

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

ZNAKY HRANIČNÍ A HISTRIÓNSKÉ  
PORUCHY OSOBNOSTI  
V BLOCHOVĚ  
VÍCEDIMENZIONÁLNÍM TESTU

CHARACTERISTICS OF BORDERLINE AND HISTRIONIC  
PERSONALITY DISORDER IN BLOCH'S  
MULTIDIMENSIONAL DRAWING TEST



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Filip Mečkovský**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Seitl, Ph.D.**

Olomouc

2022

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěl poděkovat vedoucímu práce PhDr. Martinovi Seitlovi, Ph.D. za odborné vedení, ochotnou spolupráci a přínosné komentáře k práci. Dále děkuji za vstřícnou a milou spolupráci PhDr. Davidovi Ungerovi, který byl vždy ochoten mi v případě nejistot věnovat čas, a pomohl mi kontaktovat další pracovníky ke sběru dat. Děkuji všem psychologům a psychiatrům, kteří byli ochotní ke spolupráci na sběru dat na jejich pracovišti, zejména Mgr. Lucii Sedláčkové, PhDr. Kamile Hozové Ph.D, PhDr. Romaně Suché, Mgr. Pavle Fojtíkové, Mgr. Lucií Vavrysové, Ph.D a prof. MUDr. Jánou Praškovi, CSc. V neposlední řadě děkuji rodině a všem přátelům, kteří měli se mnou při psaní této práce spoustu trpělivosti.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Znaky hraniční a histriónské poruchy osobnosti v Blochově vícedimenzionálním testu“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30. 3. 2022

Podpis .....



# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Osobnost a její diagnostika</b> .....	<b>7</b>
	1.1 Zkoumání osobnosti .....	8
	1.2 Diagnostika osobnosti .....	8
<b>2</b>	<b>Hraniční a histrionská porucha osobnosti</b> .....	<b>11</b>
	2.1 Hraniční porucha osobnosti .....	11
	2.1.1 Popis poruchy dle MKN-10 a DSM-5.....	12
	2.1.2 Psychodynamické pojetí hraničních stavů.....	14
	2.1.3 Otto Kernberg – Hraniční struktura osobnosti.....	14
	2.1.4 Etiologie hraniční poruchy osobnosti.....	17
	2.2 Histrionská porucha osobnosti.....	18
	2.2.1 Popis poruchy dle MKN-10 a DSM-5.....	19
	2.2.2 Psychodynamické pojetí histrionské poruchy osobnosti.....	20
	2.2.3 Etiologie .....	23
	2.2.4 Diferenciální diagnostika hraniční a histrionské poruchy osobnosti	25
<b>3</b>	<b>Projektivní metody</b> .....	<b>27</b>
	3.1 Kresebné projektivní metody.....	27
	3.2 Poruchy osobnosti v projektivních metodách.....	28
	3.2.1 Hraniční porucha osobnosti v ROR .....	30
	3.2.2 Histrionská porucha osobnosti v ROR .....	34
<b>4</b>	<b>Blochův vícedimenzionální kresebný test (MDZT)</b> .....	<b>36</b>
	4.1 Historie a současnost.....	36
	4.2 Testová situace.....	37
	4.3 Vyhodnocení testu.....	39
	4.4 Poruchy osobnosti v MDZT .....	40
	4.5 Výzkumy MDZT .....	42
	4.5.1 Výzkumy objektivit.....	43
	4.5.2 Normalizace MDZT .....	44
	4.5.3 Výzkumy validity.....	45
	4.5.4 Výzkumy reliability .....	48
	4.5.5 Další studie .....	48

<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>50</b>
<b>5 Výzkumný problém a cíle práce .....</b>	<b>51</b>
<b>6 Typ výzkumu a použité metody .....</b>	<b>53</b>
6.1 Blochův vícedimenzionální kresebný test .....	53
6.2 Zkoumané proměnné.....	57
6.3 Formulace hypotéz ke statistickému testování .....	60
<b>7 Sběr dat a výzkumný soubor .....</b>	<b>61</b>
7.1 Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru .....	61
7.2 Proces sběru dat .....	63
7.3 Etické hledisko a ochrana soukromí .....	65
<b>8 Práce s daty a její výsledky .....</b>	<b>67</b>
8.1 Hraniční porucha osobnosti v MDZT .....	67
8.1.1 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz.....	68
8.2 Histriónská porucha osobnosti v MDZT .....	70
<b>9 Diskuze.....</b>	<b>80</b>
9.1 Srovnání výsledků s dosavadními výzkumy .....	80
9.2 Hodnocení výzkumu .....	83
9.3 Limity výzkumu.....	85
9.4 Zkušenosti s testem .....	86
9.5 Náměty na budoucí výzkumy .....	86
9.6 Využitelnost výsledků .....	87
<b>10 Závěry .....</b>	<b>88</b>
<b>11 Souhrn .....</b>	<b>89</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>92</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>100</b>

# ÚVOD

Hlavní motivací pro psaní této práce bylo věnovat čas výzkumu, který by mohl být využitelný v praxi. Zvolil jsem si téma, které vycházelo z klinické praxe a vzniklo ve shodě s klinickým psychologem PhDr. Davidem Ungerem, který byl ochotný nabídnout spolupráci při psaní této práce. Práce se zabývá oblastí diagnostiky poruch osobnosti, konkrétně hraniční a histriónskou poruchou osobnosti, ve které panuje poměrně malá shoda. Ke snaze zlepšit diagnostiku těchto poruch osobnosti jsem si vybral doposud velmi málo prozkoumaný Blochův vícedimenzionální kresebný test, který by mohl přispět k lepší diagnostice těchto poruch. Cílem práce je přinést nové poznatky, které by mohly sloužit ke zlepšení diagnostiky hraniční a histriónské poruchy osobnosti pomocí Blochova vícedimenzionálního kresebného testu.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 OSOBNOST A JEJÍ DIAGNOSTIKA

Psychologie je známá tím, že se v jejím rámci k jednomu pojmu váže velké množství definic, vysvětlujících teorií a úhlů zkoumání. Spousta autorů a výzkumníků při tom vychází z jiné teorie a často používají i jiné termíny pro danou oblast. Dobrým příkladem této rozmanitosti v psychologii je téma osobnosti, u kterého najdeme pestrou škálu definic. Již na počátku zrození psychologie osobnosti v 30. letech 20. století poukázal Gordon Allport (1937, in Hall & Lindzey, 1999) na padesát různých definic pojmu osobnost. V návaznosti na její zkoumání formuloval Gordon Allport vlastní definici osobnosti: „osobnost je dynamická organizace psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení k jeho prostředí“ (1961, in Blatný, 2010, str. 21).

Mezi různými definicemi nelze nalézt jednu, která by plně vystihovala pojem osobnost. Každá z definic se soustředí na ty aspekty osobnosti, které jsou důležité pro danou teorii. Některé teorie zdůrazňují jedincovo přizpůsobení se prostředí. Další poukazují na jedinečnost člověka, tedy čím se liší od druhých lidí. Pro jinou osobnost představuje nejhlubší charakteristiku člověka, která je pro danou osobu nejtypičtější. Integrativní definice vnáší do popisu osobnosti uspořádání a kongruentnost, kdy osobnost vidí jako určitou organizaci nebo vzorec (Hall & Lindzey, 1999).

Podle Cakirpaloglu (2012) je psychologie osobnosti především studium charakteru, temperamentu, konstitučních vlastností a schopností. I přes různé definice pojmu osobnosti panuje mezi psychology shoda v jistém vymezení. Osobnost je popisována jako komplementární, poměrně stabilní a konzistentní systém. Osobnost člověka spojuje jeho kognitivní, emoční a motivační vlastnosti, vykazuje stabilitu s jednáním a dokáže se adaptovat na různorodé podmínky. Osobnost vytváří jedinečnou a neopakovatelnou strukturu duševních vlastností. V neposlední řadě je osobnost charakterizována uvědoměním sebe sama a své identity, která je ovlivňována procesem socializace a učním.

Pojem osobnost chápe psychologie jako hypotetický konstrukt, který vyjadřuje jev, který není pozorovatelný přímo, nýbrž je logicky odvozen z pozorovatelného. Osobnost v psychologii zahrnuje její struktury, dynamiku, vznik a vývoj vlastního Já. Osobnost jako konstrukt pomáhá vysvětlit skutečnost, že duševní život má určitou organizaci a dynamiku, je interindividuálně odlišný a vykazuje vnitřní jednotu (Nakonečný, 2009).

## 1.1 Zkoumání osobnosti

Při rozboru osobnosti se v psychologii setkáme se dvěma základními přístupy – idiografickým a nomotetickým. Cílem nomotetického přístupu je odhalit obecné zákony a principy, které mohou být vztaženy univerzálně na všechny lidi. Tento přístup hledá obecné psychické vlastnosti u většího počtu osob pro vytvoření srovnávacích kategorií a norem. K měření osobnosti využívá objektivní testy osobnosti, dotazníky a posuzovací stupnice s využitím kvantitativních a statistických metod. Idiografický přístup naopak vyzdvihuje zkoumání osobnosti jednotlivce s důrazem na jeho jedinečnost. Cílem tohoto přístupu je do hloubky popsat chování a prožívání člověka, včetně jeho specifických potřeb, cílů a motivů. Podstatou je celostní, přirozené a hlubinné šetření individua s využitím zejména projektivních metod. Silnou stránkou idiografického pojetí je přístup k osobnosti jako konzistentnímu celku. Kritika idiografického přístupu naopak spočívá v závislosti zkoumání na zkušenostech a vlastnostech badatele (Cakirpaloglu, 2012).

Jedním z nejvýznamnějších jmen spojených s idiografickým přístupem je Henry A. Murray, známý především díky své projektivní metodě Tematického apercepčního testu. Základem Murrayho přístupu je myšlenka, že osobnost je nutné zkoumat v životním kontextu. Murray nazval svoje pojetí k osobnosti Personologie, která se zaměřuje na interakci psychických potřeb a vnějších vlivů. Přínosem Personologie vzniklé ve 30. letech 20. století je hlubinné a systematické zkoumání jednotlivce. Z Murrayho přístupu vycházeli jeho žáci, mezi nimi např. Erik H. Erikson, Silvan Tomkins nebo David McClelland, kteří některé jeho myšlenky dále rozvíjeli. Murrayho holistické pojetí ovlivnilo přístup k osobnosti až do moderní doby (Kovary, 2017).

## 1.2 Diagnostika osobnosti

S měřením osobnosti se můžeme setkat v oblasti výzkumu, pracovní, poradenské, forenzní nebo klinické psychologie. V pracovní a poradenské psychologii se jedná o zjišťování osobnostních charakteristik u běžné populace. Velkého významu nabývá diagnostika osobnosti ve zdravotnictví v oblasti klinické psychologie. Zde metody pomáhají k odlišení patologické a běžné populace, stanovení diagnózy a sledování efektivity terapie. Jedním ze základních cílů diagnózy je zjištění individuálních odlišností osobnosti a jejich podstaty a příčin (Svoboda et al., 2013).

Testy osobnosti hrají roli při diagnostice široké škály poruch, mezi nimi např. poruchy nálady, neurotické poruchy, poruchy příjmu potravy, psychotické poruchy

nebo poruchy osobnosti. Diagnostika a klasifikace poruch osobnosti patří k neproblematičtější a nejkontroverznější oblasti klinické diagnostiky. V praxi se stává, že se dva odborníci neshodují na samotné diagnóze poruchy osobnosti ani na specifickém typu (Praško, 2015).

### **Aktuální trendy v diagnostice poruch osobnosti**

Diskuse o diagnostice poruch osobnosti je mezi odborníky stále aktuální. Na nové poznatky a přístupy reaguje jak Diagnostický a statistický manuál DSM-5, tak i připravovaná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Až do nedávné doby se obě klasifikace držely deskriptivního přístupu na základě výčtu kritérií, které musí jedinec pro diagnózu splňovat. Nyní obě klasifikace přechází od kategoriálního k dimenzionálnímu přístupu a přidávají zhodnocení závažnosti poruch osobnosti (Mulder & Tyrer, 2019).

Aktuální pátá revize DSM z roku 2013 zachovala kategoriální klasifikaci poruch osobnosti v sekci II, zároveň však přidává alternativní model pro posuzování poruch osobnosti do sekce III. Alternativní model přináší hodnocení osobnosti z hlediska její funkčnosti (kritérium A) spolu s popisem osobnostních rysů (kritérium B). Funkční schopnosti osobnosti jsou posuzovány na základě vztahu k sobě (identita a sebeřízení) a vztahu k druhým (empatie a intimita). Pro kritérium B vymezuje DSM-5 celkem dvacet osobnostních rysů, z nichž je prvních patnáct sdruženo do pěti oblastí po třech rysech, jedná se o oblast negativní afektivity, odtažitosti, antagonismu, desinhibice a psychoticismu (Riegel et al., 2020).

Na nové pojetí klasifikace poruch osobnosti rovněž reaguje i jedenáctá revize MKN, která vstoupí v platnost 1. ledna 2022. Nová klasifikace se v mnohém podobá alternativnímu modelu DSM-5. Nejdříve posuzuje závažnost poruchy osobnosti na základě osobnostního fungování ve vztahu k sobě a k druhým lidem. Diagnóza je pak dále upřesněna na základě kvalifikátorů osobnostních rysů, mezi které řadí negativní afektivitu, odtažitost, disocialitu, desinhibici a anankasmus. Kromě zmíněných kvalifikátorů může klinický pracovník využít i kvalifikátor hraničního vzoru (*Borderline Pattern Qualifier*), který vyjadřuje naplnění pěti z devíti kritérií hraniční poruchy osobnosti podle DSM-5. Tento kvantifikátor může být použit v kombinaci s dalšími kvantifikátory (Bach & First, 2018).

Pro přehlednost vztahu alternativního modelu poruch osobnosti v DSM-5 a nové klasifikace v MKN-11 uvádíme tabulku, která zároveň slouží jako přechodník mezi jednotlivými manuály.

## Tabulka 1

*Přechodník poruch osobnosti mezi MKN-11 alternativním modelem DSM-5*

MKN-11	Alternativní model DSM-5
<b>Závažnost osobnostní dysfunkce</b>	<b>Kritérium A: míra osobnostní funkční schopnosti</b>
Žádná	Žádné narušení
Osobnostní obtíže	Mírné narušení
Mírná porucha osobnosti	Středně těžké narušení
Střední porucha osobnosti	Těžké narušení
Těžká porucha osobnosti	Velmi těžké narušení
<b>Kvalifikátory oblastí osobnostních rysů</b>	<b>Kritérium B: oblasti osobnostních rysů</b>
Negativní afektivita	Negativní afektivita
Odtažitost	Odtažitost
Desinhibice	Desinhibice
Disocialita	Antagonismus
Anankasmus	Psychoticismus

Riegel et al. (2020).

