

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Štěpánka Vlachynská

**Vliv muzikoterapie na depresi a úzkost u dětí, dospívajících
a seniorů**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2019

podpis

Děkuji Mgr. Radce Kozákové za cenné rady, vstřícnost při konzultacích a odborné vedení při zpracování této práce. A děkuji své rodině za podporu během studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská práce

Téma práce: Muzikoterapie v péči o seniory a děti s depresí a úzkostí

Název práce: Vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u dětí, dospívajících a seniorů

Název práce v AJ: Effects of music therapy in care of children, adolescents and seniors with anxiety and depression

Datum zadání: 2018-01-21

Datum odevzdání: 2019-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Vlachynská Štěpánka

Vedoucí práce: Mgr. Radka Kozáková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce sumarizuje výsledky primárních i sekundárních studií, které se zaměřují na vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u dětí, dospívajících a seniorů. Cíle byly odvozeny dle věku. Rešeršní činnost byla vykonána pomocí elektronických databází, např. EBSCO, MEDLINE, Google Scholar aj. V českém a slovenském jazyce nebyla dohledána žádná klinická studie prezentující vliv muzikoterapie. Dohledány byly studie v anglickém jazyce. Deprese a úzkost u dětí, dospívajících a seniorů jsou často nedostatečně diagnostikovány. Aktivní a pasivní muzikoterapie je stejně aplikovanou intervencí u seniorů s depresí a úzkostí, na rozdíl od dětí a dospívajících s úzkostí a depresí, u kterých je častěji aplikována intervence aktivní muzikoterapie.

Abstrakt v AJ:

This overview bachelor's thesis summarises results both of primary and secondary studies, focusing to impact of the music therapy to anxiety and depression at children, adolescents and seniors. The objectives were derived according to the age.

The search procedure was performed by means of electronic data bases such as EBSCO, MEDLINE, Google Scholar, etc. No clinical study presenting impact of music therapy was found in the Czech and Slovak language. The diagnosis of depression and anxiety at children, adolescents and seniors is frequently being insufficiently determined. At seniors suffering from depressions and anxiety, both the active and passive music therapy is being applied at the same frequency. At children and adolescents having depressions and anxiety, contrary to the seniors, the active type of music therapy is being applied more frequently.

Klíčová slova v ČJ: muzikoterapie, deprese, úzkost, děti a dospívající, senioři, ošetřovatelství,

Klíčová slova v AJ: music therapy, depression, anxiety, children, adolescent, seniors, nursing

Rozsah: 35 stran/0 příloh

OBSAH

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ	11
2.1 Deprese a úzkost u dětí a dospívajících.....	11
2.1.1 Vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u dětí a dospívajících	13
2.2 Deprese a úzkost u seniorů.....	19
2.2.1 Vliv muzikoterapie na depresi a úzkost u seniorů	20
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků	29
ZÁVĚR	31
REFERENČNÍ SEZNAM	32
SEZNAM ZKRATEK	35

ÚVOD

Úzkost a depresivní poruchy patří mezi nejčastější psychiatrické poruchy u dětí a dospívajících (Geipel J. et al., 2017, s. 647) a jejich počet se stále zvyšuje (Gabriel J. et al., 2012, s. 9). V celém světě se nachází 10-20 % dětí a dospívajících trpících duševními poruchami. Nerozpoznané a včas neléčené onemocnění má špatný vliv na vývoj dětí, dosažené vzdělání a jejich potenciál žít naplňující a produktivní život (World Health Organization, 2019).

Stárnutí populace je celosvětovým jevem. Dle Českého statistického úřadu by v 50. letech 21. století mělo být téměř o polovinu více seniorů, než je dnes. Dnes je v České republice 1,8 milionu seniorů, v roce 2050 je předpokládán počet seniorů 3,2 milionů (Český statistický úřad, 2019). Ztráta dovedností, zhoršené fungování ve svém vlastním prostředí a omezení fyzické síly se často pro stárnoucí osoby stávají stresujícím obdobím, ve kterém jsou náchylnější k rozvoji deprese či úzkosti (Werner J., T. Wosch a C. Gold 2017, s. 147). Se stárnutím populace a prodlužováním života úzce souvisí chronická onemocnění. Úzkost, deprese a depresivní stavy se často stávají součástí těchto chronických onemocnění, mezi takové chronické onemocnění řadíme demenci (Rubia Ortí J. E. et al., 2018, s. 33).

Muzikoterapie je dnes rozšířená léčba pro širokou škálu psychologických, psychiatrických a fyzických potíží. Během muzikoterapie se využívá hudba s cílem dosáhnout individuálního zlepšení stavu. Hudba má pozitivní vliv na smyslové, kognitivní, behaviorální a afektivní složky, které zmírňují psychické napětí a mají vliv na depresi a úzkost. Existují dva typy muzikoterapie. Jedním typem je muzikoterapie pasivní, při které pacienti či klienti hudbu pouze poslouchají, a druhým typem je muzikoterapie aktivní, během které se pacienti či klienti sami zapojují do terapie zpěvem nebo hraním na hudební nástroje (Blackburn R. a T. Bradshaw, 2014, s. 880).

Všeobecná sestra, která je nejvíce v kontaktu s pacientem či klientem, by měla znát nefarmakologické intervence včetně muzikoterapie, aby mohla tuto intervenci pacientovi či klientovi zprostředkovat nebo alespoň nabídnout, a tím byla schopna podporovat psychickou a fyzickou pohodu pacienta (Parent K., 2013, s. 18).

V souvislosti s touto problematikou je možno položit si otázku: Jaké jsou aktuální publikované poznatky o vlivu muzikoterapie u dětí a seniorů s úzkostí a depresí?

Cílem přehledové bakalářské práce je dohledat publikované poznatky o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u dětí a seniorů.

Pro přehledovou bakalářskou práci byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Cíl 1

Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u dětí a dospívajících.

Cíl 2

Předložit aktuální dohledané publikované poznatky o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u seniorů.

Vstupní studijní literatura:

SCHULER, M. a P. OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.

HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

KANTOR, J., M. LIPSKÝ a J. WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché. ISBN 978-80-247-2846-9.

GERLICOVÁ, M. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Rešeršní činnost proběhla od září 2018 do února 2019 prostřednictvím elektronických databází. Tuto činnost podrobněji popisuje následující algoritmus.

ALGORITUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: muzikoterapie, deprese, úzkost, děti a dospívající, senioři, ošetřovatelství
- klíčová slova v AJ: music therapy, depression, anxiety, children, adolescent, seniors, nursing
- jazyk: český, anglický
- období: 2005 - 2018
- další kritéria: recenzovaná periodika, spojení klíčových slov pomocí Booleovských operátorů



DATABÁZE:

EBSCO, PUBMED, Ovid, Google Scholar



Nalezeno 753 článků



Vyřazující kritéria:

- duplicitní články – 127 článků
- kvalifikační práce – 5 článků
- články nesplňující vyhledávací kritéria a netýkající se tématu – 602 článků



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO: 13 článků

Google Scholar: 2 články

Ovid: 3 články

PUBMED: 1 článek



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK

Aging & Mental Health - 3 články

Asia-Pacific Psychiatry - 1 článek

Complementary Therapies in Clinical Practice - 1 článek

Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi - 1 článek

European Geriatric Medicine - 1 článek

International Journal of Nursing Practice - 1 článek

International Psychogeriatrics - 1 článek

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing – 1 článek

Journal of Advanced Nursing - 1 článek

Journal of Affective Disorders - 1 článek

Journal of Child Psychology and Psychiatry - 1 článek

Journal of Research in Medical and Dental Sciences – 1 článek

Pediatric pro praxi - 1 článek

Perspectives – 1 článek

Psychiatrie pro praxi - 1 článek

Technology and Health Care - 1 článek

The Journal of Alternative and Complementary Medicine - 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 19 dohledaných článků.

Pro tvorbu bakalářské práce byla dále použita 1 odborná publikace, která je citována v referenčním seznamu.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

2.1 Deprese a úzkost u dětí a dospívajících

Úzkost a depresivní poruchy patří mezi nejčastější psychiatrické poruchy u dětí a dospívajících (Geipel J. et al., 2017, s. 647). Jejich počet se navíc neustále zvyšuje (Gabriel J. et al., 2012, s. 9). V celém světě se nachází 10-20 % dětí a dospívajících trpících duševními poruchami. Psychiatrické poruchy se nejčastěji vyskytují kolem 14. roku dítěte napříč všemi regiony. Nerozpoznané a včas neléčené onemocnění má špatný vliv na vývoj dětí, na jejich dosažené vzdělání i na jejich potenciál žít naplněný a produktivní život. Děti s duševními poruchami musí čelit velkým výzvám, např. stigma, izolaci nebo diskriminaci (World Health Organization, 2019). Rozsah duševních poruch týkajících se dětí a dospívajících zahrnuje sociální, emocionální, kognitivní a behaviorální problémy s dalšími přidruženými duševními onemocněními. Duševní porucha neovlivňuje pouze dítě, ale významně ovlivňuje i jeho rodinu. Soudobé údaje naznačují, že 2,6 % dětí a dospívajících na celém světě trpí depresí, která je spojená především s narušeným společenským fungováním a dosažením vzdělání. Údaje z USA odhadují, že až 20 % dospívajících zažije depresivní epizodu do 18 let, na rozdíl od Austrálie, kde bylo zaznamenáno až 25 % dospívajících ve stejném věku. Deprese a úzkost v tomto věkovém období mnohdy souvisí. Na úzkostnou poruchu mají zajisté u dospívajících vliv změny v oblasti fyziologické, psychologické a sociální. Výskyt úzkostných poruch u dětí se odhaduje až na 20 %. Následky často přetrvávají až do dospělosti (Porter S. et al., 2017, s. 586).

