

Depresivita u adolescentů v psychosociálním kontextu

Bc. Martina Lipárová

Diplomová práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Lipárová**

Osobní číslo: **H17316**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Depresivita u adolescentů v psychosociálním kontextu**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti adolescence, depresivity a rizikových faktorů depresivity v adolescenci.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BREMS, Christiane. Dětská psychoterapie a poradenství: komplexní průvodce. V Praze: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018, 526 s. ISBN 978-80-7553-510-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada, 2012, 138 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4007-2.

NAKONEČNÝ, Milan. Psychologie osobnosti. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009, 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.

PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. Depresivní porucha a jak ji překonat. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-656-4.

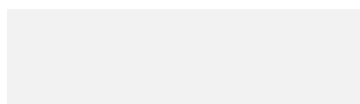
VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I: dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

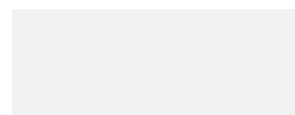
Datum zadání diplomové práce: **15. listopadu 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 15. listopadu 2018



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...5.4.2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá depresivitou u adolescentů v souvislosti s psychosociálním kontextem. Teoretická část se dělí na 3 kapitoly. První kapitola se věnuje vývojovému období adolescence a změnám, ke kterým v tomto období dochází. Následující kapitola se zaměřuje na příčiny, symptomatologii a léčbu deprese u adolescentů. Třetí kapitola teoretické části pojednává o prediktorech výskytu depresivity, vztazích v adolescenci a sebepojetí. Praktická část diplomové práce je orientovaná kvantitativně a zjišťuje nejen výskyt a míru depresivních projevů, ale také vnímání vzájemných vztahů adolescentů s rodinou, vrstevníky a školou.

Klíčová slova: depresivita, adolescence, vývojové změny, prediktor depresivity, vztahy v adolescenci, sebepojetí

ABSTRACT

This diploma thesis deals with teenagers' depressivity in connection with psychosocial context. Theoretical part is divided into 3 chapters. First chapter focuses on teenager's development period and related changes. Next chapter deals with causes, symptomatology and therapy of teenagers' depression. The last chapter of theoretical part describes predictors of depression occurrence, teenager's relationships and self-concept. Practical part's target is to find not only occurrence and rate of depressive acts but also perception of teenager's mutual relationships with families, same-age people and school. Practical part is quantitative oriented.

Keywords: depressivity, adolescence, developmental changes, predictor of depressivity, relationships in adolescence, self-concept

Velké poděkování patří především paní PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, rady a veškerou pomoc. Ráda bych také poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření diplomové práce. Obrovské díky patří také mojí rodině, přátelům a všem, co mi během studia pomáhali a podporovali mě.

Motto:

„Naším hlavním smyslem v tomto životě je pomáhat druhým. A pokud jim nemůžete pomoci, alespoň jim neublížte.“

Dalajláma

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ADOLESCENCE	13
1.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	14
1.2 KOGNITIVNÍ ZMĚNY	16
1.3 EMOČNÍ ZMĚNY	17
1.4 OSOBNOSTNÍ ZMĚNY	19
2 DEPRESE A DEPRESIVITA U ADOLESCENTŮ	21
2.1 SYMPTOMATOLOGIE DEPRESE	22
2.2 PŘÍČINY VZNIKU DEPRESE	24
2.2.1 Rizikové faktory ovlivňující vznik deprese	25
2.2.2 Teoretické modely deprese	27
2.3 KLASIFIKACE DEPRESE	28
2.4 FORMY DEPRESE U ADOLESCENTŮ	29
2.5 LÉČBA DEPRESE U ADOLESCENTŮ	30
3 VZTAHY JAKO PREDIKTOR VÝSKYTU DEPRESIVITY U ADOLESCENTŮ	34
3.1 SOCIALIZACE.....	35
3.2 BUDOVÁNÍ VZTAHŮ V ADOLESCENCI.....	36
3.2.1 Vztah k rodičům	37
3.2.2 Vztah ke škole	38
3.2.3 Vztah k vrstevníkům	40
3.3 SEBEPOJETÍ	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	46
4.1 HLAVNÍ, DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	46
4.2 HLAVNÍ A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ CÍLE	47
4.3 POJETÍ VÝZKUMU	48
4.4 VÝZKUMNÉ NÁSTROJE.....	48
4.4.1 Sebeuposuzovací škála dětské depresivity (CDI)	48
4.4.2 Coping Tomáše Kohoutka (CTK).....	51
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	53
4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ DAT	55
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	57
5.1 OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ	65
5.2 OVĚŘENÍ RELIABILITY TESTOVÝCH METOD	69
6 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE	71
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	86

SEZNAM OBRÁZKŮ	87
SEZNAM TABULEK.....	88
SEZNAM GRAFŮ	89
SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

V současné době se téma depresivita a deprese u adolescentů dostává čím dál více do popředí, hlavním důvodem je neopomíjená závažnost tohoto onemocnění, které má značně skrytý charakter. Nárůst výskytu depresivity je do určité míry dán rychlým životním tempem, náročnými životními situacemi a s tím souvisejícím stresem, ale také zvyšující se odpovědností za svá rozhodnutí.

Podle Světové zdravotnické organizace je deprese druhou nejčastější chorobou na světě a trpí jí až 6 % obyvatel ve střední a západní Evropě. Předpokládá se, že do roku 2030 se stane civilizační chorobou, což může být důsledkem dnešní uspěchané doby zaměřené především na výkon a úspěch (WHO, 2012). Na dospívající osoby jsou v současné době kladeny vysoké nároky a to nejen ze strany rodiny a školy, ale také celé společnosti. Křivohlavý (2013, s. 146) uvádí, že 4-8 % adolescentů zažívá některé z příznaků tohoto onemocnění. Zahraniční statistiky uvádí, že dvě třetiny dospívajících osob se potýkají s poruchami nálad, anhedonií, úzkostí a antisociálním chováním (Borchard, 2018). Negativními vlivy, které mohou narušovat zdravý psychický vývoj jedince, se zabývá zejména sociální pedagogika, jež má k psychologii velmi těsný vztah. V souvislosti s projevy depresivity je také nutné zmínit roli sociálního pedagoga, který se v ní musí umět orientovat, aby úspěšně zvládl své působení na cílovou skupinu a byl tak kvalifikovaným profesionálem. Sociální pedagog musí porozumět člověku jako sociální bytosti a respektovat jeho začleněnost do rodiny, třídy či vrstevnické skupiny (Helus, 2015, s. 326-327).

Depresivní projevy působí na řadu významných oblastí života dospívajícího jedince v této vývojové fázi. Mezi tyto oblasti můžeme řadit například mezilidské vztahy, sebehodnocení či výkon ve škole. Stejně jako u dospělých osob mají depresivní projevy u adolescentů dlouhodobý a často se opakující průběh, což výrazně narušuje kvalitu života a nese s sebou další vážná rizika. Cílem této práce je zjistit výskyt a míru depresivity u adolescentů v souvislosti s působením vnějších faktorů, které mohou s depresivními projevy souviset. V diplomové práci jsme mezi tyto vlivy zařadili vztah k rodinným příslušníkům, vrstevníkům, škole a vlastnímu sebehodnocení.

V teoretické části diplomové práce popisujeme vývojové období, biologické, kognitivní a emoční změny v adolescenci. V druhé kapitole vymezujeme významné aspekty, způsobující depresi, její symptomy a následnou léčbu u adolescentů. Třetí kapitola nám

podává obraz o vztazích v adolescenci jako prediktor výskytu depresivity, se kterou souvisí problematika vztahů se socializačními činiteli. Praktická část obsahuje design výzkumného šetření, výzkumný soubor a nástroje, které jsme v práci použili. Následně popisujeme zpracování dat a interpretaci výsledků v závěru výzkumného šetření.

Diplomová práce má sloužit k porozumění projevů depresivity u adolescentů v psychosociálním kontextu. Tím můžeme docílit nalezení optimálního řešení náročných situací, ale také se více zaměřit na účinnější osvětu a prevenci, poněvadž bez porozumění není prevence ani efektivní pomoc možná.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ADOLESCENCE

V tomto období dochází ke komplexní proměně dítěte v dospělého jedince. Můžeme hovořit o téměř jedné dekádě lidského života. Vývoj, kterým člověk prochází z hlediska biologického, psychického a sociálního a zahrnuje tělesnou zralost, rozvoj kognitivních schopností, emoční vývoj a stabilizaci prožívání a chování (Blatný, 2016, s. 99). Adolescence s sebou přináší po bouřlivé pubescenci viditelné zklidnění a konstruktivnější přístup k životu a vynořující se dospělosti (Helus, 2018, s. 284).

Název období adolescence je odvozený z lat. *adolesco*, *adolescere* = dorůstat, dospívat či vyvíjet se (Končecová, 2014, s. 211). Ashford (2018, s. 285) uvádí, že adolescence začíná kolem 10. – 12. roku života a končí přibližně okolo 22. roku života. Siegel (2016, s. 13) vymezuje období adolescence od 12 až do 24 let a uvádí, že v dospívání dochází ke změnám v mozku, tudíž se mění způsob přemýšlení, vzpomínání, soustředění a rozhodování. Tyto změny v adolescenci navozují několik typických vlastností pro dospívající mysl: vyhledávání nového, intenzivnější zapojení se do společnosti, zvýšené emoční prožívání a tvořivé objevování. Sigelman a Rider (c2012) tvrdí, že nástup puberty, který začal předčasně, může v adolescenci představovat zvýšené riziko depresivních projevů.

Na začátku této životní fáze je významným mezníkem pohlavní zralost a ukončení povinné školní docházky, na konci je ekonomická nezávislost a nástup do zaměstnání či vysokoškolské studium (Vašutová a kol., 2010, s. 211). Průběh dospívání je závislý na specifických kulturních a společenských podmínkách, ze kterých vyplývají požadavky společnosti ve vztahu k adolescentům. V současné době se dospívající chtějí, nejrychleji zbavit dětských atributů a sociální podřízenosti. Snaží se získat větší práva a svobodu rozhodování, avšak zodpovědnost a povinnosti akceptují velmi neochotně. Z psychosociálního hlediska délka dospívání začíná dříve a končí později (Vágnerová, 2012, s. 367-368).

Adolescenti v této životní fázi čelí krizi identity a odpovídají si na otázku „Kdo jsem?“. Hlavním úkolem dospívajícího je utvořit si pocit vlastní identity, akceptovat normy společnosti, vytvořit si vlastní hodnoty, přijmout morální principy společnosti, stát se nezávislými na autoritě rodičů a vytvářet si vztahy. Z adolescenta se postupně stává osobnost, osvojuje si charakteristické vzorce myšlení, chování a emocí, které mají vliv na jeho interakce s prostředím (Šimíčková-Čížková a kol., 2008, s. 111).

Adolescence bývá rozčleněna do dvou navazujících stádií. První polovina adolescence je označována jako tzv. raná adolescence, ve které dochází především k biologickému dospívání a nejbouřlivějším vývojovým změnám. Nástup zrání je individuální a u dívek k němu dochází o dva roky dříve než u chlapců (Blatný, 2016, s. 100). Dospívající jedinec vnímá svět kolem sebe jako nespravedlivý, na základě čeho si musí osvojit přesvědčení, že je nejdůležitější se postarat sám o sebe a svoje životní potřeby, čímž ve společnosti obstojí a přežije (Patrick a Gibbs, 2012). Pro toto období je velmi významné osamostatňování se od rodičů, vytváření si životního stylu, ztotožňování se s vrstevníky a vytváření si přátelství. Adolescent začíná mít svůj názor na svět, velký vliv na něj mají vrstevníci, okolí a především rodina. Potřeba být respektován se stále zvyšuje (Béřeš, 2013, s. 106).

V druhé polovině dospívání jde především o postupné přejímání role dospělého, přijímání společenských nároků a získávání potřebných kompetencí k úspěchu v životě. Vstup do této fáze je biologicky vymezen pohlavním dozráváním a dosažením reprodukční schopnosti. V těchto letech dochází k celkové stabilizaci osobnosti adolescenta z hlediska hodnotové a profesní orientace či vztahu k druhým lidem (Blatný, 2016, s. 100). Dospívající získávají nové sociální role, které jsou spojené s vyšší prestiží, než role dětské. Emancipace z vázanosti na rodinu je dokončena a vztahy s rodiči se zklidňují a stabilizují (Vágnerová, 2012, s. 370).

Dospívající jedinci mají představu tzv. ideálního „já“, se kterým porovnávají své aktuální osobní charakteristiky. Nové vykonstruované „já“ může jedince dovést až k drásavým sebelustracím, které často vyvolávají negativní prožitky, jakými jsou strach, úzkost, stud, pocit viny, smutek či deprese (Poláčková Šolcová, 2018, s. 161).

1.1 Biologické změny

Období adolescence je velmi důležitým biologickým mezníkem. Tělesné zrání se projevuje nejen viditelnými, ale i pociťovanými důsledky (Vágnerová, 2012, s. 737). Ve vyspělých průmyslových zemích světa dochází k uspíšení začátku dospívání. O tomto urychlování růstu a vývoje adolescenta hovoříme jako o sekulární akceleraci. Názory odborníků jsou rozporuplné, poněvadž se nedokážou sjednotit, zda se uspíšil i psychický vývoj jedince. Jedno ze stanovisek tvrdí, že je tělesná akcelerace doprovázena zpožděním psychického vývoje. Jiné názory uvádí, že vývoj probíhá souměrně stejným tempem (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 16).

V tomto období je u chlapců výrazný růst do výšky, zmužnění postavy a získávání proporcí dospělého muže. Zatímco dívčí postava se více zaobluje a stává se výrazně ženskou (Skorunková, 2013, s. 116). Dosažená fyzická síla dodává pocit sebejistoty a soběstačnosti. Chlapce zajímá, jestli mají dostatečně široká ramena a velké svaly, dívky zase sledují, zda je jejich postava perfektně štíhlá. Velký důraz adolescenti shledávají v zevnějšku, jelikož se vlastní tělo stává předmětem pozornosti. Toto zaujetí může dosahovat až hypochondrické intenzity (Říčan, 2014, s. 194). Obecně můžeme říci, že fyzická atraktivita zvyšuje sebevědomí a v kolektivu vrstevníků má vysokou hodnotu. Tělesný vzhled je velmi významnou součástí identity dospívajícího (Hoy a Perry, c2012, s. 448-449).

Také dochází ke změnám v oblasti hlavy a tváře. Brada se rýsuje a začíná vynikat, čelo se zvětšuje a mohou být viditelné první vrásky. Barva vlasů je tmavší než v dětství. Pleť je drsnější a často se objevují nedokonalosti jako je akné, které vzniká v důsledku hormonálních změn díky zvýšené činnosti mazových žláz. Až 85% dospívajících jedinců trápí kožní onemocnění – akné (Thorová, 2015, s. 426). Dětský výraz se ztrácí převážně u chlapců a objevuje se sekundární pohlavní znak, vousy na okrajích tváře. Tvar hlavy a tváře má definitivní, charakteristickou podobu pro daného člověka, která se do stáří již nemění (Končecová, 2014, s. 214). Na konci tohoto období se růst zcela zastaví. Netvoří se žádné nové kosti a některé kosti srůstávají. Váha dospívajících se stabilizuje, postava se stává symetrickou, pohyby jsou plynulejší a harmoničtější. V oblasti nervové soustavy je vývoj ustálený. Dochází pouze k zesilování nervových vláken a tvarování nových dendritů. Současně s tím dochází k dozrávání mozku (Kopecká, 2011, s. 148).

Adolescence také bývá charakterizována jako polygamní stádium sexuálního vývoje. Projevuje se touhou experimentovat s novými kompetencemi. Jedná se o období, ve kterém se počítá s promiskuitou (sexuální vztahy nebývají vážné). Velký vliv zde má i společenský stereotyp, jež takové praktiky toleruje (Vašutová a kol., 2010, s. 212).

Adolescent se právem považuje za vyspělého, což také zvyšuje jeho sebevědomí. Avšak ne všichni dospívající se vyvíjí stejně. Tyto změny jsou velmi individuální, převážně v nástupu těchto změn (Končecová, 2014, s. 215). Na konci období adolescence zpravidla spokojenost s vlastním tělem se zvyšuje, avšak neustále dochází ke srovnávání vlastního těla s fyzickými kvalitami vrstevníků. Mnoho studií ukazuje, že většina dospívajících obou pohlaví se cítí být pod tlakem, aby se přiblížili ideálu krásy moderní společnosti a kritika vzhledu je nedílnou součástí života dívek i chlapců (Ayers a Visser, 2015, s. 194). Pokud

se jedinec v této oblasti cítí výrazně znevýhodněný, mohou se projevit pocity méněcennosti a nízkého sebevědomí (Vágnerová, 2012, s. 376).

1.2 Kognitivní změny

Kognitivní změny u dospívajících jsou podmíněny interakcí zrání a učení. Až na základě dostatečné zralosti z hlediska neurofyzilogického a získáváním potřebných zkušeností, může adolescent rozvíjet své kognitivní schopnosti (Vágnerová, 2012, s. 379).

Pro kognitivní vývoj u adolescentů je typický kritický realismus, na základě kterého adolescenti již na vyšší úrovni přezkoumávají nové poznatky. Dochází k odklonu od naivity a svět se stává realističtější. Avšak idealismus adolescenta stále přetrvává, čímž často může docházet ke střetu s realitou a konfrontace s psychicky náročnými situacemi může narušit jeho morální vývoj (Thorová, 2015, s. 428-429). Pro dospívající je také typický radikalismus a nekompromisnost, díky kterým projevuje jednostrannost v chápání určité skutečnosti, tudíž dochází ke zjednodušování okolností a radikálnímu prosazování získaných zkušeností (Šimíčková-Čížková a kol., 2008, s. 114). Také se zvyšuje samostatnost v myšlení, adolescent chce mít vlastní názory a ne je jen mechanicky přejímat od dospělých, často dochází ke střetům názorů s rodiči. Výjimečné nejsou ani projevy rivality mezi vrstevníky. Zvýšená koncentrace kritiky, poukazování na nedokonalosti může vést k lhostejnosti a odporu plnit zadané úkoly (Končková, 2014, s. 217).

Díky rychlému rozvoji motorických a percepčních schopností si adolescenti budují hlubší zájmy. Dochází k rozvoji ve vnímání, zejména zrakového, poněvadž velmi souvisí s rozvojem abstraktního myšlení (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 13). Dospívající přemýšlí nad různými abstraktními tématy jako je např. smysl života, demokracie či spravedlnost. Příznačné pro adolescenci je také tzv. bdělé snění jako přemítání potřeb do myšlenkových proudů. Snění má biologický význam, je možné v něm odreagovat nedovolené sny, přání či vyrovnat se s různými těžkostmi (Končková, 2014, s. 216).

Adolescenti jsou schopni hypoteticko-deduktivního a induktivního myšlení, vytváří si hypotézy a myšlenkové experimenty (Kučera, 2013, s. 149). Toto myšlení je označováno jako vědecké myšlení, poněvadž je založeno na principu, na kterém jsou ověřovány vědecké hypotézy. Schopnost přijmutí hypotetického problému poskytuje jedincům najít řešení bez ohledu na danou realitu či hypotézu. Dospívající by byli schopni přemýšlet a argumentovat na problematiku „sníh je černý“, zatímco děti ve školním věku by takové

úvahy považovaly za nesmysl, jelikož všichni vědí, že sníh je přece bílý. Na základě induktivního myšlení jsou adolescenti schopni zobecňovat poznatky a přemýšlet o „vztazích mezi vztahy“ (Vágnerová, 2012, s. 380).

Ke značnému rozvoji také dochází u exekutivní funkce, jinak řečeno schopnosti organizovat a plánovat myšlení za účelem dosažení určitého cíle. Na vrcholu je sociálně kognitivní myšlení, tím můžeme chápat uvažování o druhých lidech a také rekurzivní myšlení, což chápeme jako představu, jak jiní lidé přemýšlejí o jeho myšlení (Blatný, 2016, s. 101-102). Maxima dosahuje rozvoj inteligence, především ve flexibilitě myšlení. Zkouší více logických kombinací. Myšlení se stává více introspektivní a sebekritické, adolescent se ponořuje do svého vlastního nitra (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 115).

Důležité schopnosti získává s rozvojem formálních operací, rozumí svému myšlení jako cíli a dokáže o něm přemýšlet. V souvislosti s vysokou úrovní myšlenkových operací raději uvažuje do hloubky a dělá úsudky. Bere v úvahu více alternativních řešení problému, nesoustředí se pouze na jednu možnost řešení (Slater a Bremner, 2011, s. 522-523).

1.3 Emoční změny

Na období adolescence mají velký vliv nejen biologické a kognitivní změny, ale i na změny v oblasti emocí a citového prožívání. Regulace emocí je důležitým a zároveň nejriskantnějším milníkem vývoje. Adolescenti zažívají nové, dosud nepoznané emoce ve vyšších dávkách než kdy předtím. Dochází k nabývání významu sociální strategie regulace emocí. Studie uvádí, že je pro dospívající důležitější sociální opora ze strany přátel než rodičů (Poláčková Šolcová, 2018, s. 163).

Adolescenti jsou schopni velké míry empatie, projevů soucitu ve vrstevnické skupině, romantických citů a zaujímají více emočních perspektiv. Toto období je typické větší úměrností mezi zážitkem (intenzitou citu) a jeho příčinou (podmětem), z toho vyplývá, že city jsou přiměřenější podnětu (Thorová, 2015, s. 432). V průběhu adolescence dochází k re-organizovanosti regulace emocí, které souvisí zejména s navozováním stabilních vztahů, jež vedou k vyšší emoční stabilitě ve srovnání s počátkem dospívání. Citové projevy se dostávají více pod kontrolu, zvyšuje se sebekontrola projevování citů navenek (Poláčková Šolcová, 2018, s. 164). Objevuje se zvýšená zranitelnost při získávání nových regulačních strategií, což vede k projevům riskantnějšího chování, ke snížené obavě,

pouštět se do nových aktivit, zkoušet nové možnosti a experimentovat v různých sférách života (Blatný, 2016, s. 103).

Pro období dospívání je typický tzv. mechanismus kyvadla. I když je adolescent starší a na vyšším vývojovém stupni, tak přesto má infantilní chvíle a stejně tak dětinsky řeší své problémy (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 36).

