

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií



Muzikoterapie u osob s depresivními a úzkostnými poruchami

Diplomová práce

Vypracovala: Mgr. Anna Horká

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

Olomouc, 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a pouze s využitím literatury, kterou cituji a uvádím v seznamu.

V Olomouci dne 30. 11. 2022

.....

Anna Horká

Poděkování

Děkuji doc. Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph. D. za podporu nejen při vedení diplomové práce. Děkuji PhDr. Kamile Laudové za tvořivou spolupráci. Dále děkuji prof. Vicky Karkou za odborné konzultace a inspiraci. Děkuji svým klientům za jejich otevřenost a za to, že mi umožňují neustále se od nich učit. V neposlední řadě děkuji své rodině za pochopení a podporu během studia.

Obsah

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1. Uvedení do problematiky	7
1.1 Depresivní poruchy	7
1.2 Úzkostné poruchy.....	8
1.3 Terapie a léčba duševních onemocnění.....	9
1.3.1 Terapie a léčba deprese.....	10
2. Muzikoterapie	13
2.1 Různé podoby muzikoterapeutické praxe	15
2.2 Využití muzikoterapie v kontextu péče o duševní zdraví	16
2.3 Muzikoterapie u osob s depresivními a úzkostnými poruchami	18
1.3.2 Program Arts for the blues.....	20
II. PRAKTICKÁ ČÁST	27
3. Výzkumné šetření	27
3.1 Metodika studie	28
1.3.3 Inkluzivní kritéria pro účastníky.....	28
1.3.4 Popis intervence (muzikoterapeutická modifikace programu AFTB)	29
1.3.5 Charakteristika primárních a sekundárních výstupů studie	29
3.2 Popis realizace výzkumného šetření	31
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
3.4 Vyhodnocení výsledků výzkumu	38
Diskuse.....	47
Závěr.....	56
Použité zdroje	58
Anotace.....	62

Úvod

Muzikoterapie jako profese se začala formovat v Evropě, Spojených státech amerických a Austrálii přibližně od poloviny 20. století a postupně si vybudovala svébytnou pozici při práci s klienty napříč věkovým spektrem i diagnostickým zařazením. V České republice představuje muzikoterapie disciplínu, jejíž vývoj v posledních letech dramaticky akceleroval. Čím dál častěji se s muzikoterapeuty můžeme setkat v nejrůznějších zařízeních – zdravotnických, sociálních či neziskových, přestože v současné době u nás ještě není muzikoterapie legislativně zakotvena. O rozvoj oboru, stanovení kvalifikačních standardů a etických požadavků od roku 2012 usiluje Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA).

Tato diplomová práce je zaměřena na využití muzikoterapie při práci s lidmi s depresí. Depresivními poruchami v současné době trpí přes 264 milionů lidí po celém světě, úzkostnými poruchami pak přes 284 milionů, v obou skupinách počet neustále narůstá (GBD, 2018 [online, cit. 2022-08-06]). Úzkostné poruchy jsou nejčastějším duševním onemocněním, deprese je nejčastější příčinou invalidity. Určit přesné procento lidí trpících úzkostnými a depresivními poruchami je však obtížné, jelikož značná část těchto poruch zůstává neléčena (WHO, 2022 [online, cit. 2022-08-07]).

Výběr tématu diplomové práce vychází z odborného zaměření autorky, která pracuje jako psycholožka a muzikoterapeutka s lidmi s duševním onemocněním v Psychoterapii Fokus Praha. Právě depresivní a úzkostné poruchy patří mezi nejčastější problémy, se kterými klienti do tohoto ambulantního zdravotnického zařízení přicházejí. Kromě muzikoterapie vychází profesní orientace autorky diplomové práce z integrativní gestalt terapie.

Text diplomové práce je rozdělen na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je uvedena problematika depresivních a úzkostných poruch se zaměřením na možnosti terapie a léčby deprese. Další kapitola vymezuje muzikoterapii s fokusem na její využití v oblasti péče o duševní zdraví, a zvláště u osob s depresí a úzkostí. V teoretické části je rovněž představen program *Arts for the blues* (dále „AFTB“), ze kterého vychází výzkumné šetření realizované v praktické části práce. V diskusi jsou výsledky šetření porovnávány se studií provedenou autory programu *Arts for the blues* ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska.

Program AFTB je zaměřen na klienty s depresí, proto je i v této diplomové práci akcentována depresivní problematika před úzkostnou. Vzhledem k časté komorbiditě depresivních a úzkostných poruch, kterou lze pozorovat rovněž u klientů, kteří muzikoterapeutický program absolvovali, je proto předmětem zájmu okrajově i úzkostná problematika.

V diplomové práci jsou zaměnitelně užívány termíny „expresivní terapie“, „umělecké terapie“ a „kreativní terapie“, přičemž respektujeme terminologii autorů, které citujeme. Stejně tak termíny „klient“ a „pacient“ jsou užívány způsobem vycházejícím z původních zdrojů. Hovoříme-li o účastnících vlastního muzikoterapeutického programu, používáme termín „klient“.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Uvedení do problematiky

V této kapitole budou definovány depresivní a úzkostné poruchy podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10)¹. Stručné uvedení do problematiky zahrnuje klasifikaci a diferenciální diagnostiku deprese, faktory podílející se na jejím vzniku a symptomy, které ji provázejí. Vedle rozdělení úzkostných poruch tak, jak je definuje MKN-10, představíme funkci strachu a úzkosti pro lidský organismus a uvedeme příznaky provázející úzkostné prožívání. Dále se zaměříme na možnosti terapie a léčby duševních onemocnění, nejprve obecně, poté s fokusem na depresi.

1.1 Depresivní poruchy

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2022, s. 210) patří deprese mezi afektivní poruchy (poruchy nálady), které jsou kódovány jako F30-F39: „*U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů je buď sekundární k změnám nálady a aktivity nebo může být snadno v tomto kontextu vysvětlena. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Začátek individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací.*“ Postihuje častěji ženy než muže.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2022 [online, cit. 2022-08-06]) je deprese hlavní příčinou vedoucí k neschopnosti („disability“ – jedná se o jakékoli omezení nebo ztrátu schopnosti zabývat se běžnými aktivitami). Je spojena s celým spektrem psychologických, sociálních a medicínských problémů. Svoboda (2006) uvádí, že lidé trpící depresí třikrát častěji navštívili praktického lékaře a značná část nákladů spojených s léčbou deprese byla vynaložena na nepsychiatrické problémy.

¹ Klienti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, byli diagnostikováni dle 10. revize MKN, proto i v diplomové práci vycházíme z této revize.

Depresi je třeba odlišit od obvyklých výkyvů nálad a krátkodobých depresivních reakcí na zvýšenou zátěž. Prožívané utrpení a zhoršené fungování v rodinném, sociálním, studijním či pracovním životě může člověka s depresí dovést až k sebevražedným úvahám či sebevražednému jednání. (WHO, 2022 [online, cit. 2022-08-06])

Faktory podílející se na vzniku deprese lze uměle rozdělit na biologické, genetické a psychosociální (Svoboda, 2006). Klasifikační kritéria MKN-10 zohledňují příčinu (primární vs. sekundární), polaritu (unipolární vs. bipolární), intenzitu (lehká, střední, těžká), přítomnost psychotické symptomatologie a délku trvání (depresa vs. dystymie). Depresivní porucha může proběhnout jako jedna epizoda, nebo se epizody mohou opakovat, v tom případě se diagnosticky klasifikuje jako rekurentní depresivní porucha.

Poněšický (1999) označuje depresi za kolaps intrapsychické a intrapersonální rovnováhy osobnostní struktury, jehož kvalita a prožívání se liší jedinec od jedince tak, jako je originální osobnost každého člověka.

Depresivní symptomatika může být součástí klinického obrazu řady dalších psychických, ale i jiných zdravotních obtíží. Mezi nejčastější symptomy deprese patří zhoršená nálada, snížená energie a aktivita, ztráta zájmů a pocitů uspokojení, narušení schopnosti koncentrace pozornosti, zvýšená unavitelnost, poruchy spánku (ranní probouzení o několik hodin dříve před obvyklou hodinou provázené tzv. ranními pessimí) a poruchy příjmu potravy, ztráta libida, zhoršený sebeobraz, zhoršení motoriky. (MKN-10, 2022) K dalším příznakům patří nerozhodnost, ztráta sebedůvěry, výčitky, vtíravé myšlenky či zanedbávání péče o vlastní osobu (Svoboda, 2006). Lidé trpící depresí mohou uvádět různé fyzické těžkosti (bolest, slabost, únava), které nejsou vysvětlitelné jinými zdravotními obtížemi (WHO, 2022 [online, cit. 2022-08-06]).

1.2 Úzkostné poruchy

Dle MKN-10 patří úzkostné poruchy mezi neurotické, stresové a somatoformní poruchy, které jsou kódovány jako F40-F49. Řadí se mezi ně fobické úzkostné poruchy, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha (GAD), smíšená úzkostná a depresivní porucha, obsedantně-nutková porucha (OCD), posttraumatická stresová porucha (PTSD), disociativní poruchy atd.

Úzkost a strach mají pro organismus adaptivní funkci. O úzkosti a/nebo strachu jako o nemoci či poruše lze hovořit až v případě, že se tyto symptomy objevují příliš často, trvají příliš dlouho a intenzita je nepřiměřená vzhledem k situaci, která je spustila. Baštecká (2003) přirovnává úzkost k bolesti, bolest i úzkost nám ohlašují situace ohrožení, kterým se máme vyhnout. Úzkost se může projevit u celé řady psychických poruch, ale může být také součástí reakce na tělesné onemocnění. (Svoboda, 2006) Praško (2005) definuje úzkostné poruchy jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Typickými dominujícími symptomy jsou úzkost, strach a obavy často doprovázené vegetativními příznaky, mezi které patří tachykardie, dušnost a hyperventilace, závratě, třes, pocení, trávicí či vylučovací obtíže a nauzea. Pokud se úzkost objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o panice (tzv. panická ataka). Týká-li se strach konkrétních situací, kterých se lidé běžně nebojí, hovoříme o fobii. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, jedná se o anticipační úzkost. Úzkost se může projevat též jako trvalý fluktuující stav. Míra příznaků je tak velká, že omezuje pracovní život, rodinné soužití nebo prožívání volného času. (Praško, 2005; Svoboda, 2006)

Častá je kombinace depresivních a úzkostných symptomů, Svoboda (2006) uvádí, že komorbidní deprese a úzkost jsou spíše pravidlem než výjimkou. Podle Baštecké (2003) úzkost často depresi předchází.

1.3 Terapie a léčba duševních onemocnění

Bio-psycho-sociální pojetí² zdraví implikuje celostní pohled na léčbu duševního onemocnění. Vybíral a Roubal (2010) hovoří o psychosociální rehabilitaci, což je přístup využíváný k pomoci a podpoře člověka s duševním onemocněním, který může zahrnovat i farmakoterapii a psychoterapii. Pomáhá lidem s dlouhodobými psychiatrickými problémy zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. Součástí psychosociální rehabilitace je rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí.

2 Někdy též bio-psycho-sociálně-spirituální model.

V současné době jsme svědky probíhající reformy psychiatrické péče v České republice, jejímž nejjobecnějším smyslem je ochrana lidských práv osob s duševním onemocněním. Cílem reformy je podstatná změna systému péče od centralizované ke komunitní. Důležitou součástí tohoto procesu je přístup k chápání duševní nemoci, který v popředí nevidí diagnózu klienta, ale člověka jako jedince. Pojem zotavení („recovery“) je v Čechách poměrně novým konceptem, ve světě se však objevuje již od 80. let 20. století. Jedná se o hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná. (Anthony, 1993) Klíčová je podpora smysluplného života a podpora zdraví a potenciálního růstu („from illness to wellness“). Důraz je kladen na naději, pozitivní sebeobraz, identitu, spiritualitu, vztahy, sebedůvěru, smysl, pocit kontroly a hledání zdrojů klienta; zaměření na možnosti, nikoli limity. Člověk s duševním onemocněním se aktivně podílí na plánování podpory prostřednictvím oboustranné komunikace s profesionály. (Edwards, 2016)

1.3.1 *Terapie a léčba deprese*

V odpovědi na závažnost obtíží a individuální symptomatologii je pacientům poskytována léčba, a to farmakologická a/nebo terapeutická, přičemž konkrétní indikace by měla kromě doporučení lékaře či terapeuta a dostupnosti terapeutických programů zohlednit také osobní preference klienta. WHO (2022 [online, cit. 2022-08-07]) upozorňuje, že v případě lehké a středně těžké depresivní fáze by neměla být farmakologická léčba první volbou. V případě těžké rekurentní deprese bývá indikována léčba biologická, která může vedle farmakoterapie zahrnovat elektrokonvulzivní terapii a další méně obvyklé terapeutické přístupy (léčba světlem, spánkovou deprivací, repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS), stimulace nervus vagus) (Svoboda, 2006). Nové možnosti v léčbě rezistentní deprese přináší ketaminem asistovaná psychoterapie, kterou nabízí od roku 2020 psychedelická klinika Psyon v Praze.

Data, která uvádí WHO (2022 [online, cit. 2022-08-07]), ukazují, že až 75 % lidí vykazujících symptomy deprese nedostává efektivní léčbu. Důvodem je nedostatečná

informovanost klientů i odborníků, nedostupnost léčby a přetrvávající stigmatizace osob s duševním onemocněním. Na druhou stranu, antidepresiva jsou v celosvětovém měřítku nadměrně předepisována i pacientům, kteří diagnostická kritéria pro depresi nesplňují.

Kryl (2006) uvádí, že cílem psychoterapie u lidí s depresí by mělo být, v širším slova smyslu, poskytnutí naděje, opory a porozumění, vytvoření „přemostění“ od sociální izolace ke vztahům. Vybudovat pevný terapeutický vztahu znamená položit základní kámen důvěry k ostatním lidem a vzbudit tak u pacienta znovu touhu žít. V užším slova smyslu jde o změnu postojů: docílit u pacienta odstup od chorobného procesu, od prožitků viny, od sebekritických úvah. Naučit ho depresi vnímat jako těžkou, ale přechodnou životní krizi, která není fatálně neovlivnitelná; podporovat ho v budování životní perspektivy.

Roubal (2014) popisuje fenomén bludného kruhu deprese: depresivní stav snižuje schopnost klienta vypořádat se s vlastními intrapsychickými procesy i s nároky okolí, tím dochází k častějšímu selhávání, následnému prohlubování depresivního stavu a dalšímu snižování klientových schopností, čímž se rozvíjí bludný kruh.

Tentýž autor (Roubal, 2014 a 2022) zkoumal prožitek terapeutů při práci s depresivními klienty a předložil teoretický model trajektorie spoluprožívání deprese. Ústředním konceptem je prožitková oscilace terapeuta směrem od depresivního prožitku a k depresivnímu prožitku, resp. od klienta a ke klientovi, která se opakuje i několikrát během jednoho terapeutického sezení. Ve chvíli, kdy je sdílení depresivního prožitku, který zahrnuje pocity beznaděje, ztráty smyslu, tíhy, slabosti či vyčerpání, příliš intenzivní, obrací se terapeut k sobě, chrání sám sebe. V této pozici se staví do bezpečnější pozice experta, objevuje se snaha o změnu symptomů a hledání řešení, což ho ale může od klienta vzdalovat. Terapeut může pociťovat vztek vůči klientovi a frustraci, když navrhovaná řešení nepomáhají. Obrací se proto opět ke klientovi, kterého je nyní možné vnímat jako člověka ve své jedinečnosti, být s ním v kontaktu a zaměřit se na vzájemný vztah.

