

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Kresba jako pomocný diagnostický prostředek u psychických poruch

Drawing as diagnostic means of psychic aberration of adults.



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Petra Mautnerová
Vedoucí práce: PhDr. Obereignerů Radko, Ph.D.

Olomouc
2012

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Kresba jako pomocný diagnostický prostředek u psychických poruch“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 13. března 2012

.....

Děkuji vedoucímu práce PhDr. Radkovi Obereignerů, Ph.D. za ochotu a pomoc při zpracování diplomové práce, za jeho kritické připomínky a odborný dohled. Rovněž děkuji psychiatrickému oddělení Fakultní nemocnice Olomouc a oddělení 7A a 7B Psychiatrické léčebny Šternberk, kde mi byl umožněn sběr dat pro výzkumnou část této práce.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	9
1 Vymezení psychických poruch	10
2 Faktory ovlivňující vznik psychické poruchy.....	12
2.1 Dědičnost	12
2.2 Vlivy prostředí	14
2.3 Zátěžová situace.....	15
2.4 Osobnost	17
2.5 Salutogeneze	19
3 Psychotické poruchy	23
3.1 Dynamika vzniku psychózy.....	24
3.2 Dělení psychotických poruch	25
3.2.1 Schizofrenie.....	28
4 Neurotické poruchy.....	31
4.1 Dynamika vzniku neuróz	33
4.2 Dělení neurotických poruch.....	34
4.2.1 Panická porucha	35
4.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)	36
4.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha	38
4.2.4 Agorafobie.....	40
4.2.5 Sociální fobie	41
4.2.6 Specifické fobie	42
4.2.7 Posttraumatická stresová porucha	43
5 Psychodiagnostika.....	45
5.1 Kresba jako diagnostický nástroj.....	46
5.1.1 Kresebné testy.....	48
5.1.2 Projektivní kresebné techniky.....	49
5.1.3 Kresba lidské postavy jako motoricky – expresivní projektivní metoda	50
5.1.4 Provedení dobře zvládnuté kresby	51
5.1.5 Projevy psychických poruch v kresbě.....	52
5.2 Teorie úzkosti a její testování.....	53

VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	55
6 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	56
6.1 Cíle práce.....	56
6.2 Hypotézy	56
7 METODOLOGIE.....	58
7.1 Soubor	58
7.2 Sběr dat	60
7.3 Testové metody.....	60
7.3.1 Test kresby lidské postavy.....	60
7.3.2 Škála klasickej sociálno situačnej anxiety a trémy (KSAT)	61
7.4 Sledované proměnné a statistické zpracování dat	62
7.5 Výsledky	63
7.6 K platnosti hypotéz	80
8 Diskuse	83
9 Závěr.....	87
Souhrn	88
Seznam literatury	90
Seznam příloh.....	94
Souhlas s účastí na výzkumu	10
Jméno a Příjmení:.....	10
Bydliště:.....	10

Úvod

Naše společnost má tendenci psychicky nemocné lidi izolovat a obklopit je předsudky. Psychicky nemocní lidé jsou v této společnosti pokládáni za nevypočitatelné a neschopné, za lidi, pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče. Pacienti s duševní nemocí se bojí, protože taková nemoc je podle jejich názoru i podle názoru okolí jiná než ostatní nemoci. Nese s sebou stigma, které pro mnohé znamená, že se musí vzdát své autonomie, rezignovat na své vidění skutečnosti a akceptovat, že budou považováni za nesprávné, zhlouplé a hlavně nevypočitatelné a potenciálně nebezpečné. Často to také znamená, že jejich nemoc je nevyléčitelná a oni patří do „blázince“. Přijmout takovou vyhlídku se nikomu nechce a ani tehdy ne, když sám ví a cítí, že potřebuje pomoc.

Napsání této práce předcházelo několik skutečností. Jednou z nich byl i výše uvedený postoj naší společnosti k psychicky nemocným lidem. Setkala jsem se s neochotou akceptovat člověka, který našel odvalu udělat něco se svým psychickým stavem. Jsem přitom přesvědčena, že například z kresby postavy lze i u zdravých lidí s tímto postojem najít znaky poruchy na hranici normy. Hledání tématu vycházelo zejména z osobního setkání s obsedantně kompulzivní poruchou v rodině a se schizofrenií v mém blízkém okolí. Dalším důležitým krokem bylo mé poznání psychotických pacientů v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Směr mé práce, zejména s projektivní metodou, ovlivnila předchozí zkušenost s výzkumem kresby postavy v mé bakalářské práci.

Naši práci jsme rozdělili na teoretickou a výzkumnou. V teoretické části podáváme přehled vzniku psychických poruch. Dále popisujeme jednotlivé poruchy, zejména neurotického a psychotického okruhu. Seznamujeme čtenáře se specifiky poruch s větší četností výskytu. V další kapitole se přesouváme do oblasti psychodiagnostiky výše uvedených poruch. Seznamujeme čtenáře s diagnostikou pouze okrajově a zaměřujeme se zejména na kresebné metody a testy úzkosti, jelikož jsou tyto metody předmětem naší výzkumné části.

Smyslem našeho výzkumu je podchytit projektivní metodu „Test kresby lidské postavy“ pomocí statisticky ověřitelných údajů. Snažili jsme se vymezit, co je běžné v kresbě postavy a co už přesahuje obvyklá měřítko. Dalším cílem bylo najít provázanost mezi vybranými znaky v kresbě postavy a diagnostickou hodnotou těchto znaků.

Práce má za úkol podpořit diagnostiku pomocí této metody. V kruhu odborné veřejnosti vládou spory o užívání kresebných testů jako validních metod. Tato práce by měla přispět k diskusi o oprávněnosti užívání diagnostické metody „Testu kresby lidské postavy“.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1 Vymezení psychických poruch

V průběhu vývoje člověka se utváří individuální soubor duševních i tělesných vlastností, které se projevují v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého člověka charakteristická. Může se stát, že se objeví skupina znaků a příznaků, které se charakteristicky vyskytují společně. Tuto skupinu označuje Smolík (1996, in Baštecká, Goldmann, 2001) syndromem. Porucha se pak podobá onomu syndromu, ale je s větší určitostí viditelná od ostatních stavů. Navíc je vysoce pravděpodobné, že by mohla reprezentovat nemoc.

Během vývoje se stále více doplňují vrozené dispozice (temperament) vlastnostmi získanými (charakter). Praško (2009) se domnívá, že psychické poruchy jsou v podstatě variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí. Specifické, hluboce zakořeněné vzorce chování, stereotypní reakce aj. se projevují v širším okruhu osobních a sociálních situací. Osobnost je abnormální buď co do rovnováhy svých složek, jejich kvality a vyjádření, nebo ve svém celku. Projevují se vesměs od dětství nebo dospívání nepružným, podivínským nebo dysfunkčním chováním. Rysy psychických poruch jsou dlouhodobé až trvalé a zpravidla se obtížně ovlivňují. Při posuzování psychického stavu se dotýkáme také pojmu vlastní nebo osobní norma. Ta ukazuje, co si člověk myslí o sobě, okolí, jak hodnotí své možnosti, zdraví, budoucnost, tedy co on sám považuje za normální. Baštecká et. al. (2001) upozorňují na fakt, že osobní norma není jedinou normou, která určuje, co je a není normální. Člověk žije ve společnosti, která se řídí dalšími normami (např. morální, mediální, sociokulturní, norma odborníků aj.). Z toho vyplývá, že daná skutečnost může být z pohledu jednotlivých norem a jednotlivých kultur posuzována zcela odlišně.

Jak jsme již uvedli, psychické procesy a jejich tělesné koreláty jedince souvisí s mezilidskými vztahy a vzory – primárně rodinnými. Ty mají vliv na zdravý, respektive nezdravý vývoj osobnosti. V této souvislosti hovoří Tress, Kruse a Ott (2008) o identifikaci (s rodičovským chováním, která má vliv

na jednání jedince vůči jeho okolí), internalizaci (je vnitřním mechanismem, jímž jedinec interpretuje chování lidí z našeho okolí jako by přicházelo od rodičů) a introjekci (mechanismus, který ovlivňuje chování k sobě samému tak, jak se k nám chovali naši rodiče). Z popsaných principů je logické, že v případě rodičovské lásky, potvrzování, rad, ochraňování apod., bude později jedinec obdobným způsobem jednat se svým okolím (mechanismus identifikace), bude skrze pozitivní projekce interpretovat chování ostatních vůči sobě samému (mechanismus internalizace) a bude se k sobě samému chovat s úctou (mechanismus introjekce). Analogicky toto platí pro patologické chování rodičů vůči dítěti.

2 Faktory ovlivňující vznik psychické poruchy

Obor zabývající se studiem, diagnostikou a léčbou psychických poruch nazýváme psychopatologie. Jak uvádí Orel (2009), je to pojem odvozený z řeckých slov psyché (duše, dech, životní síla), pathos (choroba) a logos (nauka). Zabýváme-li se psychopatií konkrétního člověka, nemůžeme pominout jeho individualitu a jedinečnost, které jsou dány mnoha faktory ať už somatickými či psychickými. Duševní poruchy mohou být obecně způsobeny faktory vnitřními i zevními. Jejich příznaky mohou být subjektivní i objektivní. Při sledování psychického stavu se zaměřujeme na celkový dojem, vědomí, vůli, myšlení, jednání, paměť, pozornost, intelekt, pudy, osobnost, emoce aj. Z toho vyplývá, že odpověď na otázku: „Proč a jak porucha vzniká?“, je téměř vždy nejednoznačná a mnohdy nezodpověditelná. V literatuře bývají uvedeny nejrůznější faktory, přiblížíme si ty, které, dle mého názoru, přispívají ke vzniku psychických poruch značnou měrou.

2.1 Dědičnost

Dědičné dispozice představují informace, které předurčují individuálně specifický program vývoje osobnosti. Genetické informace jsou zakódovány ve formě funkčních jednotek – genů. Ty jsou lokalizovány v chromozomech a obvykle se neprojevují zcela izolovaně, spíše se vzájemně ovlivňují. Genotyp každého jedince obsahuje tisíce informačních jednotek, ale většina z nich není aktuálně funkční. V průběhu života dochází k postupné aktivaci dílčích složek genetického programu a tím se jednotlivé psychické funkce a vlastnosti rozvíjejí. Genetické dispozice se nemusí v průběhu života projevovat stejným způsobem, míra jejich aktivity závisí jak na vnějších vlivech (působení silného stresu), tak na vývojově podmíněných proměnách. Genetické vlohy určují míru pravděpodobnosti rozvoje určité vlastnosti, respektive stupeň její intenzity či kvality. Její konkrétní varianta – fenotyp, je výsledkem působení dlouhodobých a složitých vztahů mezi genotypem a různými vnějšími faktory. Tyto vnější vlivy můžeme rozdělit na sdílené (př. rodinné prostředí), které působí na všechny členy dané skupiny a podporují rozvoj jejich podobnosti. Prostředí je sice společné, ale vycházející podněty z tohoto prostředí nemusí být stejným způsobem

zpracovány. Nesdílené vnější vlivy působí jen na daného jedince a přispívají k rozdílnosti jednotlivých členů dané skupiny. Jde např. o pohlaví, pořadí narození, zkušenosti s vrstevníky apod. Každý genotyp má své vymezené hranice, tzv. reakční normu. Určuje maximální dosažitelný stupeň rozvoje příslušné vlastnosti. Lze ho dosáhnout pouze tehdy, budou-li vnější podněty působit optimálně. Např. hodně úzkostný člověk potřebuje klidné prostředí. Pokud budou tyto podmínky splněny, dosáhne maximální možné úrovně emoční stability. (Vágnerová, 2010)

Dispozice ke vzniku psychických poruch mohou vyplývat z několika možných způsobů narušení genotypu. Míra genetické zátěže může být různá. Dědičnost mnoha psychických poruch lze označit jako heterogenní, tzn., že se na jejich vzniku mohou podílet různé geny i způsob jejich dědičného přenosu. Proto se také často mluví pouze o zvýšené dispozici k rozvoji určité poruchy. Předpoklady ke vzniku psychotických poruch jsou dědičné multifaktoriálně, jde tudíž o komplex většího počtu genů, jejich dotace (eventuelně jejich vzájemná interakce) ovlivní i míru projevu v oblasti chování, resp. prožívání. Například heritabilitu (dědivost) schizofrenie potvrzují studie dvojčat. Gillian a Knowles (1995, in Řičan, Krejčířová et al., 2006, s. 65) uvádí studii, kde *„shoda výskytu schizofrenie u monozygotních dvojčat dosahovala 50-60%, dizygotní dvojčata onemocní obě jen v 15%. Riziko onemocnění u dětí schizofreniků je 10%, pro sourozence jen 7%. Zatím bylo identifikováno několik genů, jejichž narušení může zvýšit riziko vzniku schizofrenie, ale míra jejich vlivu není přesně známa. Tyto geny jsou lokalizovány na chromozomech 2,4,5,6,9,10,11,13,22,a X“.*

Kossová (2002, in Řičan et al., 2006, s.67) uvádí, že také *„neurotické poruchy jsou podmíněny multifaktoriálně. Pro vznik těchto poruch je důležitá i geneticky podmíněná dispozice reagovat úzkostnými projevy. Odhad míry heritability dispozice ke vzniku úzkostné poruchy činí 30%, shoda potíží u monozygotních dvojčat se pohybovala v rozsahu 40%, u dizygotních jen 10%. Obsedantně-kompulzivní porucha má pravděpodobně vyšší stupeň iritability než ostatní úzkostné poruchy. Svědčí pro ni větší shoda monozygotních dvojčat, která dosahuje 53-86%, u dizygotních dvojčat 22-47%.“*

2.2 Vlivy prostředí

Rozvoj dědičných předpokladů závisí na působení komplexu vnějších vlivů. Vlivy prostředí nepůsobí vždy stejně. Děti s různými genetickými předpoklady mohou reagovat na tytéž podněty odlišně. Vágnerová (2008) uvádí příklad, kde v intenzivně stimulujícím prostředí se nadané dítě bude zdárně vyvíjet, naproti tomu průměrný jedinec by mohl být v tomto prostředí přetěžován a stresován. Vlivy prostředí také nepůsobí stejně v různých vývojových fázích, jelikož nejsou vždy stejně zpracovány, mohou mít jiný význam. Mimo jiné také proto, že minulá zkušenost se vždy nějak fixuje a ovlivňuje další rozvoj. Příkladem vlivů prostředí může být sociokulturní odlišnost. V průběhu života existují kritická období, kdy jedinec je zvýšeně citlivý k vlivům prostředí (např. dítě v raném věku je citlivé na citové strádání).

Vlivy prostředí mohou působit ve vztahu k různým psychickým odchylkám jako spouštěcí, zhoršující či udržující faktory. Na nich závisí, do jaké míry se porucha rozvine a jak se bude dále vyvíjet. Rozvoj poruchy je vývojovým procesem, jenž závisí na vzájemném vztahu míry resilience (odolnosti), vulnerability (zranitelnosti) a souhrnu různých vnějších vlivů, zátěžových i protektivních faktorů. Bouček et al. (2003, s. 39) uvádí, že v současném pojetí je *„duševní porucha chápána jako výslednice genetického základu a vlivů prostředí od fyzikálních, toxických, biochemických až po psychologické a sociální“*.

Vlivy prostředí Vágnerová (2008) diferencuje podle jejich kvality a kvantity, ale i z časového hlediska, podle období, kdy vývoj určitého jedince ovlivnily, popřípadě narušily. Vliv v prenatálním a postnatálním období bývá různý. V prenatálním období jsou veškeré vnější vlivy zprostředkovány organismem matky. Poškozující stimulace je např. nemoc matky, nevhodné léky, alkohol či drogy. K poškození plodu může dojít i fyzikálním způsobem (např. úraz či RTG). Poškozující faktory jsou označovány jako teratogenní vlivy. V postnatálním období na dítě působí velké množství faktorů různého druhu, které lze shrnout do komplexu biopsychosociálních vlivů. Tyto faktory mohou působit na psychický vývoj jedince přímo nebo jej mohou ovlivňovat nepřímo, prostřednictvím somatického onemocnění. Malé sociální skupiny (rodina, škola, vrstevníci apod.)

mohou mít na jedince značný vliv, jelikož působí přímo. Mohou být zdrojem protektivních (ochranných) vlivů, stejně jako zátěžových (frustrace, konflikt, stres, trauma, krize, deprivace).

2.3 Zátěžová situace

Působení nejrůznějších zátěží vede ke ztrátě psychické rovnováhy. Jednotlivé zátěže mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam. Z hlediska jejich vzniku i možných následků rozlišuje Vágnerová (2008) základní druhy zátěží:

- *Frustrace* – znamená česky zmaření či zklamání. Je to situace, kdy je jedinci znemožněno dosáhnout uspokojení subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude. Po této situaci dochází ke zklamání, které stimuluje reakce zaměřené na vyrovnaní nepříznivé bilance. Touto reakcí může být některá z forem agresivity, např. verbální (Vymětal, 2003). Frustrace může být překonána prostým odložením uspokojení, posílením vytrvalosti a úsilí, změnou motivu či rezignací. Člověk může být frustrován jak vnějšími vlivy, tak vlastními zábrany (nepřiměřeně vysoké aspirace, nízké sebehodnocení, slabá sebedůvěra apod.). To zda je jedinec zpracuje pozitivně, záleží na celkovém emočním klimatu, ale také na tom, zda se mu jeví srozumitelné a zvládnutelné.
- *Konflikt* – latinsky *confligere*, tj. střetnout se, utkat se. Patogenním činitelem se stává tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho a pokud jej člověk není schopen řešit. Z psychopatologického hlediska jsou významné vnitřní konflikty ve vědomí jedince. Jedná se o střetnutí dvou vzájemně neslučitelných silných tendencí. Intenzita konfliktu závisí na subjektivním, emočním i racionálním zpracování obou motivů. Za určitých okolností může konflikt působit jako silně stresující faktor. Typickým příkladem konfliktu je „Buridanův osel“, který se nemohl rozhodnout mezi dvěma otýpkami sena a zemřel hlady.

- *Stres* – tento pojem poprvé užil kanadský endokrinolog Selye (1949, Schettler et al., 1993, s.610). Podle něj je stres „*sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou*“. Dnes má tento termín mnohem širší použití. Vágnerová (2008) ho chápe jako zátěžovou situaci nebo jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Při negativním stresu člověk zažívá pocit neovlivnitelnosti a nezvládnutelnosti situace, nepříjemný tlak okolností. Prožitek stresu je doprovázen změnou emočního prožívání, změnou kognitivních funkcí, zátěž aktivizuje psychické obranné reakce. Pokud by člověk ve stresové situaci selhal, vytváří tato zkušenost nepříznivý základ. Jako příklad krátkodobého a kontrolovaného stresu můžeme uvést třeba přijímací pohovor.
- *Trauma* – slovo z řečtiny, znamená úraz. Je to náhle vzniklá situace či závažná životní událost, která má pro jedince silně negativní význam a vede k určitému poškození či ztrátě. Traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost, smutek, truchlení nad ztrátou. Dále narušuje objektivitu jedince, může se stát nekritickým a nesoudným. Změny v chování, jako agresivita, útok či izolace se mohou také projevit. Nejčastější porucha, která v důsledku traumatu vzniká, se nazývá posttraumatická stresová porucha. Vymětal (2003) upozorňuje, že událost mívá patogenní účinek pouze tehdy, jestliže ji jedinec hodnotí negativně a současně je jeho postoj k budoucnosti spíše pesimistický. Jako příklad traumatu uveďme ztrátu blízké osoby.
- *Krise* – objevuje se jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace nebo dlouhodobé kumulace problémů. Dochází k selhání adaptačních mechanismů, což můžeme chápat jako podnět k nutné změně. Krize je provázena negativními citovými prožitky, narušením pocitu jistoty a bezpečí, objevuje se silná tenze, úzkost, zoufalství a beznaděje. Mění se hodnocení situace. Jedinec má pocit beznaděje, bezmocnosti, jeho úvahy mohou být zkratkovité a neadekvátní. Jednání se může stávat impulzivní, provázené afektivními výbuchy nebo naopak může být inhibované.

Negativní řešení krize může spočívat v abúzu psychoaktivních látek. Jako příklad nám může sloužit žena, které se nedaří otěhotnět.

- *Deprivace* – lze přeložit jako zbavení, odejmutí. Je to stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Patogenní význam je závislý na období, kdy člověk strádá. Např. v raném věku jsou důsledky větší než v pozdějším období. Rozlišujeme deprivaci v oblasti biologických potřeb (nedostatek jídla, spánku...), podnětovou, kognitivní, citovou nebo sociální deprivaci.

Zátěžové situace se mohou projevit v různé míře změnou prožívání, uvažování i chování. Jedinec se musí naučit s různými překážkami a obtížemi vyrovnávat a překonávat je.

2.4 Osobnost

V různých teoriích osobnosti se setkáváme s výrazy jako charakter, vrstva osobnosti, konstituce, temperament, rys osobnosti apod. Vymětal (2003, s. 50) uvádí, že „*osobnost je člověk jako psychologický celek, do kterého patří zejména jeho povaha včetně osobnostních rysů, schopností, konstituce a zjevu*“. Watson (1924, in Smékal, 2007, s. 32) zase říká, že „*osobnost je konečný produkt našeho systému zvyků*“. Podle výše uvedených autorů můžeme tedy vidět osobnost jako výslednici vzájemné interakce určité kvality podnětů, které na jedince působí, dále pak osobnosti, která dané podněty vnímá a vyhodnocuje na základě vrozených a získaných dispozic, včetně předchozí zkušenosti. Nastane pak jednání, jež je závislé na situaci, ve které se odehrává a v neposlední řadě příslušné roli, která je vlastní jednajícím jedinci. V osobnosti člověka se nachází dvě důležité oblasti, které rozhodujícím způsobem usměřují a řídí náš duševní život. Jsou to nevědomé procesy a sebereflexe. Nevědomé procesy probíhají mimo naše vědomí. Jejich existenci lze dešifrovat prostřednictvím určitých psychologických technik (př. asociační testy, projektivní techniky atd.) nebo při změnách stavu vědomí (vysoká horečka, probouzení z narkózy, intoxikace apod.). Druhá oblast, tj. sebereflexe, je projevem síly lidského myšlení. Člověk tedy při ní posuzuje určitou osobní situaci z různých úhlů pohledu, včetně

vlastní motivace a širší souvislosti. Bouček (2003, s.41) dodává, že „*osobnostní struktura ovlivňuje prožívání nemoci, modifikuje emoční a behaviorální projev, klinický obraz nemoci, jímž je ale zpětně ovlivňována*“.

Osobnost člověka si lze tedy představit jako strukturu vlastností, které jsou navzájem propojeny určitými vztahy (mohou se vzájemně rušit, podporovat, zesilovat...). Kromě struktury má osobnost také svoji dynamiku (např. období, kdy k druhému člověku u nás převládá pozitivní náklonnost, která se střídá s odmítáním do té doby, než převládne určitá tendence). Osobnost má také svůj vývoj, který obvykle směřuje k vyšším kvalitám a ke zdraví. Osu osobnosti tvoří „já“, které lze diferencovat na reflektující (sebeuvědomování si sebe sama) a reflektované, které chápeme jako sebepojetí (co si o sobě myslím, jak se hodnotím aj.). Vágnerová (2010) upozorňuje na lidi s oslabeným „já“, kde se setkáváme s celou řadou psychopatologických jevů, např. extrémní nerozhodnost, halucinace a také s dezintegrovaným chováním.

