

DEBRECENI EGYETEM
BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIAI INTÉZET

ÁLTALÁNOS PSZICHOLÓGIA MŰHELYMUNKA

A zenei teljesítményszorongás és a szociális fóbia
kapcsolatának vizsgálata.

Témavezető: Dr. Szabó Pál
egyetemi docens

Dobos Bianka
Pszichológia BA
Nappali

2014

NYILATKOZAT

Alulírott Dobos Bianka, a Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Karának hallgatója ezennel büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy A zenei teljesítményszorongás és a szociális fóbia kapcsolatának vizsgálata című diplomamunkám saját, önálló munkám; az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően készült.

Tudomásul veszem, hogy diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más szerző publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem. Tudomásul veszem, hogy plágium esetén diplomamunkám visszautasításra kerül.

Továbbá felelősségem tudatában nyilatkozom arról, és aláírással igazolom, hogy a Debreceni Egyetem Elektronikus archívumába (DEA) a <http://dea.lib.unideb.hu/dea/handle/2437/85081> címre feltöltött diplomamunkám mindenben megegyezik a benyújtott papíralapú és/vagy CD formátumú dolgozattal.

Debrecen, 2014 március 31

.....
aláírás

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném megköszönni Dr. Szabó Pál tanár úrnak a műhelymunka írás során nyújtott segítőkészségét és támogatását.

Köszönettel tartozom a Bartók Rádió munkatársainak, valamint a Pannon Filharmonikusoknak, hogy segítségükkel közreműködtek mintám összegyűjtésében. Nagyon hálás vagyok továbbá minden zenésznek, aki válaszaival hozzájárult e műhelymunka létrejöttéhez.

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés

1. Témafelvetés.....	4
2. Szakirodalmi áttekintés.....	4
2.1. A félelem és a szorongás.....	4
2.1.1. A filozófia nézőpontja.....	4
2.1.2. Stressz és szorongásos reakciók általában.....	5
2.1.3. A neurotikus szorongás.....	7
2.1.4. A szorongás vegetatív tünetei.....	7
2.2. A zenei teljesítményszorongás.....	7
2.2.1. Definíció.....	9
2.2.2. Epidemiológia.....	9
2.2.3. Kialakulásának okai.....	10
2.3. A lámpaláz mint körülírt szociális fóbia.....	12
2.3.1. A szociális fóbia kognitív modellje.....	13
2.4. Komorbiditás.....	14
2.4.1. Szorongásos zavarok.....	14
2.4.2. Hangulatzavarok.....	15
2.4.3. Pszichotikus zavarok.....	15
2.4.3.1. Pszichoaktív szerek.....	17
2.5. Mozgásszervi és egyéb panaszok.....	18
3. Kérdésfelvetés.....	18
3.1. Hipotézisek.....	19
4. A kutatás bemutatása.....	19

4.1.	Minta.....	19
4.2.	Vizsgálati eszközök.....	19
4.2.1.	Demográfiai kérdőív.....	20
4.2.2.	Kenny Zenei Teljesítményszorongás Leltár (K-MPAI).....	20
4.2.3.	Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata (BDI).....	21
4.2.4.	Alkohol-problémát értékelő kérdőív (CAGE).....	21
4.2.5.	Spielberger-féle Szorongás Kérdőív (STAI-T).....	22
4.2.6.	Szociális Fóbia Leltár (SPIN).....	22
4.2.7.	Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (GHQ-28).....	22
5.	Eredmények és azok értékelése.....	23
5.1.	Demográfiai adatok.....	23
5.2.	Élénkítőszerek használata a mintában.....	24
5.3.	A zenészek coping stratégiái.....	25
5.4.	Rivalizálás és betegség miatti aggodalom.....	26
5.5.	Családban előforduló betegségek.....	28
5.6.	A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök értékelése.....	28
5.6.1.	K-MPAI.....	28
5.6.2.	CAGE.....	30
5.6.3.	BDI.....	30
5.6.4.	SPIN.....	30
5.6.5.	GHQ.....	31
5.7.	Hipotézisvizsgálatok.....	32
6.	Következtetések és javaslatok.....	33

Összefoglalás

Irodalomjegyzék

Bevezetés

Van egy kellemetlen jelenség, amit a zenei pályát választó személyek előbb-utóbb átélnek: a szorongás. A teljesítményszorongás gyakori jelenség a zenei világban. Az átlagos képzés ugyan felkészíti a diákokat a technikai nehézségek leküzdésére, de hiába a kitartó gyakorlás, ha a szorongás miatt az előadó nem tud optimális szinten teljesíteni. Logikus lenne azt feltételeznünk, hogy ha valaki sokat gyakorol, az jól fog játszani, de ilyenkor nem az számít, hogy mennyire felkészült, hanem az, hogy mennyire tud megbirkózni a bénító szorongással. Az oktatók természetesen tudják, hogy kik azok a diákok, akiknél ez gyakran előfordul, de általában nem tudnak ezen segíteni.

A felsőoktatásban egy diák háromszor vehet fel egy vizsgát, vagyis három lehetősége van, hogy bizonyítsa tudását. Zenei pályán ez a kép nem egészen így néz ki. Az a szak, amire a hallgató jelentkezik az a főtárgy (pl.: zongora, gitár, trombita). Mivel ez a legfontosabb tárgy, erre kapja a hallgató a legnagyobb kreditmennyiséget. Félévenként egy vizsgát kell tennie főtárgyából, ami elvileg megismételhető, de erre nem szokott sor kerülni. Mindenkinek gyakorlatilag egy lehetősége van, és a diákok ezzel látszólag egyetértenek. Fellépések,

koncertek során minden zenésznek a legjobb formáját kell nyújtania az adott pillanatban. Fokozott hangsúlyt kap az „*itt és most*”. Az „*itt*” sajnos nem mindig ugyanazon a helyen van. A néző mit sem sejt azokról a környezeti tényezőkről, amelyek egy előadó számára majdnem hogy ugyanannyira fontosak, mint a felkészültségi idő. A napszaktól, a terem méretétől és a hangszer jellemzőitől kezdve a fűtésen át a világításig minden apró jelenség befolyásolja az előadást. Személyes gondjaikat félretéve azonban mindig a közönség szórakoztatása a legfontosabb cél.

A helyzet talán már gyermekkorban elkezdődik. A zeneiskola kezdő éveiben a tanulókat arra szoktatják, hogy bármi történik, játszaniuk kell tovább, mert a zene nem állhat meg. Játék közben előfordulhatnak hibák, értékelésnél azonban fontos szempont, hogy memóriazavar esetén a tanuló megáll és újakezdi a művet (helytelen megoldás), vagy úrrá lesz a helyzeten és egy kis improvizálással tovább tud menni (helyes megoldás). A hangszeres órák minden esetben négy szemközt zajlanak, így egy elég szoros kapcsolat alakul ki tanár és diák között. Nem meglepő tehát, hogy a tanuló izgul egy fellépés előtt, mivel fontos a tanár véleménye, nem szeretne neki csalódást okozni.

A lámpaláz természetes, amikor fél év gyakorlás eredményét kell bemutatni egy nyilvános fellépésen. Enyhe formája jelentkezik féltékenység vagy bátortalanság formájában, amit könnyű kezelni. Van azonban egy szintje a lámpaláznak, ami olyan félelmi reakciókat okoz (szívdobogás, kéz- és lábremegés, memóriazavar), amelyeket a tanuló akaraterejével nem képes megszüntetni.

1. Téma felvetés

Minden egyes óra vagy fellépés után a zenészeket értékelik. Ehhez vannak szokva és tudják, hogy nem a személyiségüket kritizálják, hanem a teljesítményüket. A siker élménye még több motivációt ad egy nehezebb feladathoz, de a diákok közötti versengés növeli a szorongás mértékét. Egyes zenészeknél a szorongás tünetei olyan mértékben debilizálóak, hogy az előadás minőségének romlásához, nyilvános fellépések elkerüléséhez és a zenei pálya elhagyásához vezethetnek (Cox és Kenardy, 1993; Brodsky, 1996; Wesner, Noyes és Davis, 1990; Kunzansky és Stewart, 1999; Steptoe, 2001; Yoshie, Shigemasu, Kudo és Ohtsuki, 2009; Studer, Gomez, Hilderbrandt, Arial és Danuser, 2011; id. Farnthworth-Grodd, 2012, 1. old.). A zenei teljesítményszorongás a zenészek legfontosabb problémáinak egyike.

Jelen műhelymunka célkitűzése a zenészek koncertek miatti szorongásának, valamint mentális és egészségi állapotának vizsgálata. Műhelymunkám kezdetén ismertetem a szorongásos reakciókat és a kísérő testi tüneteket. A szakirodalmi áttekintést ezután a zenei teljesítményszorongás definiálásával folytatom, ismertetem annak lehetséges okait, epidemiológiáját és komorbiditását egyéb zavarokkal.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. Félelem és szorongás

2.1.1. A félelem és a szorongás filozófiai megközelítései

A szorongás minden korban megjelent, de nem minden korban kapott kiemelt figyelmet. A szakirodalom áttekintésének kezdetén érdekességképpen szeretnék kissé elvonatkoztatni a pszichológiai nézőponttól. Csupán pár gondolatot idéznék a szorongásról és a félelemről a filozófia szemszögéből.

Az antik görög-római időkben az istenek – Deimos (félelem) és Phobos (szorongás) – jóindulatát keresték a háborúk idején (Fabian, 2010, id. Csoma, 2012, 56. old.). Arisztotelész a bátorsággal és erényességgel kapcsolatban beszélt a szorongásról (1982, id. Csoma, 2012, 57. old.). Egy hősnének meg kellett találnia a gyávaság és a vakmerőség közötti egyensúlyt, „mert aki mindent elkerül, mert mindentől szorong, az gyáva, de aki semmitől sem fél, semmi sem vált ki belőle szorongást, minden veszéllyel szembenéz, az vakmerő” (Fabian, 2010, id. Csoma, 2012, 57. old.).

Az európai filozófia történetében Søren Kierkegaard volt az, aki a „Szorongás hatalma” (1844) című könyvében elsőként foglalkozott a szorongás kérdéskörével (Rácz, 1974). Kierkegaard (1844/1993, id. Csoma, 2012, 5. old.) szerint „ez egy olyan kaland, amelyben minden embernek helyt kell állnia: meg kell ismernie a félelmet, a szorongást, hogy ne vesszen el amiatt, hogy soha nem félt, vagy amiatt, hogy elmerült a szorongásban; aki tehát megtanult méltó módon félni, az tanulta a legtöbbet.” Kierkegaard (1844/1993, id. Csoma, 2012, 9. old.) határozott különbséget tesz a szorongás és a félelem között, szerinte „a szorongás teljességgel különbözik a félelemtől és más hasonló fogalmaktól, amelyek egy meghatározott dologra vonatkoznak”. Nehéz elválasztani a kettőt, mivel a félelem szorongást is rejt magában és a szorongás félelmet (Kast, 2003, id. Csoma, 2012, 9. old.). Heidegger szerint (Helting, 2007, id. Csoma, 2012, 12. old.) a szorongás „az ittlét, a világban benne lét”,

a félelem pedig (1927/2007, id. Csoma, 2012, 63. old.) az, ami „mindig egy meghatározott tájékról való, a közelben közelgő világon belüli ártalmas létező, amely azonban nem mindig jön el”.

2.1.2. Stressz és szorongásos reakciók általában

A stresszállapotot két összetevő alakítja ki (Comer, 2005): az inger, ami kiváltja (stresszor) és a személynek az erre adott válasza (stresszreakció). Selye (1976, 53. old.) elképzelése szerint „a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen ingerre, a stresszor pedig egy olyan tényező, ami bármilyen időpontban stresszt vált ki”. A szervezet általános vészreakciójának első szakasza, amikor a szervezet hirtelen szembesül a kritikus helyzettel, ez tehát az 'általános alarm reakció' (Selye, 1936). Mivel a szindróma a szervezet azon törekvését képezi, hogy alkalmazkodjon az új feltételekhez, ezért általános adaptációs szindrómának nevezhető (Selye, 1936). Az általános adaptációs szindróma (GAS) egy olyan időrendi folyamat, amely a stresszorok tartós vagy elhúzódó jelenlétére adott válasz három szakaszát alkotja (Selye, 1976, 53. old.):

- 1) Vészreakció
- 2) Ellenállás szakasza
- 3) Kimerülés szakasza

Az alarm reakció részét képezi a „*támadás vagy menekülés*” mintának, amelynek elemei az akut stressz-zavarban is fellelhetőek (Füredi és mtsai, 2003). Az agy noradrenerg neuronjai aktiválódnak a krónikus stressz magatartásbeli adaptációjához, de ehhez szükséges az adrenerg receptorok alulszabályozása (Füredi és mtsai, 2003). A stresszor felülkerekedésének érzését a szérumkortizol- és a prolaktinkoncentráció emelkedése kíséri (Dunn, 1987, id. Füredi és mtsai, 2003).

Stresszor lehet bármi, ami számunka kellemetlenséggel jár, de válaszainkat az is befolyásolja, hogy miképp értékeljük az adott helyzetet. A stresszre adott válaszainknak genetikai összetevői is vannak, így bizonyos gének által egyes személyek sérülékenyebbek lehetnek (Kloet, Joëls és Holsboer, 2005). A központi idegrendszerben is kialakul egy reakciómód a személyiségfejlődés során, ami meghatározza a helyzetek kiértékelését (Kopp, 1991, id. Kerekes, 2012). Ha veszélyes helyzetben találjuk magunkat, gyorsan kell döntést hoznunk, hogy meneküljünk vagy támadjunk. A kiértékelésnek két szakaszát különböztetjük meg (Comer, 2005, 151. old.):

- elsődleges kiértékelés: felmérjük, hogy az adott helyzet számunka mennyire fenyegető

Ez a kiértékelés szubjektív, mivel az emberek különböznek abban, hogy milyen helyzetet tartanak fenyegetőnek (Weiner, 1985; Stattin és Magnusson, 1980, id. Comer, 2005, 152. old.). Amennyiben fenyegetőnek ítélünk egy helyzetet, hajlamosak vagyunk a félelmi reakcióra.