V adolescenci také dochází k odlišnostem v psychice, které vycházejí z biologických, psychických a sociálních podmínek (Kozáková, 2014, s. 86). Intenzita emočních prožitků a pomalý rozvoj regulačních dovedností je důvodem zranitelnější psychiky adolescentů. A proto adolescence často bývá spojována s různými emočními proměnami. V důsledku tělesných změn může docházet k silným, často špatně ovladatelným výbuchům emocí (Obereignerů, 2017, s. 17). Objevuje se zvýšená nejistota, sebeuvědomování a hromadění kritiky z okolí, které často vede k utváření si negativních emocí. Což je hlavní příčinou smutku, znechucení, odtažitosti a komplexního negativismu. Zvyšuje se promítání vlastních pocitů a opakovaná analýza různých prožitků, tím se také zvyšuje sklon k anhedonii a depresivnímu vnímání, což způsobuje další problémy zejména v oblasti mezilidských vztahů (Vágnerová, 2012, s. 392). V adolescenci se také objevuje zvýšená úzkostnost. Jedinci jsou velmi senzitivní na komentáře svého okolí, kterým přikládají velkou významnost (Nakonečný, 2012, s. 260). Emoční prožívání jedinců v adolescenci se výrazně odlišuje od prožívání v rané adolescenci. Pro pozdní adolescenci je typická větší extrovertnost, vyšší stálost, menší impulzivita a emoční naladění související s erotičností a mravním cítěním (Skinner a Zimmer-Gembeck, 2016, s. 205).

Zahraniční výzkumy ukazují, že značná část osob v pozdní adolescenci je schopna vědomě ovládat své emoce, což má významný dopad na mnoho aspektů jejich života. Tito dospívající dokážou ve větší míře odolávat tlaku společnosti (Shaffer a Kipp, 2014, s. 377).

Konec období adolescence vyznačuje stabilitou v emočním a citovém prožívání. Náladovost a labilita se snižuje, důvodem je hormonální vyrovnanost směřující k pohlavní dospělosti. Významnou roli v emoční stabilitě hrají také dosavadní zkušenosti a schopnost na různé situace reagovat s klidnou hlavou (Vágnerová, 2012, s. 392).

1.4 Osobnostní změny

Osobnost jedince je utvářena interakcemi vlastností člověka, které mají vliv na jeho chování, myšlení a prožívání. K největším osobnostním změnám dochází právě u dospívajících osob. Vliv na vývoj osobnosti mají vnitřní i vnější činitelé. Mezi vnitřní činitele působící na vývoj osobnosti řadíme vrozené, dědičné a kongenitální vlivy. Vnějšími činiteli rozumíme psychologické vlivy, fyzické prostředí, společnost a také kulturu (Cakirpaloglu, 2012, s. 53).

V minulosti byly osobnostní charakteristiky považovány pouze za dědičné, avšak nynější studie uvádí, že na jejich utváření má významný vliv i prostředí. Podíl dědičnosti představuje přibližně 50 % (Thorová, 2015, s. 270). Také velký význam na rozvoj osobnosti má genetická výbava ve spojitosti s individuální zkušeností, poněvadž dochází k formování některých vlastností (poddajnost, optimistický pohled na svět či sebeprosazování). Hlavní úlohou ve vývoji osobnosti mohou hrát stimulatory (pomáhají procesu dozrávání) či stresory, zpomalující vývoj (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 7-8).

Vágnerová (2010, s. 130-131) přikládá velký význam stabilitě osobnostních rysů člověka. Omezenější stabilita těchto rysů je v dospívání ovlivněna skutečností, že všechny nemusí být ještě plně rozvinuty, a proto se mohou projevovat jinak než v dospělosti. Schopnost osobnostní charakteristiky narůstá s věkem.

K osobnostním změnám u adolescentů dochází tehdy, když zasahují do motivační hierarchie, kognitivních organizací a přizpůsobovacích pochodů. Na základě toho, jak jsou přijímání a vyhodnocování okolím, jsou nakloněni ke změně, jestliže se jejich sociální opora mění nebo vyžaduje změnu v nich samotných. Odlišnou oblast osobnostních změn představuje záměrné ovlivňování osobnosti, tlak sociálních skupin, institucí, výchovy či učení. Jestliže se jedná o záměrné působení na osobnost, změny se projevují jako vznik predispozic pro další jednání (Trpišovská, 2007, s. 104). V adolescenci mají všechny změny subjektivní význam a celistvá proměna osobnosti má velký vliv na sebepojetí a seberegulaci dospívajícího. Adolescent se snaží o sebevymezení a hledá jeho smysl. Vliv seberegulace je zřejmý hlavně v tom, že adolescent vědomě reaguje na spoustu změn v životě a důsledkem toho je, že udržuje kritický odstup od svého okolí (Kern et al., 2015, s. 159).

Dochází k osvojování si nových kompetencí, rolí a sociálního postavení ve společnosti. Proměny spojené s adolescencí představují velkou výzvu a nabízejí možnosti dalšího

rozvoje. A je jen na adolescentovi, jak tuto možnost využije. Utváření osobnosti souvisí s plněním vývojových úkolů, mezi které řadíme navazování přátelství, partnerských vztahů či dobrých výsledků ve škole. Úspěšné výsledky či naopak selhání v těchto úkolech má velký vliv na charakter dospívajícího a to ve směru jak pozitivním, tak negativním (Vágnerová, 2012, s. 452).

2 DEPRESE A DEPRESIVITA U ADOLESCENTŮ

Následující kapitola se bude věnovat depresivně a depresi v souvislosti s vymezeným obdobím, což nám umožní lepší pochopení a proniknutí do této problematiky. Nejdříve si vymežíme pojem a původ slova deprese.

Pojem *deprese* pochází ze slova *de*, které můžeme popsat jako tzv. „shora dolů“, a slova *premere*, jenž překládáme jako „tlačit“. Formu anglického slova *depress* můžeme v českém jazyce vystihnout významy, jako jsou potlačit či stlačit (Křivohlavý, 2013, s. 22). Tenenbaum (2018, s. 17) uvádí, že slovo deprese pochází z latinského *depressio*, znamenající „proláklinu“ či „stlačení“. Můžeme říci, že deprese zahrnuje stavy skleslosti, beznaděje, bezvýhodné situacemi pokles aktivity. V odborném slova smyslu se jedná o závažnou poruchu, která může vést až do psychotické hloubky (Kučerová, 2013, s. 23). Deprese je jedno z nejhorších psychických onemocnění, je to emoce, která ztratila svůj účel. Dochází k vystupňování normálního smutku do extrémních rozměrů. Toto onemocnění se vyskytuje v každém věkovém období, nedělá rozdíl mezi rasami, podnebími ani sociálními vrstvami. Ovšem v dospívání toto riziko značně stoupá (Vavrušová, 2008, s. 46).

Dospívání je dlouhá cesta, během které se adolescenti loučí se svým dětstvím i s představou o všemocnosti rodičů a začínají vstupovat do života dospělých lidí. Proto je každý dospívající postaven před obzvlášť náročný úkol: stát se nezávislým na rodině. Uvědomování si vlastní identity je zvláště zranitelné, a proto je nutné počítat s úzkostností, depresivitou, osaměním a nepochopením (Tenenbaum, 2018, s. 48-50). U deprese nehovoříme jen o intenzitě smutku, ale zejména o silném zásahu do každodenního života člověka. Od běžného smutku se liší především v tom, že deprese trvá déle, je intenzivnější než smutek a brání v běžném denním fungování (Praško a Prašková, 2015, s. 27). Toto prožívání je také popisováno jako velká tenze, bolestivé sevření, které člověka paralyzuje a je doprovázeno únavou, která znemožňuje vstát z postele i několik dní (Probstová a Pěč, 2014, s. 76)

Depresivní projevy u adolescentů je důležité posuzovat uvážlivě. V tomto věkovém období dochází více než kdy jindy k myšlenkám na smrt. Afektivita je velmi labilní, citové krize a zklamání nejsou ojedinělé (Kříž, 2008, s. 66). U deprese adolescentů můžeme shledávat spoustu společných znaků s depresí dospělých osob. Ke společným znakům řadíme ztrátu zájmu, komunikace, sociální fobii či hypochondrické stavy (Dudová, 2007, s. 29-31). Tyto

stavy se často mění během dne a to především bez zjevné příčiny. V případě, že dospívající jedinec trpí více než dva týdny intenzivními pocity skleslosti, které omezují jeho běžné fungování ve škole, práci či interpersonálních vztazích, je velmi pravděpodobné, že trpí depresí. Pro dospívajícího jedince, který trpí depresí, jsou stresové situace nesnesitelné. Velmi často dochází k tomu, že se adolescent snaží u vzniklých situacích předstírat, že se nic neděje a vše je v pořádku, čímž se vyvolaný stav stává ještě intenzivnějším. Nezřídka se stává, že se dospívající snaží „vyléčit“ svépomocí a to tím, že se uchýlí k užívání návykových látek. Výsledkem může být vzniklá závislost na alkoholu či drogách, problémy v rodině, ve škole a v horších případech problémy se zákonem (Carr-Gregg, 2012, s. 40).

2.1 Symptomatologie deprese

Při odhalování depresivní symptomatiky u dospívajících osob je nutné se zaměřit na typické a vodící znaky odpovídající projevům deprese. Jedná se o onemocnění celého organismu a postihuje celé tělo, chování a myšlení. Depresi můžeme chápat jako následek začarovaného kruhu pesimistického myšlení, depresivních prožitků a emocí, vyhýbavého chování a tělesných příznaků onemocnění (Praško a Prašková, 2015, s. 57). Základní abnormalita v depresi je změna nálady: člověk, který je depresivní, je smutný a plný zoufalství (Black and Andreasen, c2011, s. 142). Hlavním symptomem deprese je patická nálada, která se projevuje bez zjevného důvodu (Zvolský a kol., 2005, s. 91). Adolescent má pocity smutku, úzkosti a apatie. Schopnost radovat se úplně vymizela, neumí se rozhodnout, ztrácí naději na lepší budoucnost (Prymachuk, 2011, s. 308).

Deprese u adolescentů může mít podobně jako v dospělém věku psychotické symptomy a může být spojena se somatickými příznaky (Vavrušová, 2008, s. 145). Podle Suché a Dolejše (2016, s. 21) mezi typické příznaky řadíme pocity nudy, podrážděnosti, riskantní projevy chování spojené s požíváním psychoaktivních látek. Také nespavost, únavu, prudké kolísání nálad, opakované selhávání ve škole, změny hmotnosti a chuti k jídlu, beznaděj či zoufalství. Bernaras et al. (2011) zde řadí i ztrátu smyslu života, nervozitu, výbušnost a myšlenky na smrt. Existuje všeobecná shoda, že dospívající trpící depresivní symptomatologií mají nižší sebevědomí než ti, kteří nejsou depresivní.

Depresi často předchází úzkost, což znamená kolaps intrapsychické i interpersonální rovnováhy. U adolescentů se často setkáváme s tzv. tichou rezignací, čímž rozumíme zasněnost a izolaci (Poněšický, 2012, s. 45-47). Typické pro osoby trpící depresivními pro-

jevy je pesimistické vnímání a zpracování veškerých (i radostných) událostí a prožitků (Praško, Látalová a kol., 2013, s. 408).

Deprese u dospívajících se také vyznačuje rychlým střídáním lhostejnosti a apatie s upovídaností a rapidním navazováním nových kontaktů bez citové vazby. Pocity smutku a beznaděje jsou spojovány s hostilitou a úzkostným sebepozorováním (Miňhová a Lovasová, 2018, s. 159). Časté jsou pocity prázdne hlavy, zpomaleného myšlení, které funguje jen v oblasti strachu a obav. Aktivita je velmi snižena, doprovázená strachem, váhavostí a nerozhodností a nepouští se do žádných nových činností (Cowen et al., 2012, s. 207). Každá maličkost znamená neřešitelný problém. Veškeré řešení problémů je odsouváno, což způsobuje zhoršení depresivních projevů. Nežrídka u adolescentů dochází k tomu, že se uchýlí k sebe-destructivnímu chování a sebepoškozování, které může mít formu vynechávání stravy, vytrhávání vlasů, řezání se žiletkou na těle či způsobování si jiné fyzické bolesti. Důvodem takového počínání je snaha u ulevení duševního utrpení (Vavrušová, 2008, s. 79-80). Za nejtěžší formu deprese u adolescentů považujeme bludy a sluchové halucinace, které odpovídají aktuální náladě (Dudová a Hrdlička, 2006).

Hort a kolektiv (2008) rozlišuje symptomy z oblasti:

- **Kognitivní** – poruchy pozornosti, nerozhodnost, neschopnost sebehodnocení, suicidální myšlenky, negativní myšlenky, ztráta či omezení zájmů či úplné selhání,
- **emoční** – úzkost, častá plačtivost, pocity beznaděje a nudy,
- **afektivní** – intenzivní střídání nálady, časté poruchy myšlení a vnímání, zoufalství,
- **motorické** – apatie, podrážděnost, ztráta motivace a energie,
- **somatické** – únava, zrychlený srdeční tep, bolesti hlavy, poruchy spánku,
- **sociální** – odmítání kontaktu s přáteli a vrstevníky, avšak zároveň odmítání být sám se sebou, vyhledávání riskantních aktivit či promiskuita.

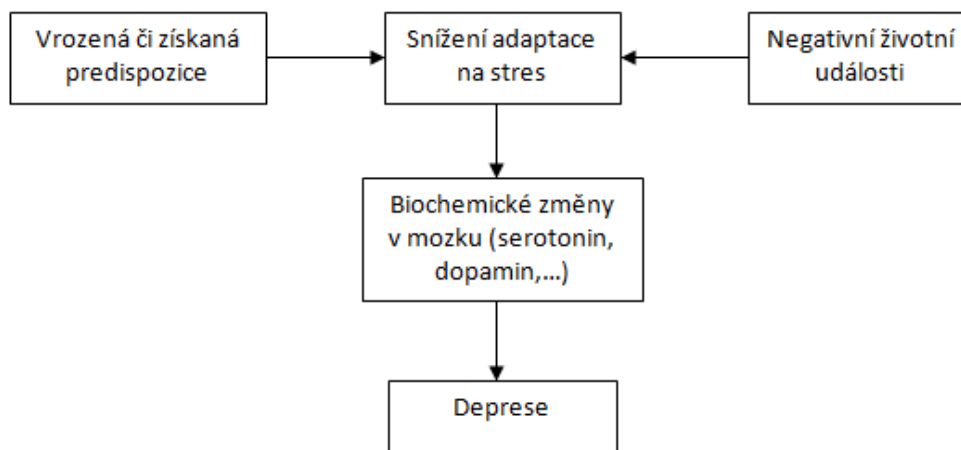
Dušek a Večeřová - Procházková (2015, s. 159) doplňují, že adolescenti, procházející depresí pociťují trvalý strach, který může vyvolat fyzické symptomy. Mezi časté oblasti výskytu řadíme hrudník a krk, osoby si stěžují na bušení srdce, svírání či tíhu hrudníku. Mezi další symptomy můžeme řadit silné migrény, zvracení, zácpu, pocity na omdlení, bolesti žaludku, zad či jiných částí těla.

2.2 Příčiny vzniku deprese

Deprese je duševní onemocnění, jež je výsledkem velkého množství vlivů a jejich intenzity. Hovoříme o modelu multifaktoriálním, tedy o vlivu biologických, psychologických a sociálních faktorů (Probstová a Pěč, 2014, s. 77). V současnosti neznáme jednoznačnou příčinu či příčiny, které by byly přijaty a potvrzeny. Pozornost je také věnována genetickým, neurobiologickým a psychosociálním příčinám (Praško, Láta-lová a kol., 2013, s. 415).

Depresivní poruchy u adolescentů mohou být epizodické a jejich nástup bývá velmi pozvolný. Při vzniku depresivních projevů předpokládáme jistou kombinaci a působení biologických a psychosociálních faktorů, které vytvářejí dispozici k onemocnění. Tuto náchylnost tvoří nadměrná citlivost a zvýšená zranitelnost. Tudíž zda člověk s touto dispozicí onemocní depresí, závisí na vzájemném působení různých příčin. Především záleží na událostech, které se objeví v životě člověka a nakolik jsou pro něj náročné, zatěžující a stresující (Praško a Prašková, 2015 s. 59). Náročné životní události obvykle mají společný znak, kterým je ztráta. Nejčastěji hovoříme o smrti blízké osoby, odloučení, rozchodu, ztrátě jistoty a bezpečí (Vavrušová, 2008, s. 80-81). Na rozvoji depresivních projevů se také podílí nadměrný stres a s tím spojené konflikty, frustrace a prožitá traumata, která bývají spouštěčem, nikoliv příčinou této poruchy. Stres tělu odpovídá na potencionální či reálné ohrožení rovnováhy organismu. Dlouhodobým stresem dochází v mozku ke změnám rovnováhy, což způsobuje rozvoj poruch nálady (Pugnerová a Kvintová, 2016, s. 113).

Obrázek č. 1: Schéma vzniku depresivní poruchy



(Praško a Prašková, 2015, s. 59)

Vavrušová (2008, s. 80) tvrdí, že významným faktorem podílejícím se na vzniku deprese je také vnitřní sekrece, především pohlavních žláz. Na základě tohoto vlivu může onemocnění propuknout v důsledku hormonální nerovnováhy, a to v adolescenci, klimakteriu ženy, těhotenství nebo po porodu. Opakované projevy se také často váží na roční období, především na jaro a podzim. Dalšími vlivy může být např. nedostatek vitamínů či slunečního světla.

Osoby, které vidí sebe, okolnosti a budoucnost negativně, stejně jako lidé, kteří nemají rozvinuté sociální dovednosti či jsou závislí na druhých osobách, častěji trpí depresí (Praško, Látalová a kol., 2013, s. 415). U adolescentů významnou roli hraje oblast negativního vnímání vlastního těla. Vyšší náchylnost způsobující rozvoj deprese se objevuje u osob, které se neumějí pochválit a odměnit, tedy jsou více závislí na pochvale a odměně druhých osob (Vavrušová, 2008, s. 80-81). Také k depresi řadíme nadměrnou potřebu povzbuzování, oceňování a snášení špatné kritiky. Lidé náchylní k depresím jsou méně asertivní, což se projevuje zejména neschopností říci v určitých situacích „ne“, kdy je to na místě, tudíž nastává problém v oblasti sebeprosazení a vyjadřování negativních pocitů (Praško a Prašková, 2015, s. 61-70).

Riziko onemocnění depresí u adolescentů mladších 18 ti let se až 3x zvyšuje v případě, že se deprese vyskytla u obou rodičů (Sadock, c2009, s. 133). Je nutné podotknout, že se dědí určitá dispozice k onemocnění depresí, nikoliv nemoc sama. Avšak ani v současné době nelze s úplnou přesností odhadnout míru, do jaké je přenos sklonů k depresím daný geneticky či depresivním chováním rodičů (McWilliams, 2015, s. 243).

2.2.1 Rizikové faktory ovlivňující vznik deprese

V životě adolescenta se nemusí stát nic určitého, co by vyvolalo náhlé propuknutí tohoto onemocnění, proto přikládáme důležitost rizikovým faktorům.

Vavrysová (2018, s. 40) do rizikových faktorů způsobující propuknutí deprese u dospívajících řadí:

- nevyhovující, konfliktní rodinné prostředí,
- snížené sociální dovednosti,
- rodičovská psychopatologie,
- způsoby zvládnání stresu,
- slabé nebo žádné vztahy s přáteli či vrstevníky.

Carr-Gregg (2012, s. 48) se zaměřuje především na interpersonální faktory, které mohou být příčinou vzniku deprese, řadí zde:

- problémy ve škole (nezvládání školní zátěže, dítě je obětí šikany či kybershikany, neschopnost zapadnout do školního kolektivu),
- ztráta blízké osoby (rodič, sourozenec či kamarád),
- domácí násilí,
- rozchod s partnerem,
- rozvod rodičů,
- zneužívání návykových látek,
- přetrvávající nemoc či úraz.

Vavrušová a kol. (2008, s. 84) doplňují, že deprese koreluje s určitými osobnostními rysy, jako je určitá rigidita, obsedantnost, zábrany či dominance. Rizikové faktory ovlivňující vznik deprese doplňuje o:

- osamělost,
- opakující se fázi deprese,
- změnu sociálního statusu,
- závažné somatické onemocnění,
- ztrátu matky před 11. rokem života,
- poporodní stav.

V současné době známe vnitřní a vnější ochranné faktory, které napomáhají ke snížení rizik tohoto onemocnění u dospívajících ohrožených depresí a také usilují o zachování duševní stability. Je prokázáno, že negativní vlivy, jako je dlouhodobý život v chudobě, fyzické či psychické zneužívání, rozluka rodičů či násilí v rodině mohou zapříčinit rozvoj deprese. Duševní stabilitu také mohou narušit vnitřní rizikové faktory. Shledáváme se s určitými typy osobností, které jsou depresí více ohroženy (Carr-Gregg, 2012, s. 49-50). Můžeme hovořit například o pesimistech, kteří se vyznačují negativním myšlením a pohledem na svět, ale také o osobách, které mají sklon být úzkostnější. Pozitivum shledáváme na tom, že rizikové faktory lze vykompenzovat pomocí ochranných faktorů a mezi ně řadíme kvalitní sociální vztahy, životní spokojenost a také schopnost zvládat nadměrnou zátěž a stres (Hales et al., 2011, s. 152).

2.2.2 Teoretické modely deprese

K lepšímu porozumění deprese byly sestaveny teoretické modely. Každý z modelů klade důraz na komplexní děj, který nazýváme depresivní reakce. Vymežíme si 8 základních modelů.

- 1. Analytický model** – popisuje depresi jako ztrátu nejbližšího milovaného objektu. U malých dětí hovoříme o separaci od rodičů. Spitz v roce 1946 popisuje anaklitickou depresi, což je deprese založená na ztrátě pouta k milované osobě, která uspokojovala potřeby dítěte (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 63). Na separaci je nejvíce citlivý kojeneček ve věku přibližně osmi měsíců, v tomto období je separační úzkost na vrcholu. Po úspěšném překonání tohoto období je batole schopné krátkodobého odloučení od rodiče bez výrazných projevů úzkosti. Dítě si v prvním roce začíná vytvářet pocit bezpečí a jistoty, který mu napomáhá rozdělit osoby na neohrožující. V případě, že dojde k odloučení od osoby, která zajišťuje pocit jistoty a bezpečí dochází u kojenců k již zmiňované anaklitické depresi. Schopnost reakce se u dítěte obratem mění, z usměvavého kojence se stává plačtivé až apatické dítě, jenž reaguje odmítáním potravy, komunikace a pohybu. V posledním stádiu dítě leží s otevřenými očima a reaguje jen na bolestivé podněty. Tento stav může být nevratný a dítě umírá na respirační infekci (Hort a kol., 2008).
- 2. Behaviorální model** – vychází z nedostatku pozitivního upevňování. Zdůrazňuje nedostatek sociálních dovedností, pasivní přístup a úbytek činností, které v člověku vyvolávají pocity potěšení a radosti. Významnou roli hraje podpora vs. odmítání v psychosociální souvislosti (Pešek, 2018, s. 25).
- 3. Model naučené bezmocnosti** – hovoří o deficitu vzájemného vztahu mezi chováním a pozitivními či negativními událostmi. Jde o nedostatek ve všech úrovních vývoje (Hort a kol., 2008, s. 191).
- 4. Kognitivní model** – popisuje depresi jako strategii negace. V tomto modelu deprese vzniká aktivací dysfunkčních kognitivních schémat (tzn. škodlivými myšlenkovými postoji), objevují se v triádě negativních myšlenek. Tudíž hovoříme o pesimistickém pohledu na svět, sám sebe, budoucnost, zlehčování vlastních úspě-

chů, negativní úsudky, pocity viny či odmítání pozitivního myšlení (Pešek, 2018, s. 25).

