

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

PROJEVY PSYCHÓZ V METODĚ HAND TEST

MANIFESTATIONS OF PSYCHOSIS IN THE HAND TEST



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Michaela Králová

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

Olomouc

2017

Prohlášení

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Projevy psychóz v metodě Hand Test“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Martinovi Lečbychovi, Ph.D. za cenné rady, odborné vedení a vstřícný přístup při psaní této diplomové práce. Poděkování patří také panu PhDr. Martinovi Jánišovi z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a panu Mgr. Martinovi Vaverkovi z Psychiatrické léčebny Šternberk za spolupráci na výzkumné části. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům podílejícím se na výzkumu a mému příteli Markovi za psychickou podporu.

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	8
1 Psychózy	8
1. 1 Definice psychózy.....	8
1. 2 Projevy psychóz.....	9
1. 2. 1 Poruchy vnímání	10
1. 2. 2 Poruchy myšlení	11
1. 2. 3 Poruchy emotivity.....	12
1. 2. 4 Poruchy chování	13
1. 3 Starší dělení psychóz	13
1. 3. 1 Organická psychóza	14
1. 3. 2 Afektivní psychóza	14
1. 3. 3 Toxická psychóza	15
1. 3. 4 Laktační psychóza.....	16
1. 3. 5 Schizofrenie	17
1. 4 Zařazení psychóz do MKN-10.....	17
2 Kognitivní funkce u psychóz	21
2. 1 Kognitivní funkce v průběhu nemoci	22
2. 2 Jednotlivé kognitivní funkce u psychóz.....	24
2. 2. 1 Pozornost	24
2. 2. 2 Paměť	25
2. 2. 3 Exekutivní funkce	26
2. 2. 4 Myšlení	27
2. 2. 5 IQ	29
2. 2. 6 Verbální funkce.....	29
2. 2. 7 Sociální kognice.....	30
2. 3 Psychóza ve výkonových testech.....	32
3 Projektivní metody.....	34
3. 1 Hand Test.....	36
3. 1. 1 Deskripce testu.....	36
3. 1. 2 Teoretický základ.....	37

3. 1. 3 Podnětový materiál a administrace	37
3. 1. 4 Skórování	38
3. 1. 4. 1 Interpersonální odpovědi (INT)	38
3. 1. 4. 2 Environmentální odpovědi (ENV)	39
3. 1. 4. 3 Maladjustivní odpovědi (MAL)	39
3. 1. 4. 4 Odpovědi stažení se (WITH)	40
3. 1. 4. 5 Obsahové skóry	40
3. 1. 4. 6 Další znaky protokolů - počet odpovědí a reakční čas	42
3. 1. 5 Hand Test a výzkum	42
3. 1. 5. 1 Patologie (PATH)	43
3. 2 Rorschachova metoda	46
3. 2. 1 Deskripce testu	46
3. 2. 2 Speciální skóry	46
3. 2. 3 Indexy SCZI a PTI	49
3. 2. 4 Protokoly charakteristické pro jedince s psychózou	49
3. 2. 5 Další znaky protokolů – šokové fenomény a počet odpovědí	51
3. 3 Tematický apercepční test	52
3. 3. 1 Deskripce testu	52
3. 3. 2 TAT a Výzkum	52
3. 3. 3 TAT a interpersonální decentrace	54
3. 3. 4 TAT a Skórovací systém komunikační deviace	54
PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE	58
4 Výzkum a jeho cíle	58
5 Kvalitativní část výzkumu	59
5. 1 Metody získávání dat	59
5. 2 Etické aspekty výzkumu	60
5. 3 Charakteristika populace	60
5. 4 Metoda sběru výzkumného souboru	61
5. 5 Výzkumný soubor	62
5. 6 Typ kvalitativního výzkumu	63
6 Výsledky kvalitativní analýzy	64
7 Kvantitativní část výzkumu	91
7. 1 Metody a průběh sběru dat	91

7. 2 Charakteristiky výzkumných souborů	91
8 Statistická analýza dat.....	93
8. 1 Zhodnocení platnosti hypotéz	97
9 Diskuze	98
Závěr	108
Souhrn	110
Seznam použitých zdrojů a literatury	113
Přílohy.....	123

Úvod

Psychóza je závažné psychické onemocnění. Lidé s diagnózou zahrnující psychózu vnímají věci, které pro nás nejsou reálné a přemýšlí o věcech, které jsou pro nás méně srozumitelné. Takový člověk se pak mnohdy stahuje ze sociálního prostředí, protože mu druzí nevěří ani nerozumí. Existuje několik psychologických nástrojů, kterými se dá psychóza podchytit. Nejobraznější pohled pak dostáváme z projektivních metod, které dokáží zachytit jak neurokognitivní narušení, tak odlišnosti v nastavení a dynamice osobnosti. Mezi nejčastěji užívaný nástroj v klinické oblasti patří Rorschachova metoda. My se zde v této diplomové práci ale budeme zabývat další velmi rozšířenou projektivní metodou, a tou je Hand Test. Tento rychlý a na administraci nenáročný test nám nabízí pohled na behaviorální tendence člověka, a to nejen v interpersonálních situacích.

Projevy psychóz v Hand Testu byly doposud zkoumány spíše kvantitativním přístupem využívajícím standardní skórovací systém. Cílem této diplomové práce je ale zaměřit se na kvalitativní analýzu a pokusit se v protokolech identifikovat charakteristické prvky typické právě pro jedince s psychózou. Tyto prvky se pokusíme interpretovat v souvislosti s příznaky psychotického onemocnění. Dojde také ke statistickému porovnání jejich výskytu mezi jedinci s psychózou a zdravou populací.

Tato diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se seznámíme s psychózou, jejími projevy, druhy a diagnostikou, s Hand Testem a zároveň s dalšími projektivními metodami, které dokáží zachytit projevy psychóz. Praktická část je založena na kvalitativně kvantitativním výzkumu, na interpretaci výsledků a následné diskuzi o této problematice. Tato práce může přinést zajímavá zjištění přesahující do klinické diagnostiky psychóz.

TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1 Psychózy

1. 1 Definice psychózy

Obecně lze říci, že psychóza je závažné psychické onemocnění, které může mít mnoho podob a které můžeme zařadit hned do několika diagnostických kategorií. Samotné slovo psychóza vzniklo ze spojení slova psyché, což řecky znamená duše a „óza“, což je označení, které se používá v medicíně pro nemoc. Dohromady tedy jako nemoc duše (Dörner & Plog, 1999).

Britannica (2009) definuje psychózu jako „závažný projev duševní poruchy vyznačující se neschopností vnímat správně realitu. Psychóza se může vyskytnout při mnoha onemocněních včetně schizofrenie, mánie, deprese a také u stavů navozených drogami“ (324). Další vypovídající definici nabízí Dörner et al. (1999), podle kterých je psychóza:

Duševní choroba, při níž dochází k těžkému narušení a změně uvědomování si sebe sama, ostatních osob a vnějšího světa, ke změně aktivity, osobnosti, eventuálně intelektu, což se projevuje zřetelnou poruchou chování a způsobem života, jehož psychopatologii nemocný do určité míry akceptuje (201).

O vzniku tohoto onemocnění toho víme jen málo. Přesto je ale známo, že psychóza nemá jedinou příčinu svého vzniku. Podílí se na tom biologické faktory, jako je dědičnost, odlišnosti ve struktuře a fungování CNS, prenatální i perinatální odchylky ve vývoji. Na to mohou nasedat tělesné vlivy (hormonální změny), stejně tak jako psychické vlivy v dětství. Zároveň nesmíme opomenout sociální i kulturní faktory prostředí, ve kterém jedinec žije. Všechny tyto faktory přispívají ke zranitelnosti osobnosti, jenž má tak dispozice k propuknutí nemoci (Dörner & Plog, 1999).

Samotná nemoc se může projevit nárazovitě, nečekaně nebo může přicházet plíživě, přičemž je zpočátku velmi těžké rozpoznat její příchod. Může mít návaznost na složitou situaci v životě jedince (přizpůsobení se požadavkům dospělosti a jiné). Následně se projevuje celou škálou psychotických příznaků, mezi které patří poruchy vnímání, poruchy myšlení, poruchy emotivity i poruchy chování. Dochází ke změně osobnosti (Malá & Pavlovský, 2002).

Výzkumy ukazují, že lidé s propuknutím psychózy v dospělosti vykazovali v raném dětství narušení ve vývoji řeči a motorických funkcích. Ve školních letech dochází k horší sociální adaptaci a sníženým výkonům ve výuce, s čímž souvisí mírné narušení kognitivních funkcí a snížená regulace emočních projevů. V období dospívání je pro tyto chlapce typické „*hyperreaktivní chování s hostilitou vůči dospělým i dětem, připomínající poruchy chování, a zároveň vyjadřují výraznou úzkost ohledně přijetí své osoby dětmi i dospělými*“ (Paclt, 2011, odst. 9), zatímco dívky mají nízkou reaktivitu chování, jsou depresivnější a drží si sociální odstup nejen od dospělých.

Kalina (1987) představuje tři fáze psychotického stavu. První fází je ta přípravná (prodromální), která se projevuje mírnými příznaky, které se neshodují s obvyklým chováním člověka. Objevuje se rozmrzelost, vztahovačnost, zvýšená úzkostnost, nestabilní emoční stavy. Jedinec se většinou uzavírá sám do sebe se svými problémy a straní se okolnímu světu. Pomalu se začíná měnit jeho obraz o sobě, okolních lidech i o světě. Další fází je období rozvinuté psychózy (ataka), ve kterém se již naplno projevují všechny odchylky od zdravého stavu, jako halucinace, bludy, změny nálad, zkreslené vnímání reality a změny v chování neodpovídající situaci. V této fázi je potřebná hospitalizace a odpovídající léčba. Poslední fází je období reziduální (vyhasínání), které může trvat od několika hodin po několik týdnů. Nejvýraznější příznaky ustupují, ale stále se objevuje mírná nesoustředěnost, netečnost, apatie. Tyto jednotlivé fáze jsou různě dlouhé i v dalších atakách, které se mohou objevit.

Nelze také přesně říci, jaká bude prognóza onemocnění. V některých případech je ataka velmi krátká, někdy nabývá i týdnů. Na psychózu se vztahuje třetinové pravidlo. Jedna třetina pacientů s psychózou se vyléčí bez následků, u další třetiny dochází k částečné remisi, kdy se nemoc nepravidelně vrací, a u poslední třetiny nabývá onemocnění chronického charakteru (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015).

1. 2 Projevy psychózy

Zatímco zdravý člověk vnímá sebe i své tělo jako ohraničené v prostoru a v čase, ví, jaké jsou jeho myšlenkové pochody i projevy chování, člověk s psychózou má tyto kategorie rozbité a splývavé. Nedokáže rozpoznat, co je opravdu jeho a co už není, které myšlenky, slova, činy, i prožitky. Mezi jeho světem a tělesným já je najednou vytvořená

bariéra, která jedinci neumožňuje, aby se zvládnul orientovat a adaptovat v okolním světě, místo toho se mu více vzdaluje. Já se v takové chvíli musí neustále ujišťovat o okolním světě, jinak dochází k dezintegraci jeho identity. Se změnou prostoru a času vnímá jedinec úzkost z chaosu, ve kterém musí využít svých posledních sil, aby dokázal vyvinout obrany. Následně, když síly dochází, strukturované uspořádání světa opět mizí a jedinec zažívá prázdnotu bez emocí i myšlenek. Takto by mohl vypadat prožitkový model psychózy (Malá & Pavlovský, 2002).

Příznaky, které se k psychotickému stavu pojí, můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Ty pozitivní v sobě zahrnují jakoby něco navíc, co u zdravého člověka nevidíme, v myšlení to mohou být bludy, ve vnímání halucinace, dále pak zvláštní projevy v chování či řeči. U negativních příznaků naopak něco postrádáme, může jít o ztrátu volního úsilí, o strnulost v pohybech, o emoční apatii či sociální stažení (Možný, 1999).

Jak již bylo výše zmíněno, psychóza se projevuje narušením kontaktu s realitou, poruchami vnímání, myšlení, emotivity a chování, které si zde popíšeme, abychom získali bližší představu o tom, nakolik se liší psychotický stav od toho psychicky zdravého.

1. 2. 1 Poruchy vnímání

Díky vnímání si dokážeme uvědomovat okolní svět, to, jak vypadá a co se v něm děje. Aby naše vnímání fungovalo optimálně, je třeba mít zdravé smyslové orgány a také nervové dráhy, které převádí tyto podněty do mozku. Mezi kvalitativní poruchy vnímání patří iluze a halucinace, přičemž u psychóz se nejčastěji setkáváme s halucinacemi (Orel et al., 2012).

Halucinace můžeme definovat jako *„falešné smyslové vjemy, které jsou zakoušeny bez odpovídajícího vnějšího podnětu, ale přesto se zdají být naprosto reálné“* (Britannica, 2008, 238). Juan (2000) rozdělil ve své publikaci halucinace do šesti kategorií:

- sluchové: zahrnují zvuky, hlasy (patřící osobě, kterou jedinec může nebo nemusí znát). Tyto hlasy mohou vycházet z nejrůznějších věcí, zvířat, zařízení nebo i z vlastního těla. Hlasy mohou být příjemné, ale i obviňující, rozkazující či ponižující
- zrakové: v podobě příjemných, ale častěji odporných a děsivých věcí, zvířat, lidí

- dotykové: pocity doteku na kůži v podobě mravenčení, bolesti, elektrických impulsů apod.
- kinestetické: pocity změny tvaru, velikosti i pohybů vlastního těla
- čichové: příjemné, ale častěji odpuzivé pachy
- chuťové: strach z jedu v jídle, odporné chuti jídla apod.

Halucinace, nejčastěji ty sluchové, přichází při propuknutí ataky. Jedinec si myslí, že všechny zvuky pochází zvenku, jsou ale výplodem jeho mysli. V mírnější formě radí, komentují chování, v té vážnější formě přikazují, vyhrožují nebo nadávají. U nemocného vyvolávají velký strach a úzkost, neboť nemá žádnou možnost, jak se jim bránit. Tyto hlasy mají obvykle původ v pacientově životě, v jeho minulosti, většinou jako odraz rodičovské výchovy, která neustále říká, co se může, nemůže dělat, která kárá nebo napomíná, nebo jako odraz stresových situací (Kalina, 1987).

1. 2. 2 Poruchy myšlení

Pro uchopení toho, co to myšlení je, můžeme použít definici Orla (2012), který píše, že je to „nejvyšší forma poznávání, která nám umožňuje pojímat vztahy, interpretovat, nacházet souvislosti, pracovat s představami a pojmy“ (76). Při poruše myšlení jsou tyto schopnosti různě závažným způsobem narušeny.

U psychóz se můžeme setkat s různými druhy poruch struktury myšlení, které se vyznačují narušením vazeb, asociací a posloupnosti myšlenek (Orel et al., 2012). Mezi ně patří myšlení: ulpívavé, nevypravné, zabíhavé, symbolické, paralogické, obsedantní, inkohorentní, katatymní, autistické, paranoidní a pseudofilozofující (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Kromě struktury myšlení může být narušen i jeho obsah, což se projevuje přítomností bludu. Blud můžeme definovat jako „falešnou nebo iracionální myšlenku, na které osoba pevně lpí i přes zjevný nebo objektivní důkaz o její neplatnosti“ (Britannica, 2008, 314).

Bludy můžeme rozdělit do tří kategorií. První z nich jsou bludy depresivní, které jsou typické negativním emočním laděním, mezi něž lze zařadit bludy: mikromanické, autoakuzační, insuficienční, obavné, ruinační, nihilistické, hypochondrické a bludy eternity a enormity (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Dále jsou bludy expanzivní, které se vyznačují povznesenou náladou, a mezi něž řadíme bludy: megalomanické,

extrapotenční, originální, inventorní, religiózní, erotomanické, kosmické a blud eternity (Orel et al., 2012). Poslední skupinou bludů jsou ty paranoidní, u nichž je patologicky zvýšená vztahovačnost. Jsou zde bludy: perzekuční, emulační, erotomanické a transformační (Hosák et al., 2015). Všechny tyto druhy bludů se mohou objevovat samostatně nebo v kombinaci a má se za to, že mají návaznost na sociální a kulturní prostředí, ve kterém jedinec žije (např. Nakonečný, 2003; Dwivedi, 2015).

1. 2. 3 Poruchy emotivity

Emoce můžeme definovat jako „*vyjádření vnitřního postoje. Mají hodnotící význam... jsou vysoce subjektivní a dynamické.... Doprovázejí všechny duševní pochody... a mají tělesný doprovod*“ (Orel et al., 2012, 68). Emoce v psychotickém stavu přestávají odpovídat okolní situaci. Zároveň se také často a nečekaně mění a kolísají mezi extrémem mánie a deprese. Setkáváme se s nimi u schizoafektivních poruch či dalších afektivních poruch s psychotickými příznaky.

Člověk v mánii má pocit, že je všeho schopný. Je plný nových myšlenek, neustále se věnuje nějakým činnostem, od kterých často utíká k jiným a nikdy je nedotáhne do konce. Tento spontánní proud myšlenek i aktivit neumí zastavit. Jeho nálada je povznesená, radostná, ale také povrchní. V tomto stavu má svůj vlastní svět, který není možné zvenku ovlivnit. Vyhledává společnost a pozornost pro své chování, a to za účelem vlastního potěšení. Velmi často podléhá užívání návykových látek a promiskuitnímu sexuálnímu chování (Kalina, 1987). Výstřední vzhled i impulsivní chování doprovází tento emoční stav. Jedinec se cítí být stále čilý, nemá potřebu spánku. Kvůli postupnému vyčerpání se může dostavit roztěkanost, dezorientace v čase, až halucinační či blouznivé jednání (Gay, 2010).

Ve stavu deprese dochází k celkovému zpomalení jedince. Ten ztrácí zájem o jakoukoliv aktivitu, zpomaluje se myšlení, řeč i motorické reakce. Jedinec pocíťuje smutnou náladu, která ho velmi vyčerpává. Ztrácí volní úsilí, chuť k jídlu, jeho spánek je narušen. Objevují se sebevražedné sklony (Gay, 2010). Zatímco deprese u člověka bez narušeného vnímání reality pochází většinou z reálných událostí v životě, u jedinců s psychózou může pocházet i mimo realitu z představ, čímž nemocný člověk nemůže nikdy dosáhnout na příčiny své negativní nálady. Jedinec si vytváří fantazie o vlastním provinění, o tom, že je za všechno zodpovědný, což může přerůst až do bludů, které tuto depresi

udržují. Mohou se objevit i sluchové halucinace v podobě hlasů, které jedince ponižují a potvrzují ho v jeho neschopnosti (Kalina, 1987).

1. 2. 4 Poruchy chování

Mezi poruchy chování můžeme obecně zařadit poruchy jednání a poruchy psychomotoriky, které dávají dohromady obraz neobvyklých vnějších projevů.

Poruchy jednání mohou být impulsivní, což je okamžité a nutkavé chování bez možného podnětu, dále pak zkratkovité, kdy člověk nerozvažuje nad způsoby jednání, ale vybere první, který jej napadne, kompulsivní, které má nutkavý charakter a snaží se neutralizovat obsedantní myšlenky. Mezi poruchy psychomotoriky pak můžeme zařadit katatonní jednání, které se projevuje buď neproduktivní formou, kdy dochází ke stuporu, nehybnosti, celkově se pohyby zpomalí, až zastaví, nebo naopak produktivní formou, pro kterou je typický psychomotorický neklid, agitovanost, raptus a další kvalitativní psychomotorické poruchy (Slezáková et al., 2013).

1. 3 Starší dělení psychóz

Ve starší literatuře se můžeme setkat s pojmy endogenní a exogenní psychóza. U endogenní neboli funkční psychózy nemůžeme zjistit jakékoliv poškození mozku, přestože jeho funkce je značně narušena, stejně tak nelze nalézt určitý faktor z okolí, na který by nemoc nasedala (Možný, 1999). Oproti tomu exogenní psychóza není primárním onemocněním. Nasedá na jiné nemoci, jako je Parkinsonova nemoc, epilepsie, u kterých je již poškození mozku viditelnější. Psychóza je v tomto případě spíše symptomem organického, tělesného či jiného onemocnění (Ban & Udabe, 1990).

Další klasifikace zahrnuje tyto druhy psychóz: organická, afektivní, toxická, laktační a schizofrenní. Můžeme na ně pohlížet jako na onemocnění, které se vyznačují podobnými symptomy, ale liší se podnětem, který je vyvolal. Zde si je blíže popíšeme.

1. 3. 1 Organická psychóza

U organické psychózy, dnes nazývané organické halucinózy, můžeme najít strukturální či funkční narušení mozku, které způsobí rozvoj psychotického stavu. Příčina tohoto poškození může a nemusí být zcela známa. Z těch známých jsou to různá onemocnění či úrazy. Takto vyvolaná psychóza může a také nemusí být reverzibilní v závislosti na příčině vzniku. Obvykle přichází pomalu a postupně, s hlavními příznaky zmatení, dezorientace v čase a prostoru, s poruchami paměti a změnou osobnosti (Collins, Culbertson, & Koenig, 2003). Nejčastějšími onemocněními, na něž organická psychóza nasedá, jsou demence, nádory, cévní mozková příhoda, infekční onemocnění a nemoci centrální nervové soustavy.

Elea Carey (2016) doplňuje další onemocnění, která mohou způsobit psychotický stav. Patří zde Alzheimerova demence, Parkinsonova a Huntingtonova choroba, dále pak chromozomální poruchy, cysty a léze na mozku, syfilis, HIV a další infekční onemocnění, a také epilepsie.

1. 3. 2 Afektivní psychóza

O psychózách můžeme hovořit i v kontextu poruch emotivity (hluboká deprese, mánie, bipolární poruchy). Souhrnně jsou označovány jako afektivní neboli maniodepresivní psychózy (v dnešní terminologii schizoafektivní poruchy), kvůli závažnému charakteru jejich průběhu. Důležité je poznamenat, že se zde neobjevují pouze poruchy emotivity, ale i další příznaky psychózy, jako jsou bludy či halucinace (Mentzos, 2012).

Ať je jedinec zrovna ve fázi mánie či deprese, dochází k jeho odtržení od reality, což je základním znakem psychózy. V depresivní fázi se jedinec stahuje do sebe, je nešťastný, objevují se u něj autoakuační, mikromanické bludy či bludy spojené s představou závažné nemoci. Ve fázi mánie je jedinec veselý, rozjařilý, nezná svých hranic, jeho chování je impulsivní a spojené s rizikovými faktory (návykové látky, nechráněný sex apod.). Zde se také objevují velikášské bludy, kdy je člověk přesvědčen o svém vysokém postavení, objevit se mohou ale i bludy vztahovačnosti z důvodu povrchnosti a citlivosti na reakce ostatních (Kalina, 1987).

Afektivní psychóza se může vyskytovat jako unipolární onemocnění (pouze mánie či pouze deprese) nebo jako bipolární onemocnění (střídání mánie a deprese). Mezi fázemi

se jedinec může navrátit do svého původního stavu. V případě bipolární varianty se nedá přesně určit, která fáze bude následovat a také kdy znovu propukne. Jednotlivé fáze ale obvykle nezanechávají vliv na kognitivních funkcích. Vlivem nekontrolovatelného chování je zde komorbidita se závislostí na drogách až v 60% případů. Zároveň je zde dvakrát až třikrát větší úmrtnost v návaznosti na depresivní stavy a sebevražedné sklony (Gay, 2010).

1. 3. 3 Toxická psychóza

Tento druh psychózy se objevuje při užívání psychoaktivní látky. To, kdy psychotický stav propukne, závisí na predispozicích člověka, na délce užívání návykové látky a také na jejím druhu. Kromě halucinací, které jsou nejčastěji sluchové, a bludných představ se mohou objevit také potíže s psychomotorikou či poruchy nálady. Tyto projevy většinou vymizí do jednoho měsíce, nejpozději do šesti měsíců. V případě, že je jedinec nebezpečný sobě nebo okolí, je třeba volit jeho hospitalizaci. Obecně se může toxická psychóza objevit primárně jako důsledek užívání psychoaktivní látky, nebo naopak, člověk může být predisponován k tomuto onemocnění a užití látky jen spustí akutní stav (Hosák et al., 2015).

U alkoholu se toxická psychóza objevuje následkem dlouhodobého užívání. Nazývá se alkoholová halucinóza, neboť je tento psychotický stav doprovázen zejména sluchovými halucinacemi a silnými úzkostnými stavy ve večerních hodinách (Malá & Pavlovský, 2002). Objevit se mohou ale také zrakové a tělesné halucinace, jedinec vidí osoby, které tam nejsou, nebo malá drobná zvířata. Mohou je doprovázet tělesné příznaky v podobě třesu, únavy či bolesti hlavy. Po odeznění akutního stavu se psychický stav upraví zpět do toho původního (Richterová, Holub, Mečíř, & Trnka, 1969).

Setkat se zde můžeme také s alkoholickou paranoidní psychózou, při které se po užití alkoholu objevují i bludy. Ty mají charakter žárlivosti, paranoi nebo perzekuce a mohou být založeny na reálném základu (např. konflikty s okolím či partnerské problémy způsobené pitím). Specifickým typem je pak Korsakova psychóza, pro kterou je, kromě halucinací a perzekučních bludů, typická také porucha vstřípivosti paměti (Hosák et al., 2015).

U stimulancí a halucinogenů vzniká toxická psychóza spíše po dlouhodobém a častém užívání návykové látky ve vysokých dávkách. Z počátku přichází bludy

paranoidně-perzekuční, mohou se objevit také nepříjemné pocity larev hmyzu pod kůží. Jedinec si zvláštnost svého stavu uvědomuje, ale s dalšími psychotickými atakami a delším užíváním látky se tato uvědomělost vytrácí. Bludné příznaky se rozšiřují, psychóza se prohlubuje a jedinec pomalu ztrácí kontakt s realitou, neboť jeho vnímání okolního světa je narušeno. Tento stav je pro člověka nebezpečný v tom smyslu, že nevíme, kdy se jedinec projeví agresivně nebo nebezpečně vůči sobě i okolí, navíc dochází nenávratně k poškození psychiky. Je zde častá hospitalizace jedince (Mahdaličková, 2014).

1. 3. 4 Laktační psychóza

Protože porod představuje pro ženu období velkých neurohormonálních změn v těle, mohou se objevit některé psychické potíže. Známý jsou poporodní deprese, úzkost, ale také laktační psychóza, dnes označována jako poporodní psychóza. Ta se projevuje jako „*fluktující stavy zmatenosti, dezorganizované myšlení, poruchy chování, absence náhledu na onemocnění, bludy vztahovčnosti, paranoidity, žárlivosti a velikášství, podezřívavost, poruchy vnímání a orientace a nedostatečná péče o sebe sama*“ (Takács, Sobotková, Šulová et al., 2015, 78).

Mohou se objevit projevy z celé škály psychotických příznaků, od maniodepresivních stavů po schizofrenii. Obvykle začíná od několika dní po porodu až do 3-6 týdnů po něm. Pokud má psychóza rychlý začátek, pak obvykle také brzy odezní a prognóza je příznivá. Pokud psychóza přichází plíživě, a navíc má depresivní a schizofrenní příznaky, pak je prognóza horší (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014).

Dnes se má již za to, že poporodní psychóza není samostatnou jednotkou, ale jedná se o relaps již diagnostikované nemoci nebo o prvotní ataku. Prevalence je přibližně 0,1% u všech porodů. Pokud má žena v rodinné anamnéze psychotické onemocnění, pak stoupá riziko psychózy, stejně tak, pokud se tento stav objevil u dřívějšího porodu (Ayers & Visser, 2015). Ve většině případů je potřeba psychiatrická péče, a to z důvodu zachování bezpečí matky i dítěte, neboť matka může mít v důsledku psychózy narušen vztah ke svému dítěti, ať už nutkavou starostlivostí, nezájmem či agresivitou (Dörner & Plog, 1999).

1. 3. 5 Schizofrenie

Slovo schizofrenie pochází z řeckého *schizein*, jako rozštěpit a *frén*, což znamená mysl. Dohromady tedy rozštěpená mysl. Tím se má na mysli rozštěpení uvnitř i mezi jednotlivými duševními funkcemi – myšlením a emocemi. V důsledku toho dochází k závažnému narušení vnímání reality (Lilienfeld, Lynn, Ruscio, & Beyerstein, 2011). V populaci se vyskytuje až v 1% případů, obvykle ve věku 16-30 let. Etiologie, stejně jako u ostatních psychóz, není zcela známa, ale váže se k biologickým, psychologickým i sociálním faktorům jedince. Ten je obvykle hypersenzitivní s vyšší vulnerabilitou, takže spouštěčem může být jakákoliv stresující situace, pozitivní i negativní (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2006).

Nakonečný (2003) popisuje jako základní příznaky schizofrenie rozpory v myšlení, citění a jednání, které probíhají svérázným a pro ostatní těžko pochopitelným způsobem. Vnímání reality je narušeno halucinacemi, myšlení je narušeno bludy, pocity jsou ambivalentní a chování se stává impulsivním a nepředvídatelným. S rostoucím množstvím atak dochází k rozpadu kognitivních funkcí, které jsou povětšinou trvalé. Kučerová a Říhová (2006) k tomu dodávají, že v akutním stavu schizofrenie jsou narušeny i další funkce, jako pozornost, koncentrace, paměť nebo vůle. Člověk se mění i v sociálním kontaktu i v kontaktu s okolním světem. Schizofrenie proto může mít mnoho podob, neboť u každého jedince se projevuje jinými symptomy.

Podle příznaků můžeme dělit schizofrenii na paranoidní, hebefrenní, katatonní a další, které budou popsány níže. I u tohoto onemocnění platí, že u jedné třetiny nemocných se objeví pouze jedna ataka, u druhé třetiny se ataky vrací po obdobích remise, a u poslední skupiny dochází k chronickému charakteru nemoci s postupujícím kognitivním deficitem (Malá & Pavlovský, 2002).

1. 4 Zařazení psychóz do MKN-10

Hlavní kategorií pro psychózy v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je F20-29 Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruch s bludy. Před tím, než si popíšeme jednotlivé typy, se seznámíme i s průběhem a délkou jejich trvání, které také nesou své specifické označení (Raboch et al., 2006):

- F20x.0 – chronický průběh
- F20x.1 – průběh v atakách s postupným defektem
- F20x.2 – se stabilním defektem
- F20x.3 – průběh v atakách s remisemi
- F20x.4 – neúplná remise
- F20x.5 – úplná remise

Dělení kategorie F20-29 a jejich popis (MKN-10, 2004, in ÚZIS, 2014a):

– **F20 Schizofrenie**

- **F20.0 Paranoidní schizofrenie:** typická bludy a halucinacemi, kterými se cítí být člověk ohrožen. Může mít pocit, že jej ostatní pronásledují, nebo že se o něm baví za jeho zády. Objevuje se celé spektrum těchto potíží. Je to nejčastější typ schizofrenie, který se objevuje ve vyšším věku (Ocisková & Praško, 2015)
- **F20.1 Hebefrenní schizofrenie:** „je typická pro adolescentní věk a je charakterizována především formálními poruchami chování, pseudofilozofováním, neadekvátní emotivitou a nápadnostmi v chování, které mohou připomínat bouřlivě probíhající pubertu“ (Pavlovský et al., 2012, 76)
- **F20.2 Katatonní schizofrenie:** projevuje se narušením motoriky a volných projevů. Objevuje se katatonní stupor (ztuhlost), mutismus (funkční ztráta řeči), negativismus (odpor vůči požadavkům), rigidita (ztuhlost pohybů), nástavy (zaseknutí v určité poloze) nebo naopak excitace (Malá & Pavlovský, 2002)
- **F20.3 Nediferencovaná schizofrenie:** takový psychotický stav, který nelze přesně zařadit do výše zmíněných kategorií, nebo má příznaky více těchto kategorií
- **F20.4 Postschizofrenní deprese:** depresivní ladění, které může následovat po psychotické epizodě, mohou být stále přítomny psychotické příznaky
- **F20.5 Reziduální schizofrenie:** představuje chronický průběh nemoci, u které již vymizely pozitivní psychotické příznaky, ale přetrvávají ty negativní, jako je emoční oploštělost, snížené psychomotorické tempo či snížené schopnosti komunikace (Pavlovský et al., 2012)

- **F20.6 Schizophrenia simplex:** je závažným typem s pozvolným nástupem převážně v adolescenci. Objevují se negativní příznaky s ochuzováním osobnosti, emoční oploštělostí, sníženou volní a pohybovou aktivitou. Jedinec o sebe přestává dbát, straní se ostatním, je bez aktivit, zájmů. Přechází do chronické formy s defektem (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010)
- **F21 Schizotypální porucha:** objevují se myšlenky podobné halucinacím a bludům, výstřední chování, poruchy myšlení a afektu. Jedná se spíše o celkové nastavení osobnosti s občasnými psychotickými atakami, které nejsou natolik závažné jako u schizofrenie.
- **F22 Poruchy s trvalými bludy:** existence bludů jako jediných psychotických příznaků, tudíž není možné použít jinou diagnózu
- **F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy:** psychotické příznaky a poruchy chování v kratší době, než která je potřeba pro diagnostiku schizofrenie či jiné poruchy (obvykle 1 měsíc)
- **F24 Indukovaná porucha s bludy:** přenesení symptomů na emočně blízkou osobu, po omezení kontaktu příznaky brzy vymizí
- **F25 Schizoafektivní poruchy:** spojují schizofrenní a afektivní symptomy
 - **F25.0 manický typ:** vyznačuje se bouřlivým průběhem, který obvykle končí uzdravením
 - **F25.1 depresivní typ:** horší prognóza, vysoké riziko suicidia
 - **F25.2 smíšený typ:** schizofrenní projevy s bipolární symptomatikou
- **F28 Jiné neorganické psychotické poruchy**
- **F29 Neurčené neorganické psychózy**

Organickou psychózu bychom v MKN-10 našli pod označeními **F06** Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí nebo pod **F09** Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha (MKN-10, 2004, in ÚZIS, 2014b). Toxická psychóza se řadí jako **F1x.5** Psychotická porucha a **F1x.7** Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem (x zde označuje určitý druh nebo druhy psychoaktivních látek) v kategorii **F10-19** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (MKN-10, 2004, in ÚZIS, 2014c). Afektivní

psychóza se může objevit v manické, depresivní i bipolární poruše mezi **F30-39** (MKN-10, 2004, in ÚZIS, 2014d).

2 Kognitivní funkce u psychóz

K diagnóze psychotických poruch neodmyslitelně patří i deficit v oblasti kognitivních funkcí. Do jaké míry jsou tyto funkce narušeny si představíme z následujících výzkumů.

Dříve se mělo za to, že kognitivní dysfunkce představuje jeden z dalších sekundárních symptomů psychózy. Dnes se již ví, že se jedná o samostatnou oblast. O kognitivním deficitu u psychóz se mluví jako o „jádrové“ či centrální charakteristice, která je typická právě u tohoto okruhu duševního onemocnění. Je to dáno tím, že se podle výzkumů objevuje až u 70-85% všech pacientů a velmi silně narušuje celkové fungování jedince (např. Shmukler, Gurovich, Agius, & Zaytseva, 2015; Rademeyer & Joubert, 2016; Mosiołek, Gierus, Koweszko, & Szulc, 2016). Má se za to, že jde o poměrně stabilní a spolehlivé projevy onemocnění, přestože se u každého jedince vyskytuje v různých oblastech kognice v rozličné míře (Bowie & Harvey, 2006). Ukazuje se také, že představuje lepší prediktor psychosociálního chování než ostatní klinické projevy, které jsou velmi rozmanité a nestabilní (Bowie et al., 2008, in Cuesta et al., 2015). Některé výzkumy poukazují na to, že kognitivní deficit je nezávislý na míře a závažnosti ostatních symptomů psychózy (Green, Kern, & Heaton, 2004), jiné ukazují korelaci s negativními symptomy, přičemž jejich vztah ale zatím nebyl vysvětlen (Furmaníková, 2009). Někteří odborníci jsou toho názoru, že právě kognitivní deficit a negativní příznaky narušují daleko více každodenní a sociální fungování jedince než výraznější, ale rychleji odstranitelné pozitivní příznaky (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 2011).