- másodlagos kiértékelés: mérlegeljük válaszainkat és a lehetséges megküzdési erőforrásainkat (Lazarus és Folkman, 1984)

A szorongás univerzális emberi tapasztalat, egy alapvető képesség, ami vész helyzetben úgy aktiválja a szervezetet, mint a stresszreakció (Molnár, 1987, id. Kerekes, 2012, 24. old.). Eredetileg egy adaptív jelzés, ami akkor jelenik meg, ha veszélyt érzünk (Ágoston, 1995, id. Kerekes, 2012). Freud (1936/1926, id. Carver és Scheier, 2006, 230. old.) a szorongást egy veszélyjelzőnek tartotta, ami arra figyelmezteti a személyt, hogy kellemetlen dolog fog történni. Emocionális válaszként a szorongásnak vannak vegetatív–fiziológiai, viselkedéses–motoros és kognitív-verbális összetevői (Tringer, 2001, 155. old.). A félelmi és a szorongásos reakciók mögött az akaratunktól függetlenül működő vegetatív idegrendszer a felelős. Ha veszélyesnek értékelünk egy helyzetet, a vegetatív idegrendszer aktiválja idegpályáit, amelyeket együttesen szimpatikus idegrendszernek hívunk (Comer, 2005). Ahhoz, hogy testünk értékei visszaálljanak a normális értékekre, a vegetatív idegek paraszimpatikus idegrendszernek nevezett csoportjára van szükség (Comer, 2005).

2.1.3. A neurotikus szorongás

Freud (1959/1926, id. Carver és Scheier, 2006, 230. old.) háromfajta szorongást különböztetett meg: reális, morális és neurotikus szorongást. Reális szorongás akkor alakul ki, amikor egy valós fenyegetés miatt érzünk félelmet. Morális szorongást abban az esetben érezhetünk, amikor olyat tettünk (vagy készülünk tenni), ami nem egyezik erkölcsi szabályainkkal. A lelkiismeretünkből ered, és minél erősebb a felettes és, annál erősebb a szégyen és a büntudat (Freud, 1959/1926, id. Carver és Scheier, 2006). A neurotikus szorongás félelem attól a büntetéstől, ami az ösztönén impulzusainak kikerüléséért járna (Freud, 1959/1926, id. Carver és Scheier, 2006), mert az én nem tudja korlátozni. Ilyenkor a személy folyamatosan azt figyeli, hol hibázik, már az apró dolgokért is bünteti magát.

Melanie Klein (1935, id. Kerekes, 2012) szerint a neurotikus állapotok két pozíció szorongásaiból alakulnak ki: paranoid és depresszív. Paranoid pozíció az élet első 3 hónapjára

jellemző fejlődési mintázat. Amikor a csecsemő belső világa negatív élményekkel telítődik, és az anya részéről nem érkezik gondoskodás (vagy nem találja el, hogy mi a baja), az elsődleges tárgy (anyamell) negatív előjelet kap. Vezető elhárító mechanizmus a projekció és a hasítás, ami ha felnőttkorban aktiválódik, a másik személyt csupa negatív jelentéssel fogja felruházni.

Kernberg (1984, id. Kerekes, 2012, 35. old.) szerint a neurotikusán szerveződő tünetek az elfojtott gyermeki szelfhez történő regresszió. A felettes énjük inkább túlfejlett, gyakran élnek meg szégyent vagy büntudatot, mert nem tudják teljesíteni a követelményeket. Intrapszichés konfliktusaik vannak, mivel szenvednek a késztetéseiktől, negatív érzéseiktől.

A szorongás kortárs pszichodinamikus megközelítése szerint a legtöbb szorongásos zavar fejlődéslélektani keretben modellezhető, de a szelfreprezentációk szerepének tisztázását is fontosnak tartják (Eells, Horowitz, Stinson és Fridhandler, 1993; id. Füredi és mtsai, 2003). E megközelítés szerint fontos tünet a szorongásos roham (pánikroham) szorongást kiváltó impulzusok sikertelen elhárítási kísérlete (Füredi és mtsai, 2003).

2.1.4. A szorongás vegetatív tünetei

Alig van olyan pszichiátriai betegség, amelyben ne lenne többé-kevésbé tünet a szorongás (Tringer, 2001). Aki gyakran szorong, annál állandósulnak a tünetek. A kóros negatív tónusú állapotokat tárgyalva Tringer (2001, 155-158. old.) a szorongásnak az alábbi vegetatív tüneteit emeli ki:

- a bőr reakciói

Az aktuális szorongást gyakran az arc elpirulása jellemzi. Az arcpír a személyben is tudatosul, ami tovább fokozza a szorongását. Alkati szorongásos hajlamra (trait anxiety) utalhat a végtagok hűvössége, nyirkossága.

- a nyálkahártyák reakciói

Szorongás esetén megváltozik a nyálkahártyák nedvtermelése, ami szájszárazságot eredményez. A száj nyálkahártyájának kiszáradása hangtani következményekkel is jár. Egyes mássalhangzók ('s', 'sz', 'zs', 'z') kiejtésének változásai a beszédet színtelenné teszik.

Tringer (2001) valószínűnek tartja, hogy nyilvánosság előtt fellépő egyének torokköszörülése is szorongásra vezethető vissza.

- izzadás

Az izzadás és a szorongás kapcsolata közismert. A hónaljizzadás lehet alkati jelenség, a bőr egyéb részeinek izzadása pedig az aktuális stresszhelyzettel kapcsolatos. Leggyakrabban a tenyerek izzadása okoz panaszt.

- szemtünetek

A pillarezgés egyes szavak vagy kifejezések érzelmi töltését is jelezheti. A szorongó egyén pupillája tágabb, a pillacsapások száma nő a stressz növekedésével. Az egyén kerüli, vagy csak rövid ideig tartja a szemkontaktust.

- légzőszervi tünetek

A légzés gyakorisága a szorongás fontos jele. A szorongó ember nehezen veszi a levegőt, úgy érzi, hogy gombóc van a torkában.

- szívritmus zavarai

A vérnyomás és a pulzusszám jó mérője a szorongásnak és szorosabb korrelációt mutat a szorongással, mint az összes egyéb élettani paraméterrel. Tringer (2011) három választ ír le: frekvencianövekedés, frekvenciacsökkenés vagy bifázisos (növekedés, majd csökkenés) szívválasz.

2.2. A zenei teljesítményszorongás

2.2.1. Zenei teljesítményszorongás definiálása

A szorongás megjelenése nem csak közvetlenül a fellépés idejére tehető. A zenészeknek gyermekkortól kezdve figyelniük kell testi épségükre. A hétköznapi életben egy kéztörés nem jár túl nagy veszéllyel, de egy zenésznél akár a pálya végét is jelentheti. Énekeseknél már egy szimpla megfázás is egy hét kiesést jelenthet a gyakorlásban, sokszor kerülik azokat a helyeket, ahol beszéd közben megerőltethetik a hangszálaikat. A sérülés veszélye miatt a zenészek többsége inkább kerüli a sportot.

Általánosságban elmondható, hogy azok, akik zenei pályát választottak, szeretik a zenét, és a zene örömeit szívesen osztják meg másokkal. Úgy gondoljuk, hogy az előadók

minden alkalmat kihasználnak arra, hogy színpadra lépjenek, ami igaz a zenészek többségére. A szorongó személyeknél a helyzet nem ilyen egyszerű.

A teljesítményszorongás különböző helyzetekben megnyilvánulhat (id. Kenny, 2006): vizsga (Elliott és McGregor, 2002), matematikai teljesítmény (Ascraft és Faust, 1994), nyilvános beszéd (Merritt, Richards és Davis, 2001), sport (Hall és Kerr, 1998; Hanton, Mellalieu, Stephen és Hall, 2002) valamint előadóművészetekben is, például tánc (Tamborrino, 2001), színművészet (Wilson, 2002) és zene (Deen, 2000; Ryan, 2003). Salmon szerint (1990, id. Kenny, 2004) a zenei teljesítményszorongás (music performance anxiety) „tartós aggodalom érzete az aktuális teljesítmény, a társas környezetben előforduló előadói készségek romlása miatt, ami nem vezethető vissza a személy adottságaira, gyakorlására és a felkészülési szintjére”.

2.2.2. Epidemiológia

A nők kétszer-háromszor gyakrabban élnek át szorongást, mint a férfiak (American Psychiatric Association, 1994; Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley és Allen, 1998, id. Kenny, 2006). Ez az arány fennáll a zenei teljesítményszorongás esetén is (Sinden, 1999; Houston, 2001; Osborne és Franklin, 2002; id. Kenny, 2006). Némely kutatási eredmények nagyjából 15-25%-ra becsülik azon zenészek arányát, akik zenei teljesítményszorongással küzdenek (Steptoe, 2001, id. McGinnis és Milling, 2005), míg mások szerint ez az arány 16-40% között mozog (Fehm és Hille, 2005; Wesner és Roland, 1990; id. Gorges, Alpers és Pauli, 2007). Egy legutóbbi vizsgálatban a zenészek 96%-a vallotta be, hogy közönség előtt idegesek és lámpalázuk van (Zakaria, Musib és Shariff, 2013).

Nem mindenkinél jelentkeznek a szorongás tünetei ugyanakkora intenzitással, de a kutatási eredményekből kiindulva nincs olyan életkor, ahol nem sikerült volna azonosítani a jelenséget. Lehet az illető gyermek, kamasz, felnőtt, amatőr vagy professzionális zenész, a szorongás különböző életkorú és képességű zenészeknél is előfordul (van Kemenade, van Son és van Heesch, 1995).

- *Gyermekek*

Simon és Martens (1979) 9–14 éves gyermekek szorongásának mértékét hasonlította össze három tevékenység közben: teszt, sport, zene. Azok a fiúk szorongtak a legjobban, akik szólót játszottak, de a csoportos tevékenységek közül is a zenei előadás során mutatkozott a legmagasabb szorongás. A 12 éves zongoristák pulzusszáma szingifikánsan különbözött

akkor, ha a gyerekek a színpad mellett ültek, a színpadra léptek vagy már játszottak a színpadon (Ryan, 1998). A gyerekek többsége a közönség előtti hibázás lehetőségét jelölte meg szorongásuk megfontosabb okának (Ryan, 1998). Ryan (2005) vizsgálatában a 9–12 éves gyerekek állapotszorongása szignifikánsan magasabb volt az iskolai koncert napján az átlagos iskolai napon mért szorongáshoz képest.

- *Kamaszok*

Fehm és Schmidt (2006) 15-19 éves kamaszokat vizsgálva nem talált nemi különbséget a szorongás mértékében. A kamaszok 9,5%-a a lámpalázat erős negatív hatásként jellemezte a zenei pályán; 58%-uk szerint a szorongásuk mértéke függ a közönség összetételétől és különösen magas, ha tanárok is hallgatják őket, mivel szakmailag hozzáértőek és fontos a bírálatuk (Fehm és Schmidt, 2006). Ryan (2004) vizsgálatában a fiúk több szorongásos tünetet mutattak fellépés előtt és közben a lányokhoz képest, de a lányok szívritmusa lényegesen magasabb volt fellépésük előtt.

- *Felnőttek*

Fishbein és Middlestadt (1988, id. McGinnis és Milling, 2005) 48 zenekar zenészeit vizsgálva azt találta, hogy a zenei teljesítményszorongás debilizáló hatást fejt ki a nők 19%-ra és a férfiak 14%-ra. Egyetemista zenészeket vizsgálva a hallgatók 33%-át érintette, akik több támogatást (65%) és több információt (84%) igényelnének a lámpalázzal kapcsolatban (Studer, Gomez, Hildebrandt, Arial és Danuser, 2011). Operaénekesek között a vonásszorongás háromszor magasabb (50%) volt az átlaghoz képest (Kenny, 2004).

2.2.3. Kialakulásának okai

A neurotikus személyiség-struktúra egy hajlamot jelöl. Nagyon kicsi gyerekek valószínűleg azért nem élnek át szorongást, mert még kevés a színpadi tapasztalatuk, és minden fellépés csak egy jó móka a hibák ellenére is. Ha gyermekkorban súlyos szocializációs ártalmak érnek valakit, felnőttkorban már enyhe ártalmak is patológiás tüneteket válthatnak ki (Tringer, 2001, 87. old.). A zenei teljesítményszorongás kialakulása „több faktor kombinációja, ahol a temperamentum, a növekvő kognitív kapacitás és az önmonitorozás funkciója, ami kamaszkorig alakul ki, a szülői nevelés és az interperszonális tapasztalataink, a minket körülvevő világ percepciója és interpretációja, képességeink és adottságaink, specifikus előadói tapasztalataink, amelyek pozitív vagy negatív kimenetellel

jártak” (Kenny, 2006, 52. old.). A gyakorlás mennyisége, a felkészülés szintje és a közönség összetétele szintén hatással van a megjelenésére. Kiváltképpen a zenei teljesítményszorongás megértésében hasznos Barlow szorongás modellje (2000, id. Kenny, 2006, 53. old.). A modell három olyan összetevőt tartalmaz, ami összeköttetésbe hozható a szorongás- vagy hangulat-zavarral:

1. általános biológiai (öröklött) sérülékenység;
2. általános pszichológiai sérülékenység, korai események feletti kontroll megszerzésére alapul;
3. specifikusabb pszichológiai sérülékenység, ami által a szorongás asszociálódik bizonyos környezeti ingerekkel különböző tanulási folyamatok által.

