

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Míra depresivity a úzkosti u studentů konzervatoří
v porovnání s běžnou populací od 13 do 21 let**

Jana Kosová

vedoucí práce: Mgr. Ondřej Bezdíček, Ph. D.

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies



**Depression and Anxiety in Students of Music and Dance
Conservatories in Comparison with Normal Population from
Thirteen to Twenty-one Years of Age**

Jana Kosová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Ondřej Bezdíček, Ph. D.

Prague 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškeré použité podklady, ze kterých jsem čerpala informace, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a citovány v textu podle normy APA.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala panu Mgr. Ondřeji Bezdíčkovi, Ph. D., za odborné vedení práce, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích vypracování této bakalářské práce. Dále bych také ráda poděkovala své rodině a přátelům, kteří mi byli oporou.

Anotace

Hlavní cíl práce představuje porovnání míry psychické zátěže u studentů tanečních a hudebních konzervatoří oproti studentům škol s odlišným zaměřením. Konkrétně byla zkoumána úroveň depresivity a úzkosti a dále její souvislost s úrovní subjektivně vnímaného stresu ze studia, vnitřní motivací a úrovní osobnostního nastavení studentů. Dle našich předpokladů jsou studenti konzervatoří vystaveni náročnějšímu studiu z hlediska fyzického výkonu, s ním spojených obav ze zranění a časové náročnosti. Dále tlaku jak ze strany učitelů a rodiny, kteří na ně kladou vysoké nároky a ovlivňují osobnost a motivaci studentů, tak ze strany spolužáků, se kterými jsou v neustálé kompetici. Analýzy našich dat naznačují, že mladí konzervatoristé dosahují oproti studentům jiného zaměření významně vyšších skóre ve škálách měřících míru depresivity, úzkosti i úzkostlivosti. Regresní analýza dále prokázala, že významným prediktorem depresivity a úzkosti je úroveň prožívaného stresu ze školy. Výsledky by mohly posloužit k zavedení či zlepšení psychologické pomoci, která by měla být k dispozici studentům vystaveným vyšší psychické zátěži v rámci školy.

Klíčová slova: psychická zátěž, úzkost, deprese, studenti konzervatoří, adolescenti, stres, motivace, fyzická náročnost

Abstract

The present study aim to investigate mental stress levels in students of dance and music conservatories in comparison with other students. Particularly, the level of depression and anxiety was explored, and their relation to the level of subjectively perceived stress from studying, intrinsic motivation and the rate of students' personal setting. According to our assumptions, conservatory students are exposed to more demanding study including higher physical effort, injuries and time demand. Furthermore, students face pressure from teachers and family as well as from classmates, with whom they are in constant competition. Our data analyses indicate that young conservatory students report significantly higher scores in self-rating scales measuring depression, anxiety and anxiousness in comparison to other students. Regression analysis further revealed that experienced stress from school is a significant predictor of depression and anxiety levels. The results should create a basis for the improvement of psychological service, which should be available for students exposed to higher mental stress.

Key words: mental stress, anxiety, depression, students of conservatories, adolescents, stress, motivation, physical demand

Obsah

ÚVOD.....	1
I TEORETICKÁ ČÁST	3
1 DEPRESE	3
1.1 Obecné vymezení depresivity	3
1.2 Klasifikace deprese	4
1.3 Deprese v období dospívání.....	5
1.3.1 Příčiny juvenilní deprese	5
1.3.2 Symptomy juvenilní deprese.....	6
1.3.3 Léčba juvenilní deprese	7
2 ÚZKOST	10
2.1 Obecné vymezení úzkosti	10
2.2 Úzkostné poruchy	12
2.3 Úzkost v období dospívání	14
2.3.1 Příčiny úzkosti v dospívání	16
2.3.2 Symptomy úzkosti v dospívání.....	17
2.3.3 Léčba úzkostných poruch v dospívání.....	18
3 SPECIFICKÉ ASPEKTY STUDIA NA KONZERVATOŘÍCH.....	21
3.1 Fyzický výkon.....	21
3.1.1 Zranění a poruchy.....	21
3.1.2 Časová náročnost.....	24
3.2 Psychický tlak okolí.....	25
3.2.1 Vysoké nároky autorit	26
3.2.2 Kompetice	27
3.3 Osobnost studenta	28
3.3.1 Úzkost z veřejného vystupování	29
3.3.2 Perfekcionismus	30
3.3.3 Výkonová motivace	32
3.3.4 Způsoby zvládnání zátěže.....	33
II EMPIRICKÁ ČÁST	35
4.1 Výzkumné otázky	35

4.2	Hypotézy	35
4.3	Výzkumná metoda	35
4.3.1	<i>Beckova sebesuzovací škála pro dospělé (BDI-II)</i>	36
4.3.2	<i>Spielbergův dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI)</i>	37
4.3.3	<i>Conservatory Questionnaire Survey (CQS)</i>	38
4.4	Výběr zkoumaných osob	38
4.5	Statistická analýza.....	39
4.6	Výsledky	40
4.6.1	<i>Deskriptivní statistika</i>	40
4.6.2	<i>Reliabilita</i>	42
4.6.3	<i>Korelační analýza</i>	42
4.6.4	<i>Inferenční statistika</i>	43
4.6.5	<i>Regresní analýza</i>	46
4.7	Diskuse.....	47
	ZÁVĚR	52
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	66
	SEZNAM TABULEK.....	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

Úvod

V českém prostředí v současné době neexistuje příliš mnoho studií zabývajících se problematikou deprese a úzkostných poruch v dospívajícím věku. Studie zaměřené na tuto problematiku u studentů hudby a tance u nás prozatím zcela chybí, a to i přestože je všeobecně známo, že studium konzervatoří je jak fyzicky, tak psychicky obtížné a klade na své studenty velmi vysoké nároky. Svou práci jsem zaměřila na dané téma, protože bych ráda rozšířila povědomí o psychických obtížích, které mohou mladé konzervatoristy postihovat a současně přispěla svým návrhem, jak zlepšit jejich prevenci.

V první kapitole se budu zabývat vymezením jednoho z hlavních pojmů, kterým se ve své bakalářské práci věnuji - depresi. Zaměřím se na její obecné vymezení a způsoby, jak ji lze klasifikovat. Dále popíši problematiku juvenilní deprese (deprese v období dětství a dospívání), její příčiny, symptomy i způsoby léčby.

Další kapitola představuje další ústřední pojem této práce, kterým je úzkost. Budu popisovat rozdíly mezi strachem, úzkostí a úzkostnými poruchami, dále se opět zaměřím na specifika úzkostí u dospívajících. Vymezím příčiny, symptomy a způsoby léčby úzkostných poruch u dospívajících. První dvě kapitoly slouží k obecnému přiblížení problematiky s cílem poukázat na závažnost těchto onemocnění, zejména v dětském a adolescentním věku.

Třetí kapitola je věnována výhradně studentům konzervatoří, zpravidla se zaměřením na taneční či hudební obor. Zaměřuji se na stresory specifické pro mladé konzervatoristy, mezi něž patří fyzický výkon a s ním spojené zranění a poruchy nebo časová náročnost. Dalším rozebíraným stresorem je psychický tlak okolí, konkrétně popisují vysoké nároky autorit a vliv kompetice na mladé konzervatoristy. Závěrečné podkapitoly se věnují osobnosti studenta, a jak významnou roli hraje z hlediska náchylnosti vůči psychické náročnosti studia a jejího zvládnutí. Představuji v nich úzkost z veřejného vystupování, perfekcionismus, vymezují různé pojetí výkonové motivace a způsoby zvládnutí zátěže.

Empirická část zahrnuje praktickou část výzkumu. V té představuji své výzkumné otázky a hypotézy, které chci zamítnout. Popisují metody sběru dat a krátce představuji jednotlivé škály a mnou vytvořený inventář. Zaměřuji se na popis a také na strukturu respondentů, jaká byla kritéria pro jejich výběr a jaké podmínky museli

splňovat. Dále také popíši statistickou analýzu, pomocí které jsme došli k výsledkům této práce.

V poslední části se zaměřuji na zhodnocení výsledků a následnou diskuzi. Analyzuji data a hodnotím, zda se hypotézy podařilo vyvrátit či nikoli. V závěru shrnuji celou výzkumnou práci, její přínos a konečný výstup. Práce poskytuje náhled na psychickou náročnost studia na konzervatořích a návrhy pro vedení konzervatoří, co lze v rámci škol poskytovat a na co se zaměřovat. Cílem práce je poukázat na skutečnost, že studenti konzervatoří se pohybují ve více stresujícím prostředí v porovnání se studenty jiného zaměření. Z toho důvodu jsou náchylnější na přítomnost depresivity a úzkosti, proto by jim měla být poskytována psychologická pomoc v rámci školy a větší pozornost by měla být věnována i prevenci těchto obtíží.

I Teoretická část

1 Deprese

Pojem deprese je často užívaným termínem nejen mezi odborníky, ale můžeme se s ním setkat i v každodenní konverzaci. Lidé běžně používají slovo „depka“ pro vyjádření jejich špatného rozpoložení. Nejen tato skutečnost poukazuje na to, jak je deprese rozšířeným onemocněním, současně však může být zavádějící. Smutek totiž nemusí nutně znamenat, že je člověk depresivní. Na druhou stranu někteří lidé si nemusí uvědomovat, že depresivní skutečně jsou a podceňují fakt, že by měli vyhledat pomoc. V této kapitole se zaměřím na vymezení deprese, protože myslím, že je nutné rozlišit, kde dané onemocnění začíná a jak je klasifikováno. Dále se blíže zaměřím na depresi v období dospívání – její příčiny, symptomy a možnosti léčby - vzhledem ke specifickému vyhranění věkové hranice subjektů testovaných pro mou práci.

1.1 Obecné vymezení depresivity

Existuje množství definic deprese. Zmíním pouze ty, které považuji za nejvyužívanější a které podle mého názoru danou problematiku přiblíží nejlépe.

Slovo *deprese* jako takové má kořeny v latině. V současnosti *deprese* vyjadřuje slova jako stlačit, snížit (např. výkon, míru energie, náladu apod.). Dále ho lze vyložit jako stísnit, deprimovat, oslabit – ať už aktivitu nebo tělesnou sílu. Deprese jako taková značí pokles, stísněnost, sklíčenost, krizi, stagnaci apod., jak uvádí Křivohlavý (2013). Jak jsem již zmínila, deprese je nemoc, která však může být často podceňována nebo přehlížena. Mnoho lidí trpících depresí nehledá pomoc. Praško (2009) předkládá důvody, proč se lidé pravděpodobně snaží vyhledání pomoci vyhnout: buď si svou nemoc neuvědomují, nebo se jí stydí sami sobě přiznat a věří, že ji překonají. Nebo nevěří, že existuje účinná léčba, takže se rozhodnou překonat depresi silou vůle. To však podle Praška není možné: „*Deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako je např. vysoký krevní tlak, vředová choroba nebo cukrovka. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně*“ (2009, s. 9).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization [WHO], 2012) definuje depresi jako duševní nemoc, která je velmi rozšířená a postihuje lidi na celém

světě – podle odhadů až 350 milionů populace. Nese proto mezi ostatními nemocemi výrazné postavení. Často propuká v mládí, výrazně se projevuje na snížení fungování člověka a vrací se opakovaně. Z toho důvodu je označována za hlavní příčinu invalidizace jedince. Jak dále uvádí WHO, deprese je současně hlavní příčinou nezpůsobilosti a to jak pro muže, tak ženy. Podle statistik jsou však ženy zatíženy tímto onemocněním o 50% více, než muži. Roth, Preiss a Uhrová (1999) označují depresi za častou a závažnou psychickou poruchu, kterou trpí zhruba 10-15% populace a jejíž výskyt mírně stoupá s věkem. Rovněž poukazují na fakt, že každý člověk za svůj život prožije alespoň jeden natolik vážný depresivní stav, že by potřeboval lékařskou pomoc. Často však lékaři na diagnózu této nemoci nepomýšlí nebo jedinec pomoc vůbec nevyhledá.

Podle Goetze (2005) deprese znamená poruchu nálady, která dále negativně ovlivňuje psychické funkce, mezi něž patří např. myšlení, paměť, motivace, i somatické funkce jako je spánek či příjem potravy. Onemocnění výrazně zvyšuje riziko sebepoškození, sebevražedného chování a užívání návykových látek.

1.2 Klasifikace deprese

V psychiatrii se můžeme setkat se dvěma hlavními systémy, určenými k rozdělení mentálních chorob. Prvním z nich je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a druhým Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Ty slouží zejména k efektivní komunikaci pracovníků a určení správných diagnóz. Klasifikační systém MKN-10 se snaží brát v úvahu hlediska anatomické lokalizace a hlavní okolnosti, při kterých ke sledovanému jevu nejčastěji dochází. Řadí depresivní syndrom spolu se syndromem manickým mezi poruchy afektivní, tzv. poruchy nálad (F30-F39). Ty se vyznačují především patologickou náladou a periodickým průběhem (Miňhová, 2006). Systém MKN-10 je však ovlivněn, především v oblasti duševních onemocnění a poruch, dalšími způsoby klasifikace a to v první řadě již zmíněným DSM (DSM-4, DSM-5). Přestože mezi oběma systémy existují určité rozdíly, mají téměř srovnatelné kategorie. Z jejich terminologií např. vypadlo dříve tradiční rozlišování endogenních vs. exogenních (neurotických) depresí (Smolík, 2002).

Americká psychologická společnost uvádí v revidované verzi DSM-5, že depresivní poruchy byly v klasifikaci odděleny od bipolárních a jim podobných poruch (na rozdíl od DSM-4, kde se nachází ve stejné kategorii). Mají však tytéž společné

znaky jako je přítomnost smutku, prázdnoty, popudlivé nálady, doprovázené somatickými a kognitivními změnami, které významně ovlivňují schopnost jedince fungovat. Přesto se od sebe liší a to z hlediska trvání, načasování nebo očekávané etiologie (American Psychiatry Association [APA], 2013, s. 155).

1.3 Deprese v období dospívání

Dospívání je významným a mnohdy bouřlivým obdobím v životě jedince, provázené množstvím biologických, psychologických i sociálních změn. Jedná se o životní etapu, která se dále dělí na období pubescence – zhruba od 11 do 15 let, a období adolescence – zhruba od 15 do 22 let. Mezi typické znaky dospívání se řadí např. emoční labilita, intenzivní náladovost, stres spojený s přijímáním nových tělesných tvarů nebo nové role ve společnosti (Langmeier & Křejičřová, 2006). Hrdlička uvádí, že „prevalence depresivní poruchy u dětí je v rozmezí 2-4% a toto číslo po pubertě stoupá až k 4-8% prevalence v adolescenci. Zastoupení pohlaví je až do puberty stejné, později se deprese vyskytuje ve větší frekvenci u žen“ (2005, s. 4).

V současné době narůstá množství výzkumů, zabývajících se problematikou juvenilní deprese¹, a to zejména depresí v adolescenci. Důvodem nynějšího vědeckého zájmu je podle Petersenové (1993) opuštění dřívějších přesvědčení, že významné obtíže provázející období adolescence, včetně deprese, představují přirozený vývoj jedince. Očekávalo se tedy, že adolescenti z problémů vyrostou, a proto jim často nebyla poskytována žádná léčba či jiná psychologická pomoc. Tyto předpoklady byly však již překonány díky výzkumům, které prokázaly, že obtíže, jakými je deprese, nejsou součástí normálního adolescentního vývoje. Podle Dudové (2007) se jedná o recidivující poruchu, jejíž diagnostika a léčba je oproti dospělým pacientům náročnější. Typicky se vyznačuje sociálními následky, které mohou vést k sociální izolaci a často je zatížena vysokým rizikem sebevraždy.

1.3.1 Příčiny juvenilní deprese

Na vzniku juvenilní deprese se podílí množství rozličných faktorů, mezi které se řadí faktory genetické, biologické, kognitivní a vlivy prostředí. Mezi důležité faktory

¹ deprese v období dětství a dospívání

zvysující riziko výskytu onemocnění se řadí presence afektivních poruch v rodině a konfliktní rodinné prostředí. U dětí narozených depresivním rodičům se deprese vyskytuje až 3-4x častěji než v běžné populaci. Dalšími faktory mohou být nedostatečné způsoby zvládnání stresu a sociálních dovedností, ale také nedostatek přátelských a vrstevnických vztahů (Dudová, 2007).

Přestože výzkumy s depresivními dospělými prokázaly spojitost mezi nižším socioekonomickým statusem a výskytem tohoto duševního onemocnění, Abela (2008) uvádí, že u dětí se tato skutečnost nepotvrdila. Stejně tak upozorňuje na vysokou dědičnost onemocnění, kdy poruchy nálad a těžké zatížení depresemi u rodičů vedou k o to většímu riziku rozvoje deprese u potomka. Psychopatologie rodičů může být způsobena faktory genetickými, environmentálními, nebo kombinací obou a často je součástí komplexního seskupení rizikových faktorů, jakými jsou např. domácí násilí, stres nebo zanedbávání. Petersonová (1993) řadí mezi psychologické faktory negativní pohled na vlastní tělo a nízké sebevědomí. Dále poukazuje na vliv kognitivních faktorů, adolescenti se totiž nachází v životní etapě charakteristické dramatickým vzrůstem kognitivních schopností. Zvýšená schopnost reflektovat sebe sama a svou budoucnost je považována za pravděpodobnou příčinu depresivních nálad.

Stres a s ním spojené životní události patří mezi nejvíce studované rizikové faktory juvenilní deprese. V životech dětí a adolescentů trpících depresí je pozorováno větší množství stresujících životních událostí, než u mladých, kteří nejsou postiženi depresí, ať už v případě, že se týkají sexuálního zneužití, týrání, smrti rodiče, nebo méně traumatických událostí, jakými jsou např. přestup ze základní školy na střední, změny v rodině či zamilování se. Životní události však stejně jako další sociální faktory představují nespecifické rizikové faktory a lze je uvádět ve spojitosti se zvýšeným rizikem rozvoje množství dalších duševních onemocnění (Abela, 2008).

1.3.2 Symptomy juvenilní deprese

Spolu s věkem a dosaženými vývojovými stádii se vyvíjí depresivní příznaky. Podle Hosáka a Hrdličky (2015) lze rozdělit na příznaky shodné pro všechny věkové kategorie a příznaky, které se blíže váží na věk následujícím způsobem (obr. 1):

Obr. 1. Depresivní příznaky závislé a nezávislé na věku (Hosák et al., 2015)

Příznaky shodné pro všechny věkové skupiny	Příznaky charakteristické u dětí	Příznaky charakteristické u adolescentů
<ul style="list-style-type: none"> ■ depresivní nálada ■ poruchy koncentrace ■ nespavost ■ suicidální myšlenky 	<ul style="list-style-type: none"> ■ depresivní vzhled ■ somatizace ■ agitace ■ separační anxieta ■ fobie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ anhedonie ■ hypersomnie ■ beznaděj ■ změny váhy ■ abúzus drog ■ poruchy chování ■ diurnální kolísání nálady

S dosaženým věkem jedince souvisí i délka depresivní fáze. Podle nejnovějších dat je průměrná délka fáze v dospělosti mezi 6-13 měsíci, naproti tomu při juvenilní depresi trvá v průměru 15-18 měsíců (Hrdlička, 2005).

Pro školní věk jsou typické psychosomatické obtíže, mezi které spadají bolesti břicha, hlavy, zad, úzkosti, pocity viny, nechutenství či naopak přejídání, konfliktní vztahy s dospělými, s vrstevníky, nesoustředěnost, zhoršený školní výkon, suicidální myšlenky, pokusy o ně ad. Na rozdíl od depresivních stavů dospělých, pro které je charakteristická smutná nálada a ranní pesima, kdy nejhorší stav prožívá pacient po ránu, u adolescentů dochází obvykle k propadům nálady v průběhu dne. Depresivní adolescenti současně projevují větší agitovanost, podráždění či hyperaktivitu, časté jsou pocity vnitřního napětí nebo naopak nudy a apatie, které pak vedou k rizikovým aktivitám jako je např. užívání návykových látek (Tomáš & Marková, 2014). Nejzávažnějším důsledkem juvenilní deprese je sebevražda, kterou lze častěji předpokládat v případě, že mladistvý současně trpí úzkostnou poruchou, poruchou osobnosti nebo užívá návykové látky (Abela, 2008).

Při juvenilní depresi může dále docházet k náhlému zhoršení prospěchu nebo k poruchám chování, jakými jsou mimo jiné krádeže, agresivní chování či záškoláctví (Krejčířová, 2001). Podle Abela (2008) se deprese v adolescenci pojí s chabými výsledky v dospělosti. Mezi ty se mimo jiné řadí nespokojenost se životní rolí, nízká aspirace na vzdělání, nízký příjem, ztráta sociální podpory, brzké provdání či nespokojenost s manželstvím.