Za tři hlavní oblasti narušení kognitivních funkcí považujeme pozornost, paměť a exekutivní funkce (Rodriguez, & Mohr, 2004). Mezi další a výzkumy potvrzené narušené kognitivní oblasti patří: pracovní paměť, zpracovávání informací, sociální kognice, abstraktní myšlení a verbální fluence (např. Mosiołek et al., 2016; Shmukler et al., 2015; Bowie & Harvey, 2006; Kar, 2016). Toto narušení funkcí se objevuje i u jedinců, u kterých mohou být tyto projevy překryty pozitivními či negativními symptomy (Janík & Dušek, 1987). Výzkum měření a léčby za účelem zlepšení kognice u schizofrenie (MATRICS) popsal sedm hlavních neurokognitivních deficitních oblastí: verbální paměť, pracovní paměť, rychlost zpracování informací, uvažování a řešení problémů, pozornost, vizuální učení a sociální kognice (Green et al., 2004).

Tůma (1999, 15) rozlišuje tři úrovně kognitivního deficitu u psychotického onemocnění (podobně jako Harvey, 1997, in Kučerová, Říhová, 2006):

- Mírná – zahrnuje narušení percepčních schopností, pozornosti a paměti
- Středně těžká – takový stav, který narušuje běžné sociální chování a profesní uplatnění. Z oblasti kognitivních funkcí se zde vyskytuje porucha pozornosti a paměti (pracovní paměť a vybavování) a porucha vizuálně motorických dovedností
- Těžká – kromě výše zmíněných oblastí jsou narušeny i exekutivní funkce a schopnost učení, dochází ke snížení psychomotorického tempa a k narušení plynulosti řeči

2. 1 Kognitivní funkce v průběhu nemoci

Výzkumy dokazují, že mírné zhoršení kognitivních funkcí je možné detekovat již v raném dětství dlouho před propuknutím první psychotické ataky (např. Kar & Jain, 2016; Shmukler et al., 2015; Tůma, 2008). K výraznému zhoršení a poklesu většiny oblastí kognitivních funkcí dochází chvíli před, a hlavně tedy při první psychotické epizodě (Bowie & Harvey, 2006; Tůma & Lenderová, 2001).

Výzkum Příkryla et al. (2007) ukázal, že jedinci po první epizodě schizofrenie mají tendenci ke zlepšování kognitivního deficitu minimálně v průběhu jednoho roku od propuknutí nemoci, deficit se tak stává stabilnějším s tendencí ke zlepšení v krátkém časovém období. Největší zlepšení vykazovaly exekutivní a paměťové funkce, zatímco pozornost zůstávala nezměněna. Toto zlepšení souvisí s odezníváním ostatních symptomů, zejména těch negativních, jenž vykazují pozitivní souvislost se slabým kognitivním výkonem (např. Rabinowitz et al., 2002, Heydebrand et al., 2004, in Reser, Allott, Killackey, Farhall, & Cotton, 2015).

Po první epizodě dochází k určité stabilizaci kognitivních funkcí, zvláště pak, pokud je psychóza včas podchycena a léčena. Ukazuje se, že čím později dochází k detekování psychózy, tím narušenější se zdá být kvalita života a kognitivní i sociální fungování. Všechny tyto oblasti se tak zároveň vykazují rigiditou. Naopak včasné podchycení slibuje zlepšení kognitivních funkcí (např. Ito et al., 2015; Mosiołek et al., 2016).

Opakované psychotické ataky opět snižují kognitivní výkonnost a po jejich odeznění již povětšinou nedochází k návratu kognice na premorbidní úroveň (Kučerová

& Říhová, 2006; Tůma & Lenderová, 2001). Nejvíce kolísá výkonnost kognitivních funkcí v období prvních dvou až pěti let, kdy je možné jejich zlepšení, zvláště pak u mladých jedinců s první epizodou psychózy (Gold et al., 1999, in Příkryl et al., 2007). V období pěti až deseti let nemoci pak dochází k určité stabilizaci, která přetrvává napříč onemocněním. V chronické podobě nemoci a u pacientů rezistentních v léčbě je obvyklý přetrvávající pokles kognitivních funkcí (Berry & Barrowclough, 2009). Obecně se má ale za to, že i v dlouhodobém časovém úseku zůstává úroveň kognitivních funkcí stabilní s ohledem na snižování způsobené přirozeným stárnutím (Příkryl et al., 2007).

I na průběh psychotického onemocnění v oblasti kognice můžeme aplikovat třetinové pravidlo. Dokazuje to i longitudinální výzkum Shmuklera et al. (2015), ve kterém identifikovali pacienty s příznivým průběhem schizofrenie, u kterých se po odeznění první psychotické epizody kognitivní stav zlepšil, přestože nedosáhli v testech na normu. Druhá skupina představovala pacienty s nepříznivým průběhem, u kterých se značné kognitivní narušení v akutní fázi buď pouze mírně zlepšilo nebo zůstalo stejné i v remisi. Po pěti letech skupina s příznivým postupem nemoci vykazovala tendenci ke kognitivnímu zlepšení, v případě relapsu došlo k dočasnému narušení kognice s následným zlepšením. Oproti tomu skupina s nepříznivým průběhem vykazovala stabilně sníženou úroveň kognitivních funkcí, nebo i zhoršující se.

Výzkum Mosiołka et al. (2016) předkládá dvě hypotézy o dynamice procesu psychotického onemocnění a kognice. První hypotéza předpokládá postupnou stabilizaci psychického stavu s mírným zlepšením v poměrně krátkém časovém období 2 až 5 let od propuknutí nemoci, nebo přechod k ustálené formě schizofrenie. Druhá teorie operuje s nashromážděním deficitních kognitivních funkcí, negativních a pozitivních symptomů a poruch chování, které se v následné remisi projevují progresivně zhoršujícím se postupem, což vede u schizofrenie k fázi s přetrvávajícími negativními příznaky a viditelnému kognitivnímu narušení. Na tyto hypotézy navazují výzkumy Kurtze (2005, in Příkryl et al., 2007), který vypožoroval dvě odlišné trajektorie v průběhu vývoje kognitivního deficitu. Jeho skupina pacientů po první epizodě a skupina chronických pacientů s obecně lepším průběhem nevykazovala žádný pokles kognitivních funkcí souvisejících s nemocí, pouze ten způsobený přirozeným stárnutím, u IQ dokonce došlo k mírnému zlepšení v průběhu pěti let. Oproti tomu jedinci ve středním věku a starší dlouhodobě institucionalizovaní pacienti vykazovali výraznou deterioraci v průběhu pěti let výzkumu.

Výzkum Reser et al. (2015) zjistil rovnoměrné rozložení afektivních i neafektivních diagnóz psychotických poruch napříč čtyřmi kognitivními skupinami, které byly v jeho výzkumu detekovány. Tyto čtyři skupiny byly charakteristické svými výsledky v neurokognitivních testech. Největší rozdíl byl nalezen mezi skupinou č. 3 a 4. Zatímco skupina č. 3 se ukázala být kognitivně nedotčená, skupina č. 4 naopak vykazovala silný deficit v oblasti kognice, nižší premorbidní i současné IQ a více negativních symptomů v porovnání s předešlou skupinou. Skupina č. 1 a 2 vykazovala výrazné rozdíly již v jednotlivých kognitivních funkcích. Skupina č. 1 vykazovala silné výkony v měření pozornosti a pracovní paměti, zároveň ale mimořádně slabý výkon v měření paměti pro vizuální rekognici. Skupina č. 2 měla sice plochý profil spadající do úrovně skupinového průměru, ale horší výkon v pozornosti a pracovní paměti se silnějším výkonem v paměti pro vizuální rekognici.

2. 2 Jednotlivé kognitivní funkce u psychóz

2. 2. 1 Pozornost

Odborníci se shodují, že pozornost je jednou z dominantních kognitivních oblastí, které jsou u psychóz narušeny. Zároveň je tento deficit již indikovatelný v premorbidním období před první epizodou (např. Kar, 2016; Cornblatt et al., 1985, in Bowie & Harvey, 2006; Motlová & Koukolík, 2004). Mnoho kognitivních funkcí a jejich výkonnost je závislá na dobré úrovni pozornosti, a proto deficit právě v této oblasti negativně ovlivňuje i paměť, myšlení a další funkce (Češková, Špaček, & Šindelářová, 1999).

Pozornost je zde narušena komplexně. To v sobě zahrnuje deficit v oblasti „*tenacity (vytrvalosti po delší dobu), koncentrace (koncentrace na jeden objekt nebo činnost s potlačením okolních rušivých jevů), rozsahu (kapacity zahrnout více jevů), distribuce (sledování dvou a více jevů současně), přepojování (přemísťování různými směry)*“ (Obereignerů et al., 2011, 75). U paranoidní schizofrenie může porucha pozornosti směřovat k většímu zaměření na prvky paranoi, zvýšené ostražitosti, i detekci určitých prvků v okolí. V případě testování pak takový člověk nevykazuje potíže v pozornosti, ale zaměřuje se na prvky své paranoi, kvůli kterým má potíže použít jiné informace z okolí k dalšímu zpracování (Obereignerů et al., 2011).

Kučerová a Říhová (2006) k tomu dodávají, že výrazně je narušena schopnost udržet a přesouvat pozornost, stejně tak jako odlišit objekty od pozadí. V testových situacích jedinec s psychózou podává své odpovědi po delším časovém úseku, má potíže rozdělit svou pozornost mezi několik podnětů současně a stejně tak udržet koncentraci pozornosti delší dobu. Tyto charakteristiky potvrdil i výzkum Kučerové et al. (2005, in Furmaníková, 2009). Čěšková et al. (1999) svým výzkumem zjistili, že může docházet ke zlepšení některých aspektů pozornosti v období jednoho roku od začátku léčby. Pacienti se schizofrenií měli lepší výkon při měření pozornosti a jejich psychomotorické tempo se zrychlilo. Zatímco v akutní fázi skórovali pacienti stejně, po jejím odeznění měli ti s příznivějším průběhem nemoci tendenci ke zlepšení pozornosti oproti těm s nepříznivým průběhem.

2. 2. 2 Paměť

Paměť představuje další z jádrových kognitivních oblastí, které jsou u psychóz nejvíce narušeny. Ukazuje se být zároveň nezávislá na délce trvání onemocnění, účincích medikace či závažnosti psychopatologie, přestože určitá korelace byla nalezena s negativními symptomy (Rodriguez & Mohr, 2004). Ukazuje se, že ve funkci paměti lidé se schizofrenií skórují v pásmu podprůměru, a to hlavně v „*subtestech pracovní, bezprostřední sluchové i zrakové paměti, oddálené sluchové i zrakové paměti a v subtestu všeobecné paměti*“ (Kučerová & Říhová, 2006, in Furmaníková, 2009, 32-33).

Dodgson a Gordon (2009, in Wood, Cupitt, & Lavender, 2015) pracují s hypotézou, že z důvodu narušené pozornosti a špatného kódování informací do paměti v ní vznikají prázdná místa, která si pak člověk nevědomě doplňuje předsudky, informacemi týkajícími se koncepční zaujatosti nebo svými psychotickými zážitky. Jiní autoři (Rodriguez & Mohr, 2004) jsou zase toho názoru, že nejdůležitější je exekutivně-integrační složka zodpovědná za organizaci informací v paměti. Při jejím narušení dochází ke špatnému zpracování informací a k jejich uložení do paměti v neodpovídající podobě.

Při procesu zapamatování je narušen proces učení, a to i přes více násobné vystavení podnětu, proces kódování informací i jejich zpracování (způsobené nejspíš nedostatečnou integrací percepčních a kognitivních procesů a dlouhou délkou trvání, což ovlivňuje množství zapamatovatelných podnětů), dále pak udržení verbální informace

v paměti i slabé vybavovací a rozpoznávací schopnosti (Perglová, 2006; Bowie & Harvey, 2006).

Specifickou oblastí paměti, která je narušena, je ta deklarativní. To „*má za následek potíže s kódováním i vyhledáváním informací v asociativní a inferenční paměti, a také v kontextuálním vybavování, což často vede k narušením a ke konfabulacím*“ (Martinelli & Shergill, 2015, 328). Dále pak můžeme najít deficit v autobiografické paměti zodpovědné za pamatování si zážitků z dřívějších období života i v paměti na tváře (např. Rodriguez & Mohr, 2004; Kar & Jain, 2016).

Při testových situacích to vypadá tak, že jedinci s psychózou selhávají při úkolech na vybavování slovních řad, verbálních párových asociací, příběhů i čísel. Zhoršen je výkon verbální i vizuální paměti, ale zdá se, že nejméně postiženo je motorické učení a motorická paměť (Goldberg et al., 1993a, in Tůma & Lenderová, 2001).

Narušení v oblasti pracovní paměti je velmi rozšířené, od explicitní, sémantické až po vizuální pracovní paměť. Projevuje se to opožděnými reakcemi, nízkou kapacitou a zhoršeným vybavováním. S poruchou pracovní paměti velmi úzce souvisí přítomnost negativních příznaků a formální poruchy myšlení (Tůma & Lenderová, 2001).

Deficit můžeme najít také ve verbální pracovní paměti, objektové pracovní paměti a vizuálně prostorové pracovní paměti. Kromě deficitu v oblasti kódování informací, je typické takové prostorové narušení, které se objevuje u úkolů, které vyžadují od subjektu udržení v paměti prostorové umístění vizuálních informací při provádění interferenčních úkolů. Dokonce i minimální nároky přesahující kapacitu pozornosti a paměti vyústí v nedostatky u lidí se schizofrenií. Deficit v sémantické pracovní paměti se pak nejvíce projevuje delším časem potřebným pro dekódování informací a využíváním neefektivních strategií učení. Nejslabší výsledky jsou u jedinců se schizofrenií podávány při volném vybavování, v případě podávání návodů si rozpomínají lépe (Obereignerů et al., 2011)

2. 2. 3 Exekutivní funkce

Exekutivní funkce se měří různými testy, ve kterých má zkoumaná osoba za úkol získat určité informace, zpracovat je a znovu použít v určitém čase. V tomto mají lidé se schizofrenií velké potíže, což dokazuje jejich nízká schopnost řešení problémů a špatná adaptace na nové podmínky a prostředí. Jádrové oblasti narušených exekutivních funkcí

zahrnují: „*potíže v přesouvacích úkolech (kvůli neschopnosti přemýšlet o alternativách, (např. Hanojská věž), opakování chyb (perseverace), pomalou rychlost zpracování informací, která navíc prodlužuje daný problém*“ (Kar et al., 2016, 414).

Bowie a Harvey (2006) také popisují potíže v oblasti exekutivních funkcí. Lidem se schizofrenií trvá velmi dlouho vytvoření koncepčního rámce pro pochopení nejednoznačných podnětů a celkové situace. Smid, Bruggeman a Martens (2016) k tomu doplňují, že narušená je i schopnost plánovat chování zaměřené na cíl, zaměření pozornosti na cíl a dochází k inhibici obvyklých odpovědí. Mahurin et al. (1998, in Obereignerů et al., 2011) prezentoval tři skupiny jedinců se schizofrenií podle jejich úrovně exekutivních funkcí na: 1. s převahou psychomotorického útlumu, 2. s konceptuální dezorganizací, 3. s výrazným narušením a zkreslením reality.

I zde je důležité zmínit, že správná činnost exekutivních funkcí závisí na pracovní paměti a pozornosti. U jedinců se schizofrenií s poruchou exekuce se velmi často objevují negativní příznaky oproti těm pozitivním. To vše ovlivňuje jejich sociální vztahy, pracovní možnosti i schopnost postarat se sám o sebe (Tůma & Lenderová, 2001). Zajímavostí je, že potíže v exekutivních funkcích se neobjevují jen u pacientů s psychózou, ale také u jejich blízkých příbuzných (Snitz et al., 2006, in Kar et al., 2016).

2. 2. 4 Myšlení

V oblasti myšlení narážíme nejčastěji u jedince s psychózou na poruchu v abstraktním myšlení. Tento druh myšlení můžeme definovat jako schopnost uvažovat a přemýšlet o podnětech a okolnostech bez jejich bezprostřední přítomnosti obecnými a symbolickými způsoby, a to za použití různých znaků či symbolů (Harrow, Adler, & Hanf, 1974).

V praxi to představuje sníženou rychlost a neschopnost pochopit různá přísloví, nejednoznačná vyjádření či logické úkoly nejen v psychodiagnostických testech (Holtzman, Gorham, & Moran, 1964). S největším narušením se setkáváme u osob se závažnými symptomy a chronickým průběhem nemoci (Oh, Chun, Lee, & Kim, 2014). Ve výzkumu na měření abstraktního myšlení u schizofrenie se pracovalo s novou metodou (theme identification task), ve které bylo úkolem identifikovat téma na obrázcích s určitou situací. Podstatou byla extrakce klíčových informací z obrázku a jejich porovnání s reálnými situacemi, které člověk zažil. Pacienti se schizofrenií selhávali v identifikaci

daného tématu a měli tendenci o něm přemýšlet konkrétním způsobem, který byl pro ně jednodušší a lehčeji identifikovatelný. Nejsložitější pro ně bylo porozumět informacím a použít je při konfrontaci se situacemi z každodenního života. Abstraktní myšlení se zároveň ukázalo být ovlivněné inteligenční úrovní a vzděláním, v případě pacientů se schizofrenií odráželo i sociální anhedonií a narušení v oblasti sociálních dovedností (Oh et al., 2015).

Na pozornost a abstraktní myšlení navazuje téma očního kontaktu a schopnosti vizuálního vyhledávání podnětů. Předchozí výzkumy zaměřené na oční pohledy u jedinců se schizofrenií ukázaly, že právě oni používají atypické vzorce očního pohledu a snímání okolí. Toto omezené vizuální snímání úzce souvisí s negativními symptomy. Zjistilo se, že zatímco zdraví jedinci směřují svůj pohled podle svého záměru a na hlavní komponentu svého zájmu, jedinci se schizofrenií mají oční pohyb velmi pomalý a zkoumají pouze omezený okruh vizuálních informací. Používají neefektivní sledovací vzorce a jejich omezené vizuální vyhledávání ztěžuje získávání důležitých informací a jejich integritu, což navazuje na potíže v abstraktním myšlení. Při výzkumu pacienti se schizofrenií, oproti kontrolní skupině, vykazovali sníženou fixaci očí na podnět a sakadické oční pohyby neboli rychlé a trhavé, které představovaly neefektivní strategie získávání informací. Tyto strategie byly nalezeny jak u úkolů na konkrétní, tak i abstraktní myšlení, což mělo za následek selhávání u obou, ale s výraznější chybovostí v úkolech na abstraktní myšlení. Výzkum ukázal signifikantní souvislost mezi abstraktním myšlením a oční fixací, přičemž pacienti se schizofrenií neprováděli dostatečnou oční fixaci na podnět (Oh et al., 2014). Také další výzkumy (např. Levy et al., 1993, in Tůma & Lenderová 2001; Nuechterlein, 1991, in Tůma & Lenderová, 2001) prokázaly abnormální sledovací oční pohyby, které souvisely se sníženou výkonností v neuropsychologických testech zaměřených na frontální funkce.

Můžeme říci, že v oblasti myšlení dochází k celkové regresi. Objevují se zde znaky, které můžeme jinak najít u myšlení dětí předškolního období (3-6 let). Jak pro ně, tak pro jedince s psychózou jsou typické tyto druhy myšlení:

- Magické myšlení – v sobě zahrnuje pocit, že vlastní myšlenky mohou něco vykonat či způsobit, že pouhá myšlenka může ovlivňovat okolí, dochází k používání fantazie a vlastních představ k interpretaci reality, dochází tak k potížím při rozdělování reality a fantazijního světa. Jedná se o jeden z důležitých prediktorů pro pozdější vývoj schizofrenie. Ukázalo se, že magické myšlení výrazně souvisí s auditorními halucinacemi, a že u jedinců, kteří tento druh halucinací neměli,

se magické myšlení neprojevovalo. Magic Ideation Scale diferencující jedince se schizofrenií od ostatních ukázala, že nejčastěji se u nich objevuje přesvědčení o čtení myšlenek, o přítomnosti auditorních iluzí v reakci na zvukový podnět a o pocitu občasného doprovázení přítomností zla (García-Montes, Pérez-Álvarez, Odriozola-González, Vallina-Fernández, & Perona-Garcelán, 2014).

- Antropomorfní myšlení – dochází k ožívování a přisuzování lidských vlastností zvířatům, věcem a rostlinám. Jedinec při tom vychází ze svého vlastního prožívání a chování, kterými podle něj disponují i všechny zvířata, věci a rostliny okolo. Někdy dochází k rozdělení pojmů na antropomorfismus, jako přidělení lidských vlastností zvířatům, věcem a rostlinám, a na animismus jako jejich oživení (Řičan, 2014; Vágnerová, 2004).

2. 2. 5 IQ

Ukazuje se, že lidé se schizofrenií mají obecně o něco nižší IQ než zdravá populace. Tento rozdíl je zjistitelný ještě před první epizodou psychózy, zvláště pak v oblasti neverbálního usuzování. Výrazný pokles doprovázející první epizodu může být následován stabilizací stavu nebo dalším mírným poklesem. Výkon v inteligenčních testech souvisí do jisté míry s úrovní neurokognitivních funkcí (Wilk et al., 2005, in Bowie & Harvey, 2006). Výzkum Tůmy (2008) ukázal, že u přibližně 25% pacientů zůstává IQ nezměněno, ale že i u nich dochází k výskytu mírného kognitivního deficitu.

2. 2. 6 Verbální funkce

U pacientů s psychózou dochází do jisté míry také k narušení řeči. Přemýšlí se nad tím, zda se jedná o primární symptom strukturální poruchy řeči, či jde o sekundární symptom k poruše myšlení „*reprezentující lingvisticky kompetentní vyjádření deviantního obsahu myšlenek*“ (Docherty et al., 1996, 212). Autoři jsou toho názoru, že jde o abnormální senzitivitu na asociativní distraktory. V této hypotéze jde o to, že „*jedinec začne podle plánu mluvit, ale pak začne být rozptylován asociacemi k sémantickým či fonetickým rysům svých vlastních slov v takovém rozsahu, že směr řeči je opakovaně odkloněn, původní plán diskurzu je zapomenut a soudržnost řeči je narušena*“ (212).

Potíže v oblasti verbálních schopností do jisté míry souvisí také se slabou pracovní pamětí, špatnou pozorností a soustředěním (Docherty et al., 1996).

Další hypotéza tvrdí, že komunikační selhání pramení z neschopnosti pamatovat si to, co již bylo prezentováno vs. to, co si jen člověk myslel. Schizofrenní řeč se tak zdá, že schází z cesty a není schopna udržet si myšlenku řeči (Harvey et al., 1988 in Docherty et al., 1996). Třetí hypotéza vychází z přesvědčení, že komunikace jedinců se schizofrenií je narušena z důvodu jedincových potíží v oblasti utváření pojmů a v jejich spojování. Komunikace za těchto podmínek nesplňuje sociálně sdílené normy, a stává se těžce pochopitelnou pro okolí (Phillips et al., 1965, in Docherty et al., 1996).

Testy verbálních schopností ukazují, že jedinci s psychózou mají velmi slabé uchovávání verbálních informací v paměti, využívají neefektivní strategie vyhledávání a vybavování informací, přičemž dochází k nesprávnému vybavování na základě nesprávného přístupu do sémantických sítí (Bowie & Harvey, 2006). Celkově je narušena plynulost a spontaneita řeči. Řeč je inkoherní, objevuje se gramatická dezorganizace, dochází k častému měnění témat a chybí logická návaznost mezi větami (Obereignerů et al., 2011).

2. 2. 7 Sociální kognice

Jedinci se schizofrenií vykazují značný deficit v oblasti sociální kognice. Tu můžeme popsat jako „*procesy, které zahrnují vnímání, interpretaci a vytváření odpovědí na záměry, povahu a chování druhých lidí*“ (Lee, Hong, Shin, & Kwon, 2015, 28). Jsou v ní zahrnuty „*takové mentální operace, které jsou podkladem sociálních interakcí a její deficit v sobě zahrnuje sníženou schopnost odvodit a interpretovat pocity druhých a tendenci nepřiměřeně připisovat negativní emoce druhým*“ (Caqueo-Urizar, Boyer, Baumstarck, & Gilman, 2015, 2753).

Specificky narušenými oblastmi sociální kognice pro psychózy jsou podle nejrozličnějších výzkumů teorie mysli a metakognice (Moritz & Woodward, 2007, in Wood et al., 2015; Quiles et al., 2013, in Wood et al., 2015). Teorii mysli můžeme chápat jako schopnost vnímat to, co druhá osoba říká, udržet to v mysli a zároveň těmto myšlenkám druhé osoby rozumět. Metakognici můžeme definovat jako schopnost přemýšlet a uvažovat o svých vlastních myšlenkách s cílem vybrat a použít vhodné kognitivní strategie (Wood et al., 2015). Deficit v sociální kognici tak výrazně snižuje

kvalitu života, sociální vztahy s ostatními i schopnost pracovního nasazení (Caqueo-Urizar et al., 2015; Lee et al., 2015).

Deficit v sociální oblasti se u jedinců s psychózou projevuje nepochopením verbálních projevů, gest, mimiky a dalších prvků, nechápou ironii a nejednoznačné odpovědi, nedokáží adekvátně posoudit emoce, myšlenky a záměry druhých lidí, stejně tak projevy v chování neodpovídají sociálním situacím. K tomu neodmyslitelně patří schopnost vnímat sám sebe, vytvořit si hranice mezi sebou a okolím a porozumět tomu, jak druzí reagují a co chtějí vyjádřit (Moore, Viglione, Rosenfarb, Patterson, & Mausbach, 2013).

U jedinců s psychózou se setkáváme s narušením již prvního procesu sociální kognice, kterým je schopnost sebereflexe a schopnost vytvářet komplexní myšlenky o sobě i o ostatních. V těchto oblastech skórují jedinci s psychózou signifikantně hůře než kontrolní skupina. Přehled studií předkládá důkaz, že lidé se schizofrenií mají sníženou schopnost tvořit integrované představy o sobě samých, což vede k tomu, že nemohou využít tento druh znalostí jako odpověď na psychologické a sociální situace. Toto se objevuje napříč všemi fázemi nemoci a způsobuje potíže v psychosociálních oblastech (Lysaker et al., 2015).

Další výzkum zkoumal vhléd jako vědomé vnímání vlastního stavu a zjistil, že až 40% participantů si vůbec nebyli vědomi svého onemocnění psychotického okruhu. Literatura udává, že tato procenta se mohou pohybovat mezi 40 až 85% (např. Ramachandran, Ramanathan, Praharaj, Kanradi, & Sharma, 2016; Balzan, Neaves, Denson, Liu, & Galletly, 2012).

Ve výzkumu za použití škály MAS-A byla skupina pacientů se schizofrenií při zjišťování sociální kognice:

Schopna rozpoznat a rozlišit různé události v rámci své vlastní mysli, ale měli tendenci neprožívat diferencovanější emoce, vnímali pouze fragmenty myšlenek, pocitů a záměrů integrovaných do specifických událostí jejich životů. Jejich povědomí o subjektivitě druhých bylo velmi omezeno a bojovali s tím, že by druzí mohli vnímat stejné události jiným způsobem nebo jinak napříč časem. Na stresovou situaci měli tendenci reagovat stažením se do sebe (Lysaker et al., 2015, 531-532).

2. 3 Psychóza ve výkonových testech

Ke zjištění kognitivních poruch u psychóz se používají spíše neuropsychologické testy a baterie než medicínské diagnostiky (Mosiołek et al., 2016). Podle výzkumů pacienti se schizofrenií vykazují snížené skóre přibližně o 1,5 až 2 směrodatné odchylky v neurokognitivních testech oproti zdravým jedincům (Obereignerů et al., 2011). Zde si popíšeme některé z těchto testů a jejich výsledky pacientů se schizofrenií.

Test cesty, neboli Trail Making Test, je psychodiagnostická metoda sloužící ke screeningu psychomotorického tempa a je vhodným ukazatelem neuropsychologického poškození mozku. Dokáže obsáhnout „širokou škálu duševních schopností, jako je rozpoznání písmen a čísel, flexibilita, zrakové vyhledávání a motorické schopnosti“ (Preiss, Preiss, & Panamá, 1997, 5). Skóre v testu může být zároveň ovlivněno aktuálním psychickým rozpoložením, vlivem léků či úzkostí. Zacker et al. (1989, in Preiss et al., 1997) administroval Test cesty u 110 psychiatricky léčených pacientů se schizofrenií a afektivními poruchami a zjistil, že v první části testu pacienti skórovali v rámci normy, na mírné až střední neurologické poškození ukazovala až jejich druhá část testu, ve které je vyžadováno propojení písmen a číslic, jejich udržení v krátkodobé paměti a kognitivní flexibilita, která je u pacientů se schizofrenií narušena. Burda et al. (1994, in Preiss et al., 1997) ve svém výzkumu zjistil, že po osmi týdenní rehabilitaci kognitivních funkcí u pacientů se schizofrenií a pacientů se schizoafektivní poruchou došlo ke zlepšení v Testu cesty od středního až těžkého poškození k mírnému až střednímu, a to v obou částech testu. Goldstein a Neuringer (1966, in Preiss et al., 1997) zkoumali typické znaky administrace testu u pacientů se schizofrenií, mezi než patří: „výkon bez chyb, nelogický výkon (bizarní vzorce chování při administraci) a snaha ukončit zkoušku předčasně, vzdát se“ (17). Přidat k nim můžeme dlouhou dobu administrace, která jinak podle výsledků naznačuje neurologické poškození.

Rey-Osterriethův test komplexní figury (Rey & Osterrieth, 1997) je metoda zjišťující vizuálně-motorické schopnosti. Jde o to, jak je člověk schopen podnět vnímat, udržet jej v bezprostřední vizuální paměti a reprodukovat jej. Zjišťuje také vizuálně-motorickou pozornost a kontrolu. Co se týče výsledků pacientů se schizofrenií, bylo zjištěno, že mezi typické znaky jejich kresby patří rozkouskovanost jednotlivých částí, vyplnění ploch šrafováním, které na předloze není, a také vysoká pečlivost při administrování, která je v rozporu se slabým úsilím v jiných situacích. Rey a Osterrieth (1997) toto vnímají jako „typický projev schizofrenického manýrismu a rigidity, který

způsobuje, že jsou jejich kresby sice pečlivě provedeny, ale chybí jim určitá živost, typická pro poněkud méně propracované kresby zdravých osob“ (35). Jak v kvalitativní, tak v kvantitativní analýze se objevily bizarnosti, které poukazují na infantilní postoj ke kresbě, neboť ta je chápána jako reprodukce na známé téma (např. místo toho, aby vnímal kresbu celkově, všimne si čar a tvarů, které jsou typické pro dům či loď, a těch se při reprodukci drží). Toto se u zdravé dospělé populace neobjevuje. V průběhu reprodukce dochází ke gradaci bizarností, které se objevují u dětí, mentálně retardovaných nebo autistů. Důležité je všimnout si „nesouladu mezi vyšším typem reprodukce zpaměti (svědčí o normální operační schopnosti) a bizarnostmi, které svědčí o nedostatku objektivitu a o tendenci všeobecné karence kontroly a pozornosti“ (Rey & Osterrieth, 1997, 36).

Subtest Podobnosti, který je součástí WAIS III, zjišťuje skóre ve verbální abstrakční schopnosti, která umožňuje „*logické uvažování, usuzování a následné řešení problémů*“ (Preiss, Bartoš, Čermáková, Nondek, & Benešová, 2012, 46). Pacienti se schizofrenií mají obvykle nižší skóre, které ukazuje na nepružné rigidní myšlení a neschopnost užívat abstrakce. Proto jsou jejich odpovědi na otázky konkrétní (Preiss et al., 2012).

Test verbální fluence, jehož autorem je L. L. Thurstone, zjišťuje „*rychlost, plynulost a snadnost/flexibilitu verbální produkce. Pro jeho úspěšné absolvování je zapotřebí nenarušených řečových, intelektových, ale i paměťových schopností*“ (Preiss et al., 2012, 41). Pacienti se schizofrenií mívají slabší výkon kvůli své špatné organizaci a pružnosti myšlení, také kvůli sníženému psychomotorickému tempu (Preiss et al., 2012).

3 Projektivní metody

Hand Test a spousta dalších diagnostických metod spadá do kategorie tzv. projektivních metod. Jsou to metody, které nám umožňují poznat osobnost člověka z jiného úhlu pohledu než testy výkonové nebo osobnostní dotazníky. Jsou založeny na principu projekce, kterou v této souvislosti definujeme jinak než Freudovým obranným mechanismem. Projekce je v tomto případě „procesem, v němž vyšetřovaná osoba promítá obsahy svých duševních procesů navenek mimo sebe, připisuje je jiným nebo je spatřuje v jiných lidech, zvířatech, rostlinách, předmětech či dějích. Princip projekce předpokládá externalizaci chování, přičemž projekční techniky vlastně fungují jako katalyzátor“ (Svoboda, 2013, 217).

V projektivním materiálu se mohou odrážet tyto aspekty člověka (Rapaport et al., 1946, in Reiterová, 2001):

- Vlastní projevy chování od dětství doposud (co se v životě odehrálo, s čím se setkal, potýkal, jak musel jednat)
- Chování okolních lidí a materiální podněty z okolí
- Vlastní tělesné chování (myšleno vlastní pohyby)
- Vnitřní chování (vlastní prožívání, emoce, myšlení)

Nejen při využití projektivních metod je nutno získat více informací o zkoumané osobě z různých zdrojů, abychom si zjištěné skutečnosti mohli dát do kontextu. Získaný materiál může totiž odrážet to, co jedinec prožil, co se mu děje teď, co se mu bude dít v budoucnu, nebo co by chtěl či nechtěl prožít. Zaměřujeme se při tom na obsah odpovědi, její originalitu/obvyklost, rozmanitost/stereotypii, percepční distorzi, expresivní aspekty, doprovodné neverbální projevy, racionalitu, sociokulturní adekvátnost, přetvářku i některé pracovní charakteristiky (pečlivost, vytrvalost, samostatnost, zájem) (Reiterová, 2001).

Zde si představíme, čím se projektivní metody vyznačují a čím se odlišují od ostatních metod (Šípek, 2000):

- Podnětový materiál je velmi málo strukturován a umožňuje tak velkou různorodost odpovědí
- Jde o maskované testové metody, při kterých zkoumaná osoba nepozná, jaké odpovědi se od ní očekávají a které by hrály v její prospěch

- Využívají globální přístup při hodnocení zaměřující se na celou osobnost a její dynamiku, zahrnující jak kvalitativní, tak kvantitativní posouzení
- Dochází ke zjišťování „*skrytých, latentních nebo nevědomých aspektů osobnosti*“ (Šípek, 2000, 21)
- Zařazují se spíše mezi klinické metody
- Můžeme v nich najít prvky psychoanalytických teorií

Projektivní metody můžeme dělit do tří kategorií podle podnětového materiálu, se kterým se pracuje, podle formy odpovědi, kterou vyžadujeme, a také podle toho, jaký výstup od zkoumané osoby získáváme (Mertin et al., 2016):

- **Verbální:** na základně podnětového materiálu očekáváme jedincovu slovní odpověď vztahující se k materiálu. Patří zde Rorschachův test, Hand Test, Tematický apercepční test, Slovní asociační experiment apod.
- **Grafické:** pracujeme přímo s kresbou zkoumané osoby. Patří zde Kresba lidské postavy, Kresba stromu, Kresba rodiny apod.
- **Manipulační:** jedinec při nich manipuluje nebo vybírá podnětový materiál, který je mu bližší. Patří zde Test barevného sémantického diferenciálu, Lüscherův barvový test apod.