Rovněž Baštecká (2003, s. 149) se věnuje prožívání odborníků pracujících s lidmi s depresí a předkládá dva krajní přístupy, které pravděpodobně oba vyvěrají ze strachu z bezmoci: „Na jedné straně můžeme pozorovat snahu najít tabletky na všechno (i na štěstí), na druhé straně mají pomáhající pracovníci sklon nahlížet na člověka jako na svrchovaného strůjce vlastního osudu. V prvním případě je třeba připomenout přirozený

běh života, ve kterém občasná období sklíčenosti (...) patří k normální lidské zkušenosti a nepovažují se za depresivní poruchu. V druhém případě je třeba přiznat, že běh života se někdy přirozenosti vymkne.“

Doporučeným postupem amerického ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí je strategie „pokus-omyl“, kdy je zvolená léčba, ať již farmakologická či terapeutická, po předem stanovené období testována ve spolupráci odborníka a pacienta. Když se výsledek nedostaví, zvolí se další možná léčba a postupuje se obdobným způsobem. Pacient v tomto uspořádání vystupuje jednak jako příjemce léčby, jednak jako spolupracovník odborníka. (Baštecká, 2003) Stejná autorka (tamtéž) dále upozorňuje, že je zapotřebí zkoumat význam deprese u pacienta a uvážit, co a jakými prostředky se dá léčit přiměřeně jeho životní situaci.

Muzikoterapie jako jedna z možností léčby/terapie u osob se symptomy deprese bude blíže představena v následující kapitole.

2. Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. uměleckých nebo také expresivních terapií, které pracují s výrazovými uměleckými prostředky (Kantor a kol., 2009). Můžeme se setkat s rozmanitými směry a orientacemi muzikoterapie v závislosti na kulturním prostředí, cílové skupině klientů, konkrétním muzikoterapeutickém modelu a dalších faktorech. Je velmi obtížné vytvořit definici, která by byla univerzální a dostatečně senzitivní vůči různým muzikoterapeutickým přístupům a heterogenitě terapeutické praxe (Bruscia, 1998). Jednu z definic, která nabízí poměrně komplexní představení muzikoterapie, uvádí Schmidt-Peters (2000, s. 2): *„Muzikoterapie je systematický a cílený proces interakcí a intervencí, založený na zhodnocení specifických potřeb klienta, jeho silných a slabých stránek, ve kterém profesionální muzikoterapeut užívá hudby nebo zkušeností založených na hudbě (zpěv, hra na hudební nástroje, pohyb, poslech, skladba či reflexe písní a hudby) k uskutečnění pozitivních změn v oblasti stavu, dovedností, myšlení, emocí nebo chování klienta.“*

Muzikoterapie jako transdisciplinární obor stojí v systému věd na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou a hudební teorií, filosofií a estetikou; metodologicky souvisí se všeobecnou medicínou, psychiatrií, psychologií a pedagogikou (Kantor a kol., 2009; Zeleiová, 2007). Muzikoterapii lze chápat jako umění, jako vědu nebo jako interpersonální proces. Muzikoterapii můžeme dále rozlišovat jako disciplínu, která představuje ucelený systém poznatků skládající se z teorie, praxe a výzkumu, a jako profesi, která zahrnuje organizovanou skupinu lidí, kteří používají stejný systém poznatků (Bruscia, 1998). Za základní podmínky muzikoterapie považuje Bruscia (tamtéž) proces systematické intervence, vztah terapeuta a klienta, podporu zdraví klienta a hudební zkušenost sdílenou klientem a terapeutem.

Nahodilé hudební zkušenosti nelze nazývat muzikoterapií, jedná se o tzv. muzikoterapeutické služby (Bruscia, 1998). Muzikoterapie je naopak cílená a zaměřená na naplnění potřeb klienta. Cíle stanovené ve spolupráci terapeuta, klienta, popř. i dalších odborníků, pak určují směr, kterým se bude terapeutický proces ubírat. (Schmidt-Peters, 2000)

Při procesu indikace muzikoterapie u konkrétního klienta je zvažováno, zda bude muzikoterapie primární léčebnou intervencí nebo zda se bude jednat o podpůrný prostředek léčby. U klientů s těžšími depresivními symptomy je muzikoterapie většinou

součástí komprehenzivní péče (např. doplňuje léčbu farmakologickou), nenahrazuje psychiatrickou léčbu, ale stává se jejím žádoucím katalyzátorem usnadňujícím zotavení, někdy je i podstatným zdrojem zlepšení stavu klienta. Ve většině případů nejde o nalezení jediné psychogenní příčiny nemoci, ale o vnitřní proměnu klienta a jeho pohledu na celý komplex faktorů, které se na vývoji nemoci a jejím udržování podílejí. (Kantor, 2009)

Tentýž autor (tamtéž) uvádí výčet predispozic u klienta pro indikaci muzikoterapie napříč věkovým spektrem i jednotlivými resorty, v jejichž rámci je muzikoterapie poskytována. Z nich níže vybíráme ty, které lze vztáhnout k příslušné skupině klientů, tedy k indikaci muzikoterapie pro dospělé s depresivní poruchou. Mezi výrazně predisponované pro indikaci patří klienti:

- u kterých nejsou konfrontativní terapie doporučené (např. lidé s nízkým sebevědomím a schopností sebeocení);
- s nedostatkem motivace k tradičním terapiím;
- s deficitem v sociální nebo interpersonální rovině;
- u kterých jsou tradiční léčebné prostředky neúspěšné nebo kontraindikované;
- u kterých jsou evidentní známky, že muzikoterapeutická intervence bude nebo je úspěšná.

Kontraindikováni pro muzikoterapii bývají klienti:

- kteří nemají pozitivní vztah k hudbě;
- kteří muzikoterapii v minulosti absolvovali, nepomohla jim a nemají v ni důvěru;
- s nedostatečnou motivací k terapii;
- s těžšími poruchami osobnosti;
- u nichž je patrné, že jiný terapeutický přístup bude efektivnější vzhledem k diagnóze nebo potřebám klienta.

Tentýž autor (tamtéž, s. 110) upozorňuje, že „nelze uvést jednoduchá vodítka pro rozhodování o kontraindikaci muzikoterapie. Muzikoterapeuti berou v úvahu množství faktorů a vždy posuzují vhodnost zahájení muzikoterapie v rámci celkové situace klienta. Pochopitelně má svůj vliv také klinická praxe muzikoterapeuta, jeho styl práce, výběr hudebních zkušeností a v neposlední řadě také ochota riskovat.“

2.1 Různé podoby muzikoterapeutické praxe

V této části budou představeny některé možnosti, jak lze klasifikovat různé podoby muzikoterapeutické praxe. Formy muzikoterapie se vztahují k uspořádání terapeutické situace z hlediska počtu klientů, popř. z hlediska systému, v němž probíhá. Obecně se nejčastěji využívá forma individuální, skupinové a komunitní, popř. kolektivní či hromadné terapie. Individuální terapie je založena na interakčním vztahu terapeut – klient. (Kantor a kol., 2009) Skupinová terapie využívá skupinovou dynamiku, kterou Kratochvíl (2005, s. 15) definuje jako „*souhrn skupinového dění a skupinových interakcí*“. Tím se liší od kolektivní či hromadné terapie, ve které terapeut působí na více klientů současně, avšak nevyužívá k léčebným účelům interakce, které se mezi nimi odehrávají. Komunitní forma terapie na rozdíl od skupinové terapie nepracuje s uměle vytvořenými skupinami klientů, ale s přirozeně existujícími skupinami, např. s rodinou, komunitou vrstevníků, školní třídou apod. (Kantor a kol., 2009)

Obsah muzikoterapie, kterým se rozumí systém metod a postupů, se uskutečňuje prostřednictvím aktivních a receptivních hudebních činností. Tzv. „aktivní“ muzikoterapie se uskutečňuje pacientovou vokální nebo instrumentální, popř. obojí interpretací, improvizací nebo kompozicí; „receptivní“ (poslechová, dříve také pasivní) muzikoterapie může být uskutečňována poslechem živě hrané nebo reprodukované hudby. (Grocke and Wigram, 2007) Mössler (et al., 2012) dělí muzikoterapeutické metody na a) produktivní, jejichž prostřednictvím je podporováno expresivní vyjádření v rámci terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem, přičemž vzniká něco nového, b) reproduktivní, které zahrnují reprodukci již existujících hudebních kusů či zlepšování a procvičování hudebních dovedností, a c) receptivní (poslechové).

Muzikoterapeutická intervence dle Kantora a kol. (2009) obsahuje z procedurálního hlediska přípravu, realizaci a evaluaci muzikoterapeutického programu. V rámci přípravné fáze probíhá proces vstupního hodnocení, zvažují se kontraindikace, dochází k určování terapeutických cílů a uzavírá se terapeutický kontrakt. Po vyhotovení terapeutického plánu přichází fáze jeho realizace, sledování vývoje klienta během terapie a vedení dokumentace. Evaluace terapie pak umožňuje zhodnotit dosažené výsledky a

efektivitu terapie. Muzikoterapeut by měl při práci dodržovat etický kodex³ a pravidelně (či dle potřeby) využívat supervize nebo odborné konzultace.

Bruscia (1998) odlišuje základní přístupy v muzikoterapii podle toho, zda je primárním prostředkem terapie hudba – „hudba jako terapie“ („Music as Therapy“), nebo vztah mezi terapeutem a klientem, popř. jiný terapeutický prostředek, a hudba je pouze jedním z důležitých prostředků v terapeutického procesu – „hudba v terapii“ („Music in Therapy“).

Hudbu lze chápat jako univerzální fenomén s potenciálem ovlivňovat fyziologické procesy či mentální kapacitu člověka. Příkladem mohou být výzkumy známého „Mozartova efektu“ a další práce zabývající se vlivem hudby na nejrůznější tělesné orgány a funkce (např. Cervellin, G., Lippi, G., 2011; Jenkins, J.S., 2001; Koelsch, S., 2013 a další). Oproti tomu, Ruud (2000) zastává relativistické a konstrukcionistické stanovisko, jehož pohledem je hudba chápána vždy v kontextu sociálním, kulturním i jiném, její význam je vždy individuální. Chápe ji jako prostředek komunikační a sociální interakce.

Edwards (2016) zdůrazňuje potenciál hudby zrcadlit kulturní, vztahové a historické aspekty „self“ v terapii. Prostřednictvím hudby je umožněn přístup k myšlenkám a pocitům, které mohou být skrze mluvené slovo nedostupné; jedinec je provázen na cestě k porozumění svým obtížím podporujícím a nehodnotícím způsobem. V muzikoterapeutickém procesu, který nabízí alternativní formy sebevyjádření a interpersonálního kontaktu, má klient možnost postupně budovat své sebevědomí a kapacitu ke změně.

2.2 Využití muzikoterapie v kontextu péče o duševní zdraví

Duševní zdraví definuje Světová zdravotnická organizace (WHO, 2022) jako pocit pohody, v němž každý člověk naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity.

³ Etický kodex CZMTA je k dispozici na webu asociace: <http://www.czmta.cz/poznej-asociaci/eticky-kodex>.

Duševní zdraví tedy nelze chápat jako pouhou nepřítomnost duševní nemoci, jedná se spíše o smysluplné naplnění vlastních životních možností.

Vycházíme-li z tvrzení, že nejobecnějším cílem muzikoterapie je podpora duševního zdraví (Edwards, 2016), lze chápat muzikoterapeutickou práci s jakoukoli cílovou skupinou napříč resorty jako součást péče o duševní zdraví klienta (toto vymezení je však poněkud zavádějící, protože muzikoterapeuti se zabývají také podporou tělesného zdraví svých klientů, např. v oblasti neurorehabilitace). Úžeji můžeme zařadit muzikoterapii jako péči o duševní zdraví do resortu zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že muzikoterapie v České republice není legislativně zakotvena, musejí mít muzikoterapeuti pracující ve zdravotnictví (v psychiatrických nemocnicích, terapeutických centrech a dalších zařízeních) vedle výcviku v muzikoterapii primárně další vzdělání, které práci v tomto resortu umožňuje. Jedná se o vzdělání v oblasti lékařství nebo častěji o vzdělání v některé příbuzné zdravotnické nelékařské profesi, např. ošetrovatelství, klinická psychologie, ergoterapie, fyzioterapie, klinická logopedie atd.

Edwards (2016) předkládá principy muzikoterapeutické práce ve zdravotnictví: muzikoterapeuti pracují s principem, že pro blaho člověka je zásadní jeho potřeba smysluplného vztahování se. Muzikoterapie nabízí alternativní cestu sebevyjádření a interpersonálního kontaktu, která pomáhá rozvíjet schopnost jednat a udržovat vztahy i mimo terapeutickou práci. Jedná se o strukturovanou interakci, kde pacienti mohou úspěšně participovat na zvládnutí symptomů onemocnění. Muzikoterapie může být poskytována samostatně nebo jako součást komplexní péče, včetně farmakologické.

Bruscia (1998) uvádí, že obecným cílem muzikoterapie v psychoterapii je nalezení smyslu a naplnění v životě klienta. Mezi dílčí cíle patří dosažení lepšího sebeuvědomování, řešení vnitřních konfliktů, vyjádření emocí, sebevyjádření, změna v emocionalitě a postojích, zlepšení interpersonálních sociálních dovedností a řešení interpersonálních konfliktů, rozvoj zdravých vztahů, léčení traumat, hlubší vhled, orientace v realitě, restrukturalizace kognice, změna chování a také spirituální rozvoj.

Jak již bylo uvedeno dříve, terapeutická péče o pacienty s psychiatrickými chorobami byla silně ovlivněna přístupem recovery. V muzikoterapeutické literatuře se princip recovery objevuje po r. 2008 (Edwards, 2016). Dle Grocke a kol. (2008) muzikoterapie dobře kopíruje model zotavení, protože podporuje silné stránky člověka a upevňuje to, co je zdravé. Muzikoterapie má potenciál překračovat limity psychiatrického

vnímání duševních poruch z hlediska diagnostiky, symptomatologie a léčby, umožňuje flexibilně reagovat na potřeby konkrétního klienta bez ohledu na jeho diagnózu (Edwards, 2016). Konkrétním příkladem využití principů recovery přístupu v muzikoterapii je přístup s názvem „muzikoterapie zaměřená na zdroje“ (Rolsvjord, 2010). Člověk se zkušeností s duševním onemocněním disponuje vedle symptomů onemocnění také širokou škálou „normality“ a „zdraví“. Terapie zaměřená na zdroje podporuje klientův proces vyhledávání a aktivování sebeuzdravujících mechanismů namísto léčby patologických aspektů osobnosti (Schwabe, 2005). Rolsvjord (2010) uvádí čtyři charakteristiky na zdroje orientované muzikoterapie: *a.* klade důraz na obnovování osobní síly, zdrojů a potenciálů, *b.* zahrnuje spíše terapeutickou spolupráci než terapeutické intervence, *c.* vidí osobnost klienta v kontextu jeho života, *d.* za zdroj považuje i hudbu samu o sobě.

2.3 Muzikoterapie u osob s depresivními a úzkostnými poruchami

U afektivních poruch dochází k malfunkci subkortikálních a limbických oblastí mozku, v některých případech lze pozorovat dokonce morfologické změny a biochemickou nerovnováhu v těchto oblastech na elektroencefalografii (EEG). Prostřednictvím muzikoterapie jsou stimulovány postižené oblasti, čímž dochází k afektivní regulaci. V obecné rovině tak můžeme říci, že hudba představuje mocný neinvazivní nástroj ovlivňování emocí. (Errkilä a kol., 2008; Jacobsen a kol., 2019) Také Bonde (2007) hovoří o změně v oblasti emocí a stimulaci obrazotvornosti, což přináší nové, léčivé individuální zkušenosti i objektivní změny.

Jacobsen a kol. (2019) uvádí, že muzikoterapie u lidí s depresí cílí na tři oblasti: *a.* zmírnění symptomů, *b.* prevence relapsu a *c.* rozvoj copingových strategií, tedy změnu chování a prožívání. Za zásadní pak považuje komunikační potenciál hudby, vzhledem k faktu, že lidé s depresí mají tendenci stáhnout se z kontaktu s druhými a přímé verbální sdílení vlastního vnitřního prožívání může být velmi obtížné, ne-li nemožné. Verbalizaci dokonce označuje za „nepřítele deprese“. Hudba může být pro lidi s depresí nejen vhodným kanálem komunikace, ale i zdrojem či účelem aktivity, jejíž nedostatek je jedním z hlavních symptomů.