5. **Stresový model** – vysvětluje vznik deprese jako nahromadění negativních událostí v životě adolescenta (rozchod, úmrtí, nadměrné fyzické tresty či zneužívání).
6. **Sociologický model** – hlavní příčinou vzniku deprese je deficit sociální podpory a ocenění. Přichází pocit osobního selhání a neúspěšnosti.
7. **Genetický model** – je dán genetickými faktory a osobnostními specifiky jedince v souvislosti s vlivem negativních vnějších faktorů.
8. **Biochemický model** – usiluje o definici psychosyndromů a jednotlivých mozkových celků popisovaných určitým neurotransmiterem. Míra deprese se u dospívajících jedinců zvyšuje s věkem a nepodmínečně souvisí s hormonálními změnami, u adolescentů s depresí je přítomna zvýšená sekrece kortizolu (Hort a kol., 2008, s. 192).

2.3 Klasifikace deprese

Depresi u adolescentů řadíme dle MNK-10 k diagnostickým kategoriím (F30 – F39). Základní vlastností je porucha nálady a afektivity. Depresivní poruchy jsou řazeny v rozmezí F32 – F34 (ÚZIS, 2018).

- F32.0 Mírná depresivní fáze
- F32.1 Středně těžká depresivní fáze
- F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
- F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky
- F32.8 Jiná depresivní fáze
- F32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná
- F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze mírná
- F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká
- F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických příznaků

- F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky
- F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi
- F33.8 Jiné periodické depresivní poruchy
- F33.9 Periodická depresivní porucha

Depresivní fáze jsou popisovány změnami nálady a aktivity, anhedonií, snížením zájmů a zhoršení koncentrace. U všech výše zmíněných fází musí být doba trvání dva týdny a více (Hort a kol., 2008, s. 203).

2.4 Formy deprese u adolescentů

V podkapitole vymezujeme základní formy deprese, které se u adolescentů mohou objevit.

- **Neurotická deprese**

Tato forma deprese vzniká v důsledku neřešených a odložených problémů. Základním znakem je pocit ztráty spojený s úzkostným aspektem. Dochází k tomu, že jedinec si projde tzv. opuštěním (reálným či smyšleným), jež je doprovázeno s pocitem studu, což je spojeno s odmítnutím. Tudíž úlohou deprese je zaplnit vzniklé prázdné místo prožívané jako ztrátu. Tato forma deprese je doprovázena hysterickými, obsedantními či fobickými syndromy. Velmi časté jsou různé emoční změny, dramatizace emocí, intolerance požadavků, které narušují citový život. Obsesivní problémy jsou popisovány jako přehnaný perfekcionismus s neustálými obavami v oblasti pořádku či jednotlivých detailů. Jedinec má potřebu vše zvládnout, apeluje nejenom na sebe, ale i na své okolí. Jedinec usiluje o nalezení jistoty v hodnotě sebe sama a v neustálé podpoře ze strany okolí (Tenenbaum, 2018, s. 34-35).

- **Endogenní deprese (bez vnějšího spouštěče)**

Tato forma deprese je často nazývána jako „velká deprese“ a vzniká z vnějších příčin organismu a často ne zcela z vysvětlitelných důvodů. Mnohdy se objeví u osob, které mají klidný a pohodový život, jsou tělesně zdraví a jsou spokojeni ve škole či zaměstnání (Kučerová, 2013, s. 24-28). Endogenní deprese zdůrazňuje nedostatek v produkci neurotransmiterů v mozku. Je totožná s depresivní fází bipolární poruchy. Endogenní deprese je poměrně vzácná, mezi příznaky řadíme sníženou koncentraci, nedostatek energie, pomalost či agitovanost (Carr-Gregg, 2012, s. 41). Jedinci trpí depresivními syndromy, ke kterým přibývá neschopnost cokoliv předpovědět. Osoby žijí pouze v přítomnosti bez

stanovení jakýchkoliv životních cílů. Tato forma je často doprovázena přehnanými záchvaty pocitů viny (Cowen et al., 2012, s. 207). Osoby trpí velkým strachem, že budou potrestány, a proto žijí v obavách. Strach je paralyzuje, bojí se ztráty peněz, hmotných statků, ale i tělesných končetin. Pro endogenní depresi je typické, že osoba lehce usne a budí se mezi půlnocí a třetí hodinou ranní. Osobě s touto formou deprese se vede mezi dvěma depresivními fázemi dobře. Endogenní deprese se zpravidla objevuje po 30. roku života. U tohoto typu deprese je léčba velmi účinná (Tenenbaum, 2018, s. 34-35).

- **Exogenní (reaktivní) deprese**

Hovoříme o nejčastější formě deprese, objevuje se v důsledku spouštěcí události či nějaké těžké životní situace. Tato forma deprese má jasnou příčinu, je přímým následkem těžkého stresu a přetrvávajícího traumatu spojeného se ztrátou jako je úmrtí blízkého člověka, rozvod, ztráta zaměstnání, tělesné onemocnění či vedlejší účinek nějakých léků (Kučerová, 2013, s. 25). Reaktivní deprese většinou začíná ihned po prodělání těžkého stresu či životní změny. U některých žen je důvodem menopauza. Jediní obvykle trpí duševně i fyzicky. Reaktivní deprese také může souviset s násilím fyzickým, psychickým či emocionálním například v manželství a rodině. Tato forma deprese může přejít do chronické fáze (Tenenbaum, 2018, s. 36).

2.5 Léčba deprese u adolescentů

Léčba deprese je běh na dlouhou trať, ve kterém je důležité si stanovit několik postupných cílů. Úspěšná léčba zahrnuje čtyři základní složky: farmakoterapii, rodinnou intervenci, psychoedukaci a v neposledním případě velmi důležitou individuální psychoterapii. Každý případ je velmi jedinečný, proto se jednotlivé metody posuzují na základě individuálního případu adolescenta. Komplexní léčba má za cíl odstranění příznaků onemocnění, zamezit opětovnému vzplanutí choroby a obnovit původní kvalitu života. Již od osmdesátých let se většina odborníků přiklání k tomu, že je nutné depresivní projevy u adolescentů léčit farmakoterapeuticky i psychoterapeuticky (Goetz, 2005). Papežová (c2014, s. 272) akcentuje důležitost kombinace psychoterapie a farmakoterapie, poněvadž je efektivnější než pouze farmakoterapie samotná. Terapie je složena z léčby akutního stavu, následně navazuje stabilizační léčba a posléze léčba udržovací. Praško a Prašková (2015, s. 79) uvádí, že u akutního stavu depresivních projevů je cílem zmírnit a odstranit vzniklé symptomy. Léčba trvá většinou přibližně kolem tří měsíců, ovšem může být také kratší či delší. Po odeznění akutní epizody nastupuje udržovací léčba, ve které je cílem dosáhnout

zlepšení na dobu šest až devět měsíců. Osoba se obvykle cítí dobře, avšak příznaky jsou překryty léky a po vysazení se u velkého procenta lidí znovu objeví depresivní projevy. Poslední tzv. profylaktická (udržovací) léčba pokračuje několik let i celý život po ukončení udržovací léčby. Probíhající terapie musí splňovat určité zásady – být co nejméně omezující, nicméně optimální zdravotnímu stavu a psychosociálnímu kontextu.

Před započítím léčby je důležité u adolescenta stanovit terapeutický plán a zvažují se proměnné:

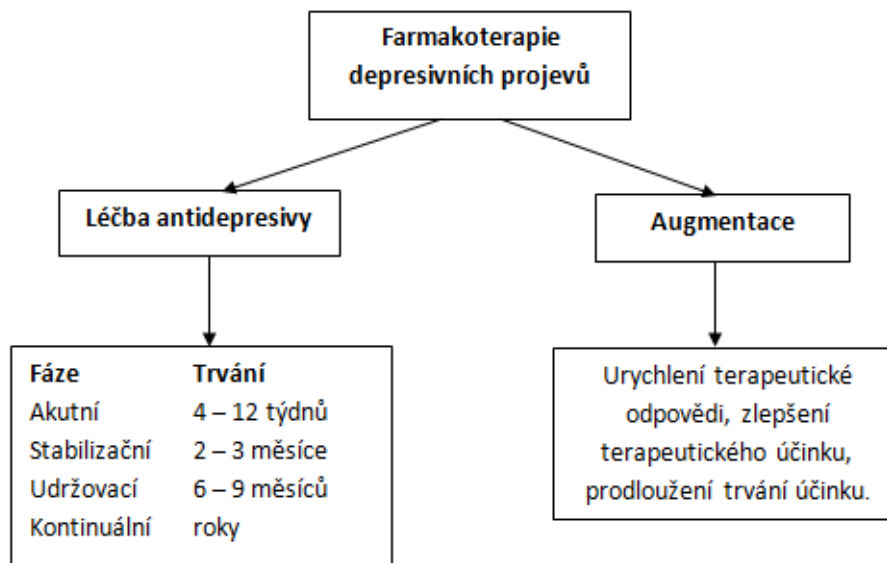
- věk adolescenta a vývojové období, ve kterém se zrovna nachází,
- úroveň sociálních a kognitivních dovedností,
- příznaky, které jedince brzdí v jeho běžném životě (např. úzkost či suicidální myšlenky),
- typ deprese a
- možnost rodiny podílet se na léčbě.

(Hort a kol., 2008, s. 206)

Farmakoterapie

K indikaci farmakoterapie u adolescentů se přistupuje v případech, že depresivní příznaky způsobují trvalé zhoršení výsledků ve škole, úplnou ztrátu komunikace s vrstevníky a okolím či dochází k projevům rizikového chování. Jak již bylo zmiňováno, antidepresiva jsou vybírána typem deprese, věkovým obdobím a léčbou aktuálního stavu (Hort a kol., 2008, s. 207). V souvislosti s biologickou léčbou, tedy antidepresivy, je často zmiňován gen, který zodpovídá za přenos serotoninu. V současné době jsou moderní antidepresiva založena na ovlivnění receptorů ve štěrbinách neuronů k přenašečům nervového signálu (serotonin, noradrenalin, atd.), a proto antidepresiva začínají účinkovat až po dvou až třech týdnech od jejich nasazení. Odborníci tvrdí, že je vhodné začít léčbu s nízkou dávkou a pomalu stoupat (Probstová a Pěč, 2014, s. 84).

Obrázek č. 2: Farmakoterapie depresivních projevů



(Hort a kol., 2008, s. 207)

Pro antidepresivní chování adolescentů je typické, že se neprojevuje pocitem zlepšené nálady, ale spíše dochází k mírnění až úplnému vymizení symptomů. Můžeme hovořit například o úpravě spánku, chuti k jídlu, zklidněním, zlepšením sociální adaptace a komunikace (Hort, 2008, s. 208).

Psychoterapie

Pod psychoterapií si můžeme představit určité formy léčby, ve kterých jsou využívány psychologické poznatky. Podstatou psychoterapeutických postupů je podpora zdravých, nepoškozených částí osobnosti. Tato forma pomoci pomáhá obnovit běžný pocit kontroly nad svými prožitky, vnímáním, emocemi a myšlenkami. Psychoterapie pomáhá dospívajícímu porozumět tomu, co se s ním děje, také se učí, jakým způsobem zacházet se vzniklými problémy v životě. Také dochází k procvičení a trénování dovedností, které mohou bránit rozvoji opětovné fáze deprese (Praško a Prašková, 2015, s. 86). U psychoterapie adolescentů se využívají takové přístupy, které usilují v co nejkratším čase o co největší zlepšení depresivních příznaků. Opravdu účinná terapie musí adolescenta doprovázet po celou dobu léčení až do vysazení medikace (Tenenbaum, 2018, s. 64).

Nejčastěji využívanou je **kognitivně-behaviorální terapie**. Tato terapie pracuje s myšlením lidí, učí ovládat chování a monitorovat depresivní symptomatiku (Probstová a Pěč, 2014, s. 84). Je založena na přesvědčení, že naše myšlenky a názory mají velký vliv na prožívání. Tudíž neužitečné a iracionální myšlenky vyvolávají úzkost a depresi. Cílem

terapie je pomoci adolescentům, aby ignorovali pesimistické myšlenky a osvojili se pozitivní vzorce myšlení, které podporují vidinu lepší budoucnost.

Druhou nejčastěji využívanou terapií je **psychodynamická terapie**, která se zaměřuje na zpracování osobního významu kontextu deprese. Cílem této terapie je zmírnit emocionální bolest adolescenta a základem je psychoanalytická domněnka, že bolest je způsobovaná nevědomými motivy. Psychodynamická terapie je dlouhodobá a zabývá se vlivem dětství a zkušeností na současné prožívání. V této terapii dochází ke zvláště dobrým výsledkům u poruch, které se objevily už v dětství. Po ukončení by měl adolescent zvládat konflikty všedního života a zlepšovat sociální vazby a výkonnost ve škole (Carr-Gregg, 2012, s. 69-71).

3 VZTAHY JAKO PREDIKTOR VÝSKYTU DEPRESIVITY U ADOLESCENTŮ

V této kapitole se zaměříme na vzájemné vztahy u adolescentů. Mezi stěžejní jsme zařadili vztahy k rodičům, ke škole, k vrstevníkům a k sobě samotnému.

Člověk jako sociální bytost je velmi závislý na interpersonálních vztazích. Hlavním předpokladem těchto vztahů je to, že se dva lidé ocitají ve vzájemné interakci a tyto interakce zanechávají určitou „stopu“ v podobě příjemného či nepříjemného dojmu, ochoty, neochoty, porozumění či v neporozumění (Slaměník, 2011, s. 99).

Adolescence je vývojově důležité období hledání rovnováhy ve vztazích. Na jedné straně je proces transformace vztahů k rodičům a autoritám vedoucí k rovnováze. Na straně druhé utváření nových vztahů s vrstevníky a dalšími cizími lidmi je významnou součástí budování identity mladého člověka. Vztah k druhým osobám, skupinám a společnostem je důležitým atributem jedince. Prvotní vztahy k nejbližším lidem ve svém okolí a později k dalším lidem, tvoří sociální prostředí jedince a jsou předpokladem dobře fungujících vztahů v rodině, ale také vrstevnických, přátelských a partnerských vztahů (Macek a Lacinová, 2012, s. 99).

Novou kvalitu interpersonálních vztahů řadíme k jedné z nejzákladnějších psychosociálních charakteristik období adolescence. Přestože je proces osamostatňování a diferenciací vztahů a vazeb kontinuální, dospívání je v hodně záležitostech klíčové pro převzetí rolí dospělých lidí. V tomto období jsou významné interpersonální vztahy s okolím (Macek, 2003, s. 37-38). Vztahy na dobré úrovni s vrstevníky a rodiči jsou silnými prediktory adaptace a funkčnosti v dospělosti. Nepřijetí vrstevníky zabraňuje rozvoji pozitivních vztahů a zpomaluje sociální učení. Dospívající se tím dostává do bludného kruhu zvyšujícího se sociálního handicapu (Thorová, 2015, s. 199). Často u mladých lidí převažuje pocit, že se navzájem potřebují mnohem více, než potřebují dospělé (Siegel, 2016, s. 101).

V případě, že adolescenti v průběhu této vývojové etapy nenavážou dobré vztahy s rodinou, vrstevníky či autoritami, jsou více ohroženi psychickými potížemi, zejména depresivitou (Vašutová a kol., 2010, s. 231).

3.1 Socializace

Celoživotní proces, ve kterém dochází k integraci do společnosti, nazýváme **socializace**. Vývojem se jedinec mění v kulturní bytost a v dospělosti dokáže fungovat a obstát v lidské společnosti, ale zároveň i jako individuální bytost. Mezi dospívajícím a společností dochází k vzájemnému působení, ve kterém je jedinec ovlivňován společností ale i sám ji mění. Tímto procesem si člověk osvojuje jazyk, společenské normy, hodnoty a sociální role (Thorová, 2015, s. 181).

K socializaci osobnosti může docházet dvěma způsoby: spontánně a prostřednictvím institucí. Tyto dvě formy se navzájem ovlivňují a doplňují. Již od útlého věku se děti účastní činností dospělých a spontánně je napodobují. Společným prvkem obou forem socializace je učení se na základě vlastní zkušenosti. Ta je důležitá nejen v dětství, ale i v dospívání, když vlastní aktivitou zvyšujeme své sociální kompetence a schopnost se efektivně adaptovat na sociální prostředí (Kollárik, 2014, s. 74-75).

Mezi hlavní socializační činitele řadíme:

- sociální skupiny, do kterých je jedinec začleněn (rodina, škola nebo vrstevníci),
- osoby, se kterými vstupuje do vztahu (matka, otec, sourozenci, učitelé či trenéři),
- sdělovací prostředky (internet, knihy, televize, časopisy atd.).

(Thorová, 2015, s. 181)

Osobnostní a sociální vývoj dospívajícího ovlivňují nejen zmínění socializační činitelé, ale také různé volnočasové skupiny a zájmové kroužky, díky kterým se adolescent rozvíjí i z hlediska profesního. Účast na organizovaných aktivitách, návštěvy klubů určené pro mládež či zapojení se do jiných spolků nebo komunit, přináší mladistvému důležitou životní zkušenost. Spolupráce s druhými lidmi na různých činnostech je pro ně samotné obohacující (Blatný, 2016, s. 108).

Adolescent v tomto období má intenzivní pocit dospělosti. Silná je potřeba uznání této dospělosti ostatními lidmi. Dospívající totiž touží po tom, aby nebyl považovaný za dítě, ale za dospělého. Vědomí dospělosti a z něj vyplývající zvýšené sebevědomí je základem boje adolescenta za osobní autonomii a samostatnost. Dospívající jedinec chce samostatně rozhodovat o svém životě, chce být citově a morálně nezávislý na svém okolí, jednoduše chce mít všechna práva dospělých (Končecová, 2014, s. 228). Avšak někdy je snaha o nezávislé jednání určitou pózou před vrstevníky než odrazem opravdové samostatnosti.

Pro adolescenty je důležité, jak se dospělí v určitých situacích chovají a jaký zaujmají postoj k různým problémům. Důležitost sledávají v dostupnosti dospělých pro případ, že by mohli potřebovat jejich pomoc a podporu (Blatný, 2016, s. 107).

Jedná se o období proměny sociálního očekávání a přípravy na profesní roli. V této oblasti dochází k zásadním změnám. Na konci adolescence je významným mezníkem nástup do zaměstnání či další vzdělávací instituce. Dochází ke změně prostředí, které se musí přizpůsobit a chovat se dle stanovených pravidel. V rámci odlišných sociálních skupin jsou specifikovány různé role a s nimi spojené postavení.

- **Rodina** - stále osobně významné prostředí se sociálním zázemím, do kterého se adolescent rád vrací, i když již došlo k odpojení se od rodiny.
- **Škola** - významná z hlediska dalšího určení sociálního zařazení. V tomto prostředí dochází k proměně hodnotové hierarchie.
- **Vrstevnická skupina** – nejvýznamnější zdroj emoční a sociální opory. Vznikají symetrické vztahy typu přátelství a dalších trvalejších partnerství. Na konci adolescence je typická orientace na sebe sama a svůj význam má individuální sebevymezení.
- **Pracoviště** – má vliv na utváření sociální identity adolescenta, který je definován jak profesní rolí, tak institucí.

(Vágnerová, 2012, s. 397-398)

3.2 Budování vztahů v adolescenci

V tomto období probíhá proces postupného vyrovnávání, harmonizace a integrace vztahů mezi adolescenty a dospělými. Vzájemné vztahy se upravují v pozitivním slova smyslu. Adolescent není ve vztahu k jiným lidem tak nekompromisní jako pubescent, umí hodnotit jejich klady i zápory. K chybám a nedostatkům je tolerantnější a snaží se je pochopit. Ustupují antipatie, ale také přehnané sympatie (Končerková, 2014, s. 228). Také se výrazně rozšiřuje spektrum interpersonálních vztahů i prostor, ve kterém dochází k vazbovému chování. Velmi významné jsou vztahy s rodiči a je nutné na ně nahlížet v souvislosti se vztahy k dalším osobám, dospělým autoritám i vrstevníkům, jež mají významné sociální postavení a vztahy mají vysokou osobní hodnotu (Macek a Lacinová, 2012, s. 36).

Dospívající zpravidla pocítují velkou potřebu se sdružovat do vrstevnických skupin, kde vyhledávají možnosti identifikace, explorační a integrace kvalit druhých osob do vlastního

nové vzniklého „já“. Vrstevníci poskytují dospívajícím funkci vývojově důležitého „zrcadla“, protože jim umožňuje vyzkoušet si různé role, emoce a experimenty s odlišnými aspekty osobnostními potenciálu a sledovat, jaký bude mít jejich jednání dopad na vrstevnickou skupinu (Jedlička, 2017, s. 196).

S nástupem adolescence se úzce pojí potřeba blízkého přátelství. Tato přátelství jsou typická vysokou intimitou, vřelostí a vzájemnou otevřeností bez potřeby soupeření. Pokud jsou tyto vztahy dlouhodobé, stávají se zdrojem silné sociální opory. Přátelství pomáhají porozumět nejen sobě, ale i druhým a celkové podstatě budování vztahů. Přátelské vztahy, které vzniknou během dospívání, mívají dlouhodobý až dokonce celoživotní charakter (Blatný, 2016, s. 107-108). Význam těchto vznikajících přátelství je důležitý pro rovinu studijní, profesní, rodinnou a také pro budoucnost (Vašutová a kol., 2010, s. 231).

Výběr přátel je odrazem osobnostních rysů vybírajícího. Mají nutkavou potřebu se obklopovat takovými osobami, které se jim podobají ve svém hodnotovém systému. Volba je determinovaná tím, jaké osoby se nacházejí v okolí jedince, hodnotou, prestiží, jakou si u nich dospívající získal. Je nutné zdůraznit, že adolescent si vždy vyhledává osoby sobě podobné. V přítomnosti vrstevníků, kteří mají přibližně stejnou inteligenci, dovednosti a společensko-ekonomické postavení se adolescenti cítí být jistější a v bezpečí (Kohoutek, 2008, s. 118 – 119). Thorová (2015, s. 198-199) uvádí, že adolescenti, kteří mají více přátel, jsou zpravidla bezproblémově přijímáni širší vrstevnickou skupinou, často zlepšují svůj vztah ke škole a mají méně problémů v chování. Přijetí vrstevníky má pozitivní vliv na psychickou vyrovnanost, odolnost a sebeúctu. Avšak dospívající, kteří přátele nemají, častěji trpí pocitem osamění.

