

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**NOVÉ NORMY PRE SLOVNÝ ASOCIAČNÝ
EXPERIMENT (ZNAKY VÝZNAMNÉ PRE
DIAGNOSTIKU NEURÓZ)**

**NEW NORMS FOR WORDS ASSOCIATION EXPERIMENT
(SIGNIFICANT SIGNS FOR DIAGNOSING OF ANXIETY DISORDERS)**



Diplomová práce

Autor: František Štefek

Vedúci práce: RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.

Olomouc

2008

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracoval samostatne a všetky použité pramene riadne odcitoval a uviedol.

V Olomouci 16. decembra 2008

Na tomto mieste by som rád poďakoval svojej vedúcej práce RNDr. Eve Reiterovej, Ph.D. za trpezlivé vedenie mojej práce, PhDr. Radkovi Obereignerů, PhD. za cenné pripomienky k dizajnu výskumu a ochotu pri poskytovaní testových metód, mojej priateľke za nesmiernu podporu ktorú mi venovala, všetkým pracovníkom liečební ktorí podporili tento výskum a v neposlednom rade samotným respondentom za ich ochotu zúčastniť sa tohto výskumu.

OBSAH

	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČASŤ	
1	ASOCIÁCIE	7
2	PROJEKTÍVNE METÓDY	10
2.1	Delenie projektívnych metód	11
2.2	Verbálne projektívne metódy	11
3	ASOCIAČNÝ EXPERIMENT	12
3.1	História a súčasnosť asociačného experimentu	12
3.2	Využitie asociačného experimentu	16
3.2.1	Klinická prax	
3.2.2	Iné použitie	16
3.3	K teoretickým základom asociačného experimentu	17
3.4	Asociačný experiment - popis testovej metódy	18
3.5	Administrácia	19
3.6	Návod na kvalitatívne a kvantitatívne hodnotenie Podľa Kondáša (1979)	20
3.6.1	Norma v asociačnom experimente	24
3.6.2	Diagnostika neurózy pomocou asociačného experimentu	24
3.6.3	Vybrané diagnostické znaky	25
3.7	Reliabilita a validita	27
3.8	Normy pre asociačný experiment	28
4	ÚZKOSTNÉ (NEUROTICKÉ) PORUCHY	
4.1	Úzkosť a strach	31
4.2	Prístupy k úzkosti	33
4.3	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy	36
4.3.1	Klasifikácia a epidemiológia	37
4.3.1.1	Klasifikácia	37
4.3.1.2	Epidemiológia	39
4.3.2	Diagnostické nástroje na zisťovanie neuroticity	40

PRAKTICKÁ ČASŤ

5	CIELE VÝSKUMU	43
6	HYPOTÉZY	44
7	METODIKA VÝSKUMU	45
7.1	Organizácia výskumu	45
7.2	Charakteristika skúmaného súboru	47
7.3	Popis použitých metód	49
7.4	Štatistické metódy analýzy výsledkov	54
8	ROZBOR VÝSLEDKOV VÝSKUMU A ICH INTERPRETÁCIA	55
8.1	Testovanie hypotéz	55
8.2	Stanovenie noriem	59
9	DISKUSIA	60
10	ZÁVER	64
11	SÚHRN	65
12	POUŽITÁ LITERATÚRA	69

ÚVOD

Slovný Asociačný experiment je najstaršou projektívnou technikou v histórii psychodiagnostiky. Metódu slovných asociácií použil po prvý krát Francis Galton v roku 1897 a o celých 100 rokov neskôr vydáva O. Kondáš príručku k asociačnému experimentu vo vtedy ešte Československej Psychodiagnostike. V súčasnosti aj napriek tomu, že je táto metóda ako tvrdí Morávek (1987) rýchla nenáročná a testové stimuly je možné prispôbiť aktuálnym cieľom, popularita testu silne poklesla u nás aj vo svete. V výskume Řehana a Svobody (2005) ktorý zisťovali stav potrieb a perspektív psychodiagnostiky v Českej Republike, sa táto metóda nedostala do žiadneho z rebríčkov či už sa jednalo o obľúbenosť, alebo neobľúbenosť. Dôvodom môžu byť podľa nás aj zastarané normy, ktoré majú často krát iba popisný charakter. V klinickej praxi je jeho prehliadanie možno spôsobené práve z tohto dôvodu. Celkovo tento fakt vzbudzuje dojem, že asociačný experiment neobstál v súboji s inými diagnostickým nástrojmi. Možno je to spôsobené aj skutočnosťou, že pre správne vyhodnotenie výsledkov, vzájomné zvažovanie jednotlivých diagnostických znakov, je potrebné nadobudnúť pomerne väčšiu skúsenosť než u konkurenčných testov v ktorých je jednoduché stanoviť odchýlku od normy v jednotlivých škálach, po spočítaní ich skóre a na základe toho vyniesť úsudok.

Našou prácou by sme chceli overiť použiteľnosť asociačného experimentu ako nástroja pre rozlišovanie medzi normou a neurotickými poruchami. Myslíme si, že by to mohlo napomôcť obnoveniu záujmu o túto metódu nielen z diagnostického, ale aj z výskumného hľadiska. Nesnažíme sa o vytvorenie úplných a plne reprezentatívnych noriem, ale pokladáme túto prácu za pilotný projekt ktorým by sme chceli dokázať diagnostické kvality tohto nástroja. V budúcnosti by však bolo vhodné sa venovať nielen jednej stránke jeho využitia.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 ASOCIÁCIE

Vo formulácii asociačných zákonov niektorí autori, ako napr. Geist (2000) a Gillernová (2000), prisudzujú prvenstvo Aristotelovi, pričom sa dokonca rôznia v ich počte. Kým Gillernová (2000) hovorí o troch zákonoch 1.) zákon konguity, 2.) zákon podobnosti a 3.) zákon kontrastu, Geist (2000) píše o štyroch zákonoch podľa ktorých sa spájajú predstavy a to 1.) podľa podobnosti, 2.) podľa kontrastu, 3.) podľa priestorových vzťahov a 4.) podľa časových vzťahov. Ako si môžeme všimnúť, Geist nepopísal oproti Gillernovej väčší počet zákonov, iba rozdelil zákon kontiguitu (dotyku v čase a priestore) do dvoch častí. Pochybnosti o autorstve týchto zákonov vnáša Stavěl (1971), ktorý uvádza, že aj keď je zrejme Aristotelove výslovnejšie dotknutie sa témy "asociácií", je jeho prínos istým spôsobom nadhodnotený, obzvlášť ak sa mu pripisuje, že po prvý krát formuloval tzv. asociačné zákony. Ako argument dodáva, že je sotva možné za formuláciu zákonov považovať jeho zmienenie sa v spise "O duši" o roli podobnosti, opaku a následnosti pri úmyselnom rozpamätávaní sa, na ktorom sa zakladá toto historické hodnotenie jeho prínosu. Ďalej píše, že ak ide o počiatok koncepcie asociácie, je potrebné si povšimnúť toho, že už Platón (Aristotelov učiteľ) vyzdvihol a zreteľne odlíšil oba základné prípady vybavovania, či už na základe kontiguitnej asociácie, alebo podľa podobnosti.

Bol to J. Locke, kto po prvý krát použil frázu "asociácie ideí" vo štvrtej edícii svojho diela "Esej o ľudskom rozume" (Auerbach, Corsiny 1998). Plháková (2006) píše, že je za tento počin často krát považovaný za zakladateľa britského asocianizmu. On sám asociácie považoval za "druh 'šialenstva', pretože sa stavajú do cesty racionálneho, priameho myslenia" (Auerbach, Corsiny, 1998, s. 62).

Ako uvádza Plháková (2006), asocianizmus sa vydělil z britského empirizmu a za jeho zakladateľov sú považovaní David Hartley a David Hume. Tento smer psychológie vysvetľoval duševné deje prevažne na základe asociácií (spojov) medzi psychickými obsahmi. Podľa Jiránka a Součka (1969) sa asocianistickí psychológovia domnievali, že našli v počítke akýsi ekvivalent toho, čím bola pre fyzika elementárna častica hmoty. V samotnej asociácii potom videli hlavný zákon duševného diania, analogický s príťažlivosťou v hmotnom svete. Učenie sa bolo, podľa ich teórie, v podstate rovnaké ako prijímať počítky a utvárať medzi nimi a ich stopami asociácie.

David Hume, ako uvádza Störig (2007), považoval zložené idey, rovnako ako Locke, za vytvorené v rozume kombináciou jednoduchých elementov impresií či ideí, podroboval ich však omnoho dôkladnejšej analýze. Ich skúmaní prišiel na tri princípy podľa ktorých dochádza k tomuto združovaniu. 1. princíp podobnosti a odlišnosti, 2. princíp priestorovej a časovej súmedznosti (susednosti) a 3. princíp kauzálneho spojenia ako príčina a účinok. Ako píše Plháková (2006), jeho ponímanie vzájomného vzťahu príčiny a následku je však trochu iné. Skutočnou príčinou určitých javov si podľa neho nemôžeme byť celkom istí. Kauzálne vzťahy (asociácie) sa v mysli utvárajú na základe dvoch po sebe nasledujúcich percepcií, a tak závery o príčinných vzťahoch sú iba výsledkom zvyku a nie však rozumovej úvahy.

Davidovi Hartleymu, ako píše Hoskovec (1992), sa ako druhému zo zakladateľov asocianizmu, podarilo spojiť celú radu duševných dejov v jednotnú teóriu. Jeho psychologický zákon asociácie predstáv znie: "Ak sú akékoľvek počítky navzájom združené dostatočne často krát, získavajú takú schopnosť týkajúcu sa zodpovedajúcich predstáv, že ak ktorýkoľvek z nich je vzбудený sám, je schopný vyvolať v mysli ostatné predstavy" (Hoskovec, 1992, s. 34). Hlavným asociáčnym princípom je podľa Hartleya, ako uvádza Plháková (2006), dotyk čiže kontiguita. Ten sa môže týkať buď súčasne si uvedomovaných predmetov (tzv. synchronná asociácia), alebo predmetov uvedomovaných si krátko po sebe (tzv. sukcesívna asociácia). Tieto mentálne fenomény sa v súčasnosti obvykle označujú ako dotyk v priestore a dotyk v čase.

Asocianizmus, ako uvádza Gillnerová (2000), našiel uplatnenie nielen vo filozofii a psychológii, ale aj v pedagogike J. F. Herbarta, a to hlavne v jeho dynamike predstáv. V druhej polovici 19. storočia sa stal dominujúcim smerom psychológie.

Princípy asocianizmu podľa Woodwortha a Schlosberga (1960) asi najjasnejšie vyjadril Thomas Brown. Používal namiesto pôvodného pojmu asociácia, zavedeného J. Lockom, výraz "pripomínanie" (suggestion). Aj napriek tomu, že jeho názov bol iný, zákony boli tie isté. Chcel sa pomocou neho vyhnúť pseudofyziologickým implikáciám, ktoré v asociácii videli jeho súčasníci. Trval na tom, že existujú tri primárne zákony, a to 1. zákon podobnosti, 2. kontrastu a 3. blízkosti v priestore a čase. Okrem týchto zákonov formuloval viaceré sekundárne zákony. Z nich prvé tri, 1. zákon trvania, 2. živosti a 3. frekvencie, sa vzťahujú na predošlé skúsenosti, pri ktorých sa idey zasociovali dotykom a sú to teda zákony učenia. Čerstvosť je 4. zákonom zabúdania. Zákomom, ktorý sa často zanedbával, je 5. neprítomnosť súťažiacich asociácií. Pre prehľad už iba vymenujeme

ďalšie asociačné zákony, ktoré Brown formuloval: 6. konštitucionálne rozdiely medzi jednotlivcami, 7. emocionálne variácie (z času na čas) u toho istého individua, 8. dočasné stavy (zdravia atď.) a 9. predošlé životné návyky a spôsoby myslenia.

H. Ebbinghaus, na rozdiel do Browna, ako uvádza Nakonečný (1995), formuloval jediný asociačný zákon, ktorý znie: "Ak dva duševné útvary vyplnili vedomie súčasne, alebo krátko po sebe, návrat niektorých prvkov pôvodného zážitku vyvolá predstavy ostatných." (Nakonečný, 1995, s 202).

Asociácia v podobe dočasného kôrového spoja, ako uvádza Hanzlíček (1978), je jedným zo základných princípov objavu I.P. Pavlova - podmienených reflexov. Pavlov ju chápal ako proces vybavovania do vedomia minulých zážitkov, ktoré utkveli v pamäti - akési bezprostredné združovanie obsahov vedomia. Oproti nemu Rubinštejn pokladá asociáciu nie za mechanické spojenie jednotlivých psychických stavov, ale za podmienenú komplexom faktorov zjednocovaných osobnosťou, čím zdôrazňuje systém, charakter a materiálnu determináciu asociácií.

Asociácie v podobe voľných asociácií si našli svoje miesto aj v psychoanalýze S. Freuda. Schmidbauer (1994) píše, že pojem "voľných asociácií" obsahuje základné pravidlo psychoanalýzy. Vychádza sa z neriadnenej hry duševných spojení idúcich od stoviek do tisícov a rekonštruuje sa vplyv nevedomia. Je to podľa neho podobné ako keď sa z charakteru prúdenia nejakej vodnej plochy usudzuje na vlastnosti jej koryta, v ktorom voda tečie.

2 PROJEKTÍVNE METÓDY

Historicky prvou projektívnou metódou vedeckej psychológie, ako píše Svoboda (2005), je nami skúmaný slovný asociačný experiment, ktorého autorom je Francis Galton (1879). Názov "projekčná technika" bol zavedený psychológom L. K. Frankom, ktorý ho v roku 1939 po prvý krát použil na prednáške v New York Academy of Sciences a projektívne metódy prirovnal k röntgenovým lúčom (Šípek, 2000).

Podľa Šípka (2000) projektívnymi technikami v psychodiagnostike rozumieme také testové nástroje, ktoré skúmanú osobu konfrontujú so značne neurčitou (mnohovýznamovou) podnetovou situáciou, na ktorú má reagovať podľa toho, čo pre neho táto situácia znamená, inak povedané podľa zmyslu významu, ktorý sám prisudzuje danému neurčitému stimulu. Ako základné charakteristiky projektívnych metód uvádza:

- nízku štruktúrovanosť úlohy, ktorá dovoľuje skoro neobmedzené množstvo možných odpovedí
- maskovaciú a testovaciú procedúru
- globálny prístup k hodnoteniu osobnosti
- zvláštnu účinnosť pri odhaľovaní skrytých, latentných alebo nevedomých aspektov osobnosti
- to , že sú považované za predovšetkým klinický nástroj
- a často krát odrážajú vplyv psychoanalytických koncepcií.

Názov projektívne techniky nebol vždy prijímaný bez výhrad. Niektorí psychológovia si uvedomovali toto ich "nešťastné" označenie, čoho dôvodom bolo zamieňanie s psychoanalytickým chápaním projekcie. Diskutovalo sa o tom, že projektívne testy predsa neinvokujú obranný projektívny mechanizmus, keďže reakcia na daný testový materiál nie je ani nevedomá a ani obranná. V hre môže byť celý rad faktorov, iných ako nevedomá obrana, či už na úrovni vedomej, alebo nevedomej. V tejto súvislosti rôzni autori navrhovali rôzne zástupné názvy ako sú "imaginatívna produkcia" R. W. Whitea (1944), "apercepčná distorzia" L. Bellaka (1950) či "misperceptívne postupy" R. B. Cattella (1951). Označenie "projektívne techniky" sa však časom uchytilo tak pevne, že ho používame dodnes a je iba potrebné si uvedomiť pri tomto výraze jeho významovej komplikovanosti.

Projektívne metódy, ako píše Svoboda (2005), sa snažia poznávať celú osobnosť skúmaného jedinca. Konfrontujú ho, oproti testom schopností, so značne neurčitou podnetovou situáciou, z ktorej vyplýva možnosť veľkého počtu mnohorakých odpovedí. Z

tohto množstva akceptovaných odpovedí vyplýva možnosť omnoho väčšej individualizácie nálezu.

Svoje uplatnenie našli projektívne metódy, ako píše Stančák (1982), v praktickej diagnostike, klinicko-experimentálnom výskume, a preto sú podľa neho hodnotné aj z hľadiska ich vhodnosti a použiteľnosti v klinickej psychológii.

2.1 Delenie projektívnych metód

Pri delení projektívnych metód sa podľa Svobodu (2005) uplatňovali rôzne kritériá. Frank ich delil podľa funkcie na 1. konštitutívne, 2. konštruktívne, 3. interpretačné, 4. kataraktické a 5. refraktívne; Rosenzweig na 1. motoricky-expresívne, 2. perцепčne - štruktúrované a 3. aperceptione dynamické. Ďalšie, iné, rozdelenia používali Lindzey, Eysenck, Engelsmann, Bell a iní.

Stančák (1982) k tejto rôznorodosti triedenia dodáva, že tieto jednotlivé klasifikačné systémy vychádzajú z praktických a didaktických aspektov, z čoho vyplýva, že je možné voči každému z nich vzniknúť jednak námietku, ale i podporujúce stanovisko. Je to dané najmä tým, že podľa týchto triedení je ťažko presne zaradiť jednotlivé projektívne testy do tej ktorej skupiny.

Svoboda (2005) i Stančák (1982) navrhujú pre rozdelenie projektívnych metód tri skupiny, pričom, ako píše Stančák, "ako kritérium triedenia využívame formy prejavu" (1982, s. 166). Samotné delenie je nasledovné

1. verbálne metódy, 2. grafické metódy a 3. manipulačné metódy (metódy voľby) (Svoboda, 2005).

2.2 Verbálne projektívne metódy

Samotné verbálne techniky sa, ako uvádza Stančák (1982), ďalej delia na zrakovopodnetové a slovnopodnetové.

Zrakovopodnetové techniky v sebe zahŕňajú: Rorschachovu metódu (ROR), modifikované a odvodené testy od ROR, Tématicko aperceptioný test (TAT), odvodené testy z TAT, Rosenzweigov test PF, Szondiho test a Test ruky.

K slovnopodnetovým technikám radíme: asociačný experiment (AE) a test nedokončených viet.

3 ASOCIAČNÝ EXPERIMENT

3.1 História a súčasnosť asociačného experimentu

Asociačný experiment patrí do skupiny verbálnych projektívnych techník a je zároveň jednou z najstarších techník využívaných v psychodiagnostike (Stančák, 1982). História tejto metódy siaha až do roku 1879 a jej vznik je spájaný s menom Francisa Galtona. Bol prvý, kto experimentoval so slovnými asociáciami, a Hall a Lindzey (2002) uvádzajú, že jeho pôvodným úsilím bolo vysvetlenie procesov učenia. Zostavil si protokol 75 podnetových slov, ktorý tvorili prevažne podstatné mená a štyri krát na ne opakovane odpovedal s približne mesačným časovým rozmedzím. Exponoval si postupne každé slovo zo zoznamu a zapisoval vždy dve idey (slová), ktoré ho napadli. Zaznamenával si aj čas potrebný na vyvolanie dvoch myšlienok. Maršálová píše, že "na základe analýzy odpovedí Galton konštatoval vyšší výskyt asociácií podmienených vizuálnymi predstavami a zážitkami minulosti a najmä čisto verbálnych asociácií" (Maršálová, 1982, s. 13). Priemerná rýchlosť jeho reakcií bola 1,3 sekundy, pričom pri každom zo štyroch opakovaní produkoval 38,6% totožných reakcií. Ako uvádza Kondáš, F. Galton na základe výsledkov z tohto a ďalších pokusov vyslovil prvé konštatovanie o diagnostických možnostiach využitia tejto metódy, keď tvrdil, že záznamy asociácií odкрývajú základy myšlienok človeka s pozoruhodnou zreteľnosťou, než by si pravdepodobne prial zverejniť (Kondáš, 1979).

Na práci s asociačným experimentom sa v nasledujúcom čase pokračovalo vo Wundtovom laboratóriu v Lipsku. Wundt "formálne zaviedol tento typ výskumu do experimentálnej psychológie," uvádzajú Hall a Lindzey (2002, s.110). Medzi rokmi 1883 - 1887 pracovali na jeho ďalšom vývine Trautschhold, ale najmä Cattell. Ten v roku 1887 navrhol metodiku hlasového kľúča ktorá mala veľkú výhodu v tom, že experimentátor mohol odčítavať reakčný čas z chronoskopu. Od roku 1889 Cattell pokračoval v práci s asociačným experimentom spolu s Bryantovou a na jeho prácu nadväzuje rada autorov: Thumb a Marbe, Wrechner, Mayer, Ziehen a ďalší (Kondáš, 1979, s. 7). Jeho experimentálne využitie sa tak rozšírilo do ďalších psychologických laboratórií. Würzburgská škola pomocou neho skúmala morfológiu myslenia pomocou techník voľných a viazaných asociácií, a taktiež otázkami didaktickými, alebo provokujúcimi kreatívne myslenie. Vo výsledkoch asociačného experimentu sa hľadali dôkazy pre

základné zákony klasickej asociačnej teórie. Binet v spolupráci s Henrim na podklade tohto testu začali skúmať asociačné reakcie na nedokončené vety. To viedlo k zrodu ďalšej projekčnej slovne-asociačnej metóde. Marbeho práca na asociačnom experimente dala vzniknúť zákonu o závislosti asociačného reakčného času od častosti, bežnosti použitého podnetového slova, tzv. Marbeho zákon.

