymětala, který psychoterapii definuje jako „*léčbu, ale i profylaxi (primární prevenci) a rehabilitaci (terciární prevenci) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje úzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní terapie probíhá jako záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a klientem.*“ (Vymětal Jan in Plevová, 2013)

1.3.1 Psychodynamicky orientovaná muzikoterapie

Základním modelem lidské psychiky, který je určujícím pro všechny psychodynamické přístupy je tzv. topografický model, jehož autorem je zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud. Topografický model pojednává o třech základních psychických strukturách, které vzájemně utvářejí osobnost jedince. Řeč je o Id, ego a superegu. Výstižnou paralelou popisující charakter zmíněných psychických struktur je tzv. teorie ledovce pojednávající o tom, že pod onou okem viditelnou částí ledovce, která se nachází nad vodní hladinou se nachází část ledovce podstatně větší, jenž sahá do hloubek oceánu. V tom případě je onou nejhluběji umístěnou částí ledovce naše nevědomí obsahující Id neboli lidskou pudovost a potlačené obsahy (převážně pak ty negativní) obsahující informace z našeho celého dosavadního života. Prostřední část ledovce potom představuje předvědomí obsahující ego snažící se za každou cenu dosáhnout toho, čeho dosáhnout chceme, a to bez ohledu na důsledky a superego, které s jistou nadsázkou plní roli policisty. Jedná se o soubor vnitřních norem, zákonů a pravidel, který reguluje chování každého z nás a vede nás k dosahování našich cílů sociálně přijatelnou formou. Okem viditelnou část plovoucí nad hladinou představuje naše vědomí.

Lipský et al., (2009) uvádí, že psychodynamický přístup v muzikoterapii zakládá právě na výše uvedeném modelu, kdy můžeme odůvodněně předpokládat, že aktuálně přítomné chování je projevem dřívějších zkušeností klienta, a to zkušeností pramenících převážně z dětství, což se odráží i v hudebním projevu klienta. *Lipský et al., (2009)* dále uvádí, že cílem psychodynamické psychoterapie je prozkoumávání nevědomé oblasti lidské psychiky, jelikož zde mohou vznikat intrapsychické konflikty vyvolávající tenzi, která je následně projikována do každodenního života a má potenciál k tomu, aby přerostla v psychické onemocnění.

J.S. Peters, (2000) in Lipský et al., (2009) uvádí, že vzhledem k tomu, že je hudba neverbálním nástrojem, nabízí nám tu výhodu, že dokáže působit v těch místech lidské psychiky, kde již slova ztrácejí svou opravdovou sílu. V tomto případě hovoříme o nevědomé oblasti, kterou můžeme za pomoci hudby objevovat a zpracovávat již zpřístupněný nevědomý obsah na úrovni pocitové i emoční, a to celé ještě dříve, nežli je klient schopen tento obsah vložit do slov. V souvislosti s tímto se nabízí zmínit proces kontejnování pocházející od Kleiniána britského původu Wilfreda Biona. *De Backer, Foubert, (2022)* uvádějí, že kontejnování (containment) je proces, v jehož průběhu dochází k vytváření „psychického

prostoru“, ve kterém dochází k zadržení a přijetí všech obsahů a s nimi spojených projevů klienta bez ohledu na to, jak bolestivé jsou, s cílem je mentálně zpracovat, zbavit je jejich bolestivosti a implikovat je do každodenního života klienta. V muzikoterapii však tento proces probíhá častokrát beze slov, jelikož k němu pod vedením zkušeného muzikoterapeuta dochází ještě dříve, nežli je klient schopen mluvit.

Cílem celého psychodynamicky orientovaného muzikoterapeutického procesu je tedy postupné zvědomení nevědomých konfliktů a obsahů a jejich následné pojmenování a vědomé řešení za podpory zkušeného muzikoterapeuta. Důležitou roli hraje reflexe v podobě slov. Například po volné hudební improvizaci je nutné aby, terapeut klientovi pomohl reflektovat nevědomý materiál, který se v průběhu improvizace objevil, pakliže má terapie působit a vyvíjet se ve prospěch klienta, který pro uchopení tématu se, kterým přichází potřebuje své nevědomé obsahy zvědomovat a pojmenovávat.

1.3.2 Kognitivní a kognitivně-behaviorální přístup v muzikoterapii

Na samotný úvod je nutné osvětlit, co se pod samotným označením KBT, tedy kognitivně-behaviorální terapie/přístup skrývá. *Mezinárodní institut KBT, (2022)* definuje KBT jako „*přístup, který nám pomáhá porozumět tomu, jak přemýšlíme o světě, o okolí kolem nás, o nás samotných. Jak vše chápeme potom ovlivňuje nás samé a naše jednání. Tato terapie vychází z předpokladu, že u většiny psychických problémů dojde ke zlepšení tím, že se identifikují a změni chybné a porušené představy, myšlenky a chování. Lidé trpící depresemi mají sklon vysvětlovat si všechna fakta ve svůj neprospěch. Úzkostní lidé zas mají tendenci hledět do budoucnosti s obavami a ti, kdo mají nízké vědomí vlastní hodnoty, přeceňují úspěchy druhých a podceňují své vlastní. Tato terapie učí lidi rozpoznávat a měnit nezdravé zvyky v myšlení, což se pak pozitivně odrazí v jejich chování.*“ (dostupné z: <https://www.vyckvkkbt.cz/co-je-kbt>).

Vzhledem k výše uvedenému textu je zřejmé, že muzikoterapie vycházející z kognitivně-behaviorálního přístupu je založena na principech a teoriích učení. *Lipský et al., (2009)* uvádí, že cílem takto orientované muzikoterapie je pomoci klientovi překonat nefunkční či maladaptivní vzorce chování a nahradit je novými a účinnými, které se slučují se sociálními normami, a to za působení zvuků, hudby, přijetí a pozitivní zpětné vazby. Tomu napomáhá fakt, že kognitivně-behaviorální terapie, tedy i kognitivně-behaviorální muzikoterapie je krátkodobého charakteru ve srovnání s ostatními terapeutickými přístupy (zpravidla 6 týdnů), což umožňuje intenzivní, strukturovanou a direktivní práci s klienty. Sezení kognitivně-

behaviorální muzikoterapie by mělo být značně strukturované, rozdělené na jasné kroky a do značné míry přizpůsobené konkrétním potřebám konkrétních klientů. Dále by dle *Peterse, (2000) in Lipský et al., (2009)* měla muzikoterapeutická sezení zakládající na KBT vytvářet dostatečný prostor pro diskuzi, tedy sdílení obsahu, témat, pocitů a tím pádem i posilování zpětné vazby, jenž tvoří podstatnou část kognitivně-behaviorální muzikoterapie.

Lipský et al., (2009) dále uvádí, že právě expresivní metody mohou být pro některé klienty těmi nejvhodnějšími. Strukturovaná muzikoterapeutická sezení mají tu moc odhalit vzorce myšlení klientů, jenž jsou zastiženi působením zvuků a hudby na určité úrovni emocionální prožitku, který předchází procesu racionalizace a budování obrany self.

Slotoroff, (1994) uvádí, že kognitivně-behaviorální techniky se s úspěchem používají u adolescentů trpících poruchami chování, dále u sexuálně zneužívaných žen a osob trpících poruchami příjmu potravy.

1.3.3 Humanisticky orientovaná muzikoterapie

Jedná se o třetí nejvýznamnější proud psychoterapie, který tvoří pomyslný most mezi tradiční psychoanalýzou a behaviorálními přístupy. Zakladatelem je Carl Rogers, který humanisticky orientovanou psychoterapii označuje za terapii „zaměřenou na člověka“. Tomu též odpovídá, že právě Rogers začal v rámci polidštění psychiatrických a psychologických služeb označovat pacienty za klienty.

Dle *Lipského et al., (2009)* není cílem humanisticky orientovaných přístupů vstupovat do vnitřní dynamiky psychiky nebo se zabývat procesem učení, nýbrž je primární důraz kladen na aktuální prožitek tady a teď, jenž napomáhá vytvářet podmínky pro nalezení vlastní cesty k realizaci lidského bytí. Za důležité tedy považujeme zmínit, že spíše, nežli o léčbě je v případě humanisticky orientovaných přístupů řeč o seberealizaci a osobním růstu. Tomu dosvědčuje též tvrzení *Bunta, (2002) in Lipský et al. (2009)*, který uvádí, že humanisticky orientovaná terapie se zaměřuje na ty oblasti bytí, které nepostihují ani psychoanalýza, ani behaviorismus v jejich podstatě. Zmíněnými oblastmi bytí, které měl autor na mysli jsou míněny akceptace lidské jedinečnosti, rozvoj individuálních cílů a osobnostních intencí, svoboda výběru, rozvoj self v kontextu sociálních vztahů, rozvoj kreativity, sebeúcty a lásky. Taktéž *Steinhäuselová, (2015)* tvrdí, že humanisticky orientovaný přístup vychází z hypotézy předpokládající, že je každý jedinec kompetentní tomu porozumět sobě samému a proměnit vlastní sebepojetí a postoje, přičemž tyto možnosti mohou být objeveny, rozvíjeny a následně využívány v podporující atmosféře bezpodmínečně přijímajících, empatických a kongruentních vztahů. Jedná se

především o vztah terapeutický na úrovni *klient x terapeut*, který by měl být terapeut schopen efektivně a autenticky rozvíjet. Právě ona akceptace, empatie, kongruence a autenticita na straně terapeuta vedou klienta ke změně.

Lipský et al., (2009) uvádí, že hudebně-expressivní techniky cílí na prožitky klientů právě tady a teď, na rozvoj jejich sebedůvěry, sebeúcty, jejich osobní kreativity, chování a emoce s nimi spojené. Podstatným faktem je, že muzikoterapeut vystupuje z role odborníka a stává se člověkem, průvodcem, který klienta podporuje a zabraňuje vzniku potenciální závislosti na terapeutickém vztahu tím, že ji nahrazuje vzájemnou kompetencí. Tím terapeut průvodce pomáhá klientovi překonávat životní překážky a vede jej k životní seberealizaci. Pomocí hudebních technik se klient otevírá sobě samému, snaží se hledat a nacházet souvislosti mezi svými myšlenkami, emocemi, prožitky a životními zkušenostmi.

1.3.4 Muzikoterapie a transakční analýza

Transakční analýzu (TA) založil E. L. Bernem. Berne přišel se svou teorií lidské osobnosti, kterou strukturoval do tří navzájem oddělených stavů ega, které pojmenoval (1) rodič, (2) dítě a (3) dospělý.

- (1) Rodič představuje získané pojetí života, které je souborem norem a instrukcí, které do nás v průběhu výchovy vstúpili nejen naši rodiče, ale i ostatní lidé podílející se ať už přímo či nepřímo na naší výchově. Řadíme sem prarodiče, učitelé, ale i jiné významné dospělé, se kterými jsme měli možnost se dostat do interakce především v prvních pěti letech života a později v případě, že jsme se setkali s významnými autoritami, které nás ovlivnily svým charismatem. Jedná se o vševědoucí, hodnotící, příkazující, soudící, kritizující nebo naopak pomáhající strukturu naší osobnosti. Jednat z pozice rodiče znamená být silnými a vševědoucími, rozlišujícími, co je dobré a co je naopak zlé. Dále záleží na tom, zda jednáme z pozice kritického rodiče, který je charakteristický svou hrubostí a neschopností přijímat druhé nebo rodiče pomáhajícího, který je charakteristický opačnými projevy. (*Smékal, 2001*)
- (2) Dítě představuje život, tak jak jej pociťujeme a vnímáme. Zároveň se jedná o egostav, který v sobě shromažďuje cit, základní potřeby a energii. Egostav dítěte je „záznamovým blokem“ toho, co jsme jako děti, nejčastěji do pěti let života prožívali, když jsme překonávali různé překážky, snažili se pochopit svět a najít si v něm vlastní prostor, když jsme cítili strach nebo když jsme si naopak dovolili zaútočit, když jsme cítili bolest nebo naopak prožívali uspokojení vlastních potřeb. (*Smékal, 2001*)

(3) Dospělý potom představuje poznávací aparát podobný "samočinnému počítači", který vždy prověřuje a ověřuje a nejedná z pozice hotových či zažitých pravd. Zároveň nikdy nestagnuje na jednom možném řešení situace, ba naopak se snaží vytvářet nová řešení. Dospělý je věcný, realistický, střízlivý, prozíravý, schopný neustálého růstu a zdokonalení. (*Smékal, 2001*)

Prochaska, Norcross, (1999) dodávají, že i přesto, že v některých situacích může osobnost zastávat pouze jeden z těchto stavů, tak dobře adaptovaná osobnost je schopna volně v reakci na aktuální situaci přecházet z jednoho egostavu do dalších. Muzikoterapeuti využívající poznatky TA se snaží skrze strukturované muzikoterapeutické programy využívající především neverbální expresivní prostředky aktivovat egostav dítěte u klientů, kteří byli nevhodnou výchovou svých rodičů inhibováni.

Klienti mají možnost prostřednictvím hudební exprese vymezit sebe sama v průběhu různých rituálů, vymezení své minulosti, aktivit, a především vlastní intimity. Díky tímto způsobem vedené muzikoterapii může být klient schopen expresivně vyjádřit všechny ze tří Bernem definovaných stavů ega a zvolit si svobodně egostav odpovídající konkrétní situaci.

1.4 Muzikoterapeutický proces

Americká muzikoterapeutická asociace, (2022) uvádí, že z procedurálního hlediska zahrnuje muzikoterapeutický proces tři významné fáze, kterými jsou fáze přípravná, realizační a evaluační. Všechny z uvedených fází obsahují specifické postupy vedoucí klienta cestou bezpečné zkušenosti s terapií. Je-li řeč o bezpečné zkušenosti, pak je nutné zmínit, že má-li být uchazeč o terapii přijat do terapie, musí být terapeutem vyhodnoceno riziko potenciální kontraindikace, čímž terapeut chrání potenciálního klienta před závažným zraněním způsobeným nevhodnou intervencí, v tomto případě muzikoterapií.

Mezi obecné kontraindikace podle *Kantora, Lipského, Weber a kol., (2009)* řadíme klienty, kteří muzikoterapii v minulosti již absolvovali, a to bez zřetelných výsledků, klient tedy nemá motivaci v terapii pokračovat a nemá vůči terapeutickému postupu a použitým terapeutickým nástrojům důvěru. Mezi další kontraindikace řadíme klienty, případně klienty jejichž zákonní zástupci lpí na nereálných terapeutických cílech, osoby nacházející se v akutní fázi psychózy, osoby trpící nestabilizovanou a muzikogenní epilepsií. Kontraindikace uvedené na předchozích řádcích řadíme mezi tzv. obecné, v praxi se však setkáváme i s kontraindikacemi osobními, které souvisejí s klientovou minulostí a zkušenostmi s hudbou,

představují soubor predispozic a osobních důvodů konkrétních klientů, proč neaplikovat muzikoterapeutické postupy.

Tato specifika, která klient přináší je nutné respektovat. Příkladem specifické individuální kontraindikace může být podle *Hansera, (1999)* hudebník po vážném úrazu v jehož důsledku byly jeho hudební schopnosti částečně či úplně omezeny a hudební zkušenost v rámci muzikoterapie jej pouze retraumatizuje. Naopak důvody ku indikaci muzikoterapie jsou dle *Drlíčkové, Kantora a Smrčkové, (2022)* zřetelně formulovány v kontextu zdravotnické péče, kdy se muzikoterapeutické praxe opírá o zjištění vyplývající z řady kvalitních systematických review a intervenčních studií. Důležitým faktorem však zůstává individuální posouzení konkrétních potřeb konkrétního klienta. Současné studie poukazují na významné uplatnění muzikoterapie v oblasti péče o osoby s psychiatrickými onemocněními psychotického i neurotického okruhu, u kterých nejsou doporučené konfrontativní terapie, nemají dostatek motivace k tradičním terapiím a vyskytují se u nich deficity v sociální nebo interpersonální rovině, uvádějí *Kantor, Lipský, Weber, (2009)*. Všechny ze zmíněných indikací včetně nechtě se verbálně vyjadřovat nacházíme u osob s depresivní poruchou.

Drlíčková, Kantor, Smrčková, (2022) poznamenávají, že následný průběh muzikoterapeutického procesu může být různorodý, jelikož muzikoterapeut pracuje podle jiného výchozího modelu, inspirovaného různými, nejčastěji psychoterapeutickými přístupy, které se ve svém přístupu ke klientovi a práci s ním liší. Z tohoto důvodu tedy budeme i nadále vycházet z modelu Americké muzikoterapeutické asociace, který byl uveden na samotném úvodu této kapitoly (přípravná fáze, realizační fáze a evaluační fáze).

Přípravná fáze je komplexním systémem postupů, jejichž cílem je navázat bezpečný terapeutický vztah s klientem a zjistit o něm, co nejvíce informací, které mohou v konečném důsledku posloužit jako „odrazový můstek“ pro porovnání výchozího stavu s dosaženým stavem po terapii. K těmto účelům je podle *Drlíčkové, Kantora, Smrčkové, (2022)* využíváno standardizovaných muzikoterapeutických testů. Důležité je však na tomto místě zmínit, že ne všechny muzikoterapeutické testy pro všechny populace klientů jsou standardizované, z čehož vyplývá fakt, že se v odborné praxi využívají i jiné, méně formalizované způsoby vycházející primárně z pozorování a škálování, které si muzikoterapeuti vytvářejí převážně sami. Samo pozorování klienta patří k významným zdrojům informací týkajících se klienta, jeho zázemí a situace, ve které se nachází. Pozorování je typické především pro psychodynamicky a humanitně orientované terapeutů, kteří nepoužívají žádných standardizovaných testů, spíše

kvalitativně popisují, co vidí. Tuto metodu získávání informací řadíme pod tzv. nestrukturalizovanou diagnostiku.

Ruona, (2005) uvádí, že podstatnou součástí přípravné fáze muzikoterapeutického procesu je již zmíněné navázání terapeutického vztahu s klientem. *Comstock, Nancy, (2023)* definují terapeutický vztah jako dočasný, na důvěře a naslouchání založený. *Ruona, (2005)* ještě dodává, že důležitým faktorem terapeutického vztahu je přijetí klienta ze strany terapeuta, který tak vytváří bezpečné prostředí pro prožívání emocí a vyjadřování myšlenek. V případě muzikoterapie terapeut vytváří bezpečné prostředí pro hudební expresi a s tím spojené emoce. Pro některé klienty není snadné navázat verbální vztah s terapeutem, proto je důležité, aby byl terapeut skrze vlastní empatii, porozumění a přijetí klienta schopen vytvořit prostředí, ve kterém se setká s klientem v hudební rovině a vztah bude navázán a posilován skrze hudební expresi. Muzikoterapie umožňuje terapeutům navázat s klienty autentický terapeutický vztah skrze společné hraní a naslouchání hudbě, kterou utvářejí. Tento muzikoterapeutický proces umožňuje klientům lépe porozumět jejich emocím a tomu, jak interagují s ostatními. Zkušenosti a emoční prožitky získané v muzikoterapeutickém procesu pak mohou nabýt ještě větší smysluplnosti prostřednictvím následných reflexí a diskuzí, tvrdí *Odell-Miller, (2016)*.

Drlíčková, Kantor, Smrčková, (2022) uvádějí, že se fáze přípravná mění ve fázi realizační v tom momentě, kdy terapeut začne realizovat s klientem předem smluvený, terapeutickým kontraktem stvrzený terapeutický plán obsahující postupy a terapeutické cíle, kterých by klient rád dosáhl. Tento přechod z fáze přípravné do fáze realizační však nemusí být vzhledem k podstatě zvolených postupů zcela zřejmý, jelikož již v přípravné fázi terapeut určitým způsobem intervenuje a používá různých hudebně-expressivních postupů právě například k navázání vztahu. Muzikoterapeutická intervence může obsahovat různé metody a techniky, odpovídajícím jak potřebám klienta, tak zkušenostem a teoretickému backgroundu muzikoterapeuta. V následující kapitole budou popsány vybrané metody, které jsou hojně užívané v péči široké spektrum klientů, především pak klientů s psychiatrickým onemocněním.

Poslední fází muzikoterapeutického procesu je fáze evaluační. Jedná se o fázi charakteristickou vyhodnocováním terapeutické zkušenosti a výsledků z ní plynoucích. K této fázi v užším slova smyslu dochází prakticky po každém muzikoterapeutickém sezení v podobě reflexe. V širším slova smyslu pak tato fáze představuje zhodnocení a ukončení terapie, předání klienta do péče jiného odborníka, případně pokračování v terapii a možné predefinování terapeutických cílů (*Drlíčková, Kantor, Smrčková, 2022*).

1.5 Vybrané muzikoterapeutické techniky

S vývojem muzikoterapie, jako specializovaného vědního oboru a s její čím dál častější aplikací v péči o osoby s různorodými onemocněními – od onemocnění fyzických, po onemocnění psychická, vzniklo velmi široké spektrum metod a technik využívaných v průběhu muzikoterapeutického procesu, reagujících na konkrétní potřeby konkrétních osob. Muzikoterapeutické metody můžeme dle jejich charakteru dělit na aktivní, tedy takové na jejichž průběhu se klient aktivně podílí. Řadíme sem například hudební tvorbu, hudební improvizaci a další. Dále pak na receptivní, které umožňují ponechat klienta v klidu – do této kategorie bývá tradičně řazen například poslech hudby. *Zeleiová, (2007)* V následujících kapitolách bude čtenáři představen přehled základních, a přesto významných muzikoterapeutických metod, které jsou využívány především při práci s osobami s psychiatrickým onemocněním.

1.5.1 Hudební improvizace

V *slovníku cizích slov, (2015)* nacházíme definici determinující hudební improvizaci, „jako tvůrčí projev bez předchozí přípravy“. Naproti tomu *Bruscia, (2009)* uvádí, že improvizace může být i připravená nebo částečně připravená. Hudební improvizaci, jakožto muzikoterapeutickou metodu můžeme dále definovat jako „tvůrčí projev bez předchozí přípravy, jehož podstata nespočívá v konečném produktu nýbrž v samotném tvůrčím procesu“, komentuje autor.

V rámci hudební improvizace využívané v péči o psychické zdraví se můžeme setkat s některými přístupy, které budou nyní v krátkosti popsány, nežli zaměříme pozornost na specifika hudební improvizace u osob s depresivní poruchou. *Dohnalová, (2021)* uvádí program „*free Improvisation Therapy*“, který se stal předlohou a zdrojem inspirace i dalším muzikoterapeutickým osobnostem, jako byl například T. Wigram. Autorkou zmíněného programu je mezinárodně uznávaná cellistka a jedna z průkopnic muzikoterapeutické improvizace Juliette Alvin, která svůj přístup založila jak na obdivu k hudbě 20. století, která dle jejího mínění rozbíjí zaběhlé hudební stereotypy a vyznačuje se svobodným přístupem k hudební tvorbě, tak na Freudovské psychoanalýze. Podstatou celé metody je volná, tedy žádnými pravidly neregulovaná improvizace dávající dostatek prostoru klientovi pro jeho osobité sebevyjádření a vztah klienta k hudebnímu nástroji, pomocí kterého „promlouvá ke světu“. Podstatným prvkem celého procesu je nejen klientův vztah k nástroji, ale taktéž terapeutický vztah, tedy vztah mezi klientem a terapeutem, který je posilňován a vyjadřován

skrže hudbu. Dalším modelem vycházejícím z psychoanalýzy, jenž využívá symbolického potenciálu hudby je model *Analytical Oriented Music Therapy*, dánského autora M. Priestlyho.

Kantor, Lipský, Weber a kol., (2009) tvrdí, že je důležité rozlišovat mezi hudební improvizací skupinovou a individuální, jelikož každá z nich sleduje rozdílné cíle. Individuální sleduje především osobnostní charakteristiky klienta oproti skupinové, která cílí především na vztahy, postavení jednotlivce a dynamiku ve skupině. Podle *K. Bruscii, (1989)* je improvizace formou neverbální komunikace, tvořící pomyslný most spojující klienta se skupinou i se sebou samým. Skrže zážitky plynoucí z hudební improvizace lze naplnit mnoho cílů, jako jsou možnost sebevyjádření, seberealizace nebo formování identity.

Jackson, (2013) uvádí, že hudební improvizace v případě osob trpících depresivní poruchou slouží k tzv. „mobilizaci“, která následně může vést k naplnění cílů, které uvádí Bruscia. Hudební mobilizace afektu, tedy „mobilizace prožívání/emocí“ zahrnuje použití spontánně vytvořené hudby ke stimulaci emočního vyjádření. Lidé s akutní klinickou depresí se často ocitají „uvěznění“ ve stavu nálady, který zdánlivě není možné uvolnit. Tato „ustrnutí“ jsou sama o sobě indikátorem nemoci, protože zdravý stav je stav homeodynamismu, tvrdí *Rider, (2005) in Eyre, (2013)* nebo také stav, který je charakteristický stálou proměnou chování a prožívání v interakci na požadavky života a zkušenosti z něj pramenících. Mobilizace afektu je nezbytná, má-li být dosaženo návratu dynamičtějšího afektivního stavu, který je opakem depresivního emočního ustrnutí, a právě improvizace může být účinným způsobem, jak toho dosáhnout. *Jackson, (2013)* dále uvádí, že mobilizační improvizace je hudební zážitek na augmentativní úrovni, který se zaměřuje na zvýšení dynamiky afektu prostřednictvím zapojení klienta do stále dynamičtějšího a expresivnějšího muzicírování.

