



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Depresivita a sebehodnocení v adolescenci

Vypracoval: Jakub Kříž
Vedoucí práce: Mgr. Bc. Tomáš Mrhálék

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 27. 4. 2018

.....

Jakub Kříž

Poděkování

Tímto bych chtěl v první řadě poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce panu Mgr. Bc. Tomáši Mrhálkovi za vstřícnost a ochotu při předávání podnětných rad, které napomohly realizaci této práce. Rovněž bych chtěl poděkovat panu Mgr. Janu Hynkovi za pomoc, která vedla ke zkvalitnění výzkumné části práce. V neposlední řadě děkuji všem blízkým, kteří mi při psaní bakalářské práce byli oporou.

ABSTRAKT

Název práce: Depresivita a sebehodnocení u adolescentů

Autor práce: Jakub Kříž

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Tomáš Mrhálek

Počet stran: 54

Počet zdrojů: 63

Cílem studie je zmapovat depresivitu, jakožto jeden ze symptomů deprese, projevující se aktuálním rozladem člověka, a to na vzorku 442 českých adolescentů z gymnázií a střední odborné školy ze dvou krajů České republiky. Dílčím cílem bylo prozkoumat, jakým způsobem souvisí míra depresivity s úrovní sebehodnocení a zdali se sebehodnocení liší u adolescentů klasifikovaných jako depresivní a nedeprativní. Pro výzkumnou část byl zvolen kvantitativní design a vytvořena testová baterie sestávající z metody pro měření dětské depresivity (Children's Depression Inventory – CDI), úrovně sebehodnocení (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES) a úrovně obecné vlastní efektivity (General Self-Efficacy Scale – GSES). Dospěli jsme k následujícím zjištěním. Soubor obsahoval 19 % depresivních respondentů (84 osob) z nich bylo 3,6 % chlapců (16) a 15,4 % dívek (68). Zjistili jsme, že dívky, chlapci i celý náš soubor jsou více depresivní v porovnání s normativními soubory z České republiky i zahraničí. V rámci ověřování hypotéz byl zjištěn genderový rozdíl v inklinaci k depresivitě (dívky inklinují více), avšak míra depresivity pouze depresivních jedinců se genderově nelišila. Hypotézu o snižující se depresivitě v průběhu pozdní adolescence jsme nepotvrdili. Zjistili jsme, že úroveň sebehodnocení (self-esteem) i obecné vlastní efektivity (self-efficacy) negativně korelují s mírou depresivity a že depresivní jedinci mají v porovnání s nedeprativními rozdílnou (nižší) úroveň sebehodnocení i obecné vlastní efektivity.

Klíčová slova: deprese, depresivita, adolescence, sebehodnocení

Title: Depressivity and self-esteem in adolescence

Author: Jakub Kříž

Supervisor: Mgr. Bc. Tomáš Mrhálek

Number of pages: 54

Number of references: 63

The aim of the study is to explore depressivity as one of the symptoms of depression, manifested by the actual disharmony in a person. The study was carried out on a sample of 442 Czech adolescents from grammar schools and high schools from two regions of the Czech Republic. A sub-objective was to explore how the level of depressivity and self-esteem are related and whether self-esteem differs among adolescents classified as depressive and non-depressive. For a section of the research, a quantitative design was selected and a battery of tests was created using the Children's Depression Inventory (CDI), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and the General Self-Efficacy Scale (GSES). We have come to the following findings. The group consisted of 19% depressive respondents (84 individuals) of whom 3,6% were boys (16) and 15,4% (68) were girls. We have found that girls, boys and our entire study group are more depressive compared to normative groups from the Czech Republic and abroad. In the process of verifying the hypothesis, the inclination towards depressivity was found in the gender difference (girls have a greater tendency than boys), but the depressivity rate of only depressive individuals did not differ in relation to gender. The hypothesis of decreasing depressivity during late adolescence was not confirmed. We found that the level of self-esteem and general self-efficacy negatively correlated with the level of depressivity and that depressive individuals have, compared to non-depressive ones, lower self-esteem and general self-efficacy.

Key words: depression, depressivity, adolescence, self-esteem

Obsah

Úvod	8
I. Teoretická část.....	10
1 Adolescence.....	10
1.1 Biologický vývoj.....	11
1.2 Kognitivní vývoj	12
1.3 Emocionální vývoj.....	12
1.4 Sociální vývoj	14
1.4.1 Rodina.....	14
1.4.2 Vrstevníci.....	15
2 Deprese a depresivita u adolescentů.....	18
2.1 Přístup k problematice deprese v dětství a adolescenci	18
2.2 Epidemiologie	19
2.3 Etiopatogeneze.....	19
2.4 Příznaky deprese v adolescenci	20
2.5 Komorbidita	22
2.6 Klasifikace deprese	22
2.7 Diagnostika	23
2.8 Léčba.....	24
3 Sebehodnocení.....	26
3.1 Rozvoj sebehodnocení	26
3.2 Sebehodnocení v adolescenci	27
II. Výzkumná část.....	30
4 Cíl výzkumu a výzkumný design.....	30
4.1 Formulace hypotéz.....	30
4.2 Použité metody	31

4.3 Výzkumný soubor a sběr dat	32
5 Výsledky.....	33
5.1 Způsob zpracování dat	33
5.2 Deskriptivní statistiky	33
5.2.1 Popis souboru.....	33
5.2.2 Popis a míra depresivity.....	33
5.2.3 Popis sebehodnocení a obecné vlastní efektivity.....	35
5.3 Ověřování hypotéz.....	37
6 Diskuze.....	44
Závěr	49
Seznam použitých zdrojů a literatury.....	50

Úvod

Podle posledních odhadů Světové zdravotnické organizace postihuje deprese celosvětově asi 350 milionů lidí. Zároveň je nejčastější příčinou nezpůsobilosti a každý rok stojí depresivní a anxiózní poruchy globální ekonomiku kolem 20 miliard korun (WHO, 2017). Celosvětový průzkum v 17 zemích světa zjistil, že 5 % dotázaných zažilo během posledního roku depresivní fázi (Marcus et al., 2012). WHO (2008) navíc předpokládá, že do roku 2030 se deprese stane celosvětově nejrozšířenější chorobou vůbec. Je až s podivem, jak dlouho trvalo společnosti přiznat si, že děti a dospívající nejsou bezstarostné bytosti, které nemohou pocítit více nežli obyčejný krátkodobý pocit smutku. Velmi k tomu přispěli bohužel samotní psychologové a psychiatři, přesněji představitelé psychoanalytické školy, kteří tvrdili, že jakákoliv stabilní psychická porucha se u nedospělých jedinců kvůli jejich nevyzrálости nemůže rozvinout. Dnes již téma dětské deprese není společenským tabu, avšak troufáme si říct, že v porovnání s depresí u dospělých není stále tolik studována. Prevalence klinické deprese u adolescentů se pohybuje ve světě i v naší zemi kolem 4–8 % (Goetz, 2005), to znamená, že v České republice trpí depresí až 34 tisíc adolescentů ve věku od 15 do 19 let. Longitudinální studie prokázali až 70% riziko přenositelnosti deprese z dětského, respektive adolescentního věku do dospělosti (Kovacs et al., 1984). Deprese v adolescenci by z těchto důvodů neměla v žádném případě být nijak bagatelizována, a naopak by si zasloužila ještě větší pozornost. Její podchycení a včasná léčba je pro jedince klíčová. S psychickými onemocněními se často pojí tzv. stigma, které si s sebou jedinec ve společnosti nedobrovolně nese. Jedná se o určitou formu stereotypu či předsudku, který nemocného jedince vidí negativně a znesnadňuje mu řádné začlenění se do společnosti. Asi nejčastější stigma, nezakládající se na pravdě je, že člověk, když by opravdu chtěl, mohl by se vzchopit a dát se dohromady (Praško, Prašková, & Prašková, 2003). Tuto tezi potvrzuje i výzkum na vzorku 88 adolescentů (Dardas et al., 2017), kteří v dotazníku přímo věnujícímu se stigmatizaci deprese (Depression Stigma Scale) nejvíce souhlasili s tvrzením, že kdyby lidé s depresí chtěli, mohli by se z toho „dostat“ (v angl. „*snap out of it*“). Dalšími silnými stigmaty se například ukázaly názory, že bychom se měli depresivním lidem vyhýbat, abychom se depresivními sami nestali, tedy že deprese u lidí je známka osobní slabosti či méněcennosti.

V teoretické části práce se nejprve věnujeme vymezení vývojového období adolescence, a to především v kontextu nevyhnutelných změn, které na jedince v tomto období silně působí. V kapitolách o vývojových změnách dané změny pouze nepopisujeme,

ale snažíme se s využitím domácích i zahraničních studií upozornit, proč a za jakých okolností mohou tyto změny podněcovat vznik sníženého sebehodnocení či deprese u adolescentů. V dalších částech práce se věnujeme již problematice depresivity, deprese a sebehodnocení u adolescentů.

Ve výzkumné části práce se věnujeme stanovenému cíli práce, a to zmapování výskytu a míry depresivity u adolescentů a také prozkoumání depresivity v souvislosti s potenciálně rizikovými faktory jako jsou pohlaví, věkové rozdíly a sebehodnocení.

I. Teoretická část

1 Adolescence

Termín adolescence pochází z latinského slova *adolescere* (dorůstat či mohutnět) a poprvé byl zaznamenán v 15. století (Muuss, 1989, in Macek, 2003). V českém jazyce narazíme dále na výrazy jako mladiství, dospívající či dorost (Langmeier & Krejčířová, 2006). V psychologických disciplínách se však zažil nejvíce pojem adolescence.

Z hlediska celoživotního vývoje se adolescence nachází mezi vývojovými etapami dětstvím a dospělostí. V rámci procesu dospívání pak adolescenci charakterizujeme jako období mezi pubescencí (11–15 let), která mu předchází, a vynořující se dospělostí, která na něj navazuje (20–25 let). Vynořující se dospělost (z angl. *emerging adulthood*) je poměrně nový termín, který se ovšem ujal, jelikož český pojem dospívání je často zaměňován právě s adolescencí či s vynořující se dospělostí nebo je užíván jako pojem označující celý proces stávání se dospělým. Vymezení věkového rozmezí u adolescence se u různých autorů liší, jeho vnímání je totiž ovlivněno i kulturními a situačními vlivy. Toto období je v porovnání s ostatními etapami dospívání delší, a tak někteří autoři toto období rozdělují na několik fází. V literatuře existuje konsensus vymezující adolescenci od zhruba 15 do 20 (22) let.

Časové vymezení adolescence v moderní společnosti je v posledních zhruba sto letech narušeno i tzv. *sekundární akcelerací*. Tento jev definuje Langmeier a Krejčířová (2006) jako celkové urychlení růstu a vývoje během jednoho století. Máme zde tedy jedince, kteří jak pohlavně, tak kognitivně dospívají mnohem dříve než adolescenti před několika dekádami, ovšem zdá se, že jejich duševní vývoj spolu s kognitivním a biologickým nekoreluje. Máme zde tedy jedince, kteří mají mnohem kratší období dětství. Jejich období adolescence se ale nezkracuje, navíc se zdá, že duševně jedinci dospívají naopak ještě později než jedinci před sto lety (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Pro tuto životní etapu jsou příznačné změny na úrovni biologické, psychické i sociální. Všechny změny se odehrávají v poměrně krátkém časovém období a mají velký vliv na postupné transformaci z dětské osobnosti na osobnost dospělou. Považuji tedy za podnětné na tyto změny v následujících kapitolách nahlédnout, jelikož vypořádání se s nimi je jeden z hlavních faktorů v cestě za vybudováním zdravé a úplné identity.

1.1 Biologický vývoj

V období adolescence dochází u dívek i chlapců k mnoha fyziologickým změnám, které jsou pro ně náročné z hlediska jejich adaptace a akceptace. Často se hovoří o tzv. druhé tvarové proměně, jelikož dochází k formování a růstu téměř všech částí těla. Chlapcům se rozšiřují ramena, dívkám boky, na nichž objevuje podkožní vrstva tuku, která u dívek zůstává. Langmeier a Krejčířová (2006) popisují tento stav tělesných disproporcí jako „samá ruka samá noha“. Dále se objevují sekundární pohlavní znaky, pubické ochlupení a mutace u chlapců, růst ňader u dívek. U chlapců dochází k první poluci (*oigarche* – noční poluce), u dívek k první menstruaci (*menarche*). Rostou nejen vnější viditelné znaky, ale i vnitřní orgány a spolu s nimi dochází ke změnám hormonálním. Změny se týkají u chlapců zvýšené produkce mužského pohlavního hormonu testosteronu a u dívek ženského pohlavního hormonu estrogeneru. Kombinace fyziologických a hormonálních změn může zapříčiňovat emoční labilitu, jelikož oslabují nervovou soustavu (Říčan, 2014, Čačka, 2000).

V tomto období jedinci přikládají velký význam svému body image, atraktivitě a celkově celému svému zevnějšku (Vágnerová, 2012). Michalčáková (2007) uvádí, že tělesné proměny a vývoj sekundárních pohlavních znaků znamenají pro adolescenty náročnou situaci a pokud na ně přichází od okolí negativní odezva, může to mít dopad na jedincovo sebehodnocení. Body image, to znamená, jak člověk vnímá své tělo a jak se v něm cítí, dnes velmi ovlivňují moderní média v čele se sociálními sítěmi. V této souvislosti zmíním letošní studii, prováděnou ve Spojených státech Amerických, která zjistila negativní vliv sociální sítě Instagram na body image u vysokoškolských studentů, zvláště u těch s nízkým sebevědomím (Ahadzadeh et al., 2017). Předpokládáme, že u jedinců v adolescentním věku, by výsledky dopadly podobně.

McCabe & Ricciardelli (2003) ve své studii zjistili, že na chlapce mají média oproti dívkám menší vliv. Studia zjistila, že pro spokojenost se svým body image a pomoci při vypořádáváním se s tlakem masmédií, je nejdůležitější pozitivní zpětná vazba od rodičů adolescentů a jejich nejlepšího přítele či přítelkyně.

Pro dívky a chlapce je v tomto věku subjektivně důležité načasování všech biologických proměn. Jedinci, u kterých ke změnám dochází příliš brzy nebo pozdě, často trpí pocity méněcennosti, studu a stávají se terčem posměchu (Vágnerová, 2012). Studie prováděná na vzorku 17 082 dívek a 15 922 chlapců ve věku 14–16 let nalezla vztah mezi brzkým nástupem menarche/oigarche a depresí u obou pohlaví.