Barlow (2000, id. Kenny, 2006) vitatja, hogy az első két pontban foglaltak elegendők lennének, hogy kiváltsák a generalizált szorongást vagy a hangulatzavart (depresszió), azonban a harmadik pontban összefoglalt érzékenység elegendő a pánikzavar vagy specifikus fóbia kialakulásához. A szociális kiértékelés megnövekedett szomatikus tünetekkel járhat együtt, amelyek asszociálódnak az észlelt fenyegetéssel vagy veszéllyel (Kenny, 2006). Azok, akik magas vonásszorongással rendelkeznek (általános biológiai sérülékenység), és olyan otthoni környezetben nőttek fel, ahol a magas elvárások alacsony támogatással párosultak (általános pszichológiai sérülékenység), akiknek a versenyteljesítményét korábban gyakran értékelték (specifikus pszichológiai sérülékenység), kiválthat olyan pszichológiai, viselkedéses és kognitív válaszokat, amelyek jellemzőek a zenei teljesítményszorongásra (Kenny, 2006). A személy figyelme leginkább saját érzéseire irányul (interoceptív tudatosság), aminek következtében a testi érzései felerősödnek, és szorongása fokozódik. Előadás előtt vagy előadás közben megjelennek a katasztrofizáló gondolatok, amelyek gátolják a koncentrációt. Minél inkább érzi valaki fenyegetőnek a szituációt, annál valószínűbb, hogy megjelenik a szorongás. Wilson (1994, id. Kenny, 2006, 54. old.) az észlelt fenyegetést három változó interakciójaként jellemzi:

1. az előadó veleszületett és tanult hajlama, hogy szorongással válaszoljon a szociális helyzetekre (vonásszorongás);
2. a feladatban való jártasság;
3. a szorongás mértéke magas társas vagy környezeti nyomás esetén.

Legjobban a vonásszorongás és a nem jelzi előre a lámpaláz mértékét, de az eddigi legrosszabbnak ítélt előadás közben fellépő negatív gondolatok is befolyást gyakorolnak (Osborne, Kenny, Holsomback, 2005, id. Kenny, 2006). Amikor valaki egyedül gyakorol, egyrészt nincsenek vegetatív tünetei, másrészt nem jönnek elő azok a hibák, amelyek teljesítményhelyzetben igen. A lámpaláz csak társas helyzetekben jelenik meg. A személy fél attól, hogy a közönség előtt hibázni fog, és nem tudja úgy előadni a műveket, mint amikor egyedül játszik (főleg akkor, ha korábban már volt erre példa). Az előadói helyzetben való megszégyenülés félelme miatt a zenei teljesítményszorongás és a szociális fóbia vonásai bizonyos szinten egyeznek, extrém formája hasonlít a szociális fóbiára (Kenny, 2006).

2.3. A lámpaláz mint körülírt szociális fóbia

A szociális fóbia az egyik leggyakoribb szorongásos zavar (Van Ameringen, Allgulander, Bandelow, 2003, id. Ágoston és Németh, 2010). A szociális fóbia vagy szociális szorongás zavar (social anxiety disorder, SAD) a szorongásos zavarok azon formája, amelyben a betegnél szorongásos tünetek jelentkeznek olyan helyzetekben, amikor mások figyelmének vannak kitéve (Ágoston és Németh, 2010). Egészséges embereknél is gyakori, ha a mások előtti szereplést lámpaláz kíséri, ezért csak akkor csak akkor beszélhetünk szociális fóbiáról, ha a félelem és az elkerülő magatartás szenvedést okoz, és akadályozza a személy mindennapi tevékenységét vagy a munkáját (Füredi, Németh és Tariska, 2003, 393. old.). Általában késő gyermekkorban vagy serdülőkorban kezdődik, és éveken keresztül folytatódik különböző intenzitással (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, Kessler, 1996; Lepine és Lellonich, 1995; APA, 1994; id. Comer, 2005, 174. old.). A szociális fóbiában szenvedők leginkább a vizsga-helyzetektől (18,2%) és a nyilvános beszédétől (15,6%) félnek (Wittchen és mtsai, 1999).

A zenei teljesítményszorongás tünetei sok mindenben egyeznek a Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének (DSM-IV) a szociális fóbiára vonatkozó kritériumaival (Osborne és Franklin, 2002, id. McGinnis és Milling, 2005). Más szerzők a lámpalázat a szociális fóbia egyik típusaként jellemzik (Wilson és Roland, 2002; Barlow, 2002, id. Gorges és mtsai, 2007). Fontos különbséget tenni, hogy a félelem a szociális helyzetek többségére vonatkozik (generalizált szociális fóbia), vagy leginkább egy helyzetben (körülírt szociális fóbia) jelentkezik (Füredi és mtsai, 2003).

Gorges és munkatársai (2007) 142 klasszikus zenészt vizsgálva arra az eredményre jutottak, hogy a szociális fóbia 24%-ban jósolta meg a zenei teljesítményszorongást; valamint a perfekcionizmus, önmonitorozás, nem, szakmai beosztás és a hit abban, hogy a közönségnek tetszik az előadás, alapvető módon meghatározta a lámpaláz mértékét. A személyiségvonások közül (id. Gorges és mtsai, 2007) a katasztrofizáló gondolkodásmód (Steptoe és Fidler, 1987), a perfekcionizmus (Mor, Day és Flett, 1995; Kenny, Davies és Oates, 2004) és a nyilvánosságtól való félelem (Schröder és Liebelt, 1999) dominál, amikor mások figyelmének vannak kitéve. Vizsgálatukat összegezve Gorges és munkatársai (2007) a lámpalázat a szociális fóbia szubtípusaként jellemzik.

2.3.1. A szociális fóbia kognitív modellje

A szociális fóbiában szenvedő betegeket az alábbi kognitív sajátosságok jellemzik (Clark és Wells, 1995; id. Füredi és mtsai, 399. old.):

- 1) szociális interakciókkal kapcsolatos diszfunkciós sémák
- 2) a szorongás látható tüneteinek (elpirulás, kézremegés) negatív túlértékelése
- 3) biztonságkereső viselkedés (kezek elrejtése)
- 4) állandó (negatív) önmonitorozás a szociális helyzetekben
- 5) szociális helyzeteken való utólagos rágódás

2.4. Komorbiditás

A szorongásos zavarokról a DSM-IV 1. tengelyében olvashatunk. Ebbe a csoportba tartozik a generalizált szorongás, a fóbiák, a pánikbetegség, a kényszeres zavar és a poszttraumás stressz-zavar. Krónikus szorongás vezethet személyiségzavar kialakulásához is, insomniá vagy egyéb szorongásos kórkép is megjelenhet (Kerekes, 2012, 80. old.). Wittchen szerint a szociális fóbiához egyéb szorongásos zavarok, hangulatzavarok, szenvedélybetegségek és evészavarok társulnak (Merikangas, Mehta, Molnar és Kessler, 1995; id. Wittchen, Stein és Kessler, 1999). Pánikzavar kórelőzményében gyakori a szeparációs szorongás és szociális fóbia (Rihmer, 1999, id. Kerekes, 2012, 81. old.).

A zenei teljesítményszorongás megléte komorbiditást mutat más pszichiátriai/pszichológiai tünetekkel. Azoknál a zenészeknél, akik tapasztaltak lámpalázat (29%), ott a szociális szorongás (43%) és a depresszió (48%) gyakrabban társult; és fordítva,

akiknek nem volt lámpalázuk (8,6%), a szociális szorongás (11%) és a depresszió (11%) előfordulása ritkább volt (Barbar, Crippa és Osório, 2014). Osborne és Franklin (2008, id. Barbar és mtsai, 2014) ennél nagyobb, 27%-os komorbiditást talált a lámpaláz és a szociális szorongás között.

2.4.1. Szorongásos zavarok

A szorongásos zavarok tüneteinek akár 80%-a (Gádoros, 1996) serdülőkor végén és fiatal felnőttkor elején alakul ki (Lieb, 2005; Rihmer, 1999; id. Kerekes, 2012). A nők esetében 30,5%, férfiaknál 19,2% a szorongásos zavarok prevalenciája (Calkins, 2009, Howell, 2006, id. Kerekes, 2012, 79. old.). Szorongásos és depressziós kórképekben a legnagyobb különbség férfiak és nők között a 18–35 éves korosztályban jelentkezik (Henderson, 1998; id. Füredi és mtsai, 2003). A kognitív elméletek a diszfunkcionális negatív sémákat emeli ki, mint etiológiai tényezőket. A generalizált szorongással élő emberek olyan irracionális feltételezéseket dolgoznak ki, amelyek meghatározzák az őket ért események értelmezését (Ellis, 1962, 1977, 1997; id. Comer, 2005, 161. old.). Beck szerint azzal a tudattal élnek, hogy állandó veszély fenyegeti őket (Beck, 1997, 1991, 1976; id. Comer, 2005, 161. old.). Elsőfokú rokonokban a generalizált szorongás valószínűsége 15%, ami feltételezhet genetikai predispozíciót (Füredi és mtsai, 2003). A zavar korai felnőttkorban kezdődik, de a pánikbetegséggel szemben a tünetek fokozatosan fejlődnek ki, és nem olyan intenzív a szorongás (Füredi és mtsai, 2003).

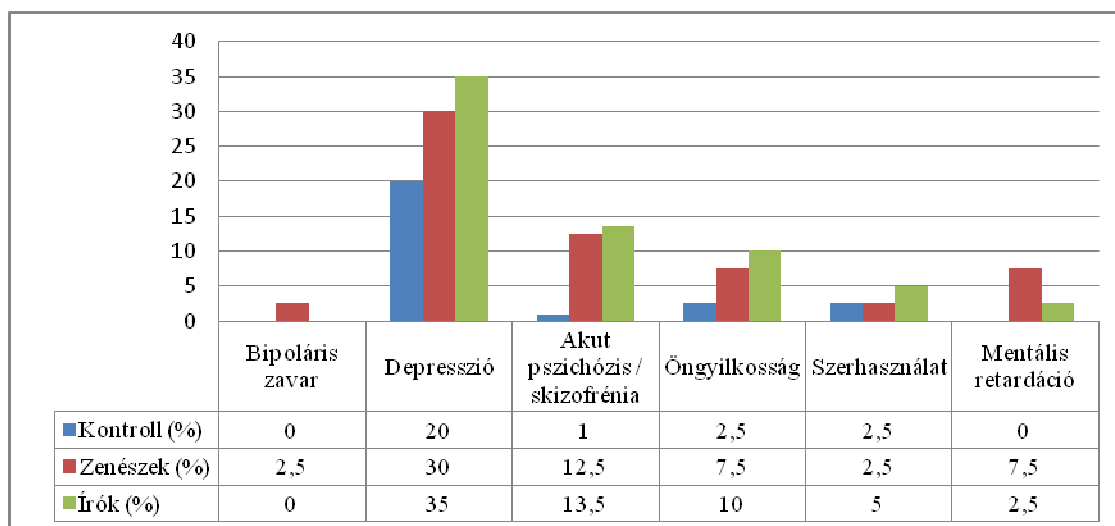
Koncertek előtt a 15–21 évesek túl kritikusak magukkal szemben (57%), idegesek (14%), nem bíznak önmagukban, és félnek attól, hogy hibázni fognak (Levy, Castille és Farley, 2011). A diákok 80%-a nyilatkozott úgy, hogy önértékelésük összefügg azzal, hogy a fellépésük hogyan sikerül (Dews és Williams, 1989, id. McGrath, 2012, 17. old.). A szorongó zenekari zenészek között sokaknál anticipációs szorongás jelentkezett napokkal (36%), hetekkel (10%) vagy hónapokkal (5%) az előadás előtt (van Kemenade, van Son és van Heesch, 1995). Barbar (2014) mintájában a brazil zenészek 19%-nak volt szociális szorongása, ami jóval meghaladja a brazil populáció 4%-os (Andrade, Wang, Andreoni, Silveira és Viana, 2012) előfordulási gyakoriságát. Különbözött a zavarok előfordulása professzionális és amatőr zenészek között mintán belül is: lámpaláz (39% vs. 14%), szociális szorongás (22% vs. 16%), depresszió (24% vs. 17%) (Barbar és mtsai, 2014).

2.4.2. Hangulatzavarok

A depresszió tüneteinek erőteljesebb voltát mutatták azok a kamaszok, akik iskola után művészeti képzésben vettek részt (Young, Winner és Cordes, 2012). Depressziós betegeknek gyakoriak a vegetatív tünetek, például alvászavar, de olyan testi tünetek is jelentkezhetnek, mint a gyomor- és bélrendszeri panaszok vagy mozgásszervi fájdalmak. A napi többórás gyakorlás különösen megerőlteti a szervezetet. Könnyűzenészeknél ízületi fájdalmakon kívül a depresszió és a szorongás volt a leggyakoribb panasz; a válaszadók 37%-a halláskárosodásról számolt be (Raeburn, Hipple, Delaney és Chesky, 2003). Azoknál a zenekari zenészeknél, akik pszichoszociális körülményeiket alacsonyan értékelték, kapcsolatot találtak a stressz és a hallásproblémák között (Hasson, Theorell, Liljeholm-Johansson, Canlon, 2009). Leggyakoribb panasz volt a derék-, hát- és vállfájás, amelyekből legalább egyet a koncertekkel hoztak kapcsolatba; ezen kívül a depresszió és a lámpaláz gyakorisága 17% és 24% volt; 10–14%-uk számolt be alvási nehézségekről, akut szorongásról és gyakori fejfájásról (Fishbein és mtsai, 1988).