Kondáš uvádza, že "k diagnostickému používaniu prispeli Kent s Rosanoffom a Jung" (Kondáš, 1979, s. 8). V roku 1910 Kent a Rosanoff uverejnili, na základe tisíc reakcií na 100 slovných podnetov, tabuľky vypovedajúce o frekvencii typu reakcií na podnetové slovo. Asociačný experiment vtedy tvorili slová z kategórie podstatných a prídavných mien s pomerne vysokou frekvenciou výskytu v jazyku. Viacerí autori po nich potom použili tie isté slová, najmä so zámerom porovnať odpovede v rozličných skupinách jednotlivcov (Maršálová, 1982). Normálne osoby v ich zistení dávali priemerne 6,8% individuálnych reakcií, 1,5% tzv. pochybných a 91,7% populárnych odpovedí.

"Pre Junga bol asociačný experiment hlavným z pilierov, na ktorom vybudoval svoju teóriu komplexov" (Šlechta, 1996, s. 6). V tej dobe bol asociačný experiment využívaný hlavne na skúmanie organizácie psychických obsahov, prípadne so snahou odvodiť z jeho výsledkov určitú intelektovú typológiu (Šlechta, 1996). K použitiu asociačného experimentu na výskum komplexov ho podnietilo Freudove zistenie, že voľné asociácie osoby sú vo vzťahu k jej pohnútkam (Kondáš, 1979). Využíval k tomu štandardných stimulov voľnej asociácie. Bol prvým ktorý si povšimol fenoménov ktoré doposiaľ pre iných experimentátorov zostávali na okraji pozornosti a síce porúch asociácií (tj. predĺženého reakčného času až úplné zlyhanie reakcie, viacslovné odpovede a pod.) (Šlechta, 1996). Na zisťovanie komplexov, čiže "emočno-motivačných stavov, často nevedomých, ktoré vyjadrujú fixované negatívne skúsenosti, napr. zlyhanie, alebo sebahodnotenie, napr. menejcennosť" (Nakonečný, 1998, s. 275), si zostavil 100 slovný podnetovný materiál, v ktorom boli okrem podstatných mien aj prídavné mená a slovesá. "Jeho asociačná schéma striedala tzv. slová neutrálne so slovami, ktoré majú (alebo by mohli mať) potenciálnu schopnosť vyvolať u klienta emocionálnu odozvu (tzv. kritické slová)" (Svoboda, 2005, s. 152). Jungova práca na asociačnom experimente je známa od roku 1911 a býva označovaná ako začiatok vyžívania tejto metódy aj na zisťovanie psychogénnych zdrojov neuróz a najmä zisťovanie konfliktov.

Od svojho vzniku prešiel asociačný experiment radou zmien týkajúcich sa jeho druhového zloženia slovnej zásoby, či množstva podnetových slov. Nemalým prínosom však bolo keď ho A. R. Lurija použil spolu so záznamom mimovoľnej a úmyselnej pohybovej reakcie na diagnostiku neuróz. Spojenie slovnej reakcie s motorickou citlivejšie zachytáva emocionálny výkyv pri konfliktogénnych podnetoch, než spojenie s psychogalvanickým reflexom (kožným odporom, resp. bioelektrickou reaktivitou kože). "Problém je, že bioelektrická reaktivita sa len pomaly upokojuje a tá sa po každom podnete žiada dlhšia doba čakania" (Kondáš, 1992, s. 47). Kondáš ďalej uvádza, že Lurijova metodika spočívala v tom, že sa súbežne so slovnou odpoveďou na slovné podnety asociačného experimentu zaznamenávala mimovoľná pohybová reakcia vo forme tremoru z ľavej hornej končatiny a úmyselná pohybová reakcia pravej ruky (stlačenie balónika). Pri konfliktogénnych podnetoch nastáva okrem bežných znakov aj disociácia medzi slovnou a pohybovou reakciou, pričom sa zvýši tremor. Preukázal taktiež neuvedomené fungovanie tejto reaktivity a to tým, že svoju metodiku vyskúšal aj pri slovách, ktoré signalizovali hypnoticky navodený konfliktný zážitok. Lurijova práca vzbudila veľký ohlas, keď ju roku 1932 publikoval v anglickom jazyku.

Pokusy o spájanie slovných asociácií s inými typmi súčasne zaznamenávaných reakcií boli v tej dobe pomerne rozšírené. Najznámejším sa stala aplikácia asociačného experimentu so súčasným snímaním už spomínanej psychogalvanickej reakcie (kožný galvanický odpor), ktorá viedla k zostrojeniu detektora lži. Na tomto počine má veľký podiel C. G. Jung. Ten ku skúmaniu vplyvu emócií na fyziológiu človeka využíval meranie tepovej frekvencie a frekvencie vdychov. „Bol prvým klinikom, ktorý spoznal význam fyziologických sprievodných javov emócií bežne dnes známych pod názvom psychosomatické fenomény“ (Bennet, 1993, s. 12).

V bývalom Československu sa asociačnému experimentu venovali napr. J. Stuchlík "ktorý ju považoval za vhodnú aj pri vyjadrovaní sa o prítomnosti, resp. neprítomnosti" (Kondáš, 1979, s. 8), ďalej Chalupa, Ličko a Kondáš. Posledný zo spomenutých je zároveň autorom príručky k samotnému testu a v rokoch 1961 a 1962 "vo svojich prácach využíval asociačný experiment pri štúdiu etiológie porúch rečového prejavu psychóz schizofrénneho a neschizofrénneho typu" (Stančák, 1982, s. 226). Obľuba tejto metódy v Československu dosahovala svoj vrchol v 50. a 60. rokoch 20. storočia (Morávek, 1987).

Dnes je stav využívania asociačného experimentu ako testovej metódy v českej psychodiagnostike o čosi iný. Pozoruhodné je, že v publikácii od Svobodu a Řehana

(Svoboda, Řehan, 2004), ktorá mala za cieľ zistiť stav potrieb a perspektív psychodiagnostiky v Českej Republike, tento test nefiguroval v ani jednom z rebríčkov obľúbenosti, či neobľúbenosti u klinických, poradenských, pracovných, alebo vojenských psychológov. Predstavu o tom, prečo je tomu tak, si môžeme urobiť z publikácie od S. Morávka (1987), ktorý už pred viac ako 20. rokmi písal, že aj napriek tomu, že asociačný experiment je metóda rýchla nenáročná a testové stimuly je možné prispôbiť aktuálnym cieľom, popularita testu silne poklesla u nás aj vo svete. Do súvislosti sa to dáva s menším diagnostickým využitím. Asociácie formou jedného slova obmedzujú šírku reakcií, u mnohých slov je veľmi nízka variabilita odpovedí, obsahová interpretácia je možná iba zriedka. Test taktiež vyvoláva skúškové stavy trémy a úzkosti.

Na psychiatrickej klinike v Talianskom Miláne bol asociačný experiment v nedávnej dobe skúmaný C. Vezzoliovou a spol. (2007) z hľadiska jeho klinickej aplikácie pri zisťovaní úspešnosti liečby. Vychádzali pri tom z Jungovej teórie komplexov a ich diagnostikovania pomocou asociačného experimentu.

Čo sa týka Českej Republiky, v nedávnej dobe (2001 -2004) prebehli, v súvislosti s bádáním na poli slovných asociácií, výskumy zamerané na diagnostické využitie tejto metódy v kombinácii so záznamom zmien kožnej vodivosti. P. Šlechta a J. Lukavský, ktorí majú zásluhu na týchto výskumoch, explorovali v tejto oblasti za pomoci počítačovej techniky a prístroja na záznam EDA (elektrodermálnej aktivity). Lukavský o EDA píše, že "je ľahko sledovateľnou fyziologickou premennou, ktorá sprístupňuje informácie o autonómnom nervovom systéme a jeho reakciách na prezentované podnety" (Lukavský, 2003, s. 503). Podľa slov Šlechty "test slovných asociácií predstavuje pružnú a rýchlu metódu umožňujúcu získať ekonomicky a so značnou objektivitou merania, potenciálne hodnotné diagnostické údaje" (Šlechta, 2002, s. 509). Či už vyššie spomínané výskumy budú mať aj reálny dopad na znovuzavedenie tejto testovej metódy do klinickej praxe vo väčšom meradle, ukáže až čas. V každom prípade sa jedná o hodnotný prínos k téme využitia slovných asociácií v diagnostickej praxi.

3.2 Využitie asociačného experimentu

3.2.1 Klinická prax

Ako uvádza Kondáš (1979), asociačný experiment je súčasťou individuálnej diagnostiky dospelých a detí v praxi klinickej psychológie, poradenstve, psychológii práce a taktiež vo výskume. S ohľadom na to, že rozlišuje základné diagnostické kategórie: normu, neurózu a psychózu (podľa vtedy platného ICD-9, pozn. autora), má tento test prednostné uplatnenie v klinickopsychologickej praxi na psychiatrii. Pre jeho vysokú koreláciu s celkovou závažnosťou psycho-patologického stavu sa hodí práve na jeho zisťovanie a hodnotenie a tým aj na sledovanie zmien klinického stavu (jeho dynamiky, zlepšovania sa a úpravy). Môže slúžiť aj ako pomocná metóda na zisťovanie efektívnosti určitej psychiatrickej liečby. Pre tieto účely sa využívajú paralelné podnetové protokoly. Vo forenzno-psychologickej praxi môže slúžiť aj ako pomôcka k odhaľovaniu simulácie a agravácie - "úmyselné zveličovanie obtiaží a príznakov choroby" (Hartl, Hartlová, 2000, s. 22).

Stančák (1982) k použitiu vo forenzno-psychologickej praxi hovorí, že je možné asociačný experiment využívať aj pri štúdiu niektorých porúch správania, napr. ako indikátor lži. Skúmané osoby spravidla na slová krádež, vrecko, zásuvka reagujú významným predĺžením latentnej doby, ktorá sa môže pokladať za indikátor konfliktovej situácie.

3.2.2 Iné použitie

Pre svoje využitie pri odhaľovaní potenciálnych vnútorných konfliktov a komplexov a ako ukazovateľ verbalizácie aktuálneho psychického stavu (Morávek, 1987) je asociačný experiment použiteľný nielen v klinickej, ale podľa Kondáša (1979) aj v širokej psychologickej praxi. U detí sa môže používať aj ako "pomocná metóda pri poruchách správania, alebo hodnotení verbálno-myšlienkovej vyspelosti a dynamiky myslenia" (Kondáš, 1979, s. 12). Říčan a Ženatý k tomu dodávajú, že nám môže slúžiť "všeobecne k psychologickému výskumu rečových procesov a im zodpovedajúcich procesov myslenia" (Říčan, Ženatý, 1988, s. 32). M. Svoboda oceňuje jeho použitie aj pre diagnostiku záujmov a postojov (Svoboda, 2005). V USA sa pomocou verbálnych asociácií snažil zmapovať problematiku diagnostiky postojov H. E. Burr (1941).

3.3 K teoretickým základom asociačného experimentu

Asociačný experiment v tomto vychádza z reči ako špecificky ľudskej činnosti. Štruktúra slovných asociácií je v úzkom vzťahu s myslením, "keďže slovo je zovšeobecneným odrazom určitého javu skutočnosti, je znakom, pomenovaním vecí, vyjadruje deje, vlastnosti, vzťahy, predstavy a city" (Kondáš, 1979, s. 9). Rečová činnosť je úzko spätá s myslením a je bežné, že jazyk používame k vyjadrovaniu našich myšlienok (Plháková, 2003). Reč je priamo nástrojom myslenia a poznávania, tvorí s nimi dialektickú jednotu obsahujúcu aj určité protirečenia až po narušenie odrazového vzťahu slova a skutočnosti o čom svedčia napr. slová čert, alebo víla, ktoré nepomenúvajú skutočnosť, ale tvoria výrazy pre výtvory ľudskej fantázie (Kondáš, 1979). Človek teda nemyslí iba vo verbálnej rovine, ale dokáže myslieť taktiež na úrovni obrazov. Verbálne asociácie zachytávajú iba určitú vzorku rečovej činnosti. V nej sa prejavujú charakteristické znaky rečového správania a zároveň sa ukazujú verbálne návyky osoby. Tie závisia od skúsenosti daného jedinca až po návyk organizovať slová do systémov a tried.

Stojí za spomenutie, že Smolenskij, ako píše Stančák (1982), začal už v roku 1928 využívať asociačný experiment vo výskume vyššej nervovej činnosti. Vychádzal pri tom z teoretického predpokladu, že každé slovo je v mozgovej kôre mnohokrát prepojené a pri jeho spojení s konfliktnou situáciou sa prejaví porucha v asociačnom slede. Podľa neho je to tým, že konfliktné slová vyvolávajú útlm v systéme rečových spojov. Útlm teda vylúči komplikované podmienené spoje, získané v ontogenéze neskoršie, a navodzuje tak prejav primitívnych, ontogeneticky starších reakcií.

Pre asociačný experiment je podľa Kondáša (1979) významná skutočnosť, že duševné poruchy sa vždy odrážajú aj na úrovni porúch reči a myslenia. Mení sa pri nich nielen myšlienково asociačná činnosť, ale aj celé verbálne správanie. Spomaľuje sa rečová produkcia, býva narušená súvislosť a primeranosť logických vzťahov a obsah sa niekedy obohatí o bludné obsahy. Všetky tieto zmeny a poruchy sa teda odrazia aj vo vzorkách asociačnej produkcie.

"Reč je individuálna mentálna aktivita, pri ktorej jedinec používa jazyk predovšetkým ku komunikácii a mysleniu" (Plháková, 2003, s. 307). Môžeme v nej teda registrovať jednak oznamovaciu, komunikačnú funkciu ako aj stimulačnú a regulatívnu. Slovo tieto funkcie reprezentuje a stáva sa v jednom okamžiku zároveň signálom, oznamom aj stimulom. Podľa Kondáša (1979) sa v slovných asociáciách dobre prejaví hlavne funkcia stimulačná a signálna, zatiaľ čo komunikačná a regulatívna sa v nich dá

postihnúť iba nepriamo a nie vždy dostatočne. Významovú funkciu slov v asociačnom experimente zachycuje obsah odpovedí a prevládajúci asociačný vzťah. Maršálová (1982) uvádza, že pri kontinuítnej voľnej asociácii, čo je variant asociačného experimentu, sa významová funkcia dá podľa Nobleho zachytiť počtom slov, ktoré je skúmaná osoba schopná vyprodukovať za jednotku času. Index ktorý stanovil (symbolizovaný ako

$m = \frac{1}{N} \sum R$)* poskytuje informáciu o tzv. významovosti slova. Ide o charakteristiku verbálnych prvkov, ktorá pomerne vysoko koreluje s frekvenciou výskytu slova v jazyku a má závažný vplyv napr. pri osvojovaní si verbálneho materiálu, pri podržaní, pri identifikovaní verbálnych prvkov v krátkodobej percepcii atď.

* "Index definuje priemerný počet rozličných asociácií (R), ktoré daný podnet (s) vyvoláva v subjektoch (N = počet subjektov) za jednotku času" (Maršálová, 1982, s. 15)

3.4 Asociačný experiment - popis testovej metódy

Asociačný experiment, ako uvádza Kondáš (1979), chápeme ako metódu zachytávajúcu "vzorky" slovne-myšlienkových prejavov, vzorku rečovej činnosti, pričom nám zároveň dovoľuje všímať si zážitkovú stránku týchto prejavov. Zachytáva charakteristické znaky rečového správania akou je dynamika a pohotovosť rečovej produkcie. V produkcii slovných asociácií majú svoje koreláty tempo, pregnantnosť, hĺbka, alebo rozličná narušenosť myslenia. Asociačný experiment nám dovoľuje určitú variabilitu ako v požadovaných reakciách, tak aj v stimulácii. Štandardné slovné protokoly je možné napr. doplniť o ľubovoľné konfliktné slovo. Ako konkrétny príklad variability požadovaných reakcií môžeme napr. spomenúť. Lermana, ktorý zostrojil "test výrečnosti" zakladajúci sa na pohotovom napísaní protikladov k 20 slovám.

Za viac ako 120 rokov histórie asociačného experimentu vzniklo niekoľko podnetových protokolov. Prvým z nich bol už predtým spomínaný zoznam Kentovej a Rosanoffa. Bol to zároveň prvý pokus o vytvorenie noriem pre tento test. Jung pre svoje účely používal 100 slovný podnetový protokol, v ktorom boli obsiahnuté viaceré slovné druhy (podstatné mená, prídavné mená a slovesá). "Okrem Jungovej verzie asociačného experimentu existuje rada ďalších verzií, pričom množstvo podnetových slov kolíše v rozmedzí od 25-100 slov" (Svoboda, 2005, s. 152).

V príručke k asociačnému experimentu od Kondáša (1979, v reedícii 1989) je používaný čisto súbor podstatných mien. Počet slov sa líši v jednotlivých verziách. Verzia A, určená pre administráciu dospelým, obsahuje 25 slovných podnetov, B verzia 50 a C, ktorá je určená deťom, ich obsahuje 25. Pre doplnenie pridáva ešte 4 krát sadu 30 slov, použiteľných ako paralelné podnetové protokoly pre opakované vyšetrenia. Ako dôvod, prečo zvolil pre účely tejto príručky protokoly o takomto rozsahu, Kondáš (1979) udáva, že v diagnostickej praxi sa používajú kratšie podnetové protokoly o rozsahu 25, 30 a 50 slov. K príručke je ešte nutné poznamenať, že prvý krát vyšla v roku 1979 v Československej psychodiagnostike a jej reedícia, ktorá už nedoznala ďalšej zmeny uzrela svetlo sveta o desať rokov neskôr (1989).

3.5 Administrácia

Prvým krokom je výber protokolu. Ten je možné ako uvádza Kondáš (1979) doplniť o konfliktogénne podnety. Ich počet by mal byť v pomere 5 podnetových slov na 1 konfliktogénne. Ďalej uvádza, že tieto slová vyberáme na základe anamnézy a v prípade potreby je možné sem zaradiť slová, ktoré by mohli potvrdzovať určitú záujmovú orientáciu, alebo iné slová na nepriame overovanie sledovaných tendencií. K rozmiestneniu dodáva, že by malo byť mierne nepravidelné.

Je dôležité pred vlastnou administráciou nadviazať kontakt s vyšetrovanou osobou a pokúsiť sa vytvoriť dobrú atmosféru, ktorá by nemala byť skúškového charakteru. Nie je vhodné ho aplikovať po výkonových testoch.

Inštrukcia ktorou uvádzame samotné vyšetrenie znie: "Teraz vám (ti) poviem postupne niekoľko slov. "Na každé povedané slovo, odpovedzte prvým slovom, ktoré vás napadne, slovom ktoré vám príde ako prvé na myseľ" (Kondáš, 1979, s. 14). Po tomto sa uvedie príklad: "Napríklad ja poviem slovo hudba a vás napadlo ..." (Kondáš, 1979, s. 14) a čakáme, či skúmaná osoba zareaguje. Ak neodpovie do dvoch sekúnd, doplníme príklad sami, napr. "husle", a za ním uvedieme ďalší. Takto pokračujeme, až kým je jasné, že inštrukcia bola pochopená. Hneď ako sa tak stalo začneme zadávať slová z podnetového protokolu, pričom dbáme na to, aby sme zreteľne a dostatočne nahlas artikulovali.

Pri viacslovných odpovediach, ako sa uvádza v príručke, pokojne a akoby mimochodom upozorníme, že "stačí odpovedať jedným slovom a to tým ktoré Vám príde ako prvé na um" (Kondáš, 1979). Kondáš (1979) ďalej píše, že túto inštrukciu aplikujeme hneď pri druhom výskyte viacslovnej odpovede a ak sa aj potom tento druh odpovedí

opakuje, povieme upozornenie este raz a uvedieme príklad posledného podnetu a vhodnej reakcie naň. Pri hromadení všeobecných atribútov (ako je dobrý, zlý, malý ...) upozorňujeme na to, že nie je potrebné hovoriť, aké niečo je, ale hocijaké iné slovo a taktiež to ilustrujeme vhodným príkladom. Deti upozorníme iba raz, pretože opakovanie by ich mohlo deprimovať.

Čas zaznamenávame stopkami a zapisujeme si ho. Ak vyšetovaná osoba nepodá odpoveď ani do pol minúty, hodnotíme reakciu ako zlyhanie a prejdeme na ďalšie slovo.

Ďalej sa v príručke od Kondáša (1979) uvádza, že hneď po skončení odpovedí na slovné podnety pristúpime k reprodukčnej časti. Uvádzame ju stručnou inštrukciou, ktorá znie: "Teraz si ešte zopakujeme, čo ste na ktoré slovo povedali; tak napríklad na slovo potok ste povedali ..." (Kondáš, 1979. s. 15). Všetky podnety opakujeme v takom poradí, v akom sme ich čítali prvý krát, pričom zaznamenávame správne a nesprávne reprodukcie. Na odpoveď znova čakáme maximálne pol minúty. Nesprávnosť odpovede nekomentujeme, naopak keď spozorujeme, že si ju vyšetovaná osoba uvedomuje, tak sa ju snažíme upokojiť.

3.6 Návod na kvalitatívne a kvantitatívne hodnotenie Podľa Kondáša (1979)

Záznam AE hodnotíme kvalitatívne a kvantitatívne /"skórujeme"/ zo 4 základných a 5, resp. 6 prídavných hľadísk:

1. ARČ - ich priemer, resp. medián,
2. percentuálne zastúpenie porúch asociácií,
3. výskyt chybných reprodukcií v %,
4. percentuálny výskyt menejkvalitných reakcií.

Prídavnými diagnostickými hľadáskami sú:

5. rozloženie latencií, t.j. percentuálne zastúpenie krátkych, mierne predĺžených a predĺžených latencií /ARČ/,
 6. výskyt jednotlivých druhov poruchových asociácií v %,
 7. zastúpenie všeobecných populárnych a individuálnych R,
 8. zastúpenie jednotlivých druhov asociačných vzťahov s vyznačením 2 - 3 prevládajúcich
 - 9a. ktoré podnety sa potvrdili ako konfliktogénne, čoho sa týkajú, resp. čo naznačujú,
 - 9b. výskyt neobvyklých /originálnych/ asociačných spojení a iné zvláštnosti v reagovaní
- v.o.

