

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SOCIÁLNÍ KOGNICE U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

SOCIAL COGNITION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA



Rigorózní práce

Autor:

Mgr. Kristýna Hosáková

Olomouc
2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Sociální kognice u pacientů se schizofrenií“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Děkuji PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. a Ing. Bc. Ondřeji Kysilkovi, Ph.D. za jejich komplementární péči.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

| | |
|---|----|
| Úvod | 5 |
| 1. Schizofrenie | 6 |
| 1.1 Historie..... | 6 |
| 1.2 Epidemiologie a etiologie | 7 |
| 1.3 Subtypy vs. dimenze | 9 |
| 1.4 Diagnostika | 10 |
| 1.5 Průběh | 15 |
| 1.6 Sociální souvislosti | 17 |
| 1.7 Terapie | 21 |
| 2. Sociální kognice..... | 25 |
| 2.1 Vymezení pojmu..... | 25 |
| 2.2 Příbuzné koncepty..... | 26 |
| 2.3 Měření sociální kognice..... | 30 |
| 2.3.1. Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS)..... | 32 |
| 2.4 Výzkumy sociální kognice..... | 34 |
| 3. Sociální kognice u schizofrenie | 36 |

VÝZKUMNÁ ČÁST

| | |
|--|----|
| 4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky | 37 |
| 5. Metodologický rámec výzkumu | 38 |
| 6. Výzkumný soubor..... | 41 |
| 7. Výsledky | 42 |
| 8. Diskuze | 52 |
| 8.1 Diskuze o výsledcích | 52 |
| 8.2 Limity a podněty pro praxi a výzkum..... | 56 |
| 9. Závěry | 57 |
| Souhrn..... | 58 |
| Literatura..... | 61 |

Přílohy

- Příloha 1: Abstrakt rigorózní práce
- Příloha 2: Thesis abstract
- Příloha 3: Pravidla skórování SCORS
- Příloha 4: Seznam zkratk
- Příloha 5: Seznam tabulek

ÚVOD

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které je předmětem zájmu laiků i odborníků již po staletí. Z hlediska psychologie jde o fascinující stav, který nám otevírá možnost vidět lidskou psychiku v situaci extrémního fungování, kdy mobilizuje takové obranné mechanismy, které běžně člověk nevyužívá. Člověku s touto nemocí však působí nezměrnou zátěž – ocitá se ve světě, kterému nerozumí a neorientuje se v něm, což je často spojeno s pocitem strachu a ohrožení. Trpí bludy a halucinacemi, zhoršují se jeho kognitivní schopnosti, může se objevit úzkost či deprese, často ztrácí zaměstnání či ukončuje studium aj. Jedním z významných a závažných důsledků schizofrenie je také narušení vztahů s ostatními lidmi. Existuje řada teorií o tom, proč se tak děje a co přesně vlastně vztahy narušuje. V této práci budou kromě aktuálních poznatků o schizofrenii popsány různé koncepty sociální kognice a jejího narušení u osob se schizofrenií. Cílem výzkumné části práce bude ověřit, které proměnné ovlivňují míru sociální kognice u schizofrenie, jakým způsobem a jaké jsou jejich vzájemné souvislosti.

1. SCHIZOFRENIE

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

1.1 HISTORIE

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

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

Kurt Schneider pak příznaky schizofrenie rozdělil na příznaky prvního a druhého řádu. Příznaky prvního řádu byly velmi důležité v diferenciální diagnostice, protože toto onemocnění jasně odlišovaly od ostatních. Mezi ně řadil např. slyšení rozmlouvajících nebo komentujících hlasů, ozvučování myšlenek, jejich odnímání nebo rozšiřování a vysílání, tělesné prožitky ovlivňování, bludné vnímání aj. Další dělení onemocnění pak provedl např. Crow, který popsal tzv. typ I a typ II, přičemž typ II se oproti typu I

vyznačoval mimo jiné převahou negativních příznaků, jak je společně s pozitivními příznaky vymezila např. Andreasenová (Libiger, 2002). Rozdělení na příznaky pozitivní a negativní, kdy pozitivní příznaky se oproti normě objevují navíc (např. bludy, halucinace, impulzivní chování) a negativní příznaky jsou oproti normě méně vyjádřené (např. ochuzení myšlení, slovní zásoby, emotivity, vůle, sociálních kontaktů, celkové snížení aktivity) se v diagnostice používá dodnes (Kučerová, 2010).

1.2 EPIDEMIOLOGIE A ETIOLOGIE

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

Přes velký technický pokrok v posledních letech není známá jedna základní příčina onemocnění. Předpokládáme multifaktoriální etiologii s působením mnohočetných patogenetických vlivů, tedy že schizofrenie vzniká v důsledku souhry dispozice (vulnerability) a zátěže (stresu). Tato dispozice mívá geneticky podmíněný charakter¹, také však může jít o funkční (např. poruchu systému dopaminu, serotoninu a noradrenalinu) či morfologickou odchylku (např. rozšíření komorového systému a regionální rozšíření mozkových rýh, změny v prefrontální kůře a temporálním laloku). Na ni pak působí zátěž, kterou představují psychologické a sociální faktory (Libiger, 2002). Bebbington a Kuipers (2011) rozlišují dva typy těchto faktorů – může jít o jednorázové zátěžové události, tzv. životní události, a nebo dlouhodobé, opakované události, kde nedochází k potřebné změně,

¹ Vliv dědičnosti se odhaduje mezi 68-89 % (Libiger, 2002).

např. sexuální zneužívání nebo dlouhodobé ponižování. Motlová a Koukolík (2004) dávají vznik schizofrenie do souvislosti s rizikovými vlivy zevního prostředí jako datum narození, resp. sezónní vlivy na těhotenství matky budoucího pacienta, jeho místo narození, prodělané infekce, nutriční faktory, věk otce, migrace aj. Obzvláště riziková je pak kombinace prodělaní chřipky matkou ve 2. trimestru těhotenství a porod na jaře (Libiger, 2002). Velmi aktuálním tématem v oblasti etiologie je také vliv toxoplazmózy na vznik a rozvoj onemocnění (Holub et al., 2013; Yolken, Dickerson, & Fuller Torrey, 2009; Horáček et al., 2012).

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

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

Neurovývojový a neurodegenerativní model vzniku schizofrenie: Z hlediska neurověd se dříve předpokládalo, že schizofrenie je neurodegenerativní onemocnění, které má počátek v dospívání nebo dospělosti a má podobný charakter jako např. Huntingtonova nebo Parkinsonova choroba. Oproti tomu novější neurovývojové pojetí předpokládá, že onemocnění vzniká časně (v pre nebo perinatálním stádiu), příznaky se projevují již v dětství a samotná psychóza je jen jeho dalším stádiem. Předpoklad, že je vloha onemocnění přítomna již od nejranějších stádií, vede ke snaze o časnou diagnostiku s cílem zabránit druhotným změnám vyplývajícím ze vztahu nemocného a nároků okolí.

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

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

1.3 SUBTYPY VS. DIMENZE

Členění onemocnění dle aktuálních příznaků má význam pro komunikaci s nemocnými a diferenciovanou péči o ně (Libiger, 2002) a pro komunikaci lékařů mezi sebou (Kučerová, 2010). V tabulce 1 jsou uvedeny jednotlivé typy schizofrenie tak, jak ji rozlišuje manuál MKN-10.

Tab. 1: Subtypy schizofrenie dle MKN-10

| Typ | MKN-10 |
|------------------------|--|
| Paranoidní | paranoidní bludy, obvykle i sluchové halucinace |
| Hebefrenní | neobvyklé a nepředvídatelné chování, bludy a halucinace, nepřiměřená emotivita, inkoherence |
| Katatonní | psychomotorické poruchy, hyperkineze, stupor, povelový automatizmus, negativizmus, nástavy, flexibilitas cerea |
| Simplexní | pomalý rozvoj zejména negativních příznaků |
| Reziduální | dlouhodobé negativní příznaky po odeznění akutní symptomatiky |
| Nediferencovaná | splňuje kritéria schizofrenie, ale obsahuje rysy více podtypů |

(Světová zdravotnická organizace, 2006).

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

V současnosti se nicméně od dělení schizofrenie na jednotlivé subtypy pomalu upouští. Důvodem je zejména jejich dlouhodobá nestabilita, nízká prognostická validita (Gaebel, 2012) a častá přítomnost příznaků více než jedné formy (Tandon et al., 2013; Tandon & Carpenter Jr., 2012). V manuálu DSM-V je již místo subtypů hodnocena přítomnost a závažnost několika psychopatologických dimenzí. Konkrétně jde o halucinace, bludy, dezorganizovanou řeč, abnormální psychomotorické projevy, negativní symptomy, narušení kognice, deprese a mánie (American Psychiatric Association, 2013). Podobný trend, tedy přechod od subtypů k dimenzionálnímu systému, je připravován i v 11. revizi systému MKN, kde budou zřejmě zavedeny tzv. kvalifikátory, a to konkrétně symptomové, průběhové, kognitivní a funkční (Gaebel, 2012).

1.4 DIAGNOSTIKA

Diagnóza onemocnění je zásadní pro jeho další průběh a postup zdravotníků a je také důležitou informací pro nemocného. Ke stanovení klinické diagnózy je nezbytné studium a cvik. Základem diagnostiky je pečlivé vyšetření anamnézy a duševního stavu. V současné

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

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

Kučerová (2010) popisuje jednotlivé příznaky následovně:

Halucinace, popř. iluze. U halucinací člověk vnímá něco, co neexistuje, u iluzí vnímá existující skutečnost zkresleně. Pacient nejčastěji slyší lidské hlasy, které spolu hovoří, mluví k pacientovi nebo komentují jeho jednání. Hlas může patřit někomu známému i neznámému, může být mužský i ženský. Někdy také pacient slyší jednoduché zvuky, např. hudbu, štěkot psa aj., přičemž všechny halucinace mohou být vnímány různými částmi těla, ne tedy nutně ušima. Intrapsychické halucinace se vyznačují pocitem, že někdo

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

mluví pacientovi přímo v hlavě. Halucinace i iluze mohou být také zrakové, čichové, chuťové, tělové aj.

Paranoidita. Pacient má tendenci vztahovat veškeré změny v okolním prostředí na sebe a paranoidně je interpretovat.

Bludy. Jde o patologickou poruchu myšlení, kdy je nemocný nevyvratně přesvědčen o skutečnosti, která není pravdivá a někdy ani možná. Obvyklé jsou paranoidní bludy, které mohou mít podobu perzekuční (blud pronásledování), emulační (žárlivecký blud), hypochondrickou aj. Časté jsou také religiózní bludy. Pro diagnostiku je zásadní, že blud dominuje v myšlení nemocného a ovlivňuje další psychické funkce.

Inkoherentní řeč. Dochází ke ztrátě gramatických a logických souvislostí myšlenek. Objevuje se též vytváření neologismů, kdy pacient spojuje slova tak, že nedávají pro okolí smysl a nerozumí mu, přestože pro pacienta mohou mít srozumitelný význam.

Pseudofilozofování, plané mudrování. Nemocný stále přemítá o smyslu, dobru a zlu, filozofuje o náboženských otázkách, avšak bez tvůrčí logiky a výsledku.

Vychudlé myšlení. Jde o ztrátu schopnosti používat řeč v rozmanitých variantách. Nemocný se obvykle vyjadřuje jednoduchými větami, případně pouze odpovídá na otázky nebo mlčí. Má omezenou slovní zásobu a vyjadřuje se stereotypně.

Úzkosti, anxietya.

Depresivní prožívání.

Emoční oploštělost, plochost. Ochuzení pružnosti prožitku, zploštění výkyvů radosti a žalu, zmenšení intenzity prožitku a citu, neschopnost mít k někomu či něčemu silný vztah. Člověk se pak jeví jako laxní, chladný, bezcitný, lhostejný či dokonce tupý.

Emoční ambivalence. Stav, kdy nemocný zároveň má i nemá něco rád. Často s tím souvisí ambivalence, kdy dotyčný současně něco chce i nechce.

Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost. Obvykle se projevuje tím, že nemocný mluví vesele o věcech, které veselé nejsou (např. o sebevraždě, smrti člena rodiny), často se u toho také směje.

Apatie. Pacientovi je všechno jedno, nic ho nezajímá a nic nedělá.

Abulie, hypobulie. Oslabení vůle až do míry, že nemocný není schopen vstát, provést osobní hygienu apod. V mírnější formě pociťuje, že by rád něco dělal, ale nemá sílu se do toho pustit, nevydrží u činnosti, rychle se unaví.

Insomnie, hyposomnie, nedostatečný spánek. Velmi častá porucha, která má různorodý průběh. Může jít o poruchu usínání, trhaný spánek i několikadenní naprostou nespavost.

Automutilační a suicidální aktivity. Poměrně časté, příčinou může být běžná událost i jednání pod vlivem bludů.

Agresivita vůči okolí. Často se vyskytuje pod vlivem bludů, kdy je nemocný jejich působením přesvědčen, že dotyčný je vůči němu nepřátelský.

Porucha identity osobnosti. Pacient se současně cítí být sebou samým a někým jiným nebo pouze někým jiným. Může jít o příbuzného, historickou postavu aj.

Psychomotorický neklid. Nadměrná tělesná aktivita bez racionálního podkladu.

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

- (a) Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- (b) Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání.
- (c) Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla.
- (d) Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kulturně nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa).
- (e) Přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců.
- (f) Zarázy nebo vkládání jiného obsahu do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologizmy.
- (g) Katatonní jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor.
- (h) „Negativní“ příznaky, jako je např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity); musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky.
- (i) Výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

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

Dle manuálu DSM-V musí být pro diagnostiku schizofrenie přítomen po dobu jednoho měsíce alespoň jeden z příznaků 1-3 a celkem alespoň dva z příznaků 1-5:

- (1) bludy
- (2) halucinace
- (3) dezorganizovaná řeč
- (4) hrubě dezorganizované nebo katatonní chování
- (5) negativní symptomy (emoční oploštění, abulie)

Dále je přítomný pokles alespoň v jedné oblasti sociálních a pracovních kompetencí (např. práce, mezilidské vztahy, péče o vlastní osobu) a souvislé známky poruchy přetrvávají alespoň šest měsíců včetně možných prodromálních nebo reziduálních příznaků (American Psychiatric Association, 2013).

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

smíšený typ, nicméně oproti schizofrenii nejsou bludy tolik systematizované, po odeznění epizod se neobjevují rezidua a nejsou přítomny negativní symptomy (Libiger, 2002).