Užití specifických muzikoterapeutických metod vychází z potřeb konkrétního klienta či skupiny klientů a z profesního zakotvení muzikoterapeuta. McCaffrey (2016)

předkládá jednotlivé muzikoterapeutické metody v kontextu práce s lidmi s depresí a dalšími duševními obtížemi:

- hudební improvizace,
- skládání písní,
- receptivní metody.

Hudební improvizace otevírá alternativní cesty vztahování prostřednictvím zážitku sebe sama a druhých. Skrze nonverbální improvizované vyjádření se rozvíjí dialog mezi klientem a terapeutem teď a tady. Vnitřní prožívání klienta je vynášeno na povrch skrze hudební expresi, což umožňuje kontakt s vlastními zdroji a podporuje sebe-vědomí a osobní růst. Neverbální zkušenost, kterou klient učinil při improvizaci, je posléze možné reflektovat verbálně. Při improvizaci je užíváno symbolického vyjádření, které je spouštěčem nevědomých procesů přesahujících symptomatologii a patologii.

Při improvizaci je důležité mít k dispozici pestrý výběr hudebních nástrojů, které jsou prostředkem vlastního vyjádření a kontaktování se s druhými, možnost volby představuje důležitou součást terapeutického procesu. Na druhou stranu by měl terapeut vzít v úvahu riziko zahlcení a paralýzy až příliš širokým výběrem. Hudební nástroje by měly být dostatečně odolné, aby bylo možné vyjádřit i intenzivní emoce bez obavy ze zničení nástroje.

Ve skupinové muzikoterapii je důležitým faktorem pocit sounáležitosti, který může klient při společné hře zažívat. Pro klienty trpící úzkostí může být důležitá možnost spontánního, volného vyjádření, které není omezeno (hudebními) pravidly – nerozlišuje se, co je „dobře“ a co „špatně“, vše je v pořádku. Pro klienta může být léčivý moment, kdy z hudebního chaosu postupně vzniká něco strukturovaného, autorka hovoří o možnosti zažít „miniaturní sociální systém“, jehož může být klient součástí. Pavlicevic (2003) hovoří o vytváření společného „hudebního prostoru“ teď a tady, který umožňuje plné prožití přítomného okamžiku bez pocitů viny či studu pramenících z minulosti i bez obav z budoucnosti.

Skládání písní v muzikoterapii umožňuje vytvořit samotný konečný produkt, který může mít také terapeutický potenciál, ale především otevírá možnosti nosné terapeutické práce v průběhu samotné tvorby textu a/nebo hudební složky písně. V rámci tohoto terapeutického procesu dochází k podpoře schopnosti rozhodování, vnímání sebe sama („sense of self“), uvědomování a vyjadřování myšlenek a emocí. Klientovi je umožněno

zažít úspěch prostřednictvím vyprávění jedinečného osobního příběhu. Dochází ke zvyšování sebedůvěry, redukci úzkosti a napětí. Možnosti metody zahrnují celou škálu konkrétních technik, od strukturovaných (doplňování slov do textu, přetextování známé písně, hudební parodie) po nestrukturované, kdy vzniká zcela nový, originální kus.

Receptivní metody zahrnují celou řadu technik, jako např. hudební relaxace, hudební imaginace, hudební reminiscence, tvorba hudebních koláží, sdílený poslech ad. McCaffrey (2016) deklaruje, že při poslechu hudby v terapeutickém kontextu je možné doložit klinické zlepšení u klientů s duševním onemocněním. Důležitým faktorem je cílené užití této metody v kombinaci s dalšími faktory (interakce klienta a terapeuta, společná hudební produkce), poslech sám o sobě terapeutický efekt mít nemusí.

Existuje řada studií, jež dokazují pozitivní vliv užívání receptivních technik při léčbě deprese (Hsu & Lai, 2004; Lin et al., 2011; Field et al., 1998; Silverman, 2003). Amir (2012) představuje techniku hudebních prezentací, využitelnou při skupinové terapii. Spočívá ve společném poslechu skladeb vybraných klienty, přičemž každý z klientů přináší jednu skladbu, která má pro něj nějaký význam, a sdílí ji s ostatními. Sdílí tak určitým způsobem sám sebe, svoji identitu. Společný poslech potencuje vzájemnou reflexi a sdílení dalších témat.

1.3.2 Program Arts for the blues

V této podkapitole bude představen terapeutický program, ze kterého vychází výzkumné šetření realizované v praktické části této diplomové práce. Arts for the blues je na důkazech založený výzkumný projekt zaměřený na kreativní terapeutickou práci s lidmi trpícími depresí. Je výsledkem spolupráce mezi universitami a výzkumnými pracovišti ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska (Edge Hill University, University of Salford, University of Cambridge a Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust). Vznikl za multidisciplinární spolupráce akademických pracovníků a odborníků z praxe a propojuje oblast umění, zdravotní a sociální péče, včetně psychoterapie (AFTB, 2022 [online, cit. 2022-07-31]).

Hlavním poskytovatelem terapeutických služeb v rámci NHS⁴ je program „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT), přičemž nejčastěji poskytovanou terapií v léčbě depresivních poruch je kognitivně-behaviorální terapie. Jiné druhy terapie, včetně terapií expresivních, jsou poskytovány pouze v omezené míře. (Omylinska-Thurston, J; Karkou, V. et.al., 2020) Bylo zjištěno, že přibližně 43 % klientů terapii předčasně ukončuje, což napovídá, že potřeby klientů v terapii nejsou dostatečně naplňovány⁵ (AFTB, 2022 [online, cit. 2022-07-31]). Autoři projektu zareagovali na potřebu rozšíření možností terapeutických služeb a vyvinuli alternativní kreativně terapeutický model integrující evidence-based přístupy, verbální a umělecké terapie. Projekt je inspirován terapií zaměřenou na řešení a kognitivně-behaviorální terapií.

Hlavním řešitelem projektu je prof. Vicky Karkou⁶, která byla přizvána ke spolupráci na realizaci praktické části této diplomové práce prostřednictvím pravidelných konzultací. Spoluřešitelem je dr. Joanna Omylinska-Thurston^{7 8}. Projekt vznikl v r. 2018 a po dokončení tří fází (viz níže) funguje i nadále, přičemž autoři projektu spolupracují s dalšími pracovišti po celém světě, předávají získané know-how a sbírají zkušenosti z jiných prostředí. Tato diplomová práce je součástí této spolupráce.

Autoři si položili výzkumnou otázku: „Jakým způsobem lze integrovat přístupy verbálních a uměleckých terapií v léčbě deprese?“ Odpověď pak hledali ve třech fázích projektu:

- v první fázi byla provedena tematická syntéza⁹ nápomocných faktorů v terapii („helpful factors“) z pohledu klientů;
- ve druhé fázi bylo vytvořeno 20minutové umělecké představení, které vzniklo ve spolupráci tanečníka, básníka a skladatele a vycházelo z klíčových principů

4 The National Health Service (NHS) je státní zdravotní systém v Anglii, jeden ze čtyř ve Spojeném království.

5 Muzikoterapii jako možnost pro klienty ohrožené předčasným ukončením („drop-out“) verbální terapie zmiňuje také McCaffrey (2016, s. 251).

6 Psychoterapeutka a tanečně pohybová terapeutka. Jejím hlavním výzkumným zaměřením jsou expresivní terapie a možnosti využití umění a improvizace v oblasti zdraví a wellbeing.

7 Psychoterapeutka a supervizorka. Ve své práci integruje humanistické, kognitivně-behaviorální a psychodynamické přístupy a zaměřuje se na oblasti poruch učení, psychoonkologie a duševního zdraví.

8 Do týmu AFTB dále patří Kerry Nair, Ailsa Parsons, dr. Scott Thurston, dr. Linda Dubrow-Marshall, Julianne Harlow, Shelly Haslam, prof. Nicola Clayton a Jennifer Lewis.

9 Dle Thomas, J.; Harden, A. (2008): Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1).

Cochrane review¹⁰ zabývajícího se tématem léčby deprese prostřednictvím uměleckých terapií;

- ve třetí fázi byly realizovány pilotní workshopy pro klienty s depresí a pro terapeuty pracující s klienty s depresí. Vycházely ze zjištění a vhlédů získaných v předchozích fázích. Předběžná kvantitativní data ukazují na pozitivní efekt, co se týče ovlivňování depresivní symptomatologie a dosahování osobních cílů¹¹.

Na základě získaných poznatků bylo formulováno osm klíčových ingrediencí („key ingredients“) důležitých pro pozitivní výsledky v terapii: (1) podpora aktivního zapojení klienta, (2) učení se dovednostem, (3) rozvíjení vztahů, (4) vyjádření emocí, (5) zpracování témat na hlubší úrovni, (6) získání porozumění, (7) experimentování s různými způsoby bytí a (8) integrování užitečného materiálu.

Jednotlivé klíčové ingredience jsou podrobněji představeny v tabulce 1 (Omylinska-Thurston, J; Karkou, V. et.al., 2020).

Tabulka 1: Klíčové ingredience

	Klíčová ingredience	Definice	Příklady
1.	Podpora aktivního zapojení	Cílem je pozvat klienty ke společným tvořivým skupinovým aktivitám. Umožňuje dostat se do stavu flow a zakusit živost, což jsou zážitky, které při depresi často chybí. Spojeno s KBT a behaviorální aktivací.	Čárání, gesta a posturika, úvodní rituály, jednoduchá zahřívací cvičení, drobné tvořivé domácí úkoly.
2.	Učení se dovednostem	V procesu podporovaného učení je kladen důraz na zvyšování sebevědomí klienta a konfrontování negativních přesvědčení, dochází ke zlepšování nálady. Zahrnuje učení se technikám, které napomáhají zvládat emoce a podporují well-being. Spojeno s KBT, DBT a mindfulness.	Body scan, vědomý pohyb, výtvarná tvorba, hra se slovy a zvuky, tvořivá práce v menších skupinkách, používání tvořivosti a hravosti, nehodnotící

10 Meekums, B.; Karkou, V.; Nelson, A. (2015): *Dance movement therapy for depression*. Cochrane Database for Systematic Reviews 2015.

11 Tyto předběžné výsledky uvádíme v kapitole Diskuse.

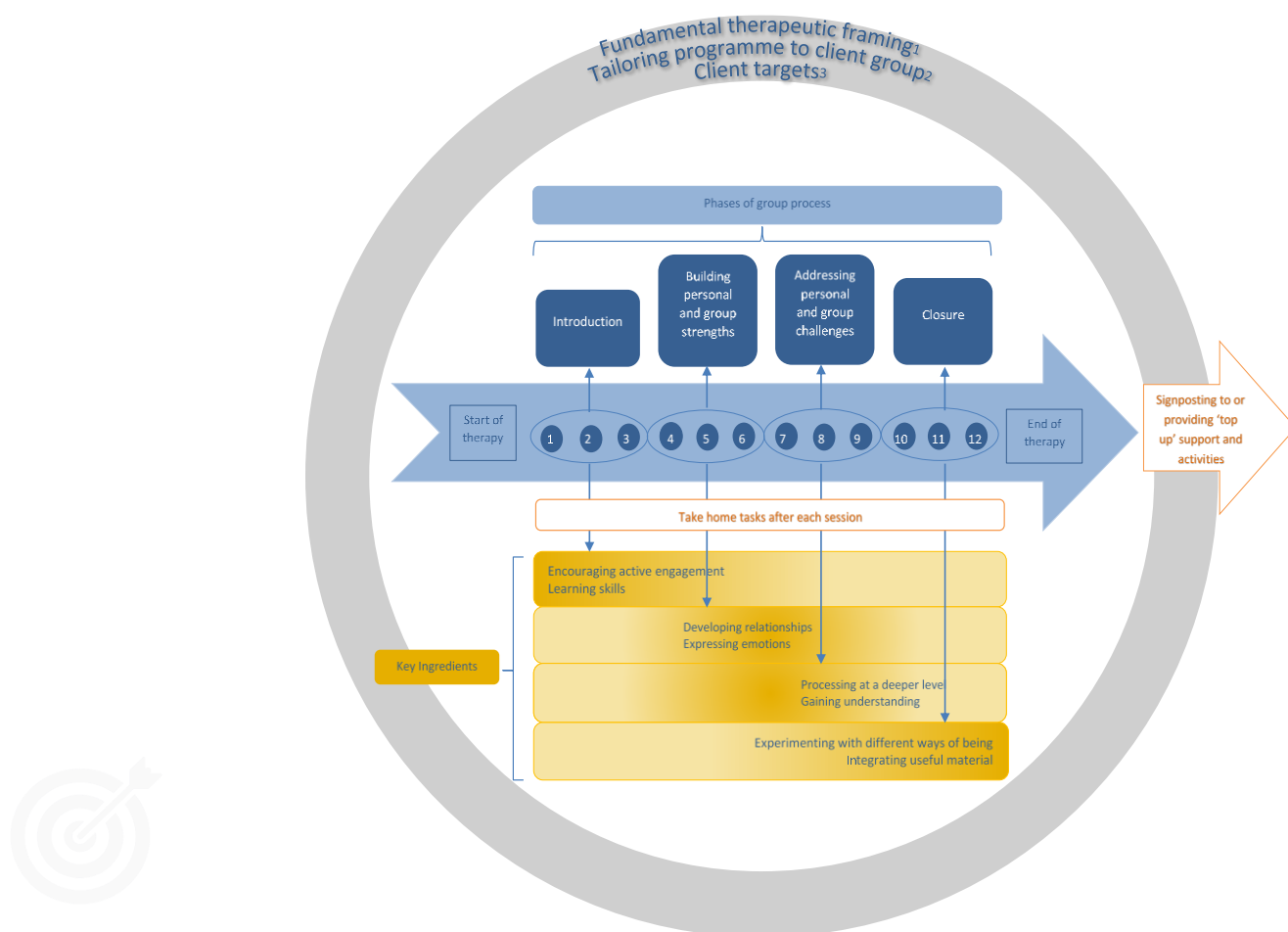
			pozorování vlastních emocí, vyvažování emocionálních prožitků, kreativní způsoby řešení problémů, práce na stanovených cílech.
3.	Rozvíjení vztahů	Formování a prohlubování vztahů je podporováno po celou dobu trvání terapie. Cílem je posilovat pozitivní vazby a čelit tendenci lidí s depresí stahovat se z kontaktů s druhými. Spojeno s humanistickými ideály s důrazem na důležitost terapeutického vztahu.	Zrcadlení, vedení a následování, skupinové kreslení, pozorovat/být pozorován („witnessing/being witnessed“), verbální sdílení, práce ve dvojicích, skupinové sochání.
4.	Vyjádření emocí	Účastníci jsou podporováni ve vnímání tělesných vjemů, které mohou být vyjádřeny prostřednictvím spontánní akce, přičemž verbální sdílení je možné, nikoli nutné. Vyjadřování emocí je asociováno s humanistickou psychoterapií, kde deprese bývá spojována se zkresleným vnímáním či potlačením vlastních pocitů a potřeb.	Spontánní pohyb, gesta a postura, spontánní tvorba („mark-making“), automatické psaní, pohyb vznikající v odpovědi na somatické vjemy, verbální sdílení ve dvojicích nebo ve skupině.
5.	Zpracování témat na hlubší úrovni	Zkoumání možných příčin emoční nepohody/deprese ve spojení se zkušenostmi z minulosti. Spojeno s psychoanalytickou/psychodynamickou tradicí.	Imaginace, symboly a metafory. Prozkoumávání individuálních témat z pohledu alternativní tvořivé perspektivy.
6.	Získání porozumění	Uvědomování emocí a získávání porozumění v kontextu minulých zkušeností. Spojeno především s psychoanalytickou/psychodynamickou tradicí.	Uvědomování emocí v přítomném okamžiku, propojování s minulou zkušeností, reflektování vlastní

			práce skrze psaní nebo kresbu, získávání zpětné vazby, prioritizování a plánování.
7.	Experimentování s různými způsoby bytí	Zakoušení různých způsobů bytí pomáhá utvářet různorodé cesty ven z deprese. Zkoumání, zda jsou staré způsoby fungování stále funkční. Spojeno se sociálním konstrukcionismem.	Střídání uměleckých médií, přidávání dalších kvalit k pohybové sekvenci, přidávání nových tvarů či barev do stávající kresby, zkoumání polarit, hraní rolí.
8.	Integrovaní užitečného materiálu	Vytvoření finálního uměleckého díla umožňuje rekapitulovat a integrovat důležité momenty v terapii. Spojeno s narativní terapií a převyprávěním příběhu (přerámování) s větším porozuměním a soucitem k sobě.	Zachycení cesty, kterou klient v terapii ušel, prostřednictvím pohybové sekvence, obrazu či básně. Plánování dalšího postupu, zapojování v jiných pravidelných uměleckých kroužcích či spolecích.