3.2.1 Vztah k rodičům

V tomto období jsou vztahy mezi adolescentem a rodičem převážně partnerské a dochází k vzájemnému sblížení. Rodina přijímá to, že se jejich dítě stává samostatnou osobností s určitými nároky na respekt a autonomii (Kopecká, 2011, s. 150). Tyto vzájemné vztahy obvykle směřují k symetrii, po dosažení plnoletosti rodiče snadněji akceptují právo na autonomní rozhodování o životě svých dětí. Adolescenti prožívají vztahy s rodiči ve více rovinách. Na jedné straně dochází ke vzdalování se od rodičů a uplatňování vlastní autonomie. Na druhé straně přebírají hodnoty, role a názory od svých rodičů (Macek a Lacinová, 2012, s. 28).

Adolescenti přestávají mít potřebu se demonstrativně vymezovat proti rodičům. Také může dojít ke vzniku úplně nové formy pozitivního vztahu dospívajícího a rodičů. V současné době hovoříme o období změny stylu komunikace v rodině. Velmi významné je především prosazování vlastních názorů tak, aby je přijali i rodiče. K prosazování by mělo docházet i ze strany rodičů, avšak už nejde o dominanci rodiče nad dítětem, vzájemný vztah musí především rodiče hodnotit jako rovnocenný (Vašutová a kol., 2010, s. 228). V případě, že rodiče setrvávají na svém autoritativním rozhodnutí, dospívající se snaží, co nejrychleji odpoutat od rodiny. Na základě špatné komunikace, ve které se rodiče k potomkovi chovají hrubě nebo se v něm snaží vzbudit soucit, oslabují vzájemné pouta a vyvolávají v adolescentovi vážné vnitřní konflikty (Končeková, 2014, s. 230).

Toto období je časem proměňujících se vztahů ke členům vlastní rodiny. Obzvláště rodiče, kteří tuto skutečnost neakceptují, poněvadž přicházejí o svoji nadřazenost, jejich vliv na potomka slábne. Je pro ně velmi obtížné se smířit s tím, že dítě od nich musí obdržet status dospělého člověka (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 83-84). Rodiče pro dospívajícího představují model jasně stanoveného způsobu života, kterým by se měl v dospělosti řídit. Separace od rodičů většinou nebývá popřením rodinných hodnot, ale jejich přeměnou. Adolescent potřebuje najít jejich subjektivní smysl (Kozáková, 2014, s. 90).

Dospívající si také začínají uvědomovat postavení rodičů, jejich péči a starosti o ně, oceňují význam rodinného prostředí. Adolescenti se stále orientují na své generační vzory, které jsou spojené s projevy a hodnotami odlišující se od generace rodičů (vkus, oblékání, názory atd.), (Vašutová a kol., 2010, s. 228). V průběhu dospívání se velká část mladých obrací na své rodiče z důvodu extrémního distresu, rodiče často fungují jako osoby citové vazby. Adolescenti, kteří mají jistotu, že se v případě opravdové nouze mohou vrátit k rodičům, odvážněji zkoumají možnosti života nezávisle na nich. Toto tvrzení se shoduje se zjištěním, že chování a jednání adolescentů vzájemně souvisí s pozitivním vztahem k rodičům (Macek a Lacinová, 2012, s. 33).

3.2.2 Vztah ke škole

Velmi specifickou a zároveň důležitou skupinou je školní třída, poněvadž zde dospívající tráví poměrně velké množství této vývojové etapy. Po ukončení povinné školní docházky přechází většina adolescentů na střední školu. Dospívající si díky přijetí nové role, středoškolského žáka, uvědomuje své budoucí společenské zařazení (Vágnerová, 2012, s. 416-417).

V současné době se klade velký důraz na pojetí vlivu školy v souvislosti s vývojem jedince a jeho vzájemné formování do modelu efektivní školní výuky a školního prostředí, ve kterém škola není chápána jako jednotná proměnná. Důležitou roli má kultura školy, způsob a formy výuky, přístup učitelů a vzájemné vztahy mezi spolužáky. Školní výkon dospívajících je hodnocen spolu se zvyšujícím se počtem povinností a tlakem učitelů a rodičů. Dítě je neúmyslně vystaveno velké psychické zátěži. Zvyšující se tlak a opakující se neúspěšnost může mít negativní dopad na další výkon adolescenta. Kvalita školského prostředí je považována za velmi důležitý faktor ovlivňující přístup dospívajícího ke vzdělávání (Thorová, 2015, s. 202-203).

Hlavní roli ve školní úspěšnosti hrají hodnoty rodičů a rodičovská očekávání. Na rodičovský styl se také klade velký důraz. Nejlépe jsou na tom žáci, kteří jsou vychováni v láskyplném rodinném prostředí, ale zároveň stanovují přiměřené hranice a požadavky na školní výkon (Blatný, 2016, s. 110). Na úspěšnosti žáků se podílí přibližně v 30 % prostředí, z toho 25 % je přisuzováno prostředí školy a 5 % rodinnému prostředí (Thorová, 2015, s. 202-203).

Škola je chápána jako prostředí sjednocující a vyrovnávající rozdíly mezi žáky. Podněcuje dospívající přemýšlet ve stejných kategoriích. Uvažování žáků je předvídatelné a odpovídá požadavkům konzumní společnosti. Dochází k rozvoji takových schopností a dovedností, které společnost považuje za důležité. Vztah ke škole je popisovaný jako transformovaný vztah k celé společnosti, hodnotám a normám, jež adolescent zaujímá. Nepřijetí těchto hodnot se projevuje odmítnutím vzdělání jako hodnoty skupiny dospělých osob (Vágnerová, 2012, s. 420).

V souvislosti se školou a školním prostředím hraje významnou roli postoj adolescentů k učitelům. V tomto období převažuje odmítání autorit, které vyžadují úctu. Za autoritu považují toho, kdo něco ví a dokáže. Váží si těch učitelů či vychovatelů, kteří jsou charakterově vzorní, správně oceňují přísnost, ale i člověka, kterého si váží. Jednání, které je založeno na poučování a nezakládá se na přesvědčivých argumentech, odmítají (Končeková, 2014, s. 231).

3.2.3 Vztah k vrstevníkům

Adolescenti se svými vrstevníky tráví až dvojnásobek svého času než s rodiči či jinými dospělými. Vrstevnická skupina sehrává velmi důležitou roli při utváření vlastní identity. Akceptace vrstevnickou skupinou je v průběhu dospívání jednou z nejdůležitějších sociálních potřeb. Hlavní podmínkou pro její členy je přizpůsobení se požadavkům skupiny (Janošová, 2016, s. 142-143). Konformita s vrstevnickou skupinou je na vrcholu, kdy se dokonce i v minulosti bezproblémoví adolescenti kvůli svému postavení ve skupině dopouštějí různých přestupků (Blatný, 2016, s. 107).

Vrstevníci mají spoustu výhod, na rozdíl od rodičů jsou schopni na problémy nazírat z vrstevnické perspektivy, tudíž chápou zvýšený zájem o vzhled a kontakty s opačným pohlavím. Pravidelné udržování kontaktu s vrstevníky pomáhá kompenzovat nepříznivé vlivy v rodině. Adolescent se v kolektivu učí upevňovat si sociálně-komunikační strategie, kterými rozumíme vyjednávání, přemlouvání, spolupráce, odpouštění či řešení konfliktů. V kolektivu také dochází k vytváření sociálního tlaku na jedince a mění tak jeho chování. Vrstevníci mohou dospívajícího směřovat ke kladnému chování, podněcují jeho pozitivní charakteristiky jako je čestnost a spravedlivost, na druhou stranu také mohou podporovat jeho negativní projevy, například agresivitu a kriminální činnost (Thorová, 2015, s. 198).

Vztahy s vrstevníky uspokojují široké spektrum psychických potřeb:

- **Potřebu stimulace** – uskutečňují společné aktivity a prožitky.
- **Potřeba smysluplného učení** – vrstevníci se stávají neformálními autoritami, které mohou mít na ostatní větší vliv než ostatní.
- **Potřeba jistoty a bezpečí**
- **Potřeba akceptace** – získat prestiž v období adolescence má větší význam než dříve, jelikož snižuje nejistotu a rozvíjí sebepojetí.
- **Potřeba určit si svá vlastní pravidla** – vychází z tendence k osamostatnění od dospělých.

(Vágnerová, 2012, s. 423).

Rodina a škola směřují mladého člověka k určité disciplíně, úctě ke starým lidem, k morálním projevům, vůči partnerovi, k sexuální zdrženlivosti atd. Oproti tomu ve skupině vrstevníků se často preferují opačné hodnoty. Adolescent potřebuje získat uznání mezi vrstevníky, ale zároveň chce udržet dobrý vztah s rodiči. Často není lehké tento úkol zharmonizovat (Končecová, 2014, s. 232).

V průběhu tohoto období se dospívající uvolňuje z vazeb rodiny, ale zároveň není schopen fungovat zcela samostatně, potřebuje podporu od lidí, kteří jsou na tom stejně jako on a může s nimi sdílet své záležitosti. Vrstevníci mají potřebu se nějakým způsobem odlišovat od ostatních lidí. Může k tomu docházet v rámci rituálů, úpravou stylu oblékání či preferencí určitého stylu hudby. Touha odlišit se dostává na vrchol (Vašutová, Panáček a kol., 2013, s. 85-86).

Ve vrstevnických vztazích dochází k ověřování různých forem mezilidských interakcí a společenských styků. Díky kritičnosti berou na vědomí význam tolerance a nalézání společných řešení problémů. Uplatňují své názory, ale také umí přistoupit ke kompromisu. Jednání ve skupině je zejména přímočaré a otevřené. S vrstevníky adolescent tráví hodně volného času, ale i času tráveného ve škole. Společně navštěvují různé koncerty, diskotéky, kina atd. Realizují své zájmy společně a také ve skupině objevují své intimní partnery (Vašutová a kol., 2010, s. 231-232).

Vztahy s vrstevníky mají velký význam, ale i zde dochází na konci tohoto období k odpoutání se od vrstevnické skupiny. Adolescent je vyspělejší a jistější, přestává se spoléhat na normy a názory skupiny. Dochází k tomu, že odmítá přijímat úplně vše, co skupina vyžaduje. Pokud by stále přetrvával důraz na skupinovou identitu, následující vývoj osobnosti by stagnoval. Proto by mělo dojít k separaci od vrstevníků stejně tak, jako odpoutání od vázanosti na rodinu (Skorunková, 2013, s. 120).

3.3 Sebepojetí

Sebepojetí (self-concept) můžeme definovat jako vidění či mentální reprezentaci sebe sama utvářející se v procesu socializace člověka a jeho interakce se sociálním prostředím (Blatný a Plháková, 2003, s. 92).

Se sebepojetím úzce souvisí sociální začlenění osobnosti. Stěžejním bodem je, že z reagování druhých lidí na to, jaký jedinec je, jaký by měl být a jak se chová, se učí být sám sobě objektem. Přistupuje k sobě samému tak, jak k němu přistupují druzí. Na základě vlastních zkušeností se svým vlastním reagováním na druhé, začíná jednat sám vůči sobě podle schématu svého vlastního jednání s ostatními lidmi. To nás vede ke zjištění, že prostřednictvím pohledu druhých lidí si ujasňujeme, kým jsme, jací jsme a čeho jsme schopni (Kollárik, 2014, s. 85). Také sebepojetí rozvíjí sebepoznání, které ovlivňuje aktuální jednání, chování a cíle jedince (Sokol et al., 2013, s. 2).

Z vývojového hlediska se člověk se stává osobností se vznikem vědomí „já“, které se vyvíjí již od útlého věku jako integrace pocitů, které vycházejí z nitra i povrchu těla až k pojetí sebe sama. Spolu s vědomím „já“ se vyvíjí sebepojetí a sebehodnocení (Nakonečný, 2015, s. 462–463). Rozvoj je zaznamenán i v seberegulaci. Jedinci během dospívání čelí různým krizím, způsobující narušení vzájemných vztahů s okolím, které v rámci této vývojové etapy musí zvládnout (Oettingen a Gollwitzer, 2015, s. 9).

K expanzi sebepojetí a vytváření vlastní identity dochází především v období dospívání, kdy se v jedné rovině setkávají tělesné, kognitivní, emoční a sociální proměny. Změny probíhají postupně a závisí na prostředí a zkušenostech z tohoto prostředí. Vývoj vnímání sebe sama je individuální proces, který ovlivňuje velké množství faktorů. Na formování obrazu sebepojetí se odráží také osobnostní charakteristiky adolescenta, jeho fyzické a psychické zdraví (Obereignerů, 2017, s. 16-17). Toto období je charakteristické kvalitativním prohloubením sebereflexe a nástup této kvality může být popisován jako její nový druh. Také se formuje tzv. jednotné sebepojetí a dosud nejednotný obraz sebe sama začíná být celistvějším (Stašová a kol., 2015, s. 66).

Sebepojetí dospívajících zahrnuje různé kategorie, které se stávají propojenější a obsahují různé nepřesnosti a falešné představy o sobě. Adolescenti chápou, že se u jednoho člověka mohou v důsledku okolností projevat různé vlastnosti a zároveň všechny mohou být součástí jeho osobnosti. Často používají výrazy, které charakterizují proměnlivost jejich projevů, například náladový, přizpůsobivý či vznětlivý. Adolescenti také vědí, že je jiní lidé mohou posuzovat různým způsobem, který se může lišit od jejich vlastního mínění. Berou na vědomí, že tyto názory mohou mít na základě různých okolností rozdílný význam. Navzdory kolísání se jejich sebepojetí a sebehodnocení stává konzistentnějším (Vágnerová, 2012, s. 456).

Jednou z významných složek sebepojetí dospívajících osob je školní výkon, který tvoří samostatnou oblast sebepojetí. Vnímá-li se adolescent pozitivně, hodnotí se i lépe v oblasti školních výkonů. Jestliže se hodnotí negativně, přenáší toto sebehodnocení i do sféry školy. Dospívající jedinci, kteří čerpají svoji sebejistotu z výkonu, obvykle se hodnotí stabilněji než ti, kteří se zakotvují zejména v názorech druhých osob (Poledňová, 2009, s. 7 - 19).

Další velmi důležitou složkou sebepojetí je také tzv. body image (vnímání vlastního těla), kterým rozumíme vědomí fyzické jedinečnosti a spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem.

Pojetí vlastního těla zahrnuje 3 základní aspekty:

- tělesný vzhled,
- zdraví,
- fyzickou zdatnost.

Se sebepojetím je úzce spojený sebecit, tj. přisuzování si vlastností a jejich sebereflexe. Značná část adolescentů si přisuzuje pozitivní hodnotu, vidí se v pozitivním obraze, pokládají se za inteligentní, vtipné, zajímavé či schopné (Nakonečný, 2015, s. 462–473). Avšak je nutné podotknout, že také část dospívajících trpí svým vnějším vzhledem a objevují se u nich pocity méněcennosti. Stydí se za své nedokonalé tělo a snaží se, v co největší míře skrývat své nedokonalosti, ale také pocity studu (Röhr, 2018, s. 159). Nejistota a nespokojenost se sebou samým bývá v této vývojové fázi běžná. Adolescent se zabývá více sám sebou, srovnává se s ostatními lidmi a odmítá původní vzory. Značný význam má tendence hledat nezpochybnitelnou pravdu, ideály, hodnoty a následně se s nimi ztotožnit (Obereignerů, 2017, s. 17). Röhr (2018, s. 9) uvádí, že příčinou skoro všech psychických poruch u adolescentů, pokud nemají organické nebo biologické pozadí, jsou problémy s narušeným sebepojetím, sebeúctou a sebereflexí.

Závěrečné shrnutí teoretické části

Teoretická část diplomové práce si kladla za cíl shrnout stěžejní poznatky z oblasti depresivity a depresivních projevů u adolescentů v souvislosti s vytvářením nových či udržováním stálých mezilidských vztahů v různých sférách života adolescenta. Fungování v těchto vztazích představuje do jisté míry určitou psychosociální zátěž, která ovlivňuje samotné přemýšlení, jednání a chování dospívajících osob a tím zvyšuje riziko vzniku depresivity.

Součástí první kapitoly je vymezení podstaty vývojového období adolescence a její základní změny, ke kterým v průběhu tohoto období dochází a jako komplexní systém působí na rozvoj dospívajícího. První změny můžeme vidět v oblasti fyzických proměn v rané adolescenci, následuje proces kognitivních, emočních a především také osobnostních změn, které jsou z části dědičného původu a z části ovlivněné prostředím, v němž adolescent vyrůstá, vzdělává se a tráví svůj volný čas.

V následující kapitole se věnujeme depresi a depresivitě u adolescentů, jejímu základnímu vymezení českými i zahraničními autory. Uvádíme základní symptomatologii, u které je velmi důležité se při odhalování deprese a depresivity zaměřit na její základní projevy. Rychlé odhalení těchto projevů ze strany okolí adolescenta zajišťuje včasnou a efektivní pomoc. V podkapitole příčiny vzniku deprese hovoříme o vlivech působících na jedince a ovlivňující jeho smýšlení. V současné době nelze jasně vymezit přesné příčiny vzniku deprese. Avšak víme, že velký vliv na jedince má působení nejen biologických, ale i psychologických a sociálních faktorů v souvislosti s kumulací rizikových faktorů a psychosociální zátěží každodenního života. Také se zaměřujeme na formy deprese u adolescentů a způsoby účinné léčby pomocí psychoterapie a farmakoterapie.

Třetí kapitola diplomové práce se orientuje na vzájemné vztahy u adolescentů. Nejen interpersonální vztahy, ale i vztah k sobě samému považujeme za hlavní prediktor výskytu deprese. Jak již bylo řečeno, v období adolescence dochází k významným změnám ve všech oblastech života jedince. Na základě těchto změn může být velmi obtížným úkolem pozitivní sebehodnocení, udržení či navazování nových kontaktů a vztahů. Mohou nastat problémy v komunikaci, které úzce souvisí s vývojovými změnami. Mění se přemýšlení a tím se mění i vztahy k rodičům, vrstevníkům, autoritám či postoj ke škole a především k sobě samému, což je významnou složkou tvorby identity dospívajícího. Adolescent tyto změny musí úspěšně překonat, aby mohl pokračovat do další vývojové fáze.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Obsahem praktické části diplomové práce je zkoumání depresivity u adolescentů v souvislosti s psychosociálním kontextem u neklinické populace. Období adolescence je velmi náročným a zdlouhavým obdobím pro dospívajícího i jeho rodinu a projít jím může znamenat nesnadnou cestu. Dospívající prochází psychickými změnami, které se mohou zapříčinit projevy depresivity. Duševnímu zdraví často hrozí velké spektrum nástrah a nebezpečí, počínaje triviálními problémy jako je lehčí forma úzkosti, kterou řadíme do normálních projevů dospívání, zatímco do závažných problémů řadíme projevy depresivity a deprese.

Faktory, které přispívají ke zpozorování deprese, jsou především problémy ve fungování rodiny, snížené sebehodnocení či stresové situace v životě. Ve společnosti se často setkáváme s předsudkem, že dítě je sice často nemocné, ale pouze tělesně, duševně jen v ojedinělých případech. Dítě osvobozené od pracovní zátěže a starostí nemůže nic trápit. Tuto naivní představu šťastného dětství a dospívání řadíme za již vyvrácený předsudek (Hort a kol., 2008, s. 199-200).

Ve výzkumném šetření zjišťujeme výskyt a míru depresivity u adolescentů, především proto, že se jedná o jedno z nejrizikovějších vývojových období a dochází v něm k významným změnám, kterým je potřeba věnovat pozornost.

4.1 Hlavní, dílčí výzkumné otázky a hypotézy

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaký je obraz a výskyt depresivity u adolescentů v psychosociálním kontextu?

Dílčí výzkumné otázky a hypotézy:

1. Jaký je výskyt depresivity u adolescentů?

2. Jaký je výskyt depresivity v závislosti na pohlaví adolescentů?

H₁: Předpokládáme, že existují rozdíly ve výskytu depresivity u chlapců a dívek v adolescenci.

3. Jaká je míra depresivity u adolescentů?

- a. Jaká je míra špatné nálady u adolescentů?
- b. Jaká je míra interpersonálních potíží u adolescentů?
- c. Jaká je míra nevykonnosti u adolescentů?
- d. Jaká je míra anhedonie u adolescentů?
- e. Jaká je míra sníženého sebehodnocení u adolescentů?

4. Jak adolescenti vnímají vztahy v psychosociálním kontextu?

- a. Jaký je vztah adolescentů k rodinným příslušníkům?
- b. Jaký je vztah adolescentů k ostatním lidem?
- c. Jaký je vztah adolescentů ke škole?
- d. Jaký je vztah adolescentů k vrstevníkům?
- e. Jaký je vztah adolescentů k sobě samému?

5. Existuje souvislost mezi psychosociální zátěží a depresivitou u adolescentů?

H₂: Předpokládáme, že existuje souvislost mezi psychosociální zátěží a výskytem depresivity u adolescentů.

4.2 Hlavní a dílčí výzkumné cíle

Hlavní výzkumný cíl:

- Zmapovat obraz depresivity a její výskyt u adolescentů v psychosociálním kontextu.

Dílčí výzkumné cíle:

1. Odhalit výskyt depresivity u adolescentů.
2. Zjistit výskyt depresivity v závislosti na pohlaví adolescentů.
3. Zjistit míru depresivity u adolescentů.
4. Zjistit, jak adolescenti vnímají vztahy v psychosociálním kontextu.
5. Odhalit souvislost mezi psychosociální zátěží a depresivitou u adolescentů.

4.3 Pojetí výzkumu

Diplomová práce s názvem *Depresivita u adolescentů v psychosociálním kontextu* zjišťuje výskyt a míru projevů depresivity u adolescentů neklinické populace. Vzhledem ke stanovenému výzkumnému cíli byl k ověřování hypotéz v této práci použit **kvantitativní** výzkum, realizovaný prostřednictvím dotazníkového šetření. Chráska (2016, s. 11) definuje „*kvantitativně orientovaný výzkum jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy*“. Na základě teoretických poznatků a dosavadních zjištění, které byly popsány v teoretické části, předpokládáme určité vztahy mezi pohlavím, mírou depresivity a vnímanou psychosociální zátěží.

4.4 Výzkumné nástroje

Pro potřeby výzkumu jsme zvolili kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření. V diplomové práci jsme využili dva dotazníky - Sebeuposuzovací škálu dětské depresivity (CDI) a Coping Tomáše Kohoutka (CTK).