Problematicke deprese u dětí nebylo v minulosti věnováno mnoho pozornosti. Ještě do 60. let 20. století byla deprese u dětí zpochybňována. Převládal názor, že je dětství období plné štěstí a bezstarostnosti (Gabriel J. et al., 2012, s. 9), a psychoanalyticky orientovaný názor, že je nutné nejprve psychicky vyžrát, aby se mohly objevit závažné, stabilní poruchy nálady. Až koncem 80. let 20. století nastal zvrat v oblasti dětské psychiatrie, kdy se začalo mluvit o afektivních poruchách a depresi u dětí. Byl to průlom v oblasti dětské psychiatrie a dětské deprese obzvlášť (Goetz M., 2005 s. 271). Předpokládá se, že byla v minulosti deprese u dětí málo rozpoznávána i z důvodu složité diagnostiky (Gabriel J et al., 2012, s. 9). V dnešní době je již deprese u dětí ve věku od 8-18 let častěji rozpoznávána a jako choroba diagnostikována. S depresí se můžeme setkat i u předškolních dětí, ale již vzácněji než u starších dětí a dospívajících (Geipel J. et al., 2017, s. 647). V epidemiologické

studii 2500 amerických dětí a dospívajících bylo zjištěno, že až 20 % dětí a dospívajících trpí závažnou depresivní poruchou. Deprese u dětí a dospívajících je mnohem větším rizikem než u dospělých (Chen Ch. - J. et al., 2015, s. 192). U dětí můžeme nacházet rozdílné symptomy deprese, které se liší i věkem dítěte. Rozlišujeme somatické, emoční nebo kognitivní symptomy deprese. Na rozdíl od dospělých, kteří jsou již psychicky vyvrážděni a umějí lépe popsat svůj emoční stav, se deprese u dětí potvrzuje mnohem složitěji, nejsložitěji u předškolních dětí. U dětí může být pozorována nechuť ke komunikaci, podrážděnost, smutek, nespavost, poruchy soustředění, pocity méněcennosti či viny, pocity nudy a beznaděje nebo abúzus návykových látek. U dětí, hlavně předškoláků, se můžou objevit i psychosomatické příznaky. Mezi nejčastější můžeme zařadit především bolesti hlavy, břicha a celkovou nevolnost (Dudová I., 2007, s. 29). Gabriel J. et al. doplňuje, že se může deprese projevit sebepoškozováním, agresí, extrémní citlivostí na odmítnutí a selhání, citovými výbuchy, pláčem, úzkostí a fobií a může vyvrcholit až v sebevražedné pokusy. Mezi 8.-11. rokem se vyskytuje deprese častěji u chlapců (Gabriel J et al., 2012, s. 9-11), později, během puberty, trpí depresí dvojnásobně více dívky. Dospíváním dětí se mění obraz onemocnění a čím dál více se připodobňuje depresi dospělých (Dudová I., 2007, s. 29). Depresi u dětí může odstartovat mnoho povinností ve škole nebo kladení vysokých nároků rodiči na dítě, reakce na dysfunkční rodinnou situaci, šikana, nebo může být zcela bez zřejmé příčiny (Gabriel J. et al., 2012, s. 10-14). Pravděpodobnost výskytu deprese u dětí je 3-4x větší, pokud je dítě geneticky zatíženo, například pokud rodiče sami trpí depresí nebo jiným psychiatrickým onemocněním (Dudová I., 2007, s. 29).

Děti s úzkostnými poruchami se vyznačují převážně somatickými příznaky, jako jsou bolest hlavy a břicha. Děti s úzkostnými poruchami nejsou schopny říci, čeho se bojí, protože úzkost je strach bez známého předmětu. Úzkostné stavy mají nejružnější podobu, ale často se projevují psychosomaticky, např. se dítě začne znovu a opakovaně pomočovat (Gabriel J. et al., 2012, s. 16).

U dětí s depresí a úzkostí se uplatňuje léčba farmakologická (Dudová I., 2007, s. 29) nebo psychoterapeutická, která je považována za účinnou intervenci u dětí a dospívajících s psychickými obtížemi (Porter S. et al., 2017, s. 586). Do této léčby řadíme i muzikoterapii (Porter S. et al., 2017, s. 586), pohybovou aktivitu (cvičení, posilování) či interpersonální terapii (Chen Ch. - J. et al., 2015, s. 192).

2.1.1 Vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u dětí a dospívajících

Hudba tvoří významnou součást většiny kultur a je spojena s rekreací, relaxací a radostí (Chen Ch. - J. et al., 2015, s. 193). Dle Národního centra pro doplňkovou a alternativní medicínu ve Spojených státech je muzikoterapie součástí přístupů v oblasti zdravotní péče vyvinutých mimo tradiční západní nebo konvenční medicínu, a může být tedy považována za doplňkovou nebo alternativní terapii. Muzikoterapie zahrnuje klinické využití hudebních zásahů. Ve zdravotnictví je tedy hudba používána v terapeutickém vztahu k řešení fyzických, emočních, kognitivních nebo sociálních potřeb jednotlivců.

Intervence mohou být děleny na pasivní nebo aktivní. U aktivní muzikoterapie pacienti samostatně vytvářejí hudbu pomocí vokální nebo instrumentální interpretace, improvizace či samotného terapeutického psaní písní. Pasivní muzikoterapie je zaměřena především na poslech již předem nahrané hudby nebo živě interpretovanou hudbu. Stávající systematické recenze a meta-analýzy ukazují, že muzikoterapie je efektivní intervencí pro děti a dospívající s obecnou psychopatologií, do níž se řadí i deprese a úzkost (Geispl J. et al., 2018, s. 647-648).

Gaispl J. et al. zařadili do své metaanalýzy 5 studií, které byly způsobilé k zařazení. V zahrnutých studiích se objevilo množství metodologických přístupů.

Autoři randomizované kontrolní studie z Číny muzikoterapii zasadili do daného kulturního prostředí a orientovali se na propojení muzikoterapie s čínskou kulturou a čínskou medicínou. Ve staré Číně se teorie hudby a tradiční čínské medicíny (dále jen TCM) považují za vzájemně propojené a srovnatelné a obě tyto teorie jsou považovány za základy sebeproduktivní a zábavní terapie pro dlouhověkost. Již starověká čínská medicína uváděla, že člověk má 5 orgánů, tak jako nebe má pět hudebních tónů. Zmíněných 5 hudebních tónů je vždy připojeno k nějakému orgánu. Tón Gong je země Chi a připojí se k slezině. Tón Shang je kovový Chi, který se připojuje k plíci. Jiao tón je dřevěný Chi, který se připojuje k játrům. Tón Zhi je oheň Chi, který se připojuje k srdci. Tón Yu je vodní Chi a je propojen s ledvinami. Starověká čínská filozofie navrhla, aby byl svět vytvořen a změněn podle síly pěti prvků vody, ohně, dřeva, kovu a země, které představují transformaci všeho ve vesmíru. Koncept pěti prvků řídí celý systém čínské hudby a poskytuje impuls pro harmonickou čínskou hudbu. Teorie TCM popisuje propojení pěti hudebních tónů, pěti orgánů a pěti prvků. Konkrétně pět hudebních tónů ovlivňuje pět odpovídajících orgánů. Tón dřeva například odpovídá játrům. Játra regulují metabolismus těla tak, aby byl zajištěn