Prvý bod nevyžaduje komentár, snáď iba to, že ho vždy zvažujeme spolu s rozložením latencií.

Druhý bod sa týka celkovej sumy porúch asociácií vzhľadom na všetky podnety. To znamená, že ak vyšetovaná osoba /v.o./ odpovie na určitý podnet viacslovnou reakciou a zároveň opakuje podnetové slovo /napr. doktor - šikovný doktor/, k reakcii si poznačíme poruchy asociácií ako "V, Ech", ale do percentuálneho zastúpenia porúch asociácií ju počítame iba raz /pri 25-slovnom protokole násobením 4 dostávame %/. Oproti tomu pri spočítavaní jednotlivých druhov asociácií /bod 6/ počítame zvlášť V a zvlášť Ech, čím potom dostávame vyšší súčet percent ako pri 2. bode.

Za menejkvalitné reakcie označujeme všeobecné atribúty, t.j. také prídavné mená, ktoré môžu charakterizovať hociktoré podnetové slovo /potok je dobrý, lev je zlý, kniha je zlá alebo dobrá, potok je malý alebo veľký atď/. Oproti tomu špecifické atribúty /ihla - ostrá, ruka - šikovná, doktor - múdry/ akceptujeme ak kvalitnú R.

Rozloženie latencií /ARČ/ zadeľujeme do 5 skupín:

1. do 4/100 minúty = do 2,4 sekúnd - krátke latencie,
2. do 8/100 -"- = do 4,8 -"- - mierne predĺžené latencie,
3. do 15/100 -"- = do 4,8 -"- - zreteľne predĺžené latencie,
4. do 30/100 -"- = do 4,8 -"- - veľmi predĺžené latencie,
5. do 50/100 -"- = do 4,8 -"- - nadmerne predĺžené latencie,

Predĺženie nad pol minúty /nad 30 s. resp. 50/100 min./ sa už dostane medzi poruchy asociácií, ako zlyhanie.

Pri rozpoznávaní porúch asociácií sa medzi autormi vyskytujú určité diferencie. Rapaport a spol. /1946/ rozoznáva až 25 druhov porúch asociácií, ale niektoré neodporúča skórovať, pokiaľ nie sú výslovne závažné. Blejcher /1971/, s odvolaním sa na Ivanova-Smoleského/ uvádza 7 nižších tzv. primitívnych slovných reakcií, medzi ktoré zaraďuje aj echolálie, perseverácie, extrasignálne, interonegatívne, alebo negatívne R. Rapaport diferencuje napr. definície, pokusné definície, mnohoslovné reakcie a frážové doplnenia,

ktoré sú v podstate iba variáciami viacslovných reakcií. Osobitne skóruje aj vulgárne reakcie, ktoré my zaradíme medzi iné zvláštnosti /do bodu 9b/.

Osobne odporúčame 14 kategórií poruchových asociácií, s ktorými sa plne vystačí a dajú sa dobre diferencovať.

Kategórie rozpoznávania poruchových asociácií

1. Zlyhanie /značka Z/, ak v.o. nedá odpoveď do pol minúty.
2. Viacslovné R /V/, ak osoba odpovie 2 a viacerými slovami, celou vetou, prípadne definovaním podnetového slova /napr. tma - v noci, ruka - pracovný ústroj, hodiny - merajú čas, ovocie - hrušky mám veľmi rada/.
3. Perseverácie /Pers/ - opakovanie predtým danej odpovede pri novom, ďalšom podnete bez ohľadu na ich odstup /napr. 1.P potok - voda, 11.P hora - voda/. Ich výskyt sa zvyšuje, ak v.o. má tendenciu odpovedať atribútmi - prídavnými menami.
4. Echolálie /Ech/ - odpoveď je zhodná s podnetovým slovom /P/, vyšetovaná osoba opakuje P vo funkcii R, s prípadným pripojením atribútu alebo jeho malou obmenou /napr. tma - tma býva v noci, sestra - sestrička, mesto - veľkomesto, nástroj - pracovný nástroj/.
5. Interogatívne R /?/, keď v.o. odpovedá otázkou, prípadne sa pýta na význam slova /napr. mesiac - myslíte na nebi?, motýľ - môže byť aj nočný?/ alebo odpovedá formou opytovacích zámen /aký, ktorý?/.
6. Oneskorené R /On/ sú reakciami na predošlý podnet alebo nadväzujú na predošlú reakciu, vyskytujú sa u detí.
7. Negatívne R /Neg/ - odpovede typu "neviem", "nič ma nenapadá", alebo popretie vlastnej odpovede /napr. mačka - pes nie, nie pes/.
8. Extrasignálne a menovanie okolitých predmetov /Ex/ sú obmedzené neprimeraným typom reakcií, keď význam podnetového slova sa vlastne zanedbá /napr. potok - stôl, cukor - sloboda, plač - pečiatka, práca - dvadsaťjeden/.
9. Vzdialené R /Vz/, keď vzťah podnetového a odpoveďového slova má iba nízky, vzdialený súvis, ktorý pacient dokáže objasniť /napr. ovocie - dôvera, chlapec - transport, tma - povraz, zvon/.

10. Neologizmy /NI/, keď odpoveďové slovo je novotvarom, neoformačným alebo bizárnym /Bi/ typom produkcie /napríklad ruka - plakátnictvo, trest - veľmocnota, rodina - "prvna", dopis - "vrodinovačka", ovocie - "lyžicovať sa"/.

11. Zvukové doplnenia /Zv/ a rýmy /ZvR/, keď samo zvukové znenie podnetu rozhodne o reakcii, alebo význam podnetového slova dá spojiť s citoslovkou a tendencia rýmovať P a R /napr. mačka - mňauú, plač - bl'ač, voda - padá, ruka - muka/.

12. Egocentrické R /Eg/ sú reakcie so vzťahovaním podnetu alebo odpovede na seba alebo výrazy v 1. osobe /napr. mačka - naša je krásna, sestra - moja, choroba - ja som chorá, umenie - ja nie som umelec/.

13. Afektívne R /Af/, keď reakcia obsahuje afektívny náboj alebo emotívne zafarbenie /napr. mačka - fuj, škaredá; oheň - jaj, popáli nás; umenie - to je rozkoš!/.

14. Neporozumenie pojmu alebo jeho prepočutie /NpP/.

Odpovede typu NpP, Af, Eg a Vz zaradujeme v globálnych tabuľkách medzi "Iné", keďže ich výskyt je relatívne nízky.

Ďalším hľadiskom hodnotenia asociácií je rozpoznávanie asociačného vzťahu medzi podnetovým a odpoveďovým slovom a jeho kategorizácia, čo si opäť vyžaduje podrobnejší opis.

Kategorizáciu asociačného vzťahu realizujeme pomocou 4 základných hľadísk, a to:

- 1 - identifikácia pomocou podobného pojmu, cestou zovšeobecnenia alebo funkčne;
- 2 - špecifikácia pomocou konkretizácie, vlastnosti alebo činnosti;
- 3 - klasický dotykový vzťah alebo koordinovaný pojem;
- 4 - klasický vzťah kontrastu.

Konfliktogénny podnet sa potvrdí, ak má aspoň 2 z nasledujúcich znakov:

- a/ predĺženie ARČ,
- b/ poruchová asociácia na daný P,
- c/ alebo menejkvalitná R na daný P,
- d/ chybná alebo skreslená reprodukcia vlastnej asociácie.

Medzi všeobecne populárne R patria reakcie, ktoré sa vyskytujú najmenej u 7-10% populácie, teda odpovede s vyššou a vysokou frekvenciou. Ich percento počítame na počet podnetov mínus podnety s menejkvalitnými R a Ech.

Okrem toho, že spolu s populárnymi R si všímame individuálne alebo originálne R, osobitnú pozornosť venujeme neobvyklým asociačným spojeniam a iným zvláštnostiam. Medzi iné zvláštnosti rátame náhodné výkyvy ARČ /"skákové latencie"/, keď predĺženia nemajú vzťah k afektogénnemu rázu podnetu, ako aj iné odlišnosti od normálnej podnetovej závislosti, reagovanie menejkvalitnými alebo viacslovnými R napriek x-krát opakovanému upozorneniu. Charakter zvláštnych a neobvyklých R mávajú /okrem neologizmov a bizárnych R/ aj afektívne, egocentrické a vzdialené /dištančné/ reakcie, ako aj niektoré rýmy.

3.6.1 Norma v asociačnom experimente

Tu dostávame 90 - 95% odpovedí v krátkom čase do 4/100 min (2,4 s). Ich rozpätie kolíše od 0,5 do - 2 sekúnd. Mierne predĺžené latencie (do 8/100 min, 4,8 s) neprekračujú rozsah 10% a viažu sa k afektívne sfarbeným podnetovým slovám, nemajú teda náhodný charakter. V norme sa vyskytujú iba menej závažné poruchy asociácií, a to vo forme perseverácií a viacslovných reakcií. Ich celkový výskyt sa pohybuje pod alebo okolo 10%. Asociácie sa vyznačujú stálosťou, zvyčajne iba pri 5% dôjde k neschopnosti reprodukovať vlastné asociácie a výskyt chybných reprodukcí nesmie presahovať ani pri 50-slovnom protokole 10%. Viac ako polovica asociácií (okolo a nad 60%) má charakter populárnych R, pri súčasnom výskyte 5-10% originálnych (individuálnych) R.

Pri prekročení uvedených normatívnych údajov, najmä v dvoch až troch znakoch, uvažujeme o psychickej nevyrovnanosti a pri ich výraznejšom prekročení so súčasným predĺžením a "skákovosťou" latencií preverujeme, či sa nejedná o psychopatickú nevyrovnanosť iným psychodiagnostickým vyšetrením (keďže asociačný experiment nediferencuje bezpečne psychopatiu).

3.6.2 Diagnostika neurózy pomocou asociačného experimentu

Neurózy sú v asociačnom experimente charakterizované v priemere najmenej dvojnásobným predĺžením ARČ (jeho priemeru, alebo mediánu) v porovnaní s normou, ale

krátke latencie ešte prevažujú a tvoria 65 - 75%. Mierne predĺžené latencie tvoria 10 - 15% a väčšie predĺženia (do 15 a nad 15/100 min.), s výnimkou hystérie, sa viažu iba na konfliktogénne podnety, prípadne po nich v dôsledku pretrvávajúceho napätia, pričom mávajú rozsah okolo 10% (u neurastenikov sú takéto predĺženia vzácne). Kvalita asociácií poklesáva. Mávajú okolo 10%, resp. medzi 5 - 10% menejkvalitných R, čo spolupôsobí aj pri nižšom výskyte populárnych R, ktorých býva okolo 50%. Chybné reprodukcie mávajú rozsah bližší k 10%, a to aj v závislosti na počte zaradených konfliktogénnych podnetov, ktorým v neurotických nálezoach venujeme pravidelnú pozornosť aj formou doplnkového interview. Poruchy asociácií sa pohybujú najčastejšie medzi 15 - 30% s výraznou dominanciou viacslovných R (16,5% v priemere). Egocentrické a afektívne R už vyvolávajú podozrenie na hysterickú formu neurózy.

3.6.3 Vybrané diagnostické znaky

Na tomto mieste uvedieme niekoľko diagnostických znakov, ako ich popisuje Kondáš (1979), dôležitých pre účely tejto práce. Všetky sa určitou mierou týkajú diagnostického rozlišovania medzi normou a neurózou. Patria medzi ne ARČ (asociačný reakčný čas), poruchy asociácií, menejkvalitné R (odpovede), chybné reprodukcie, konfliktogénne podnety. Pre úplnosť iba dodávame výpočet ostatných diagnostických znakov, ktorými sú: asociačné vzťahy, všeobecné populárne R a obsah odpoved'ových slov. Posledný zo spomínaných je zároveň jediným kvalitatívne hodnoteným znakom a je závislý na diagnostickej skúsenosti administrátora.

ARČ - asociačný reakčný čas

Krátky ARČ, ako píše Kondáš (1979), nás informuje o asociačnej pohotovosti, dobrej dynamike v myslení, avšak môže sa na ňom podieľať aj akási povrchnosť myslenia. Predlžovanie môže byť závislé na viacerých faktoroch, ktorými sú napr.: originalnosť myslenia, rozptýlená pozornosť, prítomnosť konfliktov, bradypsychizmus, útlm myslenia. V norme sa vyskytuje 90% krátkych latencií a ak tomu tak nie je, uvažujeme na ďalšie ukazovatele psychickej nevyrovnanosti. Dobrú priemernú rýchlosť asociácií podmieňuje aj dobrá adaptácia na experiment. Táto je vo vzťahu k celkovej adaptačnej spôsobilosti. Psychická nevyrovnanosť sa môže viazať len k určitým emocionálnym či konfliktným situáciám. Vtedy sa predĺženia v ARČ viažu s konfliktogénnymi alebo emocionálnymi

podnetmi. Pri psychopatii sa oproti tomu vyskytujú tieto výkyvy náhodne a bez viazanosti ku konfliktogénnym alebo emocionálnym podnetom.

Poruchy asociácií

Sú ďalším znakom psychickej nevyrovnanosti, na ktorý usudzujeme, a v norme neprekračujú rozsah 10%. Z jednotlivých kategórií, uvedených v stati o kvalitatívnom a kvantitatívnom hodnotení asociačného experimentu, sú pre normu typické perseverácie a viacslovné R. Vyššie nahromadenie viacslovných R sa vyskytuje u osôb s horšou prispôbivosťou. Ich nadmerný výskyt aj po opätovnom upozornení je už jedným zo znakov snahy javiť sa v horšom svetle. Pri neurózach narastá počet viacslovných odpovedí a k nim pribúdajú aj echolálie, egocentrické a negatívne R. Všeobecne sa má za to, že ak pri sume porúch asociácií prekročí hodnota 50%, je možné usudzovať nielen na poruchy v myslení, ale aj prítomnosť porúch osobnosti.

Menejkvalitné R

Pomerne často sa vyskytujú u detí. U nich tolerujeme 10-15%, kým u dospelých iba do 5%. Narastajú pri mentálnej retardácii a považujú sa za ukazovateľa nízkej kvality myslenia, alebo aspoň ukazujú na jeho povrchnosť (povrchnosť úsudku), čo je znak, ktorý sa zvýraznil u chronických alkoholikov. U nich tvorili menejkvalitné R viac ako 25% zo všetkých reakcií. Výskyt stúpa v poradí: psychopatia, neuróza, neschizofrenické psychózy, schizofrénie, chronický alkoholizmus.

Chybné reprodukcie

V norme bývajú zriedkavé. U dospelých sa prekročenie maximálnej hranice 10% hodnotí ako patologický príznak. Usudzujeme na osobnostnú nevyrovnanosť (u alkoholikov), psychopatickú či neurotickú nevyrovnanosť. Chybné reprodukcie nám ukazujú predovšetkým stabilitu asociácií, mieru ich individuálnej typickosti (stabilitu rečových návykov). U detí je ich nárast pochopiteľný. V tomto prípade s nimi spolupôsobia aj nahromadené oneskorené R a menovanie predmetov. Súvislosť chybných reprodukcí s pamäťou je iba jednostranná. To znamená, že poruchy pamäti sprevádzajú aj chybné reprodukcie. Nárast chybných reprodukcí však neodpovedá poruchám pamäti a nedovoľuje sa naň usudzovať - je ukazovateľom stability asociácií.

Konfliktogénne podnety

U nich si všímame obsah podnetových i odpoved'ových slov. Jeho ďalšie zvažovanie podlieha kvalitatívnemu hodnoteniu. Musíme pri ňom počítať s faktom, že oblasť na ktorú dané slovo ukazuje, asociuje nejakú minulú skúsenosť či aktuálny konfliktný zážitok a tým aj v súčasnosti evokuje emocionálnu tenziu. Zároveň si však musíme byť vedomí, že náš postup má formu overovania hypotézy o možnej prítomnosti konfliktu v danej oblasti. Vychádzame pri tom z anamnézy. Je potrebné doplniť túto informáciu pomocou klinického interview, pomáhajúce odhaliť nám či ide o minulé alebo aktuálne konfliktové situácie.

3.7 Reliabilita a validita

Pri určovaní validity asociačného experimentu sa venovalo mnoho pozornosti hlavne ARČ. Ako uvádza Kondáš (1979), už roku 1925 sa podarilo potvrdiť platnosť tzv. Marbeho zákona (rýchlosť odpovede je závislá na častosti, bežnosti použitého podnetového slova) koreláciou ARČ s hodnotou jej frekvencie. Túto platnosť overoval individuálne na vzorke 28 osôb. Kondáš (1979) tvrdí, že táto platnosť tohto zákona sa potvrdila aj na jeho vzorke skúmaných osôb.

O hodnotenie niektorých indikátorov asociačného experimentu z hľadiska ich diagnostickej spoľahlivosti sa pokúšali už v r.1921 Hull a Lugoff (in Stančák, 1982). Podarilo sa im dokázať, že indikátor reakčného času a narušených asociácií vysoko koreloval s emocionálnymi poruchami. Dopracovali sa k zisteniu o tom, že u zdravých osôb sa poruchy asociácií vyskytujú iba v 0,6% prípadov, avšak iba vo forme tzv. dištancujúcich sa asociácií.

Rýchlosť a obvyklosť asociácie sú, ako uvádza Kondáš (1979), ukazovateľom jej sily (sily rečového návyku), avšak zároveň je potrebné prihliadať na to, že pri krátkych ARČ vyšetřovaná osoba dáva povrchnejšie a neosobné odpovede.

Podľa Svobody (2005) má tento test vysokú diferenciačnú schopnosť pri rozlišovaní normálnych osôb od neurotikov (hlavne pri použití už vyššie spomínanej Luriovej metodiky). Kondáš (1979) k tomuto ďalej dodáva, že podľa literatúry spoľahlivo diferencuje normu a neurózu aj klasifikácia asociácií. Karvosky a Bertold (in Kondáš, 1979) tvrdia, že pri použití tejto metodiky je problém v iba 80% zhode posudzovateľov. Preto sa klasifikácia asociácií považuje iba za pomocné kritérium spolu s poruchami

asociácií, ktoré, ako uvádza Kondáš, "diferencujú neurózy od normy signifikantne / $t=2,662$, $p<0,02$ /" (Kondáš, 1979. s 31).

Poruchy asociácií, ako ďalej píše Kondáš, odlišujú signifikantne nielen psychotikov a normálnu populáciu ale aj neurózy od psychóz / $t=6,2$, $p<0,001$ /. Pritom je však potrebné si uvedomiť, že samotná štatistická významnosť ešte nezaručuje taký význam v tomto diferenciačnom vzťahu, ktorý by postačoval pre individuálnu diagnostiku. Pri nej vždy zvažujeme všetky podstatné diagnostické znaky spoločne.

K reliabilite (konzistencii) Kondáš (1979) uvádza iba niekoľko prepočtov pri jednotlivých diagnostických znakoch, pričom pre účely tejto práce je potrebné spomenúť hlavne reliabilitu testovaných na vzorke normálnej populácie /N64/. Jedná sa o "split-half" reliabilitu počítanú za pomoci Spearman-Brownovho vzorca. Hodnoty sú nasledujúce:

- pri poruchách asociácií $r_{tt} = 0,72$
- pri populárnych R $r_{tt} = 0,57$ (pričom radová korelácia test-retest, o 21 dní /N33/ neskôr, bola 0,50).

3.8 Normy pre asociačný experiment

Pretože asociačný experiment nie je bežným typom testu, neobsahuje napr. správne a nesprávne odpovede a dovoľuje variovať stimuláciu, je podľa Kondáša (1979) aj prístup k jeho normatívnym údajom odlišný. Kondáš sa opiera o určité normatívne údaje ako pomocné kvantitatívne kritériá. Dôraz tu kladie na zvažovanie jednotlivých znakov a ich kvalitatívnych a kvantitatívnych aspektov. Tvrdí, že v literatúre nájdeme rad údajov vzťahujúcich sa k normatívnemu hľadisku. To sa týka hlavne ARČ.

Rozsah výberu vyšetovaných osôb, ktoré použil Kondáš (1979) na určenie noriem pre asociačný experiment, je nasledujúci. Celkovo použil, pre účely príručky, vyšetrenia na 400 osobách. Pri 25-slovnom protokole: 20 pacientov so schizofréniou, 20 členná skupina pacientov z okruhu iných psychóz (z toho 7 s depresiou a 4 s mániou), 10 pacientov s neurózou (z toho 3 s hystériou), 10 pacientov s psychopatiou a 20 duševne zdravých. Celkovo teda 80 osôb. Na vzorku 100 duševne zdravých osôb zisťovali populárne odpovede a u 33 zrealizovali aj test-retest. V tomto výbere figurovalo 65 vysokoškolákov, čím sa vzorka posunula vzdelanostne nahor. 50 slovný protokol bol administrovaný 30 dospelým osobám pre zistenie populárnych R (odpovedí). Detská verzia protokolu potom na 50 deťoch. Klasifikáciu asociácií a poruchy asociácií rozoberali osobitne na 50

pacientoch so schizofréniou, 20 pacientov s okruhu iných psychóz a v skupine ďalších 20 pacientov z rovnakého okruhu vyskúšali aj paralelné protokoly. 33 slovná verzia protokolu bola otestovaná na vzorke 30 osôb so závislosťou na alkohole.