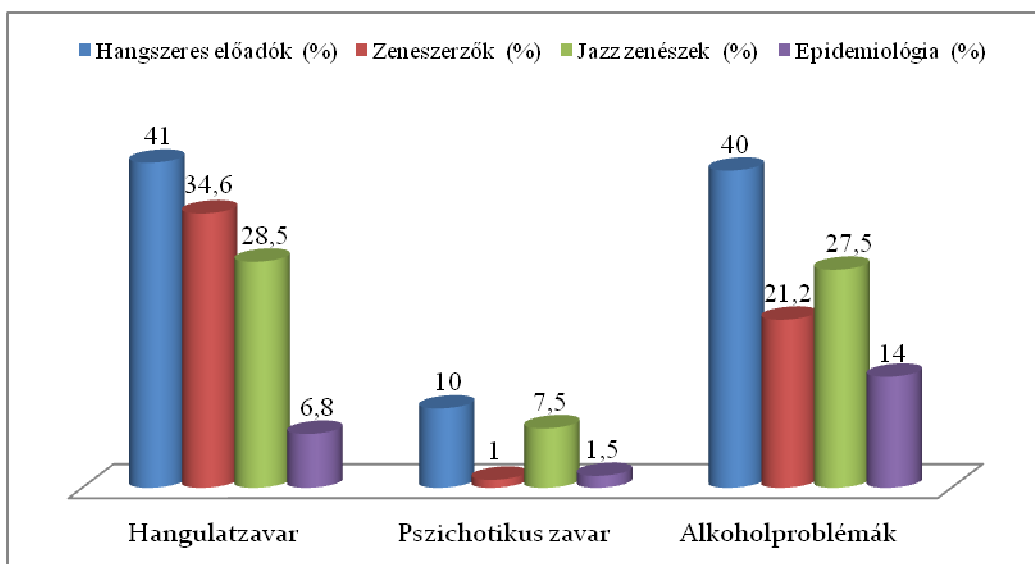
2.4.3. Pszichotikus zavarok

A kreativitás és a mentális állapot kapcsolatát vizsgálva Pavitra, Chandrashekar és Choudhury (2007) azt találták, hogy mintájukban minden zenész családjában volt egy szintén kreatív ember (zenész, táncos, festő, író, szobrász), valamint magasabb volt a mentális betegségek előfordulása a kreatív csoportban a kontrollcsoporthoz képest (1. ábra).



1. ábra: Mentális betegségek előfordulása (Pavitra, Chandrashekar és Choudhury, 2007)

Geoffrey Wills (2003) a DSM-IV segítségével 40 híres amerikai jazz zenészt diagnosztizált életrajzaik alapján, majd összehasonlította eredményeit hangszeres előadók (Ludwig, 1992), zeneszerzők (Post, 1994), valamint Robins és Regier (1991) epidemiológiai vizsgálatának statisztikai eredményeivel (2. ábra).



2. ábra: Zenészek között előforduló mentális betegségek összehasonlítása (Wills, 2003)

Egy 300 000 beteget tartalmazó mintában a korábban bipoláris, unipoláris zavarral és szkizofréniával kezelt személyeket és rokonaikat hasonlítottak össze kontrollcsoporttal (Kyaga, Lichtenstein, Boman és Landén, 2011). Kreatív foglalkozásúak között túlsúlyban voltak a mániás depressziósok, valamint a szkizofrének és mániás depressziósok egészséges testvérei. Szkizofrének emelkedett létszámmal mutatkoztak a képzőművészetben a kontrollcsoporthoz képest (Kyaga és mtsai, 2011). Hasonló, de nagyobb mintát (n = 1,173,763) vizsgálva Kyaga megállapítja, hogy a bipoláris zavart kivéve, ahol az írók kétszer gyakrabban fordultak elő, nincs különbség a kreatív foglalkozásúak és a kontrollcsoport között a pszichiátriai zavarok előfordulásában (Kyaga, Landén, Boman, Hultman, Landstrom és Lichtenstein, 2012). Egészséges személyek és pszichiátriai betegek között is az írók követtek el leggyakrabban öngyilkosságot (Kyaga és mtsai, 2012). Az előző vizsgálatukhoz hasonlóan a szkizofrén páciensek testvérei (3,6% vs. 3,0%) és az öngyilkos személyek testvérei (3,2% vs. 2,4%) gyakrabban választottak kreatív foglalkozást; ellenben ritkábban fordult elő művészeti foglalkozás a bipoláris zavarral (2,5% vs. 3,1%), unipoláris depresszióval (1,9% vs. 2,5%) és szorongásos zavarral (1,5% vs. 2,4%) diagnosztizált

páciensek testvérei között (Kyaga és mtsai, 2012). Továbbá kapcsolatot találtak művészeti foglalkozás és autisták testvérei, valamint anorexia nervosások testvérei és szülei között (Kyaga és mtsai, 2012).

2.4.3.1. Pszichoaktív szerek

A szociális fóbiás beteg a mindennapos tevékenységekkel járó stresszt megpróbálja különböző módszerekkel csökkenteni. Főleg a fiatalok között gyakori, hogy problémáikat alkohollal vagy kábítószerrel próbálják megoldani. Éppen ezért a szociális fóbia egyik következménye a kémiaiszorfüggőség (Füredi és mtsai, 2003, 393. old.).

New York-i amatőr és profi zenészeket (n = 226) kérdezett meg Miller és Quigley (2011) a kávé-, energiatartal- és alkoholfogyasztási szokásaikról. A megkérdezettek 94%-a évente legalább egyszer fogyaszt koffeintartalmú italt (41% napi rendszerességgel, 57% energiatalt), 43% dohányzik, 74% évente legalább egy alkalommal alkohollal kapcsolatos problémáról számolt be. Az elmúlt egy évben a megkérdezettek fele szívott marihuánát, 23% visszaélt a felírt gyógyszerével, 25% vett be pszichedelikus drogokat, 21% pedig kokaint (Miller és Quigley, 2011). Azt gondolnánk, hogy ezek az adatok átlagosnak tekinthetők egy nagyvárosban, de összehasonlításképp az átlagos marihuánahasználat New Yorkban 12% (2010, NYC Health), ami jelentősen alacsonyabb a zenészek 50%-os arányához képest. Reaburn (2003) vizsgálatában a könnyűzenészek 16%-ánál a kábítószer használata miatt romlott a zenei teljesítőképesség az elmúlt egy évben. Azok az ausztrál zenekari zenészek, akik valamilyen gyógyszerrel próbálják kezelni szorongásukat, leginkább béta-blokkolókat (31%), alkoholt (12%), szorongás-csökkentőket (5%) és antidepresszánsokat szednek (4%) (Kenny, Driscoll és Ackermann, 2012). Fishbein (1988) vizsgálatában a zenészek 27%-a szedett béta-blokkolókat szorongásuk csökkentése érdekében, közülük 4% minden zenekari fellépés előtt. A felnőtt zenészek 28%-a szedett valamilyen gyógyszert (leginkább hormonok vagy fogamzásgátló szerek, vérnyomáscsökkentők), amiből csak 2,6% volt az antidepresszáns és a nyugtató (Barbar és mtsai, 2014). Ha feltételezzük, hogy a gyógyszereket orvos írta fel szorongásuk enyhítésére, akkor láthatjuk, hogy a zenészek töredéke kap megfelelő kezelést.

2.5. Mozgásszervi és egyéb panaszok

Az esetek 30–50%-ában gyakori az együttjárás a fájdalom és a depresszió között; a fájdalom (hát, csípő, térd) mértéke előrejelezte a depresszió súlyosságát és fordítva (Kroenke,

Wu, Bair, Krebs, Damush és Tu, 2011). A helytelen és nagy mennyiségű gyakorlás mozgásszervi panaszokat eredményez. Zenészek között gyakori az ínhüvelygyulladás, ami bizonyos időközönként visszatér és ellehetetleníti a gyakorlást. Szignifikáns kapcsolat volt a gyakorlás mennyisége és a fájdalom mértéke között (Britch, 2005). Zenekari művészek 82%-a élt együtt fájdalmakkal (Fishbein, Middlestadt, Ottati, Straus, Ellis, 1988). Kamaszoknál az asztma, szemszárazság, fejfájás, megfázás és allergia volt gyakori; mozgásszervi fájdalmaik ellenére 44%-uk úgy gondolta, hogy folytatni kell a gyakorlást (Shoup, 1995). Az énekesek különösen érzékenyek hangszálaik egészségét illetően (Sapir, Mathers-Schmidt és Larson, 1996; Sandgren, 2002) és egészségügyi ok nélkül is beszámolnak hangszalagokkal kapcsolatos problémákról (Phyland, Oats, Gredenwood, 1999; id. Sandgren, 2009). A könnyűzenészek 26%-a jelenleg is fennálló egészségügyi panaszról számolt be, 74%-uk legalább egy mozgásszervi problémáról (Reaburn és mtsai, 2003).

3. Kérdésfelvetés

A szakirodalmi áttekintésben ismertettem a zenei teljesítményszorongás kialakulását és előfordulását különböző életkorokban. A kutatási eredmények rendszerezésével bemutattam a zenészeknél előforduló egyéb betegségeket, és azok komorbiditását a szociális fóbiával. A lámpaláz már gyerekkorban is megfigyelhető jelenség, ami amatőr és professzionális zenészeket egyaránt érint. A gyermekkori szorongás felnőttkorban is megmarad, a fellépésekkel járó feszültséget pedig különböző gyógyszerekkel próbálják oldani a zenészek. Sajnos nagyon kevesen folyamodnak orvosi segítségért.

Kutatásomban azt szeretném megtudni, hogy milyen mértékű a zenei teljesítményszorongás előfordulása, lesz-e különbség nemek és életkori csoportok között, valamint sikerül-e ismét igazolni azt az elméletet, hogy a zenei teljesítményszorongás kapcsolatba hozható a szociális fóbiával. Arra is választ szeretnék kapni, hogy milyen gyakori a depresszió és az alkoholprobléma zenészek körében.

3.1. Hipotézisek

A szakirodalom alapján a következő hipotéziseim a következők:

H1: Nincs különbség a zenei teljesítményszorongás mértékében különböző életkorban.

H2: Nincs különbség nemek között a zenei teljesítményszorongás mértékében.

H3: Egyenes irányú együttjárás lesz kimutatható a Zenei Teljesítményszorongás Leltár és a Szociális Fóbia Leltár eredményei között.

H4: Magasabb lesz a szorongás azoknál a személyeknél, akiknek a családjában előfordul szorongásos zavar.

4. A kutatás bemutatása

4.1. A minta

A kérdőív kitöltése online módon történt, közösségi portál segítségével. A mintába különböző életkorú, professzionális és amatőr zenészek kerültek be. A kitöltés nem volt életkorhoz kötve, így bárki válaszolhatott, aki zenei előképzettséggel rendelkezik.

4.2. Vizsgálati módszerek

Vizsgálatomhoz olyan standardizált mérőeszközöket válogattam, amelyekkel mérhettem a zenészek szorongását és egészségügyi állapotát. A zenei teljesítményszorongáson kívül arra is kíváncsi voltam, hogy milyen egyéb zavarok társulnak hozzá, mivel klinikumban gyakori a komorbiditás különböző szorongásos zavarok és depresszió között (Andrews, Henderson és Hall, 2011, id. Kenny és mtsai, 2012). A vizsgálati személyek a kérdőívcsomagon belül hét kérdőívet töltöttek ki.

4.2.1. Demográfiai kérdőív

Az online kérdőívben először a kitöltő nemére, életkorára és zenei tanulmányainak időtartamára voltam kíváncsi (1.1. melléklet). Ezt követően a személy választhatott, hogy hangszere melyik hangszercsoportba tartozik és milyen zenei stílusban tevékenykedik. A továbbiakban úgy tettem fel kérdéseket, hogy azok mintegy átvezetőt képezzenek a tesztek között. A zenei teljesítményszorongás leltár után megkérdeztem, hogy a koncert miatti szorongás milyen időpontra tehető (például fellépés előtt vagy inkább koncert után jelentkezik). A zenészek egy tízfokú Likert-skálán jelölhették a zenei életben tapasztalt rivalizálás mértékét, valamint hogyan érintené őket, ha testi sérülés esetén a gyakorlásra szánt idő csökkenne. Élénkítőszerekkel kapcsolatos kérdésekben értékelhették, hogy milyen gyakran fogyasztanak kávé, alkoholt és marihuánát. A szorongással való megküzésre irányuló alternatívák között kiválaszthatták a személyek, hogy mennyire tartják hasznosnak az

adott módszert és alkalmazzák-e a szorongás megelőzése vagy csökkentése érdekében. Az utolsó kérdés a szűk családban (szülők, testvérek között) előforduló kórképekre vonatkozott. Azért tartottam hasznosnak ezt a kérdést, mivel az 1. fokú rokonok génállománya 50%-ban megegyezik, és egyes betegségek genetikailag öröklődhetnek.

4.2.2. Kenny Zenei Teljesítményszorongás Leltár (Kenny Music Performance Anxiety Inventory, K-MPAI; Kenny, 2009)

Ez a 40 tételes kérdőív azért jött létre, hogy becslést adjon Barlow (2000) érzelmem-alapú szorongás elméletére, mivel illeszkedik a zenei teljesítményszorongásra is (Kenny, 2012). A tételek úgy vannak szerkesztve, hogy illeszkedjenek Barlow elméletének alkotóelemeihez. Ez a változat az eredeti, 24 tételes leltár átdolgozott, javított változata (1.2. melléklet). A kérdések megválaszolására egy hét-pontos Likert-skála áll rendelkezésre (0 = „egyáltalán nem értek egyet”, 6 = „teljesen egyetértek”). A magasabb pontszám magasabb szorongást és distresszt jelent. A skálának nagyon jó a belső validitása (Cronbach alpha = 0.94; Kenny, 2009, id. Kenny 2012). Zenekari zenészekkel készült tanulmány faktoranalízise alapján hat faktor emelkedett ki: szorongás és aggodalom a fellépés miatt; aggodalom/rémület (negatív gondolatok) mások figyelme miatt; depresszió/reménytelenség (pszichológiai sérülékenység); szülői empátia; memóriával kapcsolatos aggodalmak; családon belüli szorongás; szorongó látásmód. A skála nyolc fordított tételt tartalmaz: 1, 2, 9, 17, 23, 33, 35, 37.