plynulý a živý pohyb "Chi" (tok vnitřní energie). Jedním z klíčových bodů pro udržení jater je být veselý a klidný. Chi-energetická mapa generovaná vzájemnými interakcemi pěti tónů může být použita k vysvětlení vzoru změn v pěti tónech. Organicky kombinuje mnoho přírodních jevů, jako je pět elementů a pět tónů. Příroda, hudba a lidské bytosti jsou považovány za dynamické spojení protikladů. Tyto teorie jsou ve stejném rozsahu jako hudební terapie. Integrují hudbu do fyziologie a patologie člověka a vytvářejí teoretický základ pro čínskou pětiprvkovou muzikoterapii, která využívá tradiční čínskou medicínu k systematizaci a konkretizaci teorií hudební terapie. Autoři v randomizované studii zkoumali účinky čínské pětiprvkové muzikoterapie na depresivní studenty ošetrovatelství z Tchaj-wanu. Zdůrazňují především působící tlak a emoční napětí na studenty během studia a klinické praxe. Muzikoterapie zahrnovala systémovou aplikaci hudby k podpoře pozitivních změn v behaviorálních, fyziologických a psychologických indikátorech, jako jsou srdeční frekvence, respirační frekvence, tlak krve, rychlost metabolismu a kvalita života. Do studie byli zařazeni studenti, kteří neužívali psychotropní léky, neměli akutní onemocnění nebo bolest, těžkou poruchu sluchu, byli ve věku v rozmezí od 16 do 20 let a skóre deprese, při použití škály hodnotící depresi a depresivní nálady u dospívajících (DMSRIA), bylo v hodnotě 8 bodů a vyšší a pomocí zvýšené hladiny kortizolu ve slinách, která se se vzrůstající mírou deprese současně také zvyšuje. Studie se zúčastnilo 80 studentů, kteří byli posléze náhodně rozděleni do 2 skupin. Kontrolní skupinu tvořilo 40 studentů. 40 studentů bylo zařazeno do čínské pětičlenné muzikoterapie. Výzkum nedokončilo, z důvodu školních povinností, 9 studentů z experimentální skupiny. Z kontrolní skupiny dokončili výzkum všichni. Většina účastníků v obou skupinách byly ženy. Čínská pětičlenná muzikoterapie byla produkována prostřednictvím čínských hudebních nástrojů. Hudba vycházela z teorie "pěti prvků" v TCM. Akustické účinky těchto pěti typů hudby v pěti různých tónech zmírňují pohyb Chi v těle v reakci na uvolnění dřevěné Chi, vzestup ohně Chi, stabilitu země Chi, indukci kovového Chi a sestup vodní Chi. Tato hudba je sestavena tak, aby regulovala cirkulaci Chi v lidském těle, zlepšovala funkce vnitřních orgánů, posilovala psychologický stav a stimulovala emoční reakce, aby dosáhla harmonie a relaxace. Hudba nemá pevný řád, má pomalé tempo a jednoduché harmonické a rytmické struktury. Experimentální skupina absolvovala 40 minut čínské pětičlenné muzikoterapie vždy v 10:00 ráno dvakrát týdně po dobu 10 týdnů. Hudba byla zprostředkována terapeutem pomocí CD přehrávače s nastavenými 60 dB. Experimentální skupina poslouchala hudbu v sedě v křeslech.

Všichni účastníci byli během a na konci (v 1., 5. a 10. týdnu) výzkumu znovu hodnoceni pomocí stupnice DMSRIA pro depresi a testu na hladinu kortizolu ve slinách.

Chen Ch.- J. et al. uvádějí, že čínská pětičlenná muzikoterapie významně snižuje úroveň deprese u studentů ošetrovatelství s depresivní náladou. Testování slinného kortizolu udávalo nejlepší výsledky muzikoterapie v 5. týdnu výzkumu, přičemž i v 1. týdnu bylo snížení slinného kortizolu výrazné. Do 10. týdne postupně a trvale klesala hladina kortizolu, ale pomaleji než v prvních 5 týdnech. To naznačuje, že během 10 po sobě jdoucích týdnů hudební intervence bylo snížení hladiny sekrece kortizolu v prvních 5 týdnech vyšší než v posledních 5 týdnech. Toto zjištění naznačilo, že čínská pětičlenná muzikoterapie byla nejúčinnější při snižování sekrece kortizolu u studentů ošetrovatelství s depresivní náladou po 5 týdnech hudebních intervencí. Účinky hudební terapie byly sníženy po tomto časovém rámci. Tento jev může souviset s tím, že se posluchači mohou rychle přizpůsobit, a to díky faktu, že již terapii znají. Chen Ch.- J. et al. dále udávají snížení hladiny kortizolu i v kontrolní skupině, což přičítají načasování studie. Studie proběhla po zkouškovém období ve škole. Účinky hudby nicméně měly lepší výsledky. Po muzikoterapii byly pozorovány významné změny v náladě, energii a rovnováze autonomního nervového systému. Výsledky ukázaly, že čínská pětičlenná muzikoterapie měla pozitivní vliv na depresivní nálady a fyziologické ukazatele. Hudba může usnadnit relaxaci maskováním environmentálních hluků a opětovným zaměřením pozornosti člověka na příjemnější emocionální stav. Hudba může být použita jako prostředek pro zmírnění stávajícího stresu nebo nepohodlí. Chen Ch.- J. et al. dále poukazují na možnost využití muzikoterapie i jako prostředku pomoci studentům, kteří trpí úzkostí nebo depresivní náladou (Chen Ch. - J. et al., 2015, s. 192 - 197).

V randomizované kontrolované studii z USA zkoumali účinnost použití muzikoterapie a kognitivně behaviorální terapie u dětí s různými úzkostnými poruchami v porovnání s běžnou léčbou. Do studie bylo zapojeno 36 dětí s věkovým průměrem 9,94 let. Děti absolvovaly tři jednotlivá sezení po 60 minutách, 9 skupinových zasedání po 100 minutách a tři skupinové sezení i s rodiči. Průměrná doba trvání léčebného programu byla 17,6 týdnů. Program kombinoval techniky hudební terapie jako volné a strukturované improvizace, dialogové hudební hry, vyjádření emocí pomocí hudby, receptivní metody muzikoterapie pro relaxaci a kognitivně-behaviorální zásahy jako například psychoedukace nebo vystavení podnětům vyvolávající úzkost. Primárně byla úzkost u dětí měřena „Programem pro afektivní poruchy a schizofrenii u dětí

ve školním věku“. Ze studie vyplynulo, že počet remisí úzkostí byla nižší ve skupině dětí, ve které se využívalo technik muzikoterapie, než u běžné léčby úzkosti.

V kvazi-randomizované studii z USA byly popsány účinky hudby u 15 dospívajících ve věku 12–18 let. Dospívající byli rozděleni do dvou skupin a léčeni ambulantně. Dospívajícím byla změřena míra deprese ve středisku pro epidemiologické studie. V obou skupinách výsledek převyšoval mezní hodnotu pro potvrzení deprese. Studie srovnávala běžnou léčbu medikamenty s experimentální léčbou obsahující muzikoterapii. Experimentální skupina absolvovala šest týdnů 90minutových terapií, které se skládaly z různých hudebních technik včetně práce s hlasem, vokální a hudební improvizace s terapeutickými cíli. Ve studii nebyly udány podrobnosti týkající se zásahů v kontrolní skupině. Studie, po přeměření míry deprese ve středisku pro epidemiologické studie, zaznamenala významný rozdíl ve snížení depresivních příznaků mezi skupinami.

V kontrolní studii z Jižní Koreje bylo do studie zahrnuto 29 dětí z běžné populace, které se účastnily vzdělávacího programu v oblasti umění. U dětí v průměrném věku 8,17 let byla použita standardizovaná sebeposuzovací škála depresivity pro děti (CDI), která poukázala na mírnou depresi. Děti se zúčastnily 15 týdenních terapií o délce 120 minut. V hudebním programu se děti připravovaly na hudebně divadelní představení. Ve druhé skupině byl kladen důraz na improvizaci v hudbě, ale i v tanci, hře a umění. Obě skupiny oznamovaly významné snížení hodnoty stupně deprese měřené pomocí škály CDI.

V kvantitativně randomizované kontrolní studii z Austrálie byla porovnávána skupina 54 chlapců s průměrným věkem 13,8 let, kteří vykazovali mírné depresivní příznaky, ale byli především léčeni pro agresivní poruchu. Chlapci byli rozděleni na dvě skupiny. Dvacet čtyři chlapců se dvakrát týdně během 10 týdnů účastnilo léčby, která zahrnovala terapeutické bubnování a prvky kognitivní a behaviorální. V této studii se neprojevovalo významné snížení depresivních symptomů, na rozdíl od snížení agrese.

Všechny studie zařazené do meta-analýzy uváděly poměrně malé velikosti vzorku (v rozmezí od $n=15$ až do $n=71$) a vykazovaly značnou heterogenitu s ohledem na typ zásahu na základě hudby, typ kontrolní skupiny, zvolený primární výsledek, primární koncový bod pokusu, hodnocení afektivních příznaků a hlášených účinků. Věk v jednotlivých studiích byl v rozmezí 8 – 18 let. Ve studiích převažoval model aktivní muzikoterapie. Pasivní muzikoterapii využila pouze jedna studie a v jedné studii byla v kombinaci s aktivní muzikoterapií. Pouze jedna studie zahrnovala účastníky

s úzkostnými poruchami. Autoři meta-analýzy se zmiňují, že neexistuje systematický přehled o účinnosti intervencí založených na hudbě pro léčbu úzkostných poruch. Existují pouze přesvědčivé studie, ve kterých byl použit poslech hudby, jako účinná intervence ke snížení míry úzkosti u dětí před absolvováním nebo po absolvování lékařské procedury (Geispl J. et al, 2018, s. 647–656).

Na děti a dospívající s depresí, ale i s úzkostí se orientovala randomizovaná kontrolovaná studie (Porter S. et al., 2017). Zaměřila se na improvizální muzikoterapii a položili si otázku, zda vede ke klinicky významnému zlepšení v komunikačních a interakčních dovednostech u mladých lidí se sociálními, emočními či behaviorálními problémy. Do randomizované kontrolní studie bylo zapojeno 251 dětí ve věku 8-16 let. Do studie byli zařazeni účastníci mající ošetřujícím lékařem potvrzenou sociální, emocionální či behaviorální poruchu. Dle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 se jedná o onemocnění F00-F99. 53 % účastníků mělo diagnostikovanou úzkost (arachnofobii, sociální fobii, specifické (izolované) fobie a fobické úzkostné poruchy), 37 % účastníků mělo diagnostikovanou depresivní reakci, psychogenní deprese či reaktivní deprese. Ostatní účastníci měli diagnostikovanou jinou mentální či behaviorální poruchu. Přibližně 41 % účastníků pocházelo z rodin s jedním rodičem a 32 % pocházelo z rodin, kde nebyl zaměstnán ani jeden z rodičů. Samozřejmostí podmínky zařazení účastníka do studie bylo získání plného informovaného souhlasu od klienta a rodičů či opatrovníka.

