

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

PILOTNÍ UKAZATELE METODY ZAMĚŘENÉ NA  
SOCIÁLNÍ ZRÁNÍ OSOBNOSTI U KLINICKÉ SKUPINY  
PACIENTŮ

PILOT INDICATORS OF METHOD FOCUS ON SOCIAL  
MATURATION OF PERSONALITY IN CLINICAL  
PATIENTS



Bakalářská diplomová práce

Autor: Bc. Kamila Daňková, DiS.

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

Olomouc 2014

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Pilotní ukazatele metody zaměřené na sociální zrání osobnosti u klinické skupiny pacientů*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Kroměříži dne 31. 3. 2014

Tímto děkuji PhDr. Radkovi Obereignerů, Ph.D. za jeho ochotu a trpělivý přístup, odborné vedení, cenné rady a relevantní kritické připomínky, které mi při psaní mé práce poskytl. Dále patří velké poděkování RNDr. Evě Reiterové za její vstřícný a laskavý přístup. Současně chci také poděkovat lékařům, psychologům a zdravotním pracovníkům Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a v neposlední řadě děkuji také své rodině za podporu a důvěru ve mně vloženou.

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

Kamila Daňková

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>1. POJEM DEPRESE.....</b>	<b>6</b>
1.1. Deprese.....	8
1.2. Příznaky deprese.....	10
1.3. Depresivní syndrom.....	12
1.4. Melancholie.....	13
<b>2. LÉČBA.....</b>	<b>15</b>
2.1. Antidepressiva.....	15
2.2. Psychoterapie.....	16
2.3. Elektrokonvulzivní terapie.....	19
2.4. Fytoterapie.....	20
2.5. Fototerapie.....	20
<b>3. NEUROANATOMIE.....</b>	<b>21</b>
3.1. Limbický systém.....	21
3.2. Bazální ganglia.....	22
3.3. Talamus.....	22
3.4. Hippokampus.....	22
3.5. Amygdala.....	22
3.6. Prefrontální kůra.....	23
<b>4. SOCIÁLNÍ ZRÁNÍ.....</b>	<b>25</b>
<b>5. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>28</b>
<b>6. METODA.....</b>	<b>30</b>
6.1. Zvolený typ výzkumu.....	30
6.2. Metody získávání dat.....	30
6.2.1. BDI-II.....	31
6.2.2. TAS-20.....	32
6.2.3. TSZ.....	33
6.3. Zpracování dat.....	36
<b>7. VÝZKUMNÝ SOUBOR.....</b>	<b>40</b>
7.1. Charakteristika výzkumného souboru.....	41
<b>8. VÝSLEDKY A INTERPRETACE.....</b>	<b>43</b>

8.1. Výsledky výzkumu.....	43
8.2. K platnosti hypotéz.....	51
<b>9. DISKUZE.....</b>	<b>53</b>
<b>10. ZÁVĚR.....</b>	<b>57</b>
<b>11. SOUHRN.....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....</b>	<b>61</b>

## **PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1:** Zadání bakalářské diplomové práce

**Příloha č. 2:** Abstrakt

**Příloha č. 3:** Dotazník BDI-II

**Příloha č. 4:** Dotazník TAS-20

**Příloha č. 5:** Ukázka rozhovoru

**Příloha č. 6:** Informovaný souhlas

**Příloha č. 7:** Věkové rozložení výzkumného souboru

## ÚVOD

Sociální zralost osobnosti je psychologická kategorie, která je nedílnou součástí každého jedince. Jedná se však o oblast z mého pohledu málo prozkoumanou, jelikož dosud u nás neexistuje obecně platná a všeobecně uznávaná metoda, která by zmiňovanou sociální zralost osobnosti dokázala spolehlivě určit. Dokonce v odborné literatuře bývá oblast sociální zralosti zmiňována jen okrajově, pokud vůbec. V různých literárních zdrojích je kladen větší důraz spíše na popis biologické zralosti člověka v rámci vývojového procesu, nežli na dosažení jeho zralosti v sociální oblasti. Většinou bývá oblast sociální zralosti pojímána jako součást procesu socializace.

V mé bakalářské práci se zabýváme zkoumáním vybraných aspektů sociálního zrání osobnosti u klinické skupiny pacientů, konkrétně u pacientů s depresí. K volbě právě této skupiny klinických pacientů nás přivedla skutečnost, že depresivní porucha je ve společnosti stále více zmiňována jako běžná součást lidského života. Dle mého názoru dochází k znevažujícímu užívání daného pojmu pro označení jakéhokoliv subjektivně nepříjemného pocitu či prožívání. Zároveň se domníváme, že osoba stížená jakoukoliv psychickou poruchou je v naší, byť stále více pokročilé a liberálnější, společnosti automaticky negativně stigmatizována.

Má práce je součástí vědeckého výzkumného projektu, který si klade za cíl zmapovat sociální zrání osobnosti pomocí nově vytvořeného testového materiálu. Přínosem této práce v rámci daného projektu je právě aplikace projektivní testové metody na skupině pacientů s depresí. Výsledky našeho zkoumání budou následně srovnávány s výsledky pořízenými na zdravé populaci.

# I Teoretická část bakalářské práce

## 1 POJEM DEPRESE

Pojem deprese se vyskytoval již ve 14. století. V 15. století byl používán v doslovném slova smyslu „sklíčenost, deprese duchů“ (jako klinický termín v psychologii, z roku 1905).

Slovo deprese je latinského původu. Pojmy **deprimo, deprimere, depressi, depressus** znamenají ve svém významu **stlačit** (de=dolů, premere=tlačit). Význam slova deprese v současné době vyjadřuje stisknout, stlačit, snížit (např. výkon, míru energie, intenzitu určité snahy, náladu, apod.). Znamená to i sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu fyzickou – tělesnou sílu). Deprimovaný značí postižený krizí, zbídačelý, propadlý něčemu, přičemž deprese sama pak znamená pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace (Křivohlavý, 2003).

Obsáhlejší vysvětlení pojmu deprese nám nabízí také *Psychologický slovník*, kde je na prvním místě uvedeno, že deprese znamená doslovně stlačení (přičemž nejčastěji se můžeme v běžném životě setkat s hovorovou formou daného pojmu, depka). Jedná se o chorobný smutek, duševní stav charakterizovaný pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních a tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem. Tento stav je chorobný, trvá-li nepřiměřeně dlouho nebo má nepříznivý vliv na lidské chování, tedy je nepřiměřený situaci a trvá déle než u většiny lidí (Hartl, Hartlová, 2000).

Pojem deprese je v běžném životě lidmi užíván mnohem obsáhleji a zahrnuje také následující termíny. Melancholie (zadumčivost, těžkomyslnost), letargie (naprostá netečnost, lhostejnost, chorobná spavost), apatie, indolence (nevšímavost), dystymie (depresivní myšlenky a nálady) (Křivohlavý, 2003).

Deprese je v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (MKN-10) řazena mezi Afektivní poruchy nebo také poruchy nálady (F30 – F39), kdy u těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii. Zmíněná změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina těchto poruch má tendenci k recidivám a jejich počátek je často vyvolán individuální stresovou situací nebo událostí.

Poruchy nálad se obecněji řadí k poruchám emotivity. Emoce jsou součástí našeho prožívání, velmi specifické, subjektivní a složité. Slovo *emoce* má svůj původ v latinském slovese *emovere* = vzrušovat. Z hlediska obecné psychologie se emoce skládají ze tří vzájemně propojených komponent. Jedná se o subjektivní fenomenologickou komponentu, která v sobě zahrnuje pozitivně nebo negativně zabarvenou pocitovou složku, expresivní chování doprovázející aktuálně prožívající emoce a tělesnou složku, v jejímž rámci dochází k fyziologickým změnám vyvolaným excitací autonomního nervového systému a hormonální produkcí. K bližšímu pochopení problematiky emocí vznikaly různé teorie emocí, které se snažily vysvětlit naše citové pochody. V souvislosti s rozebíraným tématem zde zmiňuji kognitivní teorii emocí, která se významně podílela na racionální terapii depresivních a úzkostných stavů. Jedná se o ABC teorii Alberta Elise. Její podstatou jsou tři na sebe navazující skutečnosti, jež vedou k výslednému prožívání. Na začátku je nějaká aktivizující událost, na níž nasedá systém postojů a přesvědčení, který vede ke konečným emočním důsledkům. Podstatnou součástí jsou zmíněná přesvědčení, která mohou být racionální, ale i iracionální. Právě ta iracionální přesvědčení rozhodujícím způsobem přispívají ke vzniku intenzivních negativních emocí, které narušují citovou rovnováhu jedince (Plháková, 2003). Důvod, proč si lidé emočně nerozumějí: my všichni – přirozeně, ale nesprávně – předpokládáme, že ostatní lidé prožívají emoce stejně jako my. Zjištění naznačují rovněž tomu, že někteří lidé – ti, kteří mají rychlé, silné a dlouhé emocionální reakce – mohou mít obzvláštní potíže zvládat své emoce. Pokud si dokážeme uvědomit destruktivní emoce ve chvíli, kdy se začínají projevat, máme maximální volbu, jak na ně reagovat. Emoce se stávají destruktivními ve chvíli, kdy narušují rovnováhu mysli (Goleman, 2004).

Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou pak adaptační poruchy a sociální selhávání (Vágnerová, 2004, 369). Nálady jsou výsledkem vnitřních proměn, které nemají vztah k tomu, co se nám děje zevně. U nálady často nemůžeme uvést konkrétní událost, která způsobila náladu, ve které se nyní nacházíme. Pokud se nacházíme v nějaké náladě, ta předurčuje a omezuje způsob našeho myšlení. Činí nás zranitelnější, než normálně jsme. Takže negativní nálady nám vytváří mnoho problémů, protože mění náš způsob myšlení a zesilují emoce. Budu-li mít podrážděnou náladu, věci, které mě obvykle nerušily, mne budou rušit, snadněji se rozzlobím a také můj hněv bude silnější a rychlejší (Goleman, 2004).



Depresivní nálada se řadí mezi patické nálady a je pro ni charakteristická snižená emoční reaktivita a snižené sebevědomí. Dále lze depresivní nálady dělit na depresivní, bezradnou, anhedonickou a morózní náladu. U depresí se lze setkat nejčastěji s anhedonickou náladou, která je spojená s neschopností prožívat radost a štěstí. Člověka nic netěší, ztratil potěšení z práce i zábavy, je skeptický k jakémukoliv snažení (Höschl, 2004). Depresivní nálada je dále charakteristická také sniženou emoční reaktivitou a sniženým sebevědomím. Psychomotorické tempo a dynamogenie jsou inhibované. Řeč je tichá, pomalá a odpovědi přichází často po latencích (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

## 1.1 Deprese

Deprese je psychická porucha, u které se můžeme setkat s výskytem pouze jedné epizody, která však musí splňovat relevantní příznaky nutné k přesné diagnóze, a po odeznění příznaků se již nemusí vrátit. V takovém případě se dle MKN-10 jedná o depresivní fázi (F32). Podle počtu a intenzity přítomných příznaků se depresivní fáze dále dělí na lehkou depresivní fázi (F32.0), středně těžkou depresivní fázi (F 32.1), těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků (F 32.2) a těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky (F 32.3).

Obecně depresivní epizoda (F 32) musí splňovat určitá diagnostická kritéria, abychom mohli hovořit o skutečnosti, že pacient se nachází v depresivní fázi a stanovit tak přesnou diagnózu. K těmto kritériím se řadí:

- Epizoda musí trvat nejméně dva týdny
- U postiženého se nikdy nevyskytla hypomanická nebo manická epizoda
- Porucha není způsobena užíváním psychoaktivních látek, ani není způsobena jinou organickou psychickou poruchou.
- Depresivní nálada je přítomna po většinu dne a téměř každý den
  - Ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, které bývají příjemné
  - Pokles energie nebo zvýšená unavitelnost
- Ztráta sebedůvěry
  - Bezdůvodné výčitky nebo pocit neodůvodněné viny
  - Opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu
  - Snižená schopnost myslet, soustředit se, nerozhodnost, váhavost

- Snížené psychomotorické tempo (někdy je agitovanost)
  - Poruchy spánku
  - Snížená chuť k jídlu (snížená hmotnost)
- U nepsychotických forem nesmí být přítomné bludy, halucinace, stupor
  - U psychotických forem se naopak bludy, halucinace a stupor vyskytují (alespoň jeden z těchto psychotických projevů je přítomen) (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011, 234-235)

Lehká depresivní fáze (někdy se můžeme setkat s označením mírná deprese) se vyznačuje tím, že postižený je schopen zvládat běžné úkony každodenního života, jen mu jde všechno pomaleji, straní se přátelům a uzavírá se do sebe. V této fázi nemoc nijak závažně nenarušuje normální fungování jedince a v tomto případě je zvolena léčba ambulantní. Středně těžká deprese se promítá do života člověka mnohem výrazněji, kdy postižení již není schopný vykonávat své povolání, izoluje se od lidí, není schopen běžných domácích prací, nedokáže se na nic soustředit, ztrácí veškerý zájem o jakoukoliv činnost (včetně ztráty sexuálního zájmu). V této fázi se mohou objevit suicidální myšlenky. Léčba zde již probíhá v rámci pracovní neschopnosti dotyčného a nejčastěji formou hospitalizace v příslušném zdravotnickém zařízení. Při těžké depresi se nachází postižený v takovém stavu, kdy není schopný postarat se sám o sebe, porucha nálady je hluboká a neovlivnitelná vnějšími impulsy. Nevykonává žádnou praktickou činnost, objevuje se ztráta smysluplnosti vztahující se na vše. V této fázi je přítomnost sebevražedných myšlenek a léčba probíhá vždy formou hospitalizace (Praško, 2003) Ženy se pokoušejí o suicidium třikrát častěji než muži, avšak mužům se jejich pokusy podaří častěji než ženám. Vysokoškolští studenti se dopouštějí sebevražd dvakrát častěji než ostatní mladí lidé v odpovídajícím věku. Další skutečností je, že suicidální vysokoškoláci mají v průměru lepší studijní výsledky než jejich nesuicidální spolužáci. Můžeme se setkat také s pojmem parasuicidum, což je termín pro takové činy, kdy osoba užije látku nebo se úmyslně poškodí, avšak tyto činy nemají za následek smrt. Termínu parasuicidum<sup>1</sup> je dávana přednost před termínem suicidální pokus, protože nemusí nutně zahrnovat přání zemřít. Vyskytuje se více parasuicidií než suicidií (Atkinsonová, 1995).

---

<sup>1</sup> Parasuicidum je čin, který způsobil tělesnou újmu, ale nesměřoval k smrti, např. předávkování léky. Překrývá se s termínem sebevražedný pokus, protože i tam je málokdy zcela jasné, zda šlo o skutečnou touhu zemřít, či jen upozornit na vlastní zoufalství, a to ani tomu, kdo čin páchá (Hartl, Hartlová, 2000).

V mnoha případech se však můžeme setkat s recidivou (návratem nebo opakováním nemoci) nebo relapsem (zvrát, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby). Nejčastěji se v rámci popisované psychické poruchy jedná o rekurenci, tedy návrat choroby či její periodické opakování. Pokud se tedy deprese opakuje, jedná se o Periodickou (rekurentní) depresivní poruchu (F 33), která je také dle aktuálních symptomů členěna na periodickou depresivní poruchu, současná fáze je lehká (F 33.0), periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká (F 33.1), periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů (F 33.2), periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky (F 33.3) a periodická depresivní porucha, v současné době v remisi<sup>2</sup> (F 33.4). Pauza mezi jednotlivými depresivními fázemi není pevně daná a může trvat odlišně dlouhou dobu, třeba i několik měsíců nebo let. U psychotické afektivní poruchy splňují pozorované poruchy myšlení definic bludů, přičemž nejčastěji se jedná o bludy depresivní, negační, urinační, insuficienční, pesimistické, autoakuzační, eternity, hypochondrické, apod. Mohou se vyskytnout i halucinace (Höschl, 2004). K tomuto Vágnerová (2004) uvádí, že bludné symptomy se vyskytnou u 8 – 15% nemocných.

## 1.2 Příznaky deprese

Deprese je nemoc celého organismu. Nejčastěji je spojena se smutkem, avšak při bližším pohledu zjistíme, že smutek v rámci depresivní poruchy je kvalitativně odlišný, než smutek, který každý člověk čas od času zažívá v rámci běžného života. Nikdo z nás neprožívá jen šťastné období, ale objeví se i situace, kdy je nálada pokleslejší. V rámci depresivní poruchy se jedná o hluboký zásah do každodenního života jedince. Deprese je intenzivnější a hlubší než smutek, trvá déle a narušuje každodenní fungování člověka (Praško, 2003, 27).

Depresivní porucha se projeví v rámci celého člověka v emočním prožívání, v narušení kognitivních funkcí, změny v chování, změny v osobnosti. Co se týče emočního prožívání, je podstatnou součástí depresivní poruchy skutečnost, že depresivní člověk nedokáže adekvátně emočně reagovat na obvyklou reálnou situaci. Jedná se o obrannou reakci, kdy se nemocný brání dalším zatěžujícím podnětům takovým způsobem, že je zkrátka vůbec nepřijímá. Může dojít až ke vzniku tzv. afektivního stuporu, který se

---

<sup>2</sup> Remise je dočasné vymizení projevů nemoci (Hartl, Hartlová, 2000).

subjektivně projeví jako úplná ztráta schopnosti emočně prožívat (pocit prázdnoty). V rámci kognitivních funkcí se jedná o deformaci obsahu a celkovou inhibici psychických procesů. Lidé s depresivní poruchou mají tendence k černobílému vidění světa, k pesimistickému ladění, které se vztahuje nejen na přítomnost, ale i do budoucnosti. Postižený člověk zaujímá všeobecně negativní postoj. Tento negativní postoj nezaujímá nemocný pouze k okolním skutečnostem, ale vztahuje se i na jeho vlastní osobu, což se projevuje zhoršeným sebehodnocením (nepřiměřené pocity méněcennosti, pocity neschopnosti, neadekvátní pocity viny, apod.) (Vágnerová, 2004). Pro depresivní lidi bývá těžké přijmout sebe sama. Příklad jim, že je všichni ostatní odmítají, a proto mají strach ze setkání s druhými lidmi, jelikož se bojí odmítnutí z jejich strany, což by ještě více prohloubilo jejich sebepodrávající tendence. Kdo nedokáže přijmout sám sebe, má přehnaná očekávání, pokud jde o uznání druhých. Depresivní lidé ve své podstatě velice touží po uznání, avšak svým negativním postojem od sebe odhánějí každého, kdo se je pokouší brát vážně (Grün, 2009).

Atkinsonová (1995) hovoří o existenci čtyř souborů symptomů, které se vyskytují u jedince s depresivní poruchou, přičemž zdůrazňuje, že ne všechny se musí u jednoho člověka vyskytovat současně. Jedná se o symptomy emoční (smutek, sklíčenost, bezmocnost, ztráta radosti a zájmu o ostatní věci, až ztráta zájmu o ostatní lidi), kognitivní (negativní myšlenky), motivační (pasivita, útlum) a tělesné (ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku, pocit únavy, ztráta energie).

