

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

INTERPERSONÁLNÍ DECENTRACE U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ



Magisterská diplomová práce

Autor: Kristýna Hosáková
Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc
2013

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne _____

Podpis _____

Největší dík patří PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. za odborné vedení práce a nezměrnou ochotu kdykoliv pomoci. Dále děkuji vedení a personálu PL Opava, PL Havlíčkův Brod a PL Jihlava za umožnění provést výzkum na těchto pracovištích. V neposlední řadě děkuji svým rodičům za všestrannou podporu a cenné připomínky.

OBSAH

Úvod.....	5
Teoretická část	
1. Schizofrenie.....	6
1.1 Historie.....	6
1.2 Epidemiologie a etiologie	7
1.3 Formy	10
1.4 Diagnostika.....	11
1.5 Průběh.....	16
1.6 Sociální souvislosti	18
1.7 Terapie	22
2. Interpersonální decentrace	26
2.1 Vymezení pojmu	26
2.2 Příbuzné koncepty	26
2.3 Měření interpersonální decentrace.....	29
2.4 Výzkumy interpersonální decentrace	31
3. Interpersonální decentrace u schizofrenie.....	33
Výzkumná část	
4. Cíl výzkumu a hypotézy.....	34
5. Metodologický rámec výzkumu	35
6. Výzkumný soubor	38
7. Výsledky	39
7.1 Statistické vyhodnocení	39
7.2 Kvalitativní vyhodnocení.....	45
8. Diskuze	57
8.1 Diskuze o metodice.....	57
8.2 Diskuze o výsledcích.....	57
8.3 Podněty pro praxi	59
9. Závěry.....	60
Souhrn.....	61
Literatura	64
Přílohy	
Příloha 1: Zadání diplomové práce	
Příloha 2: Abstrakt diplomové práce	
Příloha 3: Ukázka skórování interpersonální decentrace	
Příloha 4: Ukázka obsahové analýzy příběhů	
Příloha 5: Seznam zkratk	

Úvod

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které je předmětem zájmu laiků i odborníků již po staletí. Z hlediska psychologie jde o fascinující onemocnění, které nám otevírá možnost vidět lidskou psychiku v situaci extrémního fungování, kdy mobilizuje takové obranné mechanismy, které běžně člověk nevyužívá. Jednou z mnoha obtíží spojených s touto nemocí jsou problémy v sociálních situacích a vztazích. Koncept interpersonální decentrace (ID), který bude ke zkoumání této problematiky využit, pochází již z 60. let 20. století, a je založen na široce uznávané teorii kognitivního vývoje Jeana Piageta. V době svého vzniku byl však zkoumán spíše okrajově. S příchodem 21. století je mu věnována stále větší pozornost, přesto jsme našli jen minimum pojednání o ID u schizofrenie.

V teoretické části práce budou podány aktuální teoretické poznatky o schizofrenii, dále bude věnována pozornost teorii ID a příbuzným konceptům, a následně problematice ID v souvislosti se schizofrenií. Cílem výzkumné části práce bude ověřit, které proměnné ovlivňují míru ID, a zmapovat specifika ID v souvislosti s tímto onemocněním.

1. SCHIZOFRENIE

„(...) Šířeji pojem používaný pro celou skupinu psychóz charakterizovaných ztrátou smyslu pro reálný svět, ponořením se do vlastních fantazií, halucinací, příp. bludů, kt. jsou pro jiné lidi nesrozumitelné; obraz choroby je velmi rozdílný, neexistují dva stejní pacienti, také kultura má vliv na obraz nemoci: např. v USA se nemocní nejč. vydávají za sportovní n. filmové hvězdy, v náb. zal. spol. za apoštoly n. představitele pekla, v Africe za Asijce, v ČR za agenty tajných služeb n. jejich oběti, popř. za kontaktní osoby pro styk s mimozemskými civilizacemi (...).“ (Hartl & Hartlová, 2000, s. 534).

1.1 HISTORIE

Název schizofrenie jako označení skupiny onemocnění je starý pouze 100 let, přestože onemocnění samo zřejmě postihovalo lidi ve všech historických epochách a částech světa. Schizofrenie se dříve označovala jako dementia praecox. Tento název vycházel z německé a francouzské psychiatrické tradice a popsal jej v 19. století např. Esquirola, Morel nebo Emil Kraepelin. Kraepelin v návaznosti na práci Kahlbauma a Heckera do této kategorie zařadil tři varianty onemocnění, a to katatonní, hebefrenní a paranoidní (Libiger, 2002).

O pojmu schizofrenie se v odborné literatuře poprvé zmiňuje Eugen Bleuler roku 1911, kdy používá označení „skupina schizofrenní“ pro onemocnění charakteristické nesouladem jednotlivých duševních projevů, respektive jejich rozštěpením. Jeho výčet základních symptomů přešel do psychiatrického povědomí jako tzv. 3 A, tedy porucha afektivity, porucha asociací a autizmus. Porucha afektivity zahrnuje nejen nepřiléhavost emocí, ale také ambivalenci, která bývá někdy přidávána jako další A. Porucha emocí i myšlení se jako příznaky schizofrenie diagnostikují dodnes, autizmus se z diagnostiky vytratil a používá se pro označení některých pervazivních vývojových poruch. Bludy a halucinace Bleuler považoval za sekundární, akcesorní příznaky, které reprezentují způsob, jakým se jedinec snaží s poruchou vypořádat. Stál také u zrodu pojmu simplexní schizofrenie, u které akcesorní příznaky chybí (Libiger, 2002).

Kurt Schneider pak příznaky schizofrenie rozdělil na příznaky prvního a druhého řádu. Příznaky prvního řádu byly velmi důležité v diferenciální diagnostice, protože toto onemocnění jasně odlišovaly od ostatních. Mezi ně řadil např. slyšení rozmlouvajících nebo komentujících hlasů, ozvučování myšlenek, jejich odnímání nebo rozšiřování a

vysílání, tělesné prožitky ovlivňování, bludné vnímání aj. Další dělení onemocnění pak provedl např. Crow, který popsal tzv. typ I a typ II, přičemž typ II se oproti typu I vyznačoval mimo jiné převahou negativních příznaků, jak je společně s pozitivními příznaky vymezila např. Andreasenová (Libiger, 2002). Rozdělení na příznaky pozitivní a negativní, kdy pozitivní příznaky se oproti normě objevují navíc (např. bludy, halucinace, impulzivní chování) a negativní příznaky jsou oproti normě méně vyjádřené (např. ochuzení myšlení, slovní zásoby, emotivity, vůle, sociálních kontaktů, celkové snížení aktivity), se v diagnostice používá dodnes (Kučerová, 2010).

1.2 EPIDEMIOLOGIE A ETIOLOGIE

Modus celoživotní prevalence se v různých studiích pohybuje mezi 1,4-4,6 případy na 1000 obyvatel. Existuje však několik výjimek, např. v severním Švédsku (za polárním kruhem) bylo zjištěno až 17 případů na 1000 obyvatel, a studie Epidemiological Catchment Area uvádí v roce 1991 až 15 případů na 1000 obyvatel chorvatské Istrie - zde se však vysvětlení hledá v metodologických nedostatcích studie. Libiger (2002) uvádí, že dle odhadu Světové zdravotnické organizace (SZO) se incidence pohybuje mezi 0,7-4,2 novými případy na 1000 obyvatel za rok. Riziko morbidity, které se obvykle uvádí jako 1 %, je vcelku uspokojivým odhadem. Studie komorbidit schizofrenního onemocnění SZO uvádí, že v některých oblastech je až 41 % komorbidita se zneužíváním návykových látek, zejména kanabinoidů a kokainu. Užívání marihuany může zhoršit příznaky schizofrenie a je spojeno i s horším výsledkem onemocnění po dvouleté katamněze. Pacienti se schizofrenií mívají oproti zbytku populace méně potomků a až dvojnásobně vyšší předčasnou mortalitu (Libiger, 2002).

Přes velký technický pokrok v posledních letech není známá jedna základní příčina onemocnění. Předpokládáme multifaktoriální etologii s působením mnohočetných patogenetických vlivů, tedy že schizofrenie vzniká v důsledku souhry dispozice (vulnerability) a zátěže (stresu). Tato dispozice mívá geneticky podmíněný charakter¹, také však může jít o funkční (např. poruchu systému dopaminu, serotoninu a noradrenalinu) či morfológickou odchylku (např. rozšíření komorového systému a

¹ Dědičnost se pohybuje mezi 68-89 % (Libiger, 2002). Aktuálním tématem v oblasti etiologie je také vliv toxoplazmózy na vznik a rozvoj onemocnění (Volken, Dickerson, & Fuller Torrey, 2009; Horáček et al., 2012).

regionální rozšíření mozkových rýh, změny v prefrontální kůře a temporálním laloku). Na ni pak působí zátěž, kterou představují psychologické a sociální faktory (Libiger, 2002). Bebbington a Kuipers (2011) rozlišují dva typy těchto faktorů – může jít o jednorázové zátěžové události, tzv. životní události, a nebo dlouhodobé, opakované události, kde nedochází k potřebné změně, např. sexuální zneužívání nebo dlouhodobé ponižování. Motlová a Koukolík (2004) dávají vznik schizofrenie do souvislosti s rizikovými vlivy zevního prostředí jako datum narození, resp. sezónní vlivy na těhotenství, místo narození, infekce, nutriční faktory, věk otce, migrace aj. Obzvláště riziková je pak kombinace prodělání chřipky matkou ve 2. trimestru těhotenství a porod na jaře (Libiger, 2002).

Libiger (2002) uvádí tři ucelené teorie o vzniku a podstatě schizofrenie:

- **Evoluční teorie onemocnění schizofrenií:** Vzhledem k tomu, že schizofrenie je spojená s významnou dědičnou vlohou a nemocní mají méně potomků, vzniká otázka, jak je možné, že si udržuje rovnoměrné rozšíření v populaci. Evoluční vysvětlení předpokládají, že s sebou onemocnění musí nést výhodu, která její udržení v populaci umožňuje. Za tuto kompenzační výhodu byla považována např. odolnost proti bolesti, zánětlivým změnám a šoku (Huxley, Mayr, Foffer, Osmond) nebo kreativita a zvýšená inteligence (Karlsson). Price a Stevens se domnívají, že nejde o výhodu pro jednotlivce, ale pro klan, ve kterém prehistoričtí lidé žili; nemocný jako prorok nebo vůdce dokázal odvést část členů do nových teritorií, což je zachránilo před smrtí v důsledku vyčerpání zdrojů na obsazeném území. Crow předpokládá, že schizofrenie vznikla jako vedlejší jev adaptivní mutace genu, která umožnila lateralizaci hemisfér a vedla k jejich asymetrii a vzniku jazyka. Tento gen byl nejspíš vázán na pohlaví, protože mezi muži a ženami je rozdíl v míře mozkové asymetrie, rozložení kognitivních dovedností i počátku a závažnosti onemocnění. Hosák, Šilhán a Hosáková (2012a) oproti tomu postulují, že určitá část genetických mutací vzniká de novo, a evoluční výhodu s sebou tedy geny predisponující k onemocnění nutně nést nemusí.
- **Neurovývojový a neurodegenerativní model vzniku schizofrenie:** Z hlediska neurověd se dříve předpokládalo, že schizofrenie je neurodegenerativní onemocnění, které má počátek v dospívání nebo dospělosti a má podobný charakter jako např. Huntingtonova nebo Parkinsonova choroba. Oproti tomu

novější neurovývojové pojetí předpokládá, že onemocnění vzniká časně (v pre nebo perinatálním stádiu), příznaky se projevují již v dětství a samotná psychóza je jen jeho dalším stádiem. Předpoklad, že je vloha onemocnění přítomna již od nejranějších stádií, vede ke snaze o časnou diagnostiku s cílem zabránit druhotným změnám vyplývajícím ze vztahu nemocného a nároků okolí.

- **Teorie funkčního rozpojení:** Tyto teorie jsou založeny na předpokladu chybného propojení některých částí mozku. Uvažuje se zejména o rozpojení kortikolimbickém (Weinberger, Bogerts), kde je porucha propojení prefrontální kůry a limbického systému, a kortikokortikálním (Crow), při kterém dochází k nerovnováze mezi hemisférami. Další zkoumanou možností je nesoulad mezi asociačními oblastmi mozku (Frith, Spence).

Několik procent pacientů se schizofrenií tvoří děti, přičemž u 2/3 jde o děti starší 10 let, zejména pak chlapce. Bender (1953) v diagnostice dětské schizofrenie klade důraz na aspekt poruch integrace vzorců chování a určení psychopatologie dle vývojových kritérií, přičemž dítě se schizofrenií má patologické projevy v každé rovině CNS a na každém poli integrace těchto funkcí. Také Wolff a Chess (1964) vidí psychózy v dětství jako důsledek poruchy maturace. Za diagnostická kritéria schizofrenie v dětství se považuje hrubé narušení citového, emočního vztahu k lidem a neuvědomování si vlastní identity v míře neodpovídající věku. Tato diagnóza předpokládá defekt všech kognitivních a adaptivních funkcí dítěte. Zatímco u dětí starších 10 let jsou projevy nemoci obdobné jako u dospělých, u mladších dětí bývala schizofrenie často zaměňována za autismus, jelikož obě nemoci mají obdobné defekty a nedostatky v integraci psychických funkcí. Klinické rozdíly jsou pak způsobeny rozdílným vývojovým obdobím, ve kterém dojde k poruše. Autismus se v dospělosti může vyvinout do schizofrenie, nicméně se tato onemocnění považují spíše za komorbidní (Malá, 2005). Výzkumy genetiky ukazují, že varianty v počtu opakování genů spojených se schizofrenií se mohou vyjádřit i jako autismus či mentální retardace a skutečně tedy existuje jistý společný genetický základ těchto onemocnění (Weiss, 2009).

1.3 FORMY

Členění onemocnění dle aktuálních příznaků má význam pro komunikaci s nemocnými a diferenciovanou péči o ně (Libiger, 2002), pro komunikaci lékařů mezi sebou (Kučerová, 2010) a také pro účely výzkumu. V Tab. 1 jsou uvedeny jednotlivé typy schizofrenie tak, jak ji rozlišují manuály MKN-10 a DSM-IV.

Tab. 1 Typy schizofrenie

Typ	MKN-10	DSM-IV
Paranoidní	paranoidní bludy, obvykle i sluchové halucinace	jeden či více bludů, časté sluchové halucinace
Hebefrenní (MKN-10) Dezorganizovaná (DSM-IV)	neobvyklé a nepředvídatelné chování, bludy a halucinace, nepřiměřená emotivita, inkoherence	dezorganizovaná řeč a jednání, oploštělá nebo nepřiměřená emotivita
Katatonní	psychomotorické poruchy, hyperkineze, stupor, povelový automatizmus, negativizmus, nástavy, flexibilitas cerea	katalepsie, stupor, nadměrná motorická aktivita, extrémní negativizmus, pózování, stereotypní pohyby, manýrismus, grimasování
Simplexní	pomalý rozvoj zejména negativních příznaků	-
Reziduální	dlouhodobé negativní příznaky po odeznění akutní symptomatiky	dlouhodobý projev negativních příznaků nebo oslabených příznaků kritéria A (viz dále)
Nediferencovaná	splňuje kritéria schizofrenie, ale obsahuje rysy více podtypů	nesplňuje kritéria pro paranoidní, dezorganizovaný ani katatonní typ

(Světová zdravotnická organizace, 2006; American Psychiatric Association, 1994).

Někdy se rozlišuje i tzv. deficitní schizofrenie, která je charakterizována přítomností zúženého afektu, sníženého emočního projevu, chudé řeči, omezení zájmů a snížené zvědavosti. Tyto symptomy přitom nepramení z úzkosti, účinku léků, psychotických symptomů, mentální retardace nebo deprese (Kirkpatrick & Galderisi, 2008).

V současnosti se připravují nová vydání manuálů MKN i DSM. V obou případech se vážně uvažuje o upuštění od klasifikace jednotlivých forem schizofrenie kvůli jejich dlouhodobé nestabilitě a nízké prognostické validitě (Gaebel, 2012) a časté přítomnosti příznaků více než jedné formy (Tandon & Carpenter Jr., 2012). V MKN-11 budou zřejmě

nahrazeny symptomovými, průběhovými, kognitivními a funkčními kvalifikátory (Gaebel, 2012). Také v DSM-V bude místo subtypů hodnoceno několik psychopatologických dimenzí (Tandon & Carpenter Jr., 2012).

1.4 DIAGNOSTIKA

Diagnóza onemocnění je zásadní pro jeho další průběh a postup zdravotníků a je také důležitou informací pro nemocného. Ke stanovení klinické diagnózy je nezbytné studium a cvik. Základem diagnostiky je pečlivé vyšetření anamnézy a duševního stavu. V současné době není znám žádný jednoznačně specifický příznak schizofrenie, snad s výjimkou intrapsychických halucinací (pocitu vkládání či odebírání myšlenek), a je proto důležité vzít v úvahu kontext, tedy přítomnost či absenci jiných psychopatologických příznaků, průběh příznaků a pacientovu životní situaci. U části nemocných jsou premorbidně přítomny znaky svědčící pro větší zranitelnost vůči schizofrenii. Např. Kretschmer popsal typickou leptosomní stavbu těla a schizotypní charakter – takový člověk je plachý, nejistý sám sebou, ponořený do sebe, neprojevuje emoce. V současnosti jsou jako známky zvýšené zranitelnosti popisovány např. vyšší výskyt sociálního stažení, poruchy ve vývoji psychomotoriky a případně neuropsychologický deficit. Tyto příznaky mohou vést ke zhoršené adaptaci a manifestaci problémového chování, např. sklonu k rozvoji závislosti na návykových látkách nebo příslušnosti k sektářským skupinám. Některé studie upozorňují na zvýšenou asociaci schizofrenie s drobnými tělesnými anomáliemi, např. klenutým patrem, nebo zvýšenou frekvencí mrkání. Dále se může objevit až úzkostně zvýšený zájem o tělesné prožívání, bolesti hlavy, nespavost, sklíčenost, planá a nadměrná hloubavost nad otázkami bytí, plachost, přecitlivělost a podrážděnost, sklon k magickému a symbolickému myšlení, pochybnosti o své identitě nebo ztráta schopnosti věnovat se dosavadním zájmům². Prodromální příznaky mohou být vystupňováním schizoidních a schizotypálních rysů osobnosti v pojetí DSM-IV, avšak často znamenají změnu v dosavadním chování a prožívání nemocného, např. v důsledku změny životní situace (Libiger, 2002).

Při diagnostice jsou také cenné informace od blízkých osob pacienta, jelikož nemocný může své potíže popírat, dissimulovat apod.

² K efektivnější diagnostice by měl přispět také rozvíjející se výzkum endofenotypů, zejména neurofyziologických, neuromotorických, neurokognitivních, neuronatomických, osobnostních aj. (Hosák, Šilhán, & Hosáková, 2012b).