4.4.1 Sebeuposuzovací škála dětské depresivity (CDI)

Prvním standardizovaným dotazníkem je Sebeuposuzovací škála dětské depresivity (Children's Depression Inventory CDI), která zjišťuje výskyt a míru depresivity. Dotazník byl sestaven americkou prof. Marií Kovacsovou v roce 1977 a vychází z Beckovy sebeuposuzovací škály depresí pro dospělé osoby. Revidovaná verze dotazníku se používá od roku 1982. V roce 1998 byl dotazník přeložen do českého jazyka Markem Preissem. Sebeuposuzovací škála dětské depresivity představuje výzkumný nástroj pro zjišťování míry depresivity u dětí a adolescentů.

Standardizovaný dotazník je určený pro děti a adolescenty. Dotazník obsahuje 27 položek, které zjišťují široké spektrum depresivních symptomů, aktuálních pocitů, poruch nálad, emočního prožívání a celkového sebehodnocení k sobě i druhým lidem. Dotazník přináší informace o charakteristice a intenzitě těchto prožitků a posuzuje především aktuální stav.

Všechny položky dotazníku jsou rozděleny do 5 subtestů (viz Tabulka č. 1). Každá položka CDI je zaznamenána na tříbodové škále (0 = absence symptomu; 1 = mírné projevy; 2 = výrazné projevy). Respondent zaškrtnává variantu, která nejlépe charakterizuje jeho pocity za poslední dva týdny. Celkové skóre se získává součtem hodnot odpovědí. Rozpětí skóre

je mezi 0–54 body. Z něj je usuzována míra depresivity u dětí a adolescentů. Vysoký skór znamená potenciální výskyt depresivity, nízký skór její absenci (Preiss, 1998).

Tabulka č. 1: Subškály – CDI

OBLAST	POČET POLOŽEK	NÁZVY POLOŽEK
<p>A - Špatná nálada (VO č. 3a)</p>	6	<p>1. Málokdy jsem smutný. Často jsem smutný. Pořád jsem smutný.</p> <p>6. Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát. Mám strach, že se mi může stát něco špatného. Vím určitě, že se mi něco hrozného stane.</p> <p>8. Za všechno špatné můžu já. Můžu za mnoho špatného. Za špatné věci obvykle nemůžu.</p> <p>10. Každý den je mi do pláče. Často je mi do pláče. Málokdy je mi do pláče.</p> <p>11. Všechno mě nudí. Často mě něco nudí. Jen málokdy se nudím.</p> <p>13. Vůbec se nedokážu soustředit. Je těžké se soustředit. Snadno se dokážu soustředit.</p>
<p>B – Interpersonální potíže (VO č. 3b)</p>	4	<p>5. Pořád je mi zle. Často se cítím špatně. Málokdy se cítím špatně.</p> <p>12. Jsem rád mezi lidmi. Často nechci být mezi lidmi. Vůbec nechci být mezi lidmi.</p> <p>26. Většinou udělám, co se po mně chce. Většinou neudělám to, co se po mně chce. Nikdy neudělám, co se po mně chce.</p> <p>27. Dobře vycházím s lidmi.</p>

		<p>Často se s někým hádám nebo peru. Pořád se s někým hádám nebo peru.</p>
<p>C – Nevýkonnost (VO č. 3c)</p>	4	<p>3. Skoro všechno dělám dobře. Hodně věcí dělám špatně. Všechno dělám špatně.</p> <p>15. K práci ve škole se musím pořád nutit. K práci ve škole se musím často nutit. Pracovat ve škole mi nedělá velké potíže.</p> <p>23. Ve škole se mi daří. Ve škole se mi daří hůře než dříve. Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem byl dříve dobrý.</p> <p>24. Nikdy nebudu tak dobrý jako ostatní děti. Když chci, můžu být stejně dobrý jako ostatní děti. Jsem stejně dobrý jako ostatní děti.</p>
<p>D – Anhedonie (VO č. 3d)</p>	8	<p>4. Mnoho věcí mě baví. Baví mě jenom něco. Nic mě nebaví.</p> <p>16. Každou noc spím špatně. Často spím špatně. Spím dobře.</p> <p>17. Málokdy jsem unavený. Často jsem unavený. Pořád jsem unavený.</p> <p>18. Většinou nemám chuť k jídlu. Často nemám chuť k jídlu. Mám chuť k jídlu.</p> <p>19. Nestarám se o různé své starosti a bolesti. Často mě trápí různé starosti a bolesti. Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.</p>

		<p>20. Necítím se sám. Často se cítím sám. Pořád se cítím sám.</p> <p>21. Ve škole nemám nikdy legraci. Málokdy mám ve škole legraci. Často mám ve škole legraci.</p> <p>22. Mám hodně kamarádů. Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich víc. Nemám žádné kamarády.</p>
<p>E - Snížené sebehodnocení (VO č. 3e)</p>	5	<p>2. Nic se mi nedaří. Nejsem si jistý, jestli se mi daří. Všechno se mi daří.</p> <p>7. Nenávidím se. Nemám se rád. Mám se ráda.</p> <p>9. Málokdy jsem smutný. Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. Chci se zabít.</p> <p>14. Vypadám dobře. Některé věci na mně nejsou hezké. Vypadám ošklivě.</p> <p>25. Nikdo mě nemá doopravdy rád. Nevím, jestli mě má někdo rád. Někdo mě určitě má rád.</p>

(Preiss, 1998)

4.4.2 Coping Tomáše Kohoutka (CTK)

Ke zjišťování zvládání psychosociální zátěže u adolescentů jsme využili pilotní verzi dotazníku CTK (Coping Tomáše Kohoutka), který sloužil k testování adolescentů v rámci studie ELSPAC. Dotazník slouží ke zjištění jednotlivých okruhů problémů vyvolávajících stresové reakce a ke zjištění stylu copingu u adolescentů. Autoři dotazníku se zaměřují na zvládání zátěže v adolescenci, poněvadž se domnívají, že toto období je z hlediska vývoje

zvládnání specifickým obdobím. Uplatňuje se nejen při náročných situacích, ale i v každodenním dění. Působení zátěžových situací se neomezuje pouze na konkrétní oblasti, ale šíří se také do dalších oblastí života. Dotazník CTK se skládá ze dvou částí. V rámci diplomové práce jsme využili pouze první část dotazníku. Tato část dotazníku se skládá z 28 položek a je rozdělena do 5 kategorií (viz Tabulka č. 2). Respondenti popisují na čtyřbodové škále 0 – 3 (0 = rozhodně nesouhlasím; 1 = spíše nesouhlasím; 2 = spíše souhlasím; 3 = rozhodně souhlasím) intenzitu problémů týkajících se různých oblastí života adolescenta (škola, vrstevníci, rodiče, ostatní lidé, identita). Celkové skóre získáme součtem hodnot odpovědí. Rozpětí skóre je mezi 0-84 body. Čím vyšší skóre jsme u adolescentů zaznamenali, tím obtížněji zvládají psychosociální zátěž (Kohoutek, Mareš a Ježek, 2008).

Tabulka č. 2: Kategorie – CTK

OBLAST	POČET POLOŽEK	NÁZVY POLOŽEK
Vztah k rodičům a rodině (VO č. 4a)	8	1. Hádáme se s rodiči. 2. Rodiče se mezi sebou hádají. 3. Špatně se snášíme se sourozencem/sourozenci. 4. V naší rodině došlo k nějaké závažné nepříznivé události. 5. Mám pocit, že mě rodiče příliš omezují. 6. Rodiče nejsou spokojeni s mými kamarády. 7. Rodiče jsou nespokojeni s mým školním prospěchem. 8. Rodiče nesouhlasí s tím, jak se chovám a jak se upravuji.
Vztah k ostatním lidem (VO č. 4b)	3	11. Mám neshody a problémy s některými z učitelů. 22. Mám více neshod s dospělými než dřív. 28. S mnoha lidmi si rozumím lépe než dřív.
Vztah ke škole (VO č. 4c)	4	9. Mám pocit, že nemůžu zvládnout učivo tak, jak bych měl/a. 10. Často nosím poznámky. 12. Škola mě nebaví, nejraději bych už do školy ne chodil/a. 13. V naší třídě jsou špatné vztahy.
		14. Někteří z mých vrstevníků se ke mně chovají nepřátelsky. 15. Mám potíže s láskou.

<p style="text-align: center;">Vztah k vrstevníkům (VO č. 4d)</p>	5	<p>16. S většinou svých vrstevníků si nerozumím. 17. Schází mi dobrý kamarád/kamarádka. 18. Mám málo volného času, který bych mohl/a trávit s kamarády/kamarádkami.</p>
<p style="text-align: center;">Identita – vztah k sobě samému (VO č. 4e)</p>	8	<p>19. Mám zdravotní problémy. 20. Jsem nespokojený/á se svými schopnostmi, s tím, co dovedu. 21. Trápí mě, že nevím, co chci dělat po ukončení školy. 23. Nemůžu se věnovat tomu, co chci a co plánuji. 24. Nevím si rady s některými svými pocity, které jsem dříve neznal/a. 25. Na řadu věcí se teď dívám o hodně jinak, než když jsem byl/a mladší. 26. Mám pocit, že nevím, co vlastně chci. 27. Představuji si, že bych chtěl/a hodně věcí ve svém životě změnit.</p>

(Kohoutek, Mareš a Ježek, 2008)

4.5 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor je tvořen adolescenty a vychází z výzkumného cíle diplomové práce. Výběrovým souborem výzkumného šetření jsou zejména žáci středních škol v České republice, osloveni budou žáci všech ročníků SŠ. Ve školním roce 2017/2018 bylo v ČR zapsaných celkem 1 308 středních škol a navštěvuje je 421 535 žáků (ČSÚ, 2018).

Langmeier a Křejiřřová (2006, s. 143) vymezují adolescentní věk od 15 do 22 let. Podle profesora Russell Vinera z Royal College of Paediatrics & Child Health by se měla adolescence upravit na 24 let a to především z důvodu, že mladí lidé žijí s rodiči přibližně do 25 let, než dokončí vysokou školu (Česká televize, 2018).

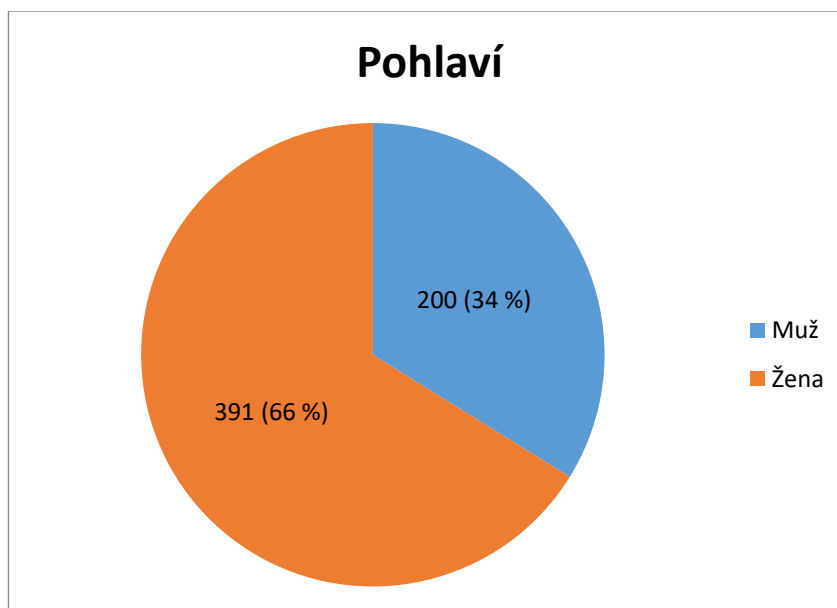
V rámci výzkumného šetření oslovíme školy, které budou vylosovány na základě prostého náhodného výběru, poněvadž usilujeme, o co nejvyšší reprezentativnost výzkumného souboru. V první fázi byly nejdříve vylosovány dva kraje ČR, vybíráno bylo ze všech 14 krajů. Vylosovány byly kraje Moravskoslezský a Královéhradecký. V druhé fázi jsme si pro účely našeho výzkumného šetření sestavili seznam středních škol, z již námi vylosovaných dvou krajů, který vychází z dat Rejstříku škol a školských zařízení v České republice. Na základě náhodného výběru jsme vylosovali z obou krajů 10 středních škol, které byly následně

osloveny k podílení se na výzkumu. Na spolupráci byly ochotné se podílet pouze dvě střední školy z Moravskoslezského kraje a jedna střední škola z Královéhradeckého kraje. Z důvodu zachování anonymity nejsou jednotlivé střední školy uváděny. Jelikož se podle našeho předpokladu nezúčastnil výzkumného šetření očekávaný počet žáků, rozhodli jsme se na základě dostupného výběru doplnit relevantní počet respondentů ze Zlínského kraje. Počet respondentů získaných dostupným výběrem odpovídal věkovému vymezení období adolescence. Jednalo se o osoby studující střední a vysokou školu ve věku od 15 – 22 let. Počet doplněných respondentů ze Zlínského kraje činil 130.

Dotazník celkem vyplnilo 631 respondentů, avšak 40 z nich muselo být vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění základních údajů. Tudíž se výzkumný soubor zmenšil na celkový počet **591 respondentů**.

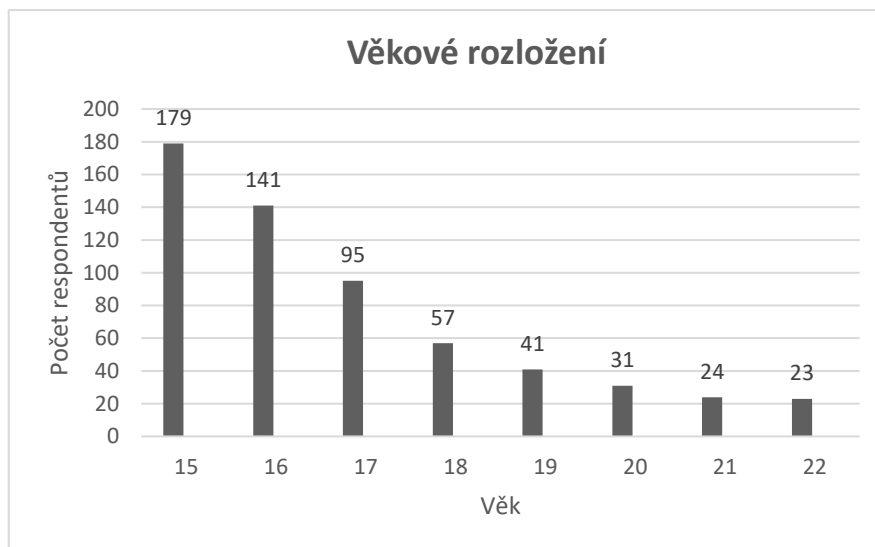
Zpracováno bylo 591 dotazníků. Pro větší názornost a přehlednost jsme data zobrazili graficky. Ve výzkumném souboru jsme pracovali s 391 (66 %) dívkami a 200 (34 %) chlapci v adolescentním věku.

Graf č. 1: Pohlaví respondentů výzkumného souboru (N = 591)



Ve věku 15 let byl největší počet respondentů, a to 179 (30 %). 16 let jsme zaznamenali u 141 (24 %) osob. Nižší počet představoval 17. rok, tedy 95 (16 %) adolescentů. Hranici dospělosti mělo 57 (10 %) respondentů. 19 let bylo 41 (7 %) respondentům. 31 (5 %) respondentů mělo 20 let. Rozdíl jednoho respondenta je u let 21 (24; 4,1 %) a 22 (23; 4 %).

Graf č. 2: Věk respondentů výzkumného souboru (N = 591)



4.6 Způsob zpracování a vyhodnocení dat

Výzkumný nástroj byl respondentům rozeslán v elektronické podobě. Po následném sběru dat jsme zahájili transkripci získaných dat a vložili jsme je do programu MS Excel. Data jsme zkompletovali a zvolili jsme jednoznačné označení, aby vyhodnocení bylo přehledné. Datová tabulka v řádcích obsahovala informace o jednotlivých respondentech, do sloupců jsme zaznačili jednotlivé položky dotazníku.

Statistickou analýzu dat a její vyhodnocení jsme provedli v programu STATISTICA 12. Při vyhodnocování dotazníku CDI jsme počítali skóre (0-54 bodů), čím vyšší skóre tím vyšší míra depresivity, zatímco nízké skóre udává nízkou míru či úplnou absenci depresivity. U vyhodnocení dotazníku CTK jsme také počítali skóre (0-84 bodů) platí, že čím vyšší skóre, tím hůře respondenti zvládají psychosociální zátěž.

V dotaznících jsme zjišťovali průměry a směrodatnou odchylku nejen jednotlivých, ale i celkových subškál a kategorií. U jednotlivých hypotéz jsme stanovili proměnné, na základě kterých jsme určili, jak je budeme vyhodnocovat. Hypotézy jsme testovali pomocí T-testu a Pearsonova korelačního koeficientu. K výpočtu reliability založené na analýze vnitřní konzistence testu využijeme Crombachův koeficient alfa. Výsledky analýzy dat jsou pro lepší názornost doplňovány tabulkami a grafy.

- Pro zjištění **DVO1** (Jaký je výskyt depresivity u adolescentů?), **DVO3** (Jaká je míra depresivity u adolescentů?) a **DVO4** (Jak adolescenti vnímají

vztahy v psychosociálním kontextu?) jsme využili deskriptivní statistiku. Zjišťovali jsme průměr a směrodatnou odchylku.

- U **DVO2** jsme stanovili hypotézu (H_1 : Předpokládáme, že existují rozdíly ve výskytu depresivity u chlapců a dívek), k jejímu ověření jsme vzhledem k povaze proměnných použili studentův T-test.
- U relační **DVO5** jsme také stanovili hypotézu (H_2 : Předpokládáme, že existuje souvislost mezi psychosociální zátěží a výskytem depresivity u adolescentů). K měření závislosti metrických proměnných jsme využili Pearsonův korelační koeficient.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Kapitola analýza a interpretace dat prezentuje výsledky výzkumného šetření. V této kapitole se zaměříme na zodpovězení jednotlivých výzkumných otázek, hypotéz a v závěru zjistíme reliabilitu testu.

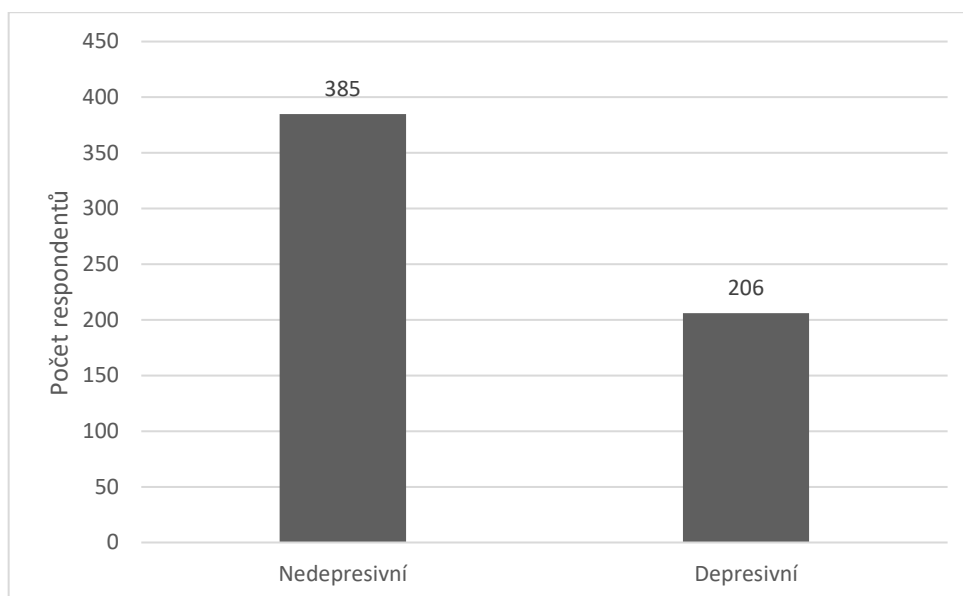
DVO1: Jaký je výskyt depresivity u adolescentů?

Dotazník CDI (Children's depression inventory) obsahuje 27 položek a je tvořen pěti subškálami (Špatná nálada, Interpersonální potíže, Nevýkonnost, Anhedonie, Snížené sebehodnocení). Skórování se pohybuje od 0 – 2 bodů, což představuje závažnost symptomatologického projevu (0 = absence projevu, 1 = mírné projevy, 2 = výrazné projevy). Čím vyšší skóre je u respondenta zaznamenáno, tím vyšší je výskyt projevu symptomu.

Náš výzkumný soubor tvoří adolescenti neklinické populace. Pro obecnou populaci je stanovena hranice cut-off skóre¹, které se pohybuje v rozmezí 19-20 bodů celého dotazníku.

Na základě odpovědí dospívajících osob na hranici 20 bodů dosáhlo či ji překonalo 206 (35 %) respondentů, nižší skóre jsme zaznamenali u 385 (65 %) respondentů.

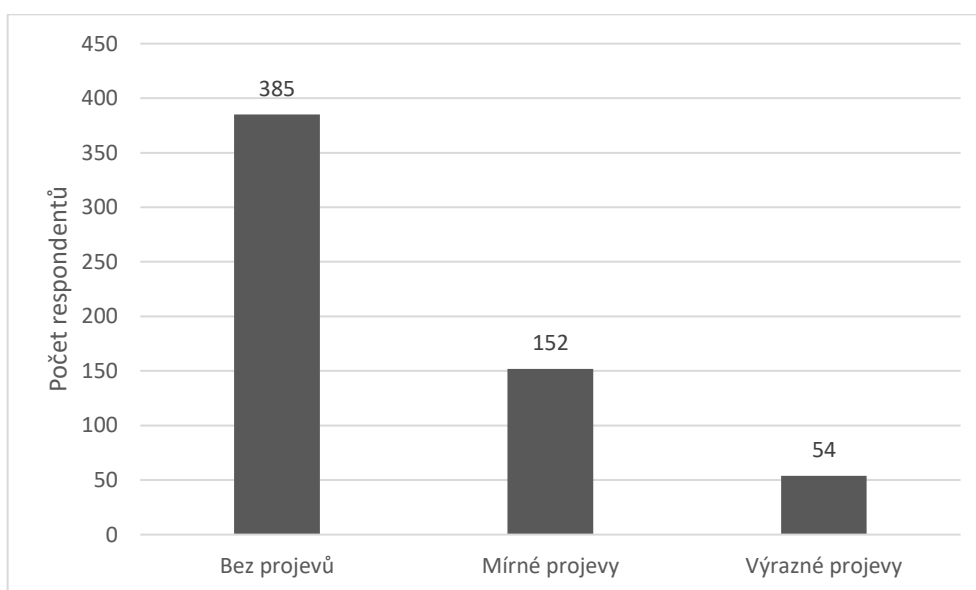
Graf č. 3: Výskyt depresivity u adolescentů (N = 591)



¹ Cut-off skóre – hraniční bod, který se používá pro odlišení zdravého a klinického jedince (Velký lékařský slovník, 2019)

Pro přehlednější znázornění výskytu depresivity jsme se rozhodli graficky znázornit odpovědi dle závažnosti projevů. Mírné projevy byly zaznamenány, pokud se u respondenta objevil zvýšený 1 z 5 skóre všech subškál. Zvýšených dva a více skóre značí výrazné potíže. Ve výzkumném šetření je tedy 385 (65 %) respondentů bez depresivních projevů, u 152 (26 %) respondentů jsou zaznamenány mírné potíže s projevy depresivity a výrazné obtíže vykazuje 54 (9 %) respondentů.