Specifické cíle improvizace mohou zahrnovat změny v různých oblastech hudebních modalit, jako je například zvýšení rozsahu hraní, zvýšení rytmické složitosti hraní, zvýšení tvorby melodických linek a tak dále. Okamžité cíle by měly reagovat na aktuální a zjevné potřeby zjištěné skrže klientovu prvotní improvizované muzicírování. Primárním účelem tohoto typu zážitku není zkoumat hlubší problémy, které klient přináší nýbrž zvýšit dynamickou povahu tvorby hudby, a tím dosáhnout změn v afektu, bývá bezpečnější a pohodlnější pro ty klienty, kteří mají kognitivní potíže, psychomotorickou retardaci, pro ty, kteří teprve začínají s léčbou v muzikoterapii anebo pro ty, kteří se mohou vzpamatovávat z krize nebo jim je nepříjemné náročnější muzicírování.

Hadley, (2004) podotýká, že existuje široké spektrum různých improvizčních technik, které zakládají na interakci klienta s terapeutem. Mezi tyto techniky řadíme zrcadlení, kdy se terapeut snaží přiblížit klientovi skrze napodobování jeho hudebních projevů, dále reflecting, kdy muzikoterapeut do své hudební improvizace vkládá klientovi pocity a náladu, prostřednictvím nápodoby rytmu, tempa, intenzity, výraz obličejů a další nebo terapeut může hudebně doprovázet klienta, čímž vytváří prostředí hodné improvizace. Ať už je tomu tak či onak, je podle *Nancy Jacksnové, (2013)* velmi důležité, aby terapeut neustále vyhodnocoval klientovu improvizaci, mohl ji tak podpořit/povzbudit a zvýšit tak systematicky expresivní kvality hudby. Všechny aspekty klientovy improvizace poskytují příležitost ke změně a je nutné si těchto aspektů aktivně všimnout. Mezi zmíněné aspekty můžeme řadit výběr nástroje, tempo, rytmus, artikulaci, zabarvení, tónový rozsah, melodii a další. Jakákoli změna zaznamenaná v expresi klientovy hry by měla být okamžitě podporována, a to nejen hudebně, ale taktéž na fyzické úrovni, jelikož by měl terapeut pružně reagovat i na tělesnou expresi klienta, kterou může přímo podporovat očním kontaktem a vlastním afektem. Zahájí-li klient výraznou hudební změnu, aniž by napodoboval terapeuta, můžeme tento krok považovat za jasný důkaz, že afektivní mobilizace probíhá úspěšně. Tato změna obvykle bývá doprovázena obličejovou nebo fyzickou změnou.

1.5.2 Hudební interpretace

Jistým opakem volné hudební improvizace je hudební interpretace, která se neobejde bez předem stanoveného plánu. Postup, při kterém klient nebo skupina klientů interpretuje zvolený hudební celek za účasti muzikoterapeuta, s využitím rozmanitých hudebních nástrojů, hry na tělo či hlasu za přítomnosti nebo nepřítomnosti publika. *Kantor, Lipský, Weber a kol., (2019)* dodávají, že prostřednictvím aktivit a her začleněných do interpretace je klient stavěn do specifických situací a rolí.

Nešpořiková, (2016) uvádí, že hudební interpretace se jeví být obzvláště vhodnou pro klienty, kteří pro rozvoj specifických sociálních dovedností jako jsou chování v určitých sociálních rolích, přizpůsobování se myšlenkám a pocitům druhých současné zachování vlastní identity potřebují strukturu. V rámci hudební interpretace dochází k posilování disciplíny a sebekontroly, jelikož je nutné, aby klient respektoval skupinová pravidla stanovená muzikoterapeutem. Hudební interpretace obecně napomáhá rozvoji adaptivního chování, schopnosti identifikace, paměti a schopnosti sdílet pocity a myšlenky.

Podle *Kantora, (2009)* rozlišujeme interpretaci A) vokální, B) instrumentální a C) hudební produkci.

- A) Jak sám název napovídá, jedná se nejčastěji o interpretaci písně či melodie za využití hlasu. Důležité je, aby interpretovaná píseň odpovídala potřebám klientů a přinášela jim emocionální zážitek. Zpěv písní může přispět krom rozvoje sociálních dovedností u osob sociálně úzkostných také v oblasti řečových funkcí, jelikož formou aktivního nácviku artikulace u některých vážných psychických onemocnění či zranění neurologické povahy, správného dechu vycházejícího z bránice.
- B) V tomto případě se jedná o interpretaci hudebního celku za využití hudebního nástroje. Možné je hrát originální skladby i překomponované, podle not i z paměti. Tato disciplína opět výrazně posiluje sebekázeň, schopnost naslouchat druhým, zároveň efektivně rozvíjí zrakovou i sluchovou percepci.
- C) Hudební produkce je takovou činností na jejímž nácviku a realizaci se podílí klient či skupina klientů společně s terapeutem. Výsledným produktem je hudební vystoupení před publikem, kterým může být personál zařízení, terapeutická skupina v případě individuálního vystoupení nebo veřejnost. Hlavním smyslem hudebního vystoupení je podpora a rozvoj sebevědomí klientů a nácvik sociálních dovedností.

1.5.3 Poslech hudby

Nešporíková, (2016) tvrdí, že poslech hudby je základem všech receptivních metod využívaných v muzikoterapii. Jejím cílem je, aby klient hudbě při terapeutickém poslechu různě cíleném na tělesné, emocionální, intelektuální, estetické nebo spirituální aspekty prožívání naslouchal. Tomu přispívá pečlivý výběr hudby odpovídající preferencím klientů. Skrze naslouchání hudbě dochází ke snazšímu navázání komunikace a celkové interakce mezi klientem a terapeutem, v případě skupinové terapie mezi klienty a terapeutem. Mezi cíle této metody můžeme řadit široké spektrum účinků, avšak v případě osob trpících depresivní poruchou bývá cíleno především na snížení úzkostných, depresivních a somatických symptomů spojených s onemocněním. Za podstatné považujeme schopnost hudby znovuspojit osobu s depresivní poruchou s jejím tělem a tělesným prožíváním, jelikož právě u těchto osob a dalších psychiatricky nemocných (převážně afektivní poruchy a poruchy psychotického okruhu) dochází k výraznému „odpojení se“ od vlastního těla a vjemů, které přináší. S postupnou relaxací dochází také k uvolnění svalového napětí a rozpomínání si na různé vzpomínky. *Hsu, Lai, (2004)* ve své studii uvádějí, že každodenní poslech hudby v délce trvání

třiceti minut po dobu dvou týdnů signifikantně snižuje depresivní skóry klientů trpících depresivní poruchou. To dokládají taktéž data kvalitativní studie *Laiové* z roku 1999, která shodně s předchozími autory uvádí, že po poslechu třicetiminutové sbírky skladeb odpovídaly respondentky trpící depresivní poruchou na otázky výzkumníků tak, že cítí „zklidnění a zlepšení nálady“.

Celkový přínos potvrzuje taktéž meta-analýza z roku 2015 autorů *Steenhuis, Nauta, Bocking a kol.*, kteří uvádějí signifikantní snížení depresivních symptomů při využití neverbálních terapeutických přístupů, především pak muzikoterapeutických metod, zahrnujících i poslech hudby.

Ačkoliv účinkům poslechu hudby bývá na základě dat získaných řadou studií oprávněně přičítán pozitivní efekt na snižování depresivních, úzkostných a přidružených symptomů, tak je nepochybně důležité zmínit tvrzení *Sakky*, (2018), která naopak zdůrazňuje, že poslech hudby může na pacienty s depresivní poruchou působit ambivalentně, tedy může přispívat uvolnění a relaxaci, ale taktéž může posílit depresivní a úzkostné symptomy, vzhledem ke schopnosti hudby navazovat se na epizodickou paměť a vyvolávat emočně zkreslené vzpomínky klientů.

Dále mezi cíle terapeutického poslechu hudby můžeme řadit rozvoj sluchové percepce, schopnosti naslouchat a sebekontroly, podporu kognitivních funkcí, uvádí *Stejskalová*, (2012).

Nyní představíme možné využití a aplikace terapeutického hudebního poslechu, a to v kontextu hudební relaxace, techniky volných asociací a řízeného imaginálního poslechu.

V průběhu hudební relaxace bývá zdrojem hudby buďto sám terapeut, který improvizuje za konkrétním účelem, kterým může být jak samotná relaxace klienta, tak reflexe stávajících či potlačovaných klientových témat. Další možností je hudba reprodukováná, jejíž výběr by měl odpovídat potřebám klientů a stanoveným terapeutickým cílům. *Kratochvíl*, (2012) tvrdí, že relaxační metody příznivě ovlivňují funkci vegetativní nervové soustavy, a tedy působí i na uvolnění svalstva, skrze snižování psychické tenze. *Jackson*, (2013) tvrdí, že hudební relaxace může být účinným zážitkem, který pomáhá lidem s depresí snížit úzkost a napětí a znovu se spojit s jejich tělem. Konečným cílem hudební relaxace je uvolnění fyzického napětí, jak zmiňuje předešlý autor a zvýšení pocitu pohody.

Nováková, (2014) podotýká, že při výběru hudby by měla být volena hudba instrumentální, tedy beze slov. Tohle tvrzení má prostý důvod vycházející z podstaty fungování lidského mozku, který pro dekodování a následné zpracování významu slov používá především centra v levé hemisféře vyznačující se svými kritickými, posuzovacími a hodnotícími reakcemi, čímž jsou do jisté míry potlačeny funkce pravoemisférové, tedy funkce zaměřené primárně na vnímání a emoční prožívání melodie, harmonie a barvy zvuku.

Zajímavými jsou data, která přinesla *Venkatarangamova studie z roku 2021*, která se zabývala využitím a účinky indické klasické hudby v relaxaci u osob s vyskytujícími se psychickými onemocněními. Pro účely muzikoterapie byly v této studii použity primárně raagy. Raaga znamená v doslovném překladu ze sanskrtu „*to, co zbarvuje mysl*“, což vystihuje podstatu a smysl tohoto hudebního systému. Jedná se o „*jasně definovanou sadu tónů v konkrétní posloupnosti, která obsahuje specifické postupové i tonální restriktce a pravidla, jejichž dodržování navozuje specifickou náladu posluchače*“, uvádí webový portál *indianclassicalmusic*. Každá raaga je schopna v závislosti na podání vyvolávat velmi široké spektrum emocí. Data získaná studií poukazují na to, že raagy by mohly být prospěšné v muzikoterapii napříč kulturami, pokud by se používaly v kontextu receptivních relaxačních a vizualizačních aktivit. Dále je možné ze zjištěných dat vyčíst, že hudební zkušenost participantů zvyšuje pocity bezpečí a podpory. Participantů považovali působící hudební prvky za bezpečný prostor pro zpracování emocí vytvářející. *Halpern, (2005)* potvrzuje obecnou platnost výše uvedených dat, když uvádí, že hudba využívána k relaxaci nabízí emocionální zázemí a navozuje pocit bezpečí, čímž potencuje změnu nálady k lepšímu a uvolnění napětí, což je velmi cenným prekurzorem v případě depresivních poruch.

Nyní budeme věnovat pozornost technice volných asociací.

Na samotný úvod je nutné vymezit termín „volné asociování“. Tímto termínem je míněn proces vyvinutý zakladatelem psychoanalýzy S. Freudem, v jehož průběhu klient v uvolněném stavu sděluje terapeutovi zpola vědomé nápady, obrazy, postřehy a fantazie, jak uvádí *Dieckemann, (1979)*. Stejný autor dále pokračuje tím, že tento proces může být a zpravidla se po určitém časovém úseku také stává nepříjemným pro klienta, jelikož ten se dostává do přímého kontaktu s obsahy, kterým by se rád vyhnul, natož je sdílel. Proces volného asociování může taktéž komplikovat a narušovat vědomí klienta, které má tendenci se manifestovat v podobě různých hodnotících myšlenek a obranných mechanismů, přičemž mezi nejčastější patří autocenzura.

Způsobem, jak přivést klienta do dostatečně hlubokého relaxačního stavu, který umožní vstoupit do procesu volného asociování a využití jeho plného potenciálu je právě terapeutický poslech hudby. Účelem muzikoterapeuta, který hudebně improvizuje na volné či konkrétní téma (odvíjí se dle potřeby a cíle terapie) je tedy vytvořit dostatečně bezpečné a podnětné prostředí, které klientovi umožní asociovat své myšlenky, vzpomínky, obrazy a další obsahy převážně nevědomého původu.

Tato technika lze efektivně spojit, se kterýmikoliv dalšími expresivně-terapeutickými přístupy, které klientovi umožní získané obsahy efektivně zpracovat a zintegrovat. Hudba v tomto případě napomáhá ke snížení napětí v průběhu terapeutické činnosti, navozuje atmosféru a podporuje koncentraci, čímž odvádí pozornost od rušivých kognitivních materiálů (Šimanovský, 2014).

Řízený imaginační poslech

Má-li být řeč o řízeném imaginačním poslechu, pak je jednoznačně na místě zmínit metodu BMGIM (*Imagination and Music*). Autorkou tohoto modelu, je Helen L. Bonny. Ta jej definuje jako „metodu, která zahrnuje naslouchání hudbě v uvolněném stavu s cílem povzbudit představivost, vnímání symbolů a pocitů, což má podpořit kreativitu, usnadnit terapeutické zásahy, zvýšit porozumění vlastní osobě a zprostředkovat náboženské (duchovní) prožitky“. BM GIM je vhodnou intervencí pro pacienty s depresí.

Bruscia, (2002) specifikoval charakteristiky BM GIM. Tyto charakteristiky zahrnují: (1) individuální formu (2) zkoumající vědomí a spiritualitu, (3) vyvolávající představy, (4) ve změněném stavu vědomí, (5) k výběru vhodných hudebních programů, (6) interakci s průvodcem, (7) tvoří nedirektivní, neanalytické intervence založené na hudbě a (8) v rámci orientace zaměřené na klienta. I přesto, že Bruscia, (2002) pravdivě tvrdí, že je typickým formátem BMGIM individuální forma poskytování, tak Jackson, (2013) dodává, že v případě některých zařízení, kde se můžeme setkat s malou, homogenní skupinou klientů, může být BMGIM aplikováno terapeutem i skupinově. Dále se může stát, že pro klienty trpící depresivní poruchou či přidruženými úzkostmi, bude kompletní sezení BMGIM v celé jeho délce trvání, která může přesahovat 1,5 hodiny, přespříliš zahlcující a vyžadující přemíru energie, neodpovídající zdrojům klienta, terapeut by tedy měl být schopen reagovat na tyto potřeby klientů a BMGIM efektivně modifikovat. Nejdůležitější vlastností je integrace komponent v GIM session: předběžná konverzace, navození relaxace, řízené hudebně-obrazové zážitky, návrat do reality, pochopení symboliky v obrazech a postludická neboli „pohudební“ diskuse.

Jackson, (2013) v souvislosti s Brusciou uvádí, že v průběhu toho, co klient naslouchá hudbě a imaginuje, tak terapeut pozorně naslouchá imaginacím, pocitům a vnitřním zkušenostem, které klient popisuje a které by mohly naznačovat, že klient řeší vnitřní konflikt nebo emocionálně nabitě téma. Pozornost, kterou terapeut věnuje klientovi, jeho emoční i fyzické expresi a popisu subjektivních prožitků je podstatnou součástí „pohudební“ diskuze, a tvoří tak součást terapeutovi schopnosti být svědkem klientovy zkušenosti a chápat ji. Terapeut by měl být taktéž vnímavý vůči použité hudbě a jejím účinkům na klienta, aby se ujistil, do jaké míry je hudba účinná při provázení klienta procesem imaginace. V závislosti na podstatě, kterou klientova imaginace nabývá, může být v odůvodněných případech nutné, aby terapeut změnil přehrávanou hudbu v průběhu toho, co klient imaginuje a co nejlépe tak podpořil proces, kterým klient prochází. *Abrams, (2009) in Hsu, Lin, Chang, et al., (2010)* popsal BM GIM jako nástroj transpersonálních změn, které byly dosahovány mimo jiné i díky zkušenostem „odsouvání bariér“, získávání vhledu a posunu vpřed, jak uvedli samotní participanti výzkumu. Účastníci zažili transpersonální i psychodynamické změny, což odpovídá tvrzení *Grocke, (1999) in Hsu, Lin, Chang, et al., (2010)*, která považuje za zlomové a výsledky terapie určující právě emocionální a ztělesněné zážitky pacientů.

V souladu s Jungovskou psychodynamickou psychologií může hudba jako médium ve srovnání s jazykem snadno prolomit obranný mechanismus pacientů s depresivní poruchou, napomáhá k prozkoumání podvědomí, uvádí konflikty a emoce obsažené v podvědomí na úroveň vědomí a pomáhá vybudovat most mezi pacienty a terapeuty. To znamená, že obraz, který si pacienti s depresivní poruchou představují, je projekcí, která může pravdivě odrážet jejich vnitřní svět. Když se s dopomocí terapeuta zpracuje potlačený emoční konflikt a je následně integrován na úrovni vědomí, může pomoci pacientům s depresivní poruchou řešit své problémy.

Song, (2021) ve své studii zaměřené na efekt vedené hudební imaginace u osob trpících depresivní psychózou (jeden ze subtypů depresivní poruchy) potvrzuje, že vedená hudební imaginace sehrává významnou roli při léčbě depresivní poruchy a významně snižuje depresivní a úzkostné skóre pacientů trpících depresivní psychózou. Na základě zjištěných dat můžeme dále tvrdit, že hudba může zmírnit psychotické, depresivní a úzkostné stavy pacientů, zvýšit jejich povědomí o účinnosti léčby, zmírnit jejich napětí a zlepšit jejich schopnost reagovat na mimořádné události. Hudba taktéž přispívá ke zlepšení sociálních funkcí a kvality života pacientů.

2 Depresivní porucha

Depresivní porucha – v obecném povědomí známa spíše, jako „deprese“ patří k nejčastěji se ve společnosti vyskytujícím psychickým poruchám (celkem 25% populace prožilo alespoň jednu epizodu deprese) s vysokou mírou závažnosti a stejně tak vysokým negativním dopadem na kvalitu života osob, které jsou jí stíženy a nejsou včasně léčeny. S přihlédnutím k diagnostickým manuálům bychom mohli tvrdit, že depresivní porucha je termínem zastřešujícím široké spektrum forem a projevů tohoto onemocnění. Deprese postihuje především schopnost fungovat v sociálních rolích, což je nutnou podmínkou úspěšné interakce s okolím. *Změna*, (2008) tvrdí, že můžeme pozorovat zhoršení kompetencí nemocného člověka v oblasti pracovní, sociální a často není výjimkou ani oblast rodinná. V následujících kapitolách bude kladen důraz na detailní, a především pak komplexní charakteristiku tohoto duševního onemocnění a přidružených fenoménů.

2.1 Determinace termínu depresivní porucha

Na samotný úvod kapitoly je zapotřebí vysvětlit čím depresivní porucha není. V žádném případě se nejedná o špatnou náladou a už vůbec se nejedná o nedostatek pevné vůle, sebekázně nebo lenivost, jak se laická společnost může domnívat a taktéž není projevem oslabeného intelektu, uvádí *Praško a kol.* (2003). Ten dále pokračuje tím, že opakovaný nátlak například ze strany rodiny na osobu trpící depresivní poruchou je vyloženě škodlivý, jelikož pouze posiluje její autoakuační myšlenky. Depresivní porucha je tzv. poruchou nálady, tedy poruchou afektivní. *Praško a kol.* (2012) tvrdí, že nálada představuje rámec pro naši mysl i jednání. Trvale špatná nálada v délce trvání týdnů až měsíců se pak stává indikátorem možné depresivní poruchy. Depresivní porucha postihuje cca 350 milionů lidí všech věkových kategorií na celém světě a je charakteristická přetrvávající nízkou náladou, smutkem, ztrátou zájmu a potěšení, pocit viny a nízkým sebevědomím, což může vést k narušenému spánku, změnám v chuti k jídlu, únavě a nepozornosti uvádí *American Psychiatric Association*, (2013). *Mathers et al.*, (2008) uvádí, že deprese je významným problémem duševního zdraví u rychle rostoucí, stárnoucí populace na celém světě. Je spojena se značným postižením v mnoha oblastech života a je spojena se zvýšenou mírou sebevražednosti. *Praško a kol.* (2003) dále pokračuje, že se v případě deprese jedná o onemocnění stejné, jako kterékoliv jiné, jenž reaguje na vnější okolnosti a vnitřní predispozice konkrétního jedince. Deprese je u většiny lidí léčitelným onemocněním, není-li však léčena, zhoršuje celkový zdravotní stav jedince. Například dochází k výraznému poklesu imunity, tedy obranyschopnosti postiženého člověka.

Kryl, (nedatováno) definuje depresi jako stav trvale patologicky skleslé nálady. Nejpodstatnější rozdíl mezi depresí a obecně známou „špatnou náladou“ či zármutkem, který zpravidla následuje po nějaké náročné nebo tragické události shledává především v nepřiměřené délce trvání a intenzitě pocitů smutku, zbytečnosti a marnosti, které mohou zasaženého člověka dohnat až k pokusům o sebevraždu. Častěji se setkáváme s depresivní poruchou u žen nežli u mužů, a to celkem dvakrát častěji, uvádějí *Hosák a kol., (2015)*.

Smolík, (2002) uvádí, že pro diagnózu depresivní poruchy stačí jediná zřetelně vyjádřená, časově ohraničená depresivní epizoda trvající nejméně dva týdny, projevující se svou specifickou intenzitou. Podle intenzity symptomů, kterými se projevuje můžeme depresi dělit na lehkou, střední a těžkou, přičemž právě těžkou formu tohoto onemocnění můžeme dále klasifikovat dle možné přítomnosti psychotických symptomů. Depresivní porucha může být se somatickým syndromem nebo bez somatického syndromu.

2.2 Klinické příznaky

U osob trpících depresivní poruchou se můžeme běžně setkat se širokým spektrem klinických příznaků. Mezi nejvýznamnější řadíme dle *Hosáka a kol., (2015)* celkové zpomalení psychomotoriky s čímž souvisí omezenost spontánních projevů nebo naopak můžeme pozorovat značný neklid až agitovanost. Nemocný člověk může být nápadný svým neupraveným až zanedbaným vzhledem a značnou vyhýbavostí se očním kontaktu.

Depresivní epizody dělíme dle intenzity na lehkou, střední a těžkou, jak již bylo uvedeno na předchozí straně. Těžká forma není typická pouze možnou přítomností somatického syndromu nýbrž můžeme taktéž pozorovat vážně narušené myšlení a vnímání nemocného. Toto závažné narušení může nabývat podstaty depresivních bludů a halucinací a dostávat se tak na úroveň psychotických poruch se sníženou schopností porozumět reálnému světu, uvádí dále *Hosák a kol., (2015)*.

Typickými klinickými příznaky pro všechny depresivní poruchy jsou dle *Hosáka a kol., (2015)* tyto:

- **Narušení nálady a afektivní reaktivity** – Smutek, který je podstatně hlubší a déle trvající nežli průměrný smutek, čímž výrazně brání aktivitě postiženého. Tento smutek může se vyvíjet od pouhé sklíčenosti až po zoufalství. Dalšími projevy jsou snížení motivace, ztráta schopnosti prožívat radost, ze kterékoliv dříve oblíbené činnosti. Lidé trpící depresí si uvědomují svou ztrátu prožívat radost, proto může i dobře míněný

pokus o zvednutí nálady vyvolat ještě negativnější emocionální odezvu. Člověk trpící depresivní poruchou velmi často prožívá pocity prázdnoty, beznaděje a ztráty, a to reálné (ztráta zaměstnání, partnera) či symbolické. Prožitky úzkostí, napětí a podrážděnosti se úzce pojí s výše uvedeným a patří tak k dalším klinickým projevům depresivních osob. *Praško a kol. (2012)* definuje úzkost jako stav trvalého očekávání nebezpečí nebo jako strach, který se nevztahuje ke konkrétnímu objektu. Tyto pocity nemocné vyčerpávají a frustrují, můžeme se tak setkat i s podrážděností.

Prožívání nemocného člověka je v mnoha případech spojeno s denní dobou, přičemž nejintenzivněji bývají zmíněné pocity prožívány v ranních a večerních hodinách.