Pokud se vrátíme k sebepojetí, které uvádí Baštecká et al. (2001) jako ústřední pojem rogersovské psychologie osobnosti a znamená relativně stálý a ucelený, současně se však měnící vztah jedince k sobě samému, můžeme ho rozdělit na tři základní složky, respektive identity dospělého člověka. Tělesná identita souvisí s vnímáním, hodnocením a pociťováním vlastní tělesné aktivity. Ke svému tělu má každý jedinec určitý vztah, akceptuje ho nebo ho odmítá. Výsledkem zpracování těchto informací je tělové schéma. Druhou identitou je identita psychická. Za normálních okolností si člověk uvědomuje své pocity, myšlenky, postoje a z nich vyplývající projevy chování. Sociální identita vzniká na základě představy jedince, ke které skupině náleží a jak je pro něho tato skupina důležitá.

2.5 Salutogeneze

Pojem salutogeneze zavedl Aaron Antonovsky (1987), který jeho formulací poukázal především na rovnocennou důležitost hledání a využívání toho, co nás udržuje zdravými s hledáním a využíváním toho, co nás činí nemocnými. Salutogenetickým přístupem však není míněno vyhýbání se nezdravému způsobu života, ale jsou sledovány faktory, které jak uvádí Tress et al. (2008, s. 49) „mají pozitivní efekt a mohou tak chránit proti psychogenním onemocněním“.

V souvislosti se salutogenezí se používá řada termínů. Jedná se např. o údržbu, povzbuzování či posilování zdraví. Jsou to faktory, které člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachované duševní rovnováze. Tyto faktory můžeme členit dle Mohapla (1992) na:

- *Umístění vlivu (locus of kontrol)* – V roce 1966 publikoval Julian Rotter (in Křivohlavý, 2009) výsledky svého zjištění rozdílů mezi lidmi v tom, jak přistupují k obtížím a k různým problémům. Rozdíl je také v jejich přesvědčení, že ovlivňují či naopak nemohou ovlivnit důsledky svých činů v určitých situacích. Psycholog Julian Rotter ve své teorii rozlišuje dva diametrálně odlišné přístupy k životním obtížím – ti, kteří mají interní místo kontroly a lidé s externím místem kontroly. Externisté očekávají, že se situace vyřeší sama (např. v důsledku zásahu osudu). Naopak internisté vycházejí ze sebe, z vlastních schopností, možností a dovedností.
- *Vnímaná osobní zdatnost (self-efficacy)* – znamená přesvědčení lidí o vlastních schopnostech uspořádat své činy a postupovat způsobem, který je zapotřebí k řešení budoucích situací. Tito lidé zvládají vlastní emocionální stav a také se aktivně staví čelem hrozícím nepříznivým vlivům. Tento pojem zveřejnil v roce 1977 Albert Bandura, jiní autoři používají různé pojmy, např. osobní kompetence či ego-kompetence. Bandura (1977) zkoumal vztah mezi očekávanou zdatností a vylučováním katecholaminů (uvolňují se při stresu). Došel k závěru, že se zvyšováním očekávané zdatnosti se u pokusných osob snižovalo vylučování „stresových hormonů“. Obecný pocit nervozity může vznikat vyšší produkcí katecholaminů u osob, které si nevěří.

- *Smysl pro humor a optimismus* – humor bývá v pracích mnoha humanisticky i psychoanalyticky orientovaných autorů dáván do souvislosti se zralostí člověka, s jeho duševně-duchovním zdravím. Optimismus je osobnostní charakteristika lidí, kteří očekávají, že výsledek dění, jehož se účastní, bude kladný. Scheier a Carver (1985) ve svém dotazníku LOT (Life Orientation Test – Test životní orientace) zjistili, že optimisté vykazují v testu nižší počet příznaků zhoršeného zdravotního stavu a častěji využívali strategie zaměřené na problém. Zatímco pesimisté vykazovali vyšší míru využívání strategií popření těžkosti situace, distancování se od stresoru a snadněji opouštěli původní cíl svého snažení. Seligman (1975, in Křivohlavý 2001) zase věnoval pozornost pesimistům a popsal teorii naučeného pesimismu coby obecný postoj lidí k vidění světa, kdy tito lidé nevidí žádnou naději na úspěšné řešení stresové situace. Jejich zdraví je v podstatně horším stavu než zdraví lidí, kteří mají nižší míru této osobní charakteristiky.
- *Nezdolnost v pojetí resilience* – resilience znamená pružnost, elasticnost, houževnatost, nezlomnost. Pojem použila psycholožka Emmy Wernerová (2001) při studiu dětí na ostrově Kauai, které úspěšně zvládali těžké životní situace. Pro tyto děti byla charakteristická autonomie se schopností požádat o pomoc druhé lidi, měly zálibu, která jim činila radost, dobře komunikovaly s druhými, byly emocionálně citlivější, věřily ve své schopnosti. Tyto děti pocházely z rodin, kde měly velice úzký vztah aspoň k jednomu z rodičů či jinému dospělému. Resilienci tedy vysvětlujeme jako proces, schopnost i výsledek úspěšné adaptace člověka vzdor nepříznivým i ohrožujícím podmínkám.

- *Nezdolnost v pojetí coherence* – tuto salutogenetickou teorii popsal Aaron Antonovsky (1987). Vyjadřuje orientaci, v níž má člověk trvalý pocit důvěry, že naše vnější i vnitřní prostředí je předvídatelné a existuje vysoká pravděpodobnost, že věci dopadnou tak dobře, jak jen lze rozumně očekávat. Skládá se ze tří prvků:
 - *srozumitelnost* světa a člověka v něm, kdy se události dají předvídat
 - *smysluplnost* požadavků, které stojí za to, aby se pro ně člověk angažoval
 - *zvládnutelnost* požadavků (člověk má k dispozici zdroje, které mu umožňují na požadavky prostředí reagovat)

- *Nezdolnost v pojetí hardiness* – autorkou této teorie je Suzanne Kobasová (1979, in Křivohlavý 2002), která vyšla z výzkumu vysokých úředníků, kteří byli odolní vůči nemocem, ačkoli pracovali ve velkém tlaku. Hardiness je trs osobnostních rysů, které napomáhají ke zvládnutí zátěže:
 - *vložení se* do věci s vírou v ně a jejich smysl v práci, rodině, životě
 - *výzva*, když překážky jsou chápány jako výzvy
 - *vláda* nad vlastním životem

Kobasová (1979, in Křivohlavý, 2002) se domnívala, že nezdolní lidé lépe zacházejí se zátěží. Ústředním faktorem je pocit vlády nad vlastním životem.

- *Kladné sebehodnocení* – Křivohlavý (2009) se domnívá, že lidé s vysokou mírou sebehodnocení jsou zvědavější, odvážněji se seznamují s novými informacemi a věcmi i s pohledy na skutečnost. Jsou důvěřivější, spokojenější a mají méně vnitřních konfliktů. Tito lidé si kladou poměrně velké cíle, jde jim více o prestiž, jsou obvykle úspěšnější a častěji dosahují svých cílů. Jsou odolnější při zvládnání těžkostí.

- *Typ osobnosti* - typů osobnosti v dnešní době je popsáno mnoho. Friedman a Rosenman (1960, in Riska, 2004), podle převažujícího chování, popisují typ A a B. Typ A vykazuje výraznou snahu intenzivně pracovat, angažovat se na hranici únosnosti, snahu dělat neustále více a více a to ve stále kratším čase, výraznou soupeřivost až vyslovené nepřátelství, agresivitu, nenávisť, závist a netrpělivost. U těchto lidí je vysoké riziko kardiovaskulárního onemocnění. Typ B je protikladem k A-typu osobnosti, vykazuje opačné charakteristiky. Morris (in Riska, 2004) se svými kolegy dále popsali typ C, který dobře spolupracuje s druhými, je ochoten druhým pomáhat. Tito lidé jsou psychicky vyrovnaní, přátelští, nemají vysoké nároky, jsou trpěliví, mají mimořádnou úctu k autoritám a málokdy se s nimi dostávají do konfliktu.

Výše uvedené faktory nám napomáhají ke schopnosti vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, využívat všech pozitivních možností, vynakládat úsilí na překonávání potíží. Umožňují nám najít přijatelné řešení.

3 Psychotické poruchy

Psychózy jsou nejzávažnější duševní poruchy. V minulosti slovo psychóza označovalo těžké duševní onemocnění, u kterého se předpokládalo, že vzniká spíše samo o sobě bez zásadního přispění prostředí (endogenní), zatímco neurózy představovaly lehčí duševní poruchy s výrazným podílem prostředí na jejich vznik. Poprvé tento termín použil E. von Feuchtersleben v roce 1845 (Malá, 2005). V současnosti chápeme psychózu jako poruchu, při které se vyskytují halucinace, bludy a dále dezorganizace řeči a chování.

J. Praško (2005, s. 8) popisuje psychózu jako *„takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému“*. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečné.

P. Možný (1997, s. 3) uvádí, že pojem psychóza v sobě zahrnuje *„skupinu závažných duševních onemocnění, jejichž společným znakem je, že výrazně narušují psychické funkce“*.

C. Höschl (1996) definuje psychózu jako závažné duševní onemocnění, které bývá charakteristické přítomností kvalitativních poruch v oblastech vědomí, vnímání a myšlení. Výsledkem je pak ztráta kontaktu postiženého člověka s realitou.

Obraz světa ve své mysli vytváříme pomocí vnímání, myšlení a emocí. Tento obraz světa je u většiny lidí podobný, je tím dána možnost navzájem si povídat a porozumět. V psychóze je však kontakt s realitou porušen a jedinec si vytváří ve své mysli svět, který je odlišný od toho, jak ho vnímají ostatní. Psychóza zároveň tohoto jedince zbavuje schopnosti tuto odlišnost rozeznat. Své ovlivněné vnímání, myšlení či cítění považuje za zcela normální, okolí se však nedokáže s nemocným domluvit. Z tohoto pohledu *„lze psychózu přiblížit, ale nikoliv beze zbytku pochopit“* (Praško et al, 2001, s. 8).

Naše psychika se celý život dynamicky proměňuje a vyvíjí. Někdy se může stát, že najít přesnou hranici mezi tzv. normou a psychózou je velmi těžké. O zvláštních až nesrozumitelných stavech mohou hovořit i lidé v těžkých osobních krizích, pod vlivem drog nebo i ti, kteří se zabývají jógou, mystikou či holotropním dýcháním. Psychóza si vybírá daň u všech lidí bez rozdílu. Psychotická onemocnění prodělala i řada slavných osobností. Praško (2005) poukazuje na to, že v rodinách výjimečně nadaných jedinců se dokonce vyskytuje onemocnění nápadně často. Spekuluje o tom, že geny, které za určitých okolností disponují k psychóze, mohou být také zodpovědné za nestandardní vývoj centrální nervové soustavy, která svým nositelům propůjčuje mimořádný talent či nevšední inteligenci. Tak například schizofrenií trpěl Einsteinův syn Eduard nebo nositel Nobelovy ceny John Nash, jehož příběh literárně zpracovala Sylvie Nasar (1998). Její kniha Čistá duše se stala předlohou pro stejnojmenný film. Ve věku čtyřiceti let byl postižen psychózou i matematik a fyzik Issac Newton.

3.1 Dynamika vzniku psychózy

O patogenezi psychóz, zejména schizofrenie, existují promyšlené teorie, které vycházejí z pozorování a jsou ověřené experimenty. J. Bouček et al. (2006) nabízejí ve své knize mnoho postřehů a teorií, které mohou vést k podstatě vzniku psychózy. Jedna z nich **je teorie zátěže (stresu) a dispozice (zranitelnosti – vulnerability)**. Podle této teorie disponuje dědičná nebo získaná vloha k selhání adaptivních funkcí duševního života, což vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při zátěži. To samozřejmě prohlubuje snížení odolnosti jedince a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění.

Od šedesátých let převládala při výkladu patogenetického mechanismu vzniku schizofrenního onemocnění tzv. **dopaminová hypotéza**, která, jak popisuje Bouček et al. (2006), vycházela ze skutečnosti, že terapeutické dávky neuroleptik jsou účinné úměrně své schopnosti blokovat účinek dopaminu. Neuroleptika působí jako antagonisté na dopaminergních receptorech cílových struktur hlavních dopaminergních drah v mozku. Tyto dráhy ovlivňují pohyb, regulují sekreci prolaktinu z předního laloku hypofýzy a ovlivňují funkce limbického

systému a nefrontální mozkové kůry v mezolimbické a mezokortikální dráze. Dopaminergní agonisté jako amfetamin vedou k projevům psychózy s příznaky paranoidity a změnou chování. Spojení psychózy s vyšším množstvím dopaminu na mozkových synapsích se nepodařilo prokázat. Dnes je známo pět různých molekul, které slouží jako dopaminové receptory. Účinnost antipsychotik je nejčastěji spojována s receptory D2. Vedle nadměrné aktivity dopaminergního přenosu má u schizofrenie úlohu pokles aktivity dopaminu v prefrontální mozkové kůře, který je pravděpodobně spojen s přítomností negativních příznaků a snížením některých kognitivních schopností, jako je například pracovní paměť.

Genetická spolupodmíněnost schizofrenního onemocnění a dá se předpokládat, že i charakteristika jeho průběhu a citlivost na léčbu, je dnes nepochybná. Současným znalostem problematiky nejlépe odpovídá **model polygenního podmínění vloh – zranitelnosti**, která pak v interakci (stres, selhání rolí apod.) vede k manifestaci choroby (Bouček et al., 2006).

Alternativní hypotézou vzniku schizofrenie je také tzv. **neurovývojový model**, který popisuje Motlová (2004). Vychází z předpokladu, že klinické onemocnění se objevuje jako vyvrcholení procesu, který začíná velmi časně ve vývoji jedince. Je spojen s poruchou migrace, selekce a funkčního zapojení neuronů během vývoje plodu. Taková morfologická porucha, která predisponuje ke schizofrennímu onemocnění, může být důsledkem např. infekce matky chřipkou ve druhém trimestru těhotenství nebo prenatální komplikace při porodu. Oslabení funkce mozku se projeví nemocí teprve v době plného funkčního zatížení po pubertě.

3.2 Dělení psychotických poruch

Pod pojem psychotické poruchy řadíme zejména schizofrenii, která má několik forem. Bouček et al. (2006) uvádí, že nejčastěji se vyskytuje paranoidní schizofrenie, která je charakterizovaná především bludy a halucinacemi. Bludy mohou být perzekuční, ale i velikášské. Halucinace jsou nejčastěji sluchové, ale mohou být i kombinované. Dalším typem schizofrenie je schizofrenie hebefrenní, které se v Severní Americe také říká dezorganizovaný typ schizofrenie. Vyznačuje se necílenou či potrhlou aktivitou, nevypočitatelnými

projevy, které vedou k jakémusi rozkouskování chování. Pacient strojeně mluví, planě filozofuje, v popředí projevů je přehnaná nedospělost a výrazná proměnlivost emocí (od smíchu po pláč). U katatoníí schizofrenie se vyskytují zejména poruchy psychomotoriky. V produktivní formě se projevují nadměrnou vzrušeností a bezcílým neklidem. Při stuporózní formě se může objevit katatoníí stupor, který může být spojen se zaujímáním nepřírozených pozic. U simplexní schizofrenie dochází ke změnám chování s úpadkem vůle, ztrátou zájmů a oploštěním emocí. Chudá je verbální, neverbální i paraverbální komunikace.

Tabulka 1: Subtypy schizofrenie podle MKN-10 a DSM-IV (Motlová, 2004).

Subtypy schizofrenie podle MKN-10 a DSM-IV a dominující charakteristické příznaky. Vždy musí být splněna obecná diagnostická kritéria pro schizofrenii		
Subtyp	MKN-10	DSM-IV
Paranoidní	paranoidní bludy obvykle doprovázené sluchovými halucinacemi	jeden nebo více bludů, nebo časté sluchové halucinace
Hebefrenní (dezorganizovaný typ podle DSM-IV)	proměnlivé bludy a halucinace, nevhodné a nepředvídatelné chování, manýrování, nepřiměřená nálada, inkoherece	dezorganizace řeči, chování, oploštělá nebo nepřiměřená emotivita
Katatonní	psychomotorické příznaky, hyperkineze, stupor, povelový automatismus, negativismus, nástavy	katalepsie, stupor, nemotivovaná nadměrná motorická aktivita, extrémní negativismus, mutismus, pózování, grimasování
Nediferencovaná	obsahuje rysy více subtypů	nesplňuje kritéria pro paranoidní, dezorganizovaný ani katatonní typ
Postschizofrenní deprese	depresivní epizoda po odeznění floridních schizofrenních příznaků	porucha určená pro další výzkum
Reziduální schizofrenie	dlouhodobé negativní příznaky, zhoršená sociální výkonnost	trvale se projevují negativní příznaky, nebo dva a více oslabených příznaků kritéria A (například podivná přesvědčení)
Simplexní	plíživý rozvoj podivného chování	porucha určená pro další výzkum

K psychotickým poruchám dále patří schizotypní porucha, která se vyznačuje excentrickým chováním, anomáliemi myšlení a emotivity. Není přítomen žádný ucelený schizofrenní okruh. Často schizofrenii předchází. Dalším onemocněním je trvalá porucha s bludy, která se objevuje ve středním věku. Obsah bludu a doba jeho počátku mohou být spojeny s životní situací pacienta. Další kategorií psychotických poruch jsou akutní a přechodné psychotické poruchy, při nichž zřetelné halucinace, bludy nebo poruchy vnímání jsou značně měnlivé ze dne na den nebo z hodiny na hodinu. Trvají krátce a mohou být spojeny s akutním stresem. Při indukované poruše s bludy je blud sdílen více osobami, které jsou vzájemně úzce emočně svázány. Poslední kategorií jsou schizoafektivní poruchy, u nichž jsou v popředí jak afektivní, tak schizofrenní příznaky. Podle převládajících rysů afektivní složky rozlišujeme manický, depresivní a smíšený typ. (Bouček, 2006)

Tabulka 2: Rozdělení psychotických poruch dle MKN-10 (Bouček, 2006)

Schizofrenie (F 20)	Paranoidní schizofrenie (F 20.0) Hebefrenní schizofrenie (F 20.1) Katatonní schizofrenie (F 20.2) Simplexní schizofrenie (F 20.6) Nediferencované schizofrenie (F 20.3) Reziduální schizofrenie (F 20.4) Postschizofrenní deprese (F 20.5)
Schizotypní porucha (F 21)	
Trvalá porucha s bludy (F 22)	
Akutní a přechodné psych. poruchy (F 23)	Akutní polymorfní por. bez příz. schi. (F 23.0) Akutní polymorfní por. s příz. schi. (F 23.1) Akutní schizoformní psychotická por. (F 23.2) Jiní akutní psychotické por. s převahou bludů (F 23.3)
Indukovaná porucha s bludy (F 24)	
Schizoafektivní poruchy (F 25)	

Abychom pochopili tento zevrubný popis psychotických poruch, je potřeba hlubší popis alespoň jedné z nich. Největší pozornost si určitě zaslouží schizofrenie.

3.2.1 Schizofrenie

Schizofrenie je považována za jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění. Narušuje všechny psychické funkce, chování, jednání a většinou výrazně mění kvalitu života. Pojem schizofrenie se skládá ze dvou řeckých slov: schizein – štípat a frēn – mysl, tedy rozštěp mysli. Tento pojem zavedl do psychiatrie E. Bleuler v roce 1911, původně ji Kraepelin nazval dementia praecox (Bouček, 2006). Je nemocí tisíce tváří. Tato mnohotvárnost se týká jak symptomatiky, tak průběhu či odpovědi na léčbu. Toto onemocnění začíná nejčastěji během dospívání. Zřídka dochází k onemocnění náhle a nečekaně, předchází zpravidla různě dlouhé období, kdy se tito lidé postupně mění. Uzavírají se do sebe, cítí se bez radosti, s nepochopitelným napětím a obavou, tělesnou únavou a neschopností se soustředit. Jiní jsou naopak bezcílně aktivní, zahajují řadu činností, ale žádnou z nich nedokončí. Postupně se uzavírají do svého fantazijního světa. Mají jakoby předtuchu, že něco není v pořádku. Nerozumí okolnímu světu a i vnitřní prožívání jim připadá cizí. Okolnosti se jeví jako schválně zinscenované. Vše si vztahují k vlastní osobě, z čehož se postupně mohou vyvinout bludná přesvědčení. To, co bylo dříve neurčité, dostává náhle jasný význam. Postupně dochází k základní neshodě s okolím a je velmi těžké přesvědčit nemocného o nepravdivosti těchto symptomů. Schizofrenie má velmi mnoho příznaků a symptomů, které ovlivňují způsob myšlení, vnímání, citění a jednání. Praško et al. (2005) dělí příznaky do tří kategorií – pozitivní, negativní a kognitivní.

Mezi ty pozitivní řadí Praško et al. (2005) změny v kvalitě vnímání – halucinace a změny myšlení – bludy. Halucinace se mohou týkat všech smyslů, nejčastěji však bývají sluchové. Nemocný může slyšet zvuky (zvonění, tikání, škrábání apod.) nebo hlasy. Velmi nebezpečné jsou hlasy, které nemocným dávají příkazy (imperativní halucinace). Tyto vjemy jsou většinou intenzivnější než skutečnost a nemocní často se svými halucinacemi komunikují a pod jejich vlivem i jednají. Velmi časté jsou také halucinace intrapsychické, při nichž mají nemocní pocit, že jim někdo odnímá či vnucuje myšlenky. Nemocný může mít pocit, že jsou jeho myšlenky zveřejňovány, slyší je opakovat nahlas (Raboch et al., 2006). Mezi poruchy myšlení patří především bludy,

kteřé jsou poruchou obsahu myšlení. Je to nepravdivá, falešná představa, která nemocnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Obsahem bludů jsou nejčastěji pocity pronásledování, přesvědčení o výjimečných schopnostech nebo o nadpřirozené moci či o významném původu. Někdy mají nemocní pocit, že jim jsou vkládány do hlavy cizí myšlenky. Další poruchou myšlení je porucha formy. Myšlení je nesouvislé, mluví nelogicky (spojují věci do nových, zdánlivě logických spojení) a zabíhavě, obšírně. K pozitivním příznakům řadíme také i různé poruchy chování. Nemocní mohou být neklidní, urychlení, někdy agresivní. Zkrátka se chovají velmi zvláštěně, často se i bizardně oblékají. Pozitivní symptomy bývají charakteristické především pro akutní fázi onemocnění, zatímco negativní jsou problémem reziduální či zbytkové fáze (Hahlweg and Dose, 2000).