1.2 Kognitivní vývoj

Změny kognitivních procesů jsou v rámci všech proměn pro jedince nejméně uvědomované, avšak pro další vývoj zásadní. Kognitivní procesy podléhají změnám na kvantitativní i kvalitativní úrovni. Adolescenti již dokáží řešit více problémů a zlepšuje se jejich explicitní paměť, což spadá pod změny kvantitativní.

Výsledek kvalitativní proměny kognice popisuje Piaget jako zcela nový operační systém – systém formálních operací, který se vyznačuje schopností vyvozovat soudy o soudech a myslet o myšlení, což dává myšlení zcela nový rozměr (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dospívající je schopen hypoteticko-deduktivního myšlení, to znamená, že lehce přichází s mnoha hypotézami, které však často nejsou slučitelné s realitou a jsou málo pravděpodobné. Přemíra hypotetické orientace myšlení přirozeně vyvolává u adolescentů pocity nejistoty. Dochází též ke zlepšení induktivního myšlení. Větší flexibilita myšlení a schopnost diferenciací umožňuje vyvozování obecných závěrů (teorií). Někdy se o adolescentech mluví jako o jedincích, kteří jsou na vrcholu inteligence a paměťových schopností, jelikož jsou velmi bystří, obratní v dialozích a jejich úsudek je často oproti dospělým okamžitý. Je obšhem dokázáno, že inteligenční vrchol u člověka prakticky neexistuje, podle Čačky (2000) se naše celková inteligence může rozvíjet až do věku 60 let. „*Raná adolescence je považována za mezník rozvoje poznávacích procesů, kdy se vytvářejí určité způsoby myšlení a řešení problémů a dochází k jejich zafixování, takže nemusí být tak snadné je později měnit* (Kuhn, 2009, in Vágnerová, 2012, s. 383).“

1.3 Emocionální vývoj

Jak již bylo naznačeno v předešlých kapitolách, všechny druhy změn, které se u adolescentů dějí, ovlivňují současně jejich emoční prožívání. Toto období bývá označováno za období emoční lability. Ta není zapříčiněna pouze reakcemi na uvědomované vývojové změny, ale také vývojem mozku, kde dochází ke změnám, které sami o sobě způsobují citovou přecitlivělost a depresivní či anxiózní stavy. Typické pro citové prožitky v tomto období je, že jsou náhlé, afektované a proběhnou velmi rychle, navíc si není jedinec často schopen vysvětlit příčinu těchto negativních emocí a je mu to velmi nepříjemné (Vágnerová, 2012).

S emoční labilitou se pojí nejistota, která je v tomto období všudypřítomná. Souvisí jak s fyziologickými změnami, tak i s obavami současného i budoucího postavení ve společnosti a nároky s tím spojenými (Nickel, 1975, in Langmeier & Krejčířová, 2006). Adolescent si není jistý svými emocemi, neustále je analyzuje a hodnotí. Nejistota

v poznávání svých emocí může ústít v adhedonii, znechucení, zlost a komplexní negativismus vůči všemu ostatnímu, včetně sebe sama (Vágnerová, 2012). Negativní ladění a nejistota podle Vágnerové (2012) ještě více podporuje fakt, že sociální prostředí takovéto labilní projevy neakceptuje a reakce jsou většinou negativního charakteru s hodnocením projevů jako nesmyslných, rozmarných či rozmazlených. Charakteristické pro citovou proměnlivost je střídání extrémních protipólů citových odezev, a to i ve velmi krátkých prodlevách. Čačka (2000) hovoří například o střídání hrubosti a něžnosti, soucitu a krutosti či naprostého zaujetí a znechucení.

Popisované emoční projevy jsou nejvíce pozorovány na přelomu pubescentního a adolescentního věku, to je kolem 15. roku života. Později, ve střední a pozdní adolescenci, dochází k odeznívání náladovosti a lability, přechodu k větší extraverci a stálosti (Macek, 2003). Důvodem je celková stabilizace organismu, který se postupně vyrovnává s hormonálními změnami, adolescent navíc disponuje zkušeností s dějícími se změnami, takže opět nabývá na jistotě. Tuto fázi označujeme jako „období vystřízlivění“ (Vágnerová, 2012).

Důležité je zmínit, že adolescenti samozřejmě nereagují vždy nutně negativním a nezralým způsobem, ale s požadavky a nástrahami prostředí se snaží nějakým způsobem vypořádat. Období dětství, a právě i adolescence je dle Compase et al. (2001) klíčové pro budování copingových strategií, jejichž vzorce může jedinec posléze využívat ve své dospělosti. Z tohoto důvodu se široká řada intervencí k léčbě a prevenci psychopatologie zaměřuje na posilování copingových dovedností u dětí a adolescentů (Clarke et al., 1995; Kendall et al., 1997, in Compas et al., 2001). Hlavní rozdíl spočívá v rozmanitosti a vyzrálosti využívání copingových strategií oproti dětskému období. Dítě nejčastěji volí například pláč, upozorňování na sebe a hledá pomoc okolo sebe, nejvíce u svých rodičů. Macek (2003) uvádí, že dospívající už jsou schopni využívat zralé strategie zaměřené na emoce (aktivní snaha o uklidnění) i strategie zaměřené na jednání (odvedení pozornosti, opětovné zkoušení).

Velký vliv na zvládání emoční zátěže a vytváření zdravých strategií má sebehodnocení, které je vytvářeno jak vlastními mentálními reprezentacemi o sobě samotném, tak i zkušeností hodnocení vlastní osoby ostatními. Jelikož sebehodnocení představuje vztah k sobě samotnému, je velmi významným činitelem při zvládání emocí v adolescentním věku (Macek, 2003).

Důležité je tedy dospívající jedince podporovat v rozvíjení zdravých copingových strategií a snažit se o co nejvíce empatický a nesoudící přístup v prevenci rozvoje naopak nezdravých a rizikových strategií, jako je užívání návykových látek či sebepoškození.

1.4 Sociální vývoj

V období adolescence dochází také ke změnám sociálním. Projevují se ve změněném vztahu k rodičům, vrstevníkům, autoritám i celé společnosti, přičemž interakce s těmito sociálními rolami je důležitá pro jejich následné převzetí si do dospělosti (Vágnerová, 2010; Langmeier, 1983, in Macek 2003). Jedinec má snahu celkové emancipace, autonomie, ale zároveň se snaží co nejvíce začleňovat a být tzv. *in-group* (identifikovat se jako člen určité skupiny). Podobnou situaci zažívá jedinec v rodinném prostředí, jelikož zaměření preferencí se obrací od rodinných vztahů na vztahy vrstevnické. Vágnerová (2012) označuje tuto fázi procesem autonomizace, jedinec se od rodiny začíná odpoutávat a osamostatňovat se, ale zároveň nemíní ztratit vliv a uznání v rodině, na které je většinou stále ještě emočně závislý.

Kritické hodnocení v tomto období není orientováno pouze ke své vlastní osobě, ale také k druhým, a tak je charakteristické častými konflikty. Následující odstavce přiblíží charakteristiky vztahů adolescentů s rodinou a vrstevníky.

1.4.1 Rodina

Oproti pubescenci se vztah s rodiči mírně zklidňuje. Čačka (2000) hovoří právě o začátku adolescence jako o vrcholu oslabování autority rodičů, kde vzniká zcela nová kvalita vztahu mezi dítětem a rodiči. Tato kvalita vztahu je doprovázena častými konflikty pramenícími z adolescentova kritického hodnocení rodičovských postojů, zájmů a hodnot. Jedinec v tomto věku formuje svůj komplexní životní projekt, který se formuje na bázi přijímání či naopak vyhraňování se vůči životnímu stylu rodičů (Čačka, 2000).

Vinu za vyšší konfliktnost ovšem nenese vždy adolescentní jedinec. Ukázalo se, že 40 % matek nepřipouští od svého potomka žádnou kritiku vůči své roli matky a dalších 40 % matek připouští jistou míru kritiky až po 17. roce života adolescenta (Čačka, 2000). Tato názorová rigidita a přesvědčení o své nepochybnosti je právě to, co u jedinců podněcuje odpor k autoritám. Rodiče nejsou totiž často připraveni na bipolárnost názorů v tomto období a citovou rozkolísanost. Tato neschopnost se ve svém dítěti vyznat a číst tyto projevy vede někdy k rodičovu odcizování se od dítěte. Rodiče by si však měli uvědomit, že adolescentova nervová soustava je velmi oslabena a že jedinec stále cítí silnou potřebu rodičovské lásky (Čačka, 2000). Dospívají si cení v tomto období na svých rodičích

upřímnosti a spolehlivosti, nejvíce konkrétně věrnosti svým zásadám, jednoznačnosti a stability (Vágnerová, 2012). Konflikty nemusejí často ani vznikat, pokud má adolescent pocit, že svůj názor může svobodně projevit a že se na něj bere ohled (Macek, 2003).

Rodinné klima, sociální opora či vztahy se sourozenci ovlivňují jedincovu spokojenost či nespokojenost a je dokázáno, že souvisí i s mírou depresivity. Existuje rozdíl mezi dopadem negativních rodinných vlivů na chlapce a dívky, Macek (2003) uvádí, že dívky snášejí rodinné konflikty hůře než chlapci, ti jsou vůči nim odolnější.

Kapitola věnující se emocionálním změnám zmiňuje důležitost rozvoje copingových strategií, které se v tomto období teprve formují, a tak se adolescenti ještě neumí vyrovnávat se zátěžovými situacemi tak kvalitně jako dospělí jedinci. Podle Avisona a McAlpineho (1992), kteří ve své studii zkoumali vliv vztahu rodič-dítě na depresivitu adolescentů, adolescenti na konflikty reagují velmi emotivně, jelikož se teprve učí, jak využívat například mastery, self-esteem či sociální oporu k vypořádávání se s nimi.

Součástí rodinného systému není obvykle jeden potomek, tudíž nesmíme opomenout důležitou roli sourozence. Sourozenci jsou pro adolescenta silným socializačním faktorem, jehož síla a kvalita se však odráží od věku a pohlaví sourozence.

Dospívající obecně preferují sourozence stejného pohlaví a identifikují se více se sourozenci staršími, kteří pro ně představují jakýsi vzorový model, od kterého se mohou učit (Geck a kol., 2000, in Vágnerová, 2012, Vágnerová, 2012). Vágnerová dodává, že vztah k mladším sourozencům bývá spíše nevraživý, kde se adolescent staví do autoritativní role a snaží se zdůrazňovat svoji nadřazenou pozici, dochází tak k prohlubování vztahové asymetrie a ke konfliktům.

Vztah mezi adolescentem a sourozencem je bezesporu silným socializačním faktorem a jeho vliv na adolescenta je v rámci rodiny leckdy silnější než rodičovský (Dunn, 2007, in Vágnerová, 2012). Záleží však na pohlaví sourozenců, a ještě více na věkovém rozdílu mezi vývojovými úrovněmi sourozenců, což ovlivňuje názorovou různost, ale i samotnou frekvenci vzájemných kontaktů (Vágnerová, 2012)

1.4.2 Vrstevníci

Nejsilnější socializační činitelé jsou zpravidla ti, kteří na jedince působí kontinuálně a v co nejdelším časovém úseku. V období adolescence jsou to spolu s rodinou bezpochyby vrstevníci. Začátkem adolescence dochází k rozvoji kamarádských vztahů, ale i ztrátě již nabytých. Typické je formování silných vztahů nejen s jednotlivci, ale i v rámci skupin. Skupinové vztahy jsou pro jednotlivce při separaci od rodiny zdrojem jistoty, jelikož zde

mohou sdílet své emoce či názory (Langmeier & Krejčířová, 2006). Skupinové vztahy, ve kterých si jedinec vytváří skupinovou identitu, pomáhají i při vytváření té individuální, jelikož jedinec ve skupině nabývá sebevědomí a již zmiňované jistoty (Vágnerová, 2012). Jak uvádí Macek (2003), příslušností ke skupině jedinec získává sociální status a s ním spojený pocit vlastní významnosti.

Můžeme vidět, že postavení jedince v rámci vrstevnické skupiny je odlišné od postavení v rodině. Menší asymetrie vztahů v rámci vrstevnických skupin umožňuje dospívajícímu saturovat potřeby, které v rodinném prostředí bývají potlačeny. Nejzásadnější takovou potřebou je získávání a uplatňování vlivu, moci a určování si vlastních pravidel (Vágnerová, 2012), přičemž z těchto sebe prosazujících tendencí vznikají často konflikty.

Do vrstevnických vztahů řadíme rovněž tzv. erotické vztahy, které se začínají formovat právě v období adolescence. Období pubescence, které začíná kolem 11. roku života a končí kolem 15. a 16 roku života, souvisí s objevováním sexuality. Adolescence je období, kdy zpravidla dochází k prvnímu pohlavnímu styku, avšak v posledních letech vidíme postupné snižování věku, kdy k němu dochází. Jamieson a Wade (2011) ve své longitudinální studii o vzorku 6510 jedinců trend snižujícího se věku prvního sexuálního styku potvrzují. Nejvíce respondentů uvedlo, že k prvnímu styku u nich došlo v 17 letech.

V souvislosti s brzkým započítím sexuálního života se často hovoří o rizicích rozvoje psychopatologie, tedy i deprese. Tato hypotéza se ve většině současných výzkumech ovšem nepotvrzuje. Jistý vztah mezi depresí a brzkým započítím sexuálního života výzkumy odhalují, ovšem nikoliv ve smyslu, že brzké započítí sexuálního života přímo způsobuje depresi. Sabia (2006) podává ve své studii důkazy, že věk prvního sexuálního styku není přímou příčinou deprese, ale je spíše pozorovatelným ukazatelem deprese. Již zmíněná studie (Jamieson & Wade, 2011) navíc nepotvrdila ani reverzní vztah, to znamená, že by deprese v adolescenci způsobovala ono brzké započítí sexuální aktivity. Bylo nicméně zjištěno, že deprese souvisí s jiným problémem, a to rizikovým sexuálním chováním. Deprese u adolescentů je spojena se zvýšeným rizikem vzniku pohlavně přenosných chorob z důvodu nepoužívání ochrany při pohlavním styku (Shrier, Harris, Sternberg, & Beardslee, 2001). Tato studie hledala i vztah se sebehodnocením (self-esteem), ale jeho význam se ukázal v této problematice irelevantní.

Vrstevnické vztahy plní velmi důležitou funkci v socializaci adolescenta a jejich výstupy jsou důležité pro budoucí zvládnání interakcí v životě dospělého. Jedinec se zdokonaluje ve schopnosti komunikovat a řešit různé konflikty, které se v sociálních

skupinách tohoto věku objevují více než kdy jindy. V rámci skupiny má možnost vystupovat v kompetentnější roli, nežli je to v rodině, která je typická větší asymetrií vztahů. Vrstevnické skupina pomáhá profilaci individuální identity, jejíž součástí se stává nově i identita sexuální.