Účastníci byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Kontrolní skupina obdržela standardní péči, která se skládala z psychiatrického poradenství a medikace. Kromě standardní péče klienti přiřazení do experimentální skupiny přijímali i psychodynamickou improvizální muzikoterapii v prostředí irské společnosti, která se věnuje muzikoterapii. Muzikoterapie probíhala ambulantně 30 minut jednou týdně. Celkem proběhlo 12 sezení s cílem pro klienta dokončit alespoň 10 sezení (Porter S. et al., 2017, s. 587). Byl využit Alvinův model – „Free Improvization“, který je podporován irskou společností v práci s mladými lidmi s duševními problémy. Alvinův model muzikoterapie je jednou z volných improvizací, kdy odborně proškolený hudební terapeut neukládá klientovi žádnou strukturu ani pravidla. Klient je naopak vyzván k prozkoumávání hudby a zvuků svým vlastním způsobem. Klient může vytvářet hudbu a zvuk prostřednictvím svého hlasu, nástroje nebo hnutí. Mohou se rozhodnout, zda budou postupovat jednotlivě, nebo společně s terapeutem. Navíc klient může spontánně vytvářet hudbu nebo může raději reagovat na směr terapeuta. Tento model

může být aktivní, kdy klient sám vytváří hudbu, nebo receptivní, kde je klient povzbuzován k poslechu hudby (Porter S. et al., 2012, s. 2352). Terapeut při tom posuzuje relaci prostřednictvím poskytnutí vhodné časové podpory a povzbuzení, které je nutné přizpůsobit potřebám klienta i splnění celkových psychoterapeutických cílů. Ve studii byly použity hudební nástroje jako kytara, xylofon, klavír a bubny. Klienti měli možnost během muzikoterapií vytvářet svoje vlastní CD. Na všech muzikoterapiích byl klient vyzván, aby si vybral hudební nástroj, který vyjádří, jak se cítí ten den a předchozí týden. Muzikoterapie vždy skončila slovní nebo hudební reflexí zasedání a byl vytvořen plán na následující týden (Porter S. et al., 2017, s. 587). I když Alvinův model muzikoterapie vyžaduje profesionální školení hudebního terapeuta, je přesto důležité, aby všichni v multidisciplinárním týmu, včetně všeobecné sestry v oblasti duševního zdraví, si byli vědomi všech dostupných terapeutických možností, důvodů pro jejich použití a potencionálních přínosů pro jejich pacienty (Porter S. et al., 2012, s. 2356).

Studie prokázala významné zlepšení sebeúcty a deprese u všech dětí, které se zúčastňovaly muzikoterapie, v porovnání s kontrolní skupinou po ukončení léčby. Depresivní symptomy byly měřeny pomocí škály Centra epidemiologických studií pro děti s depresí (CES-DC), dále byla použita Rosenbergerova stupnice sebevědomí, sociální fungování bylo měřeno pomocí Kontrolního seznamu pro chování dítěte. Studie poukázala na malé, ale významné zlepšení sebeúcty a míry deprese u všech dětí a dospívajících po ukončení léčby, kteří se účastnili muzikoterapií, v porovnání s kontrolní skupinou. V 26. týdnu se naneštěstí výsledky nepotvrdily. Autoři studie ale oceňují alespoň krátkodobé zlepšení stavu klienta a zdůrazňují důležitost zlepšené sebeúcty. Dodávají, že nízká sebeúcta má významný dopad na úroveň deprese bez ohledu na pohlaví a věk. Zjištění naznačují, že účinnost muzikoterapie zvyšuje sebevědomí, a proto by potenciálně mohla, v této populaci, snížit depresi. Vzhledem k tomu, že zjištěná zlepšení jsou však skromná a krátkodobá, doporučení týkající se klinického zařazení muzikoterapie pro léčbu dětí s behaviorálními, vývojovými a emočními poruchami mohou být pouze doplňková než konečná. Nicméně výsledky této pragmatické studie silně naznačují potřebu dalšího výzkumu, aby se zjistilo, jaký typ a dávkování muzikoterapie je nejúčinnější, a také pro koho a za jakých okolností (Porter S. et al., 2017, s. 588-592).

Výzkumníci z Íránu se v kvazi-experimentální studii (Saeidmanesh M. a E. Sharifi, 2018) zaměřili na účinky tradiční a moderní muzikoterapie na depresi

u mladistvých dívek ve věku 13–18 let s cílem porovnání tradiční a moderní muzikoterapie. Z dívčích gymnázií v íránském městě Isfanu byla náhodně vybrána jedna škola, na které bylo náhodně vybráno 45 dívek, které byly následně rozděleny do 3 skupin. Jedna skupina byla kontrolní a další dvě experimentální – jedna skupina se zaměřovala na tradiční hudbu (byli vybráni 2 interpreti íránské klasické hudby) a druhá na moderní popovou hudbu (bez vybraných interpretů či hudebních témat). Studentky v experimentální skupině se zúčastnily 8 sezení po 20 minutách (jednou týdně). Pro hodnocení deprese byla použita Beckova škála deprese (BDI). Škálu výzkumníci vyhodnotili před začátkem muzikoterapie a po ukončení celé terapie.

U depresivních studentek byla muzikoterapie účinná při využití klasické i moderní hudby. U muzikoterapie s využitím klasické nebo moderní hudby se vyskytly mírné rozdíly. Výzkumníci vyhodnotili více účinnou muzikoterapii s využitím moderní hudby. Rozdíl mezi účinností muzikoterapie s využitím klasické hudby a muzikoterapie využívající hudbu moderní činil 20 % (Saeidmanesh M. a E. Sharifi, 2018, s. 253-255).

2.2 Deprese a úzkost u seniorů

Stárnutí populace je současným globálním jevem. Seniori prožívají přirozený proces stárnutí a setkávají se s různými změnami v biologickém (např. snížená svalová síla), kognitivním (např. pokles inteligence), psychickém (např. snížená schopnost odolat stresu) a sociálním zdraví. V důsledku toho je u seniorů vyšší riziko prožívání fyzických a psychických problémů (Klainin-Yobas P. et al., 2015, s. 1043-1044). Deprese a úzkosti jsou u seniorů častým problémem. Deprese je druhou nejčastější duševní chorobou u seniorů (Werner J., T. Wosch a C. Gold, 2017 s. 147). Deprese negativně působí na průběh somatických onemocnění, může ovlivňovat soběstačnost seniora a brzkou institucionalizaci (Ondroušová J. a E. Dragomirecká, 2012, s. 194). Deprese může být vyvolána izolací ze společenského a známého prostředí, ztráty fyzických a kognitivních schopností a nevyřešených životních zkušeností, například životních událostí, války a ztráty rodinných příslušníků (Werner J., T. Wosch a C. Gold, 2017, s. 147). Deprese u seniorů se může projevit depresivní náladou, ztrátou zájmů, snížením energie, snížením sebedůvěry, nesoustředěností. Mohou se objevit i další nespecifické somatické obtíže, bolesti či apatie, nebo naopak zvýšená citlivost. Seniori mnohdy navštěvují svého lékaře se zdravotními problémy, které se postupem času mění, a mnohdy nelze objasnit důvod těchto zdravotních

problémů a může to být jakýmsi voláním o pomoc (Ondroušová J a E. Dragomirecká, 2012, s. 194). Až 15-20 % seniorů má depresi a 15-40 % seniorů trpí úzkostí (Klainin-Yobas P. et al., 2015, s. 1043-1044). V procentuálním vyčíslení úzkosti se prameny neshodují. Další autoři (Petrovsky D., P. Z. Cacchione a M. George, 2015) uvádějí, že se může u seniorů úzkost objevovat až v 70 %, přičemž ze stejného vzorku seniorů uvedlo 54 % seniorů symptomy spojené i s depresí. Tak velký rozdíl hodnot autoři připisují nedostatečné diagnostice úzkosti z důvodu postupné ztráty schopnosti komunikovat, a tedy sdělovat příznaky úzkosti, např. v důsledku postupující demence. Úzkost je důležitým příznakem demence (Petrovsky D., P. Z. Cacchione a M. George, 2015, s. 2), která je nejčastější duševní chorobou v seniorském věku (Werner J., Wosch t. a C. Gold, 2017, s. 147) a často její symptomy doprovázejí zhoršující se symptomy deprese (Petrovsky D., P. Z. Cacchione a M. George, 2015, s. 2). Úzkost bývá především spojena se sníženým funkčním stavem, snížením spokojenosti se životem, snížením kvality života, větší osamělostí a úmrtností blízkých osob. Správná a včasná léčba deprese a úzkosti je nezbytná pro zabránění dalších oslabujících účinků u seniorů. K léčbě deprese a úzkosti u seniorů je přistupováno stejně jako u jiných dospělých. U seniorů se často vyskytují nežádoucí účinky, proto je dobré se zaměřit na nefarmakologické intervence (Klainin-Yobas P. et al., 2015, s. 1043-1044).