Češková (2006) řadí k základním příznakům depresivní poruchy depresivní náladu abnormní vzhledem k jedinci, která trvá déle než dva týdny, ztrátu zájmu nebo prožitku radosti, a snížení energie a zvýšenou únavnost.

Křivohlavý (2012) v souvislosti s příznaky unipolární deprese hovoří o tzv. neradostných příznacích, kterými jsou:

- Negativní myšlenky (negativní představy o materiálním i sociálním světě, o sobě i o druhých lidech, o přítomnosti i o budoucnosti)
- Negativní nálady (postižený je smutný, zamlklý, skleslý, bez chuti k životu, často pláče a vzdychá a těžko může říci důvod proč, apod.)
- Negativní chování (postižený je malátný, nerozhodný, pasivní, má sebevražedné myšlenky)
- Negativní fyzické projevy (naučené, zautomatizované projevy)

Grün (2009) zmiňuje skutečnost, že důležitější než samotný popis depresivní poruchy, je popis depresivního prožívání. „Depresivní prožívání zahrnuje ztrátu radosti, zájmů a energie, bezradnost, malomyslnost, ztrátu emocí a vztahů.“ (Josuran, Hoehne, Hell in Grün, 2009, 11). Depresivní lidé popisují své depresivní zkušenosti obrazy, jako jsou prázdnota či vyprázdňenost, pocit, že život je jinde, dojem, jakoby se život zastavil, představa, že člověk je mrtev zaživa, neschopnost či nemožnost existovat, zamrznutí, strnulost, duševní ochrnutí, temná noc.

V posledních letech se upřednostňuje celostní pohled na člověka, zahrnující tělesnou, psychickou, sociální a transcendentální oblast. Tento globální pohled nám umožňuje nahlížet na obtíže člověka v různých rovinách a tím účinněji mu poskytnout pomoc. V rámci depresivní poruchy je dle mého názoru tento pohled zcela na místě, jelikož právě deprese jako psychická porucha se může u člověka manifestovat v jeho tělesné složce, ale zároveň je možný i opačný mechanismus, kdy se množství tělesných příznaků může v konečném důsledku odrazit v psychickém stavu člověka. Orel (2012) k tomuto poznamenává, že se jedná buď o směr psychosomatický, nebo somatopsychický. Depresivní pacienti tak mohou trpět tělesnými potížemi různého druhu (pocity tíže, svírání na hrudi, bušení srdce, bolesti hlavy a břicha, zažívací potíže, závratě, poruchy spánku, apod.). Naopak se lze setkat s depresivními příznaky u somaticky nemocných pacientů (až u 10% nemocných). Jedná se o symptomatickou, neboli sekundární depresi, která se objevuje u nemocných trpících primárně somatickým onemocněním (např. u endokrinních onemocnění). Druhým typem je nespecifická reaktivní deprese, jíž lze chápat jako reakci na různé ztráty a omezení v souvislosti se závažným onemocněním (Vágnerová, 2004).

### **1.3 Depresivní syndrom**

Depresivní syndrom patří k nejčastějším syndromům a vyznačuje se smutnou náladou, zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou. Rozvoj tohoto syndromu bývá pozvolný, kdy se nejprve objevují nespecifické příznaky (poruchy spánku, bolesti hlavy, postupná ztráta zájmu o své okolí). Jedinci postupně zanedbávají péči o vlastní osobu a jejich myšlení je natolik inhibované, že ve svém projevu mohou připomínat dementního pacienta. Častěji se můžeme setkat u depresivního syndromu se současným výskytem úzkosti, než neklidem a agresí. Obyčejně jsou přítomny i somatické potíže

různého druhu (např. píchání u srdce). Depresivní syndrom se může vyskytovat i sekundárně v rámci jiných psychických poruch, vyjma manické epizody (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

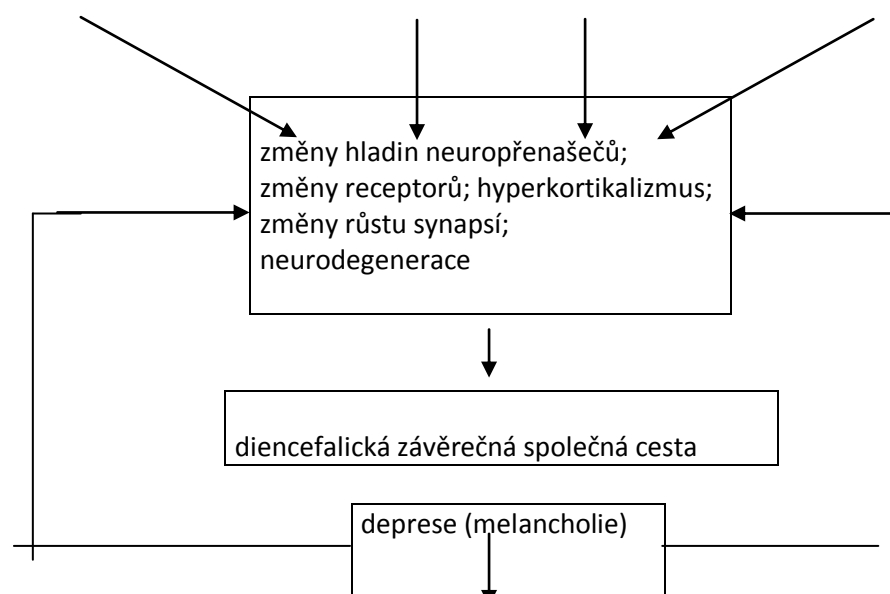
## 1.4 Melancholie

Melancholie je depresivní nálada spojená s nutkavými představami, pocity strachu, viny, přeludy. Nedá se změnit psychologickým působením, trvá po dobu měsíců i déle (Hartl, Hartlová, 2000).

Praško (2003) považuje melancholii za nejzávažnější formu těžké deprese, kterou charakterizuje následovně: „celý den postiženého je zahalen hluboce pronikajícím smutkem, úplnou beznadějí, zoufalstvím. Někdy k tomu přistupuje nevýslovná úzkost nebo strach. Utrpení je tak obrovské, že postižený je často přesvědčen, že jedině smrt ho může vykoupit.“ (Praško, 2003, 29). Při prohloubení do psychotické varianty se mohou objevit bludy, nejčastěji mikromanické, hypochondrické, vztahovačné.

**Tabulka č. 1:** Příčiny a rozvoj depresivního onemocnění (Höschl, 2004, 420)

biologická zátěž	genetická vloha	psychologická zátěž	vývoj osobnosti
reserpin, viry, hypotyreóza, porod, steroidy aj.	nestabilní mechanismy; poruchy neuronální plasticity a chronobiologie enzymů	ztráta milovaného objektu v dospělosti; chronická frustrace	ztráta objektu (rodiče) v raném dětství; naučená bezmocnost



Obecně udávaná celoživotní prevalence deprese je 16%, přičemž je vyšší u žen než u mužů. Řada depresí ustoupí i bez léčby. Uvádí se, že průměrná délka trvání neléčené deprese je přibližně 20 týdnů. Každá prodělaná epizoda deprese však zvyšuje riziko výskytu dalších depresivních epizod. Skutečnost, že člověk ve svém životě prodělá pouze jednu depresivní epizodu, je však vzácná, neboť riziko opětovného výskytu a rozvoje depresivní poruchy po první epizodě je 50%. Již při druhém výskytu depresivní epizody hovoříme o rekurentní depresivní poruše, přičemž riziko rekurence se s počtem prodělaných depresivních epizod zvyšuje. Po čtvrté epizodě je riziko opětovného rozvoje deprese 80-90% (Češková, 2006). Toto tvrzení potvrzuje i skutečnost, že u 60 % lidí, u kterých se rozvinula depresivní epizoda, lze očekávat objevení další epizody, 70% těch lidí, kteří zažili druhou epizodu deprese, budou trpět i třetí, a 90% lidí, kteří zažili třetí epizodu deprese, se bude onemocnění častěji opakovat a recidivovat (Monroe, Harkness, 2011).

Deprese je jedním z nejčastějších, oslabujících a smrtelných psychiatrických onemocnění a očekává se, že se deprese stane druhou nejčastější příčinou zdravotního postižení na světě do roku 2020. Je dlouhodobě uznávaná jako psychický stav spojený s vysokým výskytem sebevražd, v poslední době je však spojována s rozvojem jiných život ohrožujících zdravotních onemocnění (např. ICHS). Jeden z nejvíce ochromujících a zničujících aspektů deprese je právě její opakující se charakter.

## 2 LÉČBA

Léčebné působení v rámci depresivní poruchy je zaměřeno primárně na stabilizaci stavu odstraněním příznaků nemoci a následně pomocí psychoterapeutického vedení na obnovení pracovní uplatnění, znovuzачlenění do plnohodnotného společenského života a v neposlední řadě také na prevenci relapsu nemoci. K léčebným prostředkům se řadí psychofarmaka (antidepresiva), psychoterapie a elektrokonvulzivní terapie. Můžeme se ještě setkat také s podpůrnými léčebnými možnostmi, kterými jsou např. fototerapie (jejíž indikace se osvědčila zejména u sezónních depresí) či fytoterapie.

### 2.1 ANTIDEPRESIVA

Léčba deprese pomocí antidepresiv je určitý proces, který můžeme rozdělit do několika fází. Jedná se o akutní léčbu, kdy hlavním cílem je co nejrychleji zmírnit příznaky deprese. Jde tedy o snahu dosáhnout plné remise, což se povede pouze ve 30-40% případů. Dále je to léčba udržovací s cílem udržet stav bez příznaků nemoci. Tato léčba by měla navazovat na léčbu akutní a trvat 4 až 6 měsíců. Jako poslední je léčba preventivní, jejíž cíl je zabránit návratu deprese a může se stát, že se stane léčbou celoživotní (Češková, 2006).

U depresivních stavů dochází k poruše v přenosu serotoninu, noradrenalinu a dopaminu v mozku. Existují receptorové systémy, které se nejspíše na vzniku depresivního onemocnění také podílejí. Jde o antagonisty receptory pro kortikotropin – uvolňující faktor, antagonisty neurokininového receptoru 1, ovlivnění podtypů serotoninových receptorů (5-HT<sub>2A</sub>, 5-HT<sub>2C</sub>, 5-HT<sub>6</sub>, 5-HT<sub>7</sub>), NMDA receptorů či receptorů pro nejrůznější cytokiny. Nejdůležitějším receptorem v patogenezi afektivním poruch je serotonin (5-hydroxytryptamin, 5-HT), při jehož nedostatku se může objevit deprese. V této souvislosti zde uvádím lék Mirtazapin a Mianserin, což jsou inhibitory receptorů 5-HT<sub>2</sub> a 5-HT<sub>3</sub>, Trazodon je mimo jiné i slabým agonistou serotoninových (5-HT<sub>1</sub>) receptorů. Tricyklická antidepresiva blokují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Jejich nevýhodou je, že mají celou řadu nežádoucích účinků, a proto je nutná dobrá spolupráce s pacientem. Další velkou skupinou antidepresiv jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jejímž nejnovějším zástupcem je Escitalopram. Léky z této skupiny patří v současné době k první volbě při léčbě deprese a jsou lépe snášeny, než léky z jiných skupin. Důležitá je zde skutečnost, že hrozí riziko serotoninového syndromu při kombinaci



s inhibitory monoaminoxidázy (IMAO). IMAO jsou indikována zejména u pacientů rezistentních na běžnou antidepresivní terapii (Slíva, Votava, 2011).

Antidepresiva skupiny SSRI a SNRI jsou často užívanými léky při léčbě deprese, avšak při jejich užívání se můžeme setkat s emočními nežádoucími účinky (emoční oploštělost, anhedonie, podrážděnost). Emoční nežádoucí účinky mohou být obtížně odlišitelné od reziduálních příznaků deprese. Emoční (afektivní) oploštělost je charakterizována redukováným rozsahem a sníženou intenzitou emocí. Projevuje se zúženou polaritou emocí, nedostatečnou modulací, což vede k nezájmu, snížení celkové aktivity a dynamogenie. Antidepresivem s novým mechanismem je přípravek agomelatin. Má melatoninový, noradrenalinový a dopaminový účinek. Agomelatin (25mg) byl testován ve skupině zdravých dobrovolníků (N=48), což vedlo ke zjištění, že daná látka má selektivnější účinky při zpracování sociálních signálů v porovnání s konvenčními antidepresivy a snižuje riziko výskytu emočního oploštění, jelikož snižuje subjektivní hodnocení smutku, redukuje rozeznávání smutného výrazu obličeje, zlepšuje pozitivní emoční paměť a redukuje emoční úlekovou reakci. Agomelatin také významně redukuje i anhedonii. V posledních letech probíhá experimentální testování přípravku Salvinorinu A, což je halucinogenní látka extrahovaná z rostliny *Salvia divinorum*. Má antidepresivní efekt a z experimentálních zvířat odstraňuje anhedonické chování (Tůma, 2013) Efekt Agomelatinu byl potvrzen i v dalších studiích, kde zmíněný lék zvyšoval dopaminergní aktivitu blokadou 5TH-2C a významným způsobem redukoval anhedonii (jeho efekt je v této souvislosti značný i v případné kombinaci s jinými léky). Anhedonie je pojímána jako neschopnost prožívat kladné emoce a city, neschopnost těšit se a radovat se, neschopnost potěšení (Janů, 2013).

Udává se, že účinnost antidepresiv z jednotlivých skupin a generací se pohybuje v rozmezí 50-75% (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

## **2.2 PSYCHOTERAPIE**

Neméně důležité je vedle psychofarmakoterapie také psychoterapeutické působení. V rámci depresivního onemocnění se nejčastěji jedná o kognitivní psychoterapie a kognitivně-behaviorální terapii. Kognitivní psychoterapie se zaměřuje na poznávací procesy, zdůrazňuje vědomou činnost, přítomnost a racionálně logickou orientaci. Její metody jsou používány v rámci Racionálně emoční terapie Alberta Ellise, známou také

pod označením ABC teorie A. Ellise či se můžeme setkat s označení Racionálně emoční behaviorální terapie. Zmíněná teorie je založena na předpokladu, že kognice, emoce a chování jsou vzájemně vnitřně propojené lidské funkce. Model ABC v sobě zahrnuje označení „A“ pro aktivující nepříjemnou událost, která člověka v životě potká, „B“ je vnitřní přesvědčení daného jedince o aktivující události a „C“ je emoční nebo behaviorální důsledek související s příčinnou událostí. Přesvědčení u člověka mohou být racionální (flexibilní, adaptivní, pomáhají nám v životě dosáhnout našich cílů) nebo iracionální (dogmatická, nezdravá, stavějící se do cesty k dosahování našich cílů). Konkrétní ABC jednoho člověka mohou vážně a obousměrně ovlivňovat jeho jiná ABC, a zároveň mohou také ovlivňovat ABC jiných lidí. Hlavním cílem kognitivních technik v tomto přístupu jsou identifikovat, zpochybnit a aktivně nahradit iracionální myšlení. Emoční a behaviorální techniky pak slouží pouze k posilování získaného kognitivního pokroku (Ellis, MacLaren, 2005). Můžeme se také setkat se širším pojetím Racionálně emoční terapie, kde „A“ je událost, „B“ je mínění, přičemž člověka neznepokojují věci samotné, ale jeho mínění o nich), „C“ jsou důsledky (např. dlouhodobá porucha), „D“ je diskuze, která má za cíl odstranit iracionalitu a dogmatická přesvědčení, „E“ je efektivní nová filozofie, a „(F) G“ jsou cíle, kterých chceme dosáhnout (přežít ve světě, žít bez bolesti a osobně spokojeni) (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

Kognitivní terapie A. Becka vychází z předpokladu, že za emoční poruchy je zodpovědné nesprávné myšlení, přičemž se důsledně rozlišuje mezi objektivní skutečností a subjektivním hodnocením. Emoční poruchy jsou přirovnávány k určitému druhu nedorozumění. Obsah myšlení depresivních pacientů je zaměřen na určitou významnou ztrátu něčeho, o čem je pacient přesvědčen, že bez toho nemůže dál žít. Daná věc (osoba) je v jeho životě nezbytná pro jeho štěstí. Vše se dá shrnout do tzv. kognitivní triády: negativní pojetí sebe, negativní interpretace životních zážitků a beznadějný pohled na budoucnost. Podstatnou roli hraje v myšlení depresivního pacienta pesimismus. V rámci kognitivního přístupu se nejprve realizuje rozčlenění depresivního syndromu na jeho jednotlivé části, na něž je pak jednotlivě zaměřeno terapeutické úsilí. Jedná se o úroveň zjevného, pozorovatelného abnormálního chování, základní motivační poruchy a souhrn kognitivních procesů (iracionální přesvědčení). Jestliže terapeut pacientovi pomůže uvědomit si systematicky zkreslené hodnocení svých zážitků, může mu tímto pomoci zmírnit jeho sebekritičnost a pesimismus. Pacient by měl v rámci prováděné terapie začít

pociťovat uspokojení z nárůstu sebevědomí, získat sám o sobě lepší mínění (dokáže být úspěšný a zvládnout věci) a nárůst optimismu a motivace (Beck, 2005).

Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) využívá jak metod behaviorismu, tak metod kognitivní terapie a je založena na teorii, že chování vzniká na základě myšlení. Hlavním cílem tohoto přístupu je dosažení soběstačnosti pacienta (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011). Výzkum v oblasti KBT se zaměřuje na neurobiologické procesy související s emocionálním nastavením, přičemž se ukazuje, že léčba pomocí této terapie mění fungování mozku podobně jako psychofarmaka (Baxter et al., 1992; Furmark et al., 2002; Praško et al., 2005 in Vybíral, Roubal, 2010). Behaviorální složka v rámci KBT v sobě zahrnuje metody vycházející z teorií učení. Jedná se o metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování, přičemž u pacientů s depresí se nejvíce uplatňuje metoda sledování činnosti a plánování činnosti. První zmíněná metoda vychází z předpokladu, že denní režim depresivního člověka se rozpadl, takže tráví den v nečinnosti nebo v chaotickém střídání aktivit. Jedinec si zaznamenává své denní činnosti a následně hodnotí svůj výkon, potěšení z dané činnosti a náladu. Na tuto metodu navazuje metoda plánování činnosti, jejímž cílem je zvýšit míru aktivity jedince a s tím související míru potěšení, které při své činnosti prožívá. Důležité zde je, aby plán byl reálný a odpovídal aktuálním možnostem a stavu jedince (Vybíral, Roubal, 2010). Pacient se v rámci KBT také učí plánovat svůj volný čas, nacvičuje sociální dovednosti, učí se zvládat stresové situace a v neposlední řadě se učí asertivitě (Češková, 2006).