2 Deprese a depresivita u adolescentů

Na úvod bychom si měli ujasnit rozdíl mezi termíny depresivita a deprese. Petersen et al. (1993) depresivitu chápe jako jeden ze symptomů deprese, projevující se aktuálním rozladem v náladě člověka. Depresivita nemusí souviset s žádným pozorovatelným problémem nebo naopak může být spojena s mnoha problémy. Petersen et al. (1993) hovoří v souvislosti s depresivitou o tzv. *blue feelings*, které zahrnují pocity smutku a neštěstí. Depresivitu u adolescentů měříme nejčastěji sebehodnotícími dotazníky zaměřujícími se na emoce nebo chování, v jejichž položkách figurují přímo příznaky typické pro depresi (Petersen et al., 1993).

Rozdíl mezi depresivitou a depresí tedy tkví v tom, že depresivita (depresivní nálada) je pouze jeden ze symptomů deprese, která je souborem více symptomů. Depresivní nálada může poukazovat na možnost rozvíjející se deprese, avšak sama o sobě není dostačující ke stanovení diagnózy.

Výzkum depresivity u dětí a dospívajících se ukazuje být velmi podnětným. Longitudinální studie z Los Angeles ve Spojených státech Amerických potvrdila u žen kontinuitu v přechodu afektivních narušení (deprese aj.) v dospívání do dospělosti (Rao, Hammen, & Daley, 1999). Další americká longitudinální studie (Reinherz et al., 2003) se naopak věnovala podmínkám v rodinách a jejich vlivu na vznik depresivní symptomatologie u dětí a adolescentů, kde se rovněž potvrdil přenos deprese do dospělosti.

2.1 Přístup k problematice deprese v dětství a adolescenci

Deprese patří mezi nejrozšířenější psychické poruchy mezi dospělou populací (15-20 %), avšak v odborné literatuře se problematika deprese v dětském či adolescentním věku začíná objevovat až od 50. let 20. století (Malá, 2008). Ještě nedávno byla vůbec možnost rozvoje deprese u nedospělé populace podceňována či zcela vylučována, a to kvůli pohledu na dětství jako na bezstarostné období (Říčan & Krejčířová, 2006), ve kterém jen zřídka dochází k nemoci na duši, spíše však k somatickým problémům, které pouze stačí pofoukat (Malá, 2008).

Goetz (2005) uvádí druhý důvod, a to velký vliv psychoanalytické psychologie, která u deprese předpokládala nutnost vyzrálosti osobnosti (superega), kterou děti a mladistvý postrádají. Až na přelomu 70. a 80. let 20. století se konečně objevuje v nejznámější americké učebnici psychiatrie *Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry* samostatná kapitola věnující se i depresi u dětí (Goetz, 2005). Stejně tak ve svém narativním review hovoří o přístupu k depresi v dětství Maughan et al. (2013), kteří uvádí, že ještě před

30 lety byla skleslá nálada považována za zcela normální projev kolísání nálady v dospívání a neuvažovalo se o možnosti probíhající deprese u jedince.

Postupně jsme se tedy dostali od názorů, že přítomnost deprese je mezi dětmi a dospívajícími vyloučena, až k názoru, že děti a dospívající depresemi trpí a oproti dospělým neméně častěji.

2.2 Epidemiologie

Statistiky prevalence deprese u adolescentů nejsou jednotné, ale zároveň se mnoho neliší. Malá (2008) udává prevalenci mezi 0,4-8,3 %, Goetz (2005) 4–8 %, což je značný nárůst oproti pre-pubertálnímu období, ve kterém se prevalence deprese pohybuje v průměru kolem 1,5 %.

Obrázek 1: Prevalence juvenilní deprese

předškolní děti	0,3–1 %
děti školního věku	2–4 %
adolescenti	4–8 %

Zdroj: Dudová (2007)

Při studiu prevalence deprese nás také zajímá poměr mezi chlapci a dívkami. Do začátku puberty se setkáváme s depresí více u chlapců nežli u dívek, ale začátkem rané adolescence dochází k rapidnímu nárůstu deprese u dívek (e.g., Hankin et al., 1998; Wichstrom, 1999, in Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001). U 14–16letých nezletilých depresivních adolescentů je poměr výskytu depresivní epizody (fáze) u chlapců k dívkám 1:5, později 2:5 (Malá, 2008).

2.3 Etiopatogeneze

Už v antickém Řecku hovořili myslitelé v čele s Hippokratem o depresi, kterou tehdy nazývali melancholií (Praško, Prašková, & Prašková, 2003). Hippokrat hledal příčinu melancholie v nadbytku „černé žluči“ a ve středověku tento názor dále přetrvával a pod tehdejší silným vlivem církve byli lidé označováni za melancholiky, kteří jsou posedlí ďáblem a musí podstoupit léčbu exorcismem nebo mučením.

Hledat příčinu vzniku u poruchy jako je deprese, je velmi složité. Spouštěče deprese u jednoho člověka nemusí znamenat vznik deprese u člověka druhého, proto nehovoříme obecně o příčinách deprese, ale spíše o rizikových faktorech, které mohou potenciálně být spouštěči deprese (Praško, Prašková, & Prašková, 2003; Malá, 2008).

Dnes již víme, že deprese nemá jednu příčinu, nýbrž vzniká interakcí genetických a zevních faktorů v různém poměru (Malá, 2008). Na vzniku deprese se velmi podílí genetické predispozice a vulnerabilita (zranitelnost) v kombinaci s dalšími psychosociálními faktory jako jsou stres či různá životní traumata a těžkosti (Praško, Prašková, & Prašková, 2003). Neovládání zátěže může vést k postupnému snížení adaptace na stres, biochemickým změnám v mozku, které vyústí právě v depresi.

Ukázalo se, že pokud trpí depresí příbuzný 1. řádu (otec, matka, sourozenec), je riziko vzniku deprese u jedince 15 %, pokud je sourozencem jednovaječné dvojče, riziko vzniku deprese je potom až 70 % (Praško, Buliková, & Sigmundová, 2010). Dědí se však určitá vlna k onemocnění depresí, nikoliv nemoc jako taková.

Jelikož deprese vzniká interakcí genetických faktorů s faktory vnějšími, zmíníme vnější rizikové faktory, u kterých je dokázáno, že jsou nejčastěji spojeny s rozvojem deprese u dospívajících:

- rodičovská psychopatologie – nejvíce depresivní rodič (Petersen et al., 1993)
- nefungující interakce rodič-dítě a nízká rodinná koheze (Burge & Hammen, 1991, e.g., Friedrich, Reams, & Jacobs, 1982; Reinherz, Stewart-Berghauer, Pakiz, Frost, & Moeykens, 1989, in Petersen et al.)
- konfliktní rodinné prostředí (Malá, 2008)
- Rozvod rodičů (Block et al., 1986; Cherlin et al., 1991; Sarigiani, 1990, in Petersen et al., 1993)
- špatné finanční zázemí (Asarmov & Horton, 1990, in Petersen, 1993)
- špatné vrstevnické vztahy (Petersen et al., 1993)

2.4 Příznaky deprese v adolescenci

Klinický obraz depresivního syndromu je již oproti předešlým vývojovým obdobím zcela analogický depresi dospělých (Říčan & Krejčířová, 2006; Malá, 2008). Goetz (2005) řadí příznaky deprese dle jejich projevu do tří skupin – emoční, kognitivní a somatické (viz Obrázek 2).

Obrázek 2: Typické symptomy deprese

Tabulka 1. Typické symptomy deprese		
Emoční	Kognitivní	Somatické
<ul style="list-style-type: none">• přetrvávající smutná nebo podrážděná nálada• ztráta zájmu o aktivity, které měl dříve rád, a ztráta přání• ztráta prožitku štěstí – anhedonie	<ul style="list-style-type: none">• obtíže s koncentrací a pamětí• ztráta sebevědomí nebo sebeúcty• pocity vlastní neschopnosti, beznaděje, sebeobviňování• vracející se myšlenky na sebevraždu	<ul style="list-style-type: none">• pokles nebo ztráta energie• zvýšená unavitelnost• změny v chuti k jídlu a změny hmotnosti• poruchy spánku• psychomotorické zpomalení, ale i agitovanost

Zdroj: Goetz (2005)

Do zvláštní skupiny řadíme příznaky psychotické, které se projevují halucinacemi a bludy (Goetz, 2005). U dospělých nacházíme korelaci mezi projevy halucinací/bludů a závažností deprese, u dětí a adolescentů nikoliv (Malá, 2008).

Deprese bývá označována ekvivalentní k depresi u dospělých jedinců, nicméně určité nuance existují. U adolescentů má podoba deprese oproti dospělým více podobu podrážděnosti, znuděnosti a je více spojena s rizikovým a deviantním chováním, které je nejrizikovější během prvního roku (Dudová, 2007).

„Základními symptomy jsou: ztráta zájmů, ztráta komunikace, sociální stažení až sociální fobie, kognitivní zhoršení, selhávání ve škole, únava, zvýšená spavost, změny hmotnosti, prudké kolísání nálad, nuda, adhedonie, beznaděj, zoufalství, vitální smutek, zvýšená iritabilita, impulzivita, sebevražedné pokusy (tentamen suicidii – TS) nebo zneužívání návykových látek (Malá, 2008, s. 199).“ Dudová (2007) zmiňuje ještě další významný příznak – ztrátu chuti k jídlu.

Malá (2008) popisuje okolnosti vzniku sebevražedných pokusů jako vyústění snahy vymanit se ze začarovaného kruhu bezvýchodnosti a neustálého sebeobviňování, které vzniká z neschopnosti adekvátně zvládat stres.

Jak již bylo zmíněno, k typickým příznakům deprese u adolescentů patří impulzivita. Ta se projevuje náhlým vyhledáváním riskantních aktivit, které jsou spíše maskovanými suicidálními pokusy, a zneužíváním návykových látek (Malá, 2008). Tyto impulzivní behaviorální projevy jsou snahou o vyproštění se z pro depresivního jedince subjektivně neřešitelné situace. V roce 1987 potvrdili Deykin et al. (1987) vztah mezi nadužíváním alkoholu a depresí u adolescentů ve věku 16-19 let. Khalid a Kausar (2016) zkoumali v Pákistánu na vzorku 200 drogově závislých adolescentů vztah mezi jejich depresí a nadužíváním alkoholu a jiných návykových látek a vztah s depresí byl rovněž potvrzen.

Předešlé výzkumy naštěstí ukazují, že depresivní adolescenti nemají tendenci uchýlovat se k užívání tvrdých drog.

2.5 Komorbidita

Projevy deprese jsou charakteristické pro nespočet dalších psychických poruch. Další psychické poruchy jsou potom spjaty nejen s depresivními symptomy, ale i s depresivní poruchou samotnou. „*Deprese a úzkost jsou snad nejčastějšími poruchami u ostatních diagnóz.*“ (Malá, 2008, s. 204). Angola & Costello (1993) zkoumali komorbiditu u depresivních dětí a adolescentů. Deprese se spolu s poruchou chování objevila až u 83 % jedinců, s úzkostí až u 75 % a s poruchou pozornosti až u 57,1 %. Říčan a Krejčířová (2006) uvádějí, že až 40 % dětí s poruchou učení trpí depresí, nikoliv z důvodu poruchy samotné, nýbrž z opakovaného selhávání a kvůli velmi kritickému postoji ostatních. Goetz (2005) mimo již zmiňované uvádí až 40% komorbiditu s poruchou pozornosti (ADHD) a až 30% komorbiditu s obsedantně kompulzivní poruchou (OCD), která zvyšuje riziko chronického průběhu deprese (Park & Goodyer, 2000, Biederman et al., 1995, Kovacs et al., 1984, in Goetz, 2005). Depresi diagnostikujeme poměrně často u dlouhodobě somaticky nemocných pacientů, u kterých nezachycení deprese výrazně komplikuje průběh somatického onemocnění a následnou terapii (Dudová, 2007). Poslední skupinou, která někdy vykazuje známky deprese, jsou jedinci s poruchou CNS, infekčními onemocněními či poruchou endokrinního systému (Lewis, 1996, in Dudová, 2007).

2.6 Klasifikace deprese

V předešlých kapitolách jsme se zmínili o typických příznacích deprese u adolescentů, které jsou z velké části totožné s příznaky u dospělých. Z tohoto důvodu dosud nebyla vytvořena žádná diagnostická kritéria pro dětskou či adolescentní depresi a nadále se řídíme Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10). Způsob, kterým depresi rozdělujeme podle závažnosti, uplatňujeme nejčastěji právě až v adolescenci (Dudová, 2007).

Řídíme-li se přesnou terminologií, depresivní poruchu podle MKN-10 správně nazýváme Depresivní epizodou/fází (F32) a spadá mezi afektivní poruchy – poruchy nálad (F30–F39). Všechny depresivní poruchy nesou v rámci afektivních poruch a poruch nálad označení F32–F34.

Kapitoly této práce i v ní zmíněné výzkumy se týkají především depresivní fáze, kterou dělíme následovně (Orel, 2016):

- Lehká depresivní fáze (F32.0)
 - bez somatických příznaků (F32.00)
 - se somatickými příznaky (F32.01)
- Středně těžká depresivní fáze (F32.1)
 - bez somatických příznaků (F32.10)
 - se somatickými příznaky (F32.11)
- Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2)
- Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3)

K depresivní fázi řadíme dále periodickou (rekurentní) depresi (F33), depresivní fázi, která se vždy po určité pauze u jedince znovu objeví. Poslední kategorií jsou poruchy cyklothymie a dystymie (F34), což jsou označení pro depresivní poruchy, které jsou typické dlouhotrvající skleslou náladou, avšak jejich intenzita neumožňuje diagnostikovat depresivní fázi. V případě cyklothymie bývá depresivní nálada doplňována navíc o lehké manické stavy a Malá (2008) dodává, že tato porucha uniká lékařské pozornosti a bývá málokdy diagnostikována, jelikož dystymie či depresivní fáze mají oproti cyklothymii závažnější sociální konsekvence.

2.7 Diagnostika

Diagnostika deprese u adolescentů bývá často relativně obtížná. Nejnáročnější úkol pro odborníky bývá diferenciální diagnostika, vzhledem k již zmiňované vysoké komorbiditě deprese s dalšími poruchami. Říčan a Krejčířová (2006) zmiňují vysokou variabilitu v klinických obrazech depresivních dětí, jelikož deprese se může projevovat například resonantním laděním (vzdorovitostí) či apatií a nezájmem, jež komplikují samotnou diagnostiku.