2.2.1 Vliv muzikoterapie na depresi a úzkost u seniorů

Předpokládá se, že má hudba různé neurofyzilogické účinky na seniory. Zvláště hudba má vliv na smyslové, kognitivní, behaviorální a afektivní složky (zmírňující psychické napětí a změnu pocitu úzkosti a deprese). Bylo zjištěno, že hudba zvyšuje alfa mozkovou vlnu, a tím zvyšuje stav relaxace a klidu. Tento mechanismus může vysvětlit dlouhodobý účinek muzikoterapie (Klainin-Yobas P. et al., 2015, s. 1052-1053).

V Singapuru si se vzrůstajícím počtem seniorů v populaci uvědomili, že je důležité ovlivnit dopady paradigmatického posunu v poskytování péče o duševní zdraví u starších osob. Mnoho seniorů má depresivní a úzkostné symptomy, ale nesplňují diagnostická kritéria pro závažnou depresivní či úzkostnou poruchu. Autoři uvádějí, že subsyndromální depresi nebo úzkosti trpí velké procento seniorů. Míra prevalence subsyndromální deprese se pohybuje od 5 % až do 16 % a míra prevalence subsyndromální úzkosti v rozhraní od 15 % až 52,3 %. Velké rozdíly svědčí

o nedostatečné diagnostice, nevědomosti v oblasti duševního zdraví a negativního vnímání duševní nemoci samotnými seniory. Autoři se proto zaměřili na tuto část populace, aby se zabránilo rozvinutí plnohodnotné deprese či úzkosti.

Muzikoterapie u seniorů je účinnou nefarmakologickou intervencí pro seniory s demencí, ale důkazy nasvědčují, že je účinná při zmírňování deprese a úzkosti i u seniorů bez demence. Muzikoterapie může být kombinována i s jinými aktivitami. Ve studii autoři využili muzikoterapii s použitím reminiscence, při které, společně s hudbou, senioři vzpomínali na období od blízké minulosti až po období svého dětství. O těchto obdobích diskutovali, k čemuž mohli využít například fotografie nebo věcné upomínky. Sestry v komunitní péči navštívily 30 veřejných bytových domů v Singapuru a pozvaly obyvatele starší 60 let k podrobnějšímu screeningu, ve kterém se pomocí Geriatric Depression Scale, Geriatric Anxiety Inventory a Mini Mental State Examination rozhodlo o splnění kritérií zařazení do výzkumu. Studie se zúčastnilo celkem 76 žen a 25 mužů s průměrným věkem 71 let. Ze všech účastníků mělo již dříve diagnostikovanou depresi nebo úzkost pouze 7 seniorů. Studii dokončilo 99 zařazených účastníků, 2 účastníci zemřeli před dokončením studie. Senioři se prvních 10 týdnů účastnili muzikoterapie jednou týdně, po dalších 18 týdnech jednou za dva týdny a do konce roku jednou za měsíc. Posouzení míry deprese a úzkosti bylo provedeno v 1., 4., 10., 24. týdnu a po jednom roce. Autoři studie se zajímali i o jiné nefarmakologické intervence. Senioři dostali na výběr, které intervence by se chtěli účastnit, a vybrané nefarmakologické intervence se po 10 týdnů účastnili. Po 10 týdnech se během setkání střídalo několik nefarmakologických intervencí. Během prvních 10 týdnů významně poklesly hodnoty subsyndromální deprese i subsyndromální úzkosti. Na konci 4. týdne měla ze všech intervencí nejlepší výsledky muzikoterapie, která si pokles hodnot zachovala i do 10. týdne. V 24. týdnu a 52. týdnu byly hodnoty nižší než na začátku výzkumu, avšak v 24. týdnu byly hodnoty vyšší než v týdnu 10. Na konci 52. týdne se výsledky významně nelišily od 10. týdne. Z výsledků autoři vypožadovali hned několik skutečností. Výsledky mohly naznačit ideální intervenční dobu pro zlepšení duševního zdraví, nebo mohly značit nedostatečnou možnost vyjádření pocitů nebo myšlenek u seniorů, kterým se to nedařilo ve větších skupinách. Autoři rozvažovali, zda nebyl dobrý výsledek u muzikoterapie zapříčiněn tím, že senioři v Singapuru tuto intervenci neznali. Nedostatkem ve studii byl fakt, že účastníci nebyli do skupin randomizováni a celkový počet účastníků byl malý. Studie poukázala na slibné výsledky u preventivní muzikoterapie pro včasné vyhledání

seniorů s podprahovými symptomy, a tím pro předcházení závažnějším stavům deprese či úzkosti (Rawtaer I. et al., 2015, s. 240-248).

Skupinová randomizovaná kontrolovaná studie (Werner J., Wosch t. a C. Gold, 2017) porovnávala účinky interaktivní muzikoterapie s rekreačním skupinovým zpěvem na depresivní symptomy u seniorů v pečovatelském domě. Během studie měli pracovníci, kteří by mohli seniorům poskytnout jakoukoliv psychosociální péči a podporu, např. psychiatrická sestra specializovaná na gerontopsychiatrii, přístup k seniorům v omezené míře. Kontaktovali se se seniory jen několikrát týdně. Do studie výzkumníci zahrnuli 2 pečovatelské domy, které umožňovaly jednou týdně rekreačně zpívat. Výzkumníci ze studie vyloučili pouze seniory, kteří byli v pečovatelském domě v krátkodobé péči (méně než 4 týdny) a seniory upoutané na lůžko. Jelikož je deprese u seniorů častá, ale mnohokrát nediagnostikovaná a neléčená, nebyla v požadavcích výzkumníků potřebná diagnostika úzkosti či deprese. Předpokládali, že deprese se může vyvíjet i po přijetí do pečovatelského domu a především se kladl důraz na přirozené sociální prostředí pečovatelského domu. Ve studii nebyly vyžadovány žádné vokální ani muzikální dovednosti. Senioři nebo jejich zákonní zástupci podepsali souhlas se studiem. Účastnili se dobrovolně a byla zajištěna důvěrnost výzkumu. Studie se zúčastnilo 117 seniorů. Senioři byli rozděleni do čtyř skupin, ve kterých se nacházelo vždy 20-42 účastníků. Následně bylo náhodně skupinám přiděleno, zda se budou věnovat muzikoterapii nebo rekreačnímu zpěvu. Skupiny seniorů, které se věnovaly rekreačnímu zpěvu, byly vnímány jako kontrolní skupiny, z důvodu využití hudby v ne terapeutickém kontextu. Všichni senioři se mimo muzikoterapie mohli během výzkumu účastnit dalších aktivit. Seniorů účastnících se muzikoterapie bylo 62 a 55 seniorů bylo přiděleno do skupiny s rekreačním zpěvem. V každém pečovatelském domě byla jedna skupina zaměřující se na rekreační zpěv a jedna skupina zaměřující se na muzikoterapii.

Muzikoterapie byla zvolena podle přístupu Muthesia, což je holistický přístup zaměřený na biografii každého seniora včetně orientace v prostředí a vztahových vlastností. Senioři se účastnili skupinového zpěvu, receptivní muzikoterapie a instrumentální improvizace. Muzikoterapie vždy začínala velmi osobním přivítáním se seniory. Senioři byli během muzikoterapie vyzýváni, aby si vzpomínali na svou minulost a svůj dosavadní život, například během výběru písní. Pro zvolení hudby nebo zpívaných písní bylo velmi důležité zhodnotit celkový emocionální stav jednotlivce nebo celé skupiny tak, aby muzikoterapie pomohla seniorům poslouchat,

odrážet nebo změnit tento emocionální stav. Po každé muzikoterapii následovala slovní reflexe, ve které měli senioři možnost projevit své emoce. Senioři si mohli lépe uvědomit proces smutku nebo kognitivního zdroje, vyjádřit pocity a vzpomínky nebo mohla muzikoterapie podpořit komunikaci o zkušenostech. U seniorů s negativní reakcí během muzikoterapie byla po muzikoterapii individuálně reakce řešena. Na závěr každé muzikoterapie byla vybrána stejná píseň, podle které senioři již poznali, že je poslední, a tedy že se jedná o konec muzikoterapie. Skupina byla prezentována jako otevřená, což znamená, že se mohli účastnit příbuzní, zaměstnanci nebo jiní klienti.