4.2.3. Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata (BDI-shortened version; Beck és Beck, 1972)

Az epidemiológiai vizsgálatok során a hangulatzavarok feltárására a kutatók a Beck-féle Depresszió Kérdőív (BDI) rövidített (9 tételes) változatát (Beck és Beck, 1972; Kopp, Skrabski, Czakó 1990; Rózsa, Szádóczky és Füredi, 2001; id. Susánszky, 2009, 24. old.) alkalmazták (1.3. melléklet). A mérőeszköz a válaszadók önjellemzésén alapul, amelynek egyes tételei a szociális visszahúzóds (közönyösség), döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, a testi tünetek miatti túlzott aggodás (hipochondria), munkaképtelenség, az elégedetlenség és az örömképeség hiánya, a pesszimizmus és az önvádás. A válaszadók egy négyfokú Likert-skálán értékelhetik a kérdéseket (1 = „egyáltalán nem jellemző”, 4 = „teljesen jellemző”). A skálán maximum 36 pont érhető el, a depresszió súlyossági szintjeit elkülönítő kritikus pontértékek a következők (Kopp, Szedmák, Löke és Skrabski, 1997):

- 0 – 9 pont: nincs depressziós tünetegyüttes
- 10 – 18 pont: enyhe depressziós tünetegyüttes
- 19 – 25 pont: közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes
- > 25: súlyos depressziós tünetegyüttes

A súlyos depressziós tünetegyüttes kritériumai a major depresszió klinikai kritériumainak felelnek meg (Susánszky, 2009, 24. old.). A BDI rövidített változatába a depresszió összpontszámmal legszorosabb kapcsolatban álló 9 változó került be (Kopp és Fóris, 1993; id. Perczel-Forintos, 2007, 45. old.).

4.2.4. Alkohol-problémát értékelő kérdőív (The CAGE Questionnaire; Ewing és Rouse, 1970)

A kérdőív négy kérdést tartalmaz, amelyek nagyon érzékenyek (85%) az alkoholizmusra (Maly, 1993). A CAGE mérőeszköz validitását és reabilitását (Cronbach-alfa: 0.76) számos vizsgálat támasztja alá (Ewing, 1984; Heck és Williams, 1995; Bisson, Nadeau, Demers, 1999; id. Rózsa, 2008, 2. old.). A CAGE betűkombináció négy betűje az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémákra utal:

- C = cut down (csökkentés)
- A = annoyed (idegesség)
- G = guilty (bűnösség)
- E = eye-opener (szemnyitás, ébredés)

A kérdéseket „igen” vagy „nem” válasszal értékelhetik a személyek (1.4. melléklet). Kockázatos ivásnak számít az, ha a személy 2 pontra igennel válaszol, alkoholdependencia (alkoholizmus) 4 pont.

4.2.5. Spielberger-féle Szorongás Kérdőív (STAI-T; Spielberger, 1970)

Ezt a kérdőívet gyakran alkalmazzák a szorongás mértékének mérésére (1.5. melléklet). Egyrészt méri a szorongás aktuális állapotát, másrészt azt, hogy a szorongás milyen mértékben van jelen vonásszinten. A 40 tételes kérdőívben olyan állításokra kell válaszolnia a személynek, amelyek pillanatnyi (1–20 tétel) majd általános (21–40) állapotára vonatkoznak. Munkámban a magyar nyelvű változat vonásszorongásra vonatkozó tételeit használtam. A személyek egy négyfokú Likert-skálán értékelhetik a kérdéseket (1 =

„egyáltalán nem”, 4 = „nagyon/teljesen”). A vonásszorongás rész hét fordított tételt tartalmaz: 21, 26, 27, 30, 33, 36 és 39. Az összpontszámot a tételre adott pontok összege adja.

4.2.6. Szociális Fóbia Leltár (Social Phobia Inventory, SPIN; Connor és Mtsai, 2000)

A kérdőív 17 tételt tartalmaz, amiben a személynek a szociális félelmet okozó helyzeteket kell értékelnie (0 = „egyáltalán nem”, 4 = „rendkívül”), ahol a magasabb pontok magasabb distressznek felelnek meg (1.6. melléklet). A skálán összesen 68 pont érhető el:

0 – 20: nincs, vagy nagyon alacsony szociális fóbia

21 – 30: enyhe szociális fóbia

31 – 40: közepes szociális fóbia

41 – 50: erős szociális fóbia

51 – 68: nagyon erős szociális fóbia

A kérdéseket a személyeknek az elmúlt egy hét eseményei alapján kell értékelniük, és olyan itemeket tartalmaz, amelyek a szociális fóbia tárgykörébe tartoznak. A leltárnak 79%-os a diagnosztikai pontossága (Connor, Davidson, Churchill, Sherwood és Weisler, 2000).

4.2.7. Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (General Health Questionnaire, GHQ–28; Goldberg és Hillier, 1979)

A kérdőív 28 egészséggel kapcsolatos kérdést tartalmaz (1.7. melléklet). A mérőeszköz alkalmas az általános pszichiátriai morbiditás (nem-pszichotikus zavarok) mérésére (Goldberg és Hillier, 1979; Goldberg, Rickels, Downing és Hesbacher, 1976; Goldberg és Williams, 1988). A kérdőívet gyakran használják, a világ számos pontján kipróbálásra került (Banks, 1983; Hobbs, Ballinger, Greenwood, Martin és McClure, 1984; Molina, Andrade-Rosa, Parra, Blasco-Fontecilla, Real és Pintor, 2006). A kérdőív négy faktort tartalmaz: szomatikus panaszok, szorongás és alvászavar, szociális diszfunkció és depresszió (Gibbons, Arevalo és Monico, 2004; Asgari és Bahmani, 2006; id. Javanmard és Mamaghani, 2013).

0–5: egészséges

6–11: átmeneti, gyanús tartomány

>11: valószínűleg komolyabb betegség áll fenn

5. Eredmények és azok értékelése

Ahhoz, hogy értékelni tudjam a kérdőívcsomagot, az internetes kérdőívszerkesztő felületen egy Excel fájlba konvertáltam a válaszokat. A kérdések kódolása után az R program segítségével végeztem az értékelést.

5.1. Demográfiai adatok

A minta demográfiai adatait az 1. táblázat tartalmazza. A kérdőívcsomagot 191 személy töltötte ki online módon. A mintában 115 nő (60%) és 76 férfi (40%) adatai szerepelnek.

	N	%
Nem		
Nő	115	60
Férfi	76	40
Életkor		
Átlag	28	
(SD)	10,95	
Zenével eltöltött évek		
Átlag	18.4	
(SD)	11,45	
Hangszercsoport		
Billentyűs	42	22
Ének	40	21
Fafúvós	31	16
Pengetős	28	15
Vonós	23	12
Rézfúvós	14	7
Ütős	8	4
Egyéb	5	3
Zenei stílus		
Klasszikus	143	75
Könnyűzene	17	9
Rock	12	6
Népzene	6	3
Jazz	5	3
Egyéb	8	4

1. táblázat: A minta demográfiai adatai

Hangszercsoportok közül a billentyűsök (40%) és az énekesek (39%) voltak a legtöbben, továbbá fafúvós (31%) és pengetős hangszerek (28%) is nagy számban fordultak elő a mintában. Az „Egyéb” kategórián belül keverőpult (n = 1), szolfézs (n = 1), karnagy (n = 1) és zeneszerzés (n = 1) szakot jelölt meg négy személy, valamint azok kerültek be ebbe a kategóriába, akik több hangszeren is játszanak. Zenei stílust tekintve a minta többsége

klasszikus zenész (75%), az „Egyéb” kategóriát pedig az elektronikus (n = 1), metál (n = 2) és blues (n = 1) zenét játszó személyek alkotják, valamint azok, akik több stílust is megjelöltek.

Az átlag életkor 28,61 (SD = 10,95; terjedelem = 13–67). A 2. táblázat mutatja, hogy milyen életkori csoportok találhatóak a mintában.

Életkor	N	%
13 – 25	103	53,9
26 – 35	48	25,1
36 – 45	22	11,5
46 – 55	10	5,2
56 – 67	8	4,2

2. táblázat: A zenészek korcsoportok szerinti megoszlása

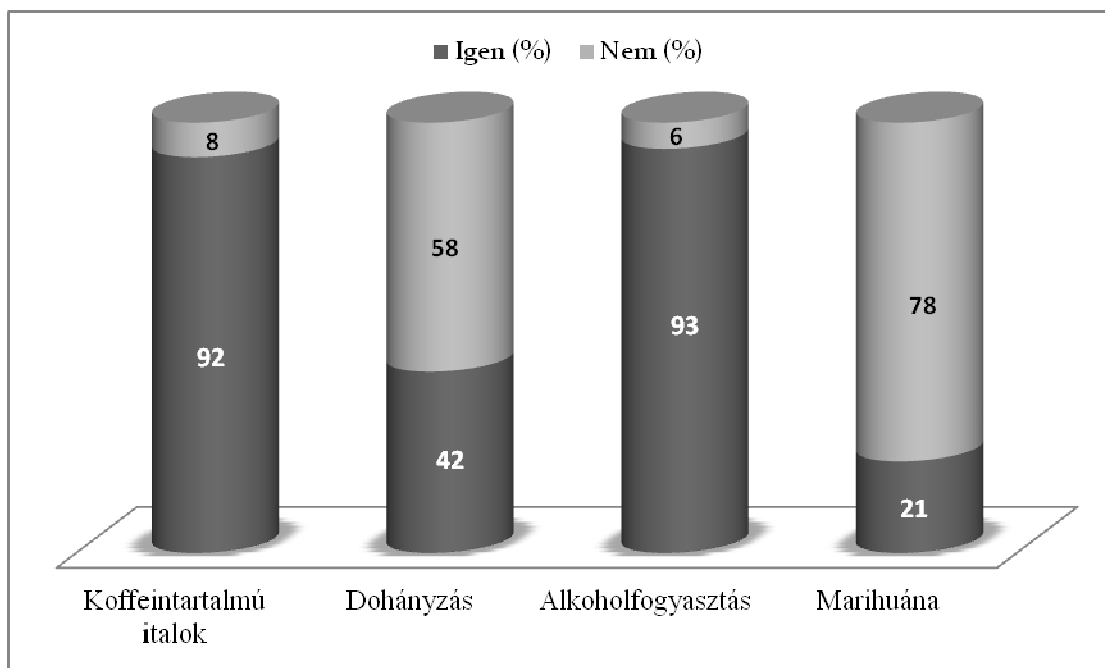
5.2. Élénekítőszer használata a mintában

A mintában szereplő zenészek 92%-a fogyaszt koffeintartalmú italt, ebből 57% napi rendszerességgel, 6% egy-két naponta, 13% pedig hetente több alkalommal. A mintát alkotó zenészek 8%-a jelölte azt, hogy soha nem fogyaszt koffeintartalmú italt.

A zenészek 58%-a nem dohányzik, 42%-a dohányzik (12% „koca” dohányos, 2% pedig csak koncertek előtt vagy koncertek után), 13% korábban dohányzott, de már leszokott.

Alkoholfogyasztási szokásokat tekintve 93% fogyaszt alkoholt. Az elmúlt héten ez átlagosan 3,3 alkoholos italt jelentett. Akik fogyasztanak alkoholt, közülük 2% napi rendszerességgel, 4% 1-2 naponta, 23% hetente többször, 20% hetente egyszer, 12% havonta 2-3 alkalommal, 15% havonta, 17% pedig évente párszor. A kitöltők 6%-a soha nem fogyaszt alkoholt.

A személyek 21%-a (n = 41) évente legalább egyszer szív marihuánát. Közülük 2% egy-két naponta, 1% hetente egyszer, 2% hetente többször, 1% havonta, évente pár alkalommal (14%). A zenészek 78%-a (n = 149) soha nem szív marihuánát, 1 személy nem válaszolt a kérdésre (3. ábra).



3. ábra: Élénkítőszeres használata

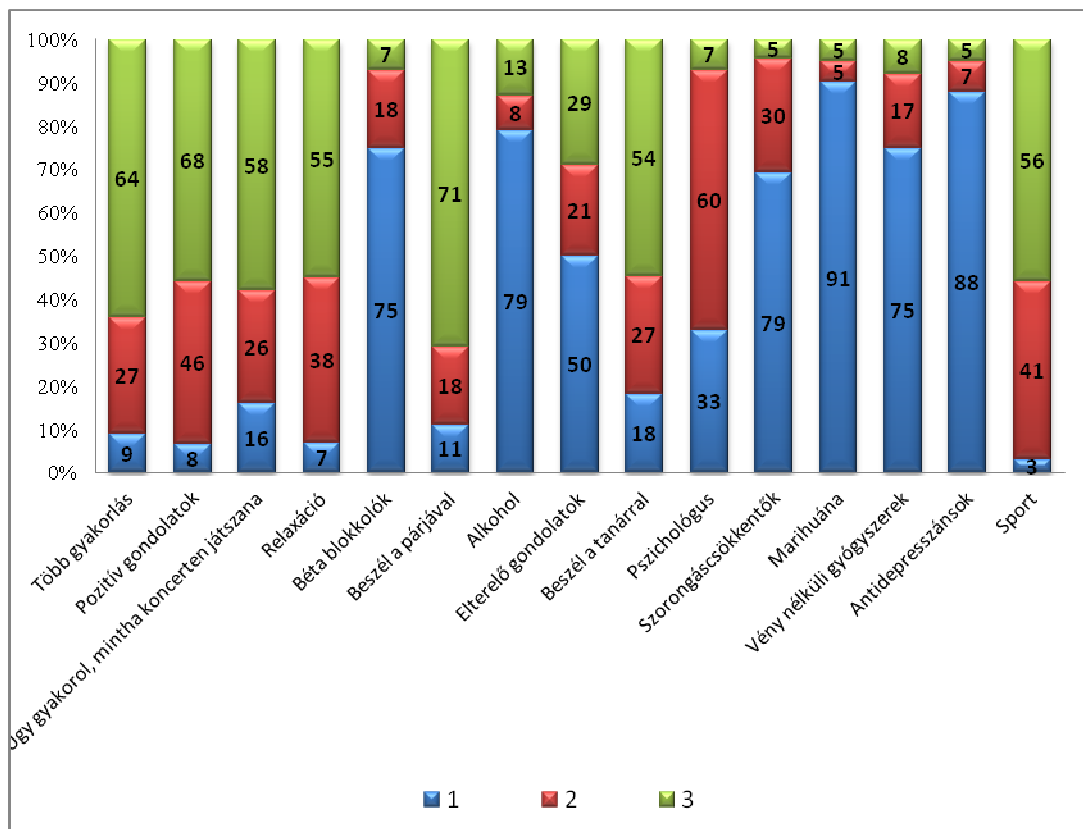
5.3. A zenészek coping stratégiái

Ahhoz, hogy betekintést kapjak a hasznosnak ítélt szorongáscsökkentő módszerekbe, a kérdőívben felajánlott tizenöt módszert háromféleképpen értékelhették. A módszerek hasznosságát a 4. ábra szemlélteti, ahol a kék szín az „egyáltalán nem tartom hasznosnak”, a piros a „hasznosnak tartom, de még nem próbáltam”, a zöld pedig a „hasznosnak tartom, én is ezt alkalmazom” válasznak felel meg.