1.3.3 Léčba juvenilní deprese

Klíčovým aspektem k úspěšné léčbě je úspěšná diagnostika, která má za cíl identifikovat symptomy, zhodnotit případné komorbidní poruchy a odhalit faktory, které stály za rozvojem onemocnění a jejich vliv na prognózu. Důležitou úlohu hraje dostupnost informací, které poskytuje nejen pacient, ale i rodina, škola a somatické

vyšetření. Goetz zmiňuje, že „*lčba zahrnuje čtyři základní složky: psychoedukaci, individuální psychoterapii, rodinnou intervenci a farmakoterapii*“ (2005, s. 273).

1.3.3.1 Psychoterapie

Mezi primárně využívané terapeutické přístupy patří ty, které vedou k významné změně depresivní symptomatiky v rozmezí krátkého časového úseku jako je např. kognitivně behaviorální terapie (Dudová, 2007). Ta vychází z předpokladu, že pacientovy chybně naučené kognitivní procesy a chování podporují udržení této duševní poruchy. Jedná se o terapeutický přístup zaměřený na symptomy, který je orientovaný na problém s cílem ho co nejrychleji odstranit, k čemuž využívá strukturovanost (náplň sezení je vždy dopředu naplánována) a časové ohraničení (Goetz, 2005).

Dudová (2007) dále uvádí, že při terapii se pozornost zaměřuje především na pocity viny, poruchy sebehodnocení a zlepšení schopnosti adaptace s nácvikem sociálních dovedností. Zvolené přístupy dále závisí na věku dítěte či mladistvého, kdy u předškolních dětí psycholog volí zejména herní terapii, u adolescentů interpersonální terapii. Nezávisle na věku probíhá rodinná terapie. V psychoterapii lze využít množství doplňkových technik, mezi které se řadí např. muzikoterapie či arteterapie. Výtvarný projev jedince, ať už řízený nebo spontánní, nese diagnostický i preventivně léčebný význam a poskytuje náhled do psychických obsahů, které jsou pro pacienta subjektivně významné (Vymětal, 1989).

1.3.3.2 Farmakoterapie

Navzdory faktu, že deprese adolescentů se v mnohém podobá depresi dospělých, je nutné, aby k léčbě antidepresivy odborníci přistupovali obezřetně a zvažovali, do jaké míry je taková léčba vhodná. Názory na užívání antidepresiv při léčbě juvenilní deprese se různí, a přestože existují efektivní způsoby léčby, jejich užití závisí na dostupných zdrojích a závažnosti onemocnění (Thapar, Collinshaw, Pine, & Thapar, 2012). Na základě výzkumů zabývajících se užitím psychoaktivní medikace k léčbě deprese u dospělých, které prokázaly jejich účinnost, se vyhodnotila vhodnost jejich využití i při léčbě juvenilní deprese. Kontrolní studie však účinnost farmakoterapie při léčbě deprese adolescentů nepotvrdila. Odborníci zabývající se příčinou těchto výsledků přišli s množstvím rozličných možností. Ty sahají od rozdílných biologických substrátů mezi adolescenty a dospělými až k možnostem, že závažnější formy onemocnění, typické u

juvenilní deprese, jsou způsobeny jeho dřívějším rozvinutím a častější přítomností dalších komorbidních poruch (Peterson, 1993).

Goetz uvádí (2005), že v posledních letech se pozornost stočila především na užití SSRI², jejichž účinnost je podle názorů odborníků způsobena dřívějším dozráváním serotoninergního systému oproti systému noradrenergímu. Ačkoli farmaka ze skupiny SSRI jsou prokazatelně účinná, současně zvyšují výskyt suicidálních myšlenek a tendencí, hostility, insomnie, impulzivity, hypomanie ad.

² skupina selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu

2 Úzkost

Na začátku své práce jsem poukazovala na nutnost odlišit smutek od deprese. Shodně důležitou problematikou je rozlišení mezi strachem, úzkostí a úzkostnou poruchou, kterým se budu zabývat zkraje této kapitoly. Dále se opět blíže zaměřím na charakteristické rysy úzkosti a úzkostných poruch v období dospívání včetně jejich příčin, symptomů a možností léčby.

2.1 Obecné vymezení úzkosti

Úzkost i strach zastupují v životě člověka neopomenutelnou úlohu; chrání před ohrožením a poškozením jedince, zajišťují jeho adaptaci a celkově přežití. Jedná se o emoce, které se současně podílí na socializaci jedince a na formování a rozvoji osobnosti (Vymětal, 2007). Pro úzkost je příznačné, že nemá předmět. To znamená, že člověk má strach, ale nezná jeho původce, ví, že by měl něco udělat, ale netuší co. S jednou z nejnámějších teorií úzkosti přišel Sigmund Freud, který současně vytvořil koncepci rozlišující mezi objektivní úzkostí, přicházející z vnějšího prostředí, a neurotickou úzkostí, přicházející z vnitřního světa jedince ve formě potlačovaných impulzů (Hartl & Hartlová 2000).

Vymětal dále tvrdí, že „*strach je averzivní reakcí na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v jedinci vyvolává prožitek ohrožení. ... Úzkost je nepříjemný citový stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitou skutečnost, která ji vyvolává*“ (2007, s. 22). Současně pro obě emoce platí, že mají ráz nekontrolovatelnosti a nepředvídatelnosti, což zvyšuje obavu jedince ze ztráty kontroly nad vlastními reakcemi a prožitky. Praško, Vyskočilová a Prašková (2008) označují úzkost za normální reakci na nebezpečí nebo na stres do té doby, dokud se nestává nepřiměřeně silnou vzhledem k situaci nebo dokud neprobíhá po nepřiměřeně dlouhou dobu. Takto nadměrná úzkost může vést k tomu, že člověk přestává být schopný přemýšlet a dělat i ty nejjednodušší věci.

Podle Spielbergera (2013) se jedná o emoci projevující se ve chvílích, kdy se člověk přestane na kognitivní úrovni smysluplně vztahovat ke světu kolem sebe. K tomu dochází v případě, že člověk vyhodnotí situaci jako ohrožující. Takovéto vyhodnocení hrozby spouští úzkost, pro níž jsou typické následující tři charakteristiky:

- úzkost je symbolická – provází ji nekonkrétní myšlenky, nápady, koncepty ad.,

- úzkost je anticipační – zažívá-li člověk úzkost, očekává např. ohrožení, selhání nebo zesměšnění,
- úzkost je nejistá - člověk zažívá nejistotu ohledně toho, co se stane, zda se to stane, kdy se to stane ad.

Rozlišit mezi strachem a úzkostí není vždy zcela jednoduchým úkolem, jelikož jejich hranice jsou často vágní. Projevy obou emocí jsou si velmi podobné, patří k nim např. zrychlené dýchání, růst srdečního tepu, krevního tlaku, průjem, nevolnost, sucho v ústech, rozšíření zorniček, růst obecné dráždivosti a další. Rozdílným faktorem je časová dimenze, kdy strach je chápán jako emoce projevující se epizodicky, zatímco úzkost chronicky. Ve většině případů je úzkost chápána jako patologie, výjimkou je úzkost mírné intenzity a působící na jedince pouze občas (Hartl et al., 2000). Hosák et al. (2015) poskytuje přehled projevů úzkosti (obr. 2.) na čtyřech různých úrovních, které rozlišuje na projevy somatické, psychické, kognitivní a projevy v chování.

Z neurobiologického a kognitivního hlediska lze chápat rozdíl mezi úzkostí a strachem jasněji. Studie totiž prokázaly, že zatímco úzkost se pojí s obavami ohledně budoucnosti, strach je reakcí na aktuální ohrožení. Výrazným ukazatelem zmíněných rozdílů je aktivita amygdaly. Ta se, v případě, že jedinec prožívá úzkost, zcela inhibuje, dochází ke kolísání tepu, píchání u srdce, třesu, sevření žaludku apod. Naopak v situacích, kdy určitý podnět vyvolá v jedinci pocit aktuálního ohrožení, dochází k prudkému nabuzení amygdaly, která dále spouští poplachovou reakci „boj nebo útěk“. Typickými fyziologickými projevy této reakce je zvýšení tepové frekvence, napínání svalů, prudké zpocení, emoční stupor nebo zúžené myšlení, zaměřující se pouze na zmíněný útěk nebo boj (Ocisková, 2016).

Obr. 2. Úzkost a její projevy (Hosák et al., 2015)

Somatické projevy	Projevy v chování
Vegetativní hyperaktivita	Neklid nebo znehybnění
▪ zrudnutí nebo zblednutí	Viditelný třes
▪ tachykardie	Napjatý výraz v obličeji
▪ palpitace, bušení srdce	Napjatý hlas, vzdychání, tichá mluva
▪ pocení	Mnohomluvnost
▪ studené ruce	Smích nebo pláč
▪ průjem	Lekavost
▪ sucho v ústech	Únava, vyčerpání
▪ časté močení	Vyhýbavé a zabezpečovací chování
Napětí ve svalech	Únik do fantazie
▪ třes, cukání, chvění	Závislost na druhých
▪ svalová slabost	Vyžadování ujištění a názoru od druhých
▪ bolesti zad, hlavy	Vyhledávání rozptýlujících aktivit
Hyperventilace	Podezřivavost
Bolesti a svírání na hrudi	Agresivní chování
Obtížné dýchání, nedostatek dechu	Okusování nehtů, škrábání se
Obtíže s polykáním	Zpomalení výkonu
Nauzea, břišní nevolnost	Zvýšené sebezpozorování
Parestezie	Neschopnost odpočívat
Pocity znecitlivění nebo mravenčení	
Návaly horka nebo chladu	
Nucení k močení nebo k defekaci	
Kognitivní projevy	Psychické projevy
Zvýšené nabuzení (arousal)	Pocit
Obtíže s koncentrací	▪ ohrožení nebo strachu
Nadměrná bdělost (hypervigilita)	▪ „knedlíku v krku“
Obtíže s usínáním, insomnie	▪ závratě, mdloby nebo točení hlavy
Ostražitost	▪ derealizace, depersonalizace
Zvýšená mentální aktivita	▪ podráždění
Nadměrné obavy a starosti	▪ nesnesitelného napětí
Nejistota z budoucnosti	▪ duševního přepětí
Obava z neschopnosti vyrovnat se se situací	▪ „prázdná v hlavě“
Čekávání a předtuchy neštěstí	Strach
Katastrofické myšlenky	▪ ze ztráty kontroly
Obava ze ztrapnění se na veřejnosti	▪ ze „zešílení“
Obava ze vzniku nové úzkosti	▪ ze ztráty vědomí
Traumatické vzpomínky	▪ ze smrti
	Neschopnost uvolnit se
	Snížené libido
	Bezradnost

2.2 Úzkostné poruchy

Přítomnost strachu a úzkosti, co by přirozených a pro přežití nepostradatelných emocí, nepředstavuje v životě člověka patologický problém. Ten nastává až ve chvíli, kdy se zmíněné emoce objevují příliš často, v nepřiměřených situacích, jsou příliš intenzivní nebo trvají příliš dlouhou dobu. V takovém případě se již jedná o úzkostnou poruchu, která se řadí pod psychické poruchy a mezi jejíž dominantní příznaky patří právě úzkost a somatické obtíže (Praško, 2005). Jak zmiňují Dušek a Večeřová-Procházková (2010), častým projevem úzkosti jsou panické reakce. Jedná se o ataky

této emoce, které mohou vést až k agresi vůči sobě samému nebo vůči okolí. Primární funkcí úzkosti je rozpoznat nebezpečí a umožnit jedinci orientovat se v aktuální situaci. Úzkost v podstatě zastupuje jakési naše vnitřní poplašné zařízení, jehož intenzita na určité podněty se interindividuálně značně liší, kolísá a často bývá nevypočitatelná. Jako názorný příklad lze uvést fobické úzkosti. Ty vznikají v situacích, kdy se u jedince objeví spojitost mezi zmíněnou orientační úzkostnou reakcí na nebezpečí a určitou situací, předměty, zvířaty nebo lidmi.

Podle Hosáka et al. (2015) jsou úzkostné poruchy psychogenní, funkční, nepsychotická onemocnění, která často bývají chronická a zvyšují pacientovu zranitelnost vůči jiným psychopatologiím. V důsledku toho se ve vysoké míře vyskytují s dalšími psychickými zatíženími. Vysoká komorbidita se vztahuje jak na další psychické poruchy, a to především afektivní poruchy a poruchy osobnosti, tak na úzkostné poruchy mezi sebou samými. Jinými slovy, jedinci trpící panickou poruchou zhruba v 92,2% případech současně trpí jinou psychickou poruchou, u jedinců s úzkostnou poruchou byla prokázána komorbidita v 86% případech. Současně se často společně vyskytuje generalizovaná úzkostná porucha s panickou poruchou a panická porucha s agorafobií. Zhruba u dvou ze tří osob se rozvíjí jako první úzkostná porucha a později ji následuje rozvoj poruchy afektivní (Ocisková, 2016).

Co se klasifikace týče, Praško, jeden z našich předních psychiatrů zabývajících se úzkostnými poruchami, říká, že:

Úzkost může „volně plynout“ bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti ... Pokud se týká konkrétních situací, kterých se běžně lidé nebojí, jde o fobii. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o anticipační úzkosti. (2005, s. 1)

V MKN-10 lze úzkostné poruchy najít v kategoriích F40, F41 a F93. První zmíněná kategorie vymezuje fobické úzkostné poruchy, k nimž se řadí agorafobie, sociální fobie a specifické fobie. Druhá kategorie definuje jiné úzkostné poruchy, kterými je panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostně-depresivní porucha (Vymětal, 2007). Kategorie F93 nese název *Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství* a spadají do ní následující poruchy (Malá, 2011):

- F93.0 Separální úzkostná porucha v dětství

- F93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství
- F93.2 Sociální úzkostná porucha v dětství
- F93.3 Porucha sourozenecké rivality
- F93.8 Jiné emoční poruchy v dětství
- F93.9 Emoční porucha v dětství nespecifikovaná

V rámci DSM-V byla z klasifikace úzkostných poruch vyřazena posttraumatická stresová porucha a stejně tak i obsedantně-kompulzivní porucha, která už nespadá do dané kategorie ani v MKN-10. Kritéria pro úzkostné poruchy jsou pro oba klasifikační systémy téměř shodné, jedinou výjimku tvoří separační úzkostné poruchy, které jsou v rámci evropského MKN-10 chápány především jako poruchy vyskytující se u dětí. Z toho důvodu jsou řazeny mezi psychické poruchy se začátkem v dětství a v dospívání (Ocisková, 2016). Úzkostné poruchy rovněž sdílí napříč oběma systémy mnoho klinických rysů. Mezi ně patří např. extenzivní úzkost, fyziologické úzkostné symptomy nebo narušené chování ve formě extrémního vyhýbání se objektům vzbuzujícím či asociujícím strach nebo poškození (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

2.3 Úzkost v období dospívání

Přestože problémy s úzkostí byly zkoumány již po mnoho let z různých perspektiv, označované rozlišnými názvy, patologická úzkost u dětí a adolescentů byla téměř zcela opomíjena až do druhé poloviny 20. století. Současné výzkumy však prokázaly, že úzkostné poruchy zastupují u dětí a mladých lidí jednu z nejčastějších forem psychopatologie (Kaminer & Bukstein, 2008; Ptáček & Bartůněk, 2014; Grills-Taquechel & Ollendick, 2012), a to s prevalencí jakékoli úzkostné poruchy v rozmezí od 5.7% až k 17.7%. I přes to se řadí k jedněm z prozatím nejméně chápaných problémů psychického zdraví v dětském a adolescentním věku (Woodward & Fergusson, 2001). Jedná se o poruchy, které pro jedince představují velké sociální i ekonomické zatížení, jelikož zvyšují riziko depresivity, užívání návykových látek, propuknutí dalších úzkostných poruch, chabých školních výsledků a dalších problémů v dospělosti (Silverman & Field, 2011).

Tassin, Reynaert, Jacques a Zdanowicz (2014) uvádí, že existuje značný rozdíl mezi epidemiologií úzkostných poruch u adolescentů a epidemiologií úzkostných poruch v dospělém věku. U dospívajících postihuje v rozmezí 15-30% jedinců, zatímco

prevalence u dospělých se pohybuje v rozmezí 10-20%. Současně platí, že úzkostné poruchy se v adolescentním věku pojí s významným funkčním poškozením, snížením kvality života a vysokou mírou komorbidit. Například deprese v dětství a adolescenci komorbidní s úzkostnými poruchami dosahuje extrémně vysokých hodnot v rozmezí 17-69% (Grills-Taquechel et al., 2012). Významná míra komorbidit byla prokázána i mezi úzkostnými poruchami a fyzickými onemocněními (nejčastěji astma či alergie). Děti trpící úzkostnými poruchami spolu s přidruženým fyzickým onemocněním současně vykazovaly vyšší úroveň emočních problémů, více somatických potíží a více funkčních poškození než děti trpící pouze úzkostnou poruchou či pouze fyzickým onemocněním (Chavira, Garland, Daley, & Hough, 2008).

V případě, že u jedince adolescentního věku dochází k epizodám psychických poruch, běžně rovněž platí, že onemocnění předchází dalším psychickým poruchám a predisponuje jejich upevnění v dospělosti. Z toho důvodu je důraz kladen na intervence snižující délku trvání těchto epizod, díky čemuž by mohla být morbidita v pozdějším věku výrazně snížena. V současné době však stále neexistují příliš jasná epidemiologická a prognostická data ohledně úzkostných poruch v období adolescence (Tassin et al., 2014).

Studie současně poukazují na fakt, že tři čtvrtiny dospělých pacientů trpících psychickými poruchami byli prvně diagnostikováni v rozmezí 11 až 18 let. Zatímco mezi nejčastěji diagnostikované úzkostné poruchy u školních dětí se řadí separační úzkost, generalizovaná úzkostná porucha a specifické fobie, diagnostiky u adolescentů nejčastěji odhalí panickou poruchu, agorafobii a sociální fobii (Malá, 2011). Z hlediska genderového porovnání míry výskytu úzkostných poruch některé studie prokázaly, že neexistuje téměř žádný rozdíl mezi chlapci a děvčaty v dětském věku (Grills-Taquechel et al., 2012). Naproti tomu Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley a Allen (1998) zmiňují, že vzhledem k tomu, že dívky oproti chlapcům začínají vykazovat první odchylky už ve velmi útlém věku, v šesti letech je dívek, které prožily alespoň jednu úzkostnou poruchu, dvojnásobné množství v porovnání s chlapci. V adolescenci i dospělosti je rozdíl již nepopíratelný a zřetelně poukazuje na skutečnost, že dívkám a ženám jsou diagnostikovány úzkostné poruchy častěji (Lewinsohn et al., 1998; McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011; Grills-Taquechel et al., 2012). Současně pro ženy představují větší zdravotní zátěž, protože jejich diagnóza častěji než u mužů zahrnuje další úzkostnou poruchu, bulimii a depresivní poruchu (McLean et al., 2011).

Costello, Copeland a Angold (2011) se ve svém výzkumu zaměřili na převládající změny z hlediska psychických poruch mezi dětstvím a adolescencí (zkoumaný vzorek sestával z respondentů ve věku 10-15 let) a mezi adolescencí a dospělostí (respondenti v rozmezí 15-30 let). Výsledky prokázaly, že v období přechodu z dětství do adolescence dochází ke zvyšování se míry úzkostných poruch, a to zejména u dívek. Výjimku tvořila separační úzkostná porucha, která u obou pohlaví postupně odeznívala, a generalizovaná úzkostná porucha spolu se sociální fobií, která se u dospívajících chlapců objevovala v porovnání s dětským věkem méně. Výsledky reprezentující míru úzkostných poruch u adolescentů v porovnání s mladými dospělými vykazovaly pokračující pokles separační úzkostné poruchy, dále pokles sociální fobie, specifických fobií i generalizované úzkostné poruchy. Projevil se pouze nárůst panických poruch a agorafobie.

Studie zabývající se prevalencí úzkostných poruch v dětském a adolescentním věku v posledních letech poskytnuly hned několik zajímavých zjištění. Mezi ně patří fakt, že různé typy úzkostí mají různé koreláty, prognostiky a směry v průběhu dětství a dospívání, dále skutečnost, že možnosti vyšetření a vyhodnocení diagnózy se neustále zlepšují (u malých dětí je vždy náročné diagnostikovat úzkostnou poruchu, protože zpravidla nemají rozvinuté kognitivní schopnosti, aby dokázali sdělit své obavy, strach či paniku) a také byl zaznamenán jistý pokrok v našem chápání vzájemného překrývání se deprese a úzkosti. Obě tyto nemoci totiž prokázaly, že vývojově jedna druhou předurčují (Silverman, 2011).