Diagnostického procesu se neúčastní adolescenti sami, tak jak je to u dospělých jedinců, ale jsou do něho zařazeni zpravidla rodiče a další informátoři (škola, trenéři, vedoucí kroužků atp.). Rodiče pomáhají se sestavením anamnézy, ale hlavně jsou kvalitními zdroji informací o behaviorálních projevech svého dítěte, které se naopak lépe orientuje ve svých pocitech (Angold et al., 1987). Angold et al. (1987) prováděli zajímavou studii, jež se zabývala názory rodičů na symptomy svého depresivního dítěte v porovnání s názory

samotného dítěte. Zjistili, že názorová shoda mezi rodiči a jejich dětmi je nízká. Konkrétněji, pokud dítě u sebe shledávalo určitý příznak, rodič s dítětem nesouhlasil a naopak.

Park a Goodyer (2000, s. 149) přišli s otázkou, jejíž zodpovězení by mělo být cílem diagnostického procesu: „*Proč toto dítě v této rodině v tuto dobu vykazuje takovéto symptomy?*“

Diagnostický rozhovor se při vyšetření doplňuje o pozorování, sebehodnotící dotazníky a projekční metody.

K nejvyužívanějším kvantitativním diagnostickým nástrojům patří Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti (Children's Depression Inventory – CDI) jež byla použita i pro účely našeho výzkumu. Její výhodou ve zjišťování depresivních symptomů je možnost administrace již od 7 let věku dítěte, navíc dosud nevznikl v České republice jiný standardizovaný nástroj pro zjišťování deprese u dětí a adolescentů. Další dva sebehodnotící nástroje, které jsou hojně využívány, jsou Beckova sebeuposuzující škála deprese (Beck Depression Inventory – BID) a Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). Mimo dotazníky vzniklo i několik standardizovaných rozhovorů, které jsou kvůli své délce nevyužívány (Costello, 1996; Kaufman et al., 1997, in Park & Goodyer, 2000).

2.8 Léčba

Léčba deprese zahrnuje nejčastěji kombinaci psychoterapie a farmakoterapie a jejím cílem je odstranění zjištěných symptomů.

Psychoterapie

První fáze terapie má za cíl navrátit jedince k jeho normálnímu fungování, dosáhnout tzv. remise. V druhé fázi se snažíme jedince ve stavu remise udržet, což trvá kolem 3–6 měsíců a v třetí fázi, která může trvat i několik let, se snažíme minimalizovat riziko rekurence deprese (Goetz, 2005). Goetz rozděluje psychoterapii na tři kategorie: psychoedukace, individuální terapie a rodinná intervence.

Nejúčinnějšími terapeutickými směry v léčbě deprese se ukazují interpersonální, psychodynamická, rodinná a kognitivně-behaviorální terapie (Park & Goodyer, 2000). Autoři dodávají, že vůbec nejlepších výsledků bychom měli dosahovat kombinací těchto terapeutických směrů. Prioritu v léčbě deprese mají tyto přístupy, jelikož vedou v poměrně krátkém časovém období k výraznému zlepšení depresivní symptomatiky (Malá, 2008).

Farmakoterapie

Ryan (2005) uvádí, že psychoterapie má samozřejmě místo v léčbě deprese u dospívajících, avšak není všelékem. Využívání farmak při léčbě deprese u adolescentů se doporučuje při diagnostikované těžké depresivní fázi nebo všude tam, kde selhává psychoterapie samotná (Park & Goodyer, 2000).

Do konce devadesátých let byla dětem a adolescentům předepisována tricyklická antidepresiva (TCA), jejichž účinnost byla srovnatelná s placebem, navíc způsobovala mnoho nežádoucích účinků (Dudová, 2007). Dnes se předepisují adolescentům antidepresiva III. generace (RSSI), u kterých hrozí mnohem menší riziko předávkování, nejsou kardiotoxická, ovlivňují minimálně kognitivní funkce a nezvyšují tělesnou hmotnost (Malá, 2008).

V současné době neexistuje žádná metoda založená na výzkumu, která by rozumně rozhodovala mezi zahájením léčby pouze antidepresivem nebo psychoterapií či doporučovala volbu optimálního léčebného algoritmu při neefektivitě dosavadní léčby (Ryan, 2003).

3 Sebehodnocení

V našem výzkumu pracujeme s konstruktem sebehodnocení, proto si dovoluujeme věnovat mu samostatnou kapitolu v rámci teoretické části práce.

První definici sebehodnocení přinesl již v roce 1892 jeden ze zakladatelů moderní empirické psychologie William James (Suchá & Dolejš, 2016). James vnímal sebehodnocení jedince jako výsledek podílu úspěchů a nároků na sebe sama (Suchá & Dolejš, 2016).

Helus (2007) definuje sebehodnocení jako soubor soudů a názorů o sobě samotném na základě srovnávání se s ostatními.

Měřením sebehodnocení se významně zabýval Morris Rosenberg, jež v roce 1965 vytvořil metodu – Rosenbergova škála sebehodnocení, která dodnes patří k nejužívanějším nástrojům k měření tohoto konstruktů (Blatný & Osecká, 1994; Halama & Biaščad, 2006; Huang & Dong, 2012, in Suchá & Dolejš, 2016). Jeho škála byla využita i pro výzkumnou část této práce.

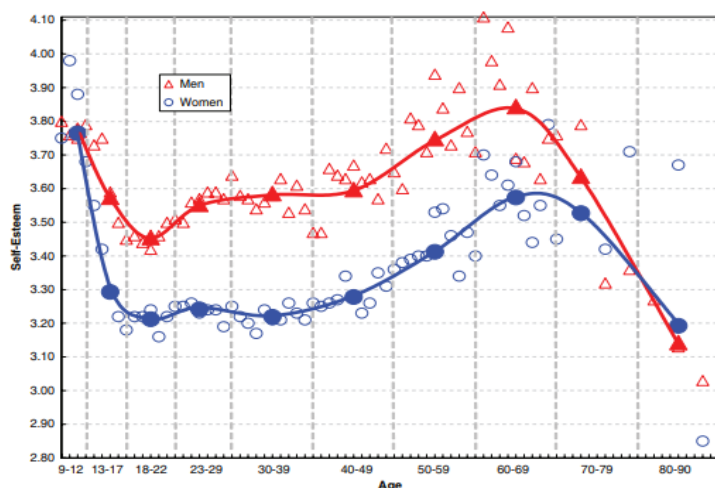
Sebehodnocení bývá někdy označováno jako sebepojetí, to ale chápeme spíše jako sebehodnocení nadřazenému. Sebepojetím označujeme všechny možné představy a soudy o sobě samotném, které rozdělujeme na tři složky kognitivní, afektivní a konativní (Blatný, 2003). Sebehodnocení se profiluje z afektivní složky sebepojetí a vyznačuje se emocionálním vztahem k sobě.

3.1 Rozvoj sebehodnocení

O rozvoji sebehodnocení hovořili už psychologové jako Sigmund Freud či Carl Jung. Tito psychologové si uvědomovali, že to, jakým způsobem o sobě přemýšlíme, utváří naši sebeúctu, a to již od útlého dětství (Osborne, 2013). Podle Nakonečného (1997) se sebehodnocení začíná plně rozvíjet v druhé polovině druhého roku dítěte, z důvodu vytvoření tzv. sociálního Já – uvědomování si své vlastní existence.

Sebehodnocení v našich životech přirozeně klesá a stoupá. Fluktuaci sebehodnocení během celého života člověka se zabývali Robins a Trzesniewski (2005), kteří vytvořili na základě metanalýzy 86 článků křivku vývoje sebehodnocení.

Obrázek 3: Trajektorie vývoje sebehodnocení během života



Zdroj: Robins & Trzesniewski (2005)

Z povahy křivky můžeme rozdělit vývoj sebehodnocení, podle toho, jak stoupá a klesá, na 4 období: dětství, adolescenci, dospělost a stáří.

V dětství pozorujeme u dětí relativně vysoké sebehodnocení, jelikož jejich pohled na svět i své schopnosti je nerealisticky pozitivní. To se mění s přechodem dětí na druhý stupeň základní školy, kdy děti začnou čelit kritičtějším postojům od svých rodičů, učitelů a vrstevníků. Trend snižování sebehodnocení tedy začíná kolem 11.-12. roku a končí kolem 18.-19. roku, prostupuje tedy celým obdobím dospívání. V dospělosti se sebehodnocení pozvolna zvyšuje, kde po 60. roku života dosahuje svého maxima. Během stáří dochází k rapidnímu poklesu, podobně jako je tomu v období adolescence a obzvláště sebehodnocení žen v období stáří bývá v porovnání s muži velmi nízké.

3.2 Sebehodnocení v adolescenci

Macek (2003) vysvětluje, že adolescenti jsou velmi detailní v sebereflexi a čím detailnější sebereflexe je, tím je větší možnost vnímat sebe jak pozitivně, tak negativně. U adolescentů podléhá sebereflexe často právě negativnímu vnímání sebe sama. Pro snížené sebehodnocení v adolescenci najdeme mnoho důvodů. Robins a Trzesniewski (2005) spojují snížené sebehodnocení nejvíce s tělesnými proměnami a nerealistickými představami o budoucnosti, které nemohou být naplněny. Další vnitřní příčiny ovlivňující sebehodnocení jsou vrozené charakteristiky jako emotivní ladění, úzkostnost či temperament (Rosenberg, 1985; Campbell & Fehr, 1990; Blatný & Osecká, 1996, in Macek, 2003).

Významným zdrojem sebehodnocení je i zpětná vazba od rodiny a vrstevníků. Ti reprezentují vnější faktory formující adolescentovo sebehodnocení. „*Když je pubescent akceptován skupinou vrstevníků, přináší mu to značné uspokojení, jistotu, kladné hodnocení,*

na jehož podkladě lze budovat sebehodnocení, které bylo otřeseno změnami dospívání a četnými konflikty“ (Čáp & Mareš, 2007, s. 234).

Nejnižší míru sebehodnocení sledujeme v adolescenci u jedinců mezi 15. a 16. rokem. Kolem věku dosažení dospělosti sebehodnocení začíná opět růst.

Mulligan (2011) shrnuje základní zjištění o sebehodnocení u dětí a adolescentů následovně:

- Pozitivní sebehodnocení působí jako protektivní faktor před rozvojem psychických i somatických onemocnění.
- Pozitivní sebehodnocení je spojeno se životní spokojeností (well-being), pocity štěstí či akademickými úspěchy.
- Podle psychoanalytických teorií rané životní zkušenosti ovlivňují sebehodnocení a naši následnou zranitelnost v dospělosti.
- Z povahy dat nemůžeme jasně říci, zda vede snížené sebehodnocení k depresi, nebo deprese naopak přispívá k rozvoji sníženého sebehodnocení.
- Rozvoj pozitivního sebehodnocení může snižovat riziko vzniku deprese, bez ohledu na to, zda člověk právě čelí stresujícím životním událostem.

Ukázalo se však, že přemíra sebehodnocení může ústít i v negativní důsledky. Baumeister et al. (2003) ve své studii zjistili, že sebeúcta může zvětšit jak prosociální, tak antisociální tendence. Autoři dokládají vztah mezi vysokým sebehodnocením a podváděním, agresivitou a šikanou.

Náš výzkum se sebehodnocením v souvislosti s depresivitou zabývá a pokusí se na našem vzorku ověřit, zda existuje mezi úrovní sebehodnocení a mírou depresivity vztah a také, zda existuje rozdíl v sebehodnocení u adolescentů nedepresivních a těch, kteří příznaky deprese vykazují.

3.3 Self-esteem a Self-efficacy

Self-esteem

V této práci pracujeme s konstruktem sebehodnocení, který nejvíce zpracovává psychologická disciplína psychologie osobnosti. Sebehodnocení potom v této práci ztotožňujeme s pojmem self-esteem, s kterým přišel jako první v roce 1892 americký psycholog W. James (Suchá & Dolejš, 2012). Ve vymezení self-esteem, respektive sebehodnocení panují dosud neshody, ovšem nejčastěji je vnímán jako jednodimenzionální

konstrukt, který označuje jedincovu úroveň emočního globálního vztahu k sobě samotnému. V této práci využíváme nejvyužívanější nástroj pro měření úrovně sebehodnocení od amerického psychologa M. Rosenberga, jenž popisoval sebehodnocení jako úctu k sobě samotnému či sebeocení, které je stabilní v čase a pohybuje se mezi póly libost – nelibost (Rosenberg, 1965).

Self-efficacy

S konceptem sebeúčinnosti či sebeuplatnění přišel soudobý kanadský představitel behaviorismu a sociálně-kognitivní psychologie Bandura (1977), který tvrdí, že přesvědčení o své účinnosti velmi ovlivňuje naše chování. Úroveň self-efficacy totiž ovlivňuje způsob jakým člověk nahlíží na životní překážky a jaké si stanovuje životní cíle (Bandura, 2006). Rozhodli jsme se tento koncept zařadit do výzkumné části práce, jelikož koncept self-efficacy je v úzkém vztahu s naším hlavním zkoumaným konceptem v souvislosti s depresivitou, a tím je koncept self-esteem. Pro měření úrovně self-esteem jsme se rozhodli použít český překlad mezinárodně využívaného dotazníku General Self-Efficacy Scale (GSES). Schwarzer a Jerusalem (1995) podotýkají, že jejich škála měří obecnou vlastní efektivitu, to znamená, subjektivně vnímané přesvědčení o své efektivitě v překonávání překážek, řešení úkolů a obecně požadavků, které na ně klade prostředí. Tímto se nepatrně vymezuje od původního vnímání A. Bandury (1977), který hovořil o self-efficacy jako o situačním přesvědčení o své účinnosti. Viděl tedy self-efficacy jako dynamický proces, který je závislý na situaci. V našem případě se s využitím dotazníku autorů Schwarzer a Jerusalem (1995) ztotožňujeme s vnímáním self-efficacy jako obecném stálém přesvědčení o své vlastní efektivitě. Hajloo (2014) zkoumal vztahy mezi prokrastinací, self-esteem a self-efficacy. S využitím stejných dotazníků pro měření úrovně self-esteem (RSES) a self-efficacy (GSES) zjistil, že mezi nimi existuje pozitivní vztah s korelačním koeficientem 0,37.

II. Výzkumná část

4 Cíl výzkumu a výzkumný design

Výzkum v této bakalářské práci vznikl kvůli stále nedostatečné pozornosti odborné veřejnosti vůči tématu – juvenilní depresivita. Na základě teoretické části práce byl vytyčen hlavní cíl výzkumu, a to zmapovat výskyt a míru depresivity na vzorku českých adolescentů. Dílčím cílem výzkumu bylo prozkoumat vztah mezi depresivitou a rizikovými faktory jako jsou: genderové rozdíly, věkové rozdíly a úroveň sebehodnocení. Pro výše uvedené cíle studie byl zvolen kvantitativní výzkumný design za využití vlastně vytvořené testové baterie.