Pri ARČ sa o normatívnom hľadisku dozvedáme, ako uvádza Kondáš (1979), že všeobecne uvádzané normálne rozpätie je od 0,5 do 2 sekúnd, pričom jednotliví autori sa vo svojich údajoch líšia iba minimálne. Údaje sú podľa neho v podstate zhodné, iba sa tu objavujú určité vekové podnetové podmienenosti. S nácvikom poklesáva reakčný čas približne o 0,5 sekundy. Doba latencie tiež závisí na stupni všeobecnosti a konkrétosti slov a emocionálnom obsahu podnetu. Z normatívneho hľadiska je užitočné sledovať rozloženie percentuálneho zastúpenia jednotlivých skupín latencií. Pre účely tejto práce prikladáme skrátenú tabuľku normatívneho rozloženia latencií ako sú uvedené v príručke od Kondáša.

Latencie	(dospelí) v norme	neurózy
krátke do 4/100 min.	90-95%	70%
mierne predĺžené do 8/100 min.	5-10%	15-20%
zreteľne predĺžené do 15/100 min.	-	5-8%
výrazne predĺžené 25-50/100 min.	-	4-5%

Tab. 1: Normatívne rozloženia latencií (Kondáš, 1979)

K normatívne hľadisku výskytu porúch asociácií sa u Kondáša dozvedáme, že u zdravých osôb sa vyskytujú hlavne viacslovné R a perseverácie. Ich výskyt sa pri tom obmedzuje v priemere na 4-5% s rozpätím 0-15%. Ojedinele sa v tejto skupine vyskytnú aj echolálie a výnimočne egocentrické R alebo otázka. V norme celkovo tvorí počet porúch asociácií do 10% a u detí 20%. Priemerný výskyt porúch a ostatné diagnostické znaky, ktoré uvádza Kondáš, predkladáme taktiež s ohľadom na účely tejto práce.

charakteristika skupiny	Zdraví dospelí	Neurózy
N – vek	20 - 32	10 - 40
Základné dáta		
X ARČ	1,83	4,64
% porúch asociácií	10,05	20,7
% chýb reprodukcií	4,2	9,9
menejkvalitné R	2,3	7,8

Tab. 2: Priemerné hodnoty pre niektoré diagnostické znaky u pacientov s neurózami a kontrolnej skupiny (Kondáš, 1979)

Čo sa týka noriem pre populárne odpovede, na Slovensku sa nimi zaoberala L. Maršálová, ktorá v roku 1972 vypracovala slovno-asociačné normy pre 1-4 triedy ZDŠ. V Českej republike urobil veľký kus práce v tejto oblasti Z. Novák, ktorý postupne od r. 1988 do 1996 vydával normy pre dospelých aj deti. Jeho vzorka dospelých čítala 500 osôb, z toho 250 mužov a 250 žien (Novák, 1988). Tieto súbory sa ešte vnútorne delili na 100 vysokoškolákov, 100 mužov základného vzdelania (vyučených), 100 vysokoškoláčok a 100 žien základného vzdelania (vyučených). K tomuto celku patria aj podskupiny zisťovania stability výsledkov asociačného testu (test/retest) a tiež vzťahu jeho výsledkov k výsledkom testov intelektových schopností.

Pre účely zisťovania populárnych asociácií v českej populácii vytvoril Novák nový slovník so 150 položkami (slovami) v ktorých sú obsiahnuté okrem podstatných mien aj slovesá, prídavné mená, príslovky a zámená.

Ostatné diagnostické znaky vyplývajúce z výstupov asociačného experimentu od roku 1979 neboli zatiaľ, podľa dostupných prameňov, pre účely noriem skúmané a overované.

4 ÚZKOSTNÉ (NEUROTICKÉ) PORUCHY

4.1 Úzkosť a strach

Uplynulo už vyše 80 rokov od vtedy, čo Sigmund Freud prehlásil, že "úzkosť je základným problémom všetkých neuróz" (Baštecká, Goldman, 2001, s. 157).

Úzkosť (anxieta) môžeme podľa Heretika definovať ako "neprijemný duševný stav (negatívnu emóciu), ktorý je sprevádzaný predtuchou hrozby" (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007, s. 218). Heretik (2007) o nej ďalej hovorí ako od difúznej emócií, ktorú je ťažko verbalizovať, je viazaná na nevedomie a jej orientácia je zameraná na budúcnosť. Plháková, v kapitole venovanej fenomenologickému popisu ľudských citov, úzkosť definuje ako "neurčitý pocit obáv či ohrozenia, ktorý sa neviaže k žiadnemu konkrétnemu objektu či udalosti" (Plháková, 2003, s. 405). Samotné slovo úzky, od ktorého je úzkosť odvodená, v podstatnej miere vystihuje zážitkovú stránku tohto pocitu. Jej detailnejšiemu popisu sa budeme ešte venovať na inom mieste tejto kapitoly.

Strach podľa Heretika je na rozdiel od úzkosti "predmetná negatívna emócia viazaná na konkrétny objekt, spojená teda skôr s vedomím a orientovaná na súčasnosť" (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007, s. 218). Nakonečný (1998) strach zase popisuje ako emocionálnu reakciu na hrozbu v jej najširšom zmysle slova a dodáva, že jeho výraznejšou formou je pocit hrôzy či zdesenia, ktorý je vyvolaný vedomím bezbrannosti či bezmocnosti.

Strach ako záporný cit, ktorý vzniká v nebezpečných situáciách spojených s ohrozením sebazáchovy, alebo duševnej integrity, zase popisuje Plháková (2003). Z jej slov sa taktiež dozvedáme, podobne ako od Heretika, že sa strach väčšinou vzťahuje k určitému konkrétnemu objektu alebo situácii. Hovorí, že na rozdiel od úzkosti, ktorá je síce zážitkovo podobná strachu, ale jej neurčitá povaha z nej robí subjektívne veľmi neprijemný stav, je strach v porovnaní s ňou lepšie znesiteľný. Najväčší rozdiel medzi úzkosťou a strachom vidí v stanovení príčin vnútornej nepohody. Zatiaľ čo u strachu ju dokážeme obvykle ľahko nájsť, pri úzkosti sa jej nedopátrame. Strach sa podľa nej môže pomerne ľahko premeniť v hnev, k čomu dochádza v situáciách, v ktorých jedinec subjektívne pociťuje veľkú obtiažnosť až nemožnosť úniku.

Pre Thomu a Kächeleho (1996) rozlíšenie úzkosti od strachu nie je tak jednoznačné, rovnako ako aj presné vymedzenie úzkostnosti ako osobnostného rysu a úzkosti ako akútneho stavu. Podľa nich môže byť človek síce temperamentovo vybavený k väčšej úzkostnosti, ale taktiež si ju môže osvojiť učením - upevnením opakovaných úzkostných a bezmocných reakcií na vnímané nebezpečie.

Podľa Češkovej býva úzkosť sprevádzaná radom telesných príznakov ako sú palpitácie, závrate, napätia svalstva, tras, zažívacie obtiaže, hyperventilácia a pod. (Češková, 2006). Úzkosť spolu so strachom však nezahŕňajú iba jednu, v tomto prípade fyziologickú, rovinu prejavov či symptómov. Podľa Heretika (2007) je možné ich rozdeliť, tak ako aj iné emócie, do niekoľkých oblastí. Hovorí o rovine zážitkovej, signálnej, motivačnej, expresívnej a neurovegetatívnej.

Zážitkovú zložku popisuje subjektívne väčšinou negatívnym prežívaním emócií so sprievodnými znakmi ako: pocit napätia, dekoncentrácia pozornosti, rozptýlené myslenie, derealizačné a depersonalizačné pocity, následne po prežití silnej emócie únava a vyčerpanosť. Za istých okolností môže byť strach vyhľadávaný pomocou fungovania mechanizmov akoby ("as if", "als ob"), teda uvedomovaním si nepravosti hrozby (napr. horory) alebo mechanizmom úľavy z napätia (tension-relief), napr. pri extrémnych športoch.

Pri poznávacej zložke sa jedná obsahovo o signál ohrozenia a nebezpečia. S vývojom sa menia aj objekty strachu, a tak napr. v predškolskom období to býva tma, nadprirodzené bytosti, a zvieratá; v školskom období skúšky, autoritatívne osoby; v puberte interpersonálne vzťahy; v dospelosti osamotenie či zlyhanie; a v starobe hlavne zdravie a smrť. Transkultúrne odlišnosti potvrdzujú, že väčšina strachov je naučená.

Motivačná zložka úzkosti a strachu v sebe zahŕňa útekové reakcie či vyhýbacie správanie. Na vysvetlenie vplyvu sily emócie, v tomto prípade strachu a úzkosti na výkon, sa používa Yerkes-Dodsonov zákon motivačného optima. Ten sa dá ilustrovať napr. na situácii skúšky. Ak je miera strachu zo skúšky pre jedinca príliš nízka, alebo naopak príliš vysoká, môže to mať negatívny dopad či už na prípravu, alebo samotný podaný výkon. V psychopatologickej oblasti môžeme pomocou tohto zákona vysvetliť napr. afektívny stupor v hrozivých situáciách.

Expresívna zložka sa odzrkadľuje na mimike, pantomimike a ďalších kanáloch neverbálnej komunikácie. U nižších živočíchov, ako poukázali etológovia, má expresia úlohu zmiernujúcich postojov (appeasing attitudes) pri intradruhovej agresii.

Neurovegetatívna zložka. Pomocou polygrafického merania môžeme pri strachu a úzkosti paralelne zaznamenávať niekoľko psychofyziologických zmien, ktorými sú napr. elektromyografické, pletyzmografické, elektrokardiografické, kožno-galvanické, pneumografické a elektroencefalografické. Tieto zmeny sú subjektívne prežívané ako nepríjemné telesné senzácie. Patria sem také fyziologické fenomény ako búšenie srdca, zrýchlenie dychu, svalové napätie, sucho v ústach a pod. V terapii sa registrácia vegetatívnych reakcií pri emóciách využíva pri biofeedbacku.

Zatiaľ čo u Heretika nachádzame päť oblastí, v ktorých sa prejavuje úzkosť a strach, Atkinsonová (2003) používa iné členenie a popisuje štyri hlavné príznaky úzkosti. Pre porovnanie uvedieme ich jednoduchý výpočet. Sú to príznaky 1. fyziologické či somatické, 2. kognitívne, 3. behaviorálne a 4. emočné.

4.2 Prístupy k úzkosti

Neurobiologický prístup sa podľa Heretika (2007) zaoberá dvoma hlavnými oblasťami, ktorými sú 1. neurotransmitterové mechanizmy podmieňujúce úzkostné symptómy a 2. mozgovými spojeniami tzv. "dráhami strachu", ktoré ich mediujú. V súvislosti s úzkosťou sa od 70. rokov minulého storočia skúma najmä gamaaminomaslová kyselina (GABA), fungujúca ako inhibičný neurotransmitter. GABA je podľa Švestky (2002) jedným z najdôležitejších inhibičných neurotransmitterov, ktorý je početne zastúpený v CNS, a to hlavne v mozgovej kôre, bazálnych gangliách, mozočku hipokampe, mozgovom kmeni, mieche, a taktiež v retine. Ďalej uvádza že 30 až 40% neurónov z celej CNS využíva GABA ako svoj primárny neurotransmitter (Švestka, 2002). Heretik (2007) píše, že anxiogénne pôsobia látky spôsobujúce v mozgu nárast noradrenalínu a zároveň pokles GABA a serotonínu, napr. CO, laktát a kofeín. O neuronálnych dráhach strachu informujú Nutt a Bailey tvrdením, že zahŕňajú v kortexe viaceré oblasti spolu s bazálnymi gangliami, časťou limbického systému a talamu (in Heretik, 2007).

Psychoanalytický prístup zdôrazňuje, podľa Hermana (2005) význam konfliktov ktoré sú nevedomé, obvykle pochádzajúce z ranného detstva a používanie obranných mechanizmov ku zvládaniu úzkosti ktorá je vyvolaná psychickými impulzmi a emóciami. Z hľadiska tohto prístupu sa o neurotickom procese hovorí vtedy, keď chceme poukázať na predstavu určitých etiologických procesov ktoré obsahujú tieto sekvencie: nevedomý konflikt medzi rozpornými impulzmi a zákazmi vedie k nevedomému vnímaniu ohrozenia

s výsledným neprispôsobivým použitím využitím obranných mechanizmov, prejavujúce sa na úrovni špecifických duševných či telesných príznakov (Herman, 2005).

Plháková (2003) píše, že Freud venoval afektu úzkosti najväčšiu pozornosť. Podľa neho bol bežným symptómom vyskytujúcim sa pri najrôznejších psychických poruchách. V období spolupráce s Jozefom Breuerom vytvoril svoju prvú teóriu o úzkosti. Jej podstatou bol predpoklad transformácie nevybitého libida v úzkosť. Vo svojom poslednom zásadnom príspevku k teórii afektu definuje úzkosť ako prevažne nepríjemný afektívny stav, sprevádzaný rôznymi telesnými zmenami, ktorý vzniká v ego ako odozva na nebezpečné alebo traumatické situácie, a spolu s touto definíciou hovorí o dvoch základných druhoch úzkosti. Prvou je automatická úzkosť, vznikajúca samovoľne pri zaplavení ego prívalom nezvládnuteľných pocitov, a druhou signálna úzkosť, vznikajúca pri vývoji, keď sa dieťa učí predvídať nástup nebezpečných či traumatických situácií. Signálna úzkosť je podľa neho, na rozdiel od automatickej úzkosti, slabšej intenzity.

Nakonečný (1998) uvádza, že neskoršie psychoanalytické ponímanie úzkosti viedlo k rozšíreniu jej troch foriem na reálnu úzkosť - ktorá je vyvolávaná hrozbami vonkajšieho sveta, úzkosť vyvolávanú tlakom superega a puďovú úzkosť zapríčinenú silno sa prejavujúcimi puďmi. Posledné dve formy, ktoré sú vlastne dvoma stránkami toho istého javu, sú pritom spojené s nutkavo neurotickým chovaním. Ďalej píše, že hlbinné psychologické ponímanie úzkosti rozpracoval vo svojich prácach hlavne F. Rieman, ktorý tvrdí, že úzkosť patrí k ľudskej existencii a dejinne môžeme vidieť pokusy ju prekonávať napríklad v mágii či náboženstve.

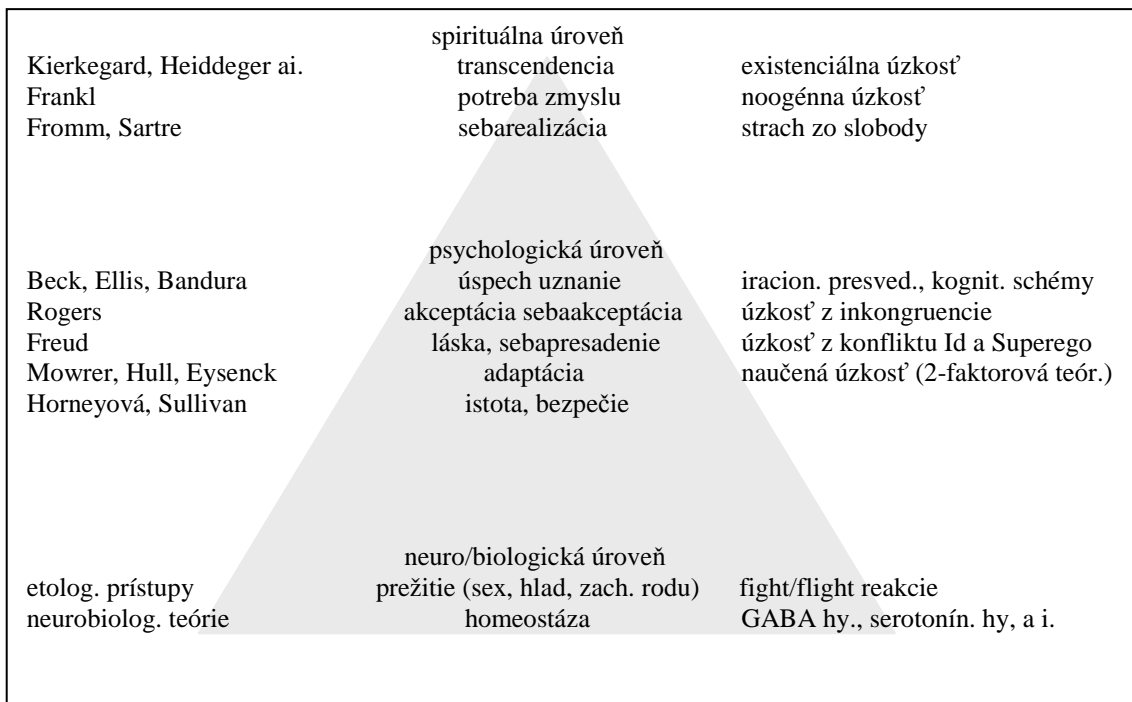
V neopsychoanalýze je, ako píše Heretik, "zrejmy posun zdroja úzkosti od intrapersonálnych k interpersonálnym konfliktom" (Heretik, 2007, s. 220). Ďalej uvádza, že prameňom bazálnej úzkosti, ako ju chápe Horneyová, Sullivan a ďalší, je neuspokojenie základných potrieb bezpečnosti a istoty zo strany významných osôb v okolí dieťaťa (Heretik, 2007).

Behaviorálny prístup pracuje, vo Wolpeho ponímaní, s pojmom voľne plynúcej úzkosti a v Hullovom ponímaní s pojmom úzkosti ako sekundárneho puďu, pri ktorom sa pomocou mechanizmov vyhýbacieho učenia a generalizácie postupne vytvára neurotická symptomatológia (Heretik, 2007). Tento prístup v podstate nerozlišuje medzi úzkosťou a strachom a vychádza z tvrdenia, že chovanie asociované z úzkosťou je utlmované (Nakonečný, 1998). Stúpenci behaviorálneho prístupu sa pokúšajú skúmať ako dochádza v špecifických situáciách k podmieňovaniu strachu a akú rolu hrá pri vzniku a pretrvávaní nevhodného chovania posilňovanie (Herman, 2005).

Kognitívny prístup, ako uvádza Herman (2005), sa zameriava na psychické procesy, podobne ako prístup psychoanalytický. Rozdiel je však v tom, že u kognitivistov môžeme vidieť zameranie na vedomé duševné procesy oproti nevedomým impulzom, emóciám a konfliktom. Stúpenci tohto prístupu sa hľadajú súvzťažnosti v spôsobe, akým o sebe ľudia premýšľajú, spôsobe hodnotenia stresových situácií a stratégií zvládania týchto situácií. Z tohto hľadiska vznikajú niektoré duševné poruchy na základe poškodenia kognitívnych procesov, a preto je ich možné, podľa nich, ovplyvniť zmenou tohto chybného poznávania.

Humanistický a existencionálny prístup podľa Heretika (2007) čerpá z teoretických zdrojov filozofie 19. storočia. S. Kierkegard chápal strach ako predmetnú emóciu a úzkosť ako vágnu a prameniáciu zo zodpovednosti za vlastné bytie, možnosti slobody a konečnosti. U Heideggera nachádzame podobné ponímanie úzkosti, pri ktorej uprednostňoval termín Sorge - starosť, prameniacej z totožnosti Da-Sein (bytie tu) a Zum-Tode-Sein (smerovania k smrti). V logoterapeutickom prístupe V. Frankla sa dáva úzkosť do súvislosti so stratou zmyslu a Frankl o nej uvažuje ako o možnom zdroji tzv. noogénnej neurózy.

Na všetky vyššie uvedené prístupy k úzkosti či už biologického, alebo psychologického charakteru je podľa Heretika (2007) možné nazerať ako na komplementárne vysvetľujúce zdroje a formy úzkosti odrážajúce sa v rôznych úrovniach bytia človeka. Heretik nám ako model komplexnosti a viacúrovňovosti predkladá nasledujúcu schému v ktorej využíva konceptu Maslowovej hierarchiu potrieb.



Obr. 1: Mnohofaktoriálnosť a viacúrovňovosť anxiety ilustrovaná na pozadí Maslowovej schémy hierarchie motívov (Heretik, 2007)

4.3 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy

Pretože sa v našej práci pohybujeme medzi dvoma klasifikačnými systémami, ktorými sú MKN-9 a MKN-10, dovoľme si na tomto mieste uviesť aspoň nepatrnú časť rozdielov týkajúcich sa klasifikácie neurotických porúch. Hlavným rozdielom medzi oboma verziami, ako uvádza Raboch (2005), je, že v dôsledku rôznych etiopatogenetických postojov k duševným poruchám medzi jednotlivými odborníkmi bolo rozhodnuté o ateoretickom prístupe ku klasifikácii v MKN-10. Táto nová verzia teda už nevychádza z etiopatogenetických hypotéz o vzniku jednotlivých duševných chorobách a poruchách, ale predovšetkým z popisu ich symptomatiky. Jedná sa teda o fenomenologický prístup ku kategorizácii. Poruchy sú definované prítomnosťou určitého počtu diagnostických kritérií, alebo ich neprítomnosťou.

Čo sa týka priamo zmien v kategorizácii neurotických porúch, Kratochvíl k tomu píše, že "rozdelenie porúch pod jednotlivé čísla sa prestalo riadiť jednotným hľadiskom podľa hlavných príznakov neurotického ochorenia, a tak tu máme vedľa fóbických úzkostných porúch, iných úzkostných porúch, obsedantno kompulzívne poruchy, neurasténie a porúch disociatívnych a somatoformných v ktorých sa skryla hysterická neuróza, taktiež 'akútnu reakciu na stres', 'posttraumatickú stresovú poruchu' a 'poruchu

prispôsobenia', ktorých názvy nevychádzajú z charakteristických príznakov, ale zo zisťovaných príčin" (Kratochvíl, 2000, s. 10).