2.3.1 Příčiny úzkostí v dospívání

Z hlediska etiologie úzkostných poruch je nutné pohlížet na množství možných faktorů. Mezi ně se řadí faktory exogenní, které zahrnují veškeré životní události, chování rodičů, sociální nestabilitu v rodině apod., faktory genetické, temperament jedince a tendence k vyhýbavosti coby povahový rys (Ptáček et al., 2014; Rapee, Schiering, & Hudson, 2009). Dále se mezi spouštěče úzkosti v období dospívání velmi často řadí fyzické změny jedince a pocity s nimi spojené, sociální přijetí a konflikty ohledně nezávislosti (Pruitt, 2009).

Rapee et al. (2009) tvrdí, že přestože jsou dosud naše znalosti ohledně faktorů vedoucích k rozvoji úzkostných poruch u dětí značně omezené, lze již vytyčit pár z nich, které jsou všeobecně potvrzované. Zdá se, že vyhýbavý styl temperamentu ve

vztahu ke zvládnání pro jedince psychicky náročných situací představuje jeden z klíčových rysů pro rozvoj úzkosti. Významný vliv na utváření zmíněného temperamentu může mít vztah mezi dítětem a rodičem, kdy především nadměrně protektivní rodič představuje hrozbu pro rozvoj úzkostné poruchy u svého dítěte. V případě, že dítě není vystavováno situacím, které musí samo řešit a zvládat, rozvíjí se u něj vyhybavé, inhibované chování. Ve výsledku tak může rodič docílit toho, že dítě ochrání před určitou nepříjemnou situací, ale současně ho nechává zranitelným vůči pozdějšímu rozvoji úzkostné poruchy.

Hosák et al. ve své publikaci (2015) uvádí, že osobnost jedince je utvářena opakovanými střetnutími s náročnými životními situacemi, jakými jsou stres, frustrace či konflikty. V průběhu vývoje a socializace si člověk vytváří vlastní, zejména nevědomé techniky, jak se se zmíněnými náročnými situacemi vyrovnat. Jedná se např. o obranné mechanismy, mezi něž patří popření, regrese, racionalizace, kompenzace apod. V případě, že je jedinec vystaven chybnému sociálnímu učení v rámci vlastní rodiny, dochází současně k osvojení si nesprávných technik vyrovnávání se s náročnými životními situacemi a rozvoji maladaptivních strategií, což může dále vést k rozvoji úzkostné poruchy. V jiném případě se může úzkostná porucha rozvinout v důsledku působení nadměrné nebo opakované zátěže, psychotraumat a silně či dlouhodobě působících konfliktů a frustrací.

2.3.2 Symptomy úzkosti v dospívání

Stejně jako u dalších psychických nemocí, i symptomy úzkostných poruch se u každého individuálně liší. Všeobecně se však u adolescentů projevují ve formě excesivních strachů a obav, tendence nadměrné ostražitosti, pocitů neklidu a nesoustředěnosti. Jedinci adolescentního věku, trpící úzkostnou poruchou, často uvádí, že i v situacích, kdy jim aktuálně nehrozí žádné nebezpečí, často pociťují neklid, extrémní stres a neustávající nervozitu. Prožitky úzkosti v excesivní míře zpravidla provází množství fyzických symptomů. Mezi ty patří bolesti hlavy, žaludku, napětí ve svalech, křeče, bolesti končetin či zad, nevolnost apod. Mezi další typické fyziologické symptomy patří zrudnutí, opary, zvýšené pocení, třes či zrychlené dýchání (Pruitt, 2009).

Ve své publikaci Hosák et al. uvádí, že *typickým příznakem úzkostné poruchy je iracionální a nadměrná úzkost s tělesnými příznaky a postižení každodenního fungování*

jako důsledek úzkosti. Kromě úzkosti samotné patří do spektra úzkostných příznaků panická ataka, fobie, obsese, kompulze, disociace, somatizace, depersonalizace a derealizace ... Příznaky doprovází anticipační úzkost, vyhýbavé³ a zabezpečovací chování⁴ (Hosák et al., 2015, s. 248).

Úzkostní adolescenti zpravidla působí ve společnosti stísněně, neklidně a závisle na druhých. Současně se mohou projevovat jako přehnaně odměřená a zdrženlivá nebo naopak přehnaně emotivní. Dalším typickým projevem je přílišná ustaranost jedince nad ztrátou kontroly nebo nerealistické obavy ohledně vlastní sociální příslušnosti. Není výjimkou, že v návalu prožívané úzkosti může jedinec působit extrémně stydlivě. Dalším výrazným projevem je adolescentovo vyhýbavé chování ve vztahu k jeho obvyklým aktivitám, odmítání nových zážitků, pokusy zlehčovat nebo zcela popírat své obavy a strach. Současně se jedinec může začít chovat riskantně, experimentovat s drogami nebo jednat velmi impulzivně z hlediska sexuálního chování (Pruitt, 2009).

2.3.3 Léčba úzkostných poruch v dospívání

Ke zvládnutí úzkostných poruch u adolescentů je obvykle zapotřebí vytvořit kombinaci léčebných intervencí, což znamená, že léčba musí být komplexní a musí zahrnovat psychoterapeutickou, farmakoterapeutickou i socioterapeutickou složku. Důležitou roli v tomto kroku hraje sestavení plánu, který je zcela přizpůsoben konkrétnímu dospívajícímu a jeho rodině, která je poučena o konkrétní úzkosti dítěte. Léčebný plán se dále sestává z konzultace s pediatrem, školním psychologem a vyučujícím (Malá, 2011).

Nejčastěji se léčba úzkostných poruch soustředí na redukování úzkostných příznaků, prevenci komplikací spojených s poruchou, uvolnění stresu a minimalizování efektu na adolescentům školní, sociální a developmentální vývoj. V prvotní fázi léčby se evaluují symptomy, adolescentův rodinný a sociální kontext a do jaké míry ho porucha zasahuje či poškozuje. Do léčebného procesu by měli být začleněni rovněž rodiče, výjimkou není ani konzultace se školním zařízením ohledně školních záznamů a

³ Vyhýbavé chování jedinci poskytuje pouze dočasnou úlevu, z dlouhodobého hlediska vede ke zhoršení úzkosti, snížení kvality života a k závažným sociálním dopadům.

⁴ Jednání, kterým se jedinec snaží před nepříjemnými zážitky zajistit skrz pocity bezpečí; např. užitím alkoholu či anxiolytik nebo požádáním někoho jiného, aby se s danou situací vypořádal.

chování, což může vyšetřujícímu pomoci identifikovat, jak porucha ovlivňuje výkon a fungování jedince ve školním prostředí. Dalším aspektem, který klinický psycholog musí zvážit, jsou fyzická onemocnění či poruchy (např. diabetes, astma). Ty mohou totiž rovněž zapříčínovat vznik úzkostných symptomů. Pokud se u jedince objeví sebevražedné nebo sebepoškozující chování, užívá drogy a alkohol nebo je silně depresivní, měl by tyto problémy vyšetřující pojmenovat a řešit okamžitě (Pruitt, 2009).

Současná empirická data, potvrzující pozitivní účinky léčby a prevence úzkostných poruch u dětí a adolescentů, zmiňují zejména kategorii rozvoje dovedností, kognitivně-behaviorální terapii (KBT), farmakologii (Grills-Taquechel et al. 2012; Rapee et al. 2009) a dynamickou psychoterapii (Malá, 2011). Na nejužívanější z nich se zblízka zaměřuji v následujících dvou podkapitolách.

2.3.3.1 Léčba založená na rozvoji dovedností

Jedná se o komplexní druh léčby, jejímž hlavním cílem je umožnit dítěti, aby identifikovalo fyzické, kognitivní a behaviorální složky vlastní úzkosti, a aby dokázalo využít naučené dovednosti v situacích, které v něm vyvolávají úzkost. Cílem je tedy dovést dítě k tomu, aby takovými situacím spíše čelilo, než se jim vyhýbalo. Rapee et al. (2009) zmiňuje, že tato léčba zpravidla zahrnuje psychoedukaci, rozpoznání afektu, kognitivní restrukturuaci, relaxaci a postupné vystavování se podnětu či situaci. Někdy může být do celkového rámce léčby začleněn i nácvik asertivity, sociálních dovedností a řešení problémů. Princip této léčby a jejího rozdělení na množství dílčích komponent spočívá v přímém posměnění některých klíčových procesů, o kterých se předpokládá, že jsou důvodem přetrvávající úzkosti u daného jedince.

2.3.3.2 Psychoterapie

Techniky KBT prokázaly svou efektivitu při léčbě úzkostných poruch u adolescentů, protože pomáhají jedinci prošetřit vlastní úzkost, očekávat situace, ve kterých může předpokládat přítomnost této emoce a chápat její důsledky, což mu či jí umožňuje rozpoznat přehnanost vlastních strachů. Na základě toho si mladistvý dokáže vytvořit správný přístup k řešení svého problému. KBT obvykle bývá velmi specificky zaměřená na konkrétní problém, tudíž s větší pravděpodobností vede k aktivní participaci jedince, což o to více podporuje jeho porozumění úzkosti (Pruitt, 2009).

Podle Rapeeho et al. (2009) existují programy, které zahrnují i přítomnost rodiče dítěte. Ten se obvykle učí, jak dítě pozitivně podporovat a jak povzbuzovat jeho nezávislost.

2.3.3.3 Farmakoterapie

V případě, že úzkostné symptomy přetrvávají a vedou k trvalému zhoršení výsledků ve škole, rizikovému chování a ztrátě komunikace s okolím, je indikována farmakologická intervence (Malá, 2011). Braní léků by však mělo být vždy v kombinaci k psychoterapii (Pruitt, 2009).

3 Specifické aspekty studia na konzervatořích

Studium na konzervatoři, nehledě na bližší zaměření, s sebou nese jistá rizika, se kterými by potenciální zájemci měli počítat a na která by se měli připravit. Jelikož studium taneční konzervatoře zahrnuje v jistých ohledech jiná rizika, než studium konzervatoře hudební, bude následující text často rozdělen právě podle zaměření studentů.

Všeobecně platí, že studenti jsou zranitelná skupina, na kterou je vyvíjen konstantně čím dál větší tlak. Jedním z důvodů je vysoká kompetice mezi adolescenty o přijetí na kvalitní školu. Ta v porovnání s dřívějšími roky neustále narůstá v důsledku vzrůstajícího počtu studentů pokračujících na univerzity. Dalším faktorem je skutečnost, že mladí lidé musí neustále činit rozhodnutí ohledně užívání drog, alkoholu či ilegálně předepsaných medikací, stejně tak jako ohledně svých sexuálních aktivit. Jedná se o období, kdy se buduje charakter jedince, což jinými slovy znamená, že jeho způsob prožívání a zpracování zkušeností podmiňuje způsob, jak se bude vztahovat k druhým lidem, jakou si vybuduje flexibilitu a sociální houževnatost (Sternbach, 2008). Mladí hudebníci a tanečníci jsou vystavováni zmíněným stresorům stejně tak, jako kteříkoli jiní adolescenti. Současně se ale setkávají se stresory spojenými s jejich studijním zaměřením, které přirozeně přináší větší míru stresu do jejich životů. Těmto, pro konzervatoristy specifickým stresorům a aspektům studia, se budu věnovat v následujících kapitolách.

3.1 Fyzický výkon

3.1.1 Zranění a poruchy

Studium hudby i tance představuje významnou fyzickou zátěž. Studenti konzervatoří běžně tráví množství hodin cvičením, zkoušením a vystupováním, což s sebou nese vysokou rizikovost zranění či rozvinutí poruch. Spahn, Strukely a Lehman ve své studii (2004) porovnávali rozdíly mezi studenty hudby, psychologie, medicíny a sportu. Ukázalo se, že studenti hudby a psychologie vykazovali významně větší množství fyzických symptomů, než studenti zbylých oborů. Mezi hlavní symptomy, které respondenti uváděli, patřilo vyčerpání a psychosomatické symptomy. Hansen a

Reeds (2006) zaměřili svou pozornost na běžná muskuloskeletální zranění umělců. Za rizikovou skupinu považují zejména instrumentální hudebníky, u kterých k těmto zraněním nejčastěji dochází vlivem excesivních zkoušek a trénování, nedostatku odpočinku, neergonomických technik a špatného postoje těla. Další studie odhalila, že studenti hudby v porovnání se studenty zdravotních oborů přistupují ke svému zdraví méně zodpovědně, vykonávají méně fyzické aktivity, hodnotí své zdraví hůře a uvádí větší množství symptomů (Ginsborg, Kreutz, Thomas & Williamon, 2009). V souvislosti se zdravotními problémy, kterým čelí hudebníci, se často zmiňuje syndrom z přetížení (tzv. *overuse syndrome*) (Hansen et al., 2006; Bird, 2013), fokální motorická dystonie⁵ (Slawek, 2004; Aránguiz, Chana-Cuevas, Albuquerque, & Leon, 2011), osteoartritida (Hoppman & Patrone, 1998; Hoppmann, 2001) a hypermobilita šlach (Hansen et al., 2006).

Tanečníci jsou rovněž významně zatíženi muskuloskeletálními onemocněními, a to zejména baleríny, pro které je typický tanec na palcích. Nepřirozenost této pozice způsobuje obrovský nápor na šlachy a výrazně tak zvyšuje riziko zranění, nejčastěji se jedná o zranění dolních končetin (Baker, 2010), zejména kotníků, třísel a kolen, a páteře (Hansen et al., 2006). Kelmanová (2000) zmiňuje všeobecný strach tanečnicků ze zranění, která mohou vést k jejich trvalému zneschopnění a ukončení kariéry. V důsledku fyzické náročnosti a zranění většina balerín ukončuje svou kariéru již ve věku 30 let (Hansen et al., 2006). Mezi další typické faktory, které přispívají k muskuloskeletálním zraněním u balerín, patří jejich vysoká hypermobilita a opakované pohyby. Rovněž se u nich běžně vyskytuje opožděná první menstruace a sekundárně i amenorea⁶ (Hansen et al., 2006), které podle studie Warrenové, Gunna, Hamiltonové, Warrena a Hamiltona (1986) významně souvisí se zraněními balerín, protože zvyšují prevalenci skoliózy a fraktur.

Některé studie dále poukazují na vztah mezi fyzickým stavem hudebníků či tanečnicků, úzkostí a depresí. Lench, Levine a Roe (2010) porovnávali zdraví 109 studentů tance na začátku a konci akademického roku a dávali ho do souvislosti s mírou naměřené úzkosti. Zjistili, že vyšší úroveň úzkosti u studentů predikovala zhoršení

⁵ Křeče způsobené nadměrným namáháním nebo polohou při hře, které se objevují na ruce, předloktí, svalech jazyka, rtech a oblasti čelistí. Nejčastěji jimi trpí kytaristé a klavíristé.

⁶ nepřítomnost menstruace

zdraví v průběhu akademického roku a že čím více projevovali studenti vyhýbavé chování (ve smyslu snahy vyhnout se podání horšího výkonu v porovnání s ostatními), o to více se zhoršilo jejich fyzické zdraví. Smith, Ptacek a Patterson (2000) po dobu osmi měsíců sledovali a zkoumali zranění, úzkost a stresující události v životech profesionálních baletek. Na základě těchto pozorování označili kognitivní i somatickou úzkost z podání výkonu za faktor významně zvyšující náchylnost ke zranění. Rovněž u hudebníků se potvrdil vztah mezi prožívanou fyzickou bolestí (plynoucí ze zranění souvisejících s hraním) a depresí (Kenny & Ackermann, 2015, Wristen, Fountain, 2013) i úzkostí (Wristen et al., 2013).

McEwenová a Young (2011) označují svět baletu za rizikovou kulturu, která považuje bolest a zranění za normální. Podle norem této kultury jsou tanečníci vedeni k jejich potlačování a zlehčování. Prokázalo se, že takové chápání bolesti a zranění má negativní emoční důsledky, jakými jsou např. pocity studu, viny a úzkosti. Noh, Morris a Andersen (2005) zjistili, že nízké sebevědomí a obavy významně predikují frekvenci zranění, významným predikátorem trvání zranění jsou obavy a negativní stres spojený s tancem.

Sportování je často dáváno do souvislosti s vyšší prevalencí poruch příjmu potravy, a to zejména u baletek (Abraham, 1996; Hamilton, Brooks-Gunn, & Warren, 1985; Neumärker, Bettel, Neumärker, & Bettel, 2000) včetně těch, které se baletu věnují na neprofesionální úrovni (Ravaldi et al., 2003). Existují jisté osobnostní charakteristiky, které pravděpodobně souvisí s poruchami příjmu potravy a sportem. Mezi ně patří např. kompetice, perfekcionismus, kompulzivní obavy o vzhled těla či obavy ohledně výkonu (Smolak, Murnen, & Ruble, 2000). Bettel, Bettel, Neumärker a Neumärker (2001) zmiňují, že zejména u dívek s nízkým sebevědomím hrozí větší riziko rozvinutí některé z poruch příjmu potravy v období adolescence. Ačkoli jsou poruchy příjmu potravy nejvíce diagnostikovány ženám, zdá se, že v posledních letech jejich prevalence stoupá i mezi muži (Nelson, Hughes, Katz, & Searight, 1999).

Poruchy příjmu potravy se u tanečnic významně pojí s vyšší depresivitou, impulzivitou, špatnou přizpůsobivostí, izolovaností a pocity odcizení se od oboru. Jedinci zatížení poruchou příjmu potravy vidí sebe sami jako zklamání, vnímají svůj fyzický vzhled jako něco nepřijatelného a snáze se zraní, vlivem nedostatku adekvátních živin (Barrell & Terry, 2003). Ackardová, Hendersonová a Wonderlichová (2004) uvádí, že tanec může mít vliv na rozvoj poruch příjmu potravy v dospělosti, zejména

v případě, že jedinec začíná s tancem již v dětství. Současně se u mladých tanečníků v porovnání se studenty jiného zaměření objevuje do vyšší míry úsilí hubnout (Neumärker et al., 2000; Ackard et al., 2004) a horší schopnost ovládat impulzivitu (Ackard et al., 2004). Tanečníci častěji projevují v této souvislosti sklony k perfekcionismu (Neumärker, 2000) a jejich představa o ideální váze dosahuje nižších hodnot body mass indexu, než u netanečníků (Ackard et al., 2004). Tanečníci mají rovněž tendence hodnotit svůj vzhled zkresleně a zpravidla považují svou aktuální váhu za neodpovídající váze ideální (Pierce & Daleng, 1998). Takto zkreslené vnímání vlastního těla se ukazuje být přítomné u dívek a žen nezávisle na studovaném oboru (Gray, 1977; Mable, Balance, & Galgan, 1986; Hallinan, Pierce, Evans, DeGrenier, & Andres, 1991).

3.1.2 Časová náročnost

Další ze stresorů, kterým čelí studenti konzervatoří nezávisle na svém oboru, je snaha udržet rovnováhu mezi osobním životem a školními aktivitami. Studenti konzervatoří mají stejné množství školních hodin a totožné sociální stresory jako studenti jiných oborů, ale rovněž mají své hudební či taneční aktivity. Stráví většinu svého času cvičením, lekcemi, cestováním kvůli lekcím a vystupování ad. Přirozeně tudíž nezbyvá v jejich životech příliš prostoru na zábavu či relaxaci. Pro některé jedince tento problém přichází již ve velmi útlém věku a musí se s ním potýkat v průběhu střední i vysoké školy (Sternbach, 2008).

V návaznosti na fyzická zranění je nutné zmínit zranění plynoucí z nadměrného trénování. Ta se běžně objevují u mladistvých sportovců a to zejména u těch, jejichž tréninkové a soutěžní plány probíhají téměř nepřetržitě celý rok. Právě u dětí a dospívajících představuje nadměrné množství fyzické zátěže výrazné riziko, jelikož se stále nachází ve vývoji. Růst může přispívat k vytvoření podmínek pro rozvinutí zranění v důsledku nadměrné zátěže (DiFiori, 2010). Není výjimkou, že s časově náročnými tréninky a soutěžením mladí sportovci začínají už kolem 8 let (v závislosti na druhu sportu, u baletu zpravidla dříve). Takto brzký začátek potenciálně profesionální kariéry je považován za rozhodující, protože umožňuje rozpoznání talentu a jeho rozvíjení. Na jedince jsou tak kladeny již od dětství vysoké požadavky. Je nutné, aby dosáhl jistých fyziologických a psychologických charakteristik, kterými by měli mladí sportovci

disponovat, a aby rozvinul taktické a technické schopnosti (Capranica & Millard-Stafford, 2011).