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

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

1.5 PRŮBĚH

Stejně jako symptomatika je i průběh onemocnění proměnlivý. Ovlivňuje jej nejen vlastní chorobný proces, ale také medikace, osobnost nemocného, jeho fyziologická výbava a schopnost adaptivního chování, sociální prostředí, intenzivita stimulace aj. V původní definici schizofrenie se progresivně zhoršující průběh objevoval jako hlavní rys nemoci. Dnes jsou však známy případy, kdy dochází ke zlepšení a stabilizaci stavu, ačkoliv se mohou i po několika letech vyskytnout relapsy. Nejproměnlivější je onemocnění ve své počáteční fázi, která spolu s léčbou během prvních pěti let zároveň pravděpodobně určuje ráz dlouhodobého průběhu. Typicky začíná onemocnění v adolescenci a časně dospělosti – v České republice je vrchol výskytu mezi 20. a 24. rokem, celosvětově pak mezi 26. a 27.

rokem. Existuje opakovaně potvrzený rozdíl nástupu nemoci mezi pohlavími. Průměrný věk prvních známek duševního onemocnění je u mužů 24 let, u žen pak 27 let, přičemž první psychotické známky se u mužů průměrně objevují ve 26 letech, u žen pak v 31 letech a první příjem do psychiatrického zařízení je u mužů průměrně ve 28 letech a u žen ve 32 letech. U žen se vyskytuje oproti mužům navíc druhý vrchol incidence kolem 35 let věku (Libiger, 2002).

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

Premorbidní období. U části jedinců se objevují drobné odchylky v motorickém a sociálním vývoji, které se projevují jako poruchy pozornosti, snížený výkon v neuropsychologických testech a sociální stažení. Tato odlišnost má tendenci se prohlubovat, avšak nemá obvykle velmi specifický charakter a může být zcela nenápadná.

Prodromální období. Nespecifické příznaky se stávají nápadnějšími a může dojít ke kontaktu se zdravotnickým zařízením. Objevuje se kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštňené vnímání, sklon ke vztahovačnosti aj. Typické jsou zejména negativní příznaky, např. ztráta spontaneity, emoční stažení a zploštění nebo nemluvnost. Liebermann (in Libiger, 2002) zjistil, že v severní Americe trvá prodromální období před manifestací prvních psychotických příznaků průměrně 99 týdnů.

První psychotická epizoda. Mívá charakter náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, což se projevuje jako psychotické příznaky. Dochází ke změně sociální a pracovní kompetence, která vede ke zneschopnění a často také hospitalizaci pacienta.

Aktivní choroba s relapsy. Po první atace dochází u většiny pacientů k relapsům, jedinou epizodu prodělá pouze 15-22 % nemocných. Období mezi jednotlivými relapsy je různě dlouhé, přičemž může trvat i několik let. Relaps může spočívat v malých symptomatických změnách, návratu či zhoršení psychotické symptomatiky nebo plném klinickém relapsu s hospitalizací (Chan & Ungvari, 2002; in Motlová & Koukolík, 2004). Relaps je častější, pokud se nemocný pohybuje v prostředí s vysokou mírou emocí expresivity (expressed emotions, viz dále), kde je přítomen strach a úzkost pečovatele, tendence obviňovat nemocného a neschopnost se s jeho stavem vyrovnat.

Reziduum. V některých případech dochází k remisi s mírnými reziduálními příznaky, avšak bez dalších akutních atak. Pokud je výsledný stav po proběhnutí onemocnění závažnější, diagnostikuje se *reziduální schizofrenie* (F 20.5), která zahrnuje především negativní příznaky jako zanedbávání zevnějšku, sociální stažení, plochou emotivitu, pasivitu, nedostatek iniciativy. Mohou přetrvávat psychotické symptomy v oslabené podobě, bez emočního náboje. Významně se snižuje odolnost vůči zátěži.

Průběh nemoci je velmi individuální a proměnlivý, s různou délkou jednotlivých období. Jak na základě dlouhodobé klinické praxe konstatuje Kučerová (2010, s. 18): „prostě může to být jakkoli“. Varianty průběhu onemocnění dle Ciompiho a Müllera (1980; in Libiger, 2002) jsou ilustrovány v tabulce 2.

Tab. 2: Formy průběhu schizofrenie

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

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

1.6 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI

Schizofrenie je onemocnění, v jehož vzniku, průběhu, ale i relapsu hraje sociální okolí významnou roli, a na sociální okolí má také výrazný dopad. Jak připomínají Bebbington a Kuipers (2011), počátkem 20. století byl používán pojem reaktivní psychóza, který

implikoval vznik onemocnění právě v důsledku sociálních faktorů. V dalších letech začal být tento termín užíván pouze velmi okrajově³, přesto výzkumy dále identifikují faktory, které zřejmě s rozvojem onemocnění souvisejí, a to zejména traumatické zážitky z dětství. Současné výzkumy se zabývají především fenomény týrání a sexuálního zneužívání, separací od rodičů nebo chtěností dítěte.

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

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

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

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

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

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

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

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

pravděpodobnost získání zaměstnání, a zdravotníci mívají v tomto ohledu často nízká očekávání, což nepůsobí příliš motivačně. Ztráta této skupiny pracovní síly je přitom dražší, než náklady na léčbu onemocnění (Kooyman & Walsh, 2011). Někteří ekonomové se však domnívají, že ztráta pracovní síly nepředstavuje celospolečenskou finanční ztrátu, jelikož tito lidé jsou bez problémů ve svých pracovních místech nahrazeni jinými pracovníky z řad nezaměstnaných (Hosák 2000).

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

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

Nejzávažnějším důsledkem schizofrenie je vysoká předčasná úmrtnost. Dle Browna (1997, 2000; in Kooyman & Walsh, 2011) má nemocný se schizofrenií 2.6krát vyšší pravděpodobnost, že během příštího roku zemře, a tato pravděpodobnost dále stoupá, pokud žije dotyčný bez partnera, je nezaměstnaný a příslušníkem nižší sociální vrstvy. Ohrožující jsou zejména nepřírozené příčiny smrti. Nejvýznamnější příčinou je sebevražda. V jejím důsledku umírá bezmála 50 % pacientů ve věku 16-39 let (Alaraisanen et al., 2009; Ibidem). Riziko suicidálního jednání se v iničiálním stádiu onemocnění pohybuje mezi 20-40 %, celoživotně jde pak o 10 % (Libiger, 2002). Hawton et al. (2005; in Kooyman & Walsh, 2011) ve své metaanalýze identifikují jako rizikové faktory nedávnou ztrátu, pocit duševní dezintegrace, agitaci nebo motorický neklid, nízkou adherenci vůči léčbě, zneužívání léků nebo předchozí depresivní poruchu. Jako rizikový faktor neshledali jinak často ohrožující mužské pohlaví, život bez partnera a požívání alkoholu. Mezi další příčiny smrti patří úrazy (Brown, 1997, Ibidem), vražda⁴ nebo kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby (Laursen et al., 2009; Ibidem).

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

Z celé kapitoly je zřejmé, že schizofrenie výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného. V 80. letech 20. století vedlo zjištění, že pacienti v důsledku sociálních problémů mají nejen omezené finanční prostředky, ale také mezilidské vztahy (Lehman, 1983; in Motlová & Koukolík, 2004), k rozvoji komunitní péče, která směřovala k jejich opětovnému zapojení do společnosti. Laslavia et al. (2002; Ibidem) zjistili, že se zhoršením kvality života významně souvisí paranoidita a depresivní symptomy. Nutno dodat, že situaci nepomáhá ani výrazná stigmatizace onemocnění, kdy emoční reakce na schizofrenii jsou negativní a nemocní jsou považováni za nebezpečné a nepředvídatelné (Angermeyer & Matschinger, 2003; Ibidem). Dle Salokaganse et al. (2001; Ibidem) se nejlépe adaptují vdané pacientky a ženatí pacienti. S kvalitou života jsou celkově spokojenější ženy, bez ohledu na svůj rodinný stav, které také více udržují společenské vztahy a více se věnují užitečné práci.

1.7 TERAPIE

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

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

1. Prodomální stádium. Prodomální stádium může trvat i několik let, přičemž katamnesticky narůstá psychotická symptomatika přibližně rok před první léčbou (Yung & McGorry, 1996; in Motlová & Koukolík, 2004). Protože klinická zkušenost ukazuje, že časná detekce a zahájení léčby může snížit utrpení pacienta a minimalizovat nepříznivé psychosociální dopady schizofrenie, zaměřuje se intervence zejména na prevenci prostřednictvím edukace o duševních chorobách. V praxi je však obtížné rozeznat, že z prodromálních symptomů se vyvine konkrétně schizofrenie. Unáhlená diagnóza

schizofrenie by mohla pacienta výrazně poškodit jak z hlediska účinků nesprávné farmakoterapie, tak z hlediska stigmatizace.

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

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

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

Dickerson a Lehman (2011) shrnují, že mezi evidence-based psychoterapeutické přístupy pro schizofrenii v současné době patří kognitivně-behaviorální terapie, ze které vychází terapie přijetím a angažovaností, dále individuální terapie, podpůrná terapie a terapie pro zvýšení compliance. V posledních letech se využívá také metakognitivní trénink, narativní terapie a terapie všímavostí.

Aktuálním tématem v terapii schizofrenie je trénink kognice a sociálních dovedností, jelikož deficit na úrovni kognitivního i sociálního fungování onemocnění obvykle

doprovází a jde o témata, která výrazně ovlivňují kvalitu života pacienta i jeho blízkých. Těmto oblastem, které jsou v důsledku onemocnění narušeny, se věnuje několik komplexních programů, z nichž blíže budou popsány následující: integrovaný psychoterapeutický program (Integrated Psychological Therapy, IPT), terapie zlepšující kognici (Cognitive Enhancement Therapy, CET) a metakognitivní trénink (Metacognitive Training, MCT).

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

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

MCT se v osmi modulech zaměřuje na běžné chyby v kognitivních procesech, např. chybné vysvětlování si událostí, nedostatečná schopnost vcítit se do druhých, depresivní způsob uvažování nebo přehnaná důvěra ve vlastní paměť. Účastníci se učí zvážit, jaké mají důkazy pro výklad situace určitým způsobem, kriticky zhodnotit, jestli může mít situace i jiný výklad, a jestli na ni reagují adekvátně. Obvykle se MCT provádí ve skupině 3-10 pacientů. Jedno setkání trvá 45-60 minut a mělo by proběhnout dvakrát týdně, aby měl pacient během měsíční hospitalizace šanci projít všechny moduly (Moritz, Woodward, & Možný, 2010).

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

2. SOCIÁLNÍ KOGNICE

2.1 VYMEZENÍ POJMU

Sociální kognice je téma zkoumané již několik desetiletí. Tento pojem v 60. a 70. letech 20. století zahrnoval zejména zkoumání kognitivních procesů ve vztahu k sociálním objektům, v 80. letech pak konkrétněji kognitivních základů sociální percepce a jednání. Až v roce 1984 definoval Thomas Ostrom (in Hardin & Conley, 2001) sociální kognici jako snahu o porozumění závislosti kognice a sociálního jednání, čímž tento termín posunul z působení výhradně kognitivní psychologie na pomezí se sociální psychologií, kde je dodnes (Ibid.).

Protože jde o dlouho zkoumané téma, existuje velké množství definic sociální kognice. Podle Greena et al. (2008) sociální kognice zahrnuje mentální operace, které jsou součástí sociálních interakcí. Jde o procesy vnímání, interpretace a reakce na závěry a chování ostatních. Dá se říci, že sociální kognice je proces přemýšlení a vytváření si dojmů o tom, jací jsou ostatní lidé, jejich přesvědčení a úmysly. Hogarty a Flesher (1999a) ji definují jako schopnost rozumět, předpovídat a vhodně reagovat na myšlenky, pocity a chování sebe i druhých, přičemž nejlépe ji reprezentuje schopnost zaujímat různé perspektivy a rozumět kontextu. Dle Ziva, Leisera a Levine (2011) jde o způsob, jakým lidé myslí, vnímají a vyvozují závěry o duševních a citových stavech jiných lidí. Jednoduchou a srozumitelnou, o to však všeobecnější definici nabízejí Kern a Horan (2010), podle kterých je sociální kognice souhrn dovedností, které lidé používají, aby rozuměli lidem a efektivně s nimi komunikovali.

Všeobecně se do pojmu sociální kognice zahrnují procesy jako vytváření sociálních konceptů a mentálních reprezentací a jejich ověřování, usuzování, vyvozování předčasných závěrů, heuristické operace v nejasných situacích, vytváření předpokladů a stereotypů, role paměti v sociálních událostech, vliv emocí na kognitivní procesy aj. (Moskowitz, 2005; Kunda, 1999).

Green et al. (2008) uvádějí, že je tento koncept obzvlášť zkoumaný u osob se schizofrenií, a to z několika důvodů. Prvním je ověřit, jakým způsobem sociální kognice a problémy v ní ovlivňují, respektive způsobují klinické symptomy jako paranoia, blud kontrolovanosti nebo negativní symptomatiku. Zadruhé se zdá, že sociální kognice je jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují funkční výstup, např. aktivity každodenního

života, hledání práce, navazování a udržování mezilidských vztahů aj. Kromě toho se také zkoumá otázka, zda má sociální kognice povahu spíše osobnostního rysu, anebo je odrazem aktuálního stavu a je více proměnlivá.

Aby získal koncept sociální kognice ostřejší hranice, proběhlo pod záštitou National Institute of Mental Health 28. – 29. 3. 2006 setkání odborníků na téma „Social Cognition in Schizophrenia: Basic Definitions, Methods of Assessment, and Research Opportunities“. Na základě konsenzu z tohoto setkání pak bylo stanoveno, že u osob se schizofrenií bude v rámci sociální kognice zkoumáno následujících 5 oblastí:

- **Teorie mysli** – schopnost rozumět, že ostatní lidé mají různé úmysly, přesvědčení apod.;
- **sociální percepce** – schopnost identifikovat sociální role, pravidla a kontext;
- **sociální vědomosti** – porozumění sociálním rolím, pravidlům, cílům aj.;
- **atribuční zkreslení** – způsob, čemu obvykle lidé připisují příčiny konkrétních událostí;
- **emoční zpracovávání** – vnímání a používání emocí.

Autoři si jsou vědomi, že jednotlivé oblasti se do značné míry překrývají. Například oddělení sociální percepce a sociálních vědomostí je spíše teoretické. U zdravých lidí by také výčet oblastí byl širší, např. byla by zde zahrnuta také sebepercepce, předsudky a stereotypy, empatie aj. Tyto oblasti však obvykle nejsou u osob se schizofrenií zkoumány, a proto je autoři do svého rozdělení nezahrnují (Green et al., 2008).

2.2 PŘÍBUZNÉ KONCEPTY

Jak je zřejmé z předchozí podkapitoly, definice sociální kognice se různí, a tím pádem i částečně překrývají s jinými koncepty, které se také zabývají teoriemi sociálních vztahů. Mezi nejvíce zkoumané a teoreticky dobře podložené patří **Teorie mysli (Theory of Mind, ToM)**. ToM a teorie centrální koherence vycházejí z jevů pozorovaných u autizmu. ToM předpokládá, že lidé s autizmem si neuvědomují, že ostatní lidé mají také mysl, a nejsou schopni rozumět jejich psychických obsahům - mentalizovat je. Nedokáží tedy rozpoznat, co si ostatní myslí, co zamýšlejí nebo v co věří v takové míře, jako běžní lidé. Etiologicky jde zřejmě o neurovývojový deficit (Corcoran, 2001).