Z výzkumů v této oblasti vyplývá, že KBT má v rámci psychoterapeutického působení při léčbě deprese nejsilnější empirickou podporu. Její účinnost byla zejména zaznamenána při akutní léčbě pacientů s depresí a také významným způsobem snižuje riziko relapsu. I přes všechny pokroky učiněné v této oblasti nelze považovat daný stav za uspokojující, neboť ne všichni pacienti reagují na léčbu a pouze menšina dosáhne úplné remise. Mnoho pacientů tak má opakující se nebo chronické problémy a je u nich stanovena diagnóza chronické deprese. Nové možnosti v léčbě deprese je možné vidět v nově vyvinutém přístupu *Kognitivně behaviorální analýza systém pro psychoterapii*, který představuje inovativní kombinaci kognitivní, behaviorální, interpersonální a psychodynamické komponenty speciálně upravené a přizpůsobené pro pacienty náchylné k chronické depresi. Další možnou novou intervencí je *Behaviorální aktivace*, která využívá kontextuální přístup k pomoci pacientům eliminovat chování vyhýbání se povinnostem a jednat efektivněji v rámci svého prostředí. Aktivace chování se ukazuje

jako snazší než kognitivní restrukturalizace (Hollon, Muñoz, Barlow, Beardslee, Bell, Bernal, ....Sommers, 2002).

V rámci psychoterapeutické léčby u depresivní poruchy se můžeme setkat také s jinými užívanými terapiemi, např. logoterapie, rogersovská psychoterapie, interpersonální psychoterapie, atd.

Obecně lze říci, že všechny zde popsané psychoterapeutické přístupy se při své aplikaci a ve svém působení prolínají. Z hlediska akutní intervence a stabilizace aktuálního stavu jedince je vhodnější začít s psychofarmakoterapie a následně zvolit odpovídající psychoterapeutický přístup. Dle mého názoru je tato „kombinace“ nejúčinnější v pomoci jedincům postižených depresivní poruchou.

## **2.3 ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE**

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) se řadí k biologické terapii. Její indikace vyplývá následně po komplexním zhodnocení stanovené diagnózy, anamnézy, závažnosti symptomatologie, včetně odezvy na předchozí použité terapie. EKT je účinná pro všechny podtypy deprese a primárně se indikuje tehdy, jestliže jsou přítomny bludy, agitovanost a sebevražedné tendence. U méně závažných depresí se nejprve volí léčba v podobě psychofarmak a až následně při neúspěchu farmakologické léčby se přistupuje k indikace EKT. Pokud je EKT použita jako první volba při léčbě deprese, je terapeutický efekt 80-90%. K absolutním kontraindikacím se řadí zvýšený nitrolební tlak, akutní centrální mozková příhoda, nesnášenlivost anestetika a aneuryzma velkých cév. K subjektivním nežádoucím účinkům po aplikaci EKT, které jsou pacienty nepříjemně prožívány, patří bolest hlavy, nevolnost od žaludku, pocit slabosti a někdy svalové bolesti. Anterográdní amnézie je nejhorší bezprostředně po EKT a odezní do 72 hodin. Poruchy retrográdní amnézie trvají delší dobu, návrat k normě se udává od 3 do 7 měsíců (Höschl, 2004). EKT se řadí mezi nejefektivnější terapeutické metody v psychiatrii, zejména pro svůj rychlý nástup účinku. Zmíněná biologická metoda zkracuje délku hospitalizace a v mnoha případech je účinnější než antidepressiva. Obávané poruchy kognitivních funkcí jsou časově omezené a reverzibilní (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

## 2.4 FYTOTERAPIE

Fytoterapie je léčebné působení, které využívá přípravky rostlinného původu. K léčbě deprese se nejčastěji užívá třezalka tečkovaná a šafrán.

Třezalka tečkovaná je charakteristická celkově zklidňujícím účinkem, její extrakt působí podobným efektem jako nízké dávky antidepressiv. Výzkum provedený v této oblasti ukazuje, že u pacientů trpící lehkou až středně těžkou depresí po šestiměsíčním užívání třezalky, a u pacientů s totožnou diagnózou užívající stejně dlouhou dobu přípravek Imipramin, nebyl žádný podstatný rozdíl (Talbot, 2011). Třezalka se uplatňuje také proti „zimním depresím“. Jako antidepressivum se používá i šafrán, kde látka safranal působí jako inhibitor zpětného vychytávání serotoninu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011). O působení šafránu v rámci léčby deprese bylo provedeno srovnání, kdy skupina pacientů se středně těžkou depresí byla léčena šafránem a skupině pacientů se stejnou diagnózou byl podáván lék Fluoxetin. Oba léčebné postupy vykazovaly obdobné výsledky (Talbot, 2011).

## 2.5 FOTOTERAPIE

Fototerapie se využívá zejména při léčbě sezónních depresí, zejména „zimních depresí“, přičemž se někdy také můžeme setkat s označením sezónní afektivní poruchy či subsyndromální afektivní porucha. K hlavním příznakům sezónní afektivní poruchy (SAD) se řadí poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, pokles nálady a energie, snížená motivace, uzavírání se do sebe, úbytek zájmů a tělesná porucha. Pacienti sedí před zdrojem světla tak, aby dopadalo do očí, a zdroj je umístěn asi 60-90 cm od pacienta. Léčba využívá světlo o intenzitě 10 000 luxů po dobu 30 minut. Nejvhodnější je ráno co nejdříve po probuzení a později odpoledne jako prodloužení světelného období dne. Pacienti by měli absolvovat minimálně 10 sezení v průběhu po sobě následujících 10 dnů. Zmiňovanou metodu lze úspěšně kombinovat se spánkovou deprivací, což se doporučuje u hospitalizovaných pacientů rezistentních k psychofarmakům (Dušek, Večeřová-Procházková, 2011). Působení světla má vliv na úpravu produkce melatoninu, serotoninu a dalších neurotransmiterů, kdy je vrací do rovnováhy. Fototerapie zabírá u 80 % pacientů. I zde se však mohou objevit nežádoucí účinky, ke kterým patří bolesti hlavy, podrážděnost a úzkost, nespavost, únava, suchost očí a sebevražedné pokusy a myšlenky (zhoršení sebevražedných tendencí u asi 3% pacientů) (Talbot, 2011).

### 3 NEUROANATOMIE

Emoce, jako druh komplexního chování se nezakládá na jediné oblasti mozku, ale naopak spolupracuje mnoho částí mozku, aby vytvořily dané komplexní chování. Pro normální průběh emočních reakcí je nutná intaktnost CNS - především talamu, limbického systému, včetně amygdaly a frontotalamických drah. Funkční systém emocí je tvořen:

- strukturami mozkového kmene, které rozlišují emoční signály
- limbickým systémem a bazálními ganglii (společně dodávají emočním signálům obsah a kromě toho odpovídají za schopnost na tento obsah odpovědět)
- projekčními částmi mozkové kůry (zpracovávají etický a estetický obsah emocí)

Předběžné výsledky mapování základních emocí funkčními metodami ukazují, že přechodný pocit smutku zvyšuje aktivitu mediální prefrontální a spánkové kůry, gyrus cinguli, talamu, nc. caudatus a putamen i mozkového kmene (Höschl, 2004).

Ve vztahu k depresivním poruchám byly prozkoumány zejména prefrontální kůra, přední cingulární kůra, hipokampus a amygdala (Grawe, 2007).

#### 3.1 LIMBICKÝ SYSTÉM

Jedná se o soustavu šedých hmot CNS. Zahrnuje korové oblasti limbického laloku, podkorové oblasti, k nimž patří amygdala, hypotalamus, talamus, corpora mamillaria a hluboké kmenové struktury. Limbický lalok tvoří límec na vnitřní straně mozkových hemisfér, obepínající corpus callosum a tvoří tak spojnicí mezi oběma mozkovými polokoulemi. Skládá se z přilehlých oblastí čelního, spánkového a temenního laloku (Carterová, 2010). K limbickému systému se řadí dráhy archikortexu (hipokampální formace), periarchikortexu a amygdaly. Limbický systém je ve své podstatě složitým systémem spojů, jenž je uspořádán tak, že dráhy vycházející z hlavní struktury se po přepojení v jiných strukturách vrací zpět do struktury výchozí, čímž dochází k vytvoření důmyslným okruhům drah. Spojení s jinými strukturami je zajištěno prostřednictvím aférentních (dostředivých) a eferentních (odstředivých) drah (Höschl, 2004).

## **3.2 BAZÁLNÍ GANGLIA**

Jedná se o objemné skupiny šedých hmot nacházejících se uvnitř hemisfér. Skládají se z corpus striatum, které je ještě dále členěno na nc. caudatus a putamen, dále je to pak globus pallidus, nucleus amygdale a claustrum. Ve striatu byla nalezena vysoká koncentrace neuroaktivních látek (dopaminu, acetylcholinu), avšak jejich rozložení není rovnoměrné (Čihák, 2003).

## **3.3 TALAMUS**

Je hlavním přepojovacím místem všech podnětů, které přicházejí ze smyslových orgánů. Přijímá, třídí a předzpracovává neustále přicházející smyslové informace a předává je do mozkové kůry, zodpovídá tedy za vnímání emocí. Některá jeho jádra posílají emočně významné podněty do příslušných oblastí limbického systému, např. do amygdaly k dalšímu zpracování (Carterová, 2010).

## **3.4 HIPPOKAMPUS**

Je součástí koncového mozku, jedná se o strukturu limbického systému. Hippokampové okruhy jsou zapojeny do emočních aktivit, procesu učení a paměti. Tato spojení jsou dvojího druhu. Jednak jsou to spojení uvnitř hippokampové formace a spojení hippokampové formace s podkorovými a korovými centry. Hippokampová formace se nachází v hloubi spánkových laloků. Hippokampové okruhy jsou funkční okruhy drah limbického systému (Čihák, 2003). Hipokampus má nezastupitelnou roli v hodnocení obsahu událostí. Některé emociální poruchy tak zahrnují abnormálnosti právě v této oblasti mozku, tedy mohou být způsobeny dysfunkcí hippokampu (Goleman, 2004).

## **3.5 AMYGDALA**

Jedná se o drobnou část mozku, která se zabývá pouze emocemi. Anatomicky je řazena k bazálním gangliím, funkčně však patří k limbickému systému. Hodnotí přicházející informace a vytváří odpovídající emoční reakce. Skládá se z několika jader, která jsou pod vlivem pohlavních hormonů, a proto existují odlišnosti mezi muži a ženami.

Zodpovídá za vyjadřování emocí (Carterová, 2010). Corpus amygdaloideum je uloženo v temporálním laloku a jedná se o komplex jader. Vzhledem ke spojení vede dráždění nebo naopak vyřazení jeho jader ke změnám emoční reaktivity a spolu s tím i ke změnám řady, zejména visceromotorických (Čihák, 2003). Aktivitu amygdaly je možno sledovat pomocí PET. Sledování narůstajícího smutku zvyšovalo aktivitu levé amygdaly a kůry pravého pólu pravého spánkového laloku, naproti tomu sledování výrazu zlosti a hněvu zvyšovalo aktivitu orbitofrontální a přední singulární kůry. Tato zjištění vedla k závěru, že na zpracování negativních emocí se podílejí odlišitelné, ale vzájemně propojené systémy (Koukolík, 2002).

### **3.6 PREFRONTÁLNÍ KŮRA**

V prefrontální kůře se odehrává mnohé z toho, co vytváří naši osobnost. Patří sem zejména cíle a hodnoty, podle nichž řídíme naše chování, přičemž levá část prefrontální kůry je sídlem pozitivních pocitů a vytváří pozitivní emoce, zatímco v pravé části se nachází cíle zahrnující objekty vyhýbání a negativní emoce. U jednoho člověka může být aktivita pravé části prefrontální kůry dominantnější, což je doprovázeno větším množstvím negativních pocitů, k čemuž dopomáhají i negativní zážitky (Grawe, 2007). Lidské mozky jsou individuálně odlišné právě v oblasti prefrontální kůry čelních laloků. Bez existence této části mozku bychom nemohli fungovat jako lidské bytosti, jelikož zastává nezastupitelnou úlohu na celkové integritě osobnosti, sebeřízení a sebeuvědomování. Mezi její další činnosti patří časoprostorová orientace, abstraktní myšlení, schopnost empatie, naučení se a udržení společensky žádoucího a kultivovaného chování, jakož i potlačení agrese a nevhodných vzorců chování. Poškození prefrontální kůry v dětství, může mít za následek rozvoj antisociálního chování u jedince. Poškozením čelního laloku se mohou rozvinout projevy dorzolaterálního syndromu, který svými rysy připomíná stav těžké deprese (dříve užívané označení „pseudodeprese“). Nápadným znakem zmíněného syndromu je snížená schopnost až neschopnost začít jakoukoliv činností (Orel, 2009).

U pacientů s depresí se lze setkat se zjiitelnými změnami v limbickém systému. Jedná se o sníženou aktivitu přední části kůry gyrus cinguli, zmenšením hippocampu a naopak zvětšením amygdaly. Grawe (2007) v této souvislosti udává, že velikost hippocampu je u pacientů s velkou depresí o 8 až 19% menší. Ke zmenšení jeho objemu dochází na základě psychosociálního stresu, kdy je u depresivních pacientů dlouhodobě



zvýšená hladina kortizolu. Naopak amygdala je u depresivních pacientů zvětšena, a to v důsledku její trvalé hyperaktivace (jak v bdělém stavu, tak i ve spánku). Může se tak výrazně podílet na tom, že se depresivní pacienti velmi intenzivně zabývají negativními myšlenkami. Změny byly zaznamenány také v subgenuální oblasti, což je korová oblast limbického systému. Poškození této oblasti vede k anhedonii, otupělému prožívání emocí a snížení rozhodování (Orel, 2009). Také byl zjištěn pokles metabolické aktivity a prokrvení a zároveň zmenšení objemu v levostranné prefrontální kůře uložené ventrálně od corpus callosum (Koukolík, 2002). Udává se, že z hlediska členění prefrontální kůry, má narušení mediálního (vnitřního) systému vliv na depresi. Prefrontální kůra se svými systémy vytváří jeden celkový propojený obvod:

- prefrontální kůra – bazální ganglia – talamus – prefrontální kůra (Orel, 2009).

U depresivních pacientů je prefrontální kůra spíše hypoaktivní, což souvisí s celkově sníženou aktivitou všech činností, na které se daná oblast mozku specializuje. Zmíněná snížená aktivita souvisí se zmenšením šedé hmoty. Byla také zjištěna snížená hustota neuronů i gliových buněk. Ke snížení objemu hmoty dochází atrofií, která je důsledkem nepoužívání této hmoty. Podobně je to i s přední cingulární kůrou, která je u depresivních pacientů chronicky málo aktivní, čímž dochází k tomu, že nejsou schopni aktivně se vypořádat s požadavky svého okolí (Grawe, 2007).

Výsledky neuroanatomických studií dokazují, že části CNS, které jsou zapojené do emoční aktivace, mohou mít přímý vliv na vegetativní nervový systém (např. eferentní dráhy z amygdaly do hypotalamu v souvislosti s obrannou reakcí) (Mozek, 2009). Zároveň Goleman (2004) k tomuto uvádí, že frontální laloky, amygdala a hippokampus jsou rozsáhle propojeny s tělem, zvláště pak s imunitním systémem, endokrinním systémem, který reguluje hormony a také s automatickým nervovým systémem, který se podílí na regulaci tělesných činností.

## 4 SOCIÁLNÍ ZRÁNÍ

Sociální zralost je definována jako „*společenskými normami vyžadována míra socializace projevující se postoji vůči sociálnímu prostředí*“ (Hartl, Hartlová, 2000, 708). Sociální zralost je velice obsáhlý pojem, který úzce souvisí s vývojem osobnosti.

Předpokladem sociální zralosti osobnosti je její biologická zralost. Zrání nervové soustavy je vývojový proces, jehož rychlost je individuálně různá. Vhodnou výchovou a vzděláváním, může být zrání pozitivně ovlivněno. Zrání představuje rozhodující limity toho, co se konkrétní jedinec může v konkrétním věku naučit (např. připravenost pro osvojení abstraktních logických operací se dostavuje až po 10. roce věku). V procesu vývoje člověka existují období, ve kterých je jedinec obzvláště vnímavý k určitým vlivům nebo podmínkám. Jestliže však tyto podmínky nenastanou, může vzniknout ireverzibilní defekt, který se ihned projeví, příp. dojde k jeho objevení v následujícím vývojovém stádiu. Zmíněná období se souhrnně označují jako kritická období ve vývoji. V rámci psychického vývoje se hovoří o senzitivních obdobích, v nichž je psychika k určitým vlivům zvláště vnímavá. V tomto období může dojít ke vzniku defektu v určité složce osobnosti (Říčan, 2010).

Zralost osobnosti bývá vývojovými psychology řazena do vývojového stádia časné dospělosti. Langmeier a Krejčířová (2006, 169) ve své knize uvádí, že: „za jedno z kritérií dospělosti bývá udáváno dosažení osobní zralosti. Člověk je zpravidla pokládán za zralého, když po dokončení dospívání přejímá plnou osobní a občanskou odpovědnost, začíná být ekonomicky nezávislý a navíc přispívá k rozmnožování obecných statků, rozvinul plně své osobní zájmy, ustavil legalizovaný vztah k životnímu partnerovi, přejal očekávané výchovné úkoly vůči svým potomkům a na druhé straně se přizpůsobuje svým stárnoucím rodičům.“ Existuje několik teorií celoživotního vývoje jedince, kterými každý člověk v průběhu svého života postupně prochází a v každé z nich na něj čeká nějaký vývojový úkol, který musí úspěšně zvládnout, aby se mohl z daného stádia posunout ve svém vývoji dopředu. Ke klasickým teoriím vývoje se řadí Teorie psychosexuálního vývoje S. Freuda, Teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona, Teorie kognitivního vývoje J. Piageta, který se mj. zabýval i vývojem morálky a stanovil dva typy morálky, a to heteronomní a autonomní. Dále jsou to Teorie morálního vývoje L. Kohlberga a C. Gilliganové. Neopomenutelná je také Teorie vývojových úkolů R. J. Havighursta, který byl ovlivněn E. H. Eriksonem, J. Piagetem a S. Freudem (in Blatný, 2010). Vývojový úkol je pojímán jako úkol objevující se v rámci určitého vývojového období a jeho splnění vede k pocitu

spokojenosti a úspěšnému zvládnání dalších úkolů. Společnou charakteristikou těchto vývojových úkolů je mj. moment učení, který nastává „když je jedinec dostatečně fyzicky i psychicky zralý na to, aby mohl zvládnout určité požadavky společnosti, které s úkolem souvisejí, např. ekonomická nezávislost na rodičích“ (Blatný, 2010, 174). Významným obdobím pro fyzické a psychické zrání je adolescence, která je vymezena věkem 12 až 18 let. Dané vývojové období je silně ovlivněno společností, v níž jedinec dospívá a osvojuje si její hodnoty. Důležitým faktorem je zde vrstevnická skupina a jedním z cílů, kterých by měl v tomto vývojovém stádiu dosáhnout, je mj. osvojit si určitý etický systém a naučit se společensky zodpovědnému chování (Blatný, 2010).

