

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

ZÁKLADNÍ VÝZKUM PROJEKTIVNÍ METODY  
ZAMĚŘENÉ NA SOCIÁLNÍ ZRÁNÍ OSOBNOSTI U  
PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

Basic Research of Projective Method Focused on Social Maturation of  
Schizophrenic Patients' Personalities



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Kristýna Göthová

Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc  
2014

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Základní výzkum projektivní metody zaměřené na sociální zrání osobnosti u pacientů se schizofrenií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ....Olomouci.....dne .....

Podpis .....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce PhDr. Radkovi Obereignerů, Ph.D. za odborný dohled, pomoc a ochotu. Dále bych chtěla poděkovat vedení a personálu PN Jihlava, kde mi byl umožněn sběr dat pro výzkumnou část této práce.

Práce je podpořena grantem „Sociální zrání osobnosti“ studentské grantové soutěže Univerzity Palackého v Olomouci s číslem FF\_2013\_017.

# OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	6
1 Schizofrenie.....	7
1.1 Úvod do problematiky .....	7
1.2 Příznaky .....	8
1.2.1 Primární a sekundární příznaky .....	8
1.2.2 Kognitivní a afektivní příznaky .....	8
1.2.3 Pozitivní příznaky .....	8
1.2.4 Negativní příznaky .....	9
1.3 Postižení psychických funkcí.....	9
1.3.1 Osobnost .....	9
1.3.2 Myšlení .....	10
1.3.3 Vnímání.....	10
1.3.4 Jednání .....	10
1.3.5 Emotivita.....	10
1.3.6 Somatické příznaky.....	11
1.3.7 Kognitivní dysfunkce.....	11
1.4 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie.....	12
1.5 Diagnostika schizofrenie.....	13
1.5.1 Typy schizofrenie.....	13
1.5.2 Úskalí při diagnostice schizofrenie .....	14
1.6 Léčba a její fáze .....	14
1.6.1 Psychofarmakologická léčba .....	15
1.6.2 Vedlejší účinky psychofarmakologické léčby .....	15
1.6.3 Psychoterapeutická léčba .....	15
2 Sociální význam schizofrenie .....	17
2.1 Stigma schizofrenie.....	17
2.2 Promítnutí nemoci do rodinných vztahů .....	17
2.3 Sociální dovednosti a zrání .....	18
2.4 Psychosociální důsledky kognitivního poškození.....	18
2.5 Psychosociální vyšetření .....	19
2.6 Socioterapie.....	20
3 Využití projektivních metod u psychotických poruch .....	21
3.1 Projektivní metody.....	21
3.2 Rorschachův test (ROR) .....	21

3.3	Tematický apercepční test (TAT) .....	23
3.4	Rosenzweigův obrázkový frustrační test .....	25
	VÝZKUMNÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	27
4	Cíle práce a hypotézy .....	28
5	Popis zvoleného metodologického rámce a metod .....	29
5.1	Typ výzkumu .....	29
5.2	Metody získávání dat .....	29
5.3	Metody zpracování a analýzy dat.....	32
5.3.1	Toronto alexithymia scale (TAS-20) .....	32
5.3.2	Test sociálního zrání osobnosti (TSZ) .....	33
5.3.3	Statistické zpracování .....	35
5.4	Etické problémy a způsob jejich řešení.....	36
6	Soubor .....	37
7	Výsledky .....	40
7.1	Deskriptivní statistika .....	40
7.2	Testování hypotéz .....	42
8	K platnosti hypotéz .....	45
9	Diskuze.....	47
10	Závěry .....	50
	SOUHRN.....	51
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....	53
	PŘÍLOHY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	56

# ÚVOD

Schizofrenie se řadí mezi nejzávažnější duševní poruchy, setkáváme se s její značnou proměnlivostí a variabilitou, a to nejen ve vnějších projevech chování, ale i v prožívání člověka. Mezi typické projevy patří, mimo jiné, deficit sociálních dovedností a kognice.

Toto téma bylo zvoleno z důvodu dlouholetého zájmu o toto onemocnění, jehož pole, přestože je intenzivně zkoumáno, stále nabízí řadu nezodpovězených vědecko-výzkumných otázek. Dalším důvodem bylo pilotní ověření administrace a skórování nové projektivní metody, která se zaměřuje na vybrané aspekty sociálního zrání osobnosti, a přispět tak ke vzniku nového nástroje psychodiagnostiky. Tato práce slouží jako pilotní výzkum nové projektivní metody Testu sociálního zrání (TSZ). Cílem práce je otestovat tuto novou projektivní metodu na populaci schizofreniků a následně porovnat s populací bez psychiatrického onemocnění. Výsledky této práce by mohly být prvním krokem k zavedení nové projektivní metody mezi ostatní běžně používané.

V první kapitole teoretické části této bakalářské práce jsou zmíněné základní informace o schizofrenii, její příznaky, výskyt a příčiny. Následuje popis diagnostiky schizofrenie a důležitost jejího správného provedení. Konec kapitoly je věnován možnostem léčby. Druhá kapitola se zabývá sociálním významem schizofrenie, kam patří sociální dovednosti, rizika stigmatu, vztahy s rodinou a okolím. Následně se seznámíme s řešením těchto potíží. Poslední kapitolou teoretické části je využití vybraných projektivních metod v diagnostice schizofrenie a při jejích výzkumech. Zde se snažíme poukázat na jejich význam pro toto onemocnění.

# **TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

# 1 Schizofrenie

Schizofrenie je závažným psychickým onemocněním, mezi jehož projevy patří chronické narušení vnímání a myšlení, porucha emotivity a integrity osobnosti. Tyto projevy jsou důsledkem komplexního poškození mozkových funkcí (Vágnerová, 2012).

## 1.1 Úvod do problematiky

Schizofrenii řadíme do skupiny psychotických poruch, měli bychom tedy blíže definovat pojem psychóza. U člověka trpícího psychózou dochází k poruchovému vnímání a interpretaci reality, tento patologický stav se tedy vyznačuje poruchou kontaktu s realitou. Schizofrenie ovlivňuje náhled člověka na sebe a své okolí, a v konečném důsledku dochází k ovlivnění kvality duševního života jedince. Pro postiženého je, následkem změn v myšlení, vnímání a emocích, obtížné odlišit skutečnost od smyšleného (Fišar, 2009).

Jasnost vědomí a intelekt zůstávají během nemoci zachovány, přestože v průběhu času může dojít ke kognitivnímu deficitu. Objevují se často pocity odhalení a sdílení intimních myšlenek a pocitů. Schizofrenie může mít kontinuální či epizodický průběh, nebo zahrnovat jednu nebo více epizod s obdobími remise (Smolík, 2002).

Toto onemocnění je charakteristické svou proměnlivostí a rozmanitostí během jeho průběhu a reakcí na léčbu. Schizofrenie způsobuje u pacientů hluboké pocity odcizení, napětí a nejistoty, které potom vedou dezorganizaci a úpadku psychiky osobnosti (Höschl, Libiger, & Švestka, 2002).

Ze všech duševních nemocí, schizofrenie může mít nejzávažnější účinky. Proto by při péči o pacienty s tímto onemocněním mělo být využito, co nejvíce možných prostředků (Gelder, Gath, & Mayou, 1994).

*„Slovo schizofrenie je řeckého původu („schizo“, které znamená štěpit a „phren“, které znamená rozum a myšlení). Tento název měl zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Termín schizofrenie je však mylně vykládán širokou laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, kdy jako by současně existovaly dvě nebo více odlišných osobností. Tento výklad je zcela nesprávný“ (Raboch et al., 2012, s. 244).*

## **1.2 Příznaky**

Symptomy schizofrenie se vyskytují různorodě a můžeme je odlišovat podle toho, zda se jedná o projevy nadměrné produkce standardních psychických funkcí (pozitivní příznaky), v druhém případě, pokud jde o nadměrný úbytek (Vágnerová, 2012). Příznaky schizofrenního onemocnění dělíme tedy na pozitivní a negativní, případně na kognitivní a afektivní (Fišar, 2009).

### **1.2.1 Primární a sekundární příznaky**

Příznaky schizofrenie na primární (základní) a sekundární (akcesorní) rozdělil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Dle jeho rozdělení řadíme do primárních symptomů poruchy asociační činnosti, poruchy afektivity, autismus, ambivalenci a protichůdné impulsy (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Mezi sekundární symptomy patří projevy, které se nevyskytují pouze u schizofrenie, ale mohou se objevovat i u ostatních psychóz. Patří sem příznaky, které jsou nápadnější než příznaky primární a umožňují snadnější diagnostiku. Jde především o halucinace, bludy, katatonní či hebefrenní projevy chování (Zvolský, 1998).

### **1.2.2 Kognitivní a afektivní příznaky**

Mezi kognitivní (poznávací) příznaky patří narušení pozornosti a exekutivních funkcí. Dále také porucha paměti a učení. Tyto příznaky se často objevují ve spojení s negativními příznaky. K afektivním příznakům patří poruchy nálady, jako je deprese. Ta se vyznačuje beznadějí, zoufalstvím a pesimistickou náladou. Dalším příznakem je úzkost, což jsou stavy vnitřní tenze, neklidu, strachu a ztráty jistoty. Mohou se vyskytovat i mánie, které se vyznačují nadměrně veselou náladou, zvýšeným sebevědomím a aktivitou (Fišar, 2009).

### **1.2.3 Pozitivní příznaky**

Pozitivní příznaky bývají prvním signálem k hospitalizaci nemocného. Do této kategorie patří halucinace (kvalitativní porucha vnímání), bludy (porucha myšlení) a dezorganizované myšlení (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Halucinace jsou poruchou aktivace některých oblastí mozkové kůry. Dochází při nich k poruše koordinace stimulačních a inhibičních funkcí, a to může vést ke změněné regulaci při příjmu aktuálních podnětů či k patologicky zvýšenému dráždění center paměťových funkcí. Halucinace jsou poruchou integrity psychických funkcí. Ta může vést až k celkové



dezorientaci v okolním světě, ale i ve vlastním těle a vědomí. Nemocný není schopen adekvátního vnímání, zpracovávání a interpretace informací (Vágnerová, 2012).

Bludy jsou poruchou obsahu myšlení a vyznačují se mylnými a falešnými představami, které jsou nevyvratitelné (Fišar, 2009). Toto nesmyslné přesvědčení ovlivňuje jedincovo jednání a chování k sobě i okolí. Bludy mohou mít různý obsah i zaměření, nejčastějším příkladem je paranoidní blud, kdy je postižený přesvědčen o tom, že je kontrolován, ovládán, pronásledován či ohrožován. Dalším typem je blud mikromanický a megalomanický, kdy je nemocný přesvědčený o své neobvyklé moci, poslání či o nadpřirozených schopnostech. Reformátorský či spasitelský blud se váže k přesvědčení o spáse lidstva či na podílení se na nějakém výjimečném objevu. Za jeden z nejdůležitějších diagnostických příznaků schizofrenie se považuje blud ovlivňování a zasahování, kdy si pacient stěžuje na vkládání či odnímání myšlenek (Vágnerová, 2012).

#### **1.2.4 Negativní příznaky**

Negativní příznaky představují ochuzení psychiky, která se nejvíce projevuje v emocích a volní aktivitě. Mezi negativní symptomy řadíme ztrátu motivace, prožívání radosti, snížení sociálních kontaktů, ochuzené myšlení a řeč, také snížení reaktivity, psychomotorický útlum, ztrátu spontaneity a autismus (Svoboda et al., 2006). Objevuje se také hypobulie, která může vést až k abulii. U nemocného se mohou vyskytovat i katatonní neproduktivní symptomy, jako je například negativismus, stupor, katalepsie a flexibilitas cerea (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

### **1.3 Postižení psychických funkcí**

V této kapitole se budu věnovat následkům schizofrenie u jednotlivých funkcí lidské psychiky. Konkrétně se zde zabývám osobností, myšlením, vnímáním, jednáním, emotivitou, somatickými příznaky a kognitivní dysfunkcí.

#### **1.3.1 Osobnost**

Na počátku onemocnění se může osobnost vyznačovat pseudofilozofováním a zájmem o bizarní témata. Při delším trvání nemoci se může vyskytovat netečnost, nezájem o okolní prostředí a uzavření se do vnitřního světa, který pomocí bludů a halucinací postupně zcela nahrazuje reálný svět. Při nástupu dezintegrace osobnosti ztrácí schizofrenik kontakt i s vnitřním světem (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). U postiženého se mohou objevovat pocity depersonalizace, kdy mu vlastní prožitky,

myšlenky a tělo, připadají cizí. Nemocný tak postupně ztrácí jistotu své vlastní identity, dokonce se může považovat za někoho jiného (Vágnerová, 2012).

### **1.3.2 Myšlení**

U myšlení se vyskytuje porucha formy (kvantitativní příznaky) i obsahu (kvalitativní příznaky). Z kvantitativních příznaků se objevují zárazy myšlení, tvorba neologismů, inkoherentní, nesouvislé a zmatené myšlení. Z kvantitativních poruch myšlení se vyskytuje i ambivalence a nepřiléhavost. Ke kvalitativním symptomům řadíme několik druhů bludů, které jsme popsali výše (Höschl et al., 2002).

### **1.3.3 Vnímání**

Z příznaků narušeného vnímání se můžeme setkat s halucinacemi neboli šalebnými vjemy, které se objevují nejčastěji ve formě hlasů a slyšení vlastních myšlenek. Typickým příznakem jsou i intrapsychické halucinace, které se projevují pocity odnímání, vkládání, dokonce i vysílání myšlenek. Při narušeném vnímání se mohou objevovat zkreslené vjemy neboli iluze. Ty se mohou také týkat všech smyslových vjemů (Orel, 2012).