- **Poruchy myšlení a intelektové výkonnosti** – Převážně se vyskytující snížené sebevědomí a sebehodnocení, dále pak neodůvodněné výčitky a pocity viny, vztek na sebe samého spojený s poklesem vlastní výkonnosti a neschopnosti cokoliv změnit. *Praško a kol. (2012)* uvádí, že se tak nemocný člověk stává nepřitelem sobě samému. Typickým příznakem v oblasti kognitivních schopností je snížená schopnost až neschopnost soustředit se, narušení paměti a jejích funkcí a vyskytující se myšlenky týkající se sebevraždy. Taktéž se setkáváme s neschopností rozhodovat se. Osoby trpící depresivní poruchou nejsou schopny zvolit pořadí kroků, kterými by mohli tu, kterou situaci řešit, stagnují tedy na místě, což jen umocňuje pocity vlastní nedostačivosti a frustrace. Specifickou oblast poruch kognitivních funkcí osob trpících depresivní poruchou tvoří tzv. depresivní automatické myšlenky. Jedná se o samovolně se vyskytující myšlenky, které přirozeně přicházejí na mysl i osobám intaktním, bývají však okamžitě vyvažovány myšlenkami konstruktivními. Osoby trpící depresivní poruchou nemají schopnost tyto depresivní myšlenky vyvažovat, naopak se zacyklí v myšlenkách autoakuzantních. Tyto nepřetržité, na reálných faktech nezakládající myšlenky napomáhají k udržení deprese a často tak brání ve výkonu činností, které by postiženému pomohly cítit se lépe, dodává *Praško a kol. (2012)*.
- **Somatické příznaky** – Vegetativní a hormony regulující centra v mozku jsou propojeny s centry, které jsou odpovědné za prožívání nálady, což může při prudkých změnách nálady zapříčinit široké spektrum somatických potíží. K somatickým příznakům řadíme časté poruchy spánku, především pak insomnii s časným ranním probouzením, vzácně můžeme pozorovat hypersomnii. Dále pak výrazný pokles nebo vzácněji vzestup chuti k jídlu, ztráta libida, zažívací potíže, potíže kardiovaskulárního charakteru. (*Hosák, Libiger a kol., 2015*)

- **Depresivní chování** – U depresivních lidí je možné se setkat s rezignovaností, sníženou aktivitou a se ztrátou iniciativy, a to vše v důsledku onemocnění, které vystavuje nemocné ohrožení. Depresivní chování zahrnuje široké spektrum projevů od častého pláče vyprovokovaného i těmi nejmenšími podněty až po odkládání a vyhýbání se činností, nervozitou, netrpělivostí, vztekem, stěžováním si na příznaky až po sebevražedné pokusy. *Praško a kol. (2012)* tvrdí, že je zapotřebí si uvědomit, že deprese s sebou přináší vysokou míru únavy, která způsobuje postupné vyčerpání, což mimo jiné úzce souvisí se zmíněným poklesem činnosti. K typickými projevy depresivního chování patří snaha vyhledat pomoc a ujištění, a to nejčastěji u lékařů různých medicínských oborů nebo blízkých přátel a členů rodiny. Problém však nastává ve chvíli, kdy ujišťování začne pozbývat na významu, jelikož depresivní myšlení opětovně nachází jiný terč svého zájmu.

Kryl, (nedatováno) uvádí, že celoživotní prevalence deprese se pohybuje okolo 17 % a její incidence okolo 11 %. Jak již bylo zmíněno výše, ženy trpí depresemi až dvakrát častěji nežli muži. Nejčastěji propuká první depresivní epizoda v rozmezí 25–44 let. Tyto údaje jen zdůrazňují, o jak závažné onemocnění s celkovým dopadem na život postiženého se jedná.

2.3 Specifické formy depresivní poruchy

Depresivní porucha je širokým pojmem, který zahrnuje řadu příznaků a projevů. Taktéž se můžeme setkat s různými podobami tohoto psychického onemocnění. Dle *mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize* (dále MKN-10) můžeme určit několik základních kategorií tohoto psychického onemocnění, které jsou vymezeny v oddílech F30 – F39 – afektivní poruchy, které představují nejčetnější zastoupení. Jedná se o depresivní fázi – F32, periodickou (rekurentní) depresivní poruchu – F33, trvalé poruchy nálady – F34, jiné – F38 a nespecifikované – F39. Další kategorizace neodpovídají uspořádání do konkrétních skupin, jako je tomu v případě MKN-10 či DSM-V, autoři se však celkově shodují na klasifikaci možných variací a subtypů depresivní poruchy, proto bude na následujících řádcích představena klasifikace depresivních poruch, tak jak ji popisují autoři *Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., (2015)* ve shodě s *Praškem a kol. (2003)*.

- **Psychotická deprese**

Podle *Bareše, Kopečka, (2016)* se jedná o poměrně častý typ deprese a současně o jeden z nejzávažnějších. Psychotická deprese je typická nejen přítomností trvalé skleslosti

a smutku, ale také psychotických příznaků, jako jsou bludy, jako například přesvědčení o hrozící katastrofě a halucinace, které jsou kongruentní spolu se samotnou poruchou nálady, čímž se významně liší od schizofrenie. Mezi nejčastější podoby halucinací patří podle *Laňkové, Raboča, (2013)* například čichové halucinace, jako jsou pach shnilého masa, sluchové halucinace vzbuzující v nemocném pocitu vlastního provinění, jsou vůči němu i okolí hanlivé a urážející.

- ***Deprese se somatickým syndromem***

Ztráta potěšení a trvalá skleslost je doprovázena poruchami spánku, časným ranním probouzením a somatickými syndromy v podobě ztráty chutě k jídlu, ztráty libida, úbytku tělesné hmotnosti.

- ***Larvovaná neboli maskovaná deprese***

Jedná se o atypický druh deprese projevující se „zamaskováním se“ do různých somatických příznaků, nejčastěji v podobě bolesti na různých místech těla. Typickou bývá bolest na hrudi, pocity těžkosti v končetinách, trávicí a zažívací potíže. Tyto somatické problémy pouze překrývají pravou, tedy psychickou podstatu onemocnění. Obvykle je prokázáno, že se jedná o depresivní poruchu, až v momentě, kdy není prokázána jakákoliv fyziologická anomálie a potíže ustoupí až po nasazení patřičné medikace, tedy antidepresiv.

- ***Sezónní afektivní porucha neboli atypická deprese***

Jedná se o depresi projevující se především zvýšenou chutí na sladké, což má za následek prudký nárůst hmotnosti postiženého. Jak je ze samotného názvu zřejmé, jedná se o poruchu projevující se v průběhu ročních období, převážně pak v průběhu zimy a vrací se každý rok. Dále můžeme pozorovat zvýšenou spavost.

- ***Deprese v rámci bipolární afektivní poruchy***

Samotná deprese vykazuje podobný, ne-li stejný klinický obraz, jako typická deprese.

- ***Velká deprese, dříve endogenní***

Kryl, (nedatováno) ji definuje jako nejzávažnější formu depresivní poruchy jenž se zpravidla vyskytuje jako sled za sebou jdoucích depresivních epizod. V tomto případě nazýváme tuto poruchu jako rekurentní depresivní poruchu. Může se však ojediněle vyskytovat jako náhlá akutní epizoda jedenkrát za život. Neléčená depresivní epizoda může trvat od 3 do 6 měsíců, poté odeznívá. Nabývá různé intenzity přes lehkou po těžkou.

I v tomto případě můžeme pozorovat typickou cirkadiánní rytmicitu – tedy pacientův stav nabývá intenzity ráno, kdy je považován za nejhorší a večer přichází postupné zklidnění. Velká deprese je spojena se ztrátou chuti na k jídlu, pozorovatelný váhový úbytek větší než 5 % za poslední měsíc.

- ***Dysthymie***

Jedná se o chronicky skleslou náladu v době trvání nejméně dvou let. Tato forma deprese sice není natolik intenzivní ve srovnání s předchozími typy, pro změnu však trápí pacienta svou chronickou povahou. Jedná se ve své podstatě o dlouhodobě depresivně vyladěné prožívání. Vzhledem ke své mírnější povaze je dysthymie vhodnou ku léčení psychoterapeutickými prostředky. (*Kryl, nedatováno*)

- ***Cyklothymie***

Kryl, (nedatováno) uvádí, že v případě cyklothymie se jedná o analogii bipolární afektivní poruchy projevující se velmi slabou mánií a stejně tak slabou depresí. Cyklothymie je často mylně diagnostikována jako deprese, protože jednotlivci častěji vyhledávají pomoc v průběhu depresivních epizod. Mnozí se však vyhýbají léčbě, protože ji nepovažují za nezbytnou. Nepředvídatelné změny nálady mohou narušit každodenní fungování. Mezi dostupné léčebné prostředky patří léky a psychoterapie.

2.4 Etiologie depresivních poruch

V průběhu vývoje společnosti se objevovala řada stanovisek, která si kladla za cíl objasnit původ a příčiny depresivní poruchy. V současné době je však známo, že není možné okolnosti vzniku depresivní poruchy spolehlivě objasnit, pakliže bychom se zaměřili jen a pouze na jeden z možných výkladů. Můžeme tedy s jistotou tvrdit, že etiologii depresivní poruchy představuje kombinace všech faktorů, jako jsou například genetické předpoklady, biochemické změny v mozku, životospráva a osobní minulost nemocného, ale v nemenší míře taktéž vliv okolí, ve kterém nemocný žije a je jím dennodenně obklopen. Autoři *Bleys, Luyten, Soenens, & Claes, (2018); Halldorsdottir & Binder, (2017); Zhao et al., (2018) in Boda, (2019)* shodně uvádějí, že deprese je považována za multifaktoriální onemocnění, které je výsledkem interakce genetických a environmentálních faktorů, včetně vystavení fyzickým, sociálním a psychickým stresorům během raného a dospělého života.

2.4.1 Genetické faktory ovlivňující vznik depresivních poruch

Na základě dat zjištěných četnými studiemi je v současné době více než zřejmé, že se genetické faktory podílejí na rozvoji depresivní poruchy. Důležité je však zmínit, že i přes četnost těchto studií nelze se jistotou tvrdit, která z chromosomálních oblastí se přesně na vzniku depresivní poruchy podílí. Studie provedené na jednovaječných dvojčatech dokázaly, že je až 70% pravděpodobnost toho, že trpí-li depresivní poruchou jedno z dvojčat, pak bude zřejmě tímto onemocněním do budoucna trpět i to druhé. Stejně tak hrozí zvýšené riziko výskytu onemocnění v případě, že jím trpí někdo z příbuzných, a to až o 15 %, uvádí *Praško a kol. (2012)*. Nicméně je důležité si uvědomit, že dědičná je pouze predispozice k onemocnění, nikoliv onemocnění samotné. Jedná se o důležitý faktor, jelikož zděděná predispozice není sama o sobě jistotou, že se onemocnění rozvine. K úplnému rozvinutí je nutná přítomnost ostatních faktorů.

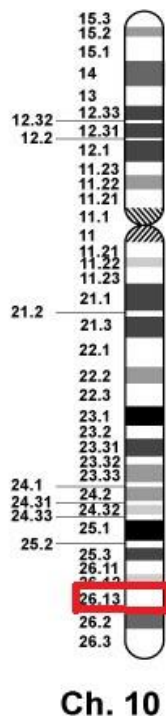
Singh, P., & Mastana, S. (2015) zabývající se genetickými predispozicemi vzniku onemocnění depresivní poruchou tvrdí, že vícenásobné studie přinesly sugestivní důkazy, které asociují depresivní poruchu s více chromozomálními oblastmi. Patří mezi ně především chromozom 10p14, chromozom 13q31-32 a oblast chromozomu 18p11 spojená nejen s depresí, ale taktéž se schizofrenií, dále pak chromozom 4p16 spojený s duševní pohodou, chromozom 6pter-p24, chromozom 12q23-24 a chromozom 18q21-23, které jsou spojeny s řadou psychiatrických onemocnění.

I přes zjištěná data však nebyl shromážděn uspokojivý dostatek důkazů asociujících kteroukoliv z těchto chromozomálních oblastí s konkrétním genem spojeným s depresí, kromě několika genů, jako je například gen receptoru G-proteinu nazývaný „Golf“ v oblasti chromozomu 18p11. Patří sem monoaminoxidáza typu A (MAOA), která se podílí na degradaci biologických aminů, jako je dopamin, noradrenalin, 5-hydroxytryptamin (5-HT). U receptorových systémů, které se pravděpodobně podílejí na vzniku afektivních poruch se jako transdukční prvek neboli protein, který zprostředkovává transmembránový přenos a zesiluje signál o navázání neuromediátoru k receptorovému vazebnému místu, uplatňuje obvykle již zmíněný G protein, dodává *Maes, (1995)*.

Zavala, Ramirez, Medina, et al., (2010) upřesňují informace týkající se role chromozomu 18q11, když uvádějí výsledky své studie zabývající se rolí zmíněného chromozomu v oblasti psychiatrických poruch. Zjištěná data jasně potvrzují informace uvedené autory na předešlých řádcích. Jejich zjištění poukazují na to, že 58,3 % subjektů s delecí chromozomu 18q mělo depresivní symptomy, 58,3 % mělo úzkostné symptomy, 25 % mělo

manické symptomy a 25 % mělo psychotické symptomy. V dalším případě mělo 50 % subjektů s tetrasomií chromozomu 18p úzkostné příznaky, 12,5 % mělo psychotické příznaky a 12,5 % mělo poruchu nálady. Všechny zmíněné chromozomální poruchy byly spojeny s vysokou mírou úzkosti. Psychotické, manické a depresivní poruchy byly pozorovány většinou u 18q-subjektů, což může být užitečné pro zúžení zkoumané oblasti a výběru kandidátního genu.

Nedávná studie autorů *Knowlesové, Kenta, McKaye, a kol., z roku 2016* naopak zdůrazňuje, že pomocí vazebné analýzy bylo identifikováno několik významných lokusů v celém genomu včetně oblasti chromozomu 10q26.13 a konkrétněji genu LHPP (enzym známý jako fosfolysin fosfohistidin anorganická pyrofosfát fosfatáza), který dle zjištěných dat sehrává významnou roli ve vzniku a rozvoji depresivní poruchy. Zmíněná data podporují také autoři *Cui, Wang, Yin, et al., (2020)*, kteří se zabývali významem a rolí genu LHPP v souvislosti s depresivní poruchou. Byly zaznamenány signifikantní vlivy genotypové interakce na morfologii mozku a funkční konektivitu. Polymorfismy genu LHPP mohou ovlivnit funkční a strukturální změny šedé hmoty mozkové a mohou hrát důležitou roli v patofyziologických mechanismech depresivní poruchy. Dále bylo zjištěno, že hladina projevu LHPP souvisí s funkcí štítné žlázy a u onemocnění štítné žlázy je široce indikováno, že souvisejí s depresí.



Příloha č. 1: Ideogram lidského chromosomu 10 s vyznačenou oblastí 26.13 ovlivňující vznik depresivní poruchy.

2.4.2 Biochemické faktory ovlivňující vznik depresivních poruch

Maes, (1995) uvádí, že změny koncentrací neuromediátorů a jejich metabolitů v mozku, mozkomíšním moku a plazmě u některých depresivních pacientů spolehlivě dokazují, že se z biochemického a elektrofyziologického hlediska podílejí na vzniku afektivních poruch, kam ředíme depresivní poruchu, změny v přenosu nervového signálu, především v oblasti synapsí. Těchto informací bylo dosaženo na základě použití nepřímých výzkumných postupů, které jsou uplatňovány v souladu s etickou podstatou celé problematiky. Mozek obsahuje až 100 miliard neuronů. Komunikace mezi neurony probíhá prostřednictvím speciálních kontaktních míst známých jako synapse, která se nacházejí na zakončeních nervových vláken. Informace přenášené mezi neurony jsou přenášeny aminy nebo aminokyselinami, které jsou známé jako neurotransmitery. Náš emoční život je výrazně ovlivněn vzájemným působením mezi různými neurotransmitery a jejich funkcí. Mezi neurotransmitery, které bývají nejčastěji uváděny ve spojitosti s depresí a úzkostí jsou serotonin, dopamin a noradrenalin. (*Wasserman, 2011*)

Proto bude na následujících řádcích představen přehled konkrétních neurotransmiterů podílejících se na vzniku depresivních poruch.

Role serotoninu

Je známo, že serotonin ovlivňuje tělesnou teplotu, regulaci spánku a bdění, sekreci hormonů a příjem potravy. Kromě regulace nálady se serotonin podílí také na vnímání vnějších podnětů a kontrole impulzů. Nerovnováha v serotoninovém systému může vyvolat depresi a panickou úzkost, stejně jako agresivní chování a obsedantně-kompulzivní symptomy, což souvisí s charakterovými rysy osobnosti. Lidé s nízkou hladinou serotoninu bývají agresivní, soutěživí, starostliví a více impulzivní, oproti těm s vyššími hladinami serotoninu. (*Wasserman, 2011*)

Role Noradrenalinu

Noradrenalin je hormonem a neurotransmiterem, který bývá obecně řazen mezi tzv. stresové hormony, spolu s kortizolem, adrenalinem a dalšími. Noradrenalinové buňky jsou vysoce aktivní v situacích, které vyžadují bdělou pozornost a připravenost k sebeobraně, částečně ovládnutí krevního oběhu a dýchání. Jeho funkcí jako neurotransmiteru je regulace úrovně úzkosti. Příliš mnoho noradrenalinu způsobuje úzkost, podrážděnost a potíže se spánkem, a naopak nedostatek tohoto neurotransmiteru způsobuje v interakci s ostatními

predispozicemi rozvoj depresivní poruchy, nedostatek energie a poruchy paměti, uvádí webový portál *Mental health America*, (2023).

Role dopaminu

Wasserman, (2011) uvádí, že dopamin je neurotransmitter, který hraje roli při iniciaci motorické a duševní aktivity a předpokládá se, že se podílí na vzniku depresivních onemocnění. Wassermanovo tvrzení týkající se podílu dopaminu na vzniku depresivní poruchy potvrzují *Robinson*, (2007), který poukazuje na to, že na základě důkazů získaných klinickými studii, můžeme tvrdit, že se u pacientů trpících depresivní poruchou nachází menší množství kyseliny homovanilové (HVA) -hlavní metabolit dopaminu – v mozkomíšním moku. Dopamin také reguluje duševní procesy, které jsou spojeny s pozorností a motivací. Osoby s nízkou hladinou dopaminu obvykle vykazují sníženou schopnost prožívat radost, na druhou stranu jsou poměrně stabilními v prožívání a v činnostech, které vykonávají, díky nízké míře impulzivity.

Role melatoninu

Melatonin je hormon, který má spojitost s depresí. Produkce melatoninu se řídí světlem a tmou. Melatoninový systém je součástí našich biologických hodin a reguluje náš cirkadiánní rytmus. U zdravých lidí je maximální hladina melatoninu pozorována mezi 2. a 4. hodinou ráno, v průběhu dne klesá a s postupem dne a přibývajícím tmou hladina melatoninu opět narůstá. U osob trpících depresivní poruchou je hladina melatoninu stabilní, čímž dochází k poruchám spánku. Po patřičné léčbě opět dochází k ustálení vzorce, tedy nejvyšší hladina v noci a nejnižší ráno a v průběhu dne.

2.4.3 Psychologické faktory ovlivňující vznik depresivních poruch

Obecně lze podle *Praška a kol.* (2012) tvrdit, že osoby s pesimistickým laděním, které vnímají převážnou část životních situací jako problémové, dále osoby s nízkým sebevědomím a osoby žijící v náročných podmínkách jsou náchylnějšími k rozvoji depresivní poruchy. Jak je však možné, že u některých osob k rozvoji depresivní poruchy nedochází i přesto, že jsou po dostatečně dlouhou dobu vystaveny náročným, stresujícím životním podmínkám? Odpovědí může být koncept self-efficacy (český překlad „sebeúčinnost“ se v odborné praxi používá minimálně, proto i zde dáme přednost anglickému termínu) kognitivně orientovaného psychologa Alberta Bandury. Tento koncept je úzce spjatý se sebepojímáním, které výrazně ovlivňuje naše postoje nejen vůči nám samým, ale taktéž vůči okolnímu světu. Bandura definuje self-efficacy jako „*přesvědčení lidí o vlastní schopnosti dosahovat určených výkonů, které mají*

vliv na události ovlivňující jejich životy“. Víra týkající se vlastní účinnosti – schopnosti mít nad sebou a okolním děním aspoň částečnou kontrolu, projevující se možností ovlivňovat události týkající se našich životů, ovlivňuje, jak se lidé cítí, jak myslí, jak se motivují a jak se chovají.

Bandura, (1994) dále uvádí, že lidé s nízkým vnímáním self-efficacy mají tendenci se vyhýbat náročným úkolům, mají nízké ambice, což souvisí s jejich nízkým sebehodnocením, které jim nedovoluje vnímat náročné úkoly jako výzvy a mít tak vyšší ambice. *Praško a kol. (2012)* doplňuje, že tito lidé se neumějí pochválit a dostatečně ocenit, proto se stávají závislími na pochvale a odměnách přicházejících z okolí, čímž přímo úměrně dochází k nárůstu jejich snaživosti. Případné neúspěchy považují za důkaz vlastní nedostačivosti a snadno se tak stávají oběťmi stresu a deprese.

Wasserman, (2011) doplňuje psychologické faktory podílející se na rozvoji depresivní poruchy o výčet osobnostních charakteristik, které přispívají k rozvoji tohoto onemocnění:

- **Lidé astenické povahy** bývají často napjatí, nejistí, stydliví a snadno vyčerpatelní. Jsou svědomití, ale náchylní ke stresu. Mívají problém v sebeprosazování se, jelikož nemají důvěru ve vlastní schopnosti a vyhýbají se tak možným konfrontacím. Neodvažují se převzít společenskou iniciativu. Můžeme pozorovat omezenou schopnost radovat se ze života a toho, co jim život může nabídnout. Velmi často jsou přehnaně opatrní a obávají se selhání nebo zklamání. U těchto osob může docházet k izolaci na základě jejich plachosti, což přispívá k rozvoji deprese.
- **Lidé kompulzivní pedantské povahy** se mohou dostat do depresí nejsou-li zahrnuti do práce, jejíž součástí jsou přísné rutiny. Tito lidé se mohou izolovat ze společnosti v důsledku neoblíbenosti, kterou si ve svém okolí vydobývají svým pedantstvím.
- **Lidé s narcistickým sklonem** mají velkou potřebu být viděni, oceňováni a obdivováni. Neúspěch, kritika nebo nedostatek obdivu mohou být narcisticky laděnou osobností vnímány jako hluboce zraňující a výsledkem může být deprese. Riziko deprese se zvyšuje s věkem.
- **Lidé s cyklothymickou dispozicí** jsou typičtí výkyvy nálad. Cyklothymní jedinci na sebe často kladou vysoké nároky, spojené se snahou udělat toho, co nejvíce pro druhé, ze strachu, že v jiném případě nebudou zapotřebí. Toto chování vyčerpává jejich duševní a fyzické síly a způsobuje, že zanedbávají své vlastní potřeby a jsou velmi náchylní vůči kritice. Často jsou okouzlující, vřelí, srdeční, empatictí a otevření. (*Wasserman, 2011*)

2.4.4 Vliv životních situací jako faktor ovlivňující vznik depresivní poruchy

Na základě četných studií provedených již v minulém století bylo jednoznačně dokázáno, že stres a náročné životní situace, se kterými je stres úzce spojen, výrazně ovlivňují pravděpodobnost vzniku depresivní poruchy. Stresové faktory jsou v otázce vzniku depresivní poruchy považovány za aditivní, uvádí, *Ensel, Lin, (1996)*. Každý člověk v průběhu svého života zažívá události, které přinášejí změnu jeho dosavadního života a tato změna ve spojitosti se snahou zvládnout ji může představovat i podstatnou psychickou zátěž. *Dohrenwend, Dohrenwend, (1984)* se domnívají, že tyto náročné situace mohou za určitých podmínek negativně ovlivňovat lidské zdraví, jak po somatické stránce věci, tak psychické. Ve vztahu k této myšlence jsou náročné životní situace považovány za více méně negativní. *Praško a kol. (2012)* k tomu dodává, že nepřiměřené množství změn v krátkém časovém období skutečně snižuje fyzickou i psychickou odolnost člověka, čímž tvrzení autorů Dohrenwenda a Dohrenwenda potvrzuje. *Praško a kol. (2012)* dále zdůrazňuje, že psychická odezva na náročnou životní událost se může objevit v různě dlouhém časovém období od jejího odeznění či zdánlivém vyřešení, v podobě stresové reakce, vzhledem k tomu, že se působení životních událostí sčítá. Zajímavostí pak je, že i výrazně pozitivní životní situace mohou působit jako stresor a sčítat se s vlivy negativních situací. Tyto náročné situace, mohou nabývat charakteru akutního, tedy působit v konkrétní situaci po omezeně dlouhou dobu, avšak dlouhodobé působení těchto situací či jejich důsledků může nabývat chronického charakteru, což považují autoři *McGonnagle, Kessler, (1990)* za určující faktor vzniku depresivní poruchy.

Salleh, (2008) však dodává, že přesná kauzalita mezi psychiatrickými onemocněními a působením životních událostí není doposud známa, proč je nutné uvažovat multikauzálně. Na to reagují *Gronewold, Duman, Engel, et al., (2022)*, kteří uvádějí jasné výsledky potvrzující působení životních událostí na vznik depresivní poruchy. Autoři tvrdí, že obzvláště zranitelnými jsou vůči náhlým životním událostem a změnám s nimi spojenými ženy a osoby pesimistického životního ladění. *Kessler, (1997)* vypracoval přehled výzkumů zabývajících se vznikem deprese v interakci s životními událostmi a zjistil, že tyto události předcházející vzniku deprese mají specifické charakteristiky. *Praško a kol. (2012)* uvádí, že na základě dlouhodobých výzkumů, provedených autory Holmesem a Raheem byla konkrétním událostem přiřazena jejich významnost, respektive závažnost působení, přičemž skóre 250 bodů za rok představuje hranici únosnosti a organismus se tak nachází na pokraji zhroucení. Pakliže roční skóre přesahuje 250 bodů, následují s poměrnou jistotou závažné psychické a častokrát i fyzické

potíže. Mezi situace, které nejčastěji spouštějí deprese patří ztráta blízké osoby nebo její odchod ze sociálního pole nemocného či významné změny sociálních rolí. Holmes a Rahe vytvořili tzv. inventář životních událostí, které seřadily a obodovaly podle jejich závažnosti od nejzávažnějších po nejméně závažné.