Jedenáctá MKN revize vstoupila v platnost 1. ledna 2022, tedy pár měsíců před ukončením této práce. Proto jsou zde reflektovány aktuální změny v oblasti kategorizace poruch osobnosti. Výzkumná část práce bude pracovat s pacienty s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu (F60.31) a histriónskou poruchou osobnosti (F60.4) podle MKN-10. Pro práci bude stěžejní desátá revize MKN platná v době psaní této práce a sběru dat.



## 2 HRANIČNÍ A HISTRIONSKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

Hraniční a histriónská porucha osobnosti spadají do širší kategorie specifických poruch osobnosti označených v MKN-10 kategorií F60. Specifické poruchy osobnosti označují dlouhotrvající osobnostní rysy, které se odlišují od běžné populace. Určité charakterové a temperamentové rysy jsou buď nevyvinuté až chybějící, nebo naopak nadměrně vystupňované. Tyto rysy provází jedince zpravidla po celý život a objevují se již v dětství a dospívání, avšak pro diagnostiku poruch osobnosti musíme počkat do dospělého věku. Projevy poruch osobnosti lze pozorovat v zakořeněných a stereotypních vzorcích chování, které narušují sociální interakce i osobní život. Maladaptivní vzorce chování ztěžují život samotnému jedinci, jeho okolí nebo oběma stranám. Často u jedinců s poruchou osobnosti chybí náhled na vlastní onemocnění, což velmi ztěžuje život jeho okolí a komplikuje případnou terapii. Navíc je část z nich sama se sebou spokojena a nevidí důvod pro případnou léčbu. Projevy poruchy osobnosti během života kolísají a mohou se objevit období zcela bez příznaků. Výskyt se odhaduje v rozmezí 11–23 % z duševních poruch. Kvůli dlouhodobosti až stálosti maladaptivních vzorců chování se léčba poruch osobnosti pokládá za velmi náročnou s omezenými možnostmi úspěšnosti (Orel, 2016).

### 2.1 Hraniční porucha osobnosti

V literatuře se v souvislosti s hraniční poruchou osobnosti setkáváme s metaforami a přirovnáními, která skrze obrazná vyjádření pomáhají poruchu lépe pochopit. Röhr (2012) vykresluje rysy hraniční poruchy osobnosti na základě pohádky o Janužekovi. Pohádka vypráví o chlapci, jehož horní polovina těla je pokryta ježčí kůží a bodlinami a spodní tvoří běžné lidské tělo. Jeho otec jej nepřijímá, a naopak by byl raději, kdyby Janužek vůbec nežil. Postava Janužeka symbolizuje rozštěpení osobnosti na dvě zcela odlišné poloviny. Na jedné straně najdeme ježčí bodliny jako znak obrany, nedotknutelnosti a agrese a na straně druhé malého chlapce symbolizujícího zranitelnost a bezmoc. Navenek se jeví jako nedotknutelný a agresivní, ale pod touto slupkou se skrývá zranitelnost. Otcovo nepřijetí Janužeka se podepíše na jeho negativním sebehodnocení a celoživotní snaze se otci zalíbit. Celý život bojuje o jeho přízeň a lásku všemi možnými prostředky. Charakter interpersonálních vztahů

u lidí s hraniční poruchou osobnosti trefně vystihuje název knihy od Kreismana a Strause – Nenávidím tě, neopouštěj mě! (2017). Vyjadřuje vnitřní konflikt ve vztahu k druhým, jehož kořenem je strach z opuštění a zároveň anticipační úzkost, že k opuštění dojde. Kvůli dominující emoční nestabilitě je život lidí s hraniční poruchou osobnosti přirovnáván k jízdě na horské dráze. Praško (2015) přirovnává impulsivitu a emoční dysregulaci, která vede k častým konfliktům ve vztazích, k dramaticky napsanému televiznímu seriálu.

Pro výzkumnou část můžeme v obrázcích na základě výše uvedených informací u pacientů s hraniční poruchou osobnosti očekávat znaky rozpolcenosti a střídání extrémů. Vnitřní rozpor se může do kresby promítnout v podobě konfliktů ve vztahu k sobě, ke světu nebo k druhým (např. konflikt mezi strachem z opuštění a agresí k druhé osobě). Dále předpokládáme ovlivnění kresby emoční labilitou a impulsivitou.

Hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti je charakteristický emoční nestálostí a tendencí k impulsivnímu jednání. Pacienti mají narušené představy sami o sobě, o svých hodnotách, zásadách a cílech. Typické je zažívání dlouhodobého pocitu prázdnoty, vnitřní rozkolísanosti a nestálosti. Myšlení těchto pacientů je charakteristické střídáním dvou extrémů, mají tendenci situace hodnotit buď jako dobré, nebo zlé. Černobílé vidění se promítá i do interpersonálních vztahů, ve kterých kolísají mezi závislostí na jedné straně a znehodnocením na straně druhé. Vztahy proto bývají buď velmi těsné, divoké a intenzivní nebo naopak chladné a odměřené. Ke střídání těchto dvou extrémů může dojít velmi rychle, a to i na základě jedné události. Vnitřně prožívají nepřiměřený strach z osamělosti a opuštění. Ze strachu z opuštění se mohou uchýlit k vyhrožování sebevraždou či sebepoškozujícím chování, a tím manipulovat s druhým, aby ve vztahu zůstal. Neschopnost odložit emoční impulz vede ke zkratkovitým a zjednodušeným řešením, které nepřináší dlouhodobý užitek. Tato unáhlená řešení vedou k problémům v osobní, vztahové i pracovní rovině. Častěji se v souvislosti s touto poruchou vyskytují látkové závislosti jako jedna z reakcí na nedostatek smyslu v životě (Praško, 2015).

### **2.1.1 Popis poruchy dle MKN-10 a DSM-5**

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (Grambal et al., 2017) pro emočně nestabilní poruchu osobnosti impulsivního typu F60.30 a hraničního typu F60.31 jsou následující:

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

#### **Impulsivní typ**

B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik:

- 1) tendence jednat neočekávaně, bez uvážení důsledků,
- 2) tendence k nesnášlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště tehdy, když je impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno,
- 3) sklon k výbuchům nebo zuřivosti; neschopnost kontrolovat následné explozivní chování,
- 4) obtíže se setrváním v jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk,
- 5) nestálá a nevypočitatelná nálada.

### **Hraniční typ**

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ a spolu s nimi nejméně dva z následujících:

- 1) narušená a nejistá představa o sobě samém, o cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních,
- 2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím,
- 3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí,
- 4) opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození,
- 5) chronické pocity prázdnoty.

Podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) je hraniční porucha osobnosti definována následovně:

Pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, sebeobrazu, emocích a výrazné impulzivité, který začíná v rané dospělosti a projevuje se napříč různými kontexty. Porucha musí splňovat minimálně pět z následujících kritérií:

- 1) Obrovská snaha vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění. (Poznámka: nezahrnuje suicidální nebo sebepoškozující chování obsažené v kritériu 5).
- 2) Vzorec nestabilních a intenzivních interpersonálních vztahů, které jsou charakteristické kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
- 3) Narušení identity: znatelná a přetrvávající nestálost sebeobrazu a vnímání sebe sama.
- 4) Impulsivita nejméně ve dvou oblastech, které mohou být sebepoškozující (např. utrácení, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení vozidel, záchvatovité přejídání). (Poznámka: nezahrnuje suicidální nebo sebepoškozující chování obsažené v kritériu 5).
- 5) Opakující se suicidální jednání, gesta, výhrůžky nebo sebepoškozující chování.

- 6) Emoční nestabilita způsobená značnou reaktivitou nálady (např. intenzivní dysforická epizoda, iritabilita nebo úzkost trvající většinou pár hodin a jen ojediněle více než pár dní).
- 7) Chronický pocit prázdnoty.
- 8) Neadekvátní, intenzivní vztek nebo potíže s ovládním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
- 9) V reakci na stres přechodné projevy paranoidity nebo závažné disociativní symptomy.

### **2.1.2 Psychodynamické pojetí hraničních stavů**

Pojem hraniční uspořádání osobnosti se začal vyvíjet již začátkem 20. století. Toto označení bylo zavedeno pro pacienty, jejichž psychické fungování bylo na hranici mezi duševním zdravím a duševní poruchou. Tito pacienti neměli natolik narušený kontakt s realitou, aby mohli být považováni za psychotické, avšak zároveň jim chyběla vnitřní soudržnost neurotických pacientů. Tato skutečnost vedla ke vzniku nové diagnostické kategorie, která označovala psychické fungování jedinců na hranici mezi psychózou a neurózou. (McWilliams, 2015). Psychotická, hraniční a neurotická úroveň označují stupně patologie, samotná hraniční porucha osobnosti může podle závažnosti příznaků spadat do každé z nich. Většinou spadá právě do hraniční úrovně.

K lepšímu porozumění významu dětství pro psychické uspořádání jedince významně přispěli Erik Erikson (2002), který popsal úkoly dítěte v mezilidských vztazích a Margaret Mahlerová et al. (2006), která popsala proces diferenciac matky od dítěte. Pacienti s psychotickým fungováním neprošli zdárně úkolem prvního roku spojeným s formováním vlastní identity a nedokážou rozlišovat mezi vnitřním prožíváním a vnější realitou. Lidé s hraničním uspořádáním osobnosti ustrnuli v konfliktu mezi úplnou závislostí na druhé osobě, která ohrožuje jejich identitu, a osamocněním na straně druhé. Objektní stálost popisuje stav, kdy dítě ví, že pečující osoba existuje, i když není vidět. Osoby s neurotickou strukturou jsou charakterizovány konfliktem mezi svými přáními a obavami (McWilliams, 2015). Jedinci s hraničním uspořádáním osobnosti neprošli zdárně procesem separace-individuace, který vede k objektní stálosti, a proto u nich dominuje strach z odloučení.

### **2.1.3 Otto Kernberg – Hraniční struktura osobnosti**

Jedním z nejvýznamnějších představitelů, zabývajících se hraniční strukturou osobnosti je doposud žijící analytik Otto Kernberg. Kernberg ve své teorii patologického vývoje

zařadil hraniční poruchu osobnosti na hranici mezi psychotická a neurotická onemocnění. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti zvládli vývojový úkol prvního roku života – rozlišení mezi reprezentacemi self a objektů. Testování reality u nich není narušeno, avšak problém nastal ve vývojovém úkolu mezi druhým a třetím rokem. Nedošlo u nich k integraci dobrých a špatných reprezentací sebe a druhých, což narušuje jejich sebepojetí i vztahy s druhými lidmi (Kernberg, 1984). Škola objektivních vztahů velmi detailně popisuje chování i prožívání jedinců s hraniční organizací osobnosti, do které spadá i hraniční porucha osobnosti. Na rozdíl od deskriptivních údajů, které najdeme v manuálu DSM-5 a MKN-10, nám umožňuje pohled do vnitřního dění člověka.

Otto Kernberg a jeho spolupracovníci v rámci školy objektivních vztahů vytvořili terapeutický směr pro léčbu poruch osobnosti, včetně popisu a jejich diagnostiky. Poruchy osobnosti jsou v přístupu objektivních vztahů popisovány primárně na základě psychologických struktur a psychických organizací. Škola objektivních vztahů rozlišuje čtyři úrovně psychických organizací – normální, neurotickou, hraniční a psychotickou. Úroveň psychické organizace určuje závažnost osobnostní patologie, od neurotické (nejméně závažná) po psychotickou. Hraniční organizace je dále členěna na vyšší, střední a nízkou úroveň podle psychického fungování zejména v oblasti agrese. Ze strukturálního pohledu může být osobnost popsána na základě relativně trvalých a stálých vzorců psychických procesů, které organizují jedincovo chování, vnímání a zkušenosti. Psychické struktury jsou stabilní vzorce psychického fungování, které se opakovaně aktivují v určitých situacích. Příkladem takových struktur je motivační systém, copingové mechanismy nebo vztahové vzorce. Klíčová kritéria pro posouzení osobnostní patologie jsou v teorii objektivních vztahů oblast formování identity, kvalita objektivních vztahů, obranné mechanismy, agresivita, internalizované hodnoty a testování reality (Caligor et al., 2018).

Základem patologie hraniční organizace osobnosti je nedostatečná integrace primitivních pozitivních a negativních aspektů objektivních vztahů. Tato nejednotnost je založena na oddělení pozitivních a negativních afektů. Nedostatečná integrace pozitivních a negativních vnitřních reprezentací sebe a ostatních se projevuje v nedostatečné sebereflexi, vnitřním rozporu, chaotickém popisu sebe a druhých. Jedním z největších problémů je chybějící náhled na vnitřní rozpory, který znemožňuje práci s nimi. Vnitřní nejednotnost se navenek projevuje emoční labilitou, vztekem, problematickými vztahy, impulsivním sebepoškozujícím chováním a obtížemi porozumět chování druhých lidí. Charakteristickým rysem je náhlé a neuvědomované kolísání mezi zažíváním bezmoci a vnímáním druhého jako tyрана, a naopak nenávisť a agresí vůči druhému z dominantní pozice. Dysregulace

se netýká jen úrovň emocí, ale zasahuje i do oblasti kognice. Jedinec nezažívá jen návaly hněvu, ale je také přesvědčen o oprávněném důvodu k agresi (Clarkin et al., 2007).

Pro jedince s hraniční organizací osobnosti je typické využití primitivních obranných mechanismů, z nichž nejdůležitější je splitting (štěpení). Primitivní obranné mechanismy díky popření a projekci konfliktu pomáhají k částečné redukci úzkosti, avšak znemožňují úspěšnou adaptaci na realitu. Podstatou splittingu je krajní separace pozitivních a negativních emocí a dobrého a špatného objektu. Splitting pomáhá chránit idealizované části vnitřního světa jedince od těch negativních a agresivních. Kvůli splittingu žijí jedinci s hraniční organizací osobnosti v „černobílém světě“. Lidé kolem nich se dělí na dobré a na špatné, avšak na základě aktuální situace se mohou jednoduše dostat na opačnou stranu spektra. Názory na ostatní i na sebe jsou velmi intenzivní, avšak nestálé, což má za následek chaotické chování jedince. Nálada kolísá mezi depresivní až euforickou, v důsledku toho, zda se jedinci daří, nebo prožívá frustraci (Clarkin et al., 2007).