Od Hermana (2005) sa dozvedáme, že tradičné delenie na neurózy a psychózy sa v súčasnej revízii MKN už nepoužíva a neuróza ako nozologická kategória nie je v súčasnej klasifikácii uznávaná. Ďalej uvádza, že historicky bola neuróza stavaná ako protiklad ku psychóze, pri ktorej sa nachádza hrubé narušenie duševných funkcií, že dochádza k porušeniu vnímania reality. V tradičnom pohľade neurózy v sebe zahŕňali skupinu porúch charakteristickú úzkosťou, vegetatívnymi príznakmi, pocitmi životnej nespokojnosti, nešťastia a maladaptívneho chovania, to však bývalo zriedkakedy natoľko vážne, aby bola nutná akútna hospitalizácia. Podľa neho ani dnes nie je názor na to ako "neurózu" definovať jednotný. Kým u niektorých klinikov prevláda názor na vymedzenie tohto pojmu len pomocou deskripcie jednotlivých príznakov, iní sa do neho snažia začleniť špecifický etiologický proces. Deskriptívne označuje pojem neuróza "duševnú poruchu, u ktorej je hlavným postihnutím duševný a/alebo telesný príznak či skupina príznakov, ktoré sú pre jedinca obťažujúce, sú ním vnímané ako neprijateľné a cudzie, pričom hodnotenie reality je v hrubých rysoch nenarušené, chovanie neporušuje základné sociálne normy, porucha sa môže spontánne zlepšiť či zhoršiť a nepredstavuje prostú reakciu na špecifický stresor" (Herman, 2005). Etiologický prístup k neurózam v sebe zahŕňa pohľady jednotlivých teoretických prístupov psychiatrie a psychológie. Patria sem napr. prístupy: biologický, psychoanalytický, behaviorálny či kognitívny.

4.3.1 Klasifikácia a epidemiológia

4.3.1.1 Klasifikácia

Ako píše Heretik (2007), termín neuróza po prvý raz údajne použil W. Cullen v roku 1769 a jej symptómy vysvetľoval funkčne, slabosťou nervovej sústavy. Terajší záujem o neurózy vyvolal podľa Bašteckej (2001) Sigmund Freud svojou teóriou "úzkostnej neurózy". V roku 1985 zavádza tento termín (Heretik, 2007) a od roku 1900 sa, podľa Hanzlíčka, stáva úzkosť stredom psychopatológie (in Baštecká). Heretik píše, že "v klasickej etiologickej klasifikácii patrili neurózy medzi psychoreaktívne poruchy, pri vzniku ktorých sú rozhodujúce psychogénne činitele, ako je konflikt, frustrácia, psychotrauma a pod." (Heretik, 2007, s. 221).

Od Heretika sa taktiež dozvedáme, že v rámci "súčasných deskriptívnych klasifikačných systémov DSM-IV rozoznáva panickú poruchu s agorafóbiou a bez nej, špecifickú fóbiu, sociálnu fóbiu obsedantno kompulzívnu poruchu (OCD), posttraumatickú stresovú poruchu (PTSD), akútnu stresovú poruchu, generalizovanú úzkostnú poruchu (GAD) a úzkostné stavy pri somatických ochoreniach, zneužívaní psychotropných substancií a pri organických poškodeniach CNS“ (Heretik, 2007, s. 222).

V Českej republike je v súčasnosti platný medzinárodný systém klasifikácií chorôb MKN-10, a preto na ďalších stránkach uvádzame prehľadnú tabuľku s prehľadom rozdelení úzkostných porúch opierajúcu sa o už zmienenú klasifikáciu.

F40	Fóbické úzkostné poruchy
F40.0	Agorafóbia
	.00 Bez panickej poruchy
	.01 S panickou poruchou
F40.1	Sociálna fóbia
F40.2	Špecifické (izolované) fóbie
F41	Iné úzkostné poruchy
F41.0	Panická porucha (epizodická paroxysmálna úzkosť)
F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha
F41.2	Zmiešaná úzkostne depresívna porucha
F42	Obsedantno kompulzívna porucha
F43	Reakcie na závažný stres a poruchy prispôsobenia sa
F43.0	Akútna reakcia na stres
F43.1	Posttraumatická stresová porucha
F43.2	Poruchy prispôsobenia sa
F44	Disociačné (konverzné) poruchy
F44.0	Disociačná amnézia
F44.1	Disociačná fuga
F44.2	Disociačný stupor
F44.3	Trans a stavy posadnutosti
F44.4	Disociačné poruchy motoriky
F44.5	Disociačné kľče

F44.6	Disociačné poruchy citlivosti a senzorické poruchy
F44.7-8	Zmiešané a iné disociačné (konverzné) poruchy
F45	Somatoformné poruchy
F45.0	Somatizačná poruchy
F45.1	Nediferencovaná somatizačná porucha
F45.2	Hypochondrická porucha
F45.3	Somatoformná vegetatívna dysfunkcia
F45.4	Pretrvávajúca somatoformná bolestivá porucha
F48	Iné neurotické poruchy
F48.0	Neurasténia
F48.1	Depersonalizačný a derealizačný syndróm

Tab. 3: Rozdelenie úzkostných porúch podľa MKN-10 (Psychiatrické centrum ve spolupráci s Testcentrem s.r.o., 2001)

4.3.1.2 Epidemiológia

Podľa Hermana (2005) patria neurózy medzi najčastejšie poruchy zdravia. Ako ďalej uvádza, s prihliadnutím na rôzne pramene, jedincov, ktorí trpeli v niektorom období života výraznými neurotickými príznakmi, sa odhaduje až na 20%. Podstatne vyššie percento však podľa neho trpí neurotickými príznakmi v miernejšej forme chronicky, alebo pri záťaži.

Iné, podrobnejšie, rozdelenie uvádza Heretik (2007), ktorý píše, že v počiatkoch moderného epidemiologického výskumu sa výskyt neuróz zvykol odhadovať na 10% klinicky závažných neuróz a 20% pre občasné či miernejšie ťažkosti. Ako uvádza americká štúdia Kesslera a spol., "sú úzkostné poruchy na druhom mieste (24,9%) za závislosťami od návykových látok (26,6%) a pred afektívnymi poruchami (19,3%)" (in Heretik, 2007, s. 223). Podľa Witchena a spol. (in Heretik, 2007) sa najčastejšie vyskytujú špecifické fóbie (4,5% - 11%), agorafóbia (2,1 - 10,9%), generalizovaná úzkostná porucha (1,9 - 8,5%), obsedantno kompulzívna porucha (2,0 - 3,2%), panická porucha (1,1 - 3,5%) a sociálna fóbia (1,0 - 3,1%). V štúdií The european study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) ktorú publikoval Alonso a kol. (2004) sa v šiestich európskych štátoch na vzorke 212 794 642 respondentov zistili úzkostné poruchy u 13,6% populácie. Zastúpenie mužov z toho bolo 9,5% a žien 17,5%. Zastúpenie niektorých vybraných úzkostných porúch bolo nasledujúce: špecifická fóbia, 7,7%, generalizovaná úzkostná porucha 2,8%, sociálna fóbia 2,4%, panická porucha 2,1%, a agorafóbia 0,9% populácie.

V epidemiológii úzkostných porúch od Češkovej (2006) sa o niektorých okruhoch porúch z danej kategórie dozvedáme nasledovné údaje. Fóbické úzkostné poruchy sú najčastejšou úzkostnou poruchou vôbec. Vyskytujú sa u 16% žien a 11% mužov. Pri úzkostných poruchách sa celoživotná prevalencia pohybuje u jednotlivých foriem od 2,5% u obsedantno kompulzívnej poruchy do 5% u generalizovanej úzkostnej poruchy. Pre generalizovanú úzkostnú poruchu platí, že na rozdiel od iných úzkostných porúch sa vyskytuje väčšinou v štvrtom decenií života a je pravdepodobne najčastejšou úzkostnou poruchou medzi staršou populáciou (55 - 85 rokov). Často býva komorbidná s depresiou. Celoživotná prevalencia obsedantno kompulzívnej poruchy je udávaná v rozmedzí 2 - 3%, pričom v detstve prevažuje u mužov a až so stúpajúcim vekom sa pomer medzi pohlaviami postupne vyrovnáva. Jej začiatok je pre viac ako polovicu chorých typický pre vek do 25 rokov. Medzi reakciami na závažný stres a poruchy prispôsobenia sa nájdeme najčastejší výskyt u posttraumatickej poruchy, ktorej výskyt činí asi 5% z populácie. Častejšie sa toto ochorenie vyskytuje u žien než u mužov. Pri disociatívnych poruchách sa odhady incidencie pohybujú okolo 1% v populácii a okolo 3% pre hospitalizovaných v psychiatrických zariadeniach, pričom väčšina chorých je ženského pohlavia. Z epidemiológie iných úzkostných porúch sa od Češkovej (2006) dozvedáme, že ako prechodný fenomén sa relatívne často vyskytujú depersonalizačný a derealizačný syndróm. Tie sa často sa taktiež vyskytujú ako príznak u iných porúch ako napr. depresia, schizofrénne poruchy, a ďalšie. V týchto prípadoch býva ich trvanie dlhšie a pôsobenie intenzívnejšie.

4.3.2 Diagnostické nástroje na zisťovanie neuroticity

Jednotlivé metodologické prístupy k psychodiagnostike je podľa Heretika možné rozdeliť na 4 skupiny, podobne ako aj pri iných emočných stavoch, črtách a poruchách (in Heretik, 1992): 1. subjektívne výpovede (interview, dotazníky a sebaopisovacie škály), 2. objektívne hodnotenie správania (posudzovacie škály), 3. inštrumentálne - psychofyziologické, zobrazovacie metódy a 4. projektívne metódy. Inštrumentálne metódy sa pritom používajú stále prevažne vo výskume.

Dotazníky a sebaopisovacie škály anxiety.

Ako uvádza Heretik (2007), k prvým viacdimenzionálnym dotazníkom postihujúcim aj úzkostlivosť patrili Woodworth-Mathews Personal Data Sheet a Cornell

Index. Minnesota Multi Phasic Inventory (MMPI) ako najrozšírenejší osobnostný dotazník samostatnú škálu pre anxiozitu nemá. Jedinci, ktorí sú úzkostní, však skórujú zvýšene v škálach depresie D, psychasténie Pt a hystérie Hy. Ďalšie osobnostné dotazníky ako sú Cattellov 16 PF, Eysenkov EOD a Ruiselova a Müllnerova odvodenina DOPEN či Selgov Freiburger Persönlichkeits Inventar FPI zisťujú anxiozitu podľa Heretika (2007) nepriamo na škálach emočnej stability - lability a neuroticizmu a pri nich chápe ako osobnostnú predispozícia. Rôzne aspekty anxiózných porúch meria Self Report Inventory (SCL-90) od Derogatisa, používaný aj v psychosomatickom výskume.

Jednodimenzionálne dotazníky a škály používané na zisťovanie neurotických porúch podľa Heretika (2007) sú napríklad: Taylorovej Manifest Anxiety Scale (MAS), Eysenckov Maudsley Medical Questionnaire (MMQ), IPAT Anxiety Scale Cattela a Schreiera, Spielbergerov State Trait Anxiety Inventory (STAI), Kondášova Škála klasickej sociálnosituáčnej anxiety a trémy (KSAT), Dotazník neuroticizmu (N-5) od Knoblocha Hausnera a Engelsmana, Self-Raiting Anxiety Scale (SAS) Zunga, De Bonis Anxiété Traite-Etat Inventory (BATE) a Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS).

Češková (2006) ešte dopĺňa tento zoznam o Beckov inventár úzkosti, Sebapozudzovacu škálu paniky a agorafóbie - Škála paniky a agorafóbie, Hodnotenie anticipačnej úzkosti - Dotazník ku kognitívnym vzorcom úzkosti a Fear Survey Schedule (FSS-III) Wolpeho a Langa.

Metódy objektívneho hodnotenia úzkostných porúch

Heretik (2007) na tomto mieste uvádza dve metódy, ktorými sú Hammliton Anxiety Scale (HAMA) a Yale-Brown Obsesive Compulsion Scale (Y-BOCS) od Goodmana a spol. O HAMA Svoboda (2005) uvádza, že z 15 položiek hodnotených pacientom na 5 bodovej škále je zlúčených do dvoch faktorov. Tým prvým faktorom je somatická úzkosť a druhým psychotická úzkosť. Tento dotazník je využívaný najmä pri výskume efektu anxiolytík (Heretik, 2007).

Projektívne metódy

Patria sem hlavne dve slovné asociačné metódy, ktorými sú Rorschachova metóda (ROR) a slovné asociačný experiment (Heretik, 2007). V ROR podľa neho opísali klasici (Rorschach, Zulliger, Bohm Behn-Eschenberger) všeobecné znaky anxiety a typické obrazy jednotlivých foriem neuróz s ohľadom na vtedajšiu klasifikáciu.

PRAKTICKÁ ČASŤ

5 CIELE VÝSKUMU

Náš výskum si kladie za cieľ overiť rozdiely v asociačnom experimente pre niektoré diagnosticky hodnotné kategórie rozlišovania medzi normou a neurózou na nami zvolených vzorkách neurotických pacientov a bežnej populácie. Kategóriami hodnotnými pre rozlišovanie medzi normou a neurózou konkrétne rozumieme: priemer a medián asociačného reakčného času ARČ, percento porúch asociácií, chybných reprodukcí a menejkvalitných odpovedí.

Ďalším cieľom je stanoviť normy pre vyššie uvedené kategórie. To všetko za pomoci nového slovníka vytvoreného Z. Novákom (1988) pre účely zisťovania populárnych asociačných reakcií na českej populácii.

6 HYPOTÉZY

S ohľadom na uvedené ciele nášho výskumu sme stanovili nasledujúce hypotézy.

Hypotéza H1: Priemerný asociačný reakčný čas (ARČ) bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne dlhší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Hypotéza H2: Medián ARČ bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne väčší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Hypotéza H3: Počet poruchových asociácií bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne vyšší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Hypotéza H4: Počet chybných reprodukcí bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne vyšší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Hypotéza H5: Počet menejkvalitných odpovedí bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne vyšší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

7 METODIKA VÝSKUMU

7.1 Organizácia výskumu

Celkovo náš výskum zahŕňal dve fázy.

Prvá fáza - výskum na pacientoch s neurózou, prebehol vo dvoch psychiatrických liečebniach v Českej republike a na psychiatrickom oddelení fakultnej nemocnice v Ostrave (zmiešané - mužské, ženské odd.). U liečební sa jednalo konkrétne o dve oddelenia pre liečbu neurotických porúch Psychiatrickej liečebne v Šternberku (ženské a mužské odd.) a dve oddelenia Psychiatrickej liečebne v Opave (ženské a mužské odd.). Vo všetkých uvedených zariadeniach sme žiadali o povolenie najskôr vedenie jednotlivých inštitúcií a potom zástupcov jednotlivých oddelení, s ktorými sme sa už dohodli na konkrétnych podmienkach prevedenia výskumu. V jednom z plánovaných zariadení (PL Kroměříž) nám po kontakte s vedením liečebne výskum umožnený nebol.

Prvý výber pre účely nášho výskumu sme previedli na základe dohody s klinickými psychológmi pracujúcimi na daných oddeleniach. Kritériami boli:

- psychické ochorenie neurotického charakteru,
- dosiahnutý vek 18 rokov a
- predbežný súhlas pacienta s vyšetrením.

Na základe tejto selekcie sme potom na každom z oddelení vykonali nasledovné vyšetrenia. Za účelom zistenia miery neurotizmu a vylúčenia príznakov psychotizmu (kategórie podľa ďalej uvedeného testu) sme najskôr hromadne administrovali dotazník DOPEN. Toto testovanie prebiehalo zakaždým hromadne v miestnostiach oddelených od spoločných priestorov za účasti vyšetovaných osôb a mňa ako experimentátora. Všetky osoby boli náležite upozornené na dobrovoľnosť účasti vo výskume a taktiež im bola poskytnutá možnosť odstúpenia v ktorejkoľvek z fáz vyšetovania, či už sa jednalo o DOPEN, alebo samotný slovný asociačný experiment. Ďalej im bola poskytnutá záruka anonymity a ochrany osobných dát.

Po vyplnení dotazníku pacientmi som si každého po jednom zavolať do vopred vyhradenej tichej miestnosti, väčšinou pracovne klinického psychológa. Tam som zadal v.o. asociačný experiment, ktorého výsledky boli nahrávané na digitálny záznamník

použitý z dôvodov skrátenie času celej vyšetrovacej procedúry, presného merania jednotlivých ARČ a zjednodušenia celého vyhodnocovania. Každého z v.o. som na tento fakt náležite upozornil a požiadal o súhlas s nahrávaním jeho reakcií.

Hromadné vyšetrenie dotazníkom DOPEN zaberalo zhruba 20 - 25 minút a administrácia slovného asociačného experimentu 5 - 10 minút.

Zber dát pre túto fázu výskumu prebehol na začiatku jesene v roku 2008. Celkovo sme v psychiatrických zariadeniach vyšetrili 40 osôb. Na základe výsledkov z dotazníku DOPEN sme s ohľadom na nesplnenie kritérií výberu vzorky - skóre v škále neurotizmu aspoň 1 smerodajná odchýlka smerom od normy nahor a v škále psychotizmu skóre do hodnoty normy - následne vyselektovali 10 pacientov. Z toho vyplýva, že pre účely nášho výskumu sme použili 30 člennú vzorku pacientov so zvýšeným skóre v škále neurotizmu (DOPEN).

Druhá fáza - výber vzorky z bežnej populácie, prebiehala následne po stanovení vzorky pacientov vhodnej pre účely nášho výskumu. Kritériami pre výber osôb do tejto vzorky boli:

- dosiahnutý vek 18 rokov a vyšší,
- bez psychiatrickej hospitalizácie v minulosti a
- súhlas s vyšetrením.

Pre výber tejto vzorky sme použili aj iné pomocné kritériá, v ktorých sme zohľadňovali faktory vplývajúce, alebo potenciálne vplývajúce, na výsledky asociačného experimentu. Boli nimi vek, úroveň vzdelania a pohlavie. Na základe týchto kritérií sme potom použili metódu párovania bežnej populácie s vybranými pacientmi podľa daných znakov. Zber dát na zdravej populácii potom prebiehal individuálne formou oslovovania osôb na niektorých pracoviskách či ubytovacích zariadeniach napr. obchodoch, internátoch, vrátniciach.

Týmto osobám bol potom jednotlivo administrovaný dotazník DOPEN pričom im bola taktiež zdôraznená informácia o dobrovoľnosti celého výskumu a možnosti odstúpiť v akejkolvek fáze vyšetrenia bez udania dôvodov. Ďalej im bola poskytnutá záruka anonymity a ochrany osobných dát. Pri vyšetrení slovným asociačným experimentom za pomoci digitálneho záznamníka som každého z nich osobne požiadal o súhlas s nahrávaním jeho reakcií. Z oslovených a následne skúmaných osôb sme boli nútení pre skóre v škále neurotizmu či psychotizmu (DOPEN) nad hladinou normy vyradiť troch

ľudí. Tieto kritériá boli zároveň poslednými, ktoré sme použili pri výbere osôb do vzorky bežnej populácie. Celkovo sme teda vyšetřili 30 osôb z bežnej populácie.

Vypĺňanie dotazníku DOPEN zabralo, podobne ako u pacientov, zhruba 15 - 20 minút a vyšetřenie pomocou slovného asociačného experimentu 5 - 10 minút. Táto fáza zberu dát bola vykonaná taktiež počas jesene roku 2008.

7.2 Charakteristika skúmaného súboru

Do výskumu bolo zahrnutých 30 osôb z psychiatrických liečební (PL) a 30 osôb z bežnej populácie, celkom teda 60 osôb. Vzorka 30 osôb z PL bola vybraná na základe týchto kritérií:

- psychické ochorenie neurotického charakteru,
- dosiahnutý vek 18 rokov a
- súhlas s vyšetřením
- skóre v škále neurotizmu (DOPEN) aspoň jedna smerodajná odchýlka od normy
- skóre v škále psychotizmu (DOPEN) nepresahujúce hladinu normy.

Výber z bežnej populácie musel splňovať nasledujúce kritéria pre zaradenie do výskumu:

- dosiahnutý vek 18 rokov a vyšší,
- bez psychiatrickej hospitalizácie v minulosti a
- súhlas s vyšetřením
- dosiahnutý vek zodpovedajúcej kategórie decénia, podľa osoby z PL tvoriacej s ňou "pár"
- pohlavie zodpovedajúce osobe z PL tvoriacej s ňou "pár"
- úroveň vzdelania zodpovedajúca osobe tvoriacej s ňou "pár".

Charakteristiky skúmaných osôb zahrnutých do nášho výskumu zhŕňajú nasledujúce tabuľky.

Zdroj	Počet s.o. zahrnutých do výskumu	mužov	žien
PL Šternberk	13	7	6
PL Opava	6	6	0
Psychiatrické oddelenie FN Ostrava	11	3	8
V PL celkom:	30	16	14
Bežná populácia	30	16	14

Tab. 4: Početnosti zastúpenia jednotlivých zdrojov s.o. zahrnutých do výskumu rozdelené podľa zdroja a pohlavia

V nasledujúcej tabuľke uvádzame rozdelenie skúmaných osôb podľa faktorov vplyvujúcich, alebo potenciálne vplyvujúcich na niektoré z výsledkov asociačného experimentu. S ohľadom na výber respondentov do vzorky bežnej populácie, ktorá mala kritériami spĺňať uvedené kritériá: vekové rozpätie, pohlavie a úroveň vzdelania, rovnaké ako pacient, s ktorým je spárovaný, uvádzame túto tabuľku iba raz a podotýkame, že je rovnako platná pre oba porovnávané súbory tj. 30 pacientov a 30 ľudí z bežnej populácie.

početnosť:	absolútna	relatívna
<i>vekové rozpätie</i>		
18 - 19	2	6,67 %
20 - 29	3	10 %
30 - 39	10	33,33 %
40 - 49	5	16,67 %
50 - 59	9	30 %
60 – 69	1	3,33 %
<i>pohlavie</i>		
muži	16	53,33 %
ženy	14	46,67 %
<i>vzdelanie</i>		
ZŠ	7	23,33 %
SŠ	21	70 %
VŠ	2	6,67 %

Tab. 5: Charakteristika súborov skúmaných osôb (pacienti i bežná populácia)

Z uvedených tabuliek je zrejmé, že nepatrne väčšiu časť skúmaných osôb tvorili muži 53,33%. Najväčšiu skupinu pri rozdelení do vekových kategórií podľa decénií tvorilo rozpätie 30 - 39 rokov. V kategórii úrovne vzdelania prevládali stredoškolsky vzdelaní ľudia svojimi 70 %.