Následující kapitola nás seznámí s Hand Testem, který je v centru našeho zájmu, a s jeho využitím při diagnostice psychóz. Poté si představíme další nepoužívanější projektivní metody, jejich skórovací systémy, které slouží pro odhalení psychóz, a také současné výzkumy na toto téma. Tyto další projektivní metody nám mohou sloužit jako inspirace pro kvalitativní analýzu, neboť mohou používat jiné kategorie detekující psychózu, než které můžeme najít v Hand Testu.

3. 1 Hand Test

3. 1. 1 Deskripce testu

Ruce nám slouží již tisíce let jako prostředek ke komunikaci a k vyjádření našich emocí. Gesta jako taková mohou sloužit i jako samostatná řeč pro neslyšící. V psychologii se začalo přemýšlet o ruce jako o důležitém prvku spojeného s akčními tendencemi až v polovině dvacátého století, kdy Charlotte Wolff (1941, in Hoover, 1978) označila ruce jako nástroj k učení se o okolním světě. Myslela si, že akční tendence rukou jsou spojeny se specifickými anatomickými částmi mozku. V té době se začalo uvažovat o možné roli rukou v psychologické diagnostice (Hoover, 1978).

Zatímco se zkoumaly motorické funkce rukou, Edwin Wagner přišel s myšlenkou, že ruce mají nejen manuální funkci, ale jsou také spojeny s interpersonálními a environmentálními tendencemi. Byl přesvědčen o tom, že projektivní metoda s podnětovým materiálem rukou nám poví něco o tom, jaké jsou jedincovy tendence k jednání. Ruce nám totiž umožňují nejen okolní svět a realitu poznávat, ale být s nimi také v kontaktu a interagovat (Hoover, 1978).

Hand Test je tedy projektivní metodou, která se snaží o predikci reálného chování člověka. Poprvé byla vydána jejím autorem Edwinem E. Wagnerem v roce 1962, kdy na ni navazovalo hned několik klinických studií autorů B. Bricklina a Z. A. Piotrowského. Originální manuál metody nese název Hand Test: Manual of Administration, Scoring and Interpretation od Wagnera z roku 1962 (Waehler, Rasch, Sivec, & Hilsenroth, 1992). V této době byl kladen požadavek na vysokou validitu a reliabilitu diagnostických metod, a proto bylo potřeba tento projektivní materiál neustále ověřovat. První studie byly prováděny na schizofrenní, neurotické i kontrolní populaci, které prokázaly signifikantní rozdílnosti v odpovědích (Lečbých, 2013).

Dnes bychom řekli, že se jedná o jednoduchou screeningovou metodu, která zjišťuje akční tendence člověka. Výhody této metody jsou značné. Díky rychlé administraci (průměrně 15-20 min) nabízí rychlé zhodnocení behaviorálních tendencí vhodné k dalšímu zkoumání (v případě nalezení patologických vzorců). K tomuto testu není potřeba motorických schopností (Hayslip & Panek, 1982). Zároveň je zcela neohrožující a může být použit na různých úrovních intelektu. Primárně slouží k individuální administraci, díky které získáme jedinečné informace o jedinci

(jeho chování, projevy mezi odpověďmi na tabule apod.). Může být použit ale i skupinově, přičemž se tyto klinické informace ztrácí (Hoover, 1978).

3. 1. 2 Teoretický základ

K tomu, abychom pochopili, jak Hand Test funguje, je potřeba znát jeho teoretický základ, tedy to, jakým způsobem si vysvětluje osobnost jako takovou a další konstrukty. Strukturální analýza, tak jak svou teorii nazývá Wagner, vysvětluje, že osobnost je rozdělena mezi dva konstrukty, a to Fasádové Self a Introspektivní Self. Toto Introspektivní Self je obklopeno třemi funkcemi, mezi které patří intelekt, emoce a chování. Fasádové Self představuje „základní, automatické postoje a akční tendence přímo propojené s realitou skrze Percepční motorický displej, což jsou receptory a efekторы, které umožňují jedinci být si vědom svých reakcí na okolní svět“ (Wagner & Heise, 1981, 240-241). Introspektivní Self je v tomto případě sekundární strukturou, která reprezentuje internalizované procesy a projevuje se skrze Fasádové Self, může být zároveň na jakékoli úrovni, a přesto bude jedinec plně fungovat. Oproti tomu, pokud bude Fasádové Self neschopné života, pak smysluplné chování jedince nebude možné (Wagner & Heise, 1981; Lečbych, 2013).

3. 1. 3 Podnětový materiál a administrace

Podnětový materiál tvoří deset tabulí, na devíti z nich je nakreslena ruka v neurčité poloze. Desátá tabule je prázdná. Examinátor by měl při zadávání testu zůstat neutrální a nestranný. Zkoumanou osobu seznámí s tím, že uvidí deset karet, na nichž jsou nakresleny obrázky rukou. Samotná instrukce potom zní: „Co by mohla dělat tato ruka?“ Snažíme se dostat co nejvíce odpovědí, ale probanda nepovzbuzujeme, v případě, že nevíme, jak zkoumaná osoba svou odpověď myslela, můžeme se doptat. Zapisujeme si nejen doslovné odpovědi, ale také reakční čas. Užitečné může být zaznamenat i emoční reakce probanda na tabule, jeho komentáře či manipulaci s kartami. V našem prostředí máme příručku vydanou v roce 1991 Psychodiagnostikou Bratislava (Fridrich & Nociar, 1991). Novější publikace zabývající se administrací a interpretací pak pochází od Lečbycha (2013) a Altmana (2016).

3. 1. 4 Skórování

Obecně rozdělujeme všechny odpovědi do 4 kategorií, které se následně ještě dělí. Jedná se o odpovědi interpersonální, environmentální, maladaptivní a stažení se (Lečbych, 2013):

3. 1. 4. 1 Interpersonální odpovědi (INT)

„Vyjadřují vztahy k lidem, zájem o druhé, citlivost v interakci apod. Jejich míra zastoupení v protokolu naznačuje míru zájmu o ostatní lidi“ (Altman, 2016, 13).

Dostatečné množství těchto odpovědí nám ukazuje, že se jedinec umí orientovat v interpersonálním prostředí, jednotlivé variace pak udávají, kolik způsobů interakcí ovládá a jakým směrem jsou laděny. Absence těchto odpovědí poukazuje na stažení se ze sociálního prostředí (Fridrich & Nociar, 1991).

Tato kategorie se dále dělí na odpovědi (Fridrich & Nociar, 1991):

- **Náklonnost** (AFF): poukazuje na pozitivní a vřelý vztah k druhým lidem, nabízení pomoci a péče.
- **Závislost** (DEP): poukazuje na závislost na druhých lidech, dožadování se pomoci, podřizování se druhým a kladení větších nároků na ostatní než na sebe.
- **Komunikace** (COM): poukazuje na jakýkoliv typ pozdravu s druhými, společné hry či předávání informací. Dochází zde k poznání druhého a ke schopnosti spolupráce.
- **Exhibice** (EHB): poukazuje na předvádění se a chlubení před druhými, potřeba se ukázat a mít navrch. Obvykle se u těchto lidí objevuje sebestřednost.
- **Řízení** (DIR): poukazuje na vystupování z pozice autority, potřeba ostatní kontrolovat, být dominantní. Direktivní odpovědi se nachází v protokolech většiny lidí, kteří se umí prosadit a kteří dokážou zvládnout situace soutěživosti.
- **Agresivita** (AGG): poukazuje na agresivní a hostilní chování k druhým lidem, jejich zastrašování, na protizákonné chování. Důležitá je zde kvalitativní analýza, neboť malý počet agresivních odpovědí s kladným laděním poukazuje na schopnost vytrvat a bojovat za své.

3. 1. 4. 2 Environmentální odpovědi (ENV)

Vyjadřují vztah k okolnímu světu a k věcem. Poukazují na praktické aspekty, vynaloženou energii a snahu. Tato kategorie se dále dělí na odpovědi:

- **Získávání** (ACQ): poukazuje na snahu něčeho dosáhnout, něco získat, k tomu vynakládání potřebné energie. Cíl je zde stále nedosažený a vzdálený.
- **Aktivita** (ACT): poukazuje na aktivní pohyb, na provádění různých činností, manipulace s objekty.
- **Pasivita** (PAS): poukazuje na pasivní stav ruky, bez činnosti, při odpočinku. Je typický pro jedince, kteří se ve svém životě nesnaží vynakládat příliš energie pro dosažení cílů, ale spíše pasivně přihlížejí.

3. 1. 4. 3 Maladjustivní odpovědi (MAL)

Poukazují na potíže s adaptací, na neurotické příznaky i na obavy, zranitelnost, vlastní slabost. Tyto odpovědi se mohou vyskytovat hlavně u jedinců s neurózou či psychózou, kteří si „*uvědomují svůj stav nebo se ještě brání dezintegraci*“ (Altman, 2016, 13). Zároveň ukazují také na „*těžkosti v realizování různých akčních tendencí následkem subjektivně prožívané vnitřní slabosti nebo vnějších zábran*“ (Fridrich & Nociar, 1991, 30).

Tato kategorie se dále dělí na odpovědi (Fridrich & Nociar, 1991):

- **Napětí** (TEN): poukazuje na tenzi, nervozitu, stres. Ruka „není ve své kůži“, je neklidná, může se něčeho obávat, snaha zbavit se tohoto napětí. Jedinec vlivem vnější zátěže pociťuje tenzi, kterou se snaží odstranit vynakládáním vlastní energie.
- **Zmrzačení, poškození, nemoc** (CRIP): poukazuje na poškození ruky, na to, že je zlomená či mrtvá. V mnohých případech je projekcí vlastní neschopnosti, nedostačivosti či poškození.
- **Strach** (FEAR): poukazuje na to, že se ruka něčeho bojí nebo že se stala obětí něčeho. Tato kategorie poukazuje na vlastní narušení integrity Já osobnosti, kdy jedinec pociťuje strach z vlastního fyzického či psychického poškození.

3. 1. 4. 4 Odpovědi stažení se (WITH)

Vypovídají o neschopnosti probanda zpracovat projektivní materiál, mohou poukazovat na ztrátu kontaktu s realitou, neadaptivní formy chování, oploštělost kognitivních schopností či zvýšené pocity stresu a napětí. Jsou znakem psychiatrických potíží z oblasti psychóz, deprese, organických poruch či mentální retardace (Altman, 2016). Zároveň jsou znakem ztráty nebo úplné absence efektivní adaptace a interakcí s ostatními lidmi nebo s okolím (Fridrich & Nociar, 1991). WITH zároveň vyjadřuje neschopnost udržet si smysluplné životní role (Clemence, Hilsenroth, Sivec, Rasch, & Waehler, 1998).

Tato kategorie se dále dělí na odpovědi:

- **Pouhý popis** (DES): poukazuje na pouhé popsání dané ruky bez schopnosti uvést její činnost. Fridrich a Nociar (1991) k tomu píší: *„organici, mentálně retardovaní a deteriovaní schizofrenici dávají spíše krátké, stereotypní deskripce, zatímco normální, neurotici dávají obvykle komplikovanější popisy předloh.... Čím stereotypnější a méně vypracovaná je DES, tím hlubší je šok z reality a odstup“* (31).
- **Selhání** (FAIL): poukazuje na neschopnost materiál zpracovat a jedinec odpovídá tím, že neví. Nejtypičtější je pro pacienty s organickou diagnózou, ale objevit se může i u pacientů se schizofrenií, ve většině případů je znakem organické deteriorace. FAIL označuje také nedostatek vhodných vzorců chování (Waehler et al., 1992).
- **Bizarnost** (BIZ): poukazuje na, nějakým způsobem zvláštní, neobvyklé a méně srozumitelné odpovědi, které nemusí navazovat na projektivní materiál. Při této odpovědi *„subjekt částečně nebo úplně ignoruje předlohu a projikuje autistické, nelogické vjemy a myšlenky, které jsou patognomické pro psychózu“* (Fridrich, Nociar, 1991, 31).

3. 1. 4. 5 Obsahové skóry

Kromě výše zmíněných základních kategorií obsahuje Hand Test i několik obsahových skórů, které doplňují ty základní a přibližují nám tak klinický stav zkoumané osoby. Jsou opět shlukovány do skupin podle své významové blízkosti. Ve slovenském

manuálu tato skóre nenajdeme (Fridrich & Nociar, 1991), jejich výčet ale podává Lečbých (2013). Jedná se o obsahové skóry spojené s:

Organickými kognitivními deficity:

- **Automatické fráze** (aut): opakování frází napříč tabulemi, „*Co to tak asi může být?*“
- **Opakování odpovědí** (rpt): stejné odpovědi u více tabulí
- **Bezmoc** (imp): zkoumaná osoba se vymlouvá, že je pro ni těžké něco vymyslet
- **Zmatek** (per): zmatené či tĕkavé věty, které na sebe nenavazují

Úzkostí, neurotickými zábranami:

- **Ambivalentní odpovědi** (amb): v jedné odpovědi jsou přítomny prvky, které se vylučují, kontrastují
- **Popření** (den): popření odpovědi, „*Podání ruky to není*“
- **Neživost** (ina): vnímání ruky jako neživého objektu, třeba „*Ruka z reklamy*“
- **Internalizace** (in): odpověď v první osobě nebo vztahování k vlastní osobě, zkušenosti

Sexualitou:

- **Sexuální odpovědi** (sex): obsahují sexuální prvek
- **Cylindrické odpovědi** (cyl): ruka drží válcovitý předmět představující falickou symboliku

Osobnostními nápadnostmi:

- **Emoce** (emo): ruka vyjadřuje svou náladu
- **Sprosté odpovědi** (gro): objevují se sprosté výrazy
- **Skrývání** (hid): ruka něco skrývá před okolím
- **Pohybová odpověď** (mov): ruka provádí bezúčelný pohyb
- **Originální odpověď** (o): nějakým způsobem zvláštní neobvyklá odpověď, která ale neztrácí logiku a váže se k projektivnímu materiálu
- **Personální odpověď** (pers): uvedení vlastní zkušenosti
- **Symbolizace** (symb): ruka něco symbolizuje, „*ukazuje směr mého života*“

Regresivními fenomény, nezralostí:

- **Nezralost** (ima): dětské odpovědi a zdrobněliny
- **Orální odpovědi** (ora): tematika úst a příjmu potravy
- **Smyslové odpovědi** (sen): vyjádření smyslového vjemu

Altman (2016) na základě svého výzkumu přidává několik dalších obsahových skóru:

- **Zdůraznění obsahu** (acc): obsah je zdůrazněn, stupňován, opakován v jiném znění, obsahuje stále stejný motiv, který je pozměněn. Má se za to, že jedinec připisuje této tendenci velký význam.
- **Znevážení obsahu** (dev): určení činnosti ruky a následné znevážení této činnosti („*hraje na klavír, ale nejde jí to*“).
- **Šokové reakce** (šok): představují zaskočení projektivním materiálem. Byly popsány i v předešlých knihách, ale doposud s nimi nebylo pracováno jako se signaturou. Mají různé projevy, od dlouhých prodlev, zaskočení, vyhýbání se obrázku, až po nadměrnou mnohomluvnost či citové reakce.
- **Magické nebo mytické obsahy** (mag): obsahují pohádkové, mytické, magické nebo náboženské prvky.
- **Charakterizování** (char): odpověď obsahuje i charakteristiku osobnosti, které ruka patří. Jedná se o domýšlení si něčeho, co předloha neobsahuje.

3. 1. 4. 6 Další znaky protokolů - počet odpovědí a reakční čas

Podle Fridricha a Nociara (1991) je optimální počet odpovědí 10 až 20, Altman (2016) se přiklání k průměru 22 odpovědí. Do celkového počtu odpovědí nepočítáme ty, u kterých jedinec selhal, tedy odpovědi označené signaturou FAIL (Hoover, 1978). Při výše zmíněných počtech odpovědí dokáže jedinec vyjádřit dostatečný počet variací akčních tendencí. Nízký počet odpovědí svědčí o deterioraci a objevuje se u skupin jedinců se schizofrenií, organiků či jedinců s mentální retardací. Naopak vysoký počet odkazuje na obsedantní a kompulzivní rysy. Optimální reakční čas je mezi 5 a 10 sekundami. Krátký čas není na škodu, velmi dlouhé rozmýšlení ale značí neschopnost zpracovat projektivní materiál. Reakční čas lidí se schizofrenií velmi kolísá (Fridrich & Nociar, 1991).

3. 1. 5 Hand Test a výzkum

Z předešlých výzkumů se ukázalo, že Hand Test je velmi úspěšný v diferenciaci skupin pacientů s psychózou, neurózou a kontrolní skupinou (např. Clemence et al., 1998; Hoover, 1978; Harsa, Žukov, & Csémy, 2009). Stejně tak dokáže postihnout mentální retardaci (Hoover, 1978) i antisociální chování (Panek & Wagner, 1989). Ukazuje se také,

že odpovědi v Hand Testu jsou významně ovlivněny věkem i pohlavím, přičemž s rostoucím věkem dospělých jedinců se zvyšuje počet odpovědí indikující závislost (DEP) a stažení se ze sociálních vztahů (WITH) (Stoner, Panek, & Satterfiel, 1982).

3. 1. 5. 1 Patologie (PATH)

I sám Edwin Wagner se v 60. letech snažil pomocí Hand Testu diferencovat psychotické a neurotické skupiny. Na základě svých zjištění seskupil proměnné DES+BIZ+FAIL do námi již známé kategorie WITH a označil je za typické pro psychotické onemocnění. Naproti tomu proměnné TEN+CRIP+FEAR seskupil do kategorie MAL, která nejlépe vystihuje protokoly neurotických onemocnění (Lečbych, 2013).

Tyto dvě kategorie nám dohromady dávají speciální skór patologie PATH, který se vypočítá $=MAL+(2xWITH)$. Tento skór obecně značí výskyt a závažnost patologie v protokolu, a poukazuje na sociální a emocionální přizpůsobení jedince (Clemence et al., 1998). Nejvyšší skóre v PATH se mnohdy vyskytuje právě ve skupině jedinců s psychózou. Ve výzkumu Harsy et al. (2009) to bylo s průměrnou hodnotou $M=4,44$, přičemž zdravý jedinec by měl dosahovat skóre blízkého nule.

Typicky zvýšenou kategorií v počtu odpovědí u jedinců s psychózou bývá i samostatné WITH. V manuálu Hand Testu od Fridricha a Nociara (1991) je popsán výzkum, který pracoval se 160 pacienty se schizofrenií, u kterých se až v 27% všech protokolů objevila alespoň jedna BIZ odpověď, v 65% všech protokolů se objevila alespoň jedna odpověď DES, a alespoň jednu odpověď FAIL dalo 13% jedinců se schizofrenií.

Pokud si rozdělíme kategorii WITH na jednotlivé proměnné, pak je podle Petersona a Horowitz (1990, in Lečbych, 2013) znakem floridní psychózy proměnná BIZ, která poukazuje na narušené myšlení a vnímání, zatímco zbývající kategorie DES a FAIL umožňují detekovat postpsychotický kognitivní deficit, přítomnost negativních příznaků i organické poškození.

Bizarní odpovědi (BIZ) mohou mít podle Altmana (2016) více podob než jen ozvláštněný obsah. Pro signaturu BIZ mohou přispívat i tyto čtyři skupiny, které vypovídají o narušeném kontaktu s realitou i narušených kognitivních funkcí:

- Neadekvátní forma vyjadřování: „*slovní salát, tvorba neologismů, bizarní pojmenování, nelogické spojování různých významů apod.*“ (Altman, 2016, 27) takové vyjádření, které není srozumitelné pro ostatní či je něčím ozvláštněno.
- Nepřiléhavé odpovědi: odpověď neodpovídá vyzývacímu charakteru daného podnětu
- Nepřiléhavé emoce: emoční reakce neodpovídají odpovědi, mohou být i zcela protichůdné.
- Kontaminace: spojení podnětů, které se nedají sloučit, které se k sobě nehodí nebo si zcela odporují. Poukazují na nerozhodnost mezi odpověďmi nebo i možné narušení logického myšlení.

V psychotických protokolech se kromě zvýšeného počtu WITH odpovědí ukazuje také zvýšený počet MAL odpovědí, které dohromady značí zvýšený pocit tísně a stažení se z kontaktu s ostatními lidmi. Naznačují nám psychotický způsob zpracování reality typický poruchami vnímání i myšlení. Podle Hayslipa a Paneka (1982) jsou tato dvě skóre prediktorem možného organického poškození i kognitivních změn. Podle nich je možné zjistit kognitivní stav i schopnosti kompenzace případného snížení funkcí. V případě, že převažují odpovědi DES a FAIL, jedná se o ukazatele kognitivního postpsychotického defektu. Průměrný či zvýšený výskyt INT odpovědí, které by dokázaly kompenzovat patologii, svědčí o schopnosti navazování sociálních vztahů. Zatímco jejich snížený počet představuje protokol takového člověka s psychózou, který má potíže s udržováním sociálních vztahů a vůbec se schopností postarat se o sebe a se samostatným fungováním (Lečbých, 2013).

Přítomnost CRIP odpovědí indikuje vědomé či podvědomé vnímání vlastního psychického i fyzického stavu. Odráží vlastní poškození, nemoc, méněcennost a jsou typické pro jedince, kteří trpí chronickou nemocí. Jsou příznačné tedy pro jedince s psychózou, kteří vnímají svůj zhoršený stav a ve většině případů potřebují pomoc ostatních (Smith, Blais, Vangala, & Masek, 2005).

Fridrich a Nociar (1991) rozdělují protokoly jedinců se schizofrenií do čtyř kategorií podle typů a četností odpovědí, na:

- **Deteriované protokoly** se vyznačují svou oploštělostí. Vyskytuje se v nich velké procento DES a FAIL odpovědí s občasnými BIZ odpověďmi. INT a ENV odpovědi jsou málo zastoupené a reakční čas kolísá v obou extrémech. Odpovědi

jsou krátké, stereotypní a bez nápadu. Objevuje se u chronických a dlouhodobě hospitalizovaných pacientů s psychózou.

- **Floridní protokoly** se vyznačují svou nápadností. Převládají zde BIZ odpovědi, s občasnými DES a MAL. Objevují se u jedinců s psychózou, u kterých jsou symptomy halucinací a bludů zřejmé, a ty se promítají do projektivního materiálu. Odpovědi jsou nápadité s občasnými fabulacemi.
- **Hraniční protokoly** se vyznačují zvláštními odpověďmi, které ale ještě není možné označit za BIZ. Protokoly jsou typické vysokým MAL, zatímco administraci doprovází projevy poruch chování a výrazné afektivity. Objevuje se u pacientů se schizoidní poruchou, se schizofrenií i s hraniční symptomatologií.
- **Suspektní, neboli podezřelé protokoly** se nevyznačují žádnými nápadnými odpověďmi. Objevuje se zde malý počet odpovědí, které navíc nejsou nijak propracované. Jsou typické pro prvně hospitalizované pacienty se schizofrenií, u kterých ještě nedošlo k dezintegraci, takže je obtížné zde najít jakékoliv znaky této nemoci. Je zde pak nutná kvalitativní analýza.

Zároveň je podle stejných autorů (Fridrich & Nociar, 1991) v protokolu nejlépe detekovatelná paranoidní schizofrenie, která se projevuje těmito znaky či obsahy odpovědí: *„homosexuální obsah, odpovědi s análními souvislostmi, odpovědi týkající se špíny, odpadků, exkrementů a nečistoty, neustálé obrácení karet, vysoké množství odpovědí (při myšlenkovém trysku apod.), grandiózní obsah a katastrofický obsah“* (41).

3. 2 Rorschachova metoda

3. 2. 1 Deskripce testu

Rorschachova metoda (dále jen ROR) představuje nejpoužívanější projektivní metodu v klinické praxi. Autorem testu i samotných 10 kreseb je Hermann Rorschach, který již ve svých výzkumech zjistil, že test dokáže diferencovat pacienty se schizofrenií a jedince bez ní (1964, in Benedik, Čoderl, Bon, & Smith, 2013). Obecně tato metoda zjišťuje široké spektrum osobnostních vlastností a behaviorálních tendencí v celé jejich komplexnosti (Dwivedi, 2015). Minassian et al. (2005, in Ilonen, Heinimaa, Korkeila, Svirskis, & Salokangas, 2010) k tomu dodává, že *„subjekt musí vizuálně syntetizovat informace a efektivně organizovat podnět, který je mu prezentován. Musí využít svých dostupných kognitivních, percepčních a afektivních zdrojů k vytvoření odpovědi“* (151). To, že tato metoda dokáže přednést komplexní obraz osobnosti, se odráží v její náročné administraci i ve vyhodnocování.

V současné době je u nás nejužívanějším způsobem vyhodnocování Exnerův komprehensivní systém, který je kvantitativně založen a který tak umožňuje lepší statistické ověřování. Výsledkem tohoto systému je tzv. Strukturální souhrn, který postihuje četnosti jednotlivých proměnných (lokalizace, determinanty, obsahy, speciální skóre atd.), obsahuje také sedm sekcí, které jsou vypočítány různými kombinacemi proměnných pro zhodnocení kognitivního a emočního zpracování, a také šest indexů, které posuzují kognitivně-percepční sklony z oblasti psychopatologie (Dao, Prevatt, & Horne, 2008).

3. 2. 2 Speciální skóry

Speciální skóry postihují v ROR velmi detailní zvláštnosti v odpovědích. Je jich zde celkem 15, přičemž:

Šest jich slouží k identifikaci neobvyklých verbalizací, jeden je vytvořen pro perseverace, čtyři se vztahují ke speciálním znakům obsahu, dva jsou určeny k diferenciaci odpovědí, které obsahují reprezentace člověka, jeden je pro personalizované odpovědi a jeden se používá k identifikaci speciálního barvového fenoménu (Exner, 2009, 72).

Z předešlých výzkumů vyšlo najevo, že jsou to hlavně neobvyklé verbalizace, které se objevují v psychotických protokolech ve zvýšeném množství, proto si zde představíme detailněji pouze tuto kategorii speciálních skóru. Dalšími kategoriemi pro zmínku jsou perseverace, speciální obsahové charakteristiky, odpovědi s lidskými reprezentacemi, personalizované odpovědi, speciální barvové fenomény a vícečetné speciální skóry (Exner, 2009).

Je známo, že řečové schopnosti odráží kognitivní aktivitu. Tudiž poruchy řečových schopností mohou poukázat na dysfunkci v oblasti kognice. Kategorie Neobvyklých verbalizací, která se řadí mezi speciální skóry, se rozděluje do tří kategorií s dohromady 6 skóry, které mají mnohdy navíc dvě úrovně pro rozlišení mírné či závažnější deviace.

První uvedenou kategorií jsou **Deviované verbalizace** (Exner, 2009):

1. Deviované verbalizace (DV) se projevují použitím neobvyklých slov při podávání odpovědi. Dělí se na **neologismy**, při kterých jedinec vymýšlí nová slova nebo používá nevhodná slova pro danou situaci, a na **redundanci**, při které vyjadřuje určitou myšlenku/slovo dvakrát, jiným způsobem. Lečbych (2013b) dodává, že tato kategorie odkazuje na kognitivní nedostatky, a to z důvodu snížené inteligence a vzdělání, organicity či psychózy, u které je používání bizarních slov velmi časté.

Příklad neologismu z manuálu:

„*Nějaký rozpaclý kocour*“ (DV1)/ „*Netopýr stočený do ulity*“ (DV2)

(str. 74)

Příklad redundance z manuálu:

„*Malinký malý ptáček*“ (DV1)/ „*Spárovaný pár plic*“ (DV2)

(str. 74)

2. Deviované odpovědi (DR) se projevují použitím fráze nebo odpovědi, která nesouvisí přímo se zadáním, odbíhá od něj. Dělí se na **nepatřičné fráze**, což jsou nějaké vsuvky nebo komentáře, které se tak úplně nehodí k odpovědi nebo jsou zcela zcestné, jsou podávány po uvedení signovatelné odpovědi. A na **zabíhavé odpovědi**, při kterých se jedinec nezastaví po podání signovatelné odpovědi, ale přidává komentáře či další věty, které se již nemusí k odpovědi vztahovat. Lečbych (2013b) dodává, že tento druh odpovědi může souviset s „*úzkostnou inhibicí, šokovými fenomény, snahou získat čas a uniknout od úkolu... nedostatkem kontroly nad asociacemi, úletem myšlenek a myšlenkovým tryskem*“ (62). Tyto typy odpovědí jsou velmi časté u jedinců s psychózou.

Příklady nepatřičné fráze z manuálu:

„To by mohly být ústřice, ale myslím, že je po sezóně“ (DR1)/

„Nějaký brouk, kterého ještě nikdo nikdy neviděl“ (DR2) (str. 75)

Příklady zabíhavé odpovědi z manuálu:

„To vypadá jako nějaká alej na kopci, vypadá tak poklidně“ (DR1)/

„Je to jako mapa Irska, možná ne Irska, možná nějakého jiného místa, ale mohlo by to být Irsko. Nevím toho moc o Irsku, ale vím toho dost o Mexiku“ (DR2) (str. 76)

Druhou kategorií jsou **Neadekvátní kombinace**, „*ve kterých osoba uvádí neskutečné znaky objektu, sděluje nebo vyvozuje nepravděpodobné vztahy mezi objekty, připisuje objektům nepravděpodobné aktivity, nebo kde se vyskytuje nepřiměřené zhuštění dojmů způsobem znásilňujícím skutečnost*“ (Exner, 2009, 76). Všechny tyto skóry, zvláště pak v závažnější formě, jsou největším ukazatelem těžkých poruch myšlení, a proto jsou typické pro psychotické onemocnění (Lečbých, 2013b):

1. Inkongruentní kombinace (INCOM) se používají v odpovědích, ve kterých je objektu připsána vlastnost či aktivita, která je nepravděpodobná či netypická pro daný objekt.

Příklady inkongruentní kombinace z manuálu:

„Červení medvědi“ (INCOM1)/ „Člověk se dvěma hlavami“ (INCOM2) (str. 77)

2. Fabulované kombinace (FABCOM) označují spojení dvou objektů nebo vztahu mezi nimi, který je velmi nepravděpodobný až nemožný.

Příklady fabulované kombinace z manuálu:

„Dvě kuřata drží basketbalové míče“ (FABCOM1)/ „Hlava králíka s kouřem, který mu vychází z očí“ (FABCOM2) (str. 77)

3. Kontaminace je označení pro spojení dvou nebo více odpovědí, které by samy o sobě byly adekvátními, ale ve spojení ztrácí své postavení v realitě a stávají se nereálnými.

Příklad kontaminace z manuálu:

„To vypadá jako krev a ostrov, to musí být krvavý ostrov“ (CONTAM) (str. 78)

Třetí kategorií je **Neadekvátní logika**. Ta se používá v případě, kdy má jedinec potřebu dodat za svou odpověď proč vidí to, co vidí za použití spojky „protože“. Většinou se jedná o nelogické vysvětlení, které přitíží jinak obvyklé odpovědi.

Příklad z manuálu:

„To musí být salát, protože je to vedle toho králíka“ (ALOG) (str. 79)

3. 2. 3 Indexy SCZI a PTI

Ještě před několika lety jsme mohli v ROR nalézt samostatný index pro detekci schizofrenie s názvem Schizophrenia Index (SCZI). Dokázal postihnout *„nesprávné vnímání, poruchové myšlení, neadekvátní (emoční) kontroly a interpersonální hloupost“* (Hilsenroth, Fowler, & Padawer, 1998, 515). Ukázalo se, že tento index je velmi úspěšný nejen při zjišťování schizofrenie, ale i obecně všech psychóz. Proto došlo v předešlých letech k přepracování této kategorie a k jejímu přejmenování na Perceptual Thinking Index (PTI) (Exner, 2000, in Klonsky, 2004).

Index SCZI se skládal z deseti proměnných, které se různými matematickými vztahy spojili do šesti kritérií. V těchto proměnných jsme mohli nalézt mj. i speciální skóry (Exner, 1991, in Kalla et al., 2002). Na základě toho jsme mohli zjistit kvalitu kognitivních funkcí vnímání a myšlení. Velmi jasně se zde ukazovalo zkreslené vnímání i nelogické a neuspořádané myšlení (Stokes, Pogge, Grosso, & Zaccario, 2001).

Přepracovaný index PTI se skládá již jen z osmi proměnných (Dao et al., 2008). Zahrnuje v sobě schopnost zjistit jedincovu úroveň testování reality, kvalitu vnímání i myšlení a také dovednost pochopit realistické vztahy s druhými lidmi (Biagiarelli et al., 2015). Vysoké skóre PTI ukazuje na to, že *„pacienti mají více kognitivních uklouznutí a závažnější formální a obsahové poruchy myšlení. Častěji používají podivnou logiku, neobvyklé verbalizace, disociativní řeč, bizarní interpretace událostí, neobvyklou kombinaci vjemů a zvláštní závěry, které nejsou založeny na základě řádné logiky“* (Benedik et al., 2013, 146).

3. 2. 4 Protokoly charakteristické pro jedince s psychózou

Mnoho výzkumů nám podává výčet charakteristických znaků ROR protokolů pro lidi s psychózou. Prvním takovým znakem mohou být velmi zjednodušující odpovědi,

kteře jsou přiznakem narušení psychické komplexnosti (narušení integrace kognitivních procesů). Jedinec při nich reaguje pouze na výrazné detaily obrázků a podává velmi jednoduchý či jednoslovný popis objektu. Narušení sociálních vztahů a sociálních reprezentací se projevuje v chudších lidských odpovědích (Moore et al., 2013). Dalším znakem je zvýšené množství odpovědí zahrnujících interpretace krve, které se dávají do souvislosti s intrapsychickou tenzí a úzkostí a sníženou schopností zvládat a regulovat emoce. Zjistilo se také, že pacienti s psychózou podávají velmi nízký počet populárních odpovědí, což ukazuje na jejich odpoutanost od sociální reality a sociálních norem, na vzdálení od reálného světa (Harsa et al., 2009).

Podle Řičana, Šebka, Železného a Morávka (1981) můžeme v ROR testu nalézt znaky pro tyto deficitory v oblasti schizofrenie: „*poruchy percepce a myšlení, nespolehlivost percepce a myšlení, stereotypie myšlení, oploštělost či tupost emočních reakcí, manifestace primitivních pudových impulsů, paranoiditu a disimulaci*“ (253). Podle nich jsou protokoly jedinců se schizofrenií velmi rozličné, obvykle v nich můžeme najít určitý trs patologických znaků typických pro daného člověka. Proto je obtížné vytvořit obecný profil pro schizofrenii. Dodává, že protokoly plně bizarních prvků nejsou tak časté, jak bychom očekávali, mnohdy lze nalézt obvyklé protokoly, třeba jen se sníženou variabilitou.

Ganellen, Wasyliv, Haywood a Grossman (1996) tyto prvky typické pro jedince s psychózou v ROR shrnují ve své vlastní studii: „*nízký počet odpovědí, méně populárních odpovědí, vyšší četnost odpovědí s dramatickým obsahem (odpovědi zahrnující morbidní, agresivní odpovědi, krev, exploze nebo sexuální obsah) a vyšší hodnota deviantních odpovědí kvůli jejich neobvyklým dramatickým prezentacím*“ (67). Tyto odpovědi jsou pak zahrnuty ve skórech „*deviantní verbalizace, nesourodé a fabulované kombinace vjemů, kontaminace vjemů a neodpovídající logice*“ (Benedik et al., 2013, 146). A dále pak ty, které zjišťují schopnost vnímání podnětů z okolního světa jako reálné. Saccuzzo, Sprock, Braff a Sudik (1984) také zjistili největší rozdíl v kategorii deviovaných verbalizací DV.