Další obranné mechanismy, jako je projektivní identifikace, devalvace, idealizace, popření a omnipotence, úzce souvisí se štěpením. Při projektivní identifikaci jedinec připisuje své vlastní negativní pocity druhým lidem. Tímto se snaží dostat pod kontrolu vlastní negativní emoce. Na počátku vztahů s druhými má jedinec tendenci k nereálné idealizaci druhého, která vede k upnutí se na vztah k němu. Idealizace však bývá velmi brzy vystřídána devalvací objektu. Popření určité části reality brání člověku s hraniční organizací osobnosti si uvědomit vlastní rozporuplnost při vnímání sebe i druhých. Spoléhání se na omnipotentní kontrolu vede k manipulacím a nátlakům na druhého, a tím i vyvolání dalších konfliktů (Kernberg, 2018).

Hraniční porucha osobnosti je zařazena do střední úrovň hraniční organizace osobnosti, která spolu s nízkou úrovň patří do závažných poruch osobnosti. Tato úroveň je určena na základě Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO). U této úrovň je vnímání sebe a druhých povrchní, nesourodé a značně nestabilní. Cílem interpersonálních vztahů je vlastní naplnění potřeby blízkosti s velmi malou empatií k druhé osobě. I přes snahu o dosažení intimity ve vztazích se daří dosáhnout blízkosti jen zřídka. Jedinci využívají primitivní obranné mechanismy v popředí se štěpením. Dále se objevuje nízká kontrola agresivity, která se projevuje jak vůči sobě, tak druhým. Jedná se o sebedestruktivní chování, rizikové chování, záchvaty vzteku, verbální agresi, manipulaci s druhými nebo i o potěšení z neštěstí druhých. Morální hodnoty a zásady jsou slabé a nekonzistentní, jedinec není schopen žít podle vlastních morálních standardů. Narušeno je pocitování viny a lítosti, což vede k využívání druhých k vlastnímu prospěchu (Caligor et al., 2018).

## 2.1.4 Etiologie hraniční poruchy osobnosti

Přesná příčina vzniku hraniční poruchy osobnosti není doposud známá. Mezi studii lze nalézt velké množství faktorů, které se na jejím vzniku podílejí. Dominantní jsou zejména psychosociální a biologické příčiny, lépe řečeno interakce biologických a vrozených faktorů s prostředím jedince. Žádný z faktorů nevysvětluje poruchu sám o sobě, ale vždy vstupuje do interakce s dalšími, které se na vzniku poruchy podílí (Grambal et al., 2017).

Studie autorů Cameron et al. (2018) nabízí systematický přehled literatury zabývající se příčinami hraniční poruchy osobnosti. Mezi psychosociální faktory řadí psychoanalytické pojetí hraniční poruchy osobnosti důležitost vztahu dítěte s matkou v prvních letech života. Emoční chlad a nedostupnost matky neumožní dítěti dosáhnout objektní stálosti ve vztazích a projít úspěšně procesem separace-individuace, kvůli čemuž ve vztazích přetrvává strach z opuštění. Dalším významným faktorem podílejícím se na vzniku hraniční poruchy osobnosti je trauma v dětství. Velká část pacientů zažila v dětství fyzické, sexuální nebo emoční zneužívání či zanedbání, anebo byli svědky domácího násilí. Charakteristické je prostředí, kde se dítěti nedostává adekvátní a konzistentní reakce na jeho emoce. V takovém prostředí se nedaří rozvinout jistou citovou vazbu mezi dítětem a pečující osobou. V důsledku toho se dítě nenaučí pojmenovat a regulovat své emoce, ale místo toho kolísá mezi emoční oploštělostí a extrémní emoční labilitou.

Oproti „klasickému“ vysvětlení hraniční poruchy osobnosti z psychického hlediska se v poslední době objevují studie zabývající se biologickými faktory jejího vzniku. Heritabilita se odhaduje okolo 35 % a porucha se vyskytuje pětikrát častěji, pokud je v anamnéze stejná diagnóza u jednoho z rodičů, dětí nebo sourozenců. Vysvětlení poukazuje na predispozici k emoční nestabilitě, která se projevuje nízkou tolerancí k negativním emocím, vysokou reaktivitou na emoční podněty a pomalým emočním zklidněním. Na úrovni fungování mozku byla zjištěna snížená prefrontální regulační kontrola a zvýšená reaktivita limbického systému, které pomáhají vysvětlit narušenou regulaci afektů. Z výzkumů zabývajících se strukturou mozku je patrné, že tito pacienti mají menší objem amygdaly, hipokampu, předního gyrus cinguli a orbitálního frontálního kortexu. V neposlední řadě byly nalezeny změny i na úrovni neurotransmiterů. Jedná se zejména o snížené množství serotoninu v těle, který je zapojen do procesů řídicí impulsivní a agresivní chování vůči sobě. Velká pozornost je věnována systému oxytocinu, který je narušen poruchou přichylnosti a attachmentu v prvních letech života. Oxytocin

se podílí na impulsivním chování, reakcích na blízkost a ztrátu a má anxiolytický účinek. Všechny uvedené biologické faktory nejsou specifické jen pro hraniční poruchu osobnosti, ale vyskytují se napříč dalšími poruchami spojených s patologickou regulací nálady (Grambal et al., 2017).

V práci věnujeme více pozornosti psychosociálním faktorům, jako jsou zážitky z dětství a výchovné prostředí než faktorům biologickým. Důvodem je práce s projekční metodou ve výzkumné části, kde se mohou psychosociální faktory promítnout do kresby v podobě konkrétních témat.

## 2.2 Histriónská porucha osobnosti

Podle Fialové (2016) má v sobě každý člověk hysterickou část osobnosti. Každý někdy přeháněl a přikrášloval historky, udělal scénu kvůli maličkosti nebo zahrál naivní dítě, aby se vyhnul něčemu nepříjemnému. Zároveň v takové situaci mohl cítit, že ho ostatní neberou vážně, křivdí mu, je na všechno sám, nemají ho rádi a vůbec mu nerozumí. Měl pocit, že je jenom bezbranná oběť v rukou tyranů, které je ubližováno. Přesně tyto emoce zažívají lidé s histriónskou poruchou osobnosti celý život, a ještě více intenzivně.

Histriónská porucha osobnosti je charakteristická přehnanou emocionalitou a intenzivní snahou získat si pozornost druhých. Lidé s histriónskou poruchou osobnosti bývají popisováni jako svůdnlí, okouzlující, manipulativní, impulsivní a energetičtí. Pokud nejsou v centru pozornosti, cítí se často nedocenění a přehlížení. Typicky dbají na svůj fyzický vzhled, kterým se snaží upoutat pozornost druhých, což se může projevat zejména v nošení vyzývavého a odhalujícího oblečení. Ke většině lidí se chovají svůdně až nevhodně sexuálně vyzývavě, i když jim druhá strana nemusí připadat atraktivní. Po emoční stránce se projevují v častém střídání povrchních emocí, což může jejich okolí vnímat jako neupřímné. Mohou být naivní a snadno ovlivnitelní, a to zejména lidmi, které obdivují. Dominantním rysem je dramatičnost a přehnané projevování emocí, které může být pro jejich přátele i rodinu zahanbující (French & Shrestha, 2020).

Pacienti s diagnostikovanou histriónskou poruchou osobnosti častokrát vnímají vztahy jako těsnější, než ve skutečnosti jsou. Při navazování bližších kontaktů s druhým pohlavím se projevuje koketování, erotizace a romantická zamilovanost. Dále mají tendenci k sexuální naivitě a promiskuitě. Vztahy prožívají velmi bouřlivě, což mívá za následek velké zklamání i při menších neshodách. Těžko bojují s odložením aktuálních potřeb a jejich frustrační tolerance bývá nižší. Při konfliktech a frustraci používají obranné mechanismy



jako je vytěsnění, regrese a konverze. Zvýšeně se u těchto lidí objevují disociační psychické poruchy (Cakirpaloglu, 2012).

Röhr (2009) vykresluje základní principy fungování histriónské poruchy osobnosti na základě pohádky O rozumné Bětě. Pohádka vypráví o dívce jménem Běta, která nebyla příliš rozumná a šikovná, a kvůli tomu jí rodiče pomáhali s výběrem budoucího ženicha. Při námluvách, na které rodiče pozvali mladíka Honzu, pošlou Bětu do sklepa pro pivo. Běta místo toho, aby jej přinesla, zůstane plakat ve sklepě. Dostane strach z toho, že pokud si vezme Honzu a budou mít dítě, může na jejich dítě ve sklepě spadnout krumpáč a zabít ho. Běta kvůli tomu sehraje velké divadlo plné pláče a naříkání. Postupně se k jejímu pláči přidává každý z rodiny, včetně Honzy, a všichni uznávají, jak je Běta vlastně rozumná.

Pohádka poukazuje na základní princip fungování histriónských osobností, kterým je předstírání a hraní rolí. Slovo histrio pochází z latiny a znamená herec nebo komediant. Celý život je pro takové osobnosti jedno velké jeviště, jejich hraní je však přehnané a málo přesvědčivé. Takoví lidé si v sobě nosí základní konflikt mezi tím, že se chtějí líbit ostatním a zanechat dobrý dojem a strachem z odmítnutí a nenaplnění jejich očekávání. Nevědomým řešením tohoto vnitřního konfliktu je přehnané divadlo, které odvádí pozornost od skutečného problému. Běta dostává strach z možného odmítnutí od jejího nápadníka a z budoucího partnerského svazku. Tento svůj konflikt vytěsňuje a její vnitřní napětí se projevuje ve strachu ze smrti vlastního dítěte, kvůli kterému propukne v pláč. Takový manévry se nazývá hysterický modus, který spočívá v odvádění pozornosti od skutečného problému skrze inscenování jiného. Cílem manévru je získat si publikum, které hře uvěří a díky tomu bude moci hře uvěřit i dotyčný. Bětě se povedlo ostatní přesvědčit, že je rozumná, a tím si to mohla potvrdit i sama pro sebe (Röhr, 2009). Na základě znázornění histriónské poruchy osobnosti v tomto příběhu můžeme v projekci očekávat projevy infantilnosti, dramatičnosti, přehánění a snahy odvést pozornost od skutečného problému.

### **2.2.1 Popis poruchy dle MKN-10 a DSM-5**

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015) pro histriónskou poruchu osobnosti F60.4 jsou následující:

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
- B. Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:
  1. sebedramatizace, teatrálnost, přehnané projevy emocí,
  2. sugestibilita snadno ovlivnitelná jinými lidmi nebo okolnostmi,

3. mělká a labilní emotivita,
4. neustálé vyhledávání vzrušení a činností, při kterých je jedinec středem pozornosti,
5. nepřiměřené koketérie ve vzhledu nebo chování,
6. nadměrná pozornost věnována vlastní fyzické přitažlivosti.

Podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) je histriónská porucha osobnosti definována následovně:

Pervazivní vzorec nadměrné emocionality a vyhledávání pozornosti, který začíná v rané dospělosti a projevuje se napříč různými kontexty. Porucha musí splňovat minimálně pět z následujících kritérií:

1. Necítí se dobře v situacích, kdy není středem pozornosti.
2. Při interakci s druhými se často objevuje neadekvátně sexuálně svůdné nebo provokativní chování.
3. Emoce se rychle střídají a působí povrchně.
4. Obvykle využívá fyzický vzhled k upoutání pozornosti.
5. Má příliš impresionistický styl řeči bez detailů.
6. Předvádí se a svoje emoce vyjadřuje teatrálně a přehnaně.
7. Je sugestibilní (snadno se nechá ovlivnit druhými lidmi nebo okolnostmi).
8. Vztahy považuje většinou za bližší, než skutečně jsou.

### **2.2.2 Psychodynamické pojetí histriónské poruchy osobnosti**

Podrobnější pohled na vnitřní prožívání jedince s histriónskou (dříve hysterickou) poruchou osobnosti nám nabízí psychodynamické teorie sahající až k Freudovi. Jedním z prvních děl Freuda, které napsal společně s Josefem Breuerem, je Studie o hysterii (1947). Pacienti s hysterií se oddělovali od svých vnitřních konfliktů, které se projevovaly na tělesné rovině. Vysvětlení hysterie spočívalo v potlačovaných silných emocích plynoucích z intrapsychoického konfliktu. Vzpomínka na intrapsychoický konflikt je spojena s asertivními asociacemi, kvůli kterým se energie od vzpomínky odštěpí a najde uvolnění v symptomu. Primárním ziskem ze symptomu je uvolnění nahromaděné energie. Sekundární zisk spočívá na praktické rovině a může jím být například zvýšená péče o nemocného. Freudova teorie vysvětlující konverzní symptomy pomocí potlačených emocí a byla potvrzena i v současných empirických studiích (Michael, 2018).

Dalším důležitým přínosem Freudova díla byla změna dosavadního pojetí hysterie, která byla chápána v souvislosti s mateřstvím a připisována pouze ženám. Freud představuje

nové chápání hysterie jako poruchy způsobené neadekvátním vývojem s fixací ve falickém stádiu. Freud dokonce označuje i sám sebe jako hysterického a otevírá tím oblast hysterie u mužů. Blíže se zabývá sekundárním ziskem z nemoci, který spočívá v přijetí role pacienta. Tato role mu přináší řadu výhod jako je péče a pozornost druhých spojená se sníženými nároky na pacienta. Skrze tuto roli má pacient možnost manipulovat s okolím a využívat jej pro naplnění svých potřeb (Tasca et al., 2012).

Z hlediska Freudovy teorie psychosexuálního vývoje je histriónská osobnost chápána jako ustrnutí ve falickém stádiu, které odpovídá věku mezi třemi až šesti lety. V tomto stádiu se základní oblastí uspokojení stávají pohlavní orgány. U dítěte se projevuje zájem o zkoumání vlastního pohlavního ústrojí a sexuality. Důležitým úkolem je zdárně zvládnout erotický zájem o rodiče druhého pohlaví. Chlapci prožívají zamilovanost do své matky a otce vnímají jako soupeře. Tyto nevědomé pudové tendence označil Freud jako Oidipův komplex. U dívek se mluví o Elektřině komplexu, kdy zažívají milostné pocity směrem k otci a k tomu prožívají pocity méněcennosti v souvislosti se závisostí penisu. Pro správný vývoj je potřeba, aby se dítě identifikovalo s rodičem stejného pohlaví a vzdalo se představy druhého rodiče jako sexuálního objektu. Pokud je reakce rodičů příliš přísná, nebo naopak liberální, vzniká falický charakter, který vyjadřuje ustrnutí na této vývojové úrovni. (Cakirpaloglu, 2012).