Z výše uvedených ingrediencí byl sestaven 12týdenní skupinový terapeutický program integrující verbální a expresivní terapie¹², jehož záměrem je rozšířit možnosti terapie pro klienty s depresí tak, aby byly naplňovány jejich potřeby a aby se snížil počet případů předčasného ukončení terapie ze strany klienta. Program je rozdělen do čtyř fází, každá z nich sestává ze tří terapeutických sezení. Jedná se primárně o skupinově terapeutický program s potenciálem využití také v individuální terapii. (Omylinska-Thurston, J; Karkou, V. et.al., 2020)

Strukturu programu přehledně znázorňuje následující schéma na obrázku 1.

¹² Model pracuje s následujícími uměleckými modalitami: pohyb, hudba, výtvarné umění, drama a tvůrčí psaní.



Obrázek 1: Struktura programu

Model poskytuje základní terapeutický rámec, přičemž ponechává volnost k uzpůsobení programu na míru konkrétním klientům a jejich potřebám; je strukturovaný a zároveň flexibilní. Důležitým aspektem v terapeutickém procesu je terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem, ale i mezi klienty navzájem. Důraz je kladen na vytvoření bezpečného rámce, na jehož základě lze budovat důvěru a podporovat naději v možnou změnu. V takovém rámci je možné vydávat se mimo vlastní komfortní zónu, riskovat a zkoumat nové životní strategie. Je fokusován na dosahování individuálních cílů v terapii, které si volí sami klienti na začátku procesu. Individuální cíle jsou průběžně reflektovány a případně modifikovány.

Struktura programu je založena na obecných teoriích fungování skupinového terapeutického procesu¹³. Na začátku je podporována koheze skupiny a vytvoření dobré terapeutické aliance (sezení 1–3), následně je kladen důraz na odolnost a zdroje, které mají k dispozici jednotliví klienti i skupina jako celek (sezení 4–6). V další fázi se otevírá prostor pro zpracování náročnějších a hlubších témat (sezení 7–9). V závěrečné fázi (sezení 10–12) dochází k reflexi a uzavírání, čímž je umožněno dobře ukončit terapeutický proces. Na konci je s klientem diskutována další možná péče po skončení programu.

Obsah jednotlivých sezení je vždy přizpůsoben konkrétní skupině klientů. Stejně tak terapeuti užívají terapeutických prostředků a metod, které jsou jim vlastní, používají je běžně ve své praxi a cítí se při jejich užívání komfortně. V následující kapitole bude popsáno výzkumné šetření zaměřené na využití muzikoterapie při práci s lidmi s depresí podle programu *Arts for the blues*.

13 Yalom, I. D. (2021): *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3. Výzkumné šetření

V teoretické části byla popsána problematika muzikoterapie u pacientů s depresí, včetně zahraničního terapeutického programu *Arts for the blues*. Tento program doposud nebyl modifikován do oblasti muzikoterapie, ani nebyl aplikován u pacientů s depresí v České republice. Díky úzké spolupráci s autorkou tohoto programu, prof. Vicky Karkou, bylo realizováno výzkumné šetření, jehož cílem bylo ověřit účinky muzikoterapeutické modifikace programu AFTB na míru depresivity, úzkosti a kvality života u dospělých klientů s depresí v České republice.

Ve vztahu k primárnímu výstupu (primary outcome) byla stanovena tato výzkumná otázka:

- *Jaké jsou u dospělých osob s depresí účinky muzikoterapeutické modifikace programu AFTB na míru depresivity?*

Ve vztahu k sekundárním výstupům (secondary outcomes) byla stanovena tato výzkumná otázka:

- *Jaké jsou u dospělých osob s depresí účinky muzikoterapeutické modifikace programu AFTB na míru úzkosti a kvality života?*

Výzkumný záměr byl schválen etickou komisí Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a týmem autorů originální verze programu AFTB. Terapeutický proces byl supervidován akreditovaným supervizorem Českého institutu pro supervizi (ČIS). S účastníky výzkumu byl podepsán informovaný souhlas¹⁴. Účastníci byli poučeni o anonymitě, dobrovolné účasti a možnosti kdykoliv odstoupit od výzkumu bez udání důvodu.

¹⁴ Souhlas etické komise, který obsahuje také informovaný souhlas použitý v této studii, je k dispozici v archivu autorky diplomové práce.

3.1 Metodika studie

Metodika výzkumné studie má charakter kvazi-experimentálního designu typu pretest–posttest studie bez kontrolní skupiny. V rámci studie však byla získána také kvalitativní data z reflexí terapeutů a účastníků, která jsou zde využita pro interpretaci a hlubší porozumění závěrům vytvořeným na základě dat kvantitativních.

1.3.3 *Inkluzivní kritéria pro účastníky*

Pro zařazení účastníků do studie byla stanovena inkluzivní kritéria podobná těm, která byla aplikována v předchozích výzkumných šetřeních realizovaných v rámci programu AFTB v zahraničí:

- Zařazení klienti museli být dospělého věku.
- U klientů musela být přítomna depresivní symptomatika, přičemž nebylo nutné, aby klientům byla diagnostikována depresivní porucha jako taková. Depresivní symptomatika mohla být přítomna jako součást jiného duševního onemocnění.
- Do programu se mohli hlásit stávající klienti Psychoterapie Fokus Praha, kteří zde docházejí na individuální terapii nebo v minulosti absolvovali některou ze skupin, současně byl otevřen i pro nové klienty, kteří služby zařízení doposud nevyužívali.
- Klienti mohli mít některé psychiatrické komorbidní poruchy, zejména úzkostnou poruchu, pokud byli způsobilí ke skupinové práci.
- Exkluzivní kritéria pro výběr participantů zahrnovala: bipolární afektivní poruchu, duální diagnózy (závislosti) a psychotická onemocnění.

Klienti se do programu přihlásili dobrovolně, vyhledali si ho sami nebo jim byl doporučen jiným odborníkem (psychoterapeutem, psychiatrem). Indikace do programu probíhala ve dvou fázích a je podrobně popsána v kapitole 3.2. Nábor klientů byl proveden v zařízení Psychoterapie Fokus Praha. Jedná se o zařízení ambulantní zdravotní péče pro dospělé s duševním onemocněním, jehož fungování spadá pod organizaci Fokus

Praha, z.ú.¹⁵ Vedle individuální terapie (verbální a expresivní – arteterapie, dramaterapie, taneční a pohybová terapie, muzikoterapie) se zde klienti mohou účastnit také skupinových terapeutických programů. V zařízení rovněž funguje denní stacionář (v opakujících se 6–12týdenních cyklech), který klientům nabízí intenzivní komplexní péči zahrnující vedle skupinové terapie také relaxační a edukační program. Služby zařízení jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

1.3.4 Popis intervence (muzikoterapeutická modifikace programu AFTB)

Intervence použitá v této výzkumné studii je modifikací terapeutického programu *Arts for the blues* popsáno v kapitole 2.3.1. Původní program AFTB byl modifikován tak, že primárním prostředkem terapie se stala hudba. Skupinový program sestával z 12 setkání realizovaných v průběhu 13 týdnů (jeden týden se skupina nekonala z důvodu velikonočních prázdnin) v časovém rozmezí březen–červen 2022. Frekvence setkání byla 1x týdně, skupina trvala vždy 90 minut a byla vedena dvěma terapeutkami, Mgr. Annou Horkou a PhDr. Kamilou Laudovou¹⁶.

Při modifikaci programu jsme se drželi základního terapeutického rámce, který původní program AFTB nabízí. Vycházely jsme ze stanovených klíčových ingrediencí pro jednotlivá setkání (viz Tabulka 1), na jejichž základě jsme připravili muzikoterapeutický program sestávající z konkrétních technik, které byly klientům nabízeny. Na začátku každého setkání i v jeho průběhu byl pak program flexibilně modifikován podle aktuálních potřeb jednotlivých klientů i probíhajících skupinových procesů.

1.3.5 Charakteristika primárních a sekundárních výstupů studie

V rámci výzkumu byly použity testové metody shodné s metodami užitými v původním programu AFTB. Tyto metody vykazují kvalitní psychometrické vlastnosti

15 Fokus Praha, z.ú. je největší nezisková organizace v České republice. Byla založena v roce 1990 jako jedna z prvních nevládních institucí po pádu komunistického režimu v ČSR. Jejím cílem je poskytování sociální, zdravotní a terapeutické péče osobám s duševním onemocněním.

16 Kamila Laudová je psycholožka, psychoterapeutka, supervizorka a dramaterapeutka, je zakládajícím členem Asociace dramaterapeutů České republiky (ADČR).

a jsou také často používány v klinické praxi. Administrace proběhla před začátkem programu a po jeho skončení (pretest–posttest design). Jednalo se o následující metody:

- *Beckova stupnice pro hodnocení deprese BDI-II* (Beckův depresivní inventář, Beck a kol., 1961),
- *GAD-7 Sedmipoložková škála generalizované úzkostné poruchy* (Spitzer RL et al., Arch Intern Med. 2006; 166(10): 1092-7),
- *PHQ-9, Zdravotní dotazník, česká verze* (originální verze 1999),
- *WHO-5 Index emoční pohody* (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, 1998).

BDI-II Beckova stupnice pro hodnocení deprese je dotazník obsahující 21 skupin různých tvrzení. Respondent vybírá v každé skupině ze čtyř tvrzení to, které ho nejlépe charakterizuje v posledním týdnu (pocity, myšlenky, stavy). Každé tvrzení je hodnoceno číslicí (0, 1, 2 a 3), jejichž součtem dostaneme celkové skóre. Hodnocení celkového skóre je následující: 0-10 normální nálada, 10-20 mírná deprese, 20-40 střední deprese, 40-60 silná deprese.

GAD-7 Sedmipoložková škála generalizované úzkostné poruchy je dotazník ke screeningu příznaků úzkosti a hodnocení jejich závažnosti. Respondent hodnotí výběrem jedné ze čtyř možností, skórovaných od 0 do 3, jak často ho během posledních dvou týdnů trápily uvedené potíže (vůbec ne – několik dnů – více než polovinu dnů – téměř každý den). Získané celkové skóre odpovídá míře úzkosti: 0-4 minimální, 5-9 mírná, 10-14 střední, 15-21 vysoká míra úzkosti.

PHQ-9 je devítipoložkový multifunkční dotazník pro screening, diagnostiku, monitorování a měření deprese. Respondent hodnotí výběrem jedné ze čtyř možností, skórovaných od 0 do 3, jak často ho trápil některý z uvedených problémů v posledních 2 týdnech (vůbec ne – několik dní – více než polovinu dní – téměř každý den). Platí, že čím vyšší číslo vyjde v celkovém součtu, tím hlubší je depresivita respondenta.

WHO-5 Index emoční pohody je pětipoložková škála pro posouzení duševní pohody (well-being). Respondent vybírá ze šesti možností tu odpověď, která se nejvíce blíží tomu, jak se cítil v posledních 2 týdnech (celou dobu – většinu doby – více než polovinu doby – méně než polovinu doby – občas – nikdy). Vyšší čísla znamenají lepší emoční pohodu. Hrubý skór dosahuje hodnot od 0 do 25, přičemž 0 je nejhorší a 25 nejlepší možná kvalita života.

Kromě těchto validovaných škál byla použita také číselná škála vlastní konstrukce (tzv. žebřík) se stupni od 0 do 10 pro zjištění míry naplnění individuálních cílů účastníků (0-minimum; 10-maximum). Tato škála byla použita jak v průběhu, tak i po skončení celého programu (ve výsledcích však uvádíme pouze data získaná po skončení programu).

Během realizace programu byly dále opakovaně administrovány testové metody *Hodnotící škála pro skupinovou psychoterapii GSRS* (Duncan, B. L., Miller, S. D., International Center for Clinical Excellence) a *CORE-10* (CORE System Trust). V hodnotící škále *GSRS* klient zaznamenává své pocity ohledně vztahů, témat a cílů a přístupu nebo metody ve skupinové psychoterapii při posledním setkání. *CORE-10* zkoumá, jak se klient cítil během posledního týdne, přičemž respondent označuje křížkem, zda tvrzení platí či nikoli (vůbec ne - pouze zřídka – někdy – často – většinou - stále). Tyto dvě testové metody nebyly určeny pro vyhodnocení změn primárních a sekundárních výstupů, ale měly sloužit jako zpětná vazba pro terapeutky a jako prostředek sebereflexe pro klienty samotné.

3.2 Popis realizace výzkumného šetření

S každým zájemcem o účast v muzikoterapeutické skupině bylo provedeno vstupní cílené psychologické vyšetření, v jehož rámci byla sebrána anamnéza, zpřesňována diagnóza a zjišťována předběžná motivace k absolvování programu. Na základě prvotní indikace bylo vybráno 10 klientů, kteří byli pozváni na individuální setkání s terapeutkami programu AFTB v délce trvání cca 60 minut, ve kterém byla hlouběji zkoumána motivace, očekávání klienta a jeho časové možnosti a společně s klientem upřesňovány jeho individuální cíle. Během setkání byl klientem podepsán informovaný souhlas a administrovány testové metody. Dále byla s klientem podepsána Dohoda o účasti ve skupině, která obsahovala základní organizační informace a soupis skupinových pravidel (důvěrnost, pravidlo „stop“, vzájemný respekt, pravidla pro omlouvání ze skupiny). Vzhledem k tomu, že skupina byla realizována během pandemie Covid-19, byla předmětem rozhovoru rovněž hygienická opatření (zvýšený důraz na hygienu rukou, desinfikování hudebních nástrojů, nošení respirátorů ve společných prostorách zařízení, samotná skupina pak probíhá bez respirátorů).

V průběhu realizace programu byly individuální i skupinové terapeutické cíle průběžně reflektovány, a to jak terapeutkami během pravidelných intervizí, tak i klienty samotnými. Klienti byli podporováni v samostatné reflexi efektivity programu, jeho užitečnosti a prospěšnosti, stejně jako svého vlastního fungování ve skupině a s tím spojeného prožívání. Reflexe byly realizovány jak verbálně, tak i expresivně – prostřednictvím hudebního nebo jiného uměleckého vyjádření. Reflexe vlastních individuálních cílů klientů probíhala prostřednictvím tzv. žebříku a testových metod *GSRS* a *CORE-10* (viz kapitola 3.1.3). Po skončení programu proběhlo individuální zpětnovazebné setkání s každým klientem, ve kterém byl evaluován terapeutický proces a dosažení stanovených cílů – verbálně a/nebo prostřednictvím vizuálního znázornění na „žebříku“. S klientem byla diskutována další možná péče ať již v zařízení nebo mimo něj a byly administrovány testové metody.