Kučerová (2010) popisuje jednotlivé příznaky následovně:

- *Halucinace, popř. iluze.* U halucinací člověk vnímá něco, co neexistuje, u iluzí vnímá existující skutečnost zkresleně. Pacient nejčastěji slyší lidské hlasy, které spolu hovoří, mluví k pacientovi nebo komentují jeho jednání. Hlas může patřit někomu známému i neznámému, může být mužský i ženský. Někdy také pacient slyší jednoduché zvuky, např. hudbu, štěkot psa aj., přičemž všechny halucinace mohou být vnímány různými částmi těla, ne tedy nutně ušima. Intrapsychické halucinace se vyznačují pocitem, že někdo mluví pacientovi přímo v hlavě. Halucinace i iluze mohou být také zrakové, čichové, chuťové, tělové aj.
- *Paranoidita.* Pacient má tendenci vztahovat veškeré změny v okolním prostředí na sebe a paranoidně je interpretovat.
- *Bludy.* Jde o patologickou poruchu myšlení, kdy je nemocný nevyvratně přesvědčen o skutečnosti, která není pravdivá a někdy ani možná. Obvyklé jsou paranoidní bludy, které mohou mít podobu perzekuční (blud pronásledování), emulační (žárlivecký blud), hypochondrickou aj. Časté jsou také religiózní bludy. Pro diagnostiku je zásadní, že blud dominuje v myšlení nemocného a ovlivňuje další psychické funkce.
- *Inkoherentní řeč.* Dochází ke ztrátě gramatických a logických souvislostí myšlenek. Objevuje se též vytváření neologismů, kdy pacient spojuje slova tak, že nedávají pro okolí smysl a nerozumí mu, protože pro něj mohou mít srozumitelný význam.
- *Pseudofilozofování, plané mudrování.* Nemocný stále přemítá o smyslu, dobru a zlu, filozofuje o náboženských otázkách, avšak bez tvůrčí logiky a výsledku.
- *Vychudlé myšlení.* Jde o ztrátu schopnosti používat řeč v rozmanitých variantách. Nemocný se obvykle vyjadřuje jednoduchými větami, případně pouze odpovídá na otázky nebo mlčí. Má omezenou slovní zásobu a vyjadřuje se stereotypně.
- *Úzkosti, anxieta.*
- *Depresivní prožívání.*
- *Emoční oploštělost, plochost.* Ochuzení pružnosti prožitku, zploštění výkyvů radosti a žalu, zmenšení intenzity prožitku a citu, neschopnost mít k někomu či něčemu silný vztah. Člověk se pak jeví jako laxní, chladný, bezcitný, lhostejný či dokonce tupý.

- *Emoční ambivalence.* Stav, kdy nemocný zároveň má i nemá něco rád. Často s tím souvisí ambivalence, kdy dotyčný současně něco chce i nechce.
- *Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost.* Obvykle se projevuje tím, že nemocný mluví vesele o věcech, které veselé nejsou (např. o sebevraždě, smrti člena rodiny), často se u toho také směje.
- *Apatie.* Pacientovi je všechno jedno, nic ho nezajímá a nic nedělá.
- *Abulie, hypobulie.* Oslabení vůle až do míry, že nemocný není schopen vstát, provést osobní hygienu apod. V mírnější formě pociťuje, že by rád něco dělal, ale nemá sílu se do toho pustit, nevydrží u činnosti, rychle se unaví.
- *Insomnie, hyposomnie, nedostatečný spánek.* Velmi častá porucha, která má různorodý průběh. Může jít o poruchu usínání, trhaný spánek i několikadenní naprostou nespavost.
- *Automutilační a suicidální aktivity.* Poměrně časté, příčinou může být běžná událost i jednání pod vlivem bludů.
- *Agresivita vůči okolí.* Často se vyskytuje pod vlivem bludů, kdy je nemocný jejich působením přesvědčen, že dotyčný je vůči němu nepřátelský.
- *Porucha identity osobnosti.* Pacient se současně cítí být sebou samým a někým jiným nebo pouze někým jiným. Může jít o příbuzného, historickou postavu aj.
- *Psychomotorický neklid.* Nadměrná tělesná aktivita bez racionálního podkladu.

Dle MKN-10 by měl být pro diagnózu schizofrenie přítomný alespoň jeden nepochybný příznak ze skupin a-d nebo alespoň dva znaky ze skupin e-i:

- (a) Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- (b) Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání.
- (c) Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla.
- (d) Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa).

- (e) Přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců.
- (f) Zarázy nebo vkládání jiného obsahu do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologizmy.
- (g) Katatonní jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor.
- (h) „Negativní“ příznaky, jako je např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity); musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky.
- (i) Výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

Příznaky by měly trvat alespoň jeden měsíc, případně déle jako prodromální příznaky, které uvedené symptomy předcházejí. Příznaky nemají být spojeny se silně vyjádřenou depresivní nebo manickou symptomatikou, časově by příznakům deprese či mánie měly předcházet. Zároveň by příznaky neměly být spojeny s intoxikací nebo odvykacím stavem po odnětí návykové látky ani jiným organickým onemocněním mozku (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Dle manuálu DSM-IV musí být pro diagnostiku schizofrenie přítomny po dobu jednoho měsíce alespoň dva z následujících charakteristických symptomů kritéria A:

- bludy
- halucinace
- dezorganizovaná mluva (např. častá zabíhavost nebo inkoherece)
- hrubě dezorganizované nebo katatonní jednání
- negativní symptomy jako emoční oploštění, alogie nebo abulie

Pokud jsou bludy bizarní a halucinace sluchové (hlasy, které komentují pacientovo jednání nebo myšlenky, nebo spolu konverzují), postačuje k diagnostice přítomnost jednoho z těchto symptomů. Dále je přítomný pokles alespoň v jedné oblasti sociálních a pracovních kompetencí (např. práce, mezilidské vztahy, péče o vlastní osobu) a souvislé

známky poruchy přetrvávají alespoň šest měsíců včetně možných prodromálních nebo reziduálních příznaků. Stejně jako v manuálu MKN-10 je kladen důraz na posuzování symptomů v kontextu socioekonomického a kulturního rámce (American Psychiatric Association, 1994).

Pro diferenciální diagnózu je důležité rozhodnutí, zda se jedná o onemocnění ze skupiny F2 dle MKN-10 (psychotický stav) nebo o jiný naléhavý psychiatrický stav - nejčastěji jde o diferenciální diagnostiku proti manické nebo smíšené fázi bipolární poruchy, akutní intoxikaci nebo odvykacímu stavu při závislosti na návykových látkách. Dále se psychotické poruchy vyskytují při jiných onemocněních, např. při organických duševních poruchách (F0), duševních poruchách způsobených užíváním psychoaktivních látek (F1) nebo afektivních poruch (F3), které jsou však od kategorie F2 lépe odlišitelné právě díky přítomnosti jiných než psychotických příznaků. Mnohdy obtížnější je diferenciální diagnostika v rámci kategorie F2. Oproti schizofrenii (F 20) u schizotypální poruchy (F 21) dochází k duševní dezorganizaci poměrně pomalu a magické myšlení je více realistické. U poruchy s bludy (F 22) bývají zachovány formální stránky myšlení a vůle, nebývá kognitivní deficit a jednání bývá výrazně ovlivněno bludem, který na rozdíl od schizofrenie není bizarní. Kategorie akutní a přechodné psychotické poruchy (F 23) mívá dramatičtější průběh, srozumitelný spouštěč a dobu trvání kratší než jeden měsíc. Schizoafektivní porucha (F 25) je od schizofrenie obtížně odlišitelná zejména pokud jde o smíšený typ, nicméně oproti schizofrenii nejsou bludy tolik systematizované, po odeznění epizod se neobjevují rezidua a nejsou přítomny negativní symptomy (Libiger, 2002).

Dále je třeba rozlišit jednotlivé typy schizofrenie v rámci kategorie F20. Pro rozpoznání paranoidní schizofrenie je nejlepší použít projektivní psychodiagnostické nástroje, zejména Rorschachova metoda (ROR) má k detekci velkou citlivost. Hebefrenní schizofrenie je nejlépe rozpoznatelná z prostého pozorování a případně také projektivních metod. Stejně tak katatonní schizofrenie je nejlépe zachytitelná pozorováním s důrazem na poruchy motoriky. Simplexní schizofrenie se v kognitivních testech bude jevit jako demence a její vyloučení probíhá opět na základě rozhovoru a pozorování (Seifertová, Libiger, Švestka, Mohr, & Praško, 2004).

V rámci psychodiagnostických testových metod se obvykle využívají osobnostní metody, např. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) nebo projektivní metody, např. Rorschachův test (ROR), Tematický apercepční test (TAT) nebo Test ruky. Dále se používá např. The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), Scale of the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Scale of the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) nebo Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Pro diagnostiku kognitivního poškození se využívá např. Wechslerův test inteligence pro dospělé (WAIS-III), Test cesty (TMT), Bentonův vizuálně-retenční test (BVRT), Rey-Osterriethova komplexní figura (RCFT), Wisconsinový test třídění karet (WCST) aj. (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 2011).

1.5 PRŮBĚH

Stejně jako symptomatika je i průběh onemocnění proměnlivý. Ovlivňuje jej nejen vlastní chorobný proces, ale také osobnost nemocného, jeho fyziologická výbava a schopnost adaptivního chování, sociální prostředí, intenzivita stimulace aj. V původní definici schizofrenie se progresivně zhoršující průběh objevoval jako hlavní rys nemoci. Dnes jsou však známy případy, kdy dochází ke zlepšení a stabilizaci stavu, ačkoliv se mohou i po několika letech vyskytnout relapsy. Nejproměnlivější je onemocnění ve své počáteční fázi, která spolu s léčbou během prvních pěti let zároveň pravděpodobně určuje ráz dlouhodobého průběhu. Typicky začíná onemocnění v adolescenci a časně dospělosti – v České republice je vrchol výskytu mezi 20. a 24. rokem, celosvětově pak mezi 26. a 27. rokem. Existuje opakovaně potvrzený rozdíl nástupu nemoci mezi pohlavími. Průměrný věk prvních známek duševního onemocnění je u mužů 24 let, u žen pak 27 let, přičemž první psychotické známky se u mužů průměrně objevují ve 26 letech, u žen pak v 31 letech a první příjem do psychiatrického zařízení je u mužů průměrně ve 28 letech a u žen ve 32 letech. U žen se vyskytuje oproti mužům navíc druhý vrchol incidence kolem 35 let věku (Libiger, 2002).

Dle Libigera (2002) lze průběh onemocnění rozdělit do následujících stádií:

- *Premorbidní období.* U části jedinců se objevují drobné odchylky v motorickém a sociálním vývoji, které se projevují jako poruchy pozornosti, snížený výkon v neuropsychologických testech a sociální stažení. Tato odlišnost má tendenci se

prohlubovat, avšak nemá obvykle velmi specifický charakter a může být zcela nenápadná.

- *Prodromální období.* Nespecifické příznaky se stávají nápadnějšími a může dojít ke kontaktu se zdravotnickým zařízením. Objevuje se kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštněné vnímání, sklon ke vztahovačnosti aj. Typické jsou zejména negativní příznaky, např. ztráta spontaneity, emoční stažení a zploštění nebo nemluvnost. Liebermann (in Libiger, 2002) zjistil, že v severní Americe trvá prodromální období před manifestací prvních psychotických příznaků průměrně 99 týdnů.
- *První psychotická epizoda.* Mívá charakter náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, což se projevuje jako psychotické příznaky. Dochází ke změně sociální a pracovní kompetence, která vede ke zneschopnění a často také hospitalizaci pacienta.
- *Aktivní choroba s relapsy.* Po první atace dochází u většiny pacientů k relapsům, jedinou epizodu prodělá pouze 15-22 % nemocných. Období mezi jednotlivými relapsy je různě dlouhé, přičemž může trvat i několik let. Relaps může spočívat v malých symptomatických změnách, návratu či zhoršení psychotické symptomatiky nebo plném klinickém relapsu s hospitalizací (Chan & Ungvari, 2002; in Motlová & Koukolík, 2004). Relaps je častější, pokud se nemocný pohybuje v prostředí s vysokou mírou emocí expresivity (expressed emotions, viz dále), kde je přítomen strach a úzkost pečovatele, tendence obviňovat nemocného a neschopnost se s jeho stavem vyrovnat.
- *Reziduum.* V některých případech dochází k remisi s mírnými reziduálními příznaky, avšak bez dalších akutních atak. Pokud je výsledný stav po proběhnutí onemocnění závažnější, diagnostikuje se *reziduální schizofrenie* (F 20.5), která zahrnuje především negativní příznaky jako zanedbávání zevnějšku, sociální stažení, plochou emotivitu, pasivitu, nedostatek iniciativy. Mohou přetrvávat psychotické symptomy v oslabené podobě, bez emočního náboje. Významně se snižuje odolnost vůči zátěži.

Průběh nemoci je velmi individuální a proměnlivý, s různou délkou a pořadím jednotlivých období. Jak na základě dlouhodobé klinické praxe konstatuje Kučerová (2010,

s. 18): „prostě může to být jakkoli“. Varianty průběhy onemocnění dle Ciompiho a Müllera (1980; in Libiger, 2002) jsou ilustrovány v Tab. 2.

Tab. 2 Formy průběhu schizofrenie

Začátek	Průběh	Výsledný stav	Četnost
akutní	ataky	úzdava, mírné reziduum	25,4 %
akutní	ataky	závažný a středně závažný	11,9 %
akutní	kontinuální	úzdava, mírné reziduum	5,3 %
akutní	kontinuální	závažný a středně závažný	8,3 %
chronický	ataky	úzdava, mírné reziduum	9,6 %
chronický	ataky	závažný a středně závažný	5,3 %
chronický	kontinuální	úzdava, mírné reziduum	10,1 %
chronický	kontinuální	závažný a středně závažný	24,1 %

Uvádí se, že příznivá prognóza je častější při akutním, krátce trvajícím začátku onemocnění, kde jsou zřejmé spouštěcí faktory v podobě zátěže, nemocný je žena, která žije v partnerském vztahu a má při počátku onemocnění vyšší věk. S lepším výsledným stavem je spojeno také bezproblémové přizpůsobení v práci, dobré sociální vztahy a nenápadná a funkční osobnost. Zajímavé je zjištění, že v rozvojových zemích je signifikantně více průběhů s jednou epizodou následovanou plnou remisí a sociální schopnosti nejsou tak často narušeny (Libiger, 2002). Logickým vysvětlením jevu by nicméně bylo, že další epizody se vyskytují, avšak nejsou kvůli nedostupnosti zdravotní péče diagnostikovány. Je také otázkou, jaká je běžná úroveň sociálních schopností v celé společnosti.

1.6 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI

Schizofrenie je onemocnění, v jehož vzniku, průběhu, ale i relapsu hraje sociální okolí významnou roli, a na sociální okolí má také výrazný dopad. Jak připomínají Bebbington a Kuipers (2011), počátkem 20. století byl používán pojem reaktivní psychóza, který implikoval vznik onemocnění právě v důsledku sociálních faktorů. V dalších letech začal

být tento termín užíván pouze velmi okrajově³, přesto výzkumy dále identifikují faktory, které zřejmě s rozvojem onemocnění souvisejí, a to zejména traumatické zážitky z dětství. Současné výzkumy se zabývají především fenomény týrání a sexuálního zneužívání, separací od rodičů nebo chtěností dítěte.

Velmi zajímavou studii zabývající se vlivem sociálního okolí na vznik schizofrenie provedli Tienari et al. (1994, 2004; in Bebbington & Kuipers, 2011). Tato studie srovnávala děti adoptované matkou se schizofrenií a děti adoptované matkou bez schizofrenie. U dětí, jejichž adoptivní matka trpěla schizofrenií, se oproti druhé skupině objevilo výrazně více závažných duševních chorob, včetně schizofrenie, což znovu potvrzuje výrazný vliv sociálního prostředí na tuto nemoc (Libiger, 2002). Přestože role matky je poměrně zkoumané téma, někteří autoři, např. Kretschmer, předpokládali i možný vliv ambivalentního, nevyřešeného vztahu k otci (Syřišťová, 1977). Již dříve byly zaznamenány také typické poruchy komunikace, které se vyskytují v rodině pacienta se schizofrenií, např. Fromm-Reichmannová popsala schizofrenogenní matku, Lidz manželský rozštěp a zdánlivé manželství, Bateson dvojnou vazbu, Wynne a Singerová maladaptivní rodinný obranný mechanismus pseudovzájemnosti aj. (Libiger, 2002). O komunikaci jakožto způsobu, jak efektivně vyvolat psychózu, ostatně výstižně referuje již Searles (1959).

Dalším konceptem zkoumaným v souvislosti se vznikem schizofrenie je tzv. sociální porážka ve smyslu ztráty společenského postavení a neúspěšného začlenění do nové společnosti, což by mohlo částečně vysvětlovat např. zvýšený výskyt psychotických onemocnění u první generace imigrantů (Bebbington & Kuipers, 2011).

Z teze, že schizofrenie je reakcí na nesnesitelnou situaci, vychází i antipsychiatrie. Protože onemocnění má charakter vývojové krize a může vést k osobnostnímu růstu jedince, neměly by být takovému člověku podávány léky, které mu mohou uškodit, a měla by mu být poskytnuta zejména psychologická asistence v krizi (Libiger, 2002).

Důležitou myšlenku v souvislosti s vlivem významných životních událostí připomínají Bebbington a Kuipers (2011). Ti na základě analýzy výzkumů docházejí k závěru, že výskyt životních událostí má na průběh schizofrenie významný vliv, je zde však významná odlišnost oproti zdravé populaci – pacienti se schizofrenií výrazně emočně reagují na běžné životní události, které by obvykle emoční reakci nevyvolaly, a tyto se pro ně stávají

³ Tato kategorie dosud existuje ve skandinávských zemích, kde je obvykle až polovina psychotických poruch diagnostikována jako reaktivní psychóza (Bebbington & Kuipers, 2011).

onou životní událostí, které onemocnění ovlivňují. Pro výzkum životních událostí u pacientů se schizofrenií je tedy důležité využívat takové metodologické nástroje, kdy sami pacienti mohou ohodnotit významnost daného podnětu.

Výzkum role sociálních faktorů při relapsu onemocnění navazuje na práci Winga a Brownova (1970; in Bebbington & Kuipers, 2011), kteří popsali vztah chudého sociálního prostředí a prevalence negativních příznaků schizofrenie. Zároveň si však byli vědomi, že opak, tedy příliš podnětné prostředí, může vést k relapsu pozitivních symptomů schizofrenie. Tato myšlenka byla dále rozpracována a výsledkem bylo měření tzv. emoční expresivity (expressed emotions, EE). Míru EE je možno měřit semistrukturovanou psychodiagnostickou metodou Camberwell Family Interview, která umožňuje škálovat kritičnost, hostilitu, emoční hyperangažovanost, vřelost a množství pochval vyjadřovaných na pacientovu adresu (Motlová & Koukolík, 2004). Byla prokázána signifikantní pozitivní korelace vysoké míry EE vůči pacientovi a počtu relapsů, přičemž vliv EE je dokonce silnější než vliv medikace (Bebbington & Kuipers, 1994; *Ibidem*). Nejlepšími prediktory relapsu jsou z prvků EE kritické poznámky, hostilita a přehnaná účast. Je zajímavé, že zatímco kritičnost příbuzných pacienti vnímají (Thompson et al., 1995; Scazufca et al., 2001; Onwumere et al., 1995; *Ibidem*), celkově jejich pocity neumějí přesně ohodnotit (Bell et al., 1997; *Ibidem*) a blízké s vysokou mírou EE hodnotí jako poměrně nevyzpytatelné (Stark & Siol, 1994; *Ibidem*).

Schizofrenie je psychosociálními jevy nejen ovlivňována, ale také sociální svět výrazně ovlivňuje. Nese s sebou rozmanité fenomény, které spolu úzce souvisí, a v jejichž důsledku se nemocní lidé často dostávají do horších životních podmínek, nižších příjmových kategorií a nižšího sociálního postavení – tento jev popisuje tzv. teorie sociálního skluzu (Libiger, 2002). Již dříve zmíněným problémem je vysoká nezaměstnanost, přestože výzkumy ukazují, že nemocní jsou schopni dobře pracovat v podporovaném zaměstnání. Problém najít či udržet si zaměstnání mají zejména muži žijící bez partnerky a lidé s převažujícími negativními symptomy (Marwaha & Johnson, 2004; in Kooyman & Walsh, 2011). Velmi zajímavé je zjištění, že míra nezaměstnanosti se zvyšuje již dlouho před diagnostikováním schizofrenie, a to dokonce až patnáct let (Agerbo et al., 2004; *Ibidem*). K situaci nepříspěvá nabídka trhu práce, kdy v množství zaměstnání je vyžadována

samostatnost a soutěživost a naopak je velmi malá nabídka manuální práce. Svůj podíl může mít též systém zdravotní péče - s delší dobou hospitalizace se snižuje pravděpodobnost získání zaměstnání, a zdravotníci mívají v tomto ohledu často nízká očekávání, což nepůsobí příliš motivačně. Ztráta této skupiny pracovní síly je přitom dražší, než náklady na léčbu onemocnění (Kooyman & Walsh, 2011). Někteří ekonomové se však domnívají, že ztráta pracovní síly nepředstavuje celospolečenskou finanční ztrátu, jelikož tito lidé jsou bez problémů ve svých pracovních místech nahrazeni jinými pracovníky z řad nezaměstnaných (Hosák 2000).