Az adatok szerint a leginkább alkalmazott szorongáscsökkentő módszer a partnerrel, tanszaktársakkal vagy kollégákkal való beszélgetés (71%); ezt követik a pozitív kijelentések, gondolatok (68%) és a több gyakorlás (64%). Hasznosnak bizonyul az is, ha úgy gyakorolnak, mintha koncerten játszanának (58%), vagy testmozgást végeznek (56%). Színpadi szorongásukról a zenészek 54%-a beszél a tanárával, habár 18%-uk ezt a megoldást egyáltalán nem tartja hasznosnak. A pszichológussal való konzultációt 33% egyáltalán nem tartja hasznosnak; 60%-uk szerint hasznos lenne, de még nem próbálta (ez a válaszlehetőség ennél a módszernél a legmagasabb); 7%-uk pedig jelenleg is ezt alkalmazza. A személyek 29%-a pedig inkább másra gondol és megpróbálja elterelni a gondolatait.

A zenészek 13%-a az alkoholt, 8%-a vény nélkül kapható gyógyszereket (pl. valeriana relax), 7%-a béta-blokkolókat, 5%-a szorongáscsökkentőket, 5%-a antidepresszánsokat és

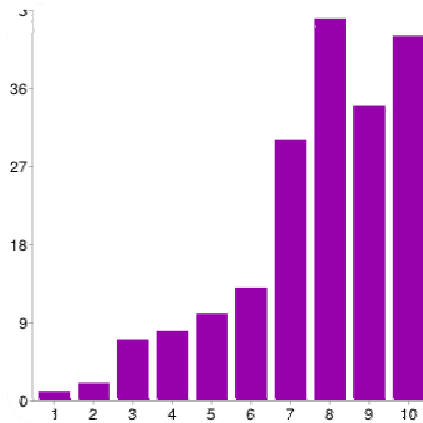
szintén 5%-a a marihuánát tartja hasznosnak és alkalmazza ezeket a szorongás csökkentése érdekében.



4. ábra: A szorongáscsökkentő módszerek haszosság szerinti értékelése

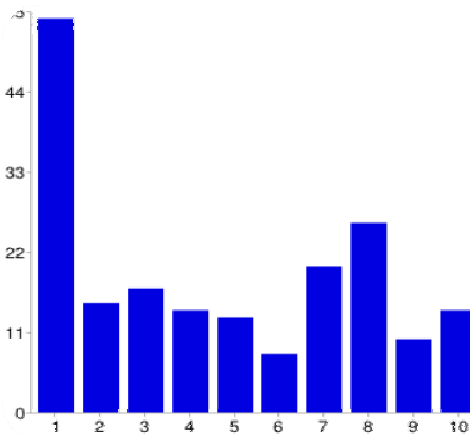
5.4. Rivalizálás és betegség miatti aggodalom

Köztudott, hogy a zenei életben nagy mértékű a versengés. A személyek egy 1-től 10-ig terjedő skálán jelölhették a zenei életben tapasztalt rivalizálás mértékét (1 = „nincs rivalizálás”, 10 = „nagyon magas a rivalizálás”). Láthatjuk, hogy válaszok többsége leginkább a felső ponthatároknál mozog (átlag = 7,7): 7 pont (16%), 8 pont (23%), 9 pont (18%). A zenészek 22%-a a maximális 10 pontot adta erre a kérdésre, vagyis szerintük nagyon magas a rivalizálás (5. ábra).



5. ábra: Rivalizálás mértéke a zenei életben

Arra a kérdésre, hogy „Mennyire aggódik, hogy betegség, ízületi gyulladás vagy csonttörés esetén nem fog tudni gyakorolni egy ideig?”, a zenészek szintén egy 1-től 10-ig terjedő Likert-skálán válaszolhattak (1 = „egyáltalán nem aggódom”, 10 = „rendkívül aggódom emiatt”). A zenészek 28%-a egyáltalán nem aggódik emiatt (6. ábra). A további válaszok a következőképpen alakultak (átlag = 4,6): 2 pont (8%), 3 pont (9%), 4 és 5 pont (7–7%), 6 pont (4%), 7 pont (10%), 8 pont (14%), 9 pont (5%), 10 pont (7%).



6. ábra: Betegség miatti aggodalom

5.5. Családban előforduló betegségek

A zenészek (n = 187) családjában (szülők és testvérek között) a leggyakrabban előforduló betegség az alkoholizmus (25%), majd ezt követi a szorongásos zavar (8,6%) és az öngyilkosság (5,9%). Kisebb mértékben előfordul bipoláris zavar (4,8%), unipoláris depresszió (3,7%), szkizofrénia (3,7%) és anorexia nervosa (1%). Voltak olyan személyek, akiknél a felsoroltakból három betegség is előfordult a családban. A családok 54%-ában nem fordult elő mentális betegség, 4 személy nem válaszolt erre a kérdésre.

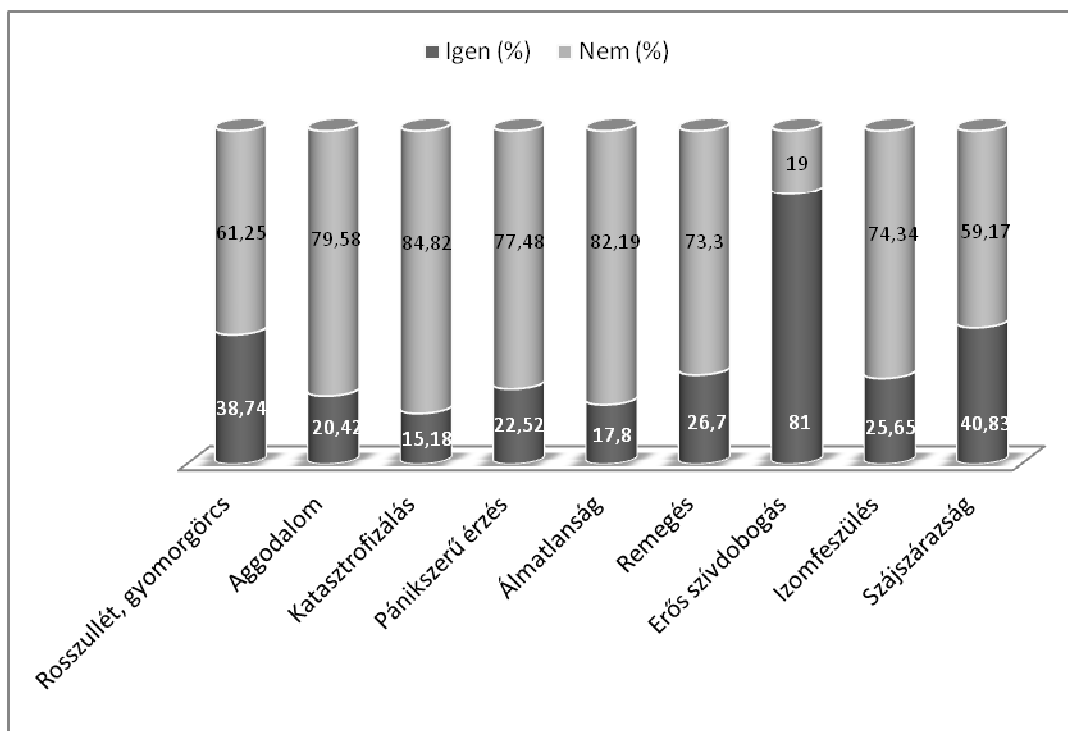
5.6. A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök értékelése

5.6.1. K-MPAI

A 40 itemből álló skála 0 és 6 közötti tartományon belül értékelhető. Az alábbi adatok azon személyek válaszait tükrözik, akik a maximális 6 pontból 5 vagy 6 pontra értékelték a kérdést. A személyek 4,7%-a általánosságban nem ura az életének; 10%-a nem bízik meg másokban; 29,8% néha ok nélkül lehangoltnak érzi magát; 5% szerint a szülei nem ragáltak a szükségleteikre; 15,7% gyermekként gyakran volt szomorú; 24%-uknál a túlzott aggodalmaskodás jellemző a családjukra. Ezekből az adatokból következtethetünk a személyek gyermekkori kötődésére.

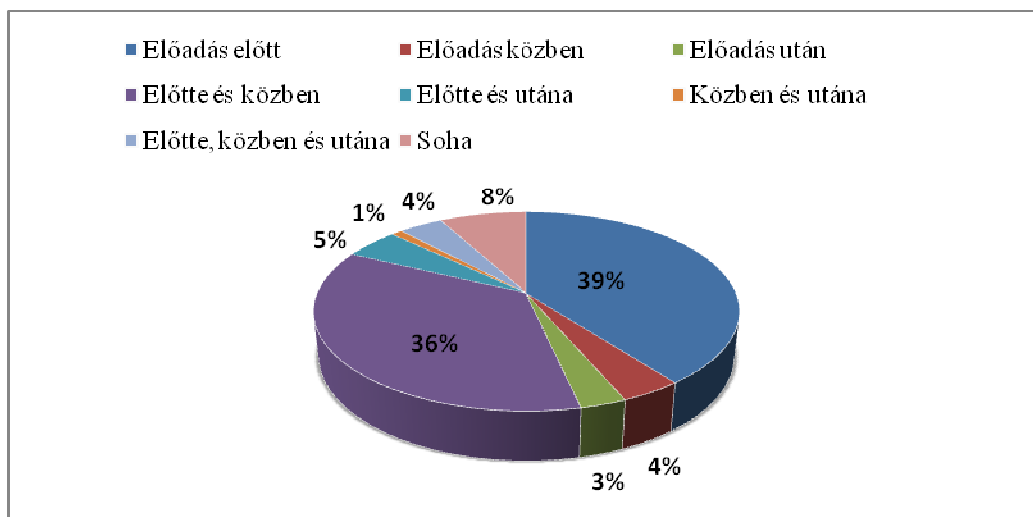
A koncertekkel kapcsolatos szomatikus tüneteit tekintve 30%-uk úgy emlékszik, hogy már gyermekkorban is izgult egy-egy fellépés előtt; 29% tapasztal szájszárazságot, 15% pánikszerű érzéseket, 35% gyors szívdobogást; koncert előtt vagy koncert közben 15%-uk erőtlenné; 23,5% rosszul érzi magát és összeszorul a gyomra; 14%-nál az izmaik túlságosan megfeszülnek; 8% koncert előtt annyira izgult, hogy nem tud aludni. Csak 18,8%, aki koncert előtt biztosan tudja, hogy jól fog játszani; 23%-ot a fellépés miatti idegesség gátolja abban, hogy koncentráljon. Bár nagy izgalommal járnak, 69%-uk elkötelezett a fellépések mellett.

A fellépések előtti szomatikus tüneteket az 5. ábra szemlélteti, ahol az inkább egyetért vagy inkább nem ért egyet válaszok szerepelnek („Igen” = 0–3 pont; „Nem” = 4–6 pont).



7. ábra: Koncert előtti szomatikus tünetek

Egy fellépés miatt a zenészek 92%-a izgul (8. ábra). Közülük legtöbben fellépés előtt (39%), valamint koncert előtt és koncert közben (36%). Vannak, akik koncert előtt és koncert után (5%); vagy egy fellépés során egész idő alatt (előtte, közben és utána) úgy érzik, hogy izgulnak (4%).



8. ábra: Koncertek előtti szorongás

5.6.2. CAGE

A kérdőívben szereplő négy kérdés mindegyikére „igen” (1 pont) vagy „nem” (0 pont) válasz adható. A kérdőívben maximálisan 4 pont szerezhető. Az adatok szerint a mintában (n = 191) gyakori az alkoholprobléma (3. táblázat).

0 pont	1 pont	2 pont	3 pont	4 pont
86 (45%)	37 (19%)	33 (17%)	20 (10%)	15 (8%)

3. táblázat: Alkoholproblémák súlyosságának mértéke

Tizenöt személy minden kérdésre igennel válaszolt, vagyis a CAGE teszt szerint a személyek 8%-a alkoholizmusban szenved. A kockázatosnak tekinthető ivás (2–3 pont) a zenészek 27%-át érinti. A CAGE teszt 0,456-os ($p < 0,05$), közepes erősségű korrelációt mutatott a személyek heti alkoholfogyasztásával.