Vědomí výkladu je další charakteristikou při interpretaci ROR, která má svou specifickou podobu u lidí se schizofrenií (zvláště pak u té floridní či závažné podoby či u manické nálady). Vztahuje se k tomu, jakým způsobem zkoumaná osoba vykládá dané skvrny. V některých situacích totiž dochází k tomu, že osoba skvrnu nevykládá, ale naopak ji určuje, identifikuje se a ztotožňuje se s objektem, který jej pohltí. V takovém případě mluvíme o sníženém vědomí výkladu. Dalším fenoménem, se kterým se můžeme setkat je tzv. iluze podobnosti, při kterém zkoumaná osoba vypovídá, že na tabulích je pořad

to stejné, že se opakují či jsou si podobné. Podle Schafera (1954, in Říčan et al., 1981) se jedná o hledání skrytého významu schovaným za všemi tabulemi, což značí o paranoidním zpracování situace (Říčan et al., 1981).

Výzkum zaměřený na ROR skóry, ve kterých jedinci s psychózou skórovali signifikantně odlišně od kontrolní skupiny, zjistil, že se jedná o snížený počet odpovědí, vyšší počet neobvyklých detailů, snížený počet populárních odpovědí. Můžeme se tak domnívat, že patří mezi ty skóry, které lze využít k diferenciální diagnostice (Mahapatra, Sahoo, Mishra, & Kumar, 2010).

3. 2. 5 Další znaky protokolů – šokové fenomény a počet odpovědí

I ROR pracuje s šokovými fenomény. Jedná se o neobvyklé reakce na vyzývací potenciál projektivního materiálu. V takové chvíli se „*proband nemůže zbavit určitého typu asociace, který považuje za nepřijatelný, není schopen odolat rušení, které tato asociace navozuje*“ (Lečbych, 2013b, 44). Nejčastější tematikou je agresivita, sexualita, sociální vztahy, ve kterých může mít jedinec nevyřešené problémy, a ty se následně promítají do jeho asociací. V ROR se můžeme setkat se šokem na podnětový materiál nebo s šokem barvovým, který reaguje na spektrum barev na tabuli. Důležité jsou projevy, kterými se šok může manifestovat. Nejsilnějším projevem je selhání, kdy je zkoumaná osoba natolik pohlcena či zaskočena, že nepodá signovatelnou odpověď. Dalším projevem je prodloužení reakčního času, kdy jedinec získává čas pro to, aby se mohl vypořádat se svými asociacemi a podat vhodnější odpověď. Jiný šok se projevuje absencí populárních odpovědí, které jedinec nevnímá vlivem zaplavení svých asociací. Nakonec může být projevem i vynechání lidských pohybových odpovědí i tam, kde jsou podněty velmi výrazné (Lečbych, 2013b). V návaznosti na šokovou reakci může u jedinců se schizofrenií docházet i k selhání podat odpověď, a to z důvodu tzv. asocičního stuporu, při kterém není zkoumaná osoba schopna asociovat a podat vhodnou odpověď ani přes povzbuzování výzkumníkem (Říčan et al., 1981).

Počet odpovědí v ROR je také důležitým indikátorem pro konečný popis osobnosti. Větší množství odpovědí svědčí o flexibilitě myšlení, o schopnosti zpracovat percipovaný materiál. Nižší počet odpovědí je kromě neochoty spolupracovat, naopak spojen s určitou rigiditou či neschopností perцепčně a kognitivně zpracovat podněty, důsledkem emoční nestability či útlumu a důsledkem snížené kognitivní funkčnosti (Lečbych, 2013b).

3. 3 Tematický apercepční test

3. 3. 1 Deskripce testu

Tematický apercepční test (dále jen TAT) je další metodou, která využívá nejednoznačný obrázkový materiál ke zjištění osobnostních vlastností a dynamiky. Jejím autorem je Henry Murray, který test vytvořil v třicátých letech minulého století. Podnětový materiál je tvořen celkem 31 tabulemi, které jsou určené pro mužské i ženské pohlaví i mladší a starší věk zkoumaných osob. Na těchto tabulích najdeme postavy různého pohlaví v neurčitém emočním rozpoložení i neurčitých situacích. Úkolem zkoumané osoby je během dvou sezení vymyslet příběh, který se na tabulích odehrává (Harsa et al., 2009). Z celkového příběhu se zajímáme o jeho téma, úroveň interpretace, emoční ladění, výsledek příběhu, identifikaci postav, percepční zkreslení a o zaměření na detaily (Ritter & Eron, 1952). Z toho získáme poměrně dobrou představu o hlavní postavě, o jejích vnitřních i vnějších motivech, stejně tak jako o tom, jak si s danou situací dokázala tato postava poradit, z čehož se vychází u následného porovnání se zkoumanou osobou (Harsa et al., 2009).

Dörken (1953) píše, že tato metoda je založena na vyvolání fantazií a asociací, které znázorňují možné identifikace s danými osobami na tabulích. I samotný Murray (1971) předpokládal, že pohnutky hlavní postavy příběhu se váží k osobnosti zkoumané osoby. Mohou se vázat k jeho minulosti, přítomnosti i budoucnosti, nebo také k tomu, co by si přál. Stejně tak okolnosti příběhu mohou vycházet z kontextu jedince, a to jak další vystupující postavy, tak také prostředí. Porovnání se zkoumanou osobou nám proto může odhalit její skryté tendence, interpersonální konflikty či patologické chování (Harsa et al., 2009). Ty získáme pomocí obsahové analýzy. Oproti tomu z formální analýzy výsledků této metody (struktura, návaznost textu apod.) můžeme usuzovat na úroveň kontaktu s realitou, kognitivní schopnosti, náhled, verbální dovednosti a další (Murray et al., 1971).

3. 3. 2 TAT a Výzkum

Výzkumy jedinců s psychózou a administrací TAT nám podávají velmi rozdílné výsledky. Některé prokazují signifikantně odlišné výsledky mezi psychotickou a kontrolní

skupinou v hodnocených kategoriích TAT jako je percepční zkreslení, úroveň interpretace, pochybný výsledek, téma i emoční ladění příběhu. Skupina pacientů s psychózou v takovém případě podávala zvláštní odpovědi odchylovající se od těch nejčastějších a obvyklých (např. Ritter & Eron, 1952; Balken, 1943, in Eron, 1950; Rapaport et al., 1946, in Eron, 1950). Naopak signifikantní rozdíly v tématu ani emočním ladění příběhu nebyly prokázány výzkumy z pozdějšího období (např. Lelé, Flores-Mendoza, & Salomão de La Plata Cury Tardivo, 2014; Sharkey & Ritzler, 1985; Eron, 1950). Můžeme se domnívat, že tato zjištění značí velmi nestabilní a různorodé výsledky v TAT lidí s psychózou, které mohou ztěžovat diagnostický proces.

Lelé et al. (2014) zjistili, že největší rozdíl v protokolech jedinců s psychózou a kontrolní skupiny byl ve formální stránce vytváření příběhů. Rozdělili tyto protokoly do 4 skupin podle charakteristik, které zaznamenaly: a) defenzivně rigidní vlastnosti (typické pro obsesivní neurózu), b) defenzivně labilní vlastnosti (typické pro hysterickou neurózu), c) defenzivní vlastnosti vyhýbající se konfliktu (typický pro patologický narcismus), d) vlastnosti ukazující na výskyt primárních procesů (typické pro psychózu). Tato poslední kategorie byla vysoce frekventovaná právě u schizofrenních účastníků daného výzkumu, zjišťovala se např. výskytem percepčních chyb, bizarních detailů nebo dezorganizací příběhů. Vysvětlení těchto primárních procesů pochází od Freuda (1990, 1996, in Lelé et al., 2014): Jejich vznik se projevuje volným prouděním energie, která cirkuluje od jedné reprezentace k druhé. *„To ukazuje na potřebu okamžitého uspokojení, nedostatek soudržnosti a nedostatek principu reality, jakož i na opakující se nutkání, které splňuje princip identity vnímání. Čím je výskyt primárních procesů větší, tím je ego zranitelnější, což je typickým znakem schizofrenie“ (143).*

Podobné dva typy protokolů vykazuje i výzkum Chaberta et al. (1990, in Lelé et al., 2014). První typ obsahoval velmi barvitě a bohatě produkce, které doprovázela labilita celého projevu. Druhý typ byl oproti tomu vysoce inhibovaný, s velmi chudými verbálními reprodukcemi. Autoři si tyto rozdílné typy vysvětlují také primárními procesy, které způsobují zkreslené vnímání i myšlení. Při jejich nadměrné míře dochází k výskytu halucinací a odtržení od reality, při jejich absenci dochází naopak ke ztrátě vitality a k *„chorobnému ochrnutí psychotického jednání“ (Lelé et al., 2014, 135).*

3. 3. 3 TAT a interpersonální decentrace

Hned několik výzkumů využilo TAT ke zkoumání fenoménu zvaného interpersonální decentrace. Tento fenomén „vyjadřuje, jak je jedinec schopen rozumět různým aspektům sociálních situací a přizpůsobit tomu své chování. Lidé s nízkou mírou ID se nedokáží na sociální situaci podívat z více úhlů pohledu, a tím pádem nezvládají přiměřeně přizpůsobit své chování“ (Lečbych & Hosáková, 2014, 100). Základní forma tohoto fenoménu označována jako sekvenční decentrace nám vyjadřuje takové jednání, takovou posloupnost lidských akcí a následných reakcí, při kterých se jedinec nechává ovlivňovat pouze přítomnými podněty, bez ohledu na možné reakce druhého člověka, ať už myšlenkové, nebo behaviorální, které nebere v potaz. Je zcela zaměřen na úkol, nikoliv na interpersonální interakce. Rozvinutější forma se pak nazývá simultánní decentrací, při které již člověk mění své chování a své reakce s ohledem na člověka, se kterým je v interakci (Leeper et al., 2008, in Lečbych & Hosáková, 2014). Tento přechod z jednoho stádia ke druhému je nutný k tomu, aby člověk dokázal přemýšlet o možných reakcích druhých lidí, vnímat situace z různých úhlů i bez jejich momentální přítomnosti.

Po administraci TAT u hospitalizovaných jedinců se schizofrenií zjistili Lečbych a Hosáková (2014), že nízká interpersonální decentrace je poměrně stabilní osobností charakteristikou u jedinců se schizofrenií. Až 98% participantů podávalo stabilně nízký výkon, pouze u třetiny z nich docházelo ke kolísání k vysokému skóre. Z toho můžeme vyvozovat, že s průběhem nemoci dochází nejen k oslabování sociálních kontaktů, ale také ke snížení schopnosti interagovat s druhými. Jenkins, Dobbs a Leeper (2016) k tomu doplňují, že se tato snížená úroveň interpersonální decentrace může projevovat neschopností pochopit a přijmout své sociální role, může dojít k poškození abstraktního myšlení, nezájmu o myšlenky druhých lidí, stejně tak jako k již výše zmíněné snížené kapacitě pro zvládnání sociálních situací.

3. 3. 4 TAT a Skórovací systém komunikační deviace

Singer a Wynne vytvořili vlastní skórovací systém komunikační deviace, který následně aplikovali na TAT a který se ukázal být úspěšný při detekci odlišných komunikačních vzorců jedinců s psychózou. Mnoho teorií má za to, že komunikace v rodině se člověkem, který má schizofrenii, je nějakým způsobem narušena.

Tato komunikace mezi členy rodiny může být nepřehledná, neuspořádaná, a proto pro jedince nečitelná (Bateson et al., 1956, in Chapman, 2008). Singer a Wynne přišli poprvé s konstruktem komunikační deviace již v roce 1963, kdy se domnívali, že ve schizofrenní rodině chybí schopnost najít sdílené zaměření pozornosti a domluvit se na něm. A protože se dítě vyvíjí v rodinném kontextu, je potom jeho vystavení dlouhodobým narušeným komunikačním vzorcům příčinou vývoje narušených a nesrozumitelných myšlenek. Chvilé, kdy se jedinec musí vypořádávat se stresovými situacemi v období adolescence, které vedou k přijetí zodpovědnosti dospělého člověka, dohromady s genetickými předpoklady pro schizofrenii a narušenou rodičovskou komunikací mohou hrát velkou roli při vývoji onemocnění schizofrenního okruhu– nejen schizofrenie, ale také schizoidní, schizotypální či hraniční poruchy. Svou teorii aplikovali výzkumníci na TAT a snažili se tak zachytit konkrétní fenomény v řeči/komunikaci jedinců s onemocněním schizofrenního okruhu, u kterých se sice objevovala jasná myšlenka příběhu na počátku, ale následně byla rozbita v důsledku ztráty či narušení pozornosti a dalších působících faktorů. To stejné bylo aplikováno i na ROR, ve kterém je tento systém stále užíván (Wahlberg et al., 1997, 2000, in Chapman, 2008).

Velmi důležitou složkou Singer a Wynne teorie je formální a strukturální stránka komunikační deviace. *„Může být složité porozumět verbalizacím, neboť gramatika je hrubě zkrácena či roztržena, mísí se neslučitelné ideje a představy, konverzační body jsou spuštěny a následně opuštěny bez uzavření, nebo použití zvláštních slov brání posluchači následovat hovořícího jedince“* (Chapman, 2008, 451).

Systém Singera a Wynneho se skládal z kategorií, které se shlucovaly do čtyř skupin: a) **problémy s uzavřením**, b) **rušivé chování**, c) **zvláštní vjemy a verbalizace**, d) **další formální charakteristiky**. Systém byl ale následně rozšířen a výzkumem ověřen Jonesem a Doanem (1979, in Chapman, 2008) pro potřeby identifikace jedinců se schizofrenií. Proto si zde představíme právě jejich skórovací kategorie.

První kategorie **Problémy s uzavřením** v sobě zahrnuje potíže se sjednocením i uzavřením, nebo vůbec dokončením příběhu:

1. Fragmenty (útržky) slov, frází, nebo idejí (spojování slov, která se k sobě nehodí, nedávají společně smysl; spojování odlišných/náhodných slov, frází nebo idejí, ze kterých je těžké pochopit jejich celistvý význam)
2. Nesrozumitelné pasáže (není nám srozumitelné, co tím chce zkoumaná osoba říci)

3. Části příběhu podávány jako otázky, posluchač je vyzván k tomu, aby si sám doplnil význam (zkoumaná osoba se vzdává zodpovědnosti za dokončení významu příběhu, posluchač zůstává nejistý)
4. Příběh nechán nedokončen (zkoumaná osoba není schopna příběh dokončit, nebo podává dva závěry stejně důležité)
5. Žádná spontánní zmínka o hlavním vjemovém prvku (zkoumaná osoba vynechá významný podnět projektivního materiálu)
6. Hrubá nejistota ohledně hlavního vjemového prvku (zkoumaná osoba neví jistě, zda významný podnět materiálu je to, co opravdu je)
7. Rozpory nebo nesrovnalosti v rámci příběhu (protiřečení si v příběhu)
8. Negativní odpovědi (popisování objektu tím, co to není)
9. Odpovědi v konjunktivu (použití vět v kondicionálu, „jestliže..., pak...“)
10. Žádná integrace prvků příběhu (zkoumaná osoba není schopna propojit postavy z projektivního materiálu)
11. Vynechání postavy u karty č. 2
12. Přisuzování záměru kartám (zkoumaná osoba odkazuje na záměry autora karty, co měl v úmyslu)
13. *Já doufám* zakončení (zkoumaná osoba doufá v nějaký závěr)
14. *Já nevím* zakončení (zkoumaná osoba neví, jak příběh dopadne)
15. Další problémy s uzavřením příběhu (takové, které nejsou popsány výše)

Druhá kategorie představuje **Rušivé chování**, což jsou takové verbalizace zkoumané osoby, které přerušují examinátora nebo provedení úkolu:

1. Přerušování úkolu (přidávání komentářů, přerušování vlastního plnění úkolu nebo examinátora)
2. Zvláštní nastavení směrem k úkolu (nepochopení instrukcí k testu)
3. Otázky na zadání po započítání příběhu (ujišťování se o zadání úkolu po jeho započítání a přesné instrukci)
4. Vlastní asociace, které nejsou součástí příběhu (přidávání vlastních pocitů či příběhů ze života, které se nevztahují či jen okrajově vztahují k příběhu)
5. Odbočující odpovědi na examinátorovy otázky

Třetí kategorie **Zvláštní vjemy a verbalizace** odkazuje na neobvyklé vjemy a řeč:

1. Karta je špatně pochopena (zkoumaná osoba vnímá podněty jako něco jiného, než co ve skutečnosti jsou)
2. Přiřazení detailům výstřední význam (zaměření se na detaily, které pro jiné nejsou významné, může být znakem paranoidní symptomatiky)
3. Zvláštní formulace nebo používání slov (zkoumaná osoba používá slova ve špatném kontextu, nevztahuje se na gramatické chyby)
4. Uklouznutí jazyka (každodenní přeroknutí)
5. Zvláštní zdůvodňování jakéhokoliv druhu (zkoumaná osoba používá neobvyklé, nelogické zdůvodňování v příběhu, které je pro examinátora obtížně pochopitelné)
6. Opakování slov, frází nebo myšlenek (neschopnost odvést pozornost od určité myšlenky a vymyslet něco odlišného)
7. Nesprávné používání abstraktních slov

Poslední kategorii **Další formální charakteristiky** nezjišťujeme z řeči zkoumané osoby, nicméně jsou pro administraci důležité.

1. Průměrný reakční čas (čas od podání tabule do začátku příběhu)
2. Index délky příběhu (počet slov či řádků na jeden příběh)

4 Výzkum a jeho cíle

Praktická část této diplomové práce je založena na kvalitativně-kvantitativním výzkumu. Její první část spočívá v kvalitativní analýze protokolů Hand Testu u pacientů s psychózou, v nichž se snažíme najít a popsat častěji se vyskytující charakteristické prvky nad rámec skórovacího systému Hand Testu. Druhá část je pak založena na kvantitativním porovnávání vybraných skórovacích kategorií a také těchto charakteristických prvků u pacientů s psychózou s protokoly kontrolní skupiny. Hendl (2005) by tento výzkum označil jako smíšený, neboť kombinuje prvky obou hlavních metodologických přístupů.

Výzkumné otázky

1. Jaké charakteristické prvky se vyskytují v protokolech pacientů s psychózou a jakým způsobem je můžeme interpretovat?
2. Do jakých skupin můžeme charakteristické prvky vyskytující se v protokolech pacientů s psychózou rozčlenit?
3. Jaké charakteristické prvky můžeme najít ve vybraných protokolech jednotlivých pacientů s psychózou?

Výzkumné hypotézy

Na základě teoretických poznatků jsme si stanovili tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Skupina pacientů s psychózou vykazuje nižší celkový počet odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza 2: Skupina pacientů s psychózou vykazuje nižší počet INT odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza 3: Skupina pacientů s psychózou vykazuje vyšší počet BIZ odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza 4: Skupina pacientů s psychózou vykazuje vyšší počet FAIL odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza 5: Skupina pacientů s psychózou vykazuje vyšší počet WITH odpovědí než kontrolní skupina.

5 Kvalitativní část výzkumu

Kvalitativní přístup je založen na stanovení výzkumných otázek, které se mohou při sběru dat i při jejich analýze měnit či rozšiřovat o nové. Proto zahrnuje určitou pružnost, se kterou může výzkumník při výzkumu počítat. Provádí se jak deduktivní, tak induktivní závěry a dochází k novému a novému získávání informací, které mohou vést k dalším zjištěním vztahů a souvislostí. Na závěr své výsledky interpretuje bez použití statistických metod a může se pokusit stanovit novou teorii o daném fenoménu (Hendl, 2005).

Zde jsou ještě některé vlastnosti kvalitativního přístupu: jedná se o intenzivní šetření zkoumaného problému z různých směrů různými prostředky, na základě nasbíraných dat dochází k formulaci závěrů, zkoumání skutečností a vztahů probíhá na malém vzorku, využívá se nestandardizovaných metod, zároveň jsou výsledky nekvantifikovatelné, a výsledky mohou být ovlivněny výzkumníkem (Reichel, 2009).

5.1 Metody získávání dat

Ke sběru dat byl použit Hand Test s dodržением doporučených instrukcí v aktuální publikaci Lečbycha (2013a), který zahrnoval i pozorování projevů participanta při administraci. Data byla sbírána v období únor až duben 2016. Pro pacienty zdravotnického zařízení, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu, byl vytvořen informovaný souhlas, ve kterém byli seznámeni se základními informacemi o výzkumu, o jeho cíli, administraci a etických principech (viz Příloha č. 4). Žádný z pacientů spolupráci neodmítl, všichni účast na výzkumu mile přijali. Setkání proběhlo v klidném prostředí kanceláře, kde pacienti nebyli rušeni. Následně byl s nimi vyplněn dotazník, ve kterém se zjišťovaly tyto údaje: věk, nejvyšší dokončené vzdělání, psychiatrická diagnóza, délka onemocnění v letech, počet atak a užívané léky (viz Příloha č. 5). Protože si spousta pacientů nebyla jista těmito údaji, byly následně získány od psychologů.

Dále se přešlo k samotné administraci. Pacienti byli seznámeni s tím, že uvidí kartičky, na kterých jsou nakresleny ruce v určité poloze a jejich úkolem je říci, co by ruka v dané poloze mohla dělat. Snažili jsme se o jednotné zadání u všech pacientů, ovšem občas bylo potřeba instrukci zopakovat nebo upřesnit (v důsledku zhoršené kognice, sluchu

apod.). Odpovědi pacientů, včetně reakčního času, byly zaznamenány do protokolu přímo před nimi, aby měli kontrolu nad tím, které informace se zapisovaly. Po administraci všech deseti karet došlo k poděkování, závěrečnému rozhovoru, jehož cílem byla podpora pacientů. Celkově nebyl čas s pacientem nijak omezen, ale obvykle celý tento proces trval 10-20 minut u každého.

5. 2 Etické aspekty výzkumu

Dodržování etických principů sloužících k ochraně účastníků bylo důležitou součástí výzkumu. Nejdůležitějším principem byla anonymita, která zajišťovala účastníkům neidentifikovatelnost, nikde nebyly uvedeny jejich osobní údaje. Dalším byl princip dobrovolné spolupráce, přičemž pacienti byli nejprve dotázáni psychologem, zda se chtějí výzkumu zúčastnit, a měli možnost volby výzkum přijmout či odmítnout. Účastníci nebyli o cíli výzkumu klamáni, byli seznámeni s tím, k čemu slouží a co bude jeho výstupem. Výzkum pro ně nepředstavoval žádnou fyzickou ani psychickou újmu, účastníci měli možnost kdykoliv z výzkumu odejít, pokud by jim daná situace či podnětový materiál byly nepříjemné. K získaným datům má přístup pouze výzkumník a jsou dobře chráněny. S těmito informacemi byli účastníci obeznámeni ústně i písemně před započítím administrace testu.

Snaha byla také o zachování tzv. empatické neutrality, která znamená, že *„výzkumník by měl vůči účastníkům výzkumu projevat zájem, účast a porozumění, ale k zjištěným skutečnostem by měl být neutrální“* (Miovský, 2006, 280), což bylo mnohdy potřeba z důvodu inkohorentních nebo neobvyklých odpovědí v testu.

5. 3 Charakteristika populace

Získat celkový počet lidí, kteří jsou nějakým způsobem psychicky nemocní (ať už celkově nebo s určitou diagnózou), je poměrně složité, neboť ne všichni vyhledali odbornou pomoc. Znamé jsou ale celkové počty hospitalizací vyžadujících psychiatrickou péči ve zdravotnických zařízeních, kterých bylo podle nejnovějších statistik z roku 2015 celkem 60 106 (ÚZIS, 2016): Pro schizofrenii, schizotypální poruchy a poruchy s bludy

byla hospitalizována zhruba pětina všech mužů (5 990), stejně tak žen (5 009) z celého počtu psychiatrických hospitalizací. Schizofrenie byla sama o sobě druhou nejčastější diagnózou pro hospitalizační léčbu ve zdravotnickém zařízení (hned po duševních poruchách a poruchách způsobených užíváním alkoholu). Až 66% pacientů se schizofrenií bylo ten rok propuštěno do trvalé ambulantní péče, což svědčí o stabilizaci či ústupu nemoci. Počet pacientů se schizofrenií v ambulantním léčení se pohybuje kolem 45 000 a za posledních 15 let se drží v této rovině. Diagnóza F20-29 představuje 19% všech hospitalizací v psychiatrických léčebnách, 16,9% v nemocnicích a 8,2% v ambulantních zařízeních s 5 478 nově zjištěnými případy v ambulancích za daný rok. Rozdělení této diagnózy je podle pohlaví 53,1% žen a 46,9% mužů a podle věku na 98% jedinců nad 20 let. Sečtením pacientů hospitalizovaných a pacientů v ambulantní péči se dostáváme k přibližnému číslu 56 000 (přestože se čísla mohou různě překrývat, např. několikanásobnými hospitalizacemi stejných pacientů v daném roce), což je méně než literaturou odhadované 1% v populaci (např. Fišar et al., 2009; Raboch et al., 2006). Přesto je také nemalý počet jedinců s diagnózou F20-29, kteří nevyhledali lékařskou péči.

5. 4 Metoda sběru výzkumného souboru

Pro získání experimentální skupiny jsme zvolili cestu oslovení hospitalizačního zdravotnického zařízení, a to z toho důvodu, že jsou zde pacienti, kteří prodělali psychotickou ataku v nedávné době nebo jejich nemoc má chronický charakter. Tím se zařazují nejvíce do kategorie jedinců s psychózou, kteří byli pro můj výzkum důležití (u ambulantních pacientů očekáváme psychický stav blízký tomu před propuknutím nemoci a s potlačenými pozitivními i negativními příznaky). Spolupráce byla navázána s Psychiatrickou léčebnou Šternberk a Psychiatrickou nemocnicí v Kroměříži, které byly osloveny průvodním dopisem (viz Příloha č. 3). Obě zdravotnická zařízení souhlasila s účastí ve výzkumu a se zprostředkováním kontaktu s pacienty, kteří také předem souhlasili se spoluprací. Jednalo se tedy o záměrný (účelový) výběr přes instituci, který je charakterizován „*využitím určitého typu služeb nebo činností nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá*“ (Miovský, 2006, 138). Aby se dosáhlo určité homogenity výzkumného souboru, byla stanovena tato kritéria:

1. Věk 18-70 let

2. Diagnóza schizofrenie (z okruhu F 20.x) nebo schizoafektivních poruch (z okruhu F25.x)
3. Hospitalizace min. 2x (včetně)

Tato věková hranice byla určena z toho důvodu, že dospělí pacienti s psychózou jsou různého věku, a tak aby došlo k zachování celého věkového rozhraní. Diagnózy schizofrenie a schizoafektivní poruchy patří mezi nejčastější psychotické poruchy, které vedou k hospitalizaci. A také, podmínka alespoň dvou hospitalizací (neboli dvou atak) byla stanovena z toho důvodu, že po první atace je mnohdy těžké stanovit hned přesnou diagnózu (zvláště pokud se jedná o maniodepresivní symptomatiku) a aby se ze vzorku vyloučili jedinci, u kterých se projeví pouze jedna ataka a nemoc následně ustoupí bez následků.

5. 5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro kvalitativní část je tvořen skupinou, která zahrnuje 30 pacientů s psychózou. Je zde 15 mužů a 15 žen ve věku 18-70 let různého vzdělání. V době administrace testu byli všichni pacienti uzavřeného nebo polouzavřeného oddělení v Psychiatrické léčebně Šternberk nebo v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Všichni pacienti užívali léky používané v psychiatrii, které stabilizovaly jejich duševní stav a umožňovaly jim lepší fungování v okolním světě. Každý pacient prodělal min. 2 ataky, max. 48 (průměrně 11), přičemž délka jeho onemocnění byla od 1 roku do 36 let (průměrně 17,6 let). Obecně platilo, že čím vyšší věk, tím více let s nemocí. Zde je rozložení jednotlivých údajů výzkumného souboru:

Tab.1: Věkové rozložení pacientů s psychózou

Věk	Pacienti s psychózou		
	Muži	Ženy	Celkem
18-20	0	0	0 (0%)
21-30	3	3	6 (20%)
31-40	4	1	5 (16,7%)
41-50	4	5	9 (30%)
51-60	2	6	8 (26,7%)
61-70	2	0	2 (6,7%)

Tab. 2: Rozložení vzdělání pacientů s psychózou

Vzdělání	Pacienti s psychózou		
	Muži	Ženy	Celkem
ZvŠ	0	1	1 (3,3%)
ZŠ	2	4	6 (20%)
VY	9	4	13 (43,3%)
SŠ	3	5	8 (26,7%)
VŠ	1	1	2 (6,7%)

Tab. 3: Rozložení diagnóz pacientů s psychózou

Diagnóza	Muži	Ženy	Celkem
F 20.0	6	8	14 (46,7%)
F 20.5	2	1	3 (10%)
F 22.0	1	0	1 (3,3%)
F 25.0	5	0	5 (16,7%)
F 25.1	0	3	3 (10%)
F 25.2	1	3	4 (13,3%)

5. 6 Typ kvalitativního výzkumu

Cílem této části výzkumu je identifikovat v odpovědích prvky/kategorie, které by se mohly vyskytovat u více participantů, a tím by se daly zobecnit jako typické pro pacienty s psychózou. Tento způsob analýzy kvalitativních dat se nazývá metodou zachycení vzorců, kterou Miovský (2006) popisuje jako metodu, ve které se snažíme o nalezení opakujících se témat či vzorců, jde tedy o nalezení obecnějších kategorií, kterými redukuje původní data. Po zařazení nových dat do kategorií může docházet k jejich modifikaci tak, aby dokázaly postihnout celý jev či fenomén. Na základě odpovědí, které jsou do dané kategorie zařazeny, je možné zjistit i určité okolnosti či souvislosti jevu.

6 Výsledky kvalitativní analýzy

Výzkumná otázka č. 1: Jaké charakteristické prvky se vyskytují v protokolech pacientů s psychózou a jakým způsobem je můžeme interpretovat?

Zde si představíme výsledky analýzy dat ve formě kategorií, které nám vyvstaly napříč všemi protokoly participantů. Jedná se o odpovědi, které byly nějakým způsobem neobvyklé a které v mnoha případech nebyly zachyceny základními ani obsahovými skóry Hand Testu. První číslo za odpovědí v závorce značí pořadové číslo participanta (01-30) a římská číslice značí číslo tabule (I-X), na kterou byla daná odpověď podána. Označení q: je pro doptávání se. Celkem bylo nalezeno 18 charakteristických prvků v protokolech pacientů s psychózou.

1. Přímá řeč

Popis kategorie: Použití přímé řeči v odpovědi participanta. Vžití se do role člověka s rukou v dané pozici a do takové situace, ve které by mohl něco říkat druhému. Participant přidává do své odpovědi to, jak by mohl ve skutečnosti opravdu zareagovat. Jednalo se o nejčastější fenomén s výskytem u 15 participantů ve 31 odpovědích. Podle zaměření přímé řeči můžeme tuto kategorii rozdělit do 4 skupin a to:

a) Direktivní přímá řeč (14 odpovědí):

„Někoho volá: „*pojďte sem*“.“ (01/ III)

„Ukazuje něco, „*zastav chvílku*“.“ (03/ I)

„Říká: „*pozor, chovej se slušně*“.“ (03/ III)

„ „*Ty, ty, ty*“ (pohrozit).“ (06/ III)

„*Naznačovat zákaz, „stůj!*“.“ (09/ VII)

„ „*Na to nesahej, můžeš se popálit.*“ *Tohle někomu ukazuje, říká: „nedělej to, to není správné to dělat*“.“ (21/ III)

„*Dává nějaké znamení, „zastav se*“, *někomu.*“ (22/ I)

„*Ukazovat: „běž tam nebo tudy*“, *nebo taky jako ukazatel, příkaz.*“ (26/ III)

b) Dependentní přímá řeč (6 odpovědí):

„Bolí mě (ruka), hodně, chci ošetřit, pospěšzte si, abych neumřel, je to infekce.“ (21/ II)

„Pomozte mi, nemůžu zvednout hrnec.“ (21/ IV)

„Dvě ruky spojené, „prosím, dejte mi peníze“.“ (21/ VII)

„Pomozte mi, mě bolí palec, mám ho zakřivený, má vykloubený palec.“ (21/ IX)

„Ježíš, vypadá hrozně, pokřivené prsty, symbol mě nenapadá, jako by se bránila, jako „podívej se na moji ruku, jak je zbrzděná“; mě to napadlo kvůli tomu, jak je zničená, vnímám hlasy, které mi říkají „zrúdo“.“ (30/ II)

„Ta je znavená, kapituluje, vzdává se, říká „na, vzdávám se“, je to další ruka, která na mě působí pozitivně.“ (30/ VI)

c) Přátelská přímá řeč (8 odpovědí):

„Vyjadřuje dva chlapy: „pojď si plácnout“.“ (10/ IV)

„ „Ahoj“ by mohla říkat.“ (21/ I)

„(ukazuje) „ted' jste na to káp“, „ted' jste to přeseknul“.“ (26/ VII)

„Gesto (ukazuje), „je to dobrý“.“ (26/ X)

„Na někoho ukazovat prstem, q: „ty jsi hodný člověk“.“ (29/ III)

„Mohla by někoho pohladit, řekla by třeba: „Jsi dobrý člověk“.“ (29/ VII)

„Je trápená, ale nabízí se k pomoci, nabízí pomoc, chce to nabídnout pomoc; stařecká ruka „pojď, nabízím ti pomoc“.“ (30/ IV)

d) Ostatní přímá řeč (3 odpovědi):

„ „Prosím nedělej to.“ Příkazová ruka.“ (04/ III)

„Někomu něco vyčítat, „Ty seš hajzl!“.“ (09/ III)

„Ukazuje nějaký důkaz: „ty jsi ten, ty jsi ta“.“ (16/ III)

Interpretace: Zdá se, že zkoumané osoby s těmito odpověďmi vstupují pohotově do osobní roviny výkladu tím, že se vžívají do interpretace daného podnětového materiálu a odpovídají samy za sebe. Používají k tomu takové osobní fráze, které by použily při konverzaci s druhou osobou.

V této kategorii bychom mohli identifikovat fenomén označovaný jako snížené vědomí výkladu, který spadá původně do interpretace ROR. V takové odpovědi jedinec nepodává výklad odpovědi, neinterpretuje jej, ale s podnětovým materiálem se identifikuje

a nechává se jím pohltit (Říčan et al., 1981). V tomto případě to představuje vžití se do situace a použití přímé řeči sám za sebe.

Můžeme si také povšimnout, že většina odpovědí je ve formě direktivního požadavku či s negativním laděním. Zde můžeme při vysvětlování této kategorie přemýšlet o fenoménu vyjadřovaných emocí (Expressed Emotion, EE), který se týká rodinného prostředí, ve které jedinec žije. Emoce vyjadřované rodinnými příslušníky jedince v takovém případě v sobě zahrnují zvýšenou míru vyjadřování kritiky, hostility a nadměrné emoční angažovanosti. Vyjadřování těchto negativních emocí představuje psychosociální stresor, který má vliv na relaps jak u schizofrenie, tak u některých dalších psychických onemocnění. Takové rodiny se projevují rovněž vyšší úrovní narušeného chování a nižšími copingovými strategiemi (Banerjee & Retamero, 2014). Odpovědi tak mohou navazovat na to, co pacienti s psychózou znají ze svého rodinného prostředí.

2. Méně srozumitelné a bizarní odpovědi

Popis kategorie: Takové odpovědi, které jsou něčím zvláštní, nehodí se do žádné jiné skórovací kategorie než bizarních odpovědí BIZ. Obsahují něco, co není reálné, zahrnují jiný způsob vyjádření nenavazující na projektivní materiál, nebo cokoliv, co se nevztahuje k popisu ruky a její činnosti. Tento typ odpovědí se týkal 8 participantů a 23 jejich odpovědí.