Sternbach (2008) dále rovněž zmiňuje, že časová náročnost studia může bránit mladým hudebníkům v tom, aby se zapojovali i do sportovních a dalších fyzických aktivit. V důsledku toho pro ně fyzický nápor spojený se cvičením může představovat ještě větší riziko. Stejně tak studium tance představuje časově náročnou aktivitu, u které není výjimkou, že si na ni někteří tanečníci vytvoří závislost. Ta pak představuje množství psychosociálních problémů (Pierce, Daleng, & McGowan, 1993).

3.2 Psychický tlak okolí

Vliv rodičů, učitelů i vrstevníků hraje významnou roli z hlediska rozvoje osobnosti dítěte či mladistvého. Přístup okolí může významně formovat jeho motivaci, očekávání, schopnost zvládat stres a kompetici. Nicholls (1989) uvádí, že prostředí zaměřené na úspěch hraje klíčovou roli v procesu utváření orientace dítěte směrem na dosahování cílů. Carr a Wyon se ve své studii (2003) zaměřili na studenty tance a vliv na výkon zaměřeného prostředí, ve kterém se zpravidla pohybují. Zjistili, že existuje významná spojitost mezi na výkon zaměřeným prostředím a rozvojem potenciálních maladaptivních dispozic jako je neurotický perfekcionismus, orientace na ego a kognitivní úzkost jako povahový rys.

Motivace ze strany okolí může však přinášet i pozitivní výsledky. Prokázalo se, že děti studující na hudebních školách častěji u oboru zůstanou v případě, že jim jejich rodiče již od útlého věku poskytovali velkou podporu, chodili s nimi na lekce a trénovali s nimi doma (Davidson, Sloboda, & Howe, 1995). Rodiče i učitelé hrají významnou roli při vytváření prvotní motivace dítěte k zájmu o hudbu a rovněž při postupném zvyšování vnitřní motivace, která se stává s časem vnitřně upevněnou (Davidson et al., 1995, Sichivitsa, 2007). Carr et al. (2003) dále uvádí, že stejně tak studenti tance, kteří se zaměřovali spíše na zvládnutí úkolu, než dosažení určitého cíle v podání výkonu, více vnímali zaměřenost prostředí školy na osvojení si a zvládnutí tanečních schopností a s větší pravděpodobností se u nich rozvíjela dispoziční tendence definovat úspěch v termínech jako je snaha, ovládnutí určitých schopností nebo zlepšení se.

3.2.1 Vysoké nároky autorit

Ať už se jedná o sport nebo hudbu, rodina, vrstevníci, trenéři či učitelé představují velmi vlivnou složku, která podněcuje mladé dívky a chlapce, aby se účastnili určitých aktivit. Soutěže, vystupování a trénování vyžadují množství investovaného času i financí ze strany rodičů, zejména pokud se dítě věnuje dané aktivitě od útlého věku, kdy je nutností, aby ho rodič doprovázel na soutěže.

Weiss a Hayashi (1995) se ve své studii zabývali faktory, které rodiče motivovali k tomu, aby investovali takové množství času a snahy do elitního rozvoje svého dítěte, a očekáváními, která měli od takto kompetitivního tréninku. Důležitou roli hraje rovněž vliv rodičů na způsob socializace dítěte ve vztahu ke sportu. Autoři ve svém výzkumu prezentují teorii sportovní socializace a rozlišují mezi jejími dvěma druhy. První označují za socializování se do sportu. Tento pojem představuje soubor faktorů, v důsledku jejichž působení se dítě začne zajímat o sportovní nebo fyzickou aktivitu. Druhá se nazývá socializace skrze sport, která se posuzuje na základě pozitivních či negativních výsledků plynoucích z účasti na aktivitě. Množství elitních sportovců rodiče v období jejich dětství a dospívání silně povzbuzovali v účasti na daném sportu (Weiss et al., 1995). Prokázal se přímý i nepřímý vliv rodičů na způsob vnímání vlastních schopností a motivace dítěte (Weiss et al., 1995; Frome & Eccles, 1998).

Rodiče představují pro děti zdroj informací, a tudíž jsou mladí studenti významně ovlivněni jejich chováním a očekáváními. Nadměrná mateřská péče a zasahování do života dítěte může mít významně negativní vliv na schopnost učení a na fyzický, zdravotní i psychický stav studentů tance. Negativní výsledky byly prokázány i v případě, že mladí tanečníci byli svými matkami zanedbáváni (Jo & Jeon, 2016). Další studie (Krasnow, Mainwaring, & Kerr, 1999) prokázala, že vysoká očekávání rodičů významně korelují s množstvím zranění, které mladí tanečníci utrpí, i s celkovou mírou prožívaného stresu. Vliv učitelů a trenéru se vztahuje zejména na studentův způsob pojetí sebe sama, u tanečníků na vztah k vlastnímu tělu a na konkrétní návyky a chování ohledně jídla (zhubnutí na požadovanou ideální váhu, vyjadřování negativních kritik na postavu ad.). Na základě takového chování se významně zvyšuje riziko pro rozvoj poruch příjmu potravy a sníženého sebevědomí (Francisco, Alarcão, & Narciso, 2012).

Není výjimkou, že se mladiství cítí pod tlakem ostatních, ať už rodičů, trenérů či vrstevníků, což u nich přirozeně zvyšuje míru prožívaného stresu. Zdrojem takového tlaku okolí je kompetice s druhými a z ní pramenící potřeba podávat lepší výkon než druzí. Robson se ve svém výzkumu (2004) zaměřoval na studenty hudebních a tanečních konzervatoří a zjišťoval, do jaké míry lze kompetici považovat za zdravou nebo naopak za riziko pro vývoj jedince. Na základě výsledků zhodnotil, že rodiče a učitelé (potažmo trenéři) by měli během tréninků a zkoušek zajistit, aby si studenti vytvořili přiměřená očekávání kladená sama na sebe. Tím by zmíněné autority mohli zamezit negativnímu vlivu kompetice na jejich výkon při vystupování. Na problematiku kompetice se ovšem blíže zaměřím až v další části své práce. Vliv autorit však nemizí ani s přechodem do profesionálního života. Hamiltonová a Kella ve své studii (1992) porovnávali 48 profesionálních tanečnicků a hudebníků. Zjistili, že respondenti zaměřeni na tanec zažívají vyšší míru stresu z povolání v důsledku požadavků ze strany jejich supervizorů, které se často dostávají do konfliktů, a víceznačných, nejasných hodnocení.

3.2.2 Kompetice

Wristenová (2013) konstatuje, že hudební odvětví představuje vysoce kompetitivní prostředí, v němž v porovnání s vysokým množstvím zájemců existuje mnohonásobně méně volných pozic. Kompetice takové formy provází hudebníky už od okamžiku, kdy se uchází o místo v předškolních programech elitních škol, na univerzitách nebo konzervatořích, až po snahu získat profesionální pozici. Totéž ovšem platí i pro tanečnický obor, kdy zejména balet je vysoce kompetitivní obor, který klade na tanečnický mnohdy až neúnosný tlak (Bettle et al., 2001).

Jak už jsem zmínila, kompetice může často představovat zdroj stresu. Rovněž může u některých jedinců vyvolávat úzkost. Ta se objevuje zejména v souvislosti s trémou a úzkostí z veřejného vystupování (tzv. *performance anxiety*), které blíže rozebírám v jedné z následujících kapitol. Robson (2004) uvádí, že úzkost a stres hrají významný vliv při kompetici, protože mohou značně snižovat kvalitu podaného výkonu. To může vést k mentální frustraci jedince, chabě podanému výkonu a může vyústit v rezignaci jedince na další trénování a vystupování. V jiném případě může kompetice ovlivnit sebevědomí jedince a vzbuzovat v něm snahu neustále překonávat ty, kteří podávají lepší výkon. To často znamená, že ještě než soutěž vůbec začne, dostane se jedinec do bodu naprostého vyčerpání, vystresovanosti nebo se zraní.

Další riziko představuje kompetice o profesionální pozice a prosazení se v oboru. Dobson (2011) se ve svém výzkumu zaměřil na stresory, kterým hudebníci čelí v práci a dennodenním životě. Pro tyto účely udělal interview s 18 mladými hudebníky. Ti vyjadřovali největší obavy o vlastní finanční zabezpečení a ohledně nedostatku práce v oboru. Současně také poukazovali na důležitou roli reputace, kterou si jedinec vytvoří mezi ostatními hudebníky, přičemž bylo zjištěno, že profesionální socializace představuje klíčový aspekt k získání lepších pracovních vyhlídek. V tomto ohledu často figuruje konzumace alkoholu, jejíž nárůst se objevoval u hudebníků v důsledku znučenosti nebo prožívaného tlaku.

Na druhé straně může kompetice rovněž přispívat k rozvoji pozitivních atributů, které následně vedou dospívající k vhodnému osobnostnímu rozvoji a úspěchu. Jelikož se jedná o sociální proces, je k němu vždy zapotřebí i vlivu druhých. V případě, že jsou dospívající vedeni svými rodiči, trenéry či učiteli ke zdravé kompetici, mohou se učit sebedisciplíně a obětování se, které v nich podporují snahu dosáhnout vysokých cílů a vlastních nejlepších výsledků. Učí se rovněž jak praktikovat kompetici bez potřeby porovnávat vlastní schopnosti se schopnostmi druhých (Robson, 2004).

3.3 Osobnost studenta

Jak už jsem zmínila v předchozích kapitolách, existují jisté osobnostní rysy, které jedince činí zranitelnějším vůči depresi, úzkosti a stresu. Přirozeně tedy osobnost studenta hraje významnou roli z hlediska náchylnosti vůči psychické náročnosti studia a jejího zvládnání.

Hudebníci jsou všeobecně vystavováni stresu ve velké míře, ať už se jedná o dospělé profesionály nebo studenty. Pro mladé hudebníky mohou být však mnohé aspekty aktivit spojených s hudbou více stresující, protože cvičení často vnímají jako emocionálně i mentálně náročnější. K tomu, aby získali komplexní schopnosti profesionálních hudebníků, je zapotřebí, aby vynaložili roky tvrdé dřiny, trpělivosti a schopnosti snášet kritiku, které jsou v průběhu lekcí a zkoušek vystavováni. Dále stojí za zmínku fakt, že studenti, na rozdíl od profesionálů, zpravidla ještě nemají plně rozvinutou nebo osvojenou důvěru ve vlastní schopnosti, na které se mohou spolehnout (Sternbach, 2008).

Wristenová (2011) uvádí, že v současné době existuje množství studií, které předkládají návrh, že emoční problémy u studentů hudby se mohou rozvinout v důsledku velké míry internalizace a identifikace jedince se studovanou disciplínou. Spahn et al. (2004) zjistili, že v porovnání se studenty jiných zaměření byli studenti hudby nejméně schopni oddělit sebe sama od studovaného oboru. Možným vysvětlením je jejich vysoká ambicióznost, silný závazek k oboru a identifikace s disciplínou již od samého začátku univerzitního studia. Vzhledem k množství hodin, které mladí konzervatoristé věnují zlepšování svých dovedností, u nich také často dochází k sociální izolaci. Ta se ovšem nepojí pouze se cvičením, ale také s nadměrnou kritikou ze strany rodičů nebo učitelů, jež se často transformuje do formy přehnané sebekritiky. Ta může dále působit jako predispoziční faktor pro rozvoj úzkosti z vystupování na veřejnosti nebo perfekcionismu (Sternbach, 2008). Rovněž Bakker (1988) zjistil, že mezi mladými studenty baletu a studenty jiných zaměření (kteří se neúčastní žádné aktivity v nadprůměrném měřítku) existují z hlediska sebepojetí a povahových rysů značné rozdíly. Studenti baletu v této studii projevovali významně nižší sebevědomí, nižší spokojenost s konceptem vlastního těla a větší introverzi, než studenti jiných zaměření.

3.3.1 Úzkost z veřejného vystupování

Další z aspektů majících výrazný vliv na psychiku mladých konzervatoristů je úzkost z vystupování na veřejnosti (tzv. *performance anxiety*). Jedná se o typ úzkosti, který postihuje množství lidí různého zaměření (Kenny, 2011) a v rámci DSM-5 pod sociální fobii. Přestože *performance anxiety* může výraznou měrou ovlivňovat výkon jedince a škodit mu, je jí v manuálu prozatím věnován pouze krátký odstavec. Podle něj jsou jedinci s typem sociální úzkostné poruchy omezující se pouze na veřejné vystupování typicky omezeni strachem ve svém pracovním životě nebo ve funkcích, které vyžadují pravidelné mluvení na veřejnosti. Strach z vystupování se může projevovat také v pracovním, školním nebo akademickém prostředí, kde je vyžadováno pravidelné mluvení před lidmi. Jedinci s typem sociální úzkostné poruchy omezeným na vystupování na veřejnosti se nebojí nebo se nevyhýbají sociálním situacím, při nichž nevystupují (APA, 2013, s. 203).

Wilmerdingová a Krasnowová (2016, s. 79) dále tuto úzkost definují jako vnímanou nerovnováhu mezi požadavky kladenými na jedince a schopností jedince tyto požadavky naplnit. Důležitou roli tudíž hraje přítomnost druhých lidí, která může

zapříčinit, že jedinec během chvíle přehodnotí své schopnosti a začne sám sebe zpochybňovat. Jedná se o formu úzkosti, která se váže na aktuální situaci, její trvání je tedy jen dočasné. Hlavní příčinou této úzkosti je pocit ztráty kontroly (Huberty, 2009; Walker & Nordin-Bates, 2010; Wilmerding & Krasnow, 2016), které se dále mohou projevit kognitivními i somatickými symptomy (viz. [kap. 2.1](#), obr. 2).

Bylo zjištěno, že množství jedinců, u nichž se objevila úzkost z vystupování na veřejnosti, také projevovalo úzkostlivost jako osobnostní rys (Kenny, Davis & Oates, 2004; Ryan, 2005). Důvodem zvýšené úzkostlivosti může být podle Kennyho et al. (2004) prostředí, v němž je jedinec neustále hodnocen. Další studie odhalily významnou souvislost mezi úzkostí z vystupování na veřejnosti a pohlavím (Iusca & Dafinoiu, 2012; Osborne & Kenny, 2008; Rae & McCambridge 2004; Ryan, 2005; Sinden, 1999). Jsou známy čtyři osobnostní charakteristiky, které se dávají do souvislosti s úzkostí z vystupování na veřejnosti a pravděpodobně přispívají k její presenci. Mezi ně se řadí perfekcionismus, způsob zvládání zátěže, sebevědomí a osobní zdatnost (*self-efficacy*) (Sinden, 1999). Studie zaměřená na prožitky tohoto typu úzkosti u elitních tanečníků baletu (Walker et al., 2010) odhalila, že kognitivní symptomy úzkosti výrazně dominovaly symptomům somatickým. Tanečníci jednoznačně interpretovali kognitivní symptomy negativně, jako narušující jejich vystoupení. Naopak somatické symptomy podle jejich názoru mohou v určité míře využít ve prospěch vystoupení.

3.3.2 Perfekcionismus

Hartl et al. perfekcionismus definuje jako „*sklon podávat bezchybný, dokonalý výkon, posuzovat se nadměrně přísně*“ (2000, s. 405). Představuje osobnostní rys, který zpravidla vede k přehnané sebekritice, z čehož pramení neustálá úzkost z kritiky od ostatních.

Jak uvádí Carr a Wyon (2003), existují dvě formy perfekcionismu. První je normální perfekcionismus, pro nějž jsou charakteristické vysoké osobní standardy jedince, které ho ovšem nelimitují v prožitcích spokojenosti s vlastním výkonem. Jinými slovy, jedinci zůstává jistá flexibilita při hodnocení vlastního výkonu. Wristenová rovněž zmiňuje (2011) pozitivní stránku sklonů k normálnímu perfekcionismu a uvádí, že pokud jedinec svou touhu po dokonalosti udržuje v rovnováze, může mu posloužit jako motivace k dosažení nejlepších individuálních výsledků při vystupování.

Druhou formu představuje neurotický perfekcionismus, který lze charakterizovat nadměrně vysokými osobními požadavky kladenými na podání standardního výkonu. Neurotický perfekcionista typicky chápe chyby jako hrozbu pro své sebevědomí, ne jako cenné aspekty učebního procesu, drobné nedostatky vnímá jako selhání, která má tendenci přehánět, díky čemuž ve vlastních očích ztrácí hodnotu. Mnohé studie prokázaly spojitost mezi perfekcionismem, úzkostí jako povahovým rysem i jako aktuálním stavem, závislostí na cvičení a syndromem vyhoření (Carr et al., 2003).

Dews a Williams (1989) zmiňují náročnost požadavků, které klade hudební svět na ty, jenž v něm chtějí uspět. Od hudebníků se očekává zejména vysoká úroveň dokonalého vystupování, což současně vyžaduje vysokou úroveň neustálé disciplíny a vystavování se kritice jak od sebe, tak druhých. Autoři uvádí, že tato zaujatost dokonalostí může mít na psychiku studentů hudby značně rušivý vliv. Perfekcionismus je považován za jeden z hlavních zdrojů psychologických potíží, který rovněž přispívá k nárůstu maladaptivních prvků v chování (Wristen, 2011).

Carr et al. ve své studii (2003) zjistili, že studenti vychovávaní v prostředí, které je orientováno na výkon, spíše vykazovaly perfekcionistické dispozice; resp. prvky neurotického perfekcionismu, kde je nepřijatelné, aby si jedinec dopřál volnost dopustit se chyby. Frost a Henderson (1991) se zabývali vztahy mezi perfekcionismem atletů a jejich reakcemi na soutěže. Zaznamenali, že jedinci, kteří do větší míry zpochybňovali svůj výkon a přehnaně se obávali chyb (projevovali neurotický perfekcionismus), projevovali větší obavy z negativních reakcí svých blízkých, ze selhání a až obsesivní obavy z chyb.

U mladých tanečnic se ve spojitosti s rozvinutím neurotického perfekcionismu často zmiňuje vliv negativního vnímání vlastního těla. Mezi přítomností sociální fyzické úzkosti, prožívané, když jedinec věří, že ostatní negativně hodnotí vzhled jeho postavy, a neurotickým perfekcionismem existuje silná asociace (Kenny et al., 2004). Cummingová a Dudová (2012) zjistili, že obavy tanečnic ze vzhledu jejich postavy se lišily na základě toho, do jaké skupiny perfekcionismu spadaly. Ty, které projevovaly pouze vysoké osobní standardy, demonstrovaly vyšší psychologické přizpůsobení se podmínkám, zatímco tanečnice projevující relativně vysoké obavy ohledně chyb a vysoké pochybnosti ohledně svého výkonu, projevovaly více psychologických potíží.

3.3.3 Výkonová motivace

Míra psychické zátěže, které je dospívající vystaven, může být významně ovlivňována rovněž výkonovou motivací studenta. Helus uvádí, že „výkonová motivace (nebo též motivace k úspěchu) je definována potřebou vytyčovat si náročné cíle a vyvíjením úsilí jich také dosáhnout“ (2011, s. 133). Blatný (2010) představuje výkonovou motivaci jako vícerozměrný konstrukt, mezi jehož složky patří např. naděje na úspěch, strach z neúspěchu či strach z úspěchu. Jednotlivé složky však podle něj nelze interpretovat izolovaně, je třeba zohledňovat i sociální a kulturní kontext. Robson (2004) dále rozlišuje motivaci podle způsobu, jak jedinec orientuje své chování. V případě, že se jedinec zaměřuje na porovnávání sebe sama s druhými a touží po tom, být mezi ostatními nejlepší, jedná se o orientaci na ego. Další tendencí takového jedince zpravidla bývá rovněž orientace na vlastní výkon a na dosažení určitého cíle (Andrzejewski, Wilson, & Henry, 2013). Pokud se jedinec soustředí na zlepšování vlastních schopností, jedná se o orientaci na osvojení si dovedností či znalostí (Robson, 2004). Andrzejewski et al. (2013) uvádí, že tento druh orientace chování změřeného na zlepšování svých schopností může studentovi poskytnout větší podporu v rámci celkového kontextu motivace.

Je známo, že prostředí významně ovlivňuje, do jaké míry se jedinec orientuje na ego či na úkol. To je definováno pojmem motivační klima, které může přispívat k chování zaměřenému buď na ego anebo na úkol. Právě motivační klima hraje klíčovou roli pro vznik vnitřní motivace. Trenéři, rodiče i učitelé mohou pozměnit prostředí podle potřeb jedince a tak mu pomoci co nejlépe využít vlastní potenciál. Dospívající tak získávají motivaci, která je založená na radosti z dané činnosti. Naopak soutěžní klima může často výrazně oslabovat sebeúctu jedince a tím snižovat jeho schopnosti (Tod, Thatcher, & Rahman, 2012). Výkonová a vnitřní motivace jsou vzájemně propojené, ale ne identické. Blatný blíže vysvětluje, že „výzkum výkonové motivace zdůraznil individuální rozdíly v implicitních motivech, výzkum vnitřní motivace se zaměřil na to, jak situační vlivy posilují vnitřní či vnější zdroje motivace“ (2010, s. 146).