Tuto teorii rozpracovala Uta Frith do podoby **teorie centrální koherence**. Frith předpokládá, že lidé s autizmem vnímají detaily daleko výrazněji, než je běžné, avšak na úkor vnímání celku, který nejsou schopni zachytit, a mají tak slabou centrální koherenci

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

Teorie mysli pracuje s termínem **mentalizace**, který se však zkoumá také samostatně. Jde o schopnost rozumět sobě a ostatním z hlediska subjektivních stavů a mentálních procesů (Bateman & Fonagy, 2013). Sprong et al. (2007) mentalizaci definují jako kognitivní schopnosti připisovat jiným lidem záměry, myšlenky a přesvědčení, což umožňuje předvídat, vysvětlovat a měnit jejich chování. Předpokládá se, že se významně odvíjí od raných zkušeností a zejména míry, do jaké si je pečující osoba vědoma duševních stavů dítěte (Bouchard et al., 2008; Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011). Výzkumy ukazují, že schopnost mentalizace u dětí s bezpečnou vazbou k matce je navíc větší, než u dětí bez bezpečné vazby (např. Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998; Humfress, O'Connor, Slaughter, Target, & Fonagy, 2002; Bouchard et al., 2008). Porucha mentalizace u osob se schizofrenií má také svůj měřitelný neurologický korelát (Das, Lagopoulos, Coulston, Henderson, & Malhi, 2012; Pedersen et al., 2012).

Mezi další koncepty, které se zabývají podobným tématem, patří emoční a sociální inteligence.

Emoční inteligence poprvé definovali Salovey a Mayer (1990) jako schopnost vnímat své i cizí pocity a emoce, rozlišovat je a tyto informace pak využívat při svém jednání. Někdy bývá vnímána jako součást sociální kognice, konkrétně emočního zpracování (Green et al., 2008). Hlavní koncept emoční inteligence je zakomponován do testu Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Autoři zde emoční inteligenci dělí do dvou hlavní faktorů – emoční inteligence založená na zkušenosti a strategická emoční inteligence. Každý z těchto faktorů se dělí do dvou dalších oblastí, z nichž každá je měřena dvěma subtesty.

1) Emoční inteligence založená na zkušenosti

- a) vnímání emocí
 - vnímání obličejů
 - vnímání obrázku
- b) využití emocí
 - emoce v myšlení
 - emoce ve vnímání

2) Strategická emoční inteligence

- a) porozumění emocím
 - změny emocí
 - složení emocí
- b) řízení emocí
 - ovládání emocí
 - emoce ve vztazích

Osoby se schizofrenií mají oproti zdravým lidem problémy zejména ve vnímání, porozumění a řízení emocí. Zdá se také, že celková nižší míra emoční inteligence souvisí s pozitivními i negativními příznaky schizofrenie, není však zatím přesně zřejmé jak. Existuje také souvislost mezi emoční inteligencí a zvládnutím aktivit každodenního života, zejména zapojením do pracovního procesu. Celkově jde o široký koncept, který by měl umožnit porozumět deficitům v této oblasti v celé jejich šíři a funkčním propojení (Kee et al., 2009).

Sociální inteligence je koncept zahrnující porozumění druhým a jednání s ostatními, tedy kognitivní i behaviorální složku. Skládá se z komponent jako sociální vnímavost,

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

Empatie byla popsána již počátkem 20. století, a to jako tendence pozorovatele projikovat své obsahy do toho, co pozoruje (Titchener, 1909; Lipps, 1905; in Shur & Shamay-Tsoory, 2010). Později se začala rozlišovat emoční empatie jako emoční odpověď pozorovatele na emoční podněty druhých a sdílení těchto emocí (Mehrabian & Epstein; Ibidem) a kognitivní empatie jako schopnost kognitivního přejímání rolí, tedy předvídání cizích myšlenek, pocitů a jednání (Dymond, 1949; Ibidem). Kognitivní empatií u pacientů se schizofrenií se zabýval např. Cameron (1947, 1951; in Diamond, 1958), který předpokládal její významné narušení oproti zdravým lidem, což potvrdili např. Diamond (1958) za použití Rosenzweigova obrázkového frustračního testu nebo Helfand (1956) s využitím Q třídění. V tomto smyslu je vymezení kognitivní empatie podobné pojetí interpersonální decentrace (viz níže) jakožto kognitivního předpokladu pro rozpoznání emočního stavu druhého, které je nezbytné pro emoční odpověď na tento stav (Jenkins, Čermák, & Fikarová, 2012).

V současnosti provedli výzkum empatie u pacientů se schizofrenií Shur a Shamay-Tsoory (2010), kteří dospěli k závěru, že tito pacienti mají oproti zdravé kontrolní skupině významně nižší schopnost empatie, a to zejména ti s negativními příznaky. Autoři dále zjistili korelaci výsledků v oblasti empatie s některými schopnostmi teorie mysli.

Posledním konceptem, který zde bude popsán, je poměrně málo známá **interpersonální decentrace (ID)**. ID je pojem Melvina Feffera, který vyšel z konceptu Jeana Piageta. Piaget termín decentrace používá se smyslu schopnosti přenášet pozornost na více aspektů najednou, v oblasti socializace pak jako schopnost počítat s rozdíly hledisek mezi mluvčími. Přejít od všeobecné centrace k decentraci zasazuje do období konkrétních operací. Feffer Piagetův termín aplikoval na sociální situace. Egocentrismus charakteristický pro dřívější vývojové fáze v dětství se v sociální interakci projevuje jako neschopnost brát v úvahu vlastní pocity a myšlenky zároveň s pocity a myšlenkami někoho

jiného. Schopnost ID, tedy rozeznávat vlastní a cizí myšlenky a pocity, přichází se zráním a sociální zkušeností. Míra ID vyjadřuje, jak je jedinec schopen rozumět různým aspektům sociálních situací a přizpůsobit tomu své chování. Lidé s nízkou mírou ID se nedokáží na sociální situaci podívat z více úhlů a tím pádem nezvládají přiměřeně přizpůsobit své chování (Leeper, Dobbs, & Jenkins, 2008). Dalo by se říci, že ID je vývojovým předpokladem jevů jako sociální kognice, ToM, empatie aj.

U osob se schizofrenií je ID stabilně nízká a statisticky signifikantně nižší, než u jiných známých souborů. Překvapivě se zdá, že její míra nesouvisí s pohlavím, vzděláním ani závažností onemocnění jedince. Nízká míra interpersonální decentrace je stabilní charakteristika výkonu u hospitalizovaných osob se schizofrenií. Toto zjištění podporuje hypotézu, že se jedná o stabilní osobnostní rys a jeden z možných prodromů rozvoje schizofrenie (Lečbych & Hosáková, 2014).

2.3 MĚŘENÍ SOCIÁLNÍ KOGNICE

Vzhledem k velkému rozsahu pojmu sociální kognice budou v této kapitole popsány ty oblasti konceptu, které jsou relevantní v souvislosti se schizofrenií, a to podle Greenberga et al. (viz kapitola 2.1). Kern a Horan (2010) ke každé oblasti navrhuji způsoby měření tak, jak jsou uvedeny v tabulce 3.

Tab. 3: Testy k měření sociální kognice

| Oblast sociální kognice | Možné testy |
|----------------------------|---|
| Teorie mysli | False Belief Stories False Belief Picture Sequencing Hinting Task Reading the Mind in the Eyes Test The Awareness of Social Inferences Test – Parts 2 and 3 |
| sociální percepcce | Profile of Non-Verbal Sensitivity Social Cue Recognition Test |
| sociální vědomosti | Situational Features Recognition Test Schema Comprehension Sequencing Test-Revised |
| atribuční zkreslení | Attributional Style Questionnaire Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire |

| | |
|----------------------------|---|
| | Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire |
| emoční zpracovávání | Facial Emotion Identification Test Voice Emotion Identification Test Penn Computerized Neurocognitive Battery – Emotion Recognition Test The Awareness of Social Inference Test – Part 1 Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test |

Teorie myslí (ToM) zahrnuje schopnost připisovat ostatním lidem záměry, vlastnosti, přesvědčení atd. Je důležité, aby byl člověk schopen rozeznat mylné přesvědčení (tzv. false belief), humor, ironii, metafory atd. K diagnostice ToM se tradičně používaly metody tužka-papír. Na základě verbálně popsaného či nakresleného příběhu má člověk za úkol odpovědět na sérii otázek, které mají zjistit, zda je schopen odhalit mylné přesvědčení některé z osob v příběhu (*False Belief Storie, False Belief Picture Sequencing*), zda rozumí jejich jednání (*Hinting Task*), rozpoznat jejich prožívání (*Reading the Mind in the Eyes Test*), rozpoznat a porozumět neverbálním a paraverbálním projevům (*The Awareness of Social Inferences Test – Parts 2 and 3*) apod. Mnohé z těchto typů metod se pro dospělé se schizofrenií příliš nehodí, např. proto, že byly primárně určeny pro děti a tím pádem se často objevuje efekt stropu, mají nízkou reliabilitu atd. Velkou nevýhodou těchto metod je také skutečnost, že nezachycují dynamiku sociálních interakcí tak, jak se objevují v každodenním životě.

Sociální percepce se pojímá jako schopnost vnímat sociální role, pravidla, cíle komunikace atd. z kontextu nebo používaných gest. Úkoly zaměřené na sociální percepci tedy zkoumají, zda je jedinec schopen z neverbálních, paraverbálních i verbálních podnětů usuzovat o sociálních situacích (*Profile of Non-Verbal Sensitivity, Social Cue Recognition Test*). Jde tedy o úkoly jako určení nálady člověka, jeho statusu, pravdomluvnosti aj. Často se k tomuto cíli používají videonahrávky, případně obrázky lidí jak samotných, tak v sociální situaci.

Porozumění sociálním rolím, pravidlům atd. je nazýváno **sociální vědomosti**. Měří se např. úkoly, ve kterých má být popsáno chování, které je sociálně vhodné a očekávané (*Situational Features Recognition Test*), nebo seřazením kartiček tak, aby vyprávěly příběh podle očekávaného sociálního schématu (*Schema Comprehension Sequencing Test-Revised*). Tyto typy úkolů mohou být příliš jednoduché a dochází k efektu stropu. Je také

obtížné od sebe prakticky oddělit sociální percepci a sociální vědomosti, neboť jde o dva procesy, které na sebe úzce navazují.

Pojmem **atribuční zkreslení** rozumíme způsob, jakým si člověk vysvětluje příčiny událostí ve svém životě, respektive jestli je připisuje sobě, situaci, nebo ostatním lidem. Měří se nejčastěji dotazníky (*Attributional Style Questionnaire, Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire, Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire*). Lidé se schizofrenií, kteří mají paranoidní nebo perzekuční bludy, mají často tendenci předpokládat, že to, co se jim děje, jim záměrně působí ostatní lidé.

Emoční zpracovávání všeobecně zahrnuje způsob vnímání a používání emocí k adaptivnímu fungování. Bývá měřeno nejčastěji prostřednictvím fotek či zvukových nahrávek lidí, kteří vyjadřují určitou emoci, s cílem tuto emoci správně rozpoznat (*Facial Emotion Identification Test, Voice Emotion Identification Test, Penn Computerized Neurocognitive Battery – Emotion Recognition Test, The Awareness of Social Inference Test – Part 1*). Do této oblasti se řadí i koncept emoční inteligence tak, jak jej pojímají Mayer, Salovey a Caruso (*Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*, viz kapitola 2.2) (Kern & Horan, 2010).

2.3.1. Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS)

Kromě testových metod je možné využít systém skórování sociální kognice Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS), sestavený původně Westenem a v současnosti stále rozvíjený. Tento nástroj čerpá ze dvou zdrojů, a to z výzkumu sociální kognice a z psychoanalytické teorie objektních vztahů. Výzkum objektních vztahů se soustředí především na vývoj reprezentací sebe a ostatních a afektivní procesy, které v souvislosti s těmito reprezentacemi probíhají, a to zejména v souvislosti s patologií. Předpokládá, že vytváření reprezentací sebe i ostatních má vývojový charakter a se zráním se tyto reprezentace stávají čím dál přesnějšími, komplexnějšími, a integrují v sobě i ambivalentní a protikladné aspekty. Zdravý zralý člověk je také schopen vytvářet a udržovat vztahy založené na vzájemných citech a respektu a rozumět příčinám jednání druhých lidí. Výzkum sociální kognice se oproti tomu věnuje spíše procesu zpracovávání informací, kognitivních a sociálních předpokladů a vlivů pro porozumění sociálním situacím, teoriím vytváření vztahů aj., a to zejména u zdravých lidí. Tento systém

skórování je možné použít u jakýchkoliv narativních dat, např. TAT, vyprávění vzpomínek, snů aj. (Westen, 2002).

Koncept sociální kognice v tomto podání zahrnuje následujících 8 oblastí:

- **komplexnost reprezentací druhých (COM)** – míra, jak je člověk schopen rozlišit svou vlastní perspektivu od cizí, a jak komplexně sebe i ostatní vnímá;
- **afektivní kvalita reprezentací (AFF)** – co jedinec očekává od ostatních a jakým způsobem popisuje své vztahy s ostatními;
- **emoční vklad do vztahů (EIR)** – kvalita vztahů s ostatními a ochota do nich emočně investovat;
- **emoční vklad do hodnot a morálních standardů (EIM)** – přítomnost a kvalita témat morálních standardů a vztahu k hodnotám;
- **porozumění sociální kauzalitě (SC)** – porozumění, co je příčinou konkrétního jednání ostatních;
- **prožívání a zvládání agresivních impulzů (AGG)** – míra kontroly vlastních agresivních impulzů a přiměřenost jejich vyjádření;
- **sebedůvěra (SE)** – pozitivita či negativita sebeobrazu s ohledem na jeho realističnost;
- **identita a soudržnost self (ICS)** – vnímaná stabilita a komplexnost vlastní osoby.

Z těchto škál se za povinné považuje prvních 5, nicméně lze každou z nich skórovat i samostatně. Kvalitativně je pak možno vyhodnotit ještě oblast dominantní interpersonální zájmy, tedy pojmenovat, která témata se v příbězích vyskytují, a v jaké míře (Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011; Westen, 2002).

Tyto škály se skórují samostatně, každá dle daných kritérií hodnotou 1-7, kdy 7 je nejvyšší míra projevených znaků dané škály. Velkou výhodou tohoto skórovacího přístupu jsou jeho dobré psychometrické vlastnosti (Stein, Slavin-Mulford, Sinclair, Siefert, & Blais, 2012; Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011; Jenkins, 2008; Westen, 2002).

Metoda SCORS byla použita např. při výzkumu poruch osobnosti trsu B dle DSM-IV (Ackerman, Clemence, Weatherill, & Hilsenroth, 1999), kde bylo zjištěno, že jde o vhodný nástroj k diferenciaci diagnostice dissociální, hraniční a narcistické poruchy osobnosti, že výsledky některých škál SCORS se mezi skupinami statisticky signifikantně liší, a že celkově nejzávažnější ze zkoumaných diagnóz jsou hraniční porucha osobnosti a dissociální porucha osobnosti. U poruch osobnosti trsu B dle DSM-IV lze také na základě

vybraných hodnot SCORS predikovat, jak dlouho bude klient chodit na psychoterapii (Ackerman, Hilsenroth, Clemence, Weatherill, & Fowler, 2000). Zajímavý výzkum s použitím SCORS provedli také Callahan, Price a Hilsenroth (2003), kteří zjistili, že dospělí, kteří byli v dětši sexuálně zneužíváni, se statisticky signifikantně liší v 5 z 8 škál SCORS v porovnání s dospělými, kteří v dětství sexuální zneužívání nebyli.

Je vhodné upozornit, že velmi podobná zkratka, SCoRS, se vyskytuje také v jiném kontextu, a to jako označení metody The Schizophrenia Cognition Rating Scale. Jde o hodnocení celkových kognitivních deficitů u osob se schizofrenií založené na rozhovoru a netýká se tedy výhradně sociální kognice.

2.4 VÝZKUMY SOCIÁLNÍ KOGNICE

Výzkumy sociální kognice se provádějí u různých populací, a to zejména z hlediska dvou teoretických přístupů. Prvním je důraz na vývojový aspekt sociální kognice, a ve výzkumech se tedy objevují jako populace děti, dospívající, dospělí a senioři. Druhým přístupem je zaměření na patologii, u které se předpokládá, že sociální kognici ovlivňuje, a populací pak jsou lidé s různými diagnózami duševních poruch.

Kořeny vývojového přístupu k sociální kognici najdeme u Jeana Piageta, který dále rozvíjel Kurt Fischer aj. Mascolo a Margolis (2004) předpokládají, že sociální dovednosti se rozvíjejí společně s ostatními kognitivními funkcemi. Aby však lidé dokázali využít plný potenciál svých sociálně-kognitivních dovedností, potřebují k tomu podporu svého sociálního okolí. Vývoj sociální kognice tedy neprobíhá přímo a jednoznačně, v navazujících stádiích, ale může být výrazně ovlivněn okolím dítěte. Z tohoto důvodu se opakovaně zkoumá souvislost sociální kognice a citové vazby (Meins, 1997; Steele, Steele, & Johansson, 2002; Stein, Siefert, Stewart, & Hilsenroth, 2011), u dospělých pak i v souvislosti s partnerskými vztahy (Whisman & Allan, 1996). U dospělých a seniorů je zkoumána řada témat, např. vliv sociokulturního prostředí, sociálního zázemí, pohlaví, etnicity, věku, povolání atd. na různé aspekty sociální kognice (Hess & Blanchard-Fields, 1999). Rozsah výzkumů v této oblasti je mimořádně rozsáhlý, což se odvíjí od velmi široké definice samotného pojmu sociální kognice.

V rámci psychopatologie pak bývá nejčastěji zkoumán vztah sociální kognice a schizofrenie (viz kapitola 3), avšak ne výhradně. Výzkumy sociální kognice v souvislosti s různými patologickými stavy vycházejí z předpokladu, že v důsledku nemoci dochází k narušení některých z mnoha okruhů, které sociální kognici – a často i neurokognici – mediuje (Olson, McCoy, Klobusicky, & Ross, 2013). Tento předpoklad byl potvrzen například v souvislosti s depresí, kde je narušena ToM, zpracovávání emocí a mentalizace (Cusi, Nazarov, Holshausen, MacQueen, & McKinnon, 2012; Samame, Martino, & Strejilevich, 2012). Obzvláště zajímavý je z tohoto hlediska výzkum sociální kognice u neurodegenerativních onemocnění (Elamin, Pender, Hardiman, & Abrahams, 2012), kde je možné sledovat vlivy neurodegenerativních procesů v různých stádiích a tím pádem snad v budoucnosti porozumět, jak přesně k narušení sociální kognice dochází. Z podobného důvodu se toto téma zkoumá také u lidí s pervazivními vývojovými poruchami (Di Martino & Catellanos, 2003). V rámci diagnóz z okruhu úzkostných poruch pak bývá narušena zejména schopnost mentalizace a rozpoznávání emocí (posttraumatická stresová porucha) a dochází k atribučnímu zkreslení (sociální fóbie a další úzkostné poruchy) (Plana, Lavoie, Battaglia, & Achima, 2014).

3. SOCIÁLNÍ KOGNICE U SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je onemocnění, u kterého bývá sociální kognice zkoumána velmi často. Logickými předpoklady pro výzkum tohoto tématu je jednak klinická zkušenost, že lidé se schizofrenií mívají v této oblasti problémy, a dále fakt, že schizofrenie s sebou nese narušení kognitivních funkcí, z čehož lze usuzovat, že nějaký druh narušení bude přítomen i v sociální části kognice. Obě tyto skutečnosti jsou výzkumně bohatě zpracovány a narušení sociální kognice i neurokognice bývají považovány za endofenotyp schizofrenie (Mehta, Thirthalli, Subbakrishna, Gangadhar, Eack, & Keshevan, 2013).

Jak bylo uvedeno dříve, při výzkumu sociální kognice se používá pětisložkový model, který zahrnuje oblasti ToM, sociální percepce, sociální vědomosti, atribuční zkreslení a emoční zpracovávání (Green et al. 2008). Stručně řečeno, lidé se schizofrenií a také jedinci rizikovní pro rozvoj schizofrenie mají problémy ve všech těchto oblastech (Piskulic, Addington, & Maruff, 2010; Kern & Horan, 2010; Marwick & Hall, 2008; Thompson, Bartholomeusz, & Yung, 2011), což byl koneckonců důvod, proč byly tyto domény sociální kognice vybrány jako relevantní k výzkumu u schizofrenie.

Prostřednictvím systému SCORS zkoumali sociální kognici u osob se schizofrenií Lysaker, Dimaggio, Daroyanni, Buck, LaRocco, Carcione et al. (2010). Autoři uvádějí výsledky některých použitých škál, a to afektivní kvalita reprezentací (průměrný výsledek = 2,72, SD = 0,40), kapacita pro investice do vztahů a morálních standardů⁵ (průměrný výsledek = 2,09, SD = 0,49) a porozumění sociální kauzalitě (průměrný výsledek 2.32, SD = 0,52). Vysoce spolu korelovaly výsledky škál COM a SC ($r = 0,83$, $p = 0,001$), EIR a SC ($r = 0,66$, $p = 0,0001$) a AFF a EIR ($r = 0,50$, $p = 0,001$). Věk, vzdělání a počet hospitalizací neměl na výsledky SCORS vliv. Více výzkumů využívajících SCORS u osob se schizofrenií se nám v databázích Web of Science a EBSCO nepodařilo dohledat.

⁵ Jde o starší verzi škály SCORS, v současném pojetí je tato škála rozdělena do dvou subškál - emoční vklad do vztahů (EIR) a emoční vklad do hodnot a morálních standardů (EIM).

4. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Jak je popsáno v kapitole 3, četné výzkumy ukazují, že osoby se schizofrenií v oblasti sociální kognice mají problémy, povedlo se však dohledat pouze jeden výzkum, který by k této problematice přistupoval prostřednictvím systému SCORS. Cílem výzkumu bylo popsat úroveň sociální kognice u osob se schizofrenií v pojetí SCORS a ověřit souvislost výsledků SCORS s vybranými faktory. Konkrétně šlo o:

- věk,
- vzdělání,
- závažnost onemocnění,
- pohlaví,
- přítomnost partnerského vztahu.

Celkově jsou tedy zkoumanými faktory základní demografické údaje. Vliv věku byl předpokládán s ohledem na vývojovou povahu konceptu sociální kognice a také skutečnost, že s postupujícím věkem získává člověk více sociálních zkušeností. Souvislost se vzděláním byla očekávána z důvodu, že jde o stimulaci kognitivních funkcí a tím pádem by se mohla projevit i v oblasti sociální kognice. Závažnost onemocnění, která byla pojímána jako poměr počtu atak schizofrenie ku věku, respektive počet hospitalizací ku věku, vychází z předpokladu, že čím je onemocnění závažnější, tím budou nejen všeobecně poškozenější kognitivní funkce, ale také sociální dovednosti jedince. Role pohlaví byla zkoumána pro ověření předpokladu, že ženám se schizofrenií se lépe daří udržovat sociální vztahy a mohly by tedy být v oblasti sociální kognice zdatnější. Obdobný předpoklad byl i u přítomnosti partnerského vztahu, který byl považován za doklad schopnosti vztah navázat a udržet, a mohl by tedy souviset s mírou sociální kognice.

Vzhledem k tomu, že témata, která má výzkum za cíl prozkoumat, nejsou dosud u lidí se schizofrenií důkladně probádána, preferovali jsme výzkumné otázky před formulací hypotéz, které bychom nemohli dostatečně teoreticky podložit.

Byly tedy stanoveny následující výzkumné otázky:

- VO1: Jaká je úroveň sociální kognice v pojetí SCORS u osob se schizofrenií?
- VO2: Jakým způsobem souvisí úroveň sociální kognice v pojetí SCORS u osob se schizofrenií s vybranými faktory?

5. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Všichni participanti byli osloveni buď přímo výzkumníci, nebo personálem zdravotnického zařízení, ve kterém výzkum probíhal (viz kapitola 6). Účastníkům byl představen výzkumný projekt a nabídnuta možnost se jej zúčastnit. Výběr participantů tedy probíhal formou dobrovolného samovýběru. Před zadáním TAT byl každý účastník seznámen s obsahem informovaného souhlasu, který mu zaručoval dobrovolnost účasti ve výzkumu, možnost kdykoliv odstoupit či vzít zpět souhlas se zpracováním dat, a také anonymitu (účastníkům byly přiřazeny identifikační kódy). Podpis informovaného souhlasu byl nezbytnou podmínkou zařazení do výzkumu. Dalšími vstupními kritérii byla diagnóza z okruhu F2 dle MKN-10, věk nad 18 let a aktuálně kompenzovaný stav (schopnost absolvovat vyšetření).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zadávací instrukce ve verzi B, která je vhodná pro děti, dospělé s nižším vzděláním či inteligencí a pacienty s psychotickým onemocněním, byla na základě manuálu k TAT

(Murray, 1943) přeložena následovně: „*Ukážu vám teď nějaké obrázky a vy si ke každému zkusíte vymyslet příběh. Co se stalo, co se děje teď, co ti lidé cítí, o čem přemýšlejí a jak to dopadne. Můžete si vymyslet jakýkoliv příběh.*“

Příběhy byly nahrány a poté přepsány do textového editoru.

Příběhy byly skórovány na 5 škálách SCORS dle aktuálního manuálu (Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011). Byly vybrány tyto škály, dle Westena (2002) považovány za povinné:

- **komplexnost reprezentací druhých (COM)** – míra, jak je člověk schopen rozlišit svou vlastní perspektivu od cizí, a jak komplexně sebe i ostatní vnímá;
- **afektivní kvalita reprezentací (AFF)** – co jedinec očekává od ostatních a jakým způsobem popisuje své vztahy s ostatními;
- **emoční vklad do vztahů (EIR)** – kvalita vztahů s ostatními a ochota do nich emočně investovat;
- **emoční vklad do hodnot a morálních standardů (EIM)** – přítomnost a kvalita témat morálních standardů a vztahu k hodnotám;
- **porozumění sociální kauzality (SC)** – porozumění, co je příčinou konkrétního jednání ostatních.

Skórování probíhá zvláště u každého příběhu TAT, celkem jich tedy bylo na každé škále oskórováno 500 (50 účastníků po 10 příbězích). Všechny škály se skórují na stupnici 1-7, kdy 1 je nejnižší míra dané oblasti sociální kognice a 7 míra nejvyšší. Konkrétní pravidla pro hodnotící kritéria všech použitých škál jsou uvedena v příloze 3.

Výzkumné otázky byly následně zodpovídány za použití Pearsonovy korelace, Spearmanovy korelace a Studentova t-testu. Přestože jednotlivé koncepty sociální kognice nemají normální rozložení, dle centrálního limitního teorému se výběrové rozložení souboru blíží normálnímu i v případě, že jej v původním souboru nepředpokládáme, pokud je $n > 30$. Vzhledem k tomu, že v tomto výzkumu byl počet participantů $n = 50$, bylo teoreticky opodstatněné použít parametrické statistické metody (Hendl, 2006).

6. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvořilo 50 pacientů se schizofrenním onemocněním, z toho 45 pacientů se schizofrenií a 5 s jinou diagnózou z okruhu F2 dle MKN-10 (viz tabulka 4).

Tab. 4: Četnost diagnóz ve výzkumném souboru

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

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

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

7. VÝSLEDKY

Hlavním předmětem výzkumu bylo popsat úroveň sociální kognice u osob se schizofrenií v pojetí SCORS a ověřit souvislost výsledků SCORS s vybranými faktory (věk, délka vzdělání, závažnost onemocnění, pohlaví a přítomnost partnerského vztahu). V této kapitole budou popsány výsledky výzkumu a vyjádření se ke stanoveným výzkumným otázkám.

VO1: JAKÁ JE ÚROVEŇ SOCIÁLNÍ KOGNICE V POJETÍ SCORS U OSOB SE SCHIZOFRENIÍ?

Každému z 50 účastníků výzkumu bylo zadáno 10 tabulí TAT, ke kterým měl vyprávět příběh, celkem bylo tedy skórováno 500 příběhů. Každý z nich byl hodnocen z hlediska 5 konceptů sociální kognice na škále 1-7, kdy 1 je nejnižší míra skórované oblasti sociální kognice a 7 míra nejvyšší. Součet skóreů na každé škále se tedy mohl pohybovat mezi hodnotami 500 - 3500.

V tabulce 5 jsou uvedeny celkové součty dosažených hodnot ve všech 500 příbězích v 5 zkoumaných oblastech. Je zřejmé, že se v příbězích vyskytovaly převážně úrovně 2, 3 a 4, tedy nižší až průměrné. Směrodatná odchylka je nejmenší u škál EIM a SC, kde svědčí o převažující absenci morálních témat (EIM) a tendenci k popisování, že se události „prostě dějí“, bez porozumění proč (SC).

Tab. 5: Výsledky hodnocení SCORS

| | COM | AFF | EIR | EIM | SC |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Součet skóreů | 1305 | 1863 | 1292 | 1908 | 1121 |
| Průměr skóreů | 2,61 | 3,73 | 2,58 | 3,82 | 2,42 |
| Modus | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 |
| SD | 0,92 | 0,90 | 0,80 | 0,70 | 0,70 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

Průměrná hodnota na škále COM je 2,61 a nejčastěji se vyskytovala úroveň 3. Šlo tedy buď o jednovětné, málo obsažné příběhy, kde lidem na tabulích TAT nebyly připisovány vnitřní stavy (skór 2), anebo o příběhy, ve kterých účastníci popisovali osobnost a vnitřní stavy lidí na tabulích jednoduchým, stručným a málo propracovaným způsobem, případně je viděli jako černobíle dobré či zlé (skór 3). V tabulce 6 jsou uvedeny průměrné hodnoty a modus u jednotlivých tabulí TAT. Průměr i modus je nejvyšší u tabule 1 (chlapec s houslemi), nejnižší pak u tabule 2 (lidé pracující na venkově), vesměs však vyvolávaly všechny tabule podobnou úroveň komplexnosti reprezentací druhých.

Tab. 6: Výsledky škály COM

| COM | 1 | 2 | 3BM | 4 | 5 | 6GF | 8BM | 10 | 12M | 13MF |
|---------------|------|-----|------|------|------|------|------|-----|------|------|
| Průměr | 3,08 | 2,2 | 2,86 | 2,54 | 2,62 | 2,54 | 2,48 | 2,4 | 2,64 | 2,74 |
| Modus | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

Na škále AFF byl průměrný skór 3,73 a modus 4. Zde je důležité uvést, že hodnota 4 je mimo jiné skórována, pokud se v příběhu nevyskytuje afektivní kvalita, což byl často případ získaných příběhů (viz tabulka 7). Pokud se vyskytoval skór 3, byly popisované vztahy lidí na tabulích spíše nepříjemné, hostilní a lhostejné, případně byl přítomen prožitek osamělosti. Nejvyšší hodnoty (skór 5) se objevovaly na tabuli 10 (dva objímající se lidé). V příbězích k této tabuli byly nejčastěji popisovány smíšené city s pozitivní i negativní složkou. Tato škála statisticky signifikantně souvisí se závažností onemocnění a délkou partnerského vztahu.

Tab. 7: Výsledky škály AFF

| AFF | 1 | 2 | 3BM | 4 | 5 | 6GF | 8BM | 10 | 12M | 13MF |
|---------------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| Průměr | 3,78 | 4,08 | 3,12 | 3,94 | 3,9 | 3,9 | 3 | 4,5 | 3,86 | 3,18 |
| Modus | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 |

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

Příběhy na škále EIR byly nejčastěji skórovány hodnotou 3, průměr byl 2,58. Vztahy mezi lidmi byly tedy popisovány zejména jako povrchní, mělké, založené jen na společné aktivitě (skór 3), případně byl v příběhu popisován pouze jeden člověk a žádné jeho vztahy s ostatními lidmi nebyly zmíněny (skór 2). Jak je uvedeno v tabulce 8, u tabule 8BM (chlapec s puškou, v pozadí operace) byl nejčastěji dosahován skór 1. V takových příbězích má člověk vztahy bouřlivé a nestabilní a slouží mu především k uspokojování vlastních potřeb.

Tab. 8: Výsledky škály EIR

| EIR | 1 | 2 | 3BM | 4 | 5 | 6GF | 8BM | 10 | 12M | 13MF |
|---------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|------------|-----------|------------|-------------|
| Průměr | 2,18 | 2,58 | 2,12 | 2,9 | 2,4 | 2,82 | 2,08 | 3 | 3,1 | 2,66 |
| Modus | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 |

EIR ... emoční vklad do vztahů

Průměrná hodnota na škále EIM, tedy 3,82, je nejvyšší průměr na všech 5 skórováných škálách. Stejně jako u škály AFF však hodnota 4 značí absenci tématu v příběhu, v příbězích se tedy neobjevovaly zmínky o morálce či hodnotách. Z tabulky 9 je zřejmé, že absence těchto témat byla přibližně stejně častá na všech 10 tabulích.

Tab. 9: Výsledky škály EIM

| EIM | 1 | 2 | 3BM | 4 | 5 | 6GF | 8BM | 10 | 12M | 13MF |
|---------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|------------|-----------|------------|-------------|
| Průměr | 3,66 | 3,94 | 3,74 | 3,96 | 4,02 | 3,9 | 3,52 | 4,02 | 3,74 | 3,66 |
| Modus | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

Poslední hodnocená škála, SC, má naopak celkové skórování hodnoty nejnižší – průměr 2,42 a modus 2, a to shodně na všech tabulích (viz tabulka 10). Tento skór značí, že události v příběhu „se prostě staly“ a není zřejmé porozumění, proč vlastně.

Tab. 10: Výsledky škály SC

| SC | 1 | 2 | 3BM | 4 | 5 | 6GF | 8BM | 10 | 12M | 13MF |
|---------------|------|------|------|------|-----|-----|------|-----|------|------|
| Průměr | 2,52 | 1,96 | 2,26 | 2,22 | 2,3 | 2,4 | 1,96 | 2,1 | 2,28 | 2,42 |
| Modus | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

SC ... porozumění sociální kauzalitě

Celkově tedy můžeme říct, že účastníci výzkumu dosahovali průměrných a nižších hodnot ve všech škálách systému SCORS. Nejčastěji byly příběhy TAT krátké a málo obsažné (COM), bez výraznější či s mírně negativní afektivní kvalitou (AFF), vztahy v nich bývaly popisovány jako mělké a povrchní nebo nebyly vůbec zmíněny (EIR), obvykle se nevyskytovala morální témata (EIM) a události byly popisovány jako že se „prostě dějí“, bez zřejmého porozumění, proč (SC).

VO2: JAKÝM ZPŮSOBEM SOUVISÍ ÚROVEŇ SOCIÁLNÍ KOGNICE V POJETÍ SCORS U OSOB SE SCHIZOFRENIÍ S VYBRANÝMI FAKTORY?

Úroveň sociální kognice jsme dále zkoumali v souvislosti s několika vybranými faktory, a to:

- věkem,
- vzděláním,
- závažností onemocnění,
- pohlavím,
- přítomností partnerského vztahu.

K prozkoumání souvislosti sociální kognice s těmito faktory jsme dle vhodnosti vypočítali Pearsonův korelační koeficient, Spearmanův korelační koeficient či hodnotu Studentova t. Ve všech relevantních případech byl spočítán také koeficient determinace r^2 nebo Cohenovo d k určení velikosti účinku (effect size).

Souvislost úrovně sociální kognice a věku.

Souvislost věku a skóre sociální kognice byla vypočtena s použitím Pearsonova korelačního koeficientu (viz tabulka 11). Mezi zkoumanými proměnnými nebyla nalezena statisticky signifikantní souvislost a předpokládáme tedy, že věk s úrovní sociální kognice v pojetí SCORS nesouvisí.

Tab. 11: Souvislost sociální kognice a věku

| Věk | COM | AFF | EIR | EIM | SC |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| r | -0,24 | -0,08 | -0,18 | 0,03 | -0,27 |
| p | ,091 | ,589 | ,217 | ,855 | ,060 |
| r^2 | 0,058 | 0,006 | 0,032 | 0,001 | 0,073 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

Souvislost úrovně sociální kognice a délky vzdělání.

K ověření souvislosti úrovně sociální kognice s délkou vzdělání byl vypočítán Pearsonův korelační koeficient. Jak ilustruje tabulka 12, délka vzdělání statisticky signifikantně souvisí se škálami EIR a SC a to slabě pozitivně. Hodnoty koeficientu r^2 u těchto dvou škál však naznačují, že jejich efekt je malý.

Tab. 12: Souvislost sociální kognice a vzdělání

| Vzdělání (roky) | COM | AFF | EIR | EIM | SC |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| r | 0,27 | 0,09 | 0,32* | 0,21 | 0,30* |
| p | ,055 | ,552 | ,022 | ,136 | ,035 |
| r² | 0,073 | 0,008 | 0,102 | 0,044 | 0,090 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

** ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,05$*

Souvislost úrovně sociální kognice a závažností schizofrenie.

Proměnná závažnost onemocnění byla definována jako počet atak ku věku pacienta. Z výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu (viz tabulka 13) se ukazuje, že se závažností souvisí středně silně negativně ($r = -0,36$) škála EIR. Velikost efektu škály EIR je stejně jako u souvislosti s délkou vzdělání malá.

Tab. 13: Souvislost sociální kognice a závažnosti schizofrenie

| Závažnost | COM | AFF | EIR | EIM | SC |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| r | -0,02 | -0,27 | -0,36** | -0,27 | -0,13 |
| p | ,916 | ,063 | ,010 | ,061 | ,382 |
| r² | 0,000 | 0,073 | 0,130 | 0,073 | 0,017 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

*** ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,01$*

Souvislost úrovně sociální kognice a pohlaví.

K ověření statisticky významného rozdílu mezi skóry sociální kognice u mužů a žen byl použit Studentův t-test. Statisticky významný rozdíl mezi těmito skupinami se nepotvrdil (viz tabulka 14). Ženy oproti mužům však mají větší rozptyl odpovědí, ve škálách COMM a SC až přibližně dvojnásobně.

V t-testu se hodnota p pohybovala v rozmezí $\langle 0,098; 0,567 \rangle$ a nedosáhla tedy hranice statistické signifikance. Usuzujeme proto, že pohlavní s úrovní sociální kognice SCORS u osob se schizofrenií nesouvisí.

Tab. 14: Souvislost sociální kognice a pohlaví

| | Průměrné skóre ženy | Průměrné skóre muži | t | p | d | SD ženy | SD muži |
|------------|----------------------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------------|----------------|
| COM | 28,50 | 25,17 | 1,69 | ,098 | 0,457 | 9,10 | 4,83 |
| AFF | 36,43 | 37,58 | -1,06 | ,284 | 0,310 | 4,20 | 3,14 |
| EIR | 26,29 | 25,67 | 0,58 | ,567 | 0,171 | 4,05 | 3,14 |
| EIM | 37,57 | 38,39 | -0,81 | ,420 | 0,233 | 4,15 | 2,75 |
| SC | 23,36 | 22,06 | 0,90 | ,375 | 0,245 | 6,58 | 3,62 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

Souvislost úrovně sociální kognice a partnerského vztahu.

Při ověřování souvislosti mezi přítomností partnerského vztahu a úrovní sociální kognice byl použit Studentův t-test. Jak je zřejmé z tabulky 15, statisticky signifikantní rozdíl byl mezi skupinami na škálách COM, EIR a SC – na prvních dvou na hladině významnosti $p < 0,05$, na třetí pak při $p < 0,01$. Velikost efektu je u všech těchto škál silná ($d \in \langle 0,704; 0,877 \rangle$).

Přítomnost partnerského vztahu tedy s úrovní sociální kognice souvisí na 3 škálách systému SCORS (COM, EIR a SC).

Tab. 15: Souvislost sociální kognice a přítomnosti partnerského vztahu

| | Průměr nezadaní | Průměr zadaní | t | p | d | SD nezadaní | SD zadaní |
|------------|----------------------------|--------------------------|----------|----------|----------|------------------------|------------------|
| COM | 24,56 | 29,38 | -2,63 | ,012* | 0,704 | 4,38 | 8,64 |
| AFF | 37,56 | 36,63 | 0,89 | ,379 | 0,285 | 3,80 | 2,61 |
| EIR | 25,03 | 27,56 | -2,61 | ,012* | 0,782 | 3,14 | 3,33 |
| EIM | 37,97 | 38,56 | -0,61 | ,544 | 0,186 | 3,23 | 3,12 |
| SC | 21,09 | 25,25 | -3,26 | ,002** | 0,877 | 3,12 | 5,94 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

* ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,05$

** ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,01$

Pro skupinu účastníků výzkumu, kteří mají partnerský vztah ($N = 16$), byl dále vypočítán Spearmanův korelační koeficient pro ověření souvislosti délky vztahu a výsledků na škálách sociální kognice. Výsledky v tabulce 16 ukazují, že délka vztahu negativně souvisí s výsledky na škálách AFF, EIR a SC a to středně až silně negativně na hladině významnosti $p < 0,05$ u škály AFF a $p < 0,01$ u škál EIR a SC. Škály COM a SC mají dle vypočítaného koeficientu determinace malý efekt ($r^2 \in <0,116; 0,137>$), škála EIR pak efekt střední ($r^2 = 0,423$).

Zatímco tedy přítomnost partnerského vztahu statisticky signifikantně a s velkým efektem souvisí s úrovní sociální kognice na škálách COM, EIR a SC, která je vyšší, než při absenci vztahu, délka vztahu s úrovní sociální kognice souvisí negativně na škálách AFF, EIR a SC, a to s malých až středním efektem.

Tab. 16: Souvislost sociální kognice a délky partnerského vztahu

| | COM | AFF | EIR | EIM | SC |
|----------------|-------|--------|---------|-------|---------|
| Rho | -0,37 | -0,57* | -0,65** | -0,34 | -0,67** |
| p | ,159 | ,021 | ,007 | ,193 | ,005 |
| r ² | 0,137 | 0,325 | 0,423 | 0,116 | 0,449 |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

* ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,05$

** ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,01$

8. DISKUZE

8.1 DISKUZE O VÝSLEDČÍCH

Výsledky tohoto výzkumu jsme srovnali s výsledky výzkumu Lysakera et al. (2010), kteří také hodnotili úroveň sociální kognice u osob se schizofrenií prostřednictvím systému SCORS. V tabulce 17 uvádíme srovnání výzkumných vzorků. Zatímco u Lysakera et al. (Ibidem) šlo o ambulantní pacienty, účastníci našeho výzkumu byli hospitalizovaní v psychiatrických nemocnicích, průměrným počtem hospitalizací však jsou soubory vyrovnané. Účastníci výzkumu Lysakera et al. byli průměrně o 11 let starší a dosáhli o něco vyššího vzdělání. Zásadní odlišnost pak je v etnicitě účastníků výzkumu.

Tab. 17: Srovnání výzkumných souborů Hosáková vs Lysaker et al.

| | Hosáková | Lysaker et al. |
|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Počet participantů | 50 | 37 |
| Aktuální stav | hospitalizovaní pacienti | ambulantní pacienti |
| Průměrný věk | 35,10 | 46,94 |
| Průměrný počet let vzdělání | 11,89 | 12,61 |
| Průměrný počet hospitalizací | 6,66 | 6,84 |
| Etnicita | kavkazská n = 50 | kavkazská n= 15 afroamerická n = 21 jihoamerická n = 1 |

Průměrné výsledky souboru Lysakera et al. jsou celkově nižší, než hodnoty získané v našem výzkumu. Dle Studentova t-testu však mezi výsledky obou výzkumných souborů není statisticky signifikantní rozdíl ($p = 0,08$). Zdá se tedy, že úroveň sociální kognice u osob se schizofrenií je u obou výzkumů shodně nízká, a to přes zásadní rozdíl v etnicitě účastníků výzkumu, která může průběh schizofrenie formovat (Mallett, Leff, Bhurga, Pang, Zhao, & 2002; Jenkins & Schumacher, 1999).

Celkově nízká úroveň sociální kognice v pojetí SCORS u osob se schizofrenií je také v souladu se zjištěními ohledně úrovně interpersonální decentrace (ID), kterou jsme u tohoto výzkumného souboru hodnotili dříve (Lečbých & Hosáková, 2014). ID, tedy

schopnost rozeznávat vlastní a cizí myšlenky, pocity a perspektivy (viz kapitola 2.2), je u osob se schizofrenií stabilně nízká, a to i ve srovnání s jinými klinickými populacemi. Jak ukazuje tabulka 18, s interpersonální decentrací ve všech 3 možných způsobech hodnocení velmi významně souvisejí škály COM, EIR a SC ($r \in \langle 0,42; 0,75 \rangle$). Z hlediska obou konceptů je logická zejména velmi silná korelace ID a škály COM, která v sobě zahrnuje míru, jak je člověk schopen rozlišit svou vlastní perspektivu od cizí, a tedy se schopností ID přímo souvisí. Souvislost porozumění sociální kauzalitě s ID se taktéž jeví jako srozumitelná – se zhoršenou schopností zaujímat různé perspektivy v sociálních situacích může být obtížné sociálním situacím rozumět. Korelace se škálou EIR by pak mohla být výsledkem opakovaného nepochopení sociálních situací. Tyto úvahy však není možné z charakteru korelačního koeficientu potvrdit, jelikož nevypovídá o kauzalitě.

| Tab. 18: Srovnání výsledků SCORS s úrovní interpersonální decentrace | | | | |
|---|----------|-----------|-----------|-----------|
| | | BE | MH | OM |
| COM | r | 0,61*** | 0,75*** | 0,62*** |
| | p | ,000 | ,000 | ,000 |
| AFF | r | 0,02 | 0,02 | 0,03 |
| | p | ,889 | ,878 | ,844 |
| EIR | r | 0,47*** | 0,52*** | 0,42** |
| | p | ,001 | ,000 | ,003 |
| EIM | r | 0,07 | 0,16 | 0,11 |
| | P | ,640 | ,265 | ,446 |
| SC | r | 0,56*** | 0,67*** | 0,48*** |
| | p | ,000 | ,000 | ,000 |

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

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

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

COM ... průměrné výsledky na škále komplexnost reprezentací druhých

AFF ... průměrné výsledky na škále afektivní kvalita reprezentací

EIR ... průměrné výsledky na škále emoční vklad do vztahů

EIM ... průměrné výsledky na škále emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... průměrné výsledky na škále porozumění sociální kauzalitě

*** ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,01$*

**** ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,001$*

V tabulce 19 pro přehlednost shrnujeme zjištěné souvislosti SCORS a zkoumaných proměnných.

Tab. 19: Souvislost škál SCORS se zkoumanými proměnnými

| | COM | AFF | EIR | EIM | SC |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------------|-----|-------------------------|
| Věk | - | - | - | - | - |
| Vzdělání | - | - | * ($r^2 = 0,102$) | - | * ($r^2 = 0,090$) |
| Závažnost onemocnění | - | - | ** ($r^2 = 0,130$) | - | - |
| Pohlaví | - | - | - | - | - |
| Přítomnost partnerského vztahu | * ($d = 0,704$) | - | * ($d = 0,782$) | - | ** ($d = 0,877$) |
| Délka partnerského vztahu | - | * ($r^2 = 0,325$) | ** ($r^2 = 0,423$) | - | ** ($r^2 = 0,449$) |

COM ... komplexnost reprezentací druhých

AFF ... afektivní kvalita reprezentací

EIR ... emoční vklad do vztahů

EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů

SC ... porozumění sociální kauzalitě

* ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,05$

** ... výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti $p \leq 0,01$

Zatímco v našem výzkumu se prokázala statisticky signifikantní souvislost vzdělání a škál EIR a SC a závažnosti onemocnění a škály EIR, Lysaker et al. (2010) žádnou z těchto souvislostí nepotvrdili. Příčina může spočívat jak v některé z odlišných charakteristik obou výzkumných souborů (např. počet účastníků, etnicita, sociokulturní zázemí aj.), tak ve skutečnosti, že tyto proměnné skutečně nemusejí se sociální kognicí příliš souviset. Tato možnost by se mohla týkat zejména souvislosti proměnné vzdělání, u které i v našem výzkumu vyšla na hranici slabé a středně silné korelace a malého účinku ($r = 0,32$; $p = 0,02$; $r^2 = 0,102$) a to konkrétně se škálou EIR. Při teoretické úvaze se souvislost délky vzdělání a míry emoční investice do sociálních vztahů nejeví jako dvě skutečnosti, které by spolu nutně musely silně souviset. Souvislost se závažností onemocnění, která v našem

výzkumu vyšla jako středně silná negativní se slabým účinkem ($r = -0,36$; $p = 0,01$, $r^2 = 0,130$) a v souboru Lysakera et al. (Ibidem) se neprokázala, se naopak jeví jako očekávatelná. Čím je onemocnění závažnější, respektive čím déle trvá a čím vícekrát vyžaduje péči odborníků, tím je na základě výzkumů i klinické zkušenosti pravděpodobnější, že dojde ke snížení úrovně sociální kognice. Na škále EIR by se tato skutečnost projevila jako posun od běžných vzájemných vztahů k mělčím známostem a nezabývání se druhými lidmi. V tomto ohledu je tedy neprokázání souvislosti u Lysakera et al. (Ibidem) a malá velikost účinku v našem výzkumu překvapivé. Je možné, že největší narušení sociální kognice je způsobeno samotným onemocněním schizofrenií a její další průběh už hraje spíše menší roli.

Překvapivým výsledkem je i zjištěná souvislost mezi výsledky SCORS a partnerským vztahem. Sama přítomnost partnerského vztahu se jeví jako pozitivně působící proměnná, která souvisí s lepšími výsledky na škále COM, EIR a SC. Dalo by se tedy říci, že lidé se schizofrenií, kteří mají partnerský vztah, pojmají ostatní komplexněji, jsou ochotni a schopni více emočně investovat do vztahů a lépe rozumí sociální kauzalitě událostí. Toto zjištění je v souladu s předpokladem, že samotná přítomnost partnerského vztahu je dokladem sociálních dovedností, a také vytváří prostředí, kde člověk může své sociální dovednosti více využívat. Zajímavé a překvapivé je však zjištění, že čím déle vztah trvá, tím jsou hodnoty na škálách SCORS nižší, a to konkrétně na škálách AFF, EIR a SC. Na škálách EIR a SC tedy po počátečním zlepšení dochází k následnému zhoršení. Čím déle také vztah trvá, tím nižších výsledků člověk dosahuje na škále AFF. Toto zjištění je snad možno interpretovat jako důsledek situace, kdy člověk díky přítomnosti partnera nemá potřebu vyhledávat společnost, partner za něj může zařizovat každodenní agendu aj. Tyto situace pak mohou vést ke snížení sociálních dovedností, např. k obtížnější orientaci v sociálních situacích či horším zkušenostem z lidských interakcí.

Z analýzy dat se jeví jako nejvýznamnější ze všech škál SCORS škála EIR, která jako jediná souvisí se všemi zkoumanými proměnnými, u kterých byl zjištěn statisticky signifikantní vztah. Zdá se, jako by tyto mělké a povrchní vztahy, které jsou založené spíše na společné aktivitě než sdílených zájmech a pocitech, byly v centru souvislostí s ostatními aspekty sociální kognice a proměnnými, které na ni mohou mít vliv. Toto zjištění však odpovídá problémům v oblasti sociální kognice v každodenním životě lidí se schizofrenií – je to nakonec právě obtížné navazování a udržování hlubokých vztahů s ostatními lidmi, které je tím hmatatelným dopadem narušení sociální kognice v důsledku onemocnění. Je

také v souladu s výzkumy komunikace v rodinách osob se schizofrenií, např. s výzkumem dvojné vazby. Jak uvádějí Bateson, Jackson, Haley a Weakland (1956), vystavování dvojné vazbě vede k narušení komunikačních a metakomunikačních vzorců. Důsledkem interakcí s lidmi je pak neporozumění. Stažení se ze sociálních vztahů a izolace je pak jedním z logických důsledků. Z hlediska Wynneho teorie pseudovzájemnosti by pak povrchní vztahy bez hlubokých citů byly výsledkem tlaku blízkých na neprožívání a nevyjadřování negativních pocitů (Wynne, Ryckoff, Day, & Hirsch, 1958; in Nichols, 2014).

8.2 LIMITY A PODNĚTY PRO PRAXI A VÝZKUM

Mezi hlavní limity výzkumu patří zejména nízká generalizovatelnost jeho výsledků. Specifikem výzkumu je, že účastníci byli získáváni v psychiatrických institucích, kde byli hospitalizováni, a jedná se tedy o prognosticky náročnější soubor. Je možné, že výsledky osob se schizofrenií v ambulantní péči či bez odborné péče by se od zde prezentovaných výsledků lišily. Dále nebyl ve výzkumu systematicky sledován vliv léčby, který by mohl (a měl) mít účinek na úroveň sociální kognice pacientů.

Možnou příčinou zkreslení výsledků může být nezkušenost autorky, která se mohla dopustit zkreslení při skórování. Této situaci jsme se snažili předejít pečlivým teoretickým nastudováním skórování a cvičným skórováním více než 100 příběhů na každé škále dle manuálu Westena (2002).

Systém skórování SCORS se zdá být vhodným nástrojem pro využití v praxi. Skórování na základních 5 škálách je po zacvičení se velmi rychlé a může poskytnout terapeutovi komplexní obrázek o tom, jak klient vnímá svůj sociální svět a do jaké míry mu rozumí. Umožňuje tato zjištění také kvantifikovat a v neposlední řadě celá testová situace může sloužit jako rámec pro terapeutické působení na téma sociální vztahy.

Další výzkumy by se měly soustředit na prozkoumání proměnných, které se v našem výzkumu ukázaly jako slibné, tedy zejména vzdělání, závažnost onemocnění a přítomnost a délka partnerského vztahu, a také dalších relevantních proměnných, např. vlivu farmakoterapie, psychoterapie a nácvikových programů sociálních dovedností. Bylo by také zajímavé ověřit možnosti použití SCORS jako ukazatele účinku terapie zaměřené na sociální dovednosti.

9. ZÁVĚRY

Míra sociální kognice byla zkoumána u osob se schizofrenií na 5 škálách dle systému SCORS (komplexnost reprezentací druhých - COM, afektivní kvalita reprezentací - AFF, emoční vklad do vztahů - EIR, emoční vklad do hodnot a morálních standardů - EIM a porozumění sociální kauzalitě - SC).

Celkově účastníci výzkumu dosahovali průměrných až nižších hodnot ve všech škálách. Nejčastěji byly příběhy TAT krátké a málo obsažné (COM), bez výraznější či s mírně negativní afektivní kvalitou (AFF), vztahy v nich bývaly popisovány jako mělké a povrchní nebo nebyly vůbec zmíněny (EIR), obvykle se nevyskytovala morální témata (EIM) a události byly popisovány jako že se „prostě dějí“, bez zřejmého porozumění, proč (SC).

Byla také zkoumána souvislost výsledků s proměnnými věk, vzdělání, závažnost onemocnění, pohlaví a přítomnost partnerského vztahu. Došli jsme k následujícím závěrům:

Úroveň sociální kognice nesouvisí s věkem ani pohlavím.

Úroveň sociální kognice v dimenzích EIR a SC statisticky signifikantně slabě pozitivně souvisí s délkou vzdělání, jejich velikost efektu je však malá.

Úroveň sociální kognice v dimenzi EIR statisticky signifikantně středně silně negativně souvisí se závažností schizofrenie, velikost efektu je však také malá.

Úroveň sociální kognice je v dimenzích COM, EIR a SC statisticky signifikantně vyšší u osob s partnerským vztahem než u osob bez vztahu, a to s velkým efektem. Čím déle ale vztah trvá, tím horších výsledků dosahují lidé se vztahem na škálách AFF, EIR a SC.

SOUHRN

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které ovlivňuje řadu psychických funkcí, např. myšlení, cítění či jednání. Z výzkumů i klinické praxe vyplývá, že jedním ze symptomů a problémů se schizofrenií spojených je deficit v oblasti sociální kognice. Ta je definována jako způsob, jakým lidé myslí, vnímají a vyvozují závěry o duševních a citových stavech jiných lidí. U osob se schizofrenií patří mezi zkoumané oblasti sociální kognice 5 oblastí, a to *Teorie mysli* (ToM, schopnost rozumět, že ostatní lidé mají různé úmysly a přesvědčení), *sociální percepce* (schopnost identifikovat sociální role, pravidla a kontext), *sociální vědomosti* (porozumění sociálním rolím, pravidlům, cílům aj.), *atribuční zkreslení* (způsob, čemu lidé připisují příčiny konkrétních událostí) a *emoční zpracování* (vnímání a používání emocí). Lidé se schizofrenií mají problém ve všech těchto oblastech.

Jedním ze způsobů, jak sociální kognici měřit, je systém **Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS)**. Jde o způsob vyhodnocování narativních dat na škálách:

- **komplexnost reprezentací druhých (COM)** – míra, jak je člověk schopen rozlišit svou vlastní perspektivu od cizí, a jak komplexně sebe i ostatní vnímá;
- **afektivní kvalita reprezentací (AFF)** – co jedinec očekává od ostatních a jakým způsobem popisuje své vztahy s ostatními;
- **emoční vklad do vztahů (EIR)** – kvalita vztahů s ostatními a ochota do nich emočně investovat;
- **emoční vklad do hodnot a morálních standardů (EIM)** – přítomnost a kvalita témat morálních standardů a vztahu k hodnotám;
- **porozumění sociální kauzalitě (SC)** – porozumění, co je příčinou konkrétního jednání ostatních.

Tyto škály se skórují samostatně, každá dle daných kritérií hodnotou 1-7, kdy 7 je nejvyšší míra projevených znaků dané škály.

Cílem výzkumu bylo popsat úroveň sociální kognice u osob se schizofrenií v pojetí SCORS a ověřit souvislost výsledků SCORS s vybranými faktory, konkrétně věkem, vzděláním, závažností onemocnění, pohlavím a přítomností partnerského vztahu.

Výzkumný soubor tvořilo 50 pacientů hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích se schizofrenním onemocněním, z toho 45 pacientů se schizofrenií a 5 s jinou

diagnózou z okruhu F2 dle MKN-10. Z účastníků výzkumu bylo 36 mužů a 14 žen. Průměrný věk byl 35 let a účastníci měli obvykle 12 let vzdělání. Nejčastější závažnost onemocnění přibližně odpovídala 3 atakám ve věku 20 let nebo 5 atakám ve věku 34 let.

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

Celkově účastníci výzkumu dosahovali průměrných a nižších hodnot ve všech škálách. Nejčastěji byly příběhy TAT krátké a málo obsažné (COM), bez výraznější či s mírně negativní afektivní kvalitou (AFF), vztahy v nich bývaly popisovány jako mělké a povrchní nebo nebyly vůbec zmíněny (EIR), obvykle se nevyskytovala morální témata (EIM) a události byly popisovány jako že se „prostě dějí“, bez zřejmého porozumění, proč (SC).

Byla také zkoumána souvislost těchto škál s proměnnými věk, vzdělání, závažnost onemocnění, pohlaví a přítomnost partnerského vztahu. Došli jsme k následujícím závěrům:

- Úroveň sociální kognice nesouvisí s věkem ani pohlavím.
- Úroveň sociální kognice v dimenzích EIR a SC statisticky signifikantně slabě pozitivně souvisí s délkou vzdělání, jejich velikost efektu je však malá.
- Úroveň sociální kognice v dimenzi EIR statisticky signifikantně středně silně negativně souvisí se závažností schizofrenie, velikost efektu je však také malá.
- Úroveň sociální kognice je v dimenzích COM, EIR a SC statisticky signifikantně vyšší u osob s partnerským vztahem než u osob bez vztahu, a to s velkým efektem. Čím déle ale vztah trvá, tím horších výsledků dosahují lidé se vztahem na škálách AFF, EIR a SC.

Celková úroveň sociální kognice je dle našeho výzkumu nízká, což odpovídá výsledkům jiného výzkumu sociální kognice metodou SCORS u osob se schizofrenií (Lysaker et al., 2010). Je také v souladu s dříve zjištěnou nízkou úrovní jiného konceptu sociální kognice, interpersonální decentrace, kterou jsme u této populace zkoumali.

Jako významná se projevila škála EIR, která jako jediná souvisí jak se všemi subškálami SCORS, tak se všemi zkoumanými proměnnými, u kterých byl zjištěn statisticky signifikantní vztah. Toto zjištění podporuje teorie zabývající se narušením komunikace a vztahů v rodinách osob se schizofrenií, např. výzkum dvojné vazby nebo pseudovzájemnosti.

Mezi hlavní limity výzkumu patří zejména nízká generalizovatelnost jeho výsledků a to zejména v souvislosti se skutečností, že všichni účastníci byli v době provádění výzkumu hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích. Nebyl také systematicky sledován vliv léčby, který by mohl mít účinek na úroveň sociální kognice pacientů.

Systém skórování SCORS se zdá být vhodným nástrojem pro využití v praxi. Poskytuje komplexní obraz o tom, jak klient vnímá svůj sociální svět a do jaké míry mu rozumí a umožňuje tato zjištění kvantifikovat.

Další výzkumy by se měly soustředit na prozkoumání proměnných, které se v našem výzkumu ukázaly jako slibné, tedy zejména vzdělání, závažnost onemocnění a přítomnost a délka partnerského vztahu, a také dalších relevantních proměnných, např. vlivu farmakoterapie, psychoterapie a nácvikových programů sociálních dovedností. Bylo by také zajímavé ověřit možnosti použití SCORS jako ukazatele účinku terapie zaměřené na sociální dovednosti.

LITERATURA

- 1) Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Weatherill, R., & Hilsenroth, M. J. (1999). Use of the TAT in the Assessment of DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 422-448. doi: 10.1207/S15327752JPA7303_9
- 2) Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Clemence, A. J., Weatherill, R., & Fowler, J. C. (2000). The effects of social cognition and object representation on psychotherapy continuation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), 386-408.
- 3) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 4) Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). *Mentalization-Based Treatment*. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. doi: 10.1080/07351690.2013.835170
- 5) Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-254.
- 6) Bebbington, P. E., & Kuipers, E. (2011). Schizophrenia and Psychosocial Stresses. In D. R. Weinberger, & P. J. Harrison (Eds.). *Schizophrenia* (601-624). Chichester: John Wiley & Sons.
- 7) Bellak, L. (1971). The Thematic Apperception Test and The Children's Apperception Test in clinical use. New York: Grune & Stratton.
- 8) Bender, L. (1953). Childhood Schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 27(1-4), 663-681. doi: 10.1007/BF01562517
- 9) Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of Mind Impairment in Schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109, 1-9. doi: 10.1016/j.schres.2008.12.020
- 10) Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in Adult Attachment Narratives: Reflective Functioning, Mental States, and Affect Elaboration Compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66. doi:10.1037/0736-9735.25.1.47
- 11) Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(1), 21-26.
- 12) Briskman, J., Happé, F., & Frith, U. (2001). Exploring the Cognitive Phenotype of Autism: Weak „Central Coherence“ in Parents and Siblings of Children with Autism: I.

- Experimental Tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 299-307. doi: 10.1111/1469-7610.00723
- 13) Brüne, M. (2005). „Theory of Mind“ in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42. doi: 10.1093/schbul/sbi002
 - 14) Callahan, K. L., Price, J. L., & Hilsenroth, M. J. (2003). Psychological Assessment of Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse Within a Naturalistic Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 80(2), 173-184. doi: 10.1207/S15327752JPA8002_06
 - 15) Corcoran, R. (2001). Theory of Mind and Schizophrenia. In P. W. Corrigan, & D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia* (149-174). Washington, DC: American Psychological Association.
 - 16) Cusi, A. M., Nazarov, A., Holshausen, K., MacQueen, G. M., & McKinnon, M. C. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 37(3), 154-169. doi: 10.1503/jpn.100179
 - 17) Das, P., Lagopoulos, J., Coulston, C. M., Henderson, A. F., & Malhi, G. S. (2012). Mentalizing Impairment in Schizophrenia: A Functional MRI Study. *Schizophrenia Research*, 134(2-3), 158-164. doi:10.1016/j.schres.2011.08.019
 - 18) Di Martino, A., & Castellanos, F. X. (2003). Functional neuroimaging of social cognition in pervasive developmental disorders: a brief review. *Roots of Mental Illness in Children*, 1008, 256-260. doi: 10.1196/annals.1301.027
 - 19) Diamond, D. M. (1958). Role-taking Ability and Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 321-324. doi: 10.1002/1097-4679(195807)14:3<321::AID-JCLP2270140331>3.0.CO;2-U
 - 20) Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2011). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(8), 520-526. doi: 10.1097/01.nmd.0000195316.86036.8a
 - 21) Elamin, M., Pender, N., Hardiman, O., & Abrahams, S. (2012). Social cognition in neurodegenerative disorders: a systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 83(11), 1071-1079. doi: 10.1136/jnnp-2012-302817
 - 22) Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The Widening Scope of Mentalizing: A Discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 98-110. doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x
 - 23) Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neurology of Schizophrenia*. Psychology Press.

- 24) Gaebel, W. (2012). Status of Psychotic Disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 895-898. doi: 10.1093/schbul/sbs104
- 25) Glynn, S., & MacKain, S. (1992). Training life skills. In D. J. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (393-406). London: Chapman & Hall.
- 26) Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., et al. (2008): Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220. doi: 10.1093/schbul/sbm145
- 27) Hardin, C. D., & Conley, T. D. (2001). A Relational Approach to Cognition: Shared Experience and Relationship Affirmation in Social Cognition. In G. B. Moskowitz (Ed.), *Cognitive Social Psychology: The Princeton Symposium on the Legacy and Future of Social Cognition* (3-18). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- 28) Harrington, L., Siegert, R., & McClure, J. (2005). Theory of Mind in Schizophrenia: A Critical Review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(4), 249-286. doi: 10.1080/13546800444000056
- 29) Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 30) Helfand, I. (1956). Role Taking in Schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 20(1), 37-41. doi: 10.1037/h0048980
- 31) Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat : analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- 32) Hogarty, Q. E., & Flesher, S. (1999a). Developmental Theory for a Cognitive Enhancement Therapy of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 677-692.
- 33) Hogarty, Q. E., & Flesher, S. (1999b). Practice Principles of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 693-708.
- 34) Holub, D., Flegr, J., Dragomirecká, E., Rodriguez, M., Preiss, M., Novák, T., ... Motlová, L. B. (2013). Differences in onset of disease and severity of psychopathology between toxoplasmosis-related and toxoplasmosis-unrelated schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 227-238. doi: 10.1111/acps.12031
- 35) Horáček, J., Flegr, J., Tintěra, J., Verébová, K., Španiel, F., Novák, T., ... Höschl, C. (2012). Latent Toxoplasmosis Reduces Gray Matter Density in Schizophrenia but Not in Controls. Voxel-based-morphometry (VBM) Study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13(7), 501-509. doi: 10.3109/15622975.2011.573809

- 36) Hosák, L. (2000). *Farmakoekonomika v psychiatrii*. Praha: Galén.
- 37) Hosák, L., Šilhán, P., & Hosáková, J. (2012a). Genomic Copy Number Variations: A Breakthrough in Our Knowledge on Schizophrenia Etiology?. *Neuroendocrinology Letters*, 33(2), 183-190.
- 38) Hosák, L., Šilhán, P., & Hosáková, J. (2012b). Využití endofenotypů v genetickém výzkumu schizofrenie. *Psychiatrie*, 16(3), 157-166.
- 39) Humfress, H., O'Connor, T. G., Slaughter, J., Target, M., & Fonagy, P. (2002). General and Relationship-specific Models of Social Cognition: Explaining the Overlap and Discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 873-883.
- 40) Jenkins, J. H., & Schumacher, J. G. (1999). Family burden of schizophrenia and depressive illness - Specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. *British Journal of Psychiatry*, 174, 31-38. doi: 10.1192/bjp.174.1.31
- 41) Jenkins, S. R., Čermák, I., & Fikarová, T. (2012). Koncept interpersonální decentrace v interpretaci příběhů evokovaných Tematicko-apercepčním testem: případ Lucie. In I. Čermák, & T. Fikarová (Eds.), *Tematicko-apercepční test: interpretační perspektivy* (87-120). Nové Zámky: PSYCHOPROF.
- 42) Jenkins, S. R. (2008). Introduction: Why „Score“ TATs, Anyway?. In S. R. Jenkins (Ed.), *A Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques* (3-38). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- 43) Kangová, S. M., Dayová, J. D., & Mearová, N. M. (2007). Sociální a emoční inteligence: zahájení diskuse o jejich podobnostech a rozdílech. In R. Schulze, & R. D. Roberts (Eds.), *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací* (111-125). Praha: Portál.
- 44) Kee, K. S., Horan, W. P., Salovey, P., Kern, R. S., Sergi, M. J., Fiske, A. P., et al. (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107, 61-68. doi: 10.1016/j.schres.2008.08.016
- 45) Kern, R. S., & Horan, W. P. (2010). Definition and Measurement of Neurocognition and Social Cognition. In V. Roder & A. Medalia (Eds.), *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment* (1-22). Basel: Karger.
- 46) Kirkpatrick, B., & Galderisi, S. (2008). Deficit Schizophrenia: An Update. *World Psychiatry*, 7(3), 143-147.

- 47) Kooyman, I., & Walsh, E. (2011). Societal Outcomes in Schizophrenia. In D. R. Weinberger, & P. J. Harrison (Eds.), *Schizophrenia* (644-665). Chichester: John Wiley & Sons.
- 48) Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- 49) Kunda, Z. (1999). *Social Cognition: Making Sense of People*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- 50) Lečbych, M., & Hosáková, K. (2014). Posouzení interpersonální decentrace u hospitalizovaných osob se schizofrenií metodou Tematického apercepčního testu. *Československá psychologie*, 58(2), 98-106.
- 51) Leeper, M., Dobbs, L., & Jenkins, S. R. (2008). Melvin Feffer's Interpersonal Decentering. In S. R. Jenkins (Ed.), *A handbook of clinical scoring systems for thematic apperceptive techniques* (149-156). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- 52) Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. In C. Höschl, J. Libiger, & J. Švestka (Eds.), *Psychiatrie* (341-401). Praha: Tigis.
- 53) Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Daroyanni, P., Buck, K. D., LaRocco, V. A., Carcione, A., & Nicolo, G. (2010). Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: Associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 303–315. doi: 10.1348/147608309X481117
- 54) Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.
- 55) Mallett, R., Leff, J., Bhurga, D., Pang, D., & Thao, J. H. (2002). Social environment, ethnicity and schizophrenia - A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 329-335. doi: 10.1007/s00127-002-0557-4
- 56) Marwick, K., & Hall, J. (2008). Social cognition in schizophrenia: a review of face processing. *British Medical Bulletin*, 88(1), 43-58. doi: 10.1093/bmb/ldn035
- 57) Mascolo, M. F., & Margolis, D. (2004). Social cognition as a mediator of adolescent development: A coactive systems approach. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(4), 289-302. doi: 10.1080/17405620444000256
- 58) Mehta, U. M., Thirhalli, J., Subbakrishna, D. K., Gangadhar, B. N., Eack, S. M. & Keshevan, M. S. (2012). Social and neuro-cognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 148(1-3), 3-11. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.009

- 59) Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- 60) Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of Attachment as a Predictor of Symbolic and Mentalising Abilities: A Longitudinal Study. *Social Development*, 7(1), 1-24.
- 61) Moritz, S., Woodward, T. S., & Možný, P. (2010). *Metakognitivní trénink pro pacienty se schizofrenií (MKT)*. VanHam Campus Press.
- 62) Moskowitz, G. B. (2005). *Social Cognition: Understanding Self and Others*. New York: The Guilford Press.
- 63) Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- 64) Nichols, M. P. (2014). *Family Therapy: Concepts and Methods*. Harlow: Pearson.
- 65) Olson, R., McCoy, D., Klobusicky, E., & Ross, L. A. (2013). Social cognition and the anterior temporal lobes: a review and theoretical framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(2), 123-133. doi: doi:10.1093/scan/nss119
- 66) Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divěky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 74-79.
- 67) Pedersen, A., Koelkebeck, K., Brandt, M., Wee, M., Kueppers, K., Kugel, H., & ... Ohrmann, P. (2012). Theory of Mind in Patients with Schizophrenia: Is Mentalizing Delayed?. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 224-229. doi:10.1016/j.schres.2012.02.022
- 68) Piskulic, D., Addington, J., & Maruff, P. (2010). Social cognition in schizophrenia: a quantitative review of the literature. *Schizophrenia Research*, 117(2-3), 413-414. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.760
- 69) Plana, I., Lavoie, M.-A., B., M., & Achima, A. M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 169-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.005>
- 70) Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- 71) Samame, C., Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2012). Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 266-280. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01808.x