Obecným cílem terapeutických setkání bylo zmírnění depresivních symptomů u klientů, a to především zlepšení nálady a zvýšení energie. Momentální nálada a míra energie (resp. únavy) byla zjišťována průběžně prostřednictvím tzv. barometru – klient ukazuje rukou na pomyslné škále od podlahy ke stropu, jaká je jeho nálada a jaká je jeho energie. Barometr sloužil jako zpětná vazba pro terapeutky, které pak mohly flexibilně přizpůsobovat muzikoterapeutický obsah momentálnímu stavu klientů a jejich potřebám. Zároveň sloužil klientům jako prostředek lepšího uvědomění si vlastního prožívání a poskytoval možnost porovnat, zda došlo ke změně na začátku a na konci setkání (co mi dělá dobře, co mi pomáhá, co mi přináší vystupování ze své komfortní zóny).

Důraz byl kladen na aktivní participaci účastníků při stanovování cílů a jejich reflexi. Účastník studie nebyl vnímán jako pasivní konzument muzikoterapeutického programu, ale jako partner a spoluvůrce terapeutického procesu.

Pro jednotlivá setkání byly stanovovány další, dílčí cíle, které vycházely z klíčových ingrediencí programu AFTB a potřeb jednotlivých účastníků i skupiny jako celku.

Tabulka 2 popisuje obsah jednotlivých muzikoterapeutických sezení a příslušné klíčové ingredience, ke kterým se vztahuje.

Tabulka 2: Obsah muzikoterapie a klíčové ingredience

Sezení	Obsah	Klíčové ingredience
1.	Barometr – uvědomění si vlastní nálady, energie, pocitu bezpečí. Práce s tělem, zpřítomnění, uvolnění napětí. Představení se. Seznámení s hudebními nástroji. Vybrat jeden nástroj ke svému jménu. Karty ze hry <i>Dixit</i> – jednu vybrat, poté skupina kartu hraje, autor se může a nemusí přidat. Společná improvizace na zvolené téma – „jaro“, „bouře“, „ozón“. Které nástroje si dnes nikdo nevybral a proč? Společná improvizace – hrát na nástroje originálním, neobvyklým způsobem. Barometr. Reflexe. Závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	Podpora aktivního zapojení, učení se dovednostem
2.	Práce s tělem, zpřítomnění, uvolnění napětí. Poslech hudby a pohyb: a. kontakt se sebou (<i>René Aubry: Rasta La Vista</i>), b. kontakt s ostatními (<i>Eels: I Like The Way This Is Going</i>), b. podpora skupinové koheze – vnímání skupiny (<i>Fun Lovin' Criminals: Up on the Hill</i>). Hra na jména (písmena spojená se zvukem). Bubnování – propojení ve skupině, 3 dynamické vlny, dirigování, společný rytmus. Reflexe. Závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	
3.	Zvuky a kde v těle je mohu vnímat (djembe, tongue drum, dešťová hůl, hlas), pohybové techniky (<i>The Lion Sleeps Tonight</i> – džungle a ochránci, <i>Pink Panther</i> – špioni, <i>What a Wonderful World</i> – všímavý pohyb + hádanky), tichá pošta – otevření hlasu, improvizace na téma: „jak se teď mám“, „deprese“, přemostění k něčemu příjemnému, milému – s vizualizací; reflexe, 3 dynamické vlny, závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	
4.	Práce s tělem, dechová cvičení (Světový den dechu) – všímavost, zpřítomnění, zvýšení energie; molekuly – rozdělení do dvojic, zrcadlení ve dvojicích – s hudbou, bez hudby; improvizace – moje nálada (jednotlivec + skupina); reflexe, závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	Rozvíjení vztahů, vyjádření emocí

5.	Práce s tělem – zpřítomnění, kotvení. Barometr – nálada, energie. Prostor ke sdílení – podpora interakce mezi členy skupiny; bubnování – opakování jmen (aplaus), dynamická vlna, společný rytmus – postupné připojování a odpojování po kruhu a prostřednictvím očního kontaktu; malování s hudbou a bez hudby – jednotlivce, dvojice, celá skupina, výstava a hudební ztvárnění děl; reflexe, závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	
6.	Krátké zpřítomnění, bubnování – bříska prstů a začátek/konec pouze po sluchu, 1. improvizace – „jak to teď mám“ (energie, nálada, odvaha, dech...), 2. vědomé posunutí jednoho z aspektů, reflexe, 3. bez zadání. Já jako hudební nástroj – výtvarné ztvárnění, seskupení se podle: velikosti, materiálu, sólový/v kapele či orchestru, rytmické/melodické, výraznost, utvoření dvou kapel a hra pro druhou skupinu. Reflexe. Závěrečný rituál – zvuk po kruhu. Zadání domácího úkolu – výběr jedné skladby nebo písně k poslechu, která bude sdílena ve skupině.	
7.	Prostor (nejen) pro témata, která se objevila prostřednictvím dotazníků. Improvizace na téma: 1. vyčerpání, 2. vztek, 3. propojení, 4. volná improvizace. Reflexe. Improvizace ve dvojicích – jeden začíná, někdo se připojí, někdo může vystřídat toho, kdo hraje déle. Společná improvizace s možností připojování – odpojování. Reflexe. Závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	Zpracování témat na hlubší úrovni, získání porozumění
8.	Individuální cíle klientů – každý sám pro sebe reflektuje cíle, které si stanovil na začátku, rozhlížíme se, kde se nacházíme na časové ose, společně pak reflektujeme stupeň dosažení cílů (žebřík 0-10). Společná improvizace na téma „sebebopodpora pro plnění cílů“ – 2 kola, podruhé zdůrazněna možnost měnit nástroje. Sdílení. Práce s hlasem – hlasová improvizace vleže ve tvaru kruhu. Reflexe. Vnímání vibrací vlastního hlasu. Závěrečné sdílení. Závěrečný rituál – zvuk	

	na tělo/hlas po kruhu.	
9.	Improvizace – naladění, s čím dnes přicházím, krátká reflexe. Společný poslech skladeb klientů, reflexe po každé písni. Závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	
10.	Ucelené cvičení – tělo, dech, hlas (technika originálního programu AFTB), reflexe; poslech písni – dokončení procesu z minulého setkání; improvizace (připojování a odpojování). Závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	Experimentování s různými způsoby bytí, integrování užitečného materiálu
11.	Barometr a jeho verbální reflexe. Hudební imaginace vedená terapeutkou: „výlet na ostrov“, klient uprostřed ostrova nachází něco důležitého, co si může vzít s sebou. Sdílení. Závěrečný rituál – zvuk po kruhu.	
12.	Závěrečné setkání, improvizace, reflexe, hudební dárky (jednotlivec skupině, skupina jednotlivci). Závěrečný rituál – zvuk po kruhu. Domluva závěrečných individuálních setkání.	

V každém terapeutickém setkání byla k dispozici celá škála hudebních nástrojů, od všeobecně známých (klavír, kytara) přes perkusivní (8 bubnů djembe, tamburiny, xylofon, maracas, shakery, claves, činely, triangel) až po méně obvyklé (sansula, tongue drum, handpan, zvonkohra „zvukové vlny“). Dále byl k dispozici bluetooth reproduktor pro přehrávání hudby. K sezení byly využívány podsedačky, popř. židle – dle preferencí klientů a dle právě používaných hudebních nástrojů.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Na počátku studie bylo nabráno deset účastníků splňujících indikace do terapeutického programu, dva účastníci však nenastoupili z vlastního rozhodnutí. Výsledná skupina se tedy skládala ze sedmi žen a jednoho muže. Z těchto osmi účastníků však skupinu jeden účastník nedokončil z časových důvodů. U šesti účastníků, kteří skupinu dokončili, bylo provedeno závěrečné vyšetření, jeden účastník se na závěrečné vyšetření opakovaně nedostavil. Věkové rozpětí účastníků bylo 20–61 let, věkový průměr byl 40 let.

Tabulka 3 blíže popisuje jednotlivé účastníky, kteří do skupiny nastoupili. Vedle věku jsou zde popsány a diagnosticky zařazeny jejich obtíže. Dále tabulka uvádí očekávání účastníků, které v rozhovoru s terapeutkami referovali na vstupním individuálním setkání a na jejichž základě byly formulovány individuální cíle každého účastníka. V tabulce je rovněž uvedeno, kolik setkání z celkového počtu účastníků absolvoval.

Tabulka 3: Charakteristika výzkumného souboru

K1	žena, 61 let, periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká (F331). Psychické potíže začaly v 17 letech klientky. Medikována, v minulosti opakovaně hospitalizována, před několika měsíci suicidální pokus, který vyústil v hospitalizaci, ze které byla propuštěna před čtvrt rokem. Ke zhoršení stavu přispěl lock down v době koronavirové pandemie, 8 měsíců pracovala z domova, kontaktů s druhými bylo málo. Při úvodním individuálním setkání deklaruje zvýšenou nervozitu a úzkostnost v posledních dnech, máloco ji těší, je ze sebe zklamaná a má pocity viny. Od skupiny si slibuje uvolnění napětí a následné zlepšení spánku. Deklaruje potřebu zpevnění v životě, chtěla by lépe zvládat každodenní činnosti. Do skupiny nastoupila později – až na 4. setkání, poté program absolvovala bez absence až do konce, celkem absolvovala 9 setkání.
K2	žena, 51 let, dystymie (F341). Svě dlouhodobé obtíže popisuje jako deprese, psychastenii, úzkosti a panické ataky, neschopnost se soustředit, cítí se neustále v napětí, špatně snáší stres, deklaruje únavu a celkové vyčerpání. Pobírá invalidní důchod 2. stupně, medikována. Původně přichází se zájmem o stacionář, zakázku formuluje jako zmírnění úzkostí, snížení napětí a stresu, vyrovnání s dětstvím; po vstupním vyšetření indikována do muzikoterapeutické skupiny. Celkem absolvovala 6 setkání.
K3	žena, 31 let, středně těžká depresivní fáze (F321). Dlouhodobě léčena pro depresivní symptomatologii, medikována. V současné chvíli se rozvádí, je na mateřské dovolené, péče o malé dítě ji zcela zaměstnává. Dochází na individuální arteterapii, kam si podle svých slov chodí odpočinout, je to jediný čas, který má sama pro sebe. Skupinová terapie je pro ni vykročením z komfortní zóny, mezi lidmi se cítí nejistě, ale vnímá, že je zapotřebí překonávat diskomfort v této oblasti,

	po MD by ráda šla do práce, potřebuje trénovat. Věřící, že když se ve skupině nebude příliš sdílet verbálně, zvládne to. Ráda by uvolňovala napětí jinak než povídáním. Celkem absolvovala 11 setkání.
K4	žena, 44 let, středně těžká depresivní fáze (F321). Vážnější depresivní propad zažila před 2 lety, od té doby medikována. Nejvýraznějším tématem je dlouhodobě neúspěšná snaha o početí. Jako individuální cíle do muzikoterapeutické skupiny si stanovila podporu stabilizace, úlevu od napětí, možnost neverbálního vyjádření (někdy pro své pocity nemá slovní pojmy), je motivována ke zkoumání vlastních zdrojů a užitečných strategií a adaptačních mechanismů, zvýšení odolnosti vůči stresu. Absolvovala pouze první 4 setkání, poté docházku ukončila z pracovních důvodů.
K5	žena, 32 let, smíšená úzkostná a depresivní porucha (F412), medikována. Při úvodním setkání referuje o křehké stabilitě psychického stavu vlivem závažných změn v osobním i sociálním životě. Nově nabytý prostor zaplnily úzkosti a depresivní myšlenky, aktuálně je ve středně těžkém propadu. Má dlouhodobé potíže se spánkem, hůře usíná a často se budí. Skupinu vnímá jako místo pro odreagování a možnost sdílet své potíže s druhými lidmi, a to jinak než verbálně. V minulosti docházela do verbální skupiny, to bylo pro ni velmi těžké. Ráda by rozšířila své portfolio copingových strategií pro zvládání krizí. Absolvovala 11 setkání.
K6	muž, 34 let, Aspergerův syndrom (F845) a periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká (F330). Medikován. V dospělosti mu byl diagnostikován Aspergerův syndrom, mívá problémy s porozuměním komunikaci, těžko se přizpůsobuje změnám. Má dlouhodobé depresivní potíže provázené abulií a anhedonií. Je dlouhodobě nezaměstnaný s přiznaným invalidním důchodem 2. stupně. Komplikované vztahy v rodině. Popisuje psychosomatické obtíže – zhoršený spánek, migrény, snížená chuť k jídlu. Nyní se snaží na sobě pracovat, hledá práci, začal docházet do individuální kognitivně-behaviorální terapie. Stále však prožívá pocity prázdnoty, letargie a ztráty smyslu. Od skupiny si slibuje možnost vyjádřit se i jinak než slovy, která mu často přinášejí nedorozumění a zkreslení, přerušit své osamění, setkat se s lidmi, kteří také mají nějaké problémy. Hovoří o restartu a zvýšení motivace. Absolvoval 9 setkání.

K7	žena, 20 let, periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká (F332). Medikována, v minulosti opakovaně hospitalizována, absolvovala elektrokonvulzivní léčbu. Kvůli nemoci přerušila studium na VŠ, kam by se ráda vrátila, v současné době ale deklaruje zhoršenou schopnost koncentrace pozornosti. Uvědomuje si, že potřebuje dodržovat denní režim, účast na skupině k jeho dodržování přispěje. Na úvodní rozhovor přichází společně s otcem, je patrná silná tenze, somatické napětí, vyjadřuje obavu, aby ve skupině neselhala a aby jí to pomohlo. Absolvovala 10 setkání.
K8	žena, 48 let, periodická depresivní porucha, v současné době v remisi (F334). Dlouhodobě se potýká s depresivními propady, poprvé se objevily po narození syna. Při vstupním rozhovoru sdílí pocity osamělosti, vykořeněnosti (narodila se v zahraničí). Do skupiny se přihlásila, jelikož hudba jí asociuje něco příjemného. V životě se jí nedaří udělat si čas sama pro sebe, ten si chce tímto způsobem dopřát. Je to její první zkušenost s terapeutickou skupinou, přichází se zvědavostí, co jí může dát hudba, ale i skupina. Absolvovala 10 setkání.

O terapeutickém procesu jednotlivých klientů, jejich fungování v rámci skupiny a naplnění stanovených individuálních cílů pojednáváme podrobně v kapitole 3.4.

3.4 Vyhodnocení výsledků výzkumu

V této části bude představeno vyhodnocení dat z jednotlivých měřících nástrojů (testů), která budou doplněna o data, která jsme získali na začátku, konci, ale také v průběhu studie z reflexí účastníků i terapeutek. Pro analýzu kvantitativních dat jsme použili metody deskriptivní statistiky. Testové skóre u každého účastníka bylo doplněno barevným znázorněním zlepšení, zhoršení nebo stejných výsledků na jednotlivých škálách (tabulka 4). Tabulka 4 navíc obsahuje skóre týkající se naplnění individuálních cílů účastníků na tzv. žebříku. Pro popis celého souboru jsme použili průměr, směrodatné odchylky, minima a maxima u jednotlivých škál (tabulka 5). Vzhledem k nízkému počtu účastníků jsme nezvažovali provedení metod indukční statistiky.