Negativní příznaky nebývají tak nápadné jako předchozí. Většinou se vyvíjí časem v průběhu nemoci, ale zato jsou hůře léčitelné. Patří sem postupné snížení až vymizení motivace. Nemocní mají problém i se zvládnáním základních aktivit včetně hygieny. Dále dochází k ochuzení citového prožívání, jako by jim bylo vše jedno. Ztrácí zájem o své přátele a preferují samotu a nicnedělání. Komunikace je omezená a objevuje se chudost obsahu řeči. Je snížena i mimika obličeje a nemocný se vyhýbá očnímu kontaktu. Objevuje se porucha koncentrace pozornosti a velké problémy rozhodovat se a plánovat. Dále dochází k oslabení až ztrátě vůle. Okolí své blízké zpočátku vnímá jako lenivé. Liddle (1992, in Vágnerová, 2008) řadí negativní příznaky do kategorie psychomotorického ochuzení, kde uvádí snížení celkové aktivity, nevykonnost, únavu, úbytek schopnosti emočně reagovat, citovou oploštělost, pasivitu a apatii, nedostatek iniciativy, zpomalenost řeči a myšlení, tendence k sociální izolaci, úpadek sociálního chování a péče o sebe sama. Tyto projevy mohou být určitým způsobem ovlivnitelné, například vhodnou sociální stimulací.

Kognitivní příznaky se objevují nejčastěji v poruchách pozornosti, paměti, učení a tzv. exekutivní (řídící) funkce. Následkem je selhávání v každodenních činnostech v práci, v kontaktu s ostatními, v běžných situacích. Nemocný se nedokáže soustředit, oddělit podstatné od nepodstatného, pochopit a zpracovat informace, řešit problémy. Kognitivní příznaky se často objevují ve spojení s příznaky negativními (Praško et al., 2005)

Kdykoliv v průběhu psychózy se mohou objevit i poruchy nálady, tzv. afektivní příznaky. Časté jsou pocity beznaděje, zoufalství, pokleslá nálada, stavy vnitřního napětí, neklidu, nejistoty, strachu, obav a úzkosti. Časté jsou obavy nemocného, že se již neuzdraví a pak se mohou objevit i sebevražedné myšlenky. Pro přehlednost uvedeme charakteristické příznaky schizofrenie v tabulce.

Tabulka 3: Rozdělení charakteristických příznaků schizofrenie

Pozitivní	Negativní	Kognitivní	Afektivní
Bludy	Pasivita a apatie	Zhoršená pozornost	Nepohoda
Halucinace	Ztráta zájmů a iniciativy	Potíže s pamětí	Napětí
Nadměrné vzrušení	Uzavírání se do sebe	Potíže s myšlením	Nervozita
Popudlivost	Málomluvnost	Potíže v plánování	Úzkost
Nadměrná aktivita	Chybění energie	Ochuzení obsahu řeči	Strach

Průběh schizofrenie dělí Bouček et al. (2006) do čtyř vývojových stadií, které jsou velmi proměnlivé, stejně jako nemoc sama.

- a) **premorbidní stadium** – onemocnění se klinicky neprojevuje, ale mohou být přítomny latentní poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti, zejména v dětství, např. sociální stažení, poruchy pozornosti, snížení výkonu apod.
- b) **prodromální stadium** – dochází k mírnému poklesu funkční zdatnosti jedince, např. hloubavost, vztahovačnost, emoční stažení a oploštění, nemluvnost, kolísavá úzkost aj.
- c) **proredientní stadium** – vlastní propuknutí nemoci začíná často náhle a dramaticky. Ataky se střídají s ústupem příznaků, způsobilost pacienta ke zvládnání nároků se zhoršuje.
- d) **stadium stabilizace psychopatologie** – s občasnými dekompenzacemi rezidua.

Schizofrenii se také říká třetinová nemoc. U jedné třetiny případů nastává úplná úzdrava, další třetina má atakovitý průběh, kdy se střídá relaps a remise a poslední třetina má průběh chronicko-proredientní, kdy se onemocnění stále zhoršuje.

4 Neurotické poruchy

Bouček et al. (2006, s.121) definuje neurózu jako duševní poruchu, v níž je „*hlavním postižením duševní nebo tělesný příznak, eventuelně skupina příznaků, které jedince obtěžují, vnímá je jako nepřijatelné a cizí, přičemž hodnocení reality není v hrubých rysech narušeno, chování neporušuje základní sociální normy*“. Široký píše, že je této diagnózy často užíváno jako „*východiska z nouze u těch příznaků, kde není možno objevit nějaký tělesný podklad*“ (Široký, 2001, str. 21) a následně cituje Janeta (1905, in Široký, 2001, s.21): „*zdá se, že jediným společným znakem pestré skupiny neuróz je neznalost příčin*“. A neurózy mohou často mizet i spontánně. Tuto skutečnost pak výstižně ilustruje Jungův (1998) výrok, že vypuknutí války vyléčilo nutkavé neurózy a na zázračných místech již odedávna mizí neurotické poruchy. Jung (1998) popisuje neurózu jako funkční psychickou poruchu, ve které se manifestuje nesoulad mezi vědomým postojem a nevědomou tendencí.

Z výše uvedeného vyplývá, že jednotná definice neexistuje. Můžeme konstatovat, že jde o poruchy, u nichž jsou typickými dominujícími příznaky úzkost, strach, obavy a vegetativní příznaky. Úzkost má pro organismus adaptivní funkci. Podobně strach patří k důležitým emocím. Vyostřují smysly, mobilizují energii a pomáhají organismu ubránit se, utéct nebo vyhnout se, objeví-li se nebezpečí. Praško (2000) vidí problém tam, kde se úzkost či strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká. V těchto případech zasahují negativně do života jedince. Mírné obavy a úzkost jsou tedy zcela normální a prožívá je v životě každý. Jsou užitečné a důležité, pokud nepřesáhnou určitou míru. Experimenty ukázaly, že s mírnou úzkostí se zlepšuje výkon. Pokud člověk neprožívá žádnou úzkost nebo naopak je příliš intenzivní, výkon klesá.

Úzkostné poruchy jsou v podstatě různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch může projevovat v náhlých záchvatech

či typických situacích nebo jako trvalý fluktuující stav. Míra příznaků je tak velká, že omezují pracovní i rodinný život nebo prožívání volného času. Úzkost je nepříjemný emoční stav. Je to pocit jakoby se něco ohrožujícího mělo stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na ohrožení. Prožívá stresovou reakci. Emoční a fyziologickou reakcí na konkrétní nebezpečí je strach. Z výše uvedeného vyplývá, že strach má na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt. Intenzita úzkosti i strachu může být různá. Pokud se úzkost objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluví Prašková et al. (2000) o spontánní úzkosti. Pokud se týká konkrétních situací, jde tedy o strach, označujeme ji jako fobii. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o anticipační úzkosti.

Jak tedy jedinec úzkost a strach prožívá? Jakákoliv úzkost se skládá vždy ze tří složek – tělo (např. bušení srdce, pocení), myšlení (stane se něco ošklivého) a chování (blok, útěk). Subjektivně bývají prožívané jako pocit sevření, tísně, vnitřního napětí a neklidu. Člověk se cítí být ohrožen, projevuje obavy, prožívá bezradnost. Velmi často jsou provázené depresivními prožitky a únavou a lehčí závratí. Výrazná úzkost a strach mohou vést až k pocitům derealizace a depersonalizace, což lze posoudit jako formu obrany před úzkostí a strachem. Ve fyziologické rovině zasahují prakticky všechny orgány a funkční systémy. Bývá zrychlená činnost srdce, dýchání je zrychlené nebo naopak zpomalené, sucho v ústech, pocení, zvyšuje se svalové napětí apod. Člověk prožívající tento stav má vyděšený výraz, jeho mimika je málo diferencovaná, v obličejí je bledý, celkově působí dojmem strnulosti a tenze, pohyby jsou nepřesné a hůře koordinované. Dotyčný se může při řeči zadržovat, mluvit rychle nebo naopak nemluvit. Vnímání úzkosti u druhého je vrozené a interkulturálně shodné.

Úzkost a strach může ale mít i zdravý jedinec. Jak tedy vypadá neurotický pacient? Kratochvíl (2000) říká, že označení neurotický pacient používáme v případě, kdy při vyšetření není zjištěn organický podklad onemocnění a pacient přitom trpí tělesnými či duševními obtížemi, které si uvědomuje a stěžuje si na ně. Chování pacienta není pro okolí nesrozumitelné, není významně porušena jeho soudnost. Potíže mají někdy zřetelnou, jindy ne zcela jasnou souvislost s duševními stavy a problémy ve vztazích, v rodině, v práci a vůbec mezi lidmi.

Pramení ze závažných vnějších či vnitřních konfliktů, někdy velmi silných, jindy spíše dlouhodobých, které často souvisejí i s vývojem, postoji a osobnostními vlastnostmi jedince.

4.1 Dynamika vzniku neuróz

Podle biologických teorií existují predispozice na základě dědičnosti, ale mohou se objevit i poruchy autonomního nervového systému, např. nadměrná vegetativní reaktivita s nárůstem tonu sympatiku. Dále se mohou objevit defekty v neurotransmisi, např. zvýšené vyplavení katecholaminů, serotoninů nebo zvýšení dopaminergní aktivity.

Bouček et al. (2006, s. 121) uvádí tři příčiny vzniku neuróz podle teorie učení:

- a) úzkost vzniká z frustrace nebo stresu. Po vstupním zážitku může dále působit podmíněný spoj mezi úzkostí a méně závažnými situacemi frustrace nebo stresu, než byly původní.
- b) úzkost může být naučená imitováním úzkostných projevů rodičů.
- c) úzkost spojená s přirozeným nepříjemným podnětem, např. úrazem, se podmiňováním přesune na jiný podnět, který může vyvolávat fobii.

Watson a Rayner (1920) ve svém experimentu změnili chování jednoletého zdravého chlapce Alberta na fobické pomocí klasického podmiňování. Při hraní Alberta s krysou pouštěli chlapci hlasité nepříjemné zvuky. Po určitém počtu opakování začal Albert okamžitě plakat, jakmile se objevila krysa, ačkoliv nebyly pouštěny žádné zvuky. Tento pokus dokazuje úzkost jako naučené chování.

Dle psychoanalytické teorie je zdůrazňován význam nevědomých konfliktů, obvykle pocházejících z raného dětství a používání obranných mechanismů ke zvládnutí úzkosti vyvolané psychickými impulzy a emocemi. Někteří psychoanalytici zastávají názor, že existuje vztah mezi podstatou fobie a obsahem potlačených strachů. Např. arachnofobie je považována za vyjádření nevědomého strachu ze sexu (Emmelkamp, 1992).

K obraně před úzkostí jsou používány obranné mechanismy. Fobie je způsobena mechanismem přenosu, přesunu nebo vytěsnění. Porucha vytěsnění vede k panické nebo generalizované úzkosti. Agorafobie je spojena se vztahem k hostilitě, vede k závislosti (Prašková et al., 2000).

4.2 Dělení neurotických poruch

Pro větší přehlednost uvádíme tabulku rozdělení neurotických poruch:

Tabulka 4: Rozdělení neurotických poruch (Bouček et al., 2006)

Fobické úzkostné poruchy (F 40)	Agorafobie (F 40.0) Sociální fobie (F 40.1) Specifické (izolované) fobie (F 40.2)
Jiné úzkostné poruchy, OCD (F 41)	Panická porucha (F 41.0) Generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1) Smíšená úzkostně-depresivní por. (F 41.2) Obsedantně kompulzivní porucha (F 42)
Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F 43)	Akutní reakce na stres (F 43.0) Posttraumatická stresová porucha (F 43.1) Poruchy přizpůsobení (F 43.2)
Dissociativní (konverzní) por. (F 44)	Dissociativní amnezie (F 44.0) Dissociativní fuga (F 44.1) Dissociativní stupor (F 44.2) Dissociativní trans a stavy posedlosti (F 44.3) Dissociativní poruchy motoriky (F 44.4) Dissociativní křeče (F 44.5) Dissoc. por. citlivosti a por. sensor. (F 44.6) Smíšené dissociativní poruchy (F 44.7) Jiné dissociativní poruchy (F 44.8) Mnohočetná porucha osobnosti (F 44.81)
Somatoformní poruchy (F 45)	Somatizační porucha (F 45.0) Nediferenc. somatizační porucha (F 45.1) Hypochondrická porucha (F 45.2) Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3) Přetrváv. somatoformní bolest. por. (F 45.4)
Jiné neurotické poruchy (F 48)	Neurastenie (F48.0) Depersonal. a derealizační syndrom (F 48.1) Jiné specifik. neurotické poruchy (F 48.8)

Dle Boučka et al. (2006) můžeme do neurotických poruch zařadit fobické úzkostné poruchy (F40), kdy úzkost přechází v paniku, je vyvolávána dobře definovatelnými situacemi, které nejsou v daném okamžiku nebezpečné. U skupiny jiné úzkostné poruchy (F41) není úzkost omezena na žádnou okolní situaci. Další kategorií jsou reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43). Vyvolávajícími faktory jsou mimořádně stresující životní zážitky nebo významné životní změny. U dissociativních poruch (F44) dochází k oddělení určitých obsahů myšlením od vědomé roviny prožívání. Mezi somatoformní poruchy (F45) řadíme takové potíže, které jsou způsobené tělesnými příznaky, ale zároveň nejsou přítomny žádné organické změny, které by tyto potíže vysvětlovaly.

Poruchy, které jsou v populaci nejčastější, rozebereme podrobněji v následujících podkapitolách.

4.2.1 Panická porucha

Panická porucha byla nazvána podle řeckého boha Pana, který nejen krásně hrál na kytaru, ale také číhával v lese a děsil poutníky (Prašková et al., 2000).

Hlavním rysem jsou opakované záchvaty masivní úzkosti (paniky), které však nejsou omezeny na žádnou určitou situaci. Nelze je tedy předvídat. Faravelli et al. (1986) uvádí, že záchvatu často předchází stresující životní událost. Při záchvatu dochází k náhlému intenzivnímu strachu z toho, že se něco hrozného přihodí a k pocitu ztráty kontroly. Ataka je spojena s řadou silných tělesných příznaků jako je bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, závratě, někdy pocity depersonalizace a derealizace. V myšlenkách se objevuje strach ze smrti, omdlení nebo ze zešílení. Může se domnívat, že dostal srdeční infarkt nebo mrtvici. Po odeznění ataky, která trvá zpravidla pět až dvacet minut, může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání. Často také vzniká trvalý strach z dalšího záchvatu a pacient se může vyhýbat místu, kde k záchvatu došlo (v autobuse, obchodě, davu atd.). U žen se panická porucha vyskytuje dvakrát častěji než u mužů. Začátek bývá nejčastěji mezi 15 - 24 rokem, druhý vrchol je mezi 45-54 lety. Norton et al. (1986)

tvrdí, že s alespoň s jedním nečekaným záchvatem paniky v průběhu každého roku má zkušenost asi 10-12% lidí.

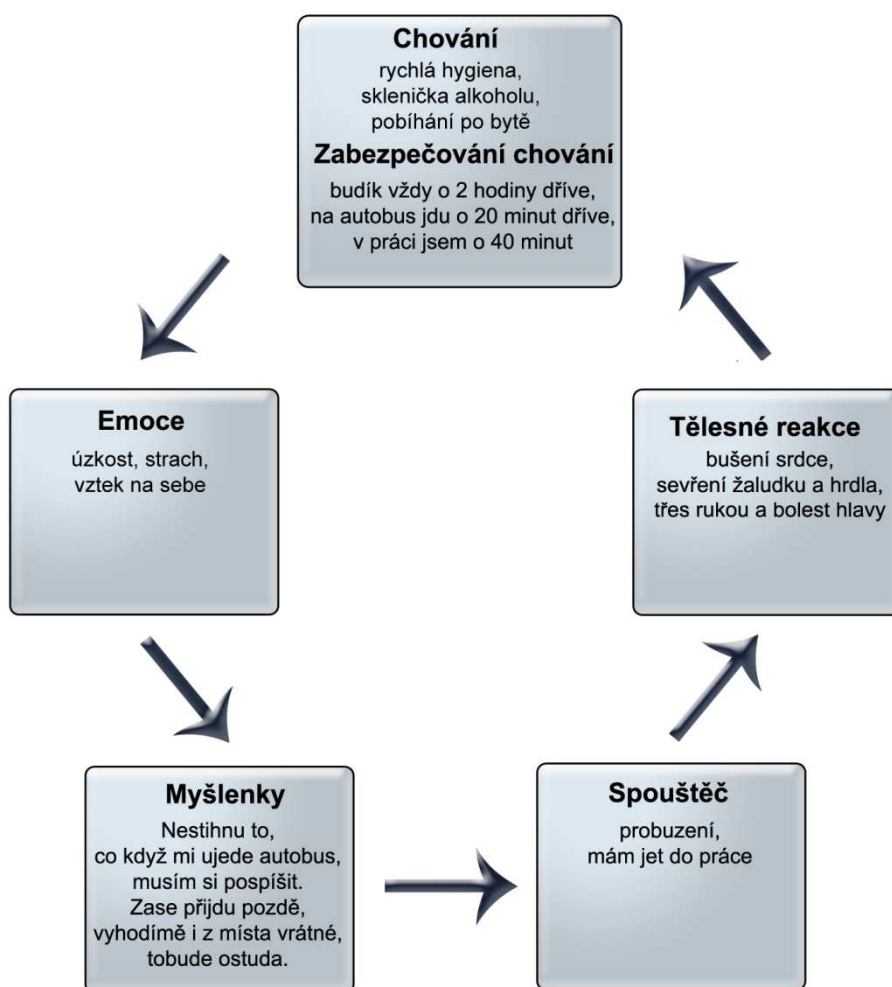
Diagnóza panické poruchy se často neobjeví izolovaně. Prašková et al. (2000) popisuje nejčastější společné poruchy. Je to agorafobie (50-70%), dále pak sociální fobie, dystymie, prostá fobie a deprese. Druhotně se může rozvinout závislost na drogách či alkoholu. Průběh poruchy bez léčby bývá většinou dlouhodobý a asi 40% pacientů chronifikuje. Kolem 7% pacientů spáchá sebevražedný pokus, ale při komorbiditě panické poruchy s depresí se suicidalita zvyšuje až na 20%. Podle psychologických teorií se zdá, že lidé trpící panickou poruchou mají strach z opuštění a zároveň z připoutání k druhé osobě. Proto mají nadměrnou potřebu kontrolovat své vztahy a vyhnout se samotě nebo nadměrné blízkosti.

K vysvětlení patogeneze byly vytvořeny jak psychoanalytické, tak i kognitivně behaviorální teorie. Z psychoanalytického pohledu je panická porucha spojena se ztrátou rodiče v dětství nebo s historií separační úzkosti. Podle kognitivně behaviorální teorie jsou panické záchvaty považovány za naučené chování a naučenou neurovegetativní reakci (Prašková et al., 2000).

4.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Základním rysem této poruchy je volně plynoucí úzkost, která není omezena na určité situace nebo objekty, ani na určité okolnosti, ale týká se každodenních záležitostí a jejich zvládnutí. Typickým projevem je nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami, což vede k úzkostnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům jako jsou svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, nadměrné pocení, bušení srdce a poruchy spánku. Stav je proměnlivý, většinou trvající léta a vede ke zhoršenému soustředění. GAD postihuje myšlení, náladu, chování i tělesné pocity. Souvisí s poruchou rovnováhy některých neurotransmiterů v mozku. Praško (2009) znázorňuje bludný kruh úzkosti, jak se tyto oblasti navzájem ovlivňují. Tato porucha je běžnější u žen a často vzniká na podkladě chronického stresu.

Graf 1: Bludný kruh úzkosti (Praško, 2009)



Začátek poruchy se nejčastěji objevuje kolem 16. a 18. roku. Často se objevuje souvislost mezi vznikem potíží a stresující životní událostí. Komorbidita s dalšími úzkostnými poruchami, zejména panická porucha, sociální fobie, obsedantně – kompulzivní porucha a také s depresivní poruchou, je poměrně rozsáhlá. Objevuje se až u 75 % postižených.

Vysvětlení patogeneze z psychoanalytického pohledu mluví o tom, že u osob postižených generalizovanou úzkostí potlačená přání (sexuální i agresivní) hrozí průnikem do vědomí a způsobuje úzkost. Obranný mechanismus „vytěsnění“ nefunguje dostatečně a napětí plynoucí z intrapsychického konfliktu

je pak projikováno na zevní nepodstatné problémy, po kterých volně téká. Kognitivně behaviorální model je založený na teorii učení. Úzkostnost se učí buď v dětství imitací rodičů, nebo je důsledkem maladaptivních postojů, které vznikly v průběhu zrání. Jednotlivci trpí chronickou úzkostí, protože vycházejí z určitých přesvědčení, na jejichž základě interpretují širokou škálu různých situací jako ohrožující. Dalším problémem je absence některých sociálních dovedností, např. schopnost říct ne, snášení kritiky aj. a také dovednost řešit problémy systematickým způsobem. (Prašková, Praško 2000)

4.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsese a kompulze jsou dávno známou poruchou. Praško et al. (2008) uvádí nejznámější literární příklad, Shakespearovu Lady Macbeth a nejslavnějším z postižených byl Charles Darwin. Pro obsedantně-kompulzivní poruchu je typické, že člověka obtěžují vtíravé obsese. Obsese je nechtěná, vtíravá myšlenka, představa nebo impuls, která se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírá do mysli člověka. Téma myšlenky může být u každého člověka jiné, může se objevit po celé řadě spouštěcích podnětů, například při podání ruky s cizí osobou, po zamčení bytu nebo při pohledu na ostrý předmět. Spouštěčem může být i vzpomínka nebo tělesný pocit. Obsese se mohou objevit v podobě úzkostných, obávaných, ale i odpudivých, nemravných či absurdních myšlenek. Obsese nutí k jednání, které negativní prožitek neutralizuje. Obvykle probíhá jako stereotypní kompulzivní chování či myšlení. Při kompulzi jde o nutkavé chování, při kterém si člověk uvědomuje, že jde o nesmyslnou nebo nadměrnou činnost, ale nepříjemné pocity nezmizí, dokud tento rituál neuskuteční. Za své chování se pak stydí nebo si nedělají žádné starosti. Mnoho pacientů trpících OCD vyhledá léčbu až po konfliktu s okolím a zvýšeného tlaku z rodinného prostředí.

OCD je jedna z nejčastějších psychických poruch. Podle výskytu ji Emmelkamp (1992) řadí hned za fobie. Postiženého člověka výrazně omezuje v životě, neboť tito lidé bývají častěji rozvedení, sociálně izolovaní, problémy mají i v pracovním životě (pozdní příchody apod.). Průměrný věk objevení se prvních příznaků je okolo dvacátého roku.

Podle psychoanalytické teorie (Praško et al., 2008) má OCD počátek ve fixaci v „análně-sadistickém stadiu“, které odpovídá nadměrnému nácviku kontroly moče a stolice v dětství. S touto fází vývoje dítěte se pojí zlost a agrese. Určité prožitky během tohoto období včetně přání, impulsů, konfliktů a frustrací mohou člověka disponovat pro vznik OCD v pozdějších letech. Kompulzivní akty a obsedantní myšlenky jsou považovány za obranné reakce, které potlačují opravdové skryté úzkosti.

Teorie učení, jak popisuje Praško et al. (2008), předpokládá, že OCD jsou naučené projevy. Jedinec se naučil během výchovy pomocí asociací myšlenek s nepříjemnými emocemi reagovat zvýšenou tenzí na podněty, které jsou ve skutečnosti neškodné. Na tyto nepříjemné emoční stavy pak reaguje chováním, které vede k úlevě.