Na základě cíle výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jaký je výskyt a míra depresivity v adolescenci?
- Jakou roli hraje v míře depresivity věk?
- Existují genderové rozdíly v míře depresivity či inklinaci k ní?
- Souvisí depresivita se sebehodnocením jedince?

4.1 Formulace hypotéz

Na základě teoretických poznatků v teoretické části práce a stanoveným výzkumným otázkám byly vytvořeny následující hypotézy:

H1: Existuje genderový rozdíl v inklinaci k depresivitě.

H2: Existuje genderový rozdíl v míře depresivity.

H3: Se zvyšujícím se věkem u osob v pozdní adolescenci dochází ke snižování depresivity.

H4: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou depresivity a úrovní sebehodnocení.

H5: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou depresivity a úrovní obecné vlastní efektivity.

H6: Mezi nedepresivními adolescenty a adolescenty depresivními existuje statisticky významný rozdíl v úrovni sebehodnocení.

H7: Mezi nedepresivními adolescenty a adolescenty depresivními existuje statisticky významný rozdíl v úrovni obecné vlastní efektivity.

4.2 Použité metody

Pro realizaci výzkumu byl zvolen kvantitativní design. Samotný proces kvantitativního výzkumu je deduktivní povahy, tudíž má za cíl zobecňovat a vést k předpovědi, vysvětlení či porozumění (Creswell, 1994, in Smith, 2013). Při výzkumu kvantitativního charakteru vždy vycházíme z již známých a potvrzených tvrzení – teorií. V porovnání s kvalitativním výzkumem pracujeme s mnohem větším vzorkem a k výsledkům docházíme skrze statistické metody.

Testová baterie zahrnovala sebehodnotící dotazníkovou metodu pro měření dětské depresivity – Children's Depression Inventory (Kovacs, 1998), Rosenbergovu škálu sebehodnocení (Rosenberg, 1965), jejíž českou verzi vytvořila Osecká a Blatný (1997) a dotazník obecné vlastní efektivity – General Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995), respektive jeho českou verzi vytvořenou Křivohlavým v roce 1993 pod zkratkou „DOVE“ (Křivohlavý, Jerusalem, & Schwarzer, 1993).

Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti – CDI

Autorkou sebeuposuzovací škály depresivity pro děti je americká psycholožka M. Kovacs. Její první verzi autorka datuje do roku 1977, v České republice byla přeložena v roce 1996 a vydána v roce 1998. Škála je inspirována Beckovou sebeuposuzovací škálou depresivity pro dospělé a je určena pro děti a adolescenty ve věku 7–17 let. Testová metoda vykazuje podle Kovacs dobrou prediktivní validitu pro rozlišení depresivních a nedeprativních jedinců. Reliabilitu jako stabilitu v čase autorka udává 0,38–0,87, což je uspokojivá hodnota. Reliabilita jako vnitřní konzistence nabývá hodnoty 0,71–0,89. Celkově test obsahuje 27 položek, které jsou hodnoceny na tříbodové škále. V rámci testu můžeme sledovat skóry v rámci 5 jednotlivých subškál. Celkový skór variuje v intervalu 0–54 bodů. V české verzi existuje pouze možnost administrace papír-tužka a nezabere více než 15 minut.

Rosenbergova škála sebehodnocení

Autorem sebehodnotí škály (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES) je Morris Rosenberg. Vytvořena ním byla v roce 1965, koncipována jako jednodimenzionální škála a dodnes patří díky své jednoduchosti a rychlosti administrace k nejpoužívanějšímu dotazníku pro měření sebehodnocení (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2014). O její překlad se u nás postarala dvojice Blatný a Osecká (1994). Dotazník obsahuje deset položek (tvrzení), které respondent hodnotí na čtyřbodové škále. Hrubý skór variuje v intervalu 0–30 bodů. Čím většího skóru respondent dosáhne, tím usuzujeme o vyšší úrovni sebehodnocení.

„Škála má obvykle vysokou reliabilitu, test-retestová korelace odpovídá rozmezí od .82 do .88, Cronbachova alfa pro různé vzorky se pohybuje od .77 do .88“ (Department of Sociology, nedat, in Suchá & Dolejš, 2016, s. 47).

Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)

Autory dotazníku obecné vlastní efektivity (General Self-Efficacy Scale – GSES) jsou Schwarzer a Jerusalem. Původní verze byla vytvořena v roce 1979, a to v německém jazyce. U nás se o její překlad zasloužil v roce 1993 Jaro Krivohlavý. DOVE měří úroveň obecné vlastní efektivity, to znamená, jak se člověk vnímá efektivní například v překonávání překážek či dosahování cílů. Obecná vlastní efektivita je koncipována jako jednodimenzionální škála. Dotazník je tvořen deseti položkami (tvrzeními), které respondent hodnotí na čtyřbodové škále. Hrubý skóre variuje v intervalu 10–40 bodů (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Byla prokázána pozitivní korelace DOVE s dispozičním optimismem či pracovní spokojeností, a naopak negativní korelace s depresí, úzkostností či vyhořením (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

4.3 Výzkumný soubor a sběr dat

Data byla nasbírána během měsíců prosince a ledna na přelomu let 2017/2018. Soubor byl vybrán na základě záměrného výběru přes instituci. Instituce nám umožnila přístup právě k těm jedincům ze základního souboru, které jsme pro náš výzkum potřebovali (adolescenti). K spolupráci na našem výzkumu byly osloveny celkově tři střední školy, respektive dvě gymnázia a jedna střední odborná škola. Kontakt byl zprostředkován skrze nejvyšší odpovědné osoby jako je ředitel nebo zástupce ředitele. Administrace probíhala vždy v rámci vyučovací hodiny za přítomnosti administrátora a odpovědných osob. Na respondenty nebyl vyvíjen časový ani jiný nátlak a vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné.

5 Výsledky

5.1 Způsob zpracování dat

Data byla zpracována v programech Microsoft Excel 2016 a STATISTICA 12. V tabulkovém procesoru Excel byla všechna data zakódována a byla z nich vytvořena datová matice. Program byl využit pro zpracování deskriptivních statistik.

Hypotézy byly ověřované pomocí statistického programu STATISTICA 12. Pro zjišťování rozdílů byl z důvodu normálního rozložení dat použit dvouvýběrový t-test a pro hledání vztahů Pearsonova korelace.

5.2 Deskriptivní statistiky

5.2.1 Popis souboru

Data byla získána celkově od 489 respondentů, z nichž bylo po kontrole 47 dotazníků vyřazeno pro neúplnost vyplněných údajů či podezření na stereotypii při vyplňování. Dva respondenti byli vyřazeni z důvodu příliš vysokého věku (20 let). V analýze dat pracujeme v konečném stavu s daty od 442 respondentů ($m = 16,8$). Soubor byl tvořen 132 (30 %) muži a 310 (70 %) ženami ve věku od 15 do 19 let.

Tabulka 1: Počet respondentů dle pohlaví a věku

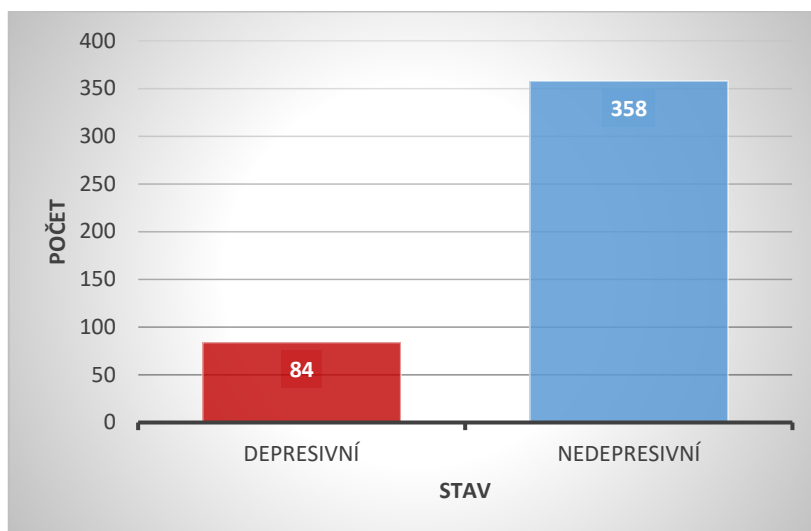
	15	16	17	18	19	Celkem
Muži	13	42	41	25	11	132
Ženy	56	86	78	61	29	310
Celkem	69	128	119	86	40	442

5.2.2 Popis a míra depresivity

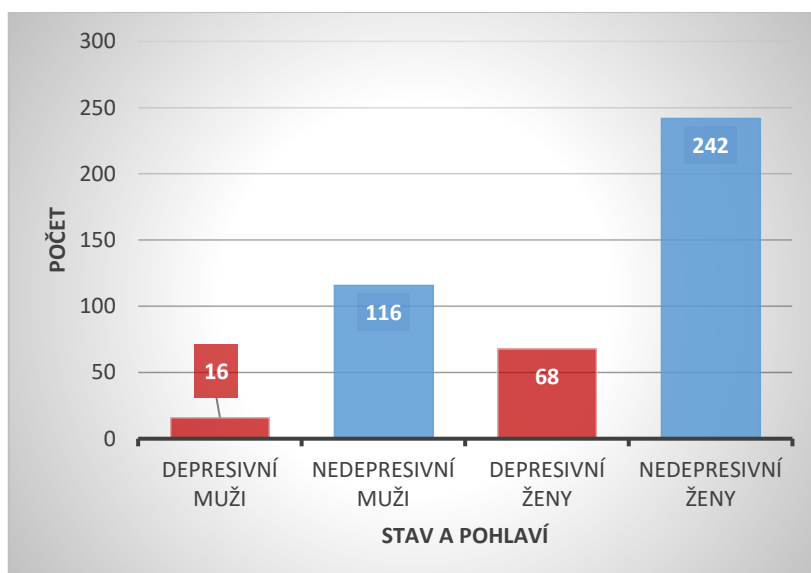
Pro rozlišení jedinců na nedepresivní a depresivní bylo na doporučení autorky dotazníku zvoleno cut-off skóre 20 bodů. V případě, že bychom pracovali s klinickou populací, volili bychom cut-off skóre nižší, abychom omezili riziko falešně negativní diagnózy.

Celkový soubor tvořilo 84 respondentů (19 %) depresivních a 358 nedepresivních respondentů (81 %), viz Graf 1. Detailnější přehled rozložení výskytu depresivních a nedepresivních jedinců podle pohlaví uvádíme v Grafu 2.

Graf 1: Počet respondentů dle výskytu depresivity (N = 442)



Graf 2: Počet depresivních a nedeprativních respondentů dle pohlaví (N = 442)



Průměrná hodnota celkového skóru CDI v našem souboru byla 14,1 bodů, směrodatná odchylka 7,0. Průměrná hodnota kontrolního souboru byla 8,7, což je více než o 5 bodů. Celková hodnota CDI našeho souboru je zřetelně vyšší, než tomu bylo u kontrolního souboru českých adolescentů v roce 1998. Nejnížší zjištěná hodnota v rámci celého souboru byla rovna 1 bodu, nejvyšší potom 41 bodům. Srovnání průměrných hodnot námi zjištěných s hodnotami kontrolního souboru uvádí Tabulka 2. Hraniční hodnoty 20 bodů a výše dosáhlo 16 chlapců (3,6 %) a 68 dívek (15,4 %). Nakonec uvádíme deskriptivní data pro jednotlivé věkové kategorie, viz Tabulka 3.

Tabulka 2: Srovnání skóru CDI výzkumného souboru (N = 442) s normativním souborem (N = 369)

Celkem	
CDI	14,1 (8,7)
CDI dívky	15,1 (8,7)
CDI chlapci	11,8 (8,7)

Tabulka 3: Průměrné hodnoty celkového skóru CDI dle věkových kategorií (N = 442)

Věk	N	Průměr (m)	Směrodatná odchylka (s)
15	69	15,2	7,5
16	128	13,5	7,3
17	119	14,5	6,2
18	86	13,2	6,1
19	40	15	8,1

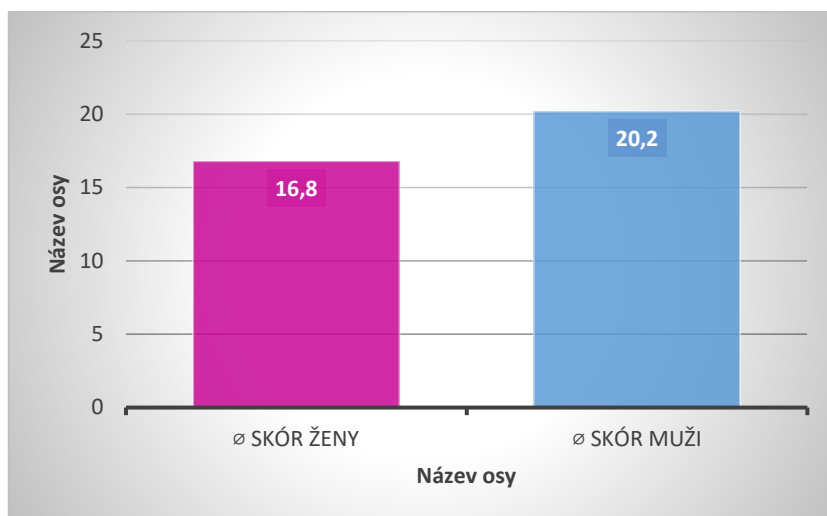
5.2.3 Popis sebehodnocení a obecné vlastní efektivity

Konstrukt sebehodnocení je pro záměry této práce použit především pro zjišťování jeho vztahu s depresivitou u adolescentů. V rámci deskriptivních statistik však podáváme základní deskriptivní statistiky o konstrukt sebehodnocení. Deskripci podléhá i konstrukt obecné vlastní efektivity, který se úzce pojí se sebehodnocením a byl spolu se sebehodnocením použit pro testování vzájemných vztahů s depresivitou.

Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

Průměrný skór celého souboru v dotazníku RSES byl roven hodnotě 17,8, směrodatná odchylka 5,7. Nejnížší naměřená hodnota byla 1 a nejvyšší 30. Průměrná hodnota u dívek byla 16,8, u chlapců 20,2.