5.6.3. BDI

A Beck-féle Depresszió Kérdőív eredményei azt mutatják, hogy a zenészek 87,4%-a mutat különböző mértékű depressziós tüneteket (4. táblázat). Gyakori az enyhe (69%) és a közepesen súlyos (15,7%) depressziós tünetegyüttes a mintában (4. táblázat). Az egyes tételekre adott „jellemző” és „teljesen jellemző” válaszok szerint a tünetek előfordulási gyakorisága a következőképpen alakul: pesszimizmus és önvádlás (28,3%), fáradékonyság (27,7%), elégedetlenség (16,7%), örömképesség hiánya (16,7%), testi tünetek miatti túlzott aggodalom (13,1%), szociális visszahúzódás (10,5%), alvászavar (8,4%), döntésképtelenség (6,3%), munkaképtelenség (2,1%).

Nincs	Enyhe	Közepesen súlyos	Súlyos
24 (12,6%)	132 (69%)	30 (15,7%)	5 (2,6%)

4. táblázat: Depressziós tünetegyüttes súlyossága a mintában

5.6.4. SPIN

A Szociális Fóbia Leltár eredményei alapján a zenészek 28,8%-a szenved valamilyen mértékű szociális fóbiában (5. táblázat).

A „nagyon” és a „rendkívül” válaszok alapján a szociális félelmet okozó helyzetek közül leginkább az alábbiak emelkednek ki: kerülnek az alkalmakat, amikor beszédet kell mondaniuk (25,6%); zavarja őket, ha mások előtt megizzadnak (23%); félnek a

megszégyenüléstől (23%) és a tekintélyes emberektől (14%); emellett nagyon megijednek, ha kritizálják őket (14%). Kerülik azokat a tevékenységeket, ahol a figyelem középpontjába kerülhetnek (9%); félnek dolgokat csinálni, ha mások nézik őket (7%); zavarja őket, ha elpirulnak mások előtt (14%). Kerülik az idegenekkel való beszélgetést (10%) és megijednek, ha idegenekkel kell beszélniük (6%). Ijesztik őket a társasági események (7%) és kerülik a partikat (8%).

Nincs (0 – 20 pont)	Enyhe (21 – 30 pont)	Közepes (31 – 40 pont)	Erős (41 – 50 pont)	Nagyon erős (51 – 68 pont)
136 (71,2%)	31 (16,2%)	12 (6,3%)	8 (4,2%)	4 (2,1%)

5. táblázat: A szociális fóbia mértéke a mintában

5.6.5. GHQ

Az állításokat az elmúlt néhány hétben tapasztalt tüneteik szerint értékelték a személyek. Az eredmények alapján a személyek 28,8%-nál tapasztalható valamilyen átmeneti, vagy fennálló betegség (6. táblázat). Ezt az egyes kérdésekre adott válaszok is megerősítik: nem érezte magát egészségesnek (26,2%); kimerültnek (27,2%), betegnek (22%) érezte magát és kevésbé élvezte mindennapos teendőit (19,4%); fejfájásai voltak (20,4%); nehezen aludt el az aggodalmak miatt (17,8%), ha elaludt, gyakran felébredt (17,8%); rossz a hangulata (16,2%), állandóan idegesnek érzi magát (16,2%) és állandó feszültséget érez (15,2%); olyan érzése volt, hogy az élet reménytelen (19,4%); nem éri meg, hogy végigcsinálja (12%); felmerült benne az öngyilkosság gondolata (11%); azt kívánta, hogy bárcsak meghalna (7,3%) és gondolt arra, hogy végez magával (5,7%).

Egészséges	Átmeneti, gyanús	Van egy fennálló betegség
136 (71,2%)	32 (16,7%)	23 (12%)

6. táblázat: A általános pszichiátriai morbiditás (nem-pszichotikus zavarok)

A vizsgálat során alkalmazott kérdőívek korrelációs együtthatóit, valamint a skálákon elért minimum és maximum pontszámokat a 7. és a 8. táblázat szemlélteti.

Teszt	K-MPAI	BDI	CAGE	STAI-T	SPIN	GHQ
K-MPAI		.599	.129	.703	.602	.523
BDI			.180	.700	.479	.600
CAGE				.237	.085	-.230
STAI-T					.570	.674
SPIN						.482
GHQ						

7. táblázat: A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök közötti korrelációk

Teszt	N	Átlag	SD	Min	Max
K-MPAI	191	106,52	35,10	19	187
BDI	191	14,26	4,51	9	28
CAGE	191	1,17	1,31	0	4
STAI-T	191	45,06	11,49	22	76
SPIN	191	16,86	11,97	0	65
GHQ	191	4,34	5,71	0	27

8. táblázat: Átlagok, szórások, minimum és maximum értékek

5.7. Hipotézisvizsgálatok

Ahhoz, hogy vizsgálni tudjam első hipotézisemet, három életkori csoportot alakítottam ki: 1. korcsoport (0–25 év; $n = 103$), 2. korcsoport (26–35 év; $n = 48$), 3. korcsoport (36–100 év; $n = 40$). A csoportok normalitásának vizsgálatához a Shapiro-Wilk-próbát használtam (2. melléklet). A próbastatisztikákhoz tartozó valószínűségi értékek alapján a K-MPAI változó eloszlása az 1. korcsoportban nem normális eloszlású ($W = 0,9748$; $p = 0,04608$), a 2. korcsoport ($W = 0,9601$; $p = 0,1016$) és a 3. korcsoport ($W = 0,9691$; $p = 0,3367$) normál eloszlást követ. Ahhoz, hogy van-e legalább két olyan csoport, amelyek átlagai között populáció szinten van különbség, egyszempontos variancia analízist (ANOVA) használtam. A varianciaanalízis használatának második feltétele a csoportok szórásainak azonossága, amit Levene-próbával ellenőriztem. A próba eredménye azonos szórásokat mutatott ($F_{df=2} = 0,8028$; $p > 0,05$). Annak feltárására, hogy melyik két korcsoport átlagai között van eltérés, post hoc Tukey-próbát hajtottam végre. Ennek eredménye alapján az 1. és 3. korcsoport átlagai között szignifikáns a különbség a K-MPAI skálában ($\mu_1 = 105,73$; $\mu_3 = 88,65$).

Második hipotézisem vizsgálatához összehasonlítottam a férfiak és a nők átlagait, amihez Mann-Whitney-próbát használtam. A próbastatisztika alapján nincs különbség a nemek mediánjai között a K-MPAI skálában ($W = 3836$; $p > 0,05$).

A harmadik hipotézisemben arra voltam kíváncsi, hogy fennáll-e valamilyen kapcsolat a zenei teljesítményszorongás és a szociális fóbia között. Mivel a Shapiro-Wilk-próba alapján a K-MPAI nem normális eloszlású ($W = 0,9763$; $p < 0,05$), ezért a továbbiakban nem paraméteres eljárást használtam a harmadik hipotézisem vizsgálatához. A Pierson-féle korreláció közepesen erős, 0,602-es kapcsolatot jelez a K-MPAI és a SPIN tesztek pontszámai között ($p < 0,05$). A lineáris regressziós modell alapján a zenei teljesítményszorongás (K-MPAI) a szociális fóbia (SPIN) varianciájának a 36,24%-át magyarázza. A depresszió és a zenei teljesítményszorongás kapcsolatát is hasonló módon számoltam. Mivel a BDI depresszió skála nem normál eloszlású, ezért Spearman-féle rangkorrelációt számoltam. E-szerint közepesen erős kapcsolat van a két változó közt ($S = 465910$; $p < 0,05$; $\rho = 0,599$). A lineáris regressziós modell alapján a két változó egymás varianciájának 40%-át magyarázza.

Negyedik hipotézisemben feltételeztem, hogy magasabb lesz a zenei teljesítményszorongás azoknál a zenészeknél, ahol a családban előfordul szorongásos zavar. A K-MPAI skála eloszlása normál eloszlást mutatott ott, ahol van mentális betegség a családban ($W = 0,9798$; $p > 0,05$), azonban nem volt normális eloszlás ott, ahol nem fordult elő ilyen betegség ($W = 0,9695$; $p < 0,05$). Emiatt nem paraméteres statisztikai próbát alkalmaztam. A két csoport összehasonlítására Mann-Whitney-próbát alkalmaztam. A próba alapján a két csoport mediánjai populáció szinten megegyeznek (ha van szorongásos betegség: 104; ha nincs szorongásos betegség: 93,5).

6. Következtetések és javaslatok

A vizsgálat eredményei alapján a mintában szereplő zenészek 92%-a fogyaszt koffeintartalmú italt, ami 16%-kal több, mint Miller és Quigley (2011) vizsgálatában. A zenészek 42%-a dohányzik, és 21%-a évente legalább egyszer szív marihuánát. A dohányosok aránya összhangban van Miller és Quigley (2011) eredményeivel. A zenészek fellépés előtt (39%), valamint koncert előtt és koncert közben (36%) izgulnak a legjobban. A koncertek előtti szomatikus tünetek között leggyakoribb az erős szívdobogás (81%), szájszárazság

(41%), gyomorgörcs (39%) és a remegés (27%). Leghatásosabb szorongáscsökkentő módszer az, ha beszélnek partnereikkel vagy kollégáikkal (71%), de a pozitív kijelentések és gondolatok is hasznosnak bizonyultak (68%). Mintámban a zenészek 13%-a alkohollal, 5%-a szorongás-csökkentőkkel, 5%-a pedig antidepresszánsokkal próbálja csökkenteni szorongását. Ezek az adatok megegyeznek az ausztrál zenészek adataival (Kenny, Driscoll és Ackermann, 2012). A CAGE teszt eredményei az alkohol-problémák gyakori voltát mutatták a mintában. Az alkoholizmus a zenészek 8%-át érinti. A BDI rövidített kérdőív a zenészek 87,4%-nál mutat különböző mértékű depressziós tüneteket. A súlyos és a közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes a minta 18,3%-át érinti. Leggyakrabban előforduló tünet a pesszimizmus és önvádolás (28,3%), valamint a fáradékonyság (27,7%). A zenészek 6,3%-a szenved erős, vagy nagyon erős szociális fóbiában. Az egyes tételekre adott válaszok alapján leginkább attól félnek, ha beszédet kell mondaniuk mások előtt (25,6%) és félnek a megszégyenüléstől (23%). Wittchen (1999) vizsgálatában a szociális fóbiában szenvedők 15,6%-a fél a nyilvános beszédétől, így ebben a mintában ez az arány 10%-kal magasabb. Az elmúlt néhány hét során a GHQ eredményei alapján a zenészek 19,4%-a úgy érezte, hogy az élet reménytelen, 11%-ukban pedig felmerült az öngyilkosság gondolata. Fishbein (1988) mintájában a zenészek 10–14%-a számolt be alvási nehézségekről, mintámban ez a személyek 17,8%-át érintette.

A hipotézisvizsgálatok eredményei alapján szignifikánsan magasabb volt a zenei teljesítményszorongás a 0–25 éves korcsoportban a 35 évnél idősebb zenészek korcsoportjához képest, de nem volt különbség nemek átlagai között. Pozitív kapcsolat mutatkozott a zenei teljesítményszorongás és a szociális fóbia között, valamint a zenei teljesítményszorongás és a depresszió között. A lineáris regressziós modell alapján a zenei teljesítményszorongás (K-MPAI) a szociális fóbia (SPIN) varianciájának a 36,24%-át magyarázza, ami magasabb Osborne és Franklin (2008), valamint Georges és munkatársai (2007) 24–27%-os eredményeinél. A K-MPAI skálán elért mediánok nem különböztek ott, ahol volt szorongásos betegség a családban és ott, ahol nem fordult elő ilyen zavar.

Összefoglalás

Az eddigi kutatások arról számolnak be, hogy a zenei teljesítményszorongás a zenészek 15–40%-át érinti. A témában folytatott vizsgálatok szerint zenei teljesítményszorongás minden életkorra kiterjed, és negatív hatást fejt ki a zenészek teljesítőképességre. Kialakulásában biológiai és pszichológiai sérülékenység is szerepet játszik. A zenei teljesítményszorongás tünetei sok hasonlóságot mutatnak a szociális fóbia tüneteivel, ezért sokan annak körülírt változataként tartják számon. A zenei teljesítményszorongás meglete gyakran társul szorongásos- és hangulatzavarral, valamint különböző egészségügyi panaszokkal.

Kutatásomban azt szerettem volna megtudni, hogy milyen gyakori a zenei teljesítményszorongás, lesz-e különbség a nemek és életkori csoportok között, valamint vizsgálni azt az elméletet, miszerint a lámpaláz kapcsolatba hozható a szociális fóbiával.

A kérdőívsomagot hét különböző mérőeszköz alkotta, amit online tölthettek ki a személyek. A kérdőívet összesen 191 zenész töltötte ki (115 nő és 76 férfi), akiknek életkora 13–67 év között volt. A kérdőív az általános demográfiai adatokon, coping módszereken és az élénkítőszeres használatán kívül tartalmazta a Kenny Zenei Teljesítményszorongás Leltárt, a Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változatát, a CAGE alkohol-problémát értékelő kérdőívet, a Spierberg-féle Szorongás Kérdőív vonásszorongásra vonatkozó tételét, a Szociális Fóbia Leltárt és a Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőívet. A statisztikai elemzés a vizsgálatban alkalmazott tesztek eredményeire, a mérőeszközök közötti korrelációkra, a K–MPAI leltárra adott válaszok korcsoportok szerinti értékelésére és a családban előforduló mentális betegségekre terjedt ki.

Az eddigi vizsgálatok különböző eredményekről számoltak be amatőr és professzionális zenészek összehasonlításakor. Ez azért lehetséges, mivel nehéz pontosan meghatározni, hogy kit tekinthetünk zenésznek. A korábbi kutatásokban ezt a zenével eltöltött évek számával határozták meg, valamint a zenészek önjellemző módon sorolhatták be magukat a két kategória valamelyikébe. A Demográfiai kérdőívben nem határoztam meg külön kategóriákat, mivel véleményem szerint egy művészi pályán sem a képzettség, sem pedig a gyakorlással eltöltött évek száma alapján nem vonhatunk le pontos következtetéseket, hogy kit tekinthetünk professzionális zenésznek.