- 72) Searles, H. F. (1959). The Effort to Drive the Other Person Crazy: An Element in the Aetiology and Psychotherapy of Schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 1-18. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00463.x
- 73) Seifertová, D., Libiger, J., Švestka, J., Mohr, P. & Praško, J. (2004). Schizofrenie. In D. Seifertová, J. Praško, J., & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch* (pp. 47-65). Praha: Academia Medica Pragensis.
- 74) Shur, S., & Shamay-Tsoory, S. G. (2010). *Emotion and social cognition in schizophrenia: What is going through the brains of patients with schizophrenia during social interactions? – a neuropsychological investigation*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing AG & Co. KG.
- 75) Spaulding, W. D., & Poland, J. S. (2001). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Enhancing Social Cognition by Strengthening Neurocognitive Functioning. In P. W. Corrigan, & D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia* (217-247). Washington, DC: American Psychological Association.
- 76) Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of Mind in Schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13. doi: 10.1192/bjp.bp.107.035899
- 77) Steele, M., Steele, H., & Johansson, M. (2002). Maternal predictors of children's social cognition: an attachment perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 861-872. doi: 10.1111/1469-7610.00096
- 78) Stein, M., Hilsenroth, M., Slavin-Mulford, J., & Pinsker, J. (2011). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G; 4th ed.)*. (Nepublikovaný rukopis). Boston, MA: Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School.
- 79) Stein, M. B., Siefert, C. J., Stewart, R. V., & Hilsenroth, M. J. (2011). Relationship between the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) and attachment style in a clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(6), 512-523. doi: 10.1002/cpp.721
- 80) Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., Sinclair, S. J., Siefert, C. J., & Blais, M. A. (2012). Exploring the Construct Validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 533–540. doi: 10.1080/00223891.2012.668594
- 81) Světová zdravotnická organizace. (2006). Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

- 82) Syřišťová, E. (1977). *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta.
- 83) Tandon, R., & Carpenter Jr., W. T. (2012). DSM-5 Status of Psychotic Disorders: 1 Year Prepublication. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 369-370. doi: 10.1093/schbul/sbs048
- 84) Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ... Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 3-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
- 85) Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- 86) Thompson, A. D., Bartholomeusz, C., & Yung, A. R. (2011). Social cognition deficits and the 'ultra high risk' for psychosis population: a review of literature. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(3), 199-202. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00275.x
- 87) Westen, D. (2002). *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS): Manual for Coding TAT Data*. Michigan: University of Michigan.
- 88) Weiss, L. A. (2009). Autism Genetics: Emerging Data from Genome-wide Copy Number and Single Nucleotide Polymorphism Scans. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, 9(8), 795-803. doi: 10.1586/erm.09.59
- 89) Whisman, M. A., & Allan, L. E. (1996). Attachment and social cognition theories of romantic relationships: Convergent or complementary perspectives?. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13(2), 263-278. doi: 10.1177/0265407596132006
- 90) Wolff, S., & Chess, S. (1964). A Behavioural Study of Schizophrenic Children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 40(4), 438-466. doi: 10.1111/j.1600-0447.1964.tb07496.x
- 91) Wynne, L. C., Ryckoff, I. M, Day, J., & Hirsch, S. I. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- 92) Yolken, R. H., Dickerson, F. B., & Fuller Torrey, E. (2009). Toxoplasma and Schizophrenia. *Parasite Immunology*, 31, 706-715. doi: 10.1111/j.1365-3024.2009.01131.x
- 93) Ziv, I., Leiser, D., & Levine. J. (2011). Social Cognition in Schizophrenia: Cognitive and Affective Factors. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16, 71-91.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1: ABSTRAKT RIGORÓZNÍ PRÁCE

Název práce: Sociální kognice u pacientů se schizofrenií

Autor práce: Mgr. Kristýna Hosáková

Počet stran a znaků: 60 stran, 110 900 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 93

Abstrakt: Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které ovlivňuje řadu psychických funkcí. Nese s sebou také problémy v oblasti sociální kognice, tedy způsobu, jakým lidé myslí, vnímají a vyvozují závěry o duševních a citových stavech jiných lidí. Jednou z metod, jak sociální kognici měřit, je systém Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS), který lze použít u příběhů Tematicko-apercepčního testu (TAT). Jde o způsob vyhodnocování narativních dat na škálách komplexnosti reprezentací druhých, afektivní kvalita reprezentací, emoční vklad do vztahů, emoční vklad do hodnot a morálních standardů a porozumění sociální kauzalitě. Cílem výzkumu bylo popsat úroveň sociální kognice u osob se schizofrenií v pojetí SCORS a ověřit souvislost těchto výsledků s vybranými faktory. Nejčastěji byly příběhy TAT krátké a málo obsažné, bez výraznější či s mírně negativní afektivní kvalitou, vztahy v nich bývaly popisovány jako mělké a povrchní nebo nebyly vůbec zmíněny, obvykle se nevyskytovala morální témata a události byly popisovány jako že se „prostě dějí“, bez zřejmého porozumění, proč. Bylo zjištěno, že úroveň sociální kognice statisticky signifikantně souvisí s délkou vzdělání, závažností schizofrenie a přítomností partnerského vztahu. Další výzkumy by se měly soustředit na systematické sledování vlivu terapie na sociální kognici.

Klíčová slova: schizofrenie, sociální kognice, projektivní metody, Tematicko-apercepční test, SCORS

PŘÍLOHA 2: THESIS ABSTRACT

Title: Social Cognition in Patients with Schizophrenia

Author: Mgr. Kristýna Hosáková

Number of pages and characters: 60 pages, 110 900 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 93

Abstract: Schizophrenia is a severe psychotic disorder that causes problems in various psychological functions. One of them is social cognition, the way how people think, perceive and infer conclusions about mental and emotional states of others. One of the assessment techniques is the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) that may be used to evaluate the data obtained from Thematic Apperception Test (TAT). It is scored on the following scales: complexity of representation of people, affective quality of representations, emotional investment in relationships, emotional investment in values and moral standards and understanding social causality. The purpose of this research was to describe the level of social cognition in people with schizophrenia and verify its connection to relevant factors. The majority of TAT stories were short with little substance, with none or slightly negative affective quality, the relationships were described as shallow or were not mentioned at all, there were usually no moral concerns and social events were described as if they just happened, with little understanding why people behave the way they do. There is a significant connection between the level of social cognition and education, severity of schizophrenia and relationship status. Future research should systematically observe and evaluate the influence of therapy on social cognition.

Key words: schizophrenia, social cognition, projective methods, Thematic Apperception Test, SCORS

PŘÍLOHA 3: PRAVIDLA SKÓROVÁNÍ SCORS

Skórování jednotlivých subškál probíhá podle daných pravidel. Všechny subškály se skórují na škále 1-7, kdy 1 je nejnižší míra hodnoceného konceptu a 7 míra nejvyšší. Skórují se úrovně 1, 3, 5 a 7, úrovně 2, 4 a 6 se používají zejména jako mezistupně, když se hodnotitel nemůže rozhodnout pro žádnou z lichých úrovní nebo skórované téma není v příběhu přítomno. Popsaná pravidla skórování pocházejí z manuálů (Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011; Westen, 2002).

Komplexnost reprezentace druhých (COM)

Komplexnost reprezentací druhých hodnotí míru, jak je člověk schopen rozlišit svou vlastní perspektivu od cizí a jak komplexně sebe i ostatní vnímá. Pravidla skórování jsou uvedena v tabulce 20.

Tab. 20: Pravidla skórování škály COM

| Úroveň | Popis úrovně |
|--------|--|
| 1 | Je egocentrický nebo zaměřuje své myšlenky, pocity aj. za myšlenkami, pocity aj. jiných lidí. Komplexnost reprezentací druhých je významně narušená. |
| 2 | Méně narušená komplexnost reprezentací druhých, příběhy bez zmíněných vnitřních stavů, jednoduché jednovětné příběhy. |
| 3 | Osobnost a vnitřní stavy ostatních popisuje málo rozpracovaně, jednoduše, nebo je štěpí na dobré-špatné. Krátké a jednoduché příběhy, kde na akci navazuje reakce. |
| 5 | Reprezentace sebe a ostatních jsou stereotypní nebo konvenční, dokáže integrovat své i cizí dobré a špatné stránky, rozumí svému vlivu na ostatní. |
| 7 | Jeho myšlení je psychologicky bohaté, je schopen vzhledu do sebe i ostatních, projevuje významnou komplexitu. |

Afektivní kvalita reprezentací (AFF)

Tato škála ukazuje, co jedinec očekává od ostatních a jakým způsobem popisuje své vztahy s ostatními. Pravidla skórování jsou uvedena v tabulce 21.

Tab. 21: Pravidla skórování škály AFF

| Úroveň | Popis úrovně |
|--------|---|
| 1 | Vztahy jsou špatné, ubližující, škodící, zneužívající. Konkrétní událost musí být popisována jako že se právě děje, nebo musí jít o centrální téma příběhu. |
| 3 | Vztahy vnímá jako negativní a nepříjemné, ale ne zneužívající. |
| 4 | Příběhy, ve kterých není afektivní kvalita zřejmá nebo uvedena. |
| 5 | Smíšený popis vztahů, musí obsahovat pozitivní prvek, může být zmíněn i prvek negativní. |
| 7 | Od vztahů má vesměs pozitivní očekávání, vnímá je kladně. |

Emoční vklad do vztahů (EIR)

Škála emoční vklad do vztahů popisuje kvalitu vztahů s ostatními a ochotu do nich investovat. Pravidla skórování jsou uvedena v tabulce 22.

Tab. 22: Pravidla skórování škály EIR

| Úroveň | Popis úrovně |
|--------|---|
| 1 | Zaměřuje se primárně na své vlastní potřeby, má jen málo vztahů, pokud nějaké, a bývají bouřlivé. |
| 2 | Příběhy, ve kterých je zmíněn pouze jeden charakter a není popsán žádný vztah. |
| 3 | Povrchní vztah, který není blíže popsán, či pouhá zmínka o blíže nespecifikovaných „ostatních“. |
| 5 | Konvenční popisy přátelství, péče, lásky, empatie. |
| 7 | Hluboké a oddané vztahy, sdílení emocí, intimity a respektu, oceňování ostatních. |

Emoční vklad do hodnot a morálních standardů (EIM)

Tato škála hodnotí přítomnost a kvalitu témat morálních standardů a vztahu k hodnotám. Pravidla skórování jsou uvedena v tabulce 23.

Tab. 23: Pravidla skórování škály EIM

| Úroveň | Popis úrovně |
|--------|--|
| 1 | Sobecké, bezohledné nebo požitkářské chování či agresivita bez známky pocitů viny. |
| 3 | Známka zvnitřnění alespoň nějakých pravidel, např. vyhýbání se špatným činům kvůli obavě |

| | |
|----------|--|
| | z trestu, případně projevy morální rigidity a přísnosti vůči sobě i ostatním. |
| 4 | Nepřítomnost morálních témat. |
| 5 | Člověk investuje do jistých morálních pravidel a snaží se podle nich žít. |
| 7 | Přemýšlí o morálních otázkách s použitím abstraktního myšlení a je ochotný zpochybnit konvenční morální pravidla. V jednání může být přítomen upřímný soucit a ohleduplnost. |

Porozumění sociální kauzalitě (SC)

Škála porozumění sociální kauzalitě hodnotí, do jaké míry člověk rozumí, co je příčinou konkrétního jednání ostatních. Pravidla skórování jsou uvedena v tabulce 24.

Tab. 24: Pravidla skórování škály SC

| Úroveň | Popis úrovně |
|---------------|--|
| 1 | Interpersonální zkušenosti jsou zmatené, roztržité, nesrozumitelné, nekoherentní. Extrémní dezorganizace, nekonzistence nebo protikladnost. Jednovětné příběhy bez příčiny a následku. |
| 2 | Méně závažná dezorganizace a nekonzistence. |
| 3 | Porozumění lidem jednoduchým, ale srozumitelným způsobem. Popisované interpersonální události dávají smysl, mají jen menší logické nekonzistence a mezery. |
| 5 | Jasný a pochopitelný průběh interpersonální situace, lidské jednání pramení z porozumění situaci a předchozích zkušeností. |
| 7 | Koherentní popisy interpersonálních událostí, lidem dobře rozumí, stejně jako dopadu jednání jednotlivce na ostatní. |

PŘÍLOHA 4: SEZNAM ZKRATEK

- AFF ... afektivní kvalita reprezentací (jedna ze škál SCORS)
- COM ... komplexnost reprezentací druhých (jedna ze škál SCORS)
- EIM ... emoční vklad do hodnot a morálních standardů (jedna ze škál SCORS)
- EIR ... emoční vklad do vztahů (jedna ze škál SCORS)
- ID ... interpersonální decentrace
- SC ... porozumění sociální kauzalitě (jedna ze škál SCORS)
- SCORS ... Social Cognition and Object Relations Scale
- SCoRS ... The Schizophrenia Cognition Rating Scale
- TAT ... Tematicko-apercepční test (Thematic Apperception Test)
- ToM ... Teorie mysli (Theory of Mind)

PŘÍLOHA 5: SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tab. 1: Subtypy schizofrenie dle MKN-10..... | 10 |
| Tab. 2: Formy průběhu schizofrenie..... | 17 |
| Tab. 3: Testy k měření sociální kognice..... | 30 |
| Tab. 4: Četnost diagnóz ve výzkumném souboru..... | 41 |
| Tab. 5: Výsledky hodnocení SCORS..... | 42 |
| Tab. 6: Výsledky škály COM..... | 43 |
| Tab. 7: Výsledky škály AFF..... | 43 |
| Tab. 8: Výsledky škály EIR..... | 44 |
| Tab. 9: Výsledky škály EIM..... | 44 |
| Tab. 10: Výsledky škály SC..... | 45 |
| Tab. 11: Souvislost sociální kognice a věku..... | 46 |
| Tab. 12: Souvislost sociální kognice a vzdělání..... | 47 |
| Tab. 13: Souvislost sociální kognice a závažnosti schizofrenie..... | 48 |
| Tab. 14: Souvislost sociální kognice a pohlaví..... | 49 |
| Tab. 15: Souvislost sociální kognice a přítomnosti partnerského vztahu..... | 50 |
| Tab. 16: Souvislost sociální kognice a délky partnerského vztahu..... | 51 |
| Tab. 17: Srovnání výzkumných souborů Hosáková vs Lysaker et al..... | 52 |
| Tab. 18: Srovnání výsledků SCORS s úrovní interpersonální decentrace..... | 53 |
| Tab. 19: Souvislost škál SCORS se zkoumanými proměnnými..... | 54 |
| Tab. 20: Pravidla skórování škály COM | |
| Tab. 21: Pravidla skórování škály AFF | |
| Tab. 22: Pravidla skórování škály EIR | |
| Tab. 23: Pravidla skórování škály EIM | |
| Tab. 24: Pravidla skórování škály SC | |