Tabulka 4: Hrubé skóry

Účastník – kód	GAD-7		PHQ-9		WHO-5		BDI-II		Naplnění individuálních cílů („žebřík“)
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Min 0 – max 10
K1	4	4	11	11	5	13	20	11	10
K2	17	12	21	13	3	4	32	28	7
K3	7	10	10	13	9	9	16	18	10
K4	9	-	15	-	4	-	17	-	-
K5	10	10	12	13	5	3	19	24	6
K6	7	-	14	-	2	-	31	-	-
K7	8	6	16	7	8	17	28	12	8-9
K8	9	4	19	10	3	12	28	13	9-10

Legenda pro interpretaci:

■ zlepšení ■ shodný výsledek ■ zhoršení

GAD-7: míra úzkosti 0–4 minimální, 5–9 mírná, 10–14 střední, 15–21 vysoká

PHQ-9: 0–27 (čím vyšší číslo, tím hlubší depresivita)

WHO-5: 0–25 (čím nižší číslo, tím menší kvalita života)

BDI-II: 0–10 normální nálada, 10–20 mírná deprese, 20–40 střední deprese, 40–60 silná deprese

Tabulka 5: Deskriptivní statistika celého souboru

Deskriptivní statistika celého souboru

	GAD-7		PHQ-9		WHO-5		BDI-II	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Platné / Valid	8	6	8	6	8	6	8	6
Chybějící / Missing	0	2	0	2	0	2	0	2
Průměr / Mean	8.875	7.667	14.750	11.167	4.875	9.667	23.875	17.667
Směrodatná odchylka / Std. Deviation	3.758	3.445	3.845	2.401	2.475	5.428	6.534	7.005
Minimum	4.000	4.000	10.000	7.000	2.000	3.000	16.000	11.000
Maximum	17.000	12.000	21.000	13.000	9.000	17.000	32.000	28.000

Z dat v tabulce 4 je patrné, že u dvou účastníků došlo téměř na všech škálách ke zhoršení (K3 a K5), u tří účastníků došlo na všech škálách ke zlepšení (K2, K7 a K8) a u jednoho účastníka došlo u dvou škál ke zlepšení (WHO-5 a BDI-II), zatímco u zbývajících dvou škál (GAD-7 a PHQ-9) se výsledek nezměnil (K1).

Výstupy u každé jednotlivé škály můžeme zhodnotit následovně:

- BDI-II: u čtyř účastníků došlo ke zlepšení (K1 o 9 bodů, K2 o 4 body, K7 o 16 bodů a K8 o 15 bodů), přičemž v případě účastníků K7 a K8 se jedná o zlepšení výrazné – závěrečné měření u obou účastníků vykazuje posun z pásma střední deprese do pásma deprese mírné. U závěrečného měření účastníků K1 a K2 k posunu pásma deprese nedošlo, přestože se celkové skóre zlepšilo. Účastník K3 vykazuje v Beckově stupnici mírné zhoršení (o 2 body), oba celkové skóre spadají do pásma mírné deprese. U účastníka K5 došlo ke zhoršení s posunem z pásma mírné deprese do pásma střední deprese, můžeme si však všimnout, že počáteční měření u tohoto účastníka vyšlo na horní hranici pásma mírné deprese a reálné zhoršení tedy není tak výrazné (o 5 bodů).
- PHQ-9: u tří účastníků došlo ke zlepšení (K2, K7 a K8), u dvou účastníků došlo ke zhoršení (K3 a K5), u jednoho účastníka je výsledek shodný (K1). Z výsledků je patrné, že vykázaná zlepšení (o 8, 9 a 9 bodů) jsou výraznější než vykázaná zhoršení (o 3 a 1 bod).
- GAD-7: u tří účastníků došlo ke zlepšení (K2, K7 a K8), u dvou účastníků je výsledek shodný (K1 a K5) a u jednoho účastníka došlo ke zhoršení (K3). Ze tří účastníků, u nichž nastalo zlepšení, došlo k posunu z jednoho pásma míry úzkosti do jiného – u účastníka K2 došlo k posunu z pásma vysoké míry úzkosti do pásma střední míry úzkosti, u účastníka K8 došlo k posunu z pásma mírné úzkosti do pásma úzkosti minimální. U účastníka K7 zůstávají obě měření v pásmu mírné úzkosti. U účastníka K3 došlo při zhoršení k posunu z pásma mírné úzkosti do pásma úzkosti střední.
- WHO-5: U čtyř účastníků došlo ke zlepšení (K1, K2, K7 a K8), u jednoho účastníka došlo ke zhoršení (K5) a u jednoho účastníka je výsledek shodný (K3). Z výsledků je patrné, že vykázaná zlepšení (o 8, 1, 9 a 9 bodů) jsou výraznější než vykázané zhoršení (o 2 body).

Zhoršení u účastníků K3 a K5 lze vysvětlit na základě dat získaných z průběžných i závěrečných reflexí (Tabulka 6). K3 opakovaně uvedla, že jí hudba jako terapeutické médium nevyhovuje a nabízené aktivity plnila spíše „z povinnosti“. Nicméně chce dále

pokračovat v individuální arteterapii. U K5 došlo ke zhoršení somatických obtíží, které přispěly ke zhoršení bolesti a nespavosti, což významně negativně ovlivňuje depresivní prožívání a celkovou kvalitu života.

V terapeutickém procesu se může (nejen) depresivní symptomatologie nejprve krátkodobě zhoršit. Důvodem je otevírání citlivých témat a bourání „obran“ a kompenzačních mechanismů, které klient běžně používá. Až po nějaké době dochází ke stabilizaci a tím i zlepšení celkového stavu. Domníváme se, že u účastníků, u nichž závěrečné měření vykazuje zhoršení, by mohlo postupně dojít ke zlepšení, pokud by byla terapie dlouhodobější.

Tabulka 6: Reflexe týkající se účastníků K3 a K5

Klient – kód	Reflexe klienta	Reflexe terapeutek
K3	Na žebříku hodnotí naplnění individuálních cílů na stupni 10, což nekoresponduje s výpovědí klientky, která své prožívání ve skupině popisuje jako stresující. Má dojem, že skupina nebyla pro ni vhodná, hudební exprese jí nevyhovovala: „nejsem v tom dobrá“. Potřebovala se „vypovídat“ a ve skupině pro to neměla dostatečný prostor. Měla sice čas pro sebe, ale nebylo možné ho plnohodnotně využít, to se jí v životě opakuje. Skupina ale splnila účel „otužování“ v sociálních dovednostech. V průběhu konání skupiny došlo k navýšení antidepresivní medikace, ústup symptomů zatím nepocítuje.	Během skupinových setkání opakovaně deklarovala, že muzikoterapeutická skupina pro ni není vhodná, vyhovuje jí lépe exprese prostřednictvím výtvarného projevu, což jí bylo v rámci možností umožněno. Nabízené aktivity plnila spíše „z povinnosti“. Při závěrečném individuálním setkání bylo tématem opakující se prožívání klientky většiny věcí v životě jakožto úkolů, které je zapotřebí splnit, a hledání souvislostí s pocity vyčerpanosti. Po ukončení skupiny bude pokračovat v individuální arteterapii.
K5	Na žebříku hodnotí naplnění individuálních cílů na stupni 6. Docházení do skupiny vnímala jako těžké, kontakt s druhými lidmi	Bylo možné pozorovat, jak klientka v průběhu skupiny „rozkvétala“, tak jak objevovala nové možnosti

	je pro ni výzvou, vnímá však, že je důležité se mu vystavovat. Ve skupině mohla zažít pocit, že to není nemožné. Vyhovovalo jí neverbální vyjadřování. V průběhu trvání skupiny došlo ke zhoršení somatických obtíží, které přispěly ke zhoršení bolesti a nespavosti. V zařízení již v minulosti docházela na individuální arteterapii, po skončení skupiny naváže.	neverbální exprese. Ocenily jsme její odvalu zkoušet nové věci a vystupovat ze své komfortní zóny. Bylo patrné, že verbální vyjádření jí činí potíže, hovořila stručně a spíše jen na vyzvání. Při závěrečném setkání klientce doporučujeme skupinu nácviku komunikačních dovedností pro usnadnění běžného fungování v práci a v sociálním zapojení.
--	--	--

Domníváme se, že ke zlepšení u účastnic K1, K2 a K8 mohl přispět jejich proaktivní přístup, se kterým přistupovaly k nabízeným technikám, byly otevřeny novým zkušenostem i kontaktům s druhými. Dalším faktorem mohl být fakt, že do skupiny přišly s reálnými očekáváními. Jednalo se o nejstarší klientky ve skupině, což se projevovalo větší mírou nadhledu a laskavosti k sobě i ostatním. Vůči mladším klientům občas vystupovaly jako mateřské figury, dokázaly je ocenit a povzbudit. K1 skupinu vnímala spíše volnočasově než terapeuticky, užívala si sociální kontakt, nepřinášela hlubší témata. K2 mohla čerpat podporu v rodinném zázemí, ač se během terapie musela vyrovnávat s nemocí manžela. Dokáže se radovat z maličkostí v běžném životě (pořídili si psa) i v terapeutickém procesu (užívala si bubnování a pohyb). Ke zlepšení u této účastnice pravděpodobně přispěla také změna medikace. K8 přicházela do skupiny s tím, že si chce dopřát čas pro sebe. V závěru reflektuje, že se jí tento čas podařilo dobře využít. Ke zlepšení pravděpodobně přispěl také fakt, že se její stav pravidelně zlepšuje s přicházejícím jarním obdobím, což korespondovalo s časovým průběhem skupiny. K7 byla naopak nejmladším klientem ve skupině, na úvodní setkání přišla s rodiči. Ač deklarovala, že je pro ni rodina velikou podporou, domníváme se, že pro ni bylo přínosné vystupovat ve skupině pouze sama za sebe (bez vlivu rodičů), jako dospělá. Ostatními ve skupině byla oceňována za svoji odvalu exponovat se i přes silně prožívanou úzkost. Podrobná reflexe účastnic a terapeutek je uvedena v tabulce 7.

Tabulka 7: Reflexe týkající se účastníků K1, K2, K7 a K8

Klient – kód	Reflexe klienta	Reflexe terapeutek
K1	Na žebříku hodnotí naplnění individuálních cílů na stupni 10, a to především v sociální oblasti, těšilo ji pravidelné setkávání s ostatními. Deklaruje, že jí déle trvalo, než si zvykla na neverbální způsob práce, také se nějakou dobu „usazovala“ ve skupině kvůli pozdějšímu nástupu. Celkově zkušenost hodnotí kladně.	Klientka se účastnila nabízených technik tvořivě, s odvahou zkoumala nové možnosti vyjádření a kontaktu s druhými. Ve verbálním projevu byla úspornější, dokázala se však vztahovat k ostatním členům, vyjadřovala jim podporu. Při závěrečném hodnocení bylo pro ni obtížné formulovat přínosy terapie, stejně jako představu o další péči, zakázka pro další podporu po ukončení skupiny se jeví spíše jako volnočasová než terapeutická, společně jsme hledaly možnosti, jakým způsobem ji může čerpat.
K2	Na žebříku hodnotí naplnění individuálních cílů na stupni 7. Celkově skupinu hodnotí kladně, zmáhalo ji ale zdlouhavé dojíždění do zařízení. Nejsilnější zážitek má ze společného bubnování, při kterém zažila pocit pospolitosti. Užila si práci s tělem a pohyb. Nejméně ji bavily výtvarné techniky. V průběhu trvání programu si našla práci na malý úvazek, což ji těší. Rovněž u ní došlo ke změně medikace, což pravděpodobně přispělo ke zmírnění symptomatologie. Začala opět docházet na individuální psychoterapii, kterou si sama vyhledala v blízkosti svého bydliště.	Klientka se aktivně účastnila nabízených technik, které poté autenticky refletovala. Zvláště při bubnování viditelně ožívala. Psychomotorické tempo kolísalo v závislosti na aktuálním stavu, chvílemi působila utlumeně. Zajímala se o jiné členy skupiny, reagovala na ně. Z důvodu onemocnění v rodině a vyčerpávajícímu dojíždění častěji absentovala. Přínos pro klientku vnímáme mj. v tom, že mohla zkoumat, co jí dělá dobře a co ne,

		v závěru doporučujeme klientce najít si pro sebe pravidelnou volnočasovou aktivitu, která ji bude bavit, např. bubnování.
K7	Na žebříku hodnotí naplnění individuálních cílů mezi stupni 8 a 9. Hudební exprese pro ni byla nová, stejně tak práce s tělem a pohybem, kterou hodnotí velmi kladně. Přestože chvílemi prožívala silnou úzkost („nechtěla jsem se ztrapnit“), je ráda, že vyrazila mezi lidi. „Cítila jsem se kotvená v realitě“. Vnímá, že udělala pokrok a chce v něm pokračovat. Dochází na individuální psychoterapii, v létě plánuje nastoupit ketaminem asistovanou terapii. V příštím roce plánuje návrat do školy.	Klientka ze začátku působila staženě, postupně se však osmělovala, skupina ji oceňovala za její odvahu. Opakovaně hovořila o tom, že nenávidí sama sebe. Sebehodnocení se na konci terapie výrazně změnilo k lepšímu, dokázala se i ocenit, být „opatrně“.
K8	Na žebříku hodnotí naplnění individuálních cílů mezi stupni 9 a 10. Skupina jí pomáhala strukturovat týden. Představovala pro ni bezpečný prostor, který mohla využít sama pro sebe. „Měla jsem prostor uvědomit si lépe své pocity a vyjádřit je.“ Našla si opět cestu k hudbě jako ke zdroji, ze kterého může čerpat, koupila si djembe. Během trvání programu jí zemřel otec, se kterým však měla složitý vztah. Reflektuje, že do skupiny přicházela v horším období, depresivní propady se opakují vždy s koncem zimy. Nyní se cítí výrazně lépe. Po skončení skupiny pokračuje v psychiatrické a psychoterapeutické individuální péči.	Klientka patřila k nejaktivnějším členům skupiny. Využívala prostor ke kreativnímu expresivnímu vyjádření, ale i k verbálním sdílení. Často reagovala na jiné členy skupiny, podporovala je.

Účastníci K4 a K6 se nezúčastnili závěrečného hodnocení (včetně testování) a nebyli tak zahrnuti do výsledků výzkumného šetření. Jelikož ale byli součástí skupiny (K4 pouze do 4. setkání), v tabulce 8 uvádíme reflexi terapeutek pro dokreslení obrazu skupiny jako celku.

Tabulka 8: Reflexe týkající se účastníků K4 a K6

Klient – kód	Reflexe klienta	Reflexe terapeutek
K4	Závěrečného hodnocení se nezúčastnila.	Klientce vyhovoval neverbální způsob práce, dominantním tématem byla neúspěšná snaha o početí. Střídaly se u ní momenty, kdy živě reagovala na ostatní ve skupině či kreativně prozkoumávala svá témata, s okamžiky útlumu a stažení se. Po předčasném ukončení docházky do skupiny začala docházet na individuální psychoterapii, která jí časově vyhovuje lépe.
K6	Závěrečného hodnocení se nezúčastnil.	Byla patrná nejistota klienta v sociálním kontaktu, opakovaně sdílel pocity nepatřičnosti, ostatními členy skupiny byl ale přijat a mohl zažít pocit, že on sám je v pořádku tak, jak je, a že je možné necítit se dobře, a přesto moci zůstat ve skupině. Oblíbil si kovové nástroje, zvláště pak handpan a tongue drum, při hraní na tyto nástroje měl tendenci uzavírat se do sebe a ztrácet kontakt s ostatními, bylo však možné společně domluvit strategii, jak ho na to upozornit tak, aby se necítil zahanben. Živý verbální kontakt s ostatními střídaly chvíle stažení se. Přinášel originální myšlenky a vhledy, jeho hudba byla svébytná. Opakovaně se mu stávalo, že na setkání bez omluvy nedorazil, na závěrečné individuální

		setkání se nedostavil.
--	--	------------------------

Diskuse

Tato kapitola nabízí shrnutí výsledků výzkumného šetření a možné kontextuální determinanty, které mohly ovlivnit jeho průběh. Výsledky jsou porovnány s předchozí výzkumnou studií zaměřenou na terapeutický program *Arts for Blues*. Dále budou diskutována doporučení pro další výzkum i muzikoterapeutickou praxi.

Pro porovnání výsledků našeho výzkumného šetření s dřívějšími studiemi programu budou použity dosud nepublikované výsledky týkající se realizace originálního programu *Arts for the blues* ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska, které nám poskytla prof. Karkou. Také bude diskutován kontext, který mohl mít vliv jak na výstupy obou výzkumných šetření, tak i na průběh terapeutického procesu při samotné realizaci muzikoterapeutické skupiny.