### **1.3.4 Jednání**

Poruchy jednání jsou velmi významné pro diagnostiku tohoto onemocnění. Vyznačují se neklidem, samomluvou, neadekvátními reakcemi a omezenou aktivitou. Tyto příznaky je možno chápat jako důsledek poruch kognice a afektivity. Změněná aktivační úroveň se vyznačuje zpomalením reakcí a celkovou nečinností. Dochází ke ztrátě iniciativy, cílevědomosti. Tyto příznaky mohou vygradovat až do stuporu (ztuhnutí) či mutismu (nemluvnosti). Velmi vzácně se může objevit zvýšená aktivita, která je nepřiměřená projevu (Vágnerová, 2012).

### **1.3.5 Emotivita**

U jedinců se schizofrenií můžeme pozorovat nepřiléhavost emocí, při které dochází k projevu emocí nepřiměřeně situaci, a to jak kvalitou, tak kvantitou. Narušení emotivity je důsledkem narušení kognitivních procesů (Atkinson et al., 2003). Poruchy emotivity nemusí být na začátku onemocnění zřejmé, ale postupně dochází k vystupňování. U nemocného se vyskytují patologické nálady, buď manické, nebo depresivní. Porucha emotivity může vyústit až do apaticko-abulického syndromu, který je přítomen u těžších forem onemocnění. Jsou postiženy city z oblasti estetické a sociální, tedy vyšší city. Nemocný se postupně izoluje od vnějšího světa a uzavírá se sám do sebe (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Součástí akutní psychotické ataky bývá často deprese a

po vymizení psychotických příznaků vystupuje více do popředí (postpsychotická deprese). Udává se, že až 10 % nemocných spáchá sebevraždu (Svoboda et al., 2006).

### **1.3.6 Somatické příznaky**

Mezi nejčastější somatické příznaky patří poruchy spánku, které bývají signálem pro nastoupení nové ataky. V tomto okamžiku by mělo začít zahájení terapie či její úprava. Dalšími projevy jsou bolesti hlavy a u žen poruchy menstruačního cyklu. U pacientů se může objevit nárůst hmotnosti, který má za následek omezený pohyb a také některá antipsychotika (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

### **1.3.7 Kognitivní dysfunkce**

Psychologický výzkum u schizofrenie se často zaměřuje na kognitivní funkce. Pacienti s tímto onemocněním se ve výkonnostních testech umísťují v pásmu průměru až mírně sníženého výkonu. Při těchto výzkumech byly nalezeny poruchy pozornosti, paměti, exekutivních funkcí a některých aspektů řeči (Höschl et al., 2002).

Míru kognitivního postižení hodnotíme pomocí neuropsychologických testů. Do deficitu kognitivních funkcí neřadíme narušení, která jsou zapříčiněna psychotickými symptomy či užíváním psychofarmak. To znamená, že pozitivní (bludy, halucinace) a negativní (útlum, snížení psychomotorického tempa) symptomy, které přímo souvisí s průběhem a léčbou onemocnění, nenazýváme deficitem kognitivních funkcí (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 2011).

Poruchy kognitivních funkcí jsou klíčovým příznakem, který se objevuje již před manifestací psychózy a bývá hlavní příčinou sociální maladaptace po vymizení pozitivních příznaků. Kognitivní dysfunkce se pojí s negativními příznaky a strukturálními a funkčními poruchami CNS a spočívá v narušení poznávacích schopností. Nejvíce dochází k postižení paměti, včetně pracovní, dále exekutivních funkcí a pozornosti. Poruchy paměti úzce souvisí s učením, kdy dochází k především k narušení verbálního učení. Poruchy kognitivních funkcí jsou trvalé, prohlubující se a ani v remisi nedochází k navrácení na premorbidní úroveň. U některých pacientů může stále progredovat. Některé komponenty kognitivních funkcí se mohou při dobré komplianci v průběhu léčby zlepšovat, i přes jejich přetrvávající narušení. Toto platí především u pacientů prožívajících první epizodu schizofrenie. Zajímavým poznatkem je také to, že mírná kognitivní dysfunkce se objevuje i u některých příbuzných prvního stupně, přestože se u nich nikdy onemocnění neobjeví (Svoboda et al., 2006).

## 1.4 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie

Celoživotní prevalence se u schizofrenie pohybuje mezi 1 až 1,5 %. Incidence se pohybuje kolem 1 % a je stejná, jak u žen, tak u mužů. Toto onemocnění se vyskytuje nezávisle na kultuře, rase i kontinentech. Vyskytuje se stejně u mužů i u žen, ale s tím rozdílem, že u mužů se objevuje onemocnění nejčastěji mezi 16 a 25 lety a u žen nejčastěji mezi 22 a 34 lety. Schizofrenie se může vyskytnout i v dětství, ale to bývá vzácné. Stejně tak, jako začátek schizofrenie po 40. roce věku (Raboch et al., 2012).

Schizofrenní porucha se ročně diagnostikuje u 25 % psychiatrických hospitalizací a u 50 % lidí, kteří byli přijati do nějakého psychiatrického zařízení (Svoboda et al., 2006).

Příčiny vzniku nejsou stále kompletně odhaleny, ale na základě dosavadních výzkumů se hovoří o několika faktorech. Patří sem genetické příčiny, narušení chemické rovnováhy mozku, jeho abnormální vývoj a vlivy prostředí (Gelder et al., 1994).

Výskyt schizofrenie je vyšší u pacientů, kteří mají toto onemocnění již v rodině. Pokud schizofrenií trpí jeden ze sourozenců, riziko je 14 %. Při výskytu onemocnění u jednoho z rodičů je to 13% a u obou rodičů vzrůstá riziko na 37 %. Genetické vlivy mohou být způsobeny monogenně (jedním genem), polygenně (několika sčítajícími se geny) nebo heterogenně (různorodými geny). Přes mnohačetné výzkumy se toto stále nepodařilo objasnit.

O narušení chemické rovnováhy mozku, jako jedné z příčin schizofrenie, se hovoří z několika důvodů. Prvním z nich je fakt, že je takto zapříčiněno mnoho genetických onemocnění. Dalším důvodem jsou reakce mozku na příznaky schizofrenie po užití antipsychotik. Třetím důvodem jsou případy zneužívání amfetaminu, drogy, která způsobuje vzrůst funkcí dopaminu a vznik schizofrenie. Několik studií poukazuje na perinatální či postnatální poškození mozku, jako možnou příčinu schizofrenie. Důvodem tohoto předpokladu může být i to, že u pacientů se schizofrenií se během jejich porodu vyskytly komplikace častěji, než je tomu u běžné populace. Dokonce se zjistilo, že schizofrenie je častější u lidí narozených v zimních měsících, což může být vysvětlováno větší rizikem virové infekce a následným poškozením vývoje mozku u plodu. U faktorů životního prostředí hovoříme o faktorech predisponujících a urychlujících vznik schizofrenie. Z predisponujících faktorů jsou to nepříznivé životní podmínky. Výskyt tohoto onemocnění je vyšší u lidí sociálně deprivovaných a s nízkým socio-ekonomickým statutem. Mezi faktory, které mohou urychlit nebo vyvolat vznik schizofrenie, řadíme dlouhodobý stres v rodině či nestabilní a nedůslednou výchovu v dětství (Gelder et al., 1994).

## 1.5 Diagnostika schizofrenie

Při diagnostice schizofrenie zastává hlavní úlohu klinické vyšetření. Laboratorní testy a zobrazovací metody jsou vhodnější při diferenciální diagnostice a jejich uplatnění nacházíme spíše doplňkově nebo při výzkumech. Největší význam pro diagnostiku schizofrenie má psychologické vyšetření pomocí asociačních a projektivních metod. Své uplatnění získávají čím dál tím více neuropsychologické testy, pomocí kterých můžeme zjistit míru kognitivního deficitu, pozorovat vztahy mezi dysfunkcí mozku a následným chováním u lidí se schizofrenií a odhadovat z prognózy možnosti sociální reintegrace (Mohr, 2012).

V současnosti se diagnostika schizofrenie provádí podle kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

### 1.5.1 Typy schizofrenie

Dle MKN-10 dělíme schizofrenii na několik typů:

Paranoidní schizofrenie (F 20.0- schizophrenia paranoides) se projevuje výraznými bludy a halucinacemi. Poruchy afektivity, vůle, řeči a katatonní příznaky se buď vůbec nevyskytují, nebo jsou málo výrazné.

U hebefrenní schizofrenie (F 20.1- schizophrenia hebephrenica) jsou nápadné změny afektivity, částečné bludy a halucinace, nepřiměřené a nezodpovědné chování. Vyskytuje se plochá nepřiměřená nálada a tendence k sociální izolaci.

Katatonní schizofrenie (F 20.2- schizophrenia catatonica) se projevuje výraznými psychomotorickými projevy, které oscilují mezi hyperkinézou a stuporem nebo povelovým automatismem a negativismem.

Dalším typem je nediferencovaná schizofrenie (F 20.3). Zde se vyskytují psychotické stavy, které splňují všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale nelze je zařadit do jednotlivých podtypů nebo pokud se jedná o příznaky, které můžeme zařadit do více z nich.

Postschizofrenní depresi (F 20.4) charakterizuje depresivní stav, který se objevuje jako dozvuk schizofrenie. Některé schizofrenní symptomy musí být stále přítomny, ale v mírnější formě a jsou spíše v pozadí klinického obrazu. Depresivní stavy jsou rizikové pro sebevražedné chování.

Reziduální schizofrenie (F 20.5) je chronickým stádiem ve vývoji schizofrenie, kde je viditelná progresse z časného stádia do pozdního. Charakterizují ji dlouhodobé symptomy a poruchy, např. nižší psychomotorické tempo, snížená aktivita, otupělost afektu, pasivita,

chudá řeč, špatná neverbální komunikace, snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy.

Simplexní schizofrenie (F 20.6- schizophrenia simplex) je poruchou, kdy se vyskytují pozvolně, ale progresivně podivnosti v chování. Objevuje se neschopnost přizpůsobit se společenským požadavkům až úpadek celého projevu. Negativní symptomy se objevují bez psychotických znaků.

### **1.5.2 Úskalí při diagnostice schizofrenie**

Diagnostika schizofrenie by měla být provedena s velkou zodpovědností, kvůli její vysoce stigmatizující povaze a mnohým omezením. Obtížnost diagnostiky schizofrenie je dána především tím, že se jedná o onemocnění, které má mnoho podob, různých příznaků a průběhů. U každého člověka může mít jinou dynamiku a podobu. Při popisu příznaků nemocným, například u bludů, bychom se měli zamýšlet i nad možností pravdivosti výpovědi pacienta. Přístup k diagnostice by měl být komplexní a propojený se souvislostmi. Pomocí jednotlivých příznaků je potřeba si vytvořit specifický obraz konkrétního člověka v jeho časovém vývoji (Kučerová, 2010).

## **1.6 Léčba a její fáze**

Přestože je schizofrenie považována za léčitelné onemocnění, málokdy dochází k úplnému vyléčení. Během léčby často dochází ke střídání akutních epizod (atak) s fázemi remise a k vývoji a proměně symptomů. Terapie by měla být kombinací psychofarmakologické léčby a psychoterapie (Vágnerová, 2012).

Léčbu schizofrenie můžeme dělit do tří fází: akutní, fáze stabilizace a stabilní fáze. U akutní léčby je v první řadě potřeba odstranit pozitivní příznaky. Léčba halucinací a bludů trvá déle než potlačení agresivity a hyperaktivity. Důležitá je snaha o vyhýbání se stresovým situacím, tolerance a podpora okolí. U nemocného a jeho rodiny by mělo dojít k edukaci. Ve fázi stabilizace je cílem udržet současné zlepšení stavu. V této době stále přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit, které jen velmi pomalu ustupují a u některých pacientů v mírnější formě zůstávají. V této fázi je vysoké riziko relapsu, proto je farmakologická léčba bezpodmínečně nutná. Když se nemocný nachází ve stabilní fázi, snažíme se o prevenci relapsu, dosažení remise a její udržení. Farmaka se užívají dlouhodobě i při udržovací léčbě, ale v nejnižších účinných dávkách. Nemocného podporujeme a snažíme se ho postupně zapojovat do běžného fungování ve společnosti (Svoboda et al., 2006)

Akutní etapa trvá několik týdnů a přednostně dochází k užívání psychofarmak. Udržovací léčba se doporučuje v délce dvou let po první akutní epizodě. Po následujících epizodách by se mělo v léčbě pokračovat po dobu pěti let. Během zmírnění nebo úplného vymizení příznaků se doporučuje psychoterapeutická léčba (Fišar, 2009).

### **1.6.1 Psychofarmakologická léčba**

Z psychofarmak se využívají především antipsychotika, která se v akutní fázi využívají kvůli sedativním účinkům a pro potlačení jednotlivých symptomů, jako jsou halucinace a bludy. Dalšího efektu se plně dosáhne až po třech týdnech užívání (Gelder et al., 1994). Dříve byla antipsychotika pro důsledky jejich vedlejších účinků označována jako neuroleptika. Za první antipsychotikum se považuje chlorpromazin, který byl vyvinut pro účely anesteziologie v roce 1952. Antipsychotika dělíme na antipsychotika první a druhé generace. Do první generace patří například již výše zmíněný chlorpromazin, dále flufenazin, zyklopentixol, haloperidol a fluspirilen. Antipsychotika druhé generace nazýváme atypickými antipsychotiky a řadíme sem například sulpirid, risperidon, klozapin a aripiprazol (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

### **1.6.2 Vedlejší účinky psychofarmakologické léčby**

U první akutní epizody by měla být antipsychotika dávkována obezřetně kvůli vysokému riziku extrapyramidových příznaků (EPS). Antipsychotika by měla být předepisována v nejnižší možné dávce, která je stále efektivní. S ohledem na vedlejší účinky, jsou doporučovány při první epizodě antipsychotika druhé generace. Pokud použijeme antipsychotika první generace, mělo by docházet k pečlivému sledování vedlejších účinků extrapyramidových příznaků. Ty zahrnují akutní dystonie, parkinsonoid, dále v časném stádiu akatizii a v pozdějším tardivní dyskinezi (Hasan et al., 2012). Akatizie se z těchto příznaků objevuje nejčastěji. Přibližně 50% pacientů, kteří byli léčeni tradičními léky, zažili tyto stavy „neklidných nohou.“ Některá antipsychotika druhé generace mohou mít za následek větší nárůst hmotnosti, proto je důležitá spolupráce s lékařem. Z jeho strany by mělo dojít k poučení o rizicích, ale také nabídnutí pomoci při dodržování správných stravovacích návyků a pravidelných pohybových aktivit (Conley & Kelly, 2005).