Blíže schéma vzniku histriónské poruchy osobnosti popisuje Robinson (1999), který se zabývá hlavně ženami, u kterých se histriónská porucha osobnosti vyskytuje častěji než u mužů. Základním faktorem je otec, který se ke své dceři chová svádívým i zastrašujícím způsobem. Otec bývá na jedné straně sobecký, nadměrně kritický a výbušný a na straně druhé se pro své emoční naplnění až příliš upíná na dceru. Dcera prožívá konflikt mezi blízkým vztahem s otcem a strachem z něho. Podklad pro vznik histriónské poruchy osobnosti, však sahá již do orální fáze a pacient zažívá ustrnutí na falické i orální úrovni. Dítěti se v prvním roce života ze strany matky nedostává dostatečné péče a jeho potřeby nejsou adekvátně naplněny. Když se pak dostává do falického stádia, odděluje se od matky skrze devalvaci a obrací se k otci. Otec představuje vzrušující a idealizovaný objekt, ke kterému se dívka upíná a její závislost na něm se zvětšuje nenaplněnými potřebami z orálního stádia. Zároveň si osvojí způsob získávání jeho pozornosti, který představuje zvýšení emotivity a exhibicionismu. Kvůli nenaplněným potřebám a devalvaci matky však nemůže tímto stádiem skrze identifikaci s matkou zdárně projít, a tak v něm zůstává fixována. Prakticky stále prožívá erotické pocity ke svému otci, a naopak znehodnocuje svou matku.

Důsledky fixace v orálním a falickém stádiu se u lidí s histriónskou poruchou osobnosti promítají do jejich chování a prožívání v dospělosti. Pacientky odmítají identifikaci se svojí matkou, a naopak zůstávají i v dospělosti v postavení „tatínkovy malé holčičky“. Devalvace matky se projevuje v pohledu na ženy jako na méně hodnotné a slabé. Ve vztahu k otci prožívají zklamání, že nemohou dosáhnout bližšího vztahu a zároveň k němu stále vzhlížejí a idealizují si ho. Tento postoj se promítá do jejich vztahu k ostatním mužům, ke kterým vzhlíží a zároveň závidí jejich moc a postavení. Svůj pocit nedostatečnosti se snaží kompenzovat těsnými vztahy s nimi. Jediný způsob získání kontroly a moci nad muži vidí skrze erotické a svůdné chování, které využívají k manipulaci s nimi. Sexuální oblast se pro ně stává spíše nástrojem obrany než oblastí blízkosti, a proto mohou mít problémy v navázání intimního a zralého sexuálního vztahu. Strach z mužů a z odmítnutí se může manifestovat v tělesné oblasti jako sexuální bolest nebo selhání orgasmu. Muži zůstávají fixováni na svoji matku a cítí se méně hodnotní oproti ostatním mužům. V dospělosti zažívají nespokojenost ve vztazích se ženami, která může vyústit do úplného přerušení styku s nimi nebo naopak jejich nutkavého svádění (Praško, 2015).

Lidé s histriónskou poruchou osobnosti mohou působit jako manipulující a mocní, avšak uvnitř se cítí slabí a malí. Sami sebe vnímají jako „bezmocného ustrašeného človíčka“, který se musí prosadit ve světě ovládaném mocnými cizími lidmi. Manipulace a ovládání druhých pro ně představuje snahu o hledání bezpečí, přijetí a vlastní hodnoty v děsivém světě. Využívání jim nepřináší potěšení, ale je pro ně obranou proti pocitu méněcennosti. Pocit vlastní důležitosti získávají skrze manipulaci osob, kterých se sami bojí a pokládají je za mocné. Jinou možností pro zvýšení sebeúcty jsou záchranné akce. Místo péče o vlastní ustrašené já pomáhají druhým, kteří jsou v ohrožení. V praxi se pak můžeme setkat s laskavými ženami, které se zamilují do bezohledných mužů ve snaze je zachránit. Jejich vnitřní touha po přijetí a ocenění druhými se navenek projevuje ve snahu být středem pozornosti. K získání pozornosti často předvádí své tělo, aby se zbavily pocitu tělesné méněcennosti. Emoční projevy bývají dramatické, přehnané a tím pádem jsou považovány za povrchní a neautentické. Povrchnost a dramatičnost v emoční oblasti slouží jako obrana před strachem, co by se stalo, kdyby vyjádřily svoje opravdové emoce před někým, koho považují za mocného. Přehnaná emoční sdělení jim poskytují možnost říct, že to nemyslely vážně (McWilliams, 2015).

K překonání strachu, nejistoty a pocitu méněcennosti využívají různé adaptivní a obranné strategie, mezi hlavní patří regrese, vytěsnění, sexualizace a kontrafobické chování. Vytěsnění popsal Freud u svých prvních patientek s hysterií, které přesunuly

do nevědomí nepříjemné sexuální vzpomínky a fantazie, což mělo za důsledek hysterické symptomy. Vytěsnění sexuálních přání nebo konfliktů, které považují za nepřijatelné, se může projevit v nevědomém sexuálně provokativním chování. Za jejich svádivým a erotickým chováním, které si neuvědomují, mohou stát vytěsněné sexuální obsahy. Regrese má u lidí s histriónskou poruchou osobnosti podobu dětského chování. Na strach z odmítnutí mohou reagovat infantilním chováním, které jim umožňuje získat více kontroly nad situací. Prakticky se může jednat o onemocnění, hlasité naříkání nebo přehnanou závislost na druhém. Kontrafobické chování představuje tendenci vstupovat do situací, ze kterých má jedinec strach (Praško, 2015).

### 2.2.3 Etiologie

Etiologie a vývoj histriónské poruchy zůstává stále málo probádanou oblastí. I když vznik této poruchy osobnosti popisuje spousta teoretických modelů, málo z nich bylo výzkumně prozkoumáno a potvrzeno. Důležitou roli zde hrají dědičné faktory, jako je genetika a osobnostní rysy – zejména zvýšená extravertze a neuroticismus. Dalším důležitým faktorem je rodinné prostředí, ve kterém je jedincova snaha o získání pozornosti druhých posilována (Lengel, 2020).

Významnou studii v oblasti etiologie poruch osobnosti uskutečnili Torgersen et al. (2000), kteří zkoumali dědičnost u všech poruch osobnosti. Výzkumu se účastnilo 92 jednovaječných a 129 dvojvaječných dvojčat, kde se alespoň u jednoho z nich vyskytovala porucha osobnosti. U histriónské poruchy osobnosti vyšlo v prvním modelu, který zahrnoval genetické faktory a vylučoval vliv stejného prostředí, koeficient dědičnosti 0,67. V druhém modelu, který naopak zkoumal vliv prostředí bez genetických faktorů, vyšel koeficient 0,52. Ze studie vyplynulo, že se na vzniku histriónské poruchy osobnosti podílí jak genetické vlivy, tak i faktory prostředí.

Studie (Baker et al., 1996) zkoumala rodinné zázemí žen s histriónskou a závislou osobností a porovnávala je s kontrolní skupinou. Do každé ze tří kategorií bylo vybráno 15 účastnic podle kritérií Millonova klinického multiaxiálního inventáře (Millon, 1982) a DSM-III-R. Pro popis rodinného zázemí, byla použita Škála rodinného prostředí. Skupina s histriónskou poruchou osobnosti skórovala výše než skupina se závislou poruchou osobnosti, ale stejně jako kontrolní skupina v oblasti nezávislosti a orientace na výkon. Ve škále intelektové a kulturní orientace rodiny skórovaly ženy s histriónskou poruchou osobnosti výše než obě skupiny. V neposlední řadě rodina žen s histriónskou poruchou

osobnosti ukázala větší rodinnou kontrolu než kontrolní skupina. Nedostatkem studie je, že se nejednalo o klinickou populaci, nýbrž o studentky vysoké školy.

Mezi hlavní teoretické modely, které vysvětlují vznik histriónské poruchy osobnosti, patří psychodynamický, kognitivní, neurobehaviorální, attachment a model rysů (Blagov & Westen, 2008). Vzhledem ke komplexnosti a významnosti byl psychodynamický model popsán výše. Kognitivní model (Leichsenring & Leibing, 2003) vidí hlavní příčinu vzniku v tendenci k závislým vztahům a citlivosti na odmítnutí spolu s posilováním exhibicionistického chování, kterému se dítěti v rodině dostalo. Podle neurobehaviorálního modelu (Depue & Lenzenweger, 2005) vykazují pacienti s histriónskou poruchou osobnosti velkou míru extravertze a neuroticismu a střední až vysokou míru afiliace. Na úrovni mozkových neurotransmiterů se jedná o vysokou hladinu dopaminu a nízkou hladinu serotoninu, která má za následek emoční nestálost a společenskou družnost. Kromě výše zmíněných vlastností přidává model rysů (Lynam & Widiger, 2001) vysokou míru aktivity, hledání vzrušení, představitivosti a emocionality, naopak nízké sebeuvědomění, disciplínu a obezřetnost. Model attachmentu (Bartholomew et al., 2001) popisuje lidi s histriónskou poruchou osobnosti pojmem *preoccupied* (příliš zaneprázdněný nebo starostlivý) attachment. Ten vyjadřuje tendenci k pozitivnímu vnímání druhých a negativních představách o sobě, které vedou k silné potřebě vyhledávání vztahů spojeným se strachem z odmítnutí.

V naší práci jsme věnovali nejvíce prostoru psychodynamickému pojetí histriónské poruchy osobnosti, který detailně popisuje faktory podílející se na vzniku poruchy spolu s vnitřní dynamikou jedince. Tento model nám pomáhá pochopit vnitřní prožívání jedince, a lépe tak porozumět, jaké obsahy by se mohly v projekci objevit. Kognitivní model, který vyzdvihuje tendenci k závislým vztahům a citlivost na odmítnutí, se v mnohém shoduje s psychodynamickým modelem ustrnutí na falické úrovni vývoje, kde jedinec zůstává v příliš těsném vztahu s rodičem opačného pohlaví. Podobně i model attachmentu, který zdůrazňuje pocit méněcennosti a strach z odmítnutí, koresponduje psychodynamickým modelem v potřebě potvrzení si vlastní hodnoty. Neurobehaviorální a rysový model nám pomáhají dokreslit celkový obrázek etiologie z hlediska vrozených tendencí k poruše osobnosti.

## 2.2.4 Diferenciální diagnostika hraniční a histriónské poruchy osobnosti

Hraniční a histriónská porucha osobnosti jsou v DSM-5 zařazeni do klastru B, spolu s antisociální a narcistickou poruchou osobnosti, které spojuje dramatičnost, labilní emotivita a impulsivní chování. Hraniční a histriónská porucha osobnosti kromě emoční nestability a impulsivity dále sdílejí vyhledávání pozornosti a manipulativní chování. Hraniční porucha osobnosti však zahrnuje sebedestruktivní chování, sebepoškozování i suicidální pokusy, které jsou odrazem zoufalství a pocitu prázdnoty. Naproti tomu si histriónský pacient sám sebe více váží, dbá na svůj zevnějšek a nemá tendenci k znevažování sebe samého. Oproti přímé agresi vůči druhým, která je charakteristická u hraničních pacientů, ventilují histriónští pacienti svoji agresi ve formě manipulace, pomluv a intrik. I když se obě poruchy osobnosti vyznačují emoční nestabilitou, u pacientů s hraniční poruchou osobnosti je emotivita více syrová, kdežto u histriónských pacientů je povrchní a částečně zpracovaná. Mezi rozlišující rysy řadíme sebenenávist, chronický pocit prázdnoty a osamělosti a přímé agresivní projevy vůči druhým lidem, které najdeme primárně u hraniční poruchy osobnosti.

Z psychoanalytického hlediska (McWilliams, 2015; Kernberg, 2018) vychází základní rozdíl mezi oběma poruchami osobnosti z ustrnutí na vývojové úrovni. Hraniční pacienti ustrnuli mezi prvním a třetím rokem života ve fázi separace-individuace, kdy nedosáhli objektivní stálosti, a proto u nich dominuje strach z opuštění. Histriónští pacienti nezvládli zdárně oidipovský nebo Elektřin komplex a prožívají vnitřní konflikt mezi přáním a strachem. Velmi touží po blízkém vztahu, ve kterém jim však brání strach z odmítnutí na pozadí studu a pocitu méněcennosti. Na škále závažnosti psychopatologie zahrnující psychotickou, hraniční, neurotickou úroveň, jsou pacienti s histriónskou poruchou osobnosti bráni jako neurotičtí, a tedy zdravější oproti hraničním pacientům.

Podle školy objektivních (Caligor et al., 2018; Clarkin et al., 2007; Kernberg, 2018) vztahů leží histriónská porucha osobnosti na zdravější straně spektra hraniční organizace než hraniční porucha osobnosti. U histriónské poruchy osobnosti je oproti hraniční poruše vnímání sebe a druhých více konzistentní a sourodé. V oblasti morálních hodnot není u histriónské poruchy osobnosti narušeno vnímání viny a lítosti, a také dokážou žít podle vlastních standardů a hodnot. V oblasti obranných mechanismů používají histriónští pacienti zralejší strategie založené na popření než hraniční pacienti, kde je dominantní štěpení. Nejvýznamnějším rozdílem je oblast agresivity. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti reagují na úzkost často přímou agresí namířenou proti sobě nebo proti druhým. U histriónské

poruchy osobnosti je úzkost spojena převážně s pocitem méněcennosti a tendencí k závislosti na druhých, která se navenek projevuje v intrikách a manipulacích.



## 3 PROJEKTIVNÍ METODY

Projektivní metody stojí na principu, že jedinec připisuje vnějším nejednoznačným podnětům vlastnosti na základě svých vnitřních charakteristik. Termín projekce do psychologie původně zavedl Freud v roce 1894 a používal jej pro obranný mechanismus, kdy jedinec připisuje vlastní nežádoucí vlastnosti a pocity druhým osobám. Projekční techniku ve dnešním smyslu chápání popsal psycholog L. K. Frank v roce 1939. Dle Franka konfrontuje projektivní metoda člověka se situací, ve které odpovídá podle toho, jaký pro něj má situace smysl a jak se v ní cítí. Reakce zkoumané osoby se liší podle individuálních charakteristik a dávají možnost nahlédnout do vnitřního světa jedince. Cílem projektivních metod je poznání celé osobnosti člověka. Podněťová situace je oproti výkonovým testům méně strukturovaná a nabízí velké množství odpovědí, které umožňují lépe zachytit individualitu testovaného. Na druhou stranu tato velká rozmanitost odpovědí znesnadňuje jednotné skórování (Svoboda et al., 2013).