7.3 Popis použitých metód

V našom výskume sme uplatnili dve testové metódy, ktorými boli dotazník DOPEN a Slovný asociačný experiment.

Dotazník **DOPEN** sme použili na selekciu skúmaných osôb do našej vzorky podľa už vyššie uvedených kritérií. Zisťovali sme pomocou neho úroveň neurotizmu - minimálne jedna smerodajná odchýlka nad hladinu normy - u pacientov psychiatrických zariadení. Škála psychotizmu nám zároveň poslúžila pre vyradenie pacientov skórujúcich v nej nad úroveň normy. U vzorky získanej z bežnej populácie sme pomocou neho vyradili osoby skórujúce v škálach neurotizmu a psychotizmu nad úroveň normy.

"DOPEN je pôvodná slovenská metóda, ktorá vznikla na báze osvedčených Eysenckových dotazníkov" (Svoboda, 2005, s. 271). Bola vytvorená I. Ruiselom a J. Müllnerom, ako ďalej uvádza Svoboda (2005), ktorí k vybraným Eysenckovým položkám pridali niektoré vlastné. Dotazník pozostáva z 86 položiek usporiadaných do štyroch škál, ktorými sú:

P - psychotizmus

E - extravergia

N - neuroticizmus

L - tzv. lži skóre, ktorá okrem predstierania "dobra" meria aj stupeň "sociálnej naivity".

Administráciu je možné vykonať jednotlivo, alebo hromadne. Skúmaná osoba si prečíta zadanie v testovacom zošite a odpovedá na jednotlivé položky tým, že zakrúžkuje jednu z dvoch možností (áno - nie) v záznamovom hárku. Inštrukcia uvedená v testovacom zošite znie: "V tomto dotazníku jsou otázky, které se týkají lidského chování a pocitů. Odpovězte, prosím, na každou tak, jak Vás to nejlépe vystihuje. Nejsou zde žádné správné nebo nepravdivé odpovědi, ani žádné 'chytáky'. Správná je každá pravdivá odpověď. Pracujte rychle a nezdržujte se dlouhým přemýšlením o odpovědích. Žádnou otázku nevynechejte a postupujte v pořadí, jak po sobě následují."

Vyhodnocovanie sa robí pomocou šablón s predtlačenými obdĺžnikmi pomocou ktorých spočítame hrubé skóre pre jednotlivé kategórie P, E, N a L a zapíšeme do

záznamového hárku na príslušné miesto. Získané hrubé skóre sa porovná s normami uvedenými v tabuľke, ktoré sú rozdelené podľa vekových kategórií, alebo sa podľa inej tabuľky prevedie na percentily. Percentilové normy však nie sú rozdelené podľa veku pre nevyváženosť subvzoriek ako uvádzajú autori (Müllner, Ruisel, 1990).

Vek	n	P		E		N		L	
		AM	SD	AM	SD	AM	SD	AM	SD
Muži									
16 - 29	225	3,42	2,27	15,83	4,83	8,36	5,33	6,48	3,21
20 - 29	210	3,29	2,32	15,04	5,19	9,45	5,25	6,66	3,39
30 - 39	147	4,18	3,42	13,86	5,54	9,17	4,97	7,35	3,12
40 - 49	113	4,85	3,15	12,42	5,25	10,27	5,19	7,43	3,50
50 - 59	32	3,62	2,28	12,59	5,49	9,22	4,25	9,69	3,57
60 - 69	12	4,08	2,54	15,75	3,84	10,50	5,66	10,92	2,35
	739	3,77	2,86	14,55	5,33	9,20	5,20	7,06	3,39
Ženy									
16 - 29	91	3,57	2,40	14,84	6,26	11,44	5,57	8,31	3,69
20 - 29	197	3,65	2,79	14,92	5,46	11,42	6,24	7,65	3,35
30 - 39	55	4,75	2,79	13,07	5,36	11,96	5,73	8,67	3,16
40 - 49	23	4,09	2,89	10,09	5,88	10,04	5,14	10,35	3,47
50 - 59	21	4,29	3,18	14,52	5,55	12,52	5,46	11,09	2,53
60 - 69	10	4,90	5,26	13,70	7,36	11,30	6,53	10,60	3,03
	397	3,87	2,83	14,31	5,82	11,48	5,91	8,36	3,50

Tab. 6: Vekové normy DOPEN (Müllner, Ruisel, 1990, s. 51)

Normy pre tento test boli vytvorené na viac ako tisíc respondentoch a ako môžeme vidieť z tabuľky, prevažovali v nej muži $n=739$ (65%) s.o. nad ženami $n=397$ (35%) s.o.

Našou hlavnou výskumnou metódou bol **Slovný asociačný experiment**. Radí sa k verbálnym projektívnym technikám. Jeho diagnostická hodnota však nespočíva iba v projektívnej časti. Pomocou ostatných dát, ktoré v jeho priebehu zaznamenávame alebo získavame po ďalšom vyhodnotení, ako sú napr. poruchové asociácie, asociačný reakčný čas (ARČ), počet chybných reprodukcí atd., dokáže, ako uvádza Kondáš (1979), diferencovať medzi neurózou a psychózou (podľa vtedy platného MKN - 9), či neurózou a normou. Test umožňuje variabilnosť súboru podnetových slov, či už jeho doplnením o

potenciálne konfliktogénne slová, alebo celkovou zmenou zásoby slov podľa dopredu stanovených pravidiel. Svoboda (2005) uvádza niekoľko pravidiel pre zostavenie podnetového protokolu ad hoc, ktorými sú napr.: rovnaká zrozumiteľnosť slov, rovnaký slovný druh, približne rovnaká dĺžka.

Čo sa týka vyhodnocovania a ďalších podrobných informácií o asociačnom experimente, chceli by sme na tomto mieste odkázať na tretiu kapitolu v tejto práci.

Za pomerne dlhú dobu existencie AE vzniklo niekoľko štandardných súborov podnetových slov pre ktoré boli vytvorené normy tzv. populárnych odpovedí, teda najčastejšie asociovaných slov k danému slovnému podnetu. Pre československú populáciu vytvoril tieto normy a štandardizoval test O. Kondáš v roku 1979. Normy populárnych reakcií však boli vytvorené na slovenskej populácii a rozsah vzoriek skúmaných osôb pre jednotlivé podnetové protokoly bol zo štatistického hľadiska nedostatočný (viz. kapitola 2.).

Z týchto dôvodov sme použili súbor slov, pre ktoré boli overené populárne odpovede na českej populácii, ktorého autorom je Z. Novák. Rozsah jeho vzorky, ako uvádza Novák (1988), zahŕňal celkom 500 dospelých s.o. z toho 250 žien a 250 mužov. Vnútorne sa ďalej delili na 100 osôb so základným vzdelaním (vyučených) a 100 vysokoškolákov. Do tohto celku patria aj podskupiny, na ktorých overoval stabilitu výsledkov asociačného testu metódou test-retest a vzťah jeho výsledkov k výsledkom testov intelektových schopností. Novák (1996) taktiež vytvoril normy pre voľné slovné párové asociácie u detí od 5 - 15 rokov.

Celý pôvodný zoznam jeho podnetových slov uvádzame v nasledujúcej tabuľke. Obsahuje 150 slov do ktorých Novák (1988) začlenil

- 55 substantív
- 40 sloviess
- 30 adjektív
- 15 prísloviess a
- 10 zámen.

psát	červený	osladit	polámaný	bloudit
cukroví	kotě	ovoce	on	matka
děvče	hudba	pomalů	máslo	tmavý
já	skrčený	žena	otec	oni
brouk	učit se	právě	pohodlí	židle
trochu	sněhulák	nedbale	krásný	rychlý
náš	muž	den	doleva	jídlo
kamna	větrat	ty	rozbalit	rok
vždy	práce	šunka	země	plavat
barva	slyšet	starý	čarovat	bílý
mladý	tleskat	čekat	zvíře	ošklivě
křičet	černý	hýbat	korálek	dlouhý
hladový	spravedlnost	kráva	ruka	chaloupka
utěrka	odkvetlý	přát	obyčejně	dítě
motýl	vzít	řící	sedět	slaný
pískat	skákat	uvařený	umazaný	hledat
okurka	hluboký	zvadlý	nahoru	bát se
kocour	vy	měkký	kokrhát	umývat
hlasitě	vědět	objevit se	přebrat	lampa
my	květ	můj	nůžky	žít
velký	strana	lidé	vysoký	něco
jít	lékař	čistý	začít	pokousat
kapat	šetřit	poranit	platit	sáňky
město	těžký	celý	stůl	opadat
brusle	štípnout	srnka	oko	hlava
chléb	tiše	malinko	jehla	tvrdý
vyhaslý	pozpátku	studený	nést	tvůj
chlapec	jíst	modrý	roztržený	vidět
někdy	tam	vyprávět	štěně	vypínač
voda	malování	jahodový	pavouk	záhonek

Tab. 7: Zoznam podnetových slov pre voľné slovné párové asociácie (Novák, 1988)

Z tohto zoznamu slov vychádzal aj nami skonštruovaný zoznam. Pre tieto účely sme rozdelili Novákov zoznam na jednotlivé slovné druhy a tie sme potom pomerovo priradili do 3 súborov po 50 slovách, ktoré sme potom náhodne zamiešali pomocou programu Excel. Týmto krokom sme chceli kopírovať početom slov pôvodný Kondášov (1979) štandardný protokol B, ktorý obsahuje 50 slov. Ostatné dve ním uvádzané 25 slovné verzie sú skrátene, alebo určené pre deti.

někdy	sedět	bát se
uvařený	tam	umývat
objevit se	kotě	práce
hladový	den	poranit
my	černý	vypínač
náš	skrčený	chaloupka
umazaný	pomalů	hudba
přát	hluboký	srnka
jít	rychlý	muž
okurka	židle	rozbalit
řící	ruka	dlouhý
tiše	přebrat	hlava
šetřit	roztržený	pohodlí
hýbat	nést	čarovat
měkký	matka	otec
mladý	nedbale	malinko
malování	zvíře	pokousat
barva	pavouk	opadat
děvče	jehla	on
utěrka	červený	dítě
já	právě	země
vyhaslý	platit	studený
pískat	jídlo	ošklivě
město	učit se	slaný
osladit	vzít	bílý
chléb	kráva	tvůj
hlasitě	slyšet	vědět
trochu	šunka	lidé
štípnout	vysoký	lampa
žena	korálek	doleva
křičet	vy	tvrdý
velký	odkvetlý	obyčejně
psát	plavat	květ
starý	můj	vidět
těžký	rok	vyprávět
kamna	větrat	nahoru
chlapec	stěně	hledat
ovoce	oni	krásný
kocour	nůžky	žít
strana	stůl	celý
brusle	čistý	skákat
zvadlý	ty	něco
brouk	začít	záhonek
vždy	tmavý	sáňky
cukroví	bloudit	polámaný
motýl	pozpátku	spravedlnost
jíst	kokrhát	jahodový
lékař	oko	sněhulák
kapat	tleskat	modrý
čekat	voda	máslo

Legenda:

	Podstatné mená
	Slovesá
	Prídavné mená
	Príslovky
	Zámená

Tab. 8: Nami používané jednotlivé tri zoznamy slov

V tabuľke na predchádzajúcej strane uvádzame nami používané tri súbory slov s farebne zvýraznenými slovnými druhmi.

Pre vyšetrenie sme zadávali všetky tri stĺpce za sebou. Oddeľoval ich iba krátky čas a inštrukcia o repetícii, ktorá viedla k tomu, ako sme si všimli, že sa v nich s.o. postupne zlepšovali. Táto skutočnosť bola overená štatistickým zhodnotením rozdielu v počte chybných repetícií medzi súborom slov z prvého a posledného hore uvedeného stĺpca na dvanástich respondentoch. Rozdiel medzi počtom chybných reprodukcí sa ukázal štatisticky vysoko významný: $\alpha=0,01$; t štat. 2,85805 > t krit. 2,818756. Z toho sme vyvodili záver, že pre ďalšie pokračovanie budeme používať už iba prvý, hore uvedený, stĺpec päťdesiatich slov.

7.4 Štatistické metódy analýzy výsledkov

Výstupy z asociačného experimentu, ktoré sme nahrali pomocou digitálneho záznamníku, sme spracovali pomocou počítačového programu GoldWave 5.25. Získané dáta sme prepísali a pre vyhodnotenie nami získaných štatistických údajov potom použili program Microsoft Excel 2003.

Pre štatistické vyhodnotenie jednotlivých kategórií diagnostických znakov sme použili dvojvýberový t-test s nerovnosťou rozptylu.

K stanoveniu noriem bola použitá popisná štatistika, rovnako ako v pôvodnej príručke od Kondáša (1979).

8 ROZBOR VÝSLEDKOV VÝSKUMU A ICH INTERPRETÁCIA

8.1 Testovanie hypotéz

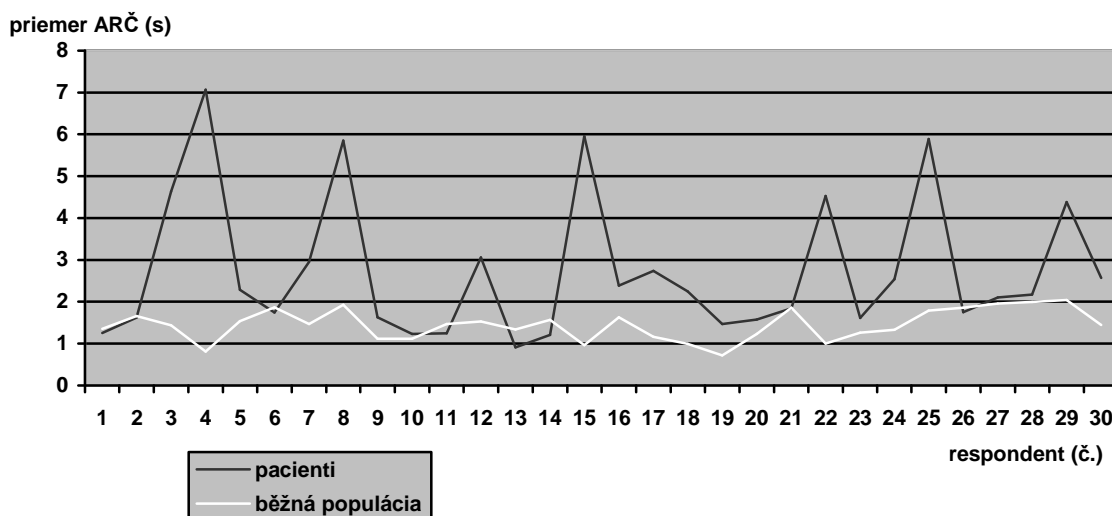
Na základe výskumu sme dospeli k nasledujúcim zisteniam. Výsledky testovaných hypotéz uvádzame v príslušných tabuľkách.

Hypotéza H1: Priemerný asociačný reakčný čas (ARČ) bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne dlhší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Priemerný ARČ	pacienti	bežná populácia	štatisticky významný rozdiel
stredná hodnota	2,745767	1,444967	áno ($\alpha=0,001$)
rozptyl	2,814786	0,133643	
t štatistická	4,149309		
t kritická (2)	3,621802		

Tab. 9: Výsledky porovnania priemerných ARČ

Rozdiel medzi pacientmi a bežnou populáciou v priemernej rýchlosti asociačného reakčného času sa potvrdil na veľmi vysokej hladine významnosti $\alpha=0,001$. 83,33% pacientov dosiahlo od priemerného ARČ bežnej populácie $\mu=1,44$ sekundy, vyšší čas a zostávajúcich 16,67% čas nižší. V priemere sa pacienti líšili od priemerného ARČ bežnej populácie o 1,3 sekundy.



Graf 1: Porovnanie priemerných ARČ u pacientov a bežnej populácie

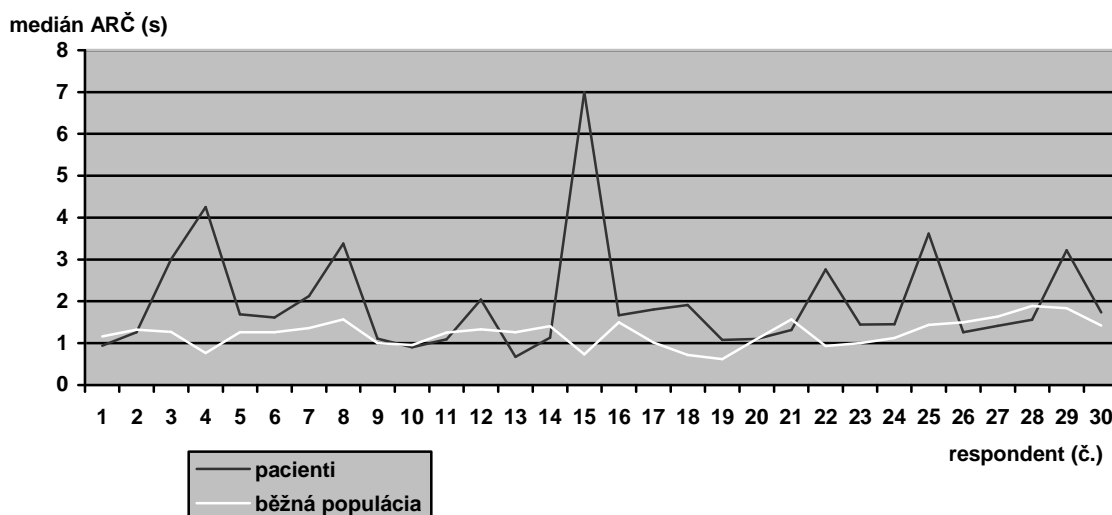
Z hore uvedeného grafu je možné vidieť, že priemerný ARČ u pacientov vykazovali väčšiu mieru kolísania v rozmedzí zhuba od 1 sekundy do 7 sekúnd.

Hypotéza H2: Medián ARČ bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne väčší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Medián ARČ	pacienti	bežná populácia	štatisticky významný rozdiel
stredná hodnota	1,956533	1,237733	áno ($\alpha=0,01$)
rozptyl	1,770172	0,100491	
t štatistická	2,878531		
t kritická (2)	2,738481		

Tab. 10: Výsledky porovnania mediánov ARČ

Rozdiel medzi pacientmi a bežnou populáciou vo výške hodnoty mediánu ARČ sa potvrdil na vysokej hladine významnosti: $\alpha=0,01$. 73,33% pacientov malo vyššiu hodnotu mediánu ARČ než priemerný medián bežnej populácie $\mu=0,75$ a zostávajúcich 26,67% hodnotu nižšiu. Priemerne sa líšili od priemerného mediánu ARČ bežnej populácie o 0,75 sekundy.



Graf 2: Porovnanie mediánov ARČ u pacientov a bežnej populácie

Pri porovnaní tohto grafu s predchádzajúcim vidíme menšiu kolísavosť v hodnote mediánu ARČ pacientov oproti bežnej populácii. Stále sú však zrejme isté excesy.

Hypotéza H3: Počet poruchových asociácií bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne vyšší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Poruchové asociácie	pacienti	bežná populácia	štatisticky významný rozdiel
stredná hodnota	17,66667	16,13333	nie
rozptyl	150,3678	19,01609	
t štatistická	0,645299		
t kritická (2)	2,028094		

Tab. 11: Výsledky porovnania výskytu porúch asociácií

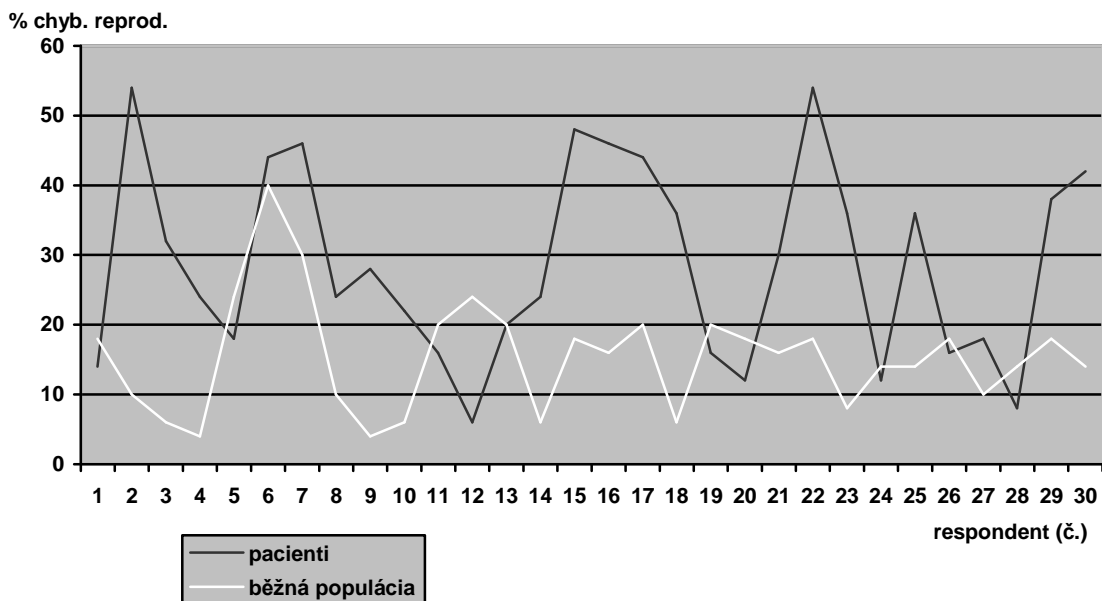
Signifikantne významný rozdiel medzi porovnávanými súbormi v počte poruchových asociácií sa na našej vzorke skúmaných osôb nepotvrdil.