### **1.6.3 Psychoterapeutická léčba**

Psychoterapie je důležitou součástí léčby schizofrenie. Měla by sloužit k hlubšímu sebezpoznání, k psychické podpoře při zvládnání nemoci a snadnější adaptaci.

Role a důležitost psychoterapie byla často poznamenána kolísáním postojů týkající se prognózy a přístupů k léčbě. V některých zemích v minulém století byla psychoterapie využívána jako hlavní léčba schizofrenie, zatímco jinde prakticky vymizela. Spekulovalo se o tom, co nejužitečnějšího může psychoterapie při léčbě schizofrenie přinést. Zda by se měla zaměřit na snížení úzkostných příznaků, nebo na porozumění vnitřním konfliktům a subjektivním prvkům schizofrenie (Hamm, Hasson-Ohayon, Kukla, & Lysaker, 2013).



## **2 Sociální význam schizofrenie**

Tato kapitola se zabývá stigmatem schizofrenie, sociálními dovednostmi, vývojem a zráním.

### **2.1 Stigma schizofrenie**

Schizofrenie patří mezi výrazně stigmatizující onemocnění. Důvodem je nejasná etiologie a příčiny tohoto onemocnění. Pro neznalost odpovědí na tyto otázky si je může člověk začít vysvětlovat jinými způsoby, a to vesměs iracionálními a dochází i k promítání vlastních pocitů do svého výkladu (Vágnerová, 2012).

O duševních onemocněních, zvláště o schizofrenii, můžeme nacházet spoustu mýtů, které jsou zapříčiněny nevědomostí a neznalostí běžné populace. Ta často vidí pacienty jako neschopné, nevypočitatelné a potenciálně agresivní. Tyto domněnky vedou k odcizování, nejen pacientů se schizofrenií, ale i jejich blízkých. A právě toto stigma bývá příčinou sociální izolace, která vede k selhání při hledání práce, k užívání alkoholu a drog, ale i k bezdomovectví. Šance na vyléčení pacienta a na jeho úspěšnou resocializaci jsou snižené nadměrnou snahou o léčbu na uzavřených odděleních psychiatrických klinik a léčeben (Raboch et al., 2012).

### **2.2 Promítnutí nemoci do rodinných vztahů**

Při počáteční fázi se mohou objevovat příznaky, které ani mnohdy nepřipomínají toto onemocnění. Hovoříme například o podrážděnosti, vztahovačnosti, únavě, nesoustředěnosti a nespavosti. Nemocný se, z důvodu ztráty jistoty sebe sama a okolí, postupně uzavírá. Atmosféra v rodině se začíná měnit, stává se nepříjemnou a napjatou. Blízké často ani nenapadne, že jde o signály upozorňující na vznik vážného onemocnění. Chování nemocného bývá nepředvídatelné a obtížně ovlivnitelné. Vzhledem k obtížné komunikaci, může toto chování vyvolávat u příbuzných odmítavý postoj, odpor, pocity ohrožení a obavy. Rozpoznání nemoci ztěžují i problémy při navazování sociálních vazeb a uzavírání se do sebe, které se mohou vyskytovat už u premorbidní osobnosti (Vágnerová, 2012).

Pro rodinu nemocného je stanovení diagnózy schizofrenie velkou zátěží. Jedná-li se o rodiče, není snadné přijmout sociální, kognitivní a emoční změny, které jejich dítě podstupuje (Svoboda et al., 2006). Pokud je nemocný člověk, který zastává roli dospělého, manželského partnera a rodiče, onemocnění má mnohem větší důsledky, vzhledem k jeho

početnějším povinností, které jsou odpovědnější a kladou větší nároky na roli člověka. Schizofrenie negativně ovlivňuje schopnost plnění jeho role a později dochází i k narušení rodinných vazeb. Děti mohou na změnu rodiče reagovat velice nepříznivě. Kvůli jejich nezralosti nemohou zaujmout potřebný odstup ke schizofrenním projevům rodiče. To vše může působit na dítě jako silný stresový faktor, zdroj strachu a nejistoty (Vágnerová, 2012).

### **2.3 Sociální dovednosti a zrání**

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které postihuje, mimo jiné, sociální vystupování a chování v různých životních situacích. Nejčastěji bývají postihovány tyto oblasti: péče o sebe sama, pracovní role a sociální vztahy. Fungování v sociální oblasti je jedním z důležitých znaků při posuzování vývoje a prognózy schizofrenie. Sociální fungování je ovlivněno několika faktory. Řadíme sem socio-demografické aspekty, klinické příznaky a medicínskou terapii. Nedávno mezi ně bylo zařazeno sociální poznávání a neurokognice. Sociální poznávání sestává z mentálních operací, které zahrnují schopnost vnímat úmysly a povahu ostatních lidí. To vše vyžaduje schopnost emocionální, sociální percepce a empatie. Bylo prokázáno, že existuje přímá korelace mezi sociálním poznáváním a sociálním fungováním (Popovici et al., 2012).

Po sociální stránce se schizofrenie projevuje také selháváním psychologických obran při zvládání krizových situací a nepříznivých sociálních vlivů (Höschl et al., 2002).

### **2.4 Psychosociální důsledky kognitivního poškození**

Poškození kognitivních funkcí u schizofreniků ovlivňuje zejména jejich praktický život. Čím větší je narušení kognitivních funkcí, tím je prognóza méně příznivá. Pacienty doprovází nízká kvalita života a je zde nízká šance na samostatný život bez cizí pomoci. Řadíme sem nízkou šanci při hledání a udržení trvalé práce, která je důsledkem kognitivního deficitu u pacientů se schizofrenií. Objevuje se také porucha pracovní paměti, která může být příčinou selhávání při každodenních činnostech, sociálních dovednostech a při komunikaci. Nemocný není často schopen vyřešit problém, dokončit úkol a cítí se zmatený při plánování. To je dáno poruchou exekutivních funkcí. Dochází ke zhoršení sociální percepce, k problémům s vnímáním a interpretací neverbální komunikace (Svoboda et al., 2006). Nemocní nedokáží dlouho udržet pozornost, obzvláště jsou-li obklopeni drobnými vnějšími podněty, které je rozptylují. Problém mají nejen s udržením

pozornosti, ale i s jejím rychlým přesunutím a rozdělením současně na mezi více podnětů. Objevuje se také pomalejší reakční čas (Höschl et al., 2002).

Pacientům se schizofrenií můžeme pomoci se zapojením do běžného plnohodnotného života snížením kognitivního poškození a zlepšením kognitivních funkcí. Ke snížení kognitivního postižení slouží kognitivní rehabilitace, která v dnešní době probíhá pomocí počítačů. Je založena na principech učení a nácviku běžných sociálních situací. Bohužel ke zlepšení dochází pouze v malé míře a často jen na přechodnou dobu. Kognitivní dysfunkce vypovídá o horší prognóze a snížené kvalitě života u pacientů s tímto onemocněním, proto je léčba kognitivních poruch velkou výzvou v terapii schizofrenie (Svoboda et al., 2006).

## **2.5 Psychosociální vyšetření**

Významnou součástí vyšetření pacienta se schizofrenií tvoří zhodnocení psychosociálních funkcí. Tyto informace mohou být využity při stanovení diagnózy, ale také prognózy. Při tomto vyšetření se zaměřujeme zejména na tyto oblasti: vztahy v rodině (k rodičům, sourozencům), vztahy k vrstevníkům, sexuální vztahy, úroveň vzdělání, pracovní anamnézu, zájmy a jiné aktivity. Psychosociální vyšetření by se mělo provádět již na počátku onemocnění (premorbidní hodnocení), poté i nadále v průběhu. Informace o rodinných vztazích nám mohou pomoci objasnit časné vývojové anomálie a psychologické stresy, které přispívají k nástupu onemocnění (Svoboda et al., 2006).

Vztahy s vrstevníky jsou i u premorbidní osobnosti chudší, pacient bývá stydlivější a vyznačuje se horšími sociálními dovednostmi. Podobné je to se sexuálními zkušenostmi těchto pacientů, které bývají malé či žádné. Výraznější rozmanitost nastává u studijních schopností schizofreniků. U některých se premorbidně studijní výsledky nachází na normální až vysoké úrovni, poté dochází k výraznějšímu poklesu na nižší úroveň. Jiní pacienti mohou mít studijní problémy už před propuknutím onemocnění. U pracovní anamnézy si můžeme u většiny všimnout snižování socioekonomického statusu a nástupu do invalidního důchodu. Otázky směřované na okruh zájmů pacienta nám mohou pomoci při sestavování prognózy. Pozitivním ukazatelem může být přetrvávající zájem o aktivity, které vykonával před nástupem onemocnění, avšak častěji se můžeme setkat s osamocným stylem trávení volného času a omezením na pasivní aktivity (Svoboda et al., 2006).

## 2.6 Socioterapie

Tento terapeutický přístup se zaměřuje na resocializaci, aktivizaci nemocného a postupné zvládnání běžných praktických dovedností (Vágnerová, 2012). „*Resocializace (z lat. re- znovu, soció spojovat, sdružovat) znamená návrat do společenství spojený se snahou o co největší soběstačnost a nezávislost navracejícího se*“ (Baštecká et al., s. 52, 2003). Jde o snahu pomoci nemocnému sociálně se adaptovat a integrovat, a to především v oblastech bydlení a zaměstnání. Socioterapie usiluje o to, aby nemocný byl schopen udržet si své dosavadní kompetence a kontakt s lidmi, ale zároveň je potřeba ochrana před nadměrnou zátěží a stresem. V případě odmítnutí nemocného rodinou je možnost využít chráněných obydlí, která jsou přechodnou variantou mezi institucionálním zařízením a samostatným životem. Co se týká pracovního zařazení, nachází se zde dvě hlavní rizika. Mezi ně patří nedostatečná kompetence ke zvládnutí zátěže a negativní reakce spolupracovníků. Tato rizika představují, kvůli zvýšené zranitelnosti a snížené frustrační toleranci, nadměrnou zátěž. I zde je možnost využít alternativní řešení, a to v podobě chráněných pracovišť (Vágnerová, 2012).

Nejvíce smysluplné socioterapeutické přístupy jsou takové, které pomáhají rozvíjet pacientův potenciál a pozitivní perspektivu do budoucna. Prostředí sociální sítě nemocného může mít velký vliv na jeho znovuobjevení nemoci (recidivy), proto je spolupráce s rodinou velmi důležitým faktorem při léčbě (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Jak už jsme zmiňovali výše, u většiny pacientů můžeme pozorovat deficit sociálních a interpersonálních dovedností, které jsou důležité pro běžné fungování ve společnosti. Tento deficit se snižuje pomocí nácviku sociálních dovedností, jejichž cílem je: zlepšené dovednosti správného vnímání a porozumění, zlepšené vyjadřování pozitivních emocí, sebeobstarávání, přiměřené sebeprosazení, schopnost kompromisů, úspěšné řešení konkrétních problémů, vytvoření sociální podpůrné sítě, atd. (Svoboda et al., 2006).

### 3 Využití projektivních metod u psychotických poruch

V této kapitole se budeme blíže zabývat dosavadními projektivními metodami, které jsou využívány k diagnostice a výzkumu schizofrenie a ostatních psychotických poruch.

#### 3.1 Projektivní metody

Projektivní technikou rozumíme málo strukturovaný úkol, u kterého můžeme nacházet široké spektrum odpovědí. Tím, že představují maskovanou testovací proceduru a komplexní přístup k hodnocení osobnosti, jsou obzvláště účinné při odhalování skrytých, latentních či nevědomých aspektů osobnosti. Tento, především klinický nástroj, je mnohdy odrazem vlivu psychoanalytických koncepcí (Šípek, 2000).

Termín „projekce“ byl zaveden roku 1894 Sigmundem Freudem a byl používán pro označování obranných mechanismů proti úzkosti, umožňujících jedincům připisovat vlastní (nežádoucí) snahy, touhy a pocity ostatním osobám. Freud jako projekci označoval také ovlivnění vnímání aktuálních podnětů minulými vzpomínkami. Přesto projekce nemusí vždy zastávat obrannou funkci a zmírňovat psychické napětí, ale naopak jej může v některých prožitkových oblastech vyvolávat. Pokud se podíváme na neanalytické pojetí projekce, můžeme si představit proces promítání duševních dějů navenek. Předpokládáme, že dochází k externalizaci chování, kdy projekční metody vnímáme jako katalyzátor. Samotný název „projekční technika“ byl zaveden v roce 1939 psychologem L. K. Frankem. Dle jeho definice jde o metodu výzkumu osobnosti, která konfrontuje zkoumaného s nějakou situací, ve které odpovídá dle vlastních pocitů a dojmů (Svoboda, 1999).

*„Projektivní testy a ti, kteří je ovládají, patří ke „šlechtě“ psychodiagnostiky, jednak tím, že jde o metody velmi málo průhledné, jednak tím, že jejich interpretace často vyžaduje zvláštní kompetenci, včetně tvořivé intuice“ (Říčan, 2010, 38).*

#### 3.2 Rorschachův test (ROR)

Tento test byl uveřejněn v roce 1921 švýcarským psychiatrem Hermannem Rorschachem a v této době patří celosvětově mezi nejrozšířenější projektivní metody. Rorschachův test je založen na předpokladu úzkého vztahu mezi osobností a vizuální percepcí. Princip spočívá v nenáhodné projekci představ k figurám obsaženým v testu a v odrazu osobnostních zvláštností. Testový materiál obsahuje deset standardních tabulí

obsahující symetrickou skvrnu. Tabule dělíme na pestré s barvami chromatickými a nepestré, které obsahují pouze achromatické skvrny (Svoboda, 1999).