Quested & Duda (2011) zjistili, že existuje souvislost mezi vnitřní motivací a sebevědomím. Studenti ovšem mohou prožívat fluktuace v úrovni a stabilitě sebevědomí, nezávisle na vnitřní motivaci. Vnitřní motivace rovněž souvisí s touhou po dosažení perfektního výkonu, stanovováním vyšších cílů ale také s tlakem, který mladí

hudebníci vnímají ze strany svých učitelů (Stoeber & Eismann, 2007). Baker a Gorsuch (1982) uvádí, že lidé s vnitřní motivací jsou méně úzkostliví v porovnání s těmi, kteří mají vnější motivaci. Stejně tak akademická úzkost podle studie Gottfriedové (1985), jakožto aktuální stav, negativně koreluje s akademickou vnitřní motivací. Podle této studie vnitřní motivace pozitivně přispívá k dosažení úspěchu v rámci školy a vnímání akademické kompetence. Naproti tomu vnější motivace se pojí s negativními reakcemi na nedostatky (Stoeber et al., 2007) a podporuje tendence k perfekcionismu. Quested et al. (2011) dále zjistili, že tanečníci, jejichž chování bylo řízeno vnější motivací nebo nebylo internalizované, prožívali více sociální fyzickou úzkost.

3.3.4 Způsoby zvládání zátěže

Vzhledem k náročnosti studia konzervatoří hraje důležitou roli schopnost studenta vybudovat si jisté mechanismy a strategie zvládání stresu – tzv. *coping*. Stackeová ho definuje jako „*boj člověka s nepřiměřenou nadlimitní zátěží (nadlimitní míněno ve smyslu mimořádně dlouhou nebo mimořádně silnou) – na rozdíl od adaptace, jež se týká zvládání běžné situace, která je v rámci zvládnutelných mezí*“ (2011, s. 26). Coping tedy představuje jakékoli potýkání se se stresem, které na člověka působí ve formě nadměrně silné nebo dlouhotrvající zátěže. Zvládání stresu zahrnuje vědomé pokusy jedince zvládnout situace, které vnímá jako stresující a ohrožující jeho pocit pohody. Jedná se o dynamický a posouvající se proces, což znamená, že si jedinec postupně rozvíjí strategie zvládání různých stresových situací (Lazarus & Folkman, 1984). Sternbach (2008) uvádí, že tvrdá, odsuzující sebekritika se často může stát základním způsobem studenta, jak se vyrovnat s frustrací. Ačkoli učitelé i rodiče svým kritickým přístupem učí mladé muzikanty zodpovědnosti (ve smyslu podporování jejich disciplinovanosti), mohou je rovněž učinit zranitelnějšími a vyvolávat v nich pocity viny.

Barrell ve své studii (1999) zjistil, že studenti klasického tance, kteří reagovali na stresové situace emoční reakcí, častěji uváděli nižší úroveň sebevědomí a vyšší depresivitu, než tanečníci s na problémy zaměřenými strategiemi zvládání stresu. Schopnosti tanečníků zvládat fyzický stres mohou být omezené, pokud prožívají úzkost nebo se u nich objevují tendence vyhýbat se situacím, kdy by mohli podat horší výkon než druzí (Lench et al., 2010). Barrellová et al. (2003) se ve svém výzkumu zaměřila na vztah mezi úzkostí co by povahovým rysem a strategiemi zvládání stresu u tanečníků a

tanečnic baletu. Výsledky prokázaly, že respondenti s vysokými skóry úzkosti častěji reagovali na stresující situace emotivně. Mezi takové styly zvládnání stresu patřilo nejběžněji popření, ventilování emocí či sebeobviňování. Na druhou stranu se rovněž prokázalo, že vysoce úzkostní tanečníci využívají mnohem častěji celou škálu strategií pro zvládnání stresu oproti méně úzkostných jedincům. To nese jak nevýhody, v případě že se jedná o strategie zvládnání náročných situací skrze emoce, tak výhody, pokud spíše kladou důraz na strategie zaměřené na problém, jako je např. potlačení kompetitivního chování, snaha, plánování nebo aktivní coping.

Studenti konzervatoří často prožívají problémy spojené s jejich oborem. Ve studii zaměřené na německé studenty hudby Spahn, Richter a Zschocke (2002) zjistili, že 12 % respondentů prožívalo problémy spojené s hraním a polovina z nich uvedla, že součástí těchto obtíží byly i psychologické problémy. I přes to však 79% z nich nevyhledalo profesionální pomoc. Důvodem může být skutečnost, že studenti hudby často vykazují velmi vysoké vnitřní místo kontroly (tzv. *locus of control*). To jinými slovy znamená, že věří vlastním schopnostem ovlivnit své zdraví skrze vlastní aktivní činy. Tento předpoklad potvrdily výsledky jedné ze studií, která ukázala, že v porovnání se studenty medicíny a normativní skupinou, studenti hudby výrazně častěji věří, že mohou podniknout jisté kroky k tomu, aby pozitivně ovlivnili své zdraví (Spahn, Burger, Hildebrandt, & Seidenglanz, 2005). I přesto je však pravděpodobnější, že odbornou pomoc vyhledají studenti jiného zaměření, než právě mladí konzervatoristé. Současným problémem rovněž zůstává fakt, že přestože množství preventivních aktivit u studentů hudby vzrostlo, nedošlo ke snížení zdravotních problémů spojených s hraním (Spahn, Voltmer, Mornell, & Nusseck, 2017). V současné době neexistují studie, které by znaly efektivní způsoby prevence těchto problémů.

II Empirická část

4.1 Výzkumné otázky

Cílem této bakalářské práce je zjistit, zda se u studentů konzervatoří skutečně vyskytuje deprese a úzkost ve větším měřítku, než u studentů jiných oborů. Současně, pokud se potvrdí přítomnost těchto psychických obtíží, se snažím odhalit, zda souvisí se stresem, kterému jsou studenti vystaveni v rámci studia. Dále se snažím odkrýt, zda existuje souvislost mezi výsledky potvrzujícími presenci deprese a úzkosti a výsledky poukazujícími na vnitřní motivaci studenta ke studiu, a zda osobnostní nastavení studenta ke studiu zvyšuje jeho náchylnost vůči těmto psychickým obtížím.

4.2 Hypotézy

Na základě pročtení odborné literatury, z níž jsem vycházela a jejíž nejdůležitější poznatky jsem shrnula v teoretické části, jsem dospěla k následujícím hypotézám:

H1₀: Studenti konzervatoří nejsou vystavováni vyšší míře psychické zátěže, budou tedy vykazovat stejnou míru depresivity a úzkosti oproti studentům jiného zaměření.

H2₀: Studenti, hodnotící studium jako psychicky náročné, nebudou častěji vykazovat výsledky poukazující na depresi a úzkost.

H3₀: U studentů, kteří studují obor ze své iniciativy a jejich motivace je tedy vnitřní, bude míra deprese a úzkosti souviset se studiem více než s jinými vnějšími faktory.

H4₀: Studenti konzervatoří nebudou častěji než studenti jiných oborů disponovat zkoumanými osobnostními rysy (spolehlivost, cílevědomost ad.) vzhledem k jejich vyšší míře disciplinovanosti, která zvyšuje míru psychické zátěže, a tudíž budou vůči depresi a úzkosti náchylnější.

4.3 Výzkumná metoda

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní výzkum, jehož data sbírala prostřednictvím baterie subjektivních posuzovacích škál, jako je Beckova sebesposuzovací škála pro dospělé (Beck Depression Inventory-II [BDI-II]), Spielbergův dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (The State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) a

mnou vytvořený inventář Conservatory Questionnaire Survey (CQS) (viz příloha č. 1). Testování probíhalo osobně. Respondenti byli v úvodu seznámeni se zachováním anonymity spolu s poukázáním na důvěrnost informací, které mi poskytují. Ke snazší orientaci jsem hned zkraje baterie požádala respondenty o vyplnění pohlaví, věku a zvolení možnosti, zda studují na konzervatoři nebo škole s jiným zaměřením. Tak jsem mohla hned v úvodu zamezit dalšímu testování studentů, kteří nevyhovovali věkovému rozmezí a ušetřit čas sobě i nevhodným respondentům. Dále jsem baterii doplnila o dotazník na zdravotní stav, z jehož originálního znění jsem některé položky vyřadila, protože by nijak neposloužily mým účelům.

4.3.1 Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé (BDI-II)

K ohodnocení depresivity studentů jsem použila Beckovu sebeposuzovací škálu pro dospělé, která se běžně používá jako psychodiagnostický nástroj ke zjištění přítomnosti a závažnosti deprese jako aktuálního stavu. Gottfried (2015, s 20) uvádí, že prvotní verze tohoto nástroje (BDI) vznikla 1961 zásluhou Aarona T. Becka a jeho spolupracovníků, jejichž primárním cílem bylo zjistit pomocí kvantitativního nástroje míru intenzity deprese klientů. BDI se tehdy prokázala jako kvalitní a užitečný nástroj u pacientů s poruchami nálady, ale i jiných poruch. Nicméně v roce 1979 došlo k úpravám tehdejšího BDI a vznikla verze nová, nazývaná BDI-IA, u které pozměněním některých položek docílili vývojáři vyšší reliability i validity. Tato novější verze ovšem nezahrnovala žádné položky adresující psychomotorickou aktivitu a měla nižší souběžnou validitu s v té době používaným DSM-III. Dalším nedostatkem BDI-IA byl fakt, že klienti nebyli tázáni u položek změn spánku a chuti k jídlu na případný nárůst těchto potřeb, pouze na jejich pokles. Z toho důvodu byla roku 1996 vydána nová, nynější a současně nejrozšířenější verze BDI-II, která odpovídala DMS-IV. Ta se stala mezi psychology značně oblíbenou, což dokládá i skutečnost, že vzniklo množství jejích překladů, a to do více než 15 jazyků (Gottfried, 2015).

Roku 1999 byla vytvořena Markem Preissem a Karlem Vacířem česká adaptace Beckovi sebeposuzovací škály, jejíž validitu a reliabilitu zkoumali autoři studie vedené na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Výsledky potvrdily zjištění předchozích studií, že pohlaví hraje důležitou roli ve výskytu depresivních příznaků; ženy vykazují všeobecně vyšší míru depresivních příznaků. Dále studie rovněž potvrdila výsledky dalších standardizačních studií a, jak autoři studie Ptáček, Raboch, Vňuková,

Hlinka a Anders (2016, s. 274) uvádí, „*dokazuje, že i v českém překladu je BDI-II nástrojem s vysokou validitou a reliabilitou a měla by být proto využívána k diagnostice depresivních symptomů. Tyto výsledky mohou také sloužit k nastavení norem pro českou populaci a jejich využití pro porovnání s populací klinickou*“.

Jak už jsem naznačila výše, BDI-II je celosvětově rozšířený a uznávaný nástroj, normovaný pro množství rozdílných populací. Důvodem vysoké oblíbenosti a využívanosti této škály je především její jednoduchost, rychlost administrace a vyhodnocování. Nabízí i možnost pravidelného kontrolování nebo detekování změn ve stavu pacientů, jelikož měří depresi jakožto stav. Jistou nevýhodou představuje očividná vysoká validita škály, tudíž ho respondent může lehce vědomě ovlivnit. Administrátor by z toho důvodu měl věnovat zvýšenou pozornost příliš vysokým či příliš nízkým skórum. Rovněž je důležité pamatovat, že použití BDI-II slouží ke screeningu nebo měření aktuální závažnosti deprese, ne ke stanovování diagnózy (Gottfried, 2015).

4.3.2 Spielbergův dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI)

Za vznikem a vývojem STAI nestojí pouze Spielberger, jehož jméno dotazník nese, ale také R. L. Gorsuch a R. E. Lushene. Cílem autorů bylo vytvořit nástroj, který bude možné běžně používat k měření úzkosti jako aktuálního stavu a úzkostlivosti jako osobnostního rysu. Na základě naměřených výsledků pak lze diagnostikovat úzkost a odlišit ji od depresivních syndromů (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983).

Celkově škála STAI obsahuje 40 položek, z nichž 20 měří úzkost jako aktuální, dočasný stav (STAI X1) a zbylých 20 úzkostlivost jako osobnostní rys (STAI X2). STAI X1 vyhodnocuje především uvědomované pocity strachu, vnitřního napětí, tenze, měnících se v čase. STAI X2 vyhodnocuje sklon jedince k úzkostlivosti a je založena na předpokladu individuálních rozdílů ve vnímání světa, specifických reakcích jedince a lidským prožíváním. Všechny položky jsou respondenty hodnoceny na čtyřbodové škále (od 1 do 4), kdy vyšší skóry značí vyšší stav úzkosti či úzkostlivosti. V subškále STAI X1 má respondent možnost volit mezi výroky od „vůbec ne“ až po „velmi“, zatímco v subškále STAI X2 volí mezi výroky od „téměř nikdy“ po „téměř vždy“. Některé položky škály jsou reverzní, tudíž je u nich zapotřebí číselné hodnoty převrátit. Hodnotové rozpětí škály je 20 – 80.

4.3.3 Conservatory Questionnaire Survey (CQS)

Inventář CQS jsem vytvořila já sama a skládá se z dvaceti položek, které mapují subjektivní hodnocení psychické náročnosti studia (např. „Ve škole se často cítím ve stresu.“), vnitřní motivace (např. „Školu, kterou studuji, jsem si vybral/a sám/sama.“) a osobnostního nastavení (např. „Považuji se za spolehlivou osobnost.“). CQS je založen na subjektivním posouzení výroků na sedmibodové škále Likertova typu. Na otázky lze odpovídat výroky „rozhodně souhlasím“, „souhlasím“, „spíše souhlasím“, „nemohu se rozhodnout“, „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“ a „rozhodně nesouhlasím“. Abych zamezila „response style“⁷ jevu, některé z položek vytvořila reverzní. K vyhodnocení výsledných skóre CQS dotazníku bylo tudíž zapotřebí tyto položky obrátit.

Příklady položek:

3. *Ve škole se snažím především kvůli sobě.*

16. (reverzní) *Ve škole se snažím především kvůli rodičům.*

4.4 Výběr zkoumaných osob

Jednalo se o nenáhodný výběr, tzv. samovýběrem, kdy na dané téma odpovídají pouze ti, kteří mají o zkoumaný problém zájem (Ferjenčík, 2010). Respondenty, kteří se mnou spolupracovali a svolili s testováním, jsem oslovovala na základě dvou základních podmínek; první z nich byl status studenta a druhou věk v rozmezí 13–21 let. Jelikož mým cílem bylo porovnat míru depresivity a úzkosti u studentů konzervatoře oproti studentům jakéhokoli jiného studijního zaměření, hledala jsem vhodné respondenty z těchto řad.

V první řadě jsem se obrátila prostřednictvím sítě Facebook na studenty Pražské konzervatoře a studenty taneční konzervatoře Duncan centre. Buď jsem získala kontakt skrze známé, nebo umístěním příspěvku, ve kterém jsem krátce svou studii popsala a požádala případné zájemce o spolupráci s vyplněním testů o zpětné kontaktování mé osoby. Dále jsem buď sama, nebo skrze své známé kontaktovala respondenty jiného

⁷ Jedná se o konzistentní a stabilní tendence respondenta odpovídat určitým způsobem, který není vysvětlitelný obsahem otázky nebo způsobem její prezentace. Může se např. jednat o tendenci jedince souhlasit, vybírat pozitivní odpovědi nebo nejvyšší či naopak nejnižší hodnoty na konkrétní škále. Z toho důvodu často představuje zdroj zkreslení informací.

studijního zaměření v daném věkovém rozmezí. Snažila jsem se, aby mezi respondenty obou skupin byli studenti všech uvedených věkových kategorií i obou pohlaví, abych tak ohlídlala jakékoli možné proměnné.

4.5 Statistická analýza

K provedení statistické analýzy pro výpočet reliability, korelační analýzy, inferenční statistiky či regresní analýzy byl použit statistický program IBM SPSS 22 a Excel Microsoft Office. Hlavní cíl této analýzy představuje porovnání míry psychické zátěže mezi dvěma skupinami studentů. Pro přítomnost normálního rozdělení dat jsem použila parametrickou statistickou analýzu. Dále byl použit Mannův-Whitneyho U test (pouze pro rozsáhlejší statistickou validaci dat získaných parametrickou analýzou), pomocí něhož bylo možné určit míru citlivosti testů a inventáře v odlišování mezi jednotlivými skupinami, anebo v případě nenormálního rozložení proměnných (věk a vzdělání). Pro analýzu rozdílů mezi nominálními proměnnými byl použit χ^2 test nezávislosti, v případě korelační analýzy bodově-biseriální koeficient korelace. Z toho důvodu je v části deskriptivní statistiky zmiňován spolu s průměrem a směrodatnou odchylkou i medián. Pro vyhodnocení vlivu nezávislých proměnných na závislé proměnné byla použita regresní analýza. Reliabilita (vnitřní konzistence) mezi subškálami inventáře CQS byla vypočítána za použití Cronbachovy alfy. Korelační analýzy byly vyhodnoceny pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a umožňují odhalit a popsat vazby mezi demografickými proměnnými a testy BDI-II, STAI X1, X2 a CQS, dále mezi celkovým skórem inventáře CQS a jeho jednotlivými subškálami. Interferenční statistika podává údaje o rozdílech v testech mezi skupinou studentů konzervatoří a skupinou studentů jiného zaměření, mezi demografickými údaji (věkem, vzděláním a pohlavím) celkového souboru respondentů i v jednotlivých skupinách i mezi nestresovanými studenty a studenty prožívajícími nadměru stresu. Regresní analýzy jsou využity pro popis míry vlivu prediktorů (úroveň stresu ze školy, vnitřní motivace a osobnostních rysů) na závislé proměnné (úroveň depresivity a úzkosti). Hladina statistické významnosti je stanovena na $p < 0,05$.

4.6 Výsledky

4.6.1 Deskriptivní statistika

Dohromady se mi podařilo získat 122 respondentů ve věkovém rozmezí 13 až 21 let, z nichž 60 osob tvoří soubor studentů konzervatoří a 62 osob soubor studentů jiného zaměření. Tab. 1 znázorňuje deskriptivní statistické údaje celého souboru respondentů, zatímco v tab. 2 jsou zobrazeny demografické charakteristiky zkoumaných souborů studentů konzervatoří a studentů jiného zaměření odděleně.

Tab. 1. Demografické údaje celého souboru respondentů

Celkový počet respondentů (N = 122)			χ^2
Pohlaví	% mužů	% žen	ns.
	48,40	51,60	
	Průměr	SD	Medián
Věk	17,50	2,74	18,00
Vzdělání	10,50	2,72	11,00

Pozn.: χ^2 = chí-kvadrát test, ns. = nesignifikantní, SD = směrodatná odchylka

Tab. 2. Demografické údaje obou souborů respondentů

Konzervatoristé (N = 60)			Jiné zaměření (N = 62)		χ^2		
Pohlaví	% mužů	% žen	% mužů	% žen	ns.*		
	46,70	53,30	50,00	50,00			
	Průměr	SD	Medián	Průměr	SD	Medián	p-hodnota
							(M.-W. U test)
Věk	17,43	2,56	18,00	17,56	2,91	18,00	ns.
Vzdělání	10,43	2,54	11,00	10,56	2,89	11,00	ns.

Pozn.: M.-W. U test = Mannův-Whitneyho U test, * nesignifikantní pro obě skupiny

V tab. 3 jsou prezentovány charakteristiky celkových skóre, naměřených v jednotlivých testech a inventáři, a to odděleně pro skupiny studentů konzervatoří a studentů jiného zaměření.

Tab. 3. Celkové skóry jednotlivých skupin studentů v testech a inventáři

	Konzervatoristé (N = 60)					Jiné zaměření (N = 62)				
	Průměr	Medián	SD	Min	Max	Průměr	Medián	SD	Min	Max
BDI-II	17,35	16,00	8,79	0	39	9,45	9,00	5,45	1	28
STAI X1	44,90	43,00	11,11	26	65	35,66	34,50	7,68	24	62
STAI X2	49,05	47,50	9,63	34	67	41,23	40,00	7,86	26	64
CQS	112,10	114,00	12,61	78	136	90,84	89,50	14,91	44	122

Pozn.: BDI-II = Beckova sebespozovací škála deprese pro dospělé, STAI X1 = Spielbergrova škála úzkosti jako aktuálního stavu, STAI X2 = Spielbergrova škála úzkostlivosti jako osobnostního rysu, CQS = Conservatory Questionnaire Survey

K ověření přítomnosti normálního rozdělení byl použit Shapirův-Wilkův test normality⁸. Výsledky ve škále CQS celkový skór ukazují na hodnoty ve prospěch normality rozložení hrubých skórů: u konzervatoristů ($p = 0,180$) i ve skupině studentů jiného zaměření ($p = 0,221$). Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že ve škále CQS oba soubory splňují nároky na normální rozložení, a lze použít Pearsonova korelačního koeficientu a parametrických metod inferenční statistiky.