KBT rozvíjí dále teorii učení. Předpokládá, že nutkavé myšlenky nejsou samy o sobě patologické. Mohou mít neutrální, pozitivní nebo negativní emoční doprovod. Pokud nijak nesouvisí s dalším chováním, tak vymizí. Patologickou kvalitu může nutkavá myšlenka získat v případě, že je spojená se silnou úzkostí, kterou se člověk snaží za každou cenu neutralizovat. Kompulze a vyhýbavé chování tak zabraňují možnosti přehodnotit obsese – kdyby toto chování člověk přestal provádět, záhy by zjistil, že to, čeho se bojí, se ve skutečnosti nestane. Ján Praško (2008, s.36) to přirovnává k čínskému příběhu o muži, který tleskal na tygry: *„Po ulicích města chodí muž a stále tleská. Kolemjdoucí se ho ptá: „Prosím vás, proč pořád tleskáte?“ – „Ale, zaháním tygry.“, odpověděl muž. „Ale tady přece žádní tygři nejsou?!“ – „No vidíte, jak to funguje.“* Důležité tedy není, zda má člověk nutkavé myšlenky, neboť ty má skoro každý. Důležité je, jak je hodnotí.

4.2.4 Agorafobie

Jméno agorafobie vzniklo ze starořeckého fobos = strach a agora = tržiště, tedy doslova strach z tržiště. Podrobně tuto poruchu popsal v roce 1872 Westphal (1872, in Beck, 2005) ve své monografii „Die Agoraphobie“ jako nemožnost chodit některými ulicemi nebo náměstími nebo možnost chodit tak pouze s velkým děsem z úzkosti.

Prašková et al. (2000) popisuje agorafobii jako strach z veřejných prostranství, uzavřených prostor, přeplněných míst, shluků lidí, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, jízdy výtahem apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí. Fobie se váže k očekávání něčeho nepříjemného, co by se mohlo na daném místě nebo v dané situaci přihodit. Následuje vyhýbání se fobickým situacím. Automaticky předpokládají, že pokud se jim ze situace nepodaří zavčas uniknout, přihodí se jim nějaká katastrofa, např. přestanou se ovládat, omdlí, zkolabují, dostanou infarkt aj. Počet situací vzrůstá a postižený nakonec nemusí být schopen vůbec vyjít z domu. Častým doprovodným rysem je výskyt panických atak. Začátek agorafobie nastává před 45. rokem, poté jen zřídka. Komorbidita s dalšími úzkostnými poruchami je častá. Poměrně vysoké je i riziko sebevražedného jednání. Komplikací také často bývá abúzus alkoholu či jiných návykových látek.

Podle teorie učení je fobie pokládána za naučené chování. Může vzniknout přímým (tedy naučení se strachu z vlastní zkušenosti) nebo zástupným (pozorování strachu u druhých) podmiňováním. Fobie se málokdy vytvoří jedinou traumatizující zkušeností, většinou jde o opakování stále nepříjemnějších pocitů, které ústí do vyhýbavého chování a pomocí operantního podmiňování agorafobii utvrdí a udržuje ji (Prašková, Praško 2000).

Podle studie Kleinera a Marshalla (1987) se ukázalo, že 84 % pacientů s touto nemocí měli dlouhodobé problémy v manželství nebo partnerském vztahu ještě před první panickou atakou.

4.2.5 Sociální fobie

Sociální fobie je strach a následné vyhýbání se situacím, v nichž člověk může být pozorován a posuzován druhými. Může mít různé formy, např. strach z psaní nebo mluvení před někým či setkání s neznámými lidmi. Člověk postižený touto fobií je přesvědčen, že druzí si všímají jeho potíží a podle toho jej hodnotí, což zvyšuje jejich úzkost. Hartman (1983) přišel s teorií „nedostatečné sociální připravenosti“, podle níž problémy těchto lidí vznikají z toho, že se koncentrují příliš na sebe. V sociální situaci takto postižená osoba musí dělit svou pozornost mezi vnitřní (negativní myšlenky a vnímání nebezpečí) a vnější podněty, a není se tak schopná koncentrovat na vlastní komunikaci, čímž budí zdání, že postrádá schopnost sociální komunikace. Opět úzkost vede k vyhýbavému chování. U této fobie, častěji než u jiných, často jedinci k překonání nepříjemných pocitů a úzkosti zneužívají alkohol či uklidňující prášky.

Sociální fobie se vyskytuje nejčastěji v pozdním dětství nebo časně adolescenci, kdy stoupají nároky na sociální adaptaci. Vyskytuje se stejně často u mužů i u žen. Postižení jedinci dosahují často nižšího vzdělání, než odpovídá jejich inteligenci, také mívají nižší příjmy nebo žijí pouze ze sociálních dávek. Také žijí daleko častěji bez partnera než zdraví jedinci.

Sociální fobie má velmi častou komorbiditu s jinými poruchami. Prašková et al. (2000) uvádí, že okolo 60 % pacientů se sociální fobií splňuje kritéria přinejmenším pro jednu další poruchu. Značná sociální úzkost se také vyskytuje u schizofrenie, obsedantně-kompulzivní poruchy, depresivní poruchy a paranoidní poruchy, ale dominující skladba příznaků je odlišná. Těžce rozlišitelná je vyhýbavá porucha osobnosti. Úzkost zde není tak výrazná, nicméně na bázi vyhýbavé poruchy osobnosti se sociální fobie může často objevit.

4.2.6 Specifické fobie

Prašková et al. (2000) popisuje specifické fobie jako skupinu poruch, u nichž je úzkost vyvolána pouze určitými, dobře definovanými situacemi nebo objekty, které běžně nejsou nebezpečné. Jde vlastně o iracionální strach z konkrétního objektu nebo situace. Lidé o iracionalitě strachu vědí, ale nepomáhá jim to v ovládnutí úzkosti a stresu. Úzkost se může pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu. Mezi nejčastější specifické fobie patří zoofobie (strach ze zvířat), zejména psů, hadů (ofidiofobie), hmyzu (entomofobie) a myší. Dále pak klaustrofobie (strach z uzavřených prostor), akrofobie (strach z výšek).

Specifická fobie vzniká obvykle v dětství nebo rané dospělosti, a pokud není léčena, může přetrvávat i po celý život. Di Nardo (1988) při porovnání dvou skupin studentů (první s fobií ze psů, druhá bez fobie) bylo zjištěno, že v první skupině si 56% vzpomíná na traumatické zážitky se psy. V druhé skupině si 66% vzpomíná na podobné zážitky, přičemž více než 50% bylo velmi bolestivých. Z toho vyplývá, že u mnoha jedinců nevznikne fobie na základě traumatického zážitku. Síla fobie souvisí se schopností znovu vybavení traumatického zážitku. Toto tvrzení podporuje hypotézu, že fobie vytvořená v pokročilejším věku se liší od fobií vzniklých v raném dětství.

Emmelkamp (1992) uvádí, že na rozdíl od agorafobie nemá tendenci ke změnám intenzity. Ať je zdroj strachu jakýkoliv, téměř vždy se skládá ze tří složek typických příznaků – úzkosti, anticipační obavné myšlenky a vyhýbavé chování.

4.2.7 Posttraumatická stresová porucha

Termín posttraumatická stresová porucha (PSDT) je používán pro úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události. Ta svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí. Vodáčková et al. (2002) ji popisuje jako opožděnou reakci na traumatickou událost, která se projevuje četnými změnami na fyzické, emoční i sociální rovině. Ne vždy bývá i samotným klientem dávána do souvislosti s traumatickou událostí a navozuje tak pocity zmatku a nepochopitelnosti. Takovou traumatickou událostí mohou být válečné události, přírodní katastrofy (povodeň, výbuch sopky..), traumata způsobená lidmi (znásilnění, dopravní nehoda, požár..).

Typickými příznaky jsou epizody opakovaného ožívání traumatu v dotírajících vzpomínkách nebo v děsivých snech. Tyto noční můry vyvolávají silnou úzkost, postižený se probouzí často zpocený, se silným bušením srdce, lapá po dechu, pláče. Obvyklý je strach a vyhýbání se vjemům, které mohou postiženému prožité trauma připomínat. Vzácně se může objevit dramatický výbuch strachu, paniky nebo agrese. Jsou spuštěny podněty, které vyvolávají vzpomínku na trauma.

Mezi dalšími příznaky řadí Praško et al. (2002) zvýšenou dráždivost, přehnané úlekové reakce, nespavost, úzkost, deprese a s ní spojené pocity viny, často jde o nereálné sebeobviňování. Dochází také ke ztrátě pozitivních emocí, převládají pocity znechucení, nuda, otupělost, cítí se vyhaslí a chladní.

Z vegetativních reakcí se mohou objevit bolesti hlavy, ztráta chuti k jídlu, třes, poruchy menstruace, spánku, zácpa, průjem, zvracení a celá řada dalších projevů. Příznaky se začínají objevovat obvykle do šesti měsíců po prožitém traumatu.

Při prožívání velmi silných stresových situací dochází k narušení schopnosti zapamatovat si tyto události. Rothschild (2000) tuto situaci vysvětluje tak, že při silném stresu jsou produkovány hormony, které narušují činnost hipokampu. Zpracování událostí a jejich zapamatování se děje v amygdale a hipokampu. Přičemž amygdala je centrem emocionální paměti a hipokampus centrem pro zasazení událostí do kontextu – časového a prostorového (začátek a konec). Narušení jeho činnosti způsobuje neukončenost dané události a neschopnost vybavit si všechny její okolnosti.

PTSD může vzniknout v kterémkoliv věku, jak u mužů, tak stejně u žen. Průběh je kolísavý, ve většině případů lze očekávat uzdravení. Porucha častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, ekonomicky handicapované nebo sociálně izolované lidi.

Komorbidity s ostatními poruchami je vysoká. Praško et al. (2002, s. 33) uvádí, že kolem 28% postižených trpí zároveň generalizovanou úzkostnou poruchou, 12% fobiemi a 10% abúzem alkoholu. U mnoha lidí se rozvine deprese. Dalším rizikem je závislost na alkoholu či drogách.

5 Psychodiagnostika

Diagnostický proces jde od metody (tj. souboru podnětů) k reakcím (tj. ke vzorku chování) a od reakcí k vlastnostem osobnosti, nebo k celku chování. První metoda je tvořena pozorováním a měřením, druhá část vyplývá z interpretace a hodnocení. Jde tedy o získání znalosti o povaze a původu potíží klienta. Existují dva základní diagnostické postupy – klinický a testový. Klinické nejsou vázány přísnými pravidly, nemají statistický základ a jsou pružné. Patří zde pozorování, rozhovor, anamnéza a analýza spontánních produktů. Testové metody používají standardizovaný postup. U všech zkoumaných osob používáme stejný testový materiál za stejných podmínek. Výsledky jednotně a předepsaným způsobem vyhodnocujeme. Termín test použil poprvé v roce 1890 americký psycholog James McKeen Cattell a označil jím (in Svoboda, 1999): „soubor psychologických zkoušek, které používal pro zkoumání individuálních rozdílů mezi posluchači univerzit“.

Základními vlastnostmi testů je objektivita, standardizace, reliabilita a validita. Objektivita nám prozrazuje, že výsledky testu nejsou závislé na osobě, která test předkládá a vyhodnocuje. Objektivitou též rozumíme nemožnost záměrného zkreslení testu vyšetřovanou osobou. Standardizace nejčastěji slouží pro stanovení norem testu. Pro snadnější srovnání s normou se výsledky v testu převádí na vážené nebo standardní skóry (percentily, steny, průměry aj.). Reliabilita je spolehlivost, se kterou test měří, to co měřit má. Validita je korelace mezi testem a vnějším kritériem. Udává platnost testu, která vypovídá o jeho praktické užitečnosti, tedy co máme pomocí testu zjistit, zda test zjišťuje současný stav, pravděpodobnost shody mezi výsledkem testu a chováním testované osoby, které psychologické kvality test měří.

Mezi testové metody můžeme zařadit výkonové testy a testy osobnosti. K diagnostice osobnosti se používají dotazníky, inventáře, posuzovací stupnice, ale také metody projektivní. Samozřejmě, že každý test má jinou hodnotu základních vlastností.

Morávek (1987, s. 107) uvádí rozdíly mezi projektivními metodami a objektivními testy:

- Stimuly projektivních metod jsou málo strukturované, v objektivních testech jsou stimuly určeny co nejpřesněji.
- Subjekt nemá přesně vymezen rozsah odpovědí, naopak převládá široké univerzum možných reakcí.
- Odpovědi nemají jednoznačný charakter „dobrých“ a „špatných“ odpovědí a ani subjekt si neuvědomuje, jakým způsobem budou jeho odpovědi hodnoceny.
- Zatímco při interpretaci objektivních testů se přihlíží hlavně ke konečným výsledkům, které jsou skórovány, u projektivních metod se interpretace vztahují i k samotnému procesu řešení problému a vytváření odpovědí. Nezkoumá se jen „co“, ale i „jak“ se odpovídá.
- U projektivních metod je zdůrazněn zájem examinátora o podvědomé a latentní obsahy psychiky, na které jsou tyto metody zvlášť citlivé.
- Projektivní metody se zaměřují spíše na globální obraz osobnosti než jednotlivé rysy.
- Testové produkce bývají natolik bohaté, že se otevírají širokým možnostem interpretace a předpokládají značný usuzovací proces examinátora.

To ovšem neznamená, že by projektivní metody byly nepoužitelné či méně hodnotné. U projektivních metod vždy velmi záleží na osobnosti a zkušenostech examinátora.

5.1 Kresba jako diagnostický nástroj

Vyjádření vlastních pocitů a prožitků je základní lidskou potřebou. Člověk potřebuje dát tvar věcem, které nedokáže vyslovit. Pravěcí lidé vstupovali do temných, odlehlých jeskyní a po stěnách malovali obrazy hrozivých zvířat, s nimiž se setkali při lovu.

Dospělí i děti v nacistických koncentračních táborech tajně malovali. Na otázku proč riskovali život, jen proto, aby mohli kreslit, jeden z těch, kteří přežili, odpověděl: „*Jinak bychom vůbec nedokázali přežít den.*“ (Volavková, 1978, in Petersonová, Hardin, 2002, s.15)

I v moderní společnosti prožívají lidé děsivé situace, které nedokáží pochopit, natož pak vyjádřit slovy. Ze strachu, že vyzradí rodinné tajemství nebo budou potrestáni, jsou často nuceni mlčet, ale vždy budou kreslit. Svými výtvary budou vyprávět beze slov příběhy o strachu a zneužití. Kresba je cennou výpovědí o duševním světě člověka. V kresbě se odrážejí různé psychické i jiné procesy, jde například o kognitivní přístup ke ztvárnění tématu, o celkovou úroveň jemné motoriky a senzomotorické koordinace, o schopnost vizuální percepce, respektive o soustředěnost na vizuomotorickou činnost. Projevuje se v ní typ temperamentu, osobní tempo i emoční prožívání. Zobrazují část vědomých i nevědomých rysů osobnosti, její vztah k jednání je bližší, než je tomu u mluveného slova. Stanovení námětu vhodně přispívá k eventuálnímu zvýraznění výše uvedených složek. Kresba je vždy velmi křehká. Mohou ji znehodnotit motorické potíže, únava, roztržitost nebo změny nálady.

Davidová (2001) tvrdí, že kresba umožňuje zejména pohled na dynamiku celé posuzované osobnosti při plném respektování její jedinečnosti. Je sondou i do hlubších vrstev osobnosti, odhaluje potlačené a nevědomé stránky osobnosti. Úzkosti, konflikty, postoje jsou v kresbách vyjádřeny různými způsoby. V kresbě často najde svůj výraz i to, co posuzovaná osoba nechce nebo nemůže jinak projevit, nedokáže vyjádřit ve verbální podobě. Usuzovat lze i na úroveň schopností. Vzhledem k tomu, že posuzovaná osoba nemůže kontrolovat, co o sobě kresbou vypovídá, poskytuje kresba jen minimální prostor pro sebestylizaci a přetvářku.

5.1.1 Kresebné testy

Projektivní hodnota kresby je značná. Psychologická diagnostika využívá tzv. tematických kresebných technik (př. lidská postava, zvíře či strom), technik doplňování začatých kreseb (Warteggův test, S-test), volného kreslení, malby pomocí prstů nebo spontánního čmárání. Kresebné testy jsou velmi oblíbené a široce využívané. Mohou psychologovi poskytnout mnohé informace.

Se všemi kresebnými testy je spojeno nebezpečí nekritické a povrchní interpretace. Projektivní metody naplňují pochybný ideál vševědoucího psychologa: „řekni mi, co vidíš, nakresli mi strom nebo postavu a já ti řeknu, jaký jsi“ (Koubek, 2007, s. 12). Povrchní nebo neznalá práce s kresbou spočívá v mechanické interpretaci daných symbolických významů různým detailům kresby, nezohledňuje se tak složitá dynamika vzniku kresby. Výklad podle manuálu vede pouze k pochybným a nepodloženým závěrům a velice snadno tak dochází k poškození posuzované osoby. Při práci s kresbou je třeba přemýšlet v širokých souvislostech. Všechna pravidla interpretace mají jen relativní platnost, všechny závěry je nutno považovat za pouhé hypotézy. Kresby umožňují diagnostickou intervenci, kterou lze snadno a s minimálními náklady uskutečnit v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení.

Z vnějších výhod testu stojí za zmínku jednoduchá administrace, časová nenáročnost a možnost opakování. Řada postřehů o posuzované osobě, získaných poměrně jednoduše pomocí těchto testů, by byla jen velmi obtížně nahraditelná použitím jiných diagnostických metod. Šířka pohledu na posuzovanou osobnost závisí na množství projektivních prvků v kresbě a schopnosti psychologa odhalit a pochopit jejich význam.

Hlavní problém interpretace spočívá v tom, nakolik je psycholog schopen proniknout do symbolického jazyka kresby, aniž by do výkladu vnášel vlastní obsahy. Mnohoznačnost a malá strukturovanost interpretovaného materiálu totiž poskytuje prostor i pro projekci osobnosti vyhodnocovatele testu. Dále je také obtížné rozlišit, nakolik se na reakcích probanda podílejí situační faktory a nakolik jde o projev trvalejších osobnostních rysů.

Při interpretaci projektivních projevů často nelze navzájem rozlišit opačné významy. Na symbolické úrovni dostáváme signál nevyrovnanosti v určité oblasti, ale je složité se přiklonit k výkladu přebytku nebo naopak nedostatku dané vlastnosti. Například vstřícnost nebo nepřátelství ve vztahu k ostatním lidem apod.

Hlavním problémem kresebných testů je otázka platnosti a spolehlivosti výsledků. Proto nemůžeme přistupovat k výsledkům testu jako k jednoznačně daným faktům, ale považujeme je spíše za hypotézy vyžadující ověření. Hodnocení validity a reliability se setkává s mnoha těžko překonatelnými překážkami. Nelze mechanicky aplikovat stejné statistické postupy jako v případě testů schopností. Prokazování reliability je obtížné. Stejně hodnotné paralelní verze testů většinou neexistují. Retestování je z řady důvodů neaplikovatelné.

Přes tyto obtíže je u řady projektivních metod reliability potvrzena. Validita projektivních testů nebyla vyvrácena, ale doporučuje se zkoumat ne validitu testu jako takového, ale validitu pro určité jevy (Bahbouh, 2009). Je tedy třeba se ptát, pro co je test validní. Je validita této určité hypotézy dostačující?

5.1.2 Projektivní kresebné techniky

Termín projekce byl použit poprvé Freudem (1894, in Svoboda, 1999) v díle o anxiózních neurózách, když mluvil o projekci sexuálního vzrušení zevnitř osobnosti do vnějšího světa. Později význam projekce rozšířil a začal ji chápat jako nevědomý obranný mechanismus. Projekcí rozumíme psychický proces, který přenáší subjektivní obsahy na objekt a aktivizuje nevědomí. Avšak v projekci jde také o manifestní obsahy, nemusí mít vždy obrannou funkci a nezmenšují vždy duševní napětí. Naopak, v některých prožitkových oblastech je může vyvolávat.

Název projekční technika zavedl roku 1939 psycholog L. K. Frank (1939, in Fürst, 1997) který ji definoval jako metodu výzkumu osobnosti, konfrontující zkoumaného jedince s nějakou určitou situací, ve které bude odpovídat podle smyslu, který tato situace pro něj má, a podle toho, co cítí během této odpovědi (Fürst, 1997). Základ projekční techniky je v tom, že u zkoumané osoby vyvolává různé reakce, kterými tato osoba vyjadřuje dojmy ze svého osobního světa a vlastní osobnosti.

Rosenzweig (in Svoboda, 1999, s.151) dělí projektivní techniky na:

- a) **motoricky expresivní** – rozbor písma, způsob a obsah slovního vyjadřování, motorické projevy v chování a v kresbách
- b) **percepčně strukturované** – Rorschach, TAT, interpretace zvuků aj.
- c) **apercepčně dynamické** – doplňování vět, povídek, dějů, hra, frustrační pokusy aj.

Do projektivních kresebných technik řadíme všechny techniky, při nichž proband vytváří nějaké obrazy podle vlastního pojetí. Tyto techniky využívají spontánní tendence člověka k výtvarnému vyjadřování. Velmi populární je kresba lidské postavy, které bychom si dovoluili věnovat zvláštní kapitolu.

5.1.3 Kresba lidské postavy jako motoricky – expresivní projektivní metoda

Z historického hlediska byla kresba používána nejprve jako test vývojové úrovně a inteligence (Goodenoughová) a teprve později byla objevena její hodnota pro zjišťování nonkognitivních aspektů osobnosti. Expresí rozumíme tak, že na kresbu můžeme pohlížet i jako na záznam chování, které lze hodnotit a interpretovat. Šturma et al. (1982) uvádí například způsob, jakým testovaná osoba strukturuje danou situaci, jak přistupuje k zadanému úkolu (odmítavý přístup, vstřícnost, projevy rozpaků, obrany, provokace), jaký způsob kresby zvolila a jaký je výsledek (přiměřená, konvenční, odbytá, patologická kresba), jak zachází s tužkou (čára, velikost, časté opravování, místo kreslení spíše jen

slovní komentáře). Neurčitý a mnohoznačný podnět – v tomto případě úkol nakreslit libovolně lidskou postavu – otevírá prostor přirozené tendenci nevědomí směřovat k aktuálním vnitřním konfliktům a potlačeným psychickým obsahům. Abstrahují se dominantní obsahy vědomí i nevědomí, které se pak v kresbě projeví v symbolické podobě.

Můžeme tedy říct, že projekce zde zdůrazňuje spíše reprezentativní odraz vnitřní mapy osobnostní struktury, závislost individuální percepce a myšlení na vnitřních osobnostních determinantách, než klasický termín ve smyslu obranného mechanismu. Proband se vědomě či nevědomě identifikuje s kreslenou postavou a dává jí rysy, jež podle vlastního názoru sám má, případně vědomě touží mít.