1. Smrt manžela či manželky	100	23. Odchod dítěte z domova	29
2. Rozvod	73	24. Problémy s příbuznými	28
3. Oddělené manželství	65	25. Vynikající osobní úspěch	26
4. Výkon trestu odnětí svobody	63	26. Partner začal nebo přestal chodit do zaměstnání	26
5. Úmrtí blízkého příbuzného	63	27. Zahájení či ukončení školy	26
6. Úraz, zranění nebo nemoc	53	28. Změna životních podmínek	25
7. Sňatek	50	29. Revize osobních návyků	24
8. Propuštění ze zaměstnání	47	30. Potíže s šéfem	23
9. Manželský smír	45	31. Změna pracovní doby, podmínek	20
10. Odchod do důchodu	45	32. Změna bydliště	20
11. Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	33. Změna školy	20
12. Těhotenství	40	34. Změna trávení volného času	19
13. Sexuální potíže	39	35. Změna církevních rituálů	19
14. Příchod nového člena rodiny	39	36. Změna společenských povinností	18
15. Změna rekvalifikace v zaměstnání	39	37. Menší hypotéka nebo půjčka	17
16. Změna finanční situace	38	38. Změna spánkových návyků	16
17. Úmrtí blízkého přítele	37	39. Změna rodinných sešlostí	15
18. Změna ve způsobu práce	36	40. Změna stravovacích návyků	15
19. Změna počtu manželských hádek	35	41. Dovolená	13
20. Větší hypotéka (půjčka)	31	42. Prázdniny	12
21. Vymáhání hypotéky (půjčky)	30	43. Méně závažné porušení zákona	11
22. Změna pracovních povinností	29		

Příloha č. 2: Inventář životních událostí podle Holmese a Raheho, (1967)

Dalším významným faktorem ovlivňujícím rozvoj depresivní poruchy je charakter samotných životních událostí. Jak již bylo zmíněno, životní události mohou nabývat charakteru akutního či chronického, dle *Bernsteina, (2005)* je však můžeme dále dělit na katastrofické, každodenní a životní změny a napětí. Katastrofické životní události jsou typické svou závažností a nejvýraznějším vlivem na zdraví zasaženého jedince s nepříznivým dopadem na široké spektrum jeho života. Dále do této kategorie můžeme řadit úmrtí významné osoby. *Machač, (1988)* podotýká, že i přes náročnost těchto situací je možné jejich potenciál využít k osobnostnímu růstu. Mezi každodenní události řadíme každodenně se vyskytující situace, na které je nutné reagovat a vyrovnávat se s nimi. Jedná se o zpravidla četné, avšak svou závažností nevýrazné události a situace, které jedince ohrožují svou kumulací. Ne nadarmo se říká, že drobnosti utvářejí celek.

Posledním typem životních událostí podle Bernsteina jsou životní změny a napětí. Životní změny jsou situace, kterým jsme nuceni se přizpůsobovat a vyhovět tak jejich nárokům.

Podle *Atkinsonové, (2003)* můžeme dále životní události dělit podle míry ovlivnitelnosti a přizpůsobení. Atkinsonová dále podotýká, že je potřeba rozlišovat specifikace stresových situací, které zvyšují stresogenní nároky na jedince, jelikož, životní události, na které je jedinec nucen reagovat na úrovni psychologické, fyziologické i sociální netvoří homogenní celek. Autorka dále uvádí členění znaky životních situací podílející se na rozvoji depresivní poruchy:

- Neovlivnitelnost situace
- Nepředvídatelnost vzniku situace
- Subjektivně nadměrné nároky, které situace přináší
- Životní změna vyžadující výrazné přizpůsobení se
- Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty, které jsou neslučitelné se snahou o efektivní dosažení cíle. (*Atkinsonová, 2005*)

2.5 Diagnostika depresivní poruchy

Hosák, Libiger a kol., (2015) tvrdí, že ku referenční diagnostice depresivní poruchy bývají nejčastěji používány důkladné anamnestické údaje, zhodnocení psychopatologie a neurosomatického stavu nemocného člověka, jelikož v současné době neexistují žádná objektivní kritéria diagnózy, jako jsou například laboratorní testy a další pomocná vyšetření. *Národní zdravotnický informační portál* dále zmiňuje možnost neurologického vyšetření. Vyšetření probíhá nejen za účelem diagnostikovat depresivní poruchu, nýbrž se snaží vyloučit možné organické (nádory CNS, metabolická encefalopatie, neuroinfekce), polékové (steroidní hormony) nebo toxické etiologie. Autoři *Hosák, Libiger a kol., (2015)* dále pokračují tím, že by depresivní symptomy měly trvat minimálně dva týdny, aby mohl být stav vyhodnocen, jako depresivní porucha.

Při diagnostice je nutné se zaměřit nejen na osobní anamnestické údaje, jako jsou celkové zdraví, somatický stav či existence životních událostí, které by mohly mít patogenetický vztah k depresi, nýbrž i na rodinné anamnestické údaje a farmakologické anamnestické údaje, na základě, kterých je možné určit, jestli již byl pacient někdy léčen pro některou z afektivních či jiných psychických poruch a případně byla-li léčba účinná. V rodinách osob trpících depresivní poruchou je vysoká pravděpodobnost výskytu afektivních poruch. Tyto

údaje dále jen potvrzují genetickou souvislost s rozvojem depresivní poruchy. V případě závažných forem depresivní poruchy může být ku získání důležitých anamnestických informací také dotazník, který výrazně usnadní získání těchto informací.

V praxi bývá nejčastěji využíván jednoduchý Zungův dotazník hodnocení deprese, což v dlouhodobém kontextu umožňuje sledování klinického stavu dotazníkovými metodami a pracovat s výsledky testů při kognitivní psychoterapii. Cílem diferenciální diagnostiky je potom odlišit depresivní poruchu od ostatních afektivních či úzkostných poruch, demence nebo depresí farmakogenních a vyvolaných psychoaktivními látkami, především pak alkoholem, s čímž se podle autorů *Hosáka, Libigera a kol., (2015)* nejčastěji v odborné praxi setkáváme u mužů. V případě zneužívání psychoaktivních látek, jako například již zmíněný a často se vyskytující alkohol se může deprese stát sekundární neboli navozenou.

Hosák, Libiger a kol., (2015) dále zmiňují, že depresivní symptomy mohou připomínat počáteční stádia demence projevující se potížemi s pamětí, zapamatováním si nových informací nebo schopností vzpomínat, což komplikuje vyšetření a u nemocných vyvolává strach z nastupující demence. Depresivní poruchu je však možné diagnostikovat i jinými nežli tradičními nástroji, které jsou běžně používány v klinické praxi. Autoři *Naranjo et al., (2011)*; *Punkanen, Eerola a Erkkilä, (2011)* uvádějí možnosti diagnostiky depresivní poruchy skrze využití nástrojů opírajících se o teoretické poznatky muzikoterapie a další zkušenosti mezioborového charakteru. Ve své hudební expresi i interakci vykazují osoby trpící depresivní či úzkostnou poruchou stejný typ omezení, jako ve svých afektech a sociálních interakcích odpovídajících kritériím známým z diagnostických manuálů. Tedy modalita hudební exprese obsahuje jistá specifika, kterými jsou například nápadně nedostatečná kreativita hudebního vyjádření, včetně malého nebo žádného využití tonálního rozsahu, nedostatku dynamiky, letargického tempa a nedostatku energie v hudbě a pohybu. Není neobvyklé, že depresivní klient má výrazně omezený rozsah pohybu při hře na nástroje a nedominantní strany těla se mohou dokonce zdát jakoby „zamrzlé“, což pro ilustraci může znamenat, že hraje-li klient na xylofon a drží paličku v obou rukách, pak je velmi pravděpodobné, že použití ruky nedominantní bude apatické, strnulé a údery budou výrazně nesmělé. Specifika přináší podle stejných autorů taktéž hlasová exprese, kdy povrchní a neefektivní dýchání pro zpěv, může vytvářet dojem, že je hlasový projev nasměrován jakoby „dovnitř“, na rozdíl od toho, aby byl promítán ven z těla.

Hills & Lewis, (2011) uvádějí, že klient může vykazovat potíže s hudební interakcí s ostatními a může pouze napodobovat hru ostatních v případě, že se účastní skupinové terapie nebo dokonce hrát způsobem, který je zcela odpojený od ostatních, na jejichž faktickou i hudební přítomnost nereaguje. Kromě toho lidé s depresivní poruchou vykazují značné obtíže v rozpoznávání emočních stavů a adekvátním reagování na ně, a tak mohou prokazovat sníženou schopnost slyšet a identifikovat emocionální expresivitu v hudbě, kterou hrají nebo slyší.

2.6 Terapie depresivní poruchy

Léčba depresivní poruchy cílí na redukci a odstranění nejčastěji se vyskytujících klinických příznaků, které významně ovlivňují životy nemocných lidí a brání jim tak v plnohodnotném životě. Některé léčebné postupy si kladou za cíl primárně redukci objevujících se symptomů (abychom předešli bagatelizaci tématu a jeho generalizaci, je nutné zdůraznit, že o primární redukci symptomů bývá nejčastěji řeč v souvislosti se závažností a specifiky té které podoby onemocnění), jiné postupy zakládají na holistickém přístupu a snaží se pozitivně ovlivňovat nejen symptomy onemocnění nýbrž samo onemocnění a osobnostní struktury nemocného. V odborné praxi se tedy nejčastěji setkáváme s farmakoterapií, psychoterapií, kombinací obojího a taktéž s elektrokonvulzivní léčbou. V neposlední řadě se setkáváme s přibývajícími zařízeními zdravotnického resortu, která v rámci psychoterapeutické péče o osoby trpící psychiatrickými onemocněními aplikují muzikoterapii pod vedením zkušených muzikoterapeutů. Na následujících řádcích bude čtenáři představen přehled základních terapeutických prostředků se zvláštním zřetelem na využití muzikoterapie. Na samotný úvod je však mimo jiné důležité zmínit fakt, že oblast léčby prostřednictvím muzikoterapie se v řadě oblastí překrývá s jinými oblastmi jejího využití a tematickými okruhy, které již byly popsány v předešlém textu. Řeč je například o muzikoterapeutických technikách nebo diagnostickém využití muzikoterapie, které se značně překrývá se samotnou terapeutickou intervencí a jejím léčebným potenciálem, o kterém bude pojednáváno v následující podkapitole.

2.6.1 Farmakoterapie

Kryl, (nedatováno) tvrdí, že podle receptorové teorie je koncentrace neurotransmiteru nepřímou úměrnou počtu a senzitivitě receptorů. Proto bývá indikováno nasazení antidepresiv, která mají skrze inhibici zpětného vychytávání noradrenalinu, serotoninu nebo inhibici monoaminoxidázy schopnost měnit poměry neurotransmiterů v synaptické štěrbině. Monoaminoxidáza neboli MAO je enzym podílející se na rozkladu a následné biodegradaci

katecholaminů a serotoninu. Před aplikací antidepresiv je nutné nemocné řádně obeznámit s tím, co mohou očekávat, jelikož regulace neurotransmiterů probíhá v časovém rozmezí 10-20 dní. *Praško a kol., (2012)* však tvrdí, že první projevy účinku můžeme sledovat mezi 3. – 6. týdnem od nasazení. *Praško a kol., (2012)* dále zmiňuje, že podle světové zdravotnické organizace je doporučeným postupem užívat antidepresiva dalších 9 měsíců po vyléčení deprese, jedná-li se o první epizodu v životě. Je-li tomu jinak a jedná se o osobu, která trpí depresivní poruchou již vícekrát, pak je doporučeno uplatňovat léčbu antidepresivy další 2 roky od jejího odeznění, snižuje se tak pravděpodobnost relapsu. Antidepresiva lze dělit dle generací od 1. do 4., jedná se o chronologické označení jejich vzniku, účinků a použité technologie.

Do kategorie antidepresiv 1. generace lze podle *Praška a kol., (2012)* a autorů *Hosáka, Hrdličky, Libigera, a kol., (2015)* řadit tzv. tricyklická a heterocyklická antidepresiva, se kterými máme v současné době bohaté klinické zkušenosti a jejich působení a účinky jsou důkladně známé. Dle autorů se jedná o poměrně silná antidepresiva, avšak nejméně vhodná, jelikož jejich výrazně slabou stránkou je široké spektrum vedlejších účinků, jako jsou závratě, rozmazané vidění, sucho v ústech, a především vysoká toxicita, poruchy paměti a nízká kompatibilita s dalšími somatickými onemocněními. Dále by neměla být v žádném případě indikována v případě osob se suicidálním chováním, jelikož se jimi dá snadno předávkovat.

Mezi antidepresiva 2. generace řadíme léky podobným těm v generaci první, avšak s menším počtem vedlejších účinků.

Dle autorů *Hosáka, Hrdličky, Libigera, a kol., (2015)* jsou proto nejvhodnější volbou pro léčbu širokého spektra psychiatrických poruch antidepresiva 3. a 4. generace, kam řadíme například selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které v současné době představují nejrozšířenější antidepresiva s minimálními vedlejšími účinky. Nejčastěji bývají indikovány k léčbě depresivní poruchy a poruch úzkostných, vzhledem k jejich maximální účinnosti a současné bezpečnosti, tedy i při předávkování nehrozí smrt. Jak již bylo zmíněno, v případě této skupiny antidepresiv se setkáváme s minimálním vedlejším působením, i přesto se však můžeme setkat s vedlejšími účinky jako snížený zájem o sex, opožděnou nebo naopak předčasnou ejakulaci u mužů, bolesti žaludku a přechodné narušení spánku, které však podle *Praška a kol., (2012)* do dvou týdnů od nasazení odeznívá. Dále lze mezi antidepresiva 3. až 4. generace řadit podle *Kryla, (nedatováno)* IMAO ireverzibilní zpětné vychytávače již zmíněné monoaminoxidázy jenž mají výrazně nežádoucí účinky na kardiovaskulární onemocnění, SRNI neboli inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu serotoninu, používaný v případech

útlumové deprese vzhledem k jeho aktivizujícím účinkům. Výhodou této skupiny antidepresiv je podle *Kryla, (nedatováno)* poměrně časný nástup antidepresivního účinku v porovnání s předchozími možnostmi a častější dosahování plné remise. Podobně jako SSRI mají i SNRI malé nežádoucí účinky, nízkou toxicitu a bývají indikovány u většiny typů depresivní poruchy. Jak v případě úzkostných, tak inhibovaných. V každém případě je cílem medikace vytvoření příznivého biochemického prostředí pro to, aby byl nemocný člověk schopen nastoupit do procesu psychoterapie, které v následující kapitole bude věnována pozornost.

2.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie zastává v léčbě depresivní poruchy podstatné místo a pomáhá nemocnému snáze projít procesem léčby a předejít relapsu onemocnění, skrze umožnění nemocnému lépe porozumět tomu, co se s ním děje a nabízí řešení, jak zacházet s potížemi vyskytujícími se v souvislosti s onemocněním.

Nejčastěji představuje psychoterapie v oblasti léčby depresivní poruchy roli podpůrného léčebného nástroje, jelikož bylo dokázáno, že se v případě středně těžkých a těžkých depresí jeví jako nedostatečná, je-li aplikována sama o sobě. *Cuijpers, Karyotaki, Ciharova, et al., (2021)* zmiňují ve výsledcích své studie zabývající se efekty psychoterapie na léčbu depresivní poruchy, že za podstatně signifikantnější lze považovat kombinaci léčebných postupů, jako jsou psychoterapie, farmakoterapie a spánková terapie. *Erkkilä, Saarikallio, Brabant, et al., (2019)* dodávají, že mezi formy psychoterapeutické péče, výrazně ovlivňující léčbu depresivní poruchy patří taktéž muzikoterapie, které bude více pozornosti věnováno v následujícím textu.

Praško a kol., (2012) dále pokračuje tím, že v případě lehčích forem onemocnění je však psychoterapie zcela dostačujícím nástrojem zkracujícím dobu léčby, a to i bez využití léků, předchází se tak zbytečnému přetížení organismu. Velmi podstatným léčebným faktorem, kterým psychoterapie, stejně tak, jako i expresivní terapie včetně muzikoterapie působí je bezpečné přijímající prostředí terapeutického procesu, ve kterém nemocný může být sám sebou, může projevit svůj smutek a vyjádřit své trápení. Tento bezpečný prostor je utvářen prostřednictvím terapeutického vztahu mezi zkušeným terapeutem a klientem. *Kryl, (2006)* používá krásné přirovnání, když se vyjadřuje v souvislosti s působením psychoterapie a terapeutického vztahu. Psychoterapie se stává „přemostěním“ od depresivní izolace k životu v sociálních vztazích, přičemž stavebním kamenem tohoto „přemostění“ se stává právě pevný a na důvěře založený terapeutický vztah navracející nemocnému důvěru v sebe i ostatní lidi.

Psychoterapie skýtá možnost změny sebepojetí nemocného, což je možné považovat za jeden z prvních a nejvýznamnějších kroků k návratu zájmu o život, zájmu o svět a mezilidské vztahy.

Kryl, (2006) uvádí, že volba psychoterapeutického přístupu by měla vždy vycházet z individuálních potřeb klienta a charakteru jeho onemocnění. V současné době však bývá nejčastěji prisuzována hlavní role v oblasti léčby depresivní poruchy především kognitivně-behaviorální terapii (dále jen KBT), která přistupuje k depresi, jako k naučenému maladaptivnímu myšlení a z něj plynoucího chování v reakci na nežádoucí okolnosti života. Osoba trpící touto poruchou se tedy musí přeučit své zažité vzorce myšlení a objevit nové konstruktivní způsoby myšlení a řešení situací, ve kterých se nachází a nacházet v budoucnu bude, vzhledem k přirozenému toku života, který přináší i situace nesnadné a zatěžující. (*Praška a kol., 2012*). Ten dále pokračuje tím, že KBT pracuje krok za krokem s depresivními myšlenkami tím způsobem, že je mění v myšlení konstruktivní a zároveň osobu trpící depresivní poruchou učí změně a plánování vlastních aktivit.

Mezi stěžejní aktivity, které KBT používá v práci s depresivními klienty jsou podle *Praška a kol., (2012)* především edukace vedoucí k pochopení deprese a jejích příznaků, účelné plánování činnosti a postupné navyšování aktivity, postupné přijímání nedeprativního způsobu uvažování, změna postoje vůči sobě samému, nácvik relaxace, komunikace a asertivity, dále pak nácvik metody řešení problémů.

Kryl, (2006) tvrdí, že psychoterapeutické přístupy můžeme z úhlu pohledu evidence-based medicine dělit na ty, jejichž výsledky jsou lépe vědecky měřitelné a na ty, jejichž výsledky jsou ze stejného hlediska měřitelné hůře. KBT bývá tradičně řazeno mezi terapeutické přístupy vědecky lépe měřitelné, zaměřené především na výsledky, jako jsou např. redukce symptomů, tedy „outcome-oriented“.

Dále můžeme dle uvedené klasifikace uvést „process-oriented“ přístupy, které naopak směřují ke změnám osobnostním a změnám interpersonálních vztahů, jsou však ze své podstaty hůře vědecky měřitelné, tedy je v jejich případě podstatně méně snadné vyvozovat obecné závěry vyplývající ze studií týkajících se jejich účinnosti v odborné praxi. Mezi „process-oriented“ přístupy řadíme především psychoanalytické, psychodynamické, interpersonální, humanistické, logo, existenciální a taktéž gestalt. *Roubal, (2007)* však uvádí, že právě gestalt terapie, ačkoliv v psychiatrickém prostředí nepříliš využívána patří na základě výzkumů mezi terapie účinně působící na depresivní poruchu, čímž částečně protirečí Krylovi.

Proto, abychom lépe porozuměli účinnosti gestalt terapie v léčbě depresivní poruchy bude vhodné se nejdříve zaměřit na to, jak gestalt nahlíží na vznik samotné depresivní poruchy. *Greenberg, Watson, (2005)* tvrdí, že depresivní porucha je řízena především emocionálním nábojem událostí, který je jim přisouzen nemocným, nikoliv myšlenkami, názory nebo očekáváními druhých. Tedy depresogenní schémata, jako jsou pocity vlastní nehodnoty, neláskyhodnosti, bezvýznamnosti života a okolního světa se odvozují od základních emocí, reagují na ně a představují maladaptivní způsoby reakcí na tyto emoce. Depresogenní schémata mají nejčastěji svůj původ v ranném dětství a významně souvisí s opuštěním, ponížením, bezmocí a ztráty. Depresivní poruchu tedy můžeme považovat za maladaptivní reakci na současnou situaci, velmi podobnou té, která následovala po některém z traumatizujících zážitků časně minulosti.

Gestalt terapie se primárně zaměřuje na práci s emocemi a přítomným prožitkem v přítomném vztahu s terapeutem, případně terapeutem a skupinou, což nemocnému umožňuje lépe porozumět a identifikovat vlastní emoce, zvýšit uvědomění svých kognitivních i tělesných složek a převzít tak zodpovědnost za vyjádření vlastních potřeb.

Za velmi podstatné je považováno, že terapeut skrze přijetí a bezpečný prostor dává klientovi možnost zpřítomnit vzorce prožívání a z něj vyplývajícího chování do současnosti, do momentu „teď a tady“ a vyzkoušet si nové konstruktivnější, účinnější postupy vedoucí k vyřešení nežádoucí situace, ve které se aktuálně nachází. Role terapeuta je primárně rolí průvodce, který sleduje klientovo chování, fenomenologicky popisuje, co vidí, vyhýbá se vlastním interpretacím, cílí ke zvýraznění klientova prožívání, možnosti experimentovat a objevovat.

Roubal, (2007) dále popisuje základní stádia terapeutického procesu. Prvním krokem je tzv. „napojení a uvědomění“. Stadium napojení a uvědomění je charakteristické vytvářením spojení mezi klientem a terapeutem, bezpečí a pevného terapeutického pouta. Terapeut naslouchá a pozoruje, jakým způsobem klient jedná, jak prožívá, jakým způsobem řeší situace a odhaluje tak klientovu kapacitu pro emocionální prožitkovou práci. Druhé stadium je charakteristické „vybavováním a zkoumáním emocionálního materiálu“. Po vytvoření bezpečného prostředí a pouta mezi klientem a terapeutem může dojít k vlastní intervenci řídicí se principy experimentování a bytím „teď a tady“.

Greenberg, Watson, (2005) zmiňují pro gestalt terapii esenciální techniku „dvou židlí“, kdy klient postupně externalizuje autoakuační výroky v průběhu toho, co přeseďává

z jedné židle na druhou a vede dialog právě mezi těmito autoakuačními výroky na jedné pozici a emocionálními reakcemi na tyto výroky na pozici druhé. Další esenciální technikou je tzv. technika „prázdné židle“, která slouží k vyjasnění emocí vůči blízkým osobám klienta. V obou případech dochází k vyjádření původně potlačených emocí.

2.6.3 Muzikoterapie

Hartmann, Mavrolampados, Toiviainen, et al., (2023) uvádějí, že muzikoterapie sehrává svou účinností významnou roli při léčbě depresivní poruchy. Ve srovnání s jinými psychoterapeutickými formami totiž umožňuje vznik různých způsobů vzájemné interakce, čímž umožňuje vznik více kanálů pro emoční vyjádření a taktéž podporuje vznik pevného terapeutického vztahu. Díky výzkumům probíhajícím v rámci oboru hudební psychologie, bylo totiž dokázáno, že má hudba zvláštní potenciál usnadnit zpracování komplexních negativních emocí, což považujeme za zásadní v oblasti péče a léčby o osoby trpící depresivní poruchou.

Podle *Erkkilä et al., (2019)* bylo prokázáno, že poslech hudby vyvolává komplexní emocionální zážitky podporující samoregulační zpracování někdy obtížných emočních stavů. Krom toho bývá hudba poměrně paradoxně označována za médium, které umožňuje prožívat bolestivé emoce, jako je například smutek a vztek příjemně či lépe řečeno přijatelně. Hudba charakteristicky umožňuje přístup k různým stupňům emocionálních dimenzí o různé intenzitě, přičemž současně podporuje a umožňuje sebereflexi a uvědomování si těchto emocionálních dimenzí, čímž podporuje jak zkušenost, tak konceptuální uvědomění si vlastních pocitů, uvádí *Ruud, (1997)*.

Jackson, (2003) dále pokračuje tím, že emocionální „uzavření“ a stažení se, které se často vyskytuje, jako jeden z primárních symptomů u depresivní poruchy, může způsobit určitou „propast“ mezi jednotlivcem, jeho pocity a emocemi, což komplikuje řešení skutečných problémů, které jsou základem depresivního stavu. Autoři *Naranjo et al., (2011)*; *Punkanen, Eerola a Erkkilä, (2011)* in *Jackson, (2013)* uvádějí, že osoby trpící depresivní poruchou se potřebují „znovuspojit“ se sebou samými, překonat onu pomyslnou „propast“ a postupně zpracovávat vnitřní konflikty, které narušují jejich schopnost reagovat na zážitky v přítomném okamžiku patřičnými emocionálními reakcemi. To zahrnuje vyřešení emocionálních zážitků a traumat, která klienta poutají k minulosti, stejně jako učení se efektivním schopnostem sebevyjadřování a zvládnání stresu, které usnadní udržení zdravých, dynamických, emocionálních reakcí v každodenním životě.