Příklady některých odpovědí:

„Držet kladivo, „všechno tě zradilo, prej ti pomůže ti kladivo“.“ (07/ V)

„Postava z Arabely – Fantomas.“ (13/ VI)

„Žirafí nohy připomíná.“ (13/ X)

„To je osud, ty čáry života. Určují vám charakterové vlastnosti, jaké máte sklony. Mně se to stalo, jedna taková mi četla z ruky, ale Česko je na tohle vymetené. Já jsem se tím ale nezabýval, nejsem specialista.“ (14/ I)

„Je nalakovaná, má znamínka, pihy, ostříhané nehty, je lesbická; ne falešně lesbická.“ (16/ VII)

„Nalakovaná kamarádka, která má nalakované nehty.“ (24/ II)

„Z pohádky, nějaký stařec, který unesl princeznu.“ (24/ IV)

*„Mě některé věci unikají, to mi řekl pan doktor Gabriel, jsem prodavačka, vařím, peru, uklízím-oběma rukama, ne levačkou, já se starám o domácnost, maminka už nemůže.“
(27/X)*

Interpretace: Přestože se nám tyto odpovědi mohou zdát nesrozumitelné a méně pochopitelné, pro zkoumané osoby mohou představovat určitý způsob, jakým komunikují a jak se vyrovnávají s okolním pro ně chaotickým světem. Můžeme na to nahlédnout z určitých teoretických konceptů. Tím prvním je teorie mysli, kterou můžeme definovat jako schopnost vnímat druhé, rozumět jim a být schopen predikovat jejich chování, pochopení toho, že druhý člověk si také něco myslí, nějak jedná (Wood et al., 2015). Teorie mysli je u této psychiatrické skupiny narušená, tudíž jedinci mají potíže odhadnout, co se po nich chce, nemusí porozumět instrukci. Druhým konceptem je interpersonální decentrace, kdy dochází k potížím s přesunutím pozornosti. Pacienti se tak nedokáží podívat na situaci z více úhlů pohledu a podle toho adekvátně zareagovat (Lečbych & Hosáková, 2014). Dalším jsou pak potíže v percepční oblasti, kdy může docházet k problémům při sdílené identifikaci podnětu.

V této kategorii odpovědí jsou poruchy vnímání a myšlení nejvýraznější. U zkoumaných osob s těmito odpověďmi můžeme nalézt nepřiměřené testování reality a závažné poruchy myšlení, jejichž základem mohou být jak halucinace, tak bludné představy a myšlenky (Lečbych, 2013a). Zařadit zde můžeme také neadekvátní formu vyjadřování, která souvisí s verbálními schopnostmi. Zahrnuje takové odpovědi, které jsou pro ostatní nesrozumitelné, které zároveň obsahují nesouvisející slova, komentáře či zvláštní pojmenování (Altman, 2016). Odpověď se tak dostává daleko za hranice podnětového materiálu, je nesrozumitelná a méně pochopitelná.

3. Popis ruky a vyjádření její činnosti

Popis kategorie: Při této odpovědi jedinec nejprve ruku popíše, určí, v jaké je poloze, a následně teprve odpoví, co dělá. Jako by si potřeboval nejprve ujasnit, že daný podnět vnímá správně, a následně se mohl až soustředit na splnění zadání. V odpovědi je tedy patrný vývoj od deskripce k interpretaci. Tato poměrně častá kategorie se objevila u 13 participantů v 18 odpovědích. Zajímavostí je, že až 9 odpovědí se objevilo právě v reakci na tabuli V.

Příklady některých odpovědí:

„Sevřená pěst jako taková, jako by chtěla bušit do něčeho.“ (08/ V)

„Drží se v pěst, drží kámen v ruce.“ (18/ V)

„Dvě ruky spojené, „prosím, dejte mi peníze“.“ (21/ VII)

„Sevřená v pěst, může někomu vyhrožovat, výstraha, varování.“ (22/ V)

„Má všechny prsty od sebe, snaží se zastavit třes nohou.“ (22/ X)

„Rozevřená, připravená na tleskání.“ (23/ I)

„Ukazováčkem, sevřená, ukazuje na nějaký předmět.“ (23/ III)

„Je to sevřené do špičky, mohla by něco solit nějaké jídlo.“ (29/ VIII)

Interpretace: Můžeme se domnívat, že se zde jedná o snížené schopnosti v oblasti vnímání a myšlení. Prvotní deskripce podnětu ukazuje na sníženou schopnost zpracování informací a na potřebu delšího času pro podání kvalitní odpovědi. Také se zde ukazuje tendence ke konkrétnímu pojetí podnětového materiálu spíše než k tomu abstraktnímu. Podle Lečbycha (2013a) jde u DES reakcí, které zde tvoří polovinu odpovědi, o „jednoduchou a bezpečnou reakci na skutečnost. V zásadě se jedná o selhání procesu interpretace a symbolizace předlohy“ (35). Protože ale zkoumané osoby jsou schopné podat kvalitní odpověď, může jít u prvotní deskripce jen o ujištění se, že daný podnět byl dobře uchopen a následně zpracován. Z důvodu nejvyššího výskytu těchto odpovědí u tabule V, můžeme zde usuzovat, že se jedná o percepčně a emočně náročnou tabuli. Usuzujeme proto, že prvotní deskripce podnětového materiálu jim umožní lepší uchopení pro následné zpracování a interpretaci odpovědi.

4. Vlastní zkušenost

Popis kategorie: Kromě odpovědi na otázku, co by mohla daná ruka dělat, dostáváme i vyjádření vlastních zkušeností, mnohdy se vztahujících právě na podnět ruky v dané poloze. Odpovědi mnohdy překračují svým obsahem i délkou to, co potřebujeme ke skutečné administraci odpovědi. Pro tuto kategorii nacházíme v Hand Testu obsahové skóre označené *pers*. Tuto kategorii jsme mohli nalézt v 18 odpovědích 7 účastníků.

Příklady některých odpovědí:

„Strážníkův příkaz „stůj“, protože jsem měl řidičský průkaz, tak vím, že to ukazovali.“ (04/ I)

„Je to po úrazu, dostal přes prsty. HIV nebo tak něco. Viděl jsem to už v nemocnici, byla tam holka a ta se nakazila od někoho. Má takhle zaryté nehty.“ (14/ II)

„Napadá mě zase hra na klavír, hra na kytaru, nedávno tady hrála jedna pacientka.“ (22/ VI)

„Nevím, já ty čáry nepoznám, já neumím hádat z ruk, to je pravá ruka (ukazuje).“ (25/ I)

„Psát, podepsat si důchod, ruční práce, pletení, háčkování, malování, to je to, co tady dělám na terapii, umývat, utírat nádoby, oběma rukama, jsem pravák, píšu pravou, levou bych to nezvládla.“ (27/ II)

„Jako by byla zlomená, já jsem měla zlomenou ruku, na 6 týdnů v sádře, jak se tomu říká, jezdila jsem do Vyškova na rehabilitaci. Ale byla ruka velmi pracovitá, musela jsem vydělávat na domácnost.“ (27/ VI)

„Naučila jsem se dělat cvičení při terapii, proti stresu, takže to jsem procvičovala s rukou, takže to mě napadlo, ono se to nějak odborně jmenuje.“ (28/ X)

„Ukazuje, kterým směrem se mám vydat ve svém životě, já si to jen spojuji, kam jít do obchodu, vpravo i vlevo, jak výhružné obchody, tak já jdu vpravo, mám problém s výhružkami.“ (30/ III)

Interpretace: Podobné odpovědi s vloženými osobními zkušenostmi můžeme najít i u ROR. Výzkum van der Kolka a Duceyho (1989, in Lečbych, 2014) našel souvislost mezi proměnnou PER v ROR a prožitým traumatem. Zjistili, že zvýšený výskyt „personalizovaných odpovědí s obsahem vlastního traumatu“ souvisel s výskytem „intruzivních myšlenek, voláním o pomoc a potřebou sdělit vlastní traumatickou zkušenost“ (78). V praxi to vypadá tak, že při podávání odpovědi na podnětový materiál dochází k interpretaci tohoto podnětu a zároveň k potřebě vložit do odpovědi své intruzivní (nutkavé, takové, které nelze odstranit z vědomí) vzpomínky na negativní zážitek či trauma (Lečbych, 2014). Tyto vzpomínky jsou natolik silné, že je zkoumaná osoba vloží do více než jen jediné odpovědi.

5. Neobvyklá slovní spojení

Popis kategorie: Užití takových slovních spojení, která se k sobě nehodí, nedávají spolu smysl, nebo se nepoužívají v běžné řeči. Nalezeno v 15 odpovědích 9 participantů. Můžeme vidět, že u participanta č. 14 se tato kategorie objevila až v 6 odpovědích.

Příklady některých odpovědí:

„*Procvičovat hmat prstem.*“ (01/ VIII)

„*Podání pozdravu.*“ (06/ VII)

„*To je normální stav ruky, otevřené prsty, ale ne roztažené, (q: stejná odpověď).*“ (08/ I)

„*Vypracovanější ruka, po zažných mechanismech, něco zažila, ruka dělníka v továrně, ruka v tahu (q: něco tahá).*“ (14/ IV)

„*Ukazovatel počtu, voják takhle ukazuje.*“ (14/ IX)

„*Ruka odvahy, aby se nepíchla (ukazuje nůž a píchání mezi prsty).*“ (14/ X)

„*Dává boxa, pevné stisknutí ruky.*“ (17/ V)

„*Já chci podat ruku přátelství.*“ (25/ X)

Interpretace: V těchto odpovědích se mohou manifestovat potíže v oblasti myšlení a verbální funkci. Phillips et al. (1965, in Docherty et al., 1996) poukazují na to, že komunikace je narušena tím způsobem, že dochází k potížím při utváření pojmů a jejich spojování (např. odpověď „*ukazovatel počtu*“). Bowie a Harvey (2006) zase poukazují na špatné vyhledávání a vybavování pojmů z paměti, které pak mohou být použity nesrozumitelným způsobem. Tím se snižuje koherence řeči (např. odpověď „*procvičovat hmat prstem*“). Tyto teoretické poznatky se prolínají napříč všemi odpověďmi v této kategorii.

V ROR testu můžeme nalézt ekvivalent pro tyto odpovědi pod kategorií speciálních skóru, kam patří deviované verbalizace DV, zahrnující neologismy a redundanci, a také deviované odpovědi DR, dělící se na nepatřičné fráze a zabíhavé odpovědi (Exner, 2009).

Tento typ odpovědí můžeme nalézt i ve skórovacím systému komunikační deviace. Ten je založen na narušených komunikačních vzorcích v rodině s pacientem se schizofrenií, což u něj vede k narušeným a méně srozumitelným myšlenkám (Singer & Wynne, 1966, in Chapman, 2008). V tomto systému nese tento druh odpovědí označení Fragmenty (útržky) slov, frází nebo idejí, a zahrnuje spojování obvyklých, ale i náhodných a odlišných slov a frází, která dohromady nedávají smysl, nehodí se k sobě, a které

je tak těžké vůbec pochopit. V administraci Hand Testu takto podrobné kategorie zahrnující neobvyklá slovní spojení najít nemůžeme.

6. Eskalace emocí

Popis kategorie: Dochází zde ke zdůraznění dané odpovědi obsahující emoční sdělení jejím rozšířením či zopakováním. Zvyšuje se intenzita emoce v odpovědi. Tato kategorie se objevila ve 14 odpovědích u 7 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„Je třeba zlomená nebo naražená, napůl zdeformovaná.“ (07/ IX)

„Jako uřezaná, nehybná, někde položená, mrtvá, odumřelá.“ (10/ VI)

„Ukazuje, nakazuje přímý směr, policista. Určování směru jízdy. Ukazovatel směru.“ (14/ VII)

„Bolí mě (ruka), hodně, chci ošetřit, pospěšte si, abych neumřel, je to infekce.“ (21/ II)

„Pomozte mi, mě bolí palec, mám ho zakřivený, má vykloubený palec.“ (21/ IX)

„Nevypadá moc zdravě, starého nemocného člověka, může se trást, jak člověk s Parkinsonisem, ruka s artrózou, nemocné klouby.“ (22/ II)

„Sevřená v pěst, může někomu vyhrožovat, výstraha, varování.“ (22/ V)

„Je trápená, ale nabízí se k pomoci, nabízí pomoc, chce to nabídnout pomoc; stařecká ruka „pojd', nabízím ti pomoc“.“ (30/ IV)

Interpretace: U této kategorie, která klade důraz na vyjádření emocí, bychom mohli najít souvislost s teorií citové vazby v dětství. Eskalace emocí se v takovém případě vyskytuje u dezorganizované vztahové vazby, kdy je dítě vystaveno nevypočitatelné pečující osobě vyjadřující negativní emoce. Dochází tak u něj k nedostatečnému vývoji behaviorálních odpovědí na stresové situace a k narušení regulace emocí a k jejich přehánění (Shemmings & Shemmings, 2011). V odpovědích Hand Testu se to poté může projevit zdůrazněním emoce, která je v odpovědi výrazným prvkem.

Druhým typem vazby, u které se to může objevit, je vazba úzkostná, při které u dítěte dochází ke strachu z nedostupnosti pečující osoby. Mohou se tak vyvinout hyperaktivní strategie, jejichž cílem je aktivně hledat péči, lásku a blízkost pečující osoby. Tyto strategie vyvolávají takové kognitivní reakce, které zesilují negativní afekt, zamezují vnímání pozitivních pocitů z událostí a způsobují trvalé zaměření na reálné i vymyšlené

hrozby. V dospělosti svět této osoby zahrnuje touhu pečovat o druhé, je zabarven negativním afektem a očekáváním negativních výsledků ve vztazích. Může být také spojen s negativním míněním o sobě samém, s pesimistickým přesvědčením o vztahu s druhými lidmi. Na stresující situace má tato osoba tendenci reagovat intenzivní tísní, má snadný přístup k bolestivým vzpomínkám a vykazuje automatické šíření negativní emoce z jedné vzpomínky na druhou (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003).

Altman (2016) ve své publikaci používá pro tento typ odpovědi označení Zdůraznění obsahu – akcentovaný obsah (acc), který je „*mimořádně vyhraněn, zdůrazněn nebo vystupňován*“ (29). Podle něj je pro zkoumanou osobu tento emoční obsah odpovědi velmi významný, a to buď v pozitivním smyslu, nebo i v tom negativním, kdy se ho např. bojí.

7. Komentáře následující odpověď

Popis kategorie: Participant rozvíjí svou odpověď o komentáře, které ji dál smysluplně nerozvíjí. Tyto komentáře se objevily v 13 odpovědích 6 participantů. Zajímavé je, že účastník č. 7 má tyto komentáře v 5 odpovědích.

Příklady některých odpovědí:

„*Může vykonávat práci, buď fyzickou nebo manuální. Fyzická je, když něco dělám rukama.*“ (07/ I)

„*Může telefonovat, dělat veškeré věci.*“ (07/ I)

„*Může cvičit, takové banální věci, co může asi dělat ruka.*“ (07/ III)

„*Ukazuje na silnici, policajt, ukazatel jízdy. To jsou takové banální věci.*“ (07/ VII)

„*Nějakou činnost vykonávat, styl jízdy, někdo jezdí pravou rukou, někdo levou.*“ (07/ VIII)

„*„Všechno je o penězích“, naznačovat (ukazuje gesto). „Ale není to jen o penězích, jak by se mohlo zdát.“*“ (09/ VIII)

„*Solí jídlo, je to ruka do domácnosti. (ukazuje: „takhle málo, takhle málo“). Víte, jak se to říká: „Vařila myšička kašičku...“*“ (14/ VIII)

„*Na první moment mě napadlo, že je to výhružka nebo zlost, je to tak moc sepjaté, kdo ví.*“ (30/ I)

Interpretace: Toto rozšíření odpovědi o nesouvisející komentář můžeme označit za komunikační odchylku. Setkat se s ním můžeme u skórovacího systému komunikační

deviace (Singer & Wynne, 1966, in Chapman, 2008). Zde bychom je mohly zařadit do kategorie Rušivého chování, a to do přerušení úkolu (kdy dochází k vkládání komentářů, které přerušují plnění úkolu) či vlastních asociací, které nejsou součástí příběhu (kdy dochází k přidávání vlastních zkušeností či zážitků, které nesouvisí s úkolem a podáním odpovědi). Zařadit je můžeme ale také do kategorie Fragmenty (útržky) slov, frází nebo idejí.

Tento typ odpovědí může odrážet potíže v myšlení a verbální funkci. Vlivem potíží v oblasti myšlení může docházet v oblasti řeči k její dezorganizaci, nelogické návaznosti či odklonění od původního tématu, což se nám v těchto odpovědích projevilo (Obereignerů et al., 2011).

8. Charakteristika ruky

Popis kategorie: Zde se setkáváme s popisem osoby, které ruka patří. Participant si přidává do svého výkladu projektivního materiálu něco, co tam není. Tato poměrně častá kategorie se vyskytla ve 12 odpovědích 8 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„Napřážená ruka bezdomovce (škemrá).“ (09/ IV)

„Ruka kungfu karatisty. Jako takové ty bojové sporty.“ (14/ V)

„Ruka rolníka, jakoby sel, zaséval semínka.“ (14/ VIII)

„Chlapská ruka, Q: mého bratra nejspíš.“ (16/ I)

„Nevypadá moc zdravě, starého nemocného člověka, může se trást, jak člověk s Parkinsonisem, ruka s artrózou, nemocné klouby.“ (22/ II)

„Policajtská ruka ukazuje směr na křižovatce.“ (28/ VII)

„Podávat ruku někomu, myslím si, že je to mužská ruka, pracující, dá se říct, že má mozoly.“ (28/ IV)

„Je trápená, ale nabízí se k pomoci, nabízí pomoc, chce to nabídnout pomoc; stařecká ruka „pojd', nabízím ti pomoc“.“ (30/ IV)

Interpretace: Při tomto typu odpovědí dochází k antropomorfizaci čili personifikaci odpovědi. Ruce jsou tak přisuzovány lidské vlastnosti a schopnosti. Je to typickým znakem narušené schopnosti myšlení, u něž dochází k regresi (Říčan, 2014; Vágnerová, 2004).

Altman (2016) vytvořil pro tento druh odpovědi signaturu *char* jako charakterizování. Mnohdy jde podle něj o prvek představivosti, který jen doplňuje jinak kvalitní odpověď. Sledujeme zde přílehlavost k tématu a také častost výskytu, neboť častější výskyt může značit potřebu vyjádření své originality či únik před nervozitou. V klasickém skórovacím systému pro toto ale označení chybí.

9. „Já“ v odpovědi

Popis kategorie: Použití první osoby v odpovědi. Nikoliv ruka něco dělá, ale „já“ něco dělám. V obsahových skórech Hand Testu nese označení *in*. Tato kategorie se objevila v 11 odpovědích 8 participantů. Až 5 těchto odpovědí se vyskytlo jako reakce na prázdnou tabuli X.

Příklady některých odpovědí:

„*Když někomu podávám ruku.*“ (03/ VII)

„*Zaťal bych pěst a box.*“ (06/ X)

„*Sám sobě ukájím.*“ (15/ X)

„*Držím ti pěsti, q: pěsti pro štěstí.*“ (16/ V)

„*Já chci podat ruku přátelství.*“ (25/ X)

„*(Ukazuje) ukázala jsem to správně? Tak bych držela vysavač.*“ (27/ IV)

„*Brala bych něco, jo... důchod invalidní.*“ (27/ IV)

„*Cvičím prsty (ukazuje), proti mravenčení, proti nudě, procvičování.*“ (30/ X)

Interpretace: Setkáváme se zde opět s vžitím se do vlastní interpretace tím, že zkoumaná osoba přidává prvek vlastní osoby. Použití „já“ v odpovědi může také značit Říčanem et al. (1981) vysvětlený fenomén sníženého vědomí výkladu, při němž se zkoumaná osoba identifikuje s obsahem podnětového materiálu a ponoří se do něj, tudíž nedochází k intepretaci, ale spíše k jeho určování. Proto zkoumaná osoba odpovídá jakoby sama za sebe. Internalizuje tak svou vlastní ruku do obrázku.

Kromě toho se zde může promítnout projektivní identifikace jako jedna z primitivních obran spadajících do speciální škály Lenera a Lenera v ROR. Jde o takovou obranu, při které dochází k oddělení částí self a k jejich promítnutí do vnějšího předmětu nebo do jeho části. To, co je projikováno do předmětu není vnímáno jako egu cizí. „*Bližší prozkoumání koncepce projektivní identifikace naznačuje fungování*

alespoň tři subprocesů: externalizace částí self bez ohledu na skutečné vlastnosti vnějšího objektu, schopnost rozostření hranic mezi self a ostatními, a naléhavá potřeba ovládat druhé“ (Bornstein & Masling, 2005, 29). „Já“ v odpovědi tak představuje rozostření hranic mezi sebou a okolím a projíkování vlastní osoby do projektivního materiálu. Mezi další obrany ve škále primitivních obran řadíme štěpení, idealizaci, popření a znehodnocení (Soukupová, 2009).

10. Popis ruky

Popis kategorie: V této reakci na podnětový materiál dostáváme odpověď na otázku „jaká je tato ruka“, místo vyjádření, co by mohla daná ruka dělat. Odpovědi zahrnují deskripci ruky či vyjádření její činnosti v adjektivní formě. Zaznamenali jsme tuto kategorii v 11 odpovědích 5 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„*„Prosím nedělej to.“ Příkazová ruka.“ (04/ III)*

„*Boxerská ruka, může boxovat.“ (04/ V)*

„*Jako kdyby něco držela, vypracovaná ruka.“ (07/ IV)*

„*Vypracovanější ruka, po zažných mechanismech, něco zažila, ruka dělníka v továrně, ruka v tahu (d: něco tahá).“ (14/ IV)*

„*Praštěná ruka.“ (14/ VI)*

„*Ruka odvahy, aby se nepíchla (ukazuje nůž a píchání mezi prsty).“ (14/ X)*

„*Jak se ukazuje černá ruka, „pozor, mlčet“, jsem si vzpomněla na film Cesta do hloubi študákovi duše, tak byla černá ruka nakreslená, aby umlčel s tím, že bude zle.“ (30/ I)*

„*První, která na mě působí pozitivně, ale bojím se obličej, který k tomu patří, ale je to dobrácká ruka.“ (30/ IV)*

Interpretace: Můžeme se domnívat, že se u této kategorie projevuje snížena schopnost zpracování informací. Zkoumaná osoba se vzdálila od zadaného úkolu a místo vyjádření činnosti podává odpověď spíše ve formě popisu. Může se také jednat o použití neobvyklé verbalizace.

11. Chtít něco udělat

Popis kategorie: Vyjádření toho, že participant chce něco udělat, ale zatím se o to nesnaží nebo toho nedosahuje. Může se bránit něco udělat a pouze na to myslet. Tuto kategorii jsme našli v 10 odpovědích 6 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„Chce někoho udeřit.“ (03/ V)

„Něco by chtěla uchopit.“ (06/ VI)

„Sevřená pěst jako taková, jako by chtěla bušit do něčeho.“ (08/ V)

„Chtěla by něco někam postrčit (q: uhrnuje).“ (08/ VII)

„Jako by chtěla něco chytit.“ (15/ I)

„Natahuje se, jak kdyby se chtěl někdo seznámit.“ (15, VII)

„Chce někomu podat ruku.“ (15/ IX)

„Já chci podat ruku přátelství.“ (25/ X)

Interpretace: U tohoto typu odpovědí se může jednat o vyjádření obrany před nepřiměřenými impulsy. Může vycházet z nervozity či nejistoty při testové situaci. Projevuje se to tak, že daná aktivita není v odpovědi vyjádřena přímo, ale schovaná za slova jako „chtít něco udělat“.

12. Zapření a odpověď

Popis kategorie: Zde jsme mohli najít situace, kdy participant podal odpověď, ale následně ji popřel, nebo takovou situaci, kdy vytvořil plnohodnotnou odpověď až po počáteční rezignaci. Zaznamenáno v 8 odpovědích 7 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„Nevím, posílá dopředu balón, takhle (ukazuje).“ (12/ VII)

„Nevím, pravá ruka nastavená (něco chce).“ (13/ IV)

„Nevím, krade, hrabe (smích).“ (16/ VIII)

„Podání ruky asi ne, to by bylo jinak.“ (20/ IV)

„Nevím, já ty čáry nepoznám, já neumím hádat z ruk, to je pravá ruka (ukazuje).“ (25/ I)

„Je nemocná nebo já nevím.“ (25/ IV)

„To je jako když visí, počkejte, já nevím.“ (26/ VI)

„Nevím, pravá levá, co by mohla dělat, kroutit hadr, mačkat houbičku, dívám se tu na čáry, to má každý, co by mohla dělat, prát, vařit, uklízet, používala by obě ruce.“ (27/ I)

Interpretace: Při těchto odpovědích se mohla projevit účastníková snížená motivace k podání odpovědi na složitý podnětový materiál. Mohla se zde projevit ale také obrana před vyjádřením nepřiměřených impulsů, kdy tak jedinec po prvotním odmítnutí podat odpověď potřeboval více času k její úpravě do vhodné a pro něj přípustné podoby.

13. Čáry života

Popis kategorie: Participant ve své odpovědi zmiňuje čáry na vnitřní straně dlaně. Tento prvek se objevil v 8 odpovědích 5 účastníků, z toho si můžeme povšimnout, že participantka č. 25 se na tento znak velmi zaměřila a zmínila jej opakovaně ve 4 odpovědích. U 5 participantů šlo zároveň o reakci na podnětovou tabuli I.

Příklady některých odpovědí:

„Tady jsou čáry života.“ (15/ I)

„Nevím, já ty čáry nepoznám, já neumím hádat z ruk, to je pravá ruka (ukazuje).“ (25/ I)

„To je taky pravá ruka, ale je obrácená, ty čáry neumím hádat.“ (25/ II)

„To je taky pěst, že někomu drží štěstí, pěstí štěstí, jinak mě nic nenapadá, ty čáry neumím hádat z ruk.“ (25/ V)

„Cvičí, q: já nevím, jestli má nemocné zápěstí, ty čáry neumím číst.“ (25/ IX)

„Nevím, pravá levá, co by mohla dělat, kroutit hadr, mačkat houbičku, dívám se tu na čáry, to má každý, co by mohla dělat, prát, vařit, uklízet, používala by obě ruce.“ (27/ I)

„Číst se z ní dá, q: čáry života.“ (28/ I)

Interpretace: Toto zaměření odpovědi na čáry života, podle kterých by se dalo hádat něco z budoucnosti, ukazuje na magické myšlení. Při tomto způsobu myšlení dochází k mísení fantazie a reality v myšlení, dochází k vytvoření představy o existenci něčeho nadlidského či magického. Může se také projevovat vírou v to, že samotné myšlenky zkoumané osoby mohou být konatelem nějaké činnosti (García-Montes et al., 2014).

Magické myšlení je fenomén, který můžeme jinak najít v myšlení dětí ve věku 3-6 let (Říčan, 2014; Vágnerová, 2004). U dospělých jedinců se jedná o regresivní fenomén v myšlení. Byla to právě psychoanalýza, která vycházela z předpokladu, že schizofrenie „je „narcistickou neurózou“, projevem masivní regrese vznikající jako odpověď na intenzivní frustraci a konflikt s okolím“ (Zahradník, 2006, odst. 2).

14. Mluvící ruka

Popis kategorie: Participant ve své odpovědi vyjadřuje to, že ruka s někým mluví, někomu něco říká. Tato odpověď se objevila v 7 odpovědích u 7 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„Někoho volá: „pojdte sem“.“ (01/ III)

„Říká: „pozor, chovej se slušně“.“ (03/ III)

„Říká: „bojuj“, pěst.“ (14/ V)

„ „Ahoj“ by mohla říkat.“ (21/ I)

„I někoho pozvat, mu říct, že může jít dál (ukazuje).“ (28/ VII)

„Mohla by někoho pohládit, řekla by třeba: „Jsi dobrý člověk“.“ (29/ VII)

„Ta je znavená, kapituluje, vzdává se, říká „na, vzdávám se“, je to další ruka, která na mě působí pozitivně.“ (30/ VI)

Interpretace: Při těchto odpovědích dochází k antropomorfizaci ruky, tedy k přisouzení lidských vlastností, v tomto případě řeči, ruce. Jedná se opět o druh myšlení typický pro děti předškolního věku (Říčan, 2014; Vágnerová, 2004). U dospělých pacientů s diagnózou schizofrenního okruhu se jedná o regresi v myšlení způsobenou poruchou v této oblasti.

15. Zpráva o sobě, o svém stavu

Popis kategorie: Odpověď vypovídá nebo jako by vypovídala o zkoumané osobě, o jejích vlastnostech a stavu. Povětšinou se v odpovědi odráží onemocnění participanta. Nalezeno v 7 odpovědích 6 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„Nemocný, ochrnutý, já.“ (01/ VI)

„Test, jestli se mu třepou ruce (ukazuje).“ (03/ II)

„Je nemocná ruka. Opuchlý palec, zkrivená, potřebuje se léčit.“ (04/ IX)

„Zlomená, postižená. Já jsem v takovém stádiu, že mám všechny prsty.“ (07/ II)

„Bolí mě (ruka), hodně, chci ošetřit, pospěšte si, abych neumřel, je to infekce.“ (21/ II)

„Je trápená, ale nabízí se k pomoci, nabízí pomoc, chce to nabídnout pomoc; stařecká ruka „pojd', nabízím ti pomoc“.“ (30/ IV)

„Mohla by být k políbení, jenže tenhle člověk je tak pokorný, že by se nenechal nebo by se styděl.“ (30/ VI)

Interpretace: V těchto odpovědích dochází k projekci vlastního fyzického i psychického stavu do projektivního materiálu. Můžeme zde usuzovat i na již výše popsané snížené vědomí výkladu (Říčan et al., 1981), při kterém dochází k takovému ponoření do podnětového materiálu a k identifikaci s ním, že se do odpovědi promítnou i osobní problémy.

16. Šoková reakce

Popis kategorie: Při percepci podnětového materiálu dochází k silné emoční reakci. Šoková reakce není skryta, ale je vyjádřena slovy. Zaznamenali jsme ji v 6 odpovědích 4 respondentů. Polovina těchto odpovědí se objevila v reakci na tabuli VI.

Příklady některých odpovědí:

„Je mentálně postižená, má šest prstů, jako mongol, takové ruce neexistují ani nemají být, skutečný hnus, dejte to pryč.“ (16/VI)

„Nevím, to není ruka, nemá být taková, fakt hnus, takové se ani nehodí, dejte to pryč.“ (16/ IX)

„Ježíšmaria, panebože, nevím.“ (18/ VI)

„To je taková divná ruka, nevím, co by mohla dělat.“ (29/ VI)

„Ježíš, vypadá hrozně, pokrivené prsty, symbol mě nenapadá, jako by se bránila, jako „podívej se na moji ruku, jak je zbržděná“; mě to napadlo kvůli tomu, jak je zničená, vnímám hlasy, které mi říkají „zrůdo“.“ (30/ II)

„To je pěst, to se zase bojím, pěstí se bojím, všímám si jich i u pacientek, když se někdo zamyslí (ukazuje, jak si hlavu opře o ruku) a já se bojím, výhružka.“ (30/ V)

Interpretace: Šokové reakce se mohou projevit mnoha způsoby, např. prodloužením reakčního času či selháním. V těchto odpovědích vidíme další způsob, a tím je jejich explicitní neskrývané vyjádření. Skórovací systém Hand Testu šokové reakce nezahrnuje a spadají spíše do kvalitativní analýzy, oproti ROR, který s nimi detailně pracuje (Lečbych, 2013b). Altman (2016) k tomu píše, že šoková reakce je výsledkem neúspěšného potlačení emocí (např. rozrušení, nervozita, pocit ohrožení) či vnitřní úzkosti, která se projeví reakcí na podnětový materiál.

17. Podivení nad kresbou

Popis kategorie: Pozastavení se nad tím, jakým způsobem je ruka nakreslena. Povšimnutí si nedokonalých proporcí ruky. Nalezeno ve 4 odpovědích 4 participantů. Příklady některých odpovědí:

„Hiphopáci se zdraví, nejsem si jista palcem, dělá mi potíže.“ (16/V)

„Nevypadá jako ruka, na klávesy klavíru hraje; ne, palec ten je zvednutý, já jsem hrála na klavír 6 let.“ (22/IV)

„Někoho pozdravit, ten palec je tam takový zvláštní.“ (28/I)

„To je taková divná ruka, nevím, co by mohla dělat.“ (29/VI)

Interpretace: V souvislosti s kresbou se mohou objevovat problémy v identifikaci podnětu. Ty se podle Lečbycha (2013a) objevují převážně u organických a psychotických poruch u tabule V, v našem výzkumu se pozastavení nad způsobem kresby a její okomentování projevilo i u jiných tabulí. Upozornění na nepřesnost kresby může být ale přítomno i u osob výtvarně nadaných, kterým se kresba nepozdává. Podle Altmana (2016) může jít o:

Projev opatrnosti (souvisí i s pocity ohrožení z testové situace), situační obrany (získávání času, odreagování pocitů ponížení nebo známka potlačené podrážděnosti), úzkostlivosti (nedostatek sebedůvěry), nedostatku obrazotvornosti, nepružnosti a snížené přizpůsobivosti (sklon k perfekcionismu jako součást snahy podat jen tu nejsprávnější odpověď), zvýšené kritičnosti (sklon k povýšenectví) případně i šokové reakce (odreagování se mnohomluvností) (47).

18. Nepřiměřená symbolizace

Popis kategorie: Odpověď obsahuje popsání něčeho, co doslova nelze udělat. V obsahovém skóre Hand Testu nese označení *symb.* Objevila se ve 3 odpovědích 3 participantů.

Příklady některých odpovědí:

„Ukazovat na problém.“ (13/ III)

„Přijímají smilování, drží srdce v ruce (ukazuje).“ (21/ X)

„Ukazuje, kterým směrem se mám vydat ve svém životě, já si to jen spojuji, kam jít do obchodu, vpravo i vlevo, jak výhružné obchody, tak já jdu vpravo, mám problém s výhružkami.“ (30/ III)

Interpretace: Můžeme se domnívat, že tento typ odpovědi souvisí s potížemi v oblasti abstraktního myšlení, které se zde projevuje společensky nesrozumitelným způsobem. Dochází ke spojení slov, která dohromady nedávají smysl. K potížím v oblasti abstraktního myšlení dochází nejen v oblasti jeho vyjadřování a reprodukci, ale také v oblasti jeho porozumění. Největší narušení tohoto myšlení nacházíme u osob se závažnými symptomy či chronickou podobou onemocnění schizofrenního okruhu (Oh et al., 2014).

Výzkumná otázka č. 2: Do jakých skupin můžeme charakteristické prvky vyskytující se v protokolech pacientů s psychózou rozčlenit?

Na základě deskripce a intepretace jednotlivých kategorií a zároveň také celkové analýzy dat, nám vyvstaly 3 nadřazené skupiny slučující jednotlivé charakteristické prvky. Jedná se o tyto skupiny:

1. Zvláštnosti na verbální úrovni

Do této skupiny byly zařazeny takové charakteristické prvky, u kterých se projeví potíže v oblasti verbálních funkcí. Ty zahrnovaly deficit v oblasti smysluplnosti, koherence, logické návaznosti řeči, což mohlo vyústit v neobvyklých slovních spojeních

či nepřiměřené symbolizaci. Stejně tak mohlo jít o deficit ve verbální produkci, která mohla být ozvláštněna komentáři či použitím první osoby. V mnoha případech verbalizace neodpovídala sociální konvenci a mírným způsobem se odchylovala od zadání úkolu.