A vizsgálat során alkalmazott Kenny Zenei Teljesítményszorongás Leltár és Szociális Fóbia Leltár angol nyelvű fordítását én végeztem. Egyes tételeknél gondot okoztak az angol nyelvű szavak ekvivalens magyar nyelvű meghatározása. A fordítás után nem történt visszafordítás, így az esetleges pontatlanságok eredményeképpen az említett két mérőeszközben tételtorzítás veszélye áll fenn. Vizsgálatomban szerettem volna összehasonlítani a különböző zenei stílusokban tevékenykedő zenészek eredményeit. Mintámban túlnyomó többségben (75%) klasszikus zenészek voltak jelen, ami ellehetetlenítette az összehasonlítást.

Az eddigi eredmények mind arra utalnak, hogy a zenei teljesítményszorongás több korosztályt felölelő probléma. Érdeemes lenne több figyelmet fordítani a zenészek szorongásos tüneteire. A témában folytatott kutatások egyre inkább hangsúlyozzák a probléma aktualitását, az eredmények ellenére azonban a jelenség változatlanul fennáll és nem tekinthető megoldottnak. A szociális fóbia felismerése és kezelése a modern pszichiátria egyik nagy kihívása (Versiani, Nardi és Mundin, 1992; Füredi és mtsai, 2003). Az adatok szerint a zenészek több támogatást és felvilágosítást igényelnek szorongásukkal kapcsolatban. Úgy tűnik, hogy az oktatók nem tudnak hasznos tanácsokkal szolgálni a szorongás leküzdésére, a diákok egy része pedig egyáltalán nem tartja hasznosnak, hogy ezt megbeszélje tanárával. Ennek eredményeképpen a zenészek maguk alkotják meg saját stratégiáikat, amelyek között gyakori az illegális szerek használata. A szorongáscsökkentő gyógyszerek pedig csak tüneti kezelést jelentenek.

Véleményem szerint érdemes lenne több figyelmet fordítani olyan – kifejezetten zenészek számára kidolgozott – szorongáscsökkentő technikák oktatására, amelyekkel biztonságosabban mozognának a színpadon. Fontosnak tartom azt, hogy minél több zenetanár tanulmányozza ezt a témakört, mert hiszek abban, hogy ezeket a számokat kellő odafigyeléssel és tapasztalattal meg lehet változtatni.

Irodalomjegyzék

Ágoston, G., Németh, A. (2010): Szociális fóbia. *Pszichiátriai útmutató*, 2010, (1), 123-134. Online:

<http://www.iranyelvek.hu/iranyelvek/old/all/Pszichiatria/Szocialis%20fobia.pdf>

Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Sui, E.R., Nishimura, R., Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: Findings from Sao Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloS ONE*, 7, (2), e31879. doi:10.1371/journal.pone.0031879

Banks, M. H. (1983). Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 13, (2), 349–353.

doi: 10.1017/S0033291700050972

Barbar, A. E. M., Crippa, J. A., Osório, F. (2014). Performance anxiety in Brazilian musicians: prevalence and association with psychopathology indicators. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, (2014), 381–386. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.041

Britsch, L. (2005): Investigating performance-related problems of young musicians. *Medical Problems of Performing Artists*, 20, (1), 40–47.

Carver, C. S., Scheier, M. F. (2006): *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

Comer, R. J. (2005): *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

Connor, K. M., Davidson, J. T. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379–386. doi: 10.1192/bjp.176.4.379

Csoma, J. M. (2012): *A szorongás jelenségének teológiai és pasztorálpszichológiai szemlélete a 20. században*. Doktori értekezés. Debreceni Református Hittudományi Egyetem.

Online:

<http://ganyemedes.lib.unideb.hu:8080/dea/bitstream/2437/127533/1/Doktori%20C3%A9rtekez%20-%20Csoma.pdf>

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, (14), 1905–1907. doi:10.1001/jama.1984.03350140051025

Farnsworth-Grodd, V. A. (2012): *Mindfulness and the self-regulation of music performance anxiety*. Doktori értekezés. The University of Auckland.

Fehm, L., Schmidt, K. (2006). Performance anxiety in gifted adolescent musicians. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, (1), 98–109. doi: 10.1177/0305735613485151

Online:

http://conservatoriosegovia.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/Anxiety_in_adolescent_musicians.pdf

Fishbein, M., Middlestadt, S. E., Ottati, V., Straus, S., Ellis, A. (1988): Medical problems among ICSOM musicians – overview of a national survey. *Medical Problems of Performing Artists*, 3, (1), 1–8.

Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (2003): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Rt. , Budapest.

Goldberg, D. P., Rickels, K., Downing, R., Hesbacher, P. (1976). A comparison of two psychiatric screening tests. *The British Journal of Psychiatry*, 129, 61–67.

doi: 10.1192/bjp.129.1.61

Goldberg, D. P., Hillier, V. F., (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, (1), 139–145. doi: 10.1017/S0033291700021644

Goldberg, D. P., Williams, P. (1988): *A user's guide to the general health questionnaire*. Windsor, Berkshire, UK: NFER-Nelson.

Gorges, S., Alpers, G. W., Pauli, P. (2007). Musical performance anxiety as a form of social anxiety? In: A. Williamson és D. Coimbra (szerk.), *Proceedings of the International Symposium on Performance Science*, 67–72. Utrecht, NL: Association Europeenne des Conservatoires, Academies de Musique et Musikhochschulen (AEC). Online:

<http://www.legacyweb.rcm.ac.uk/cache/fl0020174.pdf>

Hasson, D., Theorell, T., Liljeholm-Johansson, Y., Canlon, B. (2009). Psychosocial and physiological correlates of self-reported hearing problems in male and female musicians in symphony orchestras. *International Journal of Psychophysiology*, 74, (2), 93–100.

doi: 10.1016/j.ijpsycho.2009.07.009

Hobbs, P., Ballinger, C. B., Greenwood, C., Martin, B., McClure, A. (1984). Factor analysis and validation of the General Health Questionnaire in men: a general practice survey. *British Journal of Psychiatry*, 144, 270–275. doi: 10.1192/bjp.144.3.270

Javanmard, G. H., Mamaghani, J. (2013). Standardization of GHQ–28 Inventory on the students of Azerbaijan Province of Iran. *Social and Behavioral Sciences*, 84, (9), 47–52.

doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.507

Kenny, D. T. (2004). Music performance anxiety: is it the music, the performance or the anxiety? *Music Forum, 2004, Australian Centre for Applied Research in Music Performance (ACARMP)*, The University of Sydney.

Kenny, D. T., Davis, P., Oates, J. (2004): MPA and occupational stress amongst opera chorus artists and their relationship with state and trait anxiety and perfectionism. *Journal of Anxiety Disorders, 18*, (6), 757–777. doi: 10.1016/j.janxdis.2003.09.004

Kenny, D.T. (2006). Music Performance Anxiety: origins, phenomenology, assessment and treatment. *Context: A Journal of Music Research, 31*, 51–64.

Kenny, D.T. , Driscoll, T., Ackermann, B. (2012). Psychological well-being in professional orchestral musicians in Australia: A descriptive population study. *Psychology of Music, December 12*, doi: 10.1177/0305735612463950

Kerekes, Zs. (2012): *A szorongás, mint adaptív viselkedés. A szorongásérzékenység mérésének tapasztalatai különböző csoportoknál.* Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem.

Online: http://pszichologia.pte.hu/files/tiny_mce/doktori/D-2012-Kerekes%20Zsuzsanna.pdf

Kloet, E. R., Joëls, M., Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience, 6*, 463–475. doi: 10.1038/nrn1683

Kopp, M., Szedmák, S. Lőke J., Skrabski, Á. (1997). A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Med, 7*, (3), 136–144.

Kroenke, K., Wu, J., Bair, M., Krebs, E. E., Damush, T. M., Tu, W. (2011). Reciprocal relationship between pain and depression: A 12-month longitudinal analysis in primary care. *The Journal of Pain, 12*, (9), 964–973. doi: 10.1016/j.jpain.2011.03.003

Kyaga, S., Lichtenstein, P., Boman, M., Hultman, C., Langstrom, N., Landén, M. (2011). Creativity and mental disorder: Family study of 300,000 people with severe mental disorder. *British Journal of Psychiatry, 199*, (5), 373–379. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085316

Online:

<http://www.thementalelf.net/wp-content/uploads/2011/10/Nov-BJPsych-creativity-and-mental-illness.pdf>

Kyaga, S., Landén, M., Boman, M., Hultman, C. M., Langstrom, N., Lichtenstein, P. (2012). Mental illness, suicide and creativity: 40-year prospective total population study. *Journal of Psychiatric Research, 47*, (1), 83–90. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.09.010

Levy, J. J., Castille, C. M., Farley, J. A. (2011). An investigation of musical performance anxiety in the marching arts. *Medical Problems of Performing Artists*, 26, (1), 30–34.

Online:

[http://www.academia.edu/4727817/An Investigation of Musical Performance Anxiety in the Marching Arts](http://www.academia.edu/4727817/An_Investigation_of_Musical_Performance_Anxiety_in_the_Marching_Arts)

Maly, R. C. (1993). Early recognition of chemical dependence. *Primary Care*, 20, (1), 33–50. PMID:8464947

McGinnis, A., Milling, L. (2005). Psychological treatment of musical performance anxiety: current status and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, (3), 357–373. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.357

McGrath, C. E. (2012): Music performance anxiety therapies. Doktori értekezés. University of Illinois.

Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., Dewit, D. J., Kolody, B., Vega, W. A., Wittchen, H.-U., Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23, (6), 893–907.

doi: 10.1016/S0306-4603(98)00076-8

Miller, K. E., Quigley, B. M. (2011). Energy drink use and substance use among musicians. *Journal of Caffeine Research*, 1, (1), 67–73. doi: 10.1089/jcr.2012.0015

Online:<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/jcr.2011.0003>

Molina, J. D., Andrade-Rosa, C., González-Parra, S., Blasco-Fontecilla, H., Real, M. A., Pintor, C. (2006). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *European Psychiatry*, 21, (7), 478–487.

doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.03.002

NYC Health (2010). Illicit drug use in New York City. *New York City Department of Health and Mental Hygiene*, 9, (1), 1–4. Online:

<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf>

Pavitra, K. S., Chandrashekar, C. R., Choudhury, P. (2007). Creativity and mental health: A profile of writers and musicians. *Indian Journal of Psychiatry*, 49, (1), 34–43.

doi: 10.4103/0019-5545.31516

Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2899997/#!po=35.0000>

Perczel-Forintos, D., Kiss, Zs., Ajtay, Gy. (2005): Kérdőívek, becslőkálák a klinikai pszichológiában. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI), Budapest.

Raeburn, S. D., Hipple, J., Delaney W., Chesky, K. (2003): Surveying popular musicians' health status using convenience samples. *Medical Problems of Performing Arts*, 18, (3), 113–119.

Rácz, Gy. (1974): A szorongás fenomenológiája. *Korunk*, XXXIII, (1), 46–52. Online:

Ryan, C. (1998): Exploring MPA in children. *Medical Problems of Performing Artists*, 13, (3), 83–88.

Ryan, C. (2004): Gender differences in children's experience of musical performance anxiety. *Psychology of Music*, 32, (1), 89–103. doi: 10.1177/0305735604039284

Ryan, C. (2005). Experience of musical performance anxiety in elementary school children. *International Journal of Stress Management*, 12, (4), 331–342. doi: 10.1037/1072-5245.12.4.331

Rózsa, S. (2008). A kliensek prevenciós szükségleteinek meghatározása. *Megelőző-Felvilágosító Szolgáltatások Országos Konferenciája*, Budapest, 2008. Online: <http://www.ndi-szip.hu/Controls/DownloadEDoc.aspx?attId=e0124784-ab15-41e7-b112-a7bbffa6818f>

Sandgren, M. (2009). Health anxiety instead of performance anxiety among opera singers. *Proceedings of the 7th Triennial Conference of European Society for the Cognitive Sciences of Music (ESCOM)*, Jyväskylä, Finland, 2009, 468–474. URN:NBN:fi:jyu-2009411316

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115, (1), 53–56.

Shoup, D. (1995): Survey of performance-related problems among high school and junior high school musicians. *Medical Problems of Performing Artists*, 10, (3), 100–105.

Simon, J. A., Martens, R. (1979): Children's anxiety in sport and non sport evaluative activities. *Journal of Sport Psychology*, 1, (2), 160–169.

Studer, R., Gomez, P., Hildebrandt, H., Arial, M., Danuser, B., (2011). Stage fright: its experience as a problem and coping with it. *International Archives of Occupational and Environment Health*, 84, (7), 761–771. doi: 10.1007/s00420-010-0608-1

Susánszky, É. (2009): *A magyar fiatalok életminőségének alakulása az elmúlt két évtizedben*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem.

Online: http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/susanszkyeva.d.pdf

Tringer, L. (2001): *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.

van Kemenade, J. F., van Son, M. J., van Heesch, N. C. (1995): Performance anxiety among professional musicians in symphonic orchestras: A self-report study. *Psychological Reports*, 77, (2), 555–562. doi: 10.2466/pr0.1995.77.2.555

Wittchen, H.-U., Stein, M. B., Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, (2), 309–323.

doi: 10.1017/S0033291707001699

Online: <http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/10316/356.pdf>

Young, L. N., Winner, E., Cordes, S. (2012). Heightened incidence of depressive symptoms in adolescents involved in the arts. *Psychology of Aesthetics, Creativity and Arts*, 7, (2), 197–202. doi: 10.1037/a0030468

Online: https://www2.bc.edu/sara-cordes/lab/pdfs/YoungWinnerCordes_PACA2012.pdf

Zakaria, J. B., Musib, H. B., Shariff, S. M., (2013). Overcoming performance anxiety among music undergraduates. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 90, 226–234.

doi: 10.1016/j.sbspro.2013.07.086