Graf č. 4: Závažnost depresivních projevů u adolescentů (N = 591)



DVO3: Jaká je míra depresivity u adolescentů?

Celkové skóre dotazníku CDI jsme vyjádřili průměrnou hodnotou a směrodatnou odchylkou. Z celkového počtu respondentů nám průměrná hodnota míry depresivity udává, že se adolescenti nacházejí pod hranicí 20 bodů, přesná hodnota je 16,59 bodů. Což na základě již zmíněného cut-off skóre představuje normu míry depresivních projevů. Směrodatná odchylka je 9,06 a udává nám vzájemné odlišnosti v odpovědích výzkumného souboru. Pro přesnější a podrobnější porozumění získaným hodnotám, průměrné hodnoty a směrodatné odchylky vyjadřujeme i v jednotlivých subškálách.

Tabulka č. 3: Míra depresivity celkového skóre CDI

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
Celková míra depresivity	591	16,59	9,06

DVO3a: Jaká je míra špatné nálady u adolescentů?

V této subškále činil průměr výzkumného souboru 3,84. Směrodatná odchylka je 2,37. Rozpětí odpovědí se pohybovalo od 0 – 12 bodů. Z toho vyplývá, že respondenti v této subškále odpovídali velmi variabilně. Z odpovědí je patrné, že se 293 (50 %) respondentů cítí často smutně a 277 (47 %) se cítí smutně jen málokdy. Zvýšenou míru smutku můžeme přikládat prožívání náročné situace související s nároky a očekáváním společnosti. 237 (55 %) respondentů pociťuje strach z toho, že se jim v životě může přihodit něco špatného, zatímco 59 (10 %) respondentů je přesvědčených o tom, že se jim určitě něco špatného stane. V otázce dotazující se na nudu odpovědělo 340 (58 %) respondentů, že se často nudí, avšak 207 (35 %) se nudí jen málokdy. Časté prožívání nudy můžeme přikládat nesmyslnému využívání volného času či neschopnosti umět si čas zorganizovat.

Tabulka č. 4: Míra depresivity u subškály - Špatná nálada

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
A - Špatná nálada	591	3,84	2,37

DVO3b: Jaká je míra interpersonálních potíží u adolescentů?

U Interpersonálních potíží byl průměr 1,82 se směrodatnou odchylkou 1,42. Hodnoty rozpětí se pohybovaly od 0 – 6 bodů. Můžeme si povšimnout, že průměrná hodnota odpovědí je nízká. Z toho vyplývá, že respondenti odpovídali převážně pozitivně, což značí nízkou míru depresivity v této oblasti. Z odpovědí respondentů vyplývá, že 277 (47 %) adolescentů je rádo mezi lidmi, nicméně 258 (44 %) se často lidem vyhýbá. Domníváme se, že důvodem může být aktuální nálada či psychické rozpoložení. Poměrně velké množství respondentů 412 (70 %) uvedlo, že většinou dělají to, co se po nich chce, jen 13 (2 %) respondentů nikdy nedělají to, co se po nich chce. Tuto skutečnost přisuzujeme adekvátnímu působení socializačních činitelů.

Tabulka č. 5: Míra depresivity u subškály – Interpersonální potíže

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
B - Interpersonální potíže	591	1,82	1,42

DVO3c: Jaká je míra nevykonnosti u adolescentů?

Průměr subškály s názvem Nevykonnost činil 2,76 a směrodatná odchylka byla 1,93. Rozmezí odpovědí bylo od 0 – 8 bodů. V odpovědích respondentů můžeme sledovat odlišnosti. 320 (54 %) respondentů se shodlo na odpovědi, že hodně věcí dělají špatně, zatímco 241 (41 %) si myslí, že skoro všechno dělají dobře. V odpovědích adolescentů si můžeme povšimnout vysoké míry sebereflexe. V otázkách dotazujících se na školu odpovědělo 260 (44 %) respondentů, že k práci ve škole musí často nutit, naopak 241 (41 %) respondentů tvrdí, že jim pracovat ve škole nedělá velké potíže. Tato subškála také zjišťovala, jak se adolescenti vnímají v porovnání s ostatními. Polovina respondentů 294 (50 %) uvedla, že když chtějí, jsou stejně dobří jako ostatní. 196 (33 %) respondentů je přesvědčených, že jsou stejně dobří jako ostatní, což vypovídá o jisté míře sebeuvědomění.

Tabulka č. 6: Míra depresivity u subškály - Nevykonnost

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
C - Nevykonnost	591	2,76	1,93

DVO3d: Jaká je míra anhedonie u adolescentů?

Hodnota průměru v subškále Anhedonie byla 4,97 se směrodatnou odchylkou 2,99. Odpovědi se pohybovaly v rozpětí 0-16 bodů, tudíž bylo dosaženo maximálního počtu bodů v této subškále. Počet respondentů, kteří zaškrtnuli odpověď, „Často spím špatně.“, bylo 222 (38 %). Se spánkem nemá žádný problém 313 (53 %) adolescentů. Únavu často pociťuje 335 (57%) respondentů, téměř žádnou únavu zaznamenalo 133 (23 %) dospívajících osob. V oblasti starostí a problémů odpovědělo 345 (59 %) respondentů, že se často trápí různými starostmi a bolestmi, důvodem může být zvýšená náročnost v oblasti školních povinností a počátku budování partnerských vztahů, které jsou v tomto období velmi významné. Časté pocity osamocení vyjádřilo 253 (43 %) respondentů, naopak osamocení vůbec nepociťuje 263 (45 %) dospívajících osob, s tím je spojena otázka zjišťující počet kamarádů. 252 (43 %) adolescentů odpovědělo, že mají několik kamarádů, ale chtěli by více. Žádné kamarády nemá 41 (7%) respondentů.

Tabulka č. 7: Míra depresivity u subškály - Anhedonie

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
D - Anhedonie	591	4,97	2,99

DVO3e: Jaká je míra sníženého sebehodnocení u adolescentů?

V poslední subškále zaměřující se na snížené sebehodnocení byl průměr 3,19. Rozpětí odpovědí se bylo od 0 – 10 bodů. Počet respondentů, kteří si nejsou jisti, zda se jim daří, je 432 (73 %). Pouhých 105 (18 %) tvrdí, že se jim všechno daří. U odpovědí v této otázce můžeme pozorovat velký rozdíl v pocitech souvisejících s úspěchem, pocity nejistoty jsou v tomto vývojovém období na vrcholu, často nemusí mít žádnou příčinu. Z výzkumného souboru uvedlo 356 (60 %) respondentů, že se mají rádi. Adolescentů, kteří se nemají rádi, bylo 181 (31 %). Zvláštní důraz je kladen na otázku, která se zaměřuje na zamýšlené sebevražedné jednání. U respondentů jsme zaznamenali 366 (62 %) odpovědí na otázku „Přemýšlím, že bych se zabil/a, ale neudělal/a bych to.“, odpověď „Chci se zabít.“, uvedlo 20 (3 %) adolescentů. Preiss (1998) uvádí, že respondentům, kteří zaznamenali tyto dvě odpovědi, by měla být věnována zvýšená pozornost. Každopádně vzhledem k anonymní povaze dotazníku, není opatření možné.

Tabulka č. 8: Míra depresivity u subškály – Snížené sebehodnocení

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
E – Snížené sebehodnocení	591	3,19	2,08

DVO4: Jak adolescenti vnímají vztahy v psychosociálním kontextu?

Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky jsme vyjádřili v celkovém skóre dotazníku CTK, ale i v jednotlivých kategoriích. Dotazník CTK zjišťuje, jak moc na adolescenty působí psychosociální zátěž vznikající z interpersonálních vztahů s vztahu k sobě samému. Intenzitu problémů v různých oblastech života respondenti popisují na čtyřbodové škály 0 – 3 (0 = rozhodně nesouhlasím; 1 = spíše nesouhlasím; 2 = spíše souhlasím; 3 = rozhodně souhlasím). I zde platí, že čím je průměrný skór vyšší, tím na adolescenty působí vyšší

psychosociální zátěž. Skór se pohybuje od 0-84 bodů. V našem výzkumném šetření je celková hodnota průměru 31,96. Směrodatná odchylka činí hodnotu 13,17. Z celkového průměru všech kategorií vychází, že adolescenti prožívají adekvátní psychosociální zátěž, která je odpovídající tomuto vývojovému období.

Tabulka č. 9: Vnímání vztahů celkového skóre CTK

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
Celkové vnímání vztahů	591	31,96	13,17

DVO4a: Jaký je vztah adolescentů k rodinným příslušníkům?

Průměr kategorie, zjišťující vztahy k rodinným příslušníkům, je 7,40 a směrodatná odchylka je 4,82. Vzájemné rozpětí odpovědí je od 0-24 bodů. Na základě odpovědí respondentů můžeme konstatovat, že se velká většina 389 (66 %) adolescentů nemá potřebu s rodiči hádat, vztahy se sourozenci má 301 (51 %) dobré, pouze 35 (6 %) respondentů uvedlo, že špatně snáší se sourozencem. Adolescentů pocítujících omezování ze strany rodičů je 29 (5 %), naopak 363 (61 %) respondentů se shodlo na tom, že je rodiče vůbec neomezují. Z odpovědí respondentů vyplývá, že rodiče praktikují demokratický styl výchovy, tudíž adolescenti disponují větší volností.

Tabulka č. 10: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k rodině

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
Vztah k rodině	591	7,40	4,82

DVO4b: Jaký je vztah adolescentů k ostatním lidem?

U vztahů k ostatním lidem je průměr 3,02. Směrodatná odchylka je 1,83. Rozmezí odpovědí je od 0-9 bodů. 204 (35 %) respondentů se shoduje, že si momentálně s lidmi rozumí mnohem lépe než kdy předtím, zatímco s tímto tvrzením naprosto nesouhlasí 93 (16 %) dospívajících osob. Avšak vyšší míru neshod a problémů v oblasti autorit ve škole zaznamenalo 295 (50 %) respondentů. Adolescentů, kteří tyto neshody či problémy nemají, je 49 (8 %). Problematika neshod k učitelům a jiným autoritám se v tomto období stupňuje

a zdůrazňuje. U dospívajících převažuje potřeba vlastního sebeprosazení. Což může způsobit nepříjemné konfrontace a vzájemné konflikty.

Tabulka č. 11: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k ostatním lidem

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
Vztah k ostatním lidem	591	3,02	1,83

DVO4c: Jaký je vztah adolescentů ke škole?

V této kategorii je průměr 3,75 se směrodatnou odchylkou 2,41. Rozpětí odpovědí se pohybuje od 0 – 12 bodů. Poměrně vyrovnaně odpovídali respondenti na tvrzení: „Mám pocit, že nemůžu zvládnout učivo tak, jak bych měl/a.“ Souhlas zaznamenalo 165 (28 %) adolescentů, neshodlo se 189 (32 %) respondentů. Odpovědi v tomto tvrzení vypovídají o sebereflexi v souvislosti s očekáváním učitelů či rodiny, jelikož nelze přesně vymezit význam „jak bych měl/a“. Škola naprosto nebaví a nejrady by do ní nechodilo 91 (15 %) respondentů, mírný souhlas také vyjádřilo 131 (22 %) respondentů. Mírný a naprostý nesouhlas uvedlo 369 (63 %) dospívajících. Se špatnými vztahy ve třídě nesouhlasí 444 (75 %) respondentů. Pozitivní vztahy ve třídním kolektivu jsou velmi důležité, předchází šikane a napomáhají budovat zdravé sebepojetí.

Tabulka č. 12: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah ke škole

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
Vztah ke škole	591	3,75	2,41

DVO4d: Jaký je vztah adolescentů k vrstevníkům?

Průměr hodnot činí 5,78 a směrodatná odchylka je 3,38. Rozmezí odpovědí se pohybuje od 0 – 15 bodů. Tato kategorie může pro adolescenty představovat jednu z největších psychosociálních zátěží, jelikož především vztahy s vrstevníky budují identitu jedince. Počet 222 (38 %) respondentů tvrdí, že se k nim vrstevníci nechovají nepřátelsky, avšak 76 (13 %) uvádí, že ano. Dobrý kamarád neschází 407 (68 %) respondentům. Opak odpovědělo 184 (32 %). Absence dobrého kamaráda může u adolescentů vyvolat pocity prázdnoty či osamění, především v oblasti svěřeni se, prožívání společných zážitků, aj. Málo volného času

na kamarády má 82 (14 %) respondentů, což může souviset s jinými aktivitami. Do skupiny, která se s tímto tvrzením neztotožňuje, patří 229 (39 %) adolescentů.

Tabulka č. 13: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k vrstevníkům

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
Vztah k vrstevníkům	591	5,78	3,38

DVO4e: Jaký je vztah adolescentů k sobě samému?

V kategorii Identita – vztah k sobě samému je průměr 12,02 se směrodatnou odchylkou 5,25. Odpovědi respondentů se nacházely v rozpětí od 0-24 bodů. Identitu, kterou si adolescent v tomto období vybuduje, ho bude doprovázet po celý život, proto ji můžeme považovat za stěžejní v oblasti vnímání psychosociální zátěže. S novými pocity si vůbec neví rady 116 (20 %) respondentů, 163 (28 %) adolescentů si není jisto, zda si se svými novými pocity ví rady. Nové pocity má pod naprostou kontrolou 162 (27 %) respondentů. Vznik nových pocitů neodmyslitelně souvisí s vnitřními a vnějšími faktory, které jsou typické pro toto období. Mohou být způsobené hormonálními změnami či vzájemnými vztahy s ostatními. Úhel pohledu na svět se od dětství změnil u 351 (59 %) respondentů, pouhých 56 (9 %) adolescentů tuto změnu nepocítuje. Tyto změny plynou z přirozeného vývoje jedince, čím je člověk starší, tím se pohled na svět mění. U adolescentů se také setkáváme s pocity, že neví, co vlastně chtějí. S tímto tvrzením se naprosto ztotožňuje 324 (55 %) respondentů, nesouhlas vyjádřilo 277 (47 %) dospívajících. Tyto pocity mohou být do jisté míry je to ovlivněno přechodem na střední či vysokou školu, profesní příprava zde hraje významnou roli.

Tabulka č. 14: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k sobě samému

	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka
Vztah k sobě samému	591	12,02	5,25

5.1 Ověřování hypotéz

DVO2: Jaký je výskyt depresivity v závislosti na pohlaví adolescentů?

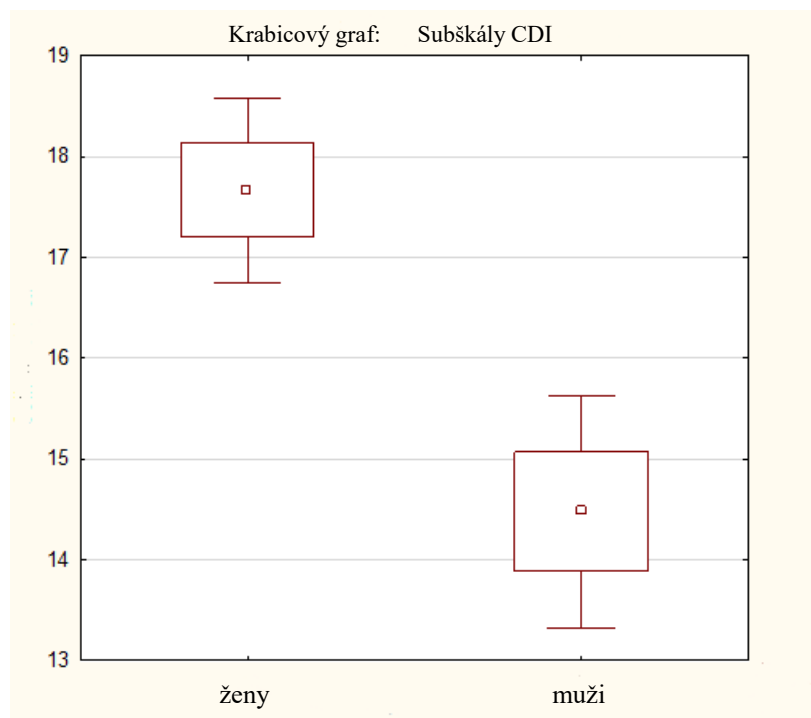
H_1 : Předpokládáme, že existují rozdíly ve výskytu depresivity u chlapců a dívek.

H_0 : Předpokládáme, že ve výskytu depresivity u chlapců a dívek neexistuje statisticky významný rozdíl.

H_A : Předpokládáme, že ve výskytu depresivity u chlapců a dívek existuje statisticky významný rozdíl.

Míru depresivity v závislosti na pohlaví jsme zjišťovali T-testem a získané údaje jsme vyjádřili v grafu a tabulce. Průměrné skóre všech subškál dotazníku CDI u dívek činilo 17,66 (sd = 9,23). U chlapců představoval průměr 14,48 (sd = 8,32). Vzájemný rozdíl mezi hodnotami chlapců a dívek je 3,18. Hodnota hladiny významnosti je $p < 0,01$. Na základě získaných hodnot tvrdíme, že mezi chlapci a dívkami **existuje statisticky významný rozdíl**, tudíž přijímáme H_A . A můžeme konstatovat, že se depresivita vyskytuje více u dívek než chlapců v adolescentním věku.

Graf č. 5: Průměrná hodnota depresivity v závislosti na pohlaví ($N = 591$)



Pro větší přehlednost jsme sestavili tabulku, ve které jsme vyjádřili průměrné hodnoty všech subškál CDI u chlapců a dívek. Tabulka uvádí, že dívky dosahují vyšších skóre ve všech subškálách. U subškály s názvem C – Nevýkonnost byl zjištěn nejnižší rozdíl hodnot

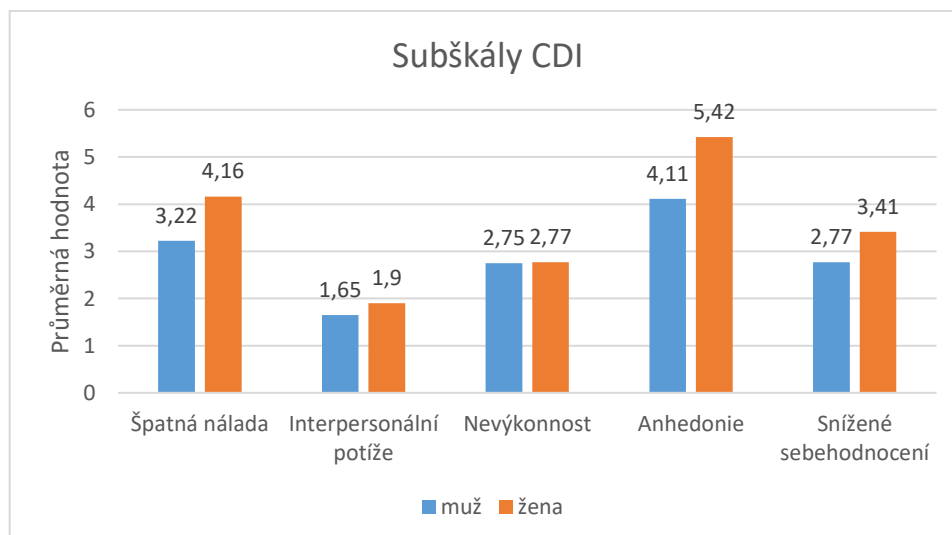
mezi chlapci dívkami, který je jako jediný nesignifikantní. Vzájemný rozdíl je 0,25. Nejvyšší hodnotu u chlapců a dívek jsme zaznamenali v subškále D – Anhedonie (chlapci $m = 4,11$; dívky $m = 5,42$). V této subškále také bylo dosaženo nejvyššího genderového rozdílu. Nejnižší hodnoty byly zaznamenány v subškále B – Interpersonální potíže (chlapci $m = 1,65$; dívky $m = 1,90$).

Tabulka č. 15: Rozdíly v průměrných hodnotách subškál CDI

Subškály	Pohlaví	Počet	Průměr	Směrodatná odchylka
A - Špatná nálada	muž	200	3,22	2,19
	žena	391	4,16	2,39
B - Interpersonální potíže	muž	200	1,65	1,34
	žena	391	1,90	1,45
C - Nevýkonnost	muž	200	2,75	1,83
	žena	391	2,77	1,98
D - Anhedonie	muž	200	4,11	2,71
	žena	391	5,42	3,03
E - Snížené sebehodnocení	muž	200	2,77	1,93
	žena	391	3,41	2,13

Pro přehlednější srovnání jsme průměrné hodnoty chlapců a dívek vyjádřili graficky.

Graf č. 6: Průměrné hodnoty subškál u mužů a žen ($N = 591$)



DVO5: Existuje souvislost mezi psychosociální zátěží a depresivitou u adolescentů?

H₂: Předpokládáme, že existuje souvislost mezi psychosociální zátěží a výskytem depresivity u adolescentů.

H₀: Předpokládáme, že mezi psychosociální zátěží a výskytem depresivity neexistuje statisticky významná souvislost.

H_A: Předpokládáme, že mezi psychosociální zátěží a výskytem depresivity existuje statisticky významná souvislost.