Kresba je výsledkem celé řady různých faktorů. Šturma et. al. (1982) uvádí, že kresebný test vedle projekce odráží i:

- míru motivace, ochotu investovat pozornost a úsilí;
- míru vizuomotorických dovedností (schopnost vyjádřit představu kresbou);
- ochotu a schopnost otevřeně se projevit spontánní kresbou (lze se schovat za schéma, výtvarnou masku apod.);
- postoj a způsob chápání testové situace (výtvarné aspirace nebo obranné mechanismy posouvají výslednou kresbu do jiné polohy);
- řada prvků kresby je výsledkem náhody a pouze projevem naučených dovedností.

Kresba jako výrazově-expresivní test je zjednodušeně směsí vědomé stylizace, náhody, naučených stereotypů, expresivního projevu a nevědomé projekce.

5.1.4 Provedení dobře zvládnuté kresby

Důležitou součástí práce s kresbou postav je pohled na kresbu jako indikátor „normality“. Neplatí zde samozřejmě přímá úměra, že míra varovných signálů odpovídá stupni psychických potíží. Při posuzování tzv. přiměřených

kreseb jako projevu normální osobnosti, je třeba zohledňovat různou míru výtvarného nadání a kreslířských zkušeností a zohledňovat i míru motivace posuzované osobnosti k testu. Znaky dobře zvládnuté kresby popisuje Koubek (2007, s. 41):

- Přiměřená kvalita provedení zobrazené postavy
- Přiměřené vedení čáry (způsob zobrazení)
- Adekvátní míra vypracovanosti
- Nejsou opominuty žádné podstatné části postavy
- Adekvátní rozlišení mužské a ženské postavy
- Odpovídající velikost a umístění postavy

5.1.5 Projevy psychických poruch v kresbě

Závažnější psychické poruchy ve valné většině postihují vedle jiných schopností i schopnost adekvátně zobrazit kresbu lidské postavy. Koubek (2007) poukazuje na to, že špatně zvládnutá kresba odráží narušenou představu o lidském těle nebo neschopnost vyjádřit tuto představu kresbou. Převládá jen nízká úroveň provedení, nedostatek logiky provedení signalizuje narušení kontaktu s vnější realitou. Podle míry abnormality provedení kresby můžeme usuzovat na závažnost stavu. Celková úroveň provedení je do značné míry ovlivněna i okolnostmi testové situace, mezi něž patří např. motivace pacienta ke kresbě, vliv medikace, neochota spolupracovat, stavy skleslosti nebo pocity marnosti apod.

Centrem zájmu odborníků jsou a vždy byly kresby jedinců se schizofrenním onemocněním. Syřišťová (1985) upozorňuje na to, že již rozvinutá psychóza způsobuje to, že vnímání takového jedince je intenzivnější a rozšiřuje se i na podprahové podněty. Kvalita kresby a její charakteristiky souvisí s fází schizofrenního onemocnění. Kretchmer (1975, in Hárđi,1992) zdůrazňuje jako

hlavní charakteristiku kreseb schizofreniků tendenci ke stylizaci. Jakobová (1956, in Hárty, 1992) upozorňuje na narušenou integraci „já“, což se projevuje v kresbě nejistotou, narušenou hraniční čarou, která bývá velmi silně vyznačená. Machoverová a Liebert (1960, in Hárty, 1992) poukazují na bizarní a nedostatečné znázornění oblečení u pacientů se schizofrenií. Důležité jsou také kresebné charakteristiky, které poukazují na přítomnost halucinací. Podle Hártyho (1992) se v tomto případě mohou vyskytnout okolo hlavy různé předměty nebo je postava prázdná (nevyplněná, zachycen je jen obrys postavy).

5.2 Teorie úzkosti a její testování

Úzkost je strach bez předmětu, jedinec má strach a neví z čeho, má pocit, že by s tím měl něco udělat, ale neví co. Termín vnesl do psychologie Sigmund Freud (in Hartl, Hartlová, 2004), když popsal úzkostnou neurózu jako syndrom rozdílný od neurastenie. Považoval ji za výsledek potlačených tělesných impulzů. Věřil, že jde o libidózní představu, která byla shledána za nebezpečnou, a proto potlačena a bez možnosti vyjádření přeměněna na úzkost. Později rozlišil objektivní úzkost jako strach a neurotickou úzkost, která buď přicházela z vnějšího nebo vnitřního světa v podobě potlačených impulzů.

H. S. Sullivan (1953, in Plhánková, 2006) popisuje úzkost jako stav napětí z nesouhlasu meziosobních vztahů.

Dle J. Wolpa (1958, in Vymětal, 2003) je úzkost autonomní odpovědí charakteristickou pro konkrétní organismus jedince při působení škodlivého podnětu.

Vymětal (s.236, 2003) popisuje úzkost *„jako nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána.“*

Původní výraz úzkost vyjadřuje něco úzkého, čím je nutné prolézt. Je to chodba mezi prostorem, který se mu přežil, je mu malý (ale byl jistý) a mezi prostorem, který skýtá nové možnosti, ale nikdo neví, co ho tam čeká.

Tuto teorii porodního traumatu uveřejnil vídeňský psychoanalytik Otto Rank jako základní předobraz všech pozdějších úzkostí (Baštecká, Goldmann, 2001). Pro Freuda je základním předobrazem vzniku úzkosti tzv. úzkost separační. Je to úzkost malého dítěte z odloučení od matky či jiné pečující osoby.

U neuróz je hlavním rysem úzkost a je třeba odlišit aktuální stav od osobnostního rysu. K tomu nám slouží celá řada testů, pro ukázkou uveďme jen část testů, které popisuje Svoboda (1999).

Například Maudley Medical Questionare (MMQ) zjišťuje neurotické tendence v osobnosti. Položky jsou orientovány na somatickou stránku neuróz, neboť neurotici ochotněji vypovídají o svých tělesných obtížích než o psychických problémech. Dotazník má 38 položek, z toho 18 položek lži škálu, a zatrhává se ano/ne. Slouží hlavně pro screening, na jeho výsledcích nelze postavit diagnózu.

Knobloch uvedl dotazník životní spokojenosti (ŽIS), který rozlišuje mírné, silné a velmi silné neurotické tendence. Skládá se z 20 okolností, které mohou přispívat ke spokojenosti či nespokojenosti jedince. Osoba označuje ty nepříznivé okolnosti, které se v jejím životě vyskytují, jejich intenzitu a jak moc na něj působí. Dále dotazník obsahuje samostatnou 6 bodovou stupnici, na níž osoba vyznačí odhad své celkové životní spokojenosti.

Hamilton Anxiety scale (HAMA) sleduje změny úzkosti pacientů během terapie. Skládá se z 15 položek a pacient označuje položky na pětibodové škále. Položky jsou sloučeny do dvou faktorů. První faktor vypovídá o somatické úzkosti (svalové, kardiovaskulární a respirační potíže). Druhý faktor ukazuje na psychotickou úzkost (fobie, deprese, úzkost).

„Škála klasické sociálněsituační anxiety a trémy“ (KSAT) od autora Doc. PhDr. Ondřeje Kondáše (1973). Tato škála zjišťuje výskyt a míru subjektivní nepříjemnosti zážitku předmětného a situačního strachu, vyvolaného objekty klasických fobií, sociálně-interpersonálními situacemi a situacemi trémy. Je typem sebehodnotící škály, která má zachytit oblast a stupeň negativní citové reakce na vybrané objekty a situace, které mohou evokovat anxieta a strach.

VÝZKUMNÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

6 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

6.1 Cíle práce

Předchozí část této práce měla představit čtenářům některé psychické poruchy, jejich příznaky, možné ovlivňující faktory a také metody zjištění těchto poruch. Hlavní metodou, kterou jsme se zabývali, byla kresba, která také bude hlavní oblastí našeho výzkumu. Zaměříme se především na možnosti jejího využití při diagnostikování psychické poruchy. I když bývá tato projektivní metoda v psychologické praxi využívána a to zejména u dětí ke stanovení jejich mentální úrovně, její celkové zhodnocení odbornou veřejností bývá často podceňováno. Naráží se na její vypovídací hodnotu, objektivitu a spolehlivost. Při interpretaci kresby lze rozlišit formální a obsahovou analýzu. Formální spočívá v rozboru způsobu kresby a obsahová v hledání symbolických významů zobrazených postav i jednotlivých detailů. V naší práci se budeme zabývat zejména analýzou obsahovou. Ve výzkumné části jsme si stanovili tyto cíle:

- a) prokázat souvislost mezi kresbou postavy a psychickou poruchou a zaměřit se na určitá specifika této kresby
- b) zaměřit se na příznaky úzkosti zjištěné různými diagnostickými metodami u pacientů s psychickou poruchou i u osob bez psychické poruchy a prokázat jejich korelaci

6.2 Hypotézy

H1: Existuje statisticky významná alespoň střední souvislost mezi výskytem specifických znaků (silně nerealistické hlavy, neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky, detailní malování kloubů a nehtů, vynechání trupu, důraz na knoflíky, figurky z hůlek, extrémní symetrie, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, exhibicionismus oděvu, vlasy vynechány nebo nepřiměřené, vynechané nebo slepé oči, velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy, vynechání paží nebo rukou, zuby, chybění ramen, genitálie, málo oblečené nebo nahé postavy, konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava, bizarní detaily)

v Testu kresby lidské postavy a typem poruchy dle MKN-10 diagnostikované psychiatrem.

- H2:** Existuje statisticky významný alespoň mírný rozdíl v četnosti specifických neurotických znaků (silně nerealistické hlavy, neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky, detailní malování kloubů a nehtů, vynechání trupu, důraz na knoflíky, figurky z hůlek, extrémní symetrie, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, exhibicionismus oděvu) v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou neurotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.
- H3:** Existuje statisticky významný alespoň mírný rozdíl v četnosti specifických psychotických znaků (vlasy vynechány nebo nepřiměřené, vynechané nebo slepé oči, velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy, vynechání paží nebo rukou, zuby, chybění ramen, genitálie, málo oblečené nebo nahé postavy, konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava, bizardní detaily) v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou psychotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.
- H4:** Existuje statisticky významná alespoň mírná souvislost mezi množstvím použitých barev v kresbě postavy a typem poruchy (neurotické por., schizofrenní por.) dle MKN-10 diagnostikované psychiatrem.
- H5:** Existuje statisticky významná alespoň mírná souvislost mezi specifickými znaky úzkosti (vlasy – špatná kvalita formy, neobvykle velké oči, zvláště při stínování, ústa znázorněná jedinou čarou v profilu, paže nestejně dlouhé, stínované ruce, začerňování, přerušovaná čára nebo obtahování linie pasu, tenzní, napjatá čára, důraz na střední linii pomocí kravaty či knoflíků, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, zmenšená postava, pokrývka hlavy) zjištěnými Testem kresby lidské postavy a výsledným skórem v testu „Škála klasické sociálněsituační anxiety a trémy“ (KSAT) od autora Doc. PhDr. Ondreje Kondáše.

7 METODOLOGIE

7.1 Soubor

Proband byl do výzkumného souboru zařazen na základě psychiatrem stanovené diagnózy dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a to stanovením diagnózy schizofrenie F20 nebo schizofrenní poruchy F21 - F25, dále pak neurotické poruchy F40 - F45. Všichni účastníci výzkumu jsou klienty Psychiatrického oddělení Fakultní nemocnice Olomouc nebo Psychiatrické léčebny Šternberk, jsou v různých fázích léčby, někteří byli hospitalizovaní, většina neurotických pacientů byla ambulantních.

Proband zařazený do kontrolní skupiny byl člověk žijící plnohodnotný život - mám na mysli bez diagnostikované psychiatrické zátěže nebo jiného onemocnění či tělesného handicapu.

V neposlední řadě bylo nutností získání informovaného souhlasu s účastí na výzkumu a to formou podepsání dokumentu „informovaný souhlas“ (viz. příloha č. 4).

Celkový počet probandů, kteří se výzkumu zúčastnili a od kterých se podařilo získat důležitá data, je 82, z toho 25 psychotických pacientů, 27 neurotických pacientů a 30 kontrolní skupina. Sběr dat probíhal více jak půl roku a u všech probandů byl realizován autorkou předložené práce. Věkové rozpětí probandů bylo 20-63 let, s průměrným věkem 34,6 let.

Tabulka 5: Rozdělení probandů dle stanovené diagnózy podle MKN - 10

Kód	Diagnóza dle MKN-10	Absolutní četnost	Relativ. četnost v %
F 20.0	paranoidní schizofrenie	6	24
F 20.5	postschizofrenní deprese	6	24
F 21.0	schizotypní porucha	5	20
F 22.0	trvalá porucha s bludy	5	20
F 23.0	akut. polymorf. psychot. p. bez př. schi.	3	12
F 40.0	agorafobie	5	19
F 40.1	sociální fobie	3	11
F 40.9	fobická úzkostná por. nespecifikovaná	1	4
F 41.1	generalizovaná úzkostná porucha	2	7
F 41.2	smíšená úzkostně depresivní porucha	5	19
F 42.0	obsedantně kompulzivní porucha	3	11
F 43.0	akutní reakce na stres	3	11
F 43.2	poruchy přizpůsobení	4	15
F 45.2	hypochondrická porucha	1	4

Tabulka uvádí počet účastníků ve výzkumu se stanovenou diagnózou stanovenou dle MKN-10. Je potřeba brát na zřetel, že neurotické poruchy probíhají často komorbidně a pacient se nedá přesně zařadit pod určité číslo. V tabulce chybí asi nejčastější neurotická diagnóza, kterou je panická porucha (F41.0). Bývá často spojena s agorafobií, a proto jsme tyto pacienty zařadili právě pod ni. Druhou nejčastěji stanovenou neurotickou poruchou je smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2) a to v počtu pěti probandů. Poté následuje porucha přizpůsobení (F43.2) v počtu čtyř. Shodně, vždy po třech zástupcích, je stanovena diagnóza sociální fobie (F40.1), obsedantně kompulzivní porucha (F45.2) a akutní reakce na stres (F43.2). Následuje generalizovaná úzkostná porucha (F41.1) v počtu dvou a nejméně zastoupeny jsou fobická úzkostná porucha nespecifikovaná a hypochondrická porucha vždy po jednom zástupci.

Co se týče psychotických poruch, vidíme, že v souboru máme nejvíce pacientů s paranoidní schizofrenií (F20.0) a postschizofrenní depresí (F20.5). Druhou nejčastější poruchou je schizotypní porucha (F21.0) a zároveň trvalá porucha s bludy (F22.0) a nejméně probandů je s poruchou akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie (F23.0).

7.2 Sběr dat

Data pro realizaci tohoto výzkumu byla postupně získávána v období od července 2011 do února 2012, ve většině případů v prostorách FN Olomouc. Probandi byli nejprve kontaktováni telefonicky nebo v případě hospitalizace osobně. Byl jim vysvětlen účel výzkumu, časové rozpětí administrace a náročnost úkolu. Poté byla domluvena individuálně osobní schůzka, kde nejprve podepsali informovaný souhlas. Samotné administraci testů předcházela krátký rozhovor zaměřený na demografické údaje, aktuální stav probanda a navození atmosféry pro samotnou administraci testů.

7.3 Testové metody

Z testových metod jsme vybrali projektivní test od Karla Koubka (2007) „Test kresby lidské postavy“, který je v našich podmínkách verzí FDT (Figure Drawing Test), jehož autorem je Hans Joachim Baltrusch (1956, in Svoboda, 1999), který ho poprvé publikoval v roce 1956 v časopise *Psychosomatická medicína*. Test FDT u nás nebyl nikdy formálně standardizován.

Jako další metodu jsme zvolili test „Škála klasickej sociálnosituačnej anxiety a trémy“ (KSAT) od Ondreje Kondáše. Tuto škálu popisujeme podrobněji níže v odstavci 7.3.2..

7.3.1 Test kresby lidské postavy

Kritéria uvedená v našem výzkumu se opírají o příručku Karla Koubka (2007) „Test kresby lidské postavy“. Zabývali jsme se zejména varovnými signály v kresbě, na které díky malé četnosti výskytu u normální populace a varovnému symbolickému významu, můžeme pohlížet jako na možné indikátory psychické poruchy. Zásadní význam pro nás měly také „technické potíže“ se zvládnutím podstaty samotné kresby, dodatečně dokreslované a problematické detaily. Konkrétní znaky, které jsme sledovali, budou popsány u konkrétních hypotéz.

Od Koubka (2007) jsme se značně odlišili ve způsobu administrace, neboť jsme požadovali pouze jednu postavu a navíc probandi mohli používat pastelky deseti barev, tužku, gumu. Na stole byla i propiska k administraci druhého testu a někteří probandi ji využili ke kresbě.

7.3.2 Škála klasickejsociálnosituačnej anxiety a trémy (KSAT)

Tento test sestavil Doc. PhDr. Ondrej Kondáš Csc.(1973). Škála zjišťuje výskyt a míru subjektivní nepříjemnosti zážitku předmětného a situačního strachu, vyvolaného objekty klasických fobií, sociálně-interpersonálními situacemi a trémy. Je typem sebehodnotící škály, která má zachytit oblast a stupeň úzkosti. KSAT se skládá z 31 položek, ze kterých se 12 týká objektů klasických fobií, 10 sociálních situací a 9 situací trémy. Škála je vyhotovena ve třech verzích a to:

- A forma pro mládež
- B forma pro dospělé
- C forma pro tělesně postižené

V administraci testu jsme se drželi přesných pokynů v příručce. Probandi měli zakroužkovat číslo na stupnici 1 - 5, podle toho, nakolik jim je situace nepříjemná a vyvolává u nich obavy a strach.

Celkové skóre tvoří součet všech 31 položek, dále se počítá pomocí šablony škála K-klasické strachy, S-sociální situace, T-tréma. Celkové skóre se porovná s hodnotami, které uvádí O. Kondáš (2007, s.11) v tabulce „Předběžné orientační hodnoty ke globálnímu kvantitativnímu hodnocení“. My jsme toto porovnávání vynechali a rovnou jsme výsledné skóry použili ke korelaci s testem kresby lidské postavy.

7.4 Sledované proměnné a statistické zpracování dat

Základními sledovanými proměnnými byly specifické znaky v kresbě lidské postavy, které jsme si určili my a dle Koubka (2007) se vyskytují ve větší míře u skupin neurotických pacientů a dále specifické znaky v kresbě lidské postavy pro skupinu psychotických pacientů. Zajímalo nás, zda lze získat pomocí těchto znaků určitou diagnostickou jistotu.

Sledovali jsme souvislost mezi užitím specifických psychotických i neurotických znaků (silně nerealistické hlavy, neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky, detailní malování kloubů a nehtů, vynechání trupu, důraz na knoflíky, figurky z hůlek, extrémní symetrie, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, exhibicionismus oděvu, vlasy vynechány nebo nepřiměřené, vynechané nebo slepé oči, velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy, vynechání paží nebo rukou, zuby, chybění ramen, genitálie, málo oblečené nebo nahé postavy, konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava, bizarní detaily) v kresbě postavy a typem poruchy diagnostikované psychiatrem dle MKN-10. Pro tuto souvislost jsme zvolili test nezávislosti pro vícepolní kontingenční tabulku a kontingenční koeficient C.

Poté, co jsme zjistili jistou souvislost mezi specifickými znaky v kresbě postavy a typem poruchy dle MKN-10, zjišťovali jsme rozdíl v četnosti použití neurotických znaků u skupiny neurotiků a kontrolní skupiny. Stejně nás zajímal rozdíl v četnosti použití znaků psychotických u skupiny psychotických pacientů a kontrolní skupiny. Tyto rozdíly jsme prověřovali pomocí F-testu o rovnosti rozptylů a poté jsme vypočítali pomocí t-testu hodnotu testovacího kritéria.

Dále nás zajímaly znaky úzkosti vyskytující se v kresbě (vlasy – špatná kvalita formy, neobvykle velké oči, zvláště při stínování, ústa znázorněná jedinou čarou v profilu, paže nestejně dlouhé, stínované ruce, začerňování, přerušovaná čára nebo obtahování linie pasu, tenzní, napjatá čára, důraz na střední linii pomocí kravaty či knoflíků, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, zmenšená postava, pokrývka hlavy) u všech tří pokusných skupin (psychotici, neurotici, kontrolní skupina).

Ty jsme skórovali a porovnali se skóry v testu úzkosti (KSAT), kterého se zúčastnily opět všechny tři skupiny. Pro ověření korelace jsme využili Pearsonova korelačního koeficientu.

Dalšími proměnnými pro nás byla skupina deseti barev (žlutá, červená, modrá, zelená, hnědá, černá, růžová, oranžová, šedá, fialová), které měli možnost probandi využít v kresbě postavy. Sledovali jsme množství využitých barev při kresbě postavy u všech tří skupin (psychotici, neurotici a kontrolní skupina) z důvodu, zda se nachází souvislost mezi počtem barev a psychickou poruchou. Pro ověření jsme použili test nezávislosti pro vícepolní kontingenční tabulku a kontingenční koeficient C.

7.5 Výsledky

Hypotéza 1: Existuje statisticky významná alespoň střední souvislost mezi výskytem specifických znaků (silně nerealistické hlavy, neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky, detailní malování kloubů a nehtů, vynechání trupu, důraz na knoflíky, figurky z hůlek, extrémní symetrie, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, exhibicionismus oděvu, vlasy vynechány nebo nepřiměřené, vynechané nebo slepé oči, velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy, vynechání paží nebo rukou, zuby, chybění ramen, genitálie, málo oblečené nebo nahé postavy, konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava, bizardní detaily) v Testu kresby lidské postavy a typem poruchy dle MKN-10 diagnostikované psychiatrem.

Pro tuto hypotézu jsme si určili 10 specifických znaků, které ve zvýšené míře upozorňují na neurotické rysy a dalších 10 specifických znaků, které ve zvýšené míře používají psychotičtí pacienti.

Pro určení těchto znaků jsme se opírali zejména o Koubka (2007):

a) Neurotické znaky v kresbě postavy:

- Silně nerealistické hlavy
- Neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky
- Detailní malování kloubů a nehtů
- Vynechání trupu
- Důraz na knoflíky
- Figurky z hůlek
- Extrémní symetrie
- Nadměrné vymazávání, gumování
- Nadměrné znázornění detailů
- Exhibicionismus oděvu

b) Psychotické znaky v kresbě postavy:

- Vlasy vynechány nebo nepřiměřené
- Vynechané oči, slepé oči
- Velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy
- Vynechání paží nebo rukou
- Zuby
- Chybění ramen
- Genitálie
- Málo oblečené nebo nahé postavy
- Konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava
- Bizardní detaily

Tyto znaky v kresbě postavy jsme sledovali u tří skupin:

- skupina psychotických diagnostikovaných pacientů – počet 25
- skupina neurotických diagnostikovaných pacientů – počet 27
- kontrolní skupina nediagnostikovaných – počet 30

Tabulka 6: Četnost výskytu specifických znaků v kresbě postavy
u jednotlivých skupin

Specifické neurotické znaky v kresbě	Psychotičtí pacienti		Neurotičtí pacienti		Kontrolní skupina	
	absolut. četnost	relativní četnost v %	absolut. četnost	relativní četnost v %	absolut. četnost	relativní četnost v %
Silně nerealistické velké hlavy	2	8	5	18,5	0	0
Neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky	4	16	2	7,4	0	0
Detailní malování kloubů a nehtů	0	0	4	14,8	0	0
Vynechání trupu	2	8	2	7,4	0	0
Důraz na knoflíky	2	8	0	0	8	26,7
Figurky z hůlek	4	16	2	7,4	3	10
Extrémní symetrie	0	0	10	37	6	20
Nadměrné vymazávání, gumování	0	0	0	0	0	0
Nadměrně znázornění detailů	0	0	10	37	0	0
Exhibicionismus oděvu	0	0	15	55,6	9	30
Celkem	14		50		26	
Specifické psychotické znaky v kresbě						
Vlasy vynechány nebo nepřiměřené	12	48	2	7	0	0
Vynechané oči, slepé oči	12	48	2	7	0	0
Velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy	6	24	0	0	6	20
Vynechání paží nebo rukou	5	20	4	15	0	0
Zuby	2	8	0	0	0	0
Chybění ramen	10	40	5	19	3	10
Genitálie	0	0	0	0	0	0
Málo oblečené nebo nahé postavy	14	56	0	0	3	10
Konfuze profilu, hrubě dezorg. postava	4	16	2	7	2	7
Bizardní detaily	5	20	0	0	0	0
Celkem	70		15		14	

Z tabulky je zřejmé, že psychotici dosáhli největšího počtu psychotických znaků a neurotici zase neurotických znaků.