S nezaměstnaností souvisí poměrně častý problém bezdomovectví, které je opět spojováno více s muži žijícími bez partnerky (Folsom et al., 2005; in Kooyman & Walsh, 2011). Pravděpodobnost nezaměstnanosti a bezdomovectví se zvyšuje s délkou neléčené nemoci (Barnes et al., 2000; Ibidem).

Glynn a MacKain (1992) zdůrazňují, že v terapii je potřeba věnovat zvýšenou pozornost nácviku životních dovedností, tedy efektivnímu zvládnání základních výzev každodenního života jako sebepéče, udržování pořádku, dodržování rozpočtu, dojíždění aj. Jsou to totiž právě nedostatky v těchto dovednostech, které mohou vést k popsáným sociálním důsledkům.

Nejzávažnějším důsledkem schizofrenie je vysoká předčasná úmrtnost. Dle Browna (1997, 2000; in Kooyman & Walsh, 2011) má nemocný se schizofrenií 2.6krát vyšší pravděpodobnost, že během příštího roku zemře, a tato pravděpodobnost dále stoupá, pokud žije dotyčný bez partnera, je nezaměstnaný a příslušníkem nižší sociální vrstvy. Ohrožující jsou zejména nepřírozené příčiny smrti. Nejvýznamnější příčinou je sebevražda. V jejím důsledku umírá bezmála 50 % pacientů ve věku 16-39 let (Alaraisanen et al., 2009; Ibidem). Riziko suicidálního jednání se v iniciálním stádiu onemocnění pohybuje mezi 20-40 %, celoživotně jde pak o 10 % (Libiger, 2002). Hawton et al. (2005; in Kooyman & Walsh, 2011) ve své metaanalýze identifikují jako rizikové faktory nedávnou ztrátu, pocit duševní dezintegrace, agitaci nebo motorický neklid, nízkou adherenci vůči léčbě, zneužívání léků nebo předchozí depresivní poruchu. Jako rizikový faktor neshledali jinak často ohrožující mužské pohlaví, život bez partnera a požívání alkoholu. Mezi další příčiny

smrti patří úrazy (Brown, 1997, Ibidem), vražda⁴ nebo kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby (Laursen et al., 2009; Ibidem).

Z celé kapitoly je zřejmé, že schizofrenie výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného. V 80. letech vedlo zjištění, že pacienti v důsledku sociálních problémů mají nejen omezené finanční prostředky, ale také mezilidské vztahy (Lehman, 1983; in Motlová & Koukolík, 2004), k rozvoji komunitní péče, která směřovala k jejich opětovnému zapojení do společnosti. Laslavia et al. (2002; Ibidem) zjistili, že se zhoršením kvality života významně souvisí paranoidita a depresivní symptomy. Nutno dodat, že situaci nepomáhá ani výrazná stigmatizace onemocnění, kdy emoční reakce na schizofrenii jsou negativní a nemocní jsou považováni za nebezpečné a nepředvídatelné (Angermeyer & Matschinger, 2003; Ibidem) Dle Salokaganse et al. (2001; Ibidem) se nejlépe adaptují vdané pacientky a ženatí pacienti. S kvalitou života jsou celkově spokojenější ženy, bez ohledu na svůj rodinný stav, které také více udržují společenské vztahy a více se věnují užitečné práci.

1.7 TERAPIE

Schizofrenie je nemoc léčitelná, byť obvykle vyžaduje dlouhodobou či dokonce celoživotní terapii. Jak podotýká Libiger (2002, s. 390): „Dobře vedená terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život, produktivní a cenný pro ostatní. Špatně vedená terapie pomáhá onemocnění chronifikovat“. Syřišťová (1977) upozorňuje, že psychoterapie psychotických onemocnění je velmi náročná činnost, která vyžaduje velkou opatrnost ze strany terapeuta. Rozbít imaginární svět pacienta může být snadné, ale vysoce destruktivní. Základním předpokladem úspěšné terapie je bezvýhradné přijetí pacienta, získání jeho důvěry, dodání pocitu bezpečí a pomoc k postupnému začleňování do mezilidských vztahů.

Terapie se odvíjí od fáze onemocnění. Motlová a Koukolík (2004) dělí průběh terapie následovně:

1. Prodromální stádium. Prodromální stádium může trvat i několik let, přičemž katamnesticky narůstá psychotická symptomatika přibližně rok před první léčbou (Yung &

⁴ Ve Spojeném království se obětí trestného činu stane přibližně 16 % nemocných se schizofrenií, což je více než dvojnásobek oproti běžné populaci. Pravděpodobnost, že se nemocný stane obětí trestného činu, je 14krát vyšší, než že jej sám spáchá (Brekker et al., 2001; in Kooyman & Walsh, 2011). Pokud trestný čin spáchá, obětí jsou obvykle blízcí či příbuzní (Johnston & Taylor, 2003; Nordstrom & Kullgren, 2003; Ibidem).

McGorry, 1996; in Motlová & Koukolík, 2004). Protože klinická zkušenost ukazuje, že časná detekce a zahájení léčby může snížit utrpení pacienta a minimalizovat nepříznivé psychosociální dopady schizofrenie, zaměřuje se intervence zejména na prevenci prostřednictvím edukace o duševních chorobách. V praxi je však obtížné rozeznat, že z prodromálních symptomů se vyvine konkrétně schizofrenie. Unáhlená diagnóza schizofrenie by mohla pacienta výrazně poškodit jak z hlediska účinků nesprávné farmakoterapie, tak z hlediska stigmatizace.

2. Akutní fáze. V době plného aktivního projevu symptomů je používána farmakoterapie k redukci nejzávažnějších projevů. Jako léky první volby se obvykle využívají antipsychotika druhé generace, např. clozapin (Leponex), olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel), zotepin (Zotepil), risperidon (Risperdal, Risperen) aj. V této fázi také dochází k navázání terapeutického vztahu. Psychosociální intervence by měly být jednoduché, srozumitelné, zaměřené zejména na redukci stresu a přehnané stimulace ze strany okolí.

3. Stabilizační fáze. Do této fáze vstupuje pacient v období doznívání psychotických příznaků; v klinické praxi se pro označení ujal výstižný termín „křehká“ remise. Pokračuje farmakoterapie, která remisi podporuje, ukazují se však kognitivní deficity a poruchy psychosociální adaptace. Pacient je také zapojován do psychosociálních programů, které se soustředí zejména na edukaci o onemocnění – o průběhu, prognóze, významu medikace, zacházení se symptomy a jejich časném rozpoznání s cílem předejít relapsu. Čím více informací mají pacienti o schizofrenii a poskytovatelích péče, tím vyšší je jejich všeobecná životní spokojenost (Steinwachs, 1999; in Motlová & Koukolík, 2004). Edukace probíhá v individuální a rodinné formě, kdy v rámci rodiny je kromě informací věnována pozornost také zlepšování komunikace, umožňuje také redukovat břímě nemoci.

4. Udržovací terapie. Také cílem dlouhodobé udržovací terapie je prevence relapsu. K tomu se využívá dlouhodobá udržovací farmakoterapie a psychosociální intervence, které jsou vysoce individuální a uzpůsobené stavu pacienta. Obvykle se uplatňuje psychoterapie, nácvik sociálních dovedností, trénink kognitivních funkcí, rehabilitace – zejména prostřednictvím zaměstnání s podporou a chráněná bydlení – a svépomocné programy.

Dickerson a Lehman (2011) shrnují, že mezi evidence-based psychoterapeutické přístupy pro schizofrenii v současné době patří kognitivně-behaviorální terapie, ze které

vychází terapie přijetím a angažovaností, dále individuální terapie, podpůrná terapie a terapie pro zvýšení compliance. V posledních letech se využívá také metakognitivní trénink, narativní terapie a terapie všímavostí.

Aktuálním tématem v terapii schizofrenie je trénink kognice a sociálních dovedností, jelikož deficit na úrovni kognitivního i sociálního fungování onemocnění obvykle doprovází a jde o témata, která výrazně ovlivňují kvalitu života pacienta i jeho blízkých. Těmto oblastem, které jsou v důsledku onemocnění narušeny, se věnuje několik komplexních programů, z nichž blíže budou popsány následující: integrovaný psychoterapeutický program (Integrated Psychological Therapy, IPT), terapie zlepšující kognici (Cognitive Enhancement Therapy, CET) a metakognitivní trénink (Metacognitive Training, MCT).

IPT je terapeutický program, který se skládá z pěti částí: kognitivní diferenciaci, sociální percepce, verbální komunikace, sociální schopnosti a řešení interpersonálních problémů. Tyto části jsou uspořádány hierarchicky, kdy nácvik po jednotlivých stanovených krocích postupuje od řešení jednoduchých kognitivních problémů po komplexní interpersonální situace. Účastníci se postupně učí rozpoznávat sociální podněty, interpretovat situace nebo přesně kódovat svá sdělení, později pak hraním rolí nacvičují běžné interpersonální situace. Program se provádí ve skupině 5-7 lidí s trváním 30-60 minut třikrát týdně po dobu 3 měsíců (Brenner, Hodel, Roder, & Corrigan, 1992).

CET je ve srovnání s IPT méně intenzivní, dlouhodobější a více se opírá o vývojové teorie. Kromě nácviku konkrétních situací po jednotlivých, specifikovaných krocích, je kladen důraz také na interpersonální zkušenosti z reálného života, a celkově podporuje spíše intuitivní porozumění situaci než didaktický nácvik vhodných reakcí (Hogarty & Flesher, 1999a). Je kladen důraz na kognitivní flexibilitu, nejednoznačnost a toleranci k nejistotě. Pacienti jsou vedeni k identifikaci svých kognitivních obtíží, diskuzi o reálných sociálních dilematech, poskytování zpětné vazby ostatním účastníkům po představení sebe sama či svého blízkého. To vše probíhá pokud možno bez předběžného promýšlení, respektive při promýšlení „za pochodu“. Program zahrnuje také edukační část o kognitivních obtížích spojených se schizofrenií. Prakticky terapie probíhá ve dvou 60-90 minutových setkáních během 24 měsíců (Hogarty & Flesher, 1999b).

MCT se v osmi modulech zaměřuje na běžné chyby v kognitivních procesech, např. chybné vysvětlování si událostí, nedostatečná schopnost vcítit se do druhých, depresivní

způsob uvažování nebo přehnaná důvěra ve vlastní paměť. Účastníci se učí zvážit, jaké mají důkazy pro výklad situace určitým způsobem, kriticky zhodnotit, jestli může mít situace i jiný výklad, a jestli na ni reagují adekvátně. Obvykle se MCT provádí ve skupině 3-10 pacientů. Jedno setkání trvá 45-60 minut a mělo by proběhnout dvakrát týdně, aby měl pacient během měsíční hospitalizace šanci projít všechny moduly (Moritz, Woodward, & Možný, 2010).

Tyto popsané programy se liší v metodě práce – zatímco IPT a MCT jsou zaměřeny více behaviorálně a soustředí se zejména na nácvik, CET klade důraz na intuitivní porozumění a přemýšlení o situaci za pochodu, téměř zároveň s jednáním. Všechny zmíněné terapeutické programy nicméně mají společnou myšlenku, že kognitivní schopnosti lze alespoň částečně rehabilitovat, přestože velmi pravděpodobně nedosáhnou premorbidní úrovně. Jak podotýkají Spaulding a Poland (2001), problematickou částí terapie je měření zlepšení. Všeobecně nepanuje shoda, jak kognitivní funkce a sociální schopnosti měřit, aby odrážely fungování v běžném životě a ne jen relativně izolované jevy v umělých podmínkách.

2. INTERPERSONÁLNÍ DECENTRACE

2.1 VYMEZENÍ POJMU

Interpersonální decentrace (ID) je pojem Melvina Feffera, který vyšel z konceptu Jeana Piageta. Piaget termín decentrace používá se smyslu schopnosti přenášet pozornost na více aspektů najednou, v oblasti socializace pak jako schopnost počítat s rozdíly hledisek mezi mluvčími. Přechod od všeobecné centrace k decentraci zasazuje do období konkrétních operací, a to v oblasti kognitivní, sociální i mravní (Piaget & Inhelderová, 1997).

Feffer Piagetův termín aplikoval na sociální situace. Egocentrismus charakteristický pro dřívější vývojové fáze v dětství se v sociální interakci projevuje jako neschopnost brát v úvahu vlastní pocity a myšlenky zároveň s pocity a myšlenkami někoho jiného. Malé děti se tedy soustředí buď na sebe, nebo druhou osobu, nezvládají však obojí zároveň. Schopnost ID, tedy rozeznávat vlastní a cizí myšlenky a pocity, přichází se zráním a sociální zkušeností. Míra ID 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 a tím pádem nezvládají přiměřeně přizpůsobit své chování. Primitivní formu ID nazývá Feffer sekvenční decentrací, která zahrnuje sled akcí a reakcí, kdy subjekty střídavě reagují na podněty a vyvolávají tím další akci. Převzal také Aschův pojem simultánní decentrace, kdy člověk zároveň přemýšlí o akci své i člověka, se kterým je v interakci, čímž své akce a reakce vzájemně ovlivňují (Leeper, Dobbs, & Jenkins, 2008). Právě přechod od sekvenční k simultánní decentraci, tedy uvědomění, že lidé existují na sobě nezávisle a mohou vidět stejné věci z různých pohledů, je nezbytným předpokladem pro schopnost přemýšlet o druhých bez jejich fyzické přítomnosti a zaujímání různých perspektiv (Jenkins, Čermák, & Fikarová, 2012).

2.2 PŘÍBUZNÉ KONCEPTY

Existuje několik teorií do určité míry podobných, respektive popisujících podobný jev, jako Fefferův koncept ID. Mezi ně patří např. sociální inteligence, empatie, teorie centrální koherence, teorie myslí, mentalizace nebo sociální kognice. Schopnost ID je přitom vývojovým předpokladem těchto jevů.

Sociální inteligence je koncept zahrnující porozumění druhým a jednání s ostatními, tedy kognitivní i behaviorální složku. Skládá se z komponent jako sociální vnímavost, sociální vhléd, sociální komunikace, prosociální postoj, empatie, emocionalita, jednání s lidmi, otevřenost aj. Částečně se překrývá s pojmem emoční inteligence, u které se však identifikuje méně komponent, z nichž nejdůležitější je vnímání emocí u druhých. Oba koncepty jsou obtížně metodologicky uchopitelné a chybí jednotná teorie vymezující hranice pojmů, což má za následek poměrně rozličné výsledky výzkumů (Kangová, Dayová, & Mearaová, 2007). Oba tyto koncepty jsou blízké lépe definovanému pojmu empatie.

Empatie byla již počátkem 20. století popsána jako tendence pozorovatele projikovat své obsahy do toho, co pozoruje (Titchener, 1909; Lipps, 1905; in Shur & Shamay-Tsoory, 2010). Později se začala rozlišovat emoční empatie jako emoční odpověď pozorovatele na emoční podněty druhých a sdílení těchto emocí (Mehrabian & Epstein; Ibidem) a kognitivní empatie jako schopnost kognitivního přejímání rolí, tedy předvídání cizích myšlenek, pocitů a jednání (Dymond, 1949; Ibidem). Kognitivní empatií u pacientů se schizofrenií se zabýval např. Cameron (1947, 1951; in Diamond, 1958), který předpokládal její významné narušení oproti zdravým lidem, což potvrdili např. Diamond (1958) za použití Rosenzweigova obrázkového frustračního testu nebo Helfand (1956) s využitím Q třídění. V tomto smyslu je vymezení kognitivní empatie podobné pojetí ID jakožto kognitivního předpokladu pro rozpoznání emočního stavu druhého, které je nezbytné pro emoční odpověď na tento stav (Jenkins, Čermák, & Fikarová, 2012). V současnosti provedli výzkum empatie u pacientů se schizofrenií Shur a Shamay-Tsoory (2010), kteří dospěli k závěru, že tito pacienti mají oproti zdravé kontrolní skupině významně nižší schopnost empatie, a to zejména ti s negativními příznaky. Autoři dále zjistili korelaci výsledků v oblasti empatie s některými schopnostmi teorie mysli.

Teorie mysli (ToM) a teorie centrální koherence vycházejí z jevů pozorovaných u autismu. ToM předpokládá, že lidé s autizmem si neuvědomují, že ostatní lidé mají také mysl, a nejsou schopni rozumět jejich psychickým obsahům - mentalizovat je. Nedokáží tedy rozpoznat, co si ostatní myslí, co zamýšlejí nebo v co věří v takové míře, jako běžní lidé. Etiologicky jde zřejmě o neurovývojový deficit (Corcoran, 2001).

Tuto teorii rozpracovala Uta Frith do podoby teorie centrální koherence. Frith předpokládá, že lidé s autizmem vnímají detaily daleko výrazněji, než je běžné, avšak na úkor vnímání celku, který nejsou schopni zachytit, a mají tak slabou centrální koherenci (Briskman, Happé, & Frith, 2001). Tyto myšlenky aplikoval Chris Frith (1992) do ToM u osob se schizofrenií. Poukazuje na skutečnost, že přestože se schizofrenie často projevuje až v mladém věku, má zřejmě stejně jako autismus neurovývojový základ. Lidé, u kterých je diagnostikována schizofrenie, jsou v dětství popisováni jako samotáři, kteří mají minimum přátel, což má výrazný vliv na nedostatečný rozvoj sociokognitivních dovedností, zejména teorie mysli, a schizofrenii tak považuje za poruchu reprezentace mentálních stavů – jak vlastních, tak cizích. Konkrétní symptomy onemocnění se pak odvíjejí od konkrétního narušení kognitivního systému. Např. kořeny negativních příznaků jako abulie, chudá řeč nebo sociální stažení hledá v narušení schopnosti reprezentace záměrného jednání. Bludy kontrolovanosti, vkládání či odebrání myšlenek a sluchové halucinace zřejmě vznikají z chyby v systému ve chvíli, kdy záměrné jednání není dostatečně kontrolováno. Některé formální poruchy myšlení považuje za důsledek neschopnosti brát v úvahu znalosti druhých lidí, respektive oddělovat znalosti své a ostatních. Bludy paranoidního charakteru pak mohou vyvěrat ze systémové dysfunkce, která znemožňuje reprezentaci cizích myšlenek, přesvědčení a záměrů. Frith (Ibidem) zdůrazňuje, že vzhledem k tomu, že tato dysfunkce se objevuje až po určité době, kdy schopnost fungovala dobře (obvykle do rané dospělosti), není divu, když nemocný v akutním stavu předpokládá, že ostatní před ním najednou něco skrývají. Po odeznění akutního stádia nicméně kognitivní dysfunkce odeznívá a schopnost mentalizace se navrácí do normálu (Corcoran, 2001). Výzkumy ukazují, že narušení ToM je součástí onemocnění schizofrenií (Brüne, 2005; Harrington, Siegert, & McClure, 2005) a částečně přetrvává i v remisi (Bora, Yucel, & Pantelis, 2009).

Teorie mysli pracuje s termínem mentalizace, který se však zkoumá také samostatně. Používá se k popisu kognitivní schopnosti připisovat jiným lidem záměry, myšlenky a přesvědčení, což umožňuje předvídat, vysvětlovat a měnit jejich chování (Sprong, Schothorst, Vos, Hox, & Van Engeland, 2007). Předpokládá se, že se významně odvíjí od raných zkušeností a zejména míry, do jaké si je pečující osoba vědoma duševních stavů dítěte (Bouchard et al., 2008; Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011). Výzkumy ukazují, že schopnost mentalizace u dětí s bezpečnou vazbou k matce je navíc větší, než u dětí bez

bezpečné vazby (např. Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998; Humfress, O'Connor, Slaughter, Target, & Fonagy, 2002; Bouchard et al., 2008). Porucha mentalizace u osob se schizofrenií má také svůj měřitelný neurologický korelát (Das, Lagopoulos, Coulston, Henderson, & Malhi, 2012; Pedersen et al., 2012).