V odpovědi na výzkumnou otázku lze konstatovat, že u většiny účastníků výzkumu došlo po absolvování modifikovaného terapeutického programu k pozitivní změně, a to jak ve vztahu k primárnímu (depresivita) i sekundárnímu (míra úzkosti a kvalita života) výstupu. U dvou účastníků došlo téměř na všech škálách ke zhoršení, u tří účastníků došlo na všech škálách ke zlepšení a u jednoho účastníka došlo u dvou škál ke zlepšení, zatímco u zbývajících dvou škál se výsledek nezměnil.

Předběžné výstupy originálního programu AFTB se vztahují k realizaci skupiny provedené v organizaci MIND Mental Health Charity¹⁷, která poskytuje podporu klientům v oblasti duševního zdraví. Výzkumný design byl podobný designu výzkumného šetření realizovaného v rámci této diplomové práce. Programu se zúčastnili lidé s diagnostikovanou depresivní poruchou nebo se symptomy deprese. Do skupiny bylo indikováno 11 osob, 4 z nich do programu nakonec nenastoupili. Ze 7 účastníků (3 ženy a 4 muži) všichni program dokončili, 1 z nich neabsolvoval závěrečné testování (chybějící data byla dopočítána zprůměrováním ostatních výsledků). Pro úvodní a závěrečné měření (pretest – posttest) byly použity totožné testy, které byly použity v našem výzkumném šetření (GAD-7, PHQ-9, WHO-5 a BDI-II). Důležitým rozdílem oproti realizaci našeho výzkumného šetření byl fakt, že program byl uskutečněn on-line

17 Více informací o organizaci na <https://www.mind.org.uk/>.

formou. V tabulce 9 jsou uvedeny výsledky realizace originálního programu AFTB (Omylinska-Thurston et al., in prep.).

Tabulka 9: Výsledky originálního programu AFTB

	GAD7 Pre	GAD7 Post	PHQ9 Pre	PHQ9 Post	WHO5 Pre	WHO5 Post	BDI II Pre	BDI II Post
M	13,17	6,17	15,67	9,00	7,67	13,83	25,17	14,83
SD	4,02	2,86	6,41	8,44	3,56	5,71	11,48	15,38
Z score	-2,41		-2,58		-0,62		-2,14	
P (2-tailed)	0,016		0,010		0,533		0,33	

V tabulce 10 je uvedeno srovnání výsledného průměru a směrodatné odchylky při měření v rámci originálního programu AFTB ve Spojeném Království („UK“) a v rámci výzkumného šetření v diplomové práci („ČR“). Porovnání z skóre a p hodnot záměrně neuvádíme – po konzultaci s odborníky v oblasti statistiky bylo rozhodnuto zůstat u metod deskriptivní statistiky, protože provedení analýzy dat metodami indukční statistiky může být u tak malého množství účastníků zavádějící.

Tabulka 10: Srovnání výsledků v UK a ČR

	GAD7 Pre		GAD7 Post		PHQ9 Pre		PHQ9 Post	
	UK	ČR	UK	ČR	UK	ČR	UK	ČR
M	13,17	8,88	6,17	7,67	15,67	14,75	9,00	11,17
SD	4,02	3,76	2,86	3,45	6,41	3,85	8,44	2,4

	WHO5 Pre		WHO5 Post		BDI II Pre		BDI II Post	
	UK	ČR	UK	ČR	UK	ČR	UK	ČR
M	7,67	4,86	13,83	9,67	25,17	23,88	14,83	17,67
SD	3,56	2,48	5,71	5,43	11,48	6,53	15,38	7,01

Zde se ukazuje zajímavý fenomén – v datech z UK je rozptyl pre a post měření na téměř všech škálách výrazně širší při srovnání s daty z ČR. To odpovídá vyšším hodnotám směrodatných odchylek. Taktéž zlepšení je na souboru z UK vždy větší než na datech z ČR. Pro tyto rozdíly nemáme jednoznačné vysvětlení, ačkoliv popis níže uvedených determinantů by mohl nabídnout hypotézy pro vysvětlení tohoto jevu. Každopádně srovnávání výsledků z tak malých studií může být i poměrně zavádějící, neboť výsledky zde nelze komparovat např. formou analýzy podskupin. Proto bude nutné získat z obou zemí více dat, což umožní spolehlivější porovnání. Nyní je podstatné, že výsledky z obou studií naznačují stejný trend, a to je zlepšení klientů. Intervence má na tomto zlepšení patrně podíl, ačkoliv to by bylo možné potvrdit pouze na základě intervenční studie s kontrolní skupinou, optimálně experimentálního typu.

V následujících odstavcích budou diskutovány možné kontextuální determinanty, které mohly ovlivnit průběh muzikoterapeutické skupiny realizované v rámci našeho výzkumu. Tyto determinanty opět uvedeme do souvislostí s kontextem původní studie z UK.

- *Kontext doby.* V současné době zažíváme celospolečenské změny, jejichž negativní vliv na duševní zdraví potvrzují první výzkumy i klinická data. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2022 [online, cit. 2022-10-31]) vzrostla prevalence úzkostných a depresivních poruch v prvním roce koronavirové pandemie o 25 %. Vedle samotného zdravotního rizika (včetně post-covidových psychických problémů) patří mezi multistresové faktory sociální izolace, strach z nákazy a potažmo obavy o život svůj nebo svých blízkých či ekonomické problémy. Program AFTB ve Spojeném království vznikl v roce 2018, tedy před vypuknutím celosvětové pandemie koronaviru a před rozpoutáním války na Ukrajině. Tyto události zatěžkaly celkovou společenskou atmosféru na mnoha úrovních. Také v muzikoterapeutické skupině bylo možné toto zatěžkané pole vnímat. Mezi tématy, která klienti přinášeli, se objevoval pocit ztráty smyslu, nejistota ohledně budoucnosti, strach o zdraví své nebo svých blízkých a s tím související depresivní propady.
- *Setting.* Výzkumné šetření bylo realizováno ve zdravotnickém terapeutickém zařízení, které prostřednictvím psychoterapeutických služeb ve spolupráci s psychiatrickou péčí a sociálními službami zprostředkovává komplexní léčbu

lidem s duševním onemocněním. Setting originálního programu AFTB byl poněkud odlišný. Program se uskutečňoval a následně formoval prostřednictvím jednorázových workshopů pro veřejnost na půdě univerzity (Edge Hill University), další workshopy byly určeny uživatelům zdravotnické služby, kteří se zúčastnili společně s personálem služby (IAPT service, Greater Manchester NHS Foundation Trust). Program byl dále uzpůsoben pro děti a mládež a uskutečněn v 6 běžných a 2 speciálních školách. Předběžné výsledky poskytnuté prof. Karkou (viz výše) se vztahují k on-line realizaci kompletního 12týdenního programu pro klienty s diagnostikovanou depresí nebo se symptomy deprese v organizaci MIND Mental Health Charity. Předpokládáme, že skladba účastníků skupiny a forma realizace programu (on-line) měla vliv na konečné výsledky.

- *Klinický kontext.* Klinický kontext odpovídá settingu, ve kterém byl program uskutečněn. Klinické obtíže účastníků muzikoterapeutické skupiny spadaly do spektra těžších poruch, a to z hlediska závažnosti symptomatologie, délky trvání (chronicity) a dopadu obtíží na život klientů. Většina účastníků skupiny byla medikována, u některých z nich došlo ke změně medikace během docházky do skupiny. Nemáme bližší informace o klinickém obrazu obtíží klientů, kteří se zúčastnili originálního programu, domníváme se však, že se jednalo o lehčí poruchy s méně závažnou symptomatologií, s čímž souvisí řada dalších faktorů, které mohly ovlivnit motivaci a proaktivní přístup klientů, jejich energii, náladu a tím i výsledky výzkumného šetření.
- *Kulturní kontext.* Mezi českou a britskou kulturou existují značné rozdíly. Kulturně-historický rámec definuje odlišné kulturní standardy. Míra emocionality a způsob vyjadřování emocí, míra otevřenosti, zdvořilosti či úzkostlivosti, to vše může mít vliv na prožívání klientů ve skupině a jejich hodnocení zlepšení vlastního stavu i programu jako takového.
- *Výzkumný kontext.* Vedle obecných a individuálních cílů popsanych v předchozích kapitolách bychom neměli opomenout cíl výzkumný, který je přítomen na pozadí realizace originálního programu i výzkumného šetření realizovaného v Psychoterapii Fokus Praha. Prostřednictvím výzkumného záměru autorů programu i samotných terapeutů, kteří program realizovali, je vznesen nárok na terapeuty i klienty samotné: nárok na zmírnění depresivní

symptomatologie. Domníváme se, že pokud by výzkumný záměr nebyl přítomen, kontakt s klienty a jejich skutečnými potřebami by byl snáze přístupný, nezatížený požadavky programu. Jako příklad požadavku programu, který jsme při realizaci skupiny vnímali, uveďme posloupnost klíčových ingrediencí, kterou bylo zapotřebí brát v úvahu při přípravě jednotlivých setkání. Stanovená struktura programu představovala na jednu stranu oporu, které bylo možné se přidržet při plánování muzikoterapeutického obsahu, na stranu druhou byla občas zdrojem nejistoty terapeutek, zda následovat spíše aktuální terapeutický proces ve skupině, nebo připravený obsah.

- *Časový kontext.* Výše popsané nároky nabývaly na naléhavosti vzhledem k časové dotaci intervence, kterou můžeme označit za krátkodobou. Skupinové terapie v Psychoterapii Fokus Praha běžně probíhají v dlouhodobějším horizontu, jehož povaha umožňuje pomalejší plynutí terapeutického procesu s možností zastavit se u aktuálních témat či skupinově dynamických dějů třeba i po dobu několika setkání, pokud je třeba. Vytvoření bezpečného prostoru, ve kterém je možné autenticky sdílet vlastní prožitky a životní příběh, vyžaduje čas. Rovněž formování bezpečného terapeutického vztahu mezi klientem (klienty) a terapeutem a budování terapeutické aliance se děje postupně. Během 12 týdnů bylo možné vystavět výše zmíněné základy pro dobrou terapeutickou práci pouze částečně. Především předposlední fáze terapeutického programu (klíčová ingredience „zpracování témat na hlubší úrovni“) by si, podle nás, zasloužila větší časovou dotaci. Jako příklad úskalí krátkodobé terapeutické intervence uveďme sdílenou frustraci klientů zhruba v polovině programu – klienti měli pocit, že by již v tuto chvíli měli pociťovat výrazné změny. To zvyšovalo nároky a tlak na terapeutky i klienty samotné, negativně ovlivňovalo motivaci některých klientů a mohlo tak docházet k nežádoucí blokaci terapeutického procesu.

Shrneme-li výše uvedené okolnosti, můžeme říci, že zkušenost s přípravou a realizací muzikoterapeutické skupiny podle programu AFTB byla pro nás v mnoha ohledech nová a jedinečná. Skupinové terapie, které jsou v Psychoterapii Fokus Praha běžně realizovány, bývají delšího trvání (v současné době nejčastěji 1–2 roky). Liší se i typická skladba účastníků skupin. Klinické symptomy klientů ve skupinách bývají

rozmanitější, jedná se o klienty s depresivními a úzkostnými obtížemi, ale také s méně závažnými poruchami osobnosti, někteří z klientů mají za sebou psychotickou zkušenost nebo se zkrátka momentálně nacházejí v těžkém životní období či situaci. Muzikoterapeutická skupina AFTB byla složena výhradně z klientů s depresivními symptomy, ač byla samozřejmě životní zkušenost každého klienta jedinečná, stejně jako byl jedinečný klinický obraz jeho obtíží. Zúžení inkluzivních kritérií pro výběr klientů do skupiny jsme pocítili již při samotném procesu skládání skupiny, který byl kvůli zaměření výhradně na depresivní symptomatologii náročnější a zdlouhavější. I kvůli specifickému zúžení inkluzivních kritérií se nám nepodařilo skupinu naplnit tak, jak jsme původně zamýšleli (ideální počet klientů ve skupině by byl 8–12).

Skupinové pole v muzikoterapeutické skupině korespondovalo s konceptem depresivního pole, jak o něm pojednává Roubal (2022). Autor hovoří o „depresivní bažině“, ve které se mísí pocity pasivity, vyčerpání, utrpení, bezmoci, selhání a frustrace. Klienti spolu mohli tyto pocity sdílet, ať již verbálně či neverbálně, což bylo pro mnohé z nich přínosem. Když se však začali společně v oné bažině utápět, chyběl mezi klienty někdo, kdo by ostatním pomohl na břeh. Často jsme se tak v roli terapeutů ocitali v situaci, kdy bylo zapotřebí onu pomocnou ruku podat, což se někdy dařilo, někdy méně. Významným přínosem terapeutické skupiny je totiž mj. poskytnutí terapeutické intervence (např. zpětná vazby) klienta vůči jinému klientovi, která může být za určitých okolností efektivnější, než zpětná vazba vycházející od terapeuta směrem ke klientovi (Rieger, 2007).

Cennými okamžiky, které bylo možné v terapii zažít, byly chvíle kontaktu s živostí. Tyto okamžiky byly různého charakteru – letmý oční kontakt, chvilka společného souznění při improvizaci, nový zážitek sebe sama jako součásti skupiny při společné tvorbě, objevování potenciálu vlastního hlasu, kontakt s vlastním tělem a dechem. Tyto okamžiky působily jako malé ostrůvky v bahnitém oceánu, na které bylo možno alespoň na chvíli vystoupit a spočinout. Mnohé z těchto okamžiků lze jen těžko zachytit pomocí slov. Kontaktování toho, co je živé, řadí autoři originálního programu AFTB k 1. klíčové ingredienci (podpora aktivního zapojení, viz kap. 2.3.1, Tabulka 1). Při naší práci jsme důležitost tohoto fenoménu vnímali po celou dobu trvání skupiny.

Již samotný fakt, že depresivní klienti každý týden na muzikoterapii dorazili, lze nahlížet pozitivně. To, že mohli zakoušet sami sebe v nových situacích a zažívat se jako

úspěšné, vnímáme jako smysluplné, i přes občasné pocity selhání. Obavy ze selhání klienti často sdíleli, týkaly se vlastního kontaktu s druhými, ale také obavy, že nedokáží „dobře“ hrát na hudební nástroje, obavy z toho, že druzí budou hodnotit jejich výkon a potažmo je samotné. Ostatně, tyto obavy nebývají v muzikoterapii výjimkou, mnoho lidí si je nese ze školní hudební výchovy a vychází z obavy, aby to jedinec „nekazil ostatním“. Opakovaně jsme dávali najevo, že ve skupině nerozlišujeme, co je dobře a co špatně, že nejde o to, aby hudba, kterou tvoříme, byla hezká či libozvučná. Účast na skupinovém dění přinášela klientům nejen nové příležitosti, jak zažívat sama sebe, ale také možnost kontaktovat se s druhými, vykročit ze sociální izolace směrem ke vztahovosti tak, jak o tom hovoří Kryl (2006), čerpat naději z opory a porozumění od druhých a potažmo odstoupit od opakujících se pocitů viny a sebekritických úvah. Klienti si postupně stále více dávali vzájemnou podporu a ujišťovali se, že to, co prožívají, je v pořádku; to, jací jsou, je v pořádku.

Jedním z důležitých pilířů programu AFTB je důraz na aktivní participaci klienta při stanovování vlastních cílů v terapii a jejich reflexi, klient je vnímán jako partner a spolutvůrce terapeutického procesu. Jedním z hlavních symptomů deprese je však nízká míra aktivity. Při skupinové práci jsme klienty celkově vnímali jako méně aktivní, než jak klienty obvykle zažíváme právě ve výše zmíněných diagnosticky pestřejších skupinách. Byli jsme tak nuceni pozměnit styl práce na direktivnější, zahrnující větší míru podpory a zpětné vazby směrem ke klientům. Zatímco originální program AFTB předpokládá vyšší aktivitu terapeutů především v prvních několika setkáních, my jsme vnímali potřebu vyšší aktivity z naší strany po celou dobu trvání skupiny.