Deprese a depresivní příznaky byly posouzeny za použití škály MADRS, která dosahuje dle výzkumů vysoké kvality. Deprese a depresivní příznaky se měřili pomocí škály MADRS v 0., 6. a 12. týdnu. Během výzkumu pouze 4 senioři zemřeli, což výzkumníci hodnotí jako malou míru výpadku. Většinově se studie účastnily ženy (68 %). Věkové rozhraní se pohybovalo od 60-100 let. Průměrný věk činil 84,4 let. Mezi skupinami nebyly významné věkové rozdíly, rozdíly v užívaných lécích na depresi a výskyt deprese. Významné rozdíly byly zjištěny v rámci odžitých let v pečovatelském domě a v zastoupení ženských účastníků. Senioři účastníci se muzikoterapie žili v pečovatelském domě průměrně 4,6 let. Ti kteří se účastnili rekreačního zpěvu, průměrně 2,9 let. Muzikoterapie se účastnilo 79 % žen, na rozdíl od rekreačního zpěvu, ve kterém byl poměr žen 56 %. Studie poukazuje na zlepšení deprese a depresivních symptomů u každého klienta. Konkrétně se zvýšila spokojenost u více jak 50 % seniorů, projevila se zvýšená hodnota štěstí u 35 % a zvýšená kognitivní a fyzická aktivita ve více jak 30 %. Naopak snížení bylo zjevné u agresivního chování a emoční nepohody. U čtyř účastníků bylo v 6. týdnu během přehodnocení deprese dle škály MADRS zjištěno zhoršení depresivních příznaků a bylo přistoupeno k přeřazení seniorů do skupiny rekreačního zpěvu. Studie dokládá, že na depresivní symptomy a deprese u seniorů má lepší vliv muzikoterapie než rekreační zpěv. Do studie byli zařazeni i depresivní senioři s demencí. U těchto seniorů bylo zjištěno, že je pro ně významnější muzikoterapie z důvodu možné individuální terapie a menší náročnosti na soustředěnou pozornost, která byla vyžadována při kolektivním zpěvu. Limitací ve studii byl malý vzorek účastníků a jejich randomizace do skupin, která by mohla být úmyslně či neúmyslně ovlivněna. Dále nebyly zkoumány dlouhodobé účinky. Další limitací může být fakt, že do studie byli zapojeni jen mobilní pacienti, a tedy nemusí

nutně platit pro seniory upoutané na lůžko (Werner J., Wosch t. a C. Gold, 2017, s. 147-154).

Tak jako předcházející randomizovaná kontrolní studie (Werner J., Wosch t. a C. Gold, 2017) i kvazi-experimentální longitudinální studie z Tchaj-wanu (Wang S., C.-L. Yu a S.-H. Chang, 2017) a autoři systematického přehledu z Velké Británie (Scott S. C. E. a A. C. Kidd, 2016) zahrnuli do svého výzkumu seniory žijící v penzionu pro seniory či zařízení pečujícím o seniory. Do studie z Tchaj-wanu (Wang S., C.-L. Yu a S.-H. Chang, 2017) byli zařazeni senioři, kteří měli 60 let a více, dobře slyšeli (naslouchadlo nebylo překážkou) a byli schopni vykonávat alespoň nějaké činnosti každodenního života vyhodnocené edukovanou sestrou pomocí škály ADL. Do studie nebyli zapojeni senioři upoutáni na lůžko nebo na invalidní vozík po dobu delší než 6 měsíců, ani senioři, kteří byli přijati v době sběru dat a výzkumu do nemocnice. K analýze výkonu a určení velikosti vzorku sloužil Cohenův postup, který byl posléze, ze zkušeností předcházejících studií, nadhodnocen o 22,9 % z důvodu možného úmrtí, hospitalizace, odchodu seniora domů nebo jiného zařízení. Do studie bylo potřeba zapojit alespoň 129 seniorů. Výběrová kritéria splnilo 172 seniorů, kteří byli následně rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny. Ve studii byla využita muzikoterapie dle Kagayashiki (KMC). Tento model byl vyvinut v Japonsku a do studie byl zařazen z důvodu kulturní podobnosti Tchaj-wanu s Japonskem.

KMC zdůrazňuje, že hudba není lék, ale péče. Základními prvky KMC jsou jasně navržené hudební pozadí, melodie, rytmus a terapeut musí absolvovat formální školení od asociace Japan Music Care. Při KMC se využívá jednoduchý, jasný rytmus a konkrétní melodie využívající se při KMC. Senioři v experimentální skupině se účastnili dvakrát týdně muzikoterapie po dobu 24 týdnů. Každá muzikoterapie měla 30 minut a během každé terapie bylo přítomno 13–20 seniorů. Muzikoterapie byla realizována v tiché místnosti v pečovatelském domě. Muzikoterapie začala 5minutovým poslechem měkké a teplé hudby, posléze byli senioři uvedeni do pohybových aktivit s živou hudbou. Aby se zabránilo rozvoji manického chování, byla puštěna na 5 minut chladná, pomalá a lehká hudba. Během KMC byly přítomny i všeobecné sestry a ošetřovatelky, které měly za úkol povzbuzovat seniory v aktivitách KMC a případně jim pomoci. K povzbuzení seniorů v pokračování KMC bylo využíváno Bandurovy složky, podle které může zlepšené vnímání vlastní efektivity vést ke zvýšení sebedůvěry a úspěchu při daném úkolu. Na konci každé jednotlivé aktivity a KMC byli všichni senioři postupně chváleni, a tím podporováni. K hodnocení

výsledků studie byla použita Cornellova škála, která hodnotí depresi a depresivní příznaky demence. Škála obsahuje 19 položek a měří příznaky související s náladou, poruchami chování, fyzickými stavy a poruchou myšlení. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí od 0 do 38. Hodnota 0 až 6 nevykazuje žádnou depresi, 7 až 9 určuje mírnou depresi, 10 až 19 určuje možnou těžkou depresi a 18 a více bodů dokazuje závažnou depresi. Seniorům byl odebírán vzorek slin, ve kterých se zjišťuje slinný kortizol, jež je dalším ukazatelem depresivního stavu. Autoři si byli vědomi dřívějších výzkumů, použitých metod, škál na měření deprese a úzkosti, a dali si proto za cíl zjistit, zda bude mít muzikoterapie na seniory pozitivní vliv i v jejich zemi a za použití muzikoterapie se specifickými prvky – KMC. Studie prokázala pozitivní vliv KMC u seniorů z Tchaj-wanu s depresí a úzkostí. Autoři podotýkají, že další studie by se mohla zaměřit na navržení intervencí KMC zaměřených na pasivní léčbu. Výsledky studie mají důsledky pro klinickou praxi, jako je například poskytování neinvazivního modelu péče seniorům s depresí či úzkostí. Autoři ještě zdůrazňují, že pokud se zavede KMC do každodenních aktivit seniora v zařízeních dlouhodobé péče či pečovatelského domu, může se tím předcházet kognitivním poklesům, depresi a úzkosti a oddalovat je (Wang S., C.-L. Yu a S.-H. Chang, 2017, s. 156-161).

Ve Velké Británii se ve studii (Scott S. C. E. a A. C. Kidd, 2016) zaměřili na muzikoterapii u seniorů s depresí nebo úzkostí a vytvořili systematický přehled, který má shrnovat dosavadní poznatky o této problematice. Do všech studií byli zařazeni senioři starší 65 let bydlící v rezidenčním zařízení nebo ve specializovaných zařízeních věnujících se demenci. Autoři zahrnuli do přehledu 6 studií, ze kterých získávali data dva na sobě nezávislí recenzenti. Heterogenita studijních vzorků a malá velikost vzorku autorům neumožnila použití kvantitativních metod, jako je meta-analýza. Studie byly provedeny v Jižní Koreji, Tchaj-wanu, Finsku, Nizozemsku a Austrálii. Z 6 studií byly 4 randomizované kontrolované studie, 1 randomizovaná studie s křížovým návrhem a 1 randomizovaná kontrolní studie. Velikost vzorku se pohybovala v rozmezí 20-104 účastníků. Většina účastníků byly ženy. Časové zapojení seniorů do muzikoterapie se lišilo dle typu studie. Programy se pohybovaly v rozmezí 10-15 týdnů. Ve všech studiích se muzikoterapie konala třikrát týdně. Délka muzikoterapie se pohybovala v rozmezí 30-50 minut. K posouzení úzkosti a deprese bylo použito velké množství škál. Ve 3 studiích bylo prokázáno snížení deprese díky skupinové muzikoterapii, přičemž zlepšení deprese nastává během muzikoterapie a bezprostředně po ní. Studie nezkoumaly dlouhodobý účinek a autoři se zamysleli

nad otázkou, zda je kladný výsledek muzikoterapie opravdu zásluhou hudby, a ne jen zásluhou společenského setkávání seniorů. Studie zjistily nejvyšší dopad muzikoterapie u seniorů s mírnou a střední demencí. Autoři poukázali také na finanční nenáročnost a neinvazivnost muzikoterapie, ale upozornili na fakt, že by bylo potřeba vytvořit novou studii, s delším obdobím hodnocení a s větším zapojením seniorů do plánování nebo rozvoje hudebních aktivit. Autoři mimo jiné navrhuji měření vlivu účasti pečovatele a rodinného příslušníka na muzikoterapii (Scott S. C. E. a A. C. Kidd, 2016, s. 488-491).

Autoři systematického přehledu (Klainin-Yobas et al., 2014) si kladli za cíl shrnout současné empirické důkazy o příznivých účincích relaxačních zásahů na úzkost a depresi u seniorů. Do studie bylo zařazeno 15 studií. Autoři zjistili výrazné zlepšení výsledků u seniorů v experimentální skupině. Nejlepší účinky na depresi a úzkost měla také muzikoterapie. Pozitivní účinky byly naměřeny i v 14. a 24. týdnu po ukončení hudebních intervencí. 2 ze 4 studií vyhodnotily muzikoterapii pozitivně. Studie s vysoce kladným ohodnocením muzikoterapie nabídly seniorům k poslechu jejich preferovanou hudbu v komfortním prostředí nebo podmínkách po dobu 4 až 16 týdnů. Autoři dále zjistili využitelnost muzikoterapie u seniorů bez demence i s demencí. Využití muzikoterapie v komunitách či v nemocničním zařízení bylo se stejnými výsledky (Klainin-Yobas et al., 2014, s. 1043-1054).