Tyto popsané koncepty může zastřešovat čím dál rozšířenější termín sociální kognice. Hogarty a Flesher (1999a) jej stručně definují jako schopnost rozumět, předpovídat a vhodně reagovat na myšlenky, pocity a chování sebe i druhých, přičemž nejlépe tuto schopnost reprezentuje schopnost zaujímat různé perspektivy a rozumět kontextu. Ziv, Leiser a Levine (2011) ji definují jako způsob, jakým lidé myslí, vnímají a vyvozují závěry o duševních a citových stavech jiných lidí. Newman (2001) vidí tento pojem na pomezí kognitivní sociální psychologie a sociální psychologie kognice a právě pluralita přístupů a definic zřejmě podobně jako u konceptu sociální inteligence způsobuje jeho obtížné vymezení, výzkum i praktickou využitelnost. Výše popsané teorie zastřešuje tedy zatím spíše teoreticky.

2.3 MĚŘENÍ INTERPERSONÁLNÍ DECENTRACE

Feffer původně pro měření ID navrhnul metodu Role-Taking Task, která byla založena na vyprávění příběhu probandem po expozici výcevýznamového obrázku. Proband byl po odvyprávění příběhu požádán, aby jej vyprávěl znovu, postupně z pozice všech charakterů na obrázku (Feffer & Suchotliff, 1966; Feffer & Jahelka, 1968). Spolu s Marion Jahelka později místo své metody začali využívat Tematický apercepční test (TAT), pro který navrhli systém skórování ID (Leeper, Dobbs, & Jenkins, 2008).

TAT je projektivní technika, kterou sestavil Henry Murray s Christianou Morgan. Skládá se z obrázků několika lidí nebo jednoho člověka a také jedné prázdné karty, které jsou postupně participantovi ukazovány, a jeho úkolem je vytvořit ke každé kartě krátký příběh. Stejně jako ostatní projektivní techniky vychází z předpokladu, že pokud je stimulační materiál dostatečně mnohovýznamový, promítne do něj proband při jeho interpretaci své osobní obsahy. Vyprávěné příběhy přitom nevycházejí z objektivně zachycených událostí z probandova života, ale z jeho subjektivního vnímání vlastních zážitků a zkušeností (Singer & Salovey, 1993; Woike, 1995; in Teglassi, 2001). Murray (1943) doporučuje TAT

jako nástroj ke zkoumání osobnosti a interpretaci poruchy chování, psychosomatických onemocnění, neuróz a psychóz.

Obvyklým postupem je, že po zadání instrukce probandovi je odvyprávěn příběh, který je následně vyhodnocován dle některého z používaných systémů. Výjimku tvoří zadávání TAT dětem, kdy je často nezbytné se doptávat na části zadání, které nebyly zmíněny spontánně (Teglasi, 2001). Naopak pokud má být hodnocena ID, doptávání není doporučováno, jelikož se předpokládá, že by se decentrace měla projevit spontánně, a doptávání ji pravděpodobně vyvolá, přestože přirozeně by ji participant neprojevil (Feffer et al., 2008). Otázka doptávání se na spontánně nezmíněné části zadání u osob se schizofrenií není jednoznačně vyřešena. Této populaci je zadávána stejná instrukce, jako dětem, a je možné, že by doptávání vedlo k delším či bohatším příběhům. Zároveň však existuje zmíněné riziko, že uměle vyvolá ID, která by se jinak neprojevila.

Při vyhodnocování příběhů dle systému skórování ID je každý příběh vyprávěný při administraci TAT nejdříve rozdělen do jednotek sociální interakce. Jednotka sociální interakce musí obsahovat alespoň dva charaktery, a to buď dva charaktery přítomné na scéně, nebo přítomný jen jeden charakter, který ale internalizuje další. Sled činností nebo myšlenek je považován za jednu jednotku sociální interakce, dokud nedojde ke změně místa, přítomných charakterů nebo výrazné změně v čase. Decentrace je pak skórována u každé jednotky zvlášť. Výroky, které zahrnují schéma akce-reakce a nedochází k anticipaci jednání druhého, reprezentují primitivnější sekvenční decentraci a jsou hodnoceny nižším skórem (1-4). Naopak internalizace jiného charakteru a anticipace jeho jednání poukazuje na schopnost abstraktnějšího, méně egocentrického a multidimenzionálního myšlení (5-9). Vysokou míru ID indikuje schopnost rozlišovat jednotlivé charaktery a zároveň mezi nimi udržovat vztah, který integruje jejich interakce (Leeper, Dobbs & Jenkins, 2008).

Celkové skórování se pak odvíjí od preferovaného teoretického pojetí. Pokud ID pokládáme za schopnost, může být nejlepším ukazatelem nejvyšší skór ze všech příběhů (the „best effort“ method). Pokud pracujeme spíše s konceptem osobního rysu, který je konzistentní v čase, je možné udělat průměr příběhu z jednotlivých skórů interakčních jednotek a poté vypočítat celkový průměrný skór všech příběhů (the „overall mean“ method). Jestli ID považujeme za výkon, něco, co se objevuje sporadicky a nepravidelně, je možno průměrovat pouze nejvyšší skóry každého příběhu (the „mean of highest“ method) (Leeper, Dobbs & Jenkins, 2008).

Bylo by možno předpokládat, že karty s obrázkem dvou a více charakterů vyvolávají více jednotek sociální interakce a tím pádem vyšší skóre ID. Ve skutečnosti však tento vztah nefunguje tak jednoznačně. Ve studii University of North Texas měla nejvyšší průměrný skóre karta 1 (chlapec s houslemi), zatímco nejnižší karta 10 (dva objímající se lidé) (Dobbs, 2003; in Feffer, Leeper, Dobbs, Jenkins, & Perez, 2008). Tabule 1 často vyvolává příběhy týkající se ambicí rodičů vůči dítěti, případně si dítě představuje svou interakci s rodiči či jinými osobami v souvislosti s hrou na housle (Bellak, 1971). V příbězích se tedy objevují internalizované charakterky a ID tedy skórujeme na úrovních 5-9. Oproti tomu tabule 10 evokuje intimitu a blízký vztah (ibidem), což může být pro mnohé příliš osobní či nepříjemné téma. Důsledkem je spíše stručný příběh, kdy se ID projevuje spíše na úrovních 1-4, tedy bez internalizace jiného charakteru.

2.4 VÝZKUMY INTERPERSONÁLNÍ DECENTRACE

V zahraničí byl koncept ID zkoumán velmi zřídka a ani nyní se jím mnoho prací nezabývá. V minulosti při výzkumu ID navíc obvykle nebyl používán jednotný podnětový materiál, což výrazně snižuje možnost srovnatelnosti výsledků. Koncept nicméně ve své práci použili např. Sullivan, Syracuse a Hunt (1967), kteří zjistili, že schopnost ID roste s věkem a je ovlivňována sociálním prostředím. Horowitz (1981) dále potvrdila nižší úroveň schopnosti ID u dětí s poruchami učení.

Jenkins, Dobbs a Leeper (2005) zkoumaly míru ID s použitím TAT u 86 ambulantních pacientů psychologické kliniky (42 mužů a 44 žen). Klienti, kteří mají zkušenost s násilím v blízkém vztahu v roli oběti, dosahovali signifikantně vyšších skóre ID, než klienti s dobrými, malými nebo žádnými zkušenostmi s blízkým vztahem, a ti, kteří mají zkušenost s násilím v blízkém vztahu v roli pachatele, skórovali signifikantně méně, než ostatní skupiny.

Rozsáhlý výzkum ID u klientů psychologické kliniky při University of North Texas provedla Burkman (2008) za použití TAT jako podnětového materiálu. Autorka nepotvrdila své hypotézy, které předpokládaly spojitost mezi nižším skórem ID a všeobecně závažnými psychopatologickými příznaky, paranoiditou, psychotickými příznaky a hostilitou. Odhalila však významnou souvislost mezi vysokým skórem fóbické úzkosti a nízkým skórem ID.

V České republice byla v současnosti ID zkoumána v několika diplomových pracích pod vedením prof. Čermáka. Winklerová (2011) např. zjistila, že čím vyšší je míra alexithymických rysů, tím nižší je úroveň ID. Lukšová (2011), která srovnávala míru ID u chlapců s a bez Aspergerova syndromu, došla k závěru, že u obou skupin je tato poměrně nízká, avšak u chlapců s Aspergerovým syndromem se vyskytuje výrazně více tabulí bez interakčních jednotek a tato skupina také celkově dosahuje nižších úrovní decentrace. Zatímco u chlapců bez Aspergerova syndromu se v míře ID projevuje vzestupná tendence, což odpovídá jejímu vývojovému charakteru, u chlapců s Aspergerovým syndromem se tato tendence neprojevuje. Hloušková (2011) potvrdila významně nižší míru ID u dětí s poruchami chování oproti dětem bez poruch chování.

3. INTERPERSONÁLNÍ DECENTRACE U SCHIZOFRENIE

Všeobecně je zdokumentována neschopnost pacientů ohodnotit pocity svých příbuzných v souvislosti s mírou emoční expresivity (EE, viz kapitola 1.6), na myšlenku snížené schopnosti vcítit se do druhých je založen jeden z modulů kognitivního tréninku (viz kapitola 1.7), a opakovaně byla také zdokumentována narušená schopnost empatie a teorie mysli (viz kapitola 2.2). Koncept ID je však u pacientů se schizofrenií prozkoumán naprosto minimálně, přestože literatura naznačuje, že by vztah mezi nemocí a sníženou schopností ID měl existovat. Ze starších prací na toto téma zmiňme Strobera (1979), který u adolescentů se schizofrenií zjistil nižší úroveň ID než u zdravých kontrol. V novějším výzkumu se ID věnovala dříve zmíněná Burkman (2008), která překvapivě nepotvrdila vztah mezi nižším skórem ID a vyšším skórem paranoidní ideace ani psychoticismu (dle kritérií SCL-90-R), a oprávněně upozorňuje na nutnost shromáždit více dat, aby bylo možno získat základní přehled o úrovni dané schopnosti u této populace. Právě tomuto cíli je věnována následující část práce.

4. CÍL VÝZKUMU A HYPOTÉZY

Vzhledem k tomu, že se nepodařilo nalézt dostatek informací a dat v oblasti výzkumu ID u pacientů se schizofrenií, bylo cílem výzkumu získat přehled o úrovni ID pacientů se schizofrenií a prozkoumat základní faktory, které s různou mírou této schopnosti mohou souviset. Mezi zkoumané proměnné patřilo pohlaví, věk, počet let vzdělání, partnerský vztah, a počet atak a hospitalizací a jejich poměr vůči věku jako ukazatel závažnosti onemocnění. Základním předpokladem bylo, že úroveň ID může být vyšší u žen než u mužů, protože ženy se schizofrenií mívají více sociálních kontaktů, a je možné, že k tomu přispívá lepší schopnost ID. Přítomnost partnerského vztahu byla vnímána jako doklad určité míry sociálních dovedností, přičemž vyšší úroveň ID k jeho vytvoření mohla pomoci. Souvislost s léty vzdělání měla odhalit, zda se vliv formálního vzdělání projeví v kognitivních funkcích včetně ID. Závažnost onemocnění byla zkoumána kvůli předpokladu, že opakované ataky nemoci mohou prohlubovat kognitivní deficit a snižovat úroveň ID. Zamýšlenou zkoumanou proměnnou měl být též subtyp onemocnění, nicméně pro nedostatečné zastoupení jednotlivých subtypů ve výběrovém vzorku zkoumán nebyl.

Byly tedy stanoveny následující výzkumné hypotézy:

- H₁: Míra ID se statisticky signifikantně liší u mužů a žen.
- H₂: Míra ID se statisticky signifikantně liší u osob s partnerským a bez partnerského vztahu.
- H₃: Míra ID se statisticky signifikantně liší dle vzdělání.
- H₄: Míra ID se statisticky signifikantně liší dle závažnosti onemocnění.

Dále byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jaká jsou specifika příběhů k tabulím Tematického apercepčního testu u osob se schizofrenií?
- Jak se liší výsledky měření ID u osob se schizofrenií oproti známým zjištěním?

5. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Všichni participanti byli osloveni buď přímo výzkumníci, nebo personálem zdravotnického zařízení, ve kterém výzkum probíhal. Účastníkům by představen výzkumný projekt a nabídnuta možnost se jej zúčastnit. Výběr participantů tedy probíhal formou dobrovolného samovýběru. Před zadáním TAT byl každý účastník seznámen s obsahem informovaného souhlasu, který mu zaručoval dobrovolnost účasti ve výzkumu, možnost kdykoliv odstoupit či vzít zpět souhlas se zpracováním dat, a také anonymitu (pacientům byly přiřazeny identifikační kódy). Podpis informovaného souhlasu byl nezbytnou podmínkou zařazení do výzkumu.

Po podpisu informovaného souhlasu byli participanti dotázáni na některé demografické údaje, např. věk, léta vzdělání, partnerský vztah, počet atak nemoci a hospitalizací v psychiatrickém zařízení a diagnózu. Poté byl zadán TAT, přičemž jeho administrace trvala obvykle přibližně 10-20 minut.

Na základě studia literatury, proběhlých výzkumů a konzultace s odborníky bylo jako podnětový materiál zvoleno následujících 10 karet TAT: 1, 2, 3BM, 4, 5, 6GF, 8BM, 10, 12M a 13MF. Na tabulích jsou zastoupeny osoby různých věků a obou pohlaví vyskytující se jak o samotě, tak ve skupině, zobrazující různě mnohovýznamové situace.

Tabule 1: Chlapec sedící u stolu, na kterém jsou položené housle. Dle Bellaka (1971) nejceněnější karta TAT. Díky svému neohrožujícímu obsahu je velmi vhodná pro začátek testové situace. Ústředními tématy jsou vztah k rodičovským osobám, autonomie, compliance vůči autoritám, potřeba úspěchu aj. Podle Teglasí (2001) karta vyzývá k objasnění vztahu chlapce k houslím.

Tabule 2: Venkov, v popředí mladá žena s knihou a starší přihlížející žena, vzadu muž pracující na poli. Karta obvykle vyvolává téma rodinných vztahů, rodových rolí, autonomie a compliance, objevují se také oidipální témata nebo motiv sourozenecké rivality (Bellak, 1971). Karta nabízí možnost komplexního propojení tří postav stejně jako vyjádření se k množství detailů (Teglasí, 2001).

Tabule 3BM: Chlapec schoulený u postele, vedle postele na podlaze leží revolver. Někteří lidé postavu identifikují jako ženu. Dle Bellaka (1971) je zajímavé pozorovat, jak proband zachází s předmětem na zemi, a pokud jej identifikují jako zbraň, jak ji začlení do

příběhu. V této souvislosti se pak objevuje téma agresivity. Dle Teglasi (2001) však mnoho lidí zbraň do příběhu nezačleňuje, případně ji identifikují jako jiný objekt.

Tabule 4: Žena se tiskne k muži, který se odvrací. Karta vyvolává téma vztahu muže a ženy, objevují se také motivy sexuálních problémů, nevěry a žárlivosti (Bellak, 1971). Jelikož postavy jsou si fyzicky blízko, ale vyjadřují různé emoce, v příběhu by mělo zaznít vysvětlení této diskrepance (Teglasi, 2001).

Tabule 5: Žena stojí na prahu pokoje, do kterého nahlíží. Postava je často popisována jako dohlížející matka, objevují se také motivy přistižení při masturbaci, voyerismu a zejména u žen obavy z napadání, např. v příbězích o vloupání (Bellak, 1971). Dle Teglasi (2001) jde o spíše jednoduchou scénu a je očekáváno i jednoduché vysvětlení, proč žena vstupuje do pokoje. Často se v příběhu objevuje další charakter (Teglasi, 2001).

Tabule 6GF: Sedící mladá žena se přes rameno dívá na muže s dýmkou, který k ní zřejmě mluví. Obvykle se vyskytuje téma vztahu dcery k otci, muž však bývá identifikován i jako strýc, nápadník, svůdce nebo agresor (Bellak, 1971).

Tabule 8BM: V popředí adolescentní hoch a puška, v pozadí nejasná chirurgická operace. Příběh obvykle obsahuje motiv agrese nebo ambicí. Zbraň stejně jako na obrázku 3BM není vždy rozpoznána nebo zmíněna (Bellak, 1971). Dle Teglasi (2001) je o velmi komplexní tabuli, která vyžaduje vysvětlení vztahu mezi přední a zadní částí scény, přičemž se zdá, že se odehrávají v různých realitách. Karta se z hlediska své komplikovanosti může jevit jako až příliš nereálná, což může ztížit vyprávění příběhu.

Tabule 10: Žena spočívající hlavou na mužově rameni. Obvyklým tématem příběhu je vztah muže a ženy (Bellak, 1971), nicméně pohlaví osob není úplně jednoznačné, jediným zřejmým klíčem k určení jejich vztahu je fyzická blízkost (Teglasi, 2001).

Tabule 12M: Mladý muž leží na gauči se zavřenýma očima, starší muž se nad ním sklání s nataženou rukou. Častým motivem je vztah mladšího a staršího muže a přeneseně může indikovat vztah k terapeutovi (Bellak, 1971). Příběh by měl zahrnovat vysvětlení neobvyklé polohy dvou postav (Teglasi, 2001).

Tabule 13MF: Žena leží v posteli, u které stojí muž a rukou si zakrývá hlavu. Objevuje se téma sexuálních konfliktů mezi muži a ženami, vzácné nejsou ani příběhy zmiňující ekonomickou deprivaci (Bellak, 1971). Dle Teglasi (2001) karta vyzývá k vysvětlení vztahu muže a ženy.

Zadávací instrukce ve verzi B, která je vhodná pro děti, dospělé s nižším vzděláním či inteligencí a pacienty s psychotickým onemocněním, byla na základě manuálu k TAT (Murray, 1943) přeložena následovně: „*Ukážu vám teď nějaké obrázky a vy si ke každému zkusíte vymyslet příběh. Co se stalo, co se děje teď, co ti lidé cítí, o čem přemýšlejí a jak to dopadne. Můžete si vymyslet jakýkoliv příběh.*“

Příběhy byly nahrány a poté přepsány do textového editoru. Každý příběh byl následně rozdělen do interakčních jednotek. Každé interakční jednotce byla skórována úroveň ID dle manuálu Leepera, Dobbs a Jenkins (2008). Jak bylo popsáno v kapitole 2.3, lze ID skórovat třemi možnými způsoby dle preferovaného teoretického pojetí – hodnocení nejvyššího skóru ze všech příběhů jako ukazatel schopnosti (best effort, BE), zprůměrování všech skóru ze všech příběhů jako ukazatel osobnostního rysu (overall mean, OM) a zprůměrování nejvyšších skóru ze všech příběhů jako ukazatel nepravdělně se projevujícího výkonu (mean of highest, MH). Byly vypočítány skóry pro všechny tyto způsoby hodnocení, a to jak před, tak i po doptávání na části zadání, které participant spontánně v příběhu nezmínil. Výsledky skórování byly následně korelovány se zkoumanými proměnnými. Homogenita rozptylu skóru u různých skupin (např. ženy X muži, s partnerem X bez partnera) byla dále zjištěna párovým t-testem, který byl vybrán na základě výsledků Leveneova testu. Přestože ID nemá normální rozložení, dle centrálního limitního teorému se výběrové rozložení souboru blíží normálnímu i v případě, že jej v původním souboru nepředpokládáme, pokud je $n > 30$. Vzhledem k tomu, že v tomto výzkumu byl počet participantů $n = 50$, bylo teoreticky opodstatněné použít parametrické statistické metody (Hendl, 2006).

Kromě statistického vyhodnocení odpovědí byl proveden i kvalitativní rozbor odpovědí s cílem zachytit specifika příběhů a ID u pacientů se schizofrenií, a to metodou vytváření trsů, která spočívá ve shromažďování a srovnávání dat, ze kterých na základě zvolených kategorií vytváříme obecné jednotky (Miovský, 2006).

6. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvořilo 50 pacientů se schizofrenním onemocněním, z toho 45 pacientů se schizofrenií a 5 s jinou diagnózou z okruhu F2 dle MKN-10 (viz Tab. 3).