Sociálním zráním se rozumí proces vývojových změn v chování a postojích, které je schopen vůči daným sociálním stimulům zaujmout mladý člověk v určitém věku své přípravy (Kahuda in Sak, 2000). Proces sociálního zrání je pojímán jako přeměna jedince jako objektu společenské péče do pozice společenského subjektu. Jedná se o proces vývojových změn, který probíhá pod tlakem měnící se sociální pozice a rolí. V rámci tohoto procesu dochází k utváření základních motivačních struktur, hodnotové orientace, životních cílů a osvojování společenských rolí. Vše se děje v rámci společenských norem a stereotypů, čímž ve svém důsledku dochází k potlačování individuality a spontánnosti jedince. Sociální zrání je tak komplexem vývojových změn v chování a vědomí mládeže, které souvisejí s měnícím se postavením ve společnosti, jehož výsledkem je vzrůstající sociální kompetence (Sak, 2000). V této souvislosti Vágnerová (2010) zdůrazňuje skutečnost, že nikdo není jen pasivním příjemcem sociálních podnětů, ale i aktivním činitelem. Rozhodující roli ve vývoji sociálních aspektů osobnosti má raná zkušenost, přesněji způsob, jakým ji konkrétní jedinec zpracovává a jak na ni reaguje. Individuálně specifický charakter zmiňované zkušenosti se pak projeví v diferencovaném rozvoji různých osobnostních vlastností, hodnot, názorů, postojů a celkové úrovni sociálního fungování.

Sociální zrání, stejně jako socializace je nejintenzivnější v raných etapách vývoje člověka, avšak ve své podstatě probíhá neustále celý život, což dokazují i zmiňované teorie celoživotního vývoje jedince. Socializace je definována jako „postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace zprvu v nukleární rodině, dále v malých společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, až po zapojení se do nejširších, celospolečenských vztahů. Součástí socializace je i přijetí základních etických a právních norem dané společnosti“ (Hartl, Hartlová, 2000, 548). V rámci procesu socializace dochází k vytváření spojení mezi generacemi a proces sociálního učení

a přizpůsobování tak ve svém důsledku trvá po celý životní cyklus (Giddens, 1999). Průběžně se v procesu socializace v dospělosti uplatňuje vliv, jehož zdrojem je celý okruh sociálních interakcí jedince, jako je jeho příslušnost k zájmovým skupinám, náboženským organizacím, styky s druhými lidmi, ale také s abstraktními idejemi a z nich někdy plynoucí zkušenosti, které vedou ke změnám v psychice jedinců. Mezi prostředky a způsoby socializace se tak řadí různé společenské instituce a různé způsoby učení. K nejvýznamnějším teoriím v této oblasti se řadí Teorie sociální učení A. Bandury. (Nakonečný, 2009). Jedinec se ve svém životě může ocitnout v situaci, kdy dosavadní přijímané hodnoty a vzorce chování pro něj přestanou platit, což vede k přijetí nových, radikálně odlišných hodnot a norem. Za extrémně stresujících okolností mohou být změny postoje, ale i osobnosti jedince velice dramatické. Tyto situace jsou obecně nazývány jako mezní situace, k nimž může dojít např. při vstupu jedince do instituce omezující osobní svobodu, jako jsou psychiatrické léčebny či vězení. Souhrnně tento proces označujeme pojmem resocializace (Giddens, 1999). Hartl, Hartlová (2000, 507) definuje resocializaci jako „opětnou socializaci u člověka propuštěného z dlouhodobé ústavní péče“. V této souvislosti se můžeme setkat také s pojmem defektní socializace, který je připisován L. Kohlbergovi a je definován jako stav, kdy se „u jedince nerozvinulo v plné míře svědomí a autonomní morálka. Je připisována převážně vlivům prostředí, zejména psychické deprivaci.“ (Hartl, Hartlová, 2000, 548). Proces vývoje a zrání osobnosti ve svém výsledku vyústí plně rozvinutým a strukturovaným sebeobrazem a charakterem. V současné době však můžeme pozorovat specifický vývojový problém dnešní společnosti, kterým je rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí, kdy dochází ke stále se zvětšující propasti a vzájemnému oddalování těchto dvou důležitých aspektů zralosti osobnosti. Zatímco fyzická zralost a připravenost pro zahájení sexuálního života se neustále posunuje směrem k dolní hranici dospívání, tak naopak na druhé straně dochází k oddalování dosažení sociální zralosti, související se složitostí společenských požadavků a nároky na vzdělání a profesionální přípravu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

## II Výzkumná část bakalářské práce

### 5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Kromě ostatních příznaků deprese se u pacientů s tímto onemocněním setkáváme s deficitem sociálních dovedností, kognitivních schopností a celkově s individuálními obtížemi s životem ve společnosti. Tyto potíže můžeme změřit pomocí projektivních metod, které mohou pomoci včasné diagnostice a následně při řešení těchto obtíží.

Hlavním cílem našeho výzkumného projektu bylo zjistit pomocí pilotní studie Testu sociální zralosti, což je pilotně zkoumaná projektivní metoda, vybrané aspekty sociálního zrání osobnosti u pacientů s depresí. Tedy jakým způsobem se promítne pohled pacientů s depresí v daném testovém materiálu a zda se odrazí jejich aktuální zdravotní stav ve vnímání běžných životních situací. Následně budou výsledky získané na skupině klinických pacientů porovnávány se skupinou jedinců bez psychiatrického onemocnění. Můžeme se domnívat, že úroveň ve vybraných oblastech sociálního zrání osobnosti bude vyšší na straně duševně zdravých jedinců.

S ohledem na výše zmíněné jsme si stanovili tyto základní cíle:

- porovnat úroveň sociálního zrání jedinců s depresí se zdravými jedinci bez psychiatrického onemocnění
- zjistit úroveň sociálního zrání u pacientů s depresí
- porovnat výskyt alexithymie u jedinců s depresí se zdravými jedinci
- zjistit popisně statistické údaje Testu sociálního zrání a jeho základních ukazatelů u pacientů s depresí (např. počty odpovědí, délka administrace, ....)

Pro tento výzkum byly stanoveny tyto hypotézy:

- $H_1$ : Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů s depresí a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů s depresí.

- H<sub>2</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou
- H<sub>3</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů ke druhým lidem Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.
- H<sub>4</sub>: Existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.

## 6 METODA

V této kapitole popisují konkrétní výzkumný plán, metody získávání dat, metody zpracování a analýzy dat.

### 6.1 Zvolený typ výzkumu

Pro výzkumný projekt byl zvolen postup kvantitativního výzkumu, který bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem vědy. Zmiňovaný model se skládá z jasných a přesných na sebe navazujících částí. Na začátku kvalitativního přístupu stojí vždy nějaká teorie, jež je pojmána jako určité obecné tvrzení, které má potenciál vysvětlit vztahy v reálném světě. Konkrétní definici vědecké teorie nabízí Kerlinger, který říká: „*Teorie je souborem vzájemně souvisejících konstruktů, definic a tvrzení, který představuje systematický pohled na jevy specifikovaných vztahů mezi proměnnými s cílem vysvětlit a předpovědět tyto jevy.*“ (Kerlinger in Ferjenčík, 2000, 22). Následuje proces dedukce, který spočívá v tom, že z dané teorie, která nám slouží jako východisko, logicky odvodíme tvrzení, které poté porovnáme a ověřujeme se získanými daty. Tato tvrzení jsou hypotézy daného výzkumu, obecně pojmána jako nějaký specifický předpoklad o vztahu mezi zkoumanými proměnnými. Důležitou součástí výzkumného plánu je proces operacionalizace, kdy si definujeme pojem, na který chceme zaměřit svou pozornost a na základě vzniklé operacionální definice, je tento pojem měřen. Následuje tedy provedení příslušného měření či jiného způsobu sběru dat. Na základě sesbíraných dat můžeme provést testování hypotéz, zda se potvrdí či vyvrátí jejich platnost. Jako poslední krok v rámci kvantitativního výzkumu je verifikace, kdy vztáhneme výsledky našeho testování zpět k teorii (Hendl, 2005).

### 6.2 Metody získávání dat

Pro účely výzkumného projektu bylo použito několik technik sběru dat. Jednalo se o administraci dvou dotazníků a administraci projektivní metody s pořízením zvukového záznamu.

Administrace výše uvedených a popsanych metod probíhala s respondenty podle jejich osobních preferencí. Nejčastěji byla provedena skupinová administrace dotazníkových metod (BDI-II, TAS-20), které nejsou časově náročné a následně probíhaly individuální rozhovory s respondenty v místě dle jejich preferencí či možností zařízení.

Rozhovory byly prováděny v místním Klubu pacientů, kde je k dispozici studovna či místnost, kde probíhají psychoterapeutické skupiny v rámci léčby. Dále rozhovory probíhaly v kancelářích psychologů daného zařízení a také na pokojích konkrétních respondentů. Individuálnímu rozhovoru předcházela administrace dotazníkových metod, což následně před započítím samotného rozhovoru dávalo možnost si dotazníky zkontrolovat a společně s pacientem odstranit případné nesrovnalosti a vyhnout se tak pozdějším nedorozuměním či zkreslení výsledků. Poté navazoval volný rozhovor, jehož cílem bylo navázání kontaktu s pacientem a získání demografických údajů. Během tohoto úvodního rozhovoru byly respondentům sděleny relevantní informace o podstatě a účely daného výzkumného projektu a s tím související nezbytné anonymitě získaných dat a jejich dalšího zpracování. Následně, pokud projevil pacient zájem o účast, byl podepsán informovaný souhlas ve dvou vyhotoveních. Poté se přešlo ke konkrétní administraci Testu sociálního zrání (dále jen „TSZ“).

### **6.2.1 BDI-II**

Jedním z použitých dotazníků byla *Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI)*, která se řadí mezi testy osobnosti, konkrétně mezi sebeposuzovací stupnice. Zmiňovaný dotazník obsahuje 21 škál, přičemž každá škála nabízí výběr ze čtyř tvrzení a respondent má za úkol označit u každé škály jeden výrok, který nejlépe vystihuje jeho aktuální stav během posledních 14 dnů, včetně dne, kdy vyplňuje příslušný dotazník. Ve výzkumném projektu byla použita verze BDI-II z roku 1996.

Škály BDI-II:

1. Smutek
2. Pesimismus
3. Minulá selhání
4. Ztráta radosti
5. Pocit viny
6. Pocit potrestání
7. Znechucení sám ze sebe
8. Sebekritika
9. Sebevražedné myšlenky nebo přání
10. Plačtivost
11. Agitovanost



12. Ztráta zájmů
13. Nerozhodnost
14. Pocit bezcennosti
15. Ztráta energie
16. Změna spánku
17. Podrážděnost
18. Změny v chuti k jídlu
19. Koncentrace
20. Únava
21. Ztráta zájmu o sex

Administrace zmiňovaného dotazníku i jeho následné vyhodnocení není časově náročné, trvá zhruba 5-10 minut. V rámci skórování je každá položka hodnocena na 4-bodové škále 0-4, kdy se sčítají body všech 21 položek. V instrukci je jasně dané, že respondent musí zvolit pouze jednu možnost u každé položky. Jestliže ale označí více odpovědí v jedné položce, do hodnocení se započítává odpověď s nejvyšším bodovým ohodnocením. V souvislosti s vyhodnocováním je důležité věnovat pozornost zejména položce č. 2 a položce č. 9, protože respondenti, kteří v těchto dvou položkách skórují 2-3 body, mohou být v riziku sebevražedného jednání. Výsledek BDI-II je dán celkovým skóre, které určuje přítomnost deprese v konkrétním rozsahu v rámci stanoveného bodového rozmezí:

- 0 – 13 = minimální deprese
- 14 – 19 = mírná deprese
- 20 – 28 = střední deprese
- 29 – 63 = těžká deprese

### **6.2.2 TAS-20**

Druhou testovou metodou byla *Toronto Alexithymia Scale (TAS)*, která patří mezi rovněž mezi testy osobnosti, kdy konkrétně se jedná o jednodimenzionální sebesposuzovací dotazník měřící alexithymii tj. zjišťování její míry a přítomnosti. Škála pokrývá základní typické charakteristiky alexithymie a byla vytvořena v roce 1992 Taylorem, Ryanem a Bagbym (in Procházka, 2011).

TAS dělí alexithymii na tři faktory:

1. faktor: představuje poruchu identifikace vlastních emocí, jedinec zažívá nediferencované emoční vzrušení
2. faktor: představuje neschopnost deskripce emocí
3. faktor: vychází z externě orientovaného myšlení a představuje omezení fantazijního života.

V roce 1992 byl vytvořen TAS-20 kombinací logických a empirických metody založených na konstrukci škál. Dotazník obsahuje 20 položek, na které respondent odpovídá pomocí 5-ti bodové Likertovy škály. Zmiňovaný dotazník není náročný na administraci, jeho vyplnění trvá asi 5 minut. Výsledek TAS-20 je dán celkovým skóre, které určuje přítomnost, příp. nepřítomnost alexithymie v rámci stanoveného bodového rozmezí:

- méně než 51 bodů = nepřítomnost alexithymie
- 52 – 60 bodů = možná přítomnost alexithymie
- rovno či více 61 – 100 bodů = přítomnost alexithymie (in Procházka, 2011).

### 6.2.3 TSZ

Jako třetí testovou metodou použitou v rámci výzkumného projektu byla metoda *Test sociálního zrání osobnosti - experimentální verze (TSZ)*, což je projektivní test, ve kterém je probandům předložen mnohoznačný testový materiál. Testový set obsahuje 15 karet s obrazovým materiálem, který je vybrán a zpracován tak, aby odpovídal významným osobním a sociálním situacím lidského života. Testový materiál je určen pro dospělou populaci, přičemž ve dvou případech je upraven zvlášť pro muže a pro ženy. Jednotlivé obrázkové karty jsou předkládány v předem stanoveném pořadí a každému respondentovi je administrováno 12 tabulí. Součástí testového materiálu je i jedna zácvičná tabule, která je užitá v případě, jestliže experimentátor z úvodního rozhovoru a po přečtení instrukce konkrétnímu respondentovi zjistí, že existuje riziko neporozumění testovému principu.

Testový materiál je tvořen 15 kartami s obrazovým materiálem, které jsou respondentovi předkládány v následujícím pořadí:

Dopravní prostředek (zácvičná karta)

1. Kolegyně
2. Fronta

3. Porada
4. Loučení
5. Nadřízený
6. Večírek
7. Eskalátor
8. Prostírání (jen ženy)
8. Plot (jen muži)
9. Těhotenství
10. Mateřství (jen ženy)
10. Otcovství (jen muži)
11. Člověk v tísní
12. Ložnice

Očekávaná témata k jednotlivým obrazovým tabulím:

- **Karta č. 1 *Kolegyně*** – prostředí kanceláře, ve které sedí dvě kolegyně, každá u svého stolu a jedna z žen má na stole více materiálů. Situace by měla evokovat pro sociální chování, kdy jedna z žen potřebuje, aby ji byla nabídnuta pomoc.
- **Karta č. 2 *Fronta*** – fronta lidí u přepážky, kdy jeden člověk stojí u přepážky a něco vyřizuje a zbývající lidé stojí za ním. Opět se jedná o sociální situaci, do které se člověk může dostat (čekání, vztah k druhým lidem, navazování kontaktu)
- **Karta č. 3 *Porada*** – situace z porady, kdy je v místnosti jeden konferenční stůl, u kterého sedí devět osob a jeden člověk stojí a podává ruku člověku, který právě přišel. Jedná se o pocity z nové situace, z prvního kontaktu.
- **Karta č. 4 *Loučení*** – scéna z nádraží, kdy přijel vlak a před ním stojí pár lidí, který se objímá. V pozadí jsou další osoby. Scéna i atmosféra obrázku by měla evokovat loučení a odjezd osoby.
- **Karta č. 5 *Nadřízený*** – na kartě jsou vyobrazené dvě postavy, nadřízený stojící za stolem a podřízený choulící se v křesle či na židli. Obě postavy od sebe odděluje velký kancelářský stůl. Daný obrázek může evokovat situaci při pracovním pohovoru nebo ve škole (učitel/žák).
- **Karta č. 6 *Večírek*** – skupina více lidí při nějaké zábavě, kdy u jednoho stolu, na kterém je recepce, je tam několik lidí a baví se, přičemž opodál stojí osamocený

člověk se sklenkou vína a rozhlíží se. Daný obrázek by měl zachycovat sociální situaci, při které bychom měli přijít do kontaktu s více lidmi.

- **Karta č. 7 *Eskalátor*** – zde je situace, kdy nějaký člověk sjíždí po eskalátoru směrem dolů, kde je spousta lidí, kteří na něco čekají (metro, vlak, ....). Opět se zde jedná o situaci, kdy se může člověk dostat do kontaktu s jinými lidmi (pocity z tolika lidí).
- **Karta č. 8F *Prostírání*** – jedná se o situaci, kde jsou společně dvě ženy, přičemž jedna je o generaci starší než druhá a spolu prostírají stůl v jídelně. Vyobrazená situace může evokovat vztah a spolupráci matky s dcerou, vztah k rodiči.
- **Karta č. 8M *Plot*** – situace, kde jsou vyobrazené dvě mužské postavy, kdy jeden z mužů je viditelně starší než druhý, společně natírají plot a současně spolu komunikují. Daná situace by mohla evokovat spolupráci mezi otcem a synem, vztah k rodiči.
- **Karta č. 9 *Těhotenství*** – scéna zachycuje muže s těhotnou ženou, kteří jdou spolu v parku, a naproti nim jde osamocená žena, která není těhotná. Situace by mohla evokovat pocity ženy, která sama není těhotná a její postoje k mateřství.
- **Karta č. 10F *Mateřství*** – situace vyobrazuje ženu sedící na lavičce na sídlišti, která v náručí svírá dítě (může evokovat situaci, že se jedná o kojící matku) a přistoupila k ní mladá dívka.
- **Karta č. 10M *Otcovství*** – scéna zachycuje muže, který jde parkem s kočárkem a naproti němu jde osamocený muž. Vyobrazená scéna by měla zachycovat podobnou emoční a sociální situaci jako na kartě *těhotenství* (postoje k otcovství).
- **Karta č. 11 *Člověk v tísní*** – v popředí na kartě je muž, kterému se něco stalo, upadl na zem, věci se mu rozsypaly okolo. V pozadí je hlouček lidí (muži, ženy), někteří se dívají směrem k muži na zemi, ale spíše jsou otočení zády, baví se spolu. Dál od hloučku stojí člověk, který se dívá na muže na zemi. Příslušná scéna evokuje situaci rozhodování, zda pomoci; vztah k člověku v tísní – pro-sociální chování.
- **Karta č. 12 *Ložnice*** – vyobrazená scéna pojednává o situaci, kdy muž vstává z postele, na posteli leží ještě někdo (partnerka). Vedle postele je noční stolek, na kterém stojí budík ukazující čas 6:30 (ranní vstávání). Je možné vidět i okno v pozadí, skrze jeho žaluzie vchází do místnosti ranní slunce. Vstávající sedí na posteli, nohy má spuštěny dole, jakoby se chystal právě vstát a za ním je postel

s odhrnutou peřinou. Daná scéna by mohla evokovat situaci ranního vstávání do práce, kdy muž odchází od partnerky či manželky, tedy se jedná o situaci všedního dne. Další asociace, které může příslušná scéna vyvolávat, jsou sexuální asociace nebo partnerský vztah.

Administrace zmiňované metody trvá zhruba 20 minut a její součástí je také pořízení audiozáznamu, což zajistí nejvyšší přesnost záznamu a možnost zpětné kontroly.