Systematická review z Austrálie (Istvandity L., 2017) se orientovala na muzikoterapii s prvky reminiscence, jež zahrnovala konverzaci na téma autobiografie, která je zpravidla spuštěna podněty, hmotnými předměty, jako jsou např. fotografie nebo artefakty nebo hudební nahrávky. V dřívějších studiích bylo zjištěno, že muzikoterapie s prvky reminiscence nejvíce pozitivně ovlivňuje kognitivní postoj, duševní zdraví, především depresi a faktory sebeúcty. V systematické review autorka shrnula všechny dohledané publikace, aby zjistila nejvhodnější model muzikoterapie s reminiscencí u seniorů. Všechny vybrané vhodné studie se zaměřovali na všem známou hudbu. Do systematické review bylo zapojeno 5 studií.

V první studii je popsána jejich intervence jako muzikoterapii, nicméně se v ní objevovaly významné prvky reminiscence. Průměrný věk účastníků byl 69 let, do výzkumu se zapojilo 19 seniorů. Senioři byli rozděleni na kontrolní a intervenční skupinu. Intervenční skupina se účastnila perské hudby s tradičními nástroji, pohybem a reminiscencí po naslouchání hudby. Kontrolní skupina se této aktivity neúčastnila. Muzikoterapie trvala 90 minut a konala se jednou týdně po dobu 10 týdnů.

Podobně jako v první zahrnuté studii i ve druhé a třetí byla provedena intervence, která byla většinou popisována jako muzikoterapie, ale byla s reminiscenčními prvky. Této studii se účastnilo 43 seniorů s průměrným věkem 83 let. Senioři byli rozděleni do dvou skupin. V intervenční skupině bylo 24 seniorů, kteří zpívali známé písně, hráli na hudební nástroje a byli ve skupině vedeni k vzpomínání na svou minulost. Senioři se setkávali jednou týdně po 6 měsíců. Senioři v intervenční skupině se setkávali i mimo plánovanou muzikoterapii a společně se sdíleli a zpívali, což vedlo ke zlepšení jejich emocionálního stavu.

S menším vzorkem seniorů starších 86 let pracovala další zahrnutá studie, ve které byla každý den uspořádána 45 minutová muzikoterapie po dobu 3 týdnů. Setkání vždy začalo a skončilo bubnováním, aby byla možná interakce mezi každým účastníkem a terapeutem. Během setkání se zpívaly známé písně související s daným tématem s doprovodem kytary. Během zpěvu a po něm bylo umožněno účastníkům sdílení a rozhovor.

V poslední studii bylo do výzkumu zařazeno 40 seniorů s průměrným věkem 87 let. Senioři byli náhodně zařazeni do 3 skupin. Tyto skupiny se odlišovaly pouze tématem hudby. Jedna skupina poslouchala náboženskou hudbu, druhá populární hudbu a ve třetí skupině si senioři mohli vyprávět příběh nebo pouze diskutovat. Senioři se setkávali 2x týdně po dobu 6 týdnů, bylo tedy 12 setkání. Ve skupinách, které měly muzikoterapii, byla zprostředkována hudba z období od dvacátých do sedmdesátých let 20. století.

Všech 5 studií používalo převážně kvantitativní měření na základě předem určených škál nebo fyziologických příznaků. Byly především zaměřeny na zlepšení jednoho nebo více aspektů duševního zdraví u seniorů, zejména úzkosti a deprese. Většina studií použila škály na měření deprese nebo úzkosti, až na dvě studie, které stanovovaly účinek terapie prostřednictvím hladiny kortizolu ve slinách a měřením krevního tlaku. Významný pokles deprese ihned po intervenci byl zjištěn ve čtvrté studii. Podle názorů zaměstnanců významný pokles deprese netrval dlouho. Ve své studii trávající 2 roky využili údaje od 18 seniorů. Vědci našli pozitivní výsledky v hladinách kortizolu ve slinách i v krevním tlaku u seniorů v intervenční skupině na rozdíl od seniorů v kontrolní skupině. V první studii nebylo sledováno významné zlepšení v důsledku intervencí, ale vysledovali lepší výsledky ve skupině s duchovní hudbou, která byla spojena se zlepšeným poznáváním, životní spokojeností a snížením úzkosti.

Autorka systematické review zdůrazňuje, že ve studiích nebylo dostatečně popsáno, jak se přesně uplatňovala muzikoterapie, s jakými prvky reminiscence a v jakém poměru byly prvky využívány. Z toho důvodu se může špatně hodnotit podíl účinnosti muzikoterapie a reminiscence. Výsledky naznačují, že úzkost a deprese byly pozitivně ovlivněny, ale musíme vzít v potaz, že každá studie měla jinou frekvenci muzikoterapie, délku trvání studie, typ muzikoterapie (pasivní nebo aktivní) a jiné hodnocení výsledků. Systematická review sumarizovala výsledky stávajícího výzkumu převážně pozitivních účinků těchto terapií na duševní pohodu účastníků, zejména úzkosti a deprese. Klíčové aspekty úspěšné léčby nelze z těchto studií účinně stanovit. Existuje jistá soudržnost ve využívání zpěvu a zpívání známých písní, ale v žádné studii již není popsán konkrétní postup tak, aby se mohla intervence replikovat, a tím zjistit její účinnost (Istvandity L., 2017, s. 18-25).

V Koreji autoři studie (Im M. L. a J. I. Lee, 2014) zkoumali účinek muzikoterapie u 29 seniorů ve věku 60 a více let účastnících se muzikoterapie po dobu 12 týdnů. Každý týden se konalo jedno 60minutové setkání. Muzikoterapie zahrnovala korejskou malou bubnovou hru s použitím šál, rytmické hraní na nástroje, rozezvučení jednotlivých tónů nebo zpívání ching - chingovi písně (skládá se z improvizovaných textů muzikoterapeuta, které jsou posléze zpívány). Muzikoterapie dle autorů uvolňuje potlačované pocity a poskytuje příležitost k vyjádření vlastních pocitů. Pro měření deprese byla použita korejská škála geriatrické deprese. Dotazník obsahoval 15 otázek, na které se odpovídalo ano (0 bodů) či ne (1 bod). Pokud senior získal vysoký výsledek, měl i vysoký stupeň deprese. Cronbachův koeficient činil 0,71. Míra deprese byla měřena na začátku a na konci studie. Tato studie potvrzuje účinek muzikoterapie na seniory s depresí. Na začátku měření byla po použití škály průměrná hodnota deprese 9.76, po 12 týdnech muzikoterapie byla průměrná hodnota deprese 7.66 (Im M. L. a J. I. Lee, 2014, s. 453–458).

V kvazi-experimentální a prospektivní studii ze Španělska (Ortí J. E. de la R. et al., 2018) byl měřen vliv muzikoterapie na úzkost a depresi u seniorů s Alzheimerovou demencí. Do studie byli zapojeni senioři starší 65 let. Studie se zúčastnilo 25 seniorů, z toho bylo 77,27 % žen a 22,73 % mužů s celkovým průměrným věkem 78,38 let. Úroveň vzdělání se nijak nelišila. Senioři byli rozděleni do skupin po 12-13 osobách. V těchto skupinách se účastnili muzikoterapie každé úterý po dobu 60 minut, v klidném prostředí se stálou pokojovou teplotou. Muzikoterapie byla rozdělena do dvou menších celků po 30 minutách. Muzikoterapie byla zahájena uvítací písní, která měla za cíl

upoutání pozornosti na hudební úkol. Studie byla uskutečněna na jaře, tudíž byly vybrány písně s jarní tematikou, ve kterých se nacházely nejružnější názvy jarních květin nebo rostlin. Během muzikoterapie měli senioři možnost vyjádřit své pocity nebo názory i v rámci hudebních preferencí. K stanovení účinnosti muzikoterapie byl použit měřicí nástroj pro určení míry deprese a úzkosti Hospital Anxiety and Depression Scale (dále jen HADS) a vzorky slin, ze kterých byla následně stanovena hladina kortizolu, která byla ukazatelem účinnosti muzikoterapie. Vždy před a po muzikoterapii byl se seniory vyhodnocen test HADS a byly odebrány vzorky slin. Škála HADS se skládá ze 14 položek, přičemž čím vyšší skóre, tím je míra deprese a úzkosti vyšší. Získané výsledky udávají, že se po muzikoterapii hladina kortizolu ve slinách snižuje. Se snižující se hladinou kortizolu se zmenšovala i míra deprese a úzkosti (Ortí J. E. de la R. et al., 2018, s. 33-36).