V další části jsem se zaměřila na rozlišení celkového souboru respondentů na studenty, kteří podle celkového skóru v inventáři CQS nezažívali stres, a na studenty s vysokou mírou prožívaného stresu. K vyhodnocení skórů byla stanovena +1 SD (tj. ≥ 120 bodů). To znamená, že respondenti s hrubými skóry 120 či výše byly hodnoceny jako prožívající velkou míru stresu. Tabulka s přehledem celkových skórů v inventáři CQS je znázorněna v příloze č. 2. Tímto způsobem bylo 100 studentů posouzeno jako neprožívající stres a 22 studentů jako prožívající stres ve vysoké míře ($>+1$ SD). Tab. 4 zobrazuje, jakých skórů jednotlivé skupiny studentů dosahovaly v testech BDI-II, STAI X1 a X2.

⁸ p -hodnota = 0,05

Tab. 4. Mediány celkových skóre skupin studentů neprožívajících stres a studentů prožívajících velkou míru stresu

	Bez stresu (N = 100)	Vysoká míra stresu (N = 22)
	Medián	Medián
BDI-II	11,00	17,00
STAI X1	36,00	46,50
STAI X2	42,50	50,50
CQS	98,00	125,50

Rovněž u celkového souboru respondentů Shapirův-Wilkův test odhalil, že hodnoty ve škále CQS celkový skóre mají normální rozložení ($p = 0,057$). Protože se jedná o téměř hraniční hodnotu, bylo přihlédnuto i k výsledku Kolmogorovova-Smirnovova testu normality a kvantilového grafu, který přítomnost normálního rozložení potvrdil ($p = 0,200$). Histogram normálního rozložení celého souboru respondentů pro škálu CQS celkový skóre je zobrazen v příloze č. 3.

4.6.2 Reliabilita

Pro zjištění vnitřní konzistence mezi 3 subškálami inventáře CQS (1. stres ze školy, 2. vnitřní motivace, 3. osobnostní rysy) bylo zapotřebí vypočítat Cronbachovu alfu. Výsledek prokázal, že inventář CQS má dostačující reliabilitu ($\alpha = 0,726$).

4.6.3 Korelační analýza

Shapirův-Wilkův test normality rozložení prokázal normální rozdělení, pro zjišťování korelací mezi demografickými údaji, škálami BDI-II, STAI X1, X2 a inventářem CQS jsem použila Pearsonův korelační koeficient v případě věku a vzdělání a bodově biseriální koeficient korelace v případě pohlaví. Korelační matice mezi všemi zmíněnými položkami je znázorněna v tab. 5. Lze pozorovat, že STAI X1 velmi významně koreluje s BDI-II ($r = 0,814$) a STAI X2 ($r = 0,821$). Rovněž u STAI X2 se projevila významná korelace s BDI-II ($r = 0,788$). Naopak u věku se neprokázala významnější korelace s pohlavím a inventářem CQS.

Tab. 5. Korelace demografických údajů, BDI, STAI X1, X2 a CQS

R	Věk	Pohlaví	BDI	STAI X1	STAI X2	CQS
Věk	1	0,009	0,240**	0,190*	0,288**	-0,116
Pohlaví (r_{bb})	-	1	0,246**	0,264**	0,386**	0,190*
BDI-II	-	-	1	0,814**	0,788**	0,251**
STAI X1	-	-	-	1	0,821**	0,344**
STAI X2	-	-	-	-	1	0,283**
CQS	-	-	-	-	-	1

Pozn.: r_{bb} = p -hodnota = * α = 0,05, ** α = 0,01

V tab. 6 jsou znázorněny korelační matice mezi jednotlivými subškálami inventáře CQS a jeho celkového skóru. Pro přítomnost normálního rozložení byl opět použit Pearsonův korelační koeficient, který odhalil významné korelace mezi všemi zkoumanými subškálami. Zejména vnitřní motivace velmi významně koreluje s celkovou sumou CQS ($r = 0,910$). Další významnou korelaci lze pozorovat mezi osobnostními rysy a celkovou sumou CQS ($r = 0,733$). Analogicky významné korelace byly objeveny i při použití Spearmanova korelačního koeficientu.

Tab. 6. Korelace subškál inventáře CQS a celkového skóru CQS

R	Stres ze školy	Vnitřní motivace	Osobnostní rysy	CQS celk. skór
Stres ze školy	1	0,366**	0,418**	0,685**
Vnitřní motivace	-	1	0,624**	0,910**
Osobnostní rysy	-	-	1	0,773**
CQS celk. skór	-	-	-	1

Pozn.: p -hodnota = ** α = 0,01

4.6.4 Inferenční statistika

K tomu, abych zjistila, jak citlivě jsou testy a inventář schopny rozlišovat mezi souborem studentů konzervatoře a souborem studentů jiného zaměření, byl použit Mannův-Whitneyho U test pro dva nezávislé výběry, jehož výsledky znázorňuje tab. 7. Prokázalo se, že mezi soubory studentů existuje stejně signifikantní rozdíl ve všech testech i inventáři ($p < 0,001$). Lze tudíž usuzovat, že všechny testy i inventář CQS dokážou citlivě rozpoznávat mezi souborem studentů konzervatoří a studentů jiného

zaměření. Ukázalo se, že studenti konzervatoří dosahovali ve všech škálách významně vyšších hodnot, než studenti jiného zaměření.

Tab. 7. Citlivost testů BDI, STAI X1, X2 a inventáře CQS na rozlišení mezi studenty konzervatoří a jiného zaměření

	Mannův-Whitneyho U test	Z	p-hodnota	Medián konzerv.	Medián jiné
BDI-II	822,500	-5,319	0,000	16,000	9,000
STAI X1	939,000	-4,720	0,000	43,000	34,500
STAI X2	1026,500	-4,272	0,000	47,500	40,000
CQS	515,000	-6,890	0,000	114,000	89,500

Pozn.: konzerv. = konzervatoristé

Dále byla za pomoci Mannova-Whitneyho U testu zkoumána schopnost testů a inventáře rozlišovat naměřené hodnoty mezi muži a ženami (viz. tab. 8). I v tomto případě se testy a inventář ukázaly být citlivé na rozpoznání hodnot mezi pohlavími, a to zejména STAI X1 ($p = 0,007$) a STAI X2 ($p < 0,001$). Mannův-Whitneyho U test odhalil, že ženy dosahovaly v jednotlivých škálách významně vyšších hodnot, než muži.

Tab. 8. Citlivost testů a inventáře na rozlišení mezi muži a ženami

	Mannův-Whitneyho U test	Z	p-hodnota	Medián ženy	Medián muži
BDI-II	1454,000	-2,075	0,038	13,000	11,000
STAI X1	1333,500	-2,692	0,007	41,000	36,000
STAI X2	1071,000	-4,038	0,000	47,000	40,000
CQS	1452,500	-2,081	0,037	108,000	100,000

V tab. 9 jsou uvedeny výsledky znázorňující rozdíly v naměřených hodnotách pro jednotlivé škály mezi muži a ženami jiného zaměření. Signifikantní rozdíl byl zaznamenán v testu STAI X1 ($p = 0,043$) a STAI X2 ($p = 0,048$). Tab. 10 podává údaje o citlivosti a schopnosti testů a inventáře zaznamenat rozdíly mezi muži a ženami studujících na konzervatoři. Signifikantní rozdíl byl prokázán u všech testů, zejména pak u STAI X2 ($p < 0,001$), a inventáře CQS ($p = 0,003$).

Tab. 9. Citlivost testů a inventáře na rozlišení mezi muži a ženami jiného zaměření

	Mannův-Whitneyho U test	Z	p-hodnota	Medián ženy	Medián muži
BDI-II	409,500	-1,002	0,316	9,000	8,000
STAI X1	337,000	-2,023	0,043	36,000	33,000
STAI X2	340,000	-1,980	0,048	43,000	39,000
CQS	413,500	-0,944	0,345	91,000	89,000

Tab. 10. Citlivost testů a inventáře na rozlišení mezi muži a ženami na konzervatořích

	Mannův-Whitneyho U test	Z	p-hodnota	Medián ženy	Medián muži
BDI-II	287,500	-2,382	0,017	20,500	13,000
STAI X1	313,500	-1,995	0,046	47,000	41,500
STAI X2	174,500	-4,057	0,000	55,000	43,000
CQS	246,500	-2,988	0,003	120,000	109,00

Mannův-Whitneyho U test pro dva nezávislé výběry byl rovněž použit pro odhalení citlivosti testů a jejich schopnosti rozpoznávat mezi studenty (z celkového souboru 122 respondentů), u nichž výsledky ve škále CQS celkový skór neprokázaly prožívaný stres ($N = 100$), a studenty, u nichž celkový skór v inventáři CQS značí velkou míru stresu ($N = 22$). Tab. 11 zobrazuje výsledky tohoto testu. Bylo prokázáno, že mezi soubory studentů existuje signifikantní rozdíl v testech STAI X1 i X2 ($p = < 0,001$) a rovněž významně signifikantní rozdíl v testu BDI-II ($p < 0,001$). Na základě těchto hodnot lze předpokládat, že všechny zkoumané testy jsou schopny citlivě rozlišovat mezi souborem nestresovaných studentů a studentů s vysokou mírou stresu.

Tab. 11. Citlivost testů na rozlišení mezi nevystresovanými a nadměrně vystresovanými respondenty

	Mannův-Whitneyho U test	Z	p-hodnota
BDI-II	814,500	-3,237	0,001
STAI X1	562,500	-3,582	0,000
STAI X2	565,500	-3,563	0,000

4.6.5 Regresní analýza

Ke zjištění míry vlivu nezávislých proměnných na závislé proměnné byla použita regresní analýza. Jako nezávislé proměnné byly stanoveny jednotlivé škály inventáře CQS; stres ze školy, vnitřní motivace a osobnostní rysy. Závislé proměnné představují skóry BDI-II, STAI X1 a STAI X2.

Tab. 12 ilustruje, do jaké míry jednotlivé nezávislé proměnné predikují přítomnost depresivity u studentů. Pomocí standardní regresní analýzy jsem zjistila, že $R^2 = 0,281$. To značí, jak velké množství variace je vysvětleno nezávislými proměnnými. Dále jsem odhalila, že $F = 15,387$, a $p < 0,001$, z čehož lze vyvozovat, že se jedná o statisticky významnou část rozptylu a tudíž je regresní model vhodný pro predikci závislé proměnné. Nejsilnějším prediktorem depresivity u studentů se ukázal být stres ze školy ($B = 3,708$; $Beta$ váhy = 0,557). Naopak osobnostní nastavení ($B = 0,331$; $Beta$ váhy = 0,040) ani vnitřní motivace ($B = -1,459$; $Beta$ váhy = -0,178) depresivitu nepredikuje.

Tab. 12. Míra vlivu nezávislých proměnných na závislou proměnnou BDI-II

	Nestandardizovaný koeficient		Stand. Koeficient			Kolinearita	
	B	Standardní chyba	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
Stres ze školy	3,708	0,578	0,557	6,417	0,000	0,807	1,239
Vnitřní motivace	-1,459	0,829	-0,178	-1,760	0,081	0,598	1,674
Osobnostní nastavení	0,331	0,857	0,040	0,386	0,700	0,569	1,756

Pozn.: závislá proměnná: BDI-II, stand. koeficient = standardizovaný k.

Dále jsem se zaměřila na míru vlivu nezávislých proměnných na závislou proměnnou STAI X1. Výsledky této analýzy znázorňuje tab. 13. Ukázalo se, že stejně jako u závislé proměnné BDI-II, je nejsilnějším a jediným prediktorem úzkosti stres ze školy ($B = 4,779$; $Beta$ váhy = 0,553). Vliv osobnostního nastavení na přítomnost úzkosti se neprokázal ($B = 1,036$; $Beta$ váhy = 0,098), stejně tak ani vliv vnitřní motivace ($B = -1,350$; $Beta$ váhy = -0,129). Ve výpočtech analýzy se závislou proměnnou STAI X1 vyšlo $R^2 = 0,320$. Dále bylo zjištěno, že $F = 18,540$, tudíž i tento regresní model lze použít pro predikci závislé proměnné ($p < 0,001$).

Tab. 13. Míra vlivu nezávislých proměnných na závislou proměnou STAI X1

	Nestandardizovaný koeficient		Stand. koeficient			Kolinearita	
	B	Standardní chyba	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
Stres ze školy	4,779	0,717	0,553	6,664	0,000	0,807	1,239
Vnitřní motivace	-1,350	1,029	-0,129	-1,312	0,192	0,598	1,674
Osobnostní nastavení	1,036	1,064	0,098	0,974	0,332	0,569	1,756

Pozn.: závislá proměnná: STAI X1

Pro závislou proměnnou STAI X2 výsledky ukázaly, že $R^2 = 0,367$, $F = 22,799$ a $p < 0,001$. Do jaké míry ovlivňují nezávislé proměnné závislou proměnnou STAI X2, a tudíž predikují úzkostlivost u studentů, lze vidět v tab. 14. Bylo odhaleno, že nejsilnější a nejvýznamnější prediktor úzkostlivosti je stres ze školy ($B = 4,791$; $Beta = 0,622$), méně významným prediktorem se ukázala být i vnitřní motivace ($B = -2,283$; $Beta = -0,240$). Ani u této závislé proměnné však nebylo potvrzeno, že by osobnostní nastavení ($B = 0,956$; $Beta = 0,100$) predikovalo úzkostlivost.

Tab. 14. Míra vlivu nezávislých proměnných na závislou proměnnou STAI X2

	Nestandardizovaný koeficient		Stand. koeficient			Kolinearita	
	B	Standardní chyba	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
Stres ze školy	4,791	0,628	0,622	7,627	0,000	0,807	1,239
Vnitřní motivace	-2,283	0,901	-0,240	-2,533	0,013	0,598	1,674
Osobnostní nastavení	0,956	0,932	0,100	1,027	0,307	0,569	1,756

Pozn.: závislá proměnná: STAI X2

4.7 Diskuse

Cílem této studie bylo porovnání míry depresivity a úzkosti mezi studenty konzervatoří a studenty jiného zaměření ve věkovém rozmezí od 13 do 21 let. Prvotním podnětem pro toto zkoumání bylo zjištění, že přestože jsou studenti konzervatoří vystavováni psychicky náročnému studiu a pohybují se ve stresujícím prostředí, ne vždy mají v rámci školy k dispozici psychologickou pomoc. Současně studie zabývající se touto problematikou v České republice prozatím chybí, a to i přestože juvenilní

depresivní porucha i úzkostná porucha představují psychiatrická onemocnění, která významně zasahují do životů mladistvých a zneschopňují je a snižují kvalitu jejich života v mnoha ohledech. Konzervatoristé se musí navíc, v porovnání s adolescenty jiného studijního zaměření, potýkat s množstvím stresorů, které jsou specifické pro jejich studijní změřeni. Tyto stresory pak přirozeně mohou zvyšovat riziko rozvoje depresivních i úzkostných projevů u konzervatoristů.

Studie se účastnilo 122 probandů, z čehož je 60 studentů konzervatoří a 62 studentů jiného zaměření. V souboru konzervatoristů je zastoupeno 28 mužů a 32 žen, kteří jsou porovnáváni se souborem studentů jiného zaměření skládajícího se z 31 žen a 31 mužů. Jelikož cílem bylo co možná nejpřesněji vzájemně tyto skupiny porovnat, důležitou úlohu v homogenizaci skupin hrál věk, pohlaví a počet let vzdělání.

Analýza dle Pearsonova korelačního koeficientu ukázala, že věk a pohlaví mají významný vliv na výsledky téměř všech testů. Hodnota míry korelace věku s BDI-II je $r = 0,240$ ($p < 0,01$), se STAI X1 $r = 0,190$ ($p < 0,05$) a se STAI X2 $r = 0,288$ ($p < 0,01$). Pouze na výsledky v CQS nemá věk v tomto výzkumu vliv. Na základě těchto zjištění můžeme konstatovat, že starší studenti trpí vyšší hladinou depresivních i úzkostných projevů. Do jaké míry věk souvisí s prevalencí deprese, zkoumala mimo jiné skupina norských psychologů. Ti došli k závěru, že prevalence deprese se lineárně zvyšuje spolu s věkem (Stordal, Mykletun, & Dahl, 2003). Jelikož se ale jejich studie zabývala pouze respondenty ve věkovém rozmezí 20-89 let, nelze s jistotou říci, že by totéž platilo pro adolescentní věkovou skupinu. S obdobným zjištěním ovšem přišli i Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde (1994), kteří se zaměřili právě na adolescenty. Na základě své studie zhodnotili, že přítomnost depresivní poruchy v dětském věku je velmi nízká a podstatně se zvyšuje v průběhu adolescence, což naznačují i naše výsledky. S obdobnými výsledky ohledně úzkostných poruch přišli i Costello et al. (2011). Podle mého názoru depresivita a úzkosti u starších studentů mohou být zapříčiněny zejména psychickým tlakem, kterému jsou vystaveni v souvislosti s volbou budoucích škol, zaměstnání a postupným osamostatňováním se. Roli jistě může hrát i fáze puberty a průběh dospívání jedince, jakým způsobem ho ovlivňují hormony, jaké má během dospívání vztahy s rodiči a vztahy celkově, do jaké míry se mu daří nalézt sama sebe a své místo ve světě. Starší adolescenti se pravděpodobně těmito myšlenkami zabývají více, protože je pro ně rozhodování o budoucnosti a osamostatňování se aktuálnější.

Dále jsme zjistili, že dívky v naší studii vykazují vyšší míru depresivity, úzkosti a úzkostlivosti, ale i prožívaného stresu, než chlapci. Existuje množství studií, které předkládají podobná zjištění, tedy že ženy trpí depresemi a úzkostmi do vyšší míry a častěji, než muži (Hosan, 2017; Leibenluft, 1999; Poněšický, 2009). Náchylnost žen na rozvoj jedné z těchto poruch je dokonce např. podle Hosáka et al. (2015) až dvojnásobná v porovnání s muži. První rozdíly mezi pohlavím v množství depresivních symptomů a míře depresivní poruchy se začínají objevovat během adolescence. Ve věku 13-15 let se míra symptomů a poruch u dívek mírně zvedá, zatímco u chlapců zůstává v tomto období relativně stabilní. Největší rozdíl mezi pohlavími přichází ve věku 15-18 let (Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004; Hankin, Abramson, Moffit, Silva, McGee, & Angell, 1998; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002). Ačkoli obě pohlaví čelí podobným stresorům, byly identifikovány rozdíly v biologických reakcích, konceptu vnímání sebe sama a způsobech zvládání psychické zátěže, které činí ženy náchylnější. V průběhu puberty se dramaticky zvyšuje tlak, který okolí klade na dospívající jedince, a zejména dívky pak často mohou omezovat své zájmy podle očekávání druhých. Upouští od aktivit, které jsou stereotypně vnímány jako klučičí, protože se kvůli nim cítí zavrhovány svými vrstevníky, čímž omezují své možnosti. Dívky rovněž vykazují vysokou potřebu popularity a sociálního přijetí, které se snaží získat skrze pěkný vzhled. Bylo zjištěno, že excesivní starost o vzhled koreluje s pocitem spokojenosti negativně a významně tak může přispívat k rozvoji deprese (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2013).

Měření vnitřní konzistence mezi subškálami inventáře CQS ukázalo, že Cronbachova alfa je 0,726. To značí dostatečnou vnitřní konzistenci v rámci CQS, jehož subškály jsou: stres ze školy, vnitřní motivace a osobnostní rysy. Dobrou vnitřní konzistenci mezi subškálami dále podpořila skutečnost, že spolu významně korelují jak subškály navzájem mezi sebou, tak jednotlivě s celkovým skórem v inventáři CQS. Bylo zjištěno, že celkový skór v inventáři CQS je významně ovlivněn výsledky v subškále zacílené na stres ze školy ($r = 0,685$, $p < 0,01$), vnitřní motivaci ($r = 0,910$) a osobnostní rysy ($r = 0,773$, $p < 0,01$). Dále významně koreluje stres ze školy s vnitřní motivací ($r = 0,366$, $p < 0,01$) a s osobnostními rysy ($r = 0,418$, $p < 0,01$), a rovněž se prokázal velký vliv vnitřní motivace na výsledky v subškále zaměřené na osobnostní rysy ($r = 0,624$, $p < 0,01$).