Tab. 3 Četnost diagnóz ve výzkumném souboru

Diagnóza	Četnost
Schizofrenie (F 20)	45
paranoidní schizofrenie (F 20.0)	42
nediferencovaná schizofrenie (F 20.3)	1
postschizofrenní deprese (F 20.4)	1
reziduální schizofrenie (F 20.5)	1
Ostatní diagnózy	5
porucha s bludy (F 22)	2
akutní psychotická porucha F 23)	2
schizoafektiní porucha (F 25)	1
Celkem	50

Sběr dat probíhal u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Opava, Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod a Psychiatrické léčebně Jihlava. Z účastníků výzkumu bylo 36 mužů a 14 žen. Nejmladšímu participantovi bylo 19 let, nejstaršímu 70 let, modus i medián pak 33 let. 16 pacientů mělo partnera, se kterým bylo průměrně 13 let (medián 5 let), a 6 z nich se svým partnerem bydlelo. Účastníci měli průměrně 11,9 let vzdělání (modus i medián 12 let).

Byl zjišťován také poměr atak nemoci a hospitalizací v psychiatrickém zařízení vůči věku jako kritérium závažnosti nemoci. Nejméně závažný poměr byla 1 ataka a 1 hospitalizace u 48leté ženy, nejzávažnější 24 atak a 24 hospitalizací u 33letého muže. Medián závažnosti byl 0,15, což přibližně odpovídá 3 atakám ve věku 20 let nebo 5 atakám ve věku 34 let.

7. VÝSLEDKY

7.1 STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ

Hlavním předmětem výzkumu bylo hledání souvislostí mezi mírou ID a zkoumanými proměnnými – pohlaví, přítomnost partnerského vztahu, věk, léta vzdělání a míra závažnosti onemocnění. V této podkapitole budou popsány výsledky výzkumu, vyjádření k testování výzkumných hypotéz a interpretace výsledků.

Deskriptivní statistika

Míra ID byla skórována dle všech tří způsobů měření zmíněných dříve. Skóry označené číslem 1 značí výsledky před doptáváním na části zadání, které participant nezmínil spontánně; skóry označené číslem 2 pak výsledky po doptávání (problematika doptávání je popsána v kapitole 2.3). Dle způsobu skórování BE (best effort, ID jako schopnost) je možno dosáhnout pouze celých hodnot, proto jsou při popisu nejnižšího a nejvyššího skóru uváděna celá čísla místo průměrů. Jak bylo popsáno dříve, ve všech způsobech skórování je možno dosáhnout úrovní 1-9, kdy 9 značí nejvyšší míru ID, které by měl přirozeně dosahovat zdravý člověk. Celkové průměrné skóry jsou shrnuty v Tab. 4.

Tab. 4 Výsledné skóry ID

	Nejnižší průměrný skór	Nejvyšší průměrný skór	Celkový průměr skórů	Sm. odchylka	Rozptyl
BE1	1	9	3,66	2,31	5,34
MH1	1,00	7,00	2,20	1,08	1,17
OM1	1,00	6,67	2,06	0,90	0,81
BE2	1	9	3,92	2,34	5,48
MH2	1,00	5,44	2,19	0,88	0,77
OM2	1,00	4,80	1,99	0,67	0,45

BE (best effort): nejvyšší ze všech skórů ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skórů ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skórů ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

BE1, MH1, OM1: skóry příběhů spontánně vytvořených participantem

BE2, MH2, OM2: skóry příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly participantem spontánně zmíněny

Nejvyšší úrovně ID, tedy skóru 9, dosáhlo dle vyhodnocování BE2 5 participantů, nejnižší úrovně, tedy skóru 1, pak 2 participantů. Nejčastěji se vyskytovala úroveň 2, a to u 18 participantů. Z Tab. 4 je zřejmé, že u způsobu hodnocení BE se projevuje velký rozptyl skóru. Tab. 5 ilustruje, že celkový výsledek participantů se častěji pohyboval na úrovních ID 1-4, tedy takových, kde nedochází k internalizaci jiného charakteru, ale jde pouze o popis společné činnosti charakterů či sledu jejich vzájemných akcí a reakcí. Více případů na úrovních ID 5-9, kde dochází k internalizaci jiného charakteru, se projevovalo zejména u způsobu hodnocení BE.

Tab. 5 Četnosti výskytu úrovní ID dle přítomnosti internalizace

	BE1	MH1	OM1	BE2	MH2	OM2
ID 1-4	33	48	49	32	49	49
ID 5-9	17	2	1	18	1	1

ID 1-4: počet participantů, jejichž průměrná hodnota ID patří do úrovní 1-4, tedy těch, kdy nedochází k internalizaci jiné osoby a předvídání jejího chování, ale jde pouze o popis jejich interakce

ID 5-9: počet participantů, jejichž průměrná hodnota ID patří do úrovní 5-9, tedy těch, kdy dochází k internalizaci jiné osoby a předvídání jejího schování

BE (best effort): nejvyšší ze všech skóru ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skóru ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skóru ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

BE1, MH1, OM1: skóru příběhů spontánně vytvořených participantem

BE2, MH2, OM2: skóru příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly participantem spontánně zmíněny

V Tab. 6 jsou shrnuty četnosti příběhů, jejichž průměrný skór náleží do úrovní ID 1-4 a 5-9, a také těch, jejichž průměrný skór ID byl 0, tedy kde se ID neprojevila vůbec. Četnosti příběhů jsou uvedeny před i po doptávání. Je zřejmé, že jen malá část z celkového počtu 500 příběhů spadá do vyšší kategorie ID, tedy úrovní 5-9, které se vyznačují přítomností internalizace jiného charakteru a předvídání jeho chování.

Tab. 6 Četnost výskytu úrovní ID u jednotlivých tabulí TAT

	1	2	3BM	4	5	6GF	8BM	10	12M	13MF	celkem
0 před	43	19	36	16	32	10	27	9	15	26	233
0 po	35	15	34	12	31	7	24	5	10	23	196
ID 1-4 před	3	27	12	32	15	39	23	41	33	19	244
ID 1-4 po	11	32	15	38	16	42	26	45	38	23	286
ID 5-9 před	4	4	2	2	3	1	0	0	2	5	23
ID 5-9 po	4	3	1	0	3	1	0	0	2	4	18

O: počet příběhů, u kterých se ID neprojevila

ID 1-4: počet příběhů, jejichž průměrná hodnota ID patří do úrovní 1-4, tedy těch, kdy nedochází k internalizaci jiné osoby a předvádění jejího chování, ale jde pouze o popis jejich interakce

ID 5-9: počet příběhů, jejichž průměrná hodnota ID patří do úrovní 5-9, tedy těch, kdy dochází k internalizaci jiné osoby a předvádění jejího schování

před, po: četnosti příběhů před, respektive po doptávání se na části zadání, které nebyly participantem spontánně zmíněny

Nejvyšší průměrný skór ID se projevil u tabule 6GF (1,95), na které se mladá žena dívá na muže s dýmkou. Tato tabule obvykle vyvolala 3. nebo 4. úroveň ID, která spočívá v reakci charakterů na sebe. Nejnižší průměrný skór se projevil u tabule 1 (0,57), kde je chlapec sedící u stolu. U této tabule se vyskytovaly spíše příběhy nezahrnující žádný další charakter, což je základní předpoklad pro projevení ID. Celkové průměrné skóry ID u jednotlivých tabulí TAT před a po doptávání jsou shrnuty v Tab. 7.

Tab. 7 Průměrné skóry ID u jednotlivých tabulí TAT

	1	2	3BM	4	5	6GF	8BM	10	12M	13MF
ID před	0,57	1,18	0,77	1,65	1,05	1,90	0,77	1,12	1,59	1,37
ID po	1,07	1,23	0,82	1,62	1,02	1,95	0,86	1,22	1,86	1,41

ID před: průměrné skóry ID v příbězích spontánně vytvořených participantem, bez doptávání se na nezmíněné části zadání

ID po: průměrné skóry ID v příbězích vytvořených participantem po doptání se na části zadání, které spontánně nezmínil

Otázka doptávání se na části zadání, které participant nezmínil spontánně, byla popsána již dříve. Z tohoto důvodu byla zkoumána také případná změna ve skórech

v důsledku doptávání se, a to prostřednictvím Studentova t-testu. Předpoklad, že doptávání se vyvolá ID i přesto, že by se přirozeně neprojevila, se u osob se schizofrenií ukázal jako částečně opodstatněný. Při vyhodnocení výsledků všech participantů se rozdíly mezi skóry před a po doptávání sice přímo neukázaly a nebyl mezi nimi statisticky signifikantní rozdíl, avšak při nezapočítání výsledků 2 participantů s extrémními hodnotami se prokázalo zlepšení skóre BE (best effort, tedy způsobu vyhodnocování v pojetí ID jako schopnosti) v důsledku doptávání na hladině významnosti $p < 0,05$. Na hladině významnosti $p = 0,06$ by se pak naopak ukázalo mírné zhoršení u skóru MH (mean of highest, tedy způsobu vyhodnocování v pojetí ID jako nepravidelně se projevujícího výkonu), což dokládá i mírně zvýšený počet příběhů, ve kterých se ID neprojevila vůbec (ze 197 z 500 příběhů na 208 z 500 příběhů). Tento trend dokládá i počet tabulí, ve kterých se objevila odpověď „nevím“, který se po doptávání zvýšil o polovinu, z původních 89 na 134 z celkového počtu 500 příběhů. Zdálo by se tedy, že pokud potenciál pro projevení ID je, doptání skutečně povzbudí k jejímu projevu. Pokud je však míra ID nízká, doptání na tom nic nezmění a nevede k jejímu umělému zvýšení.

Testování hypotéz

Nyní bude popsáno statistické testování stanovených hypotéz.

▪ **H₁: Míra ID se statisticky signifikantně liší u mužů a žen.**

K ověření statisticky významného rozdílu mezi mírou ID u mužů a žen byl použit Leveneův test a t-test. Statisticky významný rozdíl mezi těmito skupinami se nepotvrdil. Ženy oproti mužům však mají větší rozptyl odpovědí, a to zejména ve skórech dle hodnocení BE, kde je rozdíl ve směrodatné odchylce přibližně 1,3 bodu. Výsledky jsou znázorněny v Tab. 8.

V t-testu se hodnota t pohybovala v rozmezí $<1,02; 1,28>$. Hodnota p se pohybovala v rozmezí $<0,22; 0,32>$ a nedosáhla tedy hranice statistické signifikance. Proto hypotézu H₁ na hladině významnosti $p = 0,05$ zamítáme.

Tab. 8 Míra ID v závislosti na pohlaví

Skóry	Průměr		Sm. odchylka		Leveneův test		t-test		d
	ženy	muži	ženy	muži	F	p	t	p	
BE1	4,21	3,32	3,07	1,74	13,73	< 0,001	1,02	0,32	0,41
MH1	2,37	2,01	1,20	0,62	9,08	< 0,01	1,08	0,30	0,45
OM1	2,16	1,89	0,83	0,50	5,06	< 0,05	1,12	0,28	0,45
BE2	4,43	3,41	2,93	1,67	10,80	< 0,01	1,22	0,24	0,49
MH2	2,46	2,01	1,25	0,60	8,75	< 0,01	1,28	0,22	0,55
OM2	2,05	1,87	0,75	0,44	3,74	0,06	1,04	0,30	0,34

BE (best effort): nejvyšší ze všech skóre ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

BE1, MH1, OM1: skóre příběhů spontánně vytvořených účastníkem

BE2, MH2, OM2: skóre příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly účastníkem spontánně zmíněny

▪ **H₂: Míra ID se statisticky signifikantně liší u osob s partnerským a bez partnerského vztahu.**

K ověření statisticky významného rozdílu mezi mírou ID u osob s partnerským a bez partnerského vztahu byl použit Leveneův test a t-test, jejichž hodnoty jsou uvedeny v Tab. 9. Statisticky významný rozdíl mezi těmito skupinami se nepotvrdil.

Tab. 9 Míra ID v závislosti na přítomnosti partnerského vztahu

Skóry	Průměr		Sm. odchylka		Leveneův test		t-test		d
	nezadaní	zadaní	nezadaní	zadaní	F	p	t	p	
BE1	3,22	4,31	2,00	2,50	1,51	0,23	-1,65	0,11	-0,51
MH1	2,00	2,34	0,71	1,03	1,42	0,24	-1,33	0,19	-0,42
OM1	1,87	2,18	0,55	0,71	0,65	0,42	-1,69	0,10	-0,53
BE2	3,38	4,38	1,93	2,42	1,57	0,22	-1,55	0,13	-0,49
MH2	1,99	2,44	0,71	1,05	1,79	0,19	-1,73	0,09	-0,54
OM2	1,84	2,09	0,48	0,64	0,77	0,38	-1,45	0,15	-0,45

BE (best effort): nejvyšší ze všech skóre ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

BE1, MH1, OM1: skóre příběhů spontánně vytvořených účastníkem

BE2, MH2, OM2: skóre příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly účastníkem spontánně zmíněny

Hodnota t v t-testu se pohybovala v rozmezí <-1,73; -1,33>. Hodnota p se pohybovala v rozmezí <0,09; 0,19> a nedosáhla tedy hranice statistické signifikance. Hypotézu H2 proto na hladině významnosti $p = 0,05$ zamítáme.

▪ **H₃: Míra ID se statisticky signifikantně liší dle vzdělání.**

K ověření souvislosti míry ID a vzdělání byl vypočítán Pearsonův korelační koeficient, jehož hodnoty jsou uvedeny v Tab. 10. Statisticky významná souvislost mezi proměnnými se nepotvrdila. U skóru BE1 a BE2 se ukázal mírně vzestupný trend, nedosáhl však hranice statistické významnosti.

Tab. 10 Míra ID v souvislosti s léty vzdělání

		BE1	MH1	OM1	BE2	MH2	OM2
Léta vzdělání	r	,279	,233	,245	,283	,233	,248
	p	,055	,111	,092	,051	,110	,089

BE (best effort): nejvyšší ze všech skóru ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skóru ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skóru ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

BE1, MH1, OM1: skóry příběhů spontánně vytvořených účastníkem

BE2, MH2, OM2: skóry příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly účastníkem spontánně zmíněny

Hodnota r se pohybovala v rozmezí <0,233; 0,283>, které značí nízkou závislost proměnných. Hodnota p se pohybovala v rozmezí <0,051; 0,111> a nedosáhla tedy hranice statistické signifikance. Proto hypotézu H3 na hladině významnosti $p = 0,05$ zamítáme.

▪ **H₄: Míra ID se statisticky signifikantně liší dle závažnosti onemocnění.**

Jako míra závažnosti onemocnění byl použit poměr počtu atak ku věku a počet hospitalizací ku věku účastníka. Vzhledem k velmi vysoké míře korelace těchto dvou údajů (0,979) budou nadále uváděny jednotně pod pojmem závažnost onemocnění. K ověření souvislosti míry ID a míry závažnosti onemocnění byla vypočítána korelace těchto proměnných. Jak ilustruje Tab. 11, statisticky významná souvislost mezi proměnnými se nepotvrdila.

Tab. 11 Míra ID v souvislosti se závažností onemocnění

		BE1	MH1	OM1	BE2	MH2	OM2
Ataky / věk	r	,020	,016	,030	-,007	,013	,020
	p	,892	,912	,841	,961	,931	,891
Hospitalizace / věk	r	-,022	-,010	,003	-,048	-,023	-,014
	p	,884	,945	,982	,746	,874	,922

BE (best effort): nejvyšší ze všech skóre ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

BE1, MH1, OM1: skóre příběhů spontánně vytvořených účastníkem

BE2, MH2, OM2: skóre příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly účastníkem spontánně zmíněny

Hodnota r se u poměrů závažnosti onemocnění pohybovala v rozmezí <-0,048; 0,030>, což ukazuje na nezávislost proměnných. Hodnota p se pohybovala v rozmezí <0,746; 0,982> a nedosáhla tedy hranice statistické signifikance. Hypotézu H4 na hladině významnosti $p = 0,05$ proto zamítáme.

7.2 KVALITATIVNÍ VYHODNOCENÍ

V této části bude věnována pozornost dvěma stanoveným výzkumným otázkám.

▪ Jaká jsou specifika příběhů k tabulím Tematického apercepčního testu u osob se schizofrenií?

S cílem zodpovědět tuto výzkumnou otázku byla u všech příběhů všech účastníků, celkem tedy u 500 příběhů, provedena obsahová analýza. Miovský (2006) ji definuje jako spektrum dílčích metod, které mají za cíl zmapovat význam, zvláštnosti a strukturu dokumentu. Mezi zkoumané jevy patřila délka příběhu, jeho emoční ladění, počet charakterů v příběhu a používání odpovědi „nevím“. Analýza se týká příběhů po doptávání s výjimkou jevu používání slova „nevím“, které bylo sledováno před i po doptávání. Tyto jevy budou ilustrovány na některých konkrétních úryvcích příběhů. První číslo v závorce za částí příběhu značí číslo tabule, druhé identifikační kód účastníka.

Délka příběhu

Za krátký příběh byl považován takový, který neobsahuje více než 2 věty. Středně dlouhý příběh obsahoval 3-5 vět, dlouhý pak 6 vět a více. Nejvíce příběhů spadalo do kategorie krátké, a to více než polovina. Jako středně dlouhé byla označena přibližně třetina příběhů a dlouhé pak zbývajících 10 %. Četnosti a procentní zastoupení příběhů z hlediska jejich délky jsou shrnuty v Tab. 12.

Tab. 12 Charakteristika příběhů z hlediska délky příběhů

	Krátký	Středně dlouhý	Dlouhý
Četnost příběhů	276 z 500	171 z 500	53 z 500
Procentní zastoupení	55,2 %	34,2 %	10,6 %

Typické krátké příběhy vypadaly např. takto:

- „*Chlapec stojí před obrazem, o obraz je opřená puška. Dopadne to tak, že chlapec vezme pušku a odejde.*“ (8BM, OP20)
- „*Nějakej pán tam kouří dýmku a žena na něj kouká.*“ (6GF, HB11)
- „*Chlapec líbá ženskou.*“ (10, JI06)

Středně dlouhé příběhy zahrnovaly např. tyto:

- „*Tohle je zahalený obličej nějakého staršího muže. Tohle je nějaký vrstevník a asi má úzkost. A dopadne to tak, že ten starší mu pomůže a tady to překrytí je asi límeček od kabátu.*“ (10, OP06)
- „*Tady je nějaká rodina, která má hospodářství. Má namakanýho, jak se to říká, nějakýho chasníka nebo tak. A to je jeho přítelkyně, tady má tchyni, která jenom kouká. Sejou, z jara. Dopadne to, že budou mít dobrou úrodu.*“ (2, HB10)
- „*Tak tohleto bych řekla, že to je hroznej smutek, to je hroznej smutek, žena pláče a neumí si pomoci. Neví, co má dělat, neví, co dál. (?) Nevím, ale je nešťastná, dopadne to asi špatně.*“ (3BM, JI14)

Dlouhé příběhy pak ilustrují např. tyto:

- *„Je to černobílé, takže pokud dobře vidím, tak ten kluk uvažuje... uvažuje. Dejme tomu, tady jsou housle, dejme tomu. Vidím to jako housle. Takže v minulosti se stalo to, že malý kluk si přál na své narozeniny nějakou hračku a chtěl hračku, která ho naučí nějakým způsobem si porozumět. A přál si nějaký hudební nástroj, aby se mohl vylepšit, dejme tomu, dejme tomu jak v hudbě, tak v cítění té hudby. A jak ty housle dostal, jako dostal je teďka v přítomnosti, tak nad nima sedí a přemýšlí, má vlastně ruce u hlavy, a přemýšlí, jestli si vybral dobrý nástroj, jestli mu to něco dá a jestli bude spokojený se svým výsledkem a jestli třeba to nebylo zbytečné, že to stálo tolik peněz, a on vlastně musí do toho dávat tu energii, kterou neví ještě, podle toho, jak je mladý, jestli jí na to bude mít.“ (1, OP12)*
- *„Tady, tady bych řekl, že to jsou dva lidi, který mají vyšší inteligenci. Vyšší inteligenci, a že se na něčem domlouvají. Řekl bych, že to je spisovatel, a ta ženská že jako je, jako by řekla, trochu má o něj obavy, že asi je to jako hodně jako pisatel jako nebo spisovatel, no a že jí to připadá jako jistota asi. Že jí řekne něco důležitýho, nevím sice co, ale... No, bych řekl, že jako to dopadne, že, že to si ten spisovatel sed, dá si skleničku, a ta ženská že půjde možná za nějakou kamarádkou a půjdou někam do cukrárny nebo tak.“ (6GF, HB09)*
- *„Na to koukám, někoho asi zabil, jak na to koukám. Ten leží na zemi, naproti němu... No, tohleto je přímo přepadení nějaký. Se píchne do žeber, no je to člověk, je, ten taky. Něco ho píchá nebo jak tomu mám rozumět. To je nějaká vzduchovka nebo to je něco jinýho. To je nějaký mladej policajt nebo co to je. No, něco takovýho. Přepadení nebo tak. (?) Neřádi utečou.“ (8BM, J104)*

Celkem sedmkrát se objevila situace, kdy všechny příběhy patřily do jedné kategorie. V šesti případech byly všechny příběhy krátké, a to u jednoho participanta s akutní psychotickou poruchou a pěti s paranoidní schizofrenií. U jedné participantky se schizoafektivní poruchou manického typu spadaly pak všechny příběhy do kategorie dlouhé.