U psychotických pacientů (n = 25) se v jejich kresbách vyskytl specifický znak, námi určený jako neurotický, v celkovém počtu čtrnáct. Zatímco specifický znak, námi určený jako psychotický, celkem sedmdesátkrát.

Skupina neurotických pacientů (n = 27) dosáhla zcela opačného skóre. Znak „neurotický“ se objevil v kresbách postavy u této skupiny celkem padesátkrát, zatímco znak „psychotický“ pouze patnáctkrát.

U kontrolní skupiny (n = 30) se objevilo v kresbách postavy více „neurotických znaků, celkem dvacet šest, ale „psychotické“ znaky má tato skupina celkem vyrovnané s neurotickými pacienty. Kontrolní skupina u „psychotických“ znaků dosáhla skóre čtrnáct.

Co se týče jednotlivých znaků, tak ve skupině „neurotických“ znaků byl shodně použit v největším počtu znak „exhibicionismus oděvu“, jak u neurotických pacientů v počtu patnáct, tak u kontrolní skupiny v počtu devět. U psychotických pacientů dosáhl nejvyššího skóre znak „figurky z hůlek“ a současně znak „neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky“ v počtu čtyř. V žádné skupině probandi nevyužili nadměrného vymazávání či gumování.

Ve skupině „psychotických“ znaků bylo hojně využíváno znaku „málo oblečené nebo nahé postavy“ u psychotických pacientů (n = 25) v počtu čtrnáct. U neurotických pacientů (n = 27) převládal znak „chybění ramen“, který se vyskytl u pěti kreseb. A kontrolní skupina měla nejvyšší skóre u znaku „velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy“ v počtu šest. V žádné skupině se neobjevil znak „genitálie“.

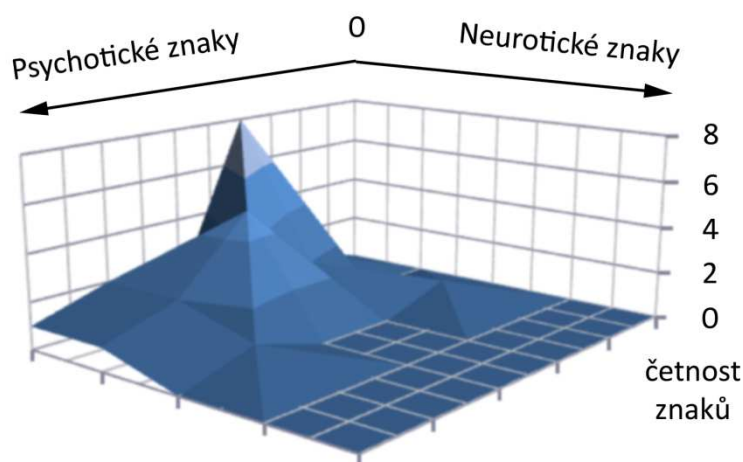
Pro ověření hypotézy použijeme test nezávislosti pro vícepolní kontingenční tabulku a kontingenční koeficient C.

Tabulka 7 : Neuropsychotické skóre v kresbě postavy u skupiny psychotických pacientů

Psychotici	P0	P1	P2	P3	P4	P5
N0	0	1	8	1	2	1
N1	0	0	2	5	2	1
N2	0	1	0	0	1	0
N3	0	0	0	0	0	0
N4	0	0	0	0	0	0

V tabulce řádky označují počet neurotických znaků (N0 - N4) a sloupce počet psychotických znaků (P0 - P5). V příslušném poli je pak zaznamenán počet případů s konkrétní kombinací počtu psychotických a neurotických znaků. Dozvídáme se, že největší četnost byla v užití dvou psychotických a žádného neurotického znaku a to v počtu osmi psychotických pacientů.

Graf 2: Neuropsychotické skóre v kresbě postavy u skupiny psychotických pacientů



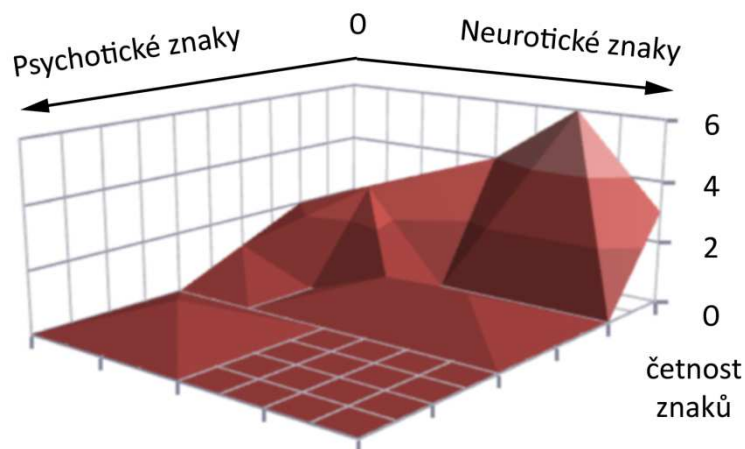
Graf ukazuje rozložení testovaného vzorku psychotiků, podle četnosti neurotických a psychotických znaků. Na první pohled je patrné, že nejvyšší četnost neurotických znaků je nulová. Se vzrůstajícím počtem neurotických znaků klesá a vykazuje Gaussovo rozdělení, pro které střední hodnota odpovídá nulovému počtu znaků. Četnost psychotických znaků u vzorku také vykazuje normální rozdělení, ale střední hodnota je posunuta na počet dva a je tak patrné zvýšení.

Tabulka 8 : Neuropsychotické skóre v kresbě postavy u skupiny neurotických pacientů

Neurotici	P0	P1	P2	P3	P4
N0	2	2	1	0	0
N1	3	3	0	0	1
N2	4	0	1	0	0
N3	6	0	1	0	0
N4	3	0	0	0	0

V tabulce opět řádky označují počet neurotických znaků (N0 - N4) a sloupce počet psychotických znaků (P0 - P4). V příslušném poli je pak zaznamenán počet případů s konkrétní kombinací počtu psychotických a neurotických znaků u neurotických pacientů. V tomto případě nejvíce neurotických pacientů, celkem šest, použilo tři neurotické znaky a žádný psychotický.

Graf 3: Neuropsychotické skóre v kresbě postavy u skupiny neurotických pacientů



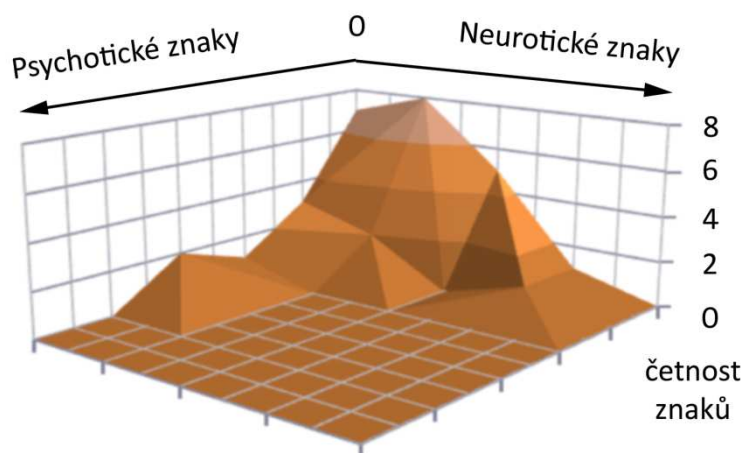
Graf ukazuje rozložení testovaného vzorku neurotických pacientů, podle četnosti neurotických a psychotických znaků. Na první pohled je patrné, že nejvyšší četnost psychotických znaků je nulová. Se vzrůstajícím počtem psychotických znaků klesá a vykazuje Gaussovo rozdělení, pro které střední hodnota odpovídá nulovému počtu znaků. Četnost neurotických znaků u vzorku také vykazuje normální rozdělení, ale střední hodnota je posunuta na počet dva a je tak patrné zvýšení.

Tabulka 9 : Neuropsychotické skóre v kresbě postavy
u kontrolní skupiny

Kontrola	P0	P1	P2	P3	P4
N0	7	3	1	2	0
N1	8	2	0	0	0
N2	5	0	0	0	0
N3	1	1	0	0	0
N4	0	0	0	0	0

V tabulce řádky označují počet neurotických znaků (N0 - N4) a sloupce počet psychotických znaků (P0 - P4). V příslušném poli je pak zaznamenán počet případů s konkrétní kombinací počtu psychotických a neurotických znaků. Nejvíce osob z kontrolní skupiny, celkem osm, užilo ve své kresbě jeden neurotický a žádný psychotický znak.

Graf 4: Neuropsychotické skóre v kresbě postavy
u kontrolní skupiny



Graf ukazuje rozložení kontrolní skupiny, podle četnosti neurotických a psychotických znaků. Na první pohled je patrné, že četnosti psychotických i neurotických znaků vykazují Gaussova rozdělení, se středními hodnotami rovnými nule.

Z grafů a tabulek je tedy zřejmé, že u kreseb psychotických pacientů je vyšší četnost pouze u psychotických znaků, u kreseb neurotických pacientů je zvýšená četnost pouze u neurotických znaků a u kontrolní skupiny má nejvíce kreseb četnost neurotických a psychotických znaků kolem nuly.

K tomu, abychom mohli vypočítat testové kritérium χ^2 , musíme vytvořit novou tabulku s očekávanými četnostmi (viz. příloha č. 6). Tyto četnosti vypočítáme z okrajových součtů, které přísluší každé experimentální četnosti v poli tabulky.

$$E_i = \frac{\Sigma \text{řádek} \Sigma \text{sloupec}}{n} \quad \Sigma \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = \chi^2 = 88,1961516$$

Vypočítanou hodnotu χ^2 porovnáme s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti $p = 0,01$ s počtem stupňů volnosti $\nu = (k - 1)(r - 1) = 58$, což je 76,52.

$$\chi^2 = 88,1961516 > \chi_{0,01}^2 = 76,52$$

Stupeň této souvislosti určíme pomocí kontingenčního koeficientu C , který vypočítáme podle vzorce:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}} = 0,71986316.$$

Hypotéza 2: Existuje statisticky významný alespoň mírný rozdíl v četnosti specifických neurotických znaků (silně nerealistické hlavy, neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky, detailní malování kloubů a nehtů, vynechání trupu, důraz na knoflíky, figurky z hůlek, extrémní symetrie, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, exhibicionismus oděvu) v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou neurotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.

Pro tuto hypotézu jsme použili specifické znaky, které dle Koubka (2007) ve zvýšené míře používají neurotičtí pacienti při kresbě lidské postavy:

- Silně nerealistické hlavy
- Neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky
- Detailní malování kloubů a nehtů
- Vynechání trupu
- Důraz na knoflíky
- Figurky z hůlek
- Extrémní symetrie
- Nadměrné vymazávání, gumování
- Nadměrné znázornění detailů
- Exhibicionismus oděvu

Výskyt těchto znaků v kresbě postavy jsme sledovali u dvou skupin:

- skupina neurotických diagnostikovaných pacientů – počet 27
- kontrolní skupina nediagnostikovaných – počet 30

Vytvořili jsme si tabulku četnosti použití těchto neurotických znaků v kresbě postavy u výše uvedených dvou skupin (viz. příloha č.7) a vypočítali jsme rozptyly obou skupin.

$$\sum x_i = 50, n_1 = 27, \bar{x} = 1,851852, \sum(x_i - \bar{x})^2 = 45,40741$$

$$\sum y_i = 26, n_2 = 30, \bar{y} = 0,866667, \sum(y_i - \bar{y})^2 = 25,46667$$

$$S_1^2 = \frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{n_1 - 1} = \mathbf{1,746439}$$

$$S_2^2 = \frac{\sum(y_i - \bar{y})^2}{n_2 - 1} = \mathbf{0,878161}$$

Pomocí F-testu jsme prověřili hypotézu o rovnosti rozptylů:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \mathbf{1,988746}$$

Počet stupňů volnosti pro větší rozptyl je $\nu_1 = n_1 - 1 = \mathbf{26}$ a pro menší rozptyl je $\nu_2 = n_2 - 1 = \mathbf{29}$. Ve statistických tabulkách vyhledáme pro tyto počty stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti kritickou hodnotu $F_{0,05}(26,29) = \mathbf{1,901}$, kterou porovnáváme s vypočítanou hodnotou F.

$$\mathbf{F = 1,988746} \geq \mathbf{F_{0,05}(26,29) = 1,901}$$

Z výsledků je zřejmé, že zamítáme nulovou hypotézu o rovnosti rozptylů a můžeme tvrdit, že je vysoce signifikantní rozdíl v rozptylech obou výběrů.

Hodnotu testovacího kritéria pro t-test vypočítáme podle rovnice:

$$t = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1 - 1} + \frac{s_2^2}{n_2 - 1}}} \quad \text{kde} \quad s_1^2 = S_1^2 \frac{n_1 - 1}{n_1} = 1,68175607 \quad s_2^2 = S_2^2 \frac{n_2 - 1}{n_2} = 0,84888897$$

$$\mathbf{t = 3,21409}$$

Ve statistických tabulkách vyhledáme pro počty stupňů volnosti $\nu_1 = n_1 - 1 = 26$ a $\nu_2 = n_2 - 1 = 29$ a pro zvolenou hladinu významnosti $p = 0,05$ kritické hodnoty $t'_{0,05}(26) = 2,0555$ a $t''_{0,05}(29) = 2,0452$ dosadíme je do rovnice pro výpočet kritické hodnoty $t_{0,05}$:

$$t_\alpha = \frac{t'_\alpha \frac{s_1^2}{n_1 - 1} + t''_\alpha \frac{s_2^2}{n_2 - 1}}{\frac{s_1^2}{n_1 - 1} + \frac{s_2^2}{n_2 - 1}} = \mathbf{2,052291} \quad \mathbf{t = 3,21409} \geq \mathbf{t_{0,05} = 2,052291}$$

Hypotéza 3: Existuje statisticky významný alespoň mírný rozdíl v četnosti specifických psychotických znaků (vlasy vynechány nebo nepřiměřené, vynechané nebo slepé oči, velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy, vynechání paží nebo rukou, zuby, chybění ramen, genitálie, málo oblečené nebo nahé postavy, konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava, bizardní detaily) v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou psychotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.

Výskyt těchto znaků v kresbě postavy jsme sledovali u dvou skupin:

- skupina psychotických diagnostikovaných pacientů – počet 25
- kontrolní skupina nediagnostikovaných – počet 30

Výsledky četnosti výskytu specifických znaků v kresbě postavy u obou skupin uvádíme v příloze č. 8. Po vytvoření tabulky jsme vypočítali rozptyly obou skupin.

$$\sum x_i = 70, n_1 = 25, \bar{x} = 2,8, \sum (x_i - \bar{x})^2 = 30, x_i^2 = 226$$

$$\sum y_i = 14, n_2 = 30, \bar{y} = 0,466667, \sum (y_i - \bar{y})^2 = 21,466667, y_i^2 = 28$$

$$S_1^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n_1 - 1} = \mathbf{1,25} \quad S_2^2 = \frac{\sum (y_i - \bar{y})^2}{n_2 - 1} = \mathbf{0,74023}$$

Pomocí F-testu jsme prověřili hypotézu o rovnosti rozptylů:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \mathbf{1,688665}$$

Počet stupňů volnosti pro větší rozptyl je $\nu_1 = n_1 - 1 = 24$ a pro menší rozptyl je $\nu_2 = n_2 - 1 = 29$. Ve statistických tabulkách vyhledáme pro tyto počty stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti kritickou hodnotu $F_{0,05}(24,29) = 1,901$, kterou porovnááme s vypočítanou hodnotou F.

$$F = 1,688665 \leq F_{0,05}(26,29) = 1,901$$

Z výsledků je zřejmé, že přijímáme nulovou hypotézu o rovnosti rozptylů. Hodnotu testovacího kritéria pro t-test vypočítáme podle rovnice

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{\sum x_i^2 - \frac{(\sum x_i)^2}{n_1} + \sum y_i^2 - \frac{(\sum y_i)^2}{n_2}}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} = 10,49258$$

Vypočítanou hodnotu t dále porovnáme s tabulkovou hodnotou t_α v hladině významnosti $p = 0,05$ a při počtu stupňů volnosti $\nu = n_1 + n_2 - 2 = 53$. To znamená, že $t_\alpha(53) = 2,0003$.

$$t = 10,49258 \geq t_\alpha(53) = 2,0003$$

Hypotéza 4: Existuje statisticky významná alespoň mírná souvislost mezi množstvím použitých barev v kresbě postavy a typem poruchy (neurotické por., schizofrenní por.) dle MKN-10 diagnostikované psychiatrem.

Tabulka 10: Četnost použití jednotlivých barev v kresbě lidské postavy u jednotlivých skupin (psychotičtí pacienti n = 25, neurotičtí pacienti n = 27, kontrolní skupina n = 30)

Barva	Psychotičtí pacienti		Neurotičtí pacienti		Kontrolní skupina	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žlutá	7	28	15	55,6	13	43,3
Zelená	4	16	12	44,4	15	50
Oranžová	8	32	20	74,1	17	56,7
Modrá	13	52	18	66,7	24	80
Červená	12	48	17	63	18	60
Černá	6	24	9	33,3	10	33,3
Fialová	7	28	1	3,7	2	6,7
Růžová	2	8	9	33,3	21	70
Hnědá	0	0	0	0	5	16,7
Celkem	59		101		125	

Z tabulky vyplývá, že nejvíce barev užívala kontrolní skupina a to v počtu 125, méně neurotičtí pacienti v počtu 101 a nejméně psychotičtí pacienti v počtu 59.

Co se týče četnosti použití odstínu barvy, tak u psychotických pacientů převládá modrá barva, která byla užitá třinácti probandy v této skupině. U neurotických pacientů převládá oranžová v počtu užití dvaceti pacienty a v kontrolní skupině převládá opět modrá v počtu užití dvaceti čtyř osob. Nejméně používaná byla u psychotických a zároveň neurotických pacientů hnědá barva, kde ji nevyužil ke kresbě postavy nikdo. U kontrolní skupiny to byla fialová, kde tuto barvu užíly pouze dvě osoby.

Pro ověření hypotézy použijeme test nezávislosti pro víceřádkovou kontingenční tabulku a kontingenční koeficient C.

K tomu, abychom mohli vypočítat testové kritérium χ^2 , musíme vytvořit novou tabulku s očekávanými četnostmi (viz. příloha č.9). Tyto četnosti vypočítáme z okrajových součtů, které přísluší každé experimentální četnosti v poli tabulky.

$$E_{i= \frac{\sum \text{řádek} \cdot \sum \text{sloupec}}{n}} \quad \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = \chi^2 = 29,3355121$$

Vypočítanou hodnotu χ^2 porovnáme s tabulkovou hodnotou na hladině významnosti $p = 0,01$ s počtem stupňů volnosti $\nu = (k - 1)(r - 1) = 14$ což je 29,1.

$$\chi^2 = 29,3355121 > \chi^2_{0,01} = 29,1$$

Stupeň této souvislosti určíme pomocí kontingenčního koeficientu C, který vypočítáme podle vzorce:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}} = 0,5133103.$$

Hypotéza 5: Existuje statisticky významná alespoň mírná souvislost mezi specifickými znaky úzkosti (vlasy – špatná kvalita formy, neobvykle velké oči, zvláště při stínování, ústa znázorněná jedinou čarou v profilu, paže nestejně dlouhé, stínované ruce, začerňování, přerušovaná čára nebo obtahování linie pasu, tenzí, napjatá čára, důraz na střední linii pomocí kravaty či knoflíků, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, zmenšená postava, pokrývka hlavy) zjištěnými Testem kresby lidské postavy a výsledným skórem v testu „Škála klasické sociálněsituační anxiety a trémy“ (KSAT) od autora Doc. PhDr. Ondreje Kondáše.

Tabulka 11: Četnost použití úzkostných znaků v kresbě postavy
u jednotlivých skupin (n = 82)

Znaky úzkosti	Psychotičtí pacienti		Neurotičtí pacienti		Kontrolní skupina	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vlasy – špatná kvalita formy	12	48	2	7	0	0
Neobvykle velké oči, zvláště při stínování	12	48	4	15	12	40
Ústa znázorněná jedinou čarou v profilu	11	44	8	30	6	20
Paže nestejně dlouhé	13	52	7	26	3	10
Stínované ruce	2	8	4	15	0	0
Začernování	2	8	0	0	0	0
Přeruš. čára nebo obtahování linie pasu	15	60	10	37	0	0
Tenzní, napjatá čára	16	64	9	33	0	0
Důraz na stř.linii pomocí kravaty,knoflíků	2	8	2	7	12	40
Nadměrné vymazávání, gumování	0	0	0	0	0	0
Nadměrné znázornění detailů	0	0	10	37	0	0
Zmenšená postava	16	64	11	41	1	3
Pokrývka hlavy	4	16	6	22	0	0
Celkem	105		73		34	

Z tabulky vyplývá, že diagnostikovaní pacienti těchto tenzních znaků využívali oproti kontrolní skupině ve zvýšené míře. V kresbách psychotických pacientů se některý vybraný znak objevil celkem 105x, u neurotických pacientů 73x a u kontrolní skupiny 34x.

V kresbách psychotiků se nejčastěji objevily znaky „tenzní, napjatá čára“ a znak „zmenšená postava“ a to z 25 psychotiků 16x. U neurotických pacientů to byl znak „zmenšená postava“, z 27 probandů jich tento znak užilo celkem 11. A u kontrolní skupiny zároveň znak „neobvykle velké oči, zvláště při stínování“ a „důraz na střední linii pomocí kravaty, knoflíků“, tento znak užilo celkem 12 z 30 osob. U ani jedné skupiny se neobjevil znak „nadměrné vymazávání, gumování“.