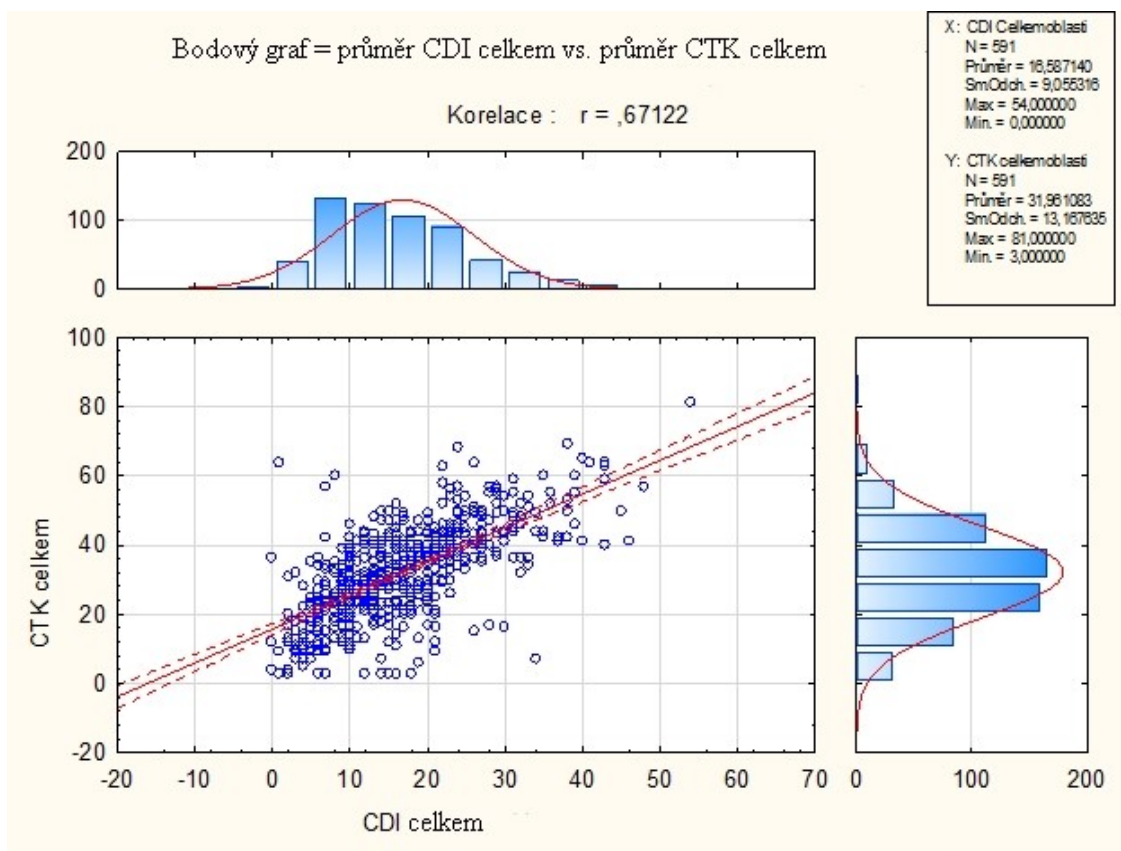
V následující tabulce můžeme vidět těsnost vztahů mezi výskytem depresivity a vnímáním vztahů. Vzájemnou těsnost jsme zjišťovali pomocí Pearsonova koeficientu korelace. Na základě výsledných hodnot jsme zjistili, že mezi výskytem depresivity a vnímáním vztahů existuje statisticky významná souvislost, hodnoty se pohybují v kladných číslech. Byla zjištěna poměrně vysoká těsnost vztahů. Hodnota hladiny významnosti je $p < 0,05$. Přijímáme H_A a můžeme tvrdit, že existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem depresivity v závislosti na vnímání vzájemných vztahů.

Tabulka č. 16: Korelace – vzájemná těsnost výskytu depresivity a vnímání vztahů

Proměnná	N platných	Průměr	Směrodatná odchylka	Výskyt depresivity	Vnímání vztahů
Celkový výskyt depresivity	591	16,59	9,06	1,000	0,671
Celkové vnímání vztahů	591	31,96	13,17	0,671	1,000

Pearsonův koeficient korelace jsme také vyjádřili v grafickém znázornění.

Graf č. 7: Graf korelace – vzájemná těsnost výskytu depresivity a vnímání vztahů



Na základě výsledných hodnot těsnosti vztahů celkového skóru u výskytu depresivity a vnímáním vztahů jsme se rozhodli, že zjistíme vzájemnou souvislost mezi výskytem depresivity a jednotlivými kategoriemi dotazníku CTK (dotazník obsahuje 5 kategorií, viz Tabulka č. 17) pomocí Pearsonova koeficientu korelace. K výpočtu jsme využili celkové skóre depresivity (dotazník CDI) a skóre jednotlivých kategorií (dotazník CTK).

Z tabulky můžeme vyčíst, že se hodnoty vnímání vztahů pohybovaly v kladných číslech a představují přibližně středně těsný vztah s depresivitou. Nejvyšší hodnota 0,57 byla zaznamenána u kategorie Identita – vztah k sobě samému. Nejnižší hodnota byla naměřena u Vztahu k ostatním lidem. Hodnoty se od sebe nijak zásadně neodlišují.

Tabulka č. 17: Vztah výskytu depresivity a jednotlivých kategorií vnímání vztahů

Kategorie CTK	Pearsonův koeficient korelace
Vztah k rodině	0,48
Vztah k ostatním lidem	0,39
Vztah ke škole	0,51
Vztah k vrstevníkům	0,47
Identita – vztah k sobě samému	0,57

5.2 Ověření reliability testových metod

V závěru praktické části jsme se rozhodli ověřit reliabilitu dotazníků CDI i CTK na základě vnitřní konzistence, využili jsme Crombachovo alfa.

V dotazníku CDI (Children's Depression Inventory) jsme pomocí Crombachovy alfy zjišťovali celkovou hodnotu, ale i hodnoty jednotlivých subškál. Crombachovo alfa celého testu vyšlo 0,91. Tato nám hodnota vyjadřuje vysokou míru vnitřní konzistence a vysokou míru reliability. Preiss (1998) dodává, že výsledná vysoká míra reliability dotazníku CDI poukazuje na soubor zdravých adolescentů. Reliabilita s nejnižší hodnotou je u subškály B – Interpersonální potíže. Hodnoty ostatních subškál se pohybují nad hranicí 0,7.

Tabulka č. 18: Reliabilita subškál CDI

Subškály CDI	Crombachovo alfa
A – Špatná nálada	0,71
B – Interpersonální potíže	0,48
C – Nevýkonnost	0,72
D – Anhedonie	0,76
E – Snížené sebehodnocení	0,77
Celkem CDI	0,91

U druhého dotazníku CTK (Coping Tomáše Kohoutka) jsme také zjišťovali Crombachovu alfu, celkové hodnoty a hodnoty jednotlivých subškál. Výsledná hodnota činí 0,87. I u tohoto dotazníku hovoříme o poměrně vysoké míře vnitřní konzistence. Nejnižší hodnoty jsme shledali u subškál Vztah k ostatním lidem a Vztah ke škole. Důvod nízkých hodnot můžeme přisuzovat malému počtu položek v subškále. Nejvyšší hodnoty jsme zaznamenali u subškál Vztah k rodině a Identita – vztah k sobě samému.

Tabulka č. 19: Reliabilita subškál CTK

Kategorie CTK	Crombachovo alfa
Vztah k rodině	0,75
Vztah k ostatním lidem	0,25
Vztah ke škole	0,53
Vztah k vrstevníkům	0,61
Identita – vztah k sobě samému	0,78
Celkem CTK	0,87

6 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit výskyt a míru depresivity u adolescentní populace v souvislosti s působením vzájemných vztahů, které se vznikem depresivity mohou korelovat. V této kapitole se zaměřujeme na shrnutí získaných dat, analyzujeme a interpretujeme výsledná data. Také zde srovnáváme výsledky našeho výzkumného šetření s jinými výzkumy, provedenými v této oblasti.

Velikost výzkumného souboru představovala 591 respondentů v adolescentním věku (15 – 22 let). Soubor tvořilo 200 chlapců a 391 dívek. Respondentům jsme administrovali 2 výzkumné nástroje. Dotazník s názvem Sebeuposuzovací škála depresivity (CDI), zjišťovala výskyt a míru depresivity v tomto výzkumném souboru. Druhý dotazník s názvem Coping Tomáše Kohoutka (CDI) se zaměřoval na zjištění vnímání vztahů v psychosociálním kontextu. Kooperace obou dotazníků nám vymezuje vzájemné souvislosti týkající se výskytu depresivity a vlivu interpersonálních vztahů a sebepojetí adolescentů.

Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že hraničních hodnot 20 bodů dosáhlo 206 (35 %) respondentů, což představuje poměrně vysoký počet v souladu s velikostí výzkumného souboru. Hort a kol. (2008) uvádí, že počet adolescentních jedinců s výskytem depresivity je v populaci 0,4-8,3 %. Avšak Preiss (2010) apeluje na uvědomění si, že tento výrazný rozdíl nemusí nutně představovat vyšší míru depresivních projevů v našem výzkumném souboru. Také záleží na aktuálním rozpoložení adolescenta. Depresivitu chápeme jako běžnou součást života vyskytující se u zdravého jedince. Na základě zjišťování závažnosti depresivních projevů jsme adolescenty rozdělili na osoby s mírnými projevy a výraznými projevy. Mírné projevy se vyskytovaly u 152 (26 %) respondentů, výrazné projevy jsme zaznamenali u 54 (9 %) respondentů. Stále zde platí, že se nemusí jednoznačně jednat o jedince, kteří by nutně potřebovali odbornou pomoc.

Ve výzkumu jsme se nezaměřovali pouze na celkové výsledky všech subškál CDI, ale i na výsledné hodnoty jednotlivých subškál. Celkový průměr dotazníku CDI byl v našem výzkumném šetření 16,59 (sd = 9,06). Tuto hodnotu můžeme považovat za zvýšenou, vzhledem k tomu, že cut-off skóre je vymezeno na 20 bodů. Avšak stále můžeme hovořit o tom, že zkoumaný soubor jako celek nepřevyšuje hraniční hodnoty. K vzájemnému porovnání jsme použili výzkum Čermáka a kol. (2005), ve kterém průměr subškál CDI představuje skóre 10,6 (sd = 5,4). Také jsme výsledky porovnávali s normativním souborem. Tento výzkum se uskutečnil v letech 1996-1998 na vzorku pražských dětí, přesný počet responden-

tů činil 369. I zde naše hodnoty byly vyšší oproti porovnávanému souboru, průměr hodnot normativního souboru byl pouze 8,7 bodů (Preiss, 1998).

V rámci analýzy a interpretace dat jsme se dále věnovali míře depresivity u adolescentů. V subškále **A - Špatná nálada** byly výroky koncipované tak, aby co nepřesněji vyjádřily aktuální prožívání nálady. Výsledky výzkumného šetření nám ukázaly, že špatná nálada v určité míře postihuje téměř všechny respondenty. Průměrná hodnota subškály je 3,84. U normativního souboru je zaznamenaná hodnota 1,6. Což více jak 2x převyšuje námi naměřený průměr. Jak uvádí Skopal a kol. (2014), moderní společnost klade na adolescenty vysoké nároky a očekávání v různých oblastech života. Z toho usuzujeme, že v dnešní době jsou kladeny vyšší požadavky na adolescenty než v době, kdy byl proveden výzkum normativního souboru. A proto shledáváme vysokou odlišnost výsledné hodnoty našeho souboru se souborem porovnávacím. Na základě výsledků jsme zjistili, že u adolescentů převládají pocity smutku. V podkapitole 1.1 (Biologické změny) uvádíme, že pocity smutku mohou plynout z neustálého srovnávání vlastního těla a vzhledu s ostatními vrstevníky. Studie nám ukazují, že se obě pohlaví cítí být pod tlakem, aby se alespoň přiblížili uznávanému ideálu krásy (Ayers a Visser, 2015, s. 194). Pocity znevýhodnění v této oblasti způsobuje snížené sebehodnocení a přesvědčení o vlastní méněcennosti. Smutek a zklamání jsou doprovodnými signály (Vágnerová, 2012, s. 376).

Výsledky subškály **B - Interpersonální potíže** ukázaly, že u respondentů nejsou v této oblasti zjištěny výrazné potíže. Průměr našeho výzkumného souboru je 1,82. Zatímco hodnota normativního souboru je 0,7. Opět jsme zaznamenali rapidní rozdíl v hodnotách. I přesto jsme v této oblasti zaznamenali převážně pozitivní ladění ze strany adolescentů, což představuje nízkou míru depresivity subškály. Výsledky nám ukazují, že se téměř polovina adolescentů rádo pohybuje mezi lidmi, druhá polovina se lidem často vyhýbá. Z odpovědí dospívajících jsme zaznamenali, že téměř $\frac{3}{4}$ z nich většinou dělá to, co se po nich chce.

Subškála **C - Nevýkonnost** zjišťovala, jak adolescenti hodnotí svoji výkonnost jako celek. Nevýkonnost adolescenti shledávají především v oblasti školy. Větší polovina respondentů uvedla, že se k práci ve škole musí často či vždy nutit. Při porovnávání výkonu s ostatními se naopak hodnotí pozitivně. Polovina respondentů uvedla, že pokud chtějí, umí být stejně dobří jako ostatní. Subškálu jsme porovnávali s normativním souborem a průměrná hodnota našeho souboru je 2,76. Normativní soubor zaznamenal hodnotu 1,9. Z toho vyplývá, že se náš výzkumný soubor považuje za méně výkonné.

U **D – Anhedonie** jsme zjišťovali míru neschopnosti vnímat pozitivní emoce u adolescentů. Průměrná hodnota subškály je 4,97. U normativního souboru jsme zaznamenali hodnotu 2,4. Z výrazného rozdílu vyplývá, že naši respondenti pocítují vyšší míru anhedonie. Vágnerová (2012, s. 392) uvádí, že se v adolescenci zvyšuje promítání vlastních pocitů a analýza prožitků a tím se zvyšuje sklon k anhedonii a depresivnímu vnímání. V rámci interpretace dat jsme zaznamenali, že se objevují u adolescentů časté problémy se spánkem. Z toho také plyne, že adolescenti často pocítují únavu, která je značně omezuje v dalších oblastech života. V podkapitole 2.1 (Symptomatologie deprese) Hort a kol. (2008) uvádí, že poruchy spánku a nespavost mohou být jedním ze somatických symptomů příznaků depresivních projevů. Častou nechutí k jídlu trpí 21 % respondentů. Jak uvádí Suchý a Dolejš (2016, s. 21) nechut' k jídlu a s tím spojené změny hmotnosti můžeme řadit k symptomům depresivních příznaků.

Subškála **E – Snížené sebehodnocení** se dotazuje na vnímání sebehodnocení. Naměřená průměrná hodnota v našem souboru je 3,19. Porovnávací soubor zaznamenal hodnotu 2,0. Rozdíl je opět markantní, tudíž náš soubor se potýká s vyšší mírou sníženého sebevědomí. V tomto období si adolescenti začínají uvědomovat hodnotu sami sebe, také se začínají ztotožňovat se svými nedostatky a uvědomovat si skutečnost, že každý je odlišný (Vágnerová, 2012). Zvláštní důraz je kladený na výrok zjišťující suicidální jednání adolescentů. Přemýšlení o sebevraždě, avšak její neuskutečnění jsme zaznamenali u 35 % respondentů, 3 % adolescentů odpovědělo, že se chce zabít.

Výsledky druhého dotazníku CTK zjišťovali vnímání vztahů v psychosociálním kontextu. Interpretovali jsme výsledky všech kategorií, ale i jednotlivé kategorie CTK. Průměrná hodnota celkového skóre představuje normu psychosociální zátěže působící na adolescenty. Jak uvádí Macek (2003), jedna z nejzákladnějších psychosociálních charakteristik období adolescence je nová kvalita interpersonálních vztahů. Důraz je kladen na proces osamostatňování a diferenciaci vztahů, což je velmi klíčové pro převzetí rolí dospělých. Interpersonální vztahy s okolím jsou v tomto období velmi významné.

U kategorie zaměřující se na **vztahy k rodinným příslušníkům** adolescenti uváděli dobré vztahy s rodiči i se sourozenci. Téměř $\frac{3}{4}$ adolescentů odpovědělo, že nemají potřebu se s rodiči hádat. V podkapitole 3.2 (Vztahy k rodičům) uvádíme, že v tomto období jsou vztahy s rodičem převážně na partnerské úrovni a dochází k vzájemnému sblížení. Rodina přijímá to, že se jejich dítě stává samostatnou osobností s určitými nároky na respekt a autonomii (Kopecká, 2011, s. 150).

Kategorie **vztahy s ostatními lidmi** zjišťovala vzájemné vztahy s lidmi, se kterými se adolescenti setkávají, ale neřadí je do žádné z jiných kategorií. Zjistili jsme, že si adolescenti rozumí s ostatními lidmi mnohem lépe než kdy předtím. V těchto letech dochází k celkovému ustálení osobnosti adolescenta z hlediska hodnotové orientace či vztahu k druhým lidem (Blatný, 2016, s. 100). Avšak neshody s učiteli a dalšími autoritami nejsou nijak ojedinělé. V podkapitole 3.2.2 (Vztah ke škole) se také zaměřujeme na postoj adolescentů k učitelům. Toto období je typické odmítáním autorit, které vyžadují úctu. Za autoritu považují toho, kdo něco ví a je spravedlivý. Podle adolescenta si přesně taková autorita zaslouží úctu. Váží si těch, kteří správně oceňují přísnost a jsou charakterově vzorní. Chování, které není založeno na poučování a příkazech, odmítají (Končeková, 2014, s. 231).

Vztah ke škole je v tomto období významný, poněvadž zde adolescenti tráví spoustu času. Výsledky nám ukazují, že nadpoloviční většinu adolescentů škola převážně baví a naplňuje. Téměř 1/3 respondentů buď škola nebaví, nebo by do ní nejraději vůbec nechodili. S naprostým zvládnutím učiva 1/3 nemá žádný problém. Vztahy ve třídním kolektivu 3/4 respondentů hodnotí jako dobré. Vágnerová (2012, s. 416-417) uvádí, že důležitou skupinou je školní třída, poněvadž zde dospívající tráví poměrně velké množství této vývojové etapy. Budování pozitivním vztahů s vrstevníky ve školním kolektivu pozitivně rozvíjí identitu jedince. Dospívající přijímají nové role, uvědomují si své budoucí společenské zařazení.

Ve spojitosti se školou plynule navazujeme na **vztah s vrstevnickou skupinou**. Průměr v této kategorii je 5,78. Což v průměru představuje dobré vztahy s vrstevníky. Z toho také plyne, že vzájemné vztahy jsou mezi vrstevníky na přátelské úrovni. Adolescenti také mají dobré kamarády, což uvedlo téměř 3/4 adolescentů. Jak uvádí Janošová (2016, s. 142-143), dospívající osoby tráví se svými vrstevníky až dvojnásobek svého času než s rodiči. Vrstevnická skupina hraje velmi důležitou roli při utváření vlastní identity. Přijetí vrstevnickou skupinou je jednou z nejdůležitějších sociálních potřeb. Hlavní podmínkou pro její členy je přizpůsobení se požadavkům skupiny.

Poslední kategorie je vnímání vztahů s názvem **Identita – vztah k sobě samému**. Oberegnerů (2017, s. 16 – 17) v podkapitole 3.3 uvádí, že k rozvoji sebepojetí dochází zejména v období dospívání, kdy se v jedné rovině setkávají tělesné, kognitivní, emoční a sociální proměny. Změny probíhají postupně a závisí na prostředí a zkušenostech jedince. Vývoj sebepojetí je individuální proces, na který působí velké množství faktorů. U téměř poloviny respondentů nové pocity vyvolávají mírnou nejistotu. Nadpoloviční většina adolescentů

si také více všímají, že dochází ke změně pohledu na svět v porovnání s dětstvím. Respondenti také odpovídali, že často neví, co chtějí. S tímto tvrzením se opět ztotožňuje nadpoloviční většina respondentů.

Stanovili jsme si **hypotézu H₁**, ve které jsme zjišťovali rozdíly ve výskytu depresivity v závislosti na pohlaví. Výsledné hodnoty jasně prokázaly, že mezi chlapci a dívkami existuje statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 1 %. Jednotlivé subškály zaznamenávaly přesné odlišnosti mezi chlapci a dívkami. U téměř všech subškál jsme zjistili, že existují statisticky významné rozdíly ve výskytu depresivity u chlapců a dívek. Jediná subškála s názvem C – Nevýkonnost ukázala, že zde neexistuje statisticky významný rozdíl. U subškály B – Interpersonální potíže byl průměr nejnižší, což můžeme také přikládat nízkému počtu položek v subškále. Nejvýše naměřenou hodnotu jsme zaznamenali v subškále D – Anhedonie, zároveň zde byl také nejvyšší rozdíl v odpovědích chlapců a dívek. Rozdíl byl 1,31 bodu. I v českém normativním souboru byl zaznamenaný nejvyšší počet bodů. Počet bodů byl 2,4 u obou pohlaví. Na základě výsledků našeho výzkumného šetření můžeme konstatovat, že vyšší mírou depresivity jednoznačně trpí dívky v adolescentním věku. Rozdíly mezi chlapci a dívkami ve výskytu depresivity se zabývali Twenge a Nolen-Hoeksema (2002). Ve svém výzkumu zjistili, že depresivita u dívek v mladším školním věku je poměrně stabilní, k jejímu zvyšování začíná docházet kolem 16. roku života. U chlapců se depresivita pohybuje od rozmezí mladšího školního věku až po adolescenci ve stabilní normě. Také jsme prokázali, že dívky v mladším školním věku vykazují nižší míru depresivity než chlapci, avšak tato skutečnost se kolem 13. roku života začíná měnit a ke zvyšování dochází u dívek.

Hypotéza H₂ zjišťuje souvislost mezi psychosociální zátěží a depresivitou u adolescentů. Přijali jsme hypotézu H_A a tvrdíme, že existuje souvislost mezi výskytem depresivity a vnímáním vzájemných vztahů u adolescentů. Tuto skutečnost jsme blíže rozebrali při zjišťování těsnosti vztahu výskytu depresivity s jednotlivými kategoriemi vnímání vztahů. Z výsledků vyplývá, že ve všech kategoriích CTK existuje statisticky významná souvislost. Nejvyšší těsnost vztahu jsme zaznamenali u kategorie Identita – vztah k sobě samému. Z toho vyvozujeme, že sebepojetí v nejvyšší míře ovlivňuje psychosociální zátěž.

V závěru výzkumného šetření jsme zjišťovali reliabilitu obou testů. U dotazníku CDI jsme naměřili hodnotu 0,91, což představuje vysokou míru vnitřní konzistence typickou pro zdravou populaci. Preiss (1998) uvádí, že se hodnoty tohoto testu pohybují většinou od 0,7 – 0,9. Druhý dotazník CTK vykazoval nižší míru konzistence. Hodnota je 0,87, avšak stále

hovoříme o projevech zdravé populace. Reliabilitu tohoto testu nemůžeme srovnat s výsledky jiných výzkumných šetření, poněvadž žádná relevantní nebyla doposud realizována.

ZÁVĚR

Dospívání je jedním z nejnáročnějších procesů v životě člověka. Dochází k rozvoji osobnosti a uvědomění si vlastního já. Spolu s formováním sebepojetí dochází ke změnám biologickým, kognitivním a emocionálním. Tyto změny spolu s fungováním ve vztazích způsobují zvýšenou psychickou náročnost, která může u citlivějších jedinců vyvolat depresivní pohled na svět a tím omezit kvalitu života.