Na tomto místě je třeba zmínit paradox ohledně kvantifikace dosažených cílů. Na jednu stranu byl ze strany terapeutek zdůrazňován nehodnotící aspekt v muzikoterapii („neexistuje dobře a špatně“, „vše je správně“), na druhou stranu jsme ale klienty podporovali v tom, aby reflektovali míru dosažení svých individuálních terapeutických cílů, a to i prostřednictvím kvantifikace na tzv. „žebříku“. Tuto skutečnost, jenž do jisté míry přispívala k terapeutické nejistotě, považujeme za důsledek odlišné tradice pojetí skupinové terapeutické práce v ČR a v UK.

McCaffrey (2016) hovoří o schopnosti muzikoterapie rozšiřovat kapacitu zdravotní péče a psychoterapie při léčbě duševních poruch tím, že překračuje hranice psychiatrické diagnostiky a symptomatologického posuzování. Tento výrok chápeme tak, že se během

muzikoterapeutického procesu může udát řada celá řada jemných, sotva postřehnutelných a obtížně popsatečných okamžiků. Zkušenosti, které lze jejich prostřednictvím získat, nelze změřit žádnými škálami, přesto jsou důležité a mohou být formující.

Omylinska-Thurston a kol. (2020) připisuje kreativní expresivně-terapeutické práci potenciál náročné, výzvy kladoucí a zároveň osvobozující zkušenosti. Pro většinu klientů byla muzikoterapeutická práce skutečně výzvou, při které bylo zapotřebí vystupovat ze své komfortní zóny. Zároveň však, pokud do toho šli, bylo možné zažít sebe sama svobodněji. Jedna z klientek se během jednoho setkání svěřila, že se vždy obává chvíle, kdy bude muset něco říct, zatímco hudební způsob vyjádření pro ni představoval dosud neobjevený, ale přirozený způsob vyjádření sebe sama i bytí s druhými. Na druhou stranu, jiní klienti by uvítali více prostoru pro verbální sdílení a zažívali frustraci v situacích, kdy pro verbální reflexi nebyl dostatečný prostor. Vyvažování prostoru pro neverbální expresi a verbální sdílení jsme vnímali jako náročný úkol a nebylo možné vždy reagovat na potřeby každého jednoho klienta. Domníváme se, že to, zda klienti hodnotili, že bylo prostoru pro verbální/neverbální reflexi moc nebo málo, mělo také vliv na jejich závěrečné hodnocení po skončení programu.

Muzikoterapie otevírá možnost lépe si uvědomovat vlastní pocity, což bylo pro řadu klientů nové. Ve skupině mohli zažít, že i negativní emoce mohou mít v jejich životě své místo, je možné je vyjádřit bez obavy, že budou druhými odmítnuti.

V závěru této kapitoly uvádíme limity provedeného výzkumného šetření, jeho silné stránky a podněty pro další výzkum v problematice muzikoterapie s osobami s depresivními a úzkostnými poruchami.

Jedním z limitů výzkumného šetření je malý výzkumný vzorek. Jsme si vědomi, že výsledky výzkumu se vztahují k jedné konkrétní skupině klientů a nelze je zobecnit pro muzikoterapeutickou práci s lidmi s depresí. Mezi faktory, které mohly mít vliv na změnu depresivní symptomatiky u klientů a potažmo na výsledky testování, patří změna medikace a jedinečné události v životech klientů. Dalším limitem práce je absence kontrolní skupiny. V rámci výzkumného šetření nebylo realizováno testování účastníků s časovým odstupem po skončení programu, a to zejména z důvodu minimalizování zátěže, která by tak byla na klienty kladena.

Mezi silné stránky výzkumného šetření můžeme zařadit použití standardizovaných testových metod s kvalitními psychometrickými vlastnostmi. Předností práce je dále

samotná modifikace programu AFTB pro muzikoterapii. Domníváme se, že koncept krátkodobé strukturované terapeutické intervence může být pro muzikoterapeuty, kteří se ve své praxi setkávají (nejen) s lidmi s depresí, nový a inspirativní.

Pro budoucí výzkum doporučujeme využít zkušenosti z této pilotní studie pro realizaci větší experimentální studie na dostatečném souboru. Výhoda je, že tato studie by mohla být multicentrická, což by zvýšilo její externí validitu. V dalším výzkumu v oblasti muzikoterapie s lidmi s depresí by mohlo být také zajímavé zaměřit se na hudební projev klientů v terapii, ať již individuální nebo skupinové, a jeho proměnu v čase. Domníváme se, že klientův hudební projev by se v průběhu terapeutického procesu měnil, přičemž zachycení těchto změn v hudbě by mohlo přinést cenné informace o vývoji duševního stavu klienta.

Závěr

Duševní onemocnění včetně afektivních poruch se odnepaměti projevovala také v umění. Skrze uměleckou tvorbu může autor vyjevit svůj duševní stav světa. V uměleckém díle jsou obsaženy emoce, které do něj umělec vložil. Necháme-li se dílem oslovit, zcela jistě v nás nějaké emoce vyvolá. S nadsázkou můžeme říci, že umělecké dílo je symptomem duševního onemocnění a zároveň prostředkem napomáhajícím zotavení. Souvislostmi mezi duševní nemocí a kreativitou se zabývá řada výzkumných studií (např. Andreasen, N.C., 2008; Johnson, S.L. et. al. 2012; Zhao, R. et al., 2021).

Diplomová práce se věnuje možnostem muzikoterapeutické praxe v léčbě duševních onemocnění se zaměřením na problematiku depresivních a úzkostných poruch. Výzkumné šetření vychází z britského programu *Arts for the blues*, jehož cílem je poskytnout krátkodobou expresivně-terapeutickou intervenci lidem s depresí. Muzikoterapeutická modifikace programu byla realizována ve Fokusu Praha ve formě skupinové terapie o délce trvání 12 týdnů. Výsledky kvantitativní studie ukazují na pozitivní efektivitu programu, co se týče ovlivňování depresivní symptomatologie účastníků výzkumu. Vzhledem k malému výzkumnému vzorku nelze výsledky považovat za statisticky významné. Kvalitativní data získaná prostřednictvím reflexí účastníků i terapeutek lze však považovat za klinicky významné.

Modifikace a realizace krátkodobého muzikoterapeutického programu byla pro nás novou a cennou zkušeností. Důraz na pečlivé formulování reálných cílů v terapii a jejich průběžné vyhodnocování považujeme za prospěšný. Struktura programu (klíčové ingredience a jejich rozvržení) pro nás představovala užitečný nástroj, o který bylo možné se při sestavování muzikoterapeutického obsahu opřít. Na druhou stranu se domníváme, že v případě osob se závažnější depresivní symptomatikou by bylo vhodnější prodloužit délku muzikoterapeutické intervence. V posledních letech můžeme ve zdravotnictví zaznamenat trend, v jehož rámci jsou z finančních i jiných důvodů upřednostňovány krátkodobé a na řešení zaměřené terapeutické intervence. Považujeme však za klíčové, aby lidé s vážným duševním onemocněním měli možnost čerpat terapii hrazenou z veřejného zdravotního pojištění po delší dobu (v řádu měsíců či let). Tento požadavek s sebou nese nutnost legislativního zakotvení muzikoterapie, ale i úpravy současného

legislativního rámce pro výkon psychoterapeutické profese a vzdělávání psychoterapeutů.

Cílem diplomové práce bylo ukázat některé z možností muzikoterapeutické práce v oblasti duševního zdraví, která je vždy jedinečná a je ovlivňována řadou faktorů, mezi které patří potřeby klientů, odborné zakotvení a zkušenosti terapeuta i kontext, ve kterém probíhá. Doufáme, že zájemcům o problematiku muzikoterapie v oblasti psychoterapie a psychiatrie poskytne užitečné podněty pro praxi a zajímavá témata k diskusi.

Použité zdroje

Amir, D. (2012): „My music is me“: Musical presentation as a way of forming and sharing identity in music therapy group. *Nordic Journal of Music Therapy* 21(2); 176-193.

Andreasen, N.C. (2008): The relationship between creativity and mood disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(2), p. 251-255.

Anthony, W. (1993): Recovery from mental illness: The quiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), p. 11-23.

Arts for the Blues (AFTB) [online]. c2022. Dostupné z: <<https://artsfortheblues.com/>>.

Baštecká, B. a kol. (2003): *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Bonde, L.O. (2007). Music as metaphor and analogy. *Nordic Journal of Music Therapy* 16(1), 60–81.

Bruscia, K. E. (1998): *Defining music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Cervellin, G., Lippi, G., (2011): From music-beat to heart-beat: A journey in the complex interactions between music, brain and heart. *European Journal of Internal Medicine*, 22(4), 371-374.

Edwards, J. (ed.) (2016): *The Oxford handbook of music therapy*. Oxford University Press.

Errkkilä, J., Gold, Ch., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Punkanen, M., Vanhala, M. (2008): *The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for randomised controlled trial*. BMC Psychiatry, 8:50. Dostupné z: <<http://biomedcentral.com/1471-244X/8/50>>.

European Music Therapy Confederation (EMTC) [online]. c2022. Dostupné z: <<https://emtc-eu.com/faq/>>.

Eyre, L. (2013): *Guidelines for music therapy practice in mental health*. Barcelona Publishers.

Field, T., Martinez, A., Nawrocki, T., Pickens, J., Fox, N.A., Schanberg, S. (1998): Music shifts frontal EEG in depressed adolescents. *Adolescence* 33(129); 109-116.

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet. Dostupné z: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)>.

Grocke, D., Bloch, S., Castle, D. (2008): Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill? *Australian Psychiatry* (16), p. 442-445.

Grocke, D., Wigram, T. (2007): *Receptive methods in music therapy: Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.

Hsu, W.C., Lai, H.L. (2004): Effects of music on major depression in psychiatric inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing* 18(5); 193-199.

Jacobsen, S.L., Pedersen, I.N., Bonde, L.O.(ed.) (2019): *A comprehensive guide to music therapy. Theory, clinical practice, research and training*. 2nd ed. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.

Jenkins, J.S. (2001): The Mozart effect. *Journal of the Royal Society of Medicine* 94, 170-172.

Johnson, S.L. et al. (2012): Creativity and bipolar disorder: Touched by fire or burning with questions? *Clinical Psychology Review*. 32(1). p.1-12.

Kantor, J., Lipský, M., Weber, J. a kol. (2009): *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada.

Koelsch, S. (2013): *Brain and Music*. John Wiley & Sons, Ltd., 1st ed.

Kratochvíl, S. (2005): *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.

Kryl, M. (2006): Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, No. 5, pp.250-255.

Lin, S.T., Yang, P., Lai, C.Y., Su, Y.Y., Yeh, Y.C., Huang, M.F., Chen, C.C. (2011): Mental health implications of music: insight from neoroscintific and clinical studies. *Harvard Review of Psychiatry* 19(1); 34-46.

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize. ÚZIS, aktualizované vydání k 1. 1. 2022.

Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T.O., Fuchs, K., Gold, C. (2012): Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *Arts in Psychotherapy* 39(4).

Omylinska-Thurston, J., Karkou, V., Parsons, A., Nair, K., Dubrow-Marshall, L., Starkey, J., Thurston, S., Dudley-Swarbrick, I., Sharma, S. (2020): *Arts for the Blues: The development of a new evidence-based creative group psychotherapy for depression*. British Association for Counselling and Psychotherapy. Dostupné z: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/capr.12373>>.

Pavlicevic, M. (2003): *Groups in Music: Strategies from Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.

Pipeková, J., Vítková, M. (ed.). (2001): *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido.

Poněšický, J. (1999): *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch*. Praha: Triton.

Praško, J. (2005): *Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005.

Rieger, Z. (2007): *Lod' skupiny*. Praha: Portál.

Roubal, J. (2022): *Nepřekážet naději. Terapeutův průvodce depresivním polem*. Praha: Portál.

Roubal, J. (2014): *Prožívání psychoterapeutů v průběhu psychoterapeutického sezení s depresivním klientem: zakotvená teorie*. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

Rolsvjord, R. (2010): *Resourse-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum, NH Barcelona Publishers.

Ruud, E. (2000): Music therapy – history and cultural context: Two major new texts on music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 9(2), 67-76.

Schmidt-Peters, J. (2000): *Music therapy. An introduction*. Charles C Thomas Pub Ltd; 2nd edition.

Schwabe, C. (2005): Resource-oriented music therapy: The development of a concept. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(1), 49-56.

Silverman, M.J. (2003): The influence of music on the symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Journal of Music Therapy* 40(1); 27.

Svoboda, M. (ed.) (2006): *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.

Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.) (2010): *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010.

World Federation of Music Therapy (WFMT) [online]. c2008. Dostupné z: <<https://wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy>>/.

World Health Organization (WHO) [online]. c2022. Dostupné z: <<https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>/.

Zeleviová, J. (2007): *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe*. Praha: Portál.

Zhao, R., Tang, Z., Lu F., Xing Q., Shen, W. (2021): An Updated Evaluation of the Dichotomous Link Between Creativity and Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*. 12: 781961.

Anotace

Jméno a přímení:	Mgr. Anna Horká
Pracoviště:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
Akademický rok obhajoby:	2022/2023
Název diplomové práce:	MUZIKOTERAPIE U OSOB S DEPRESIVNÍMI A ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI
Title of master's thesis in English:	MUSIC THERAPY FOR PEOPLE WITH DEPRESSION AND ANXIETY
Anotace diplomové práce:	Tématem diplomové práce je oblast muzikoterapie u osob s depresivními a úzkostnými poruchami, přičemž primárně cílí na muzikoterapii u dospělých osob s depresí. V teoretické části práce je uvedena problematika depresivních a úzkostných poruch (diagnostické vymezení, symptomatologie, terapie a léčba). Po definování muzikoterapie (muzikoterapie jako umění, jako věda a jako interpersonální proces, formy muzikoterapie, obsah muzikoterapie, muzikoterapeutická intervence) je v práci fokusováno využití muzikoterapie v kontextu péče o duševní zdraví, a to především při práci s osobami s depresivními a úzkostnými poruchami. Dále je představen britský expresivně-terapeutický program <i>Arts for the blues</i>. V praktické části diplomové práce je popsáno výzkumné šetření, při kterém byl program <i>Arts for the blues</i> modifikován pro oblast muzikoterapie. Metodika studie má charakter kvazi-experimentálního designu typu pretest-posttest studie bez kontrolní skupiny. V rámci studie byla realizována muzikoterapeutická skupina pro osoby s depresí. V závěrečné diskusi jsou výsledky porovnány s předběžnými výstupy výzkumného šetření

	realizovaného autory originálního programu <i>Arts for the blues</i> .
Annotation of masters's thesis in English:	The topic of the master's thesis is the field of music therapy for people with depressive and anxiety disorders, while it primarily targets music therapy for adults with depression. In the theoretical part of the thesis, the issue of depressive and anxiety disorders is presented (diagnostic criteria, symptomatology, therapy and treatment). After defining music therapy (music therapy as an art, as a science, and as an interpersonal process, forms of music therapy, content of music therapy, music therapy intervention), the work focuses on the use of music therapy in the context of mental health care, especially when working with people with depressive and anxiety disorders. The British expressive therapeutic program <i>Arts for the blues</i> is also presented. In the practical part of the diploma thesis, a research investigation is described, during which the program <i>Arts for the blues</i> was modified for the field of music therapy. The methodology of the study has the character of a quasi-experimental design of a pretest-posttest study without a control group. As part of the study, a music therapy group was implemented for people with depression. In the final discussion, the results are compared with the preliminary results of a research study carried out by the authors of the original program <i>Arts for the blues</i>.
Klíčová slova:	Muzikoterapie, depresivní poruchy, úzkostné poruchy, afektivní poruchy, duševní onemocnění, expresivní terapie, muzikoterapie v psychiatrii
Key words in English:	Music therapy, depression, anxiety, affective disorders, mental illness, expressive therapies, art therapies, music therapy in psychiatry

Přílohy vázané v práci:	-
Rozsah práce:	64
Jazyk práce:	český jazyk