Erkkilä, Brabant, Saarikallio, (2019) zabývající se vlivy improvizální muzikoterapie v procesu léčby depresivní poruchy uvádějí, že klinické improvizace často spouští úzkostné, negativní emoce a zážitky související s nemocí, což považují za jeden z rozhodujících kroků úspěšné léčby spočívající ve zpracovávání náročných emocí a traumat. Na základě zjištěných dat se zdá, že se stav klientů zlepšuje zejména pokud mají možnost prožít tyto náročné emoce.

Stejní autoři dále podporují tvrzení *Naranjo et al., (2011); Punkanen, Eerola a Erkkilä, (2011) in Jackson, (2013)*, když uvádějí, že při detailním průzkumu dostupné literatury si povšimli opakujících se závěrů, že emoční zpracování hraje klíčovou roli při dosahování pozitivního terapeutického výsledku. Obecně schopnost zpracovávat vlastní emoce vede k lepším výsledkům, zatímco vyhýbání se tomuto zpracování, konfrontaci s nimi a jejich potlačování zhoršují podmínky pro dosažení terapeutických cílů. Tedy schopnost vyjádřit, přijmout a transformovat nežádoucí myšlenky a s nimi spojené emoce, představuje předpoklad pro úspěch terapie.

Typickými potížemi, které brání v plynutí a projevu hlubších emocí jsou nejčastěji nedostatky v oblastech emočního spojení se sebou samým i s ostatními, schopnosti reagovat na emoce, pocity i situace a nedostatku zájmu či potěšení z obvykle příjemných zážitků, tedy anhedonie. Takže na rozdíl od emočního otupení a anhedonie, jenž se mohou stát trvalými rysy v případě osob trpících schizofrenií, mají klienti trpící depresivní poruchou schopnost cítit hlubší emoce a být expresivními a kreativními, za předpokladu, že jsou výše uvedené emoční „bloky“ postupně odstraněny.

Expresivní hudební proces může být účinným nástrojem vedoucím při vhodné aplikaci k mobilizaci klienta a jeho emočního prožívání a může ho vést k nalezení prostředků, které umožňují vyjádřit své pocity a emoce. Autoři tvrdí, že klienti trpící depresivní poruchou a úzkostmi bývají postupně motivováni k terapii, jelikož nechtějí prožívat obtíže, které s sebou jejich onemocnění přináší a mají tak tendenci být stále více zainteresováni do terapeutického procesu a aktivně se na něm podílet.

Hartmann, Mavrolampados, Toiviainen, et al., (2023) podotýkají, že jedním ze zjištění jejich studie bylo, že klienti projevující vyšší míru hudební interakce a angažovanosti skutečně dosahují vyššího klinického zlepšení. To však obnáší, že klient bude často potřebovat pomoc při pojmenování vlastních pocitů, které byly do teď ignorovány a potlačovány. *Jackson, (2003)* tvrdí v souvislosti s předešlým textem, že rozpoznání a schopnost pojmenovat to, co vnitřně

prožíváme, je nezbytným krokem ku propracování se k následnému vyřešení obtížných emocí. Průzkum pocitů vycházejících z práce s hudbou poskytuje klientům příležitost objevit a pojmenovat emocionální obsah. Řada muzikoterapeutických technik umožňuje klientům poznat jejich vnitřní stav a jelikož je možné tento stav pomocí hudební exprese externalizovat, tak se stává emočně méně ohrožujícím než jiné prostředky emočního sebeobjevování, čímž se stává muzikoterapie výrazně účinnou v oblasti péče a terapie osob trpících depresivní či jinou psychiatrickou poruchou.

Fakt, že hudba umožňuje externalizovat emoční obsah klienta a tím tak vytvořit bezpečný prostor, umožňující dostatečný odstup od vlastních tíživých obsahů je klíčovou charakteristikou muzikoterapeutických intervencí a měla by jí být věnována patřičná pozornost. Ať už je k tomuto cíli použita kterákoliv z muzikoterapeutických technik, jako jsou hudební poslech, interpretace, improvizace a další, tak se terapeut především snaží podporovat schopnosti klienta pojmenovat emoce slyšené v hudbě reprodukované či v živém hudebním projevu, rozpoznat a pojmenovat pocity, které se v hudbě vyskytují, a nacvičit postupně vlastní hudební vyjadřování emocí a pocitových stavů. Stejně jako již zmíněná afektivní mobilizace prostřednictvím hudební improvizace je tato zkušenost na augmentativní úrovni, která klienta připravuje skrze rozvoj emocionálních dovedností potřebných pro hlubší práci, která může v muzikoterapeutickém procesu následovat. Klient se však musí nacházet na jisté úrovni mobilizace afektu, aby byl pro něj tento typ zážitku užitečný a bylo dosaženo kýžených cílů.

Dalšími důležitými faktory jsou dostatek energie soustředit se na expresivní obsah hudby, tomu odpovídající míra kognitivních schopností klienta a taktéž jeho ochota interagovat s terapeutem, jelikož bylo zjištěno, že klienti, kteří více interagují s muzikoterapeutem dosahují vyšších hodnot klinického zlepšení a naopak.

Muzikoterapie tedy v současné době představuje jedinečnou, do jisté míry svébytnou formu poskytování odborné péče a léčby osobám s psychiatrickým onemocněním a jednoznačně si zaslouží své plnohodnotné místo v systému ostatních psychoterapeutických přístupů, které jsou v klinické praxi tradičně používány.

Empirická část

Úvod do problematiky

Předchozí kapitoly nastínily, že muzikoterapie a na hudbě založené intervence se využívají při léčbě osob s psychiatrickými diagnózami a existují výzkumné důkazy podporující efektivitu těchto léčebných přístupů. Taktéž vzrůstá počet výzkumných studií v oblasti muzikoterapie a duševního zdraví, v důsledku, kterých se zvyšuje také počet systematických review. Ta představují v kontextu s přístupem a filozofií Evidence-Based Medicine nejvýznamnější a nejhodnotnější typ studie v rámci úrovně vědeckých důkazů. Zejména SR efektivitu.

Přehled systematických review zaměřených na muzikoterapii a oblast duševního zdraví však není dostupný. Protože systematická review podávají nejrobustnější informace o efektivitě jednotlivých terapeutických přístupů, bylo by žádoucí takový přehled vytvořit i v oblasti muzikoterapie a na hudbě založených intervencí. Pomohlo by to např. zjistit, které přístupy jsou nejefektivnější a měly by být prioritně indikovány pro konkrétní psychiatrická onemocnění, zavádět nejefektivnější muzikoterapeutické postupy do odborné praxe v souladu se specifiky té které psychiatrické diagnózy atd.

Cílem praktické části této diplomové práce se tedy stalo vytvoření přehledu SR v oblasti péče o duševní zdraví, konkrétně pak o efektivitu muzikoterapie u osob s psychiatrickými diagnózami. Kromě zmíněného přehledu jsme se následně zaměřili na diagnózu depresivní poruchy, která dle dat mapujících epidemiologii psychických onemocnění představuje nejrozšířenější duševní poruchu s výrazným dopadem na životy osob jí trpících.

Obsahem dvou následujících kapitol jsou dva narativní přehledy týkající se výše zmíněných cílů praktické části diplomové práce. V jednotlivých kapitolách je popsána metodika vyhledávání a vyhodnocení získaných dat, včetně popisu relevantních systematických review.

3 Přehled systematických review zaměřených na muzikoterapii u osob trpících psychiatrickým onemocněním

Záměrem vstupního vyhledávání, bylo vytvořit přehled všech existujících systematických review v oblasti muzikoterapie u osob s psychiatrickým onemocněním.

Review otázka: „*Jaká existují systematická review v oblasti muzikoterapie a jiných na hudbě založených terapeutických intervencí u osob s psychiatrickým onemocněním?*“

Vyhledávací strategie a proces vyhledávání: Před vytvořením vyhledávací strategie proběhlo předběžné vyhledávání, jehož cílem bylo najít systematická review, která se zabývají uplatněním muzikoterapie v oblasti léčby a péče o osoby trpící psychiatrickými onemocněními (dle formulovaných inkluzivních/exkluzivních kritérií). Vstupní vyhledávání bylo provedeno v databázích Cochrane library, PubMed, JBI.

Ve druhém kole vyhledávání bylo využito databáze Epistemonikos, která představuje kolaborativní, vícejazyčnou health-evidence databázi, která je největším zdrojem systematických review a velkým zdrojem dalších typů vědeckých důkazů, jak uvádí oficiální webový portál Epistemonikos. Databáze Epistemonikos je vyhledávací platformou, která vyhledává v těchto databázích: Cochrane database of SR, PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, JBI database of SR, The Campbell Collaboration online library.

Protože Epistemonikos zahrnuje až 96 % publikovaných systematických review z oblasti zdravotnictví, bylo této vyhledávací platformy využito pro vyhledávání existujících systematických review. Rok vyhledávání nebyl omezen, jazyk plnotextu publikace byl omezen na anglický jazyk.

K dosažení maximální sensitivity provedeného vyhledávání byla použita následující klíčová slova: *(title:(music) OR abstract:(music)) OR abstract:(title:(music) OR abstract:(music))* Výběr studií probíhal na základě inkluzivních/exkluzivních kritérií. U relevantních studií byly extrahovány informace o autorech, názvu a roku publikace.

Výsledky vyhledávání: Celkem jsme identifikovali široký okruh 1009 studií, ze kterých bylo extrahováno celkem 21 systematických review odpovídajících našim požadavkům. Výsledky vyhledávání shrnuje tabulka č. 4.

Inkluzivní kritéria		Exkluzivní kritéria
Populace	Účastníci s psychickým onemocněním, které není důsledkem onemocnění jiného, nejčastěji fyzického. Věk účastníků studií nad 18 let, vrchní věková hranice nebyla stanovena. Pohlaví, národnostní, etnická nebo jazyková příslušnost nebyla omezena.	Věk mladší 18 let. Všechna psychická onemocnění, jejichž příčinou je jiné onemocnění, nejčastěji fyzické – modelová situace: porucha spánku jako důsledek stresové reakce související s diagnostikovanou rakovinou. Dále pak autismus, demence, mentální retardace a závislost na návykových látkách.
Intervence	Kterékoliv formy muzikoterapeutické intervence, zahrnující improvizaci, aktivní i receptivní techniky. Na hudbě založené terapeutické intervence, které nejsou definovány jako muzikoterapie, např. z důvodu chybějícího terapeutického vztahu, ale využívají hudbu k terapeutickým záměrům v kontextu zdravotnické péče.	Využití hudby za jinými než terapeutickými účely, např. vzdělávacími. Využití vibrací a zvuků mimo hudební zkušenost, např. přístupy typu Whole body vibration.
Komparátor	Nestanoven	Nestanoven
Outcomes	Nestanoveny	Nestanoveny
Typ Studie	Systematická review dle klasifikace JBI	Literární/narativní přehledy, scoping review, kritická review, integrativní review.

Tabulka č. 1: Tabulka inkluzivních a exkluzivních kritérií pro přehled systematických review zabývajících se působením muzikoterapie na různá psychiatrická onemocnění

Přehled systematických review zabývajících muzikoterapií v oblasti léčby a péče o osoby trpící psychiatrickými onemocněními
Delirium (F05)
1. Greer, Rossom, Anderson et al., (2011) <i>Delirium: Screening, Prevention, and Diagnosis – A systematic review of evidence.</i>
2. Golubovic, Neerland, Baker, et al., (2022) <i>Music interventions and delirium in adults: A systematic literature review and meta-analysis.</i>
3. Lee, Kim, Jung, et al., (2021) <i>Non-pharmacological nursing interventions for prevention and treatment of hospitalized adult patients: Systematic review of randomized controlled trials.</i>
Psychická onemocnění: psychózy, úzkost, deprese atd.
1. Gold, Solli, Krüger, (2009) <i>Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis</i>
2. Barcelos, Teixeira, Ribeiro, et al., (2018) <i>Music therapy in patients with mental disorders.</i>
Obsedantně-kompulzivní porucha (F42.9)
1. Truong, Applewhite, Heiderscheit, et al., (2021) <i>Systematic review of scientific studies and case reports on music and Obsessive and compulsive disorder.</i>
Poruchy osobnosti (F60-F69)
1. Haeyen, (2022) <i>Effects of arts and psychomotor therapies in personality disorders. Developing a treatment guideline based on systematic review using grade.</i>
Poruchy příjmu potravy (F50)
1. Testa, Arunachalam, Heiderscheit, et al., (2020) <i>A systematic review of scientific studies on the effects of music in people with or at risk for eating disorders.</i>
Psychotická onemocnění včetně schizofrenie (F20-F29)
1. Volpe, Gianoglio, Autiero, et al., (2018) <i>Acute effects of music therapy in subjects with psychosis during inpatient treatment.</i>

2. Lutgens, Garipey, Malla, (2017) <i>Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis.</i>
3. Steenhuis, Nauta, Bocking, et al., (2015) <i>Treating depressive symptoms in psychosis: A network meta-analysis on the effects of non-verbal therapies.</i>
4. Isaacs, Brooks, Lawn, et al., (2022) <i>Effectiveness of personal recovery facilitators in adults with schizophrenia and other psychosis: A systematic review of reviews and narrative synthesis.</i>
5. Geretsegger, Mössler, Bieleninik, et al., (2017) <i>Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. Systematic review.</i>
6. Tseng, Chen, Lin, et al., (2016) <i>Significant treatment effect of adjunct music therapy to the standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: A meta-analysis.</i>
7. Jia, Liang, Yu, et al., (2020) <i>The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis.</i>
Poruchy spánku (F51)
1. Feng, Zhang, Hou, et al., (2018) <i>Can music improve sleep quality in adults with primary insomnia? A systematic review and network meta-analysis.</i>
2. Ding, Huang, Hu, et al., (2021) <i>Effectiveness and safety of music therapy for insomnia disorder patients. A protocol for systematic review and meta-analysis.</i>
3. Wang, Li, Zheng, et al., (2021) <i>Effects of music intervention on sleep quality of older adults: A systematic review and meta-analysis.</i>
4. Petrovsky, Ramesh, McPhillips, et al., (2021) <i>Effects of music interventions on sleep in older adults: A systematic review.</i>
5. McKinney, Honig, (2017) <i>Health outcomes of a series of Bonny Method of guided imagery and music sessions: A systematic review.</i>
6. Niet, Tiemens, Lendemeijer, et al., (2009) <i>Music assisted relaxation to improve sleep quality: meta-analysis.</i>

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43)
1. Oepen, Martin, Bauer, et al., (2017) <i>Creative arts interventions for stress management and prevention – a systematic review.</i>
2. Witte, Pinho, Stams, et al., (2022) <i>Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis.</i>
Syndrom vyhoření (Z73.0)
1. Finnerty, Zhang, Tabuchi, et al., (2022) <i>The use of music to manage burnout in nurses: A systematic review.</i>

Tabulka č. 2: Přehled systematických review v oblasti uplatnění muzikoterapie u osob s psychiatrickým onemocněním

V uvedeném přehledu systematických review můžeme vidět celkem 24 studií zabývajících se dohromady 9 diagnózami.

Lze si povšimnout, že samotný přehled neobsahuje diagnózu depresivní poruchy, a to z toho důvodu, že této kategorii bude v nadcházející kapitole věnována zvláštní pozornost.

- První diagnózou v našem přehledu je Delirium, které není vyvolané alkoholem, ani jinými psychoaktivními látkami (F05). V této kategorii zaznamenáváme 3 systematická review.
- Další diagnózou jsou „Psychická onemocnění“. Termín „Psychická onemocnění“ je v kontextu uvedených systematických review termínem zastřešujícím diagnózy, jako jsou úzkost, deprese a schizofrenie. Systematická review věnující svou pozornost této kategorii onemocnění, shrnují své poznatky ve vztahu k těmto onemocněním současně, což se stalo našim důvodem, proč utvořila samostatnou kategorii a nebyla rozřazena mezi kategorie ostatní. Byla identifikována 2 systematická review.
- Následuje OCD, tedy obsedantně kompulzivní porucha (F42.9), kde bylo identifikováno 1 systematické review.
- Dále náš přehled obsahuje soubor diagnóz F60-F69, tedy Poruch osobnosti a chování u dospělých. Zde bylo identifikováno 1 systematický review.
- Poruchy příjmu potravy (F50) představují další diagnózu zahrnutou v našem přehledu s celkem jedním identifikovaným systematickým review.

- V kategorii psychotických onemocnění včetně schizofrenie (F20-F29) bylo identifikováno 7 systematických review.
- V kategorii poruch spánku (F51) bylo identifikováno celkem 6 systematických review, v kategorii (F43) Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení byla identifikována 2 systematická review a v poslední kategorii (Z73.0) syndrom vyhoření neboli „vyhasnutí“ bylo identifikováno jedno systematické review.

4 Přehled systematických review zaměřených na muzikoterapii u osob trpících depresivní poruchou

Dalším záměrem této práce, který navazuje na vstupní vyhledávání bylo vytvořit přehled systematických review zabývajících se využitím muzikoterapie u osob trpících depresivní poruchou, včetně hlubší analýzy studií v této oblasti. Naším cílem bylo v tomto případě zjistit, které muzikoterapeutické metody a techniky jsou na základě dat ze získaných studií nejčastěji spojovány s léčbou depresivní poruchy, v jakých podmínkách a jakým způsobem. Tento přehled, který tato práce obsahuje, může být oporou muzikoterapeutům a dalším odborníkům působícím v oblasti péče o duševní zdraví. Tento přehled nabízí také konkrétní doporučení v oblasti výzkumu muzikoterapie v psychiatrii se zaměřením na depresivní poruchu a stává se tak možným východiskem pro výzkumníky v oblasti péče o psychické zdraví a muzikoterapie.

4.2 JBI Umbrella Review

Metodika této druhé fáze vyhledávání a zpracování studií využila některé prvky typu systematického review, které se označuje jako umbrella review. Na samotný úvod kapitoly je tedy vhodné vysvětlit, co se pod termínem Umbrella review skrývá.

Umbrella Review jsou typem syntézy stávajících systematických review, které umožňují posoudit a zvážit, zda hodnotitelé, kteří se zabývají podobnými otázkami pro posouzení kvality relevantních systematických review a jejich obsahu, nezávisle pozorují podobné výsledky a dospívají k obecně podobným závěrům. Přehledy systematických review jsou ve vědecké literatuře označovány několika různými názvy včetně „zastřešujících přehledů, reviews of systematic reviews, souhrny systematických review a také syntézy přehledů. Nicméně všechny mají v podstatě jeden společný definiční znak: systematický přehled (systematic review) je hlavním a často jediným „typem studie“, který je zvažován pro zařazení. JBI Umbrella Reviews jsou určena ke shromažďování důkazů z několika výzkumných syntéz

a jsou navrženy tak, aby zahrnovaly všechny typy syntéz výzkumných důkazů, včetně systematických review v jejich různých formách (efektivita, metaagregativní, integrativní atd.) a metaanalýz. Důvodů pro provedení JBI Umbrella Review je celá řada. Hlavním důvodem je shrnout důkazy z více než jedné syntézy existujících research evidences na různých úrovních. (Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, et al., 2014)

4.2.1 Metodika

Při tvorbě výzkumné otázky jsme využili mnemotechnické pomůcky PICO, které bývá tradičně využíváno k vytvoření jasného, smysluplného názvu a výzkumné otázky pro JBI Umbrella Review. **PICO** představuje zkratku slov **P**opulace, **I**ntervence, **C**/Komparace, **O**utcomes. Review otázka a mnemotechnická pomůcka PICO mohou potenciálním čtenářům poskytnout značné množství informací o zaměření, rozsahu a použitelnosti review pro jejich potřeby. (Munn, 2022)

Review otázka: „*Jaká existují systematická review zabývající se dospělými trpícími depresivní poruchou v kontextu jiných na hudbě založených terapeutických intervencí a muzikoterapeutického výzkumu?*“

Vyhledávací strategie a proces vyhledávání: Po předešlém, ve třetí kapitole popsaném vyhledávání v již zmíněné databázi Epistemonikos jsme se zaměřili na ta systematická review, které svou pozornost věnovala pouze muzikoterapii nebo jiným na hudbě založeným intervencím u osob trpících depresivní poruchou.

K dosažení maximální sensitivity provedeného vyhledávání byla použita následující klíčová slova: *(title:(title:(music) OR abstract:(music))) OR abstract:(title:(music) OR abstract:(music))* Výběr studií probíhal na základě inkluzivních/exkluzivních kritérií. U relevantních studií byly extrahovány informace o autorech, názvu a roku publikace. Klíčová slova byla stejná pro předešlý přehled psychiatrických onemocnění.

Výsledky vyhledávání: Celkem jsme identifikovali široký okruh 1009 studií, ze kterých bylo extrahováno celkem 14 systematických review odpovídajících našim požadavkům. Výsledky vyhledávání shrnují tabulky č. 6-15.

Inkluzivní kritéria		Exkluzivní kritéria
Populace	<p>Účastníci trpící depresivní poruchou, která není důsledkem onemocnění jiného, nejčastěji fyzického.</p> <p>Věk účastníků studií nad 18 let, vrchní věková hranice nebyla stanovena.</p> <p>Pohlaví, národnostní, etnická nebo jazyková příslušnost nebyla omezena.</p>	<p>Všechna ostatní psychická onemocnění, onemocnění komorbidní a onemocnění, která vznikla na podkladě jiného onemocnění – modelová situace: depresivní porucha jako důsledek stresové reakce související s prodělanou mozkovou mrtvicí. Dále pak autismus, demence, mentální retardace a závislost na návykových látkách.</p> <p>Věk mladší 18 let.</p>
Intervence	<p>Kterékoliv formy muzikoterapeutické intervence, zahrnující improvizální, aktivní i receptivní techniky.</p> <p>Na hudbě založené terapeutické intervence, které nejsou definovány jako muzikoterapie, např. z důvodu chybějícího terapeutického vztahu, ale využívají hudbu k terapeutickým záměrům v kontextu zdravotnické péče.</p>	<p>Využití hudby za jinými než terapeutickými účely, např. vzdělávacími.</p> <p>Využití vibrací a zvuků mimo hudební zkušenost, např. přístupy typu „Whole body vibration“.</p>
Komparátor	Nestanoven	Nestanoven
Outcomes	Nestanoveny	Nestanoveny
Typ studie	Systematická review dle klasifikace JBI	Literární/narativní přehledy, scoping review, kritická review, integrativní review.

Tabulka č. 3: Tabulka inkluzivních a exkluzivních kritérií pro přehled systematických review zabývajících se působením muzikoterapie u osob s depresivní poruchou

4.2.2 Přehled a analýza systematických review zabývajících se využitím muzikoterapie u osob trpících depresivní poruchou

Následující kapitola představí konkrétní systematická review zabývající se využitím muzikoterapie v oblasti léčby a péče o osoby trpící depresivní poruchou a tato podrobí detailnímu rozboru odpovídajícímu výzkumnému formátu PICO.

Autor a rok vydání:	Aalbers, Fusar-Poli, Freeman, et al., (2017)
Název:	<i>Music therapy for depression</i>
Populace	Osoby trpící depresivní poruchou, ve věku pohybujícím se v rozmezí mladší dospělosti až po starší dospělost. Populace není omezena etnicitou ani konkrétní kulturní či státní příslušností.
Intervence	Jakákoli forma muzikoterapie (např. improvizací, rekreativní, kompoziční nebo receptivní metody) poskytovaná samostatně nebo jako doplněk k jakékoli formě obvyklé léčby. Aby byla muzikoterapie zahrnuta, musela být poskytnuta vyškoleným terapeutem nebo zdravotnickým pracovníkem.
Komparace	Porovnání muzikoterapie a obvyklé léčby (dále jen OL), kterou je míněna například: psychoterapie, farmakologické terapie, jiné terapie nebo různé formy muzikoterapie pro snížení deprese.
Outcomes	<p>Primární outcome: Středně kvalitní důkazy vypovídají, že muzikoterapie spolu s OL dosahuje podstatně vyšší účinků nežli samotná OL u depresivních symptomů hlášených pacientem a hodnocených lékařem. Muzikoterapie nebyla v rámci této studie spojena s nežádoucími účinky ve srovnání s OL.</p> <p>Sekundární outcome: Muzikoterapie spolu s OL byla účinná v oblasti snížení úzkostí a zvýšení „fungování“ pacienta. Z důvodu nízké kvality důkazů však nelze spolehlivě tvrdit, že by muzikoterapie pozitivně ovlivňovala kvalitu života výrazněji nežli OL.</p>

Tabulka č. 4: Analýza systematického review „*Music therapy for depression*“

V tabulce č. 4 lze vidět detailní analýzu studie autorského kolektivu *Aalbers, Fusar-Poli, Freeman, et al., (2017)* odpovídající formátu PICO. Do kategorie „Populace“ zařadili autoři všechny osoby starší osmnácti let trpící depresivní poruchou, která nevznikla na podkladě jiného onemocnění, ať už chronické či akutní povahy. Rozhodující roli nehrála ani etnická či státní příslušnost účastníků.