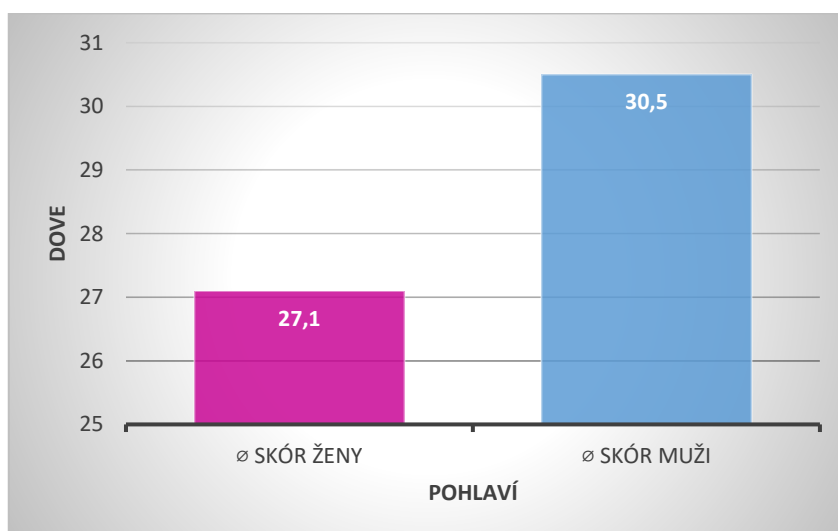
Graf 3: Výsledky dotazníku RSES dle pohlaví (N = 442, m = 17,8)



Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)

Průměrný skóre celého souboru byl v případě dotazníku DOVE 28,1, směrodatná odchylka 4,7. Nejnižší naměřená hodnota byla 12 a nejvyšší 40. Dívky dosáhly hodnoty 27,1 a chlapci 30,5.

Graf 4: Výsledky dotazníku DOVE dle pohlaví (N = 442, m = 28,1)



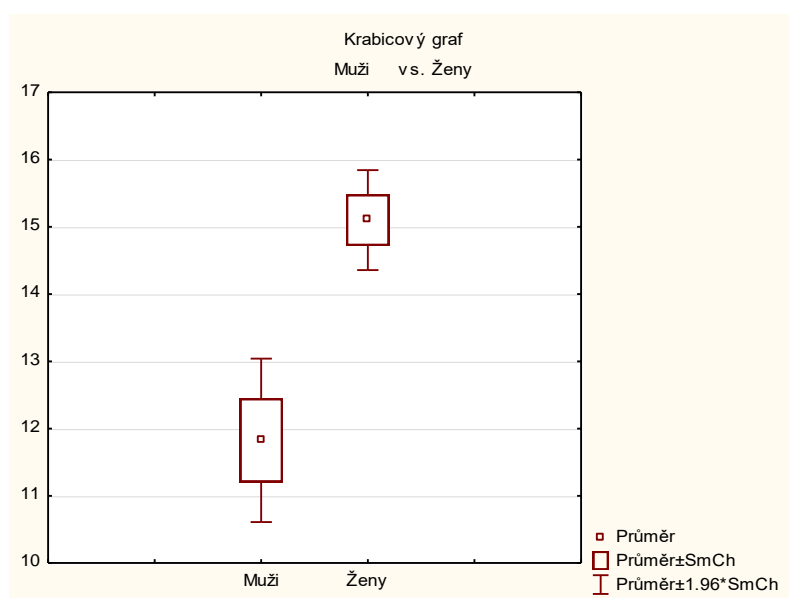
Po shrnutí konstatujeme, že náš soubor na rozdíl od výsledků v dotaznících sebehodnocení a depresivity nevykazuje zjevné známky snížené obecné vlastní efektivity.

5.3 Ověřování hypotéz

H1: Existuje genderový rozdíl v inklinaci k depresivitě.

S využitím t-testu pro nezávislé výběry byl zjištěn průměrný skór na škále CDI u chlapců 11,8 ($s = 7,1$) a u dívek 15,1 ($s = 6,7$), podrobně viz Graf 5. Mezi hodnotami byl zjištěn statisticky významný rozdíl ($t = -4,6$; $p < 0,01$). Na základě hodnoty $p < 0,01$ je možné falzifikovat nulovou hypotézu H_{10} , že neexistuje genderový rozdíl v inklinaci k depresivitě, a zároveň verifikovat alternativní hypotézu H_1 , že **existuje genderový rozdíl v inklinaci k depresivitě**.

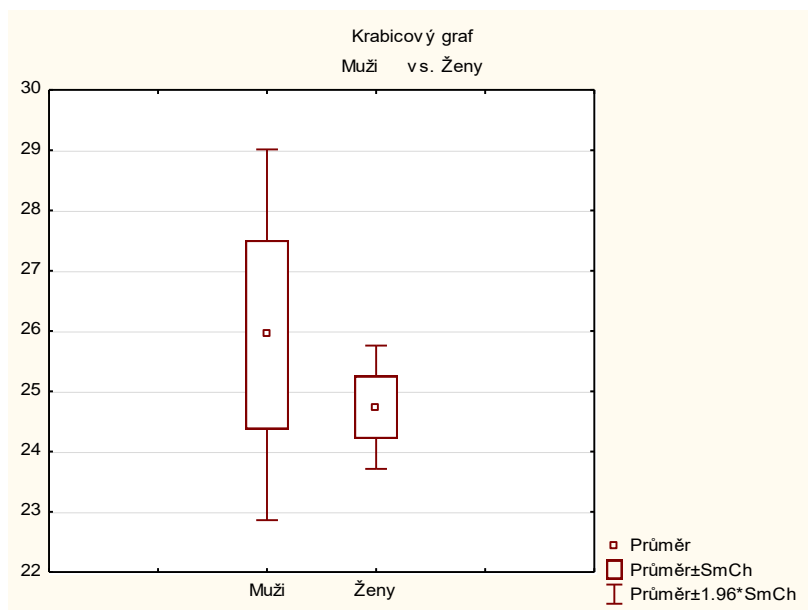
Graf 5: Průměrné skórování na škále CDI dle pohlaví ($N = 442$)



H2: Existuje genderový rozdíl v míře depresivity.

Následující hypotéza má za cíl otestovat, zdali existuje genderový rozdíl pouze mezi depresivními jedinci. Průměrná hodnota celkového skóru u depresivních chlapců byla 25,9 ($s = 7,8$) a u depresivních dívek 24,7 ($s = 6,7$). S využitím t-testu pro nezávislé vzorky nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ($t = 0,92$; $p = 0,36$). V tomto případě nelze verifikovat alternativní hypotézu H_2 s konstatováním, že v našem souboru **neexistuje rozdíl v depresivitě mezi chlapci a dívkami**. Přesto, že hypotézu zamítáme, je důležité si všimnout, že u depresivních chlapců byl naměřen vyšší skór než u dívek, a především variabilita jejich skóru je mnohem širší, než je tomu u dívek, viz Graf 6.

Graf 6: Průměrné skórování na škále CDI u depresivních jedinců dle pohlaví (N = 84)



H3: Se zvyšujícím se věkem u osob v pozdní adolescenci dochází ke snižování depresivity.

Tato práce se zabývala depresivitou u jedinců, kteří se nachází v adolescentním věku. Vycházíme-li z teoretických poznatků, bylo předpokládáno, že depresivita se bude v průběhu (pozdní) adolescence snižovat.

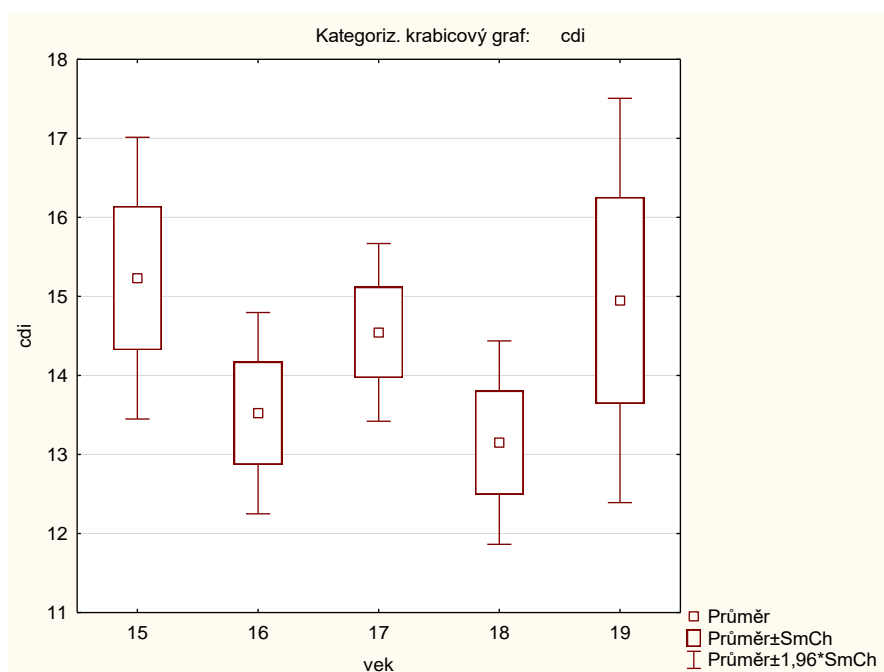
Po otestování Pearsonovým korelačním koeficientem nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi zvyšujícím se věkem a depresivitou ($p = 0,59$). Pro úplnost výsledků byly otestovány pomocí statistické metody ANOVA rozdíly mezi věkovými kategoriemi a nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly ($F = 1,35$; $p = 0,25$). Podíváme-li se na Graf 7, můžeme vidět, že nejvyšší průměrné hodnoty sice dosahují 15letí jedinci (15,2), ale u 19letých jedinců průměrná hodnota (15,0) opět narůstá a velmi se blíží té u nejmladších jedinců.

Z daných zjištění alternativní hypotézu H3 falsifikujeme, s konstatováním, **že jsme neprokázali, že by se se zvyšujícím se věkem u adolescentů depresivita snižovala**. Nadto nebyl zjištěn ani signifikantní rozdíl mezi žádnou věkovou kategorií.

Tabulka 4: Průměrné skórování na škále CDI dle věku (N = 442)

Věk	N	Průměr (m)	Směrodatná odchylka (s)
15	69	15,2	7,5
16	128	13,5	7,3
17	119	14,5	6,2
18	86	13,2	6,1
19	40	15,0	8,1

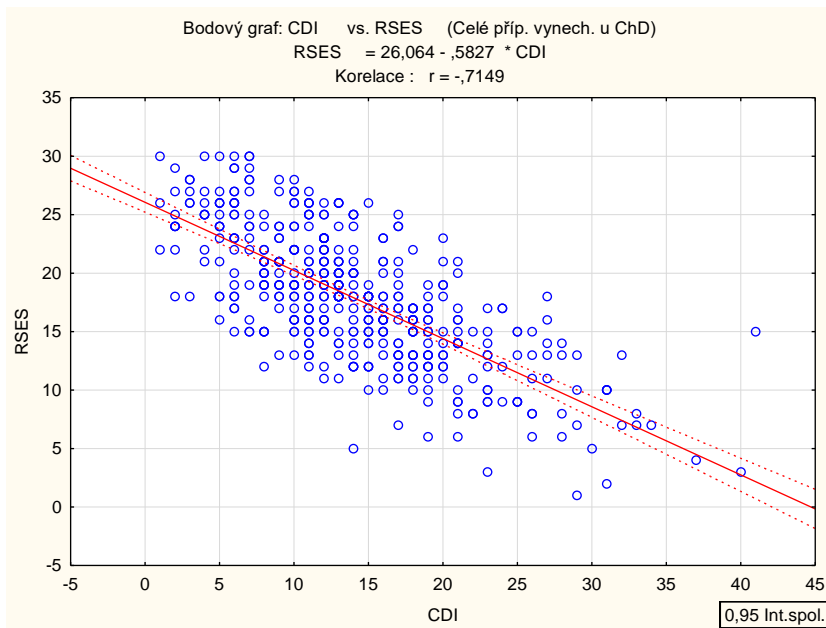
Graf 7: Průměrné skórování na škále CDI dle věku (N = 442)



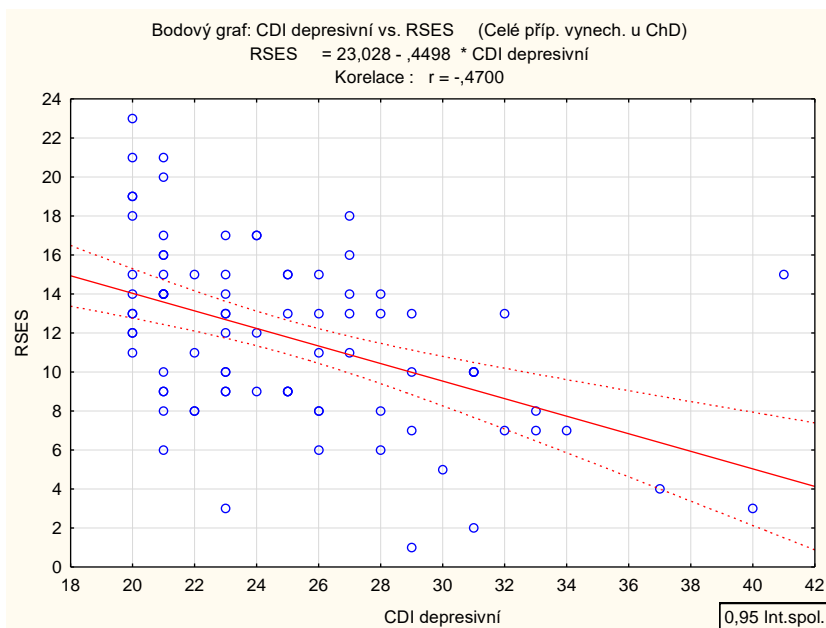
H4: Existuje vztah mezi mírou depresivity a úrovní sebehodnocení.

Při použití Pearsonova korelačního koeficientu byl zjištěn negativní středně silný statistický vztah (Hendl, 2015) mezi depresivitou a úrovní sebehodnocení ($R = -0,715$; $p < 0,01$), tímto falsifikujeme nulovou hypotézu H_{40} , že mezi mírou depresivity a úrovní sebehodnocení neexistuje vztah a verifikujeme alternativní hypotézu H_4 , že **mezi mírou depresivity a úrovní sebehodnocení existuje statisticky významný vztah**. Podíváme-li se na vztah míry depresivity a sebehodnocení pouze u respondentů klasifikovaných jako depresivní, nalzáme opět statisticky významný negativní vztah ($R = -0,470$; $p < 0,01$).