Nadpoloviční převaha krátkých příběhů může mít několik příčin. Jedním z nich může být třeba z testové situace – pro participanty šlo o neobvyklou metodu, která je často zaskočila, což výstižně popsal jeden z respondentů slovy: *„To jsem vůbec netušil, že*

budeme probírat takovýdle věci teda, já jsem myslel, že budete mít nějaký otázky, a my probíráme takovýdle věci...“. Vytvoření krátkého příběhu je pak splněním zadání, ale zároveň vyhnutí se nepříjemně neznámé a potencionálně ohrožující situaci. Svou roli samozřejmě hraje také reálný deficit z hlediska teorie mysli, ID a obdobných dříve popsaných konceptů, který může mít přímý dopad na schopnost vytvářet příběhy zahrnující lidské postavy.

Emoční ladění příběhu

V kategorii emočního ladění byly příběhy hodnoceny jako pozitivní, negativní, nebo popisné. Jak ilustruje Tab. 13, většinu, přibližně 61 % příběhů, tvořily příběhy popisné. Do této kategorie byly zařazeny příběhy, ve kterých se žádné emoční hodnocení nevyskytovalo, nebo v nich byla zastoupena emočně nabitá klíčová slova rovnoměrně. Negativní emoční ladění mělo 25 % příběhů, a to buď výhradně, nebo negativní klíčová slova převažovala nad pozitivními. Pozitivně laděných příběhů byla oproti negativním přibližně polovina.

Tab. 13 Charakteristika emočního ladění příběhů

	Pozitivní	Popisný	Negativní
Četnost příběhů	68 z 500	307 z 500	125 z 500
Procentní zastoupení	13,6 %	61,4 %	25 %

Negativně laděné příběhy se rozdělily do několika kategorií. Nejvíce byla zastoupena kategorie depresivní pocity postavy, dále agresivní jednání a negativní vztahy s ostatními a téma špatného konce. Mezi pozitivně laděnými příběhy se nejčastěji objevovalo téma blízkého vztahu a pozitivního jednání s lidmi, dobrého konce a všeobecná pozitivní klíčová slova. Konkrétní příklady slov vyskytujících se v pozitivně a negativně laděných příbězích jsou uvedeny v Tab. 14. Je důležité zdůraznit, že emoční ladění příběhu bylo odvozováno od jeho celkového vyznění v kontextu. Slova zmíněná v Tab. 14 tedy nejsou rigidní kategorizací a mají spíše ilustrační charakter.

Tab. 14 Příklady klíčových slov určujících emoční ladění příběhu

<p>Negativní klíčová slova</p> <p><u>depresivní pocity</u>: nešťastný, sklíčený, smutný, brečet, plakat, trápit se, strach, úzkost, starosti, obavy, frustrovaný, zoufalý, zdrcený, zdeptaný, vyčerpaný, unavený, utrápený, strádat, bezmocný, bezradný, opuštěný, nevědět, co dělat, deprese, deprimovaný, zhroutit se, na dně sil, vzdát, neunést to, špatný, nedařit se, neúspěšný</p> <p><u>agresivní jednání</u>: dohadovat se, pohádat se, kárat, konflikt, křičet, okřiknout, nadávat, roztržka, vyčítat, zlobit, řvát, zmlátit, dát na holou, dát přes ústa, dostat na zadek, dostat přes pus, vlepít facku, řezat někoho, napadnout, šikanovat, mučit, uhodit, znásilnit, přepadení, okrást, rvačka, vražda, zakroutit krkem, vytáhnout střeva, vyndat ledviny, uškrtit, rozpárat břicho, píchat nožem, píchnout do žeber, kucht oběť, zničit člověka, zastřelit, odstřelit, krutý, morbidní, brutální, nebezpečný, sadista</p> <p><u>špatný konec</u>: rozejít se, utéct, odkopnout, odmítnout, opustit, rozvod, dopadnout špatně, sebevražda, zemřít, umírat, mrtvý, smrt, shořet v plamenech, spadnout meteorit</p>
<p>Pozitivní klíčová slova</p> <p><u>dobré vztahy</u>: mít se rádi, milovat, zamilovaný, láska, silné pouto, blízký vztah, pomoci, mít zájem o někoho, náklonnost, utěšovat, konejšit, přát někomu, pochopení</p> <p><u>dobrý konec</u>: dopadnout dobře, podařit se, zvládnout, uzdravit se, uspět, zlepšit se, vzít se, dohodnout se, usmířit se</p> <p><u>všeobecná</u>: dobrý, klid, pohoda, harmonie, pěkný, šťastný, radost, odměna, životní jistota</p>

Vlastní emoce výrazně projeví účastníci jen v následujících 4 případech:

- „Sex. (?) Špatně.“ (13MF, OP23).
- „Tady asi došlo k milostnému aktu a muž, silně unaven, si otírá čelo. Nevím, jaký je konec. Nevím. Jsem z toho v rozpacích.“ (13MF, OP32)
- „Ježiš, toho se mi nelíbí. Aha, asi nějaký přepadení a ten, co chránil ostatní, tak se s puškou zaklíní, a teď ho vytahují. Todle je James Bond. (?) Jak to dopadne. Vysvoboděj ho a bude zdravej.“ (8BM, HB10)
- „Je tam pole, na kterým oráč... Je to zoraný pole. Ta ženská má nějakou knihu. Je to hnusný.“ (2, JI03)

Pouze u jednoho participanta spadaly všechny příběhy do jedné kategorie, a to popisných příběhů. Pozitivně laděných příběhů u jednoho participanta bylo nejvýše 6, negativních pak 7.

Převaha popisných příběhů mohla být způsobena podobnými důvody, jako převaha krátkých příběhů, tedy téma z testové situace, snaha vyhnout se citlivým tématům aj. Zajímavé je velké množství negativně laděných příběhů, které ve svých podkategoriích dobře odráží problémy spojené se schizofrenií, tedy depresi a agresivní jednání.

Počet charakterů

Kategorie počet charakterů popisuje průměrný počet postav, který se vyskytoval v příbězích. Pokud se vyskytlo slovo vyjadřující neurčitý počet více osob (např. „chlapci“, „ostatní“), nebo byl počet osob zřejmý, ale charaktery nebyly rozlišené (např. „milenci“, „rodina“), byli tito počítáni jako jeden charakter.

Celkový průměr počtu charakterů vystupujících v příbězích je 1,8 a nejčastěji příběh obsahoval 2 charaktery. Je však důležité připomenout, že přestože přítomnost minimálně 2 postav v příběhu jsou podmínkou pro projevení ID, neznamená to, že se ID skutečně projevila. Pouze v 15 příbězích z 500 se nevyskytnul ani jeden charakter, nejvíce se pak vyskytly 4 postavy, a to ve 3 příbězích. V Tab. 15 je znázorněn průměr počtu charakterů na jednotlivých tabulích TAT.

Tab. 15 Průměrný počet charakterů dle tabulí TAT

Tabule	1	2	3BM	4	5	6GF	8BM	10	12M	13MF
Charaktery	1,36	2,22	1,36	1,98	1,48	1,96	1,86	1,92	1,98	1,96

Průměrný počet charakterů zmíněných v příbězích přibližně odpovídá skutečnému počtu postav na tabuli, s výjimkou tabulí 5 a 8BM. Na tabuli 5 se vyskytuje jedna postava, průměrně však bylo zmíněno 1,48 charakterů. Tato tabule obvykle vyvolávala nižší úroveň ID, např. že žena někoho hledá či komunikuje s osobou, která na obrázku není vidět, ale je přítomna. Výjimečně však vyvolala i vyšší úroveň ID, např. že žena čeká příchod návštěvy apod. U tabule 8BM se objevil opačný trend. Přestože na obrázku jsou zachyceny 4

postavy, průměrně jich bylo zmíněno jen 1,86. Nejčastěji se jako charakter vydělil chlapec v popředí a zbývající osoby byly popsány jako „oni“, „ti vzadu“ apod.

„Nevím“

Slovo „nevím“ bylo jako odpověď zmíněno spontánně v 89 příbězích z 500 a po doptávání se vyskytlo v 134 příbězích z 500, tedy více než čtvrtině z nich. Důvody pro časté užívání tohoto slova jako odpovědi se částečně překrývají s důvody pro vytváření krátkých a popisných příběhů, tedy tréma z testové situace nebo snaha vyhnout se citlivým tématům, např. partnerským vztahům, ale také sexuální scénám (při jedné z odpovědí „nevím“ byla po doptání zmíněna např. nekrofilie). Teoreticky existuje také možnost, že participant skutečně nevěděl, jaký příběh vytvořit. Z hlediska ID je důležité, že odpověď „nevím“ byla často reakcí na doptání se na části zadání, které participant nezmínil spontánně, a samotné doptání tedy nezvýšilo míru projevené ID.

Další jevy

Během vytváření příběhů se vyskytlo několik dalších jevů, které přes svou nízkou četnost stojí za zmínění. Objevilo se např. začlenění nemoci participanta do příběhu, prohození rolí postav v příběhu, rýmování příběhu, a některé další.

Začlenění nemoci participanta do příběhu se objevilo třikrát, a to buď zmínkou, že osoba na obrázku má schizofrenii, nebo zakomponování jejich projevů do příběhu:

- *„Hele, má drahá, víš jako, já jsem tady z toho úplně zoufalej a hotovej, ted'ka mě tady pronásledujou, čekám, až mě přijdou odstřelit, a ty na mě koukáš, jak kdybys chtěla posledního doušku toho našeho příběhu tady, aby vůbec nějakým způsobem tady dopadl dobře. Co ty na to? – No, tak to já bych ráda. – No ale já musím koukat, já nemůžu nikam jít od okna, prostě musím neustále koukat a hlídat a hlídkovat, nebo mě dostanou.“ (4, OP07)*
- *„Žena v minulosti políbila muže, přestože nechtěla i chtěla, nevěděla, protože nad ní stál někdo, kdo jí našeptával, aby to udělala. Že tam je člověk, který jí hlásí do hlavy, aby dělala, co třeba ona nechce nebo chce, a ona to nemůže nějakým*

způsobem ovlivňovat, protože ten hlas nezná a neví, kde se bere, protože tady vůbec není obličej jakože snímaný. Je to jenom nějaký stín, a pokud ona těm hlasům bude naslouchat, tak ji to buď může zničit, a nebo naopak jim může čelit, pokud bude dost silná. A nejlépe se může léčit.“ (10, OP12)

- *„Tohlencto, to mi zas připomíná mámu, protože ta byla hodně nešťastná z mojí nemoci, těch patnáct let, takže jako.... Ale zas jako, až takhle jako zase jako ne teda no. Že jako prostě takovej smutek jako a zároveň jako bezmocnost, jako pomoct. Anebo ještě bych viděl jako třeba nějakýho pacienta v léčebně, nebo pacientku, která si neví rady, co jako co bude dál jako no. (?) Jak to dopadne, jak to dopadne... Bych řek, že bude dlouho ještě, dlouho nemocná. Nebo jako dlouho takhle jako. Že to je na delší dobu. To dopadne tak, že to bude trvat delší dobu, než se uzdraví.“ (3BM, HB09)*

Prohození rolí postav v příběhu během vyprávění se vyskytlo dvakrát:

- *„No, tak to vidím jako že muž zavraždil svoji ženu z nevěrnosti. Spala, ale že viděl, že mu zahýbá, tak ho prostě bodla někde nožem, a teď nad tím lituje, co udělala, úplně chce zdrhat pryč, jako věznice Shawshank, něco takového, jak tam byla ta nespravedlnost a takhle, jestli jste ten film viděla. Takže něco v tom smyslu, no.“ (13MF, OP10)*
- *„Ta herečka se ho dotýká, on kouká někam mimo, a ona chce, aby koukala na něj.“ (4, HB11)*

Dalším zvláštním jevem bylo **rýmování příběhů**, které se vyskytlo u jednoho participanta čtyřikrát, přestože byl upozorněn, že rýmovat příběhy není nutné:

- *„Byl jednou jeden fracek a ten dostal k narozeninám klacek. Vyřezal z něho housle, udělal to tak, že měl části na něm vykouslé. A tak se na něj díval a přitom píseň zpíval. To jsou housle a mé myšlenky už ukouslé.“ (1, OP07)*

Výjimečně se pak objevovaly zmínky, že postava na obrázku připomíná participantovi jeho blízkou osobu nebo že tabule vypadají jako umělecké dílo (záběr z filmu, malba). Několik příběhů bylo vyprávěno za použití přímé řeči, což je považováno za ztrátu odstupů,

a ID se v takovém případě skóruje pouze při dosažení internalizace jiného charakteru, tedy úrovní ID 5-9 (Feffer et al., 2008).

▪ **Jak se liší výsledky měření ID u osob se schizofrenií oproti známým zjištěním?**

Cílem této práce bylo zkoumat vztah mezi mírou ID a vybranými proměnnými a popsat specifika příběhů k tabulím TAT u osob se schizofrenií a ve výzkumu tedy nebyla využita kontrolní skupina. Pro ilustraci odlišnosti skupiny osob se schizofrenií od ostatních skupin, kde byla ID zkoumána, byly výsledky všech 3 způsobů skórování ID porovnány s jinými výzkumy, jejichž výsledky byly autorce dostupné. Konkrétně šlo o výzkum Burkman u klientů kliniky psychologie při University of North Texas a Jenkins u studentů University of North Texas (Jenkins 1) a u klientů kliniky psychologie při University of North Texas (Jenkins 2), všechny dostupné v práci Burkman (2008). Z českých výzkumů byla do srovnání zařazena práce Winklerové (2011), která zkoumala ID u osob s alexithymií (Winklerová 1) a zdravých kontrol (Winklerová 2), avšak vzhledem k nízkému počtu participantů v tomto výzkumu je srovnání spíše orientační. Výsledky byly statisticky zpracovány t-testem pro zjištění rozdílu oproti známému průměru. Ukázalo se, že rozdíl v míře ID u osob se schizofrenií a ostatních souborů je signifikantní na hladině významnosti $p = 0,05$ při použití způsobu vyhodnocování BE a OM a na hladině významnosti $p = 0,01$ při použití způsobu skórování MH. Z tohoto srovnání vyplývá, že míra ID je skutečně výrazně odlišná oproti zdravým osobám a klientům kliniky psychologie. Výsledky statistického vyhodnocení jsou shrnuty v Tab. 16.

Tab. 16 Srovnání výsledků výzkumů interpersonální decentrace

		Burkman	Jenkins 1	Jenkins 2	Winklerová 1	Winklerová 2
N		48	1166	61	20	22
BE	<i>průměr</i>	8,75	7,80	6,70		
	<i>SD</i>	1,13	1,32	2,00		
	<i>t</i>	-38,15	-30,85	-22,39		
	<i>p</i>	0,02	0,02	0,03		
MH	<i>průměr</i>	5,30	5,40	4,60		
	<i>SD</i>	1,90	1,13	1,50		
	<i>t</i>	-621,00	-641,00	-481,00		
	<i>p</i>	0,001	0,001	0,001		
OM	<i>průměr</i>	3,83	3,80	3,80	3,54	3,55
	<i>SD</i>	1,02	0,83	1,30	0,72	0,56
	<i>t</i>	-51,57	-50,71	-50,71	-43,29	-43,57
	<i>p</i>	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

BE (best effort): nejvyšší ze všech skóre ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skóre ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

Kvalitativní specifika protokolů TAT u osob se schizofrenií oproti ostatním populacím se nepovedlo dohledat. Bohaté náměty však lze čerpat z ROR, která se řadí mezi nepoužívanější projektivní psychodiagnostické nástroje, a jevy spojované s projevy psychotických onemocnění a schizofrenií jsou dobře zmapované. Mezi hlavní ukazatele schizofrenních znaků patří v ROR index percepčního myšlení (Perceptual-Thinking Index, PTI) a index poškození ega (Ego Impairment Index, EII). Index PTI je sycen zejména nízkou kvalitou percepčního zpracování, a to jak všeobecně, tak konkrétně u odpovědí s determinantou lidského pohybu, a dále kognitivními nedostatky, které odrážejí poruchu testování reality (Hilsenroth, Eudell-Simmons, DeFife, & Charnas, 2007). EII navíc pracuje s depresivními obsahy a dobrými či špatnými lidskými odpověďmi (Perry, Viglione Jr., & Braff, 1992). Od obtíží v oblasti percepce a myšlení se následně odvíjejí neobvyklé jazykové formulace a celkově nižší jazykové schopnosti (Ilonen, Heinimaa, Korkeila,

Svirskis, & Salokangas, 2010). Přestože TAT s těmito indexy systematicky nepracuje, na základě obsahové analýzy lze říci, že tyto jevy se v příbězích částečně projevují.

Zvláštnosti v percepci se objevovaly v příbězích zejména tak, že postavy a objekty na tabulích TAT byly vnímány na stejné úrovni důležitosti, jak ilustrují následující úryvky příběhů:

- „Na obrázku je žena, která nakukuje dovnitř do místnosti. Ruku má na klíče otvírajících se dveří, na obrázku je vidět stůl, na kterém je lampa, je dále vidět komoda, knihovnička s knihami, pravděpodobně stojí trochu nakřivo...“ (5, OP08)
- „Na obrázku je jasně vyznačeno popředí. Muž uprostřed obrázku s kravatou, košilí, kalhoty s páskem, v levém dolním rohu v dolní části na pozadí je nejspíš žena, postava s dlouhými vlasy, obličejem, jdu jí jasně vidět ňadra, takže se jedná o ženu, která leží, má zakrytý obličej pravou rukou. V horním rohu je obrázek, na kterém je buď psí bouda, anebo malý dům a stromy. V pravém dolním rohu je stůl a na něm jsou položené květiny. Část levého dolního rohu zakrývá lampa, která na obrázku není celá.“ (13MF, OP08)
- „Je tam pokoj, kde je jenom jedno lůžko s ženou, která je, mi připadá, taková unavená, se spuštěnou rukou, odhalená do půl pasu. A vedle je stůl s knihami a jedna židle a muž, který je oblečený, taky s kravatou.“ (13MF, OP31)
- „Je tam místnost se stolem, květiny, lampa, knížky. A nakukuje nějaká žena do té místnosti. Asi nikoho nevidí.“ (5, HB11)
- „Tady je obraz paní, kytička, kytička je na stole. Nevím.“ (5, JI01)

Drobné detaily navíc někdy měly přímý vliv na vytváření příběhu:

- „Tak muž asi vstal – i když to je jednolůžko, aha, tak to asi ne. Tak asi leží nahá žena v posteli a muž je stydlivý, tak si zakrývá oči, že se na to nemůže dívat.“ (13MF, OP09)
- „Co udělá? Buď si zajde k doktorovi, utřídí si to, nebo si zavolá na linku bezpečí, nebo si přečte nějakou knihu, když tu má tři knihy, dvě, třeba ty knihy jsou jenom tam proto, aby tu jednu z těch dvou si vybral a nějak mu to v paměti hrklo, že třeba tak se k ní nemá chovat, a že můžou mít spokojený život, když on se změní, anebo když jí vysvětlí, jak by se k němu měla jinak chovat.“ (13MF, OP12)

- „*Tak má šmytec akorát do ruky, vzdáleností, tak myslím, že by to mohlo bejt akorát dobře dopadnutý.*“ (1, HB10)
- „*To je z nějaký starší chalupy. Tady je kytka, obrázek, vedle toho je, tý skříně nebo co to je, to vypadá na nějakou starožitnost. (?) Pokračovat... Co mě jako nesedí je tadleta u dveří ta koule.*“ (5, J102)

Kognitivní nepřesnosti se pak v pojetí kognitivních skóre v ROR objevovaly zejména ve smyslu deviovaných verbalizací, konkrétně redundancí, typicky na tabuli 10 (např. „*pár dvou lidí*“, „*pár dvou Číňanů*“). Závažnější kognitivní deficit ve smyslu rorschachovské nepřiléhavé logiky (ALOG) se pak objevil pouze jednou, u vysvětlení, proč je postava na tabuli 3BM otočená zády - „*Se schovala před námi, abysme na ni neviděli.*“ Celkově se jevy spojené s kognitivními skóre v ROR objevovaly spíše výjimečně.