### 3.1 Kresebné projektivní metody

Projektivní techniky zpravidla dělíme na verbální, grafické (kresebné) a manipulativní. U verbálních metod je hlavním materiálem slovní výpověď v reakci na určitou podněťovou situaci. Mezi nejznámější verbální metody řadíme Rorschachovu metodu (ROR), Tématický apercepční test (TAT) a Rosenzweigův obrázkový frustrační test. Při manipulačních technikách je úkolem administrované osoby vybírat, řadit nebo jinak manipulovat s podněťovým materiálem. Do této kategorie projektivních metod spadá Lüscherův barvový test, Test barevně sémantického diferenciálu nebo Test rodinného systému. Základním materiálem grafických projektivních metod je kresba, která pomáhá odkrýt vědomé i nevědomé obsahy. Úkolem testované osoby může být kreslení konkrétního obsahu, dokreslování obrázků nebo volná kresba, jak je tomu v případě Vícedimenzionálního kresebného testu (MDZT). Nejčastěji se setkáváme s kresbami lidské postavy jako je Draw a Man test, Draw a Person test nebo Figure Drawing test. Mezi další využívané kresebné testy patří House-tree-figure test, Test stromu, Kresba rodiny nebo Warteggův kresebný test (Najbrtová et al., 2017).

## 3.2 Poruchy osobnosti v projektivních metodách

Diagnostika poruch osobnosti je jednou z nejvíce kontroverzních a diskutovaných oblastí psychologické diagnostiky. Posouzení této patologie vyžaduje důkladné vyšetření zkušeným klinickým pracovníkem. Bornstein (2015a) v této souvislosti poukazuje na nutnost vyšetření pomocí více metod. Kombinace sebehodnotících dotazníků, výkonových testů a projektivních metod pomáhají minimalizovat zkreslení na straně hodnotitele. Právě protichůdné informace, které mohou metody přinést, nutí klinického pracovníka hlouběji a přesněji zhodnotit stav pacienta. Konečná integrace výsledků z více metod přináší jasnější porozumění pacientově příběhu a přesnější stanovení diagnózy. Blais a Baity (2008) vidí projektivní metody jako nezbytnou součást diagnostiky, protože pomáhají odhalit nevědomé obsahy. Sebeuposuzující dotazníky přináší informace o vědomém chování a postojích pacienta. Za těmito vědomými obsahy obvykle stojí nevědomé psychické struktury, které projektivní metody pomáhají odhalit.

Před administrací jakékoli metody je potřeba zvážit, které oblasti lidské psychiky mají být posouzeny. Soustředíme se na ty oblasti, které odpovídají cíli naší diagnostiky. V případě poruch osobnosti vycházíme z oblastí popsaných v diagnostických manuálech. V DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) najdeme pro posuzování obecné poruchy osobnosti oblast kognice (způsob vnímání a interpretace sebe, druhých a událostí), afektivity (šíře, intenzita, labilita a adekvátnost emočních reakcí), interpersonálních vztahů a kontroly impulsů. MKN-10 (Dušek & Večeřová–Procházková, 2015) popisuje osobnost jako typický způsob, kterým člověk vnímá a interpretuje lidi a svět kolem sebe, vztahuje se sám k sobě a k druhým, myslí, cítí a ovládá své impulsy a potřeby. Škola objektivních vztahů (Caligor et al., 2018) posuzuje poruchy osobnosti podle formování identity, kvality objektivních vztahů, obranných mechanismů, agresivity, vnitřních hodnot a testování reality.

V následujících dvou kapitolách popisujeme, jak se hraniční a histriónská porucha osobnosti projevuje v určitých projektivních metodách, konkrétně se jedná o Rorschachovu metodu (ROR) a Tématický apercipční test (TAT), které jsou podle Bornsteina (2015b) nejvíce používanými projektivními metodami. S ohledem na oba zmíněné diagnostické manuály a přístup teorie objektivních vztahů se budeme zaměřovat na oblast kognice, emoční regulace, vztahu k sobě a k druhým, obranných mechanismů, chování a kontroly impulsů. Znovu zdůrazňujeme, že pouze na základě popsaných znaků nelze stanovit diagnózu pacienta. Pro posouzení musí být zváženy výsledky dalších metod zasazené do životního příběhu konkrétního jedince.

I když se MDZT (Gawlik, 1994) řadí mezi kresebné projektivní techniky, tak se od všech liší především v jednom základním principu. V MDZT může administrovaná osoba kreslit cokoli, co ji přijde na mysl. Kdežto u většiny kresebných testů má konkrétní úkol (např. nakreslit lidskou postavu) anebo má obrázek dokreslit, jak je tomu v případě Warteggova testu. Druhou důležitou odlišností je, že MDZT se zaměřuje téměř výhradně na obsahové hledisko kresby. Formální náležitosti jako je např. kvalita linie nebo velikost kresby se nesignují a nevyhodnocují. MDZT na rozdíl od většiny ostatních kresebných technik představuje velmi málo strukturovaný materiál, který nabízí velké množství možných reakcí. Kvůli nestrukturovanosti a mnohoznačnosti podnětové situace vidíme větší podobnost MDZT s ROR a TAT než s ostatními kresebnými technikami.

ROR má s MDZT určité podobnosti i v oblasti skórovacího systému. Jedná se především o oblast zachycení emotivity na základě barvových odpovědí a oblasti skórování obsahů. Teoretické srovnání těchto dvou oblastí nabízí článek Sollára et al. (2007). Více se souvislostmi mezi proměnnými v ROR a zkoumanými proměnnými v MDZT zabýváme ve výzkumné části. Rorschachova metoda je nejznámější projektivní metodou vůbec a byla vydaná v roce 1921 švýcarským psychiatrem Hermannem Rorschachem. Test umožňuje velmi široké a komplexní zachycení osobnosti. Podnětový materiál představuje deset tabulí s inkoustovými skvrnami, které jsou respondentovi po jedné předkládány s otázkou: „Co to může být?“. V druhém kole následuje inquiry s dotazováním na původní odpovědi, které doplňuje velké množství chybějících informací nutných pro správné kódování. Aktuálně se v České republice pro vyhodnocení využívá Exnerův komprehensivní systém (Lečbych, 2016).

Znaky hraniční poruchy v TAT lze najít ve výzkumech Westena et al. (1990), Ackermana et al. (1999) anebo v práci Blažkové (2010), která srovnávala skupinu pacientů s hraniční poruchou osobnosti s kontrolní skupinou. Nejbližší informace o projevech histriónské poruchy osobnosti v TAT můžeme nalézt ve studii Verdona et al. (2014) popisující projevy jednotlivých úrovní osobnostní patologie od neurotické přes hraniční po psychotickou. Mezi neurotické organizace osobnosti řadí hysterickou, fobickou a obsedantní. V naší práci se primárně zaměřujeme na to, jak se hraniční a histriónská porucha osobnosti projevuje v ROR. Bližší popis projevů těchto poruch osobnosti v TAT nabízí zmíněné výzkumy.

### 3.2.1 Hraniční porucha osobnosti v ROR

Pro znaky hraniční poruchy osobnosti v Rorschachově metodě budeme vycházet z práce autorky Joni L. Mihura (2006), která srovnává výsledky 18 výzkumů. Do své práce zahrнула pouze studie splňující přísná metodologická kritéria. Vyřazeny byly výzkumy, které měly velikost vzorku menší než 30 anebo kde si byl examinátor při vyhodnocování ROR dopředu vědom, že se jedná o hraniční poruchy osobnosti. Výsledky jednotlivých ukazatelů jsou seřazeny do čtyř oblastí charakterizující hraniční poruchu osobnosti podle tehdejší DSM-4, které odpovídají aktuální DSM-5. Jedná se o nestálost ve vztahu k sobě a k druhým, emoční labilitu, impulsivitu a nestabilitu v oblasti kognice. Ve vztahové oblasti se výzkumy zabývaly i tendencí k závislým vztahům na druhých lidech.

#### Škála orální závislost (ROD)

V ROR je závislost na druhých měřena na Škále orální závislosti (ROD). ROD je spojena s psychoanalytickou teorií, ve které je závislost na druhých charakteristická pro osoby fixované v orálním stádiu. Nedostatečné nebo přílišné naplňování potřeb dítěte v prvním roku života vede k fixaci v orální fázi. Důsledky této fixace se v průběhu života promítají do dvou hlavních oblastí. První z nich je přílišné spoléhání se na ochranu a péči druhých osob. Druhou oblast tvoří znaky orální fáze prvního roku života, které přetrvávají až do dospělosti jako je například vyrovnávání se s úzkostí pomocí jídla. Odpovědi, které spadají do jedné ze dvou uvedených oblastí se skórují jako odpovědi orální závislosti. Konkrétní kategorie a jejich příklady uvádíme v tabulce 2 (Bornstein & Masling, 2005).

Škálou orální závislosti se od jejího vzniku zabývá řada výzkumů, které se věnují i její interpretaci. Původně byly skóry škály ROD interpretovány způsobem, kdy nízké skóry byly považovány za zdravější a vysoké za maladaptivní. Novější vysvětlení považují příliš nízké i vysoké skóry za problematické (Lečbych, 2016). I my se přikláníme k tomuto vysvětlení, které v kontextu poruch osobnosti využívá i Mihura (2006). Přístup vychází z výzkumu (Duberstein & Talbot, 1993), který ukázal, že střední skóry ROD jsou spojeny s jistou citovou vazbou a příliš nízké nebo vysoké skóry jsou spjaty s nejistou citovou vazbou. Na tento výzkum navázala studie Fowler et al. (1996), která rozlišuje tři základní typy závislosti. Prvním typem je protizávislost (counterdependency), která je charakteristická strachem a nedůvěrou k druhým, což vede k vědomé i nevědomé odtážitosti a snaze vyhnout se blízkosti. Osoby se zralou závislostí (mature dependency) se nebojí projevit potřebu blízkosti a důvěry k druhým, a přitom si zachovávají svoji autonomii. Anaklitická závislost (anaclitic dependency) se projevuje pocitem, že jedinec není schopen

optimálně fungovat bez pomoci a podpory druhých, čímž se na nich stává přehnaně závislý. Tyto typy závislosti významně korelovaly se skóry škály ROD, kdy protizávislosti náleží nízké skóry, zralé závislosti střední a anaklitické vysoké.

## Tabulka 2

### *Škála orální závislosti*

<b>Kategorie</b>	<b>Příklady</b>
Jídlo a nápoje	Mléko, alkohol, humr
Zdroje potravy	Restaurace, prs
Objekty související s jídlem	Sklenice na pití, varná konvice
Osoby poskytující potravu	Číšník, kuchař
Pasivní příjemci potravy	Pták v hnízdu, tlustá nebo hubená osoba
Žebrání a modlení	Žebrající pes, modlící se člověk
Orgány trávicí soustavy	Ústa, rty, zuby, žaludek
Předměty spojené s ústy	Cigarety, rtěnka
Pečovatelé	Ježíš, matka, otec, doktor, Bůh
Dárky a dárci	Vánoční stromeček, hojnost
Objekty nosící štěstí	Čtyřlístek, podkova
Orální aktivita	Mluvení, zpívání, jezení
Pasivita a bezmocnost	Ztracená osoba, zmatená osoba
Těhotenství a rozmnožovací orgány	Placenta, děloha, vaječníky
Odpovědi dětskou řečí	Králíček, kočička
Popření orálních vjemů	Člověk bez úst, žena bez prsu

Bornstein a Masling (2005)

Studie (Blais et al., 1999) zkoumala znaky hraniční poruchy osobnosti ve vybraných škálách v ROR. Do výzkumu bylo zařazeno 79 ambulantních pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Skóry škály ROD jako jediné ze zkoumaných proměnných měly statisticky významnou korelaci se všemi hlavními oblastmi hraniční poruchy osobnosti, mezi které zařadily identitu, interpersonální vztahy, kognici, emocionalitu a impulsivní chování. Konkrétně ukázaly výsledky na negativní korelaci mezi skóry ROD a pěti kritérii podle DSM-4: nestálost ve vztazích, impulsivita, emoční nestabilita, pocit prázdnoty a potíže s ovládním vzteku. Nízké hodnoty na škále ROD ukazují na tendenci k nedůvěře a uzavírání se před emoční blízkostí. Autoři výsledky vysvětlují tak, že ambulantní pacienti

s hraniční poruchou osobnosti využívají obranné mechanismy k tomu, aby se pro ně druzí nestali příliš důležití a blízcí. Potřeba blízkosti pro ně představuje velmi konfliktní téma, na které reagují snahou o nezávislost a nepřátelským odmítáním blízkého vztahu.

Nízké skóry na ROD u ambulantních pacientů s hraniční poruchou osobnosti potvrzuje i výzkum Bornstein et al. (2000). Naproti tomu hospitalizovaní pacienti s hraniční poruchou osobnosti skórovali na škále ROD výše než ambulantní pacienti i než kontrolní skupina. Rozdíl mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty může mít podle autorů více interpretací. Hlavní vysvětlení je v souladu se závěrem Blais et al. (1999), podle kterého prožívají ambulantní pacienti obavy z intimity s významnou osobou, na kterou reagují popřením potřeby blízkosti. K tomuto závěru se přiklání i Mihura (2006), která tvrdí, že vysoké skóry na ROD u hospitalizovaných pacientů ukazují na to, že intenzita jejich potřeby závislosti je pro ně destabilizující. Naproti tomu ambulantní pacienti mohou fungovat více stabilně a zdárně se potřebám závislosti bránit.

### **Agresivní skóry**

Nestabilní negativní emotivitu, která se projevuje u hraniční poruchy osobnosti nelze podle autorky Mihura (2006) plně vystihnout nízkou úrovní barvově-tvarových odpovědí, která je ROR vypočítána poměrem CF, C vs. FC. U chromatických barvových odpovědí tedy převažuje poměr barvy nad tvarem, který se považuje za znak nezvládnuté emotivity. Bližším charakteristickým znakem nestabilní emotivity u hraniční poruchy osobnosti jsou projevy vzteku a agrese u barvových odpovědí. I přes to, že nízká úroveň barvově-tvarových odpovědí sama o sobě plně nevystihuje emotivitu hraniční poruchy osobnosti, je důležitou součástí pro predikci rysů u hraniční poruchy osobnosti (Mihura et. al., 2003). Nízká úroveň tvaru v barvových odpovědích je spojována s agresivitou, sebevražednými myšlenkami a impulsivním jednáním.