Administrace TSZ se zahajuje u všech probandů sdělením stejné instrukce:

*„Tohle je test, ve kterém můžete zapojit svoji fantazii. Ukáži Vám postupně několik obrázků, Vy se na každý podíváte a řeknete mi, co na něm je, co se na něm odehrává, co vyobrazené postavy dělají, na co myslí a co cítí.“*

Po první fázi administrace, kdy se proband vyjádří ke všem 12 předkládaným kartám s obrazovým materiálem, se následně přejde k další fázi, což je výběr tabulí. V této fázi se před probanda rozmístí všechny tabule a sdělí se mu následující instrukce:

*„Nyní vyberte tři situace, které jsou Vám nejsympatičtější a proč.“* A následně je probandovi sdělena další instrukce: *„Vyberte tři situace, které jsou Vám nejméně sympatické a proč.“*

Proband vybere tři podnětové karty v závislosti na každé instrukci a zdůvodní své rozhodnutí stručným komentářem. Examinátor si zaznamenává také pořadí vybraných karet. Po provedení této fáze testování končí.

### **6.3 Zpracování dat**

K zpracování dat výzkumu získaných pomocí výše uvedených výzkumných metod byla použita kvantitativní obsahová analýza, v jejímž rámci dochází k určování výskytu jednotlivých kategorií informací a příslušných vztahů mezi nimi. Obsahová analýza konvertuje kvalitativní data do kvantitativní podoby, aby bylo možné s nimi lépe manipulovat. Nevýhodou zmiňované metody je skutečnost, že se jedná o metodu reduktivní a tudíž má tendenci zastírat komplexnost jevů (Hendl, 2005). Obsahová analýza je ve svém klasickém vymezení považována za výzkumnou techniku sloužící objektivnímu a systematickému kvantitativnímu popisu manifestního obsahu komunikace (Berelson in Ferjenčík, 2010, 184). Obsahová analýza je kvantitativní, objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu. Může se zabývat právě tak obsahem sdělení, jako jeho formou, autorem

i adresátem takového sdělení. Nejčastěji se užívá pro studium trendů na různých úrovních sociálního vývoje. Jelikož se jedná o kvantitativní metodu, musí být její součástí také definice kvantitativních jednotek, ve kterých bude měřen rozsah sdělení, který patří do určité kategorie. Tyto kvantitativní jednotky bývají definovány na dvou úrovních:

- záznamové jednotky, ve kterých se opravdu měří rozsah
- kontextuální jednotky, které jsou zapotřebí tehdy, kdy záznamové jednotky jsou poměrně malé, a izolovaný obsah záznamové jednotky by mohl být zařazen do nesprávné kategorie (Disman, 2006).

Získané nahrávky s rozhovory byly přepsány a následně podrobeny obsahové analýze dle příslušných skórovacích kritérií. Jelikož v současné době neexistují jasná a přesná kritéria vyhodnocení, byla jako hlavní podkladový materiál použita metoda ABI Abigail Stewartové, přičemž daný testový materiál prošel podrobnou analýzou, ze které vzešla příslušná skórovací kritéria, která musela být do značné míry přetransformována a upraveny pro účely odpovídající našim výzkumným cílům. V rámci ABI se rozlišují čtyři základní stádia zrání v rámci čtyř základních kategorií hodnocení.

Obecné charakteristiky jednotlivých stádií:

#### 1. Receptivní stádium

- orientace na příjem, na získání pocitu síly a moci z vnějška
- starosti o vlastní zdravotní stav, trápení s osobními potížemi a touha po ulevení. S přáteli a blízkými lidmi o tom poměrně často a hodně hovoří.

#### 2. Autonomní stádium

- autonomie – sami si chtějí stanovit normy a zákony, jimiž se budou řídit (tj. pravidla vlastního jednání)
- touha poznat co asi bude – aby si mohli naplánovat své jednání a lépe ovládat dění. Více a ochotněji naslouchají předpovídání budoucnosti, štěstěně, apod.

#### 3. Asertivní stádium

- snaha prosadit se oproti druhému
- soustředění se na sebe sama
- touha po sociální prestiži

#### 4. Integrované stádium

- postup zrání směrem k vzájemnosti (mutualita, pospolitost, spolupodílení se)
- postup směrem k respektování vzájemné rovnosti (in Stewart, 1992).

Základní kategorie hodnocení v souvislosti s výše uvedenými stádii sociální zralosti osobnosti. Příslušné kategorie skórování jsou již upravená pro účely výzkumného projektu:

1. *Vztah k autoritě (A)* – autoritou může být osoba, která požívá z hlediska společenské prestiže určité sociální autority, případně osoba jako autorita formální, vyplývající z jejího postavení či povolání. Dále autorita vyplývá z rodinné konstelace a také tam, kde je autorita definována vztahovým základem (př. lékař).
  - a. *Receptivní stádium (A1)* – prostá přítomnost autority, její pasivní přijímání, kladný, benevolentní vztah k autoritě
  - b. *Autonomní stádium (A2)* – kritický postoj autority, osoba pojmající autoritu někomu něco vytýká či jej trestá
  - c. *Asertivní stádium (A3)* – opozice proti autoritě, vystupování z pozice moci a bez integrace kladného pólu, proband se s autoritou identifikuje
  - d. *Integrované stádium (A4)* – uznání omezené možnosti autority a její ambivalence (v autoritě jsou obsaženy obě polarity - dobrá i špatná), kladný vztah autority směrem k druhému
2. *Vztah k druhým lidem (V)*
  - a. *Receptivní stádium (V1)* – každá z postav vystupuje sama za sebe, osoby nespolupracují, nejsou ve vztahu
  - b. *Autonomní stádium (V2)* – osoby jsou ve formálním vztahu, dochází k běžné kooperaci, neuspokojené přání, formální činnosti
  - c. *Asertivní stádium (V3)* – útěk od druhých lidí, nezájem o druhé lidi, soupeření s druhými lidmi, sebevražda jako únik z problematické situace
  - d. *Integrované stádium (V4)* – vzájemná spolupráce a společné úsilí zaměřené k jednotnému cíli, osoba přistupuje k druhému jako k sobě rovnému, činnosti vyžadující emoční angažovanost
3. *Pocity a emoce (E)*
  - a. *Receptivní stádium (E1)* – emoce jedné osoby, egocentrické, pocity zoufalství, obavy ze ztráty, osoba znuděná, smutná

- b. *Autonomní stádium* (E2) – emoce dvou osob (nezávisle na sobě), sdílené emoce pro osoby, které jsou spolu ve vztahu
  - c. *Asertivní stádium* (E3) – negativní emoce jedné nebo více osob zaměřeny vně, zesměšňování jedné osoby druhou
  - d. *Integrované stádium* (E4) – společné sdílené pozitivní emoce, citová ambivalence
4. *Zaměření činnosti* (C)
- a. *Receptivní stádium* (C1) – pasivita, nečinnost, prostá deskripce
  - b. *Autonomní stádium* (C2) – konstruktivní aktivní činnosti s nějakým záměrem, který ještě není realizován
  - c. *Asertivní stádium* (C3) – aktivita s prvky sebeprosazení, snaha něčeho dosáhnout, činnost vyžadující značné úsilí, selhání plánované akce
  - d. *Integrované stádium* (C4) – zabránění do tvořivé práce; činnost, která je detailně popisována; plánovaná akce, která neseleže



## 7 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 17 osob hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Konkrétně se jednalo o čtyři oddělení nemocnice.

Oddělení 1 je otevřeným psychiatrickým ženským oddělením. Převážně pro doléčování odeznělých akutních psychických onemocnění a pro léčbu klidných spolupracujících nemocných všech diagnostických kategorií. Terapie je hlavně farmakologická, velký důraz se klade na psychoterapii (skupinová i individuální) a ergoterapii. Na oddělení je komunitní režim.

Oddělení 5B je polozavřené psychiatrické oddělení určené především pro léčbu depresí a klidnějších lépe spolupracujících nemocných s akutním psychotickým onemocněním, a stavů s poruchami přizpůsobení se sebevražedným jednáním. Zde hospitalizovaní pacienti mají možnost vycházek. Na tomto oddělení je kladen důraz na farmakoterapii, ale více se využívá skupinové i individuální psychoterapie, včetně arteterapeutických skupin.

Oddělení 10B je otevřené psychiatrické oddělení pro muže a ženy zaměřené na farmakologickou i psychoterapeutickou léčbu depresivních poruch, úzkostných poruch, reaktivních psychických poruch a poruch příjmu potravy. Na oddělení funguje terapeutická komunita. K léčbě se využívá i skupinová a individuální psychoterapie, nácvik relaxace, farmakoterapie, sportovní aktivity, arteterapie. Kromě toho je pacientům poskytnuta možnost fyzioterapie, rehabilitace a pracovní terapie probíhající v jednotlivých dílnách.

Oddělení 11A je psychiatrickým oddělením otevřeným zajišťující péči o pacienty s dg. schizofrenie, afektivní poruchy, mentální retardace a organické psychosyndromy, situační selhávání pacientů s úzkostnou poruchou nebo poruchou osobnosti. K léčebnému působení na tomto oddělení se řadí dynamická psychoterapie (integrativní přístup), gestalt terapie, krátkodobá psychoanalyticky orientovaná terapie, terapie dle V. Satirové, EMDR (desenzibilace a přepracování pomocí očních pohybů).

Oddělení jsou zajištěna zdravotním personálem (primářem, lékařem, staniční sestrou, atd.) a každé oddělení má svého psychologa pro potřeby pacientů. Součástí celého týmu je i sociální pracovnice zabývající se agendou ze sociální oblasti (invalidní důchody, úřady práce, soud, apod.).

Jako metoda výběru výzkumného souboru byl v tomto případě zvolen záměrný (účelový) výběr přes instituci. Jedná se o metodu, kdy se využívá určitého typu služeb

nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá. Zmíněná metoda je z hlediska času a nákladů pro výzkumníka velmi efektivní (Miovský, 2006).

## 7.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze 17 osob, z toho 12 žen a 5 mužů. Nejmladší osobě ve výzkumném souboru bylo 37 let, nejstarší pak 63 let. Průměrný věk respondentů byl 51 let. Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných osob je rozmanité, přičemž 4 respondenti (3 ženy, 1 muž) mají pouze základní vzdělání, 7 dotazovaných osob (5 žen, 2 muži) dosáhlo střední školy bez maturity, tedy získali výuční list, další 4 osoby (3 ženy, 1 muž) mají ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a 2 respondenti (1 žena, 1 muž) vystudovali vysokou školu.

Rodinný stav osob byl zkoumán ve čtyřech úrovních, a to v kategorii svobodná/ý, vdaná/ženatý, rozvedená/ý, vdova/vdovec. Celkem 9 dotazovaných osob (7 žen, 2 muži) žijí v manželství, 5 probandů (2 ženy, 3 muži) je rozvedených, přičemž obě ženy uvedly, že mají dlouhodobý partnerský vztah a všichni rozvedení muži v současné době dlouhodobý partnerský vztah nemají. Dále 2 dotazované osoby (2 ženy) ovdověly a v současné době nemají dlouhodobý partnerský vztah, a 1 osoba udala rodinný stav v kategorii svobodná, avšak současně sdělila, že má dlouhodobý partnerský vztah.

Všichni účastníci výzkumného projektu byli v rámci hospitalizace v Kroměřížské psychiatrické nemocnici léčeni pro depresi. Konkrétně 5 osob (4 ženy, 1 muž) bylo hospitalizovaných z důvodu středně těžké depresivní epizody (F 32.1) a zbývající z důvodu rekurentních depresivních epizod, přičemž jeden proband z důvodu periodické depresivní poruchy, současná fáze je lehká (F 33.0) a 11 osob (8 žen, 3 muži) z důvodů periodické depresivní poruchy, současná fáze je středně těžká.

Pacientům s depresí byla indikována farmakoterapie, nejčastěji se jednalo o antidepresiva III. generace, konkrétně SSRI (selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu – např. Miraklide, Zoloft, Cipralex, Asentra, aj.). Volena byla rovněž antidepresiva II. generace, zejména SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu – např. Argofan, Venlafaxin, aj.). V rámci farmakoterapie byly pacientům indikovány vedle primárních antidepresiv také jiná psychofarmaka doplňující

léčbu s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta, včetně přidružených somatických onemocnění. Z ostatních psychofarmak užívaných v souvislosti s léčbou depresivních epizod byly indikovány antiepileptika (např. Lamictal užívaný také v rámci terapie bipolární poruchy), antipsychotika (např. Risperdal, Tiapridal, Quetiapin, aj.), anxiolytika (např. Oxazepam, Atarax, aj.), při poruchách spánku hypnotika (např. Stilnox, Dormicum, aj.).

U pacientů se vyskytovala rovněž přidružená somatická onemocnění jako Diabetes mellitus (indikace Inzulin s.c. dle glykémie), hypertenze, astma, Parkinsonova choroba, hepatopatie, neuropatie, dyslipidemie, funkční dyspeptický syndrom, cholecystektomie, aj.

U některých pacientů byly diagnostikovány i jiná psychiatrická onemocnění, i když depresivní porucha byla vedena jako primární či hlavní diagnóza u daného pacienta. V přidružených psychických poruchách se často vyskytovaly závislosti (na alkoholu, sedativech), poruchy osobnosti, specifické poruchy osobnosti (emočně nestabilní porucha osobnosti), posttraumatická stresová porucha chronifikovaná, vyhubavá porucha osobnosti těžkého stupně, kolapsové stavy psychogenní etiologie, úzkostná osobnost, astenická osobnost, aj.

Přítomný stav somatický (SPP) vykazoval u všech pacientů v době přijetí podobné příznaky, přičemž se vyskytovalo zejména depresivní ladění, lucidní osobnost, pomalejší psychomotorické tempo, anhedonie, hypobulie, autoakuzace, myšlení bez bludné produkce, stavy úzkosti střídané s apatií, poruchy spánku, nechutenství a u žen lakrimosita.

U třech pacientů (3 muži) zjištěny suicidální myšlenky bez tendence k jejich realizaci a u dalších třech pacientů (2 ženy, 1 muž) zaznamenány suicidální pokusy.

## 8 VÝSLEDKY A INTERPRETACE

V následující části práce se zabýváme rozborem získaných dat a ověřením platnosti stanovených výzkumných hypotéz. Data získaná pomocí výše popsaných výzkumných metod byla podrobena vyhodnocení pomocí neparametrických metod. Byl použit Mann-Whitneyův U-test, což je jeden z nejsilnějších neparametrických testů.

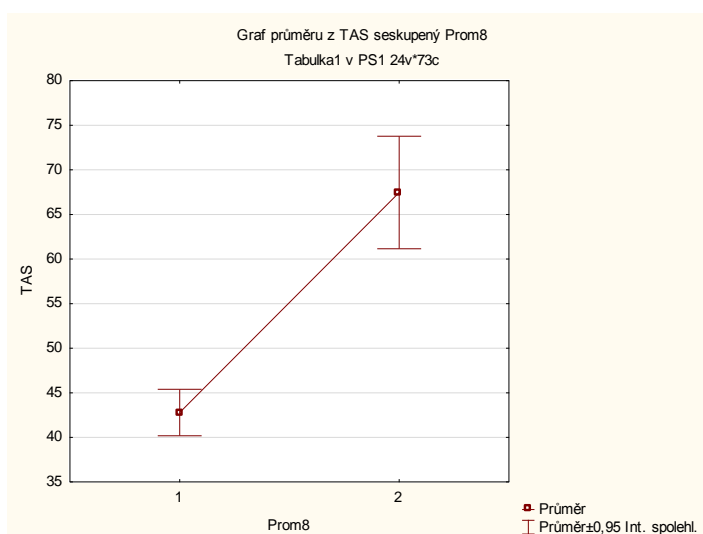
### 8.1 Výsledky výzkumu

$H_1$ : Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu alexithymie mezi skupinou pacientů s depresí a kontrolní skupinou, a to ve smyslu zvýšeného skóru u skupiny pacientů s depresí.

**Tabulka č. 2:** Rozdíl v míře alexithymie mezi skupinou pacientů s depresí (n=15) a kontrolní skupinou (n=56)

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka 1 v PS1) Die proměn. Prom8 Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
TAS	1645,50	910,500	49,5000	-5,2117	0,00000	-5,2161	0,00000	56	15	0,00000

**Graf č. 1:** Rozdíl v míře alexithymie mezi skupinou pacientů s depresí (n=15) a kontrolní skupinou (n=56)



Pokud se podíváme blíže na jednotlivé faktory TAS-20, projeví se v jejich skórech také zajímavé výsledky, které ještě více potvrzují výše uvedenou hypotézu  $H_1$ .

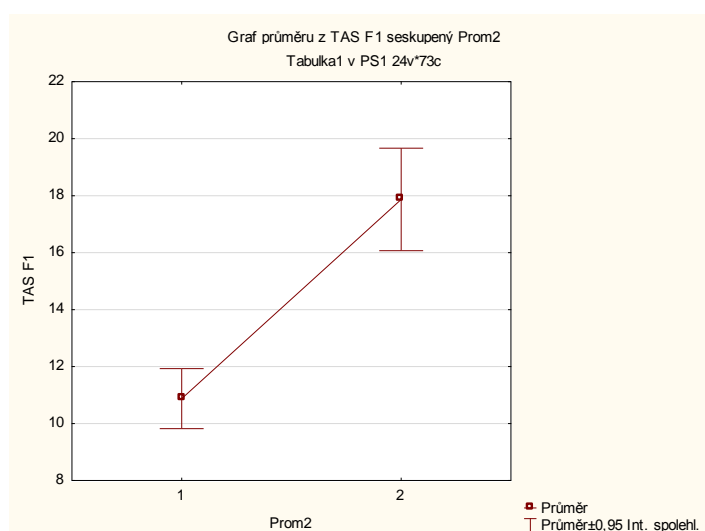
První faktor (TAS- $f_1$ ) představuje poruchu identifikace vlastních emocí, kdy jedinec zažívá nediferencované emoční vzrušení. Daný faktor se zjišťuje v rámci odpovědí na otázky č. 2, 4, 7, 12, 17, součtem čísel vyznačených v příslušné škále. Ve výzkumu byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve skórech v TAS- $f_1$  mezi kontrolní skupinou a skupinou pacientů s depresí, přičemž zvýšeného skóru dosahovala skupina pacientů s depresí.

**Tabulka č. 3:** Rozdíl v míře alexithymie dosažený v dotazníku TAS-20 u faktoru  $f_1$  mezi kontrolní skupinou (n=56) a skupinou pacientů s depresí (n=15):

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. Prom2 Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$									
	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
TAS F1	1669,500	886,500	73,5000	-4,8737	0,00000	-4,8877	0,00000	56	15	0,00000

p-hodnota  $< 0,001$ , tj. mezi kontrolní skupinou (skup. 1) a skupinou pacientů s depresí (skup. 2) je velmi vysoce signifikantní rozdíl.

**Graf č. 2:** Rozdíl v míře alexithymie dosažený v dotazníku TAS-20 u faktoru  $f_1$  mezi kontrolní skupinou (n=56) a skupinou pacientů s depresí (n=15):



Na základě výše uvedeného můžeme tvrdit, že u pacientů s depresí se vyskytuje porucha identifikace vlastních emocí v souvislosti s emočním prožíváním a osoby nacházející se v depresivní fázi tak mohou prožívat nediferencované emoční vzrušení.