Z výše popsaných jevů vyskytujících se u osob se schizofrenií v protokolech ROR se projevovaly také chudé vyjadřovací schopnosti a neobvyklé jazykové formulace, které mohou z obtíží v oblasti percepce a kognitivních procesů pramenit.

8. DISKUZE

8.1 DISKUZE O METODICE

Mezi hlavní limity výzkumu patří zejména jeho nízká generalizovatelnost. Specifikem výzkumu je, že účastníci byli získáváni v psychiatrických institucích, kde byli hospitalizováni, a jedná se tedy o prognosticky náročnější soubor. Je možné, že výsledky osob se schizofrenií v ambulantní péči či bez odborné péče by se od zde prezentovaných výsledků lišily. Dobrá je reprezentativnost výzkumu v ohledu většinového zastoupení paranoidní schizofrenie (42 participantů z 50), která je nejčastějším subtypem, a také většího počtu mužů ve výběrovém souboru, což opět odráží reálný výskyt u hospitalizovaných pacientů.

Druhým omezením může být nezkušenost autorky, která se mohla dopustit chyb ve skórování a mírného zkreslení výsledků. Vliv tohoto faktu jsme se snažili minimalizovat četnými konzultacemi s vedoucím diplomové práce, PhDr. Martinem Lečbychem, Ph.D., který je zkušeným odborníkem v oblasti projektivních technik, a dále pečlivým teoretickým nastudováním, tréninkem skórování ID u 12 zdravých participantů v rámci předvýzkumu a revizí skórování v rámci výzkumu.

8.2 DISKUZE O VÝSLEDČÍCH

Celkově spadala většina příběhů k TAT do úrovně ID 1-4, tedy takových, které nevyžadují internalizaci jiné osoby, a v podstatě jen popisují sled akcí a reakcí charakterů. Tato nízká míra ID u osob se schizofrenií koresponduje s výsledky aktuálních výzkumů z oblasti sociální kognice, zejména ToM. Ty ukazují, že problémy v této oblasti jsou validním příznakem schizofrenie (Biedermann, Frajo-Apor, & Hofer, 2012) a také že existuje souvislost mezi problémy v oblasti sociální kognice a dalších kognitivních funkcí (Jha, 2012).

Statistické vyhodnocení výsledků ukázalo, že pohlaví, přítomnost partnerského vztahu, vzdělání, ani závažnost onemocnění významně neovlivňují úroveň ID, což evokuje množství otázek. Jednou z nich je vlastní povaha konceptu ID. Dle současné literatury je možno chápat ID jako schopnost, osobnostní rys, nebo nepravidelně se objevující výkon, a od preferovaného pojetí se následně odvíjejí tři různé způsoby skórování její míry v TAT.

Autorka této práce považovala ID na základě studia literatury a teoretického základu konceptu v Piagetově vývojové teorii spíše za schopnost, která se skutečně může projevovat nepravidelně a sporadicky. Tento přístup naznačuje, že jelikož v rámci schizofrenie dochází ke kognitivnímu deficitu, bude zřejmě docházet k postupnému poklesu i v oblasti ID. Zjištění, že není významný rozdíl mezi výsledky pacientů s různou závažností onemocnění, však tuto myšlenku zpochybňuje. Pokud se míra ID statisticky významně neliší u pacientů s akutní psychotickou poruchou, první atakou a opakovanými hospitalizacemi, zřejmě dochází k poklesu ID velmi brzy, pravděpodobně již před první hospitalizací, a zdá se tedy, že jej lze považovat spíše za prodrom nemoci či koncept blízký osobnostnímu rysu. Tato možnost by byla v souladu s dříve popsanou neurovývojovou teorií schizofrenie, která předpokládá, že onemocnění vzniká velmi časně, projevuje se již v dětství, a samotná schizofrenie je pak pouze dalším stádiem vývoje. U osob se schizofrenií je popsáno, že mají nižší schopnost mentalizace, a lze předpokládat, že se tak děje v důsledku nízké míry ID, která je jejím předpokladem. Pokud se toto projevuje již v dětství, jak postulují např. ToM, může být výsledkem, že dítě má málo sociálních kontaktů a nerozvíjí tedy sociální dovednosti, což vede k obtížím v porozumění interpersonálním vztahům. Zde se z hlediska vývojové tendence dostáváme do oblasti projevů schizoidních rysů a prodromů schizofrenie, Bleulerem dříve popisovaných jako autismus. Je otázkou, zda míra ID s progredujícím onemocněním dále klesá – dalo by se tak čekat např. z hlediska poruchy dopaminergního systému, který se u schizofrenie pojí s negativními symptomy a kognitivním deficitem (Murray, Lappin, & Di Forti, 2008; Moncrieff, 2009), což obojí může ovlivňovat, respektive dále zhoršovat porozumění druhým a sociální fungování. Je však také možné, že pokud je ID narušena již v dětství, nestihne se ve skutečnosti v důsledku onemocnění dostatečně vyvinout, aby mohla následně klesnout. Pro bližší objasnění vývoje ID by byl nutný další, nejlépe longitudinální výzkum ID u dětí a jejich změn v průběhu onemocnění schizofrenií. Vnímání ID jako stabilního osobnostního rysu či prodromu by každopádně částečně vysvětlilo, proč nevyšel signifikantní vliv žádné ze zkoumaných proměnných na skóry ID – vývojově by se mohlo jednat o stabilní koncept, který se po dosažení určité úrovně zůstává stále na přibližně stejné míře, a aktuální proměnné jako vzdělání či závažnost onemocnění jej nemohou ovlivnit.

Z kvalitativního hlediska byly příběhy nejčastěji krátké a popisné, bez převládajícího pozitivního či negativního emočního ladění. Jednou z příčin může být, že jde o nejbezpečnější způsob, jak vyhovět zadání, a zároveň se vyhnout pocitu ohrožení vyplývajícího z neznámé situace. Na druhou stranu je velmi pravděpodobné, že určitou trému při zadávání TAT pociťují i zdraví lidé, a nevede u nich k vytváření takového množství krátkých a popisných příběhů. Je však možné, že tréma a nízká míra ID se vzájemně podporovaly – kvůli nepříjemnému pocitu z neznámé situace tvořili účastníci výzkumu spíše krátké a popisné příběhy, ve kterých se ID neměla možnost projevit. Vztah ovšem zřejmě platí oboustranně, tedy nízká míra ID mohla být příčinou, proč byly příběhy spíše krátké a popisné. Toto je také možným vysvětlením, proč se v příbězích neprojevovaly kognitivní obtíže a další jevy spojované se schizofrenií v projektivních metodách tak, jak jsou popsány např. v ROR.

Otevřenou otázkou k diskuzi zůstává, co je z psychologického hlediska ve skutečnosti prvotním zdrojem obtíží v sociálních vztazích. Nízká míra ID nebo absence schopnosti mentalizace dle ToM jsou teorie, které tento jev dobře popisují a vzájemně se doplňují. Je však možné, že skutečným problémem je narušení jiné schopnosti, a to tak samozřejmé, že její dysfunkci u schizofrenie zatím přehlízíme.

8.3 PODNĚTY PRO PRAXI

V dalších výzkumech by bylo vhodné pokusit se o sestavení reprezentativního vzorku osob se schizofrenií, aby se ozřejmilo, zda je koncept ID skutečně tak stabilní, jakým je jeví, anebo přeci jen existuje jistá variabilita, která se pouze neprojevila v tomto výzkumu. Obzvláště důležité by bylo zařadit do výzkumu nejen hospitalizované pacienty, ale také osoby v ambulantní či bez odborné péče. Povahu konceptu by zřejmě pomohl osvětlit longitudinální výzkum míry ID u osob se schizofrenií, a to nejlépe od dětství, aby bylo možno zachytit, zda a do jaké doby se ID vyvíjí normálně, a jak se mění v průběhu nemoci. Teoreticky i prakticky přínosné by pak bylo systematické sledování vlivu kognitivní rehabilitace na ID a také zjištění, zda je TAT vhodným nástrojem k měření její změny. Nyní je koncept ID dobře využitelný v klinické psychodiagnostice k porozumění specifikům vnímání sociálních situací u osob se schizofrenií a zmapování míry ID u konkrétního pacienta.

9. ZÁVĚRY

Míra ID u pacientů se schizofrenií je všeobecně nízká. Průměrně se míra ID pohybuje na nižších úrovních, které nevyžadují internalizaci jiné osoby, případně se neprojevuje vůbec.

Statistické vyhodnocení výsledků ukázalo, že:

- Míra ID se statisticky signifikantně neliší u mužů a žen.
- Míra ID se statisticky signifikantně neliší u osob s partnerským a bez partnerského vztahu.
- Míra ID se statisticky signifikantně neliší dle vzdělání.
- Míra ID se statisticky signifikantně neliší dle závažnosti onemocnění.
- Mezi mírou ID projevenou spontánně a po doptávání na části zadání, které nebyly spontánně zmíněny, nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl.

Specifika příběhů k tabulím Tematického apercepčního testu (TAT) u osob se schizofrenií jsou následující:

- Vytváření zejména krátkých příběhů do dvou vět.
- Vytváření příběhů převážně popisných, bez převládajícího pozitivního či negativního emočního ladění.
- Počet charakterů v příběhu obvykle odpovídá reálnému počtu osob znázorněných na tabulích TAT.

Oproti známým zjištěním je míra ID u osob se schizofrenií statisticky signifikantně nižší. Stejně jako v ROR se u této populace objevují problémy v oblasti percepce, zejména přiřkládání stejné důležitosti osobám a předmětům, a také chudé či zvláštní jazykové vyjadřování. Oproti očekávání se téměř neprojevují problémy v oblasti kognice.

Výzkum potvrdil zjištění analýzy problematiky sociální kognice, že lidé se schizofrenií mají v této oblasti obtíže, a zmapoval jejich projevy v TAT. Nepotvrdila se souvislost mezi mírou ID a zkoumanými proměnnými, což vyvolalo otázky ohledně povahy konceptu ID.

SOUHRN

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které ovlivňuje řadu psychických funkcí, např. myšlení, cítění či jednání. Aktuální výzkumy se shodují, že jedním ze symptomů a problémů se schizofrenií spojených je deficit v oblasti sociální kognice. Ta je definována jako způsob, jakým lidé myslí, vnímají a vyvozují závěry o duševních a citových stavech jiných lidí. Jedním z konceptů, které se touto problematikou zabývají, je interpersonální decentrace (ID). ID popsal Melvin Feffer na základě teorie kognitivního vývoje Jeana Piageta jako schopnost přemýšlet o druhých, rozlišovat jednotlivé charaktery v sociální situaci a vztahy mezi nimi a nazírat na sociální situace z různých perspektiv. Z vývojového hlediska je tento teoretický konstrukt spojený s rozvojem empatie a překonáváním egocentrického pohledu na interpersonální vztahy. Míra ID se mění v průběhu života. Zatímco dítě ještě není schopné zaujímat různé perspektivy a uvědomovat si, že lidé mohou mít na jednu věc různé názory, zdravý dospělý člověk by toho měl být schopen přirozeně. Podobným tématem se zabývá také o něco rozšířenější koncept Teorie mysli (ToM). ToM vychází z předpokladu, že si někteří lidé neuvědomují, že ostatní lidé mají taky mysl, a nejsou schopni porozumět jejich psychickým obsahům. Frith předpokládá, že u osob se schizofrenií je toto způsobeno nedostatečným rozvojem sociokognitivních dovedností v dětství, neboť tito lidé bývají popisováni spíše jako samotáři s minimem přátel a tyto dovednosti tedy neprocvičují. Cílem výzkumu bylo zmapovat tyto obtíže právě z hlediska teorie ID, a to prostřednictvím projektivní psychodiagnostické metody Tematického apercepčního testu (TAT).

Výzkumný soubor tvořilo 50 pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách se schizofrenním onemocněním, z toho 45 pacientů se schizofrenií a 5 s jinou diagnózou z okruhu F2 dle MKN-10. Z účastníků výzkumu bylo 36 mužů a 14 žen. Průměrný věk byl 35 let a účastníci měli obvykle 12 let vzdělání. Nejčastější závažnost onemocnění přibližně odpovídala 3 atakám ve věku 20 let nebo 5 atakám ve věku 34 let.

Všichni účastníci byli seznámeni s tématem a průběhem výzkumu a podepsali informovaný souhlas, který zaručoval možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit a anonymitu při zpracování dat. Poté byli účastníci dotázáni na základní demografické údaje a následně jim bylo zadáno 10 tabulí TAT (1, 2, 3BM, 4, 5, 6GF, 8BM, 10, 12M, 13MF), ke

kterým měli vytvořit krátký příběh. Každý příběh byl rozdělen do interakčních jednotek, tedy momentů v příběhu, kdy se v něm vyskytují alespoň 2 charaktery, a u každé interakční jednotky byla skórována míra ID na úrovních 1-9. Byly použity tři způsoby skórování dle různých teoretických pojetí: skór BE (best effort, považuje ID za schopnost), skór OM (overall mean, považuje ID za osobnostní rys) a skór MH (mean of highest, považuje ID za nepravdělně se projevující výkon). Všechny tři způsoby skórování byly vypočítány jak při spontánní produkci participanta, tak po doptávání se na části zadání, které participant spontánně nezmněl. Ke zjištění statisticky signifikantních rozdílů mezi skupinou mužů a žen a mezi lidmi s partnerským a bez partnerského vztahu byl použit Studentův t-test. K nalezení souvislosti mezi mírou ID a vzděláním a závažností onemocnění byl vypočítán Pearsonův korelační koeficient r . Dále byla provedena obsahová analýza příběhů k tabulím TAT, a to z hlediska délky příběhu, jeho emočního ladění a počtu charakterů v příběhu.

Míra ID u pacientů se schizofrenií je všeobecně velmi nízká. Dle hodnocení BE, které považuje ID za schopnost, byl průměrný skór míry ID 3,66 před a 3,92 po doptávání. Míra ID dle hodnocení MH, které ji považuje za výkon, byla 2,20 před a 2,19 po doptávání. Dle hodnocení OM, které považuje ID za osobnostní rys, se míra ID pohybovala průměrně na úrovni 2,06 před a 1,99 po doptávání. Studentův t-test na hladině $p = 0,05$ neprokázal statisticky signifikantní rozdíl u žen a mužů, ani u osob s partnerským a bez partnerského vztahu. Pearsonův korelační koeficient r neprokázal na hladině významnosti $p = 0,05$ statisticky signifikantní souvislost mezi mírou ID a vzděláním ani závažností onemocnění. Míra ID u pacientů se schizofrenií je oproti ostatním jiným souborům známým z literatury (studenti VŠ, klienti kliniky psychologie, lidé s alexithymií) statisticky signifikantně nižší na hladině významnosti $p = 0,05$.

Z hlediska délky příběhů byla více než polovina příběhů krátkých do 2 vět, třetina příběhů středně dlouhých mezi 3-5 větami, zbývající pak delší. Do kategorie popisných příběhů, ve kterých se buď neobjevovala emočně zabarvená slova, nebo byly pozitivní a negativní výrazy v rovnováze, bylo zařazeno 61 % z nich. Negativně laděných příběhů bylo 25 % příběhů, 14 % pak pozitivně. Nejčastěji se v příbězích objevovaly 2 charaktery a průměrný počet charakterů na tabuli ve většině případů odpovídal reálnému počtu osob, které jsou na kartě zobrazené.

Z jevů, které se obvykle vyskytují u osob se schizofrenií v nejrozšířenějším psychodiagnostickém projektivním nástroji, ROR, se projevovaly obtíže spíše v oblasti percepce než v oblasti kognice, a to tak, že osoby a věci byly vnímány jako stejně důležité podněty. Kognitivní skóry dle rorschachovského hodnocení se objevovaly velmi výjimečně. Zřejmě jako důsledek narušení percepčních a kognitivních schopností se u některých respondentů projevovaly chudé jazykové dovednosti a zvláštní slovní obraty.

Výsledky korespondují s poznatky z oblasti sociální kognice, zejména výzkumů ToM, a vyvolávají otázky ohledně povahy konceptu ID, jeho stability a vývoje v souvislosti se schizofrenií. Velmi vhodný by byl longitudinální výzkum ID u osob se schizofrenií, nejlépe od dětství, který by otázku ID u této populace objasnil, a také výzkum zabývající se možnostmi rehabilitace ID. V současné době je měření ID prostřednictvím TAT dobrou možností, jak v klinických podmínkách ověřit její míru.

LITERATURA

- (1) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- (2) Bebbington, P. E., & Kuipers, E. (2011). Schizophrenia and Psychosocial Stresses. In D. R. Weinberger, & P. J. Harrison (Eds.). *Schizophrenia* (pp. 601-624). Chichester: John Wiley & Sons.
- (3) Bellak, L. (1971). *The Thematic Apperception Test and The Children's Apperception Test in clinical use*. New York: Grune & Stratton.
- (4) Bender, L. (1953). Childhood Schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 27(1-4), 663-681. doi: 10.1007/BF01562517
- (5) Biedermann, F., Frajo-Apor, B., & Hofer, A. (2012). Theory of Mind: It's Relevance in Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 71-75. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503624
- (6) Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of Mind Impairment in Schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109, 1-9. doi: 10.1016/j.schres.2008.12.020
- (7) Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in Adult Attachment Narratives: Reflective Functioning, Mental States, and Affect Elaboration Compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66. doi:10.1037/0736-9735.25.1.47
- (8) Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(1), 21-26.
- (9) Briskman, J., Happé, F., & Frith, U. (2001). Exploring the Cognitive Phenotype of Autism: Weak „Central Coherence“ in Parents and Siblings of Children with Autism: I. Experimental Tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 299-307. doi: 10.1111/1469-7610.00723
- (10) Brüne, M. (2005). „Theory of Mind“ in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42. doi: 10.1093/schbul/sbi002

- (11) Burkman, S. D. (2008). *Interpersonal Decentering and Psychopathology in a University Clinic Sample*. (Nepublikovaná diplomová práce). University of North Texas v Dentonu.
- (12) Corcoran, R. (2001). Theory of Mind and Schizophrenia. In P. W. Corrigan, & D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia* (pp. 149-174). Washington, DC: American Psychological Association.
- (13) Das, P., Lagopoulos, J., Coulston, C. M., Henderson, A. F., & Malhi, G. S. (2012). Mentalizing Impairment in Schizophrenia: A Functional MRI Study. *Schizophrenia Research*, 134(2-3), 158-164. doi:10.1016/j.schres.2011.08.019
- (14) Diamond, D. M. (1958). Role-taking Ability and Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 321-324. doi: 10.1002/1097-4679(195807)14:3<321::AID-JCLP2270140331>3.0.CO;2-U
- (15) Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2011). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(8), 520-526. doi: 10.1097/01.nmd.0000195316.86036.8a
- (16) Feffer, M., & Jahelka, M. (1968). Implications of the Decentering Concepts for the Structuring of Projective Content. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(4), 434-441.
- (17) Feffer, M., & Suchotliff, L.. (1966). Decentering Implications of Social Interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(4), 415-422.
- (18) Feffer, M., Leeper, M., Dobbs, L., Jenkins, S. R., & Perez, L. E. (2008). Scoring Manual for Feffer's Interpersonal Decentering. In S. R. Jenkins (Ed.), *A handbook of clinical scoring systems for thematic apperceptive techniques* (pp. 157-180). New York: Lawrence Elbaum Associates.
- (19) Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The Widening Scope of Mentalizing: A Discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110. doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x
- (20) Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neurology of Schizophrenia*. Psychology Press.
- (21) Gaebel, W. (2012). Status of Psychotic Disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 895-898. doi: 10.1093/schbul/sbs104

- (22) Glynn, S., & MacKain, S. (1992). Training life skills. In D. J. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp. 393-406). London: Chapman & Hall.
- (23) Harrington, L., Siegert, R., & McClure, J. (2005). Theory of Mind in Schizophrenia: A Critical Review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(4), 249-286. doi: 10.1080/13546800444000056
- (24) Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- (25) Helfand, I. (1956). Role Taking in Schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 20(1), 37-41. doi: 10.1037/h0048980
- (26) Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat : analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- (27) Hilsenroth, M. J., Eudell-Simmons, E. M., DeFife, J. A., & Charnas, J. W. (2007). The Rorschach Perceptual-Thinking Index (PTI): An Examination of Reliability, Validity, and Diagnostic Efficiency. *International Journal of Testing*, 7(3), 269-291. doi: 10.1080/15305050701438033
- (28) Hloušková, M. (2011). *Percepce nepřímé agrese u dětí s poruchami chování*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- (29) Hogarty, Q. E., & Flesher, S. (1999a). Developmental Theory for a Cognitive Enhancement Therapy of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 677-692.
- (30) Hogarty, Q. E., & Flesher, S. (1999b). Practice Principles of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 693-708.
- (31) Horáček, J., Flegr, J., Tintěra, J., Verébová, K., Španiel, F., Novák, T., ... Höschl, C. (2012). Latent Toxoplasmosis Reduces Gray Matter Density in Schizophrenia but Not in Controls. Voxel-based-morphometry (VBM) Study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13(7), 501-509. doi: 10.3109/15622975.2011.573809
- (32) Horowitz, E. (1981). Popularity, Decentering Ability, and Role-taking Skills in Learning Disabled and Normal Children. *Learning Disability Quarterly*, 4(1), 23-30. doi: 10.2307/1510709
- (33) Hosák, L. (2000). *Farmakoekonomika v psychiatrii*. Praha: Galén.
- (34) Hosák, L., Šilhán, P., & Hosáková, J. (2012a). Genomic Copy Number Variations: A Breakthrough in Our Knowledge on Schizophrenia Etiology?. *Neuroendocrinology Letters*, 33(2), 183-190.