Mezi agresivní skóry v ROR podle Exnerova systému řadíme agresivní pohybovou odpověď (AG), která obsahuje zjevně agresivní pohyb (např. bojování, hádání) probíhající v přítomném okamžiku (Exner, 2009). Zvýšený výskyt těchto odpovědí však nemusí sám o sobě souviset s agresivitou a hostilitou, ale může být také ukazatelem soupeřivosti nebo obtíží ve vztazích s druhými (Lečbých, 2016). Z tohoto důvodu byla vyvinuta škála (Gacon & Meloy, 1994), která rozšiřuje agresivní skóry a lépe zachycuje agresivní a násilné osobnostní zaměření. Škála obsahuje kategorie, mezi které patří agresivní obsah (AgC), agresivní potenciál (AgPot), agresivní minulost (AgPast), agresivní zranitelnost (AgV)

a sadomasochismus (SM). Podle Gacono et al. (2005) se výzkumy nejvíce zabývají prvními třemi uvedenými kategoriemi, které blíže popisujeme v následující tabulce.

### Tabulka 3

#### *Posuzování agresivních skóreů*

<b>Název</b>	<b>Popis kategorie a její příklad</b>	<b>Označení</b>
Agresivní obsah	Obsahy, které mohou člověka zranit nebo ohrozit. Do této kategorie patří zbraně (např. nůž, meč, sekyra), nebezpečná zvířata (např. lev, žralok) a ohrožující objekty (např. žiletka, jehla).	<i>AgC</i>
Agresivní potenciál	Odpověď označuje situaci, ze které vyplývá, že se schyluje k agresi (např. mračna před bouří, schyluje se k výbuchu).	<i>AgPot</i>
Agresivní minulost	Odpověď obsahuje objekt, který je poškozený v důsledku agrese, která nastala v minulosti (např. přejetá kočka, les, který shořel).	<i>AgPast</i>

(Lečbych, 2016)

Z velké části se kategorie AgPast kryje s morbidními obsahy podle Exnerova systému, do které spadají objekty označované za mrtvé, zraněné, poškozené nebo rozbité. Jako morbidní obsahy se navíc skórují i některé obsahy bez jasné agresivní minulosti spojované s negativními emocemi (např. smutný člověk), které do kategorie AgPast nepatří (Gacono et al., 2005).

Podle výzkumů (Mihura, 2006) jsou pro hraniční poruchu osobnosti charakteristické zvýšené skóre agresivní minulosti, které poukazují na agresivní a sebe-destructivní impulsy, suicidální tendence a sebe-poškozující chování. Konkrétně ve výzkumu (Mihura et al., 2003), který byl prováděn na 70 studentech vysoké školy, byla zjištěna silná souvislost mezi skóre agresivní minulosti a škálou zaměřenou na negativní interpersonální vztahy, škálou sebe-poškozování a škálou měřící sebevražedné myšlenky. K podobným závěrům došel výzkum (Baity & Hilsenroth, 1999), který zkoumal agresivní skóre u všech klastrů poruch osobnosti. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosahovali oproti ostatním poruchám nejvyššího počtu morbidních skóreů. Navíc byly morbidní skóre jediným agresivním skórem, který se statisticky významně podílel na predikci všech kritérií hraniční poruchy osobnosti. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti rovněž dosahovali nejvyšších skóreů agresivní minulosti při srovnání s ostatními poruchami.

### 3.2.2 Histriónská porucha osobnosti v ROR

Z klastru B je histriónská porucha osobnosti v Rorschachově metodě nejméně prozkoumanou poruchou osobnosti (Blais & Baity, 2007). Blais a Baity (2006) porovnávají studie zabývající se projevy, které jsou specifické pro histriónskou poruchu osobnosti v ROR. Histriónská porucha osobnosti je vymezena pomocí kritérií v DSM-4, které odpovídají aktuálnímu popisu v DSM-5. Kromě samotného vymezení poruchy v diagnostickém manuálu přidávají k prozkoumání teorii (Millon et al., 2004), která u histriónské poruchy osobnosti vyzdvihuje potřebu závislosti na druhé osobě.

Přes omezený počet výzkumných článků jsou výsledky empirických studií velmi konzistentní a shodují se v oblasti závislosti na druhých a častého vyjadřování emocí (Blais & Baity, 2006). Bornstein (1998) potvrzuje teoretický předpoklad o nevědomé potřebě závislosti na druhých. Výsledky jeho výzkumu na 444 studentech ukázaly na silnou korelaci mezi vysokými skóry Škály orální závislosti (ROD) a skóry Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDG-R) pro histriónskou poruchu osobnosti. Dotazník PDG-R na základě skóre ze 163 položek ukazuje, zda jedinec splňuje kritéria pro konkrétní poruchu osobnosti. Avšak nebyla nalezena korelace mezi skóry PDG-R a Interpersonal Dependency Inventory (IDI). Sebeuposuzovací škála IDI měří závislost člověka na druhých na základě 48 tvrzení, ke kterým respondent vyjadřuje míru souhlasu. Bornstein výzkum uzavírá tvrzením, že jedinci s histriónskou poruchou osobnosti mají tendence k závislosti na druhých lidech, kterých si však nejsou vědomi, a používají obranné mechanismy jako je například popření nebo vytěsnění k jejich přesunu do nevědomí. Jejich závislost se tedy projeví v projektivních metodách jako např. na ROD v ROR než na sebeuposuzovacích škálách, jakou je IDI.

Studie Blais et al. (1998) empiricky ověřila souvislost mezi histriónskou poruchou osobnosti a barvovými odpověďmi (FC, CF a C), které poukazují na labilní emocionalitu a časté vyjadřování emocí. Výsledky ukázaly na statisticky významnou pozitivní korelaci mezi častými barvovými odpověďmi a čtyřmi kritérii histriónské poruchy osobnosti podle DSM-4. Konkrétně se jednalo o svůdné chování při interakci s druhými, povrchní emocionalitu, používání fyzického vzhledu k upoutání pozornosti a impresionistický styl řeči. V ROR (Exner, 2009) jsou chromatické barvové odpovědi FC, CF a C zařazeny mezi determinanty, které odpovídají na otázku, čím daná tabule člověku připomíná právě tu věc, kterou v ní vidí. Jinými slovy, co tu věc dělá tím, čím je. Determinanta FC značí tvarově barvovou odpověď, kdy se subjekt primárně rozhoduje podle tvarových vlastností a sekundárně podle barvy. Pokud je odpověď primárně založena na barvě a sekundárně na



tvaru volíme determinantu  $CF$ . A konečně pro odpovědi, které vycházejí výhradně z barvových vlastností skvrny volíme determinantu  $C$ .

## 4 BLOCHŮV VÍCEDIMENZIONÁLNÍ KRESEBNÝ TEST (MDZT)

Vícedimenzionální kresebný test patří mezi projektivní metody primárně určené k diagnostice a diferenciaci psychóz. Úkolem pacienta je nakreslit třicet obrázků, podle vlastního uvážení s využitím fixů sedmi barev. Jedná se o kresebný asociační test, který navíc podává informace o frustrační toleranci pacienta, jenž dopředu neví, kolik obrázků bude kreslit. Po dokončení posledního obrázku následuje krátké inquiry, při kterém pacient pojmenovává jednotlivé kresby a může k nim i volně asociovat. Z testu lze zjistit informace o aktuálním psychickém dění, kontaktu s realitou, kognitivních funkcích, emocionalitě i interpersonálních vztazích (Svoboda et al., 2013).

### 4.1 Historie a současnost

V roce 1966 přišel René Bloch s nápadem využití série volných kreseb k diagnostice duševních poruch. Bloch vystudoval psychiatrii na lékařské fakultě v Basileji a poté nastoupil na psychiatrickou kliniku do Bernu. V 60. letech bylo běžné, že si pacienti během terapie psali a malovali do deníků. Bloch si při práci všiml zvláštností kreseb u pacientů se schizofrenií a rozhodl se využít potenciál kresby pro diagnostiku duševních poruch. Svoje myšlenky na kresebný test s využitím volné kresby začal dále rozvíjet a své první zkušenosti s testem popsal v roce 1968. Po dvouleté spolupráci s P. Schmidem a U. Meierem vydali společně první manuál v roce 1971. Test vyšel v známém nakladatelství H. Huber Bern, ve kterém vydal svůj test i Herman Rorschach. Bloch svůj test nazval *Der Mehrdimensionaler Zeichentest*, odkud pochází zkratka MDZT (Gawlik, 2007).

K nám se tento test dostal již rok po jeho vydání, kdy o něm přednášel tehdejší přední odborník na projektivní metody Eduard Urban. V praxi jej jako první začala využívat psychologka Jindra Gerzová na psychiatrickém oddělení polikliniky v Liberci. Gerzová brzy na to začala předávat své zkušenosti s testem Karlovi Gawlikovi a stala se jeho supervizorkou. Při práci s Blochovým manuálem objevil Gawlik při výpočtu diferenciaci diagnostiky tiskovou chybu. Rozhodl se napsat dopis do nakladatelství do Bernu a poté přímo Renému Blochovi. Od té doby se stali z Gawlika a Blocha blízcí přátelé a spolupracovníci. Bloch předal spoustu svých zkušeností Gawlikovi, ze kterého se stal

přední český odborník a školitel MDZT (Gawlik, 2007). V roce 1988 vydal Gawlik článek o MDZT, ve kterém potvrdil platnost původních norem pro klinickou populaci v českém prostředí (Gawlik, 1988). Několik let poté vznikl první český manuál k testu MDZT (Gawlik, 1994).

Karel Gawlik se stal prvním školitelem kurzů MDZT, první z nich vedl v roce 1988. Od té doby jich vedl bezmála třicet v České republice, na Slovensku i v Německu. Poslední kurz vedl v roce 2017. Místo něj převzal školení klinický psycholog David Unger. I přesto, že Bloch MDZT využíval při své práci v Bernu, se ve Švýcarsku ani okolních státech neuchytil. Nejvíce se využívá v České a Slovenské republice, kde o něm vyšlo několik článků a diplomových prací. I tak je však mezi psychology málo rozšířený a nebývá běžnou součástí psychologického testování (Unger, osobní sdělení, 11. června 2021). Zajímavostí je, že se test používá v Maďarsku k náboru armádních a policejních složek, kde se soustředí převážně na chování jedince v testové situaci, která ukazuje na jeho frustrační toleranci (Kirady, 2008).

## 4.2 Testová situace

Následující dvě kapitoly (4.2 a 4.3) mají za cíl blíže představit MDZT s ohledem na testovou situaci, testový materiál, průběh testování a jeho vyhodnocení. Při psaní těchto kapitol vycházíme přímo z manuálu MDZT (Gawlik, 1994), který napsal podle originálního manuálu Reného Blocha (1971).

MDZT je kresebný test, ve kterém má testovaná osoba za úkol kreslit obrázky pod časovým tlakem. Při testové situaci má pacient k dispozici sedm fixů různých barev a čisté listy papíru. Pacient je vyzván, aby kreslil své volné asociace. Kresba pacienta se tedy stává projektivním materiálem. Testovaný se dostává do nepříjemné situace, kdy musí kreslit pod časovým tlakem a navíc neví, kolik obrázků bude muset nakreslit. Obrázky, které kreslí proto představují cenný materiál, který poskytuje informace o jeho osobnosti. Zažívaná úzkost a frustrace z testové situace umožňují promítnutí osobnostních rysů i psychopatologických symptomů do kresby. Počáteční kresby jsou více spojeny s vědomými obsahy a postupně se do kreseb promítají obrazy z nevědomí. V tomto směru je test ovlivněn psychoanalytickým myšlením, které předpokládá, že s přibývajícím frustrací se budou více objevovat projekce z nevědomí.

Test je určen pro všechny věkové kategorie od dospívání přes dospělost až do stáří. V testu se nehodnotí kresebná technika, ale vyhodnocení se zaměřuje čistě na obsah kreseb.

Výsledky nejsou nijak zkresleny výtvarným nadáním ani sníženou schopností grafického projevu. Testové nároky na pacienta nejsou velké. MDZT však není vhodný pro pacienty s velmi nízkým intelektem nebo s těžším stupněm deprese. Pacienti s diagnózou z okruhu schizofrenie se splněním testu nemívají problém, jelikož malování pro ně bývá jednodušší formou komunikace než řeč. Nedokončení testu může poukázat na neurotické obranné reakce, hysterické mechanismy nebo na negativismus u poruch osobnosti. Selhání ve smyslu nedokončení se vyskytuje velmi zřídka, a to asi u 2-3 % pacientů. Samotný fakt nedokončení testu může být pro zkušeného psychologa cenným ukazatelem. U psychiatrických pacientů je důležité mít na paměti zkreslení výsledku léky. Ideální je testovat pacienta v době bez farmakologického ovlivnění. Pokud to však není možné, je potřeba zajistit, aby byla pacientova dávka léků stabilizována. Obraz poruchy v testu by mohl být výrazně jiný pod vlivem psychofarmak.

Samotné testování by mělo probíhat v místnosti, která neposkytuje žádné podněty k obkreslování. Ideální jsou stěny vymalované světlými barvami bez tapet a jakýchkoli obrazů. K testování je potřeba stůl a dvě židle. Pacient má sedět u stolu čelem ke stěně a testující v pravém úhlu těsně za ním, mimo jeho zorné pole. Je důležité, aby examinátor nedával pacientovi žádné podněty k obkreslování (např. nápadné šperky). Test je materiálně nenáročný a zabere zpravidla 45 minut včetně inquiry. K testu je potřeba pouze:

1. Papírový blok nelinkovaného papíru formátu A6. Pro dobré odtrhávání je vhodné, aby byl blok lepený a ne sešíváný.
2. Středně silné barevné fixy s následujícími barvami: modrá, zelená, žlutá, červená, oranžová, hnědá a černá.
3. Hodinky s vteřinovou ručičkou, popřípadě mobilní telefon, pro stopování času kreseb. Dále by měl mít examinátor tužku pro očíslování obrázků a zápisu inquiry, rovněž se doporučuje obálka pro uložení kreseb. K výpočtům je potřeba mít s sebou kalkulačku a gumu.