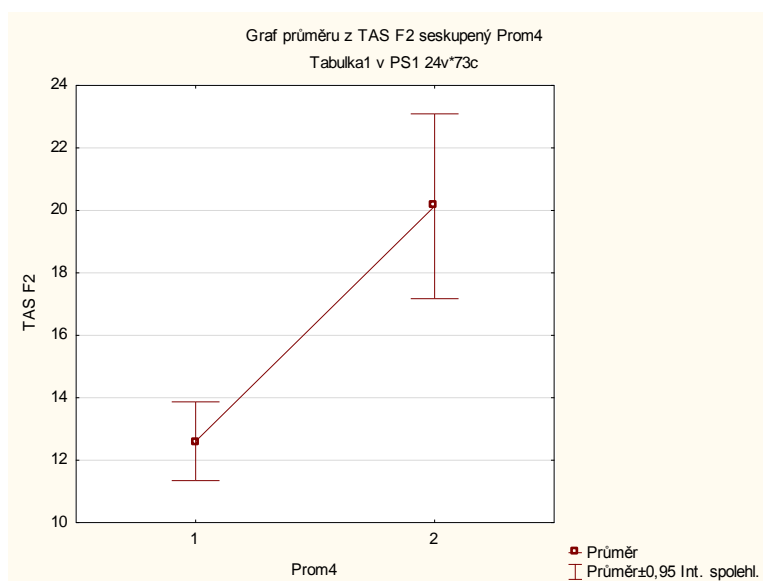
Druhým zkoumaným faktorem (TAS-f<sub>2</sub>) je faktor představující neschopnost deskripce emocí zahrnují odpovědi na otázky č. 1, 3, 6, 9, 11, 13, 14. Opět i zde byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve výsledcích v rámci daného faktoru mezi kontrolní skupinou a skupinou pacientů s depresí. Pacienti s depresí dosahovali u tohoto faktoru vyšších skóre. Můžeme tedy tvrdit, že pacienti s depresí nejsou schopni deskripce emocí v takové míře jako zdraví jedinci.

**Tabulka č. 4:** Rozdíl v míře alexithymie dosažený v dotazníku TAS-20 u faktoru f<sub>2</sub> mezi kontrolní skupinou (n=56) a skupinou pacientů s depresí (n=15):

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka 1 v PS1) Dle proměn. Prom4 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000										
Proměnná	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
TAS F2	1719,00	837,00	123,00	-4,1764	0,00003	-4,1860	0,00002	56	15	0,00000

p-hodnota < 0,001, tj. mezi kontrolní skupinou (skup. 1) a skupinou pacientů s depresí (skup. 2) je velmi vysoce signifikantní rozdíl.

**Graf č. 3:** Rozdíl v míře alexithymie dosažený v dotazníku TAS-20 u faktoru f<sub>2</sub> mezi kontrolní skupinou (n=56) a skupinou pacientů s depresí (n=15):



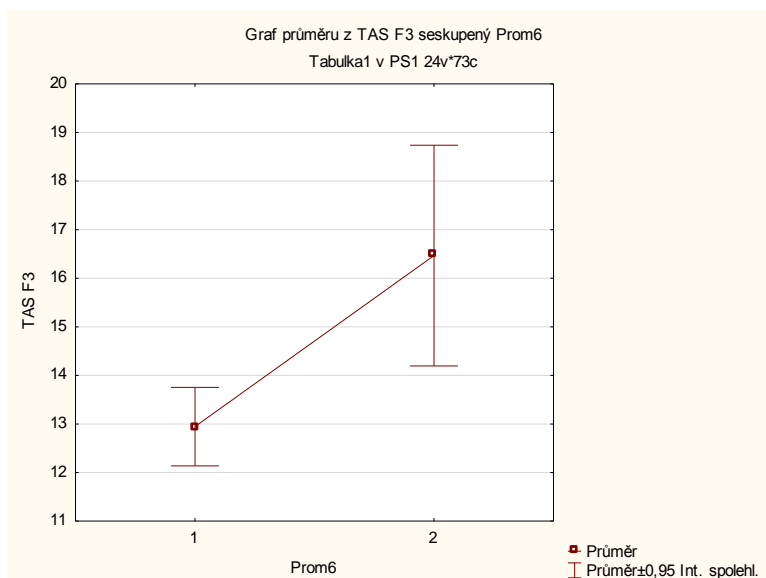
Posledním faktorem zkoumaným v rámci daného dotazníku je faktor TAS-f<sub>3</sub>, který vychází z externě orientovaného myšlení a představuje omezení fantazijního života. Zmiňovaný faktor zahrnuje otázky č. 5, 8, 10, 15, 16.

**Tabulka č. 5:** Rozdíl v míře alexithymie dosažený v dotazníku TAS-20 u faktoru f<sub>3</sub> mezi kontrolní skupinou (n=56) a skupinou pacientů s depresí (n=15):

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. Prom6 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000									
	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
TAS F3	1786,50	769,500	190,500	-3,2256	0,00125	-3,2424	0,00118	56	15	0,00086

p-hodnota <  $\alpha$ , tj. mezi kontrolní skupinou a skupinou pacientů s depresí je značný signifikantní rozdíl.

**Graf č. 4:** Rozdíl v míře alexithymie dosažený v dotazníku TAS-20 u faktoru f<sub>3</sub> mezi kontrolní skupinou (n=56) a skupinou pacientů s depresí (n=15):



Souhrnně lze říci, že u pacientů s depresí je vyšší výskyt přítomnosti alexithymie než u jedinců zdravé populace. U lidí trpících depresivní epizodou se vyskytuje deficit ve zpracování a regulaci emocí, což může ve svém důsledku vést k malaadaptivním stylům

emoční regulace. Jedinci nejsou schopni v dostatečné míře porozumět svým pocitům a najít ta správná a výstižná slova pro popis subjektivních pocitů, které prožívají.

H<sub>2</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.

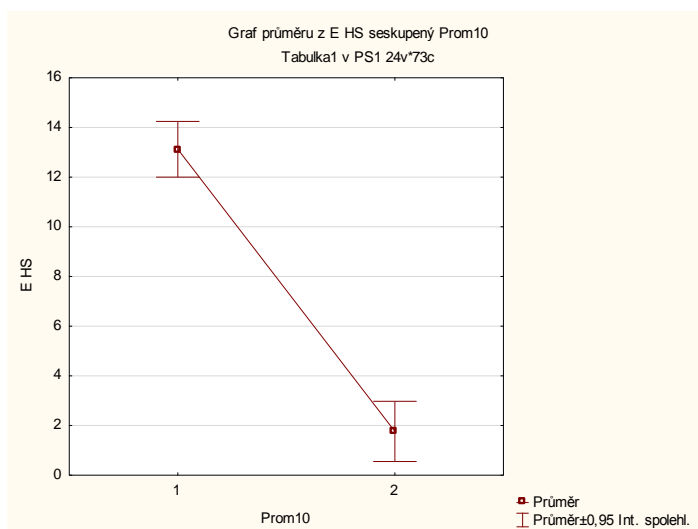
**Tabulka č. 6 a 7:** Rozdíl výsledků dosažených ve skórování odpovědí v rámci kategorie emoce v Testu sociální zralosti u kontrolní skupiny (n=56) a skupiny pacientů s depresí (n=15):

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. Prom10 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000										
Proměnná	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
E HS	2538,50	162,500	9,50000	6,08194	0,00000	6,10197	0,00000	56	17	0,00000

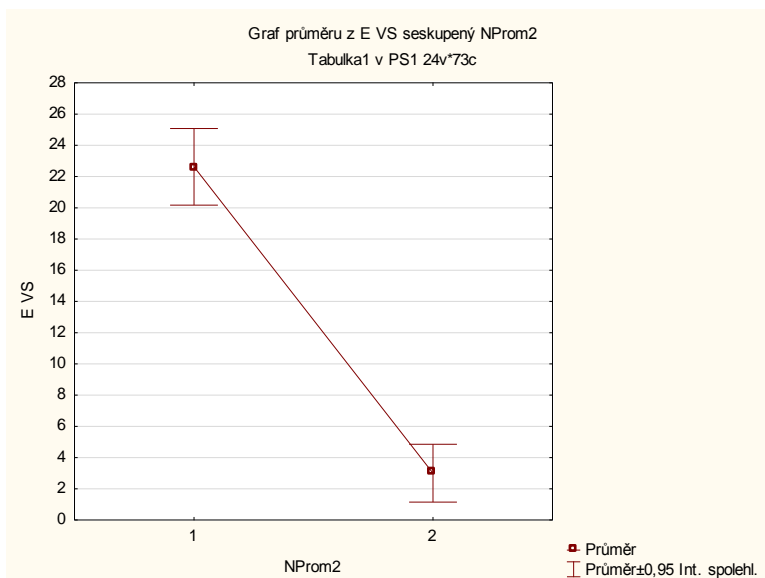
Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. NProm2 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000										
Proměnná	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
E VS	2539,00	162,000	9,00000	6,08846	0,00000	6,09670	0,00000	56	17	0,00000

p-hodnota < 0,001 tj. mezi kontrolní skupinou (skup. 1) a skupinou pacientů s depresí (skup. 2) je velmi vysoce signifikantní rozdíl.

**Graf č. 5 a 6:** Rozdíl výsledků dosažených ve skórování odpovědí v rámci kategorie emoce v Testu sociální zralosti u kontrolní skupiny (n=56) a skupiny pacientů s depresí (n=15):







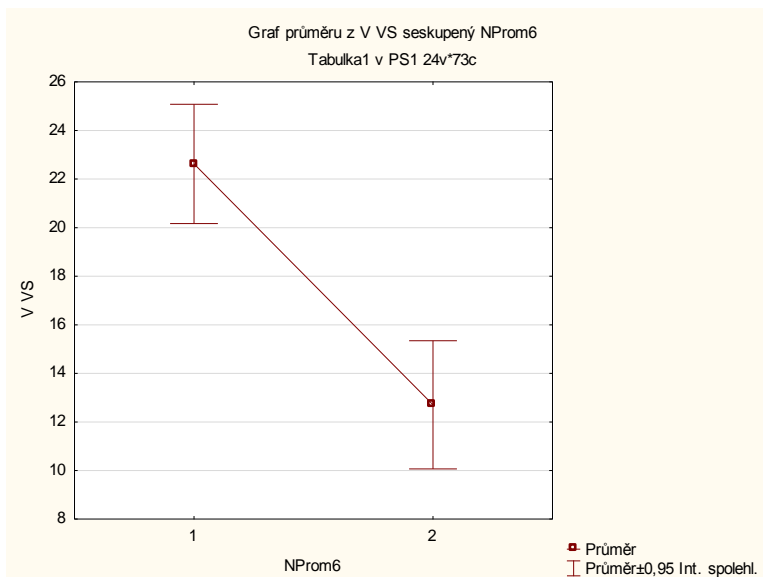
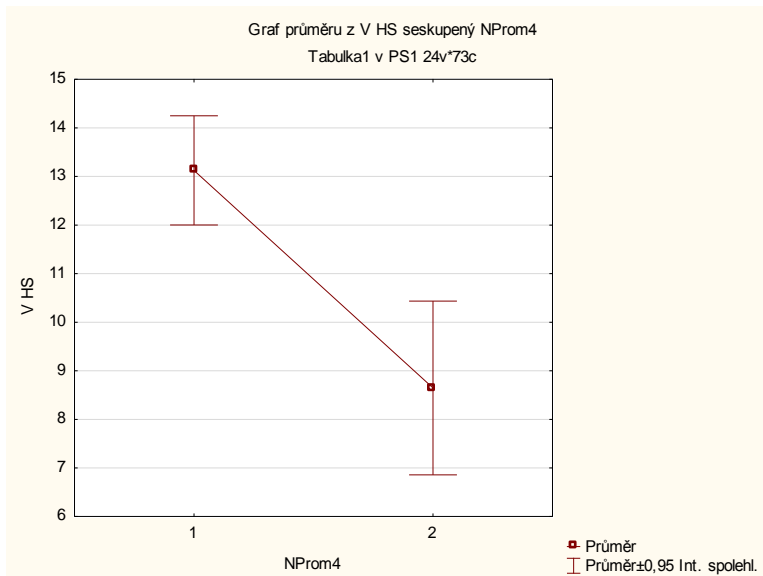
H<sub>3</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů ke druhým lidem Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.

**Tabulka č. 8 a 9:** Rozdíl mezi výsledky kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem v Testu sociální zralosti u kontrolní skupiny (n=56) a skupiny pacientů s depresí (n=15):

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. NProm4 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000										
Proměnná	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
V HS	2349,00	352,000	199,000	3,60870	0,00030	3,62152	0,00029	56	17	0,00018

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. NProm6 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000										
Proměnná	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
V VS	2390,50	310,500	157,500	4,15033	0,00003	4,15405	0,00003	56	17	0,00001

**Graf č. 7 a 8:** Rozdíl mezi výsledky kódovaných v kategorii vztahů k druhým lidem v Testu sociální zralosti u kontrolní skupiny (n=56) a skupiny pacientů s depresí (n=15):



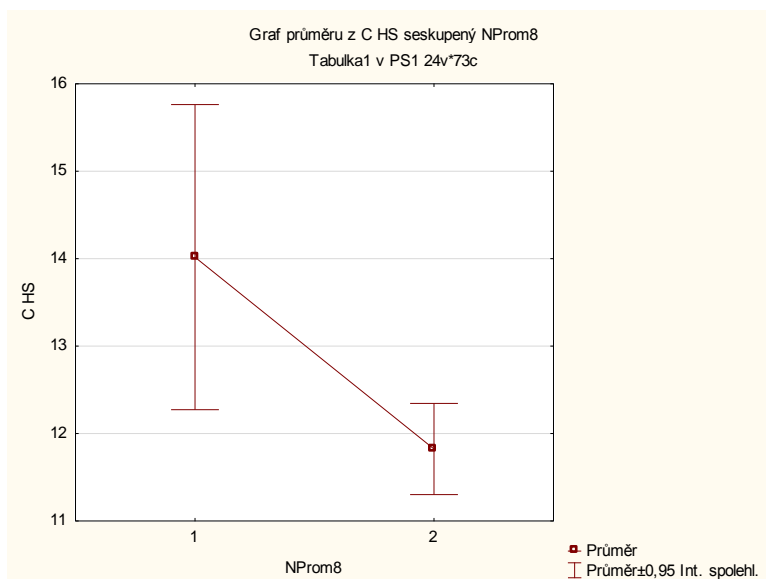
H<sub>4</sub>: Existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.

**Tabulka č. 10 a 11:** Rozdíl mezi výsledky dosažených v Testu sociální zralosti skórovaných v kategorii zaměření činnosti u kontrolní skupiny (n=56) a skupiny pacientů s depresí (n=15):

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. NProm8 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000										
Proměnná	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
C HS	2185,00	516,00	363,00	1,46828	0,14202	1,47220	0,14096	56	17	0,14312

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka1 v PS1) Dle proměn. NProm10 Označené testy jsou významné na hladině p <,05000										
Proměnná	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
C VS	2271,50	429,50	276,50	2,59722	0,00939	2,60071	0,00930	56	17	0,00834

**Graf č. 8 a 9:** Rozdíl mezi výsledky dosažených v Testu sociální zralosti skórovaných v kategorii zaměření činnosti u kontrolní skupiny (n=56) a skupiny pacientů s depresí (n=15):





## 8.2 K platnosti hypotéz

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

Tato hypotéza byla vytvořena na základě charakteristiky depresivního jedince a předpokladu, že se u depresivních osob objevuje zvýšený výskyt alexithymie v porovnání se zdravými jedinci.

**Hypotézu H<sub>1</sub> jsme ověřili a lze ji přijmout.** Byl zjištěn velmi vysoce signifikantní rozdíl ( $Z = -5,21612$ ) mezi hrubými skóry v dotazníku TAS-20 na hladině  $p = 0,0500$ .

**H<sub>2</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii emocí Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.**

Tato hypotéza byla vytvořena na základě teorie, kde deprese spadá do kategorie poruchy nálad, tedy poruch emotivity. Konkrétně u depresivní nálady se setkáváme se sníženou emoční reaktivitou, kdy depresivní člověk nedokáže adekvátně emočně reagovat na obvyklou reálnou situaci. Současně hypotéza H<sub>2</sub> navazuje a relevantně souvisí s hypotézou H<sub>1</sub>.

**Hypotézu H<sub>2</sub> jsme ověřili a lze ji přijmout.** Opravdu existuje statisticky významné rozdíly mezi hrubými ( $Z = 6,101977$ ) i váženými skóry ( $Z = 6,096702$ ) v kategorii emocí

Testu sociální zralosti, kdy výrazně snížení počet těchto odpovědí byl zaznamenán u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Těchto výsledků bylo dosaženo na hladině významnosti  $\alpha=0,0500$ .

**H<sub>3</sub>: Existuje statisticky významně snížený počet odpovědí kódovaných v kategorii vztahů ke druhým lidem Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.**

Tato hypotéza byla stanovena na základě teorie, kdy významným charakteristickým rysem depresivních jedinců je stranění se společnosti a uzavírání se do sebe, izolace od druhých lidí.

**Hypotézu H<sub>3</sub> jsme ověřili a lze ji přijmout.** Můžeme tvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl v hrubých ( $Z=3,621522$ ) i vážených skórech ( $Z=4,154056$ ) v kategorii vztahů k druhým lidem Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou, přičemž výrazně snížený počet odpovědí se projevil u skupiny pacientů s depresí. Výsledků bylo dosaženo na hladině významnosti  $\alpha=0,0500$ .

**H<sub>4</sub>: Existuje statisticky významně zvýšený počet odpovědí kódovaných v kategorii zaměření činnosti Testu sociální zralosti u skupiny pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou.**

Tato hypotéza byla stanovena na základě předpokladu, že depresivní jedinci i přes svůj aktuální stav si dokáží zachovat náhled na reálnou situaci a reálně vnímat skutečnost. Hypotézu H<sub>4</sub> jsme ověřili a došli jsme k zajímavým výsledkům. V rámci hrubých skóre nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi skupinami, jelikož p-hodnota  $> \alpha$ . p-hodnota  $< \alpha$  v rámci srovnávání vážených skóre, kde byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi kontrolní skupinou ( $n=56$ ) a skupinou pacientů s depresí ( $n=15$ ).

**Na základě výše uvedeného zamítáme H<sub>4</sub>.** Neexistuje statisticky významný rozdíl v odpovědích skórováných v kategorii zaměření činnosti v Testu sociálního zrání osobnosti mezi kontrolní skupinou a skupinou pacientů s depresí. Nepatrný rozdíl byl zaznamenán ve skórování zmiňovaných odpovědí v dané kategorii pouze v rámci vážených skóre.