Hypotéza H4: Počet chybných reprodukcí bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne vyšší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Chybné reprodukcie	pacienti	bežná populácia	štatisticky významný rozdiel
stredná hodnota	28,8	15,46667	áno ($\alpha=0,001$)
rozptyl	199,0621	63,98161	
t štatistická	4,502829		
t kritická (2)	3,514957		

Tab. 12: Výsledky porovnania počtu chybných reprodukcí

Rozdiel medzi pacientmi a bežnou populáciou v počte chybných reprodukcí sa potvrdil na veľmi vysokej hladine významnosti: $\alpha=0,001$. 83,33% pacientov malo väčší počet chybných reprodukcí než priemerný počet chybných reprodukcí bežnej populácie $\mu=15,47$ a zostávajúcich 16,67% počet nižší. Priemerne sa líšili od priemerného počtu chybných reprodukcí bežnej populácie o 27,56% čo je zhruba 14 chyb. reprodukcí.



Graf 3: Porovnanie % výskytu chybných reprodukcií u pacientov a bežnej populácie

Uvedený graf nám ukazuje mieru kolísania výskytu porúch asociácií u pacientov a bežnej populácie v percentách. Môžeme si všimnúť, že väčšina bežnej populácie sa pohybuje v rozmedzí do 20%, čo je 10 chybných reprodukcií na nami zadávaný protokol.

Hypotéza H5: Počet menejkvalitných odpovedí bude u vzorky pacientov s neurózou signifikantne vyšší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie.

Menejkvalitné odpovede	pacienti	bežná populácia	štatisticky významný rozdiel
stredná hodnota	0,866667	0,266667	nie
rozptyl	3,222989	0,409195	
t štatistická	1,72436		
t kritická (2)	2,028094		

Tab. 13:

V počte menejkvalitných odpovedí sa na našej vzorke skúmaných osôb nepotvrdil žiadny signifikantne významný rozdiel.

8.2 Stanovenie noriem

Na základe vyššie uvedených výsledkov sme sa rozhodli stanoviť normy pre tie dimenzie výsledkov asociačného experimentu, u ktorých sa nám naše hypotézy potvrdili. Sú to konkrétne priemer ARČ, medián ARČ a počet chybných reprodukcí. U počtu poruchových asociácií a menejkvalitných odpovedí sa naše hypotézy o štatisticky významnom rozdiel medzi skúmanými súbormi nepotvrdili. Nie je preto možné na základe týchto výsledkov vyvodzovať akékoľvek normy. Ponecháme ich preto stranou a vrátíme sa k nim v diskusii.

Normy pre asociačný experiment ako projektívnu metódu majú odlišný charakter od iných testov, napr. typu dotazník, kde sú ich výsledky prevádzané napr. na percentily. Kondáš (1979) vo svojej príručke používa pre ich charakterizáciu popisnú štatistiku a vyjadruje tak napr. rozpätie, v ktorom sa pohybuje percento menejkvalitných asociácií vyskytujúce sa u normy či u neuróz. My sa preto budeme držať tohto typu vyjadrenia noriem tiež. V nasledujúcej tabuľke uvedieme priemerné hodnoty skúmaných skupín a rozdiely medzi nimi v tých oblastiach, v ktorých sa nám potvrdil už spomínaný rozdiel medzi skupinami.

skupina	norma	neurózy	rozdiely medzi skupinami	miera zväčšenia oproti norme
N - vekový priemer	30 - 41,3	30 - 41,8		
priemerný ARČ (s)	1,44	2,75	1,31	(1,9x)
priemerný medián ARČ (s)	1,24	1,98	0,74	(1,6x)
počet chybných reprodukcí (%)	15,47	28,8	13,33	(1,9x)

Tab. 14: Priemerné hodnoty vo vybraných diagnostických znakoch nami skúmaných skupín

9 DISKUSIA

V tejto práci sme sa snažili overiť rozdiely u niektorých diagnostických znakov asociačného experimentu medzi bežnou populáciou a pacientmi s neurotickými poruchami. Na základe výsledkov sme sa potom pokúsili stanoviť normu podľa takého spôsobu, akým je uvedená v samotnom manuáli k slovnému asociačnému experimentu. Pre tieto účely sme používali podnetové protokoly zostavené zo zásoby slov, ktorú normalizoval Z. Novák pre populárne reakcie na českej populácii. K tomuto kroku sme pristúpili z dvoch dôvodov. Prvým bol ten, že v pôvodnom asociačnom experimente boli populárne R overované na omnoho vyššom počte respondentov 500 oproti napr. 30 pre protokol formy B. Druhým bol fakt, že normy populárnych odpovedí pôvodného testu boli zostavované na slovenskej populácii. Prišlo nám teda vhodné využiť už vzniknutú normu omnoho viac sa hodiacej pre účely použitia v českej populácii.

Predpokladané hypotézy vyvedené z pôvodných výsledkov uvádzaných O. Kondášom v príručke k testu sme overovali na vzorke 30 pacientov a 30 ľudí z bežnej populácie. Aj keď sme si vedomí toho, že výsledky z nášho vzorku s.o. nie je možné nekriticky zovšeobecniť pre celú populáciu, domnievame sa, že v porovnaní s Kondášovou vzorkou 10 pacientov s neurózou je náš počet respondentov značne reprezentatívnejší a z toho dôvodu by mohol lepšie vystihovať charakteristiky nami skúmaných diagnostických znakov.

O vnútornom rozdelení vzorky pacientov s neurózou sa Kondáš (1979) nezmieňuje, preto nie je možné tieto údaje porovnať. Pre orientáciu však uvedieme, že naša vzorka s.o. sa delila vnútorne, podľa pohlavia na 16 (53,33 %) mužov a 14 (46,67 %) žien. Vekové kategórie ktoré sme si zvolili po časových úsekoch desiatich rokov, boli ako u pacientov, tak aj u bežnej populácie naplnené rovnakým počtom s.o., aby sme sa vyhli rozdielom vo výsledkoch asociačného experimentu zapríčinených práve ich vekom. Takisto sme sa pokúsili ošetriť aj takú premennú, akou je úroveň vzdelania. Pre tento účel sme použili tri kategórie, základné, stredoškolské a vysokoškolské vzdelanie, pri ktorom sme rovnako použili metódu "spárovania" výberu vzorky s.o. z bežnej populácie so vzorkou pacientov.

Úroveň neuroticity ako u pacientov, tak aj u bežnej populácie sme zachytávali pomocou dotazníka DOPEN. Úskalím výberu pomocou tejto metódy je fakt, že výsledky testu zachytávajú mieru neurotizmu ako osobnostný rys a teda predikujú tendenciu k možnému ochoreniu daného typu. Oproti iným, nám dostupným, testovým metódam je však výhodou jeho krátka doba administrácie (15-25min), ktorú sme uprednostnili napr.

pred zdĺhavým zadávaním testu MMPI. Ten na rozdiel od DOPENu zachytáva patologické rysy avšak pre neuroticitu samostatnú škálu nemá. Usudzuje sa na ňu zo škál pre depresiu, psychasténiu a hystériu. Výhodou nami používaného testu DOPEN bola škála psychotizmu. Tú sme použili hlavne k vyradeniu pacientov, u ktorých bola možnosť chybného určenia diagnózy zo strany ošetrojúcich lekárov, na ktorú sme boli vopred upozornení.

Pri vyplňaní dotazníku sme si všimli často kladených doplňujúcich otázok nielen zo strany pacientov, ale aj s.o. z bežnej populácie. Myslíme si, že je to spôsobené nie celkom presnou formuláciou niektorých položiek. Napr. pri otázke "Mluvíte normálne dost hlasitě?" vznikli pochybnosti okolo toho, či je spojenie "dost hlasitě" chápané ako 1. hovorím tak nahlas, aby som bol druhými ľuďmi počutý, alebo 2. hovorím tak nahlas, že až kričím. Z toho vyplýva pravdepodobnosť skreslenia výsledkov v jednotlivých škálach z dôvodu nepochopenia otázok.

V nasledujúcom texte sa zameriame na výsledky nami stanovených hypotéz. Prvá z nich mala za cieľ zistiť, či bude priemerný asociačný reakčný čas (ARČ) u vzorky pacientov s neurózou signifikantne dlhší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie. Táto hypotéza sa nám potvrdila na hladine významnosti $\alpha=0,001$, avšak už pri pohľade do grafu č. 1 si môžeme všimnúť istej nevyrovnanosti, až "skákovosti" latencií. U skupiny pacientov 16,67% dosiahnutých hodnôt v priemernom ARČ klesá pod priemerný ARČ bežnej populácie. Faktor, ktorým by mohlo byť zapríčinené podávanie takto rýchlych odpovedí u skupiny pacientov, je vysoký výskyt menejkvalitných odpovedí, pri ktorých s.o. dáva povrchné odpovede typu prídavných mien, napr. dobrý, zlý, veľký, malý, ktoré by mohli vypovedať o charakteristike mnohých podnetov. Týmto spôsobom sa vyhybajú odpovediam individuálne významným. Ako však uvidíme ďalej v texte, táto skutočnosť sa nám nepotvrdila. To otvára otázku o významnosti priemerného ARČ ako samostatného znaku pre diagnostiku neurotických porúch. Ako však uvádza Kondáš, a to platí aj pre všetky nasledujúce, nami testované diagnostické znaky, "výsledky jednotlivého vyšetrenia asociačného experimentu nemožno mechanicky kvantitatívne vyhodnocovať" (Kondáš, 1979, s. 42). Ďalej pokračuje v tvrdení, že jednotlivé diagnostické znaky dávajú plný psychologický zmysel až pri ich vzájomnom posudzovaní. O predĺžení priemerného ARČ sa od Kondáša dozvedáme, že u neuróz stúpa priemerná hodnota ARČ viac ako 2 krát. V nami získaných výsledkoch to bolo o 1,9 krát, čo je bližšie norme, ktorú uvádza Kondáš pre "psychopatie" a síce 2 násobné predĺženie ARČ. Jedným z faktorov, ktorý mohol zapríčiniť túto skutočnosť, môže byť aj nami použitý zoznam podnetových slov. Pre

budúcnosť by bolo by zaujímavé vyšetriť týmto zoznamom vzorku osôb - podľa vtedajších diagnostických kategórií psychotických - ktorú by sme porovnali s nami získanými údajmi.

Druhá testovaná hypotéza sa týka mediánu ARČ, u ktorého sme predpokladali signifikantne vyššie hodnoty pre pacientov. Hypotéza sa nám potvrdila na hladine významnosti $\alpha=0,01$. 26,67% pacientov však dosahovalo hodnoty nižšej, ako je nami zistený priemerný medián ARČ u bežnej populácie. Tento diagnostický znak je podľa Kondáša (1979) nutné zvažovať spolu s priemerným ARČ. Podľa neho by mal byť u pacientov s neurotickými poruchami dvojnásobne predĺžený rovnako ako priemerný ARČ. Naše výsledky toto čiastočne potvrdzujú, keďže v našej vzorke s.o. sa podarilo zistiť priemerne 1,6 násobné predĺženie.

Čo sa týka hypotézy o väčšom počte poruchových asociácií, ktorý sme očakávali u vzorky pacientov s neurózou vyšší, zistili sme, že na našej vzorke s.o. sa nepotvrdila. Myslíme si, že to mohlo byť zapríčinené výberom osôb z bežnej populácie. Ten prebiehal na základe vyhodnotenia jedného dotazníka (DOPEN), z ktorého sa nedá usudzovať na celkovú normalitu osobnosti. Taktiež do tohto výsledku mohla vstupovať celá rada nepatologických faktorov, akýchsi osobnostných rysov, v ktorých sa odráža výskyt poruchových asociácií. Pre eliminovanie týchto chýb by bolo prínosné zistiť vzťahy medzi poruchovými asociáciami a osobnostnými rysmi. Pre tento účel by bolo možné použiť jednotlivé kategórie do ktorých sa poruchové asociácie delia a nie iba posudzovať ich percento výskytu.

Štvrtá hypotéza o signifikantne vyššom počte chybných reprodukcí u pacientov s neurotickými poruchami sa potvrdila na hladine významnosti $\alpha=0,001$. 83,33% pacientov malo väčší počet chybných reprodukcí než priemerný počet chybných reprodukcí bežnej populácie. Kondáš udáva rozpätie 10 - 20% chybných reprodukcí u pacientov s neurotickými poruchami. Naše celkové rozpätie počtu chybných reprodukcí u pacientov sa pohybovalo v rozmedzí od 6 do 54% s priemernou hodnotou 28,8%. V bežnej populácii bolo toto rozpätie nasledovné: 4 - 36% s priemerom 15,5%. V rozmedzí nad jednu smerodajnú odchýlku od priemeru normy, teda nad hodnotu 23,5%, sa u pacientov pohybovalo 60% s.o. a u bežnej populácie 13,33% s.o. Pretože Kondáš neuvádza spôsob, akým určil rozpätie pre neurotické poruchy 10 - 20%, nemôžeme stanoviť podobné rozpätie u nášho súboru s.o. a na základe toho ich porovnať. Pre orientáciu ponúkame aspoň vyššie uvedené výpočty. Podľa ním popísaného rozmedzia by z nášho súboru s.o. kritérium tohto diagnostického znaku neuroticity spĺňalo 60% bežnej populácie a iba 30% pacientov. Tento fakt nás privádza na myšlienku určenia nového rozpätia pre kritérium

stanovenia neurotických porúch a preverenia jeho významnosti na väčšej vzorke s.o. Sám Kondáš (1979) uvádza, že vzťah počtu porúch asociácií s možnými faktormi, ktoré sa na jeho zmene podieľajú nebol do doby vzniku jeho noriem pre asociačný experiment riadne skúmaný.

Posledná hypotéza sa týkala počtu menejkvalitných odpovedí, kde sme predpokladali ich signifikantne vyšší výskyt u pacientov s neurotickou poruchou oproti bežnej populácii. Hypotéza sa na našej vzorke s.o. nepotvrdila. Kondášom uvádzaný priemer pre skupinu "neurózy" je 7,8% a u "zdravých dospelých" 2,3%. V inej časti zase uvádza k diagnostickým znakom dôležitým pri neurotických poruchách rozpätie od 5 - 10%. Znova podotýkame, že uvedené rozpätie nie je možné porovnať s nami získanými výsledkami, keďže nie je jasné akým spôsobom bolo stanovené. Čo však môžeme porovnať, sú priemery oboch skupín, ktoré pre náš výskum vyšli v hodnotách 0,87% pre pacientov s neurotickými poruchami a 0,27% pre bežnú populáciu. Tieto priemery sú v porovnaní s Kondášom uvádzanými hodnotami už voľným okom postrehnuteľne menšie. Táto skutočnosť mohla byť zapríčinená z našej strany, keďže vyhodnocovanie niektorých diagnostických údajov z asociačného experimentu môže spôsobovať obtiaže u zatiaľ neskúsených diagnostikov ako potvrdzuje aj Kondáš. Tento faktor sa taktiež mohol spolupodieľať na hodnotách vo výsledkoch poruchových asociácií. Tu sme napr. narazili pri zvažovaní o poruchovej asociácii, konkrétne egocentrickej odpovedi, u zámena JA na problém vyniesť súd, či sa o ňu jedná, alebo nie, keďže samotný podnet by mohol byť hodnotený ako egocentrický. Taktiež si myslíme, že u tohto slova je vysoká pravdepodobnosť vyvolávať práve asociácie, ktoré by sa dali hodnotiť ako egocentrické. V budúcnosti by bolo možné uvažovať o jeho bližšom preskúmaní, pre konkrétnejšie stanovenie podmienok, za ktorých sa budú hodnotiť asociácie ním vyvolané ako egocentrické, alebo by sa mohlo pristúpiť k jeho vyradeniu, čo by však bolo príliš jednoduché a neprinášajúce ďalšie poznatky.

Hlavný prínos tejto práce vidíme v overení noriem pre asociačný experiment vydaných Kondášom (1979) a spochybnení niektorých diagnostických znakov významných pre rozlišovanie medzi normou a neurotickými poruchami.

10 ZÁVER

Na základe nášho porovnania 30 pacientov z neurotickou poruchou a 30 osôb z bežnej populácie sme po štatistickom vyhodnotení došli k nasledujúcim záverom.

1. V priemernej rýchlosti ARČ sa pacienti signifikantne líšili ($\alpha=0,001$) od bežnej populácie. Priemerný ARČ pacientov (2,75s) bol 1,9x dlhší ako priemerný ARČ bežnej populácie (1,44s).
2. V priemernej hodnote mediánu ARČ sa pacienti signifikantne líšili ($\alpha=0,01$) od bežnej populácie. Priemerný medián ARČ pacientov (1,98s) bol 1,6x vyšší ako priemerný ARČ bežnej populácie (1,24s).
3. Počet poruchových asociácií pacientov sa štatisticky významne nelíšil od počtu porúch zistených v bežnej populácii.
4. Počet chybných reprodukcí bol u pacientov štatisticky významne vyšší ($\alpha=0,001$) ako u bežnej populácie. Miera zvýšenia priemerného výskytu chybných reprodukcí u pacientov dosiahla 1,6 násobnej hodnoty.
5. V počte menejkvalitných odpovedí sa pacienti štatisticky významne nelíšili od bežnej populácie.

Z uvedených výsledkov vyplýva, že priemer a medián ARČ spolu s chybnými reprodukciami sa ako diagnostické znaky podieľajú na rozlišovaní medzi normou a neurotickou poruchou. V ostatných dvoch diagnostických znakoch, poruchových asociáciách a menejkvalitných odpovediach, sme štatisticky nezistili významnosť pri rozlišovaní medzi normou a neurotickou poruchou. Počet nami zistených diagnosticky významných znakov pre diferenciaciu medzi normou a neurotickými poruchami sa tak znížil z pôvodných 5 na 2.

11 SÚHRN

I keď vo formulácii asociačných zákonov niektorí autori, ako napr. Geist (2000) a Gillernová (2000), prisudzujú prvenstvo Aristotelovi, bol to J. Locke, kto po prvý krát použil frázu "asociácie ideí" vo štvrtej edícii svojho diela "Esej o ľudskom rozume" (Auerbach, Corsiny 1998). Plháková (2006) píše, že je za tento počin často krát považovaný za zakladateľa britského asocianizmu. On sám asociácie považoval za "druh 'šialenstva', pretože sa stavajú do cesty racionálneho, priameho myslenia" (Auerbach, Corsiny, 1998, s. 62).

Lockovými myšlienkami sa priamo inšpiroval asocianizmus. Ako uvádza Plháková (2006), asocianizmus sa vydělil z britského empirizmu a za jeho zakladateľov sú považovaní David Hartley a David Hume. Tento smer psychológie vysvetľoval duševné deje prevažne na základe asociácií (spojov) medzi psychickými obsahmi. David Hume, ako uvádza Störig (2007), považoval zložené idey, rovnako ako Locke, za vytvorené v rozume kombináciou jednoduchých elementov impresií či ideí, podrobil ich však omnoho dôkladnejšej analýze. Davidovi Hartleyovi, ako píše Hoskovec (1992), sa ako druhému zo zakladateľov asocianizmu, podarilo spojiť celú radu duševných dejov v jednotnú teóriu. Jeho psychologický zákon asociácie predstáv znie: "Ak sú akékoľvek počítky navzájom združené dostatočne často krát, získavajú takú schopnosť týkajúcu sa zodpovedajúcich predstáv, že ak ktorýkoľvek z nich je vzbudený sám, je schopný vyvolať v myslí ostatné predstavy" (Hoskovec, 1992, s. 34).

Mechanizmus asociácií využíva aj historicky prvá projektívna metóda vedeckej psychológie, ktorou je nami skúmaný slovný asociačný experiment.

Názov "projekčná technika" bol zavedený psychológom L. K. Frankom, ktorý ho v roku 1939 po prvý krát použil na prednáške v New York Academy of Sciences a projektívne metódy prirovnal k röntgenovým lúčom (Šípek, 2000).

Podľa Šípka (2000) projektívnymi technikami v psychodiagnostike rozumieme také testové nástroje, ktoré skúmanú osobu konfrontujú so značne neurčitou (mnohovýznamovou) podnetovou situáciou, na ktorú má reagovať podľa toho, čo pre neho táto situácia znamená, inak povedané podľa zmyslu významu, ktorý sám prisudzuje danému neurčitému stimulu.

Pri delení projektívnych metód sa podľa Svobodu (2005) uplatňovali rôzne kritériá. Svoboda (2005) i Stančák (1982) navrhujú pre rozdelenie projektívnych metód tri skupiny, pričom, ako píše Stančák, "ako kritérium triedenia využívame formy prejavu" (1982, s.

166). Samotné delenie je nasledovné 1. verbálne metódy, 2. grafické metódy a 3. manipulačné metódy (metódy voľby) (Svoboda, 2005).