Rorschachova metoda je považována za velmi významný klinický nástroj při podrobném diagnostickém popisu integračních schopností psychotických osob, dále také jako nástroj na měření průběhu pokroku v léčbě. Proto byl v roce 2012 uskutečněn v Dánsku výzkum, který porovnával výsledky Rorschachova testu na začátku a následně po dvou letech léčby u postupně hospitalizovaných pacientů s první epizodou schizofrenie. Výzkumu se zúčastnilo 34 probandů, z toho 28 mužů a 6 žen. Požadavkem pro účast ve výzkumu bylo splnění diagnostických kritérií odpovídajících pro F20-29 dle MKN-10. Při konečném porovnávání údajů nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly pro žádnou ze zkoumaných proměnných. Nejvíce zřejmým vysvětlením jsou viditelně hlídané a obranné postoje v reakcích pacientů, které vedly k nízké produkci odpovědí při testování. Toto vysvětlení je potvrzeno převahou stručných protokolů s nízkým počtem odpovědí (Rosenbaum, Andersen, Knudsen, & Lorentzen, 2012). Jedna z možností je vysvětlení Lilienfelda et al. (2000), který uvádí, že u určité skupiny lidí se může objevit vyšší skóre v indexu psychopatologie z důvodu většího počtu odpovědí zodpovězených při testování, a to může být příčinou stručnosti a nesdílnosti probandů. Nízký počet odpovědí implikuje riziko nižšího skóre PTI (Perceptual Thinking Index), což může narušit výsledky testování. PTI nám udává pravděpodobnost narušení kognitivních schopností, které by mohly vést k oslabení přiměřeného testování reality a dezorganizaci. Čím vyšší hodnoty PTI dostaneme, tím větší je riziko tohoto narušení (Obuch & Polák, 2011). PTI, tzv. percepčně kognitivní index, jehož méně spolehlivým předchůdcem byl SCZI, tzv. index schizofrenie, se využívá ke zjišťování závažnějších poruch myšlení u pacientů s diagnózou psychotického okruhu (Lečbych, 2013).

Na základě této studie se objevily důležité poznatky pro klinické a výzkumné účely, obzvláště o limitech a omezeních nízkých hodnot PTI u správně diagnostikované skupiny schizofreniků s první epizodou. Z klinického hlediska je velmi důležité při vyhodnocování dat Rorschachova testu brát na vědomí to, že nízké hodnoty PTI nemusí nutně vylučovat přítomnost psychózy. Z toho důvodu by se měly budoucí výzkumy zaměřit na zlepšení citlivosti PTI pro přesnější odhalení závažného patologického myšlení (Rosenbaum et al., 2012).

Neurokognitivní poškození a negativní příznaky přispívají k funkčnímu postižení u lidí trpících schizofrenií. Americký výzkum z roku 2012 se zabýval měření kognice týkající se každodenního sociálního fungování u pacientů s touto nemocí. Studie zkoumala roli poruchy myšlení, problémů v mezilidské interakci a komplexity tohoto onemocnění, a to pomocí Rorschachova testu, který objasňuje funkční a sociální dovednosti u těchto pacientů. Výzkumu se zúčastnilo 72 osob středního až staršího věku trpících schizofrenií či schizoafektivní poruchou. Padesát osm účastníků bylo zařazeno i do randomizované klinické studie, která zkoumala účinnost psychosociální intervence založené na nácviku a následném zlepšení sociálních dovedností. Zbývajících 14 osob se této studii neúčastnilo. Podmínkou byla diagnostikovaná schizofrenie či schizoafektivní porucha dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV), věk vyšší než 35 let a stabilita onemocnění. Výsledky přinesly zjištění, že nízká úroveň komplexity nemoci je spojena s nižší úrovní funkčních a sociálních dovedností, a to z toho důvodu, že při vyšší komplexitě onemocnění se objevují tendence k častějšímu využívání kognitivní aktivity, inteligence, energie, motivace a lepšímu vyrovnávání se s životními výzvami. Studie také poukázala na to, že čím větší závažnost poruchy myšlení, tím více jsou postiženy sociální dovednosti. Přestože negativní příznaky souvisí s nízkou hodnotou sociálních dovedností, byl zjištěn jejich negativní vztah ke komplexitě onemocnění. Výsledky této studie přinesly nové informace týkající se kognitivních deficitů u schizofrenie, a to může pomoci dalším neurologickým výzkumům objasnit specifické mozkové systémy, které jsou spojené s fungováním v běžném životě. Cílem této studie bylo objevení informací, které by mohly pomoci lékařům při výběru správné léčby a k resocializaci u pacientů se schizofrenií (Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson, & Mausbach, 2013).

### **3.3 Tematický apercepční test (TAT)**

Test byl poprvé popsán Morganovou a Murrayem v roce 1935. Přestože každý z testů přistupuje k psychodiagnostice jiným způsobem, významem můžeme TAT řadit k Rorschachově testu. Zatímco ROR se uplatňuje nejvíce při diagnostice poruch procesů myšlení, TAT se váže více k sociálnímu přizpůsobení. Test je tvořen 31 obrázky, na kterých jsou vyobrazeny málo strukturované, nejednoznačné sociální situace. Z těchto obrázků můžeme vytvořit čtyři série. Existuje série pro muže, ženy, chlapce a dívky. Karta s číslem 16 neobsahuje žádný obrázek a dává prostor pro fantazii vyšetřovaného (Svoboda, 1999). Proband má za úkol vytvářet zajímavé a dramatické příběhy. U této

metody se předpokládá projekce probandových nadějí a obav, a to včetně těch nevědomých, při vytváření těchto příběhů (Říčan, 2010).

Psychotická onemocnění se objevují i u dětí. Pomocí tematického apercepčního testu američtí výzkumníci porovnávali skupinu patnácti dětských psychotiků se skupinou patnácti nepsychotických maladaptivních dětí. Porovnání těchto dvou skupin ukázalo výrazné kvalitativní i kvantitativní rozdíly. U psychotiků se objevovali ukazatelé poruchy intelektu ve slovním vyjadřování, mezi které patří: nesouvislosti, rozpory, neologismy, nesmyslné rýmy, manýrování, autistická logika a témata nesouvisející s obrázkem. Ve čtyřech případech byl přítomen jeden nebo dva z ukazatelů, u deseti případů byli přítomni 3 až 4 ukazatelé. Pouze v jednom případě, konkrétně u jedince se simplexní schizofrenií, se tyto projevy neobjevily. U psychotiků se objevovaly častěji motivy násilí a smrti. Analýza příběhů TAT patnácti dětských psychotiků a patnácti nepsychotických maladaptivních dětí odhalila přítomnost dezorganizace a poruchy myšlení, emocí a vnímání u skupiny psychotiků (Leitch & Schafer, 1947).

Existuje jen málo studií, které se zabývají schizofrenií z pohledu rozdílů pohlaví. Francouzská studie z roku 2011 zkoumala pomocí Rorschachova testu a Tematického apercepčního testu 3 pacientky se schizofrenií ve věku 25, 31 a 60. Studie byla zaměřena na problematiku konstrukce sexuální identity a její organizace, identifikaci s ženským tělem a mateřskými principy. Výsledky poukázaly na pasivitu a neschopnost ztotožnit se s mateřskou figurou, která vede k odmítnutí ženské identity. Sexuální identifikace se zdála být dle výsledků úzce propojena s pevnými narcistickými vlastnostmi osobnosti. (Camps, 2011).

Španělský výzkum z roku 2010 se zabýval popisem a porovnáváním průzkumných pohybů očí při prohlížení předložených karet Rorschachova testu a Tematického apercepčního testu. Výzkum byl prováděn u sedmi schizofreniků mužského pohlaví a u skupiny deseti zdravých jedinců s věkovým průměrem 29, 3 let. Z výsledků plyne, že u pacientů se schizofrenií se projevovala nižší míra fixace pohledu na karty. Všichni probandi reagovali na změny stimulů změněným počtem fixací. Příběhy TAT vyvolávaly větší dynamiku oční pohybu při prohlížení karet než u méně strukturované metody ROR. Výsledky poukazují na to, že deficit vizuálního zpracování může mít za následek sníženou četnost vizuálního zkoumání u schizofreniků. V tomto případě zde může být možnou příčinou i působení léků. Výsledky poukazují na to, že cíle fixace schizofreniků se nijak významně nelišily od cílů skupiny zdravých jedinců (Lukasova, Zanin, Chucre, De Macedo, & De Macedo, 2010).



### 3.4 Rosenzweigův obrázkový frustrační test

Rosenzweig Picture-Frustration Study (P-F Test, P-F Study) byl uveřejněn S. Rosenzweigem v roce 1945. Tento test řadíme k verbálně-tematickým projektivním technikám a slouží k odhalování vzorců chování při běžných zátěžových situacích. Test má evokovat skryté agresivní tendence, které jsou verbálně projikovány. Subjekt se vědomě nebo nevědomě ztotožňuje s jedincem vyobrazeným v testu, který se nachází pokaždé v jiné frustrující situaci. Vlastní reaktivitu poté promítá do svých odpovědí. Testový materiál tvoří 24 obrázků a na každém z nich se vyskytují dva účastníci frustrující situace. Osoba vlevo na obrázku pronáší slova a u osoby vpravo dopisuje jeho možnou reakci dle vlastních slov subjekt. Verbalizace osob jsou umístěny do oblačků, podobně jako v komiksech (Svoboda, 1999).

Dle Rosenzweiga (1978, in Čáp, 2010) těchto 24 obrázků dělíme do dvou skupin: ego-brzdících (ego-blocking) a super-brzdících (super-ego blocking) situací. Ego-brzdící situace se vyskytuje v případě, že nějaká překážka klame, ruší či jinak frustruje subjekt. Super-brzdící situace představují napadání, obviňování či osočení subjektu jinou osobou. Reakce na frustraci jsou zjišťovány ze dvou hledisek: typ agrese a směr agrese. Mezi typy agrese patří: obstacle-dominance (O-D) neboli převládání překážky, ego(etho)-defense (E-D) neboli obrana sama sebe či vlastního chování a posledním typem je need-persistence (N-P), který charakterizuje trvání potřeby a zdůraznění potřeby řešení. Směry agrese jsou známy také tři. Prvním je extragression (E-A), což je agrese směřovaná na okolí. Dalším je intragression (I-A), představující zaměření agrese vůči vlastní osobě. Posledním je imagression (M-A), který představuje snahu o přenesení se přes frustraci a vyhnutí se agresi.

Americký výzkum Starera (1952) zjišťoval, zda existují spolehlivé rozdíly mezi jednotlivými typy a směry agrese a zdroji frustrace, které byly popsány pomocí Rosenzweigova obrázkového frustračního testu. Výzkum zahrnoval srovnávání odpovědí Rosenzweigova obrázkového frustračního testu u skupiny neurotických pacientů a pacientů s paranoidní schizofrenií. Výzkumný soubor obsahoval 72 pacientů, z toho 36 s paranoidní schizofrenií a 36 neurotických ve věkové kategorii 20 až 40 let. Výsledky ukázaly, že paranoidní schizofrenici ve srovnání s neurotiky prokazovali větší četnost extrapunitivních odpovědí (tzn. obviňování a nepřátelství je směřováno na osoby a věci v okolí). Z hlediska typu agrese se u neurotiků více vyskytovaly odpovědi typu N-P (need-persistence). Intenzita frustrace byla mnohem větší u schizofreniků než u neurotiků, což může mít za následek ztrátu kontaktu s realitou.

Pro zvládnutí běžné společenské adaptace je u každého jedince velmi důležitá schopnost zastávání jednotlivých sociálních rolí. U několika psychických poruch byl zjištěn deficit těchto schopností, a to především u pacientů se schizofrenií. Na toto téma proběhl výzkum Američanů v roce 1958 pomocí Rosenzweigova obrázkového frustračního testu. Vzorek byl tvořen třiceti mužskými pacienty se schizofrenií ve srovnání s třiceti drogově závislými pacienty mužského pohlaví bez diagnostikované schizofrenie ve věkovém průměru 19,3 let. Výsledky potvrdily hypotézu, že pacienti se schizofrenií prokazují nižší schopnost předvídání reakcí dalších osob, které se v interpersonálních situacích vyskytují v porovnání s drogově závislými muži (Diamond, 1958).

## **VÝZKUMNÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

## 4 Cíle práce a hypotézy

Kromě ostatních příznaků schizofrenie, se u pacientů s tímto onemocněním setkáváme s deficitem sociálních dovedností, kognice a celkově s životem ve společnosti. Tyto potíže můžeme parciálně sledovat pomocí projektivních metod, které mohou pomoci včasné diagnostice a následně při řešení těchto obtíží.

S ohledem na teoretickou část a výše zmíněné, jsme se zaměřili pomocí pilotní studie Testu sociálního zrání na zkoumání vybraných aspektů sociálního zrání osobnosti u pacientů se schizofrenií a následně ji porovnali s jedinci bez psychiatrického onemocnění.

Stanovili jsme si tyto základní cíle:

- porovnat úroveň sociálního zrání jedinců se schizofrenií se zdravými jedinci bez psychiatrického onemocnění
- zjistit úroveň sociálního zrání u pacientů se schizofrenií
- porovnat výskyt alexithymie u jedinců se schizofrenií se zdravými jedinci
- zjistit popisně statistické údaje Testu sociálního zrání a jeho základních ukazatelů u skupiny pacientů se schizofrenií

Pro tento výzkum byly stanoveny tyto hypotézy:

- $H_1$ : Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů se schizofrenií.
- $H_2$ : Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.
- $H_3$ : Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů ke druhým lidem Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.
- $H_4$ : Existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.

## 5 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Tato kapitola se zabývá popisem zvoleného typu výzkumu, metodám sběru, zpracování a analýzy dat. Závěrečná část této kapitoly náleží etickým otázkám.

### 5.1 Typ výzkumu

Pro tuto práci jsme zvolili kvantitativní přístup, konkrétně dotazníkové šetření a kvantitativní obsahovou analýzu dat. Kvantitativní výzkum se pojí k hypoteticko-deduktivnímu modelu vědy, kdy nejdříve vzniká teorie, poté se provádí dedukce a následně vzniká hypotéza, u které následně provedeme operacionalizaci. Po stanovení operační definice (operacionalizace) provádíme měření, dále pomocí jeho výsledků testujeme hypotézy a v závěru dochází k ověření pravdivosti (verifikaci) původní teorie (Hendl, 2005).

Mezi přednosti kvantitativního výzkumu patří: možnost zobecnění na populaci, snadnější eliminace nežádoucích proměnných, relativní rychlost a přímočarost sběru dat, poskytnutí přesných (numerických) dat, relativní rychlost analýzy dat pomocí počítačů a testování a validizace teorií (Hendl, 2005).

### 5.2 Metody získávání dat

Sběr dat pro realizaci tohoto výzkumu probíhal průběžně v období od října 2013 do února 2014 v Psychiatrické nemocnici Jihlava.

Získávání dat se skládalo z dotazníkové části, která předcházela samotné projektivní metodě. V dotazníkové části probandi vyplňovali nejdříve anamnestický dotazník, kde se nacházely položky: věk, pohlaví, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, počet a věk dětí, zaměstnání a aktuální pracovní pozice a přítomnost chronického somatického či psychiatrického onemocnění. Následoval dotazník škály alexithymie TAS-20, z důvodu možného spoluvýskytu alexithymie a stádií sociálního zranění. Po dotazníkové části následovala prezentace 12-ti obrázkových karet. Někteří probandi dokázali vyplnit dotazníky bez pomoci, jiní měli problémy při porozumění tvrzením v TAS-20.

Prezentaci 12-ti karet předcházela jedna zácvičná karta, pomocí které bylo probandovi předem vysvětleno, jak bude testování probíhat. Karty se jednotlivě po sobě předkládaly probandovi, a instrukce při administraci zněla následovně: *„Tohle je test, ve kterém můžete zapojit svou fantazii. Ukáži Vám postupně několik obrázků, vy se na každý*

*podíváte a řeknete mi, co na něm je, co se na něm odehrává, co vyobrazené postavy dělají, na co myslí a co cítí.“*

Na závěr testování byly všechny karty znovu předloženy probandovi a ten měl za úkol vybrat 3 nejvíce sympatické a 3 nejméně sympatické karty. Odpovědi byly zaznamenávány písemně během testování z důvodu charakteristiky výzkumného vzorku a rizika nízké spolupráce probandů při výzkumu.

Podnětový materiál obsahuje (včetně zácvičné) karty následujících 15 obrázkových karet Testu sociálního zrání: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8F, 8M, 9, 10F, 10M, 11 a 12. Tabule č. 8 a 10 existují ve dvou provedeních, zvláště pro muže a pro ženy. Tabule obsahují různé sociální situace s osobami, které jsou záměrně nezřetelně nakresleny, aby byl umožněn větší prostor pro odpovědi probandů.

Nyní uvádíme očekávaná témata k jednotlivým tabulím, která budou po pilotní studii nahrazena převládajícími tématy dle výsledků výzkumu na zdravé populaci.

**Tabule 1: Kolegyně.** Prostředí podobné kanceláři, kde se nachází 2 kolegyně. Jedna z nich má více práce než ta druhá, tváří se unaveně či znuděně. Druhá kolegyně se chystá uklidit svou dokončenou práci do police. Tato situace by měla být o pro-sociálním chování, konkrétně unavená kolegyně by potřebovala od druhé pomoci.

**Tabule 2: Fronta.** Obrázek by měl zachycovat frontu lidí u nějaké přepážky. Je tam jeden člověk, který je na řadě u přepážky a něco vyřizuje, za ním je několik čekajících lidí. Situace by měla vystihovat běžnou sociální situaci, která zahrnuje navazování kontaktů, frustraci při čekání a vztah k druhým.

**Tabule 3: Porada.** Na kartě je zobrazena situace z porady, je tam konferenční stůl (zhruba 10 míst u stolu) 9 míst je obsazeno, jedno místo je volné. Na scéně je zachyceno, jak jeden člověk u stolu stojí (takže 8 lidí sedí) a podává ruku člověku, který právě přišel. V této situaci by mělo jít o pocity z nové situace a prvního kontaktu.

**Tabule 4: Loučení.** Tato scéna se odehrává na nádraží, konkrétně by to mohla být scéna z nástupiště, kdy už přijel vlak a v popředí scény stojí pár, který se objímá, muž má u nohou třeba kufř, v pozadí scény můžou být ještě jiní lidé (postávají u vlaku, někteří nastupují), ale třeba s méně prokreslenými detaily, aby bylo zřejmé, že důležitými postavami na obrázku je loučící se pár. Tato karta může evokovat odjezd/příjezd milého, spíše by ale atmosféra obrázku měla navádět k odjezdu.

**Tabule 5: Nadřizený.** Na scéně se nachází dvě osoby – nadřizený, který stojí za stolem a podřizený, který je posazený hluboce do křesla či židle. Situace by mohla připomínat pracovní pohovor či vztah učitel a žák.

**Tabule 6: Večírek.** Karta zobrazuje skupinu více lidí při nějaké zábavě, jak se baví. Jedna osoba stojí opodál osamocená se sklenkou vína a rozhlíží se. Mělo by jít o sociální situaci, při které bychom měli přijít do kontaktu s více lidmi (zajímá nás postoj člověka k takové situaci, ve které by se měl seznamovat, bavit se ve skupině).

**Tabule 7: Eskalátor.** Na kartě je vidět člověk, který sjíždí po eskalátoru směrem dolů, nejspíše na nějaké nástupiště, dole se nachází spousta lidí, kteří tam čekají na metro, vlak, apod. Jedná se o nějakou situaci, do které se člověk může běžně dostat a je při ní vystaven kontaktu, vztahu s jinými lidmi a pocity plynoucími ze situace.

**Tabule 8F: Prostírání.** Karta je určena pro ženy a má vyobrazovat dvě ženské postavy, z nichž jedna je viditelně starší než ta druhá (o generaci). Situace se odehrává v prostředí domova, konkrétně v jídelně, kde ženy společně prostírají stůl a jedna druhé něco podává. Karta by měla připomínat matku s dcerou, vztah k rodiči a spolupráci.

**Tabule 8M: Plot.** Karta je určena pro muže a nacházíme zde dvě mužské postavy, jedna z nich je viditelně starší než ten druhá (o generaci). Situace se odehrává venku na zahradě u plotu, který natírají, přitom se dívají na sebe, jakoby spolu mluvili. Tato karta by mohla, podobně jako u karty 8F, evokovat otce a syna, vztah k rodiči a spolupráci.

**Tabule 9: Těhotenství.** Scéna zachycuje pár - muže a těhotnou ženu, kteří se spolu drží za ruce a procházejí se někde v parku. Naproti nim jde osamocená žena. Tato situace by mohla vyvolávat různé pocity ženy, která je bez partnera a není těhotná. Může evokovat postoje k mateřství.

**Tabule 10F: Mateřství.** Tabule určená pro ženy. Tato tabule nebyla předem stanovena, předpokládané odpovědi budou doplněny po pilotní studii.

**Tabule 10M: Otcovství.** Tabule určená pro muže. Scéna by mohla zachycovat muže, který jde v parku s kočárkem a naproti němu jde jiný osamocený muž. Karta by měla zachycovat podobně emocionální a sociální situaci jako karta těhotenství, která je určena pro ženy a postoje k otcovství.

**Tabule 11: Člověk v tísní.** V popředí karty je muž přibližně středního věku, kterému se něco stalo, upadl na zem a okolo se mu rozsypaly věci. V pozadí je hlouček lidí, někteří se dívají jeho směrem, ale většina je otočena zády a baví se spolu. Dál od hloučku stojí člověk, který se dívá na člověka sedícího na zemi. Tato karta by měla připomínat situaci rozhodování, zda někomu pomoci a vztah k člověku v tísní (pro-sociální chování).

**Tabule 12: Ložnice.** Na této kartě je zobrazena scéna, kdy nějaká osoba (muž) vstává z postele. Na obrázku je zachycen ještě další člověk, který ještě leží (partnerka). Dle muže, který sedí na posteli a zaujímá postoj, kdy se chystá vstát z postele a dle budíku, by scéna mohla evokovat ranní vstávání do práce. Mohla by také asociovat sexualitu a partnerský vztah.

### 5.3 Metody zpracování a analýzy dat

V této kapitole rozebíráme metody použité ke zpracování a analyzování dat. Nejdříve uvedeme informace o dotazníku TAS-20 a následovně o Testu sociálního zrání osobnosti.

#### 5.3.1 Toronto alexithymia scale (TAS-20)

Jak už jsme uvedli výše, součástí sběru dat bylo vyplnění dotazníku TAS-20 (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) je dvaceti položkový sebeposuzovací dotazník, který slouží k měření alexithymie. Alexithymie se vyskytuje u lidí, kteří mají problémy s identifikací a popisem emocí, přičemž je jejich emoční prožívání minimalizováno a pozornost je zaměřena spíše externě. Autory tohoto dotazníku jsou: R. M. Bagby, J. D. A. Parker a G. J. Taylor. Dotazník je tvořen dvaceti položkami, které jsou hodnoceny 5-ti bodovou Likertovou škálou. Odpovědi se poté vyhodnocují pomocí tří faktorů (Bagby et al., 1994).

Faktory dotazníku TAS-20 dle Bagbyho et al. (1994) jsou následující:

- 1. Faktor (TAS-f1):** Používá se k měření obtížnosti popisu vlastních emocí. Zahrnuje položky: 2, 4, 7, 12, 17.
- 2. Faktor (TAS-f2):** Měří obtížnost identifikace emocí a obsahuje položky: 1, 3, 6, 11, 9, 13, 14.
- 3. Faktor (TAS-f3):** Popisuje externě orientované myšlení, tedy tendence jedinců zaměřovat svoji pozornost externě. Zahrnuje osm položek: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

Faktory se mohou v podání jednotlivých autorů lišit. Procházka (2011) například zařazuje měření obtížnosti popisu vlastních emocí do 2. faktoru a obtížnost identifikace emocí do 1. faktoru TAS-20.



V dotazníku TAS-20 nacházíme i tvrzení s inverzními hodnotami. Jsou to následující tvrzení: 4, 5, 10, 18, 19.

Výsledek nám poté udává celkové skóre. Bodové rozmezí TAS-20 je uvedeno v Tab. 1.

Tab. 1 Bodové hodnocení TAS-20 (Bagby et al., 1994)

51 bodů a méně	Nepřítomnost alexithymie
52 až 60 bodů	Možná přítomnost alexithymie
61 bodů a více	Přítomnost alexithymie

### 5.3.2 Test sociálního zrání osobnosti (TSZ)

Odpovědi probandů z Testu sociálního zrání byly ručně zaznamenávány na papír a poté přepsány do elektronické podoby. Následně byl text odpovědí k jednotlivým tabulím vyhodnocen dle námi předem upravených kritérií a stádií, která jsou založena na původních stádiích sociálního zrání autorky Abigail J. Stewart (1992).

Hodnotící kritéria:

- Vztah k autoritě (A)
- Vztah k druhým lidem (V)
- Pocity a emoce (E)
- Zaměření činnosti (C)

Každá z těchto hodnotících kategorií může být zařazena do čtyř základních stádií sociálního zrání:

1. Receptivní stádium
2. Autonomní stádium
3. Asertivní stádium
4. Integrované stádium

Nyní uvádíme stručné vymezení hodnotících kategorií (A, V, E, C) zařazených do jednotlivých stádií (1, 2, 3, 4). Pro potřeby výzkumu jsme původní charakteristiku stádií dle Stewartové (1992) podstatně upravili a doplnili.

#### **Vztah k autoritě (A):**

- Receptivní stádium (A1): Stádium má představovat kladný až benevolentní vztah k autoritě, její pasivní přijímání.
- Autonomní stádium (A2): Autorita zde zaujímá kritický postoj a ohled na právo. Autorita někomu něco může vyčítat, trestat ho, ponižovat či napomínat.
- Asertivní stádium (A3): Objevuje se opozice proti autoritě či její ignorování. Druhá osoba odmítá či ignoruje autoritativní osobu.
- Integrované stádium (A4): Dochází k uznání omezení autority a její ambivalence. Boduje se v případě, že jsou v příběhu obsaženy obě polarity autority. Autorita pomáhá, radí, její návrhy či činnost vedou k nějakému výsledku, která má pozitivní dopad na další přítomné osoby.

#### **Vztah k druhým lidem (V):**

- Receptivní stádium (V1): Každá z postav vystupuje sama za sebe, nedochází ke spolupráci osob. Bezprostřední uspokojení přání.
- Autonomní stádium (V2): Osoby se nacházejí ve formálním vztahu, dochází k běžné kooperaci, provádí činnosti, ke kterým je zapotřebí další osoba (např. rozhovor). Také bodujeme, když osoba si něco přeje, ale nedošlo k jejímu uspokojení nebo není jasné, že k uspokojení došlo.
- Asertivní stádium (V3): Zobrazuje útěk od druhých lidí, snahu vyhýbat se jim. Nezájem o druhé či soupeření s nimi. Mohou vyobrazovat útěk do denního snění, dokonce i sebevraždu.
- Integrované stádium (V4): Typické pro spolupráci, vzájemnost, společné plánování, kooperaci, společná snaha kvůli jednotnému cíli. Osoba přistupuje k druhému jako k sobě rovnému.