Graf 8: Zobrazení negativní závislosti CDI a RSES (N = 442)



Graf 9: Zobrazení negativní závislosti CDI a RSES u depresivních (N = 84)

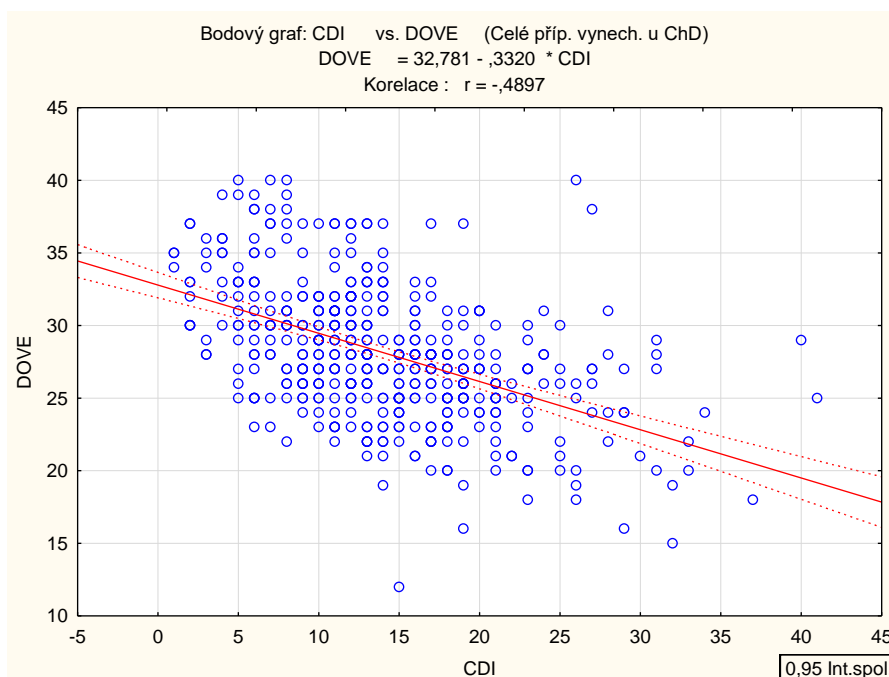


H5: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou depresivity a úrovní obecné vlastní efektivity.

Nad rámec této práce jsme se rozhodli otestovat vztah mezi mírou depresivity a úrovní obecné vlastní efektivity. Sebeúčinnost (z angl. self-efficacy) je původní konstrukt Alberta Bandury, hlavního představitele kognitivně-behaviorální psychologie.

Pro testování souvislosti byl opět použit Pearsonův korelační koeficient, který potvrdil středně silný vztah (Hendl, 2015) mezi mírou depresivity a úrovní obecné vlastní efektivity ($R = -0,490$; $p < 0,01$). Nulovou hypotézu H_{50} , že neexistuje vztah mezi mírou depresivity a úrovní obecné vlastní efektivity odmítáme a přijímáme alternativní hypotézu H_5 s konstatováním, že **existuje statisticky významný vztah mezi mírou depresivity a úrovní obecné vlastní efektivity**. U obecné vlastní účinnosti jsme se opět podívali na její vztah s mírou depresivity pouze u jedinců klasifikovaných jako depresivní a zde jsme neprokázali statisticky významný rozdíl ($p = 0,11$).

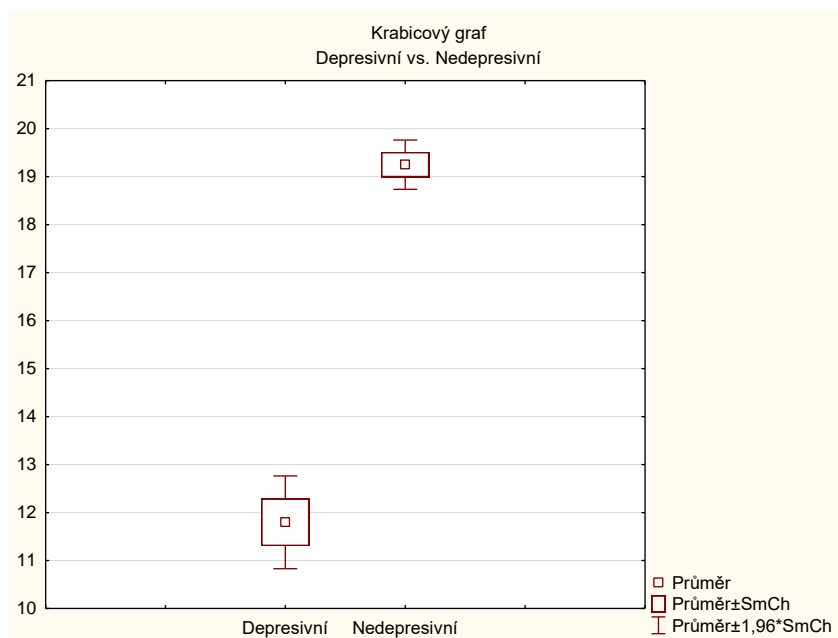
Graf 10: Zobrazení negativní závislosti CDI a DOVE



H6: Mezi nedeprativními adolescenty a adolescenty depresivními existuje rozdíl v úrovni sebehodnocení.

Hypotéza H6 se zaměřuje na otestování statisticky významného rozdílu v úrovni sebehodnocení mezi depresivními a nedeprativními jedinci. Průměrná hodnota úrovně sebehodnocení u depresivních dosáhla hodnoty 11,8 ($s = 5,7$), u nedeprativních 19,3 ($s = 5,7$). Pro testování rozdílu byl použit t-test pro nezávislé výběry, který prokázal statisticky významný rozdíl ($t = -12,61$; $p < 0,01$) a hypotézu H6 tímto můžeme přijmout. V našem souboru jsme **prokázali existenci statisticky významného rozdílu v sebehodnocení mezi nedeprativními a depresivními adolescenty**. Depresivní adolescenti mají sebehodnocení nižší než adolescenti nedeprativní.

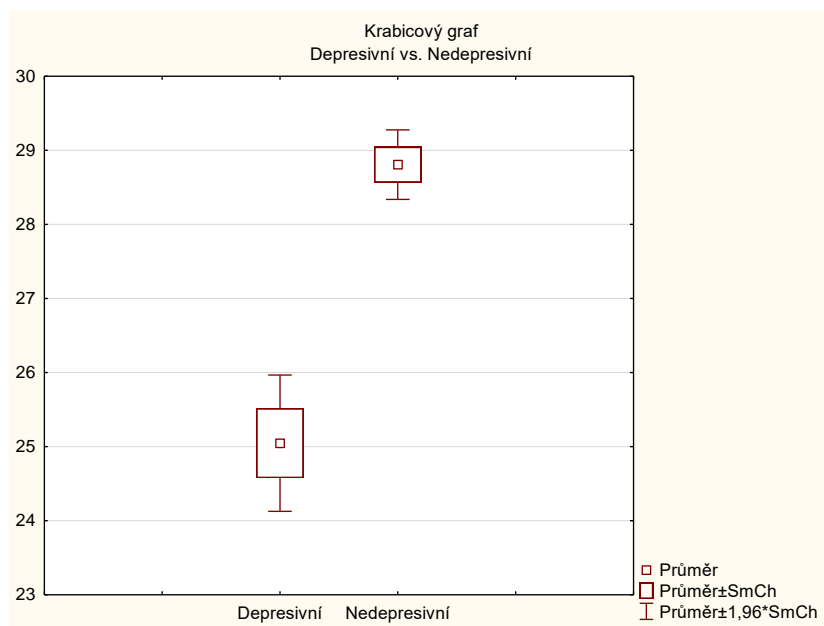
Graf 11: Průměrné skórování RSES dle výskytu depresivity



H7: Mezi nedeprativními adolescenty a adolescenty depresivními existuje rozdíl v úrovni obecné vlastní efektivity.

S využitím t-testu pro nezávislé vzorky byla zjištěna průměrná hodnota obecné vlastní efektivity u depresivních 25,0 ($s = 4,7$), u nedeprativních 28,8 ($s = 4,7$) a tento rozdíl je statisticky významný ($t = -6,90$; $p < 0,01$). Hypotézu H7 přijímáme, **potvrdili jsme rozdíl v úrovni obecné vlastní efektivity mezi depresivními a nedeprativními jedinci**.

Graf 12: Průměrné skórování DOVE dle výskytu depresivity



6 Diskuze

Shrnutí výsledků popisných statistik

Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti (CDI)

V našem výzkumu jsme se zabývali výskytem a mírou depresivity u adolescentů. Depresivitu jsme dále zkoumali v souvislosti se sebehodnocením, respektive obecnou vlastní účinností. V rámci deskriptivních statistik byl u našeho vzorku popsán nejen výskyt a míra depresivity, ale i úroveň sebehodnocení a obecné vlastní efektivity.

Druhým cílem bylo ověření hypotéz zvolených na základě studia literatury či vyvstávajících z teoretické části práce. Zkoumané byly genderové rozdíly v rámci depresivity jedinců a souvislost mezi věkem a depresivitou. V druhé části hypotéz jsme se zaměřili na hledání vztahu sebehodnocení a obecné vlastní efektivity s depresivitou a rozdíly v sebehodnocení a obecné vlastní efektivitě mezi depresivními a nedeprativními adolescenty.

Náš výzkumný soubor sestával z 442 respondentů pozdně adolescentního věku, kterým byla administrována Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti – CDI. Soubor tvořilo 132 (30 %) chlapců a 310 (70 %) dívek ve věku od 15 do 19 let ($m = 16,8$). Pro rozlišení jedinců na nedeprativní a depresivní bylo na doporučení autorky dotazníku zvoleno cut-off skóre 20 bodů. Z 442 respondentů jich bylo klasifikováno jako depresivní 84 (19 %). Goetz (2005) uvádí prevalenci adolescentní deprese 4–8 %. Náš výsledek je sice násobně vyšší, ale musíme brát v potaz, že náš nástroj měří pouze depresivitu, nikoliv klinickou deprese. Předpokládáme tedy, že depresivita bude mít mezi adolescenty vyšší prevalenci než klinická deprese.

Stark (in Kovacs, 1998) doporučuje zaměřit se významně na respondenty, kteří v dotazníku CDI udávají, že přemýšlí nad sebevraždou, ale neudělali by to (*odp. 2 – „Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to.“*) a na adolescenty, jež udávají, že mají v úmyslu spáchat sebevraždu (*odp. 3 – „Chci se zabít.“*). Odpověď 2 zvolilo 15,4 % respondentů (68 osob) a odpověď 3 zvolilo 2,7 % respondentů (12 osob). Z povahy našeho výzkumu a práce s anonymními daty se bohužel jedincům nemůžeme více věnovat.

Průměrná hodnota celého souboru na škále CDI činila 14,1 (6,96), což je vyšší než u českého normativního souboru, kterému byla naměřena hodnota 8,7 (Kovacs, 1998). Námi naměřená hodnota byla vyšší i v porovnání s původním normativním souborem floridských adolescentů, kterým byla naměřena hodnota 10,9 (Kovacs, 1998).

Zaměřili jsme se i na výskyt a míru depresivity v rámci genderu. Depresivitu vykazovalo 16 chlapců (3,6 %) a 68 dívek (15,4 %) v poměru 1:4. Pro věkové rozmezí našeho souboru (15–19 let) v literatuře nenajdeme přesný genderový poměr prevalence. Malá (2008) udává poměr 1:5 v neprospěch dívek u 14–16letých a v adolescenci se dostáváme na hodnotu 1:2,5 opět v neprospěch dívek. Můžeme konstatovat, že náš soubor nevybočuje z rámce poznatků epidemiologických studií. Průměrná hodnota chlapců (11,8) i dívek (15,1) byla v porovnání s českým normativním souborem chlapců a dívek opět vyšší (oba 8,7).

Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

Průměrný skór celého souboru v dotazníku RSES byl roven hodnotě 17,8, směrodatná odchylka 5,7. V roce 1997 vykazoval vzorek kanadských středoškolských studentů hodnotu 19,8 (Bagley, Bolitho, & Bertrand, 1997). Pro srovnání můžeme uvést i srovnání s dospělou populací, které byla v roce 2010 naměřena hodnota 22,6 (Sinclair et al., 2010). Průměrná hodnota u dívek byla 16,8, u chlapců 20,2. Opět pro srovnání, u kanadských středoškolských dívek v roce 1997 byla naměřena hodnota 18,3 a u chlapců 21,4.

V porovnání se studií z roku 1997 sledujeme u našeho vzorku snížení sebehodnocení u dívek, chlapců i celého souboru. Výsledky korespondují se zjištěnou mírou depresivity, která je oproti normám z roku 1998 vyšší, tudíž opět v neprospěch našeho výzkumného vzorku.

Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)

Průměrný skór celého souboru byl v případě dotazníku DOVE 28,1, směrodatná odchylka 4,7. Normativní vzorek německých studentů ve věku 12–17 let dosáhl hodnoty 29,4 (Schwarzer, 1993). Normy zvlášť pro chlapce a dívky nebyly vytvořeny. Dívky dosáhly hodnoty 27,1 a chlapci 30,5.

Po shrnutí konstatujeme, že náš soubor na rozdíl od výsledků v dotaznících sebehodnocení a depresivity nevykazuje v porovnání s normami zjevné známky snížené obecné vlastní efektivity.

Shrnutí výsledků ověřování hypotéz

První hypotéza zkoumala, zdali v našem souboru existuje statisticky významný rozdíl v hodnotách CDI mezi všemi chlapci a dívkami, a tudíž, zdali jedno pohlaví inklinuje k depresivitě více než druhé. Signifikantní rozdíl byl prokázán s tím, že dívkám byla naměřena vyšší průměrná hodnota než chlapcům ($15,1 > 11,8$; $t = -4,62$; $p < 0,01$). V našem souboru inklinují k depresivitě více dívky. Výsledek odpovídá například studii Papp (2012), jež zjistila, že dívky s nástupem adolescence vykazují v porovnání s chlapci mnohem více depresivních symptomů, na rozdíl od prepubertálního věku, kde byl rozdíl mezi chlapci a dívkami malý.

V druhé hypotéze jsme se zaměřili rovněž na genderové rozdíly, avšak pouze u respondentů, kteří byli klasifikováni jako depresivní. Depresivní chlapci v našem souboru měli na škále CDI v průměru o 1 bod více než dívky ($25,9 > 24,7$) a tento rozdíl nebyl statisticky významný ($t = 0,92$; $p = 0,36$). Hypotézu, že existuje genderový rozdíl v míře depresivity jsme tedy nepotvrdili.

Třetí a poslední hypotéza věnující se pouze depresivitě měla za cíl zjistit, jestli existuje vztah mezi mírou depresivity a věkem. Přesněji, hypotéza předpokládala snižující se míru depresivity se zvyšujícím se věkem v pozdní adolescenci. Studie pracující s dotazníkovou metodou CDI prokázali u dívek postupně zvyšující se míru depresivity od 8. do 15. roku, u chlapců ve věku 8-16 let míra depresivity nebyla signifikantní (Twenge & Hoeksema, 2002). Tyto studie však pracovaly s adolescenty v rané až střední adolescenci. Předpokládali jsme, že bychom mohli u našeho vzorku adolescentů v období pozdní adolescence sledovat postupné snižování depresivity. Hypotézu H3 jsme však zamítly, jelikož se nám nepodařilo potvrdit vztah mezi mírou depresivity a věkem ($p = 0,59$). Průměrné hodnoty jednotlivých věkových kategorií viz Tabulka 3 a Tabulka 4.