## 9 DISKUZE

Ukázalo se, že výsledky našich zjištění skutečně potvrzují naše předpoklady, a sice že vyšší míru alexithymie lze očekávat u pacientů s depresí, než u zdravých jedinců. 80 % pacientů s depresí dosahovalo skóru typického pro jedince s alexithymií, přičemž největší deficit se projevil v rámci faktoru  $f_1$  představující poruchu identifikace vlastních emocí, kdy jedinec zažívá nediferencované emoční vzrušení. V rámci zmiňovaného faktoru byl zaznamenán největší signifikantní rozdíl mezi kontrolní skupinou a skupinou pacientů s depresí. Následoval jej faktor  $f_2$ , který odhaluje neschopnost deskripce emocí a nejméně se projevil faktor  $f_3$  zaměřující se na omezení fantazijního života. U lidí trpících depresivní epizodou se tak nejvýrazněji projevuje deficit ve zpracování a regulaci emocí, což může ve svém důsledku vést k malaadaptivním stylům emoční regulace. Z tohoto důvodu nejsou tito jedinci schopni v dostatečné míře porozumět svým pocitům a najít ta správná a výstižná slova pro popis subjektivních pocitů, které prožívají. Výše zmiňované výsledky ve svém důsledku potvrzují obecná tvrzení charakterizující depresivní epizodu v rámci svého průběhu, a tudíž přispívají k přesnějšímu klinickému obrazu a lepšímu porozumění dané problematice. Získané výsledky se shodují i s výzkumem zaměřeným na alexithymií a negativní emocionální stavy, ve kterém bylo zjištěno, že pacienti s depresí vykazují vyšší míru alexithymie než zdraví jedinci, alexithymie pozitivně koreluje s měřeními dosaženými v dotazníku deprese, i když s ohledem na to, že položky deprese jsou více nezávislé. Dále zmiňuje, že určitý typ sekundární alexithymie se může vyskytovat v rámci těžkých klinických depresí. V mnoha takových případech pacienti projevovali zúžení kognitivní flexibility, emocionálního uvědomění a afektivity. Klinická pozorování naznačují, že při léčbě deprese pacienti pocítují širší citový rozsah a lepší schopnost vyjádřit emoce řečí (Lumley, 2000). Dle výzkumů se můžeme setkat s výskytem alexithymie až u 50% depresivních pacientů. Alexithymie je považována za rizikový faktor u depresivní poruchy a somatických příznaků, které se v rámci tohoto onemocnění mohou vyskytnout (Chromý, 2006). Dle výzkumných zjištění může alexithymie sloužit také jako prediktivní faktor somatických symptomů u depresivních pacientů nezávisle na úrovni dané deprese. TAS skór jednoduše odráží výsledek deprese, tedy zmatek depresivních pacientů v tom, co cítí, což je vyvoláno prožíváním mnohočetných somatických symptomů (Sayar, Kirmeyer, Taillefer, 2003).

Také výsledky získané z dotazníku BDI-II nám potvrdily aktuální stav pacientů s depresí, včetně závažnosti probíhající depresivní epizody.

V rámci zkoumání vybraných aspektů sociálního zrání osobnosti pomocí Testu sociální zralosti jsme se zaměřili na tři základní kategorie: emoce, vztah k druhým lidem a zaměření činnosti. Největší signifikantní rozdíl mezi kontrolní skupinou a skupinou pacientů s depresí byl zjištěn ve skórováních odpovědích u kategorie emoce. Pacienti s depresí velmi málo popisovali emoce či emoční vyjádření předloženého testového materiálu. Zmiňovaný rozdíl nám pouze potvrzuje výše uvedená zjištění o alexithymií a současně slouží na podporu výzkumných zjištění provádějících se v této oblasti a věnující se problematice anhedonie, která je součástí klinického obrazu depresivní epizody a bývá také uváděna v rámci popisu SPP (=status praesens psychicus) u pacientů přijatých k hospitalizaci do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Dle výzkumů lidé s depresivní poruchou mají výraznější problémy s regulací emocí. Dysfunkční strategie regulace emocí, jako je vyhýbání se či potlačování, stejně jako malaadaptivní strategie, jsou více přidruženy u depresivní poruchy. Výsledky zjištění naznačují, že deprese může být charakteristická širším a větším subjektivním oslabením regulace emocí, proto by měla léčba zahrnovat vytváření a podporu adaptivních strategií (Aldao et al. in Brockmeyer, Bents, Holtforth, Pfeiffer, Herzog, Friedrich, 2012). Podle dalšího výzkumu jsou obavy charakteristickým rysem anhedonické deprese, kdy se přímo týkají symptomů jako je pokles motivace a snížení dobré nálady, což jsou specifické rysy deprese. Osoby s vyšší úrovní deprese (dosažené v BDI-II) mají tendenci věnovat menší pozornost svým emocím, i když jde o spojení velmi úzké. Naproti tomu bylo zjištěno, že jedinci s depresí se významně nelišili od jedinců zdravých v externě orientovaném myšlení. Dále bylo zjištěno, že jedinci s vyšší úrovní depresivních symptomů mají sklon k nižší úrovni emocionální srozumitelnosti. Zvýšená úroveň obav a deprese bývá spojována s individuálními rozdíly v intenzitě, pozornosti a jasnosti či srozumitelnosti emocí. (Berenbaum, Bredemeier, Thompson, Boden, 2012). Signifikantní rozdíl ve výsledcích daného projektivního testu byl zaznamenán také u kategorie vztahu k druhým lidem. Opět se můžeme domnívat, že daná zjištění jen potvrzují charakteristiky vztahující se k popisované psychické poruše a blíže dotváří obraz daného onemocnění. Dle výzkumu provedeného v této oblasti jsou interpersonální vztahy důležitou součástí lidského života a záleží pouze na osobnosti každého jedince, jaký zvolí způsob vypořádání se s nimi. Za nejvhodnější způsob jsou považovány tendence k odpuštění, které mají za následek zvýšení sociální podpory a psychické pohody. Autoři se zabývají také otázkou, zda může být odpuštění druhým lidem použitelné pro vysvětlení deprese v souvislosti s mezilidským odmítnutím. Dobré interpersonální přizpůsobení je důležité pro psychickou pohodu a prevenci deprese.

Depresivní pacienti jsou citlivější na mezilidské odmítnutí, proto spíše uvažují o negativních interpersonálních vztazích a projevují tak další malaadaptivním sociální chování (Tse, Yip, 2009). Zajímavých výsledků bylo dosaženo v rámci poslední stanovené kategorie, zaměření činnosti, kdy se předpokládal zvýšení počet odpovědí v této kategorii v Testu sociální zralosti u pacientů s depresí v porovnání s kontrolní skupinou. Stanovený předpoklad se však výzkumným zjištěním nepotvrdil, tudíž došlo k zamítnutí dané hypotézy.

Jelikož se jednalo o pilotní studii zaměřenou na vybrané aspekty sociálního zrání osobnosti u klinické skupiny pacientů, bude třeba ještě dalších a mnohem přesnějších a propracovanějších metod a zjištění pro oblast sociální zralosti jedince. Slabou stránkou výzkumu projektu je také skutečnost, že výzkum byl realizován na malém vzorku probandů (n=17). Výzkum byl proveden na 17 pacientech s depresí, z toho 12 žen a 5 mužů, což nám ve svém důsledku také potvrzuje obecně udávaný poměr výskytu tohoto onemocnění mezi pohlavími, jako jednu z charakteristik dané psychické poruchy. Použitelná data byla získána od 15 probandů a ta byla následně podrobena analýze a vyhodnocení. U dvou pacientek došlo k nevalidnímu vyplnění dotazníku TAS-20, kdy signovaly oba póly na příslušné škále jako odpověď u jedné otázky. Tyto pacientky nebyly schopny adekvátně vyplnit příslušný dotazník ani v rámci individuálního rozhovoru spočívající v opakovaném objasnění instrukcí pro vyplnění a v následném společném pokusu o jeho vyplnění, kdy administrátor předčítal jednotlivá tvrzení a nabízel k výběru škálové možnosti s tím, že pacientky měly před očima k dispozici testový materiál. Význam jednotlivých tvrzení byl pacientkám objasňován, ale bohužel ani tento postup nevedl k úspěšnému dokončení testování. Výsledky našich zjištění tedy pochází od výzkumného souboru tvořeného 15 osobami hospitalizovanými v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Původní rozsah souboru byl však mnohem rozsáhlejší, n=31, avšak oslovení pacienti se v konečném důsledku nemohli z různých důvodů výzkumného projektu zúčastnit. Dvě pacientky se nemohly zúčastnit výzkumu, jelikož jejich zdravotní stav nebyl příznivý a psychiatr nedoporučil jejich účast. Dalších devět pacientek s dg. F32.x. účast na výzkumném projektu odmítly, což musíme respektovat v rámci určitých etických pravidel při provádění výzkumu. Dva oslovení pacienti v době, kdy mělo proběhnout testování, již nebyli depresivní, a tudíž nemohli být zařazeni do výzkumného projektu. A jako poslední oslovený pacient odmítl z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, kdy v době testování a po příchodu na dohodnuté setkání mi sdělil, že je nachlazený a pokud se nebudu zlobit,



odmítá se zúčastnit daného výzkumného projektu, což jsem opět musela respektovat. Z těchto zde uvedených a vysvětlených důvodů se domnívám, že obdobný výzkum provedený na větším počtu pacientů s depresí je námětem pro budoucí výzkumný projekt, který může být rozšířen i o další testové metody.

## 10 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali zkoumáním vybraných aspektů sociálního zrání osobnosti u klinické skupiny pacientů, konkrétně se jednalo o pacienty s depresí.

V teoretické části práce jsme nejprve blíže věnovali pozornost pojmu deprese, kde je vymezen původ tohoto slova a jeho užívané definice, přiblížili jsme pojmy emoce a nálada. Dále se zaměřujeme na depresivní epizodu, tak jak je popsána a charakterizována v MKN-10. Následuje popis příznaků deprese, obecných i specifických z pohledu různých odborníků zabývajících se danou problematikou. Okrajově zmiňujeme také depresivní syndrom a melancholii. Následně se věnujeme léčbě deprese, kde popisujeme nejčastěji používané metody, k nimž se řadí farmakoterapie, různé psychotherapeutické přístupy a alternativní způsoby léčby. V další kapitole popisujeme funkční oblasti mozku, podílející se na rozvoji depresivních poruch. Závěrečná kapitola teoretické části je věnována vymezení psychologické kategorie sociálního zrání osobnosti.

Výzkumná část práce byla zaměřena na zpracování získaných dat a vyhodnocení výsledků pomocí kvantitativní obsahové analýzy. Stěžejní bylo přijmout příp. zamítnout výzkumné hypotézy stanovené v rámci výzkumného projektu. Výsledkem bylo přijetí tří ze čtyř stanovených hypotéz. Konkrétní zjištění, která nám naše zkoumání přinesla, jsou následující:

- zvýšená míra alexithymie byla prokázána u depresivních jedinců, přičemž největší deficit byl zaznamenán v souvislosti s poruchou identifikace vlastních emocí, což může vést k problémům ve zpracování a regulaci emocí a ve svém důsledku k malaadaptivním způsobům emoční regulace
- v rámci Testu sociální zralosti osobnosti bylo zjištěno viditelné snížení počtu odpovědí v kategorii emocí a vztahu k druhým lidem, což nám potvrzuje předchozí závěr
- předpokládaný výskyt vyššího počtu odpovědí v kategorii zaměření činnosti v Testu sociální zralosti osobnosti se výzkumnými zjištěními nepotvrdil

Považujeme za potřebné zabývat se hlouběji oblastí sociální zralosti osobnosti, neboť se jedná dle našeho názoru o velmi důležitou kategorii lidského života. Jelikož na nás neustále působí různé sociální vlivy formující naši osobnost, měla by být tato oblast lidského života podrobena důkladnějšímu zkoumání. Budoucí zkoumání v této oblasti by měla být prováděna na početnějším vzorku jedinců.

## 11 SOUHRN

Tato kapitola je celkovým souhrnem celé bakalářské práce s názvem *Pilotní ukazatele metody zaměřené na sociální zrání osobnosti u klinické skupiny pacientů*, která je součástí rozsáhlejšího výzkumného projektu, na jehož základě dochází k vývoji nové projektivní metody v psychologii. Hlavní záměrem této práce bylo zkoumání vybraných aspektů Testu sociální zralosti osobnosti u pacientů s depresí.

Nejprve jsme se v práci zabývali pojmem deprese, kdy nejčastěji dojdeme ke zjištění, že pojem deprese ve svém významu znamená stlačit. Přibližujeme původ daného slova a různými definicemi, se kterými se můžeme v rámci studia dané problematiky setkat. Pozastavujeme se také u pojmů emoce a nálady. Následně blíže popisujeme depresivní epizodu dle diagnostických kritérií nacházejících se v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revize, charakterizují její jednotlivé fáze a poukazujeme na její častý opětovný výskyt. Podstatnou součástí je také vymezení příznaků deprese, které mohou být obecné, ale i specifické. V této souvislosti využíváme pohledy několika odborníků zabývajících se danou problematikou. Důležité je zde neopomenout skutečnost, že deprese je nemoc celého organismu, která se projeví v rámci celého člověka v emočním prožívání, v narušení kognitivních funkcí, změn v chování a změn v osobnosti. V posledních letech je stále častěji ve všech profesních oborech, ať už lékařských či nelékařských, zdůrazňován a upřednostňován celostní pohled a přístup k člověku, zahrnující tělesnou, psychickou, sociální a transcendentální oblast. Tento globální pohled nám umožňuje nahlížet na obtíže člověka v různých rovinách a tím účinněji mu poskytnout pomoc. Depresivní pacienti totiž mohou trpět tělesnými potížemi různého druhu a naopak se lze také setkat s depresivními příznaky u somaticky nemocných pacientů.

Při léčbě depresivní epizody je stále nejčastěji využívána forma farmakoterapie, doplněna podpůrným působením různých psychoterapeutických přístupů, k nimž se řadí racionálně emoční terapie A. Ellise, kognitivní terapie A. Becka a kognitivně-behaviorální terapie, jejímž hlavním cílem je dosažení soběstačnosti pacienta. V rámci farmakoterapie jsou volena antidepresiva III. generace, SSRI, SNRI. V souvislosti s léčbou depresivní epizody jsou využívány také alternativní způsoby léčby, fytotherapie a fototerapie. Neopomenutelné místo v léčebném procesu deprese má také elektrokonvulzivní terapie, což je biologická terapie, která je indikována u těžkých depresí a po předchozím velmi důkladném posouzení stavu pacienta.

Jak jsem výše uvedla je deprese nemoc celého organismu, jehož nedílnou součástí a řídicím centrem je mozek, v němž se nachází funkční systém emocí. Zmiňovaný systém je tvořen strukturami mozkového kmene rozlišující emoční signály, limbickým systémem, bazálními ganglii a tzv. projekčními částmi mozkové kůry zpracovávající estetický a etický obsah emocí. Důležitou a podstatnou roli hraje zejména amygdala a prefrontální mozková kůra, souvisejíc také se zralostí člověka.

Zralost jedince je nejčastěji pojímána z hlediska biologického jako zralost, připravenost organismu, zejména nervové soustavy s ohledem na dosažení určitého věku v rámci vývojové psychologie. Sociálním zráním se rozumí proces vývojových změn v chování a postojích, které je schopen vůči daným sociálním stimulům zaujmout mladý člověk v určitém věku své přípravy.

Ve výzkumné části práce jsme se zaměřili na zkoumání vybraných aspektů sociálního zrání osobnosti u pacientů s depresí, jelikož se u těchto pacientů setkáváme kromě jiného také s deficitem sociálních dovedností, kognitivních schopností a celkově s individuálními obtížemi s životem ve společnosti. Vzhledem k povaze výzkumného projektu byl zvolen výzkum kvantitativního charakteru. Jako metoda zpracování dat získaných pomocí dotazníků byla použita neparametrická metoda, a sice Mann-Whitneyův U-test, což je jeden z nejsilnějších neparametrických testů. Pro zpracování dat získaných administrací projektivní metody se současným pořízením audiozáznamu byla zvolena kvantitativní obsahová analýza. Z metod použitých ke sběru dat se jednalo o dotazníky TAS-20, měřící přítomnost a míru alexithymie, a BDI-II, což je subjektivní stupnice deprese zjišťující závažnost aktuálně přítomné deprese, a TSZ (Test sociálního zrání osobnosti, experimentální verze). Celkový vzorek výzkumu byl tvořen 17 pacienty s depresí, z toho 12 žen a 5 mužů, hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Z provedených zkoumání jsme došli k následujícím závěrům:

- zvýšená míra alexithymie byla prokázána u depresivních jedinců (80%), přičemž největší deficit byl zaznamenán v souvislosti s poruchou identifikace vlastních emocí, což může vést k problémům ve zpracování a regulaci emocí a ve svém důsledku k malaadaptivním způsobům emoční regulace
- v rámci Testu sociální zralosti osobnosti bylo zjištěno viditelné snížení počtu odpovědí v kategorii emocí a vztahu k druhým lidem, což nám potvrzuje předchozí závěr

- předpokládaný výskyt vyššího počtu odpovědí v kategorii zaměření činnosti v Testu sociální zralosti osobnosti se výzkumnými zjištěními nepotvrdil

Jelikož se jedná o pilotní studii zaměřující se na oblast sociálního zrání osobnosti, což je velmi specifická a ne zcela důkladně prozkoumaná kategorie lidského života, bude jistě zapotřebí dalších výzkumů zaměřených na danou problematiku.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY:

1. Atkinsonová, R. L. (1995). *Psychologie*. Praha:Victoria Publishing.
2. Beck, A. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha:Portál.
3. Berenbaum, H.; Bredemeier, K.; Thompson, R. J.; Boden, M. T. (2012). *Worry, anhedonic depression and emotional styles*. *Cognitive Therapy and Research*, Vol 36(1), pp. 72-80.
4. Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha:Grada Publishing.
5. Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N. Herzog, W., Friederich, H. Ch. (2012). *Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa*. *Journal of Psychiatry Research*, Vol 200(2-3), pp. 550-553.
6. Carterová, R. (2010). *Lidský mozek*. Praha:Euromedia Group.
7. Čihák, R. (2003). *Anatomie 3*. Praha:Grada Publishing.
8. Disman, M. (2006). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha:Karolinum.
9. Dušek, K., Večeřová – Procházková, A. (2011). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha:Grada Publishing.
10. Ellis, A., MacLaren, C. (2011). *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha:Portál.
11. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha:Portál.
12. Goleman, D. (2004). *Destruktivní emoce*. Praha:Ikar.
13. Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Praha:Portál.
14. Grün, A. (2009). *Deprese jako šance. Spirituální impulsy*. Praha:Portál.
15. Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha:Portál.
16. Hendl, J. (2004). *Kvalitativní výzkum*. Praha:Portál.
17. Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., .....Sommers, D. (2002). *Psychological Intervention Development for the Prevention and Treatment of Depression:Promoting Innovation and Increasing Access*. *Biological Psychiatry*, Vol 52(6), pp. 610-630.
18. Höschl, C., Libiger, J., Švetska, J. (2004). *Psychiatrie*. 2. doplněné a opravené vydání. Praha:Tigis, s.r.o.
19. Chromý, K. (2006). *Alexithymie – vývoj a současný význam konceptu*. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102, No. 7, pp. 363 – 370.
20. Janů, L. (2013). *Anhedonie – nežádoucí účinek, reziduální symptom nebo známka stability?* *Psychiatrie pro praxi*, 14(4), 164 – 166.
21. Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha:Grada Publishing.

22. Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha:Grada Publishing.
23. Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek*. Praha:Portál.
24. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha:Grada Publishing.
25. Lumley, M. A. (2000). *Alexithymia and negative emotional conditions*. Journal of Psychosomatic **Research**, Vol 49(1), pp. 51-54.
26. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Tabelární část platná k 1. 1. 2013, aktualizovaná tisková verze. Získáno z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
27. *Mozek: průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích s předmluvou Cordelie Fine*.(2009). Brno:JOTA.
28. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha:Grada Publishing.
29. Monroe, S. M., Harkness, K. L. (2011). *Recurrence in Major Depression: A Conceptual Analysis*. Psychological Review, Vol 118(4), Oct, 2011. pp. 674. Publisher: American Psychological Association.
30. Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha:Academia.
31. Orel, M. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha:Grada Publishing.
32. Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha:Grada Publishing.
33. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha:Academia.
34. Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha:Portál.
35. Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. (Nepublikovaná disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
36. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti*. 6. revidované a doplněné vydání. Praha:Grada Publishing.
37. Sak, P. (2000). *Proměny české mládeže*. Praha:Petrklíč.
38. **Sayar, K., Kirmayer, L. J., Taillefer, S. S. (2003). Predictors of static symptoms in depressive disorder. General Hospital Psychiatry. Vol 25(2), pp. 108-114.**
39. Slíva, J., Votava, M. (2011). *Farmakologie*. Praha:Triton.
40. Stewart, A., J. (1992). *Scoring manual for psychological stances toward the environment*. In Ch. P. Smith (Ed.) *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. Cambridge: Cambridge university press.
41. Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha:Portál.

42. Talbot, S. (2011). *Jak se zbavit zimních depresí*. Praha:Blue step.
43. Tse, W. S., Yip, T. H. J. (2009). *Relationship among dispositional forgiveness of others, interpersonal adjustment and psychological well-being: Implication for interpersonal theory of depression*. *Personality and Individual Differences*. Vol 46 (3), pp. 365-368.
44. Tůma, I. (2013). *Emoční oploštělost a anhedonie u depresivní poruchy*. *Česká a slovenská psychiatrie*, 109(5), 227 – 231.
45. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha:Portál.
46. Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha:Karolinum.
47. Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha:Portál.



# **PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1:** Zadání bakalářské diplomové práce

**Příloha č. 2:** Abstrakt

**Příloha č. 3:** Dotazník BDI-II

**Příloha č. 4:** Dotazník TAS-20

**Příloha č. 5:** Ukázka rozhovoru

**Příloha č. 6:** Informovaný souhlas

**Příloha č. 7:** Věkové rozložení výzkumného souboru

## Příloha č. 1: Zadání bakalářské diplomové práce

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

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

### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. DAŇKOVÁ Kamila DiS.	Bratří Šilerů 3358, Kroměříž	F11263

#### TÉMA ČESKY:

Pilotní ukazatele metody zaměřené na sociální zrání osobnosti u klinické skupiny pacientů

#### NÁZEV ANGLICKY:

Pilot indicators of method focus on social maturation of personality in clinical patients

#### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, psychopatologie, obecné psychologie a psychologie osobnosti.
2. Vymezení smíšené úzkostně-depresivní poruchy.
3. Vymezení pojmu sociální zrání osobnosti.
4. Projektivní psychodiagnostické metody používané při diagnostice depresivní a úzkostné poruchy (slovní projektivní metody - ROR, TAT, Rosenzweigův frustrační test; grafické - Figure Drawing test, Baum test)
5. Bakalářská práce bude zaměřena na základní práci a vývoj projektivní metody, která sleduje vybrané aspekty sociálního zrání osobnosti. Předpokládáme zjištění základních psychometrických ukazatelů u klinické skupiny osob.
6. Základní práce na metodě spočívá v administraci čtyř obrazových tabulí, na kterých jsou znázorněny osoby v nejednoznačných sociálních interakcích. Vyzývácí charakter tabulí je odlišný a umožňuje interpersonální i intrapersonální posouzení vztahů u participantů.
7. Zkoumaný soubor: Skupina 20 klinických osob s diagnózou smíšená úzkostně-depresivní porucha.
8. Parametry práce: V souladu s metodickými pokyny katedry.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Křivohlavý, J. (2012). Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha:Grada.  
Herman, E. (2008). Deprese a stres. Praha:Maxdorf.  
Praško, J. (2006). Úzkost a obavy. Praha:Portál.  
Praško, J. (2005). Úzkostné poruchy. Praha:Portál.  
Vágnerová, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha:Portál.  
Křivohlavý, J. (2003). Jak zvládat depresi. Praha:Grada.  
Praško, J. (2003). Deprese a jak ji zvládat. Praha:Portál.  
McKenzie, K. (2001). Deprese. Praha:Grada.  
Kennerley, H. (1998). Jak zvládat úzkostné stavy. Praha:Portál.  
Maloney, M. (1996). O úzkosti a depresi. Praha:Nakladatelství Lidové noviny.  
Zacharová, E. (2007). Zdravotnická psychologie. Praha:Grada.  
Raboch, J. (2001). Psychiatrie. Praha:Triton.  
Praško, J. (1998). Co je to deprese a jak se léčí. Praha:Triton.  
Röhr, H.-P. (2012). Cesty z úzkosti a deprese. Praha:Portál.  
Uhrová, T., Roth, J., Anders, M. (2005). Depresivní porucha v neurologické praxi. Praha:Galén.  
Servan-Schreiber, D. (2005). Uzdravení bez léků: cesta ze stresu, úzkosti a deprese. Praha:Portál.  
Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy. Praha:Maxdorf.  
Kosová, J., Praško, J. (1998). Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese. Praha:Triton.  
Honzák, R. (1999). Deprese. Praha:Galén.

Podpis studenta:

*Dauková Kamila*

Datum:

*29. 4. 2013*

Podpis vedoucího práce:

*[Signature]*

Datum:

*29/04/13*

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Pilotní ukazatele metody zaměřené na sociální zrání osobnosti u klinické skupiny pacientů

**Autor práce:** Bc. Kamila Daňková, Dis.

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

**Počet stran a znaků:** 63 stran a 114 910 znaků (bez mezer 98 782)

**Počet příloh:** 7

**Počet titulů použité literatury:** 47

**Abstrakt (800–1200 zn.):** V bakalářské práci jsme zkoumali vybrané aspekty sociálního zrání osobnosti u pacientů s depresí. Výzkumný soubor tvořilo 17 osob hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Jako výzkumné metody byly zvoleny dotazník BDI-II (Beck Depression Inventory), dotazník TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) a projektivní metoda TSZ (Test sociálního zrání osobnosti). Ve výsledcích dotazníku BDI-II se skutečně odrazil aktuální stav pacientů. Výsledky dotazníku TAS-20 ukazují, že alexithymie je přítomna u 80 % pacientů s depresí. Z hlediska jednotlivých faktorů alexithymie byl největší signifikantní rozdíl zaznamenán u faktoru  $f_1$  představující poruchu identifikace vlastních emocí. Poruchu identifikace emocí u pacientů s depresí potvrzují i výsledky získané pomocí Testu sociálního zrání osobnosti, v němž zmíněná klinická skupina dosahovala významně sníženého počtu odpovědí kódovaných v kategorii emocí. Naopak předpokládaný výskyt zvýšeného počtu odpovědí v kategorii zaměření činnosti se výzkumným zjištěním u pacientů s depresí nepotvrdil.

**Klíčová slova:** Deprese, sociální zrání osobnosti, alexithymie, emoce, vztah k druhým lidem

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Pilot indicators of method focus on social maturation of personality in clinical patients

**Author:** Bc. Kamila Daňková, Dis.

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

**Numberofpages and characters:** 63 pages a 114 910 marks (no spaces 98 782)

**Numberofappendices:** 7

**Numberofreferences:** 47

**Abstract (800–1200 characters):** In my bachelor thesis I was searching selected aspects of personality social maturation in patients with depression. The research group consisted of 17 people hospitalized in a psychiatric hospital in Kroměříž. As research methods were chosen BDI -II (Beck Depression Inventory, TAS -20 questionnaire (Toronto Alexithymia Scale) and projective method TSZ (Test of social maturation of personality) . The results of the questionnaire BDI -II is truly reflected the current status of the patients. The results of the questionnaire TAS -20 show that alexithymia is present in 80% of patients with depression. In terms of individual factors of alexithymia was the most significant difference was the factor f1 represents the failure to identify own emotions. The fault identification of emotions in depressed patients confirmed the results obtained with Test of social maturation of personality, in which the aforementioned clinical group reached a significantly reduced number of responses coded in the category of emotion. In contrast, the estimated prevalence increased number of responses in the focus activities of the research findings in patients with depression confirmed.

**Key words:** Depression, social maturing of personality, alexithymia, emotions, relationships to others

### Příloha č. 3: Dotazník BDI-II

#### BDI-II

Jméno: ..... ID ..... Datum .....

**Instrukce:** Dotazník se skládá z 21 skupin tvrzení. Přečtete si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

<b>01</b>	<b>Smutek</b>	<b>06</b>	<b>Pocit potrestání</b>
0	Nejsem smutný(-á)	0	Nemyslím, že mě život trestá.
1	Většinou jsem smutný(-á)	1	Myslím, že by mě život mohl potrestat.
2	Pořád jsem smutný(-á)	2	Očekávám trest.
3	Jsem tak smutný(-á), že se to nedá vydržet.	3	Myslím, že jsem životem trestán(-a).
<b>02</b>	<b>Pesimismus</b>	<b>07</b>	<b>Znechucení sám ze sebe</b>
0	O svou budoucnost nemám obavy.	0	Myslím si o sobě pořád to samé.
1	O svou budoucnost se obávám více než dříve	1	Ztratil(-a) jsem důvěru sám(sama) v sebe.
2	Myslím, že se mi nebude dařit.	2	Jsem ze sebe zklamán(-a).
3	Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.	3	Sám(sama) sebou jsem znechucen(-a).
<b>03</b>	<b>Minulá selhání</b>	<b>08</b>	<b>Sebekritika</b>
0	Nemám dojem, že selhávám.	0	Nekritizuji nebo neobviňuji sám(sama) sebe více než obvykle.
1	Selhal(-a) jsem častěji, než bych měl(-a).	1	Jsem sám(sama) k sobě více kritický(-á) než dříve.
2	Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.	2	Kritizuji se za všechny své chyby.
3	Jako člověk jsem úplně selhal.	3	Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.
<b>04</b>	<b>Ztráta radosti</b>	<b>09</b>	<b>Sebevražedné myšlenky nebo přání</b>
0	Raduji se stejně jako dříve.	0	Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil(-a).
1	Neraduji se stejně jako dříve.	1	Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal(-a) bych to.
2	Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl(-a) rád(-a).	2	Chtěl(-a) bych se zabít.
3	Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl(-a) rád(-a).	3	Kdybych měl(-a) možnost, tak bych se zabil(-a).
<b>05</b>	<b>Pocity viny</b>	<b>10</b>	<b>Plačtivost</b>
0	Nemívám nijak zvlášť pocit viny.	0	Nepláču více než dříve.
1	Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal(-a) nebo měl(-a) udělat.	1	Pláču více než dříve.

2	Mívám často pocit viny.	2	Pláču kvůli každé maličkosti.
3	Pořád mám pocit viny.	3	Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen(-na).

<b>11</b>	<b>Agitovanost</b>	<b>17</b>	<b>Podrážděnost</b>
0	Nejsem více neklidný(-ná) nebo napjatý(-á) než obvykle.	0	Nejsem podrážděný(-á) více než obvykle.
1	Cítím se více neklidný(-ná) nebo napjatý(-á) než obvykle.	1	Jsem více podrážděný(-á) než obvykle.
2	Jsem tak neklidný(-á) a rozrušený(-á), že je to těžké vydržet.	2	Jsem mnohem více podrážděný(-á) než obvykle.
3	Jsem tak neklidný(-á) a rozrušený(-á), že nemohu zůstat v nečinnosti.	3	Bývám pořád podrážděný(-á).
<b>12</b>	<b>Ztráta zájmu</b>	<b>18</b>	<b>Změny chuti k jídlu</b>
0	O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil(-a).	0	Necítím žádné změny chuti k jídlu.
1	Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.	1a	Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
2	Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.	1b	Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
3	Je těžké se zajímat o cokoli.	2a	Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
<b>13</b>	<b>Nerozhodnost</b>	2b	Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
0	Rozhoduji se stejně dobře jako dříve.	3a	Vůbec nemám chuť k jídlu.
1	Rozhodovat se je obtížnější než obvykle.	3b	Jíst mohu pořád.
2	Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.	<b>19</b>	<b>Koncentrace</b>
3	Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.	0	Mohu se soustředit jako vždycky.
<b>14</b>	<b>Pocit bezcennosti</b>	1	Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.
0	Necítím se bezcenný(-á).	2	Je těžké se na cokoli delší dobu soustředit.
1	Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem míval(-a).	3	Nejsem schopný(-á) se soustředit na nic.
2	Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný(-á).	<b>20</b>	<b>Únava</b>
3	Cítím se úplně bezcenný(-á).	0	Nejsem unavený(-á) více než obvykle.
<b>15</b>	<b>Ztráta energie</b>	1	Unavím se snadněji než obvykle.
0	Mám stejně energie jako vždy.	2	Jsem příliš unavený(-á), než abych dělal tolik věcí, jako jsem dělával(-a).
1	Mám méně energie, než jsem míval(-a).	3	Jsem tak unavený(-á), že nedokážu dělat skoro nic.
2	Nemám dost energie na to, abych toho hodně udělal(-a).	21	<b>Ztráta zájmu o sex</b>
3	Vůbec na nic nemám energii.	0	V současnosti se nezaznamenal

			změnu zájmu o sex.	
16	<b>Změna spánku</b>	1	Mám menší zájem o sex než obvykle.	
0	Nevšiml(-a) jsem si žádných změn u svého spánku.	2	Mám nyní mnohem menší zájem o sex.	
1a	Spím trochu více než obvykle.	3	Úplně jsem ztratil(-a) zájem o sex.	
1b	Spím trochu méně než obvykle.	<b>Bodové roz.</b>	<b>Závažnost</b>	<b>celkem</b>
2a	Spím mnohem více než obvykle.	0-13	minimální	
2b	Spím mnohem méně než obvykle.	14-19	Mírná	
3a	Většinu dne prospím.	20-28	Střední	
3b	Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.	29-63	těžká	



#### Příloha č. 4: Dotazník TAS-20

##### TAS – 20

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

Zaměstnání ..... Vzdělání .....

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

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

## **Příloha č. 5: Ukázka rozhovoru**

- Karta č. 1** „Tak tady je nějaká kancelář nebo jo, asi jo kancelář, vidím tady počítače. dvě osůbky, dvě bytosti. tady ta žena je nějaká smutná, možná, že se pohádaly s tou druhou. no já nevím, co bych ještě řekla. **C1, V2, E1**
- Karta č. 2** „Tak tady je fronta lidí, někde na přepážce, třeba na poště nebo možná v bance. A tady pán něco vyplňuje a ostatní čekají uspořádaně ve frontě, dodržují diskrétní zónu.“ **V2, C1**
- Karta č. 3.** „Tak tady jsme účastníci nějaké začínající porady. Vítání nově příchozího. Žádná debata mezi zúčastněnými, jestli je tam očekává nějaký tvrdý šéf, nebo něco podobného. je tam určité napětí mezi tím. Klasická předporadní atmosféra.“ **A1, C4, V1**
- Karta č. 4** „Tak to bude asi vlak, vlakové nádraží. Čekají na vlak. Nečekají, už tam vlastně je ten vlak. Takže přijel vlak a možná, že tady ten se loučí s tou přítelkyní a bude odjíždět tím vlakem.“ **C1, C2, V2**
- Karta č. 5** „To je podřízený a nadřízený. Ten asi nevím, jestli křičí nebo je naštvaný, nebo něco na toho podřízeného.... Asi víceméně je takový přísný a asi něco mu vyčítá nebo něco. A ten je pořízený schoulený a poslouchá, co mu ten nadřízený říká. Je tam stůl, okno. To je všechno.“ **V1, C1, A2, E3**
- Karta č. 6** „No tak tady už je taková zábava, jako už samozřejmě družnější. Samostatně stojící osoba, která se nechce zúčastnit nějaké společné činnosti nebo hovoru. Buď je to nějaký introvert anebo veliký ostýchavec, anebo nově příchozí. Anebo taky jenom starší, protože má vyšší postavu, než tady ti ostatní zúčastnění. No asi tak“ **V3**
- Karta č. 7** „Tak toto teda nevím. Vůbec. Pojízdny schody, nebo něco takovýho. Fakt nevím. Podle mě, že jsou tam asi pojízdný schody, když ho tady tak vidím, jak kdyby šel dolů, nebo někde v obchodě. Nevím, opravdu nevím.“ **C1**
- Karta č. 8** „Tak tady při práci dvou mužů, jestli je to otec se synem, anebo kamarádi, to už je.... prostě jsou to dva muži, kteří dělají svoji práci, která jim přísluší, že. Tak jsou v činnosti, asi mezi sebou prohodí pár slov, určitě ano, no, jinak by asi natírali každý z jiné strany.“ **A1, C1, V2**
- Karta č. 9** „No tak tady jsou asi milenci, protože ta žena, kterou drží muž kolem pasu je asi těhotná. Asi se setkali s kamarádkou, buď její nebo jeho, tak se baví o nadcházející chvíli, kterou čeká rodička.“ **C1, V4**
- Karta č. 10** „Maminka s miminkem, přistoupí druhá paní a říká jí třeba: „Jé, Vy máte hezké miminko. Kolik má?“ Tak se pustí do řeči, třeba si aji přisedne. Jsou tady na nějakém sídlišti.“ **A1, C4, V4**

**Karta č. 11** „Tady toto je někde ve městě, nebo někde, nebo na chodníku. vzadu normálně jdou lidi a tady bych to viděla tak, že nějaký pán, smekla se mu noha, upadl a druhý se tak jako na něho otočil a má nakročené, že by mu mohl pomoc. No a jinak ty lidi zadní, ty to ani nezajímá. Takže ten pán, tady bych to viděla, že upadl a tady ten, že se po něm otočil a vidím nakročenou nohu, jako kdyby šel k němu.“ **C1, V1**

**Karta č. 12** „Tak to je ložnice, asi. Je to manželská postel, zřejmě. Manželka asi leží a manžel vstává. Má nastavený budík, takže mu zazvonil na šestou hodinu. Asi do práce. A to všechno tady.“ **V1, C1**

## **Příloha č. 6: Informovaný souhlas**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU**

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

***„Základní výzkum projektivní metody zaměřené na vybrané aspekty sociálního zrání osobnosti.“***

---

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je mapování osobnosti a sociálních vztahů člověka. Prosíme Vás o spolupráci na dvou metodách a dvou dotaznících, které Vám budou náležitě vysvětleny. Žádám Vás také o souhlas s administrací a pořízením zvukového záznamu a další úpravou výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru a Vašich odpovědí v testových sešitech. Z účasti na projektu pro Vás nevyplynou žádná rizika. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

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

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

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

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

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

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

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

Jméno a příjmení: ..... Podpis: .....

## Příloha č. 7: Věkové rozložení výzkumného souboru