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Muzikoterapie, která je považována za slibnou nefarmakologickou metodu ke snížení úzkosti a deprese u dětí a seniorů, byla předmětem této bakalářské práce. Na dané téma byly dohledány pouze zahraniční publikace. Studie vykazují smíšené účinky, a proto nelze poznatky sjednotit do jedné meta-analýzy. Z dohledaných informací bylo rozpoznáno, že je muzikoterapie účinná ve snížení míry úzkosti, deprese i symptomů deprese u dětí, dospívajících i seniorů. Snížení míry deprese a úzkosti bylo, ve většině studií, významné. Avšak dohledané studie měly nestejnou metodu, čas intervence, téma nebo počet účastníků muzikoterapie, tudíž nelze jednoznačně určit, která metoda muzikoterapie, v jakém časovém rozsahu a jaké použití intervenčního nástroje je nejvhodnější pro efektivní využití muzikoterapie u deprese či úzkosti u dětí, dospívajících a seniorů.

Z dohledaných studií, zaměřujících se na depresi a úzkost u dětí a dospívajících, bylo zjištěno, že neexistuje systematický přehled o účinnosti intervencí založených na hudbě pro léčbu úzkostných poruch. Ve studiích zaměřujících se na děti a dospívající převažoval model aktivní muzikoterapie.

Na rozdíl od dětí a dospívajících se u seniorů s úzkostí a depresí využívala aktivní i pasivní muzikoterapie. Žádný typ nebyl využíván podstatně více či méně. Avšak ze systematického přehledu bylo zřejmé, že největší význam měla pasivní muzikoterapie s poslechem preferované hudby.

Jednou z největších předností muzikoterapie je neinvazivnost a finanční nenáročnost terapie.

Autoři studií se shodují na důležitosti dalších výzkumů. Předmětem dalších studií by měl být typ a frekvence hudebních intervencí, vymezení jasných okolností muzikoterapie a případně sjednocení efektivních faktorů s možností vytvořit model na snížení deprese a úzkosti u seniorů, dětí a dospívajících, který by mohl být platný pro všechny kulturní oblasti.

ZÁVĚR

Přehledová bakalářská práce se zabývá vlivem muzikoterapie na depresi či úzkost u dětí a seniorů.

V dnešní době se o muzikoterapii mluví čím dál více i z důvodu hledání vhodných a účinných nefarmakologických metod, které by mohly pomoci v léčbě deprese či úzkosti. Deprese či úzkost se velmi často špatně rozpoznávají u dětí, dospívajících i seniorů, u kterých jsou symptomy deprese nebo úzkosti přičítány jiným faktorům. Dohledané studie dokazují, že děti ani senioři nejsou včas vyhledáni a testováni na možný výskyt deprese či úzkosti. Je také dokázáno, že i u seniorů, kteří neměli diagnostikovanou úzkost nebo depresi, byla jistá míra zjištěna.

Z dohledaných informací bylo rozpoznáno, že je muzikoterapie účinná ve snížení míry úzkosti, deprese i symptomů deprese u dětí, dospívajících i seniorů. Napříč studiemi byly využity obě metody muzikoterapie – aktivní i pasivní. Avšak u dětí a dospívajících se především využíval model aktivní muzikoterapie.

Cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané aktuální poznatky o vlivu muzikoterapie na úzkost a depresi u dětí, dospívajících a seniorů, tohoto cíle bylo dosaženo. Výsledky dohledaných a předložených studií v této bakalářské práci by mohly sloužit jako přehled a motivace pro všeobecné sestry, které se setkávají s dětmi nebo seniory s diagnostikovanou, ale i nediagnostikovanou úzkostí nebo depresí, k zájmu o tuto problematiku a možnou implementaci muzikoterapie do klinické praxe, kde by mohla plnit funkci léčebnou, ale i preventivní. Je však otázkou, zda všeobecné sestry ví, jak by mohly dětem či seniorům s depresí nebo úzkostí pomoci mimo podání farmak.

REFERENČNÍ SEZNAM

BLACKBURN, R. a T. BRADSHAW. Music therapy for service users with dementia: A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2014, **21** [cit. 2019-03-08], s. 879-888. ISSN 13652850. Dostupné z: doi: 10.1111/jpm.12165.

Český statistický úřad. *Stárnutí se nevyhne*. [online]. © 2019 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947>.

De La RUBIA ORTÍ, J. E. et al. Does Music Therapy Improve Anxiety and Depression in Alzheimer's Patients? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* [online]. 2018, **24**(1) [cit. 2019-03-11], s. 33-36. ISSN 1075-5535. Dostupné z: doi: 10.1089/acm.2016.0346.

DUDOVÁ, I. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, **1** [cit. 2018-11-28], s. 29-31. ISSN 1803-5272. Dostupný z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200701-0007_Soucasny_pohled_na_detskou_a_adolescentni_depresi.php.

GABRIEL, J. et al. *Duševní nemoci u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví [online], 2012. s. 64. Dostupný z: https://issuu.com/capz/docs/du_evn_nemoci_u_d_t_a_dosp_v.

GEIPEL, J. et al. Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2018, **225** [cit. 2018-12-15], s. 647–656. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jad.2017.08.035.

GOETZ, M. Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, **6** [cit. 2018-11-28], s. 271-274. ISSN 1803-5264. Dostupný z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003_Deprese_u_deti_a_adolescentu.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Ddeprese%2Bu%2Bd%25ECt%25ED%2Ba%2Badolescent%25F9%26sfrom%3D0%26spage%3D30.

CHEN, Ch.-J. et al. Chinese five-element music therapy on nursing students with depressed. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2015, **21** [cit. 2018-11-30], s. 192 – 199. ISSN 13227114. Dostupné z: doi: 10.1111/ijn.12236.

IM, M. L. a J. I. LEE. Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and Health Care* [online]. 2014, **22** [cit. 2019-02-15], s. 453-458. ISSN 0928-7329. Dostupné z: doi: 10.3233/THC-140803.

ISTVANDITY, L. Combining music and reminiscence therapy interventions for wellbeing in elderly populations: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [online]. 2017, **28** [cit. 2019-02-15], s. 18-25. ISSN 17443881. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ctcp.2017.03.003.

KLAININ-YOBAS, P. et al. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health* [online]. 2015,

19(12) [cit. 2019-03-20], s. 1043-1055. ISSN 1364-6915. Dostupný z: doi: 10.1080/13607863.2014.997191.

ONDROUŠOVÁ J. a E. DRAGOMIRECKÁ. Smysl života a deprese u seniorů. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi* [online]. 2012, **56**(3) [cit. 2019-02-10], s. 193-205. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=a9h&AN=77411671&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>.

PARENT K. Use of music therapy for older adults with alzheimer's disease. *Perspectives* [online]. 2013, **36**(2) [cit. 2019-02-10], s. 18-20. ISSN 08317445. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1566387427?accountid=16730>.

PETROVSKY, D., P. Z. CACCHIONE a M. GEORGE. Review of the effect of music interventions on symptoms of anxiety and depression in older adults with mild dementia. *International Psychogeriatrics* [online]. 2015, **27**(10) [cit. 2019-02-04], s. 1661-1670. ISSN 1741-203X. Dostupné z: doi: 10.1017/S1041610215000393.

PORTER, S. et al. Music in mind, a randomized controlled trial of music therapy for young people with behavioural and emotional problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2012, **68**(10) [cit. 2018-12-10], s. 2349–2358. ISSN 13652648. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05936.x.

PORTER, S. et al. Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2017, **58**(5) [cit. 2019-01-16], s. 586-594. ISSN 1469-7610. Dostupné z: doi: 10.1111/jcpp.12656.

RAWTAER, I. et al. Psychosocial interventions with art, music, Tai Chi and mindfulness for subsyndromal depression and anxiety in older adults: A naturalistic study in Singapore. *Asia-Pacific Psychiatry* [online]. 2015, **7**(3) [cit. 2019-03-15], s. 240-250. ISSN 17585864. Dostupné z: doi: 10.1111/appy.12201.

SAEIDMANESH, M. a E. SHARIFI. Comparison of Traditional and Modern Music Therapy and its Impact on Depression and Aggression in Adolescents aged 13 to 18 years old in Isfahan. *Journal of Research in Medical and Dental Sciences* [online]. 2018, **6**(2) [cit. 2018-12-20], s. 253-256. ISSN 2347-2367. Dostupné z: doi: 10.5455/jrmds.20186239.

SCOTT, S. C. E. a A. C. KIDD. Specific care programme for the elders: A scoping review of music and anxiety, depression and agitation in older people with dementia in residential facilities and specialist care units. *European Geriatric Medicine* [online]. 2016, **7** [cit. 2019-02-28], s. 488-491. ISSN 1878-7649. Dostupné z: doi: 10.1016/j.eurger.2016.07.007.

WANG, S.-C., C.-L. YU a S.-H. CHANG. Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study. *Aging & Mental Health* [online]. 2017, **21**(2) [cit. 2019-03-12], s. 156-162. ISSN 1364-6915. Dostupné z: doi:10.1080/13607863.2015.1093602.

WERNER, J., T. WOSCH a Ch. GOLD. Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging & Mental Health* [online]. 2017, **21**(2) [cit. 2019-02-05], s. 147-155. ISSN 1364-6915. Dostupné z: doi: 10.1080/13607863.2015.1093599.

World Health Organization. *Mental health:Child and adolescent mental health*. [online]. © 2019 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/.

SEZNAM ZKRATEK

CDI - sebesposuzovací škála depresivity pro děti

TCM – tradiční čínská medicína

DMSRIA - Depression Mood Self - Report Inventory for Adolescence

CD – compact disc

CES-DC - Center for Epidemiology Studies - Depression Child

KMC - Kagayashiki music care

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale