

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**INDEX POŠKOZENÍ FUNKCÍ EGA A JEHO MĚŘENÍ
V RORSCHACHOVĚ METODĚ U VYBRANÝCH KLINICKÝCH
SKUPIN**

**THE RORSCHACH EGO IMPAIRMENT INDEX AND ITS MEASURING
IN SELECTED CLINICAL GROUPS**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Marková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

2016

Ráda bych zde poděkovala doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, PhD. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, ochotu a čas, který mi během vedení mé práce věnoval. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Kristýně Hosákové za (nejen) odbornou pomoc. Mé další poděkování patří kolektivu psychologů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži za vstřícnost, podpurný přístup a cenné podněty. Děkuji také všem probandům za jejich účast ve výzkumu, a umožnění tak jeho realizace. Také bych zde chtěla vyjádřit zvláštní poděkování mému příteli, Petru Zlámalíkovi, za ohromnou podporu po celou dobu práce.

V závěru děkuji mé mámě, Ivaně Markové, za vše ...

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma Index poškození funkcí Ega a jeho měření v Rorschachově metodě u vybraných klinických skupin vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

.....

Veronika Marková

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Historie pojmu Ego.....	8
1.1 Klasické pojetí Sigmunda Freuda	8
1.1.1 Funkce Ega dle Freuda	9
1.2 Ego-psychologie.....	9
1.2.1 Anna Freudová.....	10
1.2.2 Heinz Hartmann	10
1.3 Objektní vztahy	11
1.3.1 Britská škola objektních vztahů	12
1.3.2 Americká škola objektních vztahů	13
1.3.3 Teorie vztahové vazby (attachment)	14
1.4 Otto F. Kernberg	16
1.5 Kohutova selfpsychologie.....	17
2 Ego jako konstrukt	19
2.1 Jak na konstrukt Ega nahlíží různí autoři?.....	19
2.2 Struktura Ega v pojetí OPD	19
2.2.1 Struktura self.....	20
2.2.2 Vztahy k objektům.....	20
3 Modely funkcí Ega.....	22
3.1 Beresův model funkcí Ega	22
3.2 Weinerův pohled (rozpracování).....	22
3.2.1 Vztah k realitě (relation to reality)	23
3.2.2 Myšlenkové procesy (thought processes).....	24
3.2.3 Ego obranné mechanismy (defensive operations)	25
3.2.4 Objektní vztahy (object relations).....	25
3.2.5 Autonomní funkce (autonomous functions).....	26
3.2.6 Syntetické funkce (synthetic functions)	26
3.3 Funkce Ega v pojetí Bellacka a Hurvicha.....	26
4 Diagnostické možnosti u vybraných funkcí Ega	29
4.1 Možnosti posouzení testování reality v ROR	29
4.2 Možnosti posouzení myšlenkových procesů v ROR.....	29

4.3 Vybrané metody měření obranných mechanismů	30
4.4 Vybrané metody k posouzení objektivních vztahů a citové vazby	31
5 Ego a psychopatologie	33
6 Index poškození funkcí Ega (EII).....	35
6.1 Tvorba EII.....	35
6.2 Proměnné EII	35
6.2.1 FQ-	35
6.2.2 Wsum6	36
6.2.3 Kritický obsah.....	40
6.2.4 MQ-	41
6.2.5 GHR a PHR	41
6.3 Vývoj EII	42
6.4 Početní formule EII	43
6.5 Interpretační pásma EII.....	44
6.6 Psychometrické vlastnosti EII.....	44
6.7 Neaktuálněji modifikovaná podoba indexu EII-3	45
6.8 Jak s konceptem EII zachází výzkumy?	46
EMPIRICKÁ ČÁST	52
7 Výzkumný problém, cíle a hypotézy	52
7.1 Výzkumný problém a cíle.....	52
7.2 Výzkumné hypotézy a výzkumná otázka	53
8 Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....	55
8.1 Zvolený typ výzkumu	55
8.2 Metody získávání dat.....	55
8.2.1 Rorschachova metoda	55
8.2.2 EII-2	58
8.2.3 Škála koncepce objektu.....	58
8.3 Sběr dat	60
8.4 Metody zpracování a analýzy dat.....	60
8.5 Etické problémy a způsob jejich řešení	62
9 Výzkumný soubor.....	63
9.1 Charakteristiky výzkumného souboru	63
10 Výsledky.....	68
10.1 Deskriptivní statistika	68
10.1.1 Deskriptivní statistika u EII-2.....	68

10.1.2 Deskriptivní statistika u COR.....	72
10.2 Testování platnosti hypotéz	74
10.2.1 Testování hypotéz vztahujících se k EII-2	74
10.2.2 Testování hypotéz vztahujících se ke COR.....	79
10.2.3 Kvalitativní vyhodnocení	82
10.3 K platnosti hypotéz.....	85
11 Diskuze.....	88
11.1 Diskuze k metodě	88
11.2 Diskuze k výsledkům.....	89
11.2.1 K výsledkům EII-2.....	89
11.2.2 K výsledkům COR	92
11.2.3 Ke kvalitativnímu vyhodnocení.....	93
11.3 Podněty pro praxi a další výzkum	94
12 Závěry	95
Souhrn	96
Seznam použitých zdrojů a literatury	100
Seznam příloh	
Příloha 1: Zadání magisterské diplomové práce	
Příloha 2: Abstrakt v českém jazyce	
Příloha 3: Abstrakt v anglickém jazyce	
Příloha 4: Ukázka části matice dat	

Úvod

Koncept Indexu poškození funkcí Ega (EII) postupně získává pozornost nejen na americké, ale i evropské půdě. Psychodynamické teorie přisuzují klíčový význam hodnocení funkcí Ega a jejich adaptivity pro posuzování psychopatologie, o což EII za použití Rorschachovy metody usiluje. Výsledky studií zde uvedené dokazují přínos indexu EII nejen ve sféře klinicko-psychologického výzkumu, ale i v běžné psychologické praxi. EII se snaží detekovat potenciální deficity jednotlivých funkcí Ega. Především se jedná o funkce v oblasti testování reality, procesů usuzování, užívání psychických obran a tvorby objektních vztahů.

V teoretické části se budu věnovat historii pojmu Ego a jeho funkcím a vztažným atributům v pojetí Freuda, Ego-psychologie, britské a americké školy objektních vztahů, Kernberga a Kohuta. Dále se zaměřím na způsob vymezení konstruktů Ega dle různých autorů a dle Operacionalizované psychodynamické diagnostiky (OPD). Následně představím Beresův model hodnocení funkcí Ega, jenž byl pro tvorbu EII klíčový. Zmíním také Weinerovo rozpracování Beresova modelu a Bellackův a Hurvichův model o celkově dvanácti funkcích Ega. Dále se budu podrobněji vyjadřovat ke každé funkci z Beresova modelu, v návaznosti na to u některých z nich nabídnu jejich diagnostické možnosti. Po kapitole věnované Egu v kontextu psychopatologie vyzdvihnu samotný Index poškození funkcí Ega. Budu hovořit o jeho tvorbě, dílčích proměnných, jeho vývoji, početní formuli, interpretačních pásmech, v neposlední řadě o jeho psychometrických vlastnostech. Závěrečnou pasáží shrnu zjištění dosavadních výzkumů věnovaných tomuto konceptu, a nastíním tak obsah empirické části.

Ve výzkumné části se inspiřuji podnětnými zjištěními dosavadních studií, jež se EII zabývaly. Ve své práci budu mapovat specifika EII právě zde, v českých podmínkách. Konkrétněji vzato je cílem výzkumu zjištění míry EII u vybraných klinických skupin a ověření potenciálního vztahu jeho míry s vybranými proměnnými. Cílovou skupinou budou pacienti s onemocněním schizofrenního a neurotického spektra. V závěru práce bych ráda zhodnotila přínos EII nejen ve výzkumné sféře, ale i na poli běžné klinické praxe, popřípadě navrhla možnou perspektivu dalšího bádání v kontextu této problematiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie pojmu Ego

V následující kapitole se budu věnovat konceptu Ega v pojetí Sigmunda Freuda, představitelů Ego-psychologie a britské i americké školy objektivních vztahů. V závěru kapitoly pojednávám o Kohutově selfpsychologii.

1.1 Klasické pojetí Sigmunda Freuda

Freud v roce 1923 vydává knihu „Ego a id“, v níž prezentuje svůj nový model lidské psychiky implikující myšlenku tří struktur v mysli. Impulzem pro vytvoření strukturálního modelu lidské psychiky byla mimo jiné existence nevědomého pocitu viny, jenž Freud u svých pacientů často pozoroval a jehož adekvátní zakomponování se do dříve vytvořeného topografického modelu nesetkalo s úspěchem. V novém modelu je duševní aparát tvořen třemi hlavními strukturami, jimiž jsou **Id** (Ono), **Ego** (Já) a **Superego** (Nadjá). Nevědomý pocit viny je dle Freuda výsledkem působení Superega (Sandler, Dare, & Holder, 1972).

První struktura **Id**, zcela nevědomá, zahrnuje sexuální a agresivní pudy (Freud, 1999). Freud (1997) popisuje, že Id nevykazuje žádnou organizaci, nevyvíjí žádnou jednotnou volní aktivitu, ale pouze úsilí zaopatřit ukojení pudových potřeb v souladu s principem slasti. Strukturu **Superega** lze charakterizovat jako reziduum raných dětských konfliktů, zejména ve vztahu k rodičům a autoritám. Vzniká postupnou internalizací tvrdosti a přísnosti autorit, jejich zakazujících a trestajících funkcí. Superego je zdrojem viny, implikuje v sobě svědomí a dětské ideály (Freud, 1997).

Třetí strukturou modelu je **Ego**. Freud tak označil tu část osobnosti, kterou lze nejvíce připodobnit tomu, co jedinec poznává jako sebe, své Já (Freud, 1999). „*Samotné Já, pokud se dá ohraničit proti sféře, kterou zaujímá Ono a Nadjá, lze nejnáze charakterizovat, obrátíme-li pozornost na nejzazší povrchovou část duševního aparátu, kterou označujeme jako systém vnímání – vědomí (Vn-V),*“ předkládá Freud (1997, 63). Tento systém je směřován k vnějšímu světu, mediuje jeho vnímání a zaopatřuje vznik fenoménu vědomí právě při výkonu této funkce. Jedná se o smyslový orgán celého aparátu, jenž je citlivý nejen vůči poruchám, jež vznikly působením vnějšího světa, ale i vůči těm, které mají původ v nitru duševního života (Freud, 1997).

1.1.1 Funkce Ega dle Freuda

Ego zastává zprostředkující roli mezi Id a Superegem. Jeho funkcemi je kompenzace požadavků, omezení vnější reality a vyjednávání zpočátku mezi pudy a realitou a později s vyvíjejícím se smyslem pro morálku mezi pudy a Superegem. Aby to bylo možné, je v Egu uložena schopnost vědomého vnímání a řešení problémů pro vyrovnávání se s vnější realitou (Freud, 1999).

Blanckovi (1992) posoupně uvádí, že ve své rané práci se Freud intenzivně věnoval obranné funkci Ega. V publikaci „Poznámky k případu obsedantní neurózy“ prezentuje obrany, jako jsou regrese, odčinění, izolace a přemístění. Zároveň akcentuje jejich nevědomou povahu. V knize „Výklad snů“ charakterizuje duševní aparát jakožto sestávající ze dvou komponent, protipůsobících sil, přičemž jedna vyjadřuje přání a druhá plní úlohu cenzury, jež mění povahu vyjádření tužeb. Freud zmíněné síly představuje jako koncepcie primárního a sekundárního procesu, v jejichž rámci referuje o funkcích přiřčených Egu. „*Primární proces vede k přímému vybití excitace, zatímco sekundární proces pracuje s myšlenkou jako s pokusným činem, za pomoci paměťových stop,*“ (Blanckovi, 1992, 18). Storr (1989) doplňuje, že pro Id je příznačný primární proces, jenž uplatňuje mechanismy kondenzace, přesunu či symbolizace. Ego využívá sekundární proces reprezentující schopnost pozdržet impulzivní reakci jak na vnější podněty, tak na vnitřní pobídky.

V knize „Formulace dvou principů psychického fungování“ Freud staví koncepty primárního a sekundárního procesu vedle principu reality. „*Vědomí (Ego) slouží jiným účelům, nežli zpracování libosti. Rozpoznává Ego funkce pozornost a paměť,*“ vyslovují Blanckovi (1992, 18–19). Motorické vybití může být řízeno chováním, myšlenka substituována činem. V knize „Úvod do psychoanalýzy“ Freud (1945) souhrnně vymezuje funkce Ega, jimiž jsou **vnímání, vzpomínky, pozornost, hodnocení, obrany, testování reality**.

1.2 Ego-psychologie

Impulzem pro rozvoj psychoanalytické Ego-psychologie bylo nedostatečné rozpracování konceptu Ega, jemuž se Freud ve svém strukturálním modelu věnoval nejméně (Plháková, 2006). V následujících odstavcích budu pojednávat o zakladatelích a představitelích Ego-psychologie, Anně Freudové a Heinzovi Hartmannovi.

K dalším neméně významným představitelům Ego-psychologie řadíme Erika H. Eriksona, jenž proslul zejména díky své vývojové teorii osmi epigenetických stadií, Ernsta Krise, zabývajícího se problematikou kreativity, Davida Rapaporta aj. (Plháková, 2006).

1.2.1 Anna Freudová

Cenným příspěvkem k Ego-psychologii byla práce „Ego a obranné mechanismy“ od Anny Freudové z roku 1936.

Freudová koncipuje obrany jako součást Ega. Jejich působení je cíleno buď vůči pudovým přáním jdoucím z Idu, či vůči nelibým podnětům z vnější reality. Freudová spatřuje poslání psychoanalýzy ve vztahu k Egu ve studiu jeho obsahů, hranic a funkcí, ve sledování minulosti jeho vazby na vnějším světě, Idu a Superegu. Do Ega vstupují Id i Superego se svými tlaky a tenzemi, což je spouštěčem obranných manévrů, které ač jsou pro Ego nevědomé, lze identifikovat na základě výsledků jejich působení. Ego se tak stává klíčovým předmětem psychoanalytického pozorování (Šebek, 1991).

Freudová (2006, 36) podotýká: „*Nebýt zásahu Ega nebo sil vnějšího světa, které Ego zastupuje, dočkal by se každý pud jednoho a téhož osudu: uspokojení.*“ Ego při boji s pudy a afekty disponuje rezervoárem deseti obranných metod, jimiž jsou **regrese**, **vytěsnění**, **reaktivní výtvar**, **izolace**, **popření události**, **projekce**, **introjekce**, **obrat proti vlastní osobě**, **zvrát v opak** a **sublimace** čili přesun pudového cíle (Freudová, 2006). Vedle toho Freudová uvádí další psychické obrany současně působící proti vnějším i vnitřním nežádoucím podnětům, patří k nim například **identifikace s agresorem** či **altruistické vzdání se** (Šebek, 1991).

Závěrem Freudová (2006) zdůrazňuje, že Ego v boji s pudy a afekty nedychtí po ničem jiném než po posílení, jehož může být docíleno skrze psychoanalýzu. Potenciální posílení Ega, ale i možnost jeho selhání jsou explikovány následovně: „*Nakolik mu je analýza dokáže uvědoměním nevědomých obsahů Id poskytnout, působí i zde jako terapie. Kde však analýza přivádí k vědomí nevědomé činnosti Ega, čímž odhaluje obranné procesy a vyřazuje je z činnosti, tam působí ve smyslu oslabení Já a podpory chorobného procesu,*“ (Freudová, 2006, 49).

1.2.2 Heinz Hartmann

Hartmann (1958) na Ego nahlíží jako na substrukturu osobnosti determinovanou svými funkcemi, již konají ve službách adaptace.

Právě konceptem *adaptace* se Hartmann zabývá v počátcích své práce. Vymezuje ji jako „*primárně reciproční vztah mezi organismem a jeho prostředím,*“ (Blanckovi, 1992, 22). Tuto reciprocitu pojímá z obou stran, přičemž předpokládá, že se na straně organismu vyvíjí funkce s adaptačním potenciálem. Jejich rozvoj probíhá v tzv. *nekonfliktní sféře*, jež je dle Hartmanna součástí Ega a nepodléhá střetům s impulzy z Id a Superega, ačkoli nevyklučuje jejich možný vliv. Ke zmíněným funkcím, označovaným také jako aparáty primární autonomie, jsou řazeny *percepce, pozornost, paměť, chápavost, testování a uvědomování si reality, produktivita, motilita, regulace pudů a vytváření objektivních vztahů*. Uvedené funkce jsou podřízeny autonomnímu vývoji, později u nich dochází k integraci s Egem. Jejich rozvoj umožňuje schopnost nezávislé psychické existence (Hartmann, 1958).

Hartmann (1958) postuloval, že existuje prvotní nediferencované matrix, z něhož se Ego vyvíjí samostatně, nezávisle na Id. „*Přesně řečeno, neexistuje žádné Ego před diferenciací Ego a Id, ale ani žádné Id, protože obojí je produktem diferenciací,*“ (Blanckovi, 1992, 22). Matrice pro vznik Ega je dle Hartmanna (1958) vrozená, přičemž jeho další vývoj zaopatřuje maturace a zrání.

Hartmann (1958) se věnoval také *vývoji objektivních vztahů*. Popisuje kontinuum od bezobjektivní fáze primárního narcismu přes etapu, kdy je objekt prožíván pouze jako zdroj saturace dětských potřeb, až k fázi objektivní stálosti. Objektivní stálost je chápána jako „*kathexé konstantní mentální reprezentace objektu, bez ohledu na stav potřeb,*“ (Blanckovi, 1992, 26). Pokud tedy vjem objektu zůstává zachován, značí to nejenom, že jedinec objekt obsadil neutralizovaným libidem, ale také to, že nabyl takové úrovně vývoje, kdy je méně závislý na prostředí. Objektivní reprezentace, pudy i self pak nejsou náchylné ke štěpení.

1.3 Objektivní vztahy

Teorie objektivních vztahů skýtá příliš mnoho rozmanitostí, aby ji bylo možné vylíčit jednou definicí, která by představovala odborný konsenzus. Greenberg a Mitchell (1983, 14) tímto termínem pojímají veškeré teorie, jež se věnují „*zkoumání vztahu mezi skutečnými, vnějšími lidmi a jejich vnitřními obrazy a vztahovými rezidui, jakož i významem těchto rezidui pro psychické fungování.*“

1.3.1 Britská škola objektních vztahů

Freud v rámci svého psychosexuálního vývoje poukazuje na autoerotický charakter dětské sexuality až do oidipovské fáze, což nastiňuje, že dítě percipuje druhé lidi (objekty) pouze jako zdroje sloužící k uvolnění pudového napětí a gratifikaci potřeb (Storr, 1989). Představitelé britské školy objektních vztahů vyslovují předpoklad o významnější roli citových vztahů dítěte k blízkým lidem (objektům) než jen z hlediska pudového uspokojení. Vliv agresivních pudových impulzů a nevědomých fantazií na vytváření představ o druhých lidech a vztazích k nim je však i přesto značný (Plháková, 2006).

V rámci této kapitoly se více zabývám modelem zakladatelky britské školy objektních vztahů Melanie Kleinové. Mezi další významné představitele patří Donald Winnicott, Michael Balint a Wilfred Bion.

Melanie Kleinová

Ve 20. letech Kleinová věnovala pozornost Freudovu modelu. Ve svých studiích se zabývala růstem Ega a Superega s ohledem na rané vztahy mezi dítětem a pečujícími osobami. Při práci s dětmi Kleinová zpozorovala, že podoba vnitřních obrazů objektů je děsivější a krutější, než jak se rodiče skutečně jeví. Na základě povšimnutí si této skutečnosti dedukovala deformaci vnitřních postav sadistickými fantaziemi. Vytvořila koncept vnitřních objektů a niterního světa, jenž se ani zdaleka nepodobá vnějšímu světu a je od počátku života formován působením mechanismů introjekce a projekce (Fonagy & Target, 2005).

Vývojový model

Kleinová kladla důraz na rané vývojové etapy, tj. období do tří let věku dítěte. Greenberg a Mitchell (1983) popisují rané introjektivní a projektivní procesy v pojetí Kleinové, která se domnívala, že dítě percipuje objekt, respektive jeho části, již od okamžiku narození. Celistvé uchopení objektu je pro dítě zpočátku obtížné, proto jej člení na tzv. částečné objekty, jimž je přisuzována kladná, či záporná valence. Zážitky dítěte jsou tedy štěpeny základní organizací jeho psychického života, tj. *splitting*, na dobré a špatné. „Domníváme se tedy, že rané ego aktivně štěpí objekt a vztah k němu, a z toho můžeme usuzovat i na určité aktivní štěpení samotného ega,“ postuluje Kleinová (2005, 22). Nepříjemné zážitky dítě eliminuje mechanismem projektivní identifikace, jež je orientována zejména na matku. K integraci nespojitě psychické zkušenosti dochází u normálně se

vyvíjejícího dítěte mezi čtvrtým a šestým měsícem života. Matku již začíná vnímat jako tvůrce i příjemce kladných i záporných zážitků. Kvůli úzkosti plynoucí z obav poškození objektu lásky svými hostilnými impulzy se u dítěte objevují tendence k internalizaci matky, čímž ji chrání před svou ničivostí. V období druhé poloviny prvního roku života dítě usiluje o tzv. reparaci matky, jelikož usuzuje na poškození objektu svými ambivalentními pocity (Greenberg & Mitchell, 1983).

„Potřeba dítěte ochránit milovaný vnitřní objekt, který je ohrožen agresivními impulzy, a následná depresivní úzkost a vina mají na ego opět dvojitý účinek v druhé čtvrtině prvního roku: může hrozit, že ho ovládnou, stejně jako je možnost, že ho pobídnou k reparaci a sublimacím. Těmito různými cestami, které jsem zde pouze naznačila, je ego ve svém vztahu k vnitřním objektům napadáno i obohacováno,“ vyvozuje Kleinová (2005, 79).

Pozice psyché ve vztahu k Egu

Model Kleinové předkládá dvě základní pozice lidské psyché, a to paranoidně-schizoidní a depresivní. V paranoidně-schizoidní pozici se vztah psyché pojí s částečnými, nikoli celými objekty. Mechanismem splitting jsou vztahy k významným objektům štěpeny na vztahy k idealizovanému a perzekvujícímu objektu, z čehož vyplývá obdobné rozštěpení Ega. Superego paranoidně-schizoidní povahy je štěpeno na nadmíru idealizovaný Ego ideál a přespříliš perzekvující Superego sycené paranoidními stavy. V depresivní pozici se psyché vztahuje k integrovaným rodičům, vůči nimž je prožívána láska i nenávisť zároveň. Ego je integrovanější, Superego pak poškozeným objektem lásky s lidskými rysy (Kleinová, 2005).

1.3.2 Americká škola objektních vztahů

Odlišnost americké školy objektních vztahů od školy britské spatřujeme zejména v náhledu na vznik vnitřních mentálních reprezentací, jenž je zde považován za rezultat přirozeného a v podstatě nekomplikovaného vývoje. Američtí představitelé pokládají reprezentace objektů i reprezentace self za kompaktní, stabilní a poměrně realistické. Vznik jejich nejranějších forem se pojí s obdobím kolem třetího roku života, a to po dosažení tzv. citové objektní stálosti. *„Dítě v tomto věku nejenže vnímá objekty vnějšího světa jako stabilně existující i v jeho nepřítomnosti, ale vytváří si k nim stále citové vazby,“* explikuje Plháková (2006, 182).

Margaret S. Mahlerová

Počátek života dítěte je spojen se stavem úplné závislosti na matce, kdy ještě není schopno rozlišovat mezi sebou a matkou. Následně je u něho pozorován postupný proces diferenciací stávající z několika fází (Blanckovi, 1992).

V počínající fázi, tzv. *autistické*, je klíčovým úkolem dítěte adaptace na extrauterinní existenci za cílem dosažení fyziologické homeostázy, což vyžaduje zdárný soulad jeho vnitřní regulace s rytmy chování své matky. Následující *symbiotická* fáze je Mahlerovou, Pinem a Bergmanovou (2006, 63–64) vykládána jako „*halucinatorní, nebo bludné, somatopsychické, omnipotentní splynutí s reprezentací matky a zvláště blud o společné hranici mezi dvěma fyzikálně oddělenými jedinci.*“

Závěrečná fáze v sobě implikuje dva prolínající se, avšak odlišné vývojové procesy, separaci a individuaci, jež charakterizuje vzájemná komplementarita. Jejich průběh může být divergentní, tudíž s opožděním či s předstihem jednoho před druhým. Separace tkví v potřebě dítěte vyvstat ze symbiotické fúze s matkou, jinými slovy v nutnosti psychického a fyzického oddělení od matky. Proces individuace pojímá rozvoj motorických, percepčních, kognitivních a jiných mentálních dispozic, nezbytných pro samostatnou psychickou existenci dítěte (Mahlerová et al., 2006). *Separčně-individuační fáze* je rozčleněna na dílčí subfáze, jimiž jsou diferenciací, praktikující, znovusbližovací a vlastní separčně-individuační, sumarizují Blanckovi (1992).

Za předpokladu zdárného překlenutí nástrah fáze znovusbližení, kdy individuace dostihuje separaci a dítě nabývá uvědomění vydělenosti ze symbiotického splynutí s matkou, je dítěti umožněn vstup do poslední subfáze separčně-individuačního procesu. Jeho hlavními cíli jsou nejen konsolidace individuality a citové objektní stálosti, ale také sjednocení záporných a kladných reprezentací do integrovaného celku, internalizace rodičovských požadavků, vytvoření genderové identity (Mahlerová et al., 2006).

Dítě tedy v poslední subfázi dosahuje první úrovně osobní identity. Mahlerová et al. (2006, 148) dokládá: „*Ustavení mentálních reprezentací self jakožto jasně oddělených od reprezentací objektu připravuje cestu k formování self identity.*“

1.3.3 Teorie vztahové vazby (attachment)

Na teorii objektních vztahů navazuje teorie vztahové vazby, citového přilnutí (*attachment*), o němž stručně pojednám v této kapitole.

Základem vzniku konceptu vztahové vazby byla psychoanalytická i behaviorálně-fyziologická pozorování. O systematické rozpracování teorie vztahové vazby se zasloužil **John Bowlby**, který si ve své terapeutické práci s dětmi všímal podobností mezi chováním a prožíváním dětí a kvalitou vztahu k jejich rodičům. Jeho teorie podrobila ověření **Mary Ainsworthová**, jež na základě poznatků získaných z pozorování dětí a matek v experimentálních situacích jako první vydělila jednotlivé typy vztahové vazby, jimž se věnuji níže (Lečbých & Pospíšilová, 2012).

Bowlby (2010) prohlašuje, že kojeneček si formuje tzv. **hierarchii vztahových osob**, k nimž se v situacích hrozičoho nebezpečí v různé míře navrácí. Jestliže dítě prožívá strach, „vzbudí“ se v něm instinktivní tendence vypátrat primární vztahovou osobu, jež mu pomůže s překonáním strachu a nabídne pocit bezpečí. V případě nepřítomnosti primární osoby se dítě obrací na sekundární vztahové osoby. Hierarchii vztahových osob si dítě tvoří v závislosti na míře péče, uspokojení jeho potřeb a empatie ze strany druhých lidí. Bowlby (2010) sumarizuje, že v potřebných chvílích dostupné a podpůrné interakce jedince s ranými vztahovými osobami rezultují ve formaci **bezpečné vztahové vazby** (*secure attachment*). Její internalizací je pak u dítěte budován základ jeho sebepodpory, a získáván tak pocit jistoty ve vztazích s druhými lidmi, což je důležitým předpokladem duševního zdraví. Naopak, pokud se dítě v situacích strachu či nebezpečí setká s odmítnutím či absencí podpory a pomoci, je pocit bezpečné citové vazby ruinován. To může v důsledku vést nejen k rozvoji negativní sebepercepce a percepce druhých lidí, ale i k ohrožení mentálního zdraví.

Ainsworthová klasifikovala vztahovou vazbu na **jistou** (bezpečnou) a **nejistou**, již dále rozlišila na **úzkostnou** a **vyhýbavou**. V rámci dalších výzkumů na Ainsworthovou navázala Mary Mainová, která doplnila další nejistý typ vztahové vazby, na nějž lze nahlížet jako na zvláštní chaotickou kombinaci předchozích nejistých typů – **dezorganizovaný** (dezorientovaný) typ (Hašto, 2005).

Mikulincer a Shazer (2007) v rámci klasifikace attachmentu pro dospělé shrnují nejdůležitější funkce, jež attachment plní:

- Formuje **interpersonální chování** (např. hledání blízkosti, vyhýbání se intimitě).
- Ovlivňuje operace jiných **behaviorálních systémů** (např. poskytování starostlivosti, sexuální chování).
- Přispívá ke kvalitě **sociálních interakcí** nejen v blízkých vztazích.

1.4 Otto F. Kernberg

Kernberg jakožto významný analytik ve své práci usiloval o sjednocení klasické psychoanalýzy s Ego-psychologií a psychologií objektivních vztahů, uvádí Plháčková (2006).

Kernberg (2004b) považuje sebeobraz za jednu ze tří komponent procesu internalizace, přičemž dalšími jsou dispozice k afektivním stavům a objektivní reprezentace. Právě kombinací *reprezentace self, reprezentace objektu a afektivního stavu* je tvořena základní jednotka psychické struktury. *Ego identitu* jako jednu ze složek procesu internalizace, již se budu v následujícím odstavci věnovat detailněji, Kernberg (2004b, 32) charakterizuje jako „*celkovou organizaci identifikací a introjekcí, již vévodí princip syntetické funkce ega.*“

Vývojová teorie

Kernbergův model raného vývoje sestává z pěti volně vývojově vymezených stadií (Fonagy & Target, 2005). V prvních týdnech života dítě nerozlišuje mezi reprezentací self a objektu. Druhá etapa, nastávající v první polovině prvního roku života, pojímá proces diferenciací, kdy dochází k organizaci blažených a nelibých zkušeností do dobrých a špatných reprezentací self a objektu. V terciárním stadiu, probíhající od druhé poloviny prvního roku života do osmnáctého až šestatřicátého měsíce, nastává intenzivnější rozlišení obrazů self od reprezentace objektů. Hranice Ega dosahují větší stability, jsou zachovány i v případě situační fúze self a objektu. Koncem tohoto stadia dochází k postupnému začlenění polarizované dobré a špatné reprezentace, jež umožňuje vznik celkové objektivní reprezentace a celkové reprezentace self. Čtvrtá etapa, zahrnující oidipovské období, je charakteristická syntézou libidinózně a agresivně obsazených sebeobrazů do koherentní struktury self. V tomto stadiu je formována nejen Ego identita, ale i psychická instance Superega. Cílem poslední etapy je integrace Ega a Superega. Postupné zakomponování Superega do osobnosti přispívá k rozvoji Ego identity, již stabilizují efektivní interakce s druhými (Kernberg, 2004b).

Patologický rámec

Kernberg ve svém rozsáhlém díle vymezil hraniční organizaci osobnosti klíčovými kritérii, k nimž patří slabé Ego, primitivní obranné mechanismy včetně štěpení, difúze identity, nenarušenost testování reality, ale přechod k primárně-procesnímu myšlení a patologické internalizované objektivní vztahy (Kernberg, 2004a).

1.5 Kohutova selfpsychologie

Heinz Kohut ve svém díle „Obnova self“ apeluje na Freudův strukturální model, jež pokládá za poněkud simplifikovaný a nekompletní. Domnívá se, že vedle struktur Id, Ego a Superego existuje *self*, podstatná komponenta osobnosti, jejímž úkolem je regulace chování a organizace zkušenosti. Pod pojmem self rozumíme subjektivní prožívání toho, kdo jsem a jakou hodnotou disponuji. Životní zkušenosti pozitivní valence podněcují vznik tzv. *autonomního self*, vykazujícího sílu, stabilitu a energičnost. Naopak negativní zkušenosti tvoří *slabé* či *nevýkonné self*, jež pozorujeme u narcistických poruch osobnosti (Crider, Goethals, Kavanaugh, & Solomon, 1989).

Vývojová teorie

Kohut (1991) v rámci období raného dětství hovoří o vzniku tzv. *nukleárního self*, tj. pocitu vlastní ceny, popř. bezcennosti, jehož podstatou formace je jednání a postoj matky vůči dítěti. Kohut (1991, 45) podotýká, že „*nukleární self se nevytváří cestou vědomého povzbuzování a pochval a cestou vědomého odrazování a kárání, ale cestou hluboce zakotvené citlivosti selfobjektů, která je konec konců funkcí vlastního nukleárního self selfobjektů.*“

Srdečné a vřelé reakce matky na chování dítěte u něj vytvářejí nejen prožitek radosti, ale také pocit vlastní hodnoty. Naopak odmítavé odpovědi matky vůči chování dítěte u něj vzbuzují pocit bezcennosti a prázdnoty. Nukleární self v sobě skýtá dva další póly, jimiž jsou ambice a cíle. Vývoj pólu ambic (grandiózní self) spočívá v tzv. zrcadlení ze strany rodičů. Zrcadlení Kohut objasňuje jako rodičovské ocenění a uznání dětského chování, což dítě inspiruje k rozvoji obdivovaných aspektů self. Cíle (idealizované rodičovské imago) jsou dalším pólem nukleárního self. Kohut usuzuje, že děti tíhnou k idealizaci svých blízkých selfobjektů, jež jsou pro děti v raném dětství ideálem a vzorem. Selfobjekty fungují jako substituční elementy některých funkcí vyvíjejícího se self, jež dítě postupně internalizuje. Výše popsané póly jsou spojeny tenzním obloukem, podněcující rozvoj schopností a dovedností dítěte. Komponentami nukleárního self jsou tedy sebehodnocení, ambice a cíle, uzavírá Kohut (1991).

Psychopatologie dle Kohuta

Nedostatečné zrcadlení self dítěte ze strany rodičů či jejich neschopnost být ustavičně adekvátním objektem pro idealizaci u dětí navozují určitou tenzi a frustraci, jejichž

intenzivní podoba způsobuje rozvoj narcistické osobnosti či jiné psychické poruchy, (Kohut, 1991). Základní psychopatologii u narcistické poruchy osobnosti Kohut (1991, 56) definuje tak, že „*self nebylo pevně ustanoveno, že jeho koheze a pevnost závisí na přítomnosti selfobjektu (na rozvoji selfobjektového přenosu) a že self reaguje na ztrátu selfobjektu jednoduše oslabením, různými regresemi a fragmentací.*“

Dále Kohut navazuje hypotézou, že všechny druhy psychopatologie jsou derivátem poškození celkové struktury Ega či některé z jeho komponent, jejichž původem jsou defektní vztahy mezi self a selfobjekty v dětství. Takto narušené archaické vztahy v dospělosti přispívají k prožitku trýznivé zkušenosti fragmentace, nabývající různého stupně, intenzity i trvání. Základním principem fragmentace v Kohutově pojetí je narušení koheze self. Počátek takového rozpadu je spojen s masivním poklesem sebehodnocení a na něj navazující úzkostí z dezintegrace. Následuje roztříštění koheze self v doprovodu s prožitky pocitu prázdnoty, vnitřní nejistoty a zmatku. Nastává jak fragmentace funkcí self včetně percepce, paměti, orientace v čase a prostoru, testování reality, tak selhání schopnosti sebezpozorování (Muslin, 1985).

Uvedené teoretické výklady tvoří základ detailnější a kompaktnější explorační struktury Ega, již se věnuji v následující kapitole.

2 Ego jako konstrukt

„Ego“ se stalo obecným pojmem na poli psychologie. Je klasickým konceptem, jímž je často volně popisována podstata či jádro jedincovy osoby. Cílem této kapitoly je shrnutí vybraných pojetí konstruktů Ega, stejně jako jeho vymezení tak, jak je mu v mé diplomové práci rozuměno.

2.1 Jak na konstrukt Ega nahlíží různí autoři?

Ego psychologie zdůrazňuje vývoj a funkce Ega z hlediska adaptačního významu pro jedince. „*Vývoj Ega odkazuje ke vzniku, diferenciaci a integraci funkcí, které slouží k zachování integrity jedince a jeho orientace v prostředí,*“ (Avery & Ryan, 1988, 550). Perry, McDougall a Viglione (1995) analogicky uvádí, že Ego je determinováno svými funkcemi. Pro definování konstruktů Ega je tudíž nutné zaměřit se na jeho jednotlivé funkce. Grinker, Werble a Drye (1968) usuzují, že projevy funkcí Ega lze hodnotit na základě observace jedincova chování. Goldstein (1985) pak zpětnovazebně dodává, že studium Ego funkcí je efektivním prostředkem popsání a porozumění chování jedince.

Goldstein (1985) přichází s myšlenkou, že při posuzování Ego funkcí je taktéž důležité hodnotit silné a slabé stránky Ega. Následně vyvozuje, že Ego funkce lze zkoumat z hlediska jeho síly (*Ego strength*). Ego nabývá na své síle díky intaktnímu testování reality, nenarušeným myšlenkovým procesům, interpersonálním vztahům a adaptaci vůči realitě. Slabé Ego může být zapříčiněno insuficientní regulací pudů, používáním primitivních obranných mechanismů, difuzí identity, labilní afektivitou a nedostatečnou integrací Superega (Goldstein, 1985). Popsané silné a slabé stránky Ega korespondují s pojetím a funkcemi Ega dle Berese (1956; viz kapitola 3.1).

2.2 Struktura Ega v pojetí OPD

Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD-2) je víceosým diagnostickým a klasifikačním systémem inspirovaným psychodynamickými principy. Je paralelou ke klasifikačním systémům MKN-10 a DSM-IV. OPD-2 je rozšířením a obohacením deskriptivních a na symptomy orientovaných diagnostických a klasifikačních systémů psychických poruch s hlavní intencí adekvátní indikace a plánování psychoterapeutické léčby (Hogrefe – Testcentrum, 2013).

OPD-2 (2008) hovoří o struktuře Ega, již operacionalizuje, následujícím způsobem:

Nenarušená struktura disponuje flexibilními funkcemi, jež v intrapsychickém a interpersonálním kontextu konají ve službách regulace a adaptace. Struktura není rigidní či neměnná, ale vykazuje vývojový potenciál v průběhu života subjektu. Struktura je v tomto pojetí chápána jako *self ve vztahu k objektům* (OPD-2, 2008).

2.2.1 Struktura self

Self se vyznačuje svojí reflexní povahou. Ego subjektu je pojímáno jako objekt vnitřní percepce, což rezultuje ve vytvoření vnitřního obrazu sebe a prožíváním své identity. Self na sebe nahlíží skrze soudy druhých, na jejichž základě pak hodnotí i sebe („*self-worth*“, OPD-2, 2008).

Self integruje veškeré mentální funkce a dispozice do koherentního celku, jehož prostřednictvím reguluje vnitřní procesy. Funkčně tedy koordinuje *modulaci impulsů, regulaci afektů a sebeúcty, systém obranných mechanismů*. Internalizované objekty dobré povahy hrají klíčovou roli ve funkcích self, v regulaci afektů zejména. Sebereflexní aktivita self ve vztahu ke své vnitřní realitě pojímá schopnost vnitřní komunikace, v níž participují emocionalita, potřeby, fantazie a tělesné prožitky subjektu (OPD-2, 2008).

2.2.2 Vztahy k objektům

Povaha výše zmíněných aspektů self koresponduje s povahou *vztahů k vnějším objektům*. Vztahové zkušenosti tvoří základ pro vývoj a regulaci self (OPD-2, 2008).

Dle OPD-2 (2008) pak důsledkem skutečnosti, že jsou jiné osoby ve vztahu k subjektu prožívány jako diferencované objekty, může být nemožnost jejich vzájemného poznání ve všech detailech. Jako možná reparace se nabízí srozumitelný způsob komunikace. Ta na své průzračnosti pro své participanty získává skrze vzájemnou emoční angažovanost. V takové chvíli subjekt svoluje k dočasnému pojmutí svého self vnitřní realitou objektu, což v interpersonálních vztazích hraje klíčovou roli.

OPD-2 (2008) na základě výše uvedené teoretické explikace rozčleňuje strukturu Ega do čtyř následujících dimenzí, jež následně podrobuje hodnocení:

- **Kognitivní schopnosti**, jež zahrnují schopnost sebepercepce, zejména vnímání vnitřních procesů a emocí, a schopnost realistické a koherentní percepce druhých.

- **Regulační schopnosti**, které obsahují regulaci self ve smyslu ovládní a usměrňování vlastních afektů, impulzů a sebeúcty a schopnost regulace objektivních vztahů.
- **Emoční schopnosti**, jež implikují schopnost vnitřní komunikace a komunikace s vnějším světem.
- **„Attachment“ schopnosti**, které pojmají schopnost připoutání i odpoutání ve vztahu k vnitřním i vnějším objektům.

Jelikož podstata vymezení konstruktů Ega tkví dle výše uvedených autorů a jejich teoretických konceptů převážně v jeho funkcích, pojednávám o něm v rámci své diplomové práce právě z tohoto hlediska, a to v pojetí modelu Berese a jeho následných úprav, jenž se stal teoretickým podkladem pro tvorbu Indexu poškození funkcí Ega (EII).

3 Modely funkcí Ega

V následující kapitole se budu věnovat vybraným modelům funkcí Ega, jež koncepčně odpovídají teoretickému základu EII. Nejdetailněji popisují Beresův model se zakomponováním jeho pozdějších úprav, jenž byl inspirací pro tvorbu EII. Taktéž přibližují rozpracovaný model Bellacka a Hurvicha

3.1 Beresův model funkcí Ega

Beres (1956) představuje model hodnocení funkcí Ega. Tento model je tvořen šesti vzájemně propojenými funkcemi:

- 1) *vztah k realitě a její testování;*
- 2) *obranné mechanismy, regulace a řízení instinktivních pudů;*
- 3) *objektní vztahy;*
- 4) *myšlenkové procesy (usuzování);*
- 5) *autonomní funkce;*
- 6) *syntetické funkce.*

Beres (1956) společně s Bellakem (1958) následně provedli rekonceptualizaci Beresova původního modelu, což v důsledku vedlo k rozčlenění jedné z funkcí na dvě jednotlivé komponenty: 1) *vztah k realitě a její testování;* 2) *regulace a řízení instinktivních pudů;* 3) *objektní vztahy;* 4) *myšlenkové procesy;* 5) *obranné mechanismy;* 6) *autonomní funkce;* 7) *syntetické funkce.*

3.2 Weinerův pohled (rozpracování)

Základ Weinerova modelu funkcí Ega tvoří Beresův koncept uvedený výše. Weiner (1966) v modelu učinil jisté změny, a to za účelem zkvalitnění diagnostického posuzování možného selhání jednotlivých funkcí Ega, jež rozčleňuje následovně:

- 1) *vztah k realitě:*
 - a) *testování reality,*
 - b) *smysl pro realitu.*
- 2) *myšlenkové procesy,*
- 3) *objektní vztahy,*

- 4) *obranné mechanismy,*
- 5) *autonomní funkce,*
- 6) *syntetické funkce.*

Dosavadní revize Bellaka (1958) a Weinerja (1966) dle mého názoru pozměnily Beresův původní model jen v jemných obsahových a klasifikačních významech. V následujícím textu se budu podrobněji zabývat každé z uvedených funkcí Ega. Pro komplexní výklad jednotlivých funkcí cituji poznatky i doposud nezmíněných autorů, již se touto problematikou zabývají.

3.2.1 Vztah k realitě (relation to reality)

Weinerovo (1966) pojetí této Ego funkce zahrnuje dvě, ač oddělené, přesto spolu související složky, jimiž jsou schopnost zachování si smyslu pro realitu a schopnost testování reality adekvátním způsobem. Weiner (1966) popisuje vztah k realitě jako percepční proces. Grinker et al. (1968) obohacuje Weinerovu koncepci o třetí element, a to adaptaci vůči realitě.

Testování reality (reality testing)

Lečbych (2013) vymezuje pojem *testování reality* jako schopnost jedince rozlišovat mezi jeho fantazijní produkcí a reálnými fakty. „*Neporušená a zralým způsobem rozvinutá schopnost testování reality představuje dispozici k logickému a koherentnímu způsobu myšlení, plynulému toku asociací a pro okolí srozumitelnému vyjadřování myšlenek, které je možné sdílet,*“ explanuje Lečbych (2013, 48). Dále udává, že při defektu schopnosti testování reality jsou dotčeny komplexní a vyšší kognitivní činnosti (např. myšlení, řešení problémů). Důsledkem pak mohou být neschopnost jedince rozlišit fantazii od skutečnosti, potíže ve sféře sociální komunikace (bizarní pojmenování skutečnosti, tvorba neologismů), narušená koherence myšlení (Lečbych, 2013).

Funkce testování reality zaopatřuje takové preventivní kroky, jejichž úkolem je testování a objektivní posuzování povahy a limitů prostředí. Součástí funkce jsou rovněž schopnosti rozlišení vnitřního i vnějšího světa a přiléhavého zhodnocení vztahu self a jeho prostředí (Sadock & Sadock, 2007). Uvedené schopnosti vyžadují přiměřené vnímání prostředí, přičemž poškození této funkce rezultuje v narušenou percepci, mylný úsudek a neschopnost reagovat adekvátním způsobem (Weiner, 1966), což ilustruje nemožnost diferenciací reprezentací self od objektních vztahů (Goldstein, 1985). Tato funkce je

nejčastěji posuzována při podezření na psychotické onemocnění, jelikož psychotický stav jako takový je popisován selháním funkce testování reality, jak uvádí Goldstein (1985).

Smysl pro realitu (sense of reality)

Weiner (1966) tuto funkci vztahuje k tělesnému vnímání jedince. Distorze smyslu pro realitu se promítá v nejasných Ego hranicích a ve zkresleném **vnímání vlastního těla** („body imagery“). Goldstein (1985) předpokládá, že intaktní smysl pro realitu je prezentován schopností jedince prožívat své self i své tělo v kontextu s vnějším prostředím jako autentické a rozeznatelné. Dle Dumase (2009) může být selhání smyslu pro realitu demonstrováno pocity odcizení, depersonalizací, fenoménem déjà vu, konfúzní „body image“.

Adaptace vůči realitě (adaptation to reality)

Prizpůsobivostí vůči skutečnosti je dle Grinkera et al. (1968) rozuměna schopnost jedince komunikovat a vyrovnávat se s prostředím. Jedinec ve společnosti zastává rozličné množství sociálních rolí, jež vyžadují jeho schopnost vytvářet a směřovat různé činnosti k lidem, okolnostem či situacím za účelem adaptace na vnější prostředí. Uvedené Grinker et al. (1968) považují za projev schopnosti rozvoje, diferenciaci a integraci jedince. Goldstein (1985) podotýká, že zachování smyslu pro realitu nevyklučuje poškození jiných Ego funkcí.

3.2.2 Myšlenkové procesy (thought processes)

Poruchy myšlení postihují oblasti řeči, komunikace a myšlenkových procesů. Tato Ego funkce implikuje schopnost abstraktního, racionálního a jasného myšlení. Sekundární myšlenkové procesy jednají ve službách převážně simplicítní ideace, zahrnující logické a účelové myšlení, načež primární procesy zastávají mnohem distinktivnější (osobitější) styl myšlení (Goldstein, 1985). Weiner (1966) jmenuje komponenty myšlenkových procesů:

- schopnost **selektivního vnímání** informací zaměřené na významné podněty a ignorování nedůležitého,
- schopnost **logického nazírání** na vztahy mezi objekty a událostmi,
- schopnost **abstraktní interpretace** zkušenosti,
- schopnost **kontroly chybovosti**,
- **paměť a koncentrace**.

3.2.3 Ego obranné mechanismy (defensive operations)

Téma Ego obranných mechanismů přináší Freud, o jejich detailnější rozpracování se zasloužila Freudová (viz kapitola 1.2.1).

Obranné mechanismy jsou považovány za *nevědomé mentální fenomény* používané Egem za účelem vyřešení konfliktu mezi instinktivními substancemi, vnějším světem a Superegem. Činnost obranných mechanismů tudíž spočívá ve snaze zabránit přímému projevení nežádoucích agresivních a libidinózních obsahů. Obrany lze hierarchicky řadit dle jejich úrovně zralosti (Sadock & Sadock, 2007).

3.2.4 Objektní vztahy (object relations)

Hlavní poškození fungování jedince tkví v neschopnosti vytvářet a udržovat zdravé vztahy s ostatními. Selhání v této oblasti vyplývá jak z neschopnosti akceptovat ambivalentní povahu objektů, tak z odmítnutí druhými a frustrací, jež jedinec zakouší v interpersonálních vztazích (Weiner, 1966; Grinker, 1968). Weiner (1966) dodává, že jedinci s nedostatečnou kapacitou pro angažování se ve vztazích s druhými se častěji vyhýbají společenským kontaktům a vyčleňují se tak ze sociálního kontextu.

Objektní vztahy jsou výsledkem internalizace interpersonálních interakcí a zahrnují jak reprezentace self, tak reprezentace objektů. Dumas (2009) ve své dizertační práci šikovně popisuje, že reprezentace objektu jsou výsledkem tvůrčího procesu Ega, jehož dějovými komponentami jsou jedincem vnímané, interpretované a následně internalizované minulé interpersonální zkušenosti. Reprezentace self vznikají na základě dějového kontinua od percepce přes interpretaci až po internalizaci veškerých minulých self konceptů (Dumas, 2009).

Patologie v oblasti objektních vztahů spočívá v jedincově nízké kapacitě pro syntézu dobrých i špatných introjektů a reprezentací self. Kernberg (1980) dodává, že osobnostní struktury determinované zvnitřněnými objektními vztahy jsou klíčovým faktorem pro integraci Ega, a proto abnormální vývoj internalizace přispívá k různým typům psychopatologie.

3.2.5 Autonomní funkce (autonomous functions)

Tyto funkce vznikají nezávisle na intrapsychických a interpersonálních konfliktech, ačkoli jsou jimi určitým způsobem ovlivněny. Prezентují různé kognitivní funkce, jejichž rozvoj probíhá v nekonfliktní sféře Ega. Řadíme k nim inteligenci, řečové schopnosti, paměť, percepci, motorický vývoj, pozornost a inherentní schopnost učení (Weiner, 1966; Goldstein, 1985).

3.2.6 Syntetické funkce (synthetic functions)

Ačkoli v sobě pojímají množství již výše zmíněných funkcí, jejich distinktivní povaha tkví v superiorní schopnosti organizace sebe sama. Účelem syntetických funkcí je integrovat a organizovat veškeré kognitivní schopnosti, kapacitu pro vytváření objektivních vztahů, testování reality s uplatněním adekvátních obranných mechanismů (Weiner, 1966). Syntetické funkce tedy spočívají ve sloučení výše uvedených funkcí do integrovaného celku.

3.3 Funkce Ega v pojetí Bellacka a Hurvicha

Bellak a Hurvich (1969) ve své studii uvádějí, že při definování komponent Ega se inspirovali takovými psychoanalytickými konstrukty, jež jsou dle jejich mínění nezbytné a suficientní k subsumaci významných projevů fungování Ega. Ovlivnil je zejména výčet Ego funkcí dle Berese (1956), jeho následné rozpracování, o něž se zasloužil sám autor Bellak (1958), a další relevantní literatura. Výsledkem soustavné práce a úsilí Bellaka a Hurvicha (1969) je předložení revize o dvanácti funkcích Ega, jež jsou vymezeny dílčími komponentami:

- **Testování reality** (*reality testing*), které je vymezeno schopností diferenciací vnitřních a vnějších podnětů, přesností percepčních soudů, orientací v čase a prostoru a testováním vnitřní reality.
- **Usuzování** (*judgment*), jež zahrnuje schopnost anticipace a uvědomění si možných konsekvencí plánovaného chování subjektu.
- **Smysl pro realitu světa a self** (*sense of reality of the world and of the self*), kde jednotlivými komponentami jsou míra, již jsou vnější události prožívány jako skutečné (úroveň derealizace), dále míra, již je tělo, jeho funkce a chování subjektu uvědomováno jako mu vlastní a pouze mu patřící; tato funkce také pojednává o úrovni individuality, jedinečnosti a sebeúcty, jež si jedinec formuje, a úrovni separace reprezentací self a objektivních reprezentací.

- **Regulace a kontrola pudů, afektů a impulzů** (*regulation and control of drives, affects and impulses*), které vypovídají o přímosti impulzivní exprese, fluktuující od primitivního agování až k relativně nepřímým formám vyjádření afektů; funkce rovněž implikuje efektivitu odložení a kontroly afektů, úroveň frustrační tolerance a míru, jíž jsou afekty a impulzy redukovány či neutralizovány skrze ideační rovinu nebo zpracovány prostřednictvím emoční exprese a manifestního chování.
- **Objektní (interpersonální) vztahy** (*object (or interpersonal) relations*), kde dílčími složkami jsou úroveň a forma vztahovosti k druhým, míra adaptability vztahů s ohledem na minulé interpersonální zkušenosti, míra schopnosti vnímání druhých jako oddělených entit a úroveň objektní stálosti.
- **Myšlenkové procesy** (*thought processes*), jež jsou posuzovány z hlediska efektivity procesů neodmyslitelně spojených s myšlením (pozornost, paměť, koncentrace, anticipace); taktéž je hodnocena míra nerealistického, alogického či vágního myšlení.
- **Adaptivní regrese ve službách Ega** (*adaptive regression in the service of the ego*), která je vymezena dvěma fázemi, kdy nejprve dochází k inhibici percepční a konceptuální ostrosti a dalších Ego kontrol s doprovodným uvědoměním si dříve nevědomých obsahů, což v druhé fázi vede k nové konfiguraci vnitřní reality; v rámci této funkce je tudíž hodnocena míra schopnosti integrace nových významů.
- **Obranné funkce** (*defensive functioning*), jež hovoří o faktu, jakou měrou obranné komponenty Ega adaptivně, či maladaptivně ovlivňují ideaci a chování jedince, a o skutečnosti, zda jsou používané obrany úspěšné, nebo selhávají.
- **Podněťový práh** (*stimulus barrier*), který ukazuje na citlivost vůči podnětům, jež působí na různé senzorycké modalitty, a povahu reakce na senzoryckou stimulaci z hlediska míry dezorganizace, vyhýbavosti, stažení se či použití copingových mechanismů.
- **Autonomní funkce** (*autonomous functioning*), jež prezentuje míru nepodlehnutí a vyrovnání se s poškozením aparátu primární autonomie (funkční porucha zraku, sluchu, paměti, učení, motoriky) a sekundární autonomie (disturbance návykových vzorců, naučených komplexních dovedností, pracovní rutiny, zájmů).

- **Synteticko-integrační funkce** (*synthetic-integrative functioning*), které v sobě pojímají úroveň harmonizace a integrace diskrepantních či navzájem si odporujících hodnot, postojů, chování, afektů a self reprezentací.
- **Vědomí vlastní dobré kompetence** (*mastery-competence*), jež představuje schopnosti a kompetence jedince vyrovnat se s jeho prostředím s ohledem na jeho stávající kapacitu pro takový počín; zároveň se významově pojí se subjektivním prožíváním takové kompetence jedincem (očekávání úspěchu; Bellak & Hurvich, 1969).

Problematikou funkcí Ega se dále zabývalo mnoho dalších autorů, jimž se však důkladněji ve své diplomové práci nevěnuji z kapacitních důvodů. Alespoň uvádím jejich jména: Rapaport, Arlow a Brenner, Rangell, Kanzer, Llorens a Rubin, Goldsmith a další.

4 Diagnostické možnosti u vybraných funkcí Ega

V této kapitole se věnuji možnostem posouzení vybraných funkcí Ega nejen Rorschachovou metodou, ale i jinými měrnými nástroji.

4.1 Možnosti posouzení testování reality v ROR

Exnerův (2003) Komprehenzivní systém nabízí pro hodnocení schopnosti testování reality jako relevantní některé proměnné, jež jsou obsaženy ve třech na sebe navazujících sekcích tzv. „kognitivní triády“. Jsou jimi:

- **Sekce zpracování informací** (*information processing*), která se snaží o detekci znaků ukazujících na způsob analýzy podnětového pole.
- **Sekce zprostředkování** (*mediation*), jež zaznamenává percepční aspekty, propojení vizuálního obrazu s konstrukty v pracovní paměti.
- **Sekce představivosti** (*ideation*), která shrnuje ukazatele související se způsobem myšlení, integrace idejí do koherentního celku (Lečbych, 2013).

Přiměřenost a přesnost percepčních procesů se posuzují hodnocením tvarové kvality FQ, jejíž minusové formě se věnuji v kapitole 6.1.1. Stěžejní je také posouzení míry výskytu jednotlivých forem FQ a jejich vzájemná komparace, což splňují proměnné mediační sekce (XA %, WDA %, X + %, Xu %, X - %). Méně přímým způsobem hodnocení testování reality je posouzení konvenčnosti způsobu interpretace rorschachovských skvrn prostřednictvím populárních odpovědí P (Lečbych, 2013).

4.2 Možnosti posouzení myšlenkových procesů v ROR

Koherentní myšlenkové procesy reflektují vnitřně kohezní způsob myšlení, jež je dobře zorganizovaný, bez přítomnosti bizarních rozporů. Jelikož koherentní myšlení, stejně jako realistické vnímání anticipují schopnost testování reality, možnosti jeho posouzení nás opět odkazují ke kognitivní triádě, přičemž takto pojatému koherentnímu myšlení nejvíce odpovídá **ideační sekce** Exnerova (2003) strukturálního souhrnu (Lečbych, 2013).

Za ukazatele koherence myšlení v rámci Exnerova (2003) strukturálního souhrnu jsou považovány indexy **Sum6** a **WSum6**, o nichž, stejně jako dalších relevantních poznatků v souvislosti s poruchami myšlení pojednávám v kapitole 6.1.2. V systému RPAS je index Wsum6 analogicky nahrazen indexem **WSumCog** (Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2011).

Kleiger (2004) uvádí, že myšlenkové procesy lze posuzovat i dalšími projektivními technikami, např. *Tematickým apercepčním testem*, *Testem kresby postavy* či technikou *Doplňování vět*.

4.3 Vybrané metody měření obranných mechanismů

Mezi nástroje, jež posuzují obranné mechanismy, patří:

- **DMI** (*Defense Mechanism Inventory*), což je projektivní technika, již koncipovali Gleser a Ihilevich v roce 1969. Inventář sestává z 10 různě tematických povídek, k nimž jedinec přiřazuje pro něj nejméně a nejvíce charakteristickou odpověď. Volba jeho odpovědí pak tvoří výsledný profil obranných mechanismů, jež jsou rozlišeny do pěti skupin: agrese vůči objektu, reakce obrácená proti vlastní osobě, projekce, popření a mechanismy intelektualizace (Svoboda, 1999).
- **LSI** (*Life Style Index*), jenž byl vytvořen Plutchikem, Kallermanem a Contem v roce 1979. Dotazník se zabývá diagnostikou obranných mechanismů, jimž odpovídá osm následujících škál: popření, regrese, kompenzace, projekce, přemístění, intelektualizace, reaktivní výtvar a negace (Svoboda, 1999).
- **DSQ** (*Defense Style Questionnaire*), dotazník z roku 1983, jehož autory jsou Bond, Gardner, Christian a Sigal. Revidovanou podobu tvoří 88 položek, přičemž každá je posuzována na devítibodové škále. Dotazník se snaží o odhalení typu obran a jejich vědomé složky, posouzení adaptability a zkoumání povahy obranného stylu. Zkrácená verze obsahuje 40 položek (Bond, 1992). O standardizaci české verze DSQ se pokusila Iva Červenková (2005) v rámci své diplomové práce.

Mezi **projektivní metody** k posouzení obranných mechanismů jsou řazeny: Lerner Defense Scale (**LDS**) for the Assessment of Human Rorschach Responses, Rorschach Defense Scale (**RDS**) for Assessing the Content of Rorschach Responses, Defense Mechanism Manual (**DMM**) for the Assessment of Thematic Apperception Test Stories (Porcerelli & Hibbard, 2004).

4.4 Vybrané metody k posouzení objektivních vztahů a citové vazby

Objektivní vztahy mohou být hodnoceny následujícími metodami:

- **AAQ** (*Adult Attachment Questionnaire*), dotazník, který vytvořili Hazan a Shaver v roce 1990. Celkem pojímá 18 položek, jež jsou hodnoceny pětibodovou Likertovou škálou. Hazan a Shaver dotazníkem posuzovali tři typy připoutání – jisté, úzkostné a vyhýbavé (Mikulincer & Shaver, 2007).
- **ECR** (*Experiences in Close Relationships*), což je sebeposuzovací nástroj k hodnocení dvou základních dimenzí vztahové vazby v dospělosti, a to vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti. Škálu tedy tvoří dvě subškály po 18 položkách, které jsou hodnoceny na sedmibodové stupnici Likertova typu. Škála byla koncipována Brennanem, Clarkem a Shaverem (1998). O její český překlad a zjišťování vnitřní konzistence se zasloužili Lečbych a Pospíšilová (2012).
- **PBI** (*Parental Bonding Instrument*), dotazník, jenž byl vytvořen Parkerem, Tuplingem a Brownem v roce 1979. Je nástrojem hodnotícím typ citové vazby jedince k jeho rodičům. Dotazník obsahuje 50 položek hodnocených na čtyřstupňové škále. Parker na základě výsledků rozlišuje 4 typy citové vazby: a) optimální typ vazby, b) nelaskavá kontrola, c) kontrolující, byť s láskou, d) chybějící nebo slabá vazba (Black Dog Institute, nedat.)
- **SCORS** (*Social Cognition and Object Relations Scale*) – Škála sociální kognice a objektivních vztahů – je skórovacím systémem, jenž vznikl v roce 1990 k posouzení dat z Tematicko-apercepčního testu. Autor Westen podotýká, že je možná aplikace škály i na jiný narativní materiál (např. přepisy z rozhovorů z terapeutického setkání). Hodnocení probíhá na sedmibodové stupnici. Systém SCORS ve své revidované verzi obsahuje celkem osm tematických škál (Hilsenroth, Stein, & Pinsker, 2007).

Posuzování objektivních reprezentací v rámci Rorschachovy analýzy zahájil Mayman, jenž akcentoval zejména obsahové kategorie jednotlivých odpovědí. Obecně lze dedukovat, že pro posuzování vztahovosti v rámci Rorschachovy metody jsou stěžejní reprezentace lidských postav:

- obsahové kategorie člověk, člověku podobná bytost, lidské detaily – H, Hd, (H), (Hd);

- kvalita lidské reprezentace – GHR, PHR;
- lidské pohybové odpovědi – M, charakter těchto pohybů – a: aktivní, p: pasivní, COP: kooperativní, AG: agresivní;
- distorze ve spojitosti s vnímáním lidských reprezentací – speciální kognitivní skóry, defektní vnímání při asociaci lidských postav;
- barvové a šerosvitové odpovědi;
- speciální obsahová témata, např. Fd – jídlo (Lečbych, 2013).

Analýzu odpovědí s lidskou reprezentací lze tedy považovat za klíčovou pro kvalitativní interpretaci objektních vztahů (Lečbych, 2013). Pro obsahovou analýzu lidských odpovědí slouží škála **COR** (*Concept of the Object on the Rorschach Scale*) od autorů Blatta, Breinnesse, Shimeka a Clicka z roku 1976 (více se jí věnuji v kapitole 8.2.3). Mezi další škály posuzující objektní vztahy s využitím principů ROR patří **MOAS** (*Mutuality of Autonomy Scales*) a **RE-ORS** (*Rorschach-Empathy-Object Relationship Scale*; Stricker & Gooen-Piels, 2004).

5 Ego a psychopatologie

Na základě analýzy psychodynamických modelů osobnosti Bornstein (2003) dospívá k názoru, že psychopatologie je v psychodynamickém pojetí určena třemi základními atributy, jimiž jsou nízká síla Ega, maladaptivní Ego obranné mechanismy a dysfunkční introjekty.

Nízká síla Ega přispívá k psychopatologii kvůli neschopnosti Ega testovat realitu adekvátním způsobem, což zapříčiňuje, ba umocňuje percepční zkreslení vnitřních i vnějších psychických obsahů (intrapersonální a interpersonální distorzi, tedy distorzi ve vnímání jak interpersonální, tak intrapersonální reality). Významný podíl na psychopatologii mají *maladaptivní Ego obranné mechanismy*, jež inhibují schopnosti ke zvládnutí úzkosti a stresu. *Dysfunkční introjekty*, zahrnující narušené i deficientní self-reprezentace, vedou k nepřiléhavému vnímání sebe i druhých. Taktéž podporují dysfunkční interakční vzorce a interpersonální vztahy (Bornstein, 2003).

Bornstein (2003) spojuje tři výše uvedené základní znaky psychopatologie s premisou tripartitního dělení psychologických problémů dle Kernberga (2004a; 2004b), který v této souvislosti hovoří o neurotické, charakterové a psychotické patologii.

Neurózy Bornstein (2003) hodnotí jako poměrně mírné psychické poruchy zasahující pouze několik oblastí fungování jedince. V souvislosti s výše uvedenými znaky psychopatologie je u neurotických onemocnění síla Ega vysoká, obranné mechanismy adaptivní a introjekty ve své povaze benigní a adekvátně diferencované. *Charakterové poruchy* jsou více pervazivní, jsou pro ně příznačné potíže v interpersonální sféře, narušená sebepercepce a obtíže v regulaci impulzů. Ego zde ve své síle variuje za používání maladaptivních a nezralých obranných mechanismů, introjekty jsou pouze zdánlivě přiléhavě diferencované anebo nenávisné. *Psychotické poruchy* jsou typické zejména vážně narušeným testováním reality a nízkou úrovní fungování jedince v mnoha oblastech jeho života. Poruchám psychotického spektra jsou přisuzovány nízká síla Ega, maladaptivní a nezralé obranné mechanismy či úplná absence jakýchkoli obran a dysfunkční introjekty (Bornstein, 2003).

Lečbych (2007) shrnuje, že hodnocení funkcí Ega a jejich adaptability je pro posouzení psychopatologie z hlediska psychodynamických teorií klíčové. Právě tohoto úkolu se zhostili Perry a Viglione s využitím Rorschachovy metody. Jimi vytvořený Index poškození funkcí Ega podává celkový údaj o potenciálním deficitu funkcí Ega a jeho míře,

a to zejména v oblasti testování reality, tvorby objektivních vztahů a procesů myšlení (Perry & Viglione, 1991). „Základní předpoklad je založen na myšlence, že deficit funkcí Ega negativně ovlivňuje adaptaci na vnější a vnitřní realitu,“ ujasňuje Lečbych (2007, 41).

6 Index poškození funkcí Ega (EII)

V této kapitole se věnuji samotnému Indexu poškození funkcí Ega, počínaje jeho tvorbou, vývojem, konče jeho psychometrickými vlastnostmi.

6.1 Tvorba EII

Při vytváření EII Perry a Viglione (1991) nacházeli inspiraci v Beresově modelu hodnocení funkcí Ega (viz kapitola 3.1). Jednotlivým funkcím, jež Beres (1956) popsal, Perry a Viglione (1991) přiřadili relevantní koreláty Exnerova (2003) Komprehenzivního systému, a to na základě jejich interpretačního významu. Adrian a Kaser-Boyd (1995) doplňují, že proměnné zahrnuté v EII byly z Exnerova CS voleny dle velikosti jejich potenciálu pro určení selhání v hlavních oblastech adaptivního fungování jedince. Perry a Viglione (1991) tak sestavili pěťici základních komponent EII, přičemž každá z nich vykazuje empiricky podložené souvislosti s možným psychickým poškozením:

- 1) *zkreslená tvarová kvalita* (FQ-),
- 2) *vážená suma šesti speciálních kognitivních skóre* (Wsum6),
- 3) tzv. „*kritický obsah*“ *odpovědí* (An, Bl, Ex, Fi, Fd, Sx, Xy, AG, MOR),
- 4) *zkreslené lidské pohybové odpovědi* (MQ-),
- 5) *dobrá/špatná lidská reprezentace* (GHR, PHR).

6.2 Proměnné EII

V následující části detailněji popíši jednotlivé komponenty EII.

6.2.1 FQ-

Pro hodnocení nepřiměřenosti a nepřesnosti percepčních procesů, stejně jako nízké kapacity pro testování reality, se využívá suma minusových tvarových odpovědí (Perry & Viglione, 1991). Formová kvalita poskytuje informaci, zda jedincem určená oblast skvrny skutečně odpovídá popsanému objektu. Ačkoli se mohou v minus odpovědi dané oblasti skvrny opravdu shodovat s některými obrysy uvedeného objektu, celkové „zapadnutí“ objektu naprosto nerespektuje obrysy skvrny. Značné množství minus odpovědí vyžaduje vytvoření obrysů, které ve skutečnosti neexistují (Exner, 2003).

Lečbych (2013) předkládá, že kvalita percepčního zpracování může být postihnuta na základě více příčin. Jednou z nich mohou být výkyvy pozornosti zapříčiněné úzkostnou

inhibicí u jedinců s fobickými a neurotickými příznaky. Protokoly jsou v takovém případě charakteristické střídáním percepčně kvalitních odpovědí a šokových fenoménů s dílčím deficitem. Ve vyšší míře se minus odpovědi objevují u impulzivních osob, jež nedisponují dostatečně silnými zdroji ke kontrole impulzů a emoční stabilitou. Ještě častější výskyt minusových odpovědí je pozorován u jedinců s kognitivními deficity organické povahy, přičemž protokoly takových osob jsou příznačné svou chudostí, perseveracemi, bezradností při vytváření odpovědi. Lečbych (2013, 53) uzavírá: „*Hierarchicky nejvýše, co do závažnosti psychopatologie, je pak výskyt odpovědí typu FQ- signifikantní u pacientů s psychotickou problematikou.*“ Vnímání světa lze pak interpretovat jako deformované, pro další pozorovatele neuchopitelné.

6.2.2 Wsum6

Komponenta Wsum6 slouží k identifikaci obtíží v oblasti koncepčního myšlení, tj. ideační oblasti, k měření poruch myšlení a určení jasnosti myšlení. Proměnná taktéž vypovídá o nepřirozeném uvažování a nepřiléhavé kombinaci objektů a vztahů mezi nimi. Skórová hodnota Wsum6 odráží selhání kognitivních funkcí a deficity v primárně procesním myšlení (Perry & Viglione, 1991). Vážená suma Wsum6 zahrnuje šest následujících kognitivních speciálních skóků: 1) *deviovaná verbalizace DV*, 2) *deviovaná odpověď DR*, 3) *inkongruentní kombinace INCOM*, 4) *fabulační kombinace FABCOM*, 5) *neadekvátní logika ALOG*, 6) *kontaminace CONTAM* (Exner, 2003).

Vážený součet šesti speciálních skóků Wsum6 vzniká na základě přiřazení jim příslušných vah:

$$Wsum6 = 1 \times DV + 2 \times DV2 + 2 \times INCOM + 4 \times INCOM2 + 3 \times DR + 6 \times DR2 + 4 \times FABCOM + 7 \times FABCOM2 + 5 \times ALOG + 7 \times CONTAM \text{ (Exner, 2003).}$$

Exner (2003) na základě svých norem uvádí, že míra Wsum6 disponuje z vývojového hlediska klesajícím charakterem. V období mezi pátým a devátým rokem je za horní hranici normy považována hodnota čtrnácti bodů, do čtrnácti let osm bodů, v adolescenci a dospělosti bodů šest. Wsum6 se stává pozitivním kritériem Indexu percepčně- kognitivního zpracování (PTI), identifikujícího vážné percepčně-kognitivní poruchy za předpokladu, že nabývá hodnoty $Wsum6 > 12$ v krátkém protokolu s méně než sedmnácti odpověďmi nebo $Wsum6 > 16$ v delším protokolu o více než šestnácti odpovědích (Exner, 2003).

U výše uvedených skóre (s výjimkou kódů ALOG a CONTAM) je rozlišována první a druhá úroveň (Level 1 a Level 2). První úroveň reprezentuje jemné či relativně mírné případy alogického, fluidního, podivného či zabíhavého myšlení, zatímco druhá odpověď je spojována s odpověďmi, jež odrážejí vážnější případy disociovaného, nelogického, fluidního či zabíhavého myšlení (Exner, 2003). Exner (2003) doplňuje, že všechny tyto speciální skóry tvoří kontinuum, jehož jednotlivé strany představují různou míru závažnosti bizarního myšlení. DV1, INCOM1 a DR1 jsou považovány za mírnější kognitivní speciální skóry, zatímco DV2, FABCOM1, INCOM2 a ALOG za jejich vážnější formy. Odpovědi signované jako DR2, FABCOM2 a CONTAM připadají na stranu kontinua, jež značí závažný stupeň bizarnosti myšlení. Meyer et al. (2011) v rámci nového systému R-PAS představuje novou proměnnou *SevCog* (Severe Cognitive Codes), jež sumarizuje nejzávažnější skóry reflektující psychotické poruchy myšlení. Index SevCog implikuje sumu skóre DV2, DR2, INC2, FAB2, PEC (značící odpovědi podivné logiky, je náhradou kódu ALOG), CON. Zvýšená výsledná hodnota skóre SevCog deklaruje psychotickou formu komunikace, konceptualizace a explikace (Meyer et al., 2011).

V následujících odstavcích krátce vymezují kritéria skórování jednotlivých proměnných s jejich interpretačním významem.

DV je přidělena odpovědím, ve kterých je subjektem použito nepřijatelné slovo. DV se objevuje ve dvou formách – *redundance* a *neologismy*, přičemž obě evokují dojem podivnosti. Neologismus znamená použití nevhodného či nehodícího se slova namísto takového, které by korespondovalo s verbální kapacitou subjektu. Redundance je chápána jako zvláštní užití jazyka, jímž subjekt určuje dvakrát charakter popisovaného objektu nebo objektů (Exner, 2003). Přítomnost DV naznačuje kognitivní vadu ve výběru vhodných slov, jejíž příčiny mohou být různé. Lečbych (2013) na základě klinických zkušeností vytyčuje nižší dosažené vzdělání či méně rozsáhlou slovní zásobu, jež je kompenzována tendencí jedince působit vzdělanějším dojmem, čehož se snaží dosáhnout používáním odborných pojmů, což se však děje mimo jejich pravý význam. DV odpovědi mohou tvořit také jedinci s organickým kognitivním deficitem. Dále Lečbych (2013, 62) přidává: „*Produkce odpovědí DV2 může být spojována s psychotickým procesem, zejména tehdy, pokud se jedná o neologismy v pravém slova smyslu, užívání zcela smyšlených a bizarních slov.*“ Krejčířová (2007) poukazuje na četnost výskytu neologismů v protokolech dětí konfabulačního stadia vývoje u Rorschachovy metody v období mezi třetím a čtvrtým rokem.

DR je přiřazována odpovědím majícím zvláštní či podivnou kvalitu. Taková formulace odpovědi pramení z tendence subjektu se od aktuálního úkolu odchýlit či jej zkreslit, což se projevuje uvedením nerelevantních frází (ve vztahu k danému úkolu), či odpověďmi, jimiž subjekt nevhodně odbíhá od tématu. DR se tedy vyskytuje ve formě *nepatřičných frází* či *zabíhavých odpovědí* (Exner, 2003). DR odráží určitou formu ideačního rozptýlení jedince a jeho potíže při definování objektu či dokončování odpovědi (Exner, 2003). Ve srovnání s předchozí proměnnou DV Exner (2003) prisuzuje DR závažnější psychopatologický význam, a to na základě asociace její bizarní kvality s psychotickým procesem. Lečbych (2013) zmiňuje také vývojové hledisko ROR a k němu se vztahující potenciální souvislost DR s poruchami tzv. teorie mysli. „*Koncept teorie mysli představuje schopnost přisuzovat druhému člověku mentální stavy a odhadovat jeho myšlenky, motivy, perspektivu, kterou se dívá na svět,*“ vysvětluje Lečbych (2013, 62). Intenzivní rozvoj teorie mysli za předpokladu zdravého vývoje dítěte probíhá asi od čtvrtého roku jeho života. V kompatibilitě s výše uvedeným Krejčířová (2007) navazuje poznatkem o neschopnosti dítěte do čtyř let jeho věku spolehlivě reagovat na otázku vztahující se k lokalizaci a determinantě odpovědi. Dítě této otázce nerozumí, proto volně asociuje či se od úkolu odchyluje. Odbíhavé reakce či irelevantní fráze pak lze interpretovat jako neschopnost jedince zřít podstatu úkolu a porozumět instrukci administrátora. Pro jemné formy DV1 se také nabízí vysvětlení šokovými fenomény či úzkostnou inhibicí (Lečbych, 2013).

Skóry **INCOM**, **FABCOM** a **CONTAM** jsou používány k identifikaci odpovědí, v nichž jsou subjektem popisovány neskutečné atributy objektu, vyvozovány nemožné vztahy mezi objekty, přisuzovány nepravděpodobné aktivity objektům či kde se objevuje neúměrné zhuštění dojmů způsobem, jenž znásilňuje realitu (Exner, 2003).

INCOM je přidělován odpovědím, ve kterých subjekt objektu připisuje nepravděpodobné či nemožné rysy (Exner, 2003). Krejčířová (2007) zaznamenává jejich výskyt ve fázi tzv. konfabulačních kombinací vývoje dětského ROR. Odpovědi typu INCOM u dítěte signalizují preferenci percepční reality před realitou pojmovou – často tedy odpověď nekoresponduje s pojmy a běžnou zkušeností, naproti tomu je dítě vůči realitě co nejpoctivější v tom smyslu, že se při produkci odpovědi opírá o vizuální podobu reality. Ačkoli mohou být kombinace jednotlivých detailů uchopeny z percepčního hlediska přiléhavě, následný pokus o jejich integraci je uvádí do nerealistického vztahu. Krejčířová (2007) na konfabulační přístup dítěte nahlíží jako na jeho obranu před fantazijním únikem

či hrubšími chybami zapříčiněnými kognitivní nezralostí. Mírnější formy odpovědi INCOM1 dle Lečbycha (2013) v dospělosti naznačují psychologickou nezralost, zejména nevyzrálou úsudku, přičemž závažnější INCOM2 může podporovat hypotézu poruch z psychotického spektra.

Kód **FABCOM** identifikuje odpovědi, v nichž subjekt mezi dvěma a více objekty vytváří nemožný či nepravděpodobný vztah. FABCOM je skórován také v případě nepravděpodobné transparentnosti. Jak u kódu INCOM, tak FABCOM je rozlišována první a druhá úroveň, a to dle míry bizarnosti odpovědi (Exner, 2003). Dle Krejčířové (2007) se fabulační kombinace u dítěte objevují ve věku kolem čtyř let, kdy se percepce začíná diferencovat, dítě pozoruje detaily, ale přisuzuje jim nelogický vzájemný vztah. Výskyt mírnějších, nikoliv bizarních forem FABCOM je tolerován ještě u dětí do sedmi až osmi let věku. V období dospělosti je přítomnost fabulačních kombinací spojována s psychotickými poruchami (Lečbych, 2013).

Kontaminované odpovědi jsou pokládány za nejbizarnější neadekvátní kombinace. **CONTAM** signujeme v případě, kdy subjekt spojuje dva a více dojmů do jedné odpovědi způsobem, který zcela zřejmě znásilňuje realitu (Exner, 2003). Lečbych (2013) předkládá: „*Odpovědi FABCOM2 patří spolu s kombinacemi CONTAM k nejzávažnějším projevům poruch myšlení.*“ Krejčířová (2007) podotýká, že kontaminace ve své klasické podobě nejsou zcela běžným fenoménem v žádném vývojovém období. Kontaminované odpovědi Lečbych (2013) asociuje s psychotickými poruchami a autistickým stylem myšlení.

Kód **ALOG** přidělujeme za předpokladu, když subjekt spontánně použije násilnou či neobvyklou úvahu ke zdůvodnění odpovědi. Je pokládána za rozvolněnou či zjednodušující formu myšlení, jež zapřičiňuje chybný úsudek (Exner, 2003). Krejčířová (2007) zaznamenává výskyt hrubých odpovědí ALOG kolem třetího až čtvrtého roku věku dítěte. „*Nelogické vysvětlení se u dětí nejčastěji vztahuje ke konfabulatorně tvořeným odpovědím, kdy některá charakteristika tabule (poloha skvrn, jejich velikost, počet) byla tím prvním dojmem, který dítěti v předpojmové vývojové fázi poskytl nápad pro odpověď,*“ explikuje Krejčířová (2007, 105). Přítomnost ALOG odpovědi je významným znakem poruchy myšlení již u dětí v mladším školním věku, i když jejich mírnější podoba může být tolerována asi do sedmi až osmi let věku, dodává Krejčířová (2007). ALOG odpovědi v protokolech dospělých jedinců odpovídají prelogickému stylu myšlení, tendenci

k chybnému úsudku, paralogickému myšlení, což je příznačné pro osoby s mentální retardací a psychotickými poruchami, podtrhuje Lečbych (2013).

6.2.3 Kritický obsah

V původní verzi EII byla tato položka označována jako tzv. „nepotlačený obsah“ či „primitivní obsah“. Tato proměnná poskytuje informaci o míře selhání obranných mechanismů, jež je hodnoceno na základě množství pudově nabitých obsahů v protokolu (Perry & Viglione, 1991). Kritický obsah odpovědi je spojován s motivy, pohnutkami, potřebami, které jsou obvykle inhibovány, redukovány či vyjádřeny nepřímou cestou, subjekt je však přesto není schopen potlačit v průběhu asociační fáze (Exner, 2003). Kategorie kritických obsahů je sycena následujícími skóry: *anatomický obsah* (An), *obsah krve* (Bl), *exploze* (Ex), *ohně* (Fi), *jídla* (Fd), *sexuální obsah* (Sx), *rentgenový obsah* (Xy), *agresivní pohybové odpovědi* (AG) a *morbidní odpovědi* (MOR; Exner, 2003; Viglione, 1990).

Zvýšený výskyt *anatomických a rentgenových odpovědí* ukazuje na neobvyklé zaujetí svým tělem, až znepokojení nad svým tělesným sebeobrazem. Toto znepokojení na své významnosti nabývá při kombinaci s morbidní odpovědí či minusovou tvarovou kvalitou (Exner, 2003). Přítomnost *obsahu krve* v protokolu pramení z aktuální tenze, interpretačně jej lze považovat za reakci na různou měrou potlačené agresivní impulzy. *Exploze* implikuje vznětlivé napětí, je chápána jako příznak primitivních pudových a agresivních sil, s nimiž se jedinec nedokáže vyrovnat. *Oheň* je spojován s infantilními destruktivními impulzy, významově může vypovídat o snížené regulaci emocionality a pudového napětí. Obsahem *jídla* jako symptomu primárně pudového myšlení je manifestován pasivně přijímající postoj k životu, závislé chování a potřeby závislosti (orality; Exner, 2003; Weiner, 2003).

U jedinců s více *morbidními odpověďmi* v protokolu lze předpokládat silnější poznamenání jejich sebeobrazu negativními atribucemi. Množství kódu MOR je relevantní pro možné depresivní poruchy, charakteristické negativistickým a pesimistickým vnímáním světa (Exner, 2003). Petrosky (2005) v protokolech jedinců s vyšší mírou depresivních emocí zaznamenal mnohem více morbidních odpovědí než u osob s depresivní kognicí. Na základě tohoto zjištění Petrosky (2005) vyvozuje souvislost mezi zvýšeným počtem skóru MOR a vědomým prožíváním dysforických pocitů, kognitivně reprezentovaných.

Na morbidní odpovědi pak u jedinců, kteří ač depresivní symptomatiku mají, přesto se ji snaží potlačit, Petrosky (2005) nahlíží jako na projev egodystonní kognice.

Agresivní pohybové odpovědi ve vyváženém poměru s kooperativními odpověďmi jsou interpretovány jako znak asertivity, přiměřené průbojnosti. Vyšší počet skóru AG může být signálem hostilního zaměření vůči druhým, může však naznačovat i subjektivní pocit nepohodlí ve vztazích či nesnadné interpersonální interakce (Exner, 2003; Viglione, 1990).

6.2.4 MQ-

Kód MQ- je přidělován lidským pohybovým odpovědím s minusovou tvarovou kvalitou. Lidské pohybové odpovědi jsou v takovém pojetí chápány jako zkreslené či překroucené. Ačkoli mají běžně příznivý interpretační charakter, zde jsou ve své zruinované podobě, determinované kombinací s minusovou formovou kvalitou, projevem primitivních agresivních obav či strachů anebo neschopnosti diferenciacie self od druhých. Přítomnost odpovědi MQ- reflektuje chybnou a nerealistickou logiku, naznačuje tak potenciální narušení procesu myšlení s možným dopadem na mediaci (Exner, 2003). Perry a Viglione (1991) zaznamenávají tento typ odpovědí v protokolech u osob s primitivní Ego strukturou. Odpovědi MQ- se vztahují k „zatemnění“ myšlení, což může ukazovat na podivnou či narušenou ideaci. Dále reflektují distorzi interpersonální percepce a objektivních vztahů. Kompatibilně dokládá Weiner (2003), že percepčně zkreslené lidské pohybové odpovědi indikují deficientní schopnost empatie.

6.2.5 GHR a PHR

O vývoji proměnných GHR a PHR pojednávám níže (viz kapitola 6.3). Odpovědi s lidskými reprezentacemi reflektují předchozí interpersonální zkušenost a adaptivitu v jejím rámci, obecně slouží k hodnocení mezilidských vztahů. Skór GHR (Good Human Response, dobrá lidská odpověď) značí adaptivní a efektivní vztahování se k druhým lidem. Proměnná PHR (Poor Human Response, špatná lidská odpověď) koreluje s maladaptivními a neefektivními interpersonálními vzorci chování, jež mohou vyplývat a zároveň být umocňovány zážitky odmítnutí druhými a následné vyhýbání se jim. Popsané mezilidské zkušenosti pak mohou vést k sociální neobratnosti jedince (Exner, 2003; Viglione, 1990). Dle Lečbycha (2013) nadmíra odpovědí PHR odráží závažnost psychopatologie, což je pozorovatelné u pacientů s borderline organizací osobnosti, schizofrenií, závažnějšími poruchami afektů. Interpretačního významu tyto proměnné však dosahují až při dostatečném počtu odpovědí s lidskou reprezentací. Hodnocení povahy této

dichotomické proměnné, tj. dobré, nebo špatné lidské odpovědi, je dáno formalizovaným postupem o sedmi krocích (Exner, 2003).

6.3 Vývoj EII

V původní studii autoři Perry a Viglione (1991) předkládají první verzi Indexu poškození funkcí Ega (EII), která hodnotila povahu interpersonální zkušenosti pomocí proměnné HEV (Human Experience Variable). Tato proměnná sloužila pro signování odpovědi dobré, či špatné lidské zkušenosti.

Perry a Viglione (1991) stanovují podmínky pro skórování dobré lidské zkušenosti, jimiž jsou: 1) Odpovědi s lidským obsahem, zahrnující celou postavu, a s běžnou či plusovou tvarovou kvalitou bez přítomnosti speciálního kognitivního skóru či agresivní pohybové odpovědi; přičemž tolerujeme deviované verbalizace, jelikož mohou reprezentovat idiosynkratické výrazy jedince a nemusí tak nutně naznačovat kognitivní dysfunkci. 2) Populární odpovědi s lidským obsahem, pojímající pouze část lidské postavy či postavu mytologickou, s přílehlavou formální kvalitou; tyto odpovědi opět neobsahují kognitivní skóry a agresivní pohybové odpovědi. 3) Kooperativní pohybové odpovědi s plusovou či běžnou tvarovou kvalitou při toleranci kognitivního skóru prvního stupně. Předpoklady pro signování špatné lidské zkušenosti jsou dle Perryho a Viglione (1991) následující: 1) lidské pohybové odpovědi či odpovědi s lidským obsahem s minusovou formální kvalitou; 2) nepopulární odpovědi s lidským obsahem, zahrnující neúplnou postavu či postavu fiktivní; 3) lidské pohybové odpovědi s neúplnou postavou, a to v kombinaci s kooperativní pohybovou odpovědí; 4) agresivní pohybové odpovědi; 5) odpovědi s lidským obsahem, zahrnující úplnou, částečnou či mytologickou postavu, jež obsahují speciální kognitivní skór druhé úrovně.

Lečbých (2007) přehledně shrnuje, že podstata vzniku proměnné HEV spočívá v posuzování profilu mezilidské zkušenosti v několika dimenzích: 1) *přesnost/zkreslenost tvarové formy*, 2) *benigni/maligní aktivita*, 3) *nedotčenost/poškození objektu*, 4) *logika/zmatek v celkovém rázu odpovědi*. Burns a Viglione (1996) se proměnné HEV věnují ve své studii, jež odhalila, že proměnná HEV kromě minulé interpersonální zkušenosti poskytuje důležité údaje o obecných mentálních reprezentacích mezilidských vztahů. Na základě tohoto zjištění byl pojem „experience“ (zkušenost) zaměněn novým, akurátnějším pojmem „representation“ (reprezentace). Z důvodu přejmenování, ale i zvýšení validity a dalších psychometrických vlastností vzniká proměnná Human Representation Variable (HRV; Viglione, Perry, Meyer, Jansak, & Exner, 2003b; Viglione, Perry & Meyer, 2003a). Tato modifikace vedla k integraci hodnocení lidské reprezentace do Exnerova (2003) Komprehenzivního systému jako hodnocení dobré a špatné lidské odpovědi (GHR, Good Human Representation; PHR, Poor Human Representation). Hlavní předností proměnné HRV je dle Tibona, Porcelliho a Weinbergera

(2005a) její vyšší citlivost vůči problémům v oblasti adaptace k vnější realitě, a to ve smyslu kognitivních selhání či potíží ve sféře objektních vztahů.

6.4 Početní formule EII

V původní verzi, operující s kritérii HEV, byl výpočet EII proveden dle vzorce (Viglione et al., 2003a):

$$EII = (0,136 \times FQ-) + (0,050 \times Wsum6) + (0,068 \times nepotlačený\ obsah) + (0,208 \times MQ-) + (0,108 \times Poor\ HEV) - (0,160 \times Good\ HEV) - (0,062 \times R) - 0,049\ (konstanta)$$

Upravená forma EII-2, která již používá koncept HRV, dosahuje výsledných hodnot kalkulací dle modifikovaného vzorce (Viglione et al., 2003a):

$$EII-2 = (0,141 \times FQ-) + (0,049 \times Wsum6) + (0,072 \times kritický\ obsah) + (0,198 \times MQ-) + (0,117 \times PHR) - (0,104 \times GHR) - (0,066 \times R) - 0,038\ (konstanta)$$

Vytvoření EII-2 tedy proběhlo rekalkulací EII, jež se opírala o výsledky mnohonásobné regresní analýzy provedené autory Viglione et al. (2003a). Úprava EII-2 spočívala ve výpočtu nových vážených skóre pro jeho subkomponenty při zachování vlastností rozložení z původní verze EII. Zmíněné bylo provedeno vytvořením koeficientů, náležících jednotlivým subkomponentám EII-2, prostřednictvím již výše uvedené vícenásobné regrese, přičemž prediktory byly FQ-, WSum6, kritický obsah, M-, GHR a PHR. R, celkový počet odpovědí, sloužil jako kontrolní proměnná, původní EII byl kritériem. Účelem proměnné R je korigování výsledné hodnoty EII-2 (Viglione et al., 2003a). Zařazení konstanty do vzorce má praktické důvody, autoři původní studie (Perry & Viglione, 1991) u depresivních pacientů totiž usilovali o nastavení hodnoty EII na hodnotu blížící se nule. Nula určovala hranici, jejíž přesažení by bylo interpretováno jako potenciální poškození funkcí Ega.

Při realizaci úpravy EII-2 byl kladen požadavek na statisticky vysoce signifikantní korelaci mezi původním EII a modifikovaným EII-2, čemuž Viglione et al. (2003a) ve své studii vyhovuje hodnotou koeficientu $r = 0,99$. Z uvedeného vyplývá, že indexy lze vzájemně zaměnit a že dříve shledané poznatky je možné pokládat za kompatibilní s novým početním postupem EII-2 (Viglione et al., 2003a).

6.5 Interpretační pásma EII

Interpretačně vzato, vyšší hodnoty EII-2 napovídají potížím v řešení problémů, neefektivní a idiosynkratickému myšlení v náročných životních situacích, behaviorální dysfunkci a selhání adaptačních schopností (Viglione et al., 2003a). Perry, Minassian, Cadenhead, Sprock a Braff (2003) návazně ve své studii shledávají spojitost mezi vysokými skóry EII a psychopatologickou závažností. Zvýšené skórové hodnoty jsou relevantní u poruch schizofrenního spektra, psychóz, poruch myšlení, kognitivní dysfunkce a u chudé odezvy na léčbu. Ačkoli EII-2 registruje spíše negativní symptomy než pozitivní, vykazuje senzitivitu vůči selhání a jiným limitům v oblasti myšlení jak u jedinců relativně dobře fungujících, tak u osob se závažnou poruchou (Viglione et al., 2003a).

Souhrnně lze tvrdit, že nižší hodnoty EII-2 svědčí o menší míře poškození funkcí Ega, zatímco vyšší hodnoty EII-2 predikují větší deficit funkcí Ega. Za mezní bod je považována nula. Viglione et al. (2003a) pro interpretaci poškození funkcí Ega navrhuje následující schéma:

- **EII-2 < -0,3** – optimální rozmezí, bez průkazného poškození;
- **-0,4 až +0,2** – typické rozpětí pro nepacientskou populaci, bez průkazného poškození;
- **0 až +0,6** – minimální poškození;
- **+0,4 až +0,8** – mírné až střední poškození;
- **+0,7 až 1,5** – střední až závažné poškození;
- **EII-2 > +1,3** – signifikantně průkazné poškození.

6.6 Psychometrické vlastnosti EII

V původní validační studii Perry a Viglione (1991) shledávají *signifikantní prediktivní validitu* EII. Jmenovaná autorská dvojice vyslovila hypotézu o vztahu mezi EII hodnotami a výsledkem léčby. Závěrem studie bylo zjištění, že pacienti s depresí, již vykazovali vyšší skóry EII, profitovali z léčby tricyklickými antidepresivy mnohem méně než depresivní pacienti s nižšími skóry EII. Výsledky studie tedy potvrzují, že hodnoty skóru EII predikují celkový výsledek devítitýdenní léčby depresivních pacientů. Rozdíl mezi oběma skupinami pacientů totiž nabýval vysoké statistické významnosti. Perry a Viglione (1991) na základě svých výzkumných zjištění vyvozují vztah

mezi intrapsychickou strukturou Ega a kapacitou jedince pro zvládání deprese, kdy aktivizace zralých a adaptivních mechanismů, potřebných pro adekvátní vyrovnání se se zátěží, je pak pro pacienta s vyšší mírou selhání funkcí Ega náročnější. Studie rovněž dokládá statisticky *signifikantní vnitřní konzistenci položek*, tj. subkomponent EII, pohybující se v rozmezí hodnot $r = 0,93$ a $r = 0,98$. Taktéž koeficient *test-retestové reliability* dosahuje statistické významnosti ($r = 0,78$), a to i přes devět měsíců užívání antidepressivní medikace a mnohé symptomatické změny (Perry & Viglione, 1991). Doložena byla také *inkrementální validita* EII, a to například studií autorů Perryho, Viglione a Braffa (1992), již konkrétněji popisují v kapitole 6.7. Výsledky navazující longitudinální studie prozrazují impresivní *časovou konzistenci* EII v horizontu pěti let, což je doloženo koeficientem test-retestové korelace $r = 0,68$ na hladině významnosti $p < 0,025$. Hodnotu EII tak lze chápat v časovém intervalu pěti jako relativně stabilní veličinu, a tedy i jako jednu ze stabilních charakteristik v oblasti měření závažnosti psychopatologie (Perry et al., 1995).

6.7 Nejaktuálněji modifikovaná podoba indexu EII-3

Autoři Viglione, Perry, Giromini a Meyer (2011) ve své studii předkládají revidovanou verzi EII, v pořadí již třetí, tedy **EII-3**. Nová početní formule spočívala v upravených koeficientových hodnotách pro jednotlivé komponenty indexu, dělo se tak za pomoci mnohonásobné regrese. Nová verze EII-3 vznikla s cílem integrovat změny v rámci jednotlivých proměnných, jež vychází z nového systému Rorschach Performance Assessment System (R-PAS). Nezbytnost úpravy EII spočívala i v částečně pozměněné podobě administrace, a to ve smyslu limitování počtu odpovědí v protokolu (je například eliminován počet tabulí s pouze jednou odpovědí či nejsou validně posuzovány protokoly s méně než sedmnácti odpověďmi). Při tvorbě upraveného EII-3 byl kladen požadavek na zachování co nejvíce podobných hodnot validity a reliability s jeho předešlými verzemi. Statistická analýza nejenže prokazuje vysoké korelace EII-3 s EII-2 i EII (v rozmezí hodnot od $r = 0,93$ až $r = 0,99$ při $p < 0,001$), ukazuje také velice podobné psychometrické parametry, a to dokonce s lepší kvalitou distribuce, což je více, než bylo požadováno (Viglione et al., 2011).

V početní formuli EII-3 jsou rekalkulovány koeficienty pro příslušné proměnné. Další úpravy indexu spočívají ve vyřazení obsahu „jídlo“ (Fd) z komponenty tzv. kritického obsahu a nahrazení proměnné WSum6 za jí korespondující WSumCog. Vzorec pro EII-3 je následující:

$$EII-3 = 0,138 \times (FQ-) + 0,302 \times (WSumCog) + 0,265 \times (\textit{kritický obsah}) + 0,321 \times (MQ-) + 0,287 \times (PHR) - 0,101 \times (GHR) - 0,052 \times (R) - 0,955 \text{ (Meyer et al., 2011)}$$

6.8 Jak s konceptem EII zachází výzkumy?

Perry et al. (1992) prezentují zjištění, kde EII dokázal odlišit soubor pacientů s paranoidní schizofrenií od skupiny pacientů s jiným typem schizofrenie. Hodnota EII u osob s paranoidní schizofrenií se pohybovala kolem jednoho bodu s relativně malým rozptylem (přibližně v rozmezí poloviny jednoho bodu, tj. $\sigma = 0,05$), zatímco osoby s jiným typem schizofrenie než paranoidním dosahovaly hodnot EII až čtyřnásobných a s rozptylovým rozpětím dvou až čtyř bodů. Rozdíl mezi skupinami je přitom statisticky doložen hodnotami $t(24) = -3,34$ při $p = 0,002$. Tato ověřená skutečnost pak potvrzuje predikát, že o osobách s paranoidní schizofrenií, v jejichž anamnéze převládají pozitivní symptomy onemocnění, lze hovořit jako o méně psychicky dezorganizovaných (ve smyslu poškození funkcí Ega) ve srovnání s osobami s jiným typem schizofrenie než paranoidním, jež vykazují obvykle více negativních příznaků. Tímto zjištěním Perry et al. (1992) přispěli k podpoře myšlenky o použití EII k diferenciální diagnostice mezi jednotlivými typy schizofrenie. Lečbych (2007) v této souvislosti doplňuje, že deficit funkcí Ega je obecně u osob se schizofrenií patrný především ve schopnosti testovat realitu, v tendenci k percepčně-kognitivním omylům, selhání obranných mechanismů, jimiž Ego disponuje, a v oblasti objektivních reprezentací, které mohou být svou povahou příliš chladné a komplikované.

Výzkum Perryho et al. (1992) také navázal na původní studii Perryho a Viglione (1991) a demonstroval statisticky signifikantní rozdíl mezi hodnotami EII u tehdy zkoumané skupiny osob s depresivním onemocněním ($\mu_{EII} = 0$) a hodnotami EII osob se schizofrenií ($\mu_{EII} = 1,6$) zkoumaných v této práci. Autoři dále prokazují statisticky signifikantní pozitivní korelaci míry EII s Exnerovým indexem schizofrenie (dříve pojmenovaný index SCZI, jehož název je nyní nahrazen percepčně-kognitivním indexem Perceptual-Thinking Index, PTI), přičemž její hodnota je $r = 0,74$ se signifikancí na hladině $p < 0,001$. Za komentář také stojí další nalezené souvislosti míry EII jednak se škálou Magického myšlení ($r = 0,41$; $p < 0,01$), jednak s některými ze škál inventáře MMPI. Pozitivní korelace se statistickou významností na hladině $p < 0,05$ byla ověřena se škálou paranoie

($r = 0,47$), schizofrenie ($r = 0,41$) a hypománie ($r = 0,49$), negativní pak se škálou Es – síly Ega ($r = -0,44$; Perry et al., 1992).

S dalšími užitečnými zjištěními přichází autoři Cheri Adrian a Nancy Kaser-Boydová (1995). Jejich cílem bylo shledat míru EII u vzorku 85 pacientů s různou psychiatrickou diagnózou, již byli léčeni formou hospitalizace či ambulantní formou. Autoři ve své studii proklamují, že EII diferencuje mezi skupinou osob léčených ambulantně a osobami hospitalizovanými – $t(81,9) = 2,62$ – na hladině statistické významnosti $p < 0,05$. Nepodařilo se jim však prokázat statisticky signifikantní rozdíl v míře EII u psychotických a nepychotických pacientů – $t(54,6) = 1,71$; $p = 0,09$ – i když lze konstatovat, že hodnota p se přibližovala hranici významnosti. Při hlubší statistické analýze však Adrian a Kaser-Boyd (1995) shledali signifikantní rozdíl v míře jedné z proměnných EII, a to v posuzování dobré lidské zkušenosti (Good Human Experience – GHE) s t -testovými hodnotami $t(83) = -3,04$ při $p < 0,01$. V návaznosti na studii Perryho et al. (1992) Adrian a Kaser-Boyd (1995) potvrdili pozitivní korelaci mezi mírou EII a skórem na škále Sc (schizofrenie) inventáře MMPI, v jejímž rámci byly dále shledány signifikantní souvislosti se subškálami Sc₂ (emocionální odcizení), Sc₅ (nedostatek Ego kontroly, chybná inhibice) a Sc₆ (bizarní senzorní zážitky).

Perry et al. (2003) ve své studii posuzují percepční a myšlenkové poruchy za pomoci měrného nástroje EII-2 u neklinické populace, studentů se zvýšenými skórovými hodnotami buďto na škále Magického myšlení (MIT), či Chapmanově škále fyzické anhedonie (CPAS), příbuzných osob pacientů se schizofrenií, pacientů s diagnózou (dle DSM-IV) schizotypální poruchy osobnosti, pacientů se schizofrenií léčených ambulantně a nakonec hospitalizovaných pacientů se schizofrenií. Takto seřazené výzkumné skupiny osob měly dle autorů reprezentovat schizofrenické spektrum či kontinuum dle závažnosti psychopatologie, přičemž jeho nejnižší míra či naprostá absence byla přisuzována neklinické skupině, nejvyšší pak hospitalizovaným pacientům se schizofrenií. Tento předpoklad o vzrůstající míře psychopatologie, měřené EII-2, skrze příslušnost k dané výzkumné skupině byl potvrzen jednocestnou analýzou rozptylu – $F(1, 245) = 49,58$; $p < 0,001$. Řadou t -testů byly také prokázány rozdíly mezi jednotlivými skupinami. Například studenti demonstrovali vyšší míru EII-2 než osoby neklinické populace – $t(88) = 3,27$; $p = 0,002$. Participanti neklinické populace rovněž vykazovali signifikantně nižší míru EII-2 oproti osobám se schizotypální poruchou osobnosti – $t(100) = 5,19$; $p < 0,001$, schizofrenním pacientům léčených ambulantní formou – $t(97) = 5,47$; $p < 0,001$ – a hospitalizovaným

pacientům se schizofrenií – $t(120) = 5,75; p < 0,001$. Souhrnně lze konstatovat, že Perry et al. (2003) uvedenými výzkumnými zjištěními potvrdili diferenční schopnost EII-2 dle míry závažnosti psychopatologie.

Se zajímavým výzkumným cílem přišli Stokes, Pogge, Powell-Lunder, Ward, Bilginer a DeLuca (2003). Snažili se ověřit efektivitu léčby za použití EII-2 na vzorku 53 hospitalizovaných psychiatrických dětských pacientů. Symptomy psychického onemocnění dítěte byly hodnoceny jeho rodiči za pomoci škály Devereux Scales of Mental Disorders (DSMD), a to v okamžiku přijetí dítěte k léčbě, poté 30 a následně 120 dnů po ukončení jeho léčby. Jako signifikantní byla prokázána korelace míry EII-2 s iniciálními příznaky nemoci (tedy takovými, jež se projeví a byly hodnoceny při přijetí k léčbě) posuzovanými kategorií kritické patologie ($r = 0,29; p < 0,05$), jež je jednou z dimenzí DSMD. Ačkoli hodnoty EII-2 nepotvrdily jeho schopnost předpovědět či zachytit efekt krátkodobé léčby (30 dnů), demonstrovaly mírnou korelaci s indikátory dlouhodobé léčby (120 dnů). Výsledky pak potvrzují schopnost EII-2 predikce a zachycení zhoršujících se symptomů v mezičasovém intervalu 30 až 120 dní po ukončení léčby, což dokazuje korelace hodnot EII-2 s hodnotami dílčích kategorií DSMD ($r_{\text{Externalizing}} = 0,39, p < 0,01; r_{\text{Internalizing}} = 0,35, p < 0,05; r_{\text{Critical Pathology}} = 0,38, p < 0,01$) i jejím celkovým skórem ($r_{\text{DSMD}} = 0,41; p < 0,01$).

Výzkumníci Auslander, Perry a Jeste (2002) zkoumali poruchy myšlení prostřednictvím EII u starších pacientů s paranoidní schizofrenií a pacientů s jiným typem schizofrenie než paranoidním (ve věkovém rozpětí 45–100 let). Ukázalo se, že pacienti s neparanoidním typem schizofrenie oproti pacientům s paranoidní schizofrenií vykazovali signifikantně vyšší míru EII. Dále bylo zjištěno, že paranoidní pacienti exponovali lepší úroveň premorbidního intelektového fungování, méně negativních symptomů a obecně lepší kognitivní výkon ve srovnání s neparanoidními schizofrenními pacienty (Auslander et al., 2002). Výzkumné závěry svou povahou připomínají zjištění Perryho et al. (1992).

Dean, Viglione, Perry a Meyer (2007) se ve své studii věnují možnosti optimalizace délky rorschachovských protokolů a jejímu vlivu na parametry validity Exnerova Komprehenzivního systému. Vedle tradiční administrace autoři navrhují alternativní variantu a ověřují její vztah k validitě CS. Výzkum je realizován na vzorku 61 psychiatrických pacientů v dlouhodobé rezidenční léčbě. Na totožném vzorku je také kromě jiného posuzována míra poruch myšlení, k čemuž bylo použito více měrných nástrojů nevyjímaje EII-2. Statistickou analýzou byla nalezena signifikantní korelace

mezi hodnotami EII-2 a skóry na škále poruch myšlení (Thought Disorder Summary Scale) s koeficientem $r = 0,38$ při $p < 0,05$ (Dean et al., 2007). Výsledek tak potvrzuje pojetí EII-2 jako nástroje hodnotícího různé formy poruch myšlení.

Autoři Hilsenroth, Eudell-Simmons, DeFife a Charnas (2007) v předloženém výzkumném projektu ověřili validitu, reliabilitu a diferenciační schopnost PTI v závislosti na diagnóze. Poslední jmenované bylo testováno i u jiných měrných nástrojů, například u EII-2. Dílčím zjištěním studie bylo, že i EII-2 vykazuje poměrně silnou souvislost s proměnnou „diagnostická závažnost“ ($r = 0,61$; $p < 0,0001$), jejíž míra byla prezentována číselnými hodnotami přiřazenými různým diagnostickým skupinám (3 – psychotické poruchy, 2 – hraniční poruchy osobnosti, 1 – jiné poruchy osobnosti, 0 – neklinická populace; Hilsenroth et al., 2007).

Metaanalýza, již realizovali Diener, Hilsenroth, Shaffer a Sexton (2011), souhrnně prokazuje, že vyšší hodnoty EII-2 korelují s vyšší mírou psychiatrické závažnosti ($r = 0,29$; $p < 0,001$). Z nedávných výzkumů potvrzuje schopnost EII-2 diferencovat mezi osobami se schizofrenií a neklinickou populací studie autorů Meng a Li (2015). Tento rozdíl se projevil nejen v souhrnné míře EII-2, ale i v jeho komponentách vyjma dobré lidské reprezentace a kritického obsahu, a to na hladině významnosti $p < 0,05$.

Valkonen, Lindfors a Knekt (2012) podrobují statistické analýze predikovanou souvislost EII-2 a jeho komponent se škálou posuzující úroveň osobnostní organizace (Level of Personality Organization assessment scale – LPO), založenou na interview. Taktéž byly ověřovány korelace EII-2 s psychiatrickými symptomy, měřenými různými inventáři (Beck Depression Scale – BDI; Symptom Checklist, anxiety scale – SCL-90-ANX), psychiatrickou historií, posuzovanou například počtem dosavadních epizod nemoci či věkem, kdy nemoc propukla. Celkově 135 ambulantně léčených pacientů s úzkostnou či afektivní poruchou s různě závažným stupněm psychopatologie bylo testováno škálou LPO, výše uvedenými inventáři a Rorschachovou metodou pro získání korelátů příslušných pro komponenty EII-2, jež byl následně kalkulován. Zatímco byla shledána slabá korelace míry EII-2 se škálou LPO ($r = 0,18$; $p < 0,01$), velice silnou souvislost se podařilo prokázat mezi komponentou WSum6 a již zmíněnou škálou LPO ($r = 0,85$; $p < 0,01$). Oba měrné nástroje (EII-2 i LPO) signifikantně korelovaly s inventáři hodnotícími psychiatrické symptomy, stanovenými diagnózami pacientů a posuzovanými psychiatrickou historií. Zjištění tak částečně potvrzuje myšlenku o EII-2 a LPO

jako o konzistentně souvisejících, zároveň však relativně nezávislých měrných nástrojích hodnotících závažnost osobnostní patologie (Valkonen et al., 2012).

Výše zmíněné studie věnují pozornost převážně kladným hodnotám EII-2, autoři Tibon, Handelzats, Porcelli a Weinberger (2005b) a autoři Tibon, Porcelli a Weinberger (2005a) ve své studii vyzdvihují i hodnoty záporné. Jejich výzkumný příspěvek spočívá v komparaci EII-2 s novou Rorschachovskou škálou Reality-Fantasy Scale (RFS), již je hodnocen pomyslný psychologický příklon k vnější, či vnitřní realitě. Cílem RFS je popsání úrovně psychopatologie v rámci jejího operacionalizovaného konstruktů „potenciálního či tranzitního prostoru“ (potential or transitional space) – a tedy psychologického prostoru mezi realitou a fantazií. Autorem uvedeného konstruktů je Winnicott (1971). Jeho operacionalizaci a zkoumání nově vytvořeným RFS se ve svých dílech věnovali autoři Tibon et al. (2005a; 2005b). Winnicott (1971) v tomto kontextu akcentuje důležitost rovnováhy mezi fantazijní (vnitřní) a vnější realitou. Přílišná orientace na fantazijní aspekty ve vnitřním životě jedince a neschopnost je diferencovat od reality jsou v tomto modelu popisovány ve spojitosti s bludným myšlením a psychotickou produkcí. Naopak převaha reality je asociována s nadměru chudou fantazií, absencí smyslu pro humor a jakékoli formy hravosti či živosti, jistou křečovitostí (Winnicott, 1971). Studie, zabývající se tímto konceptem, prokázaly silnou negativní korelaci škály RFS s EII-2 ($r = -0,68$; $p < 0,001$). Návazně na to bylo výzkumníky navrženo pojetí nástroje RFS jako inverzního indikátoru vůči EII-2. Shledaná negativní korelace totiž nabízí interpretaci, že čím vyšší příklon k realitě byl dle RFS prokázán, tím nižších hodnot EII-1 jedinec dosáhl a naopak (Tibon et al., 2005a). Přestože u EII-2 a RFS dochází k částečné vzájemné interferenci, Tibon et al. (2005a) zdůrazňují, že je nelze vnímat jako totožné nástroje pro rozličné teoretické konceptualizace, ze kterých vychází. Ačkoli by byly osoby dosahující nízkých hodnot EII-2 hodnoceny dle interpretačního rámce jako duševně zdravé, tedy bez průkazného poškození funkcí Ega, příznivý stav dle RFS znamená rovnováhu mezi fantazijní a vnější realitou. Přílišná orientace či příklon k vnější realitě dle RFS implikují značnou inhibici fantazie a simplifikovaný konkrétní styl myšlení. Právě touto optikou bylo dle RFS nahlíženo na pacienty s alexithymií, pro něž je příznačná přítomnost psychosomatických obtíží (Tibon et al., 2005a).

V návaznosti na příspěvek Tibona et al. (2005a) Lečbych (2007) přichází s úvahou, že optimální míra EII-2 by neměla být definována pouze hodnotou jeho horního intervalu, ale i hodnotou intervalu dolního. Příliš nízké (záporné) hodnoty EII-2 by tak mohly indikovat

diametrální spektrum potíží, jež se obvykle pojí s nadměrným příklonem k vnější realitě – potlačením fantazie, chladně věcným způsobem myšlení, nadměrnou činností obranných mechanismů (především potlačením, vytěsněním), určitou křečovitostí ve vztazích i projevu, suchopárností. Z psychopatologického hlediska se v této souvislosti nabízí zejména psychosomatická problematika a potíže spojené s extrémně rigidními psychickými obranami (Lečbych, 2007).

Lečbych (2007) na základě jím provedené orientační studie přichází se zjištěním negativní korelace hodnot EII-2 s počtem populárních odpovědí ($r = -0,57$; $p < 0,01$). Čím vyšších hodnot EII-2 bylo dosaženo, tím nižší byl počet populárních odpovědí. Interpretačním výkladem populárních odpovědí v Exnerově pojetí jako nástroje konvenčního vnímání, dále jako projevu nadměrné compliance vůči očekávaným vnějším požadavkům a perfekcionistickým sklonům Lečbych (2007) podporuje myšlenky výzkumníků Tibona et al. (2005a; 2005b). Lze konstatovat, že uvedené poznatky podporují význam myšlenky o omezené optimální hodnotě EII-2 oběma směry.

Lečbych (2007, 49) závěrem konstatuje, „že o EII-2 lze uvažovat jako o určitém kontinuu, kde na jednom konci nacházíme duševní problémy spojené s tvorbou pokřivených objektních vztahů, úpadkem schopnosti testovat realitu, logicky i koherentně uvažovat a na druhém konci duševní problémy spojené s hypertrofií obranných mechanismů a nadměrnou snahou o přesný překlad vnějších podnětů.“

Uvedenými výzkumnými zjištěními a z nich plynoucími podněty pro další bádání se inspiruji a v následující empirické části usiluji o ověření diskriminační schopnosti EII-2 u vybraných klinických skupin právě zde, v českých podmínkách.

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumný problém, cíle a hypotézy

7.1 Výzkumný problém a cíle

V návaznosti na mnohé zahraniční studie týkající se Indexu poškození funkcí Ega (EII-2) a podnětné představení tohoto konceptu českému prostředí doc. PhDr. Martinem Lečbychem, Ph.D., v této práci usiluji o deskripci jeho specifík u vybraných klinických skupin právě zde, v českých podmínkách.

Jak již bylo nastíněno, jelikož doposud nebyla konceptu EII-2 v českém prostředí věnována zasloužená pozornost ani z teoretického, ani z praktického hlediska, cílem výzkumu je popsání jeho míry u pacientů se schizofrenním a neurotickým onemocněním a ověření tak jeho diskriminační schopnosti mezi psychotickými a neppsychotickými osobami, eventuálně mezi klinickou a neklinickou populací, jak je již doloženo několika zahraničními studiemi, které uvádím v teoretické části. Výzkumným záměrem je dále explorace vybraných faktorů, které by s různou mírou EII-2 mohly vykazovat souvislost. Kromě již výše uvedené a výzkumem primárně sledované proměnné „diagnóza“ mezi další zkoumané faktory patří pohlaví, vztahová dimenze ve smyslu aktuální přítomnosti partnerského vztahu a závažnost onemocnění, jehož kritériem byl poměr počtu dosavadních hospitalizací pacienta k jeho věku.

Diagnóza měla v dosažené míře EII-2 diferencovat osoby se schizofrenním a neurotickým onemocněním dle předpokladu o přítomnosti (u schizofrenních pacientů) a absenci (u neurotických pacientů) deficitů jednotlivých Ego funkcí (zejména testování reality a myšlenkových procesů). Prokázání tohoto předpokladu by pak mohlo podpořit diagnostické možnosti EII-2 a jeho pojetí jako nástroje k měření nejen poruch myšlení a selhání dalších Ego funkcí, ale i obecně posuzování závažnosti psychopatologie. Dalším z predikátů bylo dosažení nižší úrovně EII-2 u žen než u mužů pro jejich vyšší četnost sociálních kontaktů a širší síť sociální podpory, což by mohlo pozitivně podpořit kvalitu jejich mezilidské zkušenosti. Přítomnost partnerského vztahu byla pojmána jako doklad jisté míry sociální dovednosti, jež by u pacientů mohla snižovat míru EII-2. Závažnost onemocnění byla chápána jako proměnná, s jejíž vyšší mírou bude hodnota EII-2 u pacientů narůstat. U schizofrenních pacientů přitom bylo předpokládáno dosažení takové míry závažnosti onemocnění a vztahové dimenze, jež by přispívalo k vyšším hodnotám EII-2.

Až na základě statistické analýzy jsem se rozhodla pro detailnější prozkoumání jedné z Ego funkcí a jejích specifík u zde vybraných klinických skupin. Konkrétněji jsem se zabývala jednak charakterem objektních vztahů za pomoci Concept of the object on the Rorschach Scale (škála koncepce objektu), jednak specifiky vnímání lidských reprezentací, hodnocených na základě četnosti výskytu příslušných proměnných a jejich možného interpretačního rámce.

7.2 Výzkumné hypotézy a výzkumná otázka

Výše uvedené cíle mé práce jsou konkrétně vymezeny následujícími výzkumnými hypotézami a stanovenou výzkumnou otázkou.

Výzkumné hypotézy k EII-2:

- **H₁**: Míra EII-2 se statisticky významně liší u participantů s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4.
- **H₂**: Míra EII-2 u mužů se statisticky signifikantně liší od míry EII-2 u žen.
- **H₃**: Existuje statisticky významný efekt interakce mezi pohlavím a diagnózou z hlediska míry EII-2.
- **H₄**: Míra EII-2 se statisticky signifikantně liší u osob s partnerským vztahem a bez partnerského vztahu.
- **H₅**: Míra EII-2 u klinické populace se statisticky významně liší od míry EII-2 u neklinické (kontrolní) populace.
- **H₆**: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou závažnosti onemocnění a mírou EII-2.

Výzkumné hypotézy ke COR:

- **H₇**: Existuje statisticky významný rozdíl v průměrném naměřeném skóru na škále COR u respondentů s onemocněním schizofrenního a neurotického okruhu.
- **H₈**: Míra skóru OR- se statisticky signifikantně liší u participantů s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4.
- **H₉**: Míra skóru OR+ se statisticky významně liší u probandů se schizofrenním a neurotickým onemocněním.

Výzkumná otázka:

- **VO₁:** Jaká jsou specifika vnímání lidských reprezentací u osob se schizofrenním a neurotickým onemocněním?

8 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

8.1 Zvolený typ výzkumu

Kvůli povaze jednotlivých cílů a jejich povětšinou operacionalizované podobě ve formě hypotéz ve svém výzkumu aplikuji kvantitativní přístup. Ferjenčík (2010) akcentuje jeho charakteristiky z několika hledisek. Záměr kvantitativního přístupu vystihuje adjektivy konfirmativní a deduktivní. Dle optiky zkoumání Ferjenčík (2010) pojímá tento přístup jako reduktivní, jelikož není schopen zachytit mnohorozměrnost objektu zkoumání, koncentruje se proto pouze na některé jeho atributy. Data disponují numerickou podobou, preferován je výběr a analýza pořadových, intervalových a poměrových proměnných. V rámci procedur je značná pozornost věnována kontrole a manipulaci sledovaných proměnných, zároveň je registrováno významné úsilí eliminovat nežádoucí vlivy. Výhodou kvantitativního přístupu je relativně snadné zjištění validity a reliability, a to prostřednictvím statistických výpočtů (Ferjenčík, 2010).

Pro komplexnost a shledání hlubších souvislostí v rámci výzkumných zjištění přispívám v závěru práce poněkud kratším kvalitativním vyhodnocením v reakci na kladenou výzkumnou otázku. Vycházím zde ze součtu četnostních hodnot vybraných proměnných a z jejich možných interpretačních výkladů. S mojí úvahou koresponduje i zmínka Hendla (2008), který v souvislosti s kvalitativním přístupem hovoří o jeho snaze pochopit zkoumaný konstrukt integrovaně, tj. v jeho vzájemných návaznostech a spojitostech. Hendl (2008) pojímá tento typ výzkumu jako pružný a emergentní s možností hlubšího vhledu do problematiky.

Souhrnně si tak dovoluji konstatovat, že převážně užitý kvantitativní přístup v závěru podporuji a doplňuji kvalitativní částí výzkumu.

8.2 Metody získávání dat

Jelikož pro hodnocení EII-2 a COR byla nezbytná administrace Rorschachovy metody, věnuji se v této kapitole přednostně jí, následně pak popisují měrné nástroje EII-2 a COR.

8.2.1 Rorschachova metoda

Rorschachovu metodu (zkr. ROR) řadíme do skupiny nejvýznamnějších a nejrozšířenějších metod diagnostikujících osobnost v plné šíři. Své exkluzivní postavení

mezi ostatními diagnostickými metodami si nárokuje pro svou potenciální schopnost postihnout a zobrazit osobnost subjektu v celé jeho komplexnosti (Svoboda, 1999). A právě pro její rozšířenost, původnost a šířku záběru je na ni nahlíženo jako na *královskou metodu mezi projektivními technikami*, přidává Šípek (2000).

Ačkoli byl Hermann Rorschach (1884–1922), tvůrce metody, psychiatrem, jeho technika se postupně stala doménou klinických psychologů. Původní Rorschachovo dílo *Psychodiagnostika: diagnostický test založený na percepci* bylo publikováno v roce 1921. O rozvinutí interpretace ROR se nadále zasloužili Rorschachovi následovníci, například Morgenthaler, Rapaport, Klopfer, Piotrowski aj. Vzniklo také mnoho rorschachovských škol (Šípek, 2000). V období mezi lety 1936–1957 se v USA rozvíjí pět samostatných ROR systémů, jejichž srovnávací analýzu v roce 1969 realizuje John E. Exner, Jr. (Lečbych, 2013). Jeho úsilí o standardizaci metody kulminuje vydáním první verze Souhrnného systému (Comprehensive System – CS) v roce 1974, díky jehož vytvoření Rorschachova metoda získala post standardizovaného a vědecky respektovaného nástroje s dobrou reliabilitou, eminentními validními výsledky a významnou praktickou využitelností (Weiner, 1999). Jeho poslední, čtvrté vydání bylo publikováno v roce 2003 (Lečbych, 2013). Reliabilita a validita CS byly již několikrát podrobeny a následně prokázány mnoha studiemi (Meyer, 1997; Meyer & Archer, 2001). Stejně tak souhrnná metaanalýza Rorschachových škál potvrzuje možnost poskytnutí vysoce validních poznatků právě jejich prostřednictvím (Meyer & Archer, 2001). V nynější době je vytvářen Rorschach Performance Assessment System (R-PAS), systém navazující na CS a usilující o jeho rozsáhlou revizi s ambicí nejen do systému zařadit pouze výzkumem podložené proměnné, ale i srovnání přítomných nadnárodních rozdílů a vlivů kultury (Lečbych, 2013).

Rorschachova metoda je pojímána jako subjektivní i objektivní nástroj, měří jednak percepční, jednak asociační procesy, posuzuje jak strukturální, tak dynamické atributy fungování osobnosti (Weiner, 2003). Prostřednictvím ROR se lze vyjadřovat k různým aspektům osobnosti – emotivitě, orientačním kvantitativním i kvalitativním charakteristikám inteligence, vrozeným postojům, ladění, neurotickým rysům atd. (Šípek, 2000).

Testový materiál tvoří *deset standardních tabulí*, přičemž obsahem každé z nich je víceméně symetrická inkoustová skvrna. Tabule I, IV, V, VI a VII jsou nepestré (obsahují výhradně achromatické barvy), tabule II a III (červená barva v kombinaci s achromatickou) a tabule VIII, IX a X (více chromatických barev) jsou pestré (Svoboda, 1999).

Aby situace vyšetření nebyla subjektem chápána jako zkouška, měl by vlastní administraci Rorschachovy metody předcházet **rozovor**, jenž by snížil testovou anxieta vyšetřovaného. **Administrace**, jež skýtá jasně daný postup, je započata základní Rorschachovou formulí: „*Co by to mohlo být?*“ Někteří autoři používají rozšířenou instrukci: „*Budu vám teď ukazovat takové tabule. Každou vám dám do ruky, vy si ji prohlédnete a povíte mi, čemu se to, co vidíte na tabuli, podobá, co by to mohlo být. Když budete hotov, tabuli mi vrátíte a já vám podám další,*“ (Exner, 2003; Svoboda, 1999). Uvedená instrukce je spouštěčem řady komplexních kognitivních operací, kterými jsou kódování, třídění, porovnávání, vyřazování a vybírání. Tabule jsou uspořádány v neměnném pořadí. Pro validní vyhodnocení protokolu (tj. záznam z ROR) je nutné, aby vyšetřovaná osoba uvedla minimálně čtrnáct odpovědí (Exner, 2003).

Po výše popsané tzv. **asociační fázi** následuje **fáze dotazovací** (tzv. inquiry), jejímž smyslem je objasnění již daných odpovědí. Při ní se orientujeme zejména na tři kategorie, jež tvoří základ každé odpovědi: 1) upřesnění lokalizace (kde to je), 2) determinanty (čím to danou věc připomíná), 3) obsahu (co to je). Do protokolu jsou administrátorem zaznamenávány poloha tabule, lokalizace odpovědi, doslovné znění odpovědi, nonverbální projevy subjektu a doba latence od předložení tabule do první odpovědi (Svoboda, 1999). Zpětné dotazování napomáhá dospět k rozhodnutí, zda je interpretace pojata tvarově dobře, zda je možné pozorovat kinestezii, zda je primární barva nebo forma atp. (Šípek, 2000). Následující krok spočívá v **signování**, v jehož rámci administrátor jednotlivým odpovědím přiřazuje skóry vztahující se k lokalizaci odpovědi, její vývojové kvalitě, determinantě, tvarové kvalitě, zároveň si examinátor klade otázku, zda je odpověď párová, populární, zda je třeba jí přiřadit Z-skór či některý ze speciálních skórů. Jednotlivé skóry jsou sumarizovány do **strukturálního souhrnu**, jehož součástí je i sekce výpočtů organizovaná dle jednotlivých trsů (zpracování informací, kognitivní mediace, ideace, kontrola a tolerance stresu, afektivní rysy, sebepercepce, interpersonální percepce), jež jsou klíčem k interpretaci. Neodmyslitelnou součástí strukturálního souhrnu jsou také speciální indexy (S-CON – suicidální konstelace, PTI – index percepce – myšlení, DEPI – index deprese, CDI – index deficitu zvládnání, HVI – index hypervigilance, OBS – index obsedantního typu), které poukazují na akcentované osobnostní rysy, vypovídající o určité míře psychopatologie (Exner, 2003).

Ačkoli může ROR významně přispět k porozumění a predikci různých vzorců chování klienta, neměl by být v kontextu vyšetření použit samostatně, ale v kombinaci

s jinými měrnými nástroji posuzujícími příslušné konstrukty. I dle etického hlediska by mělo být respektováno klientovo právo na zodpovědné vyšetření či hodnocení, což implikuje, že by měl psycholog integrovat výsledky několika vhodně zvolených metod (Mattlar, 2004).

EII-2 i COR jsou posuzovány na základě dat vycházejících z ROR.

8.2.2 EII-2

Koncept EII-2 i jeho početní formulí detailně popisují již v teoretické části (viz kapitola 6), zde pro přehlednost velice stručně prezentují pět funkcí, jež EII-2 posuzuje příslušnými korelátory z Exnerova Komprehenzivního systému (Perry et al., 2003). Pětice základních komponent EII-2 tedy sestává ze/z:

- 1) **Zkreslené tvarové kvality** (FQ-), jež je měřítkem percepční nepřesnosti a deficitu schopnosti testovat realitu.
- 2) **Vážené sumy šesti speciálních kognitivních skóre** (WSum6) indikující různé formy poruch myšlení.
- 3) Tzv. **kritického obsahu** odpovědí (An, Bl, Ex, Fi, Sx, Xy, AG, MOR), jenž je zde mírou selhání psychických obran.
- 4) **Zkreslené lidské pohybové odpovědi** (MQ-) zde sloužící k detekování poruch ve sféře interpersonální percepce a objektních reprezentací.
- 5) **Dobré a špatné lidské reprezentace** (GHR, PHR), jejichž prostřednictvím je usilováno o diskriminaci pozitivních či problematických aspektů mezilidské zkušenosti (mluvíme tak o nepřímém hodnocení autonomních funkcí a interpersonální adaptability; Perry et al., 2003).

8.2.3 Škála koncepce objektu

Škála koncepce objektu (Concept of the Object on the Rorschach Scale – COR) byla vytvořena Blattem, Brenneisem, Schimkem a Glickem v roce 1976 za účelem hodnocení lidských reprezentací v Rorschachově metodě. Jejich cílem bylo sestavení nástroje k posouzení charakteru objektních vztahů. Fundamenty škály COR jsou především kognitivně vývojové teorie Piageta a Wenera a psychoanalytické teorie objektivních vztahů (Levy, Meehan, Auerbach, & Blatt, 2005).

Blatt, Brenneis, Schimek a Glick (1976) v rámci COR operacionalizují tři dimenze, z jejichž hlediska popisují objektní vztah. Jsou jimi *diferenciace*, *artikulace* a *integrace*.

Diferenciace je vymezena jako charakter interpersonálních odpovědí, a to v kontinuu od nerealistických lidských detailů (Hd) až po realistické reprezentace celých lidských postav (H). Typ obsahu s lidskou kvalitou je bodově odstupňován. *Artikulace* je definována jako úroveň kvality percepčních a funkčních atributů popisovaného objektu subjektem. Bodování této dimenze spočívá nejen v sumaci jednotlivých percepčních a funkčních aspektů přiřazených lidským odpovědím, ale i v započtení průměrného počtu artikulovaných znaků na jednu lidskou odpověď. Dimenzí *integrace* je hodnocen způsob, dle kterého je lidský objekt integrován v kontextu akce a interakce s jiným objektem či objekty. Body jsou přiřazovány dle úrovně motivace akce, stupně integrace, obsahu akce a dle charakteru interakce.

Součet bodovaných kategorií probíhá zvlášť pro odpovědi s dobrou kvalitou formy FQ+, o, u, což vytváří skór **OR+** (object representation), a zvlášť pro odpovědi s minusovou tvarovou kvalitou FQ-, jež jsou obsahem souhrnného skóru **OR-**. Skór OR+ prezentuje kapacitu pro efektivní, smysluplné a uspokojující interpersonální vztahy, stejně jako tendenci k zapojení se do realistických vztahů. Skór OR- pak značí míru zapojení se více do nerealistických až fantazijních vztahů než do vztahů reálných. Původní studii Blatta et al. z roku 1976, jíž autoři prokázali nejen pozitivní souvislost míry produkce dobře diferencovaných, artikulovaných a integrovaných lidských odpovědí s věkem, ale i korelace s mírou závažnosti psychopatologie (konkrétně ve spojitosti se subškálou OR-), byly také doloženy uspokojivé hodnoty reliability a konstruktové validity COR (Levy et al., 2005).

Následně uvádím přehled skórovaných dimenzí a posuzovaných kategorií. V závorce vždy udávám příslušnou bodovou hodnotu, jež je přiřazena k hodnocené odpovědi:

- *Diferenciace*, v jejímž rámci se hodnotí *typ vnímané figury*: (Hd) (1), Hd (2), (H) (3), H (4).
- *Artikulace*, kdy jsou posuzovány *percepční atributy* – velikost nebo fyzická struktura (1), oblečení nebo styl vlasů (1), postoj (1) – a *funkční atributy* – pohlaví (2), věk (2), role (2), specifická identita (2); zároveň je kalkulován *stupeň artikulace* (součet artikulovaných znaků / součet všech lidských odpovědí).
- *Integrace*, v jejímž rámci jsou skórovány *motivace akce* – nemotivovaná (1), reaktivní (2), záměrná (3) – *úroveň integrace objektu a akce* – fúze objektu a akce (1), nekongruentní akce (2), nespecifická akce (3), kongruentní akce (4) –

obsah akce – škodlivý (1), neškodlivý (2) – a nakonec *podstata interakce s druhým objektem* – aktivně-pasivní (1), aktivně-reaktivní (2), aktivně-aktivní (3; Levy et al., 2005).

8.3 Sběr dat

Sběr dat proběhl v *Psychiatrické nemocnici v Kroměříži*. Výzkumný projekt byl nejprve představen kolektivu zde působících psychologů a na základě vzájemné domluvy s nimi byli buďto mnou, nebo jimi oslovení potenciální účastníci výzkumu. Těm byl nejprve prezentován samotný výzkum, následně jim byla nabídnuta možnost se jej zúčastnit. Ke spolupráci byly vybírány předem určené klinické skupiny, a to osoby se schizofrenií a neurotickým onemocněním. Výběr respondentů tedy probíhal formou záměrného výběru přes instituci v kombinaci s formou dobrovolného samovýběru.

Po seznámení participantů s obsahem předloženého informovaného souhlasu a jeho podepsání od nich bylo zjištěno několik potřebných demografických údajů, tj. věk, partnerský vztah, počet dosavadních hospitalizací a diagnóza. Osobně jsem přikládala velký důraz na zbavení se pacientova dojmu testové situace a uvolnění tak napjaté atmosféry, což se mi dařilo prostřednictvím různě dlouhého spontánního rozhovoru. Plynule na to pak byla zahájena vlastní administrace ROR, jež trvala průměrně 45–75 minut.

8.4 Metody zpracování a analýzy dat

Jelikož administrace ROR pro examinátora znamená zaznamenávání odpovědí probanda v jejich doslovném znění formou tužka a papír, získané protokoly byly přepsány v počítačovém programu Microsoft Word. Skórování odpovědí proběhlo dle Exnerova Komprehenzivního systému (2003). Kromě této původní teoretické opěry autorka v procesu skórování vycházela i z českého překladu Exnerova systému (Exner, 2009), pro sporné případy a vůbec lepší vzhled sloužilo dílo Rorschach Coding Solutions (Viglione, 2002). Signované odpovědi a vztažné vypočtené hodnoty jednotlivých skóru byly jak z horní sekce, tak ze sekce výpočtů a velkých indexů transkribovány do počítačového programu Microsoft Excel. Proměnným pohlaví participantů, přítomnost partnerského vztahu a diagnóza jsem přiřadila číselné hodnoty, například číslovka 2 značila diagnózu, číslovka 4 pak diagnózu F4 apod. Ferjenčík (2010) objasňuje, že určité atributy, rysy a konstrukty, odpovídající daným proměnným, lze za účelem jejich statistického zpracování substituovat numerickými hodnotami.

V rámci EII-2 byly četnosti výskytu jeho dílčích proměnných násobeny příslušnými koeficienty, jež navrhli autoři vzorce pro výpočet EII-2 Perry et al. (2003). U COR, jejich subškál OR+ a OR- a dílčích kategorií byly hrubé součty bodovaných subkategorií dle relevantních kritérií děleny počtem lidských odpovědí uvedených probandem. Více konkretizují v kapitole 10.1.2. V kvalitativní části jsem zacházela s prostými četnostmi vybraných proměnných. Souhrnně jsem tedy pracovala s metrickými proměnnými.

Prezentovaná deskriptivní statistika (viz kapitola 10.1) zprostředkovává přehlednější soubor dat. Následujícím krokem pak bylo jejich statistické zpracování. To bylo započato zjištěním normality distribuce sledovaných proměnných, a to za pomoci *Shapiro-Wilkova testu*, testu normality. Na základě jeho výsledné p-hodnoty byl pak ke statistické analýze volen buďto test neparametrický ($p < 0,05$), nebo parametrický ($p > 0,05$; Hebák et al., 2013). Ke zjištění rozdílů v míře EII-2 v závislosti na diagnóze, pohlaví a interakci těchto proměnných byla použita *dvoufaktorová analýza rozptylu pro kvalitativní znaky* (F), obecně ověřující signifikantní rozdíl mezi jednotlivými výzkumnými skupinami ve sledovaných kvalitativních znacích a v jejich interakci (Reiterová, 2007). Testování rozdílů v míře proměnné FQ-, ve skórech subškál OR+ a OR- a skórech kategorií „artikulace“ a „integrace“ obou subškál (OR+ i OR-) proběhlo za pomoci parametrického *t-testu* (t), určeného k verifikaci signifikance rozdílů dvou průměrů. V analýze byl použit také *Leveneův test* (F), používaný k měření homogenity rozptylů, a *Cohenovo d*, jehož aplikace spočívá v ověřování rozdílů mezi soubory v jejich směrodatných odchylkách, lze jej pojímat jako měřítko praktické významnosti (Hendl, 2012). V případě neprokázání normality rozložení proměnných byl k ověření rozdílů v míře EII v závislosti na vztahové dimenzi, v míře některých komponent EII-2 dle diagnózy a nakonec v dosaženém skóru na škále COR opět v závislosti na diagnóze uplatněn neparametrický *Mann-Whitneyův U-test* (U). Jako jeden z nejsilnějších neparametrických testů se používá pro dva nezávislé výběry. Vychází z pořadových hodnot a testuje, zda dva výběry jsou součástí téže populace či jsou poríženy ze dvou identických základních souborů (Reiterová, 2003). K posouzení signifikance předpokládané korelace míry EII-2 se závažností onemocnění byl zvolen *Pearsonův korelační koeficient* (r), jenž udává míru síly vztahu dvou náhodných spojitých proměnných. Korelační koeficient nabývá hodnot v intervalu od -1 do +1 s tím, že $r = -1$ značí silnou negativní souvislost, $r = +1$ pak silnou pozitivní korelaci (Hendl, 2012). V závorce u konkrétní statistické metody vždy uvádím její testové kritérium.

Zpracování dat a statistické testování stanovených hypotéz byly realizovány za použití počítačového programu SPSS verze 17.0.

8.5 Etické problémy a způsob jejich řešení

Výzkumná činnost byla realizována pouze se souhlasem pacientů, od nichž byl získáván informovaný souhlas, jenž dokládá jejich obeznámení s výzkumným projektem a dále uvedené skutečnosti. Veškeré získané informace byly zpracovány anonymně, tudíž nemohou být nikterak spojovány se jmény pacientů. Mohou být použity výhradně pro účely výzkumu, přičemž výsledky výzkumného projektu smí být anonymně publikovány.

Byl vymezen prostor pro pacientovo zvážení, zda je ochoten se za daných podmínek zúčastnit výzkumu, čímž byl deklarován aspekt dobrovolnosti. Dále byla pacientovi nabídnuta možnost zodpovězení jakýchkoliv jeho dotazů týkajících se výzkumu a objasnění tak případných nejasností. Pacientům bylo také připomenuto jejich právo od výzkumu v jakékoli jeho fázi odstoupit bez udání důvodu.

Zaručená anonymita a obeznámení participanta výzkumu jak o podstatě výzkumu, tak o jeho právech v rámci výzkumné činnosti jej chrání před všemi nepříjemnostmi, potenciálně z výzkumu plynoucími.

9 Výzkumný soubor

Výzkum realizuji na klinické populaci, a to konkrétně u dospělých osob s psychickým onemocněním schizofrenního a neurotického okruhu. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1996) jsou zmíněná duševní onemocnění diagnosticky vymezena jako *schizofrenie, schizoforní poruchy a poruchy s bludy* s kódem F2 a *neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy* značené jako F4.

Klinické skupiny byly voleny na základě cíle mého výzkumu, jenž je inspirován dosavadními výzkumnými zjištěními a jejich vztažnými podněty pro budoucí výzkum.

9.1 Charakteristiky výzkumného souboru

Dříve než přejdu k popisování charakteristik výzkumného souboru, uvádím, že jsem mnou zjištěné výsledky pro níže popsany výzkumný soubor kromě jiného podrobila také komparaci s výsledky neklinické populace, jejíž protokoly s již vypočtenými relevantními proměnnými (EII-2) mi byly poskytnuty vedoucím mé diplomové práce, panem doc. PhDr. Martinem Lečbychem, Ph.D. Tato kontrolní (neklinická) skupina pojímá 51 respondentů s věkovým průměrem $\mu = 23,18$ let.

Sběr dat probíhal u pacientů hospitalizovaných v *Psychiatrické nemocnici v Kroměříži*. Výzkumný soubor popisují z hlediska pohlaví, věku, diagnózy, přítomnosti partnerského vztahu a počtu dosavadních hospitalizací.

Rorschachovu metodu jsem administrovala s celkem 47 pacienty. Dva respondenti byli dodatečně vyřazeni pro jimi udaný nadměrný ($R = 93$) či nedostačující ($R = 11$) počet odpovědí pro validní vyhodnocení. Výzkumný soubor je tudíž tvořen **45 participanty**, z toho tvořilo 23 probandů s diagnózou z okruhu F2 a 22 participantů s neurotickým onemocněním ze spektra F4.

Schizofrenní onemocnění bylo nejvíce zastoupeno paranoidní schizofrenií ($n_1 = 10$), řídce pak nediferencovanou ($n_2 = 1$) a reziduální schizofrenií ($n_3 = 2$). Jiné diagnózy z okruhu F2 jsou reprezentovány akutní polymorfni psychotickou poruchou se symptomy schizofrenie ($n_4 = 2$), akutní schizoforní psychotickou poruchou ($n_5 = 1$), poruchou s bludy ($n_6 = 1$), schizoafektivní poruchou manického ($n_7 = 3$) či depresivního ($n_8 = 3$) typu. Pro přehlednost uvádím diagnostické vymezení respondentů s onemocněním z okruhu F2 i s jejich procentuálním zastoupením v rámci celého výzkumného souboru v následující tabulce (tab. 1).

Tab. 1 Četnost diagnóz z okruhu F2 ve výzkumném souboru

Diagnóza	Četnost	Zastoupení (v %)
schizofrenie (F20)	13	28,89 %
paranoidní schizofrenie (F20.0)	10	22,22 %
nediferencovaná schizofrenie (F20.3)	1	2,22 %
reziduální schizofrenie (F20.5)	2	4,44 %
trvalé duševní poruchy s bludy (F22)	1	2,22 %
porucha s bludy (22.0)	1	2,22 %
akutní a přechodné psychotické poruchy (F23)	3	6,67 %
akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie (F23.1)	2	4,44 %
akutní schizoformní psychotická porucha (F23.2)	1	2,22 %
schizoafektivní poruchy (F25)	6	13,33 %
manický typ schizoafektivní poruchy (F25.0)	3	6,67 %
depresivní typ schizoafektivní poruchy (F25.1)	3	6,67 %
Celkem	23	51,11 %

Nejhojnější zastoupení v rámci diagnostického spektra F4 má smíšená úzkostná a depresivní porucha ($n_9 = 16$), s menší frekvencí jsou reprezentovány panická porucha ($n_{10} = 3$) a porucha přizpůsobení ($n_{11} = 3$). Opět doplňuji tabulkové shrnutí participantů s diagnózou ze spektra F4 i s jejich procentuálním zastoupením vůči celému výzkumnému souboru (tab. 2).

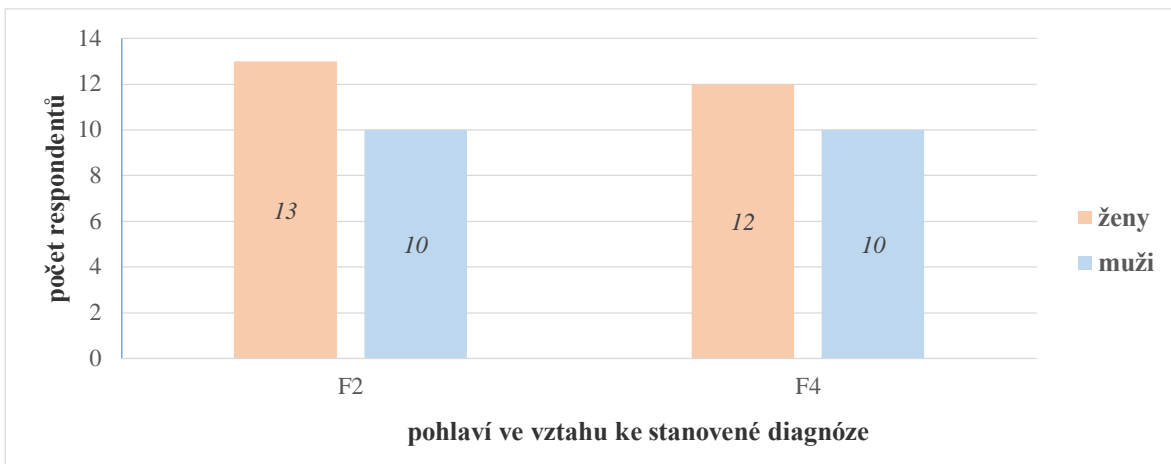
Tab. 2 Četnost diagnóz z okruhu F4 ve výzkumném souboru

Diagnóza	Četnost	Zastoupení (v %)
jiné úzkostné poruchy (F41)	19	42,22 %
panická porucha (F41.0)	3	6,67 %
smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2)	16	35,56 %
reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)	3	6,67 %
poruchy přizpůsobení (F43.2)	3	6,67 %
Celkem	22	48,89 %

Genderově se výzkumný soubor skládá z 20 mužů (44,44 %) a 25 žen (55,55 %), přičemž zastoupení žen (Ž) je četnější než mužský vzorek (M) jak u klinické skupiny s diagnózou F4 ($M_{F4} = 10$: 22,22 %; $Ž_{F4} = 12$: 26,67 %), tak u skupiny respondentů

s onemocněním z okruhu F2 ($M_{F2} = 10$; 22,22 %; $\check{Z}_{F2} = 13$; 28,89 %). Rozdělení respondentů dle pohlaví i ve vztahu k jejich diagnóze dokládám následujícím grafem.

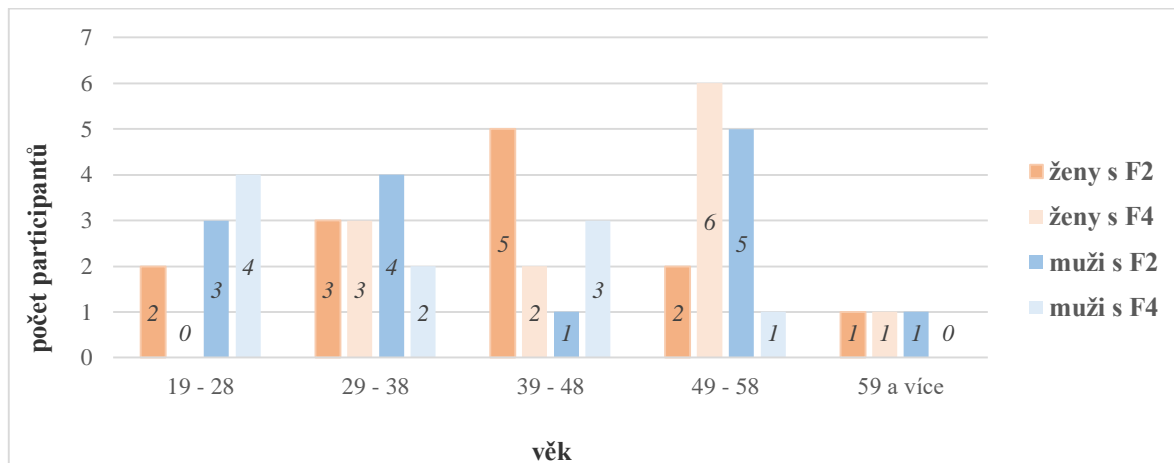
Graf 1 Grafické znázornění rozložení participantů dle jejich pohlaví ve vztahu k jejich diagnóze



Věkové rozpětí výzkumného souboru je 19–65 let, průměrný věk respondentů 41,33 let ($SD = 12,57$), přičemž soubor žen ($\mu_{\check{Z}} = 43,88$; $SD = 11,26$) je průměrně přibližně o šest let starší než soubor mužů ($\mu_M = 38,15$; $SD = 13,65$). Modus je reportován hodnotou 49, medián pak číslem 43.

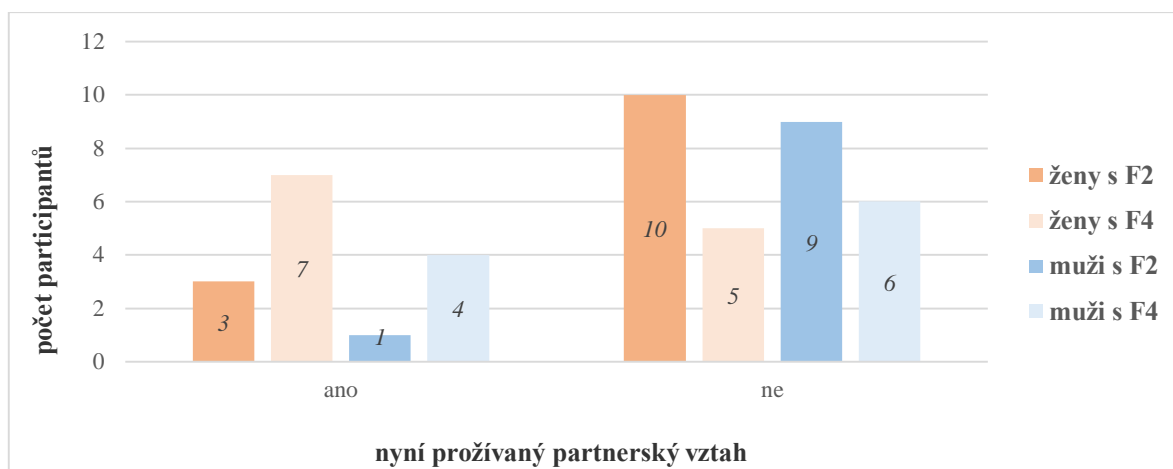
Lze zároveň konstatovat, že průměrně nejmladší skupinou s ohledem na diagnózu je vzorek mužů s neurotickým onemocněním ($\mu_{M(F4)} = 34,00$; $SD = 10,12$), nejstarší pak soubor žen s diagnózou z okruhu F4 ($\mu_{\check{Z}(F4)} = 46,92$; $SD = 9,95$). Věkově podobné jsou si pak ženy ($\mu_{\check{Z}(F2)} = 41,07$; $SD = 12,05$) i muži ($\mu_{M(F2)} = 42,3$; $SD = 15,90$) s onemocněním schizofrenního okruhu. Věkové rozložení participantů s ohledem na jejich pohlaví i diagnózu je znázorněno níže (graf 2).

Graf 2 Grafické znázornění participantů podle věku



Z celkového počtu respondentů v nynější době prožívá **partnerský vztah** 15 z nich (33,33 %), 30 participantů (66,67 %) nikoli. Lze si také povšimnout, že počet žen ($\check{Z}_{\text{vztah}} = 10$), nyní v partnerském vztahu, je oproti mužům ($M_{\text{vztah}} = 5$) dvojnásobný. Za zmínku taktéž stojí poznatek, že nejčetnější skupinou nyní prožívající partnerský vztah jsou ženy s neurotickým onemocněním ($\check{Z}_{F4, \text{vztah}} = 7$), nejméně četnou je pak soubor mužů s onemocněním schizofrenního spektra ($M_{F2, \text{vztah}} = 1$). Konkrétněji uvádím rozdělení respondentů dle nynějšího stavu vztahové dimenze, a to i v závislosti na jejich pohlaví a diagnóze (viz graf 3).

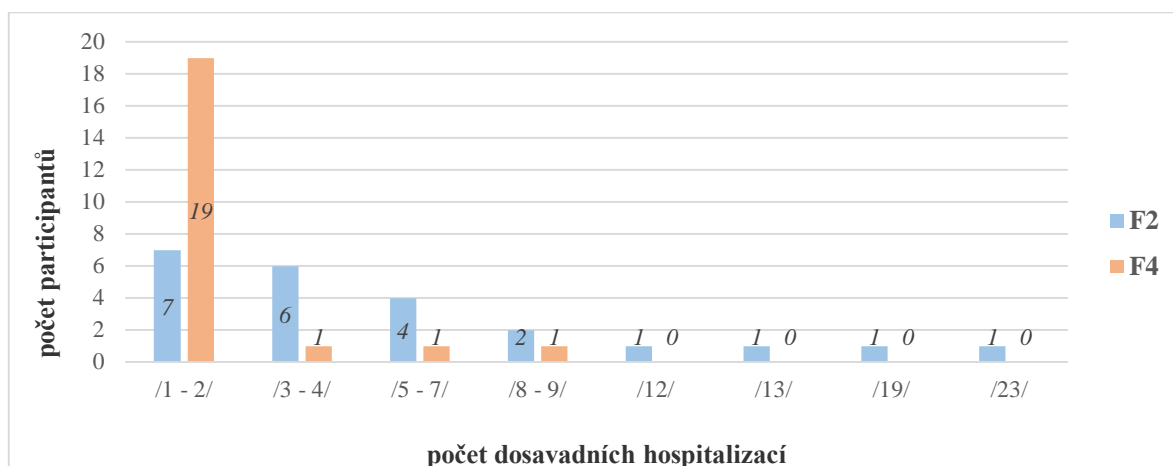
Graf 3 Grafické znázornění rozložení participantů dle nynějšího stavu vztahové dimenze



Taktéž byl zjišťován **počet dosavadních hospitalizací** pacientů v psychiatrickém zařízení. Minimální hodnota tohoto údaje je 1, maximální pak 23. Průměrný počet hospitalizací je reprezentován číslem 4,02 (SD = 4,75). Pro značný rozptyl hodnot údaje o počtu hospitalizací uvádím jako akurátnější informaci jeho mediánovou ($M_e = 2$) a modusovou ($M_o = 1$) charakteristiku.

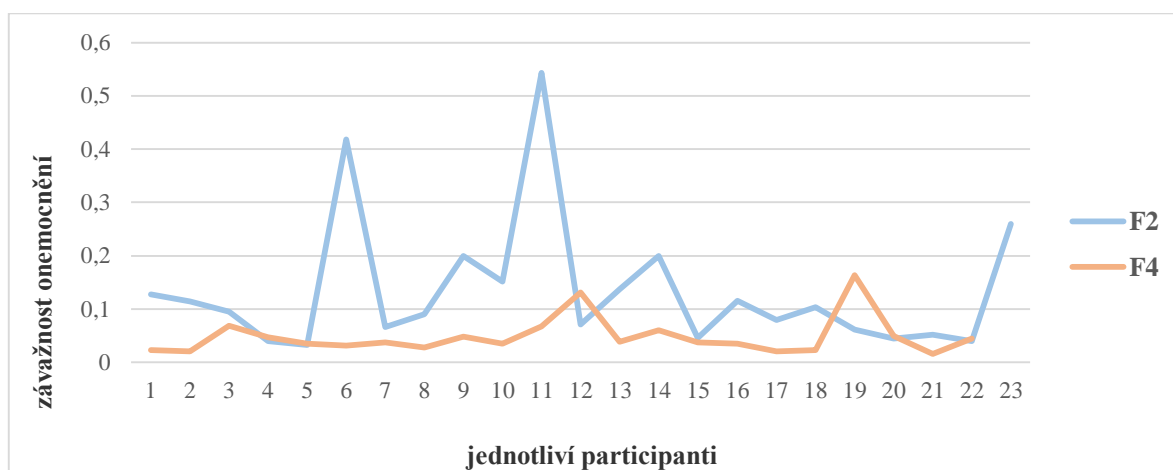
Značný je rozdíl v průměrných hodnotách počtu dosavadních hospitalizací u participantů s onemocněním schizofrenního ($\mu_{F2} = 6,00$; SD = 5,84) či neurotického ($\mu_{F4} = 1,95$; SD = 1,65) spektra. Ačkoli modus je u obou skupin totožný ($M_{oF2} = 1$; $M_{oF4} = 1$), výše popsany rozdíl lze doložit mediánovými charakteristikami tohoto údaje ($M_{eF2} = 1,5$; $M_{eF4} = 4$). Následující graf 4 explanuje vzniklé rozdílné hodnoty, a to na základě reprezentace četností počtu dosavadních hospitalizací participantů. Již do grafu nevkládám genderové hledisko.

Graf 4 Grafické rozdělení respondentů dle počtu dosavadních hospitalizací



Poměr počtu dosavadních hospitalizací k věku respondenta sloužil jako **kritérium závažnosti onemocnění**. Nejméně závažným poměrem byla 1 hospitalizace u 60leté ženy, již je přiřazena diagnóza z okruhu F4. Nejzávažnější poměr pak představuje 19 hospitalizací u 35letého muže se schizofrenním onemocněním. Medián závažnosti u respondentů s onemocněním schizofrenního okruhu byl 0,10, což přibližně koresponduje se 4 hospitalizacemi ve věku 42 let nebo 5 hospitalizacemi ve věku 48 let. U participantů s neurotickým onemocněním byl medián závažnosti 0,04, což odpovídá 2 hospitalizacím ve věku 53 let. Rozložení pacientů dle poměru závažnosti onemocnění znázorňují v níže uvedeném grafu 5, rozlišují dle diagnózy.

Graf 5 Grafické znázornění závažnosti onemocnění pacientů ve vztahu k jejich diagnóze



10 Výsledky

Hlavním námětem výzkumu bylo jednak ověření *rozdílu* mezi *mírou EII-2* u participantů se *schizofrenním* a *neurotickým onemocněním*, jednak hledání *souvislostí* mezi mírou EII-2 a zkoumanými *proměnnými* – pohlaví, přítomnost partnerského vztahu a míra závažnosti onemocnění. Dalším výzkumným cílem bylo ověření rozdílu mezi mírou EII-2 u klinické a neklinické (kontrolní) skupiny. Neméně významným výzkumným záměrem bylo hledání *specifik vnímání lidských reprezentací* u schizofrenních a neurotických pacientů, stejně jako posouzení charakteru objektních vztahů dle *škály koncepce objektu*.

V této kapitole bude věnována pozornost popsání výsledků výzkumu, vyjádření se k testování výzkumných hypotéz a interpretaci výsledků. Nejdříve se však zaměřím na deskriptivní statistiky sledovaných proměnných.

10.1 Deskriptivní statistika

10.1.1 Deskriptivní statistika u EII-2

V každé tabulce uvádím maximální, minimální a průměrnou hodnotu, směrodatnou odchylku a rozptyl četností výskytu signované proměnné jak u jednotlivých výzkumných skupin, tak v celkovém souboru. Proměnná s hvězdičkou byla získána vynásobením hrubých hodnot četností výskytu této proměnné s příslušným koeficientem, jenž je relevantní pro samotný výpočet EII-2 dle Perryho et al. (2003). Proměnné, které jsou v tabulkách označeny hvězdičkou, jsou tedy součástí EII-2.

Lze konstatovat, že u participantů s diagnózou z okruhu F2 bylo rozpětí četnosti výskytu *proměnné FQ*- v hodnotách od 1 do 14, u respondentů s neurotickým onemocněním pouze od 0 do 8. Znatelný rozdíl v četnostech výskytu FQ- u výzkumných skupin lze doložit i jejich mediánem ($M_{eF2} = 6$; $M_{oF4} = 3,5$) a modem ($M_{oF2} = 7$; $M_{oF4} = 3$). Kritérium *FQ*-* lze pojímat jako míru percepční nepřesnosti a deficitu schopnosti testovat realitu, přičemž jeho vyšší hodnota značí vyšší míru poškození této Ego funkce. Uvedené i další deskriptivní statistiky jsou obsahem tab. 3.

Tab. 3 Četnosti výskytu proměnné *FQ*- a jejich koeficientové hodnoty

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
FQ-F2	1	14	5,65	3,08	9,51
FQ-*F2	0,14	1,97	0,80	0,43	0,19
FQ-F4	0	8	3,77	2,14	4,56
FQ-*F4	0	1,13	0,53	0,30	0,09
FQ-ALL	0	14	4,73	2,80	7,84
FQ-*ALL	0	1,97	0,67	0,39	0,16

Pozn.: *FQ-F2/F4* – četnost výskytu proměnné u dané výzkumné skupiny; *FQ-ALL* – četnost výskytu proměnné u celého souboru; *FQ-*F2/F4/ALL* – míra nepřesnosti percepčních procesů a selhání schopnosti testování reality u dané výzkumné skupiny; *F2* – participanti se schizofrenním onemocněním; *F4* – participanti s neurotickým onemocněním

U participantů s onemocněním schizofrenního spektra byly dle průměrných hodnot četností výskytu signovány **speciální kognitivní skóry** častěji ($\mu_{WSum6(F2)} = 17,52$) než u probandů s neurotickým onemocněním ($\mu_{WSum6(F4)} = 3,77$). Pozorovanou diskrepanci lze doložit i mediánovými hodnotami četností výskytu této proměnné ($M_{e(WSum6(F2))} = 18$; $M_{e(WSum6(F4))} = 2$). Kritériem **WSum6*** je prezentována míra poruch myšlenkových procesů různých forem. Výsledné hodnoty zobrazují v tab. 4.

Tab. 4 Četnosti výskytu proměnné *WSum6* a jejich koeficientové hodnoty

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
WSum6F2	1	41	17,52	11,37	18
WSum6*F2	0,05	2,00	0,86	0,56	0,88
WSum6F4	0	16	3,77	4,86	2
WSum6*F4	0	0,78	0,18	0,24	0,10
WSum6ALL	0	41	10,80	11,14	6
WSum6*ALL	0	2,01	0,53	0,55	0,29

Pozn.: *WSum6F2/F4* – četnost výskytu proměnné u dané výzkumné skupiny; *WSum6ALL* – četnost výskytu proměnné u celého souboru; *WSum6*F2/F4/ALL* – míra poruch myšlenkových procesů u dané výzkumné skupiny; *F2* – participanti se schizofrenním onemocněním; *F4* – participanti s neurotickým onemocněním

Dle níže předložené tabulky (tab. 5) lze konstatovat, že u každého probanda byly v protokolu průměrně zaznamenány přibližně 4 **kritické obsahy**, přičemž nejčastější hodnotou četnosti výskytu kritických obsahů bylo u schizofrenních pacientů 5 ($M_{o(CritCon/F2)}$), u neurotických pak 2 ($M_{o(CritCon/F4)}$). S kritériem **CritCon*** je asociována míra selhání psychických obran.

Tab. 5 Četnosti výskytu proměnné CritCon a jejich koeficientové hodnoty

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
CritCon_{F2}	0	13	4,04	3,20	10,23
CritCon*_{F2}	0	0,94	0,29	0,23	0,05
CritCon_{F4}	0	9	4,14	2,70	7,27
CritCon*_{F4}	0	0,65	0,30	0,19	0,04
CritCon_{ALL}	0	13	4,09	0,93	8,58
CritCon*_{ALL}	0	0,94	0,29	0,21	0,04

Pozn.: CritCon_{F2/F4} – četnost výskytu proměnné u dané výzkumné skupiny; CritCon_{ALL} – četnost výskytu proměnné u celého souboru; CritCon*_{F2/F4/ALL} – míra selhání psychických obran u dané výzkumné skupiny; F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním

Na jednoho probanda s diagnózou z okruhu F2 připadalo průměrně 0,78 ($\mu_{MQ-(F2)}$) **lidské pohybové odpovědi s minusovou kvalitou formy**, zatímco respondentovi s onemocněním z okruhu F4 lze přičíst téměř poloviční průměrnou hodnotu této proměnné ($\mu_{MQ-(F4)} = 0,41$). Odlišnost se projevuje i v rozptylech četností výskytu této proměnné u jednotlivých diagnostických skupin ($\sigma^2_{MQ-(F2)} = 1,09$; $\sigma^2_{MQ-(F4)} = 0,54$). Kritérium **MQ**-* je chápáno jako míra poruch ve sféře interpersonální percepce a objektních reprezentací. Souhrnně jsou hodnoty předloženy v tab. 6.

Tab. 6 Četnosti výskytu proměnné MQ- a jejich koeficientové hodnoty

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
MQ_{-F2}	0	4	0,78	1,04	1,09
MQ_{-*F2}	0	0,79	0,15	0,21	0,04
MQ_{-F4}	0	2	0,41	0,73	0,54
MQ_{-*F4}	0	0,40	0,08	0,15	0,02
MQ_{-ALL}	0	4	0,6	0,91	0,84
MQ_{-*ALL}	0	0,79	0,12	0,18	0,03

Pozn.: MQ_{-F2/F4} – četnost výskytu proměnné u dané výzkumné skupiny; MQ_{-ALL} – četnost výskytu proměnné u celého souboru; MQ_{-*F2/F4/ALL} – míra poruch v oblasti mezilidské percepce a objektních reprezentací u dané výzkumné skupiny; F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním

Shledala jsem, že respondenti se schizofrenním onemocněním v rámci administrace ROR uváděli v průměru 3,48 ($\mu_{PHR(F2)}$) **špatné lidské reprezentace**, kdežto průměrná hodnota výskytu takto formulované proměnné v protokolu neurotických participantů se lišila přibližně o jednu a čtvrt jednotky ($\mu_{PHR(F4)} = 2,27$). Kritériem **PHR*** je pojímána míra problematických atributů interpersonální zkušenosti. Podrobnější popisná statistika je uvedena v tab. 7.

Tab. 7 Četnosti výskytu proměnné PHR a jejich koeficientové hodnoty

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
PHR_{F2}	0	9	3,48	2,56	6,53
PHR*_{F2}	0	1,05	0,41	0,30	0,09
PHR_{F4}	0	6	2,27	2,10	4,40
PHR*_{F4}	0	0,70	0,27	0,25	0,06
PHR_{ALL}	0	9	2,89	2,40	5,74
PHR*_{ALL}	0	1,05	0,34	0,28	0,08

Pozn.: $PHR_{F2/F4}$ – četnost výskytu proměnné u dané výzkumné skupiny; PHR_{ALL} – četnost výskytu proměnné u celého souboru; $PHR^*_{F2/F4/ALL}$ – míra problematických aspektů mezilidské zkušenosti u dané výzkumné skupiny; $F2$ – participanti se schizofrenním onemocněním; $F4$ – participanti s neurotickým onemocněním

Průměrné hodnoty četností výskytu skórovaných **dobrých lidských reprezentací** se u výzkumných skupin jeví jako vzájemně srovnatelné ($\mu_{GHR(F2)} = 3,43$; $\mu_{GHR(F4)} = 3,41$). Kritériem **GHR*** je značena míra pozitivních aspektů interpersonální zkušenosti. Výsledky jsou ilustrovány v tab. 8.

Za komentář stojí patrná odlišnost v modusových hodnotách dobrých i špatných lidských reprezentací u respondentů s onemocněním schizofrenního okruhu ($M_{o(GHR/F2)} = 5$; $M_{o(PHR/F2)} = 3$) a neurotického spektra ($M_{o(GHR/F4)} = 1$; $M_{o(GHR/F2)} = 1$). Vyšší modusové hodnoty u probandů prvního výzkumného souboru by mohly být dokladem jejich vyšší produktivity ve tvorbě odpovědí s nárokem na posuzování povahy lidské reprezentace oproti respondentům druhé výzkumné skupiny. Tuto myšlenku rozvádím v kapitole 10.2.3.

Tab. 8 Četnosti výskytu proměnné GHR a jejich koeficientové hodnoty

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
GHR_{F2}	0	7	3,43	2,25	5,08
GHR*_{F2}	0	0,73	0,36	0,23	0,05
GHR_{F4}	1	8	3,41	2,28	5,21
GHR*_{F4}	0,10	0,83	0,35	0,24	0,06
GHR_{ALL}	0	8	3,42	2,24	5,02
GHR*_{ALL}	0	0,83	0,36	0,23	0,05

Pozn.: $GHR_{F2/F4}$ – četnost výskytu proměnné u dané výzkumné skupiny; GHR_{ALL} – četnost výskytu proměnné u celého souboru; $GHR^*_{F2/F4/ALL}$ – míra kladných aspektů mezilidské zkušenosti u dané výzkumné skupiny; $F2$ – participanti se schizofrenním onemocněním; $F4$ – participanti s neurotickým onemocněním

Schizofrenní a neurotičtí respondenti udávali v průměru srovnatelný **počet odpovědí** v protokolu ($\mu_{R(F2)} = 22,30$; $\mu_{R(F4)} = 22,23$). Kritérium **R*** slouží ke korigování hodnoty EII-2. Detailnější popisná statistika je prezentována v tab. 9.

Tab. 9 Četnosti výskytu proměnné R a jejich koeficientové hodnoty

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
R_{F2}	16	36	22,30	5,55	30,77
R*_{F2}	1,06	2,38	1,54	0,37	0,13
R_{F4}	14	42	22,23	8,31	69,04
R*_{F4}	0,92	2,77	1,47	0,55	0,30
R_{ALL}	14	42	22,78	6,97	48,63
R*_{ALL}	0,92	2,78	1,50	0,46	0,21

Pozn.: $R_{F2/F4}$ – počet odpovědí v protokolu u dané výzkumné skupiny; R_{ALL} – četnost výskytu proměnné u celého souboru; $R^*_{F2/F4/ALL}$ – koeficientová hodnota proměnné R sloužící ke korigování EII-2; F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním

EII-2 jako souhrnná míra poškození funkcí Ega dosahuje u participantů se **schizofrenním** onemocněním průměrné hodnoty 0,58 ($\mu_{EII-2(F2)}$), což by interpretačně odpovídalo pásmu **mírného až středního poškození**, přičemž reportovaný rozptyl ($\sigma^2_{EII-2(F2)}$) v hodnotě 1,23 i maximální hodnota ($\max_{EII-2(F2)}$) 2,61 EII-2 by mohly být známkou poškození nabývajícího až závažného charakteru. U **neurotických pacientů** je průměrnou hodnotou EII-2 -0,50 ($\mu_{EII-2(F4)}$), jež je asociována s pásmem **neprůkazného poškození**, čemuž by odpovídala i poměrně nízká variace okolo průměrné hodnoty ($\sigma^2_{EII-2(F4)} = 0,40$). Lze pak hovořit i o větší konzistenci hodnot EII-2 u neurotických pacientů než u pacientů schizofrenních. Zmíněné i další hodnoty jsou vyobrazeny v tab. 10.

Tab. 10 Deskriptivní statistika Indexu poškození funkcí Ega EII-2

	minimum	maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
EII-2_{F2}	-1,38	2,61	0,58	1,11	1,23
EII-2_{F4}	-1,51	0,66	-0,50	0,63	0,40
EII-2_{ALL}	-1,51	2,61	0,05	1,05	1,10

Pozn.: $EII-2_{F2/F4}$ – hodnoty Indexu poškození funkcí Ega u dané výzkumné skupiny; $EII-2_{ALL}$ – četnost výskytu proměnné u celého souboru; F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním

Otázkou, zda výše ilustrované diskrepance v jednotlivých proměnných i v souhrnném EII-2 u výzkumných skupin dosahují statistické signifikance, se zabývám v kapitole 10.2.1.

10.1.2 Deskriptivní statistika u COR

Skórování jednotlivých kategorií bylo provedeno dle manuálu signovaných kritérií, sestaveného Blattem, Brenneisem, Shimkem a Glickem (Levy et al., 2005). Zaznamenaným subkategoriím v odpovědích participanta byly přiřazeny příslušné body

na základě hodnocených kritérií, jež popisují v kapitole 8.2.3. V níže předložené popisné statistice u výsledných skóre OR+ a OR- i jednotlivých kategorií neuvádím hrubé součty bodovaných subkategorií dle relevantních kritérií, ale jejich podíl počtem signovaných lidských odpovědí uvedených probandem. Lze tak hovořit o průměrných hodnotách dosažených probandem jak v jednotlivých kategoriích s ohledem na kvalitu formy, tak v sumaci těchto kategorií zvlášť pro dobrou kvalitu formy (skóre OR+), zvlášť pro minusovou kvalitu formy (skóre OR-). Průměrné hodnoty byly zvoleny jako indikátory středních hodnot bodovaných kritérií. U jednotlivých kategorií i souhrnných skóre OR+, OR- a COR ilustruji maximální, minimální a průměrnou hodnotu, směrodatnou odchylku a rozptyl dosaženého průměrného bodového hodnocení. Rozlišuji dle diagnózy.

U **subškály OR+** si lze u participantů se schizofrenním a neurotickým onemocněním povšimnout rozdílu mezi jejich průměrnými hodnotami v rámci kategorie „*integrace*“, v níž schizofreničtí probandi skórují průměrně o více než jednu jednotku výše ($\mu_{\text{Int}+(F2)} = 5,26$) než neurotičtí respondenti ($\mu_{\text{Int}+(F4)} = 4,13$). Naopak neurotičtí pacienti v kategorii „*artikulace*“ dosahovali průměrně o dvě desetiny vyššího skóre ($\mu_{\text{Art}+(F4)} = 3,44$) ve srovnání s pacienty schizofrenními ($\mu_{\text{Art}+(F2)} = 3,24$). Detailněji popisují v tab. 11.

Tab. 11 Průměrné četnosti bodovaných kritérií u jednotlivých kategorií subškály OR+

OR+	minimum	Maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
Dif _{F2}	1	4	3,15	0,63	0,40
Dif _{F4}	2,25	4	3,10	0,53	0,28
Art _{F2}	0,68	8	3,24	1,59	2,54
Art _{F4}	0,75	7	3,44	1,44	2,06
Int _{F2}	0,67	9	5,26	2,05	4,21
Int _{F4}	1,17	8	4,13	1,82	3,30

Pozn.: Dif – kategorie „*diferenciace*“; Art – kategorie „*artikulace*“; Int – kategorie „*integrace*“; F2 – participantů se schizofrenním onemocněním; F4 – participantů s neurotickým onemocněním

Subškála OR- na základě průměrných hodnot diferencuje výzkumné skupiny v kategorii „*artikulace*“, kdy participantů s neurotickým onemocněním dosahují vyšší úrovně propracování percepčních a funkčních atributů popisovaného objektu ($\mu_{\text{Art}-(F4)} = 4,47$) ve srovnání se schizofrenními probandy ($\mu_{\text{Art}-(F2)} = 2,69$). Předpoklad lze podpořit i odlišnými mediánovými hodnotami u těchto výzkumných souborů ($M_{e(\text{Art}-(F2))} = 2,75$; $M_{e(\text{Art}-(F4))} = 4,21$). Rozdíl mezi skupinami lze konstatovat také v kategorii „*integrace*“, v níž dle průměrných hodnot lépe obstáli respondenti se schizofrenním

onemocněním ($\mu_{\text{Int-(F2)}} = 5,36$; $\mu_{\text{Int-(F4)}} = 4,5$) než neurotičtí probandi. Podrobněji uvádím v tab. 12.

Tab. 12 Průměrné četnosti bodovaných kritérií u jednotlivých kategorií subškály OR-

OR-	minimum	Maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
Dif _{F2}	1	4	2,67	0,90	0,82
Dif _{F4}	2	3,5	2,56	0,58	0,34
Art _{F2}	0,75	5	2,69	1,30	1,69
Art _{F4}	1,33	10	4,47	3,03	9,21
Int _{F2}	1,75	9	5,36	2,26	5,10
Int _{F4}	2,5	7,5	4,5	1,87	3,51

Pozn.: Dif – kategorie „diferenciace“; Art – kategorie „artikulace“; Int – kategorie „integrace“; F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním

V následující tabulce (tab. 13) uvádím hodnoty subškál **OR+**, **OR-** i souhrnné škály **COR** u probandů s neurotickým a schizofrenním onemocněním. Lze komentovat vyšší dosažený průměrný skóre COR u schizofrenních probandů ($\mu_{\text{COR(F2)}} = 16,15$) než průměrný skóre u neurotických participantů ($\mu_{\text{COR(F4)}} = 14,89$). Vyšší průměrné skórové hodnoty naopak dosahují neurotičtí respondenti ($\mu_{\text{OR-(F4)}} = 8,08$) v subškále OR- oproti schizofrenním probandům ($\mu_{\text{OR-(F2)}} = 7,83$).

Tab. 13 Skórové hodnoty subškál OR+, OR- a škály COR

	minimum	Maximum	průměr	sm. odchylka	rozptyl
OR _{+F2}	5,56	14,52	10,46	2,74	7,52
OR _{+F4}	5,5	15	10,11	2,65	7,02
OR _{-F2}	1	18	7,83	4,79	22,90
OR _{-F4}	2	14,25	8,08	4,07	16,55
COR _{F2}	6	30,81	16,15	6,11	37,40
COR _{F4}	6,81	25,42	14,89	6,67	44,54

Pozn.: OR_{+F2/F4} – skórové hodnoty subškály OR+ u dané výzkumné skupiny; OR_{-F2/F4} – skórové hodnoty subškály OR- u dané výzkumné skupiny; COR_{F2/F4} – skórové hodnoty COR u dané výzkumné skupiny; F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním

Nastíněné rozdíly mezi výzkumnými skupinami v jednotlivých subškálách a dílčích kategoriích statisticky ověřuji v kapitole 10.2.2.

10.2 Testování platnosti hypotéz

10.2.1 Testování hypotéz vztahujících se k EII-2

Před samotným testováním hypotéz bylo zjištěno normální rozložení téměř ve všech sledovaných proměnných ($p > 0,05$) provedením Shapiro-Wilkova testu, testu normality.

Díky normálnímu rozložení proměnných následně pracuji s parametrickými testy, jedinou výjimkou bylo použití Mann-Whitneyho U-testu, neparametrického testu, u ověřování hypotézy H_4 pro neprokázanou normalitu rozložení příslušné proměnné (viz níže).

První tři hypotézy testuji současně:

- H_1 : Míra EII-2 se statisticky významně liší u participantů s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4.
- H_2 : Míra EII-2 u mužů se statisticky signifikantně liší od míry EII-2 u žen.

Ověření statisticky významného rozdílu mezi mírou EII-2 u participantů s onemocněním schizofrenního a neurotického okruhu, stejně jako mezi mírou EII-2 u mužů a žen bylo provedeno dvoufaktorovou analýzou rozptylu pro kvalitativní znaky. **Statisticky signifikantní** rozdíl mezi *mírou EII-2 u schizofrenních a neurotických probandů* se potvrdil – $F(1, 45) = 14,91$ – na hladině významnosti $p < 0,001$. Hypotézu H_1 tudíž **přijímám**.

Analýza rozptylu naproti tomu neprokázala statisticky významný rozdíl – $F(1, 45) = 1,49$ – mezi *mírou EII-2 u mužů a žen*. Hypotézu H_2 na hladině významnosti $p < 0,05$ tudíž **zamítám**.

Kromě hypotéz souvisejících s hlavními efekty (diagnóza, pohlaví) byl rovněž testován **efekt interakce** těchto dvou nezávislých proměnných *na míru EII-2*:

- H_3 : Existuje statisticky významný efekt interakce mezi pohlavím a diagnózou z hlediska míry EII-2.

Tento efekt – $F(1, 45) = 0,16$ – však analýza rozptylu na hladině významnosti $p < 0,05$ neprokazuje. Hypotézu H_3 proto **zamítám**. Zmíněné výsledky jsou ilustrovány v tab. 14.

Tab. 14 Míra EII-2 v závislosti na diagnóze, pohlaví a jejich interakci

	SČ	SV	PČ	F	p
Abs. člen	0,02	1	0,02	0,02	0,89
Dg	12,35	1	12,35	14,91	0,00***
Pohlaví	1,24	1	1,24	1,49	0,23
Dg * Pohlaví	0,13	1	0,13	0,16	0,69
Chyba	33,97	41	0,83		

Pozn.: Dg – diagnóza; SČ – součet čtverců; SV – stupně volnosti; PČ – průměrný součet čtverců (rozptyl); F – Fisherovo F (testové kritérium); p – hodnota významnosti (příčímž hvězdičky značí statistickou významnost na hladině: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$)

- **H₄**: Míra EII-2 se statisticky významně liší u osob s partnerským vztahem a bez partnerského vztahu.

K testování statisticky významného rozdílu mezi *mírou EII-2 u osob s partnerským vztahem a bez partnerského vztahu* byl pro neprokázanou normalitu rozdělení z hlediska této proměnné použit neparametrický Mann-Whitneyho U-test. Statisticky významný rozdíl ($U = 224$; $Z = 0,01$) mezi těmito skupinami se neprojevil. Hypotézu **H₄** na hladině významnosti $p < 0,05$ proto **zamítám**. Výsledky reportuji v tab. 15.

Tab. 15 Míra EII-2 v závislosti na vztahové dimenzi

	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p
EII-2	691,00	344,00	224,00	0,01	0,99

Pozn.: Sčt. poř. sk. 1 – součet pořadí skupiny 1 (ve vztahu); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (bez vztahu); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (aproximace normálnímu rozložení); p – hodnota statistické významnosti.

- **H₅**: Míra EII-2 u klinické populace se statisticky významně liší od míry EII-2 u neklinické (kontrolní) populace.

K ověření statisticky významného rozdílu mezi *mírou EII-2 u klinické a neklinické populace* byl zvolen Leveneův test, jenž prokázal shodnost rozptylů – $F(94) = 0,12$; $p = 0,73$ – zkoumaných skupin, a t-test, který předpokládaný rozdíl – $t(94) = -2,64$ – na hladině významnosti $p < 0,01$ potvrdil. Hypotézu **H₅** tudíž **přijímám**. Výsledky jsou prezentovány v tab. 16.

Tab. 16 Míra EII-2 u klinické a neklinické populace

	průměr		sm. odchylka		Leveneův test		t-test		d
	nekl.	klin.	nekl.	klin.	F	p	t	p	
EII-2	-0,50	0,05	1,00	1,05	0,12	0,73	-2,64	0,00**	0,54

Pozn.: nekl. – neklinická (kontrolní) skupina; klin. – klinická skupina; F – F statistika (testové kritérium); t – t statistika (testové kritérium); p – hodnota významnosti (příčímž hvězdičky značí statistickou významnost na hladině: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; d – ukazatel míry účinku (jedná se o standardizovaný rozdíl mezi skupinami – Cohenovo d)

- **H₆**: Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou závažnosti onemocnění a mírou EII-2.

Jako kritérium míry závažnosti onemocnění sloužil poměr počtu hospitalizací k věku účastníka. *Souvislost míry EII-2 a míry závažnosti onemocnění* byla testována korelací těchto proměnných. Ačkoli se mezi proměnnými při $N = 45$ projevila slabá pozitivní

souvislost ($r = 0,25$), nedosahuje při své hodnotě $p = 0,09$ hranice statistické signifikance. Hypotézu H_6 na hladině významnosti $p < 0,05$ proto **zamítám**. Výsledky uvádím v tab. 17.

Tab. 17 Míra EII-2 v souvislosti se závažností onemocnění

	průměr	sm. odchylka	N	r	p
EII-2	0,05	1,04	45	0,25	0,09
závažnost	0,09	0,11			

Pozn.: N – počet participantů; r – Pearsonův korelační koeficient; p – hodnota významnosti

Další zjištění

Jelikož primárním cílem výzkumu bylo ověření rozdílu mezi mírou EII-2 u participantů s onemocněním schizofrenního a neurotického okruhu, jenž byl také potvrzen, dovoluji si zde hlouběji nahlédnout k dalším statistickým souvislostem v rámci samotného Indexu poškození funkcí Ega pro lepší porozumění vzniklého rozdílu.

U jednotlivých proměnných EII-2 jsem jejich koeficientové hodnoty porovnávala u respondentů se schizofrenním a neurotickým onemocněním. Proměnné již ve své koeficientové podobě (hodnota jejich četností výskytu vynásobená koeficientem příslušným pro samotný výpočet EII-2 dle Perryho et al., 2003) lze pojímat jako míru poškození Ego funkce, s níž daná proměnná interpretačně koresponduje. Potenciálním rozdílem v míře jednotlivých proměnných u probandů v závislosti na jejich diagnóze tak lze rozumět jako odlišnosti v míře deficitu dané Ego funkce u těchto výzkumných skupin.

Pro ověření rozdílu mezi mírou jednotlivých proměnných v závislosti na jejich normalitě distribuce byl použit buďto parametrický t-test (u proměnné FQ-), nebo neparametrický Mann-Whitneyho U-test (u ostatních sledovaných proměnných).

Testováním rozdílů mezi mírou jednotlivých proměnných EII-2 u výzkumných diagnostických souborů je Index poškození funkcí Ega podroben mnohonásobnému porovnávání, jehož důsledkem dochází ke kumulaci alfa chyby („ α “; chyby I. druhu), jinými slovy – narůstá pravděpodobnost zamítnutí nulové hypotézy („neexistuje rozdíl“) v případě, že platí. Popsaný efekt je nazýván jako inflace hladiny významnosti α , již lze předejít tzv. Bonferonniho korekcí, jež spočívá ve vydělení původní hladiny významnosti ($\alpha = 0,05$) počtem prováděných testů ($n = 7$; Hebák et al., 2013). Predikované rozdíly jsem tedy ověřovala na hladině významnosti $\alpha = 0,05/7$, tj. 0,007.

Na základě deskriptivních statistik, konkrétně odlišných průměrných hodnot četností výskytu proměnných EII-2 u participantů s různou diagnózou, u nich lze předpokládat možné statisticky významné rozdíly v míře níže diskutovaných proměnných.

Značný *rozdíl* je viditelný v *průměrných hodnotách četností výskytu proměnné WSum6* u zkoumaných skupin ($WSum6_{F2} = 17,52$; $WSum6_{F4} = 3,77$). Predikovaný rozdíl byl podroben statistickému ověření za pomoci provedení neparametrického Mann-Whitneyho U-testu ($U = 58$; $Z = 4,44$), jenž předpoklad na hladině významnosti $p < 0,001$ potvrdil, což dokládá průkaznost signifikance rozdílu i po Bonferonniho korekci. Lze tak říci, že u participantů se schizofrenním onemocněním bylo signováno statisticky významně více speciálních kognitivních skóre než u probandů s neurotickým onemocněním.

Dále lze předjímat potenciální *rozdíl mezi výzkumnými soubory v míře FQ-*, kdy jejich průměrné hodnoty četností výskytu u jednotlivých diagnostických skupin opět vykazují odlišnost ($FQ_{-F2} = 5,65$; $FQ_{-F4} = 3,77$). Ačkoli t-test potvrdil očekávaný rozdíl ($t(43) = 2,37$) na hladině významnosti $p < 0,05$, po korekci Bonferonniho metodou nelze tento rozdíl pokládat za statisticky signifikantní ($p > 0,007$). Usuzuji tak, že probandi s onemocněním schizofrenního a neurotického spektra se v míře FQ- statisticky významně neliší.

Vyšších průměrných hodnot dosahují participantů se schizofrenním onemocněním oproti probandům s onemocněním neurotického spektra v četnostech výskytu *proměnné MQ-* ($MQ_{-F2} = 0,78$; $MQ_{-F4} = 0,41$) a *PHR* ($PHR_{F2} = 3,48$; $PHR_{F4} = 2,27$). Mann-Whitneyho U-test však rozdíly nepotvrdil jako statisticky signifikantní ani u MQ- ($U = 201$; $Z = 1,35$) při $p = 0,18$, ani u PHR ($U = 184$; $Z = 1,57$) při $p = 0,12$.

Téměř srovnatelné se pak u participantů s různou diagnózou jeví průměrné hodnoty výskytu četností u proměnných CritCon, GHR a R, což bylo doloženo i statistickým ověřením za pomoci Mann-Whitneyho U-testu, neprokazujícího rozdíl mezi skupinami ani v jedné ze jmenovaných proměnných. Výše popsání výsledky shrnuji v tab. 18 a tab. 19.

Tab. 18 Míra FQ-* v závislosti na diagnóze

	průměr		sm. odchylka		Leveneův test		t-test		d
	F2	F4	F2	F4	F	p	t	p	
FQ-*	0,80	0,53	0,43	0,30	3,54	0,07	-2,37	0,02	0,73

Pozn.: F2 – participantů s onemocněním schizofrenního okruhu; F4 – participantů s neurotickým onemocněním; F – F statistika (testové kritérium); t – t statistika (testové kritérium); p – hodnota významnosti; d – ukazatel míry účinku (jedná se o standardizovaný rozdíl mezi skupinami – Cohenovo d)

Tab. 19 Míra WSum6*, CritCon*, MQ-*, PHR*, GHR* a R* v závislosti na diagnóze

	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p
WSum6*	727,00	311,00	58,00	4,44	0,00**
CritCon*	515,00	520,00	239,00	-0,31	0,76
MQ-*	581,00	454,00	201,00	1,35	0,18
PHR*	598,00	437,00	184,00	1,57	0,12
GHR*	539,00	496,00	243,00	0,22	0,83
R*	589,00	446,00	193,00	1,35	0,18

Pozn.: Sčt. poř. sk. 1 – součet pořadí skupiny 1 (probandů s dg. F2); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (probandů s dg. F4); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (aproximace normálnímu rozložení); p – hodnota významnosti (příčez hvězdičky značí statistickou významnost na hladině: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$)

Ilustrovaný rozdíl u participantů s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4 v průměrných hodnotách výskytu četnosti proměnné MQ- (viz tab. 6) a proměnné PHR (viz tab. 7), ač statisticky nesignifikantní, stejně jako neprokázaný rozdíl u výzkumných skupin v míře EII-2 dle vztahové dimenze (viz tab. 15) mě inspirovaly k dalšímu bádání. Jak již v teoretické části uvádím, MQ- se interpretačně pojí (kromě jiného) s možnou distorzí interpersonální percepce a objektivních vztahů, PHR pak koreluje s maladaptivními a neefektivními interpersonálními vzorci chování. Přítomnost partnerského vztahu byla pojímána jako určitá míra sociálních dovedností. V závislosti na tematické podobnosti interpretační hodnoty proměnných MQ-, PHR a vztahová dimenze jsem se rozhodla u participantů s odlišnou diagnózou posuzovat charakter objektivních vztahů jiným způsobem, a to dle *škály koncepce objektu*.

10.2.2 Testování hypotéz vztahujících se ke COR

Nejprve byla opět ověřována normalita rozložení sledovaných proměnných. Na základě výsledné p-hodnoty Shapiro-Wilkova testu bylo použito buďto parametrického ($p > 0,05$), nebo neparametrického ($p < 0,05$) testu.

- **H₇**: Existuje statisticky významný rozdíl v průměrném naměřeném skóru na škále COR u respondentů s onemocněním schizofrenního a neurotického okruhu.

Ačkoli deskriptivní statistiky naznačují *rozdíl mezi výzkumnými skupinami* v průměrných skórech *na COR* ($\mu_{COR(F2)} = 16,15$; $\mu_{COR(F4)} = 14,89$), Mann-Whitneyho U-test jej neprokazuje jako statisticky signifikantní ($U = 212$; $Z = 0,69$; $p = 0,49$). Hypotézu **H₇** tedy na hladině významnosti $p < 0,05$ *zamítám*. Detailněji výsledky předkládám v tab. 20.

Tab. 20 Rozdíly na COR v závislosti na diagnóze

	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p
COR	525,00	465,00	212,00	0,69	0,49

Pozn.: Sčt. poř. sk. 1 – součet pořadí skupiny 1 (ve vztahu); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (bez vztahu); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (aproximace normálnímu rozložení); p – hodnota statistické významnosti

K osmé a deváté hypotéze v pořadí se vyjadřuji zároveň:

- **H₈**: Míra skóru OR- se statisticky signifikantně liší u participantů s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4.
- **H₉**: Míra skóru OR+ se statisticky významně liší u probandů se schizofrenním a neurotickým onemocněním.

Statistické ověřování hypotéz H₈ a H₉ a dalších predikovaných rozdílů, nastíněných v kapitole o deskriptivní statistice (10.1.2), probíhalo pro mnohonásobné testování škály COR a jím zapříčiněnou kumulací alfa chyby na hladině významnosti, upravené dle Bonferonniho korekce v závislosti na počtu provedených testů, tj. 8, $\alpha = 0,006$.

Verifikace statisticky významného *rozdílu* mezi průměrnými dosaženými skóry *na subškálách OR- a OR+ u probandů s onemocněním z okruhu F2 a F4* byla provedena parametrickým t-testem. Predikovaný rozdíl se však neprojevil ani u subškály OR+ – $t(42) = 0,43$; $p = 0,67$ – ani u subškály OR- – $t(27) = -0,15$; $p = 0,88$. Nelze tedy říci, že by se výzkumné skupiny lišily v průměrných dosažených skórech na jednotlivých subškálách (OR+; OR-), tedy ani v kapacitě pro uspokojující, efektivní a realistické interpersonální vztahy (OR+), ani v míře zapojení se více do nerealistických až fantazijních vztahů než do vztahů reálných (OR-). Hypotézu **H₈** a **H₉** na hladině významnosti $p < 0,006$ proto *zamítám*. Výsledné hodnoty jsou obsahem tab. 21.

Tab. 21 Rozdíly na subškálách OR+ a OR- v závislosti na diagnóze

	průměr		sm. odchylka		Leveneův test		t-test		d
	F2	F4	F2	F4	F	p	t	p	
OR+	10,46	10,11	2,74	2,65	0,09	0,77	0,43	0,67	0,13
OR-	7,83	8,08	4,79	4,08	0,14	0,71	-0,15	0,88	0,06

Pozn.: F2 – participanti s onemocněním schizofrenního okruhu; F4 – participanti s neurotickým onemocněním; F – F statistika (testové kritérium); t – t statistika (testové kritérium); p – hodnota významnosti; d – ukazatel míry účinku (jedná se o standardizovaný rozdíl mezi skupinami – Cohenovo d)

Další zjištění

Jelikož subškály OR+ a OR- sestávají ze třech dílčích kategorií, tj. **diferenciace**, **artikulace**, **integrace**, rozhodla jsem se i je podrobit statistickému testování.

Pro ověření rozdílů v průměrných naměřených skórech jednotlivých kategorií mezi participanty se schizofrenním a neurotickým onemocněním byl na základě distribuce normality k jejich testování zvolen buďto parametrický t-test, nebo neparametrický Mann-Whitneyho U-test.

Předjímané **rozdíly** na subškále OR+, komentované již v části popisné statistiky (viz kapitola 10.1.2), **mezi výzkumnými skupinami v kategoriích „integrace“** – t (34) = 1,75; p = 0,08 – a **„artikulace“** – t (42) = -0,44; p = 0,66 – nedosahovaly statistické signifikance na korektované hladině významnosti $\alpha < 0,006$. Výsledky jsou prezentovány v tab. 22.

Tab. 22 Rozdíly na subškále OR+ v kategoriích „artikulace“ a „integrace“ dle diagnózy

	průměr		sm. odchylka		Leveneův test		t-test		d
	F2	F4	F2	F4	F	p	t	p	
Art_{OR+}	3,24	3,44	1,59	1,44	0,09	0,76	-0,44	0,66	0,13
Int_{OR+}	5,26	4,13	2,05	1,82	0,13	0,72	1,75	0,08	0,58

Pozn.: F2 – participanti s onemocněním schizofrenního okruhu; F4 – participanti s neurotickým onemocněním; F – F statistika (testové kritérium); t – t statistika (testové kritérium); p – hodnota významnosti; d – ukazatel míry účinku (jedná se o standardizovaný rozdíl mezi skupinami – Cohenovo d)

Další předpokládané **rozdíly** tentokrát na subškále OR- **mezi participanty se schizofrenním a neurotickým onemocněním v kategoriích „artikulace“** – U = 37; Z = -1,23; p = 0,22 – a **„integrace“** – U = 20,5; Z = 0,98; p = 0,33 – nebyly prokázány na upravené hladině statistické významnosti $\alpha < 0,006$. Konkrétně výsledky uvádím v tab. 23.

Tabulka 23 Rozdíly na subškále OR- v kategoriích „artikulace“ a „integrace“ dle diagnózy

	Sčt. poř. sk. 1	Sčt. poř. sk. 2	U	Z	p
ArtOR-	103,00	128,00	37,00	-1,23	0,22
IntOR-	94,5	41,5	20,5	0,98	0,33

Pozn.: Sčt. poř. sk. 1 – součet pořadí skupiny 1 (probandi s dg. F2); Sčt. poř. sk. 2 – součet pořadí skupiny 2 (probandi s dg. F4); U – U statistika (testové kritérium); Z – normalizovaná statistika (aproximace normálnímu rozložení); p – hodnota statistické významnosti

Souhrnně lze tedy zhodnotit, že schizofrenní a neurotičtí probandi se v dosažených průměrných skórech na škále COR, jednotlivých subškálách OR+, OR- a v jejich dílčích kategoriích statisticky významně neliší.

10.2.3 Kvalitativní vyhodnocení

Kromě psychometricky zaměřené výzkumné části budu formulovat též kvalitativní vyhodnocení.

Pro hlubší porozumění *specifikům vnímání lidských reprezentací u neurotických a schizofrenních probandů* jsem se v této kvalitativní analýze zaměřila na *odpovědi s lidským obsahem*. Jinými slovy jsem u výzkumných skupin vyčlenila odpovědi s obsahovými kategoriemi „člověk“, „člověku podobná bytost“ a „lidské detaily“ – H, (H), Hd, (Hd) –, u nichž jsem zaznamenávala jim přisuzované determinanty, další obsahová témata, speciální kognitivní a jiné skóry, v neposlední řadě také kvalitu lidské reprezentace pojící se s daným lidským obsahem. Četnosti jednotlivých kódů byly sumovány pro všechny lidské obsahy dohromady. Výsledné četnostní hodnoty byly kvalitativně porovnávány v závislosti na diagnóze.

Ačkoli se schizofrenní pacienti jeví oproti neurotickým ve tvorbě odpovědí s lidským obsahem jako produktivnější (HumanContent_{F2} = 139; HumanContent_{F4} = 115), povaha jejich odpovědí nabývá mnohých specifik, jež se snažím popsat v následujících odstavcích. V nich se vyjadřuji k vybraným skóřům, v jejichž četnosti se výzkumné skupiny lišily dle mého názoru relevantní měrou.

První oblastí, v níž se projevila odlišnost v četnostech kódů asociovaných s lidskými reprezentacemi, byly *achromatické determinanty* (FC', C'F, C'), jež byly častěji přítomné v protokolech neurotických než schizofrenních participantů. Exner (2003) v případě zvýšeného počtu achromatických determinant uvažuje o potenciální internalizaci emocí a inhibici afektivního prožívání. Lečbych (2013) doplňuje o spojitost s přítomností

negativních emocí a déletrvající úzkosti. Achromatické determinanty, respektive jejich počet, je součástí indexu *SumShd* (sum shading, $SumShd = SumV + SumT + SumY + SumC'$), jenž je součtem v protokolu přítomných achromatických a odstínových determinant. Jeho vyšší hodnoty, jichž v našem případě dosahují neurotičtí pacienti oproti schizofrenním, signalizují přítomnost úzkosti, ochromení stresem, negativní emoční naladění (Weiner, 2003). Zmíněné četnosti prezentuji v tab. 24.

Výše konstatovaný rozdíl mezi hodnotami indexu *SumShd* u výzkumných skupin byl podroben i statistické analýze, která však ukazuje, že jej nelze považovat za statisticky signifikantní ($U = 215$; $Z = -0,94$; $p = 0,35$).

Tab. 24 Četnosti výskytu achromatických a odstínových determinant v kontextu lidských reprezentací v závislosti na diagnóze

	FC'	C'F	C'	FT	TF	T	FV	VF	V	FY	YF	Y
F2	8	1	0	2	0	0	2	0	0	3	0	0
F4	12	4	0	2	0	0	2	0	0	1	0	0

Pozn.: F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním; FC', C'F, C' – achromatické determinanty; FT, TF, T – texturové determinanty; FV, VF, V – determinanty typu vista; FY, YF, Y – determinanty difuzního stínování

Zřetelný rozdíl se nachází v četnostech výskytu speciálních kognitivních skóru (DV, DR, INC, FAB, CONTAM, ALOG), které dosahují vyšších hodnot u respondentů se schizofrenním onemocněním než u neurotických participantů. Váženou sumu uvedených speciálních kognitivních skóru prezentuje *WSum6*, jenž je považován za indikátor koherence myšlení (Weiner, 2003), přičemž vyšší hodnota tohoto indexu značí závažnější narušení procesu myšlení. Jako zajímavý se jeví poznatek, že schizofrenní pacienti nejčastěji z kognitivních skóru v souvislosti s lidskými reprezentacemi udávali fabulační kombinace druhé úrovně, jež patří k nejzávažnějším projevům poruch myšlení (Lečbych, 2013). Rozdílné četnosti ilustruje tab. 25.

Odlišnost v četnostech speciálních kognitivních skóru mezi výzkumnými skupinami lze podpořit i zde doloženou statistickou signifikancí, a to nejen v prostém součtu těchto speciálních skóru, a tedy *Sum6* ($U = 102$; $Z = 3,68$; $p < 0,001$), ale i v jejich vážené sumě prezentované *WSum6* ($U = 108$; $Z = 3,50$; $p < 0,001$).

Tab. 25 Četnosti výskytu speciálních kognitivních skóre v kontextu lidských reprezentací v závislosti na diagnóze

	DV1	DV2	DR1	DR2	INC1	INC2	FAB1	FAB2	ALOG	CONTAM
F2	5	3	4	2	4	0	7	11	3	2
F4	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1

Pozn.: F2 – participantí se schizofrenním onemocněním; F4 – participantí s neurotickým onemocněním; DV – deviovaná verbalizace; DR – deviovaná odpověď; INC – inkongruentní kombinace; FAB – fabulační kombinace; ALOG – neadekvátní logika; CONTAM – kontaminace

Schizofrenní pacienti ve srovnání s neurotickými udávali častěji **lidské reprezentace** s nárokem na jejich hodnocení skórem **špatné kvality** (PHR). Zvýšený počet PHR koresponduje s maladaptivními a neefektivními vzorci chování, potažmo s problematickými způsoby vztahovosti k druhým lidem (Weiner, 2003). Exner (2003) přidává, že špatné lidské reprezentace se obvykle projevují v protokolech lidí trpících vážnou psychopatologií. Lečbych (2013) pak konkretizuje, že nadprodukce odpovědí PHR lze pozorovat u pacientů se schizofrenií, borderline organizací osobnosti, závažnějšími poruchami afektů. Skutečnost o rozdílných četnostech výskytu PHR však nedosahuje hranice statistické signifikance ($U = 178$; $Z = 1,72$; $p = 0,09$).

Schizofreničtí pacienti více spojovali lidské reprezentace s **minusovou kvalitou formy** než pacienti neurotičtí. Minusová tvarová kvalita (FQ-) indikuje míru percepční nepřesnosti a selhání schopnosti testovat realitu (Perry & Viglione, 1991), což může být důsledkem více příčin. Jako jedna z nich se nabízí i psychotická problematika (Lečbych, 2013). Zjevný rozdíl v četnosti výskytu FQ- u pacientů s odlišnou diagnózou není možné prezentovat jako statisticky významný ($U = 226$; $Z = 0,62$; $p = 0,53$).

Jako frapantní se vyjímá i rozdíl v četnosti **obsahu „oblečení“** (Cg) u schizofrenních a neurotických probandů. Schizofrenní respondenti tento obsah totiž v kontextu s lidskými reprezentacemi sdělují téměř dvojnásobně více než neurotičtí probandi. Výskyt obsahu Cg nabízí více interpretací. Lze hovořit o tendenci subjektu chránit se ve smyslu zaujmutí obranného nastavení vůči prostředí, může však také naznačovat inhibovanou schopnost vidět druhé jasně a rozeznávat jejich motivy (Weiner, 2003). Proměnná Cg je posuzována pro míru hypervigilance (HVI) subjektu. Exner (2003) považuje pro hypervigilantní jedince za charakteristické permanentní stav připravenosti a nadměrné ostražitosti, pojící se s jeho negativním a nedůvěřivým postojem vůči světu, jenž byl formován odpovídajícími zkušenostmi. Komentovaná diskrepance v četnostech udávaných obsahů Cg

mezi výzkumnými skupinami nedosahuje hranice statistické významnosti ($U = 191,5$; $Z = 1,50$; $p = 0,13$).

Komparativně souzeno, schizofrenní pacienti také častěji ve spojitosti s lidskými reprezentacemi zmiňovali **obsah „věda“** (Sc). Toto obsahové téma může poukazovat na zájmy respondenta ve smyslu uplatnění jeho seberealizačních a kompenzačních sil, diagnosticky lze pak obsahu „věda“ rozumět jako snaze o únik lidskému (živému) světu (Weiner, 2003). Zmiňovaný rozdíl v četnostech výskytu obsahu Sc není statisticky signifikantní ($U = 193,5$; $Z = 1,55$; $p = 0,12$). Výše uvedené četnosti proměnných PHR, FQ-, Cg a Sc ilustruji souhrnně v tab. 26.

Tab. 26 Četnosti výskytu skóre PHR, FQ-, Cg a Sc v kontextu lidských reprezentací v závislosti na diagnóze

	PHR	FQ-	Cg	Sc
F2	64	33	32	17
F4	41	25	18	8

Pozn.: F2 – participanti se schizofrenním onemocněním; F4 – participanti s neurotickým onemocněním; PHR – špatná lidská reprezentace; FQ- – minusová kvalita formy; Cg – obsah „oblečení“; Sc – obsah „věda“.

Je nutné podotknout, že interpretační významy výše uvedených proměnných je vhodné posuzovat v kontextu jednotlivých odpovědí a vůbec celého protokolu a také v porovnání s dalšími ukazateli. Jejich izolované interpretace by totiž mohly být zavádějící. Další souvislosti uvádím v diskuzní části.

10.3 K platnosti hypotéz

Pro přehlednost v této kapitole shrnuji výsledky testování platnosti hypotéz:

- **H₁**: Míra EII-2 se statisticky významně liší u participantů s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4.

V míře EII-2 u participantů se schizofrenním a neurotickým onemocněním shledávám prostřednictvím dvoufaktorové analýzy rozptylu pro kvalitativní znaky statisticky signifikantní rozdíl – $F(1, 45) = 14,91$; $p < 0,001$. Hypotézu **H₁** tudíž **přijímám**.

- **H₂**: Míra EII-2 u mužů se statisticky signifikantně liší od míry EII-2 u žen.

Dvoufaktorová analýza rozptylu nepotvrzuje statisticky významný rozdíl – $F(1, 45) = 1,49$; $p = 0,23$ – mezi mírou EII-2 u mužů a žen. Hypotézu **H₂** tudíž **zamítám**.

- **H₃**: *Existuje statisticky významný efekt interakce mezi pohlavím a diagnózou z hlediska míry EII-2.*

Efekt interakce pohlaví a diagnózy dle analýzy rozptylu statisticky významně neovlivňuje míru EII-2 – $F(1, 45) = 0,16$; $p = 0,69$. Hypotézu **H₃** proto **zamítám**.

- **H₄**: *Míra EII-2 se statisticky signifikantně liší u osob s partnerským vztahem a bez partnerského vztahu.*

Mann-Whitneyho U-test neprokazuje statisticky významný rozdíl v míře EII-2 u osob s partnerským vztahem či bez něj ($U = 224$; $Z = 0,01$; $p = 0,99$). Hypotézu **H₄** tedy **zamítám**.

- **H₅**: *Míra EII-2 u klinické populace se statisticky významně liší od míry EII-2 u neklinické (kontrolní) populace.*

Rozdíl v míře EII-2 u klinické a neklinické populace lze na základě provedeného t-testu pokládat za statisticky signifikantní – $t(94) = -2,64$; $p < 0,01$. Hypotézu **H₅** tudíž **přijímám**.

- **H₆**: *Existuje statisticky významná souvislost mezi mírou závažnosti onemocnění a mírou EII-2.*

Mezi mírou závažnosti onemocnění a mírou EII-2 nebyla za použití Personovy korelace shledána statisticky signifikantní souvislost ($r = 0,25$; $p = 0,09$). Hypotézu **H₆** tak **zamítám**.

- **H₇**: *Existuje statisticky významný rozdíl v průměrném naměřeném skóru na škále COR u respondentů s onemocněním schizofrenního a neurotického okruhu.*

T-test neprokazuje statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry COR u osob se schizofrenním a neurotickým onemocněním ($U = 212$; $Z = 0,69$; $p = 0,49$). Hypotézu **H₇** proto **zamítám**.

- **H₈**: *Míra skóru OR- se statisticky signifikantně liší u participantů s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4.*

Mezi průměrnými skóry dosaženými na subškále OR- u participantů s odlišnou diagnózou nebyl shledán statisticky signifikantní rozdíl $t(27) = -0,15$; $p = 0,88$. Hypotézu **H₈** tudíž **zamítám**.

- **H₉**: *Míra skóru OR+ se statisticky významně liší u probandů se schizofrenním a neurotickým onemocněním.*

Hodnoty t-testu nepotvrzují existenci statisticky významného rozdílu mezi průměrnými skóry subškály OR+ u participantů se schizofrenním a neurotickým onemocněním – $t(42) = 0,43$; $p = 0,67$. Hypotéza **H₉** je tedy **zamítnuta**.

- **VO₁**: *Jaká jsou specifika vnímání lidských reprezentací u osob se schizofrenním a neurotickým onemocněním?*

Souhrnně lze konstatovat, že pacienti s neurotickým onemocněním častěji udávali odpovědi, jimž byly přiřazeny skóry achromatických determinant. Také u nich byla přítomna vyšší hodnota SumShd než u pacientů se schizofrenním onemocněním. Zmíněné rozdíly však nedosahovaly hranice statistické signifikance. Schizofrenní pacienti pak ve srovnání s neurotickými lidské reprezentace častěji spojovali se speciálními kognitivními skóry, minusovou kvalitou formy, špatnou lidskou reprezentací a obsahem „oblečení“ a „věda“. Statisticky signifikantní se v této souvislosti mezi výzkumnými skupinami projevil rozdíl pouze v četnostech výskytu speciálních skórů (Sum6) a jejich vážené sumě (WSum6).

11 Diskuze

Vzestupně se vyjadřuji k metodě, výsledkům, v závěru pak k podnětům pro praxi a další výzkum.

11.1 Diskuze k metodě

Skutečnost, že byli participanti výzkumu získáváni v psychiatrickém zařízení, svědčí o jednom z limitů výzkumu, a to jeho nízké generalizovatelnosti. Lze totiž uvažovat, že výsledky osob, jež jsou v ambulantní péči či žádnou odbornou péči doposud nevyhledaly, by se od výsledků zde prezentovaných mohly lišit. Dalším limitujícím aspektem je fakt, že výsledky zde vybraných klinických skupin nezastupují celé klinické spektrum, a tedy nemohou demonstrovat celé kontinuum EII-2 a odhalit tak potenciální nuance.

Zdrojem nekompatibility některých z výsledků s předem stanovenými hypotézami mohla být neadekvátně zvolená kritéria daných proměnných (míra sociálních dovedností, míra závažnosti onemocnění), diskutovaná níže. Dále lze explanovat nerovnoměrným rozložením participantů dle vztahové dimenze a pohlaví. Diskutabilním může být také hledisko diagnózy, jejíž stanovení je dle mé zkušenosti v některých případech ovlivněno existenční situací pacienta, nemusí proto ve všech detailech odrážet specifika jeho onemocnění. Spekulaci by taktéž mohl vyvolat značně odlišný průměrný věk zde srovnávané klinické a neklinické skupiny. Jako dobrou hodnotím reprezentativnost výzkumného vzorku, který většinovým zastoupením paranoidní schizofrenie (13 z 23) a smíšené úzkostné a depresivní poruchy (16 z 22) jako nejčastější subtypy jejich příslušného diagnostického okruhu reflektuje reálný výskyt u hospitalizovaných pacientů.

Neposledním limitem výzkumu je nedostatečně velký výzkumný soubor, což by mohlo eliminovat možnost zachytit hledané fenomény, přestože by v základním souboru reálně existovaly. Podobně omezujícím je skutečnost, že byla data sbírána pouze v jednom psychiatrickém zařízení.

Limitujícím je také manipulace s vypůjčeným souborem neklinické populace, jehož povahu a detaily metody výběru participantů podrobně neznám, což by mohlo být zdrojem nežádoucích vlivů. Omezením výzkumu je dále nemožnost porovnání zde shledaných zjištění týkajících se jednak konceptu EII-2, jednak škály COR s výsledky použití totožných měrných nástrojů v českých podmínkách.

Za další omezení považuji svoji nezkušenost ve skórování administrovaných protokolů, které mohlo zapříčinit určité zkreslení výsledků. Tento fakt jsem se kromě důkladného teoretického studia snažila ošetřit konzultacemi s PhDr. Kristýnou Hosákovou a vedoucím mé diplomové práce doc. PhDr. Martinem Lečbychem, Ph.D. Kompenzací možných chyb bylo také autorčino absolvování třísemestrálního předmětu Rorschachovy metody, v jehož rámci (kromě jiného důležitého) probíhal trénink skórování.

11.2 Diskuze k výsledkům

Pro přehlednost člením na tři tematické části.

11.2.1 K výsledkům EII-2

Předpoklad rozdílné míry EII-2 u participantů se schizofrenním a neurotickým onemocněním byl prokázán se statistickou signifikancí. Schizofrenní pacienti přitom dosahovali vyšších hodnot EII-2, dle jejichž interpretačního významu (Viglione et al., 2003) lze u těchto pacientů usuzovat na přítomnost poškození funkcí Ega, variujícího od mírného až k závažnému stupni.

Výsledek lze podpořit studií Perryho et al. (1992), kde se rezultní hodnoty indexu EII-2 u osob se schizofrenií pohybovaly ve stejných pásmech závažnosti deficitu funkcí Ega, jaké předkládám zde. Návazně i badatelé Adrian a Kaser-Boydová (1995) zaznamenávají vyšší hodnoty EII-2 u osob s psychózou než u osob bez psychózy, ač tato diskrepance nedosahovala statistické významnosti (hodnoty t-testu se pohybovaly na její hranici). Odlišnost v dosažené míře EII-2 i její revidované podobě EII-3 (vycházející ze systému R-PAS) mezi psychotickými a nepsychotickými pacienty dokládá také Diener et al. (2011) tentokrát již se statistickou signifikancí.

Průměrnou hodnotu EII-2, které v mém výzkumu dosahovali neurotičtí probandi ($\mu = -0,50$), lze z hlediska příslušnosti do pásma neprůkazného poškození pojímat jako takřka analogickou k průměrné hodnotě EII-2 ambulantních pacientů s neurotickým onemocněním ($\mu = -0,13$), již ve své studii předkládají autoři Valkonen et al. (2012). Zmíněné studie uvádím jako oporu mých výzkumných zjištění.

Výsledky také dokládají, že EII-2 dokáže odlišit klinickou a neklinickou populaci. Zajímavé však je, že průměrná hodnota EII-2 celého výzkumného souboru ($\mu = 0,05$), nehledě na různou diagnózu respondentů, se od průměrné hodnoty EII-2 neklinické populace odlišuje nejspíše vlivem míry EII-2 schizofrenních pacientů ($\mu = 0,58$),

jelikož dosažené průměrné hodnoty neklinické populace ($\mu = -0,50$) a neurotických pacientů ($\mu = -0,50$) jsou ve své zaokrouhlené podobě totožné. Zdá se tak, že neklinická skupina i osoby s neurotickým onemocněním se společně vyskytují v protilehlé části kontinua hodnot EII-2 než schizofrenní pacienti, což by mohlo navazovat na myšlenku Tibona et al. (2005a; 2005b), že nižší a zejména pak extrémně nízké hodnoty EII-2 mohou značit nadměrnou tendenci ke konformitě, konvenčnosti, chudosti fantazie a jakémusi suchopárnému projevu v interpersonální sféře. Podnětem pro budoucí výzkum by pak mohla být detailnější analýza části kontinua EII-2 s nižšími hodnotami, než je nula.

Statisticky významný rozdíl mezi mírou EII-2 u mých výzkumných skupin i mezi mírou EII-2 u klinické a kontrolní (neklinické) populace, jež koresponduje s výsledky výše uvedených zahraničních studií, lze pojímat jako průkazné potvrzení diskriminační schopnosti Indexu poškození funkcí Ega (EII-2) i v českém prostředí.

V rámci detailnější statistické analýzy (viz kapitola 10.2.1 – „Další zjištění“) se jako nejzřetelnější a zároveň jako jediný signifikantní mezi výzkumnými skupinami projevil rozdíl v míře deficitu myšlenkových procesů (proměnná WSum6). Za významné také pokládám zmíněný rozdíl mezi výzkumnými soubory v míře percepční nepřesnosti a deficitu schopnosti testovat realitu, ač byla jeho statistická signifikance průkazná pouze na hladině významnosti $p < 0,05$, avšak nepotvrzená na upravené hladině $p < 0,007$. Zdá se tak, že psychotická a neppsychotická skupina pacientů se statisticky významně lišila pouze v míře prvně zmíněné Ego funkce. Tento poznatek by pak korespondoval s pojetím EII-3 v R-PAS primárně jako nástroje k měření poruch myšlení a míry závažnosti psychopatologie.

Statistické vyhodnocení dále ukázalo, že pohlaví a efekt jeho interakce s diagnózou významně neovlivňují míru EII-2, což neodpovídá nastolenému predikátu. Předpokladem totiž bylo, že EII-2 může dosahovat nižších hodnot u žen než u mužů, protože ženy mají obvykle více sociálních kontaktů a širší síť sociální podpory (Šolcová, 1996; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001), což by mohlo přispět k pozitivnějším kvalitám mezilidské zkušenosti a zároveň absenci poruch v oblasti interpersonální percepce. Podobně bylo uvažováno i v souvislosti s proměnnou vztahové dimenze, tedy přítomností partnerského vztahu, jež byla chápána jako doklad určité míry sociálních dovedností. Interakce pohlaví s diagnózou měla dále dle mého předpokladu disponovat kauzálním vlivem v odlišné míře EII-2 u probandů různé klinické skupiny, přičemž potenciální rozdíl by mohl být zapříčiněn

kognitivním deficitem u schizofrenních pacientů, dále vedoucím k poklesu i v jiných funkcích Ega, tj. zde v oblasti objektivních vztahů.

Popsané úvahy však nenachází ve statistické verifikaci signifikantní oporu, proto lze uvažovat o nedostatečně velkém či diferencovaném výzkumném vzorku pro projevení očekávaného rozdílu či o skutečnosti, že proměnné pohlaví a vztahová dimenze nejsou adekvátními indikátory interpersonální zkušenosti s potenciálem odlišit její pozitivní, či negativní atributy (asociována by pak byla nižší, či vyšší míra EII-2).

V budoucích výzkumech by tudíž bylo vhodné zvolit akurátnější ukazatele míry sociálních dovedností. Nabízí se například počet dosavadních přátelských a partnerských vztahů, délka jejich trvání či jiná sonda monitorující jejich povahu. Tyto, ač detailnější, přesto hrubé ukazatele lze také nahradit či je pro větší komplexnost kombinovat s jinými metodami k posouzení objektivních vztahů a citové vazby, například Experience in Close Relationships (ECR), Adult Attachment Questionnaire (AAQ), které blíže popisují v kapitole 4.4. Nabízí se také zjištění míry interpersonální decentrace (ID) a její následná korelace s mírou EII-2. Konceptu ID se s použitím Tematického apercepčního testu u osob se schizofrenií zabývala Hosáková (2007) ve své diplomové práci.

Predikovaná souvislost mezi mírou EII-2 a závažností onemocnění nebyla potvrzena. Lze pouze konstatovat přítomnost slabé pozitivní korelace ($r = 0,25$; $p = 0,09$), byť nedosahující hranice statistické signifikance. Četné výzkumy na základě svých výsledků považují EII-2, stejně jako R-PAS pokládá EII-3 (Meyer et al., 2011), za nástroj k měření závažnosti psychopatologie, jež je jako taková odrazem závažnosti onemocnění. Pro tuto možnou terminologickou záměnu se pak nabízí jako eventualita posuzování závažnosti onemocnění prostřednictvím míry deficitů dílčích Ego funkcí.

Zde byla u psychotických pacientů statisticky doložena přítomnost deficitu pouze v oblasti poruch myšlenkových procesů. Statisticky nevýznamná, ale zasluhující komentář pak byla u této výzkumné skupiny projevena přítomnost deficitu ve schopnosti testovat realitu a ve sféře interpersonální percepce a negativních atributů mezilidské zkušenosti. Takto hodnocená závažnost onemocnění by již nárokovala na souvislost s mírou EII-2. Jednalo by se však pouze o doklad vnitřní validity konceptu EII-2. Proto se nabízí návrh na posouzení závažnosti onemocnění jinými měrnými nástroji hodnotícími jednotlivé Ego funkce, což by posílilo i inkrementální validitu EII-2.

Souhrnně tak naznačuji, že nepotvrzená souvislost mohla být způsobena neadekvátně zvoleným měřítkem závažnosti onemocnění. Jako příčinu nelze vyloučit ani nedostatečně velký výzkumný soubor pro nalezení těsnější souvislosti, ani pacienty užívanou medikaci s možnými tlumícími účinky, jež by mohly zastiňovat psychotické symptomy.

11.2.2 K výsledkům COR

Očekávaný rozdíl v míře COR, OR+ a OR- nebyl mezi výzkumnými skupinami potvrzen. Předpoklad byl stanoven na základě výsledků studie Blatta et al. (1976), které prokazují korelaci mezi subškálou OR- a mírou závažností psychopatologie, což mě inspirovalo k myšlence o menším dosaženém skóre COR, OR+ i OR- u schizofrenních pacientů ve srovnání s pacienty neurotickými. Neprokázaný rozdíl evokuje mnoho úvah. Jednou z nich je otázka, zda nesignifikanci nezpůsobil nedostatečně velký výzkumný vzorek. Jako další se nabízí spekulace, zda by nebylo vhodnější porovnávat míru COR, OR+ a OR- u klinické a neklinické populace, jelikož neurotická onemocnění mohou svými symptomy způsobovat potíže i v oblasti mezilidských vztahů, což by se mohlo eventuálně projevit i v dosažené míře COR, OR+ a OR- u takto nemocných osob, a nebýt tak adekvátním souborem pro komparaci s osobami s psychózou za účelem projevení předpokládaného rozdílu. Možnou explanací by mohla být také vyšší produktivita odpovědí s lidskými reprezentacemi u schizofrenních pacientů, jež by ve výsledném součtu logicky zapříčinila vyšší hodnotu jejich skóre COR, OR+ a OR- ve srovnání s hodnotami neurotických pacientů. Toto vysvětlení rozvádím ještě níže.

V následujících odstavcích si dovoluji popsat jistá specifika zkoumaných klinických skupin nejen ve skórované škále COR a subškálách OR+ a OR-, ale i v jejich dílčích kategoriích (diferenciace, artikulace, integrace).

Již výše zmíněná nadprodukce odpovědí s lidským obsahem u osob se schizofrenním onemocněním ve srovnání s neurotickými pacienty se mi jeví jako kompatibilní s fenoménem, jenž popisuje i Blatt et al. (1976) ve své studii, kdy klinická populace oproti neklinické udávala překvapivě více lidských odpovědí. Ač jsou Blattovy et al. (1976) výzkumné skupiny svou povahou rozdílné oproti mým výzkumným souborům, lze dedukovat, že větší počet lidských odpovědí u schizofrenních pacientů byl produkován na úkor některých z kvalit, jež popisují dílčí kategorie škál. Navazuji níže.

Byť byla „diferenciace“ postav v subškálách OR+ i OR- u obou skupin téměř totožná, značně, ač nesignifikantně, rozdílné se skupiny jeví v kategorii „artikulace“, a to

jak v subškále OR+, tak v subškále OR-, zde dokonce i s větší významností ($p = 0,09$). Lze tak interpretovat, že úroveň propracování percepčních a funkčních atributů popisovaných objektů byla u schizofrenních pacientů oproti neurotickým zřetelně nižší, a to zejména na subškále OR-, jež skýtá distorzi formy FQ-. Zde se pak nabízí spojitost s významovým pojetím proměnné FQ- v rámci indexu EII-2, naznačující percepční nepřesnost a selhání schopnosti testování reality. Určitou podobnost lze také vnímat se zjištěním, které předkládá Blatt a Lerner (1983). Autoři uvádějí, že neparanoidní schizofreničtí pacienti udávali odpovědi s objektovými reprezentacemi nepřesně percipované a nedostatečně artikulované.

Poměrně nečekaným poznatkem je však vyšší úroveň integrace lidských reprezentací u schizofrenních pacientů ve srovnání s úrovní u neurotických, a to v obou subškálách OR+ a OR-. Roli mohl opět sehrát obecně vyšší počet lidských odpovědí u těchto pacientů. Pro věrohodnější interpretaci této skutečnosti by však nebylo od věci detailněji prozkoumat nejen hodnoty v jednotlivých subkategoriích „integrace“, ale i samotný obsah takto signovaných odpovědí.

Souhrnně si pak pouze troufám tvrdit, že ač schizofrenní pacienti oproti neurotickým produkovali zjevně lépe integrované objektové reprezentace, dělo se tak na úkor jejich kvality percepce a artikulace.

11.2.3 Ke kvalitativnímu vyhodnocení

Kvalitativní část výzkumu mi dle mého názoru přispívá několika podpůrnými poznatky pro již diskutovaná zjištění.

Za relevantní pokládám zejména vyšší hodnoty četností výskytu speciálních kognitivních skórů, špatné lidské reprezentace a minusové kvality formy u osob se schizofrenním onemocněním, u nichž lze pak i za podpory již výše uvedených zjištění usuzovat přítomnost jistých poruch myšlení, deficitu schopnosti testovat realitu a negativních atributů mezilidské zkušenosti. S posledním uvedeným by mohla souviset interpretační hodnota obsahu „oblečení“, naznačující třeba sníženou schopnost vidět druhé jasně a rozumět jejich motivům, třeba tendence subjektu k zaujetí obranného nastavení, což se pojí s jeho nedůvěřivým postojem vůči okolí (Weiner, 2003). Reaktivně by pak s tímto výkladem mohl korespondovat jeden z významů obsahu „věda“, a to ve snaze subjektu uniknout z lidského světa (Weiner, 2003) za účelem sebeochrany.

U neurotických pacientů pak lze zaznamenat vyšší četnostní hodnoty u determinant vykazujících určitou míru stresu, úzkosti a negativního emočního naladění (Lečbych, 2013), což lze vnímat jako konzistentní s povahou onemocnění těchto osob.

Jak již však v kapitole 10.2.3 uvádím, snažím se k interpretačním soudům přistupovat nedogmaticky a co nejvíce šetrně. Výklady zmíněných proměnných totiž nabízí mnohoznačné významy, závisející na přesném znění dané odpovědi, kontextu celého protokolu a jiných relevantních indikátorech.

11.3 Podněty pro praxi a další výzkum

Již v dílčích diskuzních kapitolách o výsledcích nastiňuji některé perspektivy pro budoucí výzkum, které zde znovu neuvádím.

Jistým přínosem by mohlo být sestavení výzkumného vzorku o více klinických skupinách, což by garantovalo širší a reprezentativnější soubor klinické populace v českém prostředí. Mohla by tak být hlouběji explorována specifika EII-2 u různých diagnostických skupin. Pozornost lze také věnovat části kontinua EII-2, kam spadá neklinická populace, pro ozřejmění zvláštností osob, jež by zde dosahovaly extrémně nízkých hodnot. Neméně vhodné by bylo zahrnutí do výzkumu nejen hospitalizovaných pacientů, ale také osob v ambulantní péči či osob s absencí odborné péče. Stejně důležité by mohl být zkoumání podroben efekt longitudinální studie míry EII-2 u různých klinických skupin pro zachycení její povahy před vypuknutím nemoci, v jejím průběhu i v procesu její léčby. Návazně by pak mohlo být přínosné sledování vlivu léčby deficitů jednotlivých Ego funkcí, a to za pomoci například kognitivní rehabilitace či skupinové psychoterapie, na míru EII-2 a sledat tak, zda EII-2 skýtá potenciál pro monitorování jejich změny. Významné by také mohlo být ověření platnosti revidovaného EII-3 v českých podmínkách.

Na základě výše navrhovaných a předložených možností pro budoucí výzkumnou činnost i běžnou psychologickou praxi hodnotím koncept EII-2 jako vysoce přínosný.

12 Závěry

Na základě naměřených výsledků lze uvést následující závěry:

- Míra EII-2 se statisticky signifikantně liší u pacientů se schizofrenním a neurotickým onemocněním.
- Míra EII-2 se statisticky významně liší u klinické a neklinické výzkumné skupiny.
- Míra EII-2 se statisticky významně neliší dle pohlaví, efektu interakce mezi pohlavím a diagnózou či přítomnosti partnerského vztahu.
- Míra EII-2 statisticky významně nekoreluje s mírou závažnosti onemocnění.
- Pacienti se schizofrenním onemocněním se od pacientů s neurotickým onemocněním statisticky významně neliší ani ve skórech na škále COR, ani ve skórech na subškálách OR+ a OR-.
- U neurotických pacientů ve srovnání se schizofrenními byly častěji spojovány lidské reprezentace s achromatickými determinantami. Také u nich byla shledána vyšší hodnota indexu SumShd. U pacientů se schizofrenním onemocněním ve srovnání s neurotickými pacienty byly lidské reprezentace častěji zaznamenávány v souvislosti se speciálními kognitivními skóry, minusovou kvalitou formy, špatnou lidskou reprezentací a obsahy „oblečení“ a „věda“.

Souhrn

Struktura Ega, zastávající zprostředkující roli mezi Id a Superegem, disponuje dle Freuda (1945) funkcemi, jako jsou vnímání, pozornost, vzpomínky, hodnocení, obrany, testování reality. Anna Freudová (2006), navazující na svého otce, koncept funkcí Ega specifitěji rozpracovává. Hartmann (1958) Egu přisuzuje prvotní nediferencované matrix, z něhož se Ego vyvíjí samostatně, nezávisle na Idu. Kromě Freudem uvedených Ego funkcí Hartmann (1958) doplňuje chápavost, produktivitu, motilitu, regulaci pudů a formování objektivních vztahů. Poslední ze zde jmenovaných Ego funkcí se kromě jiných autorů věnovala zakladatelka britské školy objektivních vztahů Melanie Kleinová. Zabývala se růstem Ega a Superega v závislosti na raném vztahu mezi dítětem a pečujícími osobami (Fonagy & Target, 2005). Americká škola objektivních vztahů pojí období třetího roku života s dosažením tzv. citové objektivní stálosti (Plhánková, 2006), jež je cílem poslední ze subfází separačně-individuačního procesu dle Mahlerové (2006). Bowlby na základě své terapeutické práce s dětmi koncipuje teorii vztahové vazby (attachment), již dále ověřuje Mary Ainsworthová (Lečbych & Pospíšilová, 2012), která vztahovou vazbu klasifikuje na jistou a nejistou, dále členěnou na úzkostnou a vyhýbavou. Mary Mainová k nejisté vazbě přidává ještě typ dezorganizovaný (Hašto, 2005). Kernberg (2004b) ve své teorii představuje model raného vývoje, jehož cíli je kromě jiných formace a rozvoj Ego identity, již stabilizují efektivní interakce s druhými. Kohut prezentuje koncept self jako subjektivní prožívání toho, kdo jsem a jakou hodnotou disponuji. Různé životní zkušenosti pak tvoří odpovídající povahu self (Crider et al., 1989).

Perry et al. (1995) předkládá, že Ego je determinováno svými funkcemi. Beres v roce 1956 prezentuje model hodnocení funkcí Ega, jenž je tvořen šesti komponentami, jimiž jsou vztah k realitě a její testování, obranné mechanismy, objektivní vztahy, myšlenkové procesy, autonomní funkce a syntetické funkce. Následně Weiner (1966) Beresův model upravuje. O jeho další rozšíření se zasloužil Bellack a Hurvich (1969), kteří hovoří o celkově dvanácti funkcích Ega.

Bernstein (2003) postuluje, že psychopatologie je dle psychodynamického pojetí určována třemi základními atributy, jimiž jsou nízká síla Ega, maladaptivní Ego obranné mechanismy a dysfunkční introjekty. Uvedené charakteristiky determinují deficity příslušných Ego funkcí, jejichž hodnocení se dle psychodynamických teorií pro posouzení psychopatologie jeví klíčové (Lečbych, 2007). Právě o to usilují Perry a Viglione (1991) s využitím Rorschachovy metody. Vytvořili Index poškození funkcí Ega (EII), jenž značí

míru potenciálního deficitu funkcí Ega, a to především v oblasti testování reality, tvorby objektních vztahů a procesů myšlení (Perry & Viglione, 1991).

Při tvorbě EII se Perry a Viglione (1991) inspirovali Beresovým modelem hodnocení funkcí Ega. Jednotlivým funkcím přiřadili příslušné koreláty Exnerova CS. EII tak sestává z pěti komponent: 1) zkreslená tvarová kvalita (FQ-), zde pojmáná jako měřítko percepční nepřesnosti a deficitu schopnosti testovat realitu; 2) vážená suma šesti speciálních kognitivních skóru (WSum6), indikující různé formy poruch myšlení; 3) tzv. kritický obsah odpovědí (AN, Bl, Ex, Fi, Sx, Xy, AG, MOR), jenž je zde mírou selhání psychických obran; 4) zkreslené lidské pohybové odpovědi (MQ-), detekující poruchy ve sféře interpersonální percepce a objektních reprezentací; 5) dobrá/špatná lidské reprezentace (GHR, PHR), jež odlišují pozitivní či problematické aspekty mezilidské zkušenosti (Perry & Viglione, 1991).

Mnohé studie prokazují diskriminační schopnost EII nejen u různých diagnostických skupin, jak tomu dokazuje srovnání schizofrenních pacientů s pacienty depresivními (Perry et al., 1992), ale i v rámci jednoho diagnostického okruhu, konkrétně schizofrenního spektra. Zmíněné dokládají autoři Perry et al. (1992) a Perry et al. (2003). Diener et al. (2011) potvrzuje, že vyšší hodnoty EII-2 korelují s vyšší mírou psychiatrické závažnosti. Autoři Tibon et al. (2005a) srovnávají EII-2 se škálou Reality-Fantasy Scale (RFS), již je hodnocený pomyslný příklon k vnější či vnitřní realitě. Dle výsledků se RFS jeví jako měrný nástroj, jenž je inverzní vůči EII-2. Nyní je o EII-2 uvažováno jako o kontinuu, jehož strana s vysokými hodnotami by mohla značit poruchy psychotického spektra, strana s nízkými hodnotami pak psychosomatickou problematiku (Lečbych, 2007).

Výše uvedené a další studie mi byly inspirací pro výzkum zde předložený. Jeho cílem je popsání specifík EII-2 u vybraných klinických skupin v českých podmínkách. Konkrétně jsem usilovala o zjištění jeho míry u pacientů se schizofrenním a neurotickým onemocněním, a vůbec u klinické a neklinické skupiny, a ověření tak jeho diskriminační schopnosti. Dále jsem se zaměřila na shledání potenciální souvislosti EII-2 s vybranými proměnnými, jimiž byly pohlaví, vztahová dimenze, tj. přítomnost partnerského vztahu, a závažnost onemocnění. Věnovala jsem se také charakteru objektních vztahů za pomoci škály koncepce objektu (COR) a specifikům vnímání lidských reprezentací u osob s různou diagnózou.

Data jsem získala pomocí administrace Rorschachovy metody a následným výběrem příslušných skóru, jež jsou relevantní pro výpočet jednak míry EII-2, jednak hodnoty skóru

COR. Data byla sbírána v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Výběr respondentů byl realizován formou záměrného výběru přes instituci v kombinaci s formou dobrovolného samovýběru. Výzkumu se zúčastnilo 45 pacientů, z toho 22 s neurotickým onemocněním a 23 s onemocněním schizofrenního spektra. Následovala statistická analýza získaných dat. Ke zjištění rozdílu v míře EII-2 v závislosti na diagnóze, pohlaví a interakci těchto proměnných byla použita dvoufaktorová analýza rozptylu pro kvalitativní znaky. Testování dalších hypotéz o rozdílu probíhalo v případě prokázání normality distribuce sledovaných proměnných parametrickým t-testem, v případě nenormálního rozložení proměnných byl zvolen neparametrický Mann-Whitneyho U-test. Pro shledání těsnosti vztahu mezi mírou EII-2 a závažností onemocnění byl použit Pearsonův korelační koeficient.

Naměřené výsledky svědčily pro přijetí dvou hypotéz z devíti stanovených. Bylo potvrzeno, že míra EII-2 se statisticky významně liší u pacientů se schizofrenním a neurotickým onemocněním, přičemž schizofrenní pacienti dosahovali vyšších hodnot EII-2 než neurotičtí. Dále byl potvrzen předpoklad o odlišné míře EII-2 u klinické a neklinické populace. Statistické signifikance naopak nedosáhl predikát o odlišné míře EII-2 v závislosti na pohlaví, efektu interakce mezi pohlavím a diagnózou, přítomnosti partnerského vztahu. Se statistickou významností nebyla prokázána ani souvislost míry EII-2 a závažnosti onemocnění. Stejně tak nebyl potvrzen rozdíl mezi pacienty s onemocněním z diagnostického okruhu F2 a F4 ve skóru na škále COR a jeho subškálách OR+ a OR-. Kvalitativním vyhodnocením jsem přišla ke zjištění, že neurotičtí pacienti častěji spojovali lidské reprezentace se skóry achromatických determinant. Byla u nich shledána i vyšší hodnota SumShd. Pacienti se schizofrenním onemocněním lidské reprezentace asociovali častěji se speciálními kognitivními skóry, minusovou kvalitou formy, špatnou lidskou reprezentací, obsahy „oblečení“ a „věda“.

Příčinou neprokázání výše uvedených předpokladů mohla být skutečná neexistence predikovaného rozdílu či souvislosti, nebo limitující aspekty výzkumu, jimiž byly jeho nízká generalizovatelnost, možno neadekvátně zvolená kritéria daných proměnných, nedostatečně velký výzkumný soubor, v neposlední řadě autorčina nezkušenost ve skórování administrovaných protokolů. Dalším významným omezením výzkumu byla nemožnost srovnání zde shledaných zjištění týkajících se jednak konceptu EII.2, jednak škály COR s výsledky jiných studií zabývajících se těmito koncepty, jež by byly navíc realizovány zde, v českých podmínkách. Takové studie totiž v České republice prozatím postrádáme.

Za přínos považuji zejména výzkumem potvrzenou diskriminační schopnost Indexu poškození funkcí Ega v českém prostředí. V budoucím výzkumu by mohla být pečlivě prozkoumána část kontinua EII-2 s nízkými (zápornými) hodnotami. Vhodná by byla i longitudinální studie míry EII-2, a zachycení tak její povahy v různých okamžicích dané psychické nemoci. Sledován by mohl být také vliv léčby deficitů jednotlivých Ego funkcí, čímž by mohla být ověřena schopnost EII-2 monitorovat jejich změny. Významné by také bylo testování platnosti nejnověji modifikovaného indexu EII-3 v českých podmínkách. Koncept EII-2 se pro budoucí výzkum i běžnou psychologickou praxi jeví jako vysoce přínosný.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Adrian, C., & Kasar-Boyd, N. (1995). The Rorschach Ego Impairment Index in Heterogeneous Psychiatric Patients. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 408–414. doi: 10.1207/s15327752jpa6503_2
- 2) Auslander, L. A., Perry, W., & Jeste, D. V. (2002). Assessing disturbed thinking and cognition using the Ego Impairment Index in older schizophrenia patients: paranoid vs. nonparanoid distinction. *Schizophrenia Research*, 53, 199–207. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00209-2
- 3) Avery, R., & Ryan, R. (1988). Object Relations and Ego Development: Comparison and Correlates in Middle Childhood. *Journal of Personality*, 56, 547–569. doi:10.1111/j.1467-6494.1988.tb00902.x
- 4) Bellak, L. (Ed.). (1958). *Schizophrenia: A Review of the Syndrom*. New York: Logos Press.
- 5) Bellak, L., & Hurvich, M. (1969). A Systematic Study of Ego Functions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 148(6), 569–585.
- 6) Beres, D. (1956). Ego deviation and the concept of schizophrenia. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 164–235.
- 7) Black Dog Institute. (nedat.). *Annotated Bibliography of the Parental Bonding Instrument by Professor Gordon Parker (PBI research)*. Získáno 17. února 2016 z http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PBI_AnnotatedBibliography.pdf
- 8) Blanck, G., R. (1992). *Ego-psychologie: teorie a praxe*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- 9) Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). The Psychological Assessment of Object Representation. *Journal of Personality Assessment*, 47(1), 7–28. doi: 10.1207/s15327752jpa4701_2
- 10) Blatt, S. J., Brenneis, C. B., Schimek, J. G., & Click, M. (1976). Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 364–373. doi: 10.1037/0021-843X.85.4.364
- 11) Bond, M. (1992). An Empirical Study of Defensive Style: The Defense Style Questionnaire. In G. E. Vaillant (Ed.), *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researches* (127–158). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- 12) Bornstein, R. F. (2003). Psychodynamic Models of Personality. In T. Millon, M. J. Lerner, & J. B. Weiner, (Eds.), *Handbook of Psychology, Vol. 5: Personality and Social Psychology* (117–134). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- 13) Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.

- 14) Brennan, K A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (46–76). New York: The Guilford Press.
- 15) Burns, B., & Viglione, D. J. (1996). The Rorschach Human Experience Variable, interpersonal relatedness and object representation in nonpatients. *Psychological Assessment, 21*, 109–112. doi: 10.1037/1040–3590.8.1.92
- 16) Crider, A. B., Goethals, G. R., Kavanaugh, R. D., & Solomon, P. R. (1989). *Psychology*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.
- 17) Červenková, I. (2005). *Možnosti měření obranných mechanismů Ega*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- 18) Dean, K. L., Viglione, D. J., Perry, W., & Meyer, G. J. ((2007). A method to optimize the response range while maintaining Comprehensive System validity. *Journal of Personality Assessment, 89*, 149–161. doi: 10.1080/00223890701468543
- 19) Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., Shaffer, S. A., & Sexton, J. E. (2011). A Meta-Analysis of the Relationship between the Rorschach Ego Impairment Index (EII) and Psychiatric Severity. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 464–485. doi: 10.1002/cpp.725
- 20) Dumas, C. (2009). *Exploring Ego Impairment in Borderline Personality Disorder using the Ego Impairment Index*. (Dizertační práce). Pretoria: University of Pretoria.
- 21) Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System (4th ed.)*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- 22) Exner, J. E. (2009). *Rorschach: A Workbook for the Comprehensive System, 5th Ed.* Překlad Petřžela, M. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- 23) Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- 24) Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- 25) Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- 26) Freud, S. (1945). *Úvod do psychoanalýzy*. Praha: Julius Albert.
- 27) Freud, S. (1997). *Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- 28) Freud, S. (1999). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda: Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920/1924*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- 29) Goldstein, W. N. (1985). *An Introduction to the Borderline Conditions*. Nortvale: Jason Aronson, Inc.

- 30) Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 31) Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions*. New York: Basic Books.
- 32) Hartmann, H. (1958). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: International Universities Press.
- 33) Hašto, J. (2005). *Vztáhová väzba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- 34) Hebák, P., Jarošová, E., Pecáková, I., Plašil, M., Řezanková, H., Vilikus, O., & Vlach, P. (2013). *Statistické myšlení a nástroje analýzy dat*. Praha: Informatorium.
- 35) Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 36) Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- 37) Hilsenroth, M. J., Eudell-Simmons, E. M., DeFife, J. A., & Charnas, J. W. (2007). The Rorschach Perceptual-Thinking Index (PTI): an examination of reliability, validity, and diagnostic efficiency. *International Journal of Testing*, 7, 269-291. doi: 10.1080/15305050701438033
- 38) Hilsenroth, M., Stein, M., & Pinsker, J. (2007). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G, 3rd ed.)*. (Nepublikovaný manuál). The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi University, Garden City, New York. Získáno 17. února 2016 z http://supp.apa.org/psycarticles/supplemental/pst_44_1_96/pst_pinsker-aspen0216_supp_mat.pdf
- 39) Hogrefe – Testcentrum. (2013). Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2. Získáno z <http://www.testcentrum.com/literatura/7>
- 40) Hosáková, K. (2013). *Interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 41) Kernberg, O. (1980). *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*. New York: Jason Aronson Inc.
- 42) Kernberg, O. F. (2004a). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- 43) Kernberg, O. F. (2004b). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- 44) Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and Health: His and Hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.472

- 45) Kleiger, J. H. (2004). Projective Assessment of Disorder Thinking. In M. J. Hilsenroth, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Vol 2: Personality Assessment* (526–537). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- 46) Kleinová, M. (2005). *Závist a vděčnost a další práce z let 1946 – 1963*. Praha: TRITON.
- 47) Kohut, H. (1991). *Obnova self*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- 48) Krejčířová, D. (2007). Použití Rorschachovy metody u dětí. In R. Telerovský, J. Ženatý, & I. Čermák (Eds.), *Rorschach a projektivní metody, Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody 2007*, 3, 51–114. Praha: IPVZ.
- 49) Lečbych, M. (2007). Index poškození Ega – jeho diagnostické a výzkumné možnosti. In R. Telerovský, J. Ženatý, & I. Čermák (Eds.), *Rorschach a projektivní metody, Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody 2007*, 3, 39–50. Praha: IPVZ.
- 50) Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada Publishing.
- 51) Lečbych, M., & Pospíšilová, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6(3), 1–11. Získáno z <http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospisiikova.pdf>
- 52) Levy, K. N., Meehan, K. B., Auerbach, J. S., & Blatt, S. J. (2005). Concept of the Object on the Rorschach Scale. In R. F. Bornstein, & J. M. Masling (Eds.), *Scoring the Rorschach: seven validated systems* (97–133). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 53) Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: TRITON.
- 54) Mattlar, C. (2004). The Rorschach Comprehensive System is reliable, valid and cost-effective. *Rorschachiana*, 26(1), 158–186. doi: 10.1027/11925604.26.1.158
- 55) Meng, X., & Li, T. (2015). Differences of Ego Impairment Index of Rorschach test between patients with schizophrenia and normal individuals. *Chinese Mental Health Journal*, 7, 522–527. doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2015.07.008
- 56) Meyer, G. J. (1997). Assessing reliability: Critical corrections for a critical examination of the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment*, 9(4), 480–489. doi: 10.1037/10403590.9.4.480
- 57) Meyer, G. J., & Archer, R. P. (2001). The hard science of Rorschach research: What do we know and where do we go? *Psychological Assessment*, 13(4), 486–502. doi: 10.1037/10403590.13.4.48

- 58) Meyer, J. G., Viglione, J. D., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System*. Toledo: Rorschach Performance Assessment System, LLC.
- 59) *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování, Diagnostická kritéria pro výzkum*. (1996). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 60) Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in Adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- 61) Muslin, H. L. (1985). Heinz Kohut: Beyond the pleasure principle, contributions to psychoanalysis. In: J. Reppen (Ed), *Beyond Freud* (203–229). London: Analytic Press. Získáno 18. ledna 2016 z http://www.freepsychotherapybooks.org/chapter-ebooks/order/download/file_id-1105/order_id-231608
- 62) Perry, W., & Viglione, D. J. (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. *Journal of Personality Assessment*, 56, 487–501. doi: 10.1207/s15327752jpa5603_10
- 63) Perry, W., McDougall, A., & Viglione, D. (1995). A Five-Year Follow-up on the Temporal Stability of the Ego Impairment Index. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 112–118. doi: 10.1207/s15327752jpa6401_7
- 64) Perry, W., Minassian, A., Cadenhead, K., Sprock, J., & Braff, D. (2003). The Use of the Ego Impairment Index Across the Schizophrenia Spectrum. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 50–57. doi: 10.1207/S15327752JPA8001_13
- 65) Perry, W., Viglione, D. J., & Braff, D. L. (1992). The Ego Impairment Index and Schizophrenia: a validation study. *Journal of Personality Assessment*, 59, 165–175. doi: 10.1207/s15327752jpa5901_13
- 66) Petrosky, E. M. (2005). The Relationship Between the Morbid Response of the Rorschach Inkblot Test and Self-Reported Depressive Symptomatology. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 12(2), 87–98.
- 67) Plháčková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- 68) Porcerelli, J. H., & Hibbard, S. (2004). Projective Assessment Of Defense Mechanisms. In M. J. Hilsenroth, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Vol 2: Personality Assessment* (466–475). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- 69) Reiterová, E. (2003). *Základy psychometrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 70) Reiterová, E. (2007). *Statistické metody v psychologickém výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 71) Sadock, B. I., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th ed.)*. London: Lippincott Williams & Wilkins.

- 72) Sandler, J., Dare, Ch., & Holder, A. (1972). Frames of reference in psychoanalytic psychology: II. The historical context and phases in the development of psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 45(2), 133–142. doi: 10.1111/j.2044-8341.1972.tb02191.x
- 73) Stokes, J. M., Pogge, D. L., & Powell-Lunder, J., Ward, A. W., Bilginer, L., & DeLuca, V. A. (2003). The Rorschach Ego Impairment Index: Prediction of Treatment Outcome in a Child Psychiatric Population. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 11–19. doi: 10.1207/S15327752JPA8101_02
- 74) Storr, A. (1989). *Freud*. New York: Oxford University Press.
- 75) Stricker, G., & Goen-Piels, J. (2004). Projective Assessment of Object Relations. In M. J. Hilsenroth, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Vol 2: Personality Assessment* (449–465). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- 76) Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- 77) Šebek, M. (1991). Psychologie já – od S. Freuda k H. Hartmannovi. *Československá psychologie*, 5, 395–405.
- 78) Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
- 79) Šolcová, I. (1996). Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků. *Československá psychologie*, 40(3), 237–247.
- 80) Tibon, S., Porcelli, P., & Weinberger, Y. (2005a). The Ego Impairment Index and the Reality Fantasy Scale: Comment on Viglione, Perry, and Meyer (2003): *Journal of Personality Assessment*, 84(3), 315–317. doi: 10.1207/s15327752jpa8403_10
- 81) Tibon, S., Weinberger, Y., Handelzalts, J. E., & Porcelli, P. (2005b). Construct validation of the Rorschach Reality–Fantasy Scale in alexithymia. *Psychoanalytic Psychology*, 22(4), 508–523. doi: 10.1037/0736-9735.22.4.508
- 82) Valkonen, H., Lindfors, O., & Knekt, P. (2012). Association between the Rorschach Ego Impairment Index and the Level of Personality Organization interview assessment in depressive and anxiety disorder patients. *Psychiatry Research*, 200, 849–856. doi: 10.1016/j.psychres.2012.05.012
- 83) Viglione, D. J. (1990). Severe disturbance or trauma-induced adaptive reaction. A Rorschach child case study. *Journal of Personality Assessment*, 55, 280–295. doi: 10.1080/00223891.1990.9674067
- 84) Viglione, D. J. (2002). *Rorschach Coding Solutions: A Reference Guide for the Comprehensive System*. San Diego, CA: Donald J. Viglione.
- 85) Viglione, D. J., Perry, W., & Meyer, G. (2003a). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index Incorporating the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 149–156. doi: 10.1207/S15327752JPA8102_06

- 86) Viglione, D. J., Perry, W., Meyer, G., Jansak, D., & Exner, J. E. (2003b). Modifying the Rorschach Human Variable to Create the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment*, *81*(1), 64–73. doi: 10.1207/S15327752JPA8101_06
- 87) Viglione, D. J., Perry, W., Giromini, L., & Meyer, G. J. (2011). Revising the Rorschach Ego Impairment Index to Accommodate Recent Recommendations About Improving Rorschach Validity. *International Journal of Testing*, *11*, 349–364. doi: 10.1080/15305058.2011.589019
- 88) Von Der Tann, M. (Ed.). (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2. Manual of diagnosis and treatment planning*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- 89) Weiner, I. B. (1966). *Psychodiagnosis in Schizophrenia*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 90) Weiner, I. B. (1999). Contemporary perspectives on Rorschach assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, *15*(1), 78–86. doi: 10.1027//1015-5759.15.1.78
- 91) Weiner, I. B. (2003). *Principles of Rorschach Interpretation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 92) Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Basic.

Seznam příloh

Příloha 1: Zadání magisterské diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt v českém jazyce

Příloha 3: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 4: Ukázka části matice dat

Příloha 1: Zadání magisterské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Faculty of Arts
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Full-time
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. MARKOVÁ Veronika	Hildy Synkové 997, Brumov-Bylnice - Brumov	F140349

TÉMA ČESKY:

Index poškození funkcí Ega a jeho měření v Rorschachově metodě u vybraných klinických skupin

TÉMA ANGLICKY:

The Rorschach Ego Impairment Index and its measuring in selected clinical groups

VEDOUCÍ PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti klinické psychologie, psychodiagnostiky, psychopatologie, dynamické psychoterapie, Rorschachovy metody, psychologie osobnosti, sociální psychologie - téma konceptu Ega.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu využití databáze EBSCO - zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP. Klíčové je zaměření na koncept Ega a jeho vývoj, index poškození Ega a jeho měření v Rorschachově metodě.
4. Rámcová osnova teoretické části:
 - a. Koncept Ega, Ego-psychologie, funkce Ega
 - b. Tvorba indexu poškození Ega a jeho měření v projektivní metodě ROR
 - c. Výzkumné využití indexu poškození Ega
5. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - a. Administrace projektivní metody ROR u vybraných klinických skupin (pracovním předpokladem je získání min. dvou souborů pacientů s psychotickými a neurotickými poruchami)
 - b. Měření indexu poškození Ega u administrovaných klinických skupin
 - c. Předpokladem je záměrný výběr s ohledem na možnosti spolupráce s odpovídajícími institucemi a dostupnost k vybranému vzorku
 - d. Předpokladem je získání min. 40 probandů (tj. dvě skupiny po 20 osobách).
6. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Adrian, Ch., & Kaser-Boyd, N. (1995). The Rorschach Ego Impairment Index in Heterogeneous Psychiatric Patients. *Journal of Personality Assessment*, 65 (3), 408-414.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic Foundations and Principles of Interpretation. Volume 1.* (4ed). New Jersey: Wiley and sons.
- Exner, J. E. (2009). *Rorschach. A Workbook for the Comprehensive system*, 5th ed. (překlad Petržela, M.) Praha: Hogrefe.
- Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci.* Praha: Grada.
- Perry, W., Viglione, D. J. & Braff, D. (1992). The Ego Impairment Index and Schizophrenia: A Validation Study. *Journal of Personality Assessment*, 59 (1), 165-175.
- Weiner, I., B. (2003). *Principles of Rorschach Interpretation.* Vancouver: Routledge.

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Index poškození funkcí Ega a jeho měření v Rorschachově metodě u vybraných klinických skupin

Autor práce: Bc. Veronika Marková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Počet stran a počet znaků: 100 stran, 208 565 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 92

Abstrakt:

Tato práce se zabývá Indexem poškození funkcí Ega (EII-2) a ověřením jeho diskriminační schopnosti v českých podmínkách. Cílem výzkumu bylo zjištění míry EII-2 u schizofrenních a neurotických pacientů, ověření vztahu míry EII-2 a vybraných proměnných, popis charakteru objektních vztahů za pomoci škály koncepce objektu (COR) a deskripce specifík vnímání lidských reprezentací u osob s odlišnou diagnózou. Výzkumný vzorek byl získán metodou záměrného výběru přes instituci v kombinaci s dobrovolným samovýběrem. Data byla získávána pomocí administrace Rorschachovy metody. Byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl v míře EII-2 jednak u schizofrenních a neurotických pacientů, jednak u klinické a neklinické skupiny. Nebyla prokázána signifikantní korelace míry EII-2 se závažností onemocnění. Se statistickou významností nebyl potvrzen rozdíl ani v míře EII-2 v závislosti na pohlaví a přítomnosti partnerského vztahu, ani ve skórech na škále COR a subškálách OR+ a OR- v závislosti na diagnóze. Neurotičtí pacienti častěji spojovali lidské reprezentace s achromatickými determinantami, schizofrenní se speciálními kognitivními skóry, minusovou kvalitou formy, špatnou lidskou reprezentací a obsahy „oblečení“ a „věda“.

Klíčová slova: Index poškození funkcí Ega (EII-2), Škála koncepce objektu (COR), Rorschachova metoda (ROR)

Abstract of thesis

Title: The Rorschach Ego Impairment Index and its measuring in selected clinical groups

Author: Bc. Veronika Marková

Supervisor: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 100 pages, 208 565 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 92

Abstract:

This work relates to Ego Impairment Index (EII-2) and verifies its discriminatory ability in the Czech environment. The goal of the research was to determine the level of EII-2 among patients with schizophrenia and neurosis, to verify the relationships between EII-2 and selected variables, to describe the character of object relationships using the Concept of the object on the Rorschach Scale (COR), and to describe specificities of a perception of human representations among patients with a diverse diagnosis. A research sample was selected by a judgmental sampling through the institution combined with a self-selecting sampling. A data was acquired by the administration of Rorschach method. A statistically significant difference between the level of EII-2 among patients with schizophrenia and neurosis and among a clinical and a nonclinical sample was confirmed. No statistically significant difference was found neither in the level of EII-2 in its dependency on a gender or on a relationship status, nor in the scores on COR, OR+ and OR-. A link between the level of EII-2 and the severity of illness was not proved to be statistically significant. Patients with neurosis more often associated human representations with achromatic determinants, patients with schizophrenia with special cognitive scores, distorted form quality, poor human representation and contexts of clothing and science.

Key words: Ego Impairment Index (EII-2), Concept of the object on the Rorschach Scale (COR), Rorschach method (ROR)

Příloha 4: Ukázka části matice dat

*MQ-	PHR	*PHR	GHR	*GHR	R	*R	const.	EII-2
0,396	5	0,585	0	0	30	1,98	0,038	2,123
0	1	0,117	1	0,104	14	0,924	0,038	-0,451
0,396	5	0,585	3	0,312	17	1,122	0,038	0,488
0	2	0,234	2	0,208	23	1,518	0,038	-1,035
0	1	0,117	3	0,312	16	1,056	0,038	-0,9
0	3	0,351	5	0,52	19	1,254	0,038	-0,424
0,792	9	1,053	7	0,728	28	1,848	0,038	1,901
0,396	6	0,702	7	0,728	33	2,178	0,038	-0,389
0	0	0	2	0,208	20	1,32	0,038	-1,14
0	0	0	0	0	19	1,254	0,038	0,709
0	1	0,117	5	0,52	17	1,122	0,038	-0,469
0	2	0,234	5	0,52	29	1,914	0,038	0,233
0	6	0,702	7	0,728	42	2,772	0,038	-1,091
0,198	3	0,351	7	0,728	22	1,452	0,038	0,48
0	0	0	1	0,104	14	0,924	0,038	-0,289
0	6	0,702	2	0,208	32	2,112	0,038	0,648
0,198	8	0,936	4	0,416	27	1,782	0,038	1,755
0	0	0	3	0,312	27	1,782	0,038	-1,513
0,396	5	0,585	4	0,416	18	1,188	0,038	-0,134
0	1	0,117	4	0,416	15	0,99	0,038	-0,967
0	3	0,351	5	0,52	19	1,254	0,038	0,25
0,198	2	0,234	3	0,312	17	1,122	0,038	-0,473
0	1	0,117	8	0,832	17	1,122	0,038	-1,449
0	1	0,117	1	0,104	16	1,056	0,038	-0,229
0,198	3	0,351	8	0,832	35	2,31	0,038	-0,264
0,198	3	0,351	2	0,208	18	1,188	0,038	0,538
0,198	5	0,585	2	0,208	21	1,386	0,038	2,239
0,396	3	0,351	7	0,728	33	2,178	0,038	-0,562
0	1	0,117	2	0,208	16	1,056	0,038	-0,874
0	4	0,468	4	0,416	23	1,518	0,038	0,504
0	7	0,819	0	0	22	1,452	0,038	2,61
0	0	0	4	0,416	18	1,188	0,038	-1,38
0	3	0,351	4	0,416	25	1,65	0,038	-0,702
0,198	2	0,234	1	0,104	19	1,254	0,038	1,19
0	0	0	3	0,312	21	1,386	0,038	-0,783
0	1	0,117	6	0,624	19	1,254	0,038	-0,1
0,396	4	0,468	3	0,312	20	1,32	0,038	0,657
0	4	0,468	1	0,104	14	0,924	0,038	0,562
0	0	0	2	0,208	30	1,98	0,038	-1,008
0	6	0,702	4	0,416	37	2,442	0,038	-0,369