Zde jsme zařadili kategorie:

- „Já“ v odpovědi
- Komentáře následující odpověď
- Mluvící ruka
- Neobvyklá slovní spojení
- Nepřiměřená symbolizace
- Popis ruky
- Přímá řeč
- Méně srozumitelné a bizarní odpovědi

2. Zvláštnosti na emoční úrovni

Do této skupiny byly zařazeny ty charakteristické prvky, které měly nějakou návaznost na emoce zkoumaných osob. Podnětový materiál u nich vyvolal určitou emoční reakci, která mohla být vyjádřena šokovou reakcí, mohla být inhibována či skryta, nebo naopak mohla být v odpovědi zdůrazněna. Mohla také vyvolat vzpomínky na zážitky ze života.

Zde jsme zařadili kategorie:

- Eskalace emocí
- Chtít něco udělat
- Šoková reakce
- Vlastní zkušenost
- Zpráva o sobě, o svém stavu

3. Zvláštnosti na percepční úrovni

Do této skupiny byly zařazeny ty charakteristické prvky, u kterých hrála největší roli percepce. Mohlo se jednat o správnost percepčního procesu, o zaměření pozornosti a percepce na určité detaily podnětového materiálu, či o přidání nějaké informace k vnímanému podnětu. Mohlo se jednat také o komentář k vnímanému podnětu či o potíže v percepčním procesu, který vyžadoval více času, a tudíž pozdržel podání kvalitní odpovědi.

Zde jsme zařadili kategorie:

- Čáry života
- Charakteristika ruky
- Podívení nad kresbou
- Popis ruky a vyjádření její činnosti
- Zapření a odpověď

Výzkumná otázka č. 3: Jaké charakteristické prvky můžeme najít ve vybraných protokolech jednotlivých pacientů s psychózou?

Při signování a analýze protokolů jsme si mohli povšimnout, že některé tyto protokoly jsou specifické svými charakteristickými prvky v odpovědích, které se v různých variacích opakovaly hned u několika tabulí. Tyto charakteristické prvky mnohdy nebylo možné postihnout standardním skórovacím způsobem Hand Testu, protože zahrnovaly něco navíc, s čím se dalo pracovat pouze kvalitativně. Můžeme se domnívat, že pokud dochází k častějšímu výskytu těchto charakteristických prvků, nejedná se pouze o reakci na projektivní materiál, ale také o specifickou reakci probanda i v každodenním životě či v sociálním kontaktu.

Tyto charakteristické prvky mohou souviset s narušením v oblasti kognitivních funkcí, s pozitivními nebo negativními příznaky, či s osobnostním nastavením. Těmito odpověďmi se mnohdy dostáváme za hranice vnímaného podnětového materiálu do úplně jiných oblastí. Zde si představíme ty vybrané protokoly, ve kterých byl častější výskyt některých charakteristických prvků a pokusíme se je popsat v souvislosti s tím, co pro danou zkoumanou osobu mohou představovat. Můžeme si tak povšimnout, že variabilita odpovědí u pacientů s psychózou je opravdu velká a vede k rozličnosti v jednotlivých protokolech. V závorce nalezneme číslo tabule, na kterou byla odpověď podána, a pořadí odpovědi.

Protokol č. 4

Participant, muž, 50 let, s diagnózou F 25.0, s 23lety onemocnění a 13 psychotickými epizodami, byl při administraci velmi upovídaný, karty si bral aktivně

do rukou. Kromě odpovědi vykládal také o svém přesvědčení, podle kterého je dědicem císařského rodu. Na podnětové tabule měl tendenci odpovídat popisem stavu ruky, tím, jaká daná ruka je, v jakém je stavu. Tříkrát se toto objevilo jako první odpověď na tabule a třikrát jako druhá odpověď. Můžeme se domnívat, že jde o sníženou schopnost zpracovat informace, a pro participanta je tak jednodušší odrazet ve své odpovědi to, co skutečně vidí, než vymýšlet komplexnější odpověď. I přesto obsahoval protokol kvalitní odpovědi. Můžeme zde usuzovat na mírné narušení kognitivních funkcí v oblasti zpracování informací a přetrvávající výskyt bludů.

Zde jsou příklady některých odpovědí participanta:

„Prosím nedělej to. Příkazová ruka.“ (III, 2. odp.)

„Boxerská ruka, může boxovat.“ (V, 1. odp.)

„Vláčná, v nemocnici umírající člověk.“ (VI, 1. odp.)

„Je nemocná ruka.“ (IX, 1. odp.)

Protokol č. 11

Participant, muž, 52 let, s diagnózou F 25.0, 16 lety onemocněl a 10 psychotickými epizodami, byl při administraci poměrně tichý a pasivní. V testu prokázal velmi plochý profil odpovědí, které se ve čtyřech případech skládaly z úplného selhání, z neschopnosti podat odpověď („Nevím.“). Selhání už u první tabule můžeme vnímat jako neschopnost poradit si s úkolem, který byl před participanta postaven, i přes jeho podněcování k podání odpovědi a celkovou spolupráci na administraci testu. Plochosť odpovědí ukazují i tři deskriptivní odpovědi a dvě odpovědi typu „ruka ukazuje“. Můžeme se domnívat, že se zde projevilo narušení v oblasti percepce a myšlení, kdy se participantovi nepodařilo zcela úspěšně poradit si s úkolem a podat vhodnou odpověď. V životě může být tento účastník spíše pasivní se zpomalenými reakcemi a neschopností poradit si s náročnějšími úkoly a situacemi.

Zde jsou příklady některých odpovědí tohoto participanta:

„Má to roztažené prsty.“ (II, 1. odp.)

„Ukazuje někam na někoho.“ (III, 1. odp.)

„Ukazuje pěstí na někoho, někomu vyhrožuje.“ (V, 1. odp.)

„Svěšená.“ (VIII, 1. odp.)

Protokol č. 13

Participant, muž 26 let, s diagnózou F 25.0, 6 lety onemocnění a 2 psychotickými epizodami, byl při administraci testu v dobrém naladění. Ve svém protokolu podával velmi zvláštní odpovědi, které měly daleko k čemukoliv, co by připomínalo ruku nebo její činnost. Tyto 4 bizarní odpovědi byly doplněny o jinak poměrně obvyklé nerozvinuté odpovědi. Můžeme se domnívat, že se zde projeví potíže v oblasti vnímání, zpracování podnětu i myšlení, přičemž podnět nebyl dobře zpracován ani při opakované instrukci na každou tabuli. Přestože si tento člověk dokáže poradit v každodenních i sociálních situacích, stále u něj může docházet k potížím v oblasti testování reality.

Zde jsou příklady některých odpovědí participanta:

„Připomíná slona.“ (II, 1. odp.)

„Postava z Arabely-Fantomas.“ (VI, 1. odp.)

„Připomíná hlavu pštrosa.“ (VIII, 1. odp.)

„Žirafí nohy připomíná.“ (IX, 1. odp.)

Protokol č. 14

Participant, muž, 50 let, s diagnózou F20.0, 26 lety onemocnění a 12 psychotickými epizodami, působil při administraci poměrně sebevědomě. Vykázal poměrně neobvyklý profil plný negativních a agresivních prvků. Některé jeho odpovědi jsou dlouze rozvedené, aniž by na sebe jednotlivé věty navazovaly či souvisely s podnětovým materiálem. Můžeme zde vidět až pět agresivních odpovědí, společně s odpověďmi používajícími neobvyklou symboliku. Zároveň je zajímavé, že se v celém protokolu objevuje pouze jediná pozitivní interpersonální odpověď. Můžeme usuzovat na určitý kognitivní deficit odrážející se v neobvyklých odpovědích. U osoby s tímto protokolem můžeme očekávat agresivní chování spojené se způsobem myšlením a řeči, které nemusí být pro druhé plně srozumitelné, z čehož může docházet ke konfliktům.

Zde jsou příklady některých odpovědí tohoto participanta:

„To je osud, ty čáry života. Určují vám charakterové vlastnosti, jaké máte sklony. Mě se to stalo, jedna taková mi četla z ruky, ale Česko je na tohle vymetené. Já jsem se tím ale nezabýval, nejsem specialista.“ (I, 1. odp.)

„Je po úrazu, dostal přes prsty. HIV nebo tak něco. Viděl jsem to už v nemocnici, byla tam holka a ta se nakazila od někoho. Má takhle zaryté nehty.“ (II, 1. odp.)

„Vypracovanější ruka, po zažných mechanismech, něco zažila, ruka dělníka v továrně, ruka v tahu (něco tahá).“ (IV, 1. odp.)

„Vypadá charakterově, dostala klackem, ublížení na zdraví.“ (VI, 1. odp.)

*„Ruka vpichu – Ruka odvahy, aby se nepíchla (ukazuje níž a píchání mezi prsty).“
(X, 1. odp.)*

Protokol č. 16

Participantka, žena, 34 let, s diagnózou F20.0, 15 lety onemocnění a 7 psychotickými epizodami, byla komunikativní paní, která podala velmi zajímavý protokol s delšími reakčními časy (5-10 sekund). Můžeme se zde setkat se dvěma poměrně silnými šokovými reakcemi na podnětový materiál, které se účastníci nepodařily skrýt. Zároveň zde vidíme poměrně inkoherentní odpovědi obsahující velmi neobvyklá vyjádření. Můžeme zde usuzovat na poruchy vnímání i myšlení, zároveň také na nízkou úroveň zvládnutí silných afektivních reakcí. V reálu může mít tato osoba potíže s řešením složitějších situací a s regulací vlastních emocí.

„(Ruka) Mlátička, síla je veliká, nejsem si jista, jestli síla patří té ruce.“ (IV, 1. odp.)

„Je nalakovaná, má prstýnky, má znamínka nebo vrásky nebo vředy – Je mentálně postižená, má šest prstů, jako mongol, takové ruce neexistují ani nemají být, skutečný hnus, dejte to pryč.“ (VI, 2. odp.)

*„Je nalakovaná, má znamínka, pihy, ostríhané nehty, je lesbická; ne falešně lesbická.“
(VII, 2. odp.)*

*„Nevím, to není ruka, nemá být taková, fakt hnus, takové se ani nehodí, dejte to pryč.“
(IX, 1. odp.)*

Protokol č. 21

Participantka, žena, 49 let, s diagnózou F 20.0, 24 lety onemocnění a 20 psychotickými epizodami, byla při administraci komunikativní a milá, karty si brala do ruky. Podávala převážně odpovědi směřující ke špatnému zdravotnímu stavu ruky. Můžeme se domnívat, že se zde jedná o projekci vlastního zdravotního stavu do podnětového materiálu a jeho vyjádření skrze odpovědi na tabule. Odpovědi mnohdy vyjadřují zoufalost, slabost a volání o pomoc okolí. Tato osoba se jeví jako ztrápená svým zdravotním stavem a vyžadující pomoc od okolí. Toto závislé postavení se nemusí stahovat pouze ke zdravotnímu stavu, ale i k dalším oblastem života (finanční závislost, potřeba ochrany apod.). Těchto pět odpovědí je doplněno o jinak obvyklé sociální odpovědi.

Zde jsou příklady některých odpovědí této participantky:

„Bolí mě (ruka), hodně, chci ošetřit, pospěšte si, abych neumřel, je to infekce.“ (II, 1. odp.)

„Pomozte mi, nemůžu zvednout hrnec.“ (IV, 1. odp.)

„Dvě ruky spojené „prosím dejte mi peníze“.“ (VII, 1. odp.)

„Pomozte mi, mě bolí palec, mám ho zakřivený, má vykloubený palec.“ (IX, 1. odp.)

„Přijímají smilování, drží srdce v ruce (ukazuje).“ (X, 2. odp.)

Protokol č. 23

Participantka, žena, 52 let, s diagnózou F 25.2, 20 lety onemocnění a 12 psychotickými epizodami ve svých odpovědích navazovala na aktivity, které prožila chvíli před administrací testu, a které ji zaujaly natolik, že se od nich v odpovědích nemohla odtrhnout. V tomto případě tou aktivitou bylo cvičení rukou směřující k uvolnění. Můžeme zde přemýšlet o určité rigiditě v oblasti myšlení, neboť podnět byl percepcí zpracován správně, opakující se byla až odpověď odrážející myšlenkové procesy. V úvahu můžeme také vzít určité zjednodušení odpovědí, které nevyžadovaly tolik energie při vymýšlení stále nových a originálních odpovědí, či rozpomenutí si na aktivitu, která pro účastnici byla uvolňující a která ji zbavovala napětí. Z toho následně mohla vycházet potřeba začlenit tuto aktivitu do odpovědí na 7 tabulí. Můžeme usuzovat, že i vypořádávání se s každodenními situacemi u této účastnice je rigidní, k selháváním může docházet u situací neočekávaných a náročných.

Zde jsou příklady některých odpovědí této participantky:

„Procvičuje si prsty.“ (II, 1. odp.)

„U cvičení, rozpažuje ruce.“ (VII, 1. odp.)

„Svírá nějaký předmět, balónek.“ (VIII, 1. odp.)

„Ruka se uvolňuje, po nějakém cvičení.“ (IX, 1. odp.)

„Sevřít míček – uvolnění po cvičení – procvičovat dlaně a prsty.“ (X, 1. odp.)

Protokol č. 24

Participantka, žena, 30 let, s diagnózou F 20.0, 9 lety onemocnění a 4 psychotickými epizodami působila mile a komunikativně. Její reakční čas byl ale nadměrně dlouhý (10-20 sekund). Vyznačovala se odpověďmi jako z pohádkového světa, mnohdy byly inkoherentní, nedávaly smysl a neodpovídaly vnímanému podnětu. Ruka byla vnímána spíše jako nějaký pohádkový příběh, z čehož můžeme usuzovat na narušení v oblasti vnímání a hlavně myšlení. V odpovědích této participantky se často objevuje princezna,

kteřá čelí nějakému zlu, např. stáří, stařeň, je zde také určitý kontrast v odpovědích mezi mladostí s krásou a stářím. Tyto odpovědi se objevily celkem pětkrát, doprovázené jedním selháním, dvěma bizarními nesouvisejícími odpověďmi a dvěma interpersonálními odpověďmi.

V tomto případě mohlo jít o projekci vlastní osoby do projektivního nejednoznačného materiálu, což můžeme označit za primitivní obranu Lenera a Lenera spadající do ROR (1980, in Bornstein & Masling, 2005). Jedním z popsaných ukazatelů této projektivní identifikace je příklad takových konfabulačních odpovědí, které zahrnují lidské postavy, jejichž vjem je ale natolik přikrášlen asociativním zpracováním, že na skutečné vlastnosti skvrny v ROR není brán zřetel a jsou nahrazeny fantazií a afekty. Toto asociativní zpracování obvykle zahrnuje agresivní či sexuální tematiku (Bornstein & Masling, 2005). Účastnice použila tuto obranu proti projektivně náročnému podnětu.

Zde jsou příklady některých odpovědí participantky:

„Z pohádky, nějaký stařec, který unesl princeznu.“ (IV, 1. odp.)

„Nějaká stařenka, má hodně roků, je zestárlá.“ (V, 1. odp.)

„Stařenka, která unesla princeznu nebo ji zaklela.“ (VI, 1. odp.)

„Ruka stařenky, která je zestárlá a taková princezna.“ (X, 1. odp.)

Protokol č. 25

Participantka, žena, 51 let, s diagnózou F 20.5, 27 lety onemocnění a 7 psychotickými epizodami ukázala poměrnou nejistotu ve svých odpovědích. Zatímco podala poměrně obvyklé odpovědi, následovalo doplnění o tom, že si není svou odpovědí jistá nebo že neumí v rukou číst. To samozřejmě nebylo součástí zadání, které zde bylo i přes opakovanou instrukci účastnicí pochopeno spíše jako čtení v čarách na ruce. Můžeme zde usuzovat na jistou nervozitu z neznámého a nejednoznačného podnětového materiálu, zároveň také ale na opakované podceňování svých vlastních schopností, které se může objevovat i v jiných situacích než jen těch testových. Toto se objevilo v šesti odpovědích doplněných o jinak obvyklé reakce na zbývající tabule.

Zde jsou příklady některých odpovědí participantky:

„Nevím, já ty čáry nepoznám, je neumím hádat z ruk, to je pravá ruka (ukazuje).“ (I, 1. odp.)

„To je taky pravá ruka, ale je obrácená, ty čáry neumím hádat.“ (II, 1. odp.)

„Je nemocná nebo já nevím.“ (IV, 1. odp.)

„To je taky pěst, že někomu drží štěstí, pěstí, štěstí, jinak mě nic nenapadá, ty čáry neumím hádat z ruk.“ (V, 1. odp.)

„Cvičí, q: já nevím, jestli má nemocné zápěstí, ty čáry neumím číst.“ (IX, 1. odp.)

Protokol č. 27

Participantka, žena, 54 let, s diagnózou F 25.2, 26 lety onemocnění a 20 psychotickými epizodami podala poměrně dlouhý protokol. Byla velmi upovídána a občas bylo potřeba převést hovor zpět k testovému materiálu. Její odpovědi správně odrážely daný podnět, ale dále se pak rozvíjely úplně jiným směrem, převážně do osobních zkušeností a zážitků. Mnohdy účastníci vyvstaly v návaznosti na podnětový materiál spíše negativní vzpomínky než ty pozitivní. Můžeme zde vyvozovat narušení v oblasti kognitivních funkcí, a zvláště pak v oblasti myšlení, které se zde vyznačuje svou rozbíhavostí. Těchto rozbíhavých odpovědí bylo celkem sedm, většinou jako první a jediné odpovědi na danou tabuli. V každodenním životě může být pro tuto účastnici problém v navazování sociálních vztahů, způsobený nezastavitelným povídáním o sobě a svých zkušenostech, které se mnohdy mohou opakovat.

Zde jsou příklady některých odpovědí participantky:

„A nebo „pšt“, potkala jsem se tady před dvěma roky, šla jsem v areálu na procházku, nějaká paní se na mě podívala a řekla „pšt“, pak jsem ve městě potkala paní v černých brýlích a taky udělala „pšt“.“ (III, 2. odp.)

„Pěst, to nemám ráda, můj otec zbil maminku a já jí řekla, že se mi to nelíbí. Byl na mě hodně našťvaný, tady v Kroměříži spadl, zlomil si krček a umřel. Já mám strach z chlapů, ale ne tolik teď už.“ (V, 1. odp.)

„Nechci to říci, víte můj syn byl chudák, a mě zemřel bratranec, jsem s ním jela k doktorovi, když ml problémy s rukou, a on odmouval, tak jsem ho pleskla přes hubu, on nechtěl do školy, pomohla jsem mu studovat, ale pak to nedokončil.“ (IX, 1. odp.)

„Mě některé věci unikají, to mi řekl pan doktor Gabriel, jsem prodavačka, vařím, peru, uklízím-oběma rukama, ne levačkou, já se starám o domácnost, maminka už nemůže.“ (X, 1. odp.)

Protokol č. 30

Participantka, žena, 50 let, s diagnózou F 20.0, 25 let onemocnění a 33 psychotickými epizodami, podala poměrně zajímavý protokol, ve kterém můžeme nalézt hned několik charakteristik. Z odpovědí je patrné, že většina podnětového materiálu

vyvolala u účastnice negativní až strašidelné myšlenky, samotná odpověď navíc obsahuje popis toho, jak na ni daná ruka působí (6 odpovědí). Odpovědi bychom mohli označit až šokovými reakcemi na tabule. Odpovědi působí negativním, závislým, až bolestným dojmem. Přitom 4 odpovědi v sobě zahrnují ambivalentní pocity. Můžeme se domnívat, že zde participantka projikuje do projektivního materiálu svou snahu všem vyhovět, zatímco ona sama se necítí po psychické stránce dobře. Zároveň si můžeme povšimnout i mírné úrovně rozbíhavého myšlení, kdy se k odpovědím přidávají i další komentáře, které již nejsou podstatné pro splnění zadání testu. Sedm odpovědí je laděno negativně, zatímco pouze dvě vyjadřují kladné posouzení ruky. Můžeme zde usuzovat na negativní ladění participantky související s jejím psychickým stavem a zkušenostmi.

Zde jsou příklady některých odpovědí této participantky:

„Jak se ukazuje černá ruka, „pozor mlčet“, jsem si vzpomněla na film Cesta do hloubi študákovi duše, tak byla černá ruka nakreslená, aby umlčel s tím, že bude zle.“ (I, 2. odp.)

„Ježíš, vypadá hrozně, pokřivené prsty, symbol mě nenapadá, jako by se bránila, jako „podívej se na moji ruku, jak je zbrzděná“; mě to napadlo kvůli tomu, jak je zničená, vnímám hlasy, které mi říkají „zrúdo“.“ (II, 1. odp.)

„Je trápená, ale nabízí se k pomoci, nabízí pomoc, chce to nabídnout pomoc; stařecká ruka „pojd', nabízím ti pomoc“.“ (IV, 1. odp.)

„První, která na mě působí pozitivně, ale bojím se obličejů, který k tomu patří, ale je to dobrácká ruka.“ (IV, 2. odp.)

„To je pěst, to se zase bojím, pěstí se bojím, všímám si jich u pacientek, když se někdo zamyslí (ukazuje, jak si hlavu opře o ruku) a já se bojím, výhružka.“ (V, 1. odp.)

„Ta je znavená, kapituluje, vzdává se, říká „na, vzdávám se“, je to další ruka, která na mě působí pozitivně.“ (VI, 1. odp.)

„Mohla by být k políbení, jenže tenhle člověk je tak pokorný, že by se nenechal nebo by se styděl.“ (VI, 2. odp.)

„Ta by mohla být k podání nebo pomoc, taková rovná, aby ses nebála, aby se ti to tak líbilo, ruka k podání ruky, pozitivní ruka, působí na mě pozitivním dojmem.“ (VII, 1. odp.)

7 Kvantitativní část výzkumu

Kvantitativní metodologie je založena na práci s numerickými daty, vychází z předpokladu, že fenomény nejen z psychologické oblasti jsou kvantifikovatelné a měřitelné. Na počátku se zde stanovuje kromě výzkumného souboru také způsob sběru dat a hypotézy vyjadřující předpokládaný vztah mezi proměnnými. Ty se následně ověřují statistickým zpracováním. Tento způsob umožňuje pracovat s velkým množstvím dat, které se tak mohou popisovat, porovnávat, korelovat, predikovat apod. (Reichel, 2009).

7.1 Metody a průběh sběru dat

Sběr dat u skupiny pacientů s psychózou je popsán v předchozí kapitole. Sběr dat pro kontrolní skupinu proběhl ve stejném časovém období únor až duben 2016. Výběr participantů nebyl náhodný, jednalo se o příležitostný výběr a výběr sněhovou koulí. Podmínkami pro účast ve výzkumu byly:

- Věk 18-70 let
- Nepřítomnost psychiatrické diagnózy

Účastníkům byly podány stejné informace jako skupině pacientů s psychózou, byli seznámeni se základními informacemi, cílem výzkumu, administrací a etickými principy, pro potvrzení své účasti podepsali informovaný souhlas. Společně byl vyplněn dotazník se základními údaji, jako pohlaví, věk a nejvyšší dokončené vzdělání. Administrace samotné metody Hand Test proběhla v klidném prostředí za stejných podmínek jako u skupiny pacientů s psychózou. U jednoho účastníka trvala tato administrace přibližně 15 min. Dodržovány byly i stejné etické principy jako u experimentální skupiny s důrazem na anonymitu a dobrovolnost. Účastníkům bylo na konci poděkováno za účast a měli možnost seznámit se se svými výsledky Hand Testu.

7.2 Charakteristiky výzkumných souborů

Výzkumný soubor pro kvantitativní část výzkumu byl tvořen experimentální skupinou 30 pacientů s psychózou (15 mužů, 15 žen) ve věku 18-70 let, různého vzdělání

a s diagnózou F20.x – F25.x. Charakteristiky této experimentální skupiny nalezneme v předchozí kapitole na str. 62-63. Kontrolní skupinu tvořilo 30 jedinců (15 mužů, 15 žen) ve věku 18-70 let, různého vzdělání a bez psychiatrické diagnózy.

Tab. 4: Věkové rozložení skupiny pacientů s psychózou a kontrolní skupiny

Věk	Experimentální skupina			Kontrolní skupina		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
18-20	0	0	0 (0%)	1	1	2 (6,7%)
21-30	3	3	6 (20%)	5	4	9 (30%)
31-40	4	1	5 (16,7%)	2	0	2 (6,7%)
41-50	4	5	9 (30%)	3	7	10 (33,3%)
51-60	2	6	8 (26,7%)	3	3	6 (20%)
61-70	2	0	2 (6,7%)	1	0	1 (3,3%)

Tab. 5: Rozložení vzdělání skupiny pacientů s psychózou a kontrolní skupiny

Vzdělání	Experimentální skupina			Kontrolní skupina		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
ZvŠ	0	1	1 (3,3%)	0	0	0 (0%)
ZŠ	2	4	6 (20%)	0	1	1 (3,3%)
VY	9	4	13 (43,3%)	1	2	3 (10%)
SŠ	3	5	8 (26,7%)	12	8	20 (66,7%)
VŠ	1	1	2 (6,7%)	2	4	6 (20%)

8 Statistická analýza dat

K analýze dat a ověření hypotéz byl použit program Statistica 12. Na začátku jsme posoudili normalitu rozložení dat. Na základě tohoto výsledku došlo k výběru buď parametrické metody dvouvýběrového t-testu při prokázání normálního rozložení, nebo neparametrické metody Mann-Whitney U test při zjištění jiného než normálního rozložení. Hladina statistické významnosti byla stanovena na $\alpha = 0,05$.

Jako první jsme se snažili zjistit, zda skupina pacientů s psychózou vykazuje nižší celkový počet odpovědí než kontrolní skupina. Normální rozložení bylo potvrzeno pomocí Shapiro-Wilkova testu ($p > 0,05$). Z toho důvodu jsme ke statistickému zpracování použili dvouvýběrový t-test. Výsledek ukazuje, že celkový počet odpovědí u pacientů s psychózou je statisticky signifikantně nižší než u kontrolní skupiny ($F=1,98$; $p=0,01$).

Tab. 6: Rozdíl mezi skupinou pacientů s psychózou a kontrolní skupinou v celkovém počtu odpovědí

Proměnná	Průměr experim. sk.	Průměr kontrol. sk.	t- hodnota	sv	p- hodnota	Sm. odch. experim. sk.	Sm. odch. kontrol. sk.	F-poměr Rozptyly	p- rozptyl y
Počet odp.	13,03	20,77	-5,39	58,00	0,01	4,55	6,40	1,98	0,07

Dále jsme zkoumali, zda skupina pacientů s psychózou vykazuje nižší počet INT odpovědí než kontrolní skupina. Tentokrát se normální rozložení neprokázalo ($p < 0,05$). Ke statistickému ověření byla tedy použita neparametrická metoda Mann-Whitney U test. Výsledek ukazuje, že skupina pacientů s psychózou vykazuje statisticky významně nižší počet INT odpovědí než kontrolní skupina ($p < 0,01$). Cohenovo d bylo využito pro zjištění střední míry významnosti ($d = -0,53$).

Tab. 7: Rozdíl mezi skupinou pacientů s psychózou a kontrolní skupinou v počtu odpovědí INT

Proměnná	Sčt poř. experim. sk.	Sčt poř. kontrol. sk.	U	Z	p-hodnota	Cohenovo d
INT	638,50	1191,50	173,50	-4,09	0,01	-0,53

Zjišťovali jsme také, zda skupina pacientů s psychózou vykazuje vyšší počet odpovědí v kategoriích BIZ, FAIL a WITH než kontrolní skupina. Nepotvrdilo se zde normální rozložení dat ($p < 0,05$), proto jsme využili Man-Whitney U test. Výsledky ukazují, že počet odpovědí v kategorii BIZ se mezi skupinou pacientů s psychózou a kontrolní skupinou statisticky významně neliší ($p > 0,05$). Statisticky významně vyšší počet FAIL odpovědí byl nalezen u pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny ($p < 0,05$) s mírnou mírou významnosti ($d=0,30$). Stejně tak výsledky ukazují statisticky významně vyšší počet WITH odpovědí u skupiny pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny ($p < 0,05$), rovněž s mírnou mírou významnosti ($d=0,27$).

Tab. 8: Rozdíl mezi skupinou pacientů s psychózou a kontrolní skupinou v počtu odpovědí v kategoriích BIZ, FAIL a WITH

Proměnná	Sčet poř. experim. sk.	Sčet poř. kontrol. sk.	U	Z	p-hodnota	Cohenovo d
BIZ	889,50	940,50	424,50	-0,38	0,71	–
FAIL	1070,00	760,00	295,00	2,29	0,02	0,30
WITH	1055,00	775,00	310,00	2,07	0,04	0,27

Statické zpracování nebylo použito u objevených kategorií popsaných v kvalitativní části výzkumu, a to z důvodu nízkého počtu odpovědí v jednotlivých kategoriích a nízkému rozptylu (viz Tabulka: Popisné statistiky, Příloha č. 6). Zde si ale pro názornost uvedeme celkové počty odpovědí a zároveň průměrné hodnoty jednotlivých kategorií (základní skórovací kategorie, obsahové skóry a kvalitativní skóry) pro experimentální i kontrolní skupinu.

Tab. 9: Celkový počet odpovědí a průměrné hodnoty pro základní skórovací kategorie u skupiny pacientů s psychózou a kontrolní skupiny

Základní skóry		A F F	C O M	D I R	D E P	E X H	A G G	I N T	A C Q	A C T	P A S	E N V	T E N	C R I P	F E A R	M A L	B I Z	F A I L	D E S	W I T H	P. o.	Č a s
Celk. počet odp.	Experim. sk.	34	89	26	15	4	46	214	11	103	10	124	7	30	3	40	18	21	16	55	391	-
	Kontrol. skupina	72	142	41	19	18	74	366	50	147	16	213	13	23	1	37	11	2	8	21	623	-
Celk. průměr odp.	Experim. sk.	1,1	3,0	0,9	0,5	0,1	1,5	7,1	0,4	3,4	0,3	4,1	0,2	1,0	0,1	1,3	0,6	0,7	0,5	1,8	13,0	3,7
	Kontrol. skupina	2,4	4,7	1,4	0,6	0,6	2,4	12,2	1,7	4,9	0,5	7,1	0,4	0,8	0,0	1,2	0,4	0,1	0,3	0,7	20,8	3,2

Pozn.: P. o. jako počet odpovědí

Tab. 10: Celkový počet odpovědí a průměrné hodnoty pro obsahové skóry u experimentální a kontrolní skupiny

Obsahové skóry		a u t	r p t	i m p	p e r	a m b	d e n	i n a	i n	s e x	c y l	e m o	g r o	h i d	m o v	o	p e r s	s y m b	i m a	o r a	s e n
Celk. počet odp.	Experim. sk.	0	31	5	18	5	1	0	15	2	0	0	0	1	3	0	20	9	1	0	2
	Kontrol. sk.	0	21	0	0	1	6	0	5	6	1	2	2	8	0	1	8	3	12	0	3
Celk. průměr odp.	Experim. sk.	0	1	0,2	0,6	0,2	0	0	0,5	0,1	0	0	0	0	0,1	0	0,7	0,3	0,0	0	0,1
	Kontrol. sk.	0	0,7	0	0	0	0,2	0	0,2	0,2	0	0,1	0,1	0,3	0	0	0,3	0,1	0,4	0	0,1

Pozn.: aut– automatické fráze, rpt– opakované odpovědi, imp– bezmoc, per– zmatek, amb– ambivalentní odpovědi, den– popření, ina– neživost, in– internalizace, sex– sexuální odpovědi, cyl– cylindrické odpovědi, emo– emoce, gro– sprosté odpovědi, hid– skrývání, mov– pohybová odpověď, o– originální odpověď, pers– personální odpověď, symb– symbolizace, ima– nezralost, ora– orální odpověď, sen– smyslová odpověď

V tab. 11 si můžeme všimnout, že některé kategorie nalezené kvalitativním výzkumem se objevily v odpovědích pouze u skupiny pacientů s psychózou. Jedná se o kategorie: 5. Neobvyklá slovní spojení, 7. Komentáře následující odpověď, 15. Zpráva o sobě, o svém stavu.

Mezi kategorie, které se objevily jak u skupiny pacientů s psychózou, tak u kontrolní skupiny, ale vyšší počet vykázala skupina pacientů s psychózou, patří: 1. Přímá řeč, 2. Méně srozumitelné a bizarní odpovědi, 3. Popis ruky a vyjádření její

činnosti, 4. Vlastní zkušenost, 6. Eskalace emocí, 8. Charakteristika ruky, 9. „Já“ v odpovědi, 10. Popis ruky, 12. Zapření a odpověď, 13. Čáry života, 14. Mluvicí ruka, 17. Podivení nad kresbou, 18. Nepřiměřená symbolizace.

Naopak odpovědi, které se objevily častěji u kontrolní skupiny než u skupiny pacientů s psychózou, spadají do těchto kategorií: 11. Chtít něco udělat, 16. Šoková reakce.

Tab. 11: Celkový počet odpovědí a průměrné hodnoty pro kvalitativní skóry u experimentální a kontrolní skupiny

Kvalitativní skóry		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
Celk. počet odp.	Experim. sk.	31	17	18	18	16	14	13	12	11	11	10	8	8	7	7	6	8	3
	Kontrol. sk.	19	10	8	7	0	10	0	9	4	5	44	1	1	1	0	9	2	1
Celk. průměr odp.	Experim. sk.	1,0	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1
	Kontrol. sk.	0,6	0,3	0,3	0,2	0	0,3	0	0,3	0,1	0,2	1,5	0,0	0,0	0,0	0	0,3	0,1	0

Pozn.: 1. Přímá řeč, 2. Méně srozumitelné a bizarní odpovědi, 3. Popis ruky a vyjádření její činnosti, 4. Vlastní zkušenost, 5. Neobvyklá slovní spojení, 6. Eskalace emocí, 7. Komentáře následující odpověď, 8. Charakteristika ruky, 9. „Já“ v odpovědi, 10. Popis ruky, 11. Chtít něco udělat, 12. Zapření a odpověď, 13. Čáry života, 14. Mluvicí ruka, 15. Zpráva o sobě, o svém stavu, 16. Šoková reakce, 17. Podivení nad kresbou, 18. Nepřiměřená symbolizace

8. 1 Zhodnocení platnosti hypotéz

Hypotéza 1: Skupina pacientů s psychózou vykazuje nižší celkový počet odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza byla přijata. Statistické ověření parametrickou metodou ukázalo signifikantně nižší celkový počet odpovědí u skupiny pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny.

Hypotéza 2: Skupina pacientů s psychózou vykazuje nižší počet INT odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza byla přijata. Na základě statistického ověření neparametrickou metodou bylo zjištěno, že skupina pacientů s psychózou vykazuje signifikantně nižší počet INT odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza 3: Skupina pacientů s psychózou vykazuje vyšší počet BIZ odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza byla zamítnuta. Podle výsledků statistického zpracování neparametrickou metodou nebyl nalezen signifikantní rozdíl v počtu BIZ odpovědí u skupiny pacientů s psychózou a u kontrolní skupiny.

Hypotéza 4: Skupina pacientů s psychózou vykazuje vyšší počet FAIL odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza byla přijata. Výsledek statistického zpracování neparametrickou metodou ukazuje signifikantně vyšší počet FAIL odpovědí u skupiny pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny.

Hypotéza 5: Skupina pacientů s psychózou vykazuje vyšší počet WITH odpovědí než kontrolní skupina.

Hypotéza byla přijata. Statistické zpracování neparametrickou metodou ukázalo signifikantně vyšší počet WITH odpovědí u skupiny pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny.

9 Diskuze

Tato část práce se bude zabývat zjištěnými výsledky v širším kontextu teoretických poznatků a v souvislosti s dalšími projektivními metodami. Uvedeny budou jak výhody a praktické možnosti tohoto výzkumu, tak také jeho možné limity a nedostatky.