### **Pocity, emoce (E):**

- Receptivní stádium (E1): Jedná se o egocentrické, nesdílené emoce jedné osoby. Pocity zoufalství, bezmoci, zmatení, obav. Osoba je smutná, znuděná, sklíčená a prožívá pocity marnosti.
- Autonomní stádium (E2): Emoce dvou osob nezávisle na sobě či sdílené emoce osob, které jsou spolu ve vztahu. Bodují se i úzkostné pocity, nerozhodnost, snaha vyhnout se volbě.
- Asertivní stádium (E3): Bodujeme negativní emoce jedné nebo více osob, hostilitu, pocity nenávisť, nepřátelství, odporu, zesměšňování druhé osoby, ponižování a devalvací.
- Integrované stádium (E4): Společně sdílené pozitivní emoce. Bodujeme také při přítomnosti citové ambivalence u jedné osoby.

### **Zaměření činnosti (C):**

- Receptivní stádium (C1): Pasivita, nečinnost a klid. Deskripce obrázku.
- Autonomní stádium (C2): Snaha o konstruktivní činnost, kdy je osoba aktivní směrem k cíli, ale zatím jen ve fázi chtění. Boduje se také při snaze odstranění nepořádku, intrusí, snaha opustit situaci. Řadíme sem i zranění, násilné zásahy, vraždu a chování, které je zdrojem problémů (vloupání, krádež, opilství).
- Asertivní stádium (C3): Chování směřující k cíli, konkrétní činnost vedoucí k cíli. Bodujeme i selhání plánované akce, kdy se osoba o něco snaží, ale pak udělá chybu.
- Integrované stádium (C4): Vyjadřuje zabránění do tvořivé činnosti a starost o ní. Činnost se odehrává a už neselže.

### **5.3.3 Statistické zpracování**

Údaje, které jsme získali po oskórování jednotlivých rozhovorů a z vyplněných anamnestických dotazníků a dotazníků TAS-20, jsme statisticky vyhodnocovali v programu Microsoft Excel a Statistica 12. Využili jsme t-test a deskriptivní statistiku.

## **5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení**

Součástí každého výzkumu, obzvláště výzkumu s lidmi, by mělo být zamyšlení nad etickými otázkami a jejich následné ošetření. Sběr dat probíhal v Psychiatrické nemocnici v Jihlavě po předchozí domluvě psychologa s pacienty, který je požádal o pomoc při výzkumu k bakalářské práci. Při osobním setkání s pacienty byly podány základní informace o výzkumu a jeho průběhu. Pacienti byli obeznámeni s dobrovolnou účastí a s možností kdykoli v průběhu výzkumu svou účast ukončit. Sběr dat probíhal anonymně, pacienti neudávali nikde své jméno či citlivé údaje. Před samotným výzkumem každý účastník obdržel informovaný souhlas s účastí (viz Příloha č. 6), který ve dvou kopiích, v případě zájmu, podepsal. Sběr dat probíhal s každým pacientem individuálně v klidném a nerušeném prostředí pracovny psychologa. Během výzkumu nedocházelo k žádnému ohrožování, poškozování či klamání probandů.

## 6 Soubor

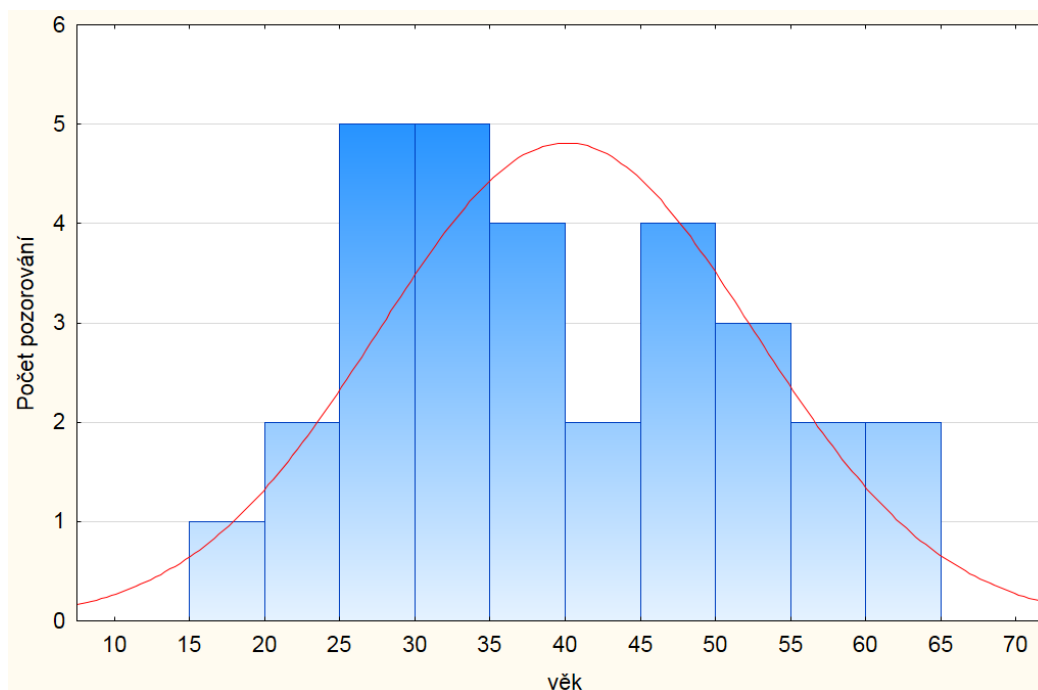
Výběr vzorku byl záměrný přes instituci. Sběr dat probíhal v Psychiatrické nemocnici v Jihlavě. Výzkumný soubor tvořilo 30 pacientů, u kterých bylo diagnostikováno schizofrenní onemocnění, z toho 22 pacientů se schizofrenií a 8 pacientů s jinou diagnózou okruhu F2 dle MKN-10 (viz Tab. 2).

Tab. 2 Četnost diagnóz výzkumného souboru (n=30)

Diagnóza	Četnost (n)
<b>Schizofrenie F 20</b>	<b>22</b>
Paranoidní schizofrenie F 20.0	20
Hebefrenní schizofrenie F 20.1	1
Reziduální schizofrenie F 20.5	1
<b>Ostatní diagnózy</b>	<b>8</b>
Porucha s bludy F 22	1
Akutní psychotická porucha F 23	1
Schizoafektivní porucha F 25	6
<b>Celkem</b>	<b>30</b>

Výzkumu se zúčastnilo 20 mužů a 10 žen ve věku 19 až 64 let. Průměrný věk probandů byl 39,9 let a medián 37,5 let. Věkové zastoupení je znázorněno histogramem (viz Graf 1). Největší zastoupení můžeme pozorovat u věku 25 až 35 let.

Graf 1 Věkové zastoupení probandů ve výzkumném souboru (n=30)



Nyní se podíváme na nejvyšší dosažené vzdělání probandů (viz Tab. 3). Celkem 8 probandů má základní vzdělání, 14 probandů vystudovalo střední školu bez maturity či získalo výuční list. Středního vzdělání s maturitou dosáhlo 5 probandů, vyšší odbornou školu vystudoval 1 proband a vysokoškolsky vzdělání byli ve výzkumném souboru 2 lidé.

Tab. 3 Výzkumný soubor- popis podle vzdělání (n=30)

Vzdělání	Četnost (n)
ZŠ	8
SŠ bez maturity/výuční list	14
SŠ s maturitou	5
VOŠ	1
VŠ	2

Zajímal nás také rodinný stav probandů (viz Tab. 4). Celkem 20 probandů je svobodných, dále 3 probandi uvedli stav ženatý či vdaná a 7 probandů je rozvedených. Přičemž čtyři z nich uvedli, že žijí v dlouhodobém vztahu.

Tab. 4 Výzkumný soubor- popis podle rodinného stavu (n=30)

Rodinný stav	Četnost (n)
svobodný/á	20
ženatý/vdaná	3
rozvedený/á	7
vdovec/vdova	0

Tázali jsme se i na zaměstnání probandů (viz Tab. 5). Dohromady 28 probandů je nezaměstnaných, tito jedinci pobírají invalidní důchod. Pouze 1 proband, který je v invalidním důchodu také, je zaměstnaný, a to jako administrativní pracovník. Ve výzkumném souboru se vyskytl i jeden student, který má současně přerušené studium na SŠ.

Tab. 5 Výzkumný soubor- popis dle zaměstnání (n=30)

Zaměstnání	Četnost (n)
zaměstnaný	1 (současně s invalidním důchodem)
invalidní důchod	29
student	1

## 7 Výsledky

V této kapitole uvádíme výsledky popisné statistiky a statistického testování stanovených hypotéz.

### 7.1 Deskriptivní statistika

1. Pomocí deskriptivní statistiky jsme zjišťovali hodnoty hrubých a vážených skóre u jednotlivých kategorií Testu sociálního zrání. Z údajů Tab. 6 a 7 můžeme zjistit, že nejvíce probandů svými odpověďmi spadalo do kategorie C (zaměření činnosti). Kategorie E (pocity a emoce) a kategorie V (vztah k druhým lidem) dosáhly stejného výsledku. Nejmenšího zastoupení dosáhli probandi s odpověďmi řadícími se do kategorie A (vztah k autoritě).

Vážené skóre jsme vypočítali následovně. Hrubý skór dané kategorie jsme vynásobili číslem úrovně té samé kategorie. To znamená, že pokud hrubý skór u kategorie C2 byl 2, provedli jsme následující výpočet:  $2 \times 2 = 4$ . Číslo 4 nám označuje vážený skór pro kategorii C2. Ten stejný postup jsme provedli u všech kategorií a úrovní a následně pro každou kategorii sečetli.

Tab. 6 Hrubé skóre odpovědí v jednotlivých kategoriích TSZ (n=30)

Proměnná	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
E HS sch	30	3,36667	0,00000	12,00000	2,953471
V HS sch	30	3,36667	0,00000	12,00000	2,953471
C HS sch	30	19,66667	13,00000	26,00000	3,898128
A HS sch	30	1,10000	0,00000	2,00000	0,803012

Tab. 7 Vážené skóre odpovědí v jednotlivých kategoriích TSZ (n=30)

Proměnná	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
E VS sch	30	5,06667	0,00000	17,00000	4,39383
V VS sch	30	5,06667	0,00000	17,00000	4,39383
C VS sch	30	41,43333	20,00000	65,00000	11,65209
A VS sch	30	2,36667	1,00000	5,00000	1,21721



Zajímaly nás také celkové hrubé a vážené skóry Testu sociálního zrání. Výsledky můžeme vidět v Tab. 8. Hrubý skór se pohyboval v rozmezí hodnot 19-45 s průměrem 30,9. Vážený skór probandů se nacházel v rozmezí 33-99 a průměrná hodnota byla 69.

Tab. 8 Celkové hrubé a vážené skóry TSZ

Proměnná	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
TSZ HS	30	30,86667	19,00000	45,00000	6,42588
TSZ VS	30	69,06667	33,00000	99,00000	18,46886

2. Zjišťovali jsme také četnost výběru jednotlivých tabulí, tj. volbu tabulí sympatických a nesympatických, obdobně jako je tomu při nepovinném výběru tabulí dle Morgenthalera (Říčan, Šebek, Ženatý & Morávek, 1981) v Rorschachově metodě (1921). V Tab. 9 můžeme vidět čísla nejvíce sympatických a nejméně sympatických tabulí a v závorce jejich četnost.

Tab. 9 Nejčastější sympatické a nesympatické tabule TSZ (n=30)

<b>Sympatické tabule</b>	10M (15x), 4 (13x), 1 (10x), 8M (10x)
<b>Nesympatické tabule</b>	5 (16x), 11 (14x), 7 (13x), 6 (12x)

3. Vyhodnocovali jsme i délku administrace TSZ. Z výsledků (viz Tab. 10) vidíme, že průměrná délka administrace byla 17,7 min. Minimální čas administrace byl 10 min a maximální 40 min.

Tab. 10 Délka administrace v minutách (n=30)

Proměnná	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Délka administrace	30	17,66667	10,00000	40,00000	6,375239

4. Zajímaly nás také počty odpovědí (témat), které probandi produkovali (viz Tab. 11) v TSZ. Minimální počet témat byl 11, z důvodu výskytu nehodnotitelné odpovědi u jednoho probanda. Maximální počet témat byl 16 a průměr 12,37 (viz Tab. 11).

Tab. 11 Počet odpovědí (témat) v TSZ (n=30)

Proměnná	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Počet témat	30	12,36667	11,00000	16,00000	0,889918

5. Dále jsme sledovali přítomnost alexithymie u jednotlivých probandů. Dle výsledků dotazníku TAS-20 se 7 probandů zařadilo do kategorie s možnou přítomností alexithymie a 19 probandů spadá do kategorie s přítomností alexithymie. Pouze u 4 pacientů bylo zjištěné skóre dotazníku TAS-20 v pásmu udávajícím nepřítomnost alexithymie (viz Příloha č. 5).

## 7.2 Testování hypotéz

Stanovili jsme si celkem 4 hypotézy, dále tedy popisujeme postup při jejich testování.

- **H<sub>1</sub>: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů se schizofrenií.**

Pro ověření hypotézy, že skupina pacientů se schizofrenií dosahuje vyššího skóru ve výskytu alexithymie, jsme použili t-test pro 2 nezávislé výběry. Skupina 1 představuje kontrolní skupinu a skupina 2 je zastoupena jedinci se schizofrenií. Z našich výsledků ( $t = -8,96$ ;  $p < 0,01$ ) konstatujeme, že hypotézu H<sub>1</sub> lze přijmout.