Tabulka 12: Průměrné skóre u jednotlivých experimentálních skupin v testu KSAT

	Psychotiční pacienti	Neurotiční pacienti	Kontrolní skupina
KSAT	82	79	73
K	30	27	26
S	27	27	24
T	25	25	23

V této tabulce uvádíme průměrné skóre všech tří skupin ve standardizovaném testu KSAT, kde KSAT je celkové skóre v testu, K je skóre u škály klasických strachů, S je škála sociální situace a T je tréma. Vidíme, že kontrolní skupina vykazuje nejméně úzkosti, průměrně 73 bodů, trochu více úzkosti vykazují neurotiční pacienti, průměrně 79 bodů a nejvíce úzkosti vykazují psychotiční pacienti, průměrně 82 bodů.

Nyní výsledky statisticky vyhodnotíme. Použijeme Pearsonův korelační koeficient:

$$r = \frac{s_{xy}}{s_x s_y} \quad \text{kde} \quad s_{xy} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y}) \quad \text{a} \quad s_x = \sqrt{\frac{1}{n} \sum (x_i - \bar{x})^2}$$

Pomocné výpočty uvádíme v příloze č. 10, 11, 12.

Celkové sumy všech tří sledovaných skupin:

	Znaky úzkosti	KSAT	$(x_i - \bar{x})$	$(y_i - \bar{y})$	$(x_i - \bar{x})^2$	$(y_i - \bar{y})^2$	$(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$
Σ	212	6376	-4,1E-14	4,55E-13	237,9024	43925,12	86,70732

$$s_{xy} = 1,057406306 \quad s_x = 1,703305391 \quad s_y = 23,14459373$$

$$r = 0,026822535$$

Korelační koeficient se v našem případě blíží nule, můžeme tedy konstatovat, že proměnné nejsou v žádné souvislosti.

7.6 K platnosti hypotéz

Na základě statistického ověření se můžeme vyjádřit k těmto hypotézám:

Hypotéza 1: Existuje statisticky významná alespoň střední souvislost mezi výskytem specifických znaků (silně nerealistické hlavy, neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky, detailní malování kloubů a nehtů, vynechání trupu, důraz na knoflíky, figurky z hůlek, extrémní symetrie, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, exhibicionismus oděvu, vlasy vynechány nebo nepřiměřené, vynechané nebo slepé oči, velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy, vynechání paží nebo rukou, zuby, chybění ramen, genitálie, málo oblečené nebo nahé postavy, konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava, bizardní detaily) v Testu kresby lidské postavy a typem poruchy dle MKN-10 diagnostikované psychiatrem.

Na základě vypočtené hodnoty χ^2 můžeme zamítnout nulovou hypotézu a tvrdit, že mezi výskytem specifických znaků v Testu kresby lidské postavy a typem poruchy dle MKN-10 je statisticky významná střední souvislost.

Hypotéza 2: Existuje statisticky významný alespoň mírný rozdíl v četnosti specifických neurotických znaků (silně nerealistické hlavy, neobvykle malé hlavy, nápadně dlouhé krky, detailní malování kloubů a nehtů, vynechání trupu, důraz na knoflíky, figurky z hůlek, extrémní symetrie, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, exhibicionismus oděvu) v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou neurotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.

Podle výsledku t-testu zamítáme nulovou hypotézu o rovnosti průměrů dvou výběrů a můžeme říct, že existuje statisticky významný mírný rozdíl v četnosti specifických neurotických znaků v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou neurotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.

Hypotéza 3: Existuje statisticky významný alespoň mírný rozdíl v četnosti specifických psychotických znaků (vlasy vynechány nebo nepřiměřené, vynechané nebo slepé oči, velké uši, zesílené nebo viděné přes vlasy, vynechání paží nebo rukou, zuby, chybění ramen, genitálie, málo oblečené nebo nahé postavy, konfuze profilu, hrubě dezorganizovaná postava, bizarní detaily) v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou psychotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.

Podle výsledku t-testu zamítáme nulovou hypotézu a můžeme říct, že je statisticky významný mírný rozdíl v četnosti specifických psychotických znaků v Testu kresby lidské postavy mezi skupinou psychotických pacientů diagnostikovaných psychiatrem dle MKN-10 a kontrolní skupinou.

Hypotéza 4: Existuje statisticky významná alespoň mírná souvislost mezi množstvím použitých barev v kresbě postavy a typem poruchy (neurotické por., schizofrenní por.) dle MKN-10 diagnostikované psychiatrem.

Na základě hodnoty χ^2 můžeme zamítnout nulovou hypotézu a tvrdit, že existuje statisticky významná mírná souvislost mezi množstvím použitých barev v kresbě postavy a typem poruchy dle MKN-10 diagnostikované psychiatrem.

Hypotéza 5: Existuje statisticky významná alespoň mírná souvislost mezi specifickými znaky úzkosti (vlasy – špatná kvalita formy, neobvykle velké oči, zvláště při stínování, ústa znázorněná jedinou čarou v profilu, paže nestejně dlouhé, stínované ruce, začerňování, přerušovaná čára nebo obtahování linie pasu, tenzní, napjatá čára, důraz na střední linii pomocí kravaty či knoflíků, nadměrné vymazávání, gumování, nadměrné znázornění detailů, zmenšená postava, pokrývka hlavy) zjištěnými Testem kresby lidské postavy a výsledným skórem v testu „Škála klasické sociálněsituační anxiety a trémy“ (KSAT) od autora Doc. PhDr. Ondřeje Kondáše.

Z hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu vyplývá, že neexistuje statisticky významná ani mírná souvislost mezi specifickými znaky úzkosti zjištěnými Testem kresby lidské postavy a výsledným skórem v testu „Škála klasické sociálněsituační anxiety a trémy“.

8 Diskuse

Výzkum kresby lidské postavy z projektivního hlediska a navíc pomocí statistického přístupu je v našich podmínkách velmi ztížen, zejména nedostatkem kvalitního testovacího materiálu z hlediska jeho standardizace. Vyvěrá na povrch otázka, zda musíme dokazovat výzkumně něco, co je už léta masově užíváno v psychologické praxi. Musíme mít v ruce důkazy poskytnuté statistickými metodami? Ano i ne.

Pokud nám informace z nějaké metody vypovídají něco o člověku, měli bychom vědět, v kolika případech to platí stoprocentně a v kolika je zjištění pouze dílo náhody. A to u testu kresby lidské postavy nemáme dosud potvrzeno. Na druhou stranu jakákoli velká statistická významnost nemusí pro praxi znamenat vůbec nic, jelikož psychologie se nezabývá obrovskými soubory, ale obvykle jedincem. Přístupy každého směru mají své postupy, na které vzájemně kriticky pohlížejí a stávají se střetem zájmu.

Psycholog, při rozboru kresby postavy, musí spoléhat na svou intuici. Meehl uvádí pro ilustraci argumentaci kliniků při diagnostice (2003, s. 68): *„Mé třetí ucho mi říká...“*. Je zřejmé, že toto tvrzení musí dovádět statisticky orientovaného psychologa k šílenství, stejně jako klinického psychologa statistický přístup. Je možné nechat oba přístupy pracovat a poté zjistit, k jakým výsledkům dojdou.

V našem případě jsme se pokusili oba přístupy spojit. Kresby od probandů jsme vyhodnotili jak subjektivně, tak objektivně. Subjektivně jsme zhodnotili určitý znak v kresbě a objektivně jsme ho přiřadili k určité psychické poruše. Baltrusch (1956) konstatuje ke svému testu FDT, že se zatím nedá říci, nakolik odpovídají jednotlivé nemoci speciálním syndromům v FDT. Naopak Koubek (2007, s.52) věří, že: *„Test FDT jako psychodiagnostická technika, která usiluje při hodnocení projektivních projevů o maximální validitu a reliabilitu, zaujímá v tomto arsenálu (klinických metod) významné místo.“*

Bylo obtížné stanovit znaky v kresbě vypovídající o psychické poruše, které by se daly vyhodnocovat kvantitativně a byly navíc stanoveny na nějakém vědeckém podkladě. U neurotických znaků jsme váhali, neboť tyto nejsou natolik výrazné a diferenciované od normy.

S psychotickými znaky jsme měli méně práce, neboť mnoho autorů se zabývalo schizofrenními projevy v kresbě.

Jakabová (1956, in Hárdy, 1992) uvádí tyto znaky: „symbolická a geometrická zobrazení, detaily, stereotypie, primitivní zobrazení, deformace, čáry slabé, zhuštění kresby, rozpad, zanikají souvislosti mezi jednotlivými prvky“.

Podle Rennerta (1963, in Hárdy, 1992) to jsou: „symboly, geometrické kresby, stereotypie, ornamenty, regrese, geometrické a schematické zobrazení“.

Hárdy (1992) považuje za typické znaky pacientů se schizofrenií prázdnotu, zarámování postavy jako by to byla fotografie. Okolo hlavy se mohou vyskytovat různé předměty, nebo je hlava prázdná (zachycen jen obrys postavy).

Obereignerů et. al. (2011) ve své výzkumné práci uvádí u schizofrenních pacientů nejvíce kresebných zvláštností v provedení hlavy. Popisuje chudé provedení obličeje, vynechání očí. S těmito fenomény jsme se v našem výzkumu u skupiny psychotických pacientů rovněž setkali v hojně míře.

Jednotlivé fenomény se mohou vzájemně prolínat, v našem výzkumu jsme většinu znaků použili z Koubka (2007). Rozdělili jsme je na znaky neurotické a psychotické. Tyto znaky jsme vyhodnotili u 82 kreseb lidské postavy. Kresby pocházely ze tří skupin – neurotičtí a psychotičtí pacienti a kontrolní skupina. Skupiny jsme statisticky porovnali a skutečně shledali rozdíly v kresbách.

Psychotickým pacientům náleželo nejvíce psychotických znaků, neurotickým pacientům neurotických znaků a u kontrolní skupiny se vyskytovaly znaky ve snížené míře a převládaly spíše neurotické. Je pravdou, že pacienti byly v různých fázích vývoje nemoci a navíc počet účastníků výzkumu byl v rámci možností a nedosahoval uspokojivý počet. Nabízí se otázka, zda by nebylo na místě realizovat výzkum s větším počtem respondentů v duchu dlouhodobého výzkumu a porovnat znaky v kresbě postavy pacientů v různém časovém období v návaznosti na stadium diagnostikované poruchy.

Dále jsme se v našem výzkumu zabývali množstvím použitých barev a příslušností v dané skupině (neurotičtí pacienti, psychotičtí pacienti a kontrolní skupina). V tomto případě po statistickém zpracování jsme mohli konstatovat, že existuje mírná souvislost mezi počtem použitých barev a typem poruchy. Největšího počtu barev užila kontrolní skupina, poté neurotičtí pacienti a nejméně barev psychotičtí pacienti.

Zvláštností, které jsme si všimli, bylo užití fialové barvy ve skupině psychotických pacientů. V této skupině užilo fialovou barvu sedm probandů, z toho pět s diagnostikovanou poruchou dle MKN-10 postschizofrenní deprese. Tito pacienti malovali postavy prázdné (jen obrys postavy), velmi malé a pouze jednou barvou a to fialovou. Pro názornost uvádíme jednu z těchto kreseb v příloze (příloha č. 5).

U kontrolní skupiny užili fialovou barvu dva probandi. Po rozhovoru jsme zjistili, že jeden je vášnivým fotbalistou a maloval sebe ve svém dresu, který obsahuje fialovou barvu. A druhý namaloval fialovou tenisovou raketu, kterou skutečně vlastní. U schizofreniků jsme se důvod užití této barvy nedozvěděli. Vzhledem k malému počtu těchto kreseb jsme tuto zvláštnost statisticky nevyhodnocovali a navíc jsme tento fenomén nenašli v žádné odborné literatuře, považujeme ji tedy za dílo náhody.

Šicková – Fabrici (2002) popisuje fialovou jako barvu uklidňující, působící na CNS, může vyvolávat i spánek. Je barvou jedinců originálních, samostatných a umělecky nadaných. Je to mystická barva a je symbolem duchovna, ale i srdečnosti. Někdy je spojována se smutkem a utrpením. Bylo by zajímavé se v další práci zaměřit na jednotlivé barvy, jejich význam a diagnostikovanou psychickou poruchu.

Posledním výzkumem bylo srovnání úzkosti v kresbě lidské postavy a ve standardizovaném testu KSAT. V testu kresby postavy jsme si určili úzkostné znaky, kde jsme se opět opřeli o Koubka (2007). Pouze v jednom znaku jsme si dovolili náš úsudek a po konzultaci s psychologkou jej zařadili do našeho testu. Byl to znak „pokrývka hlavy“ a vyskytl se u 6 neurotických pacientů z 27, u 4 psychotických pacientů z 25 a u žádné osoby z kontrolní skupiny. Vzhledem k malému počtu probandů nelze usuzovat na významnost tohoto znaku. Možná by bylo přínosné, kdyby se tento předpoklad stal předmětem dalšího bádání.

Souvislost mezi testy kresby lidské postavy a KSAT se nám nepotvrdila. Důvodem mohl být nevhodně zvolený standardizovaný test KSAT, který měl jinou vypovídací hodnotu úzkosti než kresba lidské postavy. KSAT se zaměřuje spíše na situační strachy a trému, naproti tomu test kresby lidské postavy poukazuje spíše na vnitřní, nepopsatelnou úzkost, která se nevztahuje na situaci. Také mohl být problém v tom, že KSAT je sebehodnotící škála a pacienti, dle našeho pozorování při administraci, se chtěli ukázat lepšími.

9 Závěr

Práce se zabývá vztahem určitých specifických znaků v kresbě lidské postavy a poruchami diagnostikovanými psychiatrem dle MKN-10. Výzkumný soubor tvořil 82 probandů, z toho 25 pacientů s psychotickou diagnózou, 27 pacientů s neurotickou diagnózou a 30 osob v kontrolní skupině, která nebyla diagnostikována žádnou poruchou. Kresby postavy byly sledovány v námi určených neurotických a psychotických znacích a porovnávány mezi jednotlivými skupinami. Kresby byly barevné z důvodu posouzení užití počtu barev jednotlivými skupinami. Dále byly určeny znaky úzkosti v kresbě a porovnány se škálou úzkosti KSAT.

Shledali jsme velký rozdíl mezi kresbami psychotiků a neurotiků. Obdobné rozdíly jako v kresbě se dají shledat i ve stručném popisu těchto diagnostických skupin. Neurotik mívá úzkosti, strachy a deprese obdobně jako schizofrenik, ale tyto potíže mu stále ještě dovolují celkem normálně fungovat v reálném životě. U psychotika mají obtíže takovou intenzitu a hloubku, že plně prostoupí jeho život a plně jej ovlivní. Stejně tak ovlivnili, jak jsme se mohli přesvědčit i kresbu postavy.

Bylo stanoveno pět hypotéz očekávajících souvislosti mezi kresbami a vybranými skupinami. Čtyři hypotézy byly přijaty a shledány souvislosti či rozdíly mezi vybranými skupinami. Pátá, týkající se korelace mezi úzkostí v testu kresby lidské postavy a testem KSAT, byla zamítnuta.

Výzkum ukázal, že využití specifických znaků v kresbě postavy pro pomocnou diagnostiku psychických poruch vykazuje dostatečně relevantní data, která byla ve shodě s tím, jak jsou prezentována v literatuře.

Souhrn

Teoretická část této práce se zabývá příčinami vzniku psychických poruch z hlediska dědičnosti, vlivů prostředí, zátěžových situací, osobnosti a salutogeneze. Blíže se zaměřuje na poruchy neurotické a psychotické, dynamiku jejich vzniku, jednotlivé druhy. Poruchy stanovené dle MKN-10 s častým výskytem popisujeme podrobněji. Jedná se o schizofrenii, panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, obsedantně-kompulzivní poruchu, agorafobii, sociální fobii, specifické fobie a posttraumatickou stresovou poruchu. Snažíme se popsat příznaky, patogenezi z pohledu různých psychologických teorií a průběh nemoci. Léčbou se tato práce nezabývá.

V poslední kapitole jsou zmiňovány možnosti psychodiagnostiky. Seznamujeme čtenáře, co je to projektivní metoda, kresba a jak a co lze pomocí kresby získat. Popisujeme dobře zvládnutou kresbu postavy, ale také varovné signály psychických poruch v kresbě. Také se zaměřujeme na úzkost, která velmi často doprovází výše zmíněné psychické poruchy. Popisujeme, co to úzkost je a možnosti její diagnostiky.

Výzkumná část je uvedena cílem, který je stanoven především jako ověření souvislosti mezi kresbou postavy a psychickou poruchou. Zaměřuje se na určitá specifika kresby. Cílem práce je i zaměření se na příznaky úzkosti zjištěné dvěma diagnostickými metodami u pacientů s psychickou poruchou a u osob bez psychické poruchy a prokázat jejich korelaci. Následně je popsána metoda sběru dat, uvedeny jsou detailně postupy při měření jednotlivých hodnot na kresbě postavy včetně podrobných kritérií. Při vyhodnocení kreseb se zabýváme především obsahovou analýzou, která spočívá v hledání symbolických významů zobrazených postav a jednotlivých detailů.

Samotný výzkum je rozdělen do pěti hypotéz, které sledují souvislosti mezi kresbami tří skupin (psychotičtí pacienti, neurotičtí pacienti a kontrolní skupina) a diagnózou stanovenou psychiatrem dle MKN-10. Poslední hypotéza sleduje linii dokazování provázanosti úzkostných znaků na kresbě lidské postavy s výsledky jiné metody, která sleduje úzkostné rysy v situacích běžného života. Výsledky jsou sděleny podrobným způsobem včetně interpretace číselných údajů, což může působit až zahlcujícím dojmem. To napravuje souhrnné vyjádření k platnosti hypotéz, které přináší podstatné informace týkající se našeho výzkumu.

Závěr celé práce hodnotí rozdílný způsob kresby psychotiků a neurotiků kladně. Liší se v základech i detailech kresby, ale přesto nelze získat diagnostickou jistotu jen díky této metodě. Může sloužit jako podpůrná metoda, zpestřující a naznačující směr v rozhovoru s pacientem. Myslíme si, že největší opodstatnění má tato metoda při práci s dětským klientem. Zde má největší vypovídací hodnotu, jak při určení vývojového stupně, tak při určení konfliktů, s kterými dítě přichází.

Na základě zjištěných výsledků doporučujeme využití metody s klasickou interpretací pouze v případě, že se diagnostik snaží udělat si pouze náhled na situaci pomocí projektivního testu.

Seznam literatury

1. Antonovsky, A. (1987) Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey Bass, San Francisco.
2. Bahbouh, R. (2009) Jaká je validita projektivních testů? Retrieved October 20, 2009, from www.psychodiagnostika.cz
3. Bandura, A. (1977) Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, vol. 84, no 2, 191 – 215.
4. Baštecká, B., Goldmann, P. (2001) *Základy klinické psychologie*. Portál, Praha.
5. Beck, A. T. (2005) *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Portál, Praha.
6. Bouček, J. a kol. (2003) *Obecná psychiatrie*. LF UP, Olomouc.
7. Davido, R. (2001) *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Portál, Praha.
8. Di Nardo, P. A. at al. (1988) Etiology and maintenance of dog fears. *Behaviour research and therapy*, 26, 3, s. 241 - 244.
9. Emmelkamp, P. M. G., Bauman, T. K., Scholing, A. (1992) *Anxiety Disorders a practitioner's guide*. Chichester : J. Wiley.
10. Faravelli, C., Pallanti, S. (1986) Recent life events and panic disorders. *Am J Psychiatry*, 1986, 146, s. 622 - 626.
11. Fürst, M. (1997) *Psychologie*. Votobia, Olomouc.
12. Hahlweg, K., Dose, M. (2000) *Schizofrénia*. Vydavateľstvo F., Trenčín.
13. Hárdi, I. (1992) *Dynamický test kresby lidské postavy*. Rainbow, Praha.
14. Hartl, P., Hartlová, H. (2004) *Psychologický slovník*. Portál, Praha.
15. Hartman, L. M. (1983) A metacognitive model of social anxiety: implications for treatment. *Clinical psychology review*, 3, s. 435 - 456.
16. Höschl, C. (1996) *Psychiatrie pro praktické lékaře*. H and H, Jinočany.
17. Jung, C. G. (1998) *Výbor z díla I. – Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno.

18. Kleiner, L., Marshall, W. L. (1987) Interpersonal problems and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, s. 313 - 323.
19. Kondáš, O. (1973) Škála klasickej sociálnosituačnej anxiety a trémy. *Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava.
20. Koubek, K. (2007) Test kresby lidské postavy. *Test centrum – Hogrefe*, Praha.
21. Kratochvíl, S. (2000) Jak žít s neurózou. *Portál*, Praha.
22. Křivohlavý, J. (2002) *Psychologie nemoci*. Grada, Praha.
23. Křivohlavý, J. (2009) *Psychologie zdraví*. *Portál*, Praha.
24. Malá, E. (2005) *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Grada, Praha.
25. Meehl, P. (2003). *Clinical versus statistical prediction*. Leslie J. Yonce.
26. Mohapl, P. (1992) *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. UP, Olomouc.
27. Morávek, S. (1987) *Úvod do psychodiagnostiky dospělých*. UP, Olomouc.
28. Motlová, L., Koukolík, F. (2004) *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén, Praha
29. Možný, P. (1997) *Když se řekne psychóza: Informace a rady pro pacienty trpící psychózou a jejich příbuzné*. Galén, Praha.
30. Nasar, S. (1998) *Čistá duše*. Pragma, Praha.
31. Norton, G. R., Dorward, J., Cox, B. J. (1986) Factors associated with panic attacks in nonclinical subject. *BehaviorTharapy*, 1986, 17, s. 239 - 252.
32. Obereignerů, R., Obereignerů K., Gajdačková, R., Šmídová, M., Divéky, T., Čáp, D., Praško, J. P. (2011) *Projevy schizofrenie v testu kresby lidské postavy*. *Psychiatria pre praxi*. 2001,12 (3), s. 120 - 123, Retrieved January 25, 2012, from www.solen.sk
33. Orel, M. (2009) *Základy znalostí typu osobností. OA a VOŠ, Valašské Meziříčí*.
34. Peterson, L. W., Hardin, M. E. (2002) *Děti v tísní*. Triton, Praha.
35. Plháková, A. (2006) *Dějiny psychologie*. Grada, Praha.

36. Praško, J., Bareš, M., Horáček, J. Seifertová, D., Šípek, J. (2001) Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny. Maxdorf, Praha.
37. Praško a kol. (2009) Poruchy osobnosti. Portál, Praha.
38. Praško a kol. (2005) Léčíme se s psychózou. Medical tribune, Praha.
39. Praško, J., Hájek, T., Preiss, M. (2002) Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit, Maxdorf, Praha.
40. Praško, J., Prašková, H. (2008) Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat. Galén, Praha.
41. Praško, J. (2009) Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu. Galén, Praha.
42. Prašková, H., Praško, J. (2000) Úzkostné a fobické poruchy. Galén, Praha.
43. Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová D. (2006) Psychiatrie – minimum pro praxi. Triton, Praha.
44. Reiterová, E. (2004) Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie. UP, Olomouc.
45. Riska, E. (2004) Masculinity and Men's Health: Coronary Heart Disease in Medical and Public Discourse. Rowman and Littlefield Publishers, Inc., Maryland.
46. Rothschild, B. (2000). The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment. New York: W. W. Norton & Company.
47. Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (2006) Dětská klinická psychologie. Grada, Praha.
48. Scheier, M.F., Carver, C.S. (1985) Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychology, vol. 4, no 3, 219 - 247.
49. Schettler, G., Usadel, K. H., Deppermann, D., Friedmann, B. (1993) Praktische Medizin von A-Z. TheimeVerlag, Stuttgart.