Mannův-Whitneyho U test odhalil velmi vysokou citlivost testů a inventáře v rozlišování mezi souborem studentů konzervatoř a souborem studentů jiného zaměření ($p < 0,001$) a mezi muži a ženami, kde nejvýznamněji rozlišují STAI X2 ($p < 0,001$) a STAI X1 ($p = 0,007$). Bylo zjištěno, že studenti konzervatoří dosahují významně vyšších skóreů oproti studentům jiného zaměření. Toto zjištění nás vedlo k zamítnutí první hypotézy. Můžeme tedy konstatovat, že studenti konzervatoří jsou v naší studii vystavováni vyšší míře psychické zátěže, měli by tedy dle předpokladů vykazovat vyšší míru depresivity a úzkosti oproti studentům jiného zaměření. Dále jsme zjistili, že ženy, oproti mužům, dosahovaly ve všech škálách významně vyšších hodnot, z čehož lze vyvozovat, že více prožívají depresivní a úzkostné pocity a vykazují i vyšší úzkostlivost jako osobnostní rys nezávisle na studovaném oboru, ale i samostatně v obou skupinách. Mezi muži a ženami ve skupině studentů jiného zaměření dokáže rovněž velmi citlivě zaznamenávat rozdíly STAI X1 ($p = 0,043$) a STAI X2 ($p = 0,048$), ve skupině studentů konzervatoří byla zjištěna významná citlivost testu STAI X2 ($p < 0,001$) a inventáře CQS ($p = 0,003$).

Pomocí regresní analýzy jsme zjistili, že nezávislá proměnná stres ze školy silně predikuje depresivitu ($B = 3,708$; $p < 0,001$), úzkost ($B = 4,779$; $p < 0,001$) i úzkostlivost ($B = 4,791$; $p < 0,001$). Lze tedy usuzovat, že pokud studenti vnímají prostředí anebo požadavky školy jako stresující, zvyšuje to významně jejich náchylnost na rozvoj depresivní či úzkostné poruchy. Úzkostlivost je v této studii do určité míry predikována i vnitřní motivací ($B = -2,283$; $p < 0,001$). U vnitřní motivace lze tedy usuzovat, že úzkostlivosti u studentů zamezuje, což je v souladu s teorií, kterou jsem zmiňovala v teoretické části. Dále jsme zjistili, že vnitřní motivace jako prediktor depresivity poukazuje spíše na vliv opačným směrem ($B = -1,350$; $p = 0,081$). To by naznačovalo, že přítomnost vnitřní motivace studentovi spíše prospívá a může snižovat jeho náchylnost na depresi. Jedná se ovšem o prediktor, který má pouze trend k významnosti, a proto usuzujeme, že v této studii nemá na míru depresivity významný vliv. Naproti tomu osobnostní nastavení studenta nemělo vliv na přítomnost deprese, úzkosti ani úzkostlivosti.

Skutečnost, že významným prediktorem pro všechny zkoumané závislé proměnné (skóre v BDI-II, STAI X1 a STAI X2) je stres ze školy, vede k zamítnutí další z našich hypotéz. Studenti, hodnotící studium jako psychicky náročné, skutečně prožívají i intenzivněji psychické obsahy související s depresí a úzkostí. Toto zjištění podporuje i

studie Nolenové-Hoeksemové et al. (2013) která odhalila, že stres významně zvyšuje riziko rozvoje depresivní poruchy a přidružených úzkostných poruch. Vzhledem k tomu, že studium na konzervatoři představuje pro některé studenty v této studii zdroj dlouhodobého stresu se domnívám, že zavedení prevence zaměřené na snižování míry stresu studentů by mohlo zamezovat rozvoji depresivní či úzkostné poruchy. Na základě teorií o pozitivním vlivu vnitřní motivace na psychiku studenta (Carr et al., 2003; Eisenberger & Shanock, 2003; Stober et al., 2007) jsme dále předpokládali, že u studentů, kteří studují obor ze své iniciativy a jejich motivace je tedy vnitřní, nebude míra deprese a úzkosti souviset se studiem více než s jinými vnějšími faktory. Důkazy pro tuto hypotézu se ovšem potvrdily významně pouze z hlediska úzkostlivosti. Náš poslední předpoklad byl, že studenti konzervatoří nebudou častěji než studenti jiných oborů disponovat zkoumanými osobnostními rysy (spolehlivost, cílevědomost ad.) vzhledem k jejich vyšší míře disciplinovanosti, která zvyšuje míru psychické zátěže, a tudíž budou vůči depresi a úzkosti náchylnější. Pro zamítnutí této hypotézy jsme nenašli dostatek důkazů, což může být zapříčiněno malým vzorkem respondentů nebo skutečností, že se převážná většina studentů pohybovala v prostředí, které nevnímali jako stresující. Lze tedy usuzovat, že se zkoumané osobnostní rysy nerozvinuly do té míry, aby zapříčiňovaly depresivitu a úzkost.

Limity této studie lze nalézt v nízkém počtu respondentů obou zkoumaných skupin. Navíc studenti konzervatoří byli převážně z Pražské konzervatoře, malé množství respondentů z Duncan centre, zatímco studenti jiného zaměření z množství různých škol. Prostředí jedné či dvou škol nemusí nutně podávat dostatečné a platné informace, které lze vztáhnout na studenty konzervatoří obecně. Z toho důvodu by pro porovnání lépe posloužilo testování respondentů z většího i reprezentativního množství konzervatoří.

Hlavním přínosem této studie může být zlepšení povědomí o problému depresivity a úzkostí mladistvých konzervatoristů, a to jak pro studenty samotné, tak pro vedení konzervatoří. Výsledky této práce nesporně poukazují zejména na vyšší depresivitu a úzkost konzervatoristů a jejich souvislost se stresem prožívaným ve škole. Z toho důvodu by na konzervatořích měla být vždy k dispozici psychologická pomoc a pozornost by měla být zaměřována i na prevenci těchto obtíží. K tomuto účelu může posloužit upravená verze CQS dotazníku, ve kterém budou studenti odpovídat pouze na položky zkoumající stres ze školy. Na základě výsledků mohou učitelé a vedení školy

lépe hodnotit, do jaké míry by bylo prospěšné zavést či zlepšit např. aktivity pro relaxaci, psychohygienu či psychologickou pomoc studentům v rámci školy, které by mohly studentům pomoci se snižováním míry prožívaného stresu. Ke zlepšení prevence depresivity a úzkosti by také mohlo posloužit zkoumání vlivu vnější motivace a její souvislost s přítomností depresivity a úzkosti u studentů či zkoumání kladného vlivu vnitřní motivace na psychiku jedince a možnosti jejího využití.

Závěr

Předmětem této studie je porovnání míry depresivních a úzkostných projevů jako indikátorů negativní psychické zátěže u studentů konzervatoří oproti studentům jiných oborů. Konzervatoristé jsou totiž vystavováni nejspíše vyššímu množství stresorů spjatých se studovaným oborem. Studenti byli selektováni ve věkovém rozmezí 13 až 21 let. V České republice prozatím studie zaměřené na tuto problematiku chybí. Analýza odhaluje, že studenti konzervatoří prožívají depresi a úzkost ve významně vyšším měřítku než studenti jiných zaměření. Subjektivně vnímaná psychická náročnost studia vyvolávající ve studentech stres se ukázala být velmi silným prediktorem aktuální přítomnosti depresivity, úzkosti i modulátorem úzkostnosti jako osobnostního rysu. Do budoucna bych navrhovala zaměřit se na prevenci a průběžné testování těchto psychických obtíží u konzervatoristů, např. skrze upravenou verzi CQS inventáře, ve kterém by zůstaly pouze položky zaměřené na psychickou náročnost studia. Důležitý krok spatřuji především v zajištění psychologické pomoci v rámci školy. Poznatky této studie mohou posloužit nejen vedení konzervatoří, ale rovněž tvořit podklad pro další zkoumání.

Seznam použité literatury

- Abela, B. L. (2008). Handbook of Depression in Children and Adolescents. *Psychological Medicine*, 38(12), 1816. doi: 10.1017/S0033291708004480
- Abraham, S. (1996). Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology*, 29(4), 223-229. doi: 10.1159/000284997
- Abraham, S. (1996). Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology*, 29(4), 218-222. doi: 10.1159/000284996
- Ackard, D. M., Henderson, J. B., & Wonderlich, A. L. (2004). The associations between childhood dance participation and adult disordered eating and related psychopathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 485-490. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.03.004
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. ISBN 978-0-89042-554-1.
- Andrzejewski, C. E., Wilson, A. M., & Henry, D. J. (2013). Considering motivation, goals, and mastery orientation in dance technique. *Research in Dance Education*, 14(2), 162-175. doi: 10.1080/14647893.2012.733364
- Aránguiz, R., Chana-Cuevas, P., Albuquerque, D., & Leon, M. (2011). Focal dystonia in musicians. *Neurología (English Edition)*, 26(1), 45-52. doi: 10.1016/j.nrl.2010.09.019
- Baker, J. (2010). Self-reported and reported injury patterns in contemporary dance students. *Medical problems of performing artists*, 25(1), 10-15.
- Baker, M., & Gorsuch, R. (1982). Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *Journal for the scientific Study of Religion*, 119-122. doi: 10.2307/1385497
- Bakker, F. C. (1988). Personality differences between young dancers and non-dancers. *Personality and individual differences*, 9(1), 121-131. doi: 10.1016/0191-8869(88)90037-2

Barrell, G. M. (1999). Coping Strategies and Stress in Adolescent Classical Ballet Dancers. *Unpublished dissertation, Bond University, Australia.*

Barrell, G. M., & Terry, P. C. (2003). Trait anxiety and coping strategies among ballet dancers. *Medical Problems of Performing Artists, 18*(2), 59-64.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics, 32*(3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002

Bettle, N., Bettle, O., Neumärker, U., & Neumärker, K. J. (2001). Body image and self-esteem in adolescent ballet dancers. *Perceptual and Motor Skills, 93*(1), 297-309. doi: 10.2466/pms.2001.93.1.297

Bird, H. A. (2013). Overuse syndrome in musicians. *Clinical rheumatology, 32*(4), 475-479. doi: 10.1007/s10067-013-2198-2

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada. ISBN 978-80-247-3434-7.

Capranica, L., & Millard-Stafford, M. L. (2011). Youth sport specialization: how to manage competition and training?. *International journal of sports physiology and performance, 6*(4), 572-579.

Carr, S., & Wyon, M. (2003). The impact of motivational climate on dance students' achievement goals, trait anxiety, and perfectionism. *Journal of Dance Medicine & Science, 7*(4), 105-114.

Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(10), 1015-1025. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x

Cumming, J., & Duda, J. L. (2012). Profiles of perfectionism, body-related concerns, and indicators of psychological health in vocational dance students: An investigation of the 2×2 model of perfectionism. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(6), 729-738. doi: 10.1016/j.psychsport.2012.05.004

Davidson, J. W., Sloboda, J. A., & Howe, M. J. (1995). The role of parents and teachers in the success and failure of instrumental learners. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, 40-44.

Dews, C. B., & Williams, M. S. (1989). Student musicians' personality styles, stresses, and coping patterns. *Psychology of music*, 17(1), 37-47. doi: 10.1177/0305735689171004

DiFiori, J. P. (2010). Evaluation of overuse injuries in children and adolescents. *Current sports medicine reports*, 9(6), 372-378. doi: 10.1249/JSR.0b013e3181fdb58

Dobson, M. C. (2011). Insecurity, professional sociability, and alcohol: Young freelance musicians' perspectives on work and life in the music profession. *Psychology of Music*, 39(2), 240-260. doi: 10.1177/0305735610373562

Dudová, M. (2007). Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi*, 8(1), 29-31.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1620-6.

Eisenberger, R., & Shanock, L. (2003). Rewards, intrinsic motivation, and creativity: A case study of conceptual and methodological isolation. *Creativity Research Journal*, 15(2-3), 121-130. doi: 10.1080/10400419.2003.9651404

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.

Folkman, S. (2013). Stress: appraisal and coping. In *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York. ISBN 9780826141910.

Francisco, R., Alarcão, M., & Narciso, I. (2012). Aesthetic sports as high-risk contexts for eating disorders—Young elite dancers and gymnasts perspectives. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 265-274. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37333

Frome, P. M., & Eccles, J. S. (1998). Parents' influence on children's achievement-related perceptions. *Journal of personality and social psychology*, 74(2), 435. doi: 10.1037/0022-3514.74.2.435

Frost, R. O., & Henderson, K. J. (1991). Perfectionism and reactions to athletic competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13(4), 323-335. doi: 10.1016/j.psychsport.2007.10.001

Galambos, N., Leadbeater, B., & Barker, E. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28(1), 16-25. doi: 10.1080/01650250344000235

Ginsborg, J., Kreutz, G., Thomas, M., & Williamon, A. (2009). Healthy behaviours in music and non-music performance students. *Health Education*, 109(3), 242-258. doi: 10.1108/09654280910955575

Gottfried, A. E. (1985). Academic intrinsic motivation in elementary and junior high school students. *Journal of educational psychology*, 77(6), 631. doi: 10.1037/0022-0663.82.3.525

Gottfried, J. (2015). Beckova sebezpozovaci škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *TESTFÓRUM*, 4(5), strany-20.

Gray, S. H. (1977). Social aspects of body image: Perception of normalcy of weight and affect of college undergraduates. *Perceptual and Motor Skills*, 45(3_suppl), 1035-1040. doi: 10.2466/pms.1977.45.3f.1035

Grills-Taquechel, A. E., & Ollendick, T. H. (2012). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (Vol. 27). Hogrefe Publishing. ISBN: 9780889373396.

Hallinan, C. J., Pierce, E. F., Evans, J. E., DeGrenier, J. D., & Andres, F. F. (1991). Perceptions of current and ideal body shape of athletes and nonathletes. *Perceptual and Motor Skills*, 72(1), 123-130. doi: 10.2466/pms.1991.72.1.123

Hamilton, L. H., & Kella, J. J. (1992). Personality and Occupational Stress in Elite Performers.

Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 465-477. doi: 10.1002/1098-108X(198511)4:4<465::AID-EAT2260040407>3.0.CO;2-0

- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, *107*(1), 128. doi: 10.1037/0021-843X.107.1.128
- Hansen, P. A., & Reed, K. (2006). Common musculoskeletal problems in the performing artist. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, *17*(4), 789-801. doi: 10.1016/j.pmr.2006.08.001
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- Helus, Z. (2011). *Úvod do psychologie*. Grada Publishing as. ISBN 978-80-247-3037-0.
- Hoppmann, R. A. (2001). Instrumental musicians' hazards. *Occupational medicine (Philadelphia, Pa.)*, *16*(4), 619-31.
- Hoppmann, R. A., & Patrone, N. A. (1998). Musculoskeletal problems in instrumental musicians. *Performing arts medicine*, *2*.
- Hosan, N. (2017). *Gender differences in adolescent anxiety symptoms: Interactions between peer experiences and individual characteristics* (Doctoral dissertation, University of Alberta). doi: 10.7939/R3Z60CG2D
- Hosák, L., & Hrdlička, M. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague, Karolinum Press. ISBN 978-80-246-2998-8.
- Hrdlička, M. (2004). Farmakoterapie afektivních poruch v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*, *4*, 197-203.
- Huberty, T. J. (2009). Test and performance anxiety. *Principal leadership*, *10*(1), 12-16.
- Chavira, D. A., Garland, A. F., Daley, S., & Hough, R. (2008). The impact of medical comorbidity on mental health and functional health outcomes among children with anxiety disorders. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, *29*(5), 394. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181836a5b

- Iusca, D., & Dafinoiu, I. (2012). Performance anxiety and musical level of undergraduate students in exam situations: the role of gender and musical instrument. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 448-452. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.161
- Jo, J. H., & Jeon, M. R. (2016). The Relationship between Stress and Dance Accomplishment of High School Students Majoring in Dance by Maternal Parenting Behavior. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(25). doi: 10.17485/ijst/2016/v9i25/97221
- Kaminer, Y., & Bukstein, O. G. (2008). *Adolescent substance abuse: Psychiatric comorbidity and high-risk behaviors*. Taylor & Francis. ISBN 0-203-84372-X
- Kelman, B. B. (2000). Occupational hazards in female ballet dancers: advocate for a forgotten population. *Aaohn Journal*, 48(9), 430-434. doi: 10.1177/216507990004800904
- Kenny, D. (2011). *The psychology of music performance anxiety*. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-958614-1.
- Kenny, D., & Ackermann, B. (2015). Performance-related musculoskeletal pain, depression and music performance anxiety in professional orchestral musicians: a population study. *Psychology of Music*, 43(1), 43-60. doi: 10.1177/0305735613493953
- Kenny, D. T., Davis, P., & Oates, J. (2004). Music performance anxiety and occupational stress amongst opera chorus artists and their relationship with state and trait anxiety and perfectionism. *Journal of anxiety disorders*, 18(6), 757-777. doi: 10.1016/j.janxdis.2003.09.004
- Krasnow, D., Mainwaring, L., & Kerr, G. (1999). Injury, stress, and perfectionism in young dancers and gymnasts. *Journal of Dance Medicine & Science*, 3(2), 51-58.
- Krejčířová, D. (2001). Neurotické a emoční poruchy. *Svoboda, M. Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, 580-616.
- Křivohlavý, J. (2016). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8641-4.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada publishing as. ISBN 978-80-247-1284-0.

Leibenluft, E. (Ed.). (1999). *Gender differences in mood and anxiety disorders: From bench to bedside*. American Psychiatric Pub. ISBN 978-0-88048-958-4.

Lench, H. C., Levine, L. J., & Roe, E. (2010). Trait anxiety and achievement goals as predictors of self-reported health in dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 14(4), 163-170.

Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 809-818. doi: 10.1097/00004583-199407000-00006

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 107(1), 109. doi: 10.1037/0021-843X.107.1.109

Mable, H. M., Balance, W. D., & Galgan, R. J. (1986). Body-image distortion and dissatisfaction in university students. *Perceptual and Motor Skills*, 63(2), 907-911. doi: 10.2466/pms.1986.63.2.907

Malá, E. (2010). Úzkostné poruchy v dětství a adolescenci. *Lékařské listy*, 10.

McEwen, K., & Young, K. (2011). Ballet and pain: reflections on a risk-dance culture. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 3(2), 152-173. doi: 10.1080/2159676X.2011.572181

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006

Miňhová, J. (2006). *Psychopatologie pro právníky*. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 80-86898-70-9.

- Nelson, W. L., Hughes, H. M., Katz, B., & Searight, H. R. (1999). Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence*, 34(135), 621.
- Neumärker, K. J., Bettel, N., Neumärker, U., & Bettel, O. (2000). Age-and gender-related psychological characteristics of adolescent ballet dancers. *Psychopathology*, 33(3), 137-142. doi: 10.1159/000029135
- Nicholls, J. G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Harvard University Press. ISBN 0-674-15417-7.
- Noh, Y. E., Morris, T., & Andersen, M. B. (2005). Psychosocial factors and ballet injuries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 3(1), 79-90. doi: 10.1080/1612197X.2005.9671759
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2013). The emergence of gender differences in depression in adolescence. In *Handbook of depression in adolescents* (pp. 127-152). Routledge.
- Ocisková, M. (2016). *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-87895-57-3.
- Osborne, M. S., & Kenny, D. T. (2008). The role of sensitizing experiences in music performance anxiety in adolescent musicians. *Psychology of Music*, 36(4), 447-462. doi: 10.1177/0305735607086051
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155. doi: 10.1037/0003-066X.48.2.155
- Pierce, E. F., & Daleng, M. L. (1998). Distortion of body image among elite female dancers. *Perceptual and motor skills*, 87(3), 769-770. doi: 10.2466/pms.1998.87.3.769
- Pierce, E. F., Daleng, M. L., & McGowan, R. W. (1993). Scores on exercise dependence among dancers. *Perceptual and Motor Skills*, 76(2), 531-535. doi: 10.2466/pms.1993.76.2.531

- Poněšický, J. (2009). Fenomén ženství a mužství. Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy. ISBN 978-80-7387-106-2.
- Praško, J. (2005). Úzkostné poruchy. *Praha: Portál*. ISBN 80-7178-997-6.
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén. ISBN 978-80-7262-656-4.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2008). Úzkost a obavy. *Praha: Portál*. ISBN 978-80-7367-410-6.
- Pruitt, D. (2009). *Your adolescent* (Vol. 2). Harper Collins. ISBN 9780060956769.
- Ptáček, R. & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Grada Publishing, as. ISBN 978-80-247-5471-0.
- Quested, E., & Duda, J. L. (2011). Perceived autonomy support, motivation regulations and the self-evaluative tendencies of student dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 15(1), 3-14.
- Rae, G., & McCambridge, K. (2004). Correlates of performance anxiety in practical music exams. *Psychology of Music*, 32(4), 432-439. doi: 10.1177/0305735604046100
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Ravaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Mannucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., ... & Ricca, V. (2003). Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, 36(5), 247-254. doi: 10.1177/1557988314556673
- Robson, B. E. (2004). Competition in sport, music, and dance. *Medical Problems of Performing Artists*, 19(4), 160-166.
- Roth, J., Preiss, M., & Uhrová, T. (1999). Deprese v neurologické praxi: Část první: symptomy, diagnostika, rizikové faktory. *Lundbeck, Galén, Praha*.