Tab. 12 Výsledek T-testu pro nezávislé výběry- TAS-20 (n=30)

Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
42,78571	66,60000	-8,96044	84	0,000000	56	30	9,719174	14,85006	2,334519	0,006762

- **H<sub>2</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.**

K ověření statisticky významně sníženého počtu odpovědí kódovaných v kategorii emocí TSZ u skupiny pacientů se schizofrenií jsme opět použili t-test pro 2 nezávislé výběry. Získali jsme hodnotu  $t = 11,31$  a  $p = 0,043$  ( $p < 0,01$ ). Hypotézu H<sub>2</sub> přijímáme.

Tab. 13 Výsledek T-testu pro nezávislé výběry- kategorie emocí (n=30)

Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
13,12500	3,366667	11,31219	84	0,000000	56	30	4,195506	2,953471	2,017918	0,042934

- **H<sub>3</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.**

K ověření statisticky významně sníženého počtu odpovědí kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem u skupiny schizofreniků jsme použili znovu t-test pro 2 nezávislé výběry. Pomocí hodnot, které nám vyšly ( $t = 11,31$ ;  $p < 0,05$ ), tvrdíme, že hypotézu H<sub>3</sub> lze přijmout.

Tab. 14 Výsledek T-testu pro nezávislé výběry- kategorie vztahu k druhým lidem (n=30)

Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
13,12500	3,366667	11,31219	84	0,000000	56	30	4,195506	2,953471	2,017918	0,042934

- **H<sub>4</sub>: Existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.**

K ověření poslední hypotézy, že existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti u skupiny schizofrenních pacientů, jsme opět využili t-test pro 2 nezávislé výběry. Z výsledných hodnot ( $t = -4,34$ ;  $p < 0,01$ ), vyplývá, že i hypotézu  $H_4$  přijímáme.

Tab. 15 Výsledek T-testu pro nezávislé výběry- kategorie zaměření činnosti (n=30)

Průměr skup. 1	Průměr skup. 2	Hodnota t	sv	p	Poč.plat. skup. 1	Poč.plat. skup. 2	Sm.odch. skup. 1	Sm.odch. skup. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
14,01786	19,66667	-4,34330	84	0,000039	56	30	6,515690	3,898128	2,793886	0,003661

## 8 K platnosti hypotéz

Nyní se vyjádříme k platnosti vyhodnocovaných hypotéz.

- **H<sub>1</sub>: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů se schizofrenií.**

Po ověření přijímáme hypotézu H<sub>1</sub>. Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u pacientů se schizofrenií. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti  $p=0,01$ .

- **H<sub>2</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.**

Ověřili jsme hypotézu H<sub>2</sub> a přijímáme ji. Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí TSZ u skupiny schizofrenních pacientů v porovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti  $p=0,05$ .

- **H<sub>3</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.**

Po ověření hypotézy H<sub>3</sub> ji přijímáme. Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem TSZ u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti  $p=0,05$ .

- **H<sub>4</sub>: Existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.**

Ověřili jsme hypotézu H<sub>4</sub> a přijímáme ji. Existuje statisticky zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti TSZ u skupiny schizofrenních pacientů

v porovnání s kontrolní skupinou jedinců bez psychiatrického onemocnění. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti  $p=0,01$ .

## 9 Diskuze

První závěr výzkumu této bakalářské práce je takový, že existuje rozdíl ve výskytu alexithymie u skupiny schizofreniků a skupiny zdravých jedinců, a to tak, že skupina schizofreniků dosahuje vyššího skóru. Z teoretické části této práce víme, že u schizofreniků bývají často postiženy city z oblasti estetické a sociální, tedy vyšší city. Dochází k postupné izolaci nemocného od vnějšího světa a uzavírání se do sebe (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Po vyhodnocení dotazníku TAS-20 jsme zjistili, že 7 probandů svými výsledky spadá kategorie s možnou přítomností alexithymie a 19 probandů se nachází v kategorii přítomnosti alexithymie. Mohli bychom také zvažovat, zda při vyplňování tohoto dotazníku nemohlo dojít ke zkreslení dat. Každému probandovi byl způsob vyplňování předem vysvětlen, avšak některým probandům bylo třeba pomoci při vyplňování, a to z těchto důvodů: neschopnost porozumět tvrzením v dotazníku TAS-20 a neporozumění způsobu vyplňování pomocí hodnotících škál. Můžeme diskutovat o možném zkreslení v důsledku kognitivního deficitu, který bývá u pacientů se schizofrenií přítomen. V teoretické části jsme se dozvěděli, že dle Svobody et al. (2006) se kognitivní dysfunkce pojí s negativními příznaky a strukturálními a funkčními poruchami CNS a následně dochází k narušení poznávacích schopností. Nejvíce bývá postižena paměť, včetně pracovní, dále exekutivní funkce a pozornost (Svoboda et al., 2006, Obereignerů, 2011).

S prvním závěrem této práce souvisí i tvrzení o statisticky významně sníženém počtu odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou. Toto tvrzení bylo vyvozeno na základě teoretických poznatků o emotivitě pacientů trpících schizofrenií. V teoretické části bylo uvedeno, že dle Atkinson et al. (2003) dochází u jedinců trpících schizofrenií ke kvantitativnímu i kvalitativnímu narušení emotivity, které může být důsledkem kognitivního deficitu.

Po náležitém vyhodnocení jsme přijali hypotézu, která tvrdí, že existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou. Výsledek souvisí s kapitolou o sociálním významu schizofrenie, především se stigmatem,

rodinnými vztahy a sociálními dovednostmi schizofreniků. Dle Rabocha et al. (2012) vedou domněnky, které jsou důsledkem mýtů a neznalosti lidí, k sociálnímu odcizení. K citovému odcizení může docházet i v rodinných vztazích. Vágnerová (2012) uvádí, že vzhledem k obtížné komunikaci, může chování nemocného vyvolávat u příbuzných odmítavý postoj, odpor, pocity ohrožení a obavy. Z teoretické části víme, že sociální poznávání sestává z mentálních operací, které zahrnují schopnost vnímat úmysly a povahu ostatních lidí. To vše vyžaduje schopnost emocionální, sociální percepce a empatie (Popovici et al., 2012). Naše výsledky tedy potvrzují teoretická východiska uvedená v této práci.

Dalším ze závěrů této práce je přijetí hypotézy, která tvrdí, že existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou. Platnost tohoto tvrzení by mohla souviset se snížením úrovně sociálních kontaktů a dovedností. Dochází ke zhoršení sociální percepce, k problémům s vnímáním a interpretací neverbální komunikace (Svoboda et al., 2006). Jak jsme zjistili z předchozích závěrů této práce, odpovědi probandů byly méně často zařazovány do kategorie emocí a vztahů k lidem, tudíž se ve svých odpovědích zaměřovali spíše na popis obrázku a činností, který byl pro ně srozumitelnější a přístupnější.

Jak již vyplynulo z výzkumu, průměrná doba administrace TSZ u pacientů se schizofrenií byla 17,7 min. Jedním z výhod Testu sociálního zrání je tedy jeho krátká doba administrace. Tento čas mohl být ovlivněn i nižším počtem odpovědí. Nižší počet odpovědí může být následkem nedůvěry probandů, neochoty či nižší úrovně sociálního poznávání a dovedností. Tímto můžeme navázat na informace z teoretické části o tom, že sociální poznávání sestává z mentálních operací, které zahrnují schopnost vnímat úmysly a povahu ostatních lidí. Dále bylo prokázáno, že existuje přímá korelace mezi sociálním poznáváním a sociálním fungováním (Popovici et al., 2012). Domníváme se, že pro pacienty trpící schizofrenií je obtížné zaměřit se a rozpoznat sociální situace vyobrazené na tabulích. To může být jedním z důvodů, proč se při administraci objevovala nižší produkce možných odpovědí ze strany probanda.



Když se zamyslíme nad možnými limity výzkumu této bakalářské práce, jedním z nich je charakter zkoumaného souboru. Data byla sesbírána od poměrně malého počtu probandů, ve kterém se vyskytla převaha mužů. To může být zapříčiněno vyšším počtem mužů na odděleních PN Jihlava, ale také vyšší ochotou mužů k zapojení se do výzkumu. Nižší reprezentativnost vzorku může být způsobena sběrem dat pouze v jedné instituci a městě (Psychiatrická nemocnice Jihlava). Výběr této instituce byl zvolen z důvodu velmi ochotné spolupráce a zájmu o tento výzkum. Nerovnoměrné věkové zastoupení, kdy se většina probandů nacházela ve věku 25-35 let, může být vysvětlováno výskytem schizofrenie v průběhu života. Podle Rabocha et al. (2012) se schizofrenie u mužů objevuje nejčastěji mezi 16 a 25 lety a u žen nejčastěji mezi 22 a 34 lety.

Další zkreslení tohoto výzkumu mohla nastat v důsledku písemného zaznamenávání odpovědí probandů na jednotlivé tabule TSZ. V průběhu administrace byla snaha zaznamenat vše podstatné, avšak z důvodu první zkušenosti autorky s ručním zaznamenáváním odpovědí, mohlo dojít k vynechání některých slov a výrazů. Tento způsob záznamu byl zvolen z důvodu předpokladu vyšší spolupráce na výzkumu, konkrétně u pacientů s paranoidní schizofrenií, kterých se nakonec výzkumu zúčastnilo 20.

Tímto bychom mohli navázat na to, že zkreslení mohla být do výzkumu vnesena samotnými probandy. Výjimkou nebyla nedůvěra na straně pacientů k testování, která se vyskytovala nejvíce u pacientů s paranoidní schizofrenií, u kterých se můžeme setkat s bludy a halucinacemi. U pacientů se objevovala různá podezření, především strach ze zneužití jejich odpovědí, mohlo tedy dojít k záměrné produkci neúplných odpovědí.

Výsledky pilotní studie Testu sociálního zrání podporují teoretické poznatky jiných autorů vztahující se k sociálnímu významu schizofrenie, především k otázkám souvisejícím se vztahy, sociální percepcí a dovednostmi. Výsledky tohoto výzkumu přináší zajímavé možnosti v oblasti dalšího zkoumání, jako je například rozšíření vzorku, další porovnávání se zdravou populací či zaměření se na kvalitativní obsah odpovědí.

Jak jsme již uvedli, pacienti se schizofrenií v porovnání s jedinci bez psychiatrického onemocnění dosahovali v Testu sociálního zrání svými odpověďmi nižšího skóre v kategoriích emocí a vztahů k druhým lidem a vyššího skóre v kategorii zaměření činnosti a ve výskytu alexithymie.

## 10 Závěry

Sesbíraná data byla náležitě zpracována a s ohledem na stanovené hypotézy jsme došli k těmto závěrům:

1. Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů se schizofrenií.
2. Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.
3. Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů ke druhým lidem Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.
4. Existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.

## SOUHRN

Tato bakalářská práce se zaměřuje na vybrané aspekty sociálního zrání osobnosti u pacientů trpících schizofrenií. Schizofrenie je závažná duševní porucha, které postihuje, mimo jiné, sociální vystupování a chování v různých životních situacích. Podle Popovici et al. (2012) je fungování v sociální oblasti jedním z důležitých aspektů při posuzování vývoje a prognózy schizofrenie. Toto sociální fungování je ovlivněno několika faktory, jako jsou klinické příznaky, užívání psychofarmak, dále také úroveň sociálního poznávání. Sociální poznávání sestává z mentálních operací, které zahrnují schopnost vnímat úmysly a povahu ostatních lidí. To vše vyžaduje schopnost emocionální, sociální percepce a empatie. Významnou součástí vyšetření pacienta se schizofrenií je proces zhodnocení psychosociálních funkcí. Tyto informace mohou být cenně využity při stanovení diagnózy, ale také prognózy. Mohou nám pomoci objasnit časné vývojové anomálie a psychologické stresy, které přispívají k nástupu onemocnění (Svoboda et al., 2006).

V návaznosti na teoretickou část byl na třiceti pacientech trpících schizofrenií proveden výzkum, který sestával z anamnestického dotazníku, dotazníku TAS-20 a Testu sociálního zrání (TSZ). V  $H_1$  jsme předpokládali statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů se schizofrenií.

V hypotéze  $H_2$  jsme předpokládali, že existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.

V další hypotéze  $H_3$  jsme usuzovali, že existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů ke druhým lidem Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.

V poslední hypotéze  $H_4$  předpokládala, že existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociálního zrání u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou.

Po zpracování a vyhodnocení dat jsme došli k následujícím závěrům. Hypotézu  $H_1$  jsme ověřili a následně přijali. Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi

skupinou pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů se schizofrenií. Rozdíl byl prokázán na hladině významnosti  $p=0,01$ .

Ověřili jsme hypotézu  $H_2$  a přijímáme ji. Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí TSZ u skupiny schizofrenních pacientů v porovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti  $p=0,05$ .

Po ověření jsme přijali i hypotézu  $H_3$ . To znamená, že existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem TSZ u skupiny pacientů se schizofrenií v porovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti  $p=0,05$ .

Poslední hypotéza  $H_4$  byla ověřena a následně přijata. Z této hypotézy vyplývá, že existuje statisticky zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti TSZ u skupiny schizofrenních pacientů v porovnání s kontrolní skupinou jedinců bez psychiatrického onemocnění. Rozdíl je signifikantní na hladině významnosti  $p=0,01$ .

Výsledky tohoto výzkumu podporují teoretické poznatky dalších autorů, které se vztahují k sociálnímu fungování u pacientů se schizofrenií a také otevírají možnosti k dalšímu zkoumání.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Atkinson, R. L., et al. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Baštecká B., et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Camps, F-D. (2011). Identité sexuelle et schizophrénie : l'impossible intégration du féminin. Étude clinique et projective du fonctionnement psychique de trois femmes atteintes de schizophrénie. *Evolution Psychiatrique*, 76(1), 19-29.
- Conley, R. R., & Kelly, D. L. (2005). Second-Generation Antipsychotics for Schizophrenia: A Review of Clinical Pharmacology and Medication-Associated Side Effects. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(1), 51-60.
- Čáp, D. (2010). *Rosenzweigův obrázkový frustrační test: Příručka*. Praha: Univerzita Karlova.
- Diamond, M. D. (1958). Role-taking ability and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 14(3), 321-324.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Fišar, Z. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing
- Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1994). *Concise Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., & Lysaker, P. H. (2013). Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. *Psychology Research & Behavior Management*, 6(5), 45-53.
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F.,... Möller, H. J. (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry*, 13(5), 318-378.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing.