- (35) Hosák, L., Šilhán, P., & Hosáková, J. (2012b). Využití endofenotypů v genetickém výzkumu schizofrenie. *Psychiatrie*, 16(3), 157-166.
- (36) Humfress, H., O'Connor, T. G., Slaughter, J., Target, M., & Fonagy, P. (2002). General and Relationship-specific Models of Social Cognition: Explaining the Overlap and Discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 873-883.
- (37) 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(2), 151-156. doi: 10.1016/j.psychres.2009.04.011
- (38) Jenkins, S. R., Čermák, I., & Fikarová, T. (2012). Koncept interpersonální decentrace v interpretaci příběhů evokovaných Tematicko-apercepčním testem: případ Lucie. In I. Čermák, & T. Fikarová (Eds.), *Tematicko-apercepční test: interpretační perspektivy*. Nové Zámky: PSYCHOPROF, v tisku.
- (39) Jha, M. (2012). Theory on Mind Deficit in Schizophrenia and Associated Cognitive Functions. *Psychological Studies*, 57(3), 283-291. doi: 10.1007/s12646-012-0148-8
- (40) Jenkins, S. R., Dobbs, L., & Leeper, M. (2005, March). *Feffer's Interpersonal Decentering Scoring System and Relationship Violence in a Clinical Sample [Power Point slides]*. Reading given at Annual Meeting of the Society for Personality Assessment, Chicago, IL, USA.
- (41) Kangová, S. M., Dayová, J. D., & Mearaová, N. M. (2007). Sociální a emoční inteligence: zahájení diskuse o jejich podobnostech a rozdílech. In R. Schulze, & R. D. Roberts (Eds.), *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací* (pp. 111-125). Praha: Portál.
- (42) Kirkpatrick, B., & Galderisi, S. (2008). Deficit Schizophrenia: An Update. *World Psychiatry*, 7(3), 143-147.
- (43) Kooyman, I., & Walsh, E. (2011). Societal Outcomes in Schizophrenia. In D. R. Weinberger, & P. J. Harrison (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 644-665). Chichester: John Wiley & Sons.
- (44) Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- (45) Leeper, M., Dobbs, L., & Jenkins, S. R. (2008). Melvin Feffer's Interpersonal Decentering. In S. R. Jenkins (Ed.), *A handbook of clinical scoring systems for*

- thematic apperceptive techniques* (pp. 149-156). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- (46) Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. In C. Höschl, J. Libiger, & J. Švestka (Eds.), *Psychiatrie* (pp. 341-401). Praha: Tigris.
- (47) Lukšová, R. (2011). *Tematický apercepční test u dětí s Aspergerovým syndromem*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- (48) Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- (49) Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of Attachment as a Predictor of Symbolic and Mentalising Abilities: A Longitudinal Study. *Social Development*, 7(1), 1-24.
- (50) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- (51) Moncrieff, J. (2009). A Critique of the Dopamine Hypothesis of Schizophrenia and Psychosis. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(3), 214-225. doi: 10.1080/10673220902979896
- (52) Moritz, S., Woodward, T. S., & Možný, P. (2010). *Metakognitivní trénink pro pacienty se schizofrenií (MKT)*. VanHam Campus Press.
- (53) Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- (54) Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test: Manual*. Cambridge: Harvard University Press.
- (55) Murray, R., Lappin, J., & Di Forti, M. (2008). Schizophrenia: From Developmental Deviance to Dopamine Dysregulation. *European Neuropsychopharmacology*, 18(3), 129-134. doi: 10.1016/j.euroneuro.2008.04.002
- (56) Newman, L. S. (2001). What Is „Social Cognition“? Four Basic Approaches and Their Implications for Schizophrenia Research. In P. W. Corrigan, & D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia* (pp. 41-72). Washington, DC: American Psychological Association.
- (57) Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 74-79.
- (58) Pedersen, A., Koelkebeck, K., Brandt, M., Wee, M., Kueppers, K., Kugel, H., & ... Ohrmann, P. (2012). Theory of Mind in Patients with Schizophrenia: Is

- Mentalizing Delayed?. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 224-229.
doi:10.1016/j.schres.2012.02.022
- (59) Perry , W., Viglione Jr., D., & Braff, D. (1992). The Ego Impairment Index and Schizophrenia: A Validation Study. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 165-175.
doi: 10.1207/s15327752jpa5901_13
- (60) Piaget, J., & Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- (61) Searles, H. F. (1959). The Effort to Drive the Other Person Crazy: An Element in the Aetiology and Psychotherapy of Schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 1-18. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00463.x
- (62) Seifertová, D., Libiger, J., Švestka, J., Mohr, P. & Praško, J. (2004). Schizofrenie. In D. Seifertová, J. Praško, J., & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (pp. 47-65). Praha: Academia Medica Pragensis.
- (63) Shuk, S., & Shamay-Tsoory, S. G. (2010). *Emotion and social cognition in schizophrenia : What is going through the brains of patients with schizophrenia during social interactions? – a neuropsychological investigation*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing AG & Co. KG.
- (64) Spaulding, W. D., & Poland, J. S. (2001). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Enhancing Social Cognition by Strengthening Neurocognitive Functioning. In P. W. Corrigan, & D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia* (pp. 217-247). Washington, DC: American Psychological Association.
- (65) Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of Mind in Schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
doi: 10.1192/bjp.bp.107.035899
- (66) Strober, M. (1979). The Structuring of Interpersonal Relations in Schizophrenia Adolescents: A Decentering Analysis of Thematic Apperception Test Stories. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 7(3), 309-316. doi: 10.1007/BF00916540
- (67) Sullivan, H., Syracuse, U., & Hunt, D. E. (1967). Interpersonal and Objective Decentering as a Function of Age and Social Class. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 110(2), 199-210.

- (68) Světová zdravotnická organizace. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- (69) Syřišťová, E. (1977). *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta.
- (70) Tandon, R., & Carpenter Jr., W. T. (2012). DSM-5 Status of Psychotic Disorders: 1 Year Prepublication. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 369-370. doi: 10.1093/schbul/sbs048
- (71) Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- (72) Weiss, L. A. (2009). Autism Genetics: Emerging Data from Genome-wide Copy Number and Single Nucleotide Polymorphism Scans. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, 9(8), 795-803. doi: 10.1586/erm.09.59
- (73) Winklerová, L. (2011). *Projevy alexithymie v příbězích TAT*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- (74) Wolff, S., & Chess, S. (1964). A Behavioural Study of Schizophrenic Children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 40(4), 438-466. doi: 10.1111/j.1600-0447.1964.tb07496.x
- (75) Yolken, R. H., Dickerson, F. B., & Fuller Torrey, E. (2009). Toxoplasma and Schizophrenia. *Parasite Immunology*, 31, 706-715. doi: 10.1111/j.1365-3024.2009.01131.x
- (76) Ziv, I., Leiser, D., & Levine, J. (2011). Social Cognition in Schizophrenia: Cognitive and Affective Factors. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16, 71-91.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1: ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v
Olomouci

Filozofická fakulta
Akademický rok:
2011/2012

Studijní program: Psychologie

Forma: Prezenční

Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
HOSÁKOVÁ Kristýna	Wolkerova 772/4, Bílovec	F08164

TÉMA ČESKY:

Interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií

NÁZEV ANGLICKY:

Interpersonal Decentering in Patients with Schizophrenia

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s novými normami pro diplomové práce, dodržování zásad v nich uvedených. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, vývojové psychologie, sociální psychologie, psychiatrie, psychopatologie. Důraz na kognitivní a sociální schopnosti u schizofrenie a jejich vazbu ke koncepci decentrace.
2. Popis teoretických východisek práce: schizofrenie, problémy v oblasti emočního a sociálního fungování. Koncept interpersonální decentrace (Feffer), pojem decentrace (Piaget).
3. Předpokládaná kostra teoretické části: Schizofrenie - historie, diagnostika, formy, etiologie, teorie, sociální souvislosti, terapie. Interpersonální decentrace - vymezení pojmu, příbuzné koncepty, měření interpersonální decentrace, výzkumy interpersonální decentrace. Vzájemné vztahy. Vyhledání relevantních studií v databázi EBSCO.
4. Formulace výzkumného problému: předběžně se předpokládá prozkoumání charakteru sociálních schopností osob se schizofrenií v rámci konceptu interpersonální decentrace. Využití Fefferova systému vyhodnocování Tématického apercepčního testu (TAT), který umožňuje zkoumat míru interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií a tak zmapovat, jaká míra této schopnosti je u této skupiny běžná, a výsledky následně využít při rehabilitaci sociálních schopností.
5. Design výzkumného projektu
 - a. cíle výzkumu
Zmapovat problematiku interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenním onemocněním.
 - b. základní a výzkumný soubor
Populace: pacienti se schizofrenním onemocněním.
Výzkumný soubor: 50 pacientů obou pohlaví s diagnózou schizofrenie.

c. metody sběru a zpracování dat

Zadání Tématického apercepčního testu (TAT) s následným kvalitativním vyhodnocením odpovědí (metoda vytváření trsů) u jednotlivých karet TAT a skupin účastníků a statistickým vyhodnocením signifikantnosti rozdílů průměrů jednotlivých skupin participantů.

d. očekávané výstupy a praktické dopady práce

Očekávaným výsledkem práce je zmapování a stanovení obvyklé míry interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií a začlenění těchto poznatků do terapeutických programů, které mají za cíl rehabilitaci sociálních schopností a zvýšení kvality sociálního života pacientů. Využití metody TAT má také velký potenciál pro srovnávání dat pacientů z různých zemí a sociokulturních okruhů.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (Eds.) (2004). Social cognition and schizophrenia. Washington, DC: American Psychological Association.

Češková, E. (2007). Schizofrenie a její léčba. Praha: Jessenius Maxdorf.

Feffer, M., & Suchotliff, L. (1966). Decentering implications of social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 415-422.

Jenkins, S. R. (Ed.) (2008). A handbook of clinical scoring systems for thematic apperceptive techniques. New York; London: Lawrence Erlbaum Associates.

Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie* (pp. 341-401). Praha: Tigis. Piaget, J., & Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.

Shur, S., & Shamay-Tsoory, S. G. (2010). Emotion and social cognition in schizophrenia : What is going through the brains of patients with schizophrenia during social interactions? : A neuropsychological investigation. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing AG & Co. KG.

Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: John Wiley & Sons.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií

Autor práce: Kristýna Hosáková

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

Počet stran a znaků: 70 stran, 134 349 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 76

Abstrakt: Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které s sebou nese mimo jiné problémy v oblasti sociální kognice. Touto problematikou se zabývá teorie interpersonální decentrace (ID). ID je definována jako schopnost koordinovat doplňující se role v sociálních situacích, rozlišovat jednotlivé charaktery a vztahy mezi nimi, je úzce spojena se schopností podívat se na sociální vztahy z více různých hledisek. ID je možno měřit s využitím Tematického apercepčního testu (TAT). Cílem výzkumu bylo zjištění míry ID u pacientů se schizofrenií, ověření vztahu míry ID a vybraných proměnných, popis specifik příběhů k tabulím TAT a srovnání výsledků měření ID u osob se schizofrenií oproti známým zjištěním. Nebyla zjištěna statisticky signifikantní souvislosti mezi mírou ID a pohlavím, přítomností partnerského vztahu, vzděláním ani závažností onemocnění. Příběhy k tabulím TAT byly u osob se schizofrenií velmi krátké a převážně popisné, bez převládajícího pozitivního či negativního emočního ladění. Celkově byla míra ID u pacientů se schizofrenií velmi nízká, což koresponduje s obecnými problémy těchto osob v oblasti sociální kognice a odpovídá výsledkům dosavadního poznání.

Klíčová slova: schizofrenie, interpersonální decentrace, projektivní metody, Tematický apercepční test

THESIS ABSTRACT

Title: Interpersonal Decentering in Patients with Schizophrenia

Author: Kristýna Hosáková

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages and characters: 70 pages, 134 349 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 76

Abstract: Schizophrenia is a severe psychotic disorder that causes problems in social cognition. Interpersonal Decentering (ID) is one of the concepts addressing this topic. ID is defined as an ability to coordinate complementary roles in social situations, differentiate characters and their relationships, and it is closely connected to the ability to look at social relationships from different positions. ID can be measured with Thematic Apperception Test (TAT). The goal of the research was to determine the level of ID in patients with schizophrenia, verify the relationships between ID and selected variables, describe the specifics of TAT stories and compare the results with known findings. No statistically significant relationships between ID and gender, relationship status, education or severity of illness were found. The TAT stories in people with schizophrenia were very short and rather descriptive, without prevailing positive or negative tone. The overall level of ID in patients with schizophrenia was very low which corresponds with problems of these people in social cognition and the results of current knowledge.

Key words: schizophrenia, interpersonal decentering, projective methods, Thematic Apperception Test

PŘÍLOHA 3: UKÁZKA SKÓROVÁNÍ INTERPERSONÁLNÍ DECENTRACE

1: Synek přemýšlí. Moc se mu nechce hrát na ty housle. Má k tomu odpor, k těm houslím.
(?) Zahodí je, ty housle.

2. [Muž oře pole a dvě ženy ho sledují.] **2** (?) Jak to dopadne... [Půjdou za ním a budou sít, zrna nebo něco.] **2**

3BM: Žena, která je v depresi nebo je opilá. [A dopadne to tak, že ji odvezou na záchytku.]
2

4: [Manželská dvojice, která spolu komunikuje.] **1** [Dopadne to tak, že si vyjdou na vycházku.] **1**

5: Služebná kontroluje, zda je všude uklizeno. Dopadne to tak, že zjistí, že všude je uklizeno.

6GF: [Paní je u soudu a advokát jí radí, co má dělat.] **2** [Dopadne to tak, že ho paní poslechne a bude se řídit jeho radou.] **3**

8BM: Chlapec stojí před obrazem, o obraz je opřena puška. Dopadne to tak, že chlapec vezme pušku a odejde.

10: [Dva chlapci se líbají.] **1** Je to jenom takové vstřícné políbení na přátelství.

12M: [Paní je v hypnotickém spánku a léčitel se ji snaží vzbudit.] **2** [Dopadne to tak, že ji vzbudí.] **2**

13MF: Pán stojí u ženy, která spí. Dopadne to tak, že pan odejde a žena zůstane spát.

BE1: 3

BE2: 3

MH1: 1,8

MH2: 1,8

OM1: 1,78

OM2: 1,8

[]: ohraničení interakční jednotky

1-9: skór ID příslušné interakční jednotky

BE (best effort): nejvyšší ze všech skórů ID, pojímá ID jako schopnost

MH (mean of highest): průměr nejvyšších skórů ze všech příběhů, pojímá ID jako výkon

OM (overall mean): průměr všech skórů ze všech příběhů, pojímá ID jako osobnostní rys

BE1, MH1, OM1: skóry příběhů spontánně vytvořených participantem

BE2, MH2, OM2: skóry příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly participantem spontánně zmíněny

PŘÍLOHA 4: UKÁZKA OBSAHOVÉ ANALÝZY PŘÍBĚHŮ

1: Synek přemýšlí. Moc se mu nechce hrát na ty housle. Má k tomu odpor, k těm houslím.

(?) Zahodí je, ty housle. **S, -, 1, 0/0**

2. Muž oře pole a dvě ženy ho sledují. (?) Jak to dopadne... Půjdou za ní a budou sít, zrno nebo něco. **K, P, 3, 0/0**

3BM: Žena, která je v depresi nebo je opilá. A dopadne to tak, že ji odvezou na záchytku. **K, -, 2, 0/0**

4: Manželská dvojice, která spolu komunikuje. Dopadne to tak, že si vyjdou na vycházku. **K, P, 2, 0/0**

5: Služebná kontroluje, zda je všude uklizeno. Dopadne to tak, že zjistí, že všude je uklizeno. **K, P, 1, 0/0**

6GF: Paní je u soudu a advokát jí radí, co má dělat. Dopadne to tak, že ho paní poslechne a bude se řídit jeho rady. **K, P, 2, 0/0**

8BM: Chlapec stojí před obrazem, o obraz je opřená puška. Dopadne to tak, že chlapec vezme pušku a odejde. **K, P, 1, 0/0**

10: Dva chlapci se líbají. Je to jenom takové vstřícné políbení na přátelství. **K, P, 2, 0/0**

12M: Paní je v hypnotickém spánku a léčitel se ji snaží vzbudit. Dopadne to tak, že ji vzbudí. **K, P, 2, 0/0**

13MF: Pán stojí u ženy, která spí. Dopadne to tak, že pan odejde a žena zůstane spát. **K, P, 2, 0/0**

9 K, 1 S, 0 D

0 +, 8 P, 2 -

1,8

0/0

K/S/D: délka příběhu, krátký do 2 vět, střední 3-5 vět, dlouhý 6 a více vět

+/P/-: emoční ladění příběhů, pozitivní, popisné, negativní (klíčová slova podřezána)

1-2: počet charakterů v příběhu

0/0: výskyt odpovědi „nevím“ před/po doptáváním

PŘÍLOHA 5: SEZNAM ZKRATEK

BE ... best effort, způsob skórování ID, který ji pojímá jako schopnost

BE1, MH1, OM1 ... skóry příběhů spontánně vytvořených participantem

BE2, MH2, OM2 ... skóry příběhů po doptávání se na části zadání, které nebyly participantem spontánně zmíněny

ID ... interpersonální decentrace

MH ... mean of highest, způsob skórování ID, který ji pojímá jako výkon

OM ... overall mean, způsob skórování ID, který ji pojímá jako osobnostní rys

ROR ... Rorschachova metoda

SZO ... Světová zdravotnická organizace

TAT ... Tematický apercepční test