Administrace Hand Testu nám ukázala vysokou variabilitu v kvalitě získaných protokolů pacientů s psychózou. Ta je popisována předešlými výzkumy nejen v Hand Testu (Fridrich & Nociar, 1991), ale také např. v ROR (Říčan et al., 1981) nebo TAT (Chabert et al., 1990, in Lelé et al., 2014), což znesnadňuje utvoření obecného profilu psychóz. Některé protokoly se vyznačovaly odpověďmi potvrzujícími znaky psychózy, jako např. bludy, halucinace či kognitivní deficit. Některé protokoly byly naopak typické svým plochým profilem, představujícím velmi prosté jednoduché odpovědi, časté popisy a mnoho selhání při podání odpovědí. Jiné protokoly naopak nenesly žádné známky psychických potíží a nebylo by je tak možné rozpoznat od protokolů zdravých jedinců.

Tato vysoká variabilita znesnadňuje nalezení typických prvků v Hand Testu pro jedince s psychózou. Souhlasí to i s rozdělením protokolů do 4 skupin podle Fridricha a Nociara (1991). Jejich první skupina deteriorovaných protokolů odpovídá námi popsáním plochým profilům s DES a FAIL odpověďmi. Tyto zjednodušené profily podávají pacienti s psychózou i v jiných projektivních metodách, např. v ROR, kde podle Moore et al. (2013) vypovídají o narušené integraci kognitivních procesů. Druhá skupina floridních protokolů představuje ty s vysokým počtem BIZ odpovědí. Suspektní neboli podezřelé protokoly bez nápadných odpovědí autoři popisují u prvně hospitalizovaných pacientů, my je nacházíme u stabilizovaných jedinců v léčbě. Čtvrtá skupina hraničních protokolů s vysokým počtem MAL odpovědí se v našem výzkumu neobjevila. Jak bohaté, emočně laděné protokoly se zvláštními prvky, tak inhibované ploché protokoly jedinců s psychózou můžeme tedy nalézt napříč různými projektivními metodami.

Zde se zaměříme na **příznaky psychóz v protokolech Hand Testu**. Ty sehrály důležitou roli při administraci testu, neboť se projevíly různými způsoby. Poruchy vnímání se mohly projevit na úrovni nesprávné percepce projektivního materiálu, také často přítomným dlouhým zíráním na podnět při snaze o jeho interpretaci. Poruchy myšlení se pak projevíly na úrovni zpracování percepčně získaných informací. Co se týče poruch emotivity, ty se ve větší míře neprojevily, přestože jsme pracovali i se skupinou pacientů se schizoafektivní poruchou. Máme za to, že afektivní složka byla v dané chvíli potlačena odpovídající medikací. Poruchy chování se při administraci nijak neprojevily.

Důležitou roli při administraci Hand Testu sehrály i jednotlivé kognitivní funkce. U pozornosti bylo narušení u psychóz popsáno v oblasti vytrvalosti, koncentrace, rozsahu, distribuce i přepojování (Obereignerů et al., 2011). Pokud u zkoumané osoby bylo přítomné narušení v oblasti pozornosti, mohlo dojít k neodpovídajícímu percepčnímu zpracování podnětu. V případě paranoidní schizofrenie dochází k výraznému zaměření pozornosti na prvky paranoi v projektivním materiálu (Obereignerů et al., 2011), zde jsme se s tím mohli setkat např. v protokolu č. 30 (odpověď: „*To je pěst, to se zase bojím, pěstí se bojím, všímám si jich u pacientek, když se někdo zamyslí (ukazuje, jak si hlavu opře o ruku) a já se bojím, výhružka.*“). Potíže v oblasti pozornosti také prodlužují reakční čas při podání odpovědi (Kučerová & Říhová, 2006), který byl u pacientů s psychózou velmi variabilní, delší reakční čas se objevoval jak u plochých protokolů s velkým množstvím selhávání, tak i u propracovaných odpovědí. O kolísavém reakčním času u jedinců se schizofrenií píše i Fridrich a Nociar (1991).

Co se týče paměti jako kognitivní funkce, tak na tu není Hand Test primárně zaměřen. Potíže se mohou objevit při vybavování si sociálních situací souvisejících s polohou ruky.

Exekutivní funkce, stejně jako dvě předešlé kognitivní oblasti, patří mezi jádrové funkce, které jsou u psychóz narušeny (Shmukler et al., 2015). Mezi ty projevy exekutivního narušení, které můžeme aplikovat na administraci Hand Testu, patří potíže při vytváření si koncepčního rámce pro pochopení nejednoznačných podnětů a také pomalá rychlost zpracování informací. To se může promítnout opět do prodlouženého reakčního času a také do odpovědí selhání, kdy nedochází k pochopení či rozpoznání projektivního materiálu.

Myšlení je u psychóz funkcí, u které můžeme nalézt poměrně široký okruh zvláštností. V protokolech Hand Testu se poměrně často objevovaly regresivní prvky myšlení, které jsou typické pro děti předškolního věku (Říčan, 2014; Vágnerová, 2004). Jejich výskyt u psychóz byl popsán výzkumem García-Montes et al. (2014). Jedná se o magické myšlení, které se nám objevilo v některých kvalitativních kategoriích (např. *Čáry života*), či o antropomorfní myšlení (např. *Charakteristika ruky*). Potíže v oblasti abstraktního myšlení, které je pro psychózy také typické (Oh et al., 2014) můžeme najít přítomny v odpovědích pacientů v kategorii *Nepřiměřených symbolizací*, kdy dochází k použití abstraktních slov v neobvyklých spojeních. V protokolech byly také patrné poruchy struktury myšlení zahrnující ulpívavé, rozbíhavé či paranoidní myšlení (Dušek & Večerková, 2010).

Co se týče očních pohybů při snímání projektivního materiálu, ty se odlišovaly od kontrolní skupiny. Zatímco výzkumy popisují jak sníženou oční fixaci na podnět a někdy i sakadické pohyby očí (např. Oh et al., 2014; Levy et al., 1993, in Tůma & Lenderová, 2001), tak skupina pacientů s psychózou v tomto výzkumu přibližně v polovině případů vykazovala dlouhé zahledění do projektivního materiálu bez mrkání. Jejich pohled jako by směřoval až za projektivní materiál, který se zdál být přehlížen. V mnoha případech tento způsob percepce vedl k dlouhému reakčnímu času a k selhání při podání odpovědi.

Potíže v oblasti verbálních funkcí jsou nejvíce postižitelné Hand Testem, neboť je to právě slovní vyjádření odpovědi, které je administrováno a hodnoceno. V teoretické části byly popsány tři hypotézy vysvětlující abnormality v řeči jedinců s psychózou. Odpovědi v Hand Testu v tomto výzkumu přináší potvrzení pro všechny tři. V hypotéze Docherty et al. (1996) jde o to, že jedinec začne mluvit, ale je natolik rozptylován asociacemi svých slov, že dochází k odklonění od původní myšlenky a dochází tak k narušení soudržnosti řeči. Druhá hypotéza říká, že jedinec má potíže v zapamatování si toho, co již řekl vs. v tom, co si jen myslel, čímž dochází k přetrhání myšlenky řeči (Harvey et al., 1988, in Docherty et al., 1996). Důkazy pro tyto dvě hypotézy můžeme nalézt v kvalitativní kategorii *Komentáře následující odpověď*, kdy po odpovědi následují komentáře, které zkoumaná osoba chce dodat, ale které již nesouvisí s tematickým zaměřením odpovědi. Třetí hypotéza je založená na předpokladu, že selhává schopnost utváření pojmů a jejich spojování, což narušuje sociálně sdílené normy používání slovních spojení (Phillips et al., 1965, in Docherty et al., 1996). Pro tuto hypotézu můžeme nalézt důkazy v kvalitativních kategoriích *Méně srozumitelné a bizarní odpovědi*, *Neobvyklá slovní spojení* a *Nepřiměřená symbolizace*, ve kterých dochází k neobvyklému spojování pojmů.

Můžeme se domnívat, že potíže v oblasti sociální kognice do velké míry ovlivnily podávání odpovědí v Hand Testu, a to hlavně z toho důvodu, že v tomto testu má jít o pochopení sociálního kontextu dané polohy ruky. U pacientů s psychózou dochází k nepochopení různých projevů, gest či mimiky, dochází k potížím při rozpoznávání emocí, a také ke stažení ze sociálních kontaktů a vztahů (Moore et al., 2013). Proto mohlo být pro zkoumané osoby obtížné dávat obrázky rukou do souvislosti se sociálními situacemi, se kterými vůbec nemuseli mít zkušenost, nebo které nemusely být pochopeny správně.

Zde se zaměříme na **výsledky kvalitativní části práce**. Kvalitativní analýzou protokolů Hand Testu 30 pacientů s psychózou jsme získali 18 charakteristických prvků, které byly pro jejich odpovědi příznačné a které jsme se pokusili dát do souvislosti s psychotickým onemocněním. První a nejčastější kvalitativní kategorií, kterou jsme identifikovali, byla *Přímá řeč*. Její užití značilo pohotový vstup do osobní roviny výkladu použitím přímé řeči a v odpovědi bylo v direktivním, dependentním, přátelském nebo jiném/ostatním stylu. Z teoretických poznatků můžeme v souvislosti s přímou řečí zmínit snížené vědomí výkladu (Říčan et al., 1981) či fenomén vyjadřovaných emocí (Banerjee & Retamero, 2014), které se zde mohly promítnout. Druhou kategorií byly *Méně srozumitelné a bizarní odpovědi*, které jsou pro psychózu typické, zvláště pak pro tu floridní (Fridrich & Nociar, 1991). Představují ale určitý způsob, jakým se jedinec orientuje v pro něj chaotickém světě a jak s ním interaguje. K jeho pochopení můžeme využít teorii mysli (Wood et al., 2015), interpersonální decentraci (Lečbych & Hosáková, 2014) či percepční potíže. Poruchy myšlení a vnímání jsou v této kategorii nejvýraznější.

Třetí kategorií představuje *Popis ruky a vyjádření její činnosti*, při které si zkoumaná osoba potřebovala ujasnit vnímaný podnět jejím popisem a teprve pak mohla podat odpovídající odpověď. To značí o přesunu z konkrétního na abstraktní myšlení, které je u psychóz narušeno (Oh et al., 2014). Čtvrtá kategorie, *Vlastní zkušenost*, představovala na odpověď navazující vyprávění vlastních zkušeností, někdy související s rozbíhavým myšlením, které se u psychóz objevuje jako porucha struktury myšlení (Dušek & Večerová-Procházková, 2010). V ROR mohou tyto personalizované odpovědi souviset s potřebou vložit do odpovědi své intruzivní vzpomínky na negativní zážitek či trauma (Lečbych, 2014), které se nyní projeví i v Hand Testu.

Pátou kategorií byla *Neobvyklá slovní spojení* odkazující na potíže v oblasti myšlení a verbální funkci. Potvrdila se zde hypotéza Phillipse et al. (1965, in Docherty et al., 1996) o potížích s utvářením pojmů a jejich spojováním, stejně tak jako špatné vyhledávání a vybavování pojmů z paměti, které jsou použity nesrozumitelným způsobem (Bowie & Harvey, 2006). V ROR nacházíme speciální skóre zahrnující tyto odpovědi pod deviovanými verbalizacemi (neologismy a redundance) a pod deviovanými odpověďmi (nepatřičné fráze a zabíhavé odpovědi) (Exner, 2009). Svě zastoupení mají také ve skórovacím systému komunikační deviace u TAT pod názvem Fragmenty (útržky) slov, frází nebo idejí (Chapman, 2008). Šestou kategorií tvoří *Eskalace emocí* zahrnující zvýraznění emoční složky v odpovědi. Souvislost bychom zde mohli najít

s dezorganizovanou (Shemmings & Shemmings, 2011) nebo s úzkostně hyperaktivní vztahovou vazbou (Mikulincer et al., 2003). U obou dochází k narušení vazby s pečující osobou v raném dětství, což vede k určité emoční nestabilitě.

Sedmou kategorií představují *Komentáře následující odpověď*, kdy je odpověď obohacena o komentáře, které ji již nerozvíjí. To můžeme považovat za určitou komunikační odchylku, kdy dochází k odklonění od původního tématu. Setkat se s ní můžeme opět ve skórovacím systému komunikační deviace u TAT (Chapman, 2008). Osmá kategorie nazvaná *Charakteristika ruky* zahrnuje v odpovědi popis osoby, jenž ruka patří. Dochází tak k antropomorfizaci odpovědi, která je u dospělého člověka znakem regrese v myšlení, neboť se typicky objevuje u dětí (Říčan, 2014; Vágnerová, 2004). Devátá kategorie, „*Já*“ v odpovědi, přináší odpověď vyjádřenou v první osobě, kdy se zkoumaná osoba ztotožňuje s podnětovým materiálem. Interpretovat to můžeme také jako fenomén, který se v ROR nazývá sníženým vědomím výkladu (Říčan et al., 1981). V tomto typu odpovědi může být přítomna také primitivní obrana nazvaná projekivní identifikací, kdy se ztrácí hranice mezi já a okolím (Bornstein & Masling, 2005).

Desátá kategorie nazvaná *Popis ruky* zahrnuje vyjádření popisu či činnosti ruky v adjektivní formě. Může se jednat o sníženou schopnost zpracování informací či neobvyklou verbalizaci. Jedenáctá kategorie *Chtít něco udělat* vyjadřuje v odpovědi to, že ruka teprve chce něco udělat. Může se jednat o určitou obranu před nepřiměřenými impulsy. Tato kategorie se objevila častěji u kontrolní skupiny než u pacientů s psychózou, což můžeme interpretovat jako větší uvědomění a snahu o nepřímé vyjádření některých impulsů. Dvanáctou kategorií je *Zapření a odpověď*, kdy došlo k zapření vlastní odpovědi či prvotní rezignaci a následnému podání odpovědi. Opět se zde mohla projevit obrana před nepřiměřenými impulsy či snížená motivace podat odpověď na náročný podnět.

Třináctá kategorie *Čáry života* zahrnovala v odpovědi zmínku o čárách života na ruce, ze kterých se dá číst. Jedná se o prvek magického myšlení, který u dospělého značí regresi v této oblasti (García-Montes et al., 2014). Čtrnáctou kategorií je *Mluvící ruka* vyjadřující v odpovědi to, že ruka s někým mluví. Dochází zde opět k antropomorfizaci podnětu a k regresivnímu myšlení (Říčan, 2014; Vágnerová, 2004). Patnáctá kategorie *Zpráva o sobě, o svém stavu* v odpovědi vyjadřovala pacientův zdravotní stav. Interpretujeme to jako projekci vlastního stavu do podnětového materiálu, skrze který byl vyjádřen, zahrnující také snížené vědomí výkladu (Říčan et al., 1981).

Šestnáctá kategorie *Šoková reakce* zahrnovala vyjádření silné emoční reakce způsobené podnětovým materiálem, kterou se nepodařilo skrýt. Zajímavé je, že tato kategorie se objevila častěji u kontrolní skupiny, u které se očekávala vyšší emoční regulace. Sedmnáctá kategorie *Podivení na kresbou* v sobě nesla okomentování toho, jakým způsobem je kresba namalována. Mohlo jít o projev určité opatrnosti či úzkosti z podnětového materiálu, ale také o sklon k perfekcionismu (Altman, 2016). Osmnáctá kategorie *Nepřiměřených symbolizací* obsahovala v odpovědi popis něčeho, co nelze doslova provést. Usuzujeme z toho na potíže v oblasti abstraktního myšlení, kdy abstraktní pojmy a symboly nejsou použity správně.

Všech těchto 18 kvalitativních kategorií bylo zařazeno do 3 skupin a to: 1. Zvláštnosti na verbální úrovni („Já“ v odpovědi, Komentáře následující odpověď, Mluvicí ruka, Neobvyklá slovní spojení, Nepřiměřená symbolizace, Popis ruky, Přímá řeč, Méně srozumitelné a bizarní odpovědi), 2. Zvláštnosti na emoční úrovni (Eskalace emocí, Chtít něco udělat, Šoková reakce, Vlastní zkušenost, Zpráva o sobě, o svém stavu) a 3. Zvláštnosti na percepční úrovni (Čáry života, Charakteristika ruky, Podivení nad kresbou, Popis ruky a vyjádření její činnosti, Zapření a odpověď). Můžeme si povšimnout, že všechny tyto tři kategorie nasedají na narušené oblasti u psychóz, a to na kognitivní funkce zahrnující myšlení, na verbální funkci a na emoce. Tyto tři oblasti jsou jen málo postižitelné standardním skórovacím systémem Hand Testu, což může vést k opomíjení některých příznaků psychózy.

Protokoly popsané pod třetí výzkumnou otázkou nám opět poukazují na vysokou variabilitu protokolů u pacientů s psychózou. V těchto protokolech se objevily výrazné prvky, většinou jednoho typu, které nebylo možné zahrnout do skórovacího systému Hand Testu. Jednalo se např. o inkoherní odpovědi se silnými afektivními reakcemi, rigidní odpovědi zaměřené na nedávnou činnost, o agresivní odpovědi s neobvyklou symbolikou či ambivalentní odpovědi rozbíhavého myšlení. Jak můžeme vidět, každý z těchto protokolů byl jiný, něčím typický, a přesto zahrnut do kategorie psychóz. Vysokou variabilitu popisuje i Fridrich a Nociar (1991) za použití standardního skórovacího systému. V tomto výzkumu ale můžeme vidět, že mnoho odpovědí pacientů s psychózou by mohlo být skutečně zařazeno do standardních kategorií Hand Testu, čímž by se v konečném důsledku jevily tyto odpovědi jako obvyklé, s nemožností zachytit právě ty ozvláštněné prvky.

Tato část se bude týkat **výsledků kvantitativního porovnání**. V kvantitativní analýze jsme si stanovili pět hypotéz navazujících na teoretické poznatky a předešlé

výzkumy. Skupina pacientů s psychózou zde byla porovnáвана s kontrolní skupinou. Hypotéza 1 očekávající nižší celkový počet odpovědí u pacientů s psychózou vycházela z předpokladu častého selhávání pacientů. Tyto odpovědi typu „nevím“ se nezahrnují do celkového počtu odpovědí, a proto je tak snižují. Fridrich a Nociar (1991) popsali nízký počet odpovědí v Hand Testu značící deterioraci jako jednu z charakteristik jedinců se schizofrenií. Stejně tak nízký počet odpovědí v ROR vypovídá o rigiditě a o neschopnosti perцепčně a kognitivně zpracovat podněty, a to v důsledku emoční nestability či útlumu, či narušené kognice (Lečbych, 2013b).

Na základě získaných znalostí o sociální kognici jedinců s psychózou jsme si stanovili hypotézu 2, která u nich očekávala nižší počet INT odpovědí než u kontrolní skupiny. Vycházeli jsme z předpokladu, že snížený počet interpersonálních odpovědí zahrnující vztahy s druhými lidmi bude odrážet sníženou schopnost vnímat a interpretovat pocity druhých (Caqueo-Urizar et al., 2015), nečitelnost verbálních projevů, gest, mimiky, ale také emocí a myšlenek druhých (Moore et al., 2013), a neschopnost pochopit, že ostatní mohou přistupovat ke stejným situacím z jiného úhlu pohledu (Lysaker et al., 2015). Všechny tyto prvky sníženého sociálního vnímání vedou ke stažení se ze sociálních kontaktů, čímž se podle nás snižuje i potenciální počet INT odpovědí (zahrnující všechny druhy). Tato hypotéza byla přijata a potvrzuje signifikantně nižší počet INT odpovědí u pacientů s psychózou.

Hypotéza 3 očekávala vyšší počet BIZ odpovědí u pacientů s psychózou. Vycházeli jsme při tom z předpokladu, že bizarní odpovědi budou odrážet poruchy myšlení vyznačující se nejen bludy. Fridrich a Nociar (1991) píší, že BIZ odpovědi jsou charakteristické právě pro psychózu, přičemž dochází k ignorování podnětového materiálu a k projekování vlastních autistických a nelogických vjemů a myšlenek. Tato hypotéza byla zamítnuta, neboť se neprokázal signifikantní rozdíl v počtu BIZ odpovědí u skupiny pacientů s psychózou a u kontrolní skupiny. Peterson a Horowitz (1990, in Lečbych, 2013) k tomu píší, že BIZ odpovědi jsou typické pro floridní psychózu zachycující poruchy myšlení a vnímání. Můžeme se domnívat, že naše hypotéza byla zamítnuta z toho důvodu, že výzkumný soubor byl tvořen pacienty s psychózou, u kterých v době administrace neprobíhala akutní psychóza, jejich pozitivní příznaky byly potlačeny medikací, což vedlo k redukci BIZ odpovědí.

Hypotéza 4 očekávala vyšší počet FAIL odpovědí u pacientů s psychózou a vycházela z předpokladu jejich kognitivního deficitu, který jim tak znemožní podat hodnotnou odpověď v Hand Testu. Odrážet se zde může neschopnost zaměřit pozornost,

neschopnost pochopit situaci v oblasti exekutivních funkcí či správně podnět zpracovat v myšlení, stejně tak jako nejistotu ve správném verbálním vyjádření. Waehler et al. (1992) k tomu píše, že tento typ odpovědi je typický pro pacienty se schizofrenií a odráží tak nedostatek vhodných vzorců chování. Ten může vycházet ze stažení se ze sociálních kontaktů, který je dán deficitem v sociální kognici. Tato hypotéza byla přijata a potvrzuje tak statisticky vyšší počet FAIL odpovědí u pacientů s psychózou. Toto bylo potvrzeno i výzkumem Petersona a Horowitz (1990, in Lečbych, 2013), kteří píše, že vyšší počet FAIL a DES odpovědí značí o postpsychotickém kognitivním deficitu a o přítomnosti negativních příznaků, což odpovídá našemu výzkumnému souboru pacientů s min. 2 atakami a dlouhodobým onemocněním (od 1 do 36 let).

Hypotéza 5 zahrnující všechny odpovědi kategorie stažení se očekávala vyšší počet WITH odpovědí u pacientů s psychózou. Vycházeli jsme tak z popisu kategorie, která v sobě zahrnuje ztrátu kontaktu s realitou, neadaptivní formy chování, oploštělost kognitivních funkcí, zvýšené pocity stresu a napětí, zároveň také sníženou nebo chybějící adaptaci na sociální prostředí (Altman, 2016). Nejen ztráta kontaktu s realitou, ale také deficit v kognitivních funkcích či neodpovídající sociální vztahy jsou základními znaky psychotického onemocnění. Tato hypotéza byla přijata a potvrzuje tak vyšší počet WITH odpovědí u pacientů s psychózou. Toto zjištění souhlasí s tvrzením autora Hand Testu Edwina Wagnera, že kategorie odpovědí stažení se je typická pro pacienty s psychózou (Lečbych, 2013).

Četnosti kvalitativních skóre nebyly statisticky porovnány, a to z toho důvodu, že se u nich neprokázal normální ani podobný typ rozložení dat. Ten mohl být dán skutečností, že kategorie se u některých jedinců mohly objevit ve velkém počtu, u některých naopak vůbec. Nízké mediánové hodnoty tak znemožnily statistické porovnání četností neparametrickými metodami, kdy bychom získali informace pouze o rozdílu v rozložení, nikoliv v četnostech. Domníváme se, že toto ověření by mohlo být provedeno ve výzkumu, který by pracoval s vyšším počtem participantů a u kterého by tak statistické porovnání bylo průkaznější. Uvedení celkových četností pro jednotlivé kvalitativní kategorie u pacientů s psychózou a kontrolní skupiny ukázalo vyšší výskyt celkem 16 z 18 těchto kategorií právě u pacientů s psychózou.

Na této práci můžeme **vyzdvihnout** to, že se jedná o jeden z prvních výzkumů, které se zabývají projevem některého psychiatrického onemocnění v Hand Testu takto detailně. Tímto způsobem můžeme dopomoci k jeho častějšímu a rozšířenějšímu užívání v klinické praxi. Přínosem je podrobná kvalitativní analýza, která dokázala odhalit

16 charakteristických prvků vyskytujících se častěji u pacientů s psychózou než u zdravé populace. Tato analýza tak umožňuje detailní náhled na projevy psychóz v odpovědích Hand Testu, které jsou zde obsaženy.

Důležité je také zamyšlení nad **limity této práce**. Ty vycházejí právě ze samotné psychózy, která je onemocněním mnoha podob a která se u každého pacienta projevuje jinými příznaky. Výsledky našeho výzkumu mohou být nejednoznačné z důvodu zařazení dvou diagnóz, přestože jiné výzkumy neprokázaly odlišné rozložení výsledků v kognitivních testech mezi schizofrenií a schizoafektivní poruchou (Reser et al., 2015). Výsledky mohou být ovlivněny také různou délkou onemocnění, počtem atak, věkem, ve kterém nemoc propukla, užívanou medikací, úrovní kognitivních funkcí i sociální oporou. Všechny tyto proměnné vypovídají o rozlišnosti průběhu a příznaků onemocnění. Snažili jsme se sjednotit náš výzkumný soubor alespoň na základě diagnózy a delšího trvání onemocnění s alespoň dvěma psychotickými atakami. Limitem je také malý počet pacientů s psychózou ve výzkumném souboru a jejich záměrný výběr přes instituci, který nelze považovat za náhodný, a tudíž ani reprezentativní. Experimentální a kontrolní skupinu se podařilo vyrovnat pouze na základě pohlaví, nikoliv však věku či vzdělání, a to z důvodu příležitostného výběru kontrolní skupiny. Dalším limitem může být role výzkumníka. Přestože byl absolvován specializovaný kurz pro metodu Hand Test a její administraci, chyběly klinické zkušenosti s touto diagnostickou skupinou a také s ostatními projektivními metodami. Zároveň mohlo při administraci docházet k situacím, kdy nebylo zcela pochopeno to, jakým způsobem zkoumaná osoba myslela svou odpověď, a k nedostatečnému doptávání se, které by naopak při nadměrném množství mohlo ovlivnit motivaci probanda pokračovat ve výzkumu. Tomu jsme se snažili zabránit jednotnou administrací a zajištěním stejných testovacích podmínek u všech probandů experimentální i kontrolní skupiny.

Z důvodu malého výzkumného souboru a užití dvou diagnóz není možné výsledky této práce generalizovat na všechna onemocnění s psychotickými příznaky. Zároveň zde doporučujeme další zkoumání tohoto tématu, které by se zaměřilo na nalezené kvalitativní kategorie u jednotlivých diagnóz schizofrenního okruhu zvlášť a potvrdilo či vyvrátilo by jejich výskyt charakteristický pro psychózy, např. při porovnání s neurotickým onemocněním, poruchami osobnosti apod.

Na závěr, jsme si vědomi toho, že Hand Test je screeningovou metodou, která slouží k zachycení akčních tendencí člověka. Tímto výzkumem jsme si ale ukázaly, že detailnější analýza protokolů Hand Testu dokáže zachytit bližší projevy psychóz.

Podarilo se nám identifikovat 16 kvalitativních skóre, které se objevovaly častěji u pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny. Ukázalo se tak, že to nejsou jen bizarní znaky, které by definovaly protokoly Hand Testu jedinců s psychózou, ale spíše odlišnosti a zvláštnosti kognitivního charakteru. Vysoká variabilita odpovědí potvrzuje vysokou variabilitu příznaků psychotického onemocnění.

Závěr

Na základě stanovených výzkumných otázek a kvalitativní analýzy vyvozujeme tyto závěry:

- U 30 pacientů s psychózou bylo nalezeno 18 charakteristických prvků, které byly určitým způsobem neobvyklé a mnohdy na ně nestačily základní ani obsahové skóry Hand Testu. Jedná se o tyto kategorie: 1. Přímá řeč, 2. Méně srozumitelné a bizarní odpovědi, 3. Popis ruky a vyjádření její činnosti, 4. Vlastní zkušenost, 5. Neobvyklá slovní spojení, 6. Eskalace emocí, 7. Komentáře následující odpověď, 8. Charakteristika ruky, 9. „Já“ v odpovědi, 10. Popis ruky, 11. Chtít něco udělat, 12. Zapření a odpověď, 13. Čáry života, 14. Mluvící ruka, 15. Zpráva o sobě, o svém stavu, 16. Šoková reakce, 17. Podivení nad kresbou, 18. Nepřiměřená symbolizace
- Těchto 18 charakteristických prvků jsme zařadili do 3 nadřazených skupin, kterými jsou: 1. Zvláštnosti na verbální úrovni, 2. Zvláštnosti na emoční úrovni, 3. Zvláštnosti na percepční úrovni
- Rozličnost protokolů pacientů s psychózou ukazuje na velkou variabilitu odpovědí. Některé protokoly vybraných účastníků se vyznačovaly větším počtem odpovědí určitého charakteru, jedná se o tyto: protokol č. 4- mírné narušení ve zpracování informací s přetrvávajícími bludy, protokol č. 11- plochý protokol s převážným selháváním, protokol č. 13- typický bizarními odpověďmi, protokol č. 14- agresivní odpovědi s neobvyklou symbolikou, protokol č. 16- inkoherentní odpovědi se silnými afektivními reakcemi, protokol č. 21- dependence s odkazováním na vlastní špatný zdravotní stav, protokol č. 23- rigidní odpovědi zmiňující nedávnou činnost, protokol č. 24- pohádkový příběh jako projektivní identifikace, protokol č. 25- odkazování na neznalost čtení z ruky, protokol č. 27- rozbíhavost myšlení s negativními vzpomínkami, protokol č. 28- ambivalentní odpovědi rozbíhavého myšlení se snahou vyhovět i přes svůj zdravotní stav

Na základě statistické analýzy a stanovených hypotéz byly vyvozeny tyto závěry:

- Skupina pacientů s psychózou vykázala statisticky významně nižší celkový počet odpovědí v Hand Testu než kontrolní skupina.

- Skupina pacientů s psychózou vykazala statisticky významně nižší počet INT odpovědí v Hand Testu než kontrolní skupina.
- Mezi skupinou pacientů s psychózou a kontrolní skupinou nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v počtu BIZ odpovědí v Hand Testu.
- Skupina pacientů s psychózou vykazala statisticky významně vyšší počet FAIL odpovědí v Hand Testu než kontrolní skupina.
- Skupina pacientů s psychózou vykazala statisticky významně vyšší počet WITH odpovědí než kontrolní skupina.

Souhrn

Tato práce se zabývá podrobnou analýzou projevů psychóz v metodě Hand Test.

Psychózy jsou závažným psychickým onemocněním, u kterého dochází k narušení testování reality. Projevy psychóz mohou být velmi rozličné a dotýkají se všech stránek člověka a jeho osobnosti. Objevují se u nich poruchy vnímání zastoupené halucinacemi, které se váží na všechny lidské smysly (Juan, 2000). Poruchy myšlení zde zahrnují nejen bludy, ale také celkovou schopnost zpracovávat informace. Poruchy emotivity u psychóz jsou typické svou nestabilitou a poruchy chování zahrnují zvláštnosti v jednání a psychomotorice. Starší pojetí psychóz je dělí na organické, afektivní, toxické, laktační a schizofrenii. Nové pojetí zařazuje psychózy v MKN-10 hned do 4 kategorií s největším zastoupením v F20-29 Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruchy s bludy (ÚZIS, 2014a).

Potíže v oblasti kognitivních funkcí představují jádrovou charakteristiku tohoto duševního onemocnění s prevalencí 70-85% pacientů s psychózou (např. Shmukler et al., 2015; Mosiołek et al., 2016). Kognitivní deficit se přitom zdá být nezávislý na závažnosti ostatních symptomů psychózy (Green et al., 2004). Ukazuje se, že mírné kognitivní zhoršení je přítomno u pacientů již v dětství, plně se projeví ale až při první atace. Následně dochází buď ke zlepšení, stabilizaci či k degeneraci spojené s dalšími atakami, potvrzující třetinové pravidlo psychóz (Hosák et al., 2015). Jednou ze tří nejvíce narušených kognitivních funkcí je pozornost, která je oslabená komplexně ve všech svých oblastech (Obereignerů et al., 2011). Druhou funkcí je paměť navazující na poruchy pozornosti vytvářející v paměti prázdná místa. Nejvíce narušenou je zde deklarativní paměť, která má za následek potíže v oblasti kódování, vyhledávání informací v paměti i kontextuálního vybavování, které je nahrazováno konfabulacemi (Martinelli & Shergill, 2015). Třetí funkcí je pak funkce exekutivní se zhoršenou schopností plánovat, zpracovávat informace a znovu je používat v jiném kontextu (Kar et al., 2016). Dalšími narušenými oblastmi u psychóz jsou myšlení zahrnující regresivní prvky a potíže v abstraktní oblasti, IQ, verbální funkce i důležitá sociální kognice.

Hand Test se řadí mezi projektivní metody. Je tvořen 9 tabulemi s nakreslenou rukou v určité poloze a 1 prázdnou tabulí. Zkoumaná osoba odpovídá na otázku, co by daná ruka mohla dělat. Skórovací systém pak zařazuje odpovědi do 4 hlavních skupin, a to do interpersonální, environmentální, maladjustivní nebo do skupiny stažení

se (Lečbych, 2013a). Předešlé výzkumy Hand Testu u psychóz značí o velké variabilitě protokolů (Fridrich & Nociar, 1991) zahrnující vysoký počet odpovědí kategorie WITH, a to jak DES, BIZ, tak i FAIL (Peterson & Horowitz, 1990, in Lečbych, 2013). I další projektivní metody dokáží detekovat psychózu. Rorschachova metoda k tomu používá především své skóry deviovaných verbalizací a odpovědí, které odkrývají narušení v oblasti percepce a myšlení (Exner, 2009). Tematický apercepční test k tomu využívá Skórovací systém komunikační deviace, který detailně popisuje komunikační odchylky u schizofrenie (Chapman, 2008).

Kvalitativní část výzkumu pracovala s 30 pacienty (15 mužů, 15 žen) psychiatrického zařízení získaných metodou záměrného výběru přes instituci. Ti byli ve věku 18-70 let, s diagnózou F20.x nebo F25.x a s minimálně 2 hospitalizacemi. Metodou zachycení vzorců se podařilo identifikovat 18 charakteristických prvků v odpovědích Hand Testu u pacientů s psychózou, které byly určitým způsobem neobvyklé a v mnoha případech nezachytitelné standardním skórovacím systémem Hand Testu. Jednalo se o kategorie: 1. Přímá řeč, 2. Méně srozumitelné a bizarní odpovědi, 3. Popis ruky a vyjádření její činnosti, 4. Vlastní zkušenost, 5. Neobvyklá slovní spojení, 6. Eskalace emocí, 7. Komentáře následující odpověď, 8. Charakteristika ruky, 9. „Já“ v odpovědi, 10. Popis ruky, 11. Chtít něco udělat, 12. Zapření a odpověď, 13. Čáry života, 14. Mluvící ruka, 15. Zpráva o sobě, o svém stavu, 16. Šoková reakce, 17. Podivení nad kresbou, 18. Nepřiměřená symbolizace. 16 kategorií se vyskytlo podle celkových četností častěji u skupiny pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny (vyjímaje kategorie Chtít něco udělat a Šoková reakce). Tyto kategorie se rozčlenily do 3 nadřazených skupin, které, jak se ukázalo, korespondují s oblastmi projevů psychóz: 1. Zvláštnosti na verbální úrovni, 2. Zvláštnosti na emoční úrovni a 3. Zvláštnosti na percepční úrovni.

Analýza jednotlivých protokolů pacientů s psychózou ukázala, že mnohé z nich obsahovaly výrazné prvky, většinou jednoho typu u jednoho probanda, které nebylo možné postihnout standardním skórovacím systémem Hand Testu. Prokázala se tak široká variabilita projevů psychóz napříč jednotlivými protokoly.

Kvantitativní část výzkumu měla za cíl porovnat četnosti vybraných kategorií mezi skupinou pacientů s psychózou (popsána výše) a kontrolní skupinou. Kontrolní skupina zahrnující 30 participantů (15 mužů, 15 žen) ve věku 18-70 let a bez psychiatrické diagnózy byla získána pomocí příležitostného výběru a metodou sněhové koule.