Ryan, C. (2005). Experience of musical performance anxiety in elementary school children. *International Journal of Stress Management*, 12(4), 331. doi: 10.1037/1072-5245.12.4.331

Sichivitsa, V. O. (2007). The influences of parents, teachers, peers and other factors on students' motivation in music. *Research Studies in Music Education*, 29(1), 55-68. doi: 10.1177/1321103X07087568

Silverman, W. K., & Field, A. P. (Eds.). (2011). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-72148-6.

Sinden, L. M. (1999). Music performance anxiety: Contributions of perfectionism, coping style, self-efficacy, and self-esteem. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 60(3-A), 0590.

Smith, R. E., Ptacek, J. T., & Patterson, E. (2000). Moderator effects of cognitive and somatic trait anxiety on the relation between life stress and physical injuries. doi: 10.1080/10615800008549266

Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International journal of eating disorders*, 27(4), 371-380. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200005)27:4<371::AID-EAT1>3.0.CO;2-Y

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf*. ISBN 80-85912-18-X.

Spahn, C., Burger, T., Hildebrandt, H., & Seidenglanz, K. (2005). Health locus of control and preventive behaviour among students of music. *Psychology of music*, 33(3), 256-268. doi: 10.1177/1029864917698197

Spahn, C., Richter, B., & Zschocke, I. (2002). Health attitudes, preventive behavior, and playing-related health problems among music students. *Medical Problems of Performing Artists*, 17(1), 22-28. doi: 10.1177/1029864917698197

Spahn, C., Strukely, S., & Lehmann, A. (2004). Health conditions, attitudes toward study, and attitudes toward health at the beginning of university study: music students in

comparison with other student populations. *Medical Problems of Performing Artists*, 19(1), 26-33. doi: 10.1177/1029864917698197

Spahn, C., Voltmer, E., Mornell, A., & Nusseck, M. (2017). Health status and preventive health behavior of music students during university education: Merging prior results with new insights from a German multicenter study. *Musicae Scientiae*, 21(2), 213-229. doi: 10.1177/1029864917698197

Spielberger, C. D. (Ed.). (2013). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Elsevier. ISBN 978-1483246789.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory* (Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press). *Inc.*

Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Grada publishing as. ISBN 978-80-247-3646-4.

Sternbach, D. J. (2008). Stress in the lives of music students. *Music educators journal*, 94(3), 42-48. doi: 10.1177/002743210809400309

Stoeber, J., & Eismann, U. (2007). Perfectionism in young musicians: Relations with motivation, effort, achievement, and distress. *Personality and Individual Differences*, 43(8), 2182-2192. doi: 10.1016/j.paid.2007.06.036

Stordal, E., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 132-141. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.02056.x

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4

Tod, D., Thatcher, J., & Rahman, R. (2012). *Psychologie sportu*. Grada Publishing as. ISBN 978-80-247-3923-6.

Tomáš, P., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada Publishing, as. ISBN 978-80-247-4236-6.

Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of abnormal psychology, 111*(4), 578. doi: 10.1037/0021-843X.111.4.578

Vymětal, J. (1989). *Psychoterapie: pomoc psychologickými prostředky. Praha: Horizont, 1989. 110 p.* ISBN 80-7012-004-5.

Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie: 2., přepracované a doplněné vydání.* Grada Publishing as. ISBN 978-80-247-1315-1.

Walker, I. J., & Nordin-Bates, S. M. (2010). Performance anxiety experiences of professional ballet dancers the importance of control. *Journal of Dance Medicine & Science, 14*(4), 133-145

Warren, M. P., Gunn, J. B., Hamilton, L. H., Warren, L. F., & Hamilton, W. G. (1986). Scoliosis and fractures in young ballet dancers. *New England Journal of Medicine, 314*(21), 1348-1353. doi: 10.1056/NEJM198605223142104

Weiss, M. R., & Hayashi, C. T. (1995). All in the family: Parent-child influences in competitive youth gymnastics. *Pediatric Exercise Science, 7*(1), 36-48.

Wilmerding, M. V., & Krasnow, D. (Eds.). (2016). *Dance Wellness.* Human Kinetics. ISBN 978-1-4925-1581-4.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(9), 1086-1093. doi: 10.1097/00004583-200109000-00018

Wristen, B. G. (2013). Depression and anxiety in university music students. *Update: applications of research in music education, 31*(2), 20-27. doi: 10.1177/8755123312473613

Wristen, B. G., & Fountain, S. E. (2013). Relationships between depression, anxiety, and pain in a group of university music students. *Medical problems of performing artists, 28*(3), 152-158. doi: 10.1080/09540121.2012.748867

Internetové zdroje

Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online], 6, 271-274. [cit. 2017-08-14]. Dostupné z:

<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>.

Malá, E. (2011). Úzkostné poruchy v dětství. *Čes a slov Psychiat* [online]. 107(2): 99-105 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z:

<http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1348558673.pdf>.

Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). BECKOVA ŠKÁLA DEPRESE BDI-II-STANDARDIZACE A V YUŽITÍV PRAXI. *Ceská a Slovenská Psychiatrie* [online]. 112(6) [cit. 2018-04-17]. Dostupné z:

http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_270_274.pdf.

Tassin, C., Reynaert, C., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2014). Anxiety disorders in adolescence. *Psychiatria Danubina* [online], 26(1), 27-30. [cit. 2018-02-02]. Dostupné z:

http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol26_sup1/dnb_vol26_sup1_27.pdf.

Sławek, J. (2004). Křeče hudebníků–klinický obraz, patofyziologie a léčba. *Neuropsychologie pro praxi* [online]. [cit. 2018-03-06]. Dostupné z:

<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/02/11.pdf>.

World Health Organization (2012). Depression: A global public health concern [online]. *Last modified October, 2012*, 5: 2012 [cit. 2017-08-14]. Dostupné z:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf_mh_2012.pdf.

Seznam použitých zkratk

APA – American Psychiatry Association

BDI-II - Beck Depression Inventory-II

CQS – Conservatory Questionnaire Survey

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IBM SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

STAI – The State-Trait Anxiety Inventory

WHO - World Health Organization

Seznam tabulek

Tab. 1. Demografické údaje celého souboru respondentů

Tab. 2. Demografické údaje obou souborů respondentů

Tab. 3. Celkové skóry jednotlivých skupin studentů v testech a inventáři

Tab. 4. Mediány celkových skóru skupin studentů neprožívajících stres a studentů prožívajících velkou míru stresu

Tab. 5. Korelace demografických údajů, BDI, STAI X1, X2 a CQS

Tab. 6. Korelace subškál inventáře CQS a celkového skóru CQS

Tab. 7. Citlivost testů BDI, STAI X1, X2 a inventáře CQS na rozlišení mezi studenty konzervatoří a jiného zaměření

Tab. 8. Citlivost testů a inventáře na rozlišení mezi muži a ženami

Tab. 9. Citlivost testů a inventáře na rozlišení mezi muži a ženami jiného zaměření

Tab. 10. Citlivost testů a inventáře na rozlišení mezi muži a ženami na konzervatořích

Tab. 11. Citlivost testů na rozlišení mezi nevystresovanými a nadměrně vystresovanými respondenty

Tab. 12. Míra vlivu nezávislých proměnných na závislou proměnou BDI-II

Tab. 13. Míra vlivu nezávislých proměnných na závislou proměnou STAI X1

Tab. 14. Míra vlivu nezávislých proměnných na závislou proměnou STAI X2

Seznam obrázků

Obr. 1. Depresivní příznaky závislé a nezávislé na věku

Obr. 2. Úzkost a její projevy

Seznam příloh

Příloha č. 1 Conservatory Questionnaire Survey

Příloha č. 2 Celkové skóry v inventáři CQS

Příloha č. 3 Histogram normálního rozložení pro CQS celkový skór

Příloha č. 1 – Conservatory Questionnaire Survey

Do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky? Buďte, prosím, otevření a upřímní. Použijte přitom tuto sedmibodovou stupnici:

rozhodně nesouhlasím	nesouhlasím	spíše nesouhlasím	nemohu se rozhodnout	spíše souhlasím	souhlasím	rozhodně souhlasím
1	2	3	4	5	6	7

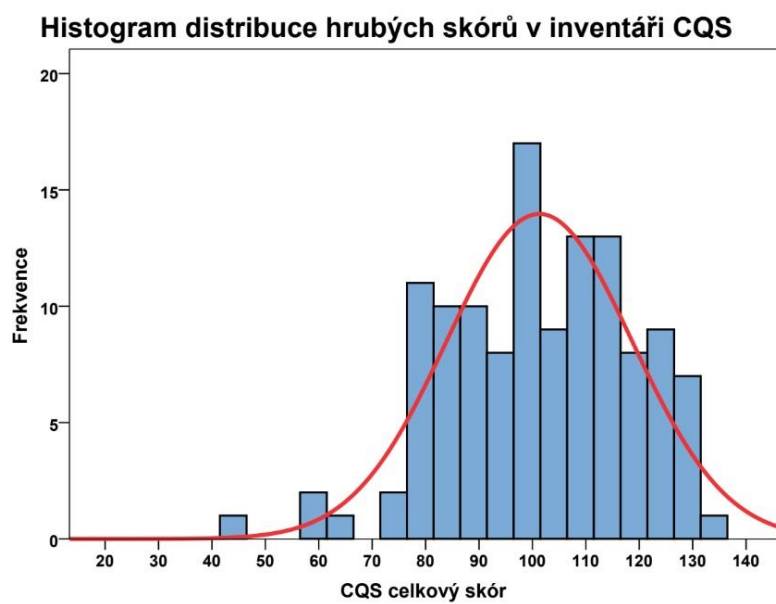
1. Úspěch ve škole je pro mě důležitý.
2. Když se mi něco nedaří, snadno se tím nechám rozhodit.
3. Ve škole se snažím především kvůli sobě.
4. Na školních výsledcích mi příliš nezáleží.
5. Své povinnosti ve škole svědomitě plním.
6. Raději se ve volném čase věnuji jiným koníčkům, než tomu, co dělám ve škole.
7. Mám pocit, že rodiče přikládají mému vzdělání příliš velkou váhu.
8. Považuji se za spolehlivou osobnost.
9. Obor, který studuji, mě baví a chtěl/a bych se jím v budoucnu živit.
10. Ve škole se často cítím ve stresu.
11. Myslím, že mé studium je náročné.
12. Považuji se za cílevědomou osobnost.
13. Když se mi sejde víc povinností najednou, snadno se dostanu do stresu.
14. Školu, kterou studuji, jsem si vybral/a sám/sama.
15. Když něco začnu, tak to dokončím.
16. Ve škole se snažím především kvůli rodičům.
17. Obor, kterému se ve škole věnuji, je zároveň mým volnočasovým koníčkem.
18. Když se mi ve škole nedaří, cítím se provinile.
19. V budoucnu bych se chtěl/a zaměřit na jiný obor, než který v současné době studuji.
20. Mám pocit, že ve škole uplatňuji svůj potenciál a rozvíjím se.

Příloha č. 2 – Celkové skóry v inventáři CQS

Skóry	Frekvence	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
44	1	,8	,8	,8
60	1	,8	,8	1,6
61	1	,8	,8	2,5
64	1	,8	,8	3,3
73	1	,8	,8	4,1
74	1	,8	,8	4,9
78	3	2,5	2,5	7,4
79	2	1,6	1,6	9,0
80	5	4,1	4,1	13,1
81	1	,8	,8	13,9
82	2	1,6	1,6	15,6
83	4	3,3	3,3	18,9
85	2	1,6	1,6	20,5
86	2	1,6	1,6	22,1
87	2	1,6	1,6	23,8
88	1	,8	,8	24,6
89	3	2,5	2,5	27,0
90	1	,8	,8	27,9
91	3	2,5	2,5	30,3
92	2	1,6	1,6	32,0
93	1	,8	,8	32,8
94	2	1,6	1,6	34,4
95	1	,8	,8	35,2
96	2	1,6	1,6	36,9
97	4	3,3	3,3	40,2
98	3	2,5	2,5	42,6
99	2	1,6	1,6	44,3
100	3	2,5	2,5	46,7
101	5	4,1	4,1	50,8
102	2	1,6	1,6	52,5
103	1	,8	,8	53,3
104	5	4,1	4,1	57,4
106	1	,8	,8	58,2
107	1	,8	,8	59,0
108	5	4,1	4,1	63,1
109	2	1,6	1,6	64,8
110	2	1,6	1,6	66,4

111	3	2,5	2,5	68,9
112	3	2,5	2,5	71,3
113	2	1,6	1,6	73,0
114	1	,8	,8	73,8
115	4	3,3	3,3	77,0
116	3	2,5	2,5	79,5
117	1	,8	,8	80,3
118	2	1,6	1,6	82,0
120	4	3,3	3,3	85,2
121	1	,8	,8	86,1
122	1	,8	,8	86,9
123	2	1,6	1,6	88,5
124	2	1,6	1,6	90,2
125	1	,8	,8	91,0
126	3	2,5	2,5	93,4
127	2	1,6	1,6	95,1
128	3	2,5	2,5	97,5
130	2	1,6	1,6	99,2
136	1	,8	,8	100,0
Celkově	122	100,0	100,0	

Příloha č. 3 – Histogram normálního rozložení pro CQS celkový skór



Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Jana Kosová

Studijní program: Psychologie (Bc.)

Studijní obor: Psychologie – jednooborové studium

Název práce: Míra depresivity a úzkosti u studentů konzervatoří v porovnání s běžnou populací od 13 do 21 let

Počet stran (bez příloh): 67

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 26

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 98

Počet internetových odkazů: 6

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Bezdíček, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2018

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Jana Kosová

Obor studia: psychologie (Bc.)

Název práce: Míra depresivity a úzkosti u studentů konzervatoří v porovnání s běžnou populací od 13 do 21 let

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Ondřej Bezdíček, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67 s.

Počet stránek příloh: 4 s.

Počet titulů v seznamu literatury: 124 a 6 el. zdroje.

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Jak byste si představovala rozšíření vašeho výzkumu, abyste mohla jistěji uzavřít, že studenti konzervatoří v ČR obecně zažívají vyšší míru depresivity a úzkosti oproti studentům v jiných typech škol?
2. Jaký intervenční program byste nabídla ředitelům konzervatoří, abyste snížila úroveň úzkosti a depresivity studentů?
3. Co považujete za největší slabinu použité metodiky ve vašem výzkum z hlediska metod pro průkaz vašich výsledků?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Klady:

- empirická studie na středním souboru studentů konzervatoří s inferenční statistikou
- využitelnost zjištění v psychologické praxi a možný dopad na kvalitu života studentů konzervatoří;
- možnost vytvořit metodiku k profylaxi vysoké úrovně depresivity a úzkostnosti při studiu konzervatoře.

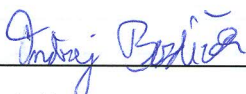
Nedostatky:

- obtížná zobecnitelnost: platí zjištění pro všechny studenty konzervatoří v ČR a pro všechny typy konzervatoří?;
- bez průkazu reálných psychiatrických obtíží u studentů s vyšší úrovní depresivity a úzkosti: skutečně tyto studenti vyhledávají častěji psychiatrickou péči i medikaci a mají tyto projevy dekrementální vliv na kvalitu jejich života ve škole i mimo ni či na hodnocení studentů ve škole?
- chybí praktický návrh intervence pro studenty konzervatoře s vysokou úrovní depresivity a úzkosti a studie jeho proveditelnosti.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 07. 09. 2018, Ondřej Bezdíček



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Autorka práce **Jana Kosová**
 Název práce **Míra depresivity a úzkosti u studentů konzervatoří v porovnání s běžnou populací od 13 do 21 let**
 Obor studia psychologie
 Oponent práce doc. Karel Hnilica

HODNOCENÍ PRÁCE

stupnice**

1	2	3	4	0
---	---	---	---	---

Práce s odbornou literaturou

Využití odborných časopiseckých zdrojů (množství)
 Využití recentních pramenů (z posledních 2-5 let)
 Využití původních pramenů (nikoli sekundární literatury)
 Správnost interpretace teoretických pojmů
 Správnost interpretace metodologických pojmů
 Styl psaní, absence chyb, srozumitelnost, přehlednost, ...
 Kvalita zpracování odborné literatury (původnost, konzistence, ...)

	1	2	3	4	0
X					
X					
X					
X					
					X
	X				
X					

Dodržování citačních norem APA

Citace pramenů (autorů) v textu
 Citace v textu (přímá, sekundární, parafrázování atp.)
 Citace pramenů v seznamu literatury
 Vytvoření seznamu literatury (úplnost, shoda s citacemi v textu, ...)

	1	2	3	4	0
X					
X					
	X				
X					

Problém, otázky a hypotézy

Výzkumné otázky (originalita, zajímavost, ...)
 Hypotézy (srozumitelnost, vnitřní konzistence, kauzální struktura, ...)
 Teoretická relevantnost hypotéz
 Byly hypotézy formulovány před sběrem dat?
 Operacionalizace hypotéz (testovatelnost, falzifikovatelnost)

	1	2	3	4	0
X	X				
	X				
					X
					X
X					

Výzkumná metoda

Pilotní studie
 Výběrový soubor (vhodnost, složení, velikost, apriorní síla testů)
 Jde o pouze jednou analyzovaný soubor? (síla, geneze hypotéz)
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz
 Jde o původní metodu/techniku/nástroj měření proměnných?
 Popis použitých technik sběru dat (dotazníků, testů atp.)
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita

	1	2	3	4	0
					X
X					
					X
X					
X					
X					
	X				

Analýza dat

Jsou uvedeny základní deskriptivní údaje (M, SD, %, r, ...)?
 Jsou tabulky a grafy dostatečně popsány?
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy?
 Jsou uvedeny velikosti účinku (r, d, R², η²)?
 Je provedena korekce pro počet testů?
 Jsou testy a jejich výsledky správně prezentovány?

	1	2	3	4	0
X					
X					
X					
X					
		X			
X					

Redundantní údaje

Jsou v textu uváděny pouze nebytné tabulky a grafy?
 Jsou provedeny pouze testy týkající se hypotéz?

	1	2	3	4	0
	X				
	X				

Interpretace výsledků šetření

Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?
 Pokud se hypotézy nepotvrdily, je proveden rozbor možných příčin?

	1	2	3	4	0
X					

** 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – špatně (špatné provedení, absence, ...); 0 – nehodnoceno, neaplikovatelné, nekontrolováno atp.

DALŠÍ KRITÉRIA

ANO	NE	?
-----	----	---

- Navazuje práce na odborné publikace školitele?
Navazuje práce na bakalářské a diplomové práce studentů PVŠPS?
Je dodržen počet předepsaných znaků?

		X
		X
		X

Podrobnější zdůvodnění hodnocení:

Pojmy, hypotézy, výzkum a jeho výsledky

Autorka provedla zajímavé šetření týkající se rozdílů mezi skupinami. Mám však kritickou připomínku: Vzhledem k tomu, že nejde o experimentální ani longitudinální projekt, nelze se domnívat, že má typ školy vliv na zkoumané závislé proměnné. Je například problematické tvrdit, že „lze tedy usuzovat, že pokud studenti vnímají prostředí anebo požadavky školy jako stresující, zvyšuje to významně jejich náchylnost na rozvoj depresivní či úzkostné poruchy“ (s. 50). Ve hře je příliš mnoho faktorů, mimo jiné i autoselekce studentů, jejich soutěživost atp. Určitý problém představuje množství provedených statistických testů (dochází k inflaci α). Měly by být uvedeny reliability za všechny dotazníky.

Práce s odbornou literaturou

Autorka použila množství současné relevantní literatury, kterou kvalitně zpracovala.

Dodržování citačních norem APA

Autorka prokázala velmi dobrou znalost citačních norem, dopustila se jen zanedbatelného množství nepřesností v bibliografických odkazech. Pro internetové zdroje se nevytváří samostatný blok.

Český pravopis, překlepy, chyby atp.

Mezi drobné chyby práce patří například to, že záhlaví tabulky je uvedeno na jiné straně než vlastní tabulka (s. 6-7).

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

I přes uvedené výtky, které by měly spíše být ku pomoci autorce v příští práci, hodnotím BP vysoce kladně. Otázka: Když procházím položky dotazníku CQS, nejsem si zcela jist tím, co vlastně měří. Zkoušela jste provést analýzu hlavních komponent? Pokud ano, potvrdila předpokládanou dimenzionalitu škály?

Práce splňuje podmínky kladené na bakalářskou práci a **doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 11. 8. 2018

doc. Karel Hnilica