Jakmile je všechen materiál k testu nachystán, může examinátor podat pacientovi následující testovou instrukci: „Tady máte blok a fixy. Kreslete nyní, co chcete, co vám přijde právě na mysl. Fixy můžete pro své kresby používat, jak chcete. Na každou kresbu máte jednu minutu času. Když minuta uplyne, řeknu vám – další –, vy pak odtrhnete list a začnete rovnou další kresbu. Můžete rovnou začít“ (Gawlik, 1994, str. 8). Rovněž můžeme nechat prostor pro otázky, kdyby se chtěl testovaný na něco zeptat. Examinátor by měl usilovat o dobré pracovní prostředí, které vytvoří atmosféru pro hladký průběh testu.

Po instrukci začíná pacient rovnou kreslit první obrázek. Examinátor do průběhu testování nezasahuje, aby kresby pacienta nebyly nijak ovlivněny. Jediné, co examinátor dělá je, že po uplynulé minutě upozorní pacienta slovem „další“ a kresbu očísluje. Takto postupuje až do doby, kdy pacient nakreslí třicet obrázků. Důležité je, že se pacient nesmí dozvědět, že bude kreslit právě třicet obrázků. Pokud by se na tuto informaci pacient doptával, měl by examinátor odpovědět neurčitě, např. „uvidíme“, „až jich bude dost, skončíme“. Hlavním pravidlem při průběhu testu je mlčení examinátora. Testující má být v průběhu testu strohý a nijak nereagovat na pokusy o konverzaci. Podle Ungera (osobní sdělení, 11. června 2021) může být užitečné, pokud pacient nakreslí třicet jedna obrázků. Po skončení třicátého ho examinátor ujistí, že následující obrázek bude poslední. V tomto obrázku lze pozorovat určitou úlevu testovaného, kdy z něj opadne úzkost.

Pokud pacient odevzdá tři prázdné listy za sebou, je potřeba jej povzbudit tím, že může kreslit cokoli ho napadne. Pokud se v kresbě objeví tři abstraktní kresby nebo tři totožné obrázky, měl by examinátor požádat pacienta, aby takové obrázky nekreslil. Na každý obrázek má pacient jednu minutu, kterou musí dodržet. Není možné, aby začal další kresbu, dokud neuběhne stanovený čas. U pacientů, kteří jsou utlumeni psychofarmaky lze čas na kresbu prodloužit, a to až o polovinu. Je však nutné, aby prodloužení bylo u všech kreseb stejné.

Po dokončení posledního obrázku přechází examinátor do fáze inquiry. Zde předkládá testované osobě postupně jeden obrázek za druhým s otázkou: „Co to mělo být?“. Odpovědi zaznamenává tužkou na zadní stranu papíru. Inquiry je důležité zejména pro správné určení toho, co pacient nakreslil, aby při signování nedošlo k chybě. Po pojmenování kreseb lze pacienta nechat volně asociovat k nakresleným obrázkům. Tato část testu již není povinná, avšak může sloužit k hlubšímu náhledu do vnitra pacienta a přinést užitečná témata do budoucí terapie.

### **4.3 Vyhodnocení testu**

Po administraci testu a následném inquiry, pokračuje výzkumník k náročnější části vyhodnocení testu, která zahrnuje signování, výpočty proměnných a interpretaci. Signování proměnných zde v určitých ohledech připomíná systém Rorschachovy metody, a proto se o MDZT někdy mluví jako o kresebném Rorschachu. Postup vyhodnocení testu představuje spojení objektivní psychometrie a subjektivních projekčních testů. Zároveň je potřeba mít

stále na mysli, že test nelze interpretovat sám o sobě, ale vždy v kontextu anamnézy konkrétního pacienta. Vyhodnocení probíhá z následujících čtyř hledisek:

1. Z **formálně kvantitativního hlediska** vyhodnocujeme počet použitých barev, jejich opakování a střídání, které se zaznamenává do barvové křivky. Dále signujeme abstraktní kresbu bez konkrétního obsahu, selhání ve smyslu odevzdání prázdného listu, obkreslený obsah a afunční kresbu.
2. **Obsahově kvantitativní znaky** zahrnují počet nakreslených objektů, rostlin, zvířat, lidí a speciálních obsahů.
3. V **obsahově kvalitativním hledisku** se prolíná signování a interpretace. Na kresby lze pohlížet z hlediska hlubinné psychologie a zaměřit se na symbolické potřeby nebo konfliktní obsahy.
4. Hledisko **obsahové a formální sukcese** vyhodnocuje návaznost řady obrázků a všímá si spojitosti jednotlivých obsahů a témat.

Vyhodnocení prvních dvou hledisek stojí na pevných pravidlech, která cílí na co největší objektivitu testu. Druhá dvě hlediska pomáhají dokreslit obraz o pacientovi a jsou značně závislá na klinické zkušenosti examinátora. K vyhodnocení protokolu slouží záznamový arch, do kterého examinátor wpisuje jednotlivé proměnné a následně vypočítává hodnoty komplexních proměnných. Na první straně archu je místo pro základní údaje o pacientovi, na druhé a třetí je tabulka pro zaznamenání a výpočet proměnných. Poslední strana dává prostor pro výpočet kombinovaných proměnných, které slouží k diferenciální diagnostice jednotlivých typů schizofrenie. Manuál poskytuje vodítka pro výpočet a interpretaci proměnných, která není závislá na žádné z psychoterapeutických škol.

Pro větší přehlednost a přesnější popis primárních proměnných uvádíme tabulky č. 4 a č. 5 ve výzkumné části práce. Pro zjednodušení jsme se inspirovali dělením podle Belovičové (2006), která proměnné rozdělila na primární, sekundární a terciální. Primární proměnné signujeme podle znaků obsažených přímo v kresbě. Sekundární získáme součtem hodnot primárních. K výpočtu terciálních proměnných slouží jednoduché matematické vzorce, kde počítáme s primárními i sekundárními proměnnými.

## 4.4 Poruchy osobnosti v MDZT

MDZT se zaměřuje na diagnostiku čtyř kategorií, kterými jsou neurózy, poruchy osobnosti, deprese a schizofrenie. Tyto čtyři oblasti duševních poruch byly zahrnuty při tvoření

původních norem (Bloch, 1971) a následně ověřeny validizační studií na české populaci (Gawlik, 1988). Nejvíce se MDZT věnuje oblasti schizofrenních poruch, kde podrobně rozlišuje i jednotlivé druhy. V tomto okruhu rozlišuje akutní schizofrenii (dle MKN-10 akutní polymorfni psychotická porucha se symptomy schizofrenie nebo akutní psychotická porucha podobná schizofrenii), chronickou schizofrenii (jakýkoli druh schizofrenie kromě hebefrenii), hebefrenii (hebefrenní schizofrenie) a smíšenou psychózu (schizoafektivní porucha).

Poruchy osobnosti stojí v MDZT poněkud na okraji a nevěnuje se jim příliš velká pozornost. Jediná porucha osobnosti, která je v manuálu popsána včetně norem, je schizoidní porucha osobnosti označena jako schizoidní psychopatie. Původní Blochův manuál (1971) vychází ze zastaralého pojetí poruch osobnosti, a to zejména rozlišením na schizoidní a cyklotymní temperament podle Kretschmera (1961). Kretschmer ve své teorii propojil typy tělesné konstituce s konkrétním temperamentem, což se dnes považuje za nevědecké kvůli nedostatečné exaktnosti měření (Çakirpaloglu, 2012). Schizoidní temperament se projevuje uzavřeností a potížemi v komunikaci, vyhraněné rysy schizoidního temperamentu bychom mohli dnes označit jako schizoidní poruchu osobnosti a v extrémní podobě za schizofrenii. Cyklotymní temperament je charakteristický extravertizací, otevřeností a spontánností a jeho patologickou formou je cyklotymie nebo bipolární afektivní porucha.

V českém manuálu (Gawlik, 1994) se mluví o poruše osobnosti jako o extrémně vystupňovaných povahových rysech spojených s vnitřní nerovnováhou a poruchami v oblasti afektivity. Tento pohled na poruchy osobnosti se velmi podobá současnému pojetí MKN-10 a DSM-5. Test si neklade za cíl odlišit jednotlivé druhy poruch osobnosti, ale jen na poruchu osobnosti obecně poukázat. U diagnostiky poruch osobnosti je znovu zdůrazněno klinické vyšetření a důkladné prozkoumání pacientova životního příběhu.

První ukazatelem pro poruchu osobnosti jsou abnormální testové hodnoty, tedy zvýšené nebo snížené alespoň o jednu směrodatnou odchylku oproti průměru. Na začátku je potřeba vyloučit organickou poruchu, poruchu intelektu a jakékoli symptomy schizofrenie. Co se týče neurotických symptomů, ty se mohou v malé míře vyskytovat i u poruch osobnosti. Při diagnostice se zaměřujeme na abnormální hodnoty proměnné *AML*, která se vypočítává pomocí celkového počtu využitých barev a ukazuje na vnitřní šíři prožívání a aktuální náladu jedince. *AML* interpretujeme spolu s *f%*, které se vztahuje ke struktuře osobnosti, a to buď směrem ke schizotýmii nebo cyklotýmii. Na emoční labilitu poukazuje proměnná *s*, která kvantifikuje změny v počtu použitých barev. Vysoká hodnota *s* ukazuje na emoční labilitu, a naopak hodnota pod úroveň normy ukazuje na ztuhlou afektivitu.

Z obsahového hlediska se u poruch osobnosti vyskytuje vysoký počet rostlinných obsahů ( $P\%$ ), které může být příznakem zaostalosti a infantilního vztahu k okolí. Často se také setkáváme s vysokým počtem objektů ( $O\%$ ) a zvířat ( $T\%$ ). Vysoké zastoupení objektů v kresbách se objevuje u osobností, které jsou orientovány více na věci než na lidi a mají problémy s empatií. Vysoké  $T\%$  poukazuje na převládání primitivních pudových potřeb a tendenci k impulsivnímu chování. V neposlední řadě lze znaky poruch osobnosti vyzorovat i z hlediska formální sukcese. V řadě obrázků se často střídá využití malé a velké části plochy. Práce s prostorem bývá obecně problémová a v kresbách se často vyskytují disproporce např. malý slon oproti velkým hodinkám (Gawlik, 1994).

Cyklotymie může být v praxi zaměňována za hraniční poruchu osobnosti. Obě poruchy jsou charakteristické extrémními výkyvy nálady, které jsou často nezávisle na vnějších okolnostech (Perugi, 2010). Na vysokou korelaci cyklotymního temperamentu a rysy hraniční osobnosti poukázala studie (Goutaudier et al., 2014), která zkoumala neklinickou populaci dospívajících. Výsledky poukázaly na dva nejvýznamnější faktory, kterými byly afektivní nestabilita a impulsivita v oblasti agrese. Hraniční poruchu osobnosti můžeme tedy zařadit blíže k cyklotymnímu temperamentu než ke schizoidnímu. Z Gawlikova (1994) pozorování rozdílů mezi schizoidním a cykloidním temperamentem v MDZT vyplývá několik praktických ukazatelů. Cyklotymové více reagují na barvu než na tvar, lépe se přizpůsobují novým situacím, mění se u nich psychické napětí, unavují se postupně a mají tendenci vnímat celistvě-synteticky. U schizoidního temperamentu naopak očekáváme reakce na tvar, obtížné přizpůsobení novým situacím, téměř neměnné psychické napětí, náhlou únavu a vyčleňování částí z celku.

## 4.5 Výzkumy MDZT

Výzkumy MDZT se týkají především jeho standardizace v širším slova smyslu. Jedná se o zajištění reliability, validity a objektivitě metody spolu se stanovením norem. Validita neboli platnost testu označuje, zda test měří to, co doopravdy měřit má. Reliabilita označuje, s jakou spolehlivostí test měří to, co měřit doopravdy má. Z toho vyplývá, že pokud testová metoda není reliabilní, nemůže být zajištěna ani její validita. Za objektivní považujeme metodu, kdy se v určitém procentu shoduje nezávislé hodnocení různých osob, a tak se zabrání zkreslení výsledků (Svoboda et al., 2013). Standardizací MDZT na Slovensku se zabýval výzkumný tým pod vedením Tomáše Sollára, jehož výzkumy zmiňujeme v následujících kapitolách.



### 4.5.1 Výzkumy objektivit

V rámci standardizace MDZT je důležitým krokem dosažení objektivit testu. Na Slovensku bylo provedeno několik studií (Belovičová & Sollár, 2005; Belovičová & Sollár, 2006; Belovičová, 2006; Sollár & Belovičová, 2007), které zkoumaly míru shody pozorovatelů.

Výzkumné závěry shrnuje článek Sollára a Belovičové (2007), který byl vydán v Československé psychologii. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je objektivita MDZT v závislosti na hodnotiteli. Výzkumný soubor tvořilo celkem 160 respondentů, 100 z nich byli pacienti psychiatrické léčebny a zbylých 60 tvořili jedinci bez duševního onemocnění. Studie porovnávala vyhodnocení jednotlivých proměnných u dvou začátečníků a dvou expertů z oblasti MDZT. Začátečníci absolvovali dva kurzy MDZT a pracovali pod supervizí klinického psychologa, který test využívá. Oba experti byli kliničtí psychologové, kteří test využívají více jak patnáct let ve své praxi. Protokoly od zdravých jedinců získali oba začátečníci, každý 30 protokolů. Pro klinickou populaci byly využity již administrované protokoly obou expertů, od jednoho 30 a od druhého 70. Výzkum vypočítával shodu pozorovatelů mezi začátečníky navzájem a mezi začátečníkem a oběma experty. Mezi začátečníky došlo ke shodě v 95 % a 97 % proměnných podle stanovených kritérií (dosažení požadované hladiny v t-testu, korelačním koeficientu i koeficientu kappa). Mezi začátečníkem 1 a expertem 1 došlo k vysoké shodě v 95 % proměnných, avšak mezi začátečníkem 1 a expertem 2 byla shoda pouze v 57 % proměnných.

Sollár a Belovičová (2007) vidí zdroj neshody v subjektivním pochopení některých informací v manuálu. Kromě samotného tréninku vyhodnocování MDZT pokládají za nezbytnou práci pod supervizí zkušeného psychologa. Práci pod supervizí vidí jako cestu k dosažení větší objektivit v hodnocení testu. Zároveň poukazují, že u projektivních metod včetně MDZT nikdy nemůže dojít k absolutní shodě hodnotitelů. Důležitá je shoda v diagnostickém závěru, který však není založen jenom na jednotlivých proměnných a skórech MDZT, ale komplexně zohledňuje osobnost pacienta, celkový obraz v MDZT a další metody. Malé rozdíly ve vyhodnocení zpravidla nemají vliv na konečnou diagnózu. Gawlik (1994) ve svém manuálu doporučuje začínajícím psychologům vyhodnotit 20 protokolů. Belovičová (2006) pokládá za ideální 100 vyhodnocených protokolů, aby bylo dosaženo co největší objektivit. Gawlik (2007) souhlasí s Belovičovou (2006) a dodává, že 20 protokolů stačí pro hodnotitele, kteří již ovládají signování v ROR.