V kategorii „Intervence“ se se setkáváme s poměrně otevřeným přístupem autorů, kteří neselektovali konkrétní muzikoterapeutické postupy, naopak do své studie zahrnuli všechny muzikoterapeutické intervence, ať už aktivní či receptivní povahy.

V oblasti „komparace“ se setkáváme s porovnáním muzikoterapie vedené formálně vzdělaným muzikoterapeutem oproti obvyklé léčbě (OL) poskytované zdravotnickým personálem. Byl posuzován, jak samotný vliv muzikoterapie na symptomy depresivní poruchy, tak samotný vliv OL, pod kterou řadíme tradiční postupy, jako jsou psychoterapie, nejčastěji kognitivně-behaviorální a Gestalt, farmakoterapie, ostatní terapie a různé specifické muzikoterapeutické přístupy.

„Primárním výstupem“ této studie bylo signifikantní zjištění, že muzikoterapie sama o sobě nepůsobí v takové síle na symptomy depresivní poruchy, jako v kombinaci s OL, přičemž ani samotné OL nepůsobí s dostatečnou uspokojivostí v oblasti snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života nemocných. Sekundární outcome potom představuje zjištění, že muzikoterapie ve spojení s OL zvyšuje kvalitu života nemocných. Dle zjištění autorů nelze na základě nízké kvality důkazů s jistotou tvrdit, že muzikoterapie sama o sobě snižuje úroveň úzkosti a zvyšuje obecné „fungování“ pacienta, a to i přesto, že tomu data nasvědčují.

Autor a rok vydání:	<i>Chan, Wong, Thayala, (2011)</i>
Název:	<i>The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: A systematic review</i>
Populace	Dospělí starší osmnácti let trpící depresivní poruchou.
Intervence	Intervencí byl poslech hudby, který je definován jako poslech prostřednictvím jakékoli formy hudebního zařízení nebo živé hudby, bez aktivního zapojení muzikoterapeuta.
Komparace	Porovnání terapeutického poslechu hudby a obvyklé léčby (dále jen OL), kterou je míněna například: psychoterapie, farmakologické terapie.
Outcomes	Primární outcome: Primárním výsledkem byla snížená úroveň depresivních symptomů měřená jakoukoli validovanou škálou pro depresivní poruchu. Poslech hudby po určitou dobu pomáhá snížit příznaky deprese u dospělé populace. Denní intervence se nezdá být lepší než týdenní a doporučuje se, aby poslech hudby probíhal opakovaně po dobu delší než 3 týdny, aby se dostavil kumulativní efekt.

Tabulka č. 5: Analýza systematického review „*The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: A systematic review*“

V tabulce č. 5 můžeme vidět analýzu dat získaných ze systematického review autorského kolektivu *Chan, Wong, Thayala, (2011)*. Tato studie je specifická tím, že zkoumá účinky pouhého poslechu hudby na symptomy depresivní poruchy, a to bez aktivní participace muzikoterapeuta. Důležité je zmínit, že cílem studie bylo zkoumat účinky techniky, kterou může poměrně snadno v prostředí zařízení péče o duševní zdraví aplikovat i zdravotnický personál po krátkém zaškolení.

„Populaci“ v tomto případě představují dospělí, kteří dosáhli minimálně osmnáctého roku věku a trpí depresivní poruchou. Etnická či státní příslušnost nehraje roli na zařazení či exkluzi participantů do studie.

Jak již bylo zmíněno, „Intervenci“ představuje receptivní muzikoterapeutická technika „terapeutický poslech hudby.“

Jedná se o poměrně snadnou techniku, která má zvýšený potenciál měřitelně snižovat úroveň depresivních symptomů, proto se tato studie zaměřila na poskytování této intervence zdravotnickými pracovníky. Hudba byla zprostředkována prostřednictvím hudebních nosičů nebo živého vystoupení. Dle zjištění autorů lze tvrdit, že nezáleží na tom, jaký typ hudby je k poslechu použit, jelikož vždy záleží na volbě a preferencích samotného posluchače. Doporučuje se tedy, aby posluchači dostali vždy na výběr, jaký druh hudby chtějí poslouchat.

„Komparací“ bylo srovnání terapeutického poslechu hudby a OL, která je v této studii definována stejně, jako v předchozím případě, tedy využití tradičních psychoterapeutických přístupů a farmakoterapie.

„Primárním výstupem“ je v tomto případě, že poslech hudby po určitou dobu pomáhá snížit příznaky deprese u dospělé populace, přičemž se nedoporučuje každodenní poslech hudby, nýbrž pravidelná týdenní sezení. Získaná data dále naznačují, že větší účinnost poslechu hudby lze dosáhnout prostřednictvím pravidelných sezení vedených po určitou dobu na rozdíl od nárazové epizodické péče. Navíc tato studie také naznačuje že poslech hudby působí prostřednictvím kumulativních efektů, které se pomalu hromadí, a v průběhu času začínají ovlivňovat příznaky depresivní poruchy a mají trvalé pozitivní účinky i po ukončení intervence.

Autor a rok vydání:	<i>Daykin, Mansfield, Maeds, (2017)</i>
Název:	What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults
Populace	Dospělí starší osmnácti let trpící depresivní poruchou. Studie zahrnovala pouze populaci UK.
Intervence	Intervencí byl nejčastěji poslech hudby a skupinový zpěv.
Komparace	Porovnání terapeutického poslechu hudby, zpěvu a obvyklé léčby (dále jen OL), kterou je míněna například: psychoterapie, farmakologické terapie.
Outcomes	Primární outcome: Signifikantní změny v oblasti well-beingu ovlivněné hudbou a zpěvem. Existují spolehlivé důkazy o pozitivních účincích hudby a zpěvu na well-being dospělých. Ukázalo se, že hudba a zpěv jsou účinné při zvyšování morálky a snižování rizika deprese u starších lidí.

Tabulka č. 6: Analýza systematického review „What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults“

„Populací“ jsou v tomto systematickém review osoby starší osmnácti let trpící depresivní poruchou, které žijí v UK. Jiná kritéria upravující podmínky zahrnutí do studie nebyla uvedena.

„Intervencí“ představuje v případě této studie poslech hudby a skupinový zpěv, případně poslech hudby v rámci mindfulness či jiných expresivních přístupů.

„Komparátorem“ ku zpěvu a poslechu hudby se stala OL.

„Primárním výstupem“ jsou změny v prožívání, snížení depresivních symptomů, zvýšení úrovně well-beingu. Signifikantní změny v oblasti well-beingu ovlivněné hudbou a zpěvem. Existují spolehlivé důkazy o pozitivních účincích hudby a zpěvu na well-being dospělých. Ukázalo se, že hudba a zpěv jsou účinné při zvyšování morálky a snižování rizika deprese u starších lidí.

Autor a rok vydání:	<i>Dingle, Sharman, Haslam, et al., (2021)</i>
Název:	<i>The effects of social group interventions for depression: Systematic review</i>
Populace	Participantů starší osmnácti let věku, trpící depresivní poruchou. Věk participantů se pohyboval v rozmezí 18 až 85 let.
Intervence	Umělecké programy byly organizovány profesionály, jako jsou komunitní hudebníci, často podporovaní univerzitními výzkumníky a studenty. Terapeutické programy se obvykle konaly jednou týdně po dobu 60-90 minut. Zpěv, tanec, bubnování 15 hodin (jednou týdně na 90 minut) po dobu 10 týdnů a představovaly nejčastější formu intervence.
Komparace	Muzikoterapie byla srovnávána s rekreačním zpěvem. Skupinové bubnování bylo srovnáváno s neléčenou kontrolní skupinou, která představovala pravidelné účastníky nehudebních sociálních skupin.
Outcomes	Primární outcome: Signifikantní snížení depresivních symptomů a zvýšení sociální odolnosti u osob v intervenční skupině po aplikaci muzikoterapie a skupinového bubnování. Průměrný rozdíl mezi oběma skupinami po 12 týdnech ukázal významný rozdíl, přičemž muzikoterapie byla účinnější při snižování depresivních symptomů než rekreační zpívání. Dalším zjištěním bylo, že u intervenční skupiny došlo k výraznému snížení úrovně deprese a úzkosti do 10. týdne. U kontrolní skupiny nikoliv. Podobně se zvýšila sociální odolnost a pohoda u těch, kteří bubnovali do 10. týdne, ale ne u kontrolní skupiny.

Tabulka č. 7: Analýza systematického review „*The effects of social group interventions for depression: Systematic review*“

V uvedené tabulce analyzující systematické review autorů *Dingle, Sharman, Haslam, et al., (2021)* si lze povšimnout, že svou pozornost věnovali věkově širokému spektru osob trpících depresivní poruchou. Jejich věk se pohyboval v rozmezí 18. až 85. roku života. Populace v tomto případě nebyla omezena inkluzivními kritérii, která by určovala konkrétní požadovanou národnost, etnicitu nebo pohlaví.

Kategorie „Intervence“ přináší vyčerpávající detailní informace o četnosti, rozsahu a typu poskytované intervence, která byla rozdělena na muzikoterapii, tak jak ji definují Evropská

muzikoterapeutická asociace a Světová muzikoterapeutická konfederace, dále na rekreační zpěv, skupinové bubnování a můžeme se zde setkat i s tancem, kterému však vzhledem k našemu zaměření nevěnujeme v této práci pozornost. Terapeutické programy se obvykle konaly jednou týdně po dobu 60-90 minut. Zpěv, tanec a bubnování se konalo 15 hodin (jednou týdně na 90 minut) po dobu 10 týdnů a představovali nejčastější formu intervence.

V oblasti „Komparace“ byl porovnáván účinek muzikoterapie a rekreačního zpěvu s kontrolní neléčenou skupinou. Zároveň byly pozorovány rozdíly mezi působením muzikoterapie a rekreačního zpěvu na intervenční skupinu ve snaze snížit depresivní symptomy a zvýšit úroveň duševního well-beingu. Dále byly porovnávány účinky skupinového bubnování s nehudební skupinou, jejíž účastníci byli pravidelnými účastníky sociálních skupin.

„Primárním výstupem“ této studie bylo signifikantní snížení depresivních symptomů a zvýšení sociální odolnosti u osob v intervenční skupině po aplikaci muzikoterapie a skupinového bubnování. Bylo dosaženo dat, která v oblasti „Outcomes“ zcela jasně vyzdvihují účinky muzikoterapeutické intervence, tak intervence skupinového bubnování. V obou případech bylo dosaženo signifikantních výsledků v oblasti snížení úzkostných a depresivních symptomů. Taktéž byly pozorovány změny v oblasti sociální odolnosti a schopnosti čelit různým situacím. Taktéž úroveň duševního well-beingu byla signifikantně vyšší u osob, kterým byla poskytována muzikoterapeutická péče nebo které se účastnily skupinového bubnování.

Autor a rok vydání:	<i>Dhippayom, Saensook, Promkhatja, Teaktong, Chaiyakunapruk, Devine, (2022)</i>
Název:	<i>Comparative effects of music interventions on depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis</i>
Populace	Osoby trpící depresivní poruchou, ve věku šedesáti let a více.
Intervence	Byla poskytována aktivní i receptivní muzikoterapie ve vysoké intenzitě - >60 minut týdně a v intenzitě nízké, tedy <60 minut za týden.
Komparace	Hudební intervence ve srovnání se standardní péčí – například: běžná péče, ergoterapie, terapeutické programy, účastníci bez péče žijící obvyklým způsobem.
Outcomes	<i>Primární outcome:</i> Signifikantní snížení depresivních symptomů po aplikaci muzikoterapie a měřitelné zvýšení úrovně duševního well-beingu. Na rozdíl od zjištění pramenících z předchozích studií, byl zjištěn silnější účinek aktivní muzikoterapie než muzikoterapie receptivní v oblasti snižování úrovně deprese. Bylo prokázáno, že zpěv zlepšuje emocionální stav i imunitu, pohodu, fyzickou a fyziologickou výkonnost a kvalitu života. Bylo navrženo, že používání hudebních nástrojů poskytuje příležitosti k vyjádření emocí mezi klienty, navozuje stavy pozitivní nálady a zlepšuje psychickou a fyzickou kvalitu života.

Tabulka č. 8: Analýza systematického review „*Comparative effects of music interventions on depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis*“

V oblasti „Populace“ zaměřují autoři systematického review svou pozornost na osoby ve věku šedesáti let a starší, které trpí depresivní poruchou. Populace není ani v tomto případě omezena státní, kulturní či etnickou příslušností. Ani pohlaví nehraje významnou roli.

„Intervenci“ v tomto případě představuje muzikoterapie aktivní i receptivní poskytovaná zkušeným muzikoterapeutem. Aktivní muzikoterapie zahrnovala především zpěv, improvizaci a používání různých hudebních nástrojů v rámci sebeexprese. Muzikoterapii receptivní zastupuje v tomto případě poslech hudby.

Autoři systematického review dále dělí poskytovanou muzikoterapeutickou intervenci na intenzivní, která se vyznačuje vyšší četností: >60 minut týdně a na muzikoterapeutickou intervenci o nízké intenzitě: <60 minut za týdně.

„Komparátorem“ k poskytované intervenci byla již tradičně OL, která je v tomto případě definována příklady, jako jsou běžná péče, ergoterapie, terapeutické programy a účastníci bez péče žijící obvyklým způsobem.

Primárním „výstupem“ analyzované studie bylo signifikantní snížení depresivních symptomů po aplikaci muzikoterapie a měřitelné zvýšení úrovně duševního well-beingu. Autoři *Dhippayom, Saensook, Promkhatja, et al., (2022)* uvádějí, že získaná data poukazují na výraznější účinnost aktivní muzikoterapie (konkrétně zpěvu v tomto případě) ve srovnání s muzikoterapií receptivní v oblasti pozitivního působení na symptomy depresivní poruchy. Dále bylo dokázáno, že zpěv zlepšuje emocionální stav i imunitu, pohodu, fyzickou a fyziologickou výkonnost a kvalitu života osob nacházejících se ve vývojovém stadiu starší dospělosti trpících depresivní poruchou. Taktéž využívání hudební nástrojů se jeví být účinným způsobem ku vyjadřování emocí, jelikož navozuje stavy pozitivní nálady a zlepšuje psychickou a fyzickou kvalitu života.

Autor a rok vydání:	<i>Dunphy, Baker, Dumaresq, et al., (2019)</i>
Název:	<i>Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms</i>
Populace	Osoby trpící depresivní poruchou, ve období starší dospělosti.
Intervence	Byla poskytována aktivní i receptivní muzikoterapie (zpěv, poslech preferované hudby, hra, pohyb na hudbu), n = 72, 60 min, 1x/ týden, 24 měsíců. Skupinová muzikoterapie, improvizace, předem nahraná hudba na zvládnání úzkosti a deprese, n = 40 60 min, 1x/týdně. Hrubá/jemná motorika v hudbě, rytmická hra, poslech populární hudby, rytmická hra s instrumentálním doprovodem, zpěv s instrumentálním doprovodem.
Komparace	Byly porovnávány různé modalities expresivně terapeutických přístupů mezi sebou a zároveň byly porovnávány s OL a dalšími terapeutickými přístupy, které jsou více méně zahrnuty pod OL.
Outcomes	Primární outcome: Snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života.

Tabulka č. 9: Analýza systematického review „*Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms*“

Analyzovaná studie zahrnuje osoby v období starší dospělosti trpící depresivní poruchou. Inkluzivní kritéria nebyla omezena pohlavím, národností či etnickou příslušností.

„Intervence“ zahrnovala, jak aktivní, tak receptivní muzikoterapii a kombinaci muzikoterapie s ostatními expresivními přístupy, jako je tanečně-pohybová terapie, arteterapie a další. Muzikoterapie zahrnovala aktivity jako jsou hra na hudební nástroj, zpěv, hudební improvizace, poslech hudby a pohyb na hudbu, zřejmě tedy automatický pohyb. Četnost muzikoterapeutických sezení představovala 72 sezení trvajících 60 minut, 1x týdně v průběhu 24 měsíců.

V kategorii „Komparátor“ byly porovnávány různé modalities expresivně terapeutických přístupů mezi sebou a zároveň byly porovnávány s OL a dalšími terapeutickými přístupy, které jsou více méně zahrnuty pod OL.

„Primární výstup“ v případě této studie představuje snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života za využití expresivních přístupů.

Autor a rok vydání:	<i>Gassner, Geretsegger, Ferbas, (2021)</i>
Název:	<i>Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews</i>
Populace	Osoby trpící depresivní poruchou ve věku 18 až 86 let.
Intervence	Ve studiích týkajících se depresivní poruchy byly aplikovány aktivní metody. Muzikoterapie byla aplikována týdně. Konkrétně pak šest sezení v průběhu týdne (20–120 minut) po dobu 6–12 týdnů.
Komparace	OL byla srovnávána s neposkytováním léčby, muzikoterapie byla srovnávána s OL, dále byla muzikoterapie srovnávána s psychologickou péčí.
Outcomes	<i>Primární outcome:</i> Primárním outcomem pro depresivní poruchu bylo v této studii zvýšení kvality života a subjektivně prožívané radosti, snížení depresivních a úzkostných symptomů. Bylo zjištěno, že aktivní muzikoterapie má přímý dopad na zvyšování kvality života a subjektivně prožívané radosti a zároveň snižuje depresivní a úzkostné symptomy.

Tabulka č. 10: Analýza systematického review „*Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews*“

Systematické review autorského kolektivu *Gassner, Geretsegger, Ferbas, (2021)*, zabývající se efektivitou muzikoterapie u rozličných diagnóz včetně depresivní poruchy představuje ve své podstatě jednu z výjimek, se kterými se můžeme setkat v našem přehledu. Vzhledem k širokospektrálnosti analyzované studie a našemu zaměření, byla věnována pozornost pouze datům, která popisovala efektivitu muzikoterapie u osob s depresivní poruchou. V kategorii „Populace“ si lze povšimnout, že autoři obsáhli široké rozpětí věku, které však ohraničili věkem dospělosti a vrchní hranicí byl potom v tomto případě osmdesátý šestý rok života. Nebyla definována žádná kritéria obsahující pohlaví, etnicitu, státní příslušnost.

V oblasti „Intervence“ se setkáváme s doporučením aplikovat u osob trpících depresivní poruchou aktivní muzikoterapii. Autoři na tomto místě zmiňují konkrétní setting, a to šest sezení v průběhu týdne (20–120 minut) po dobu 6–12 týdnů.

„Komparátorů“ obsahuje analyzované systematické review rovnou několik. OL byla srovnávána s neposkytováním léčby, muzikoterapie byla srovnávána s OL, dále byla muzikoterapie srovnávána s psychologickou péčí.

„Primárním výstupem“ pro depresivní poruchu bylo v této studii zvýšení kvality života a subjektivně prožívané radosti, snížení depresivních a úzkostných symptomů. Na základě získaných dat bylo zjištěno, že aktivní muzikoterapie má přímý dopad na zvyšování kvality života a subjektivně prožívané radosti a zároveň snižuje depresivní a úzkostné symptomy.

Autor a rok vydání:	<i>Gold, Solli, Krüger, et al., (2009)</i>
Název:	<i>Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis</i>
Populace	Osoby trpící depresivní poruchou ve věku 18 až 82 let. Dospělí s vážnými duševními poruchami, které zahrnovaly psychotické poruchy i některé nepsychotické poruchy, jako je hraniční porucha osobnosti, depresivní porucha, bipolární porucha a sebevražda spojená s duševní poruchou.
Intervence	Autoři uvádějí informaci, že bylo využito pouze muzikoterapie, přičemž tuto informaci dále nerozvádějí. Pouze doplňují o další informaci, že platforma „music medicine“ je vyloučena.
Komparace	OL byla srovnávána s muzikoterapií.
Outcomes	<i>Primární outcome:</i> Primárním outcomem pro osoby s depresivní poruchou bylo měření celkového duševního stavu, symptomů a fungování, výsledků souvisejících s hudbou, kvalitou života, úrovní léků nebo spokojeností s péčí. Ukázalo se, že muzikoterapie, pokud je přidána ke standardní péči, má silné a významné účinky na celkový stav, úroveň celkových symptomů, negativních symptomů, deprese, úzkosti, fungování a hudební angažovanost. Dále se ukázalo, že účinky nezávisí na diagnóze, což potvrzuje širokou použitelnost muzikoterapie.

Tabulka č. 11: Analýza systematického review „Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis“

I v tomto případě se jedná o systematické review, které věnuje svou pozornost širokému spektru psychických onemocnění včetně depresivní poruchy. Všechna data, která byla extrahována z tohoto systematického review se týkají pouze depresivní poruchy, vzhledem k záměru našeho přehledu. V kategorii „Populace“ se tedy můžeme setkat s osobami trpícími depresivní poruchou a dalšími, ve věkovém rozpětí od osmnáctého roku věku po 82. Systematické review se zaměřovalo na výzkum Čínské, Dánské, Italské, Japonské, Německé, Mexické, Srbské, UK, USA populace. Dohromady se účastnilo 691 participantů.

„Intervenci“ představuje využití muzikoterapie – dále nespecifikováno.

„Komparace“ probíhala na úrovni porovnání muzikoterapie a OL.

„Primárním výstupem“ pro osoby s depresivní poruchou bylo měření celkového duševního stavu, symptomů a fungování, výsledků souvisejících s hudbou, kvalitou života, úrovni léků nebo spokojeností s péčí. Bylo dokázáno, že muzikoterapie, pokud je přidána ke standardní péči, má silné a významné účinky na celkový stav, úroveň celkových symptomů, negativních symptomů, deprese, úzkosti, fungování a hudební angažovanost. Dále se ukázalo, že účinky muzikoterapeutické intervence nezávisí na diagnóze, což potvrzuje širokou použitelnost muzikoterapie a otevírá brány dalšímu výzkumu.

Autor a rok vydání:	<i>Gurbuz-Dogan, Ali, Candy, King, (2021)</i>
Název:	<i>The effectiveness of Sufi music for mental health outcomes. A systematic review and meta-analysis of 21 randomised trials</i>
Populace	Dospělí s různými psychickými onemocněními krom závislostí na návykových látkách. Dospělí trpící depresivní poruchou.
Intervence	Muzikoterapie obsahující makamy (systém melodií používaných v turecké klasické hudbě a turecké lidové hudbě. Poskytuje komplexní sadu pravidel pro skládání a performanci), definovaná jako a) poslech hudby, která má alespoň jeden specifický makam, který je považován za terapeutický nebo b) poslech turecké klasické hudby nebo súfijské instrumentální hudby, která má alespoň jeden makam, jehož přesný typ není definován.
Komparace	Byly porovnávány účinky muzikoterapie využívající súfijskou a klasickou tureckou hudbu s OL.
Outcomes	Primární outcome: Autoři uvádějí, že primárním outcomem jsou změny v jakýchkoliv měřítcích duševního zdraví. Výsledky naznačují, že súfijská hudba redukuje depresivní symptomy, úzkost a stres.

Tabulka č. 12: Analýza systematického review „*The effectiveness of Sufi music for mental health outcomes. A systematic review and meta-analysis of 21 randomised trials*“

Další ze systematických review, která věnují svou pozornost širokému spektru duševních onemocnění včetně depresivní poruchy. Populace v tomto případě obsahovala participanty, kteří jsou Turecké národnosti či takové, která rozumí kulturnímu významu súfijské a tradiční turecké hudby, jak dětského, tak dospělého věku. Naši pozornost jsme směřovali pouze vůči těm, kteří splňují námi stanovená inkluzivní kritéria.

Oblast „Intervence“ byla v případě tohoto systematického review velmi specifická, jelikož se zaměřila na působení jednoho velmi specifického hudebního stylu, a to súfijské a tradiční turecké hudby. Byl aplikován poslech této hudby.

„Komparátorem“ byla pro muzikoterapii využívající súfijskou hudbu OL.

Autoři uvádějí, že primárním výstupem jsou změny v jakýchkoliv měřítcích duševního zdraví. Výsledky naznačují, že súfijská hudba redukuje depresivní symptomy, úzkost a stres.

Autor a rok vydání:	<i>Ibiapina, Lopes-Junior, Portela Veloso, et al., (2022)</i>
Název:	<i>Effects of music therapy on anxiety and depression symptoms in adults diagnosed with mental disorders: a systematic review</i>
Populace	Dospělí trpící duševními onemocněními včetně depresivní poruchy. Populace nebyla omezena národností, pohlavím či etnickou příslušností.
Intervence	Byla zahrnuta muzikoterapie aktivní i receptivní.
Komparace	Účinky muzikoterapie u osob s depresivní poruchou u běžné populace byly srovnávány s OL.
Outcomes	Primární outcome: Snížení depresivních a úzkostných symptomů. Výsledky ukázaly pozitivní vliv muzikoterapie na symptomy úzkosti a deprese u dospělé populace. Dospělí, kteří podstoupili muzikoterapii, vykazovali fyzickou a duševní relaxaci, zmírnili úzkostné a depresivní symptomy a podporovali duševní pohodu vědomým a zdravým způsobem. Muzikoterapie se prezentuje jako potenciální strategie ke snížení úzkosti a deprese

Tabulka č. 13: Analýza systematického review „Effects of music therapy on anxiety and depression symptoms in adults diagnosed with mental disorders: a systematic review“

Pozornost autorů tohoto systematického review byla zaměřena na populaci dospělých, kteří trpí duševním onemocněním včetně depresivní poruchy. Aim studie byl zaměřen na snížení depresivních a úzkostných symptomů nemocných participantů.

V oblasti „Intervence“ byla aplikována, jak muzikoterapie aktivní, tak muzikoterapie receptivní.

„Komparace“ byla prováděna mezi osobami trpícími depresivní poruchou a mezi osobami využívajícími OL.

Snížení depresivních a úzkostných symptomů představovalo v tomto systematickém review „primární výstup“. Získaná data poukazují na pozitivní vliv muzikoterapie na symptomy úzkosti a deprese u dospělé populace. Dospělí, kteří podstoupili muzikoterapii, vykazovali fyzickou a duševní relaxaci, zmírnili úzkostné a depresivní symptomy a podporovali duševní pohodu vědomým a zdravým způsobem. Muzikoterapie se prezentuje jako potenciální strategie ke snížení úzkosti a deprese.

Autor a rok vydání:	<i>Leubner, Hinterberger, (2017)</i>
Název:	<i>Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression</i>
Populace	Populace byla rozdělena do tří skupin: Osoby ve věku 14 až 95 let trpící depresemi. 1. Mladí - <30, 2. Střední - >31<60, 3. Starší - ≥60
Intervence	Muzikoterapeutická intervence využívající jak aktivní, tak receptivní muzikoterapeutické techniky. Autoři uvádí tyto aktivity: bubnování, zpěv, improvizace na nástroje, tanec, hra na kytaru a klavír.
Komparace	Byl srovnáván vliv muzikoterapie na depresivní symptomy a „non-music“ léčba, nejčastěji OL.
Outcomes	Primární outcome: Snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života. Skupiny vykazovaly zlepšení deprese, pokud každé sezení trvalo průměrně 60 minut a léčba trvala 4 až 8 týdnů.

Tabulka č. 14: Analýza systematického review „*Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression*“

V systematickém review autorů Leubnera, Hinterbergera, (2017) se můžeme setkat se širokým věkovým rozpětím participantů. Vzhledem k podstatě našeho přehledu bude věnována pouze těm skupinám participantů, kteří splňují námi předem stanovená inkluzivní kritéria, tedy jsou starší osmnácti let a trpí depresivní poruchou. Příslušnost ke konkrétní národnosti, či etnicitě nebyla podmínkou ku zařazení do studie.

„Intervence“ zahrnovala, jak aktivní, tak receptivní muzikoterapeutické techniky, a to především bubnování, zpěv, poslech hudby, hra na hudební nástroje, jako jsou kytara a klavír a mimo jiné i tanec. V případě starších osob zařazených ve výzkumné skupině „střední“ a „starší“ bylo ku poslechu využito mimo jiné i jazzové hudby, konkrétně jazzových standardů.

V oblasti „komparace“ byl srovnáván vliv muzikoterapie a její bohaté palety technik s OL.

„Primárním výstupem“ bylo snížení depresivních symptomů, celkové zlepšení stavu a zvýšení kvality života. Autoři dále uvádějí, že získaná data dokazují, že nejefektivnějším

settingem pro signifikantní snížení úrovně depresivních symptomů bylo, když sezení trvala průměrně 60 minut v průběhu 4 až 8 týdnů.

Stejní autoři dále pokračují, tím že ke signifikantnímu zlepšení došlo u všech experimentálních skupin („mladí“, „střední“, „starší“) avšak u skupin kontrolních došlo ke zlepšení pouze v jednom případě, a to v tom, kde byla aplikována kognitivně-behaviorální terapie. Muzikoterapie však i přesto dosahovala stále lepších výsledků.

Autor a rok vydání:	<i>Morgan, Jorm, (2008)</i>
Název:	<i>Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review</i>
Populace	Účastníci s depresivní poruchou nebo vysokou úrovní depresivních symptomů staršího věku.
Intervence	Svépomocné metody, které mohou jednotlivci používat bez pomoci profesionálů: Poslech hudby, zpěv.
Komparace	Docházelo ke vzájemnému porovnávání mezi hudební intervencí, uměleckou, intervencí, používáním výživových doplňků, cvičením yoga, účinky masáže atd.
Outcomes	<i>Primární outcome:</i> Snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života. Výzkum v neklinických vzorcích ukázal okamžité příznivé účinky na depresivní symptomy, kterých bylo dosaženo skrze poslech hudby a zpěv. Avšak z dlouhodobého hlediska nebyla získána uspokojivá data pro poslech hudby v podmínkách svépomoci.

Tabulka č. 15: Analýza systematického review „Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review“

V našem přehledu netradiční systematické review, nad jehož zařazením bylo nutné se zamyslet vzhledem k jeho aimu a celkovému přínosu pro odbornou praxi. Nakonec bylo rozhodnuto systematické review zařadit, jelikož svými výsledky nepřímo zdůrazňuje nutnost využití cílené muzikoterapeutické intervence a podtrhuje tak, že by bylo naivní se domnívat, že bezcílné muzicírování bez jasně stanoveného postupu a cíle, kterého má být dosaženo, bez využití zkušeného muzikoterapeuta by mohlo mít dlouhodobý pozitivní vliv na depresivní či jinou psychiatrickou poruchu a zvýšení kvality života. Systematické review srovnává konkrétní muzikoterapeutické techniky, jako jsou zpěv a poslech hudby s ostatními možnostmi svépomocných postupů, jejichž cílem je snížení úrovně depresivních symptomů u osob s depresivní poruchou ve starším věku. Studie nebyla omezena národností či etnickou příslušností.

„Primárním výstupem“ studie bylo snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života pomocí uvedených intervencí. Bylo zjištěno, že hudba okamžitě snižuje úroveň depresivních a úzkostných symptomů, avšak jedná-li se o pouhé svépomocné využití, pak tyto krátkodobé žádoucí účinky nedosahují požadované délky.

Autor a rok vydání:	<i>Tang, Huang, Zhou, Ye, (2020)</i>
Název:	<i>Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials</i>
Populace	Osoby trpící depresivní poruchou, ale taktéž ostatními psychiatrickými diagnózami, ve věku od 13 do 82 let.
Intervence	Muzikoterapie představuje hlavní použitou intervenci. Byla použita aktivní muzikoterapie i receptivní muzikoterapie. Mezi specifické receptivní muzikoterapeutické metody, které byly použity, řadí autoři hudební asistovanou relaxaci, hudební imaginaci, řízenou hudební imaginaci a Bonny metodu. Mezi specifické aktivní muzikoterapeutické metody, které byly použity, řadí autoři rekreativní muzikoterapii, improvizaci muzikoterapii. Muzikoterapeutický režim (skupinová terapie, individuální terapie), muzikoterapeutické období (týdny) (2–4, 5–12, 13), frekvence muzikoterapie (1x týdně, dvakrát týdně, 3krát týdně), celkový počet sezení muzikoterapie (1–4, 5–8, 9–12, 13–16, >16), doba na jedno sezení (minuty) (15–40, 41–60, >60).
Komparace	Muzikoterapie byla komparována s kontrolní skupinou, která neobdržela žádnou hudební intervenci.
Outcomes	<i>Primární outcome:</i> Snížení depresivních symptomů u osob s depresivní poruchou a osob, které trpí ostatními duševními onemocněními. Bylo zjištěno, že muzikoterapie vykazovala lepší účinek na snížení depresivních symptomů u lidí s těžkým duševním onemocněním/psychiatrickou poruchou (včetně depresivní poruchy) ve srovnání s lidmi, kteří jsou duševně zdraví.

Tabulka č. 16: Analýza systematického review „*Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials*“

V případě této studie, stejně jako v předešlých případech věnovali autoři svou pozornost širokému věkovému rozpětí „Populace“ osob trpících depresivní poruchou a dalšími duševními onemocněními. My jsme však na základě studia plnotextu extrahovali pouze data týkající se osob starších osmnácti let, které i v dalších ohledech splňují námi stanovená inkluzivní kritéria. Populace nebyla omezena pohlavím, národností ani etnickou příslušností.

V kategorii „Intervence“ máme k dispozici detailní data popisující konkrétní techniky, jejich využití a setting terapeutických sezení. Autoři dělí použitou muzikoterapeutickou intervenci na „specifickou receptivní“ a „specifickou aktivní“. Specifická receptivní obsahuje hudební asistovanou relaxaci, hudební imaginaci, řízenou hudební imaginaci a Bonny metodu. Mezi specifické aktivní muzikoterapeutické metody, které byly použity, řadí autoři rekreativní muzikoterapii, improvizáční muzikoterapii. Co se týče settingu muzikoterapeutických sezení, tak probíhala terapie skupinová i individuální a jejich frekvence byla 1x týdně, 2x týdně, 3x týdně, celkový počet sezení muzikoterapie (1–4, 5–8, 9–12, 13–16, >16), doba na jedno sezení (minuty) (15–40, 41–60, >60).

„Primárním výstupem“ bylo snížení depresivních symptomů u osob s depresivní poruchou a osob, které trpí ostatními duševními onemocněními. Bylo zjištěno, že muzikoterapie vykazovala lepší účinek na snížení depresivních symptomů u lidí s těžkým duševním onemocněním/psychiatrickou poruchou (včetně depresivní poruchy) ve srovnání s lidmi, kteří jsou duševně zdraví.

Autor a rok vydání:	<i>Zhao, Bai, Bo, Chi, (2016)</i>
Název:	<i>A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression</i>
Populace	Muži a ženy ve věku šedesáti let nebo starší s klinickou diagnózou depresivní poruchy. Inkluzivním kritériem byla příslušnost k následujícím národnostem: Austrálie, Francie, Itálie, Švýcarsko, USA, Čína. Dohromady 1442 participantů.
Intervence	Byl zahrnut jakýkoli typ muzikoterapie – například individuální nebo skupinová terapie, aktivní nebo receptivní. Volná i strukturovaná improvizace, hraní komponované hudby na nástroje, zpěv a psaní nebo improvizace písní a poslech hudby.
Komparace	Srovnávací podmínky zahrnovaly žádnou léčbu, OL nebo stav aktivní kontroly. Muzikoterapie plus OL byla srovnávána s OL (tj. farmakoterapie, rehabilitace, zdravotní výchova a další standardní klinické postupy). Muzikoterapie byla také srovnávána s žádnou léčbou (tj. odpočinek nebo žádná intervence kromě udržování obvyklých fyzických a sociálních návyků).
Outcomes	<i>Primární outcome:</i> Snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života nemocných starších osob. Bylo zjištěno, že muzikoterapie v kombinaci s OL představuje nejúčinnější způsob léčby depresivní poruchy.

Tabulka č. 17: Analýza systematického review „A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression“

V kategorii „populace“ se setkáváme s osobami ve věku šedesáti a více let, které jsou diagnostikovány skrze depresivní poruchu. Autoři systematického review se zaměřili na výzkum v oblasti Australské, Francouzské, Italské, Švýcarské, USA a Čínské populace. Dohromady bylo zahrnuto 1442 participantů, kteří přináleží zmíněným kulturám.

Do oblasti „Intervence“ byla zahrnuta muzikoterapie v její komplexnosti. Individuální nebo skupinová terapie, aktivní nebo receptivní muzikoterapie. Volná i strukturovaná improvizace, hraní komponované hudby na nástroje, zpěv a psaní nebo improvizace písní a poslech hudby.

Srovnávací podmínky („Komparátor“) zahrnovaly žádnou léčbu, OL nebo stav aktivní kontroly. Muzikoterapie plus OL byla srovnávána s OL (tj. farmakoterapie, rehabilitace, zdravotní výchova a další standardní klinické postupy). Muzikoterapie byla také srovnávána s žádnou léčbou (tj. odpočinek nebo žádná intervence kromě udržování obvyklých fyzických a sociálních návyků).

„Primárním výstupem“ bylo Snížení depresivních symptomů a zvýšení kvality života nemocných strašících osob. V souladu s Goldem, et al., (2009) bylo zjištěno, že muzikoterapie v kombinaci s OL představuje nejúčinnější způsob léčby depresivní poruchy.

5 Diskuze

Přehled systematických review zabývajících se muzikoterapií v oblasti léčby a péče o osoby trpící psychiatrickými onemocněními nabízí vzhledem k námi stanoveným inkluzivním kritériím celkem 24 studií, které zahrnují dohromady 9 psychiatrických diagnóz. Diagnóza depresivní poruchy nebyla v tomto přehledu zahrnuta, jelikož ji byla věnována zvláštní pozornost v přehledu systematických review zaměřených na využití muzikoterapie v oblasti léčby a péče o osoby s depresivní poruchou.

První diagnózu představuje delirium, které není vyvolané alkoholem, ani jinými psychoaktivními látkami (F05). V této kategorii zaznamenáváme 3 systematická review, dále kategorie „Psychických onemocnění“, která zahrnovala 2 systematická review, následuje obsedantně kompulzivní porucha (F42.9), kde bylo identifikováno 1 systematické review, v oblasti poruch osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) bylo identifikováno 1 systematické review. Se stejným počtem, tedy jedním systematickým review byly obsaženy Poruchy příjmu potravy (F50), kategorii psychotických onemocnění včetně schizofrenie (F20-F29) bylo identifikováno 7 systematických review, v kategorii poruch spánku (F51) bylo identifikováno celkem 6 systematických review, v kategorii (F43) Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení byla identifikována 2 systematická review a v poslední kategorii (Z73.0) syndrom vyhoření bylo identifikováno 1 systematické review.

Počet systematických review nepřímo může ukazovat, ve kterých oblastech muzikoterapeutického výzkumu existuje nejméně/nejvíce studií. Nejnižší počet systematických review je u diagnóz, kterými jsou (1) delirium, které není vyvolané alkoholem, ani jinými psychoaktivními látkami (F05), (2) obsedantně kompulzivní poruchy (F42.9), (3) poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69), porucha příjmu potravy (F50), (4) reakce na těžký stres a porucha přizpůsobení (F43), (5) syndrom vyhoření (Z73.0).

V kontrastu k těmto oblastem je výzkum muzikoterapie u dospělých osob trpících depresivní poruchou. Zde bylo nalezeno dohromady 14 systematických review, která vzájemně porovnávají možnosti využití konkrétních muzikoterapeutických technik, majících za cíl především snižování úrovně depresivních symptomů a zvyšování kvality života nemocných.

Na základě dat, která jsme extrahovali ze studií uvedených v diskutovaném přehledu, můžeme konstatovat, že převážná část těchto studií (8) věnovala svou pozornost hlavně populaci nacházející se v období mladší až starší dospělosti.

Mezi druhou nejčastěji se vyskytující cílovou skupinu řadíme starší dospělé ve věku 60 a více let (4) a poslední věkovou kategorii představují účastníci, jejichž věk se pohybuje v rozmezí dětství (13 let) až starší dospělosti (92 let) (2).

V oblasti intervence se nejčastěji (9) ve studiích uvedených naším přehledem objevuje muzikoterapie využívající techniky aktivní i receptivní povahy, přičemž konkrétní techniky nebyly ve všech studiích specifikovány. Nejčastěji se však v kategorii aktivní muzikoterapie jedná o bubnování, hudební improvizaci a zpěv, což koresponduje s *Jacksonem, (2013)*, který uvádí, že hudební improvizace v případě osob trpících depresivní poruchou slouží k tzv. „mobilizaci“, která následně může vést k naplnění terapeutických cílů. V kategorii receptivní muzikoterapie převažuje hudební poslech. Na pomyslném druhém místě se nacházejí studie, které se zabývají terapeutickým hudebním poslechem (2) a muzikoterapií, která využívá pouze aktivní techniky (2). Nejméně častou intervencí představují „svépomocné intervence“, ku jejichž aplikaci není nutno odborného personálu. V této kategorii bylo identifikováno pouze jedno systematické review.

Nejčastěji se vyskytujícím komparátorem pak bylo srovnání muzikoterapie s obvyklou léčbou (OL) (8), dále pak srovnání terapeutického hudebního poslechu s OL (2) a na posledních příčkách se nacházejí studie, srovnávající účinky muzikoterapie a rekreačního zpěvu (1), svépomocných technik nezahrnujících pouze ty hudební povahy (1), muzikoterapie a žádné léčby (1) a na závěr systematické review srovnávající všechny expresivně-terapeutické přístupy mezi sebou navzájem a OL (1).

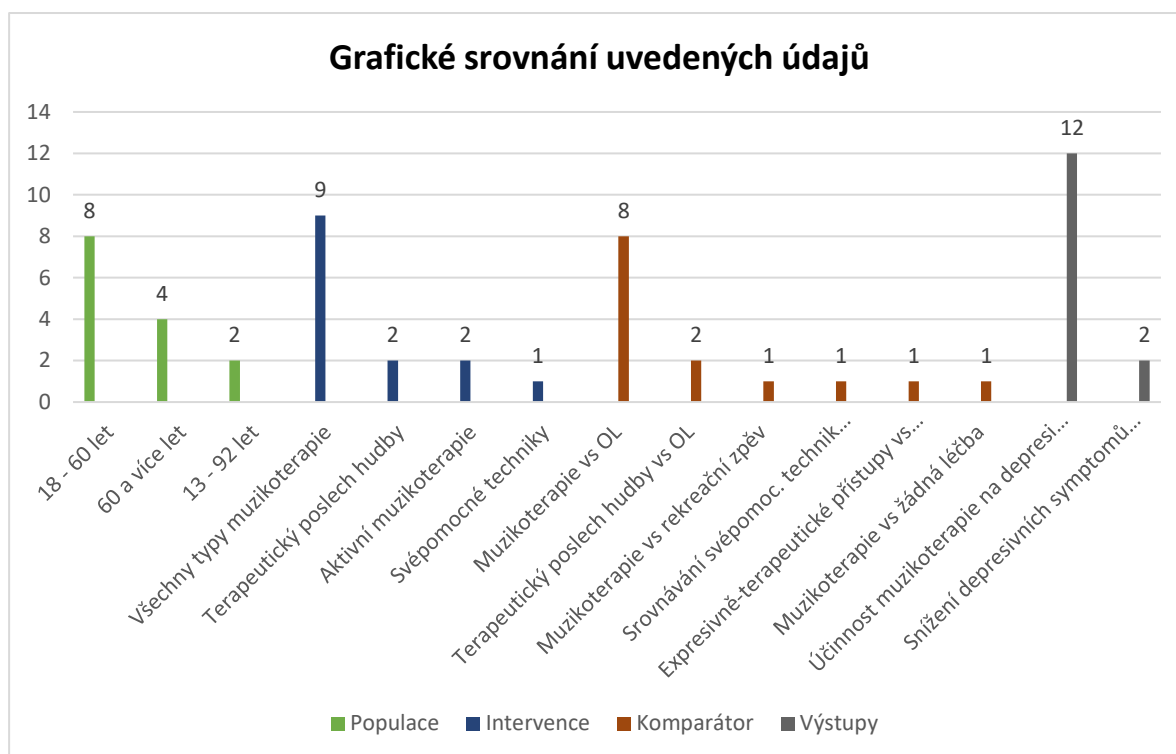
Poslední námi mapovanou oblast představuje oblast výstupů, které se v drtivé většině zaměřovaly na snižování depresivních a úzkostných symptomů a zvyšování životní kvality (12), ve dvou obsažených studiích byla pozornost směřována na snižování depresivních symptomů skrze hudební poslech.

Všechny z obsažených systematických review se jednohlasně shodují na tom, že muzikoterapie a na hudbě založené terapeutické intervence, které nejsou definovány jako muzikoterapie, např. z důvodu chybějícího terapeutického vztahu, ale využívají hudbu k terapeutickým záměrům v kontextu zdravotnické péče, jsou účinné v oblasti léčby osob nejen s depresivní poruchou. Bylo zjištěno, že samotná OL a častokrát ani OL v kombinaci s jinými tradičními verbálními psychoterapeutickými přístupy nedosahuje takových účinků v léčbě osob s depresivní poruchou jako kombinace muzikoterapie a OL.

Jediným systematickým review, které přineslo neuspokojivé výsledky je review autorského kolektivu *Morgana a Jorma, (2008)*, kteří se zabývali poslechem hudby, jako svépomocnou technikou. Bylo zjištěno, že svépomocný poslech hudby nemá z dlouhodobého hlediska dostatečně efektivní účinky na změny v oblasti prožívání osob s depresivní poruchou a dlouhodobé změny v oblasti kvality života.

Z hlediska doporučení pro další výzkum by bylo možné uvažovat o vytvoření studie typu umbrella review týkající se efektivity muzikoterapie a na hudbě založených intervencí u osob s depresivní poruchou. Na základě našich výsledků doporučujeme, aby toto umbrella review bylo rozděleno dle populace na dospělé osoby 18-60 let a dospělé nad 60 let. Z hlediska intervencí doporučujeme provést odděleně dvě analýzy podskupin – komparaci efektivity muzikoterapie a na hudbě založených intervencí a komparaci receptivních a aktivních intervencí. Jako komparátor doporučujeme obvyklou léčbu (případně žádnou léčbu), jako primární výstup doporučujeme snížení depresivních symptomů (jako sekundární výstupy mohou být všechny ostatní výstupy, které byly identifikovány v této práci).

Empirická část této diplomové práce má své limity, které jsou dány především designem obou provedených review. Ta přinesla pouze přehled relevantních studií, které jsou zejména v případě druhého vyhledávání deskriptivně popsány. Nelze se však vyjadřovat k efektivitě studií nebo k jejich metodologické kvalitě a riziku zkreslení. Proto je zapotřebí vytvořit umbrella review zaměřené na efektivitu muzikoterapie u osob s depresí, které by vzhledem ke svému designu pomohlo eliminovat nedostatky této práce. Na druhé straně nabízí námi vytvořený přehled podstatné informace, které lze využít nejen pro snadnější orientaci v oblasti muzikoterapie v psychiatrické péči, ale především pro tvorbu protokolu výše zmíněného umbrella review.



Graf č. 1: Grafické srovnání uvedených údajů

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou depresivní poruchy a uplatnění muzikoterapie při léčbě osob, které trpí touto, v současné společnosti se často vyskytující psychickou poruchou. Z důvodu komplexnosti problematiky byl čtenář seznámen s podstatnými výchozími koncepty týkajícími se tématu muzikoterapie, depresivní poruchy a léčby depresivní poruchy za využití muzikoterapeutických technik.

Teoretická část diplomové práce představila čtenáři muzikoterapii. Pozornost byla zaměřena především na determinaci muzikoterapie, vzhledem k zaměření této práce taktéž na propojení muzikoterapie s tradičními psychoterapeutickými přístupy a v neposlední řadě byl vysoký podíl pozornosti věnován muzikoterapeutickým technikám, které muzikoterapie nejčastěji využívá v oblasti péče a léčby osob s depresivní poruchou.

V druhé polovině teoretické části se může čtenář dozvědět informace týkající se samotné depresivní poruchy a její role v životech nemocných. Cíleně byla pozornost zaměřena především na oblasti etiologie depresivní poruchy, její diagnostiky skrze muzikoterapeutické techniky a léčby, a to jak psychoterapeutické, farmakoterapeutické, tak muzikoterapeutické. Vzhledem k podstatě empirické části diplomové práce bylo nutností seznámit čtenáře se zmíněnými tematickými okruhy.

Empirická část poté čtenáři nabídla přehled systematických review, zabývajících se otázkou efektivity muzikoterapie a jiných na hudbě založených přístupů, vyjma „music medicine“ v oblasti péče a léčby osob s psychiatrickými onemocněními. Ve druhé polovině empirické části byla pozornost věnována již pouze depresivní poruše. Každé ze systematických review bylo podrobena analýze dle formátu PICO a získaná data byla porovnána s daty, která byla extrahována z ostatních systematických review. Tak bylo dosaženo výsledků, které poukázaly na to, které z muzikoterapeutických technik a u kterých populací bývají využívány.

Výstupem této práce je doporučení pro realizaci studie typu umbrella review, které by bylo zaměřené na muzikoterapie/na hudbě založené intervence u dospělých osob s depresivní poruchou. Přehled systematických review může být také využit výzkumníky i zájemci o muzikoterapii v psychiatrické péči pro snadnější a rychlejší orientaci v dané problematice.

Seznam použité literatury

Monografie

1. ATKINSONOVÁ, (2003), BERNSTEIN, (2005), MACHAČ, et al., (1988) in SIGMUND, KVINTOVÁ, ŠAFÁŘ, (2014) *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*, Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 978-80-244-4372-0.
2. BANDURA, A. (1994) *Self-efficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81)* New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
3. BRUSCIA, K., E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Charles C Thomas, Publisher.
4. BRUSCIA, K. (2002) The boundaries of Guided Imagery and Music and the Bonny method. In K. Bruscia and D. Grocke (Eds.), *Guided Imagery and Music: The Bonny method and beyond*, Gilsum NH: Barcelona Publishers.
5. BUNT, L., (2002) *Music Therapy: An Art Beyond Words*. London, New York: Routledge. ISBN 9780203359716.
6. DIECKMANN, Hans, (1979) *Methoden der analytischen Psychologie: eine Einführung*. ISBN 3530163007.
7. DOHNALOVÁ, Lenka, (2021) *Hudební podněty s uměle zakomponovanou fyziologickou komplexitou zaměřená na specifické rehabilitační strategie pro pacienty s demencí*, Univerzita Palackého v Olomouci, disertační práce.
8. DOHRENWEND, B., DOHRENWEND, B., (1984) *Stressful life events and their contexts*. Rutgers University Press. ISBN 9780813510040.
9. DRLÍČKOVÁ, S., KANTOR, J., SMRČKOVÁ, A., (2022) *Muzikoterapie na základě konceptů biosyntetické psychoterapie s osobami se speciálními potřebami a jejich rodinami*, Univerzita Palackého v Olomouci, signální výtisk.
10. ENSEL, W., LIN, N., (1996) *Distal stressors and the life stress process*. Journal of community psychology. ISSN 0090-4392.
11. EYRE, Lillian, (2013) *Guidelines for Music Therapy Practice in Mental Health*. ISBN 9781937440466.
12. FOJTÍČKOVÁ, Jana, (2022) *Význam muzikoterapie pro recovery přístup*, Univerzita Palackého v Olomouci, diplomová práce.
13. FRANĚK, M. (2005) *Hudební psychologie*, Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0965-2.

14. GERLICOVÁ, Markéta, (2014) *Muzikoterapie v praxi, Příběhy muzikoterapeutických cest*, Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1791-8.
15. GREENBERG, WATSON, (2005) *Emotion-focused therapy of depression*. Washington D.C., APA Press. ISBN (NEUVEDENO).
16. GROCKE, D. E. (1999). *A phenomenological study of pivotal moments in guided imagery and music (GIM) therapy* (Doctoral dissertation, University of Melbourne).
17. HADLEY, S. (2004) *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. London, England: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1-84310-048-7.
18. HALPERN, S., (2005) *Muzikoterapie – léčivá síla hudby. 1. vydání*. Bratislava: Eko-konzult. ISBN 80-8079-044-2.
19. HANSER, S., B., (1987) *Music Therapist's Handbook*. St. Louis, MO: Warren H. Green. ISBN 9780875272726.
20. HILLS & LEWIS, (2011), NARANJO, et al., (2011); PUNKANEN, EROLA, EERKKILÄ, (2011) in EYRE, Lillian. *Guidelines for Music Therapy Practice in Mental Health*. 2013. ISBN 9781937440466.
21. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., a kol., (2015) *Psychiatrie a pedopsychiatrie*, Praha: Karolinum. ISBN 9788024629988.
22. JACKSON, (2013) in EYRE, Lillian. *Guidelines for Music Therapy Practice in Mental Health*. 2013. ISBN 9781937440466.
23. KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, MATĚJ, WEBER, Jana, (2009) *Základy muzikoterapie, Vyd. 1*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4728-469.
24. KOUKOLÍK, František, (2005) *Mozek a jeho duše*, Galen. ISBN 80-7262-314-1.
25. KRATOCHVÍL, Stanislav, (2012) *Základy psychoterapie, aktual. vydání*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0302-5.
26. LAŇKOVÁ, Jaroslava, RABOCH, Jiří, (2013) *Doporučené diagnostické terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-65-7.
27. LINKA, Arne, (1997) *Kapitoly z muzikoterapie, Vyd. 1*. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901-8344-1.
28. LUKÁŠOVÁ, Anna, (2018) *Vliv hudby na psychiku člověka*, Univerzita Palackého v Olomouci, bakalářská práce.
29. MÁDLOVÁ, (2014) *Hudba a její vliv na emoce a prožívání*, Masarykova Univerzita v Brně, diplomová práce.

30. MORENO, Joseph, (2005) *Rozehrát svou vnitřní hudbu*, Praha: Portál. ISBN 80-7178-980-1.
31. NEŠPOŘÍKOVÁ, Michaela, (2016) *Techniky muzikoterapeutické práce se seniory*, Univerzita Palackého v Olomouci.
32. NOVÁKOVÁ, Martina, (2014) *Relaxační a stimulační účinky s využitím choreoterapie u dětských recipientů*, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, bakalářská práce.
33. ODELL-MILLER, H. (2016). *Music therapy for people with a diagnosis of personality disorder*. In J. Edwards (Ed.), *The Oxford handbook of music therapy*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780199639755.
34. PLEVOVÁ, (2013) *Základy psychoterapie*, Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-
35. PRAŠKO, J., BULÍKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z., (2012) *Depresivní porucha a jak ji překonat*, Galén. ISBN 978-80-7262-656-4
36. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J., (2003) *Deprese a jak ji zvládat*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0859-4.
37. PROCHASKA, J., NORCROSS, J., (1999) *Psychoterapeutické systémy*, Grada: Psyché. ISBN 8071697664.
38. SAKKA, S., Laura, (2018) *Affective responses to music in depressed individuals. Aesthetic judgments, emotions, and the impact of music-evoked autobiographical memories*, Uppsala Universitet. ISBN 978-91-513-0221-8.
39. SINGH, P., MASTANA, S., (2015) *Depression: a silent culprit in health and disease*, Bentham e Books. eISBN 978-1-68108-145-8.
40. SLOTOROFF, C., (1994) *Drumming Technique for Assertiveness and Anger Management in the Short- -term Psychiatric Setting for Adult and Adolescent Survivors of Trauma*. In: *Music Therapy Perspectives*. ISBN (NEUVEDENO).
41. SMÉKAL, Petr, (2015) *Metodika iniciace hudební improvizace*, Janáčkova akademie múzických umění v Brně, bakalářská práce.
42. STEJSKALOVÁ, Martina, (2012) *Psychoterapie uměním*, Pressto Publishing. ISBN 978-80-905141-0-2.
43. SVOBODOVÁ, Marta, (2007) *Kvalita života lidí s depresemi*, Masarykova Univerzita v Brně, bakalářská práce.
44. THAUT, M., HODGES, A., Donald, (2018) *The Oxford Handbook of music and the brain*, Oxford University Press. ISBN 9780191842368.

45. TICHÁ, Kateřina, (2020) *Prožívání emocí vyvolaných hudbou u anhedonických pacientů trpících depresivní poruchou*, Masarykova Univerzita v Brně, bakalářská práce.
46. WASSERMAN, D., (2011) *Depression*, OXFORD UNIVERSITY Press. ISBN 978-0-19-960293-3
47. YOON, S., EDELYN, V., SCHLAUCH, R., et al., (2019) *Why do depressed people prefer sad music?* American Psychological Association. ISSN 1528-3542.

Elektronické zdroje

1. AALBERS, FUSAR-POLI, FREEMAN, et al., (2017) *Music therapy for depression*, Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3
2. ABRAMS, B., (2009) *Definitions of transpersonal BMGIM experience*, *Nordic Journal of Music Therapy*. DOI: <https://doi.org/10.1080/08098130209478054>
3. Akeso holding, (2023) *Centrum duševní rehabilitace, o projektu*. Dostupné z: <https://www.cdr-akeso.cz/>
4. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.)*. Washington, DC: APA. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Americká muzikoterapeutická asociace, (2022) *O muzikoterapii*. Dostupné z: <https://www.musictherapy.org/>
6. AROMATARIS, FERNANDEZ, GODFREY, et al., (2014) *Methodology for JBI Umbrella reviews*. Dostupné z: <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4367&context=smhpapers>
7. BAREŠ, Martin, KOPEČEK, Miloslav, (2006) *Léčba psychotické deprese – akutní a pokračovací farmakologická léčba*, *Psychiatrie pro praxi*. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/01/08.pdf>
8. BLEYES, LUYTEN, SOENENS, & CLAES, (2018); HALLDORSOTTIR & BINDER, (2017); ZHAO et al., (2018) in BODA, (2019) *Myelin and oligodendrocyte lineage cell dysfunctions: New players in the etiology and treatment of depression and stress-related disorders*, University of Turin. DOI: 10.1111/ejn.14621
9. CHAN, WONG, THAYALA, (2011) *The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: A systematic review*, Singapore National University Hospital, 2010;8(31):1242-1287

10. COMSTOCK, NANCY, W., (2023) *Critical Skills: Leadership*, Salem Press Encyclopedia. Dostupné z: https://searchworks.stanford.edu/articles/ers__98402056
11. CUI, WANG, YIN, et al., (2020) *Effects of the LHPP gene polymorphism on the functional and structural changes of gray matter in major depressive disorder*, Quantitative imaging in medicine and surgery. DOI: [10.21037/qims.2019.12.01](https://doi.org/10.21037/qims.2019.12.01)
12. CUIJPERS, P., KARYOTAKI, E., CIHAROVA, M., et al., (2021) *The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change and deterioration: A meta-analysis*. DOI: [10.1111/acps.13335](https://doi.org/10.1111/acps.13335)
13. CZMTA, (2023) *Co je to muzikoterapie*. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie/co-je-to-muzikoterapie>
14. DAYKIN, MANSFIELD, MAEDS, (2017) *What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults*, SAGE publication. DOI [10.1177/1757913917740391](https://doi.org/10.1177/1757913917740391)
15. DINGLE, SHARMAN, HASLAM, et al., (2021) *The effects of social group interventions for depression: Systematic review*, Journal of Affective Disorders. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.125>
16. DHIPPAYOM, SAENSOOK, PROMKHATJA, et al., (2022) *Comparative effects of music interventions on depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis*, eClinicalMedicine. DOI <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101509>
17. DUNPHY, BAKER, DUMARESQ, et al., (2019) *Creative Arts Interventions to Address depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms*, Frontiers in Psychology. DOI [10.3389/fpsyg.2018.02655](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02655)
18. Epistemonikos, (2023) *About Epistemonikos database*. Dostupné z: https://www.epistemonikos.org/en/about_us/who_we_are
19. ERKILLÄ, J., BRABANT, O., SAARIKALLIO, S., et al., (2019) *Enhancing the efficacy of integrative improvisational music therapy in the treatment of depression: study protocol for a randomised controlled trial*. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3323-6>
20. FOUBERT, K., DE BACKER, J., (2020) *Musical encounters on the borderline. Patterns of mutuality in musical improvisation with borderline personality disorder*, The arts in psychotherapy. DOI <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101599>

21. FRÜHHOLZ, TROST, KOTZ, (2016) *The sound of emotions-Towards a unifying neural network perspective of affective sound processing*, Neuroscience and behavioral reviews. DOI [10.1016/j.neubiorev.2016.05.002](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.002)
22. GASSNER, GERETSEGGER, FERBAS, (2021) *Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews*, European Journal of Public Health, DOI [10.1093/eurpub/ckab042](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab042)
23. GOLD, SOLLI, KRÜGER, et al., (2009) *Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis*, Clinical Psychology Review 29 (2009) 193–207
24. GRIFFITHS, T., WARREN, J., (2004) *What is an auditory object*, Nature review, neuroscience. DOI [10.1038/nrn1538](https://doi.org/10.1038/nrn1538)
25. GRONEWOLD, J., DUMAN, E., ENGEL, M., et al., (2022) *Association between life events and later depression in the population-based Heinz Nixdorf recall study-The role of sex and optimism*, PloSONE, DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271716>
26. GURBUZ-DOGAN, ALI, CANDY, KING, (2021) *The effectiveness of Sufi music for mental health outcomes. A systematic review and meta-analysis of 21 randomised trials*, Complementary Therapies in Medicine. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102664>
27. HARTMANN, M., MAVROLAMPADOS, A., TOIVIAINEN, P., et al., (2022) *Musical interaction in music therapy for depression treatment*, Psychology of Music, SAGE. DOI: [10.1177/03057356221084368](https://doi.org/10.1177/03057356221084368)
28. HOLMES, RAHE, (1967) *Inventář životních událostí*. Dostupné z: <https://docplayer.cz/30935216-Vliv-stresovych-faktoru-na-vykonnost-a-spokojenost-zamestnancu.html>
29. HSU, W., & LAI, H. (2004) *Effects of music on major depression in psychiatric inpatients*. Archives of Psychiatric Nursing, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2004.07.007>
30. IBIAPINA, LOPES-JUNIOR, PORTELA VELOSO, et al., (2022) *Effects of music therapy on anxiety and depression symptoms in adults diagnosed with mental disorders: a systematic review*, Acta Paul Enferm, DOI <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR02212>
31. Indian classical music: *What is Raag?* (2023). Dostupné z: <https://www.indianclassicalmusic.com/what-is-raag>

32. KESSLER, R., (1997) *The effects of stressful live events on depression*, *Annual review of psychology*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
33. KNOWLES, E., KENT, J., McKAY, D., (2016) *Genome-wide linkage on chromosome 10q26 for a dimensional scale of major depression*, *Journal of affective disorders*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.012>
34. KRYL, Michal, (2006) *Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese*, Psychiatrická klinika FN Olomouc, Česká a Slovenská psychiatrie. Dostupné z: <https://systemika.g-i.cz/record/2067/files/Kryl,.pdf>
35. KRYL, Michal, (nedatováno) *Deprese v somatické medicíně*, Psychiatrická klinika FN Olomouc.
36. LIN, M., HSU, M., CHANG, H., et al., (2010) *Pivotal moments and changes in the Bonny method of guided imagery and music for patients with depression*, *Journal of clinical nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03140.x>
37. LEUBNER, HINTERBERGER, (2017) *Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression*, *Frontiers in Psychology*. DOI [10.3389/fpsyg.2017.01109](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01109)
38. MAES, M., (1995) *Evidence for an immune response in major depression: a review and hypothesis*, *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. DOI: [10.1016/0278-5846\(94\)00101-m](https://doi.org/10.1016/0278-5846(94)00101-m)
39. MATHERS, et al., (2008) in JOSHI, S., MOONEY, S., RUNDLE, A., et al., (2017) *Pathways from neighborhood poverty to depression among older adults*, *Health&Place*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.12.003>
40. McGONAGLE, G., KESSLER, R., (1990) *Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms*, *Community psychology*, DOI: [10.1007/BF00931237](https://doi.org/10.1007/BF00931237)
41. Mental health America, (2023) *What is noradrenalin?* Dostupné z: <https://mhanational.org/what-noradrenaline>
42. Mezinárodní institut KBT, (2022) *Co je to KBT?* Dostupné z: <https://www.vycvikkbt.cz/co-je-kbt>
43. MORGAN, JORM, (2008) *Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review*, *BioMed Central*. DOI [10.1186/1744-859X-7-13](https://doi.org/10.1186/1744-859X-7-13)
44. MUNN, (2022) *JBI review question*. Dostupné z: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4688141>

45. Národní zdravotnický informační portál, (2023) *Deprese: diagnóza*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>.
46. Příloha č.: 1 *Ideogram lidského chromosomu 10 s vyznačenou oblastí 26.13 ovlivňující vznik depresivní poruchy*. Dostupné z: <https://genetics.pediatrics.med.ufl.edu/wordpress/files/2019/06/chrom-10-850.gif>
47. ROBINSON, S. Ronald, (2007) *The role of dopamine and norepinephrine in depression*, Primary psychiatry. Dostupné z: <http://primarypsychiatry.com/the-role-of-dopamine-and-norepinephrine-in-depression/>
48. ROUBAL, Jan, (2007) *Psychoterapie deprese – přístup gestalt terapie*, Institut pro gestalt terapii, Praha. Dostupné z: http://www.cspsihpsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_7_341_345.pdf
49. RUUD, E., (1997) *Music and identity*, Nordic Journal of Music Therapy. DOI: 10.1080/08098139709477889
50. SALLEH, M. R. (2008) *Life Event, Stress and Illness*. Malaysian Journal of Medical Sciences, 15(4), 9-18. PMID: 22589633. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341916/>
51. SMÉKAL, Vladimír, (2001) *Transakční analýza – příručka*. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/fss/podzim2004/PSY749/PRIRUCKA_TA.pdf
52. STEENHUIS, L., NAUTA, M., BOCKING, C., (2015) *Treating depressive symptoms in psychosis: A network meta-analysis on the effects of non-verbaltherapies*, PLoS ONE. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140637>
53. TANG, HUANG, ZHOU, YE, (2020) *Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials*, PLoS ONE. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240862>
54. VENKATARANGAM, S. (2021) *Participants' experiences of a receptive music therapy intervention that incorporates raga: An interpretative phenomenological analysis*. The Arts in Psychotherapy. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101762>
55. VUOSKOSKI, K., J., ZICKFELD, J., ALLURI, V., et al., (2022) *Feeling moved by music: Investigating continuous ratings and acoustic correlates*, PLoS ONE, DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261151>
56. WARREN, J., et al., (2005) *Analysis of spectral envelope of sounds by the human brain*, Neuroimage. DOI 10.1016/j.neuroimage.2004.10.031

57. ZAVALA J., RAMIREZ, M., MEDINA, R., et al., (2010) *Psychiatric Syndromes in Individuals With Chromosome 18 Abnormalities*. American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics [online]. ISSN 15524841. DOI:10.1002/ajmg.b.31047
58. ZHAO, BAI, BO, CHI, (2016) *A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression*, International journal of geriatric psychiatry. DOI 10.1002/gps.4494
59. ZMĚNA, (2008) *Stopstigma: Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění*.
Dostupný z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/deprese/index.html>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: *Grafické srovnání uvedených údajů*

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: *Tabulka inkluzivních a exkluzivních kritérií pro přehled systematických review zabývajících se působením muzikoterapie na různá psychiatrická onemocnění*

Tabulka č. 2: *Přehled systematických review v oblasti uplatnění muzikoterapie u osob s psychiatrickým onemocněním*

Tabulka č. 3: *Tabulka inkluzivních a exkluzivních kritérií pro přehled systematických review zabývajících se působením muzikoterapie u osob s depresivní poruchou*

Tabulka č. 4: *Analýza systematického review „Music therapy for depression“*

Tabulka č. 5: *Analýza systematického review „The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: A systematic review“*

Tabulka č. 6: *Analýza systematického review „What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults“*

Tabulka č. 7: *Analýza systematického review „The effects of social group interventions for depression: Systematic review“*

Tabulka č. 8: *Analýza systematického review „Comparative effects of music interventions on depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis“*

Tabulka č. 9: *Analýza systematického review „Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms“*

Tabulka č. 10: *Analýza systematického review „Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews“*

Tabulka č. 11: *Analýza systematického review „Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis“*

Tabulka č. 12: *Analýza systematického review „The effectiveness of Sufi music for mental health outcomes. A systematic review and meta-analysis of 21 randomised trials“*

Tabulka č. 13: *Analýza systematického review „Effects of music therapy on anxiety and depression symptoms in adults diagnosed with mental disorders: a systematic review“*

Tabulka č. 14: *Analýza systematického review „Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression“*

Tabulka č. 15: *Analýza systematického review „Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review“*

Tabulka č. 16: *Analýza systematického review „Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials“*

Tabulka č. 17: *Analýza systematického review „A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression“*

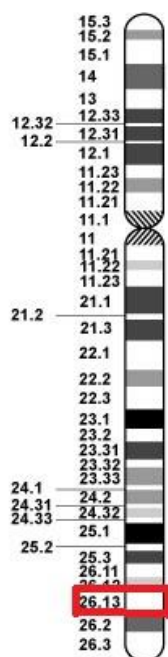
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: *Ideogram lidského chromosomu 10 s vyznačenou oblastí 26.13 ovlivňující vznik depresivní poruchy.*

Příloha č. 2: *Inventář životních událostí podle Holmese a Raheho, (1967)*

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:



Ch. 10

Zdroj: <https://genetics.pediatrics.med.ufl.edu/wordpress/files/2019/06/chrom-10-850.gif>

Příloha č. 2:

1. Smrt manžela či manželky	100	23. Odchod dítěte z domova	29
2. Rozvod	73	24. Problémy s příbuznými	28
3. Oddělené manželství	65	25. Vynikající osobní úspěch	26
4. Výkon trestu odnětí svobody	63	26. Partner začal nebo přestal chodit do zaměstnání	26
5. Úmrtí blízkého příbuzného	63	27. Zahájení či ukončení školy	26
6. Úraz, zranění nebo nemoc	53	28. Změna životních podmínek	25
7. Sňatek	50	29. Revize osobních návyků	24
8. Propuštění ze zaměstnání	47	30. Potíže s šéfem	23
9. Manželský smír	45	31. Změna pracovní doby, podmínek	20
10. Odchod do důchodu	45	32. Změna bydliště	20
11. Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	33. Změna školy	20
12. Těhotenství	40	34. Změna trávení volného času	19
13. Sexuální potíže	39	35. Změna církevních rituálů	19
14. Příchod nového člena rodiny	39	36. Změna společenských povinností	18
15. Změna rekvalifikace v zaměstnání	39	37. Menší hypotéka nebo půjčka	17
16. Změna finanční situace	38	38. Změna spánkových návyků	16
17. Úmrtí blízkého přítele	37	39. Změna rodinných sešlostí	15
18. Změna ve způsobu práce	36	40. Změna stravovacích návyků	15
19. Změna počtu manželských hádek	35	41. Dovolená	13
20. Větší hypotéka (půjčka)	31	42. Prázdniny	12
21. Vymáhání hypotéky (půjčky)	30	43. Méně závažné porušení zákona	11
22. Změna pracovních povinností	29		

Zdroj: HOLMES, RAHE, (1967) Inventář životních událostí. Dostupné z:
<https://docplayer.cz/30935216-Vliv-stresovych-faktoru-na-vykonnost-a-spokojenost-zamestnancu.html>

Anotace závěrečné práce

Jméno a příjmení: Zdeněk Maté
Katedra nebo ústav: Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce: doc. Mgr. Jiří Kantor, PhD.
Rok obhajoby: 2023
Název závěrečné práce: Muzikoterapie v oblasti péče o osoby s depresivní poruchou
Název závěrečné práce v anglickém jazyce: Music therapy in the field of care for people with a depressive disorder
Anotace závěrečné práce: Diplomová práce představuje čtenáři problematiku využití a efektivity muzikoterapie v oblasti péče a léčby osob s depresivní poruchou v celé její komplexnosti. Práce tedy popisuje muzikoterapii, konkrétní muzikoterapeutické techniky a jejich aplikaci v procesu léčby. Významná část diplomové práce věnuje svou pozornost problematice depresivní poruchy, její detailní deskripci, etiologii, způsobům léčby, a to jak tradičním (psychoterapie, farmakoterapie, intervence, které jsou v textu označovány jako „OL“), tak těm využívajícím právě muzikoterapii. V empirické části práce je věnována pozornost především tvorbě přehledů shrnujících systematická review, zabývající se muzikoterapií v kontextu léčby psychiatrických onemocnění, a především pak muzikoterapií v kontextu péče a léčby dospělých osob s depresivní poruchou.
Klíčová slova: Muzikoterapie, deprese, depresivní porucha, hudba, psychoterapie
Anotace závěrečné práce v anglickém jazyce: The diploma thesis presents to the reader the issue of the use and effectiveness of music therapy in the field of care and treatment of people with a depressive disorder in all its complexity. The thesis therefore describes music therapy, specific music therapy techniques and their application in the treatment process. A significant part of the diploma thesis dedicate its attention to the issue of depressive disorder, its detailed description, etiology, methods of treatment, both traditional (psychotherapy, pharmacotherapy, interventions referred to in the text as "OL") and those using music therapy. In the empirical part of the work, attention is mainly paid to the creation of overviews summarizing systematic reviews, dealing with music therapy in the context of the treatment of psychiatric diseases and, above all, music therapy in the context of the care and treatment of adults with a depressive disorder.
Klíčová slova v anglickém jazyce: Music therapy, depression, depression disorder, music, psychotherapy
Počet stran práce:

Jazyk: Český

Přílohy vázané v práci:

Příloha č. 1: *Ideogram lidského chromosomu 10 s vyznačenou oblastí 26.13 ovlivňující vznik depresivní poruchy*

Příloha č. 2: *HOLMES, RAHE, (1967) Inventář životních událostí*

Příloha č. 3: *Tabulka 1: Tabulka inkluzivních a exkluzivních kritérií pro přehled systematických review zabývajících se působením muzikoterapie na různá psychiatrická onemocnění*

Příloha č. 4: *Tabulka 2: Přehled systematických review v oblasti uplatnění muzikoterapie u osob s psychiatrickým onemocněním*

Příloha č. 5: *Tabulka 3: Tabulka inkluzivních a exkluzivních kritérií pro přehled systematických review zabývajících se působením muzikoterapie u osob s depresivní poruchou*

Příloha č. 6: *Tabulka 4: Analýza systematického review „Music therapy for depression“*

Příloha č. 7: *Tabulka 5: Analýza systematického review „The effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults: A systematic review“*

Příloha č. 8: *Tabulka 6: Analýza systematického review „What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults“*

Příloha č. 9: *Tabulka 7: Analýza systematického review „The effects of social group interventions for depression: Systematic review“*

Příloha č. 10: *Tabulka 8: Analýza systematického review „Comparative effects of music interventions on depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis“*

Příloha č. 11: *Tabulka 9: Analýza systematického review „Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms“*

Příloha č. 12: *Tabulka 10: Analýza systematického review „Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews“*

Příloha č. 13: *Tabulka 11: Analýza systematického review „Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis“*

Příloha č. 14: *Tabulka 12: Analýza systematického review „The effectiveness of Sufi music for mental health outcomes. A systematic review and meta-analysis of 21 randomised trials“*

Příloha č. 15: *Tabulka 13: Analýza systematického review „Effects of music therapy on anxiety and depression symptoms in adults diagnosed with mental disorders: a systematic review“*

Příloha č. 16: *Tabulka 14: Analýza systematického review „Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression“*

Příloha č. 17: *Tabulka 15: Analýza systematického review „Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review“*

Příloha č. 18: *Tabulka 16: Analýza systematického review „Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials“*

Příloha č. 19: *Tabulka 17: Analýza systematického review „A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression“*