Nás z týchto techník zaujal práve asociačný experiment. História tejto metódy siaha až do roku 1879 a jej vznik je spájaný s menom Francisa Galtona. Bol prvý, kto experimentoval so slovnými asociáciami, a Hall a Lindzey (2002) uvádzajú, že jeho pôvodným úsilím bolo vysvetlenie procesov učenia. Ako uvádza Kondáš, F. Galton na základe výsledkov svojich pokusov vyslovil prvé konštatovanie o diagnostických možnostiach využitia tejto metódy, keď tvrdil, že záznamy asociácií odкрývajú základy myšlienok človeka s pozoruhodnou zreteľnosťou, než by si pravdepodobne prial zverejniť (Kondáš, 1979).

Kondáš uvádza, že "k diagnostickému používaniu prispeli Kent s Rosanoffom a Jung" (Kondáš, 1979, s. 8). V roku 1910 Kent a Rosanoff uverejnili, na základe tisíc reakcií na 100 slovných podnetov, tabuľky vypovedajúce o frekvencii typu reakcií na podnetové slovo. "Pre Junga bol asociačný experiment hlavným z pilierov, na ktorom vybudoval svoju teóriu komplexov" (Šlechta, 1996, s. 6).

Od svojho vzniku prešiel asociačný experiment radou zmien týkajúcich sa jeho druhového zloženia slovnej zásoby, či množstva podnetových slov. Nemalým prínosom však bolo keď ho A. R. Lurija použil spolu so záznamom mimovoľnej a úmyselnej pohybovej reakcie na diagnostiku neuróz.

Ako uvádza Kondáš (1979), asociačný experiment je súčasťou individuálnej diagnostiky dospelých a detí v praxi klinickej psychológie, poradenstve, psychológii práce a taktiež vo výskume. S ohľadom na to, že rozlišuje základné diagnostické kategórie: normu, neurózu a psychózu (podľa vtedy platného ICD-9, pozn. autora), má tento test prednostné uplatnenie v klinickopsychologickej praxi na psychiatrii. U detí sa môže používať aj ako "pomocná metóda pri poruchách správania, alebo hodnotení verbálno-myšlienkového vyspelosti a dynamiky myslenia" (Kondáš, 1979, s. 12).

Teoretické základy asociačného experimentu vychádzajú z reči ako špecificky ľudskej činnosti. Štruktúra slovných asociácií je v úzkom vzťahu s myslením, "keďže slovo je zovšeobecneným odrazom určitého javu skutočnosti, je znakom, pomenovaním vecí, vyjadruje deje, vlastnosti, vzťahy, predstavy a city" (Kondáš, 1979, s. 9). Pre asociačný experiment je podľa Kondáša (1979) významná skutočnosť, že duševné poruchy sa vždy odrážajú aj na úrovni porúch reči a myslenia. Mení sa pri nich nielen myšlienkovú asociačnú činnosť, ale aj celé verbálne správanie.

Asociačný experiment nám dovoľuje určitú variabilitu ako v požadovaných reakciách, tak aj v stimulácii. Štandardné slovné protokoly je možné napr. doplniť o ľubovoľné konfliktové slovo (Kondáš, 1979). Za viac ako 120 rokov histórie asociačného experimentu vzniklo niekoľko podnetových protokolov. V príručke k asociačnému experimentu od Kondáša (1979, v reedícii 1989) je používaný čisto súbor podstatných mien.

Neurózy, ktorými sa zaoberáme v našej práci, sú v asociačnom experimente charakterizované v priemere najmenej dvojnásobným predĺžením ARC (jeho priemeru, alebo mediánu) v porovnaní s normou. Kvalita asociácií poklesáva. Mávajú okolo 10%, resp. medzi 5 - 10% menejkvalitných R. Chybné reprodukcie majú rozsah bližší k 10%. Poruchy asociácií sa pohybujú najčastejšie medzi 15 - 30%.

Uplynulo už vyše 80 rokov od vtedy, čo Sigmund Freud prehlásil, že "úzkosť je základným problémom všetkých neuróz" (Baštecká, Goldman, 2001, s. 157). Úzkosť (anxieta) môžeme podľa Heretika definovať ako "neprijemný duševný stav (negatívnu emóciu), ktorý je sprevádzaný predtuchou hrozby" (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007, s. 218). Strach podľa Heretika je na rozdiel od úzkosti "predmetná negatívna emócia viazaná na konkrétny objekt, spojená teda skôr s vedomím a orientovaná na súčasnosť" (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007, s. 218). Úzkosť spolu so strachom nezahŕňajú iba jednu, rovinnu prejavov či symptómov. Podľa Heretika (2007) je možné ich rozdeliť, tak ako aj iné emócie, do niekoľkých oblastí. Hovorí o rovinné zážitkovej, signálnej, motivačnej, expresívnej a neurovegetatívnej.

Z hľadiska prístupov ako sú neurobiologický, psychoanalytický, behaviorálny, kognitívny či humanistický a existencionálny, býva koncept úzkosti vysvetľovaný rôzne. Na všetky vyššie uvedené prístupy k úzkosti či už biologického, alebo psychologického charakteru je však možné podľa Heretika (2007) nazerať ako na komplementárne vysvetľujúce zdroje a formy úzkosti odrážajúce sa v rôznych úrovniach bytia človeka.

Ako píše Heretik (2007), termín neuróza po prvý raz údajne použil W. Cullen v roku 1769 a jej symptómy vysvetľoval funkčne, slabosťou nervovej sústavy. Pretože sa v našej práci pohybujeme medzi dvoma klasifikačnými systémami, ktorými sú MKN-9 a MKN-10, dovoľme si na tomto mieste uviesť aspoň nepatrnú časť rozdielov týkajúcich sa klasifikácie neurotických porúch. Hlavným rozdielom medzi oboma verziami, ako uvádza Raboch (2005), je, že v dôsledku rôznych etiopatogenetických postojov k duševným poruchám medzi jednotlivými odborníkmi bolo rozhodnuté o ateoretickom prístupe ku klasifikácii v MKN-10. V tradičnom pohľade, ako uvádza Herman (2005), neurózy v sebe

zahŕňali skupinu porúch charakteristickú úzkosťou, vegetatívnymi príznakmi, pocitmi životnej nespokojnosti, nešťastia a maladaptívneho chovania, to však bývalo zriedkakedy natoľko vážne, aby bola nutná akútna hospitalizácia. Podľa neho ani dnes nie je názor na to ako "neurózu" definovať jednotný. Kým u niektorých klinikov prevláda názor na vymedzenie tohto pojmu len pomocou deskripcie jednotlivých príznakov, iní sa do neho snažia začleniť špecifický etiologický proces.

V tejto práci sme sa snažili overiť rozdiely u niektorých diagnostických znakov asociačného experimentu medzi bežnou populáciou a pacientmi s neurotickými poruchami. Pre tieto účely sme používali podnetové protokoly zostavené zo zásoby slov, ktorú normalizoval Z. Novák pre populárne reakcie na českej populácii. Predpokladané hypotézy vyvedené z pôvodných výsledkov uvádzaných O. Kondášom v príručke k testu sme overovali na vzorke 30 pacientov a 30 ľudí z bežnej populácie. Naša vzorka s.o. sa delila vnútorne, podľa pohlavia na 16 (53,33 %) mužov a 14 (46,67 %) žien. Úroveň neuroticity ako u pacientov, tak aj u bežnej populácie sme zachytávali pomocou dotazníka DOPEN.

Prvá z hypotéz mala za cieľ zistiť, či bude priemerný asociačný reakčný čas (ARČ) u vzorky pacientov s neurózou signifikantne dlhší oproti vzorke ľudí z bežnej populácie. Táto hypotéza sa nám potvrdila na hladine významnosti $\alpha=0,001$. Druhá testovaná hypotéza sa týka mediánu ARČ, u ktorého sme predpokladali signifikantne vyššie hodnoty pre pacientov. Hypotéza sa nám potvrdila na hladine významnosti $\alpha=0,01$. Tretia hypotéza o väčšom počte poruchových asociácií, ktorý sme očakávali u vzorky pacientov s neurózou vyšší, sa na našej vzorke s.o. nepotvrdila. Štvrtá hypotéza o signifikantne vyššom počte chybných reprodukcí u pacientov s neurotickými poruchami sa potvrdila na hladine významnosti $\alpha=0,001$. 83,33% pacientov malo väčší počet chybných reprodukcí než priemerný počet chybných reprodukcí bežnej populácie. Posledná hypotéza, kde sme predpokladali ich signifikantne vyšší výskyt menejkvalitných odpovedí u pacientov s neurotickou poruchou oproti bežnej populácii sa na našej vzorke s.o. nepotvrdila.

Hlavný prínos tejto práce vidíme v overení noriem pre asociačný experiment vydaných Kondášom (1979) a spochybnení niektorých diagnostických znakov významných pre rozlišovanie medzi normou a neurotickými poruchami.

12 POUŽITÁ LITERATÚRA

Alfonso, J. a kol. (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project [Electronic version]. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 8-20.

Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.

Auerbach, A. J., Corsini R. J. (1998). *Concise encyclopedia of psychology*. New York: John Wiley & Sons.

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Bennet, E. A. (1993). Úvod. In Jung, C. G. (1993). *Analytická psychologie*. Praha: Academia.

Burt, H. E. (1941). The association reaction as a measurement of attitude [Electronic version]. *The journal of social psychology*, 14, 363-368.

Češková, E. (2006). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*.

Geist, B. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář.

Gillernová, I. a kol. (2000). *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna.

Hall, C. S., Lindzey, G.. (2002). *Psychológia osobnosti*. Bratislava: SPN.

Hanzlíček, L. (1978). *Psychiatrická encyklopedie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.

Hartl, P. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Heretik, A, Heretik A, jr. a kol. (2007). *Klinická psychológia*. Nové zámky: PSYCHOPROF.

Herman, E. (2005). Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy In Zvolský a kol. (2005). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Hoskovec, J. (1996). *Tajemství experimentální psychologie*. Praha: Academia.

Jiránek, F., Souček, J. (1969). *Úvod do obecné psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Kondáš, O. (1979). *Asociačný experiment (průručka)*. Bratislava: Psychodiagnostické a diagnostické testy.

Kondáš, O. (1992). *Psychodiagnostika dospělých : Vysokošk. učeb. pre filoz. fak. na Slovensku*. Martin: Osveta.

- Kratochvíl, S. (2000). *Jak žít s neurózou*. Praha: Portál.
- Lukavský, J. (2003). Vliv temperamentových vlastností na elektrodermální aktivitu při asociačním experimentu. *Československá psychologie*, 47, 503-512.
- Maršálová, L. (1982). *Psycholingvistická analýza vývinu lexiky*. Bratislava.
- Müllner, J., Ruisel, I. (1990). *DOPEN*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, s.p.
- Nakonečný, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
- Nakonečný, M. (1998). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
- Novák, Z. (1988). *Volné slovní párové asociace v češtině*. Praha: Academia.
- Novák, Z. (1996). *Normy volných slovních párových asociací: pětiletí, sedmiletí, devítiletí, jedenáctiletí, třináctiletí, patnáctiletí*. Praha: Idea servis, konsorcium.
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
- Praško J., Kosová J. (2002). Neurotické poruchy. In Höschl, C., Švestka, J., Libiger, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
- Psychiatrické centrum, Praha 8 - Bohnice, ve spolupráci s Testcentrum Praha s.r.o. 1. (2001). *Duševní poruchy v primární péči (vodítka pro diagnostiku a léčbu)*. Praha: Autor.
- Raboch, J. (2005). *Klasifikační systémy v psychiatrii*. In Zvolský a kol. (2005). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Říčan, P. (1988). *K teorii a praxi projektivních technik*. Bratislava: P-50.
- Schlosberg, H., Woodworth, R. S. (1960). *Experimentálna psychológia*. Bratislava: Slovenská akadémia vied.
- Schmidbauer, W. (1994). *Psychologie: Lexikon základních pojmů*. Praha: Naše vojsko.
- Stančák, A. (1982). *Klinická psychodiagnostika*. Bratislava.
- Stavěl, J. (1971). *Antická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Svoboda, M. a kol. (2004). *Aplikovaná psychodiagnostika v České republice : zjištění stavu, potřeb a perspektiv psychologické diagnostiky v České republice*. Brno: Psychologický ústav FF MU.

Svoboda, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV.

Šlechta, P. (1996). Asociační experiment – včera dnes a zítra. *PROPSY*, 2(5), 3-5.

Šlechta, P. (2002). Účinnost skríningu psychických poruch pomocí testu slovních asociací. *Československá psychologie*, 47, 509-519.

Švestka, J. (2002). Obecná psychofarmakologie. In Höschl, C., Švestka, J., Libiger, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.

Thomä, H. (1996). *Psychoanalytická praxe*. Praha: Pallata.

Vezzoli, C., Bressi, C., Tricarico, G., Boato, P., Cattaneo, Ch., Visentin, U. & Invernizzi, G. (2007). Methodological evolution and clinical application of C.G. Jung's Word Association Experiment: a follow-up study [Electronic version]. *Journal of Analytical Psychology*, 52, 89–108.

Zvolský, P. (2005). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.

ZOZNAM PRÍLOH:

Príloha č. 1 – Zadanie DP

Príloha č. 2 – Anotácie DP

Príloha č. 3 – DOPEN

ANOTÁCIE MAGISTERSKEJ DIPLOMOVEJ PRÁCE

Meno a priezvisko: František Štefek

Názov katedry a Fakulty: Katedra psychológie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého
v Olomouci

Názov diplomovej práce: Nové normy pre slovný asociačný experiment (znaky významné pre diagnostiku neuróz)

Názov diplomovej práce v anglickom jazyku: (New norms for word association experiment (significant signs for diagnosing of anxiety disorders))

Vedoucí práce: RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.

Počet strán: 71

Počet znakov: 108 954

Počet príloh: 3

Počet titulů použité literatury: 45

Abstrakt:

Cieľom našej práce bolo overiť u asociačného experimentu platnosť niektorých diagnosticky významných znakov pre rozlišovanie normy od neurotických porúch a stanoviť pre ne nové normy. Zamerali sme sa pri tom na priemer a medián asociačného reakčného času (ARČ), poruchy asociácií, chybné reprodukcie a menejkvalitné odpovede. V našom výskume sme porovnávali súbor 30 osôb vybraný z bežnej populácie so súborom 30 pacientov s neurotickými poruchami získaný z psychiatrických liečební. Výsledky výskumu overili platnosť pre tieto diagnostické znaky: priemerný ARČ, medián ARČ a počet chybných reprodukcií. U nich sme stanovili normu pomocou popisnej štatistiky. Pre ostatné dva diagnostické znaky, počet poruchových a menejkvalitných asociácií, sa nám nepodarilo potvrdiť platnosť.

Kľúčové slová: asociačný experiment, neurotické poruchy, projektívne metódy

Abstract:

The aim of our work was to verify the relevance of some diagnostically important attributes for recognizing the norm from anxiety disorders in the association experiment and set new norms for them. Thereby we were focusing on the average and median of the association reaction time, defects in associations, incorrect reproductions and lower quality answers. In our research we were comparing a group of thirty people chosen from the average population with a group of patients with anxiety disorders from psychiatric institutes. The results of the research have proved the relevance of these diagnostic signs: average ART, the median of ART and the count of incorrect reproductions. For these we have set a norm via descriptive statistics. As for the two diagnostic signs left, the count of defective and qualitatively lower associations, we were not able to prove their relevance.

Keywords: association experiment, anxiety disorders, projective methods

DOPEN

Návod:

V tomto dotazníku jsou otázky, které se týkají lidského chování a pocitů. Odpovězte, prosím, na každou tak, že zakroužkujete odpověď "ano" nebo "ne" v záznamním listě, podle toho, jak Vás to nejlépe vystihuje. Nejsou zde žádné správné nebo nesprávné odpovědi, ani žádné "chytáky". Správná je každá pravdivá odpověď.

Pracujte rychle a nezdržujte se dlouhým přemýšlením o odpovědích. Žádnou otázku nevynechejte a postupujte v pořadí, jak po sobě následují.

1. Máte často střídavě dobrou a špatnou náladu?
2. Nechal(a) jste se někdy pochválit za něco, o čem jste věděl(a), že to ve skutečnosti udělal někdo jiný?
3. Jste hovorný(á), mluvíte rád(a)?
4. Cítíte se někdy mizerně a ani nevíte proč?
5. Byl(a) jste někdy chamtivý(á) a vzal(a) jste si víc, než Vám patřilo?
6. Myslíte si o sobě, že máte živou povahu?
7. Rozrušilo by Vás hodně, kdybyste viděl(a), jak trpí dítě nebo zvíře?
8. Trápíte se často tím, že jste udělal(a) či řekl(a) něco, co jste neměl(a)?
9. Když řeknete, že něco uděláte, dodržíte vždycky svůj slib, a to přes všechny překážky?
10. Umíte se obyčejně ve veselé společnosti úplně uvolnit a rozveselit?
11. Setkáváte se rád(a) s novými lidmi?
12. Jsou Vaše city lehko zranitelné?
13. Stáhnete se při společenské příležitosti do ústraní?
14. Užil(a) byste léky, které mohou mít neobvyklý nebo škodlivý účinek?
15. Zdá se Vám často, že máte všeho "po krk"?
16. Přivlastnil(a) jste si někdy něco (třeba jen špendlík nebo knoflík), i když Vám to nepatřilo?
17. Chodíte rád(a) do společnosti?
18. Působí Vám potěšení, když zraňujete lidi, které máte rád(a)?
19. Trápí Vás často pocity viny?
20. Mluvíte občas o věcech, o kterých nic nevíte?
21. Dáváte celkově přednost čtení před stykem s lidmi?
22. Řekl(a) byste o sobě, že jste nervózní?
23. Máte hodně přátel?
24. Děláte rád(a) žerty, které mohou skutečně někomu ublížit?
25. Myslíte, že jste člověk, který se často trápí?
26. Jako dítě jste plnil(a) příkazy hned a bez odmlouvání?
27. Děláte si starosti s "hroznými věcmi", které by se mohly přihodit?
28. Poškodil(a) nebo ztratil(a) jste někdy něco, co patřilo někomu jinému?
29. Ujímáte se obyčejně iniciativy při navazování nových přátelství?

30. Řekl(a) byste o sobě, že jste nervózní nebo že žijete v napětí?
31. Jste mezi lidmi většinou zticha?
32. Chlubíte se někdy?
33. Dokážete snadno oživit nudnou společnost?
34. Řekl(a) jste někdy o někom něco špatného nebo hanlivého?
35. Vypravujete svým přátelům rád(a) vtipy a veselé historky?
36. Stýkáte se rád(a) s lidmi?
37. Mrzí Vás, když víte o chybách ve své práci?
38. Máte skoro vždycky pohotově odpověď, když Vás někdo osloví?
39. Cítíte se často bez zjevné příčiny skleslý(á) a unavený(á)?
40. Podváděl(a) jste někdy při nějaké hře?
41. Děláte rád(a) věci, při kterých je třeba rychle jednat?
42. Zdá se Vám často, že je život nudný?
43. Využil(a) jste někdy někoho?
44. Myslíte, že je více lidí, kteří se snaží vyhýbat se Vám?
45. Trápíte se někdy kvůli svému vzhledu?
46. Vyhnul(a) byste se placení daní, kdybyste si byl(a) jist(a), že se na to nemůže přijít?
47. Dovedete rozproutit zábavu ve společnosti?
48. Trápíte se dlouho po nějaké nepříjemné zkušenosti?
49. Trpíte na "nervy"?
50. Rozpadají se Vaše přátelství lehko bez Vaší viny?
51. Cítíte se často osamělý(á)?
52. Dodržíte vždy to, co prohlašujete za správné?
53. Potrápíte někdy rád(a) zvířata?
54. Máte kolem sebe rád(a) hodně vzruchu?
55. Byl(a) byste rád(a), kdyby se Vás lidé báli?
56. Odkládáte někdy na zítřek to, co byste měl(a) udělat dnes?
57. Myslí si o Vás lidé, že jste velmi živý(á)?
58. Domníváte se, že Vám lidé hodně lžou?

59. Jste vždycky ochoten(ochotna) připustit, že jste udělal(a) chybu?
60. Potřebujete často povzbuzení od chápavých přátel?
61. Máte víc těžkostí než většina lidí?
62. Jsou lidé, kteří Vám chtějí uškodit?
63. Cítíte se někdy nesmělý(á), když chcete hovořit s přitažlivým člověkem?
64. Jednáte a mluvíte obvykle rychle, bez dlouhého přemýšlení?
65. Zdá se Vám, že se lidé obvykle snadno urážejí?
66. Svalujete většinu svých problémů na někoho jiného?
67. Když uděláte něco důležitého, máte často pocit, že jste to mohl(a) udělat lépe?
68. Dotáhl(a) byste to o mnoho dále, kdyby nebylo lidí, kteří Vám kladli do cesty překážky?
69. Stává se Vám velmi často, že jen tak sedíte a nic neděláte?
70. Zasníte se často během dne?
71. Když na Vás někdo křičí, odpovídáte také křikem?
72. Je (nebo byl) Váš otec dobrý člověk?
73. Míváte záchvaty třesu nebo chvění?
74. Býváte obvykle velmi nešťastný(á)?
75. Dáte mnoho na to, co si o Vás myslí druzí?
76. Míváte často děsivé sny?
77. Mluvíte normálně dost hlasitě?
78. Honí se Vám myšlenky v hlavě tak, že nemůžete usnout?
79. Povídáte si s lidmi tak rád(a), že využijete každou příležitost dát se do řeči s cizí osobou?
80. Trpíte různými bolestmi a obtížemi?
81. Pohybujete se pomalu a beze spěchu?
82. Dřív než se pro něco rozhodnete, požádáte obvykle někoho o radu?
83. Trápí Vás pocity méněcennosti?
84. Děláte si rád(a) legraci z druhých lidí?
85. Rozhodujete se často příliš pozdě?
86. Bylo Vám nepříjemné vyplňovat tento dotazník?