- Lečbých, M. (2013). *Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada Publishing.
- Leitch, M., & Schafer, S. (1947) A study of the Thematic Apperception Tests of psychotic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 17(2), 337-342.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The Scientific Status of Projective Techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1(2), 27-66.
- Lukasova, K., Zanin, L. L., Chucre, M. V., De Macedo, E. C., & De Macedo, G. C. (2010). Analysis of exploratory eye movements in patients with schizophrenia during visual scanning of projective tests' figures. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 119 - 125.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize* (1996). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Mohr, P. (2012). Schizofrenie: Diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicína pro praxi*, 9(8,9), 342–346.
- Moore, R. C., Viglione, D. J., Rosenfarb, I. S., Patterson, T. L., & Mausbach, B. T. (2013). Rorschach measures of cognition relate to everyday and social functioning in schizophrenia. *Psychological Assessment*, 25(1), 253-263.
- Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 74-79.
- Obuch, I., & Polák, A. (2011). *Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr.: Standardizovaný přístup k vyhodnocování Rorschachovy metody*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu* ( disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Raboch, J., Pavlovský, P. et al. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: Učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. Bern: Bircher.
- Rosenbaum, B., Andersen, P. B., Knudsen, P. B., & Lorentzen, P. (2012). Rorschach Inkblot Method data at baseline and after 2 years treatment of consecutively admitted patients with first-episode schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 79-85.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing.
- Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J., & Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

- Stewart, A., J. (1992). Scoring manual for psychological stances toward the environment. In Ch. P. Smith (Ed.) *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. Cambridge: Cambridge university press.
- Starer, E. (1952). Aggressive Reactions and Sources of Frustration in Anxiety Neurotics and Paranoid Schizophrenics. *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 307-309.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Zs, P., Cristina, B., Papava, I., Madalina, C., Catalina, G. O., Rosu, M., & Anca, D. (2012). Schizophrenia: Social Cognition as a Predictive Factor of Social Performance?. *Acta Medica Marisiensis*, 58(5), 321-323.

# **PŘÍLOHY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Příloha 1: Zadání bakalářské práce**

**Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce**

**Příloha 3: Dotazník TAS-20**

**Příloha 4: Ukázka vyhodnocování TSZ**

**Příloha 5: Popisná data výzkumného souboru**

**Příloha 6: Informovaný souhlas**



## Přílohy

### Příloha č. 1: Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

#### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
GÖTHOVÁ Kristýna	Seifertova 69, Jihlava	F110033

#### TÉMA ČESKY:

Základní výzkum projektivní metody zaměřené na sociální zrání osobnosti u pacientů se schizofrenií

#### NÁZEV ANGLICKY:

Basic research of projective method focused on social maturation of schizophrenic patients' personalities

#### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Studium literatury z oblasti klinické psychologie, psychopatologie, obecné psychologie a psychologie osobnosti. Zaměření na problematiku sociálních otázek a známek sociální zralosti u pacientů se schizofrenií.

Pilotní zkoušení nové projektivní metody, založené částečně na principech TAT, která má postihovat aspekty sociálně zralé osobnosti u schizofreniků.

Pilotní projekt základních ukazatelů u pacientů se schizofrenií.

Zkoumaný soubor: Skupina 10-15 schizofreniků ve srovnání s kontrolní skupinou 10-15 zdravých dobrovolníků příslušného věku a pohlaví.

Parametry práce: V souladu s metodickými pokyny katedry.

Statistické zpracování: popisná statistika, F-test, t-test, korelace

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

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

Baštecká B. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál

Dušek, K., Večeřová - Procházková, A. (2010). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada

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

Vágnerová, M. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál

Podpis studenta:  .....

Datum: 29.4.2013

Podpis vedoucího práce:  .....

Datum: 29/04/13

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Základní výzkum projektivní metody zaměřené na sociální zrání osobnosti u pacientů se schizofrenií

**Autor práce:** Kristýna Göthová

**Vedoucí práce:** PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 48, 82 401

**Počet příloh:** 6

**Počet titulů použité literatury:** 40

**Abstrakt:** Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které se projevuje, mimo jiné, deficitem sociálních dovedností a kognice, které ovlivňují úroveň sociálního zrání u pacientů se schizofrenií. Cílem této práce bylo provedení pilotní studie Testu sociálního zrání osobnosti (TSZ) u skupiny lidí s tímto onemocněním a následné porovnání se skupinou jedinců bez psychiatrického onemocnění. Test sociálního zrání osobnosti se zaměřuje na 4 hlavní kategorie: vztah k autoritě, vztah k druhým lidem, emoce a prožívání a zaměření činnosti. V rámci výzkumu byl využit dotazník TAS-20 a Test sociálního zrání osobnosti (TSZ). Podařilo se nám potvrdit všechny původní předpoklady. Pacienti se schizofrenií oproti zdravým jedincům dosahovali v Testu sociálního zrání svými odpověďmi nižšího skóre v kategoriích emocí a vztahů k druhým lidem a vyššího skóre v kategorii zaměření činnosti a v dotazníku TAS-20 vyššího skóre ve výskytu alexithymie.

**Klíčová slova:** schizofrenie, Test sociálního zrání osobnosti, projektivní metody

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Basic Research of Projective Method Focused on Social Maturation of Schizophrenic Patients' Personalities

**Author:** Kristýna Göthová

**Supervisor:** PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 48, 82 401

**Number of appendices:** 6

**Number of references:** 40

**Abstract:** Schizophrenia is a severe psychotic disease which manifests, besides other things, with a deficit of social skills and cognition which affect the level of social maturation of schizophrenic patients. The goal of the thesis is realization of basic research of Test of social maturation of personality in group of people with this disease and after that compare gathered data with a group of people without any psychiatric disease. Test of social maturation of personality is focused on 4 main categories: relation to an authority, intrerpersonal relationships, emotions and experience and activity orientation.

Within the scope of our research were used TAS-20 questionnaire and Test of social maturation of personality. We succeeded in proving all original presumptions. Patients with schizophrenia achieved lower scores in Test of social maturation of personality in categories of emotions and relationships and higher scores in activity orientation category and in incidence of alexithymia in TAS-20 compared to healthy subjects.

**Key words:** schizophrenia, Test of social maturation of personality, projective methods

Příloha č. 3: Dotazník TAS-20

TAS-20

Jméno a příjmení..... Rodinný stav..... Věk .....

Zaměstnání..... Vzdělání.....

Odpověď znázorníte na škále od 1 (neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům) do 5 (velmi dobře odpovídá).

1. Bývám často zmatený(-á) pokud jde o to, jaké emoce cítím.	1	2	3	4	5
2. Je pro mne těžké najít správná slova pro mé pocity.	1	2	3	4	5
3. Mám fyzické vjemy, kterým ani lékaři nerozumí.	1	2	3	4	5
4. Jsem snadno schopen(-na) popsat mé pocity.	1	2	3	4	5
5. Dávám přednost analyzování problémů před jejich popisováním.	1	2	3	4	5
6. Když se necítím dobře, nevím jestli jsem smutný(-ná), vyděšený(-ná) nebo rozhněvaný(-ná).	1	2	3	4	5
7. Jsem často zmatený(-ná) z pocitů v mém těle.	1	2	3	4	5
8. Dávám přednost tomu ponechat věcem volný průběh, před tím než bych se snažil(-a) porozumět tomu proč se takto dějí.	1	2	3	4	5
9. Mívám pocity, které nemohu zcela identifikovat.	1	2	3	4	5
10. Být ve styku s emocemi je zásadní.	1	2	3	4	5
11. Zjistil(-a) jsem, že je těžké popsat to, co cítím o lidech.	1	2	3	4	5
12. Lidé mi říkají, abych více popsal(-a) své pocity.	1	2	3	4	5
13. Nevím co se ve mně děje.	1	2	3	4	5
14. Často nevím, proč jsem rozhněvaný(-á).	1	2	3	4	5
15. Raději hovořím s lidmi o jejich denních aktivitách spíše než o jejich pocitech.	1	2	3	4	5
16. Raději se koukám na „lehký“ zábavný pořad než na psychologické drama.	1	2	3	4	5
17. Je pro mne těžké odhalit moje nejvnitřnější city a to i blízkým přátelům.	1	2	3	4	5
18. Cítím se blízko někoho i v okamžicích mlčení.	1	2	3	4	5
19. Zkoumání mých pocitů považuji za užitečné pro řešení osobních problémů.	1	2	3	4	5
20. Hledání skrytých významů ve filmech nebo hrách odvádí od zábavy.	1	2	3	4	5

Příloha č. 4: Ukázka skórování Testu sociálního zrání (TSZ)

1. Dvě ženy v kanceláři. [Jedna vyřizuje nějaké dokumenty a druhá odpočívá.] **C1, C4**
2. Lidé na poště. [Jeden pán si u přepážky vyřizuje věci.] **C4**
3. Porada. [Snaží se uvítat nového kamaráda.] **V4**
4. [Manžel a manželka jedou na dovolenou a těší se.] **E2, C3**
5. Šéf má na koberečku podřízeného. [Něco mu vytýká, možná dává výpověď.] **A2** [Má strach.] **E1**
6. Středověká hospoda. [Jsou tam středověké obleky, korbele, nádoby, nábytek.] **C1** [Jeden tam postává.] **C1** [Ostatní ho pomlouvají a nechtějí ho tam.] **V3, E3**
7. [Eskalátor, jede dolů do metra, takže je to v Praze.] **C1**
- 8F. [Sourozenci nebo partneři chystají místnost na oběd.] **V4, C4**
- 8M. [Dva natírají plot.] **C4, V4** [Jeden drží v ruce košík a stříká na druhého barvu.] **C2**
9. [Manželský pár jsou spolu s kočárkem u rybníka.] **V4** [Jsou tam rybáři, obrubník, keře, hodně ryb v rybníku, stromy, cesta,...] **C1**
- 10F. [Sídliště, před ním park, v parku lavička, na lavičce matka s miminkem.] **C1**
- 10M. [Děda s tátou vezou kočárek s miminem a mají z něj radost.] **V4, E4**
11. Ulice. [Jeden upadl, nikdo si ho nevšímá.] **V3** [Jeden člověk se na něj dívá, co se mu stalo.] **C3**
12. [Ložnice s postelí, budíkem, žaluziemi a já jsem tam sama smutná na posteli.] **C1, E1**

[]: ohraničení hodnoceného textu

A: vztah k autoritě

V: vztah k lidem

E: pocity a emoce

C: zaměření činnosti

1-4: stádia jednotlivých kategorií

Příloha č. 5: Popisná data výzkumného souboru

<b>Proband</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Diagnóza</b>	<b>Přítomnost alexithymie</b>
1	Žena	49	ZŠ	F20.0	Možná
2	Muž	35	VOŠ	F20.0	Ano
3	Muž	41	SŠ bez maturity	F20.0	Ano
4	Žena	27	SŠ s maturitou	F20.0	Možná
5	Muž	28	SŠ bez maturity	F25.0	Ano
6	Muž	34	SŠ s maturitou	F20.0	Ano
7	Muž	35	ZŠ	F20.0	Možná
8	Muž	51	VŠ	F20.0	Ano
9	Muž	48	SŠ bez maturity	F20.0	Ano
10	Muž	23	SŠ bez maturity	F23.2	Ano
11	Muž	63	SŠ bez maturity	F25.2	Ano
12	Muž	37	SŠ bez maturity	F20.0	Ne
13	Muž	22	ZŠ	F20.0	Ano
14	Žena	40	SŠ bez maturity	F20.0	Ano
15	Žena	19	ZŠ	F20.0	Možná
16	Žena	36	SŠ s maturitou	F20.0	Ano
17	Muž	56	ZŠ	F25.2	Ano
18	Muž	54	SŠ bez maturity	F20.0	Ano
19	Žena	53	SŠ s maturitou	F20.0	Možná
20	Muž	30	ZŠ	F25.2	Ano
21	Muž	49	SŠ s maturitou	F25.1	Možná
22	Muž	31	ZŠ	F20.0	Ano
23	Muž	26	ZŠ	F20.0	Ano
24	Žena	31	SŠ bez maturity	F20.1	Ano
25	Žena	30	SŠ bez maturity	F25.2	Ne
26	Muž	49	SŠ bez maturity	F20.5	Ano
27	Žena	38	SŠ bez maturity	F20.0	Ne
28	Žena	57	SŠ bez maturity	F20.0	Možná
29	Muž	64	VŠ	F20.0	Ano
30	Muž	41	SŠ bez maturity	F22.0	Ne



Univerzita Palackého  
v Olomouci

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU**

KATEDRA PSYCHOLOGIE FILOSOFICKÉ FAKULTY UNIVERZITY PALACKÉHO  
V OLOMOUCI V RÁMCI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE NA TÉMA:

*„Základní výzkum projektivní metody zaměřené na sociální zrání osobnosti“*

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je mapování osobnosti a sociálních vztahů člověka. Prosíme Vás o spolupráci na jedné metodě a dotazníku, které Vám budou náležitě vysvětleny. Žádám Vás také o souhlas s administrací a pořízením písemného záznamu rozhovoru, Vašich odpovědí v testovém sešitě a další úpravou výzkumného materiálu pro výzkumný projekt. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka výzkumu mne informovala o jeho podstatě a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s jeho výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na mé případné dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel výzkumu.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Jméno administrátora: ..... datum: ..... podpis: .....

**Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.**

V ..... dne .....

Jméno a příjmení: ..... Podpis: .....