50. Smékal, V. (2007) Pozvání do psychologie osobnosti. Barrister and Principal, Brno.
51. Svoboda, M. (1999) Psychologická diagnostika dospělých. Portál, Praha.
52. Syřištová, E. (1985) Imaginární svět. Smena, Praha.
53. Šicková – Fabrici, J. (2002) Základy arteterapie. Portál, Praha.
54. Široký, H. (2001) Meze a obzory psychoanalýzy. Triton, Praha.
55. Šturma, J., Vágnerová, M. (1982) Kresba postavy. Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., Bratislava.
56. Tress W., Krusse J., Ott J., (2008) Základní psychosomatická péče. Portál, Praha.
57. Vágnerová, M. (2008) Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha.
58. Vágnerová, M. (2010) Psychologie osobnosti. Karolinum, Praha.
59. Vodáčková, D. a kol. (2002). Krizová intervence. Portál, Praha.
60. Vymětal, J. (2003) Lékařská psychologie. Portál, Praha.
61. Watson, J., Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 3, s. 1 - 14
Retrieved January 25, 2012, from psychcentral.com
62. Werner, E. E., Smith R. S. (2001) Journeys from Childhood to Midlife: risk, residence and recovery. Cornell paperback, New York.

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Zadání diplomové práce
- Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce
- Příloha č. 3: Abstrakt diplomové práce v angličtině
- Příloha č. 4: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu
- Příloha č. 5: Ukázka kresby pacienta s postschizofrenní depresí
- Příloha č. 6: Experimentální a očekávané četnosti specifických znaků v kresbě postavy u celkového souboru (n = 82)
- Příloha č. 7: Výsledky použití specifických neurotických znaků v kresbě postavy u neurotických pacientů a kontrolní skupiny
- Příloha č. 8: Výsledky použití specifických znaků v kresbě postavy u psychotických pacientů a kontrolní skupiny
- Příloha č. 9: Očekávané a experimentální četnosti použití barev v kresbě postavy u všech tří skupin (n = 82)
- Příloha č. 10: Naměřené hodnoty a pomocné výpočty u psychotických pacientů
- Příloha č. 11: Naměřené hodnoty a pomocné výpočty u neurotických pacientů
- Příloha č. 12: Naměřené hodnoty a pomocné výpočty u kontrolní skupiny

Příloha číslo 1:

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. MAUTNEROVÁ Petra	Sokolská 1092, Valašské Meziříčí	I10319

TÉMA ČESKY:

Kresba jako pomocný diagnostický prostředek u psychických poruch

NÁZEV ANGLICKY:

Drawing as diagnostic means of psychic aberration of adults.

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, psychopatologie, obecné psychologie a psychodiagnostiky. Zpracování současných výzkumů týkajících se dané problematiky psychických poruch, zejména psychotických a neurotických.
2. Zvláštní orientace: Současný přehled výzkumů v oblasti projektivních kresebných technik v souvislosti s psychickými poruchami. Psychopatologie psychotických a neurotických poruch, diferenciální diagnostika.
3. Formulovat projekt práce od základního problému a výchozí hypotézy ke stanovení orientační osnovy práce, metodiky a cíle práce.
4. Pravděpodobný cíl práce: Zpracování výsledků se zaměřením na rozdíly mezi vybranými zkoumanými skupinami. Jejich interpretace s přihlédnutím k současným teoretickým poznatkům. Zpracování nejčastějších symptomů u psychotických a neurotických poruch.
5. Zkoumaný soubor: Skupina 30 pacientů diagnostikovaných psychotickou a neurotickou poruchou.
6. Parametry práce: V souladu s metodickými pokyny katedry.
7. Metodika: anamnestické údaje, rozbor kresby pacientů, škála zjevné úzkosti
8. Statistické zpracování: F-test, t-test, korelace, popisná statistika

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. BIERACH, A.J.: Varovné signály duše. Praha: Alternativa, 1995.
2. BOUČEK, J. a kol.: Speciální psychiatrie. Olomouc: UP, 2006.
3. KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001.
4. KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemocí. Praha: Grada, 2002.
5. PRAŠKO, J.: Léčme se s psychózou. Praha: Medical Tribune Group, 2005.
6. PRAŠKO, J.: Úzkostné poruchy. Praha: Portál, 2005.
7. VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.
8. VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha číslo 2:

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Kresba jako pomocný diagnostický prostředek u psychických poruch

Autor práce: Bc. Petra Mautnerová

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

Počet stran a znaků: 94 stran, 141 957 znaků

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 62

Abstrakt :

Cílem práce byla studie kresby postavy a její využití v diagnostice psychických poruch. Specifické znaky v kresbě postavy byly porovnávány s diagnózou stanovenou psychiatrem (dle MKN-10) u pacientů s psychotickou nebo neurotickou poruchou a u osob bez psychické poruchy.

Práce se zabývá příčinami vzniku psychických poruch z hlediska dědičnosti, vlivů prostředí, zátěžových situací, osobnosti a salutogeneze. Blíže se zaměřuje na poruchy neurotické a psychotické, dynamiku jejich vzniku, jednotlivé druhy. Obsahuje popis příznaků, patogenezi z pohledu různých psychologických teorií a průběh nemoci. Jsou zmiňovány možnosti psychodiagnostiky, zejména projektivní metoda Test kresby lidské postavy. Také se zabývá teorií úzkosti a možnostmi jejího testování.

Samotný výzkum je rozdělen do pěti hypotéz, z toho čtyři sledují souvislosti mezi kresbami tří skupin (psychotičtí pacienti, neurotičtí pacienti a kontrolní skupina) a diagnózou. Byly shledány souvislosti či rozdíly mezi vybranými skupinami. Pátá hypotéza se týká korelace mezi úzkostí v testu kresby lidské postavy a testem KSAT, která se nepotvrdila.

Výzkum ukázal, že využití specifických znaků v kresbě postavy pro pomocnou diagnostiku psychických poruch vykazuje dostatečně relevantní data, ale přesto z nich nelze získat diagnostickou jistotu a diagnostik si může pouze udělat náhled na situaci pacienta pomocí projektivního testu.

Klíčová slova: Test kresby lidské postavy, neurotické poruchy, psychotické poruchy, specifické znaky v kresbě

Příloha číslo 3 :

ABSTRACT OF THESIS

Title: Drawing as diagnostic means of psychic aberration of adults

Author: Bc. Petra Mautnerová

Supervisor: PhDr. Obereignerů Radko, Ph.D.

Number of pages and characters: 94 pages, 141 957 characters

Number of appendicies: 12

Number of references: 62

Abstract :

The main objective of this project was to study drawings of human figure as a potentially valuable tool in diagnosis of psychological disorders. The key features of the drawings were correlated to clinically assessed diagnosis (ICD -10) of psychotic or neurotic disorder or a healthy mind status.

In the introductory part, the thesis summarizes causes of mental disorders in terms of inheritance, environmental influences, stress situations, personality and salutogenesis. It describes symptoms, pathogenesis and disease progression from the perspective of various psychological theories while it focuses at neurotic and psychotic disorders, the dynamics of their formation and their categories. The psychological evaluation approaches are mentioned, particularly a projective test method of drawing the human figure. The theory of anxiety and possibilities of its testing are also explained.

The research part is defined by five hypotheses; four of them expect differences or particular features present in the drawings of the three groups (psychotic patients, neurotic patients and control group) and their association to the particular diagnosis. We have indeed found correlations and differences between selected groups. The fifth hypothesis which relates to correlation between anxiety in figure drawing test and in the KSAT test was not confirmed.

Research has shown that in the groups of neurotic and psychotic patients the frequency of the specific features in the figure drawings has been significantly higher than in the control group. The results suggest an advantage of using the projective test in the diagnostic process. Nevertheless, for achieving a diagnostic certainty additional tests are still necessary.

Key words: figure drawing test, neurotic disorders, psychotic disorders, specific features in drawing

Příloha číslo 4 :

Souhlas s účastí na výzkumu

Jméno a Příjmení:

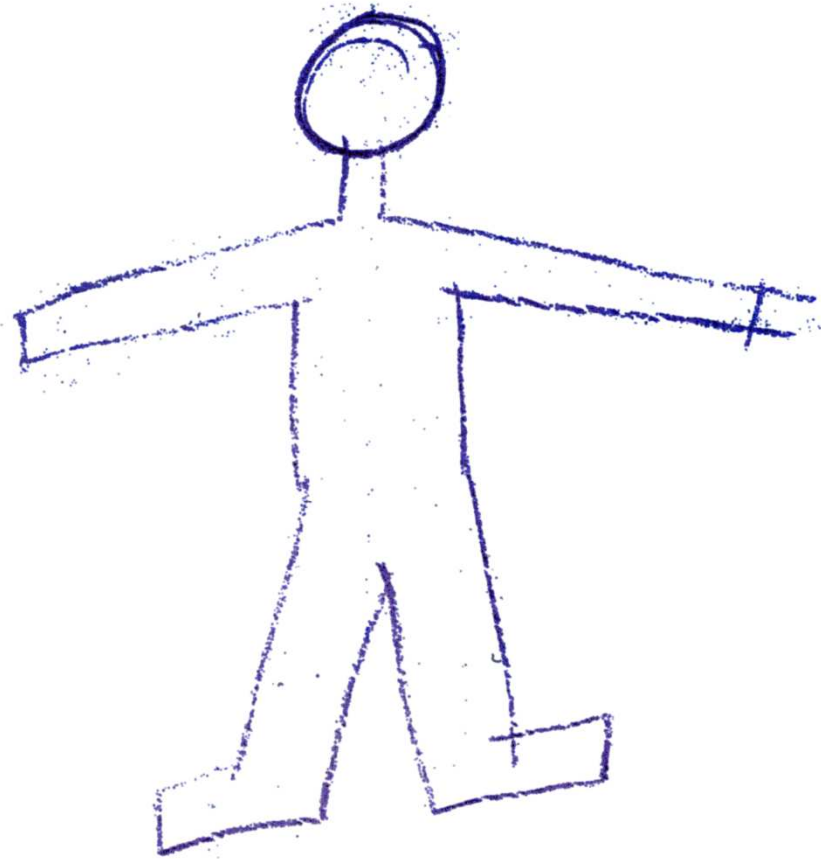
Bydliště:

Já níže podepsaný (á)souhlasím s účastí své osoby na výzkumu a jsem ochoten podstoupit testování mé osoby. Souhlasím se zveřejněním mých výsledků v rámci diplomové práce. Byl(a) jsem seznámen(a) s účelem tohoto výzkumu a zároveň s možností dozvědět se výsledky.

Datum:

Podpis:

Příloha číslo 5 :



Příloha číslo 7 :

Výsledky použití specifických neurotických znaků v kresbě postavy
u neurotických pacientů a kontrolní skupiny

Neurotičtí pacienti			Kontrolní skupina			
	x_i	$x_i - \bar{x}$	$(x_i - \bar{x})^2$	y_i	$y_i - \bar{y}$	$(y_i - \bar{y})^2$
1	2	0,148148	0,021948	1	0,133333	0,017778
2	3	1,148148	1,318244	0	-0,86667	0,751111
3	0	-1,85185	3,429355	0	-0,86667	0,751111
4	0	-1,85185	3,429355	2	1,133333	1,284444
5	4	2,148148	4,61454	0	-0,86667	0,751111
6	1	-0,85185	0,725652	1	0,133333	0,017778
7	4	2,148148	4,61454	1	0,133333	0,017778
8	1	-0,85185	0,725652	3	2,133333	4,551111
9	0	-1,85185	3,429355	0	-0,86667	0,751111
10	3	1,148148	1,318244	1	0,133333	0,017778
11	2	0,148148	0,021948	2	1,133333	1,284444
12	4	2,148148	4,61454	0	-0,86667	0,751111
13	1	-0,85185	0,725652	1	0,133333	0,017778
14	1	-0,85185	0,725652	1	0,133333	0,017778
15	0	-1,85185	3,429355	0	-0,86667	0,751111
16	2	0,148148	0,021948	1	0,133333	0,017778
17	1	-0,85185	0,725652	0	-0,86667	0,751111
18	3	1,148148	1,318244	1	0,133333	0,017778
19	3	1,148148	1,318244	3	2,133333	4,551111
20	1	-0,85185	0,725652	0	-0,86667	0,751111
21	2	0,148148	0,021948	0	-0,86667	0,751111
22	0	-1,85185	3,429355	2	1,133333	1,284444
23	3	1,148148	1,318244	0	-0,86667	0,751111
24	3	1,148148	1,318244	1	0,133333	0,017778
25	1	-0,85185	0,725652	0	-0,86667	0,751111
26	2	0,148148	0,021948	2	1,133333	1,284444
27	3	1,148148	1,318244	0	-0,86667	0,751111
28				1	0,133333	0,017778
29				2	1,133333	1,284444
30				0	-0,86667	0,751111

Příloha číslo 8 :

Výsledky použití specifických znaků v kresbě postavy
u psychotických pacientů a kontrolní skupiny

Psychotičtí pacienti				Kontrolní skupina				
	x_i	$x_i - \bar{x}$	$(x_i - \bar{x})^2$	x_i^2	y_i	$y_i - \bar{y}$	$(y_i - \bar{y})^2$	y_i^2
1	1	-1,8	3,24	1	0	-0,46667	0,217778	0
2	2	-0,8	0,64	4	1	0,533333	0,284444	1
3	4	1,2	1,44	16	0	-0,46667	0,217778	0
4	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
5	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
6	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
7	4	1,2	1,44	16	0	-0,46667	0,217778	0
8	5	2,2	4,84	25	0	-0,46667	0,217778	0
9	3	0,2	0,04	9	3	2,533333	6,417778	9
10	4	1,2	1,44	16	1	0,533333	0,284444	1
11	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
12	3	0,2	0,04	9	0	-0,46667	0,217778	0
13	3	0,2	0,04	9	0	-0,46667	0,217778	0
14	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
15	4	1,2	1,44	16	1	0,533333	0,284444	1
16	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
17	3	0,2	0,04	9	0	-0,46667	0,217778	0
18	3	0,2	0,04	9	1	0,533333	0,284444	1
19	2	-0,8	0,64	4	1	0,533333	0,284444	1
20	4	1,2	1,44	16	2	1,533333	2,351111	4
21	1	-1,8	3,24	1	0	-0,46667	0,217778	0
22	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
23	3	0,2	0,04	9	0	-0,46667	0,217778	0
24	2	-0,8	0,64	4	0	-0,46667	0,217778	0
25	5	2,2	4,84	25	0	-0,46667	0,217778	0
26					0	-0,46667	0,217778	0
27					3	2,533333	6,417778	9
28					0	-0,46667	0,217778	0
29					0	-0,46667	0,217778	0
30					1	0,533333	0,284444	1

Příloha číslo 9 :

Očekávané a experimentální četnosti použití barev
v kresbě postavy u všech tří skupin (n = 82)

Psychotičtí pacienti			Neurotičtí pacienti			Kontrolní skupina		
O_i	E_i	$\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$	O_i	E_i	$\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$	O_i	E_i	$\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$
3	1,82926829	0,74926829	3	1,97560976	0,53116531	0	2,19512195	2,19512195
5	2,13414634	3,84843206	1	2,30487805	0,73874048	1	2,56097561	0,9514518
8	3,65853659	5,15186992	1	3,95121951	2,20430593	3	4,3902439	0,4402439
2	2,74390244	0,20168022	4	2,96341463	0,36259159	3	3,29268293	0,02601626
4	6,40243902	0,90148664	8	6,91463415	0,17036607	9	7,68292683	0,22578397
2	6,09756098	2,75356098	6	6,58536585	0,05203252	12	7,31707317	2,99707317
1	1,82926829	0,37593496	4	1,97560976	2,07437519	1	2,19512195	0,65067751
0	0,30487805	0,30487805	0	0,32926829	0,32926829	1	0,36585366	1,09918699

Příloha číslo 10 :

Naměřené hodnoty a pomocné výpočty u psychotických pacientů

Číslo	Znaky úzkosti	KSAT	$(x_i - \bar{x})$	$(y_i - \bar{y})$	$(x_i - \bar{x})^2$	$(y_i - \bar{y})^2$	$(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$
15	4	41	1,414634	-36,7561	2,00119	1351,011	-51,9964
16	7	105	4,414634	27,2439	19,48899	742,2302	120,2719
17	3	91	0,414634	13,2439	0,171921	175,401	5,491374
18	4	38	1,414634	-39,7561	2,00119	1580,547	-56,2403
19	4	84	1,414634	6,243902	2,00119	38,98632	8,832838
20	5	91	2,414634	13,2439	5,830458	175,401	31,97918
21	4	104	1,414634	26,2439	2,00119	688,7424	37,12552
23	5	59	2,414634	-18,7561	5,830458	351,7912	-45,2891
24	6	89	3,414634	11,2439	11,65973	126,4253	38,39381
25	1	111	-1,58537	33,2439	2,513385	1105,157	-52,7037
26	4	105	1,414634	27,2439	2,00119	742,2302	38,54015
10	3	79	0,414634	1,243902	0,171921	1,547293	0,515764
4	5	50	2,414634	-27,7561	5,830458	770,401	-67,0208
37	4	43	1,414634	-34,7561	2,00119	1207,986	-49,1672
38	4	103	1,414634	25,2439	2,00119	637,2546	35,71089
39	5	95	2,414634	17,2439	5,830458	297,3522	41,63772
40	4	41	1,414634	-36,7561	2,00119	1351,011	-51,9964
41	3	84	0,414634	6,243902	0,171921	38,98632	2,588935
42	3	90	0,414634	12,2439	0,171921	149,9131	5,07674
43	5	106	2,414634	28,2439	5,830458	797,718	68,19869
44	3	58	0,414634	-19,7561	0,171921	390,3034	-8,19155
45	4	92	1,414634	14,2439	2,00119	202,8888	20,14991
46	4	113	1,414634	35,2439	2,00119	1242,133	49,85723
47	6	101	3,414634	23,2439	11,65973	540,279	79,36942
48	5	78	2,414634	0,243902	5,830458	0,059488	0,588935

Příloha číslo 11 :

Naměřené hodnoty a pomocné výpočty u neurotických pacientů

Číslo	Znaky úzkosti	KSAT	$(x_i - \bar{x})$	$(y_i - \bar{y})$	$(x_i - \bar{x})^2$	$(y_i - \bar{y})^2$	$(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$
1	0	47	-2,58537	-30,7561	6,684117	945,9375	79,51576
2	3	99	0,414634	21,2439	0,171921	451,3034	8,808447
3	2	102	-0,58537	24,2439	0,342653	587,7668	-14,1916
5	2	88	-0,58537	10,2439	0,342653	104,9375	-5,99643
6	2	106	-0,58537	28,2439	0,342653	797,718	-16,533
7	2	87	-0,58537	9,243902	0,342653	85,44973	-5,41106
8	4	51	1,414634	-26,7561	2,00119	715,8888	-37,8501
9	2	63	-0,58537	-14,7561	0,342653	217,7424	8,637716
11	4	71	1,414634	-6,7561	2,00119	45,64485	-9,55741
12	5	76	2,414634	-1,7561	5,830458	3,083879	-4,24033
13	5	53	2,414634	-24,7561	5,830458	612,8644	-59,7769
14	3	78	0,414634	0,243902	0,171921	0,059488	0,10113
22	1	116	-1,58537	38,2439	2,513385	1462,596	-60,6306
49	2	49	-0,58537	-28,7561	0,342653	826,9131	16,83284
50	2	97	-0,58537	19,2439	0,342653	370,3278	-11,2647
51	2	100	-0,58537	22,2439	0,342653	494,7912	-13,0208
52	4	87	1,414634	9,243902	2,00119	85,44973	13,07674
53	4	107	1,414634	29,2439	2,00119	855,2058	41,36942
54	1	88	-1,58537	10,2439	2,513385	104,9375	-16,2403
55	1	49	-1,58537	-28,7561	2,513385	826,9131	45,58894
56	3	64	0,414634	-13,7561	0,171921	189,2302	-5,70375
57	3	69	0,414634	-8,7561	0,171921	76,66924	-3,63058
58	1	80	-1,58537	2,243902	2,513385	5,035098	-3,55741
59	4	55	1,414634	-22,7561	2,00119	517,84	-32,1916
60	2	79	-0,58537	1,243902	0,342653	1,547293	-0,72814
61	3	118	0,414634	40,2439	0,171921	1619,572	16,6865
62	6	52	3,414634	-25,7561	11,65973	663,3766	-87,9477

Příloha číslo 12 :**Naměřené hodnoty a pomocné výpočty u kontrolní skupiny**

Číslo	Znaky úzkosti	KSAT	$(x_i - \bar{x})$	$(y_i - \bar{y})$	$(x_i - \bar{x})^2$	$(y_i - \bar{y})^2$	$(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$
27	0	56	-2,58537	-21,7561	6,684117	473,3278	56,24747
28	3	45	0,414634	-32,7561	0,171921	1072,962	-13,5818
29	1	67	-1,58537	-10,7561	2,513385	115,6936	17,05235
30	1	87	-1,58537	9,243902	2,513385	85,44973	-14,655
31	0	106	-2,58537	28,2439	6,684117	797,718	-73,0208
32	1	117	-1,58537	39,2439	2,513385	1540,084	-62,2159
33	0	65	-2,58537	-12,7561	6,684117	162,718	32,97918
34	2	58	-0,58537	-19,7561	0,342653	390,3034	11,56454
35	2	75	-0,58537	-2,7561	0,342653	7,596074	1,613325
36	2	54	-0,58537	-23,7561	0,342653	564,3522	13,90601
63	1	59	-1,58537	-18,7561	2,513385	351,7912	29,73528
64	2	45	-0,58537	-32,7561	0,342653	1072,962	19,1743
65	1	63	-1,58537	-14,7561	2,513385	217,7424	23,39381
66	1	87	-1,58537	9,243902	2,513385	85,44973	-14,655
67	0	107	-2,58537	29,2439	6,684117	855,2058	-75,6062
68	1	118	-1,58537	40,2439	2,513385	1619,572	-63,8013
69	1	62	-1,58537	-15,7561	2,513385	248,2546	24,97918
70	1	57	-1,58537	-20,7561	2,513385	430,8156	32,90601
71	2	77	-0,58537	-0,7561	0,342653	0,571684	0,442594
72	0	53	-2,58537	-24,7561	6,684117	612,8644	64,00357
73	2	60	-0,58537	-17,7561	0,342653	315,279	10,39381
74	1	44	-1,58537	-33,7561	2,513385	1139,474	53,51576
75	0	63	-2,58537	-14,7561	6,684117	217,7424	38,14991
76	1	87	-1,58537	9,243902	2,513385	85,44973	-14,655
77	0	107	-2,58537	29,2439	6,684117	855,2058	-75,6062
78	2	121	-0,58537	43,2439	0,342653	1870,035	-25,3135
79	1	62	-1,58537	-15,7561	2,513385	248,2546	24,97918
80	2	63	-0,58537	-14,7561	0,342653	217,7424	8,637716
81	1	81	-1,58537	3,243902	2,513385	10,5229	-5,14277
82	2	48	-0,58537	-29,7561	0,342653	885,4253	17,4182