Jako metoda sběru dat byl tedy použit Hand Test, a to za stejných podmínek administrace u obou skupin.

Při statistickém zpracování dat bylo normální rozložení zjištěno pouze u proměnné celkového počtu odpovědí, u které byl následně použit parametrický dvouvýběrový t-test. U ostatních proměnných se normální rozložení neprokázalo, a proto se pracovalo s Man-Whitney U testem. Statistická analýza potvrdila celkově nižší počet odpovědí v Hand Testu u skupiny pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny ($p < 0,01$). Skupina pacientů s psychózou vykazala také signifikantně nižší počet INT odpovědí v Hand Testu než kontrolní skupina ($p < 0,01$). Statisticky významný rozdíl ale nebyl nalezen v počtu BIZ odpovědí mezi těmito dvěma skupinami ($p > 0,05$). Naopak skupina pacientů s psychózou vykazala signifikantně vyšší počet FAIL odpovědí ($p < 0,05$) i WITH odpovědí ($p < 0,05$) než kontrolní skupina.

Tyto výsledky potvrzují zjištění z předchozích výzkumů o nižším počtu odpovědí (Fridrich & Nociar, 1991), a o vyšším výskytu kategorie WITH (Lečbych, 2013a) zahrnující také FAIL odpovědi. Počet BIZ odpovědí nemusel být výraznější u skupiny pacientů s psychózou, a to kvůli medikaci potlačující pozitivní příznaky.

Výsledky s sebou nesou omezení zahrnující nízký počet probandů a zároveň proměnné na úrovni psychóz. Dvě zařazené diagnózy, délka onemocnění, počet atak, věk, propuknutí nemoci, užívaná medikace, úroveň kognitivních funkcí i sociální opora, to vše mohlo hrát svou roli při získávání protokolů Hand Testu u pacientů s psychózou. Důležitým prvkem limitů je i role výzkumníka a jeho zkušenosti v oblasti psychóz a projektivních metod. Výsledky této práce tedy není možné generalizovat na všechna onemocnění s psychotickými příznaky, zároveň ale představují zajímavý podnět k dalším rozsáhlým výzkumům.

Hand Test slouží primárně jako screeningová metoda pro zjišťování akčních tendencí člověka. Kvalitativní analýza těchto protokolů ale může zachytit takové projevy psychóz, které by byly přínosné při utváření klinického obrazu o zkoumané osobě, přestože by standardnímu skórovacímu systému unikly.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Altman, Z. (2016). *Praktická aplikace Testu apercepce ruky: Test apercepce ruky-nové možnosti vyhodnocování*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
2. Ayers, S., & Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
3. Balzan, R. P., Neaves, A., Denson, L. A., Liu, D., & Galletly, C. (2014). Cognitive deficit awareness in schizophrenia: absent, intact, or somewhere in-between? *Cognitive neuropsychiatry*, 19(6), 471-484. doi: 10.1080/13546805.2014.909311
4. Ban, T. A., & Udabe, R. U. (1990). *Classification of psychosis*. Získáno 15. září 2016 z http://inhn.org/fileadmin/E-books/Ban_and_Ucha_Classification_of_Psychosis.pdf
5. Banerjee, A. G., & Retamero, C. (2014). Expressed emotion – a determinant of relapse in schizophrenia: a case report and literature review. *Journal of Psychiatry and Brain Functions*, 1(4), 1-3. doi: 10.7243/2055-3447-1-4
6. Benedik, E., Čoderl, S., Bon, J., & Smith, B. L. (2013). Differentiation of psychotic from nonpsychotic psychiatric inpatients: the Rorschach Perceptual Thinking Index. *Journal of Personality Assessment*, 95(2), 141–148. doi: 10.1080/00223891.2012.753898
7. Berry, K., & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia: Implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 68-76. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.010
8. Biagiarelli, M., Roma, P., Comparelli, A., Andraos, M. P., Di Pomponio, I., Corigliano, V., ... Ferracuti, S. (2015). Relationship between the Rorschach Perceptual Thinking Index (PTI) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in psychotic patients: A validity study. *Psychiatry Research*, 225, 315-321. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.018
9. Bornstein, R. F., & Masling, J. M. (Eds.). (2005). *Scoring the Rorschach: Seven validated systems*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates. Získáno 15. září 2016 z databáze Google Books.
10. Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2(4), 531-536. doi: 10.2147/ndt.2006.2.4.531

11. Britannica. (2009). *Mozek: Průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Brno: Nakladatelství Jota.
12. Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K., & Gilman, S. E. (2015). Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 24(11), 2753-2760. doi: 10.1007/s11136-015-1019-2
13. Carey, E. (květen, 2016). *Psychosis*. Získáno z <http://www.healthline.com/health/psychosis#Overview1>
14. Clemence, A. J., Hilsenroth, M. J., Sivec, H. J., Rasch, M., & Waehler, C. A. (1998). Use of the Hand Test in the classification of psychiatric inpatient adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 71(2), 228-241. doi: 10.1207/s15327752jpa7102_10
15. Collins, G., Culbertson, R. T., & Koenig, H. G. (2003). *Mental illness and psychiatric treatment: A guide for pastoral counselors*. New York: Routledge. Získáno 15. září 2016 z databáze Google Books.
16. Cuesta, M. J., Zarzuela, A., Sánchez-Torres, A. M., Lorente-Omeñaca, R., Moreno-Izco, L., Sanjuán, J., & Peralta, V. (2015). Familial liability to schizophrenia and mood disorders and cognitive impairment in psychosis. *Psychiatry Research*, 227, 258-264. doi: 10.1016/j.psychres.2015.03.024
17. Čěšková, E., Špaček, J., & Šindelářová, M. (1999). Kognitivní dysfunkce a efekt léčby u schizofrenní poruchy. *Československá psychologie*, 43(6), 527-535.
18. Dao, T. K., Prevatt, F., & Horne, H. L. (2008). Differentiating psychotic patients from nonpsychotic patients with the MMPI-2 and Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 90(1), 93-101. doi: 10.1080/00223890701693819
19. Docherty, N. M., Hawkins, K. A., Hoffman, R. E., Quinlan, D. M., Rakfeldt, J., & Sledge, W. H. (1996). Working memory, attention, and communication disturbances in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 212-219. Získáno 16. září 2016 z EBSCO database.
20. Dörken Jr, H. (1953). Projective tests and the consistency of the personality structure: a pilot study. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(4), 525-531. doi: 10.1037/h0063539
21. Dörner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské: Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.

22. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
23. Dwivedi, S. D. (2015). Sensitivity of Exner's Comprehensive Scoring System in detecting specific delusions in psychotic patients: Preliminary observations. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 22, 58-61. Získáno 15. září 2016 z EBSCO database.
24. Eron, L. D. (1950). A normative study of the Thematic Apperception Test. *Psychological Monographs: General and Applied*, 64(9), 1-54. Získáno z EBSCO database.
25. Exner Jr., J. E. (2009). *Rorschach - Praktická příručka*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
26. Fišar, Z. et al. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing.
27. Fridrich, J., & Nociar, A. (1991). *Test ruky: Příručka*. Bratislava: Psychodiagnostika.
28. Furmaníková, L. (2009). *Osoby s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie jako cílová skupina speciální pedagogiky*. (Nepublikovaná disertační práce). Univerzita Karlova.
29. Ganellen, R. J., Wasyliv, O. E., Haywood, T. W., & Grossman, L. S. (1996). Can psychosis be malingered on the Rorschach? An empirical study. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 65-80. doi: 10.1207/s15327752jpa6601_5
30. García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Odriozola-González, P., Vallina-Fernández, O., & Perona-Garcelán, S. (2014). The role of magical thinking in hallucinations. Comparisons of clinical and non-clinical groups. *Nordic journal of psychiatry*, 68(8), 605-610. doi: 10.3109/08039488.2014.902500
31. Gay, Ch. (2010). *Bipolární porucha. Rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál.
32. Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia research*, 72(1), 41-51. doi: 10.1016/j.schres.2004.09.009
33. Hájek, Z., Čech, E., Maršál, K. et al. (2014). *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

34. Harrow, M., Adler, D., & Hanf, E. (1974). Abstract and concrete thinking in schizophrenia during the prechronic phases. *Archives of General Psychiatry*, *31*(1), 27-33. doi: 10.1001/archpsyc.1974.01760130013002
35. Harsa P., Žukov I., & Csémy L. (2009). Možnosti posuzování agresivity pomocí projektivních testů u psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie*, *105*(1), 20–26.
36. Hayslip Jr., B., & Panek, P. E. (1982). Construct validation of the Hand Test with the aged: Replication and extension. *Journal of Personality Assessment*, *46*(4), 345-349. doi: 10.1207/s15327752jpa4604_3
37. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
38. Hilsenroth, M. J., Fowler, J. C., & Padawer, J. R. (1998). The Rorschach Schizophrenia Index (SCZI): An examination of reliability, validity, and diagnostic efficiency. *Journal of Personality Assessment*, *70*(3), 514-534. doi: 10.1207/s15327752jpa7003_9
39. Holtzman, W. H., Gorham, D. R., & Moran, L. J. (1964). A factor-analytic study of schizophrenic thought processes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *69*(4), 355-364. doi: 10.1037/h0042500
40. Hoover, T. O. (1978). The Hand Test: Fifteen Years Later. *Journal of Personality Assessment*, *42*(2), 128-138. doi: 10.1207/s15327752jpa4202_3
41. Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
42. Chapman, B. P. (2008). Singer and Wynne's Communication Deviance Scoring System. In Jenkins, S. R. (Ed.). (2008). *A handbook of clinical scoring systems for thematic apperceptive techniques*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
43. Ilonen, T., Heinimaa, M., Korkeila, J., Svirskis, T., & Salokangas, R. K. R. (2010). Differentiating adolescents at clinical high risk for psychosis from psychotic and non-psychotic patients with the Rorschach. *Psychiatry Research*, *179*, 151-156. doi: 10.1016/j.psychres.2009.04.011
44. Ito, S., Nemoto, T., Tsujino, N., Ohmuro, N., Matsumoto, K., Matsuoka, H., ... Mizuno, M. (2015). Differential impacts of duration of untreated psychosis (DUP) on cognitive function in first-episode schizophrenia according to mode of onset. *European Psychiatry*, *30*, 995-1001. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.08.004
45. Janík A., & Dušek K. *Diagnostika duševních poruch*. Praha: Avicenum, 1987.

46. Jenkins, S. R., Dobbs, L., & Leeper, M. (2016). Using the Thematic Apperception Test to assess Interpersonal Decentering in violent relationships. *Rorschachiana*, 36, 156–179. doi: 10.1027/1192-5604/a000064
47. Juan, S. (2000). *Lidský mozek – podivuhodný a záhadný*. Praha: Ivo Železný.
48. Kalina, K. (1987). *Jak žít s psychózou?* Praha: Avicenum.
49. Kalla, O., Wahlström, J., Aaltonen, J., Holma, J., Tuimala, P., & Mattlar, C.-E. (2002). Cognitive deficits in patients with first-episode psychosis as identified by Exner's Schizophrenia Index in Finland and Spain. *Rorschachiana* 25, 175–194. doi: 10.1027/1192-5604.25.1.175
50. Kar, S. K., & Jain, M. (2016). Current understandings about cognition and the neurobiological correlates in schizophrenia. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 7, 412-418. doi: 10.4103/0976-3147.176185
51. Klonsky, E. D. (2004). Performance of Personality Assessment Inventory and Rorschach Indices of schizophrenia in a public psychiatric hospital. *Psychological Services*, 1(2), 107–110. doi: 10.1037/1541-1559.1.2.107
52. Kučerová, H., & Říhová, Z. (2006). *Kognitivní deficit u schizofrenie*. In: Preiss, M., & Kučerová H. *Neuropsychologie v psychiatrii* (189-234). Praha: Grada Publishing.
53. Lečbych, M. (2013a). *Wagnerův Hand Test: Aplikace ve výzkumu a praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
54. Lečbych, M. (2013b). *Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada Publishing.
55. Lečbych, M. (2014). Rorschachova metoda při posuzování dopadů psychologického traumatu. *Československá psychologie*, 58(1), 72-81.
56. Lečbych, M., & Hosáková, K. (2014). Posouzení interpersonální decentrace metodou tematického apercepčního testu u hospitalizovaných osob se schizofrenií. *Československá psychologie*, 58(2), 98-106.
57. Lee, T. Y., Hong, S. B., Shin, N. Y., & Kwon, J. S. (2015). Social cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 164(1), 28-34. doi: 10.1016/j.schres.2015.02.008
58. Lelé, A. J., Flores-Mendoza, C. E., & Salomão de La Plata Cury Tardivo, L. (2014). Emergence of primary processes in the TAT of the Parisian school in adults with Schizophrenia. *Rorschachiana*, 35, 134-153. doi: 10.1027/1192-5604/a000059

59. Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J., & Beyerstein, B. L. (2011). *50 největších mýtů populární psychologie: Opravník obecně oblíbených omylů o lidském chování*. Praha: Euromedia Group.
60. Lysaker, P. H., Vohs, J., Minor, K. S., Irrarázaval, L., Leonhardt, B., Hamm, J. A., ... & Wasmuth, S. (2015). Metacognitive deficits in schizophrenia: Presence and associations with psychosocial outcomes. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(7), 530-536. doi: 10.1097/NMD.0000000000000323
61. Mahapatra, J., Sahoo, D., Mishra, P. K., & Kumar, R. (2010). Assessment of Ego-strength through Rorschach Indices in schizophrenia. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 17, 23-26. Získáno 15. září 2016 z EBSCO database.
62. Mahdalíčková, J. (2014). *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer.
63. Malá, E., & Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.
64. Martinelli, C., & Shergill, S. S. (2015). Clarifying the role of pattern separation in schizophrenia: The role of recognition and visual discrimination deficits. *Schizophrenia research*, 166(1), 328-333. doi: 10.1016/j.schres.2015.06.004
65. Mentzos, S. (2012). *Přehled psychodynamiky: Funkce psychických poruch*. Praha: Portál.
66. Mertin, V., Krejčová, L. et al. (2016). *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogický diagnostika*. Praha: Wolters Kluwer.
67. Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102. doi: 10.1023/A:1024515519160
68. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
69. Moore, R. C., Viglione, D. J., Rosenfarb, I. S., Patterson, T. L., & Mausbach, B. T. (2013). Rorschach measures of cognition relate to everyday and social functioning in schizophrenia. *Psychological Assessment*, 25(1), 253-263. doi: 10.1037/a0030546
70. Mosiołek, A., Gierus, J., Koweszko, T., & Szulc, A. (2016). Cognitive impairment in schizophrenia across age groups: a case-control study. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-10. doi: 10.1186/s12888-016-0749-1

71. Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
72. Možný, P. (1999). *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén. Získáno 19. listopadu 2016 z <http://www.os-vor.cz/SharedFiles/Download.aspx?pageid=5&fileid=6&mid=31>
73. Murray, H. A. et al. (1971). *Thematic Apperception Test: Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
74. Nakonečný, M. (2003). *Úvod do psychologie*. Praha: Academia.
75. Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 74-79.
76. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
77. Oh, J., Chun, J. W., Lee, J. S., & Kim, J. J. (2014). Relationship between abstract thinking and eye gaze pattern in patients with schizophrenia. *Behavioral and Brain Functions*, 10(1), 1-13. doi: 10.1186/1744-9081-10-13
78. Oh, J., Chun, J.-W., Jo, H. J., Kim, E., Park, H.-J., Lee, B., & Kim, J.-J. (2015). The neural basis of a deficit in abstract thinking in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 234, 66-73. doi: 10.1016/j.psychres.2015.08.007
79. Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
80. Paclt, I. (říjen, 2011). *Vývojové aspekty schizofrenie a včasná identifikace schizofrenní symptomatiky*. Získáno z <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/vyvojove-aspekty-schizofrenie-a-vcasna-identifikace-schizofrenni-symptomatiky-461857>
81. Panek, P. E., & Wagner, E. E. (1989). Validation of two Hand Test indices of aggressive behavior in an institutional setting. *Journal of Personality Assessment*, 53(1), 169-172. doi: 10.1207/s15327752jpa5301_17
82. Pavlovský, P. et al. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing.
83. Perglová, P. (2006). Kognitivní rehabilitace u pacientů se schizofrenií. In: Preiss, M., & Kučerová H. *Neuropsychologie v psychiatrii* (349-362). Praha: Grada Publishing.
84. Preiss, M., Bartoš, A., Čermáková, R., Nondek, M., Benešová, M., Rodriguez, M., ... Nikolai, T. (2012). *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha*:

- Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí.* Praha: Psychiatrické centrum Praha.
85. Preiss, M., Preiss, J., & Panamá, J. (1997). *Test cesty-Trail Making Test: Příručka pro děti i dospělé.* Brno: Psychodiagnostika Brno.
 86. Příkryl R., Kučerová H., Navrátilová P., Kašpárek T., Češková E., Černík M., & Pálenský V. (2007). Změny kognitivních funkcí v průběhu roku po propuknutí schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(1), 14-21.
 87. Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: minimum pro praxi.* Praha: Triton.
 88. Rademeyer, M., & Joubert, P. (2016). A comparison between the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment Test in schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 22(1), 1-5. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v22i1.890
 89. Ramachandran, A. S., Ramanathan, R., Praharaj, S. K., Kanradi, H., & Sharma, P. S., V., N. (2016). A cross-sectional, comparative study of insight in schizophrenia and bipolar patients in remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 207-212. doi: 10.4103/0253-7176.183085
 90. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada Publishing.
 91. Reiterová, E. (2001). *Projektivní test Tří stromů.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
 92. Reser, M. P., Allott, K. A., Killackey, E., Farhall, J., & Cotton, S. M. (2015). Exploring cognitive heterogeneity in first-episode psychosis: What cluster analysis can reveal. *Psychiatry Research*, 229, 819-827. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.084
 93. Rey, A., & Osterrieth, P. A. (1997). *Rey-Osterriethova komplexní figura: Příručka.* Brno: Psychodiagnostika Brno.
 94. Richterová, L., Holub, V., Mečíř, J., & Trnka, V. (1969). *Psychopatologie.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
 95. Ritter, A. M., & Eron, L.D. (1952) The use of Thematic Apperception Test to differentiate normal from abnormal groups. *Journal of Abnormal Psychology* 47(2), 147-58. doi: 10.1037/h0060876
 96. Rodriguez, M., & Mohr, P. (2004). Paměť a schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 118-122.

97. Říčan P., Šebek, M., Železný, J., & Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
98. Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.
99. Saccuzzo, D. P., Sprock, J., Braff, D. L., & Sudik, N. (1984). The schizophrenia spectrum: A study of the relationship among the Rorschach, MMPI, and visual backward masking. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1288-1294. Získáno 15. září 2016 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
100. Sharkey, K. J., & Ritzler, B. A. (1985). Comparing diagnostic validity of the TAT and a new Picture Projective Test. *Journal of Personality Assessment*, 49(4), 406-412. doi: 10.1207/s15327752jpa4904_8
101. Shemmings, D., & Shemmings, Y. (2011). *Understanding disorganized attachment: Theory and practice for working with children and adults*. London: Jessica Kingsley Publishers. Získáno 19. listopadu 2016 z databáze Google Books.
102. Shmukler, A. B., Gurovich, I. Y., Agius, M., & Zaytseva, Y. (2015). Long-term trajectories of cognitive deficits in schizophrenia: A critical overview. *European Psychiatry*, 30(8), 1002-1010. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.08.005
103. Slezáková, L. et al. (2013). *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing.
104. Smid, H. G. O. M. Bruggeman, R., & Martens, S. (2016). Normal cognitive conflict resolution in psychosis patients with and without schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1), 88-103. doi: 10.1037/abn0000123
105. Smith, S. R., Blais, M. A., Vangala, M., & Masek, B. J. (2005). Exploring the Hand Test with medically ill children and adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 85(1), 82-91. doi: 10.1207/s15327752jpa8501_08
106. Soukupová, T. (2009). *Využití Rorschachovy metody v psychologické diagnostice parafilií*. (Nepublikovaná dizertační práce). Univerzita Karlova.
107. Stokes, J. M., Pogge, D. L., Grosso, C., & Zaccario, M. (2001). The relationship of the Rorschach Schizophrenia Index to psychotic features in a child psychiatric sample. *Journal of Personality Assessment*, 76(2), 209–228. doi: 10.1207/S15327752JPA7602_06
108. Stoner, S., Panek, P., & Satterfiel, G. T. (1982). Age and sex differences on the Hand Test. *Journal of Personality Assessment*, 46(3), 260-263. doi: 10.1207/s15327752jpa4603_5
109. Svoboda, M. (Ed.). (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

110. Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
111. Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L. et al. (2015). *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing.
112. Tůma, I. (1999). *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: PCP.
113. Tůma, I. (2008). Kognitivní deficit a psychopatologie schizofrenie. *Psychiatrie*, 12(2), 101-106.
114. Tůma, I., & Lenderová, Z. (2001). Schizofrenie a kognitivní funkce. *Psychiatrie*, 5(4), 275-284.
115. ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). (2016). *Psychiatrická péče*. Získáno z <http://www.uzis.cz/node/7576>
116. ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). (2014a). *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)*. Získáno z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html>
117. ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). (2014b). *Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09)*. Získáno z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
118. ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). (2014c). *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)*. Získáno z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>
119. ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). (2014d). *Afektivní poruchy (Poruchy nálady) (F30-F39)*. Získáno z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>
120. Vágnerová, M. (2004). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
121. Waehler, C. A., Rasch, M. A., Sivec, H. J., & Hilsenroth, M. J. (1992). Establishing a Placement Index for behaviorally disturbed children using the Hand Test. *Journal of Personality Assessment*, 58(3), 537-547. doi: 10.1207/s15327752jpa5803_9
122. Wagner, E. E., & Heise, M. R. (1981). Rorschach and Hand Test data comparing bipolar patients in manic and depressive phases. *Journal of Personality Assessment*, 45(3), 240-249. doi: 10.1207/s15327752jpa4503_3
123. Wood, H., Cupitt, C., & Lavender, T. (2015). The experience of cognitive impairment in people with psychosis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(3), 193-207. doi: 10.1002/cpp.1878
124. Zahradník, P. (2006). Psychodynamické aspekty schizofrenních psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 225-228.

Přílohy

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Průvodní dopis

Příloha č. 4: Informovaný souhlas účastníků výzkumu

Příloha č. 5: Dotazník pro účastníky

Příloha č. 6: Popisné statistiky skupiny pacientů s psychózou a kontrolní skupiny

Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

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

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. KRÁLOVÁ Michaela	Horní 74, Ostrava - Hrabůvka	F140344

TÉMA ČESKY:

Projevy psychóz v metodě Hand Test

TÉMA ANGLICKY:

Manifestations of psychosis in the Hand Test

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 APA.
2. Studium odborné literatury z oblastí klinické psychologie, psychodiagnostiky, metody Hand Test a psychopatologie- téma psychóz
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu; využití internetových databází zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP; klíčové je zaměření na problematiku psychóz a jejich projevů v metodě Hand Test
4. Rámcová osnova teoretické části:
 - a. Charakteristika psychóz
 - b. Projektivní metody
 - c. Metoda Hand Test
 - d. Projevy psychóz v metodě Hand Test
5. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - a. Administrovat metodu Hand Test u pacientů s psychózou a u kontrolní skupiny
 - b. Předpokladem je příležitostný výběr s ohledem na konzultace s vedoucím
 - c. Předpokladem je získání cca 50-60 probandů
 - d. Analýza metody Hand test s ohledem na kvantitativní hodnocení a porovnání výsledků s teorií E. Wagnera (zejména s ohledem na proměnné MAL, WITH a PATH)
 - e. Kvalitativní analýza odpovědí pacientů s psychózou, zejména s ohledem na styl komunikace, jasnost komunikace, charakter specifických odpovědí
6. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Češková E. (2005). Schizofrenie a její léčba. Praha: Jessenius.
Látalová, K. (2013). Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada Publishing a. s.
Lečbych, M. (2013). Wagnerův Hand Test: aplikace ve výzkumu a praxi. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
Svoboda, M.; Češková, E.; Kučerová, H. (2006). Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál.
Svoboda, M.; Humpolíček, P. (2013). Psychodiagnostika dospělých. Praha: Portál.
Wagner, E. E. (1983). The Hand Test Manual. Los Angeles: California, Western Psychological Services.

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Projevy psychóz v metodě Hand Test

Autor práce: Bc. Michaela Králová

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

Počet stran a znaků: 117; 202 842

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 124

Abstrakt: Cílem této práce bylo popsat charakteristické projevy psychóz v metodě Hand Test. Teoretický rámec zahrnoval kapitoly psychóz, kognitivních funkcí u psychóz a projektivních metod zahrnujících Hand Test, Rorschachovu metodu a Tematický apercepční test. Výzkumný soubor byl získán záměrným výběrem přes instituci a zahrnoval 30 pacientů s psychózou. Pro sběr dat byl využit Hand Test. Výzkumné otázky zjišťovaly charakteristické prvky vyskytující se v protokolech pacientů s psychózou, jejich interpretaci a možné rozčlenění do nadřazených skupin, a také charakteristické prvky v jednotlivých protokolech pacientů s psychózou. Celkem bylo nalezeno a popsáno 18 kvalitativních kategorií, které byly zařazeny do 3 skupin. 16 kategorií se nacházelo častěji u pacientů s psychózou než u kontrolní skupiny. Jednotlivé protokoly ukázaly vysokou variabilitu v odpovědích. Statistické porovnání vybraných proměnných Hand Testu mezi skupinou pacientů s psychózou a kontrolní skupinou ukázalo signifikantně nižší celkový počet odpovědí a počet INT odpovědí u pacientů s psychózou. Prokázán byl i vyšší počet FAIL a WITH odpovědí u pacientů s psychózou, zatímco rozdíl v počtu BIZ odpovědí mezi skupinami prokázán nebyl.

Klíčová slova: psychóza, Hand Test, kognitivní funkce, projektivní metody

ABSTRACT OF THESIS

Title: Manifestations of psychosis in the Hand Test

Author: Bc. Michaela Králová

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

Number of pages and characters: 117; 202 842

Number of appendices: 6

Number of references: 124

Abstract: The aim of this study was to describe characteristic manifestations of psychosis in the Hand Test. Theoretical framework included the chapters about psychosis, cognitive functions in psychosis and projective methods including Hand Test, Rorschach method and Thematic Apperception Test. The experimental group included 30 patients with psychosis and was obtained by purposive sampling in institution. We used Hand Test to obtain the data. Experimental questions investigated characteristic elements occurring in the protocols of patients with psychosis, their interpretation and possible division into higher groups as well as characteristic elements in single protocols of patients with psychosis. In total, we found and described 18 qualitative categories which were categorized into 3 groups. 16 categories occurred more often at patients with psychosis than in control group. Single protocols showed high variability in responses. By statistical comparison, we found significantly lower total number of responses and INT responses at patients with psychosis than in control group. Higher number of FAIL and WITH responses were also found at patients with psychosis whereas there was no difference in number of BIZ responses between the groups.

Key words: psychosis, Hand Test, cognitive functions, projective methods

Příloha č. 3: Průvodní dopis

To: XX
Psychiatrické oddělení X
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži/
Psychiatrická léčebna Šternberk

V Olomouci, dne 2. 2. 2016

Žádost o souhlas k provedení výzkumu na téma Projevy psychóz v metodě Hand Test

Vážená paní doktorko/ pane doktore,

jmenuji se Michaela Králová a jsem studentkou 2. ročníku nMgr. psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Obracím se na Vás s žádostí ohledně účasti na výzkumu spojeného s mou magisterskou diplomovou prací, který bych ráda provedla u Vás v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži/ Psychiatrické léčebně Šternberk na psychiatrickém oddělení X. Téma mé práce je *Projevy psychóz v metodě Hand Test* a jejím vedoucím je doc. PhDr. Martin Lečbych, PhD. Mým cílem je podrobná kvalitativní analýza odpovědí v Hand Testu jedinců s psychózami a také kvantitativní porovnání s kontrolní skupinou bez psychiatrické diagnózy. Ráda bych zjistila, zda se odpovědi jedinců s psychózou liší od těch bez psychotických příznaků a zda jsou tyto odpovědi něčím charakteristické.

Pro svůj výzkum hledám jedince od 18 let věku s psychotickými příznaky (akutními či chronickými), jako jsou poruchy myšlení a vnímání (bludy a halucinace). Jedná se o široké spektrum diagnóz, od schizofrenie, přes maniodepresivní psychózu, až po toxické psychózy. Tito jedinci, kteří by souhlasili s účastí ve výzkumu, by se mnou absolvovali krátký rozhovor, ve kterém bych zjišťovala základní informace o nich (věk, diagnóza, vzdělání, délka onemocnění, počet atak a užívané léky), na jejichž základě bych mohla charakterizovat svůj výzkumný vzorek. Zde bych chtěla požádat o to, zda by bylo možné v případě nezískání těchto informací od pacienta, požádat o ně zdravotnický personál. Následně by se mnou absolvovali individuální administraci projektivní metody Hand Test o délce trvání asi 10 minut. Počet mužských a ženských účastníků je stanoven na 15.

Ve výzkumu by byly dodržovány etické principy anonymity a dobrovolnosti. Účastníci výzkumu by před jeho začátkem dostali k podpisu informovaný souhlas, který Vám přikládám v příloze emailu. Data z tohoto výzkumu by sloužila pouze pro účely mé diplomové práce.

Prosím o zvážení mé žádosti provést tento výzkum právě ve Vaší Psychiatrické nemocnici/Psychiatrické léčebně.

Děkuji
S pozdravem

Bc. Králová Michaela

Příloha č. 4: Informovaný souhlas účastníků výzkumu



Katedra psychologie
Univerzita Palackého v Olomouci
Vodární 601/6
779 00 Olomouc

Informovaný souhlas

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Michaela Králová a jsem studentkou 2. ročníku nMgr. psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Dovoluji si Vás pozvat k účasti na výzkumu k mé magisterské diplomové práci s názvem **Projevy psychóz v metodě Hand Test** pod vedením doc. PhDr. Martina Lečbycha, Ph.D. Tento výzkum probíhá od ledna do června 2016 a mým cílem je zjistit, zda je Hand Test vhodnou metodou pro diagnostiku psychóz. Hand Test (neboli Test ruky) je projektivní diagnostická metoda, jejíž administrace trvá přibližně 10 min. Vaše odpovědi budou ručně zaznamenány na papír.

Budu se také zajímat o Vaše informace, jako je věk, nejvyšší dokončené vzdělání, diagnóza, délka onemocnění, počet atak a užívané léky.

Tento výzkum je zcela anonymní. Vaše účast je zde dobrovolná a kdykoliv v průběhu se můžete rozhodnout výzkum opustit. Účast v tomto výzkumu není nijak ohrožující. Získané informace budou použity pouze pro účely této diplomové práce a s Vašimi daty bude nakládáno v souladu se Zákonem č. 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů.

Děkuji za Váš čas, pokud se rozhodnete výzkumu zúčastnit.

Kontaktní údaje:

Bc. Michaela Králová
michaela.kralova03@upol.cz

Svým podpisem stvrzuji svou účast ve výzkumu *Projevy psychóz v metodě Hand Test*.

V Dne

.....

podpis

Příloha č. 5: Dotazník pro účastníky

Dotazník Výzkum Projevy psychóz v metodě Hand Test

Evidenční číslo:

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk

.....

3. Nejvyšší dokončené vzdělání

- nedokončené základní
- základní
- vyučen/středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské
- doktorské

4. Psychiatrická diagnóza

- ne
- ano:

5. Délka onemocnění (v letech)

.....

6. Počet atak

.....

7. Užívané léky

.....

Příloha č. 6: Popisné statistiky skupiny pacientů s psychózou a kontrolní skupiny

Tabulka popisných statistik skupiny pacientů s psychózou

Proměnná	Popisné statistiky Skupina pacientů s psychózou					
	N platných	Průměr	Med	Min	Max	Sm. odch.
INT	30	7,13	6,00	1,00	16,00	3,87
BIZ	30	0,60	0,00	0,00	6,00	1,43
FAIL	30	0,70	0,00	0,00	4,00	1,09
WITH	30	1,83	1,00	0,00	8,00	2,18
Počet odp.	30	13,03	12,00	6,00	26,00	4,55
1. Přímá řeč	30	1,03	0,50	0,00	6,00	1,45
2. Méně srozumitelné a bizarní odp.	30	0,57	0,00	0,00	7,00	1,52
3. Popis ruky a vyjádření její činnosti	30	0,60	0,00	0,00	4,00	0,89
4. Vlastní zkušenost	30	0,60	0,00	0,00	8,00	1,69
5. Neobvyklá slovní spojení	30	0,53	0,00	0,00	6,00	1,17
6. Eskalace emocí	30	0,47	0,00	0,00	5,00	1,11
7. Komentáře následující odpověď	30	0,43	0,00	0,00	5,00	1,10
8. Charakteristika ruky	30	0,40	0,00	0,00	3,00	0,81
9. "Já" v odpovědi	30	0,37	0,00	0,00	3,00	0,72
10. Popis ruky	30	0,37	0,00	0,00	3,00	0,93
11. Chtít něco udělat	30	0,33	0,00	0,00	4,00	0,84
12. Zapření a odpověď	30	0,27	0,00	0,00	2,00	0,52
13. Čáry života	30	0,27	0,00	0,00	4,00	0,78
14. Mluvící ruka	30	0,23	0,00	0,00	1,00	0,43
15. Zpráva o sobě, o svém stavu	30	0,23	0,00	0,00	2,00	0,50
16. Šoková reakce	30	0,20	0,00	0,00	2,00	0,55
17. Podivení nad kresbou	30	0,27	0,00	0,00	4,00	0,78
18. Nepřiměřená symbolizace	30	0,10	0,00	0,00	1,00	0,31

Tabulka popisných statistik kontrolní skupiny

Proměnná	Popisné statistiky Kontrolní skupina					
	N platných	Průměr	Med	Min	Max	Sm. odch.
INT	30	12,20	12,00	5,00	24,00	4,57
BIZ	30	0,37	0,00	0,00	2,00	0,61
FAIL	30	0,07	0,00	0,00	1,00	0,25
WITH	30	0,70	0,00	0,00	4,00	1,06
Počet odp.	30	20,77	20,50	10,00	36,00	6,40
1. Přímá řeč	30	0,63	0,00	0,00	3,00	0,89
2. Méně srozumitelné a bizarní odp.	30	0,33	0,00	0,00	2,00	0,61
3. Popis ruky a vyjádření její činnosti	30	0,27	0,00	0,00	2,00	0,52
4. Vlastní zkušenost	30	0,23	0,00	0,00	1,00	0,43
5. Neobvyklá slovní spojení	30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6. Eskalace emocí	30	0,33	0,00	0,00	2,00	0,66
7. Komentáře následující odpověď	30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8. Charakteristika ruky	30	0,30	0,00	0,00	3,00	0,70
9. "Já" v odpovědi	30	0,13	0,00	0,00	3,00	0,57
10. Popis ruky	30	0,17	0,00	0,00	2,00	0,46
11. Chtít něco udělat	30	1,47	1,00	0,00	8,00	2,06
12. Zapření a odpověď	30	0,03	0,00	0,00	1,00	0,18
13. Čáry života	30	0,03	0,00	0,00	1,00	0,18
14. Mluvicí ruka	30	0,03	0,00	0,00	1,00	0,18
15. Zpráva o sobě, o svém stavu	30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16. Šoková reakce	30	0,30	0,00	0,00	2,00	0,65
17. Podivení nad kresbou	30	0,07	0,00	0,00	1,00	0,25
18. Nepřiměřená symbolizace	30	0,03	0,00	0,00	1,00	0,18