Diplomová práce zkoumala depresivitu u adolescentů v psychosociálním kontextu. V teoretické části jsme se věnovali změnám, ke kterým v adolescenci dochází. Přiblížili jsme si chápání depresivity a deprese v tomto období. A také jsme se zaměřili na vnímání vzájemných vztahů adolescentů se socializačními činiteli. V praktické části jsme si stanovili výzkumné cíle, na základě kterých jsme na našem souboru zjišťovali výskyt a míru depresivity v souvislosti se vztahy mezi rodinou, vrstevníky, školou a vnímáním sebe sama. Pracovali jsme se dvěma výzkumnými nástroji.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že je u současných adolescentů zaznamenána vyšší míra depresivity než u adolescentů, kteří byli obdobnému výzkumnému šetření podrobeni v minulých letech. Avšak výsledná míra se stále pohybuje v normě. I přesto výsledky nemohou být generalizovány na všechny dospívající osoby. Vyšší míra depresivity je také prokázána u dívek v tomto věku. Zaznamenaný byl také vzájemný vztah mezi depresivitou a psychosociální zátěží. Na základě výsledků psychometrických vlastností dotazníků CDI a CTK jsme zaznamenali, že oba dotazníky disponují vysokou mírou vnitřní konzistence. Což představuje zdravý výzkumný soubor.

I když výsledky našeho výzkumného šetření jsou převážně pozitivní, je potřeba i nadále věnovat depresivitě značnou pozornost. A to především proto, že s sebou přináší rizika ohrožující zdravý vývoj a sebepojetí dospívající osoby. Depresivní projevy se mohou plně rozvinout v dospělém věku, proto je u adolescentů, vykazující znaky depresivity, důležitá včasná pomoc. Zdůrazňujeme, že včasná intervence může zabránit progresu depresivity a tím umožní vést kvalitní život ve všech vývojových fázích.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ASHFORD, José B., Craig W. LECROY a Lela Rankin WILLIAMS, [2018]. *Human behavior in the social environment: a multidimensional perspective*. Sixth edition. Boston, MA: Cengage Learning. ISBN 1305860306.
- [2] AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
- [3] BÉREŠ, Marián, 2013. *Kouč vlastního života: cesta ke spokojenému životu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4689-0.
- [4] BLACK, Donald W. a Nancy C. ANDREASEN, c2011. *Introductory textbook of psychiatry*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub. ISBN 978-1-58562-382-2.
- [5] BLATNÝ, Marek a Alena PLHÁKOVÁ, 2003. *Temperament, inteligence, sebezpetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR. ISBN 8086620050.
- [6] BLATNÝ, Marek, ed., 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.
- [7] CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.
- [8] CARR-GREGG, Michael, 2012. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.
- [9] COWEN, Philip, P. J. HARRISON a Tom BURNS, 2012. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Sixth edition. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-960561-3.
- [10] ČERMÁK, I., KLIMUSOVÁ, H., a VÍZDALOVÁ, H., 2005. *Deprese V Dětství A Její Vztah K Problémům Chování [Depression in childhood and its relation to problems of behaviour]*. Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi, 49(3), 223-236.
- [11] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 646 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.

- [12] HALES, Robert E., Stuart C. YUDOFSKY a Glen O. GABBARD, c2011. *Essentials of psychiatry*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, xvi, 790 s. ISBN 978-1-58562-933-6.
- [13] HELUS, Zdeněk, 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4674-6.
- [14] HELUS, Zdeněk, 2018. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.
- [15] HORT, Vladimír, 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [16] HOY, Anita Woolfolk a Nancy PERRY, c2012. *Child and adolescent development*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education. ISBN 978-0-13-702311-0.
- [17] CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- [18] JANOŠOVÁ, Pavlína et al., 2016. *Psychologie školní šikany*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2992-3.
- [19] JEDLIČKA, Richard, 2017. *Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0096-5.
- [20] KERN, Hans et al., 2015. *Přehled psychologie*. Vydání páté. Přeložil Magdalena VALÁŠKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0871-6.
- [21] KOHOUTEK, Rudolf, 2008. *Psychologie duševního vývoje*. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně. ISBN 978-80-7375-185-2.
- [22] KOHOUTEK, T., MAREŠ, J., & JEŽEK, S., 2008. *Coping in adolescence*. In S. Ježek, & L. Lacinová (Eds.), *Fifteen-year-olds in Brno: A slice of longitudinal self-reports.*, (s. 55-65). Brno: Masarykova univerzita.
- [23] KOLLÁRIK, Teodor, 2014. *Základy sociálnej psychologie: učebnica pre vysoké školy*. Žilina: EuroKódex. ISBN 978-80-8155-030-0.
- [24] KONČEKOVÁ, Luba, 2014. *Vývinová psychológia*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška. ISBN 978-80-7165-945-7.
- [25] KOPECKÁ, Ilona, 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3875-8.

- [26] KOZÁKOVÁ, Radka, 2014. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4259-4.
- [27] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2013. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.
- [28] KŘÍŽ, Josef, 2008. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. [3. vydání]. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 128 s. ISBN 978-80-7394-637-1.
- [29] KUČERA, Dalibor, 2013. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0.
- [30] KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
- [31] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- [32] MACEK, Petr a Lenka LACINOVÁ, ed., 2012. *Vztahy v dospívání*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal. ISBN 978-80-87474-46-4.
- [33] MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 8071787477.
- [34] MCWILLIAMS, Nancy, 2015. *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktúře osobnosti v klinickém procesu*. Přeložil Hana DRÁBKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0943-0.
- [35] MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ, 2018. *Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-721-4.
- [36] NAKONEČNÝ, Milan, 2012. *Emoce*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-614-2.
- [37] NAKONEČNÝ, Milan, 2015. *Obecná psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7387-929-7.
- [38] OBEREIGNERŮ, Radko, 2017. *Seběpojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5201-2.
- [39] OETTINGEN, Gabriele a Peter M. GOLLWITZER, [2015]. *Self-regulation in adolescence*. New York, NY: Cambridge University Press. ISBN 978-1-107-03600-0.

- [40] PAPEŽOVÁ, Hana, c2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
- [41] PEŠEK, Roman, 2018. *Sám sobě psychoterapeutem, aneb, Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88163-85-5.
- [42] POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva, 2018. *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života: funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulurní souvislosti, měření emocí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5128-3.
- [43] POLEDŇOVÁ, Ivana, ed., 2009. *Sebepojetí dětí a dospívajících v kontextu školy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5085-3.
- [44] PONĚŠICKÝ, Jan, 2012. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. V Praze: Triton. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-547-3.
- [45] PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2015. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.
- [46] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- [47] PREISS, Marek, 1998. *CDI: Sebeposuzovací škála depresivity pro děti*. Brno: Psychodiagnostika, 33 s.
- [48] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [49] PRYJMACHUK, Steven, 2011. *Mental health nursing: an evidence-based introduction*. Los Angeles: SAGE. ISBN 978-1-84920-072-1.
- [50] PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
- [51] RÖHR, Heinz-Peter, 2018. *Sebeúcta u dětí: jak ji pěstovat a chránit*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1381-9.
- [52] ŘÍČAN, Pavel, 2014. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.
- [53] SADOCK, Benjamin J., Virginia A. SADOCK, Harold I. KAPLAN a Benjamin J. SADOCK, c2009. *Kaplan & Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, xii. ISBN 978-0-7817-9387-2.

- [54] SHAFFER, David R. a Katherine KIPP, [2014]. *Developmental psychology: childhood and adolescence*. 9th edition. Belmont, CA, USA: Wadsworth Cengage Learning. ISBN 978-1-111-83452-4.
- [55] SIEGEL, Daniel J., 2016. *Rozbouřený mozek: dospívání, teenageři a jejich výchova*. Přeložila Eva KLIMENTOVÁ. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-040-0.
- [56] SIGELMAN, Carol K. a Elizabeth A. RIDER, c2012. *Life-span human development*. 7th ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning. ISBN 978-1-111-34273-9.
- [57] SKINNER, Ellen A. a Melanie J. ZIMMER-GEMBECK, [2016]. *The development of coping: stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. Basel: Springer, xix. ISBN 978-3-319-41738-7.
- [58] SKOPAL, Ondřej, Martin DOLEJŠ a Jaroslava SUCHÁ, 2014. *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4223-5.
- [59] SKORUNKOVÁ, Radka, 2013. *Základy vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-253-9.
- [60] SLAMĚNÍK, Ivan, 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3311-1.
- [61] SLATER, Alan a J. Gavin BREMNER, 2011. *An introduction to developmental psychology*. 2nd ed. Chichester, West Sussex: British Psychological Society and Blackwell Pub. BPS textbooks in psychology. ISBN 978-1-405-18652-0.
- [62] SOKOL, Bryan W., Frederick M. E. GROUZET a Ulrich MÜLLER, [2013]. *Self-regulation and autonomy: social and developmental dimensions of human conduct*. New York, NY: Cambridge University Press. ISBN 978-1-107-02369-7.
- [63] STAŠOVÁ, Leona, Gabriela SLANINOVÁ a Iva JUNOVÁ, 2015. *Nová generace: vybrané aspekty socializace a výchovy současných dětí a mládeže v kontextu medializované společnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-567-7.
- [64] SUCHÁ, Jaroslava a Martin DOLEJŠ, 2016. *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5044-5.

- [65] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2008. *Osobnost a její rozvoj: (distanční výuková opora)*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-515-7.
- [66] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2141-4.
- [67] TENENBAUM, Sylvie, 2018. *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos*. Přeložil Hana HOLUBKOVÁ. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1301-7.
- [68] THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- [69] TRPIŠOVSKÁ, Dobromila, 2007. *Psychologie osobnosti: (výkladový slovník)*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7044-928-8.
- [70] VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1832-6.
- [71] VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
- [72] VAŠUTOVÁ, Maria a Michal PANÁČEK, 2013. *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7464-125-1.
- [73] VAŠUTOVÁ, Maria, 2010. *Základy biodromální psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-7368-934-6.
- [74] VAVRUŠOVÁ, Livia et al., 2008. *Depresia*. Martin: Vydavatelství Osveta. ISBN 978-80-8063-280-9.
- [75] VAVRYSOVÁ, Lucie, 2018. *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018 [cit. 2019-03-15]. ISBN 978-80-244-5426-9.
- [76] ZVOLSKÝ, Petr, 2005. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-203-6.
- [77] PREISS, Marek, 2010. *Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody: Depressiveness an anxiety in the life span in relationship to*

conception of Václav Příhoda. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, **54**(4), 357-365. ISSN 0009-062X.

Elektronické zdroje:

- [1] Adolescence už netrvá do 19 let. Přelomový věk je teď 24, tvrdí vědci, 2018. *Česká televize* [online]. [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: https://ct24.ceskatelevize.cz/veda/2370091-adolescence-uz-netrva-do-19-let-prelomovy-vek-je-ted-24-tvrdi-vedci?fbclid=IwAR13PShCcrNwA_L-Tz5v0rIJAA7W-SGiyTl1-xwU0S7-J93YxUYvraSPGWs
- [2] BERNARAS, Elena et al., 2011. Child Depression In The School Context. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. **29**, 198-207 [cit. 2019-02-20]. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.11.225. ISSN 18770428. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042811026863>
- [3] BORCHARD, Therese J., 2018. Why Are So Many Teens Depressed?. *PsychCentral* [online]. [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://psychcentral.com/blog/why-are-so-many-teens-depressed/>
- [4] Cut-off point, 2019. *Velký lékařský slovník* [online]. [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/cut-off-point>
- [5] DEPRESSION: A Global Crisis, 2012. *WHO | World Health Organization: World Federation for Mental Health* [online]. [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- [6] DUDOVÁ Iva, 2007. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi* [online]. č. 1, s. 29 – 31 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>
- [7] DUDOVÁ, Iva a HRDLIČKA, Michal, 2006. Bipolární a afektivní porucha u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. roč. 102, č. 8, s. 420 – 430 [cit. 2019.02.20]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_8_423_430.pdf
- [8] GOETZ, Michal, 2005. Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online]. č. 5, s. 271 – 274 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>

- [9] PATRICK, Renee B. a John C. GIBBS, 2012. Inductive Discipline, Parental Expression of Disappointed Expectations, and Moral Identity in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. **41**(8), 973-983 [cit. 2019-02-21]. DOI: 10.1007/s10964-011-9698-7. ISSN 0047-2891. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10964-011-9698-7>
- [10] Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99), 2018. *ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>
- [11] Školy a školská zařízení - školní rok 2017/18, 2018. *ČSÚ | Český statistický úřad* [online]. [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/skoly-a-skolska-zarizeni-skolni-rok-201718>
- [12] TWENGE, Jean M. a Susan NOLEN-HOEKSEMA, 2002. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*[online]. **111**(4), 578-588 [cit. 2019-03-22]. DOI: 10.1037//0021-843X.111.4.578. ISSN 0021-843X. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-843X.111.4.578>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj. a jiné

atd. a tak dále

CDI Children's Depression Inventory

CTK Coping Tomáše Kohoutka

ČSÚ Český statistický úřad

ČR Česká republika

MNK Mezinárodní klasifikace nemocí

např. například

MS Microsoft

prof. profesor

SŠ střední škola

tzv. takzvaně

tj. to je

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

vs. versus

WHO World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek č. 1: Schéma vzniku depresivní poruchy</i>	<i>24</i>
<i>Obrázek č. 2: Farmakoterapie depresivních projevů</i>	<i>32</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Subškály – CDI</i>	49
<i>Tabulka č. 2: Kategorie – CTK</i>	52
<i>Tabulka č. 3: Míra depresivity celkového skóre CDI</i>	58
<i>Tabulka č. 4: Míra depresivity u subškály - Špatná nálada</i>	59
<i>Tabulka č. 5: Míra depresivity u subškály – Interpersonální potíže</i>	59
<i>Tabulka č. 6: Míra depresivity u subškály - Nevýkonnost</i>	60
<i>Tabulka č. 7: Míra depresivity u subškály - Anhedonie</i>	61
<i>Tabulka č. 8: Míra depresivity u subškály – Snížené sebehodnocení</i>	61
<i>Tabulka č. 9: Vnímání vztahů celkového skóre CTK</i>	62
<i>Tabulka č. 10: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k rodině</i>	62
<i>Tabulka č. 11: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k ostatním lidem</i>	63
<i>Tabulka č. 12: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah ke škole</i>	63
<i>Tabulka č. 13: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k vrstevníkům</i>	64
<i>Tabulka č. 14: Vnímání vztahů u kategorie – Vztah k sobě samému</i>	64
<i>Tabulka č. 15: Rozdíly v průměrných hodnotách subškál CDI</i>	66
<i>Tabulka č. 16: Korelace – vzájemná těsnost výskytu depresivity a vnímání vztahů</i>	67
<i>Tabulka č. 17: Vztah výskytu depresivity a jednotlivých kategorií vnímání vztahů</i>	69
<i>Tabulka č. 18: Reliabilita subškál CDI</i>	69
<i>Tabulka č. 19: Reliabilita subškál CTK</i>	70

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1: Pohlaví respondentů výzkumného souboru (N = 591)</i>	<i>54</i>
<i>Graf č. 2: Věk respondentů výzkumného souboru (N = 591)</i>	<i>55</i>
<i>Graf č. 3: Výskyt depresivity u adolescentů (N = 591)</i>	<i>57</i>
<i>Graf č. 4: Závažnost depresivních projevů u adolescentů (N = 591)</i>	<i>58</i>
<i>Graf č. 5: Průměrná hodnota depresivity v závislosti na pohlaví (N = 591)</i>	<i>65</i>
<i>Graf č. 6: Průměrné hodnoty subškál u mužů a žen (N = 591)</i>	<i>66</i>
<i>Graf č. 7: Graf korelace – vzájemná těsnost výskytu depresivity a vnímání vztahů</i>	<i>68</i>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK CDI	91
PŘÍLOHA P 2: DOTAZNÍK CTK	94

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK CDI

Dotazník CDI

Vážení respondenti,

jmenuji se Martina Lipárová a studuji obor Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku k diplomové práci, která se zabývá Depresivitou u adolescentů v psychosociálním kontextu. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Děkuji za spolupráci a čas při vyplňování dotazníku.

Bc. Martina Lipárová

První část dotazníku se skládá z 27 různých skupin tvrzení. Označte prosím tvrzení, které nejlépe vystihuje, jak se cítíte **za posledních 14 dnů**. Vybírejte pouze jedno tvrzení ze skupin.

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|---|
| 1. Málokdy jsem smutný. | 0 |
| Často jsem smutný. | 1 |
| Pořád jsem smutný. | 2 |
| 2. Nic se mi nedaří. | 2 |
| Nejsem si jistý, jestli se mi daří. | 1 |
| Všechno se mi daří. | 0 |
| 3. Skoro všechno dělám dobře. | 0 |
| Hodně věcí dělám špatně. | 1 |
| Všechno dělám špatně. | 2 |
| 4. Mnoho věcí mě baví. | 0 |
| Baví mě jenom něco. | 1 |
| Nic mě nebaví. | 2 |
| 5. Pořád je mi zle. | 2 |
| Často se cítím špatně. | 1 |
| Málokdy se cítím špatně. | 0 |
| 6. Málokdy přemýšlím o špatných věcech,
které se mi mohou stát. | 0 |
| Mám strach, že se mi může stát něco špatného. | 1 |
| Vím určitě, že se mi něco hrozného stane. | 2 |
| 7. Nenávidím se. | 2 |
| Nemám se rád. | 1 |
| Mám se rád. | 0 |

8.	Za všechno špatné můžu já.	2
	Můžu za mnoho špatného.	1
	Za špatné věci obvykle nemůžu.	0
9.	Málokdy jsem smutný.	0
	Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to.	1
	Chci se zabít.	2
10.	Každý den je mi do pláče.	2
	Často je mi do pláče.	1
	Jen málokdy se nudím.	0
11.	Všechno mě nudí.	2
	Často mě něco nudí.	1
	Jen málokdy se nudím.	0
12.	Jsem rád mezi lidmi.	0
	Často nechci být mezi lidmi.	1
	Vůbec nechci být mezi lidmi.	2
13.	Vůbec se nedokážu soustředit.	2
	Je těžké se soustředit.	1
	Snadno se dokážu soustředit.	0
14.	Vypadám dobře.	0
	Některé věci na mně nejsou hezké.	1
	Vypadám ošklivě.	2
15.	K práci ve škole se musím pořád nutit.	2
	K práci ve škole se musím často nutit.	1
	Pracovat ve škole mi nedělá velké potíže.	0
16.	Každou noc spím špatně.	2
	Často spím špatně.	1
	Spím dobře.	0
17.	Málokdy jsem unavený.	0
	Často jsem unavený.	1
	Pořád jsem unavený.	2
18.	Většinou nemám chuť k jídlu.	2
	Často nemám chuť k jídlu.	1
	Mám chuť k jídlu.	0
19.	Nestarám se o různé své starosti a bolesti.	0
	Často mě trápí různé starosti a bolesti.	1
	Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.	2

20. Necítím se sám.	0
Pořád se cítím sám.	1
Často se cítím sám.	2
21. Ve škole nemám nikdy legraci.	2
Málokdy mám ve škole legraci.	1
Často mám ve škole legraci.	0
22. Mám hodně kamarádu.	0
Mám několik kamarádů, ale chtěl bych jich více.	1
Nemám žádné kamarády.	2
23. Ve škole se mi daří.	0
Ve škole se mi daří hůře než dříve.	1
Nejdou mi už ani předměty, ve kterých jsem byl dříve dobrý.	2
24. Nikdy nebudu tak dobrý jako ostatní děti.	2
Když chci, můžu být stejně dobrý jako ostatní děti.	1
Jsem stejně dobrý jako ostatní děti.	0
25. Nikdo mě nemá doopravdy rád.	2
Nevím, jestli mě má někdo rád.	1
Někdo mě určitě má rád.	0
26. Většinou udělám, co se po mně chce.	0
Většinou neudělám to, co se po mně chce.	1
Nikdy neudělám, co se po mně chce.	2
27. Dobře vycházím s lidmi.	0
Často se s někým hádám nebo peru.	1
Pořád se s někým hádám nebo peru.	2

PŘÍLOHA P 2: DOTAZNÍK CTK

Dotazník CTK

Druhá část dotazníku se skládá z 28 položek. Označte prosím číslici, která nejlépe vystihuje, jak se cítíte za posledních 6 měsíců.

	Naprostou nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Spíše souhlasím	Naprostou souhlasím
1. Hádáme se s rodiči.	0	1	2	3
2. Rodiče se mezi sebou hádají.	0	1	2	3
3. Špatně se snášíme se sourozencem/sourozenci.	0	1	2	3
4. V naší rodině došlo k nějaké závažné nepříznivé události.	0	1	2	3
5. Mám pocit, že mě rodiče příliš omezují.	0	1	2	3
6. Rodiče nejsou spokojeni s mými kamarády.	0	1	2	3
7. Rodiče jsou nespokojeni s mým školním prospěchem.	0	1	2	3
8. Rodiče nesouhlasí s tím, jak se chovám a jak se upravuji.	0	1	2	3
9. Mám pocit, že nemůžu zvládnout učivo tak, jak bych měl/a.	0	1	2	3
10. Často nosím poznámky.	0	1	2	3
11. Mám neshody a problémy s některými z učitelů.	0	1	2	3
12. Škola mě nebaví, nejraději bych už do školy nechodil/a.	0	1	2	3
13. V naší třídě jsou špatné vztahy.	0	1	2	3
14. Někteří z mých vrstevníků se ke mně chovají nepřátelsky.	0	1	2	3
15. Mám potíže s láskou.	0	1	2	3
16. S většinou svých vrstevníků si nerozumím.	0	1	2	3
17. Schází mi dobrý kamarád/kamarádka	0	1	2	3
18. Mám málo volného času, který bych mohl/a trávit s kamarády/kamarádkami.	0	1	2	3
19. Mám zdravotní problémy.	0	1	2	3
20. Jsem nespokojený/á se svými schopnostmi, s tím, co dovedu.	0	1	2	3
21. Trápí mě, že nevím, co chci dělat po ukončení školy.	0	1	2	3

22. Mám více neshod s dospělými než dřív.	0	1	2	3
23. Nemůžu se věnovat tomu, co chci a co plánuji.	0	1	2	3
24. Nevím si rady s některými svými pocity, které jsem dříve neznal/a.	0	1	2	3
25. Na řadu věcí se teď dívám o hodně jinak, než když jsem byl/a mladší.	0	1	2	3
26. Mám pocit, že nevím, co vlastně chci.	0	1	2	3
27. Představuji si, že bych chtěl/a hodně věcí ve svém životě změnit.	0	1	2	3
28. S mnoha lidmi si rozumím lépe než dřív.	0	1	2	3