V rámci ověřování hypotéz nás zajímaly souvislosti mezi depresivitou a sebehodnocením u adolescentů. Jelikož se obecně sebehodnocení ukazuje jako významný prediktor deprese, v hypotézách jsme se zaměřili na otestování vztahu sebehodnocení s depresivitou a na rozdílnost v úrovni sebehodnocení u depresivních a nedeprativních jedinců.

V hypotéze H4 jsme předpokládali, že úroveň sebehodnocení a míra depresivity spolu souvisí a tuto tezi jsme i potvrdili ($R = -0,715$; $p < 0,01$). Vztah jsme prokázali nejen

v rámci celého souboru, ale i po otestování vztahu mezi mírou depresivity a úrovní sebehodnocení pouze u respondentů klasifikovaných jako depresivní ($R = -0,470$; $p < 0,01$).

Hypotéza vychází ze studie zdrojů zmíněných v této práci, konkrétně v kapitole 3.2 věnující se sebehodnocení v adolescenci. Macek (2003) vysvětluje možnost sníženého sebehodnocení u adolescentních jedinců jejich zvýšenou sebereflexí. Další autoři zmiňují v souvislosti se sebehodnocením vyrovnávání se s tělesnými změnami, které narušují dobrý body-image, jež je v tomto období pro jedince velmi důležitý (Michalčáková, 2007; Robins & Trzesniewski, 2005).

Sinclair et al. (2010) zjišťovali vztah sebehodnocení (RSES) s depresí (Depression Anxiety Stress Scales – DASS) a potvrdili vztah se silou korelace ($R = -0,62$). V našem případě jsme korelovali výsledky z dotazníku RSES s nástrojem měřící pouze depresivitu, nikoliv klinickou depresi, ovšem výsledek se příliš neliší ($R = -0,71$). Ukazuje se, že sebehodnocení s depresivitou (depresí) středně silně negativně koreluje, tudíž snížené sebehodnocení vnímáme jako významný prediktor výskytu deprese a jeho úroveň jako prediktor následné míry depresivity (deprese).

V hypotéze H5 jsme se rozhodli otestovat rovněž vztah obecné vlastní efektivity a depresivity. Obecná vlastní efektivita není ústředním tématem naší práce a byla zařazena pouze do výzkumné části práce. Obecná vlastní efektivita ovšem pozitivně koreluje s konstruktem sebehodnocení (0,52), jelikož naše sebehodnocení je formované z části právě osobní zkušeností s úspěchy a neúspěchy při zvládnání různých situací a překážek (Schwarzer & Jerusalem, 1995). I v tomto případě se nám podařilo prokázat vztah s depresivitou ($R = -0,490$; $p < 0,01$). Otestovali jsme navíc i vztah úrovně obecné vlastní efektivity a míry depresivity pouze u depresivních respondentů a zde se již statisticky významný vztah neprokázal ($p = 0,11$).

Poslední dvě hypotézy opět pracovaly s konstruktem sebehodnocení, obecné vlastní efektivity a depresivitou. Předpokládali jsme, že vztah mezi těmito self konstrukty a depresivitou bychom mohli potvrdit, a tak jsme se rozhodli ověřit, zdali v našem souboru existuje navíc rozdíl v úrovni sebehodnocení a obecné vlastní efektivity u depresivních a nedeprativních jedinců.

Mezi nedeprativními a depresivními jedinci byl nalezen statisticky významný rozdíl jak v úrovni sebehodnocení ($19,3 > 11,8$; $t = -12,61$; $p < 0,01$), tak v úrovni obecné vlastní efektivity ($28,8 > 25,0$ $t = -6,90$; $p < 0,01$).

Rizika a limity výzkumu

Limity, které shledáváme na tomto výzkumu, vycházejí přirozeně z povahy dotazníkového šetření. Zvolená testová baterie byla poměrně obsáhlá a respondentům její vyplnění zabralo v průměru asi 20 minut, tudíž jeho vyplnění bylo poměrně náročné. Jelikož jsme pracovali převážně s nedospělou populací, navíc v nepřirozeném prostředí, nabízí se možnost částečného zkreslení z důvodu obavy prozrazení odpovědí na otázky, jež některé považujeme za choulostivé. Další limit vidíme v možné nízké motivaci na participaci ve výzkumu, i přesto, že respondenti, kteří se zúčastnili, se zapojili ze své vlastní dobrovolné vůle, bez nároku na jakoukoli odměnu.

Hlavní limit našeho výzkumu vidíme ve způsobu výběru výzkumného vzorku, který proběhl na základě záměrného výběru přes instituce, jelikož nám poskytl jednoduchý přístup k vzorku, který jsme pro náš výzkum potřebovali. Z důvodu, že výběr vzorku nebyl náhodný, nemůžeme prohlásit náš soubor za reprezentativní.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat výskyt a míru depresivity u adolescentů na území České republiky. Dílčím cílem bylo prozkoumat depresivitu v souvislosti s faktory, které chápeme jako rizikové, jelikož mohou mít potenciálně vliv na výskyt a míru depresivity. Těmito faktory byly v naší práci věk, pohlaví a konstrukt sebehodnocení.

S využitím psychodiagnostického nástroje CDI (Sebeposuzovací škála depresivity pro děti) jsme zjistili, že z celkového počtu 442 respondentů se jeví jako depresivní 84 respondentů, což je 19 %. Důležitý je genderový poměr u depresivních respondentů, který vychází 1:5 v neprospěch dívek. U dívek jsme v rámci ověřování hypotéz navíc zjistili signifikantně větší inklinaci k depresivitě než u chlapců. Celkový průměrný skóre dívek dosáhl navíc hodnoty 15,1, což je v porovnání se skórem kontrolního souboru českých dívek (8,7) naměřeného v roce 1998 více než o 6 bodů a blíží se hodnotě cut-off skóru (20), kterým dotazník klasifikuje respondenta jako depresivní, nebo nedeprativní.

Za největší přínosy této práce považujeme zjištění, že jsme u našeho souboru zjistili vyšší míru depresivity, než předkládají epidemiologické a jiné výzkumy z minulých let. Vyšší míru depresivity nevykazoval pouze celý výzkumný soubor, ale i jednotlivě chlapci a hlavně dívky. Další přínos vidíme v prokázání, že míra depresivity u jedinců negativně koreluje s úrovní jejich sebehodnocení. Tímto jsme verifikovali hypotézu, která vyvstávala z teoretické části práce, kde jsme na možnost vztahu sebehodnocení s depresivitou upozorňovali. Tímto a prezentovaným popisem souboru v rámci úrovně depresivity jsme zodpověděli výzkumné otázky vycházející z cíle práce.

Výsledky poukazují na posun v depresivitě a měly by být podnětem k dalším rozsáhlejším a reprezentativním vědeckým studiím či přinejmenším motivem k diskuzi nad stále u nás neadekvátně reflektovaným tématem dětské deprese. Myslíme si, že rodiče, pedagogové a další osoby mající vliv na naši dětskou a adolescentní populaci, by měli být vyzýváni k větší pozornosti při sledování emocionálních a behaviorálních projevů dětí. Včasné zachycení depresivních příznaků totiž může zabránit rozvoji klinické deprese, která již představuje pro jedince v tomto věku značnou komplikaci v podobě velkého rizika přenosu deprese do dospělosti, suicidálního chování, sníženého sebehodnocení a v neposlední řadě bohužel nevyhnutelné společenské stigmatizaci.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Ahadzadeh, A. S., Pahlevan Sharif, S., & Ong, F. S. (2017). Full length article: Self-schema and self-discrepancy mediate the influence of Instagram usage on body image satisfaction among youth. *Computers In Human Behavior*, 688-16. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.011>
- 2) Angola, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal Of Psychiatry*, 150(12), 1779-1791.
- 3) Avison, W. R. & McAlpine, D. D. (1992). Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(2), 77-96.
- 4) Bagley, C., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1997). Norms and Construct Validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Canadian High School Populations: Implications for Counselling. *Canadian Journal Of Counselling*, 31(1), 82-92.
- 5) Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 139-161. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- 6) Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares, & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (5), pp. 307-337. Dostupné z <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanduraGuide2006.pdf>
- 7) Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1–44.
- 8) Blatný, M. (2003). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In Blatný, M., & Plháková, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu* (87–130). Brno: Psychologický ústav AV ČR
- 9) Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura glo bálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481–488.
- 10) Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87.
- 11) Čačka, O. (2000). *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk.
- 12) Čáp, J., & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele* (Vyd. 2). Praha: Portál.

- 13) Dardas, L. A., Silva, S. G., Smoski, M. J., Noonan, D., & Simmons, L. A. (2017). Personal and Perceived Depression Stigma among Arab Adolescents: Associations with Depression Severity and Personal Characteristics. *Archives Of Psychiatric Nursing, 31*(5), 499-506. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.06.005>
- 14) Deykin, E. Y., Levy, J. C., & Wells, V. (1987). Adolescent Depression, Alcohol and Drug Abuse. *American Journal Of Public Health, 77*(2), 178-182.
- 15) Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 16) Dudová, I. (2007). Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi, 1*, 29-31.
- 17) Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi, 6*(6), 271-274.
- 18) Hajloo, N. (2014). Relationships between self-efficacy, self-esteem and procrastination in undergraduate psychology students. *Iranian Journal Of Psychiatry And Behavioral Sciences, 8*(3), 42-49.
- 19) Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada.
- 20) Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat* (Páté, rozšířené vydání). Praha: Portál.
- 21) Jamieson, L. K., & Wade, T. J. (2011). Early Age of First Sexual Intercourse and Depressive Symptomatology among Adolescents. *Journal Of Sex Research, 48*(5), 450-460. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.509892>
- 22) Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1002-1014.
- 23) Khalid, S., & Kausar, R. (2016). Protective Factors, Drug Use and Depression in Young Drug Users. *Journal Of Behavioural Sciences, 26*(2), 116-134.
- 24) Kovacs, M. (1998). *Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti (CDI)*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o.
- 25) Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse Novak, M., Paulauskas, S. L., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive Disorders in Childhood: II. A Longitudinal Study of the Risk for a Subsequent Major Depression. *Archives Of General Psychiatry, 41*(7), 643-649. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790180013001>
- 26) Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry, 41*(3), 229-237.

- 27) Křivohlavý, J., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993). Czech Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. [online]. [cit 2018-4-12]. Dostupné z WWW: <http://userpage.fuberlin.de/~health/czec.htm>
- 28) Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- 29) Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- 30) Malá, E. (2008). Deprese (F32). In Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (Eds.). *Dětská a adolescentní psychiatrie* (189-210). Praha: Portál.
- 31) Marcus, M., & Yasamy, M. T., & Van Ommeren, M., & Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. World Health Organization Paper on Depression. 6-8.
- 32) Martin, A., Volkmar, F. R., & Bloch, M. (2018). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook* (Fifth edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- 33) Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in Childhood and Adolescence. *Journal Of The Canadian Academy Of Child*, 22(1), 35-40.
- 34) McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Socioculture Influences on Body Image and Body Changes Among Adolescent Boys and Girls. *Journal Of Social Psychology*, 143(1), 5-26.
- 35) Mulligan, A. (2011). The relationship between self-esteem and mental health outcomes in children and youth. Evidence in-sight request summary, Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health.
- 36) Nakonečný, M. (1997). *Psychologie osobnosti* (Vyd. 2). Praha: Academia.
- 37) Neužilová Michalčáková, R. (2007). *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal.
- 38) Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání). Praha: Grada.
- 39) Osecká, L., & Blatný, M. (1997). Struktura globálního vztahu k sobě: Analýza Rosenbergovy škály sebehodnocení – replikace. *Československá psychologie*, 41(6), 481–486.
- 40) Papp, L. M. (2012). Longitudinal associations between parentel and children's depressive symptoms in the kontext of interparental relationship functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 199-207.
- 41) Park R. J., Goodyer I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry* 9: 147–161

- 42) Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), pp. 155-168
- 43) Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- 44) Praško, J., Prašková, J., & Prašková, H. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- 45) Rao, U., Hammen, C., & Daley, S. E. (1999). ARTICLES: Continuity of Depression During the Transition to Adulthood: A 5-Year Longitudinal Study of Young Women. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 38908-915. doi:10.1097/00004583-199907000-00022
- 46) Reinherz H. Z., Paradis A. G., Giaconia R. M., Stashwick C. K., Fitzmaurice G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *The American journal of psychiatry*, 160(12), 2141-2147.
- 47) Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 14(3), 158–162.
- 48) Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- 49) Ryan, N. D. (2003). Child and adolescent depression: short-term treatment effectiveness and long-term opportunities. *International journal of methods in psychiatric research*, 12 (1), 44-53.
- 50) Ryan, N. D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *The Lancet*, 366(9489), 933-40.
- 51) Říčan, P. (2014). *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání* (3. vyd.). Praha: Portál.
- 52) Říčan, P., Krejčířová, D., et al. (2006). *Dětská klinická psychologie. 4., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- 53) Sabia, J. J. (2006). Does Early Adolescent Sex Cause Depressive Symptoms?. *Journal Of Policy Analysis And Management*, 25(4), 803. <https://doi.org/10.1002/pam.20209>
- 54) Shrier, L. A., Harris, S. K., Sternberg, M., & Beardslee, W. R. (2001). Regular Article: Associations of Depression, Self-Esteem, and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents. *Preventive Medicine*, 33(3), 179-189. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0869>

- 55) Schwarzer, R. (1993). Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.
- 56) Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- 57) Sinclair, S. J., Blais, M. A., Gansler, D. A., Sandberg, E., Bistis, K., & LoCicero, A. (2010). Psychometric properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Overall and across demographic groups living within the United States. *Evaluation And The Health Professions*, 33(1), 56-80. <https://doi.org/10.1177/0163278709356187>
- 58) Smith, T. (2013). Qualitative and quantitative research. *Research Starters: Education (Online Edition)*.
- 59) Suchá, J., & Dolejš, M. (2016). *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 60) Twenge J. M., Hoeksema S. N. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depression Inventory: A Meta Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4). 578–588. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.111.4.578>
- 61) Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Vyd. 2., dopl. a přeprac.). Praha: Karolinum.
- 62) World Health Organization (2008). Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: WHO. Dostupné z http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/
- 63) WorldHealthOrganization. (2017, April 6). WHO: Depression – let's talk [Video file]. Dostupné z <https://www.youtube.com/watch?v=X-fAEMgQnt8&t=3s>