## 4.5.2 Normalizace MDZT

Při vydání prvního manuálu MDZT (1971) uskutečnil Bloch rozsáhlou studii, jejímž výsledkem byly normy pro klinickou i neklinickou populaci. Do měření bylo původně zapojeno 600 pacientů a 700 zdravých osob. Mezi klinickou populací bylo 275 pacientů se schizofrenií, 15 s depresí, 10 s epilepsií, 130 s poruchou osobnosti, 110 neurotických pacientů a 60 pacientů se závislostí. Statistické normy v manuálu se skládají z části původního vzorku pro klinickou i neklinickou populaci a část pacientů byla pravděpodobně Blochem vyřazena. V manuálu lze dohledat původní normy zjišťované na vzorku 384 mužů a 180 žen v rozpětí 17 až 65 let spolu s kontrolní skupinou 42 studentů bez bližšího věkového určení. Pro klinickou populaci lze zjistit hodnoty pro schizoidní psychopatii (n=28), akutní schizofrenii (n=47), hebefrenii (n=29), smíšenou psychózu (n=42) a chronickou schizofrenii (n=56).

Ověřováním norem na tehdejší česko-slovenské populaci se zabýval Gawlik (1988), který do svého výzkumu zahrnul 84 pacientů se schizofrenií, 60 neurotických pacientů a 65 s poruchou osobnosti. V manuálu lze dohledat normy jednotlivých proměnných pro akutní schizofrenii (n=27), smíšenou psychózu (n=27) a chronickou schizofrenii (n=30). Do ověřovací studie přidali kontrolní skupinu 32 studentů, jejichž průměrné hodnoty lze nalézt v manuálu. Gawlik (1994) v manuálu poukazuje na svoji studii s tvrzením, že normy na klinické česko-slovenské populaci se zásadně neliší od švýcarské, a proto je lze použít i u nás. Studie však neověřila normy pro normální populaci. Jediné normy jsou na vzorku studentů, kteří však nejsou blíže specifikováni věkem nebo pohlavím. Navíc nikde v manuálu nenajdeme hodnoty proměnných pro jiné skupiny diagnóz než pro akutní a chronickou schizofrenii, hebefrenii, smíšenou psychózu a schizoidní psychopatii.

Gawlik (2007) uvádí, že i po 40 letech MDZT má velmi dobré psychometrické kvality. S tímto tvrzením se neztotožňuje Machová (2016), která poukazuje hlavně na chybějící normy pro českou populaci. V rámci své diplomové práce si klade za jeden z cílů stanovit aktuální normy pro českou populaci s ohledem na pohlaví a vzdělání. Celkově získala protokoly od 31 mužů s nižším stupněm vzdělání, 30 mužů s vyšším stupněm vzdělání, 36 žen s nižším stupněm vzdělání a 42 žen s vyšším stupněm vzdělání. Přes snahu o metodickou přesnost testovala Machová některé z účastníků výzkumu hromadně, a tím se odlišila od instrukce v manuálu, a proto je její výzkum považován za sporný. Normy ze její studie lze však najít v příloze manuálu a podle Ungera (osobní sdělení, 11. června 2021) jsou aktuálně považovány za výchozí pro normální populaci.

My se přikláníme ke kritice Machové (2016), která poukazuje na určité psychometrické nedostatky testu zejména v oblasti norem. Jak bylo zmíněno, tak do roku 2016 prakticky neexistovaly normy pro neklinickou českou populaci a dalo se orientovat pouze podle původního švýcarského vzorku nebo podle kontrolní skupiny studentů. Normy Machové (2016) však byly z části získány hromadným testováním, a proto je jejich validita sporná. MDZT tedy stále postrádá aktuální normy pro neklinickou českou populaci, které by byly získány na větším souboru a administrovány jednotlivě ve shodě s instrukcí v manuálu. Dále vnímáme nedostatek při využití testu pro jinou skupinu poruch, než je oblast psychóz. Pro neurotické poruchy, poruchy nálady a poruchy osobnosti neexistují normy, podle nichž by se dalo orientovat.

Další nevýhodou testu je zastaralé názvosloví, které vychází z tehdejšího pojetí psychopatologie, které je však více než padesát let staré. Dle našeho názoru je pro využití MDZT v souladu s dnešními psychometrickými nároky potřeba rozsáhlého výzkumu, podobného původním, s cílem standardizace pro českou populaci. Snahy o standardizaci na Slovensku začaly ročníkovou prací Belovičové a Mikuškové (2004), ve které si kladly za cíl vytvoření norem pro slovenskou populaci. Výsledky práce se dají najít v disertační práci Belovičové (2009), která však ani po letech výzkumu nepovažuje standardizaci testu na Slovensku za dokončenou. Silnou stránku MDZT vidí v osvědčení testu v klinické praxi.

### **4.5.3 Výzkumy validity**

V manuálu MDZT (Gawlik, 1994) najdeme o validitě metody jen velmi málo informací. Jediným údajem je korelační tabulka vybraných proměnných MDZT a ROR zpracována Blochem a Bohmem na 49 osobách. Korelace některých proměnných se ukázala být statisticky významná. Zjištěné informace však nejsou blíže popsány a bez znalosti záměru autorů není u většiny proměnných zřejmé, proč by spolu měly souviset. Výjimku tvoří obsahové proměnné M% (lidské obsahy)  $r = 0,34$  a T% (zvířecí obsahy)  $r = 0,28$ , u kterých je souvislost zřejmá, i díky shodnému pojmenování v obou testech (Řičan et al., 1981). Bohmův systém představuje zastaralý systém pro skórování ROR a pro důkaz o souběžné validitě, by bylo potřeba ověřit korelaci MDZT s aktuálně používaným Exnerovým systémem. Podle Svobody et al. (2013) jsou statistické údaje zjištěné z manuálu MDZT o validitě a reliabilitě metody uspokojivé. S tímto tvrzením se na základě informací z manuálu nemůžeme ztotožnit, jelikož v něm nelze najít dostatek důkazů pro validitu metody.

Bloch (2013a) publikoval článek, kde popisuje experiment z roku 1994, který poukazuje na validitu MDZT. Ve svém experimentu dal Gawlikovi, který s testem již řadu let pracoval, k nahlédnutí deset sérií po třiceti obrázcích. Každá ze sérií patřila jednomu pacientovi a byly u něho spočítané všechny proměnné a popsány symptomy. Gawlik měl na základě pouhého prohlédnutí kreseb určit o jakou diagnózu se jedná. U všech deseti pacientů dokázal podle kreseb správně určit diagnózu, která odpovídala popisu symptomů podle proměnných v MDZT. Tato studie podle Blocha dokazuje validitu proměnných MDZT a jejich vztah ke klinické diagnóze. Gawlik ve svém článku 40 let MDZT (2007) vzpomíná na tento experiment, díky kterému ho Bloch doslova pasoval na experta přes jeho test. Tento výzkum vidíme pouze jako příspěvek k externí validitě metody, nikoli jako důkaz. Pro důkaz o externí validitě by bylo potřeba posouzení několika dalšími odborníky, kteří by se shodli na stejné diagnóze pomocí jiných diagnostických metod. Výzkum nám spíše podává informace o velmi dobrém zaučení Gawlika a o jeho bohatých zkušenostech s MDZT, které vedly k přesným diagnostickým závěrům.

Ve stejném roce publikoval Bloch (2013b) další studii, ve které vidí další důkaz validity MDZT. Ve výzkumu jsou srovnávány výsledky MDZT pacienta se schizofrenií. První měření proběhlo v roce 1986 a druhé po 24 letech v roce 2010. Pacient byl celou dobu hospitalizován a léčen psychofarmaky. Výsledky pacienta byly srovnány po kvantitativní i kvalitativní stránce a ve studii lze nalézt srovnání jednotlivých proměnných i sekvence obrázků. Pacient byl v roce 1986 diagnostikován s akutní schizofrenií a jeho výsledek po 24 letech odpovídá chronické schizofrenií podle kritérií MDZT. Bloch uzavírá článek tvrzením, že výsledky testu MDZT provedeného po 24 letech korelují s původními zjištěními a odpovídají predikci ohledně vývoje nemoci pacienta na základě původního testu. I přes pozoruhodnou přesnost predikce MDZT u tohoto pacienta musíme vzít v úvahu, že se jedná v podstatě o kazuistickou studii, kterou nelze považovat za důkaz validity. Pro lepší podložení validity by byl potřeba větší výzkumný soubor.

Informace o validitě můžeme odvodit z diplomových prací, které se zabývaly diagnostikou a diferenciální diagnostikou psychotických poruch pomocí MDZT. Cílem již zmíněného výzkumu Machové (2016) bylo prokázání validity kvantitativních testových proměnných pro diagnostiku schizofrenie. Do studie bylo zahrnuto 146 pacientů se schizofrenií a kontrolní skupinu tvořilo 139 osob. Proměnné byly využity jako prediktory k rozlišení mezi zdravou osobou a osobou se schizofrenií. Hájková (2020) zkoumala, které proměnné se ukáží být jako statisticky významné při diferenciální diagnostice mezi paranoidní

schizofrenií (n = 64) a schizoafektivní poruchou (n = 33). V neposlední řadě Křížáková (2021) zjišťovala využití MDZT pro diferenciální diagnostiku mezi pacienty s toxickou psychózou (n = 22) a paranoidní schizofrenií (n = 37).

Ze zmíněných výzkumů můžeme získat informace o kriteriální souběžné validitě a konstruktové validitě (Urbánek et al., 2011). Souběžná validita byla ověřována jako predikce již stanovené diagnózy podle skóre v testu. Výzkumy nám rovněž poskytnou údaje o konstruktové validitě některých proměnných ve smyslu jejich vztahu k vlastnostem u diagnózy. V textu se zaměřujeme na proměnné, u nichž byl prokázán statisticky významný vztah a velikost účinku podle Cohena d. Cohenovo d vyšší než 0,2 je považováno za malý efekt, vyšší než 0,5 za střední efekt a vyšší než 0,8 za velký efekt (Sullivan & Feinn, 2012).

Výsledky Machové (2016) ukázaly, že ke správnému určení diagnózy schizofrenie statisticky významně přispívá jedenáct testových proměnných ( $f\%$ ,  $P\%$ ,  $Is\%$ ,  $V$ ,  $Va$ ,  $AML$ ,  $mFw$ ,  $E$ ,  $OPTMIs$ ,  $M\%$ ,  $D$ ) spolu s pohlavím, věkem a vzděláním. Jako nejlepší kombinace proměnných se ukázal model, který obsahoval  $f\%$ ,  $P\%$ ,  $Is\%$ ,  $V$ ,  $Va$ ,  $mFw$ ,  $M\%$  a dokázal správně rozlišit zdravého od pacienta se schizofrenií u 81,4 % případů. Nesilnějším prediktorem při použití logistické regrese byla  $f\%$ , která spolu s pohlavím, vzděláním a věkem dokázala správně predikovat onemocnění u 75,1 % osob.

Proměnná  $f\%$  v MDZT ukazuje na počet afunkčních kreseb, kdy vysoké hodnoty ukazují na zúžené vnímání reality a narušené chápání souvislostí způsobující bludnou interpretaci okolností (Gawlik, 1994). Podobné symptomy se vyskytují u schizofrenie (Orel, 2016) a odpovídají Gawlikově (1994) selektivně-izolujícímu tvarovému modusu osobnosti, který spojuje se schizotýmií a schizofrenií. Potvrzení konstruktové validity proměnné  $f\%$  najdeme rovněž v práci Hájkové (2020), kde u pacientů s paranoidní schizofrenií vyšlo  $f\%$  statisticky významně vyšší s mírou účinku  $d = 0,65$  než u pacientů se schizoafektivní poruchou. Druhou významnou proměnou je  $AML$ , která kvantifikuje celkový počet využitých barev v testu a je ukazatelem širě emočního prožívání. Vysoká hodnota ukazuje na bohatou vnitřní dynamiku, a naopak nízká na emoční oploštělost až tupost (Gawlik, 1994). Ve výzkumu Hájkové (2020) dosahovali pacienti s paranoidní schizofrenií nižších hodnot  $d = 0,52$  než pacienti se schizoafektivní poruchou. Stejně tak při srovnání pacientů s paranoidní schizofrenií s pacienty s toxickou psychózou (Křížáková, 2021) dosahovala první skupina nižších hodnot  $d = 0,99$  než druhá. Proměnná  $AML$  odpovídá vymezení těchto poruch, kdy u paranoidní schizofrenie je emocionalita více oploštěná oproti schizoafektivní poruše a toxické psychóze (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Poslední významnou proměnou je  $s$ , která zachycuje střídání barev v testu a je interpretována

jako afektivní dráždivost. Zvýšené hodnoty ukazují na emoční nestálost a nízké na ztuhlou afektivitu (Gawlik, 1994). Pacienti s paranoidní schizofrenií dosahovali nižších hodnot než pacienti se schizoafektivní poruchou  $d = 0,56$  (Hájková, 2020) i než pacienti s toxickou psychózou  $d = 0,96$  (Křížáková, 2021).

#### 4.5.4 Výzkumy reliability

Blochův výzkum (2013b) spíše poukazuje na stabilitu diagnózy v čase, která je jedním z kritérií reliability, než na validitu. V manuálu (Gawlik, 1994) najdeme několik hodnot, které svědčí pro reliability metody. U hodnot však chybí přesnější popis, bez kterého ztrácí na významu. Najdeme, zde hodnotu reliability  $r = 0,89$  pro  $f\%$  v časovém odstupu tří až čtyř týdnů, není však jasné, na jakém vzorku byla ověřována. Split-half reliability dosáhla rovněž hodnoty  $r = 0,89$  při měření na vzorku 50 neklinických osob (není jasně uvedeno o jakou proměnou se jedná, nejspíše tedy rovněž o proměnou  $f\%$ ). Poslední uvedená hodnota je u proměnné AML, která v první polovině testu dosáhla v průměru 29,4 a v druhé polovině 30,5. Tato informace má vyvracet domněnku o unavitelnosti v testu, i tady však chybí bližší popis skupiny. Bez bližšího popisu nemohou hodnoty v manuálu sloužit jako důkaz reliability metody.

Aktuálně nejlepším zdrojem informací o spolehlivosti je výše zmíněná studie Sollára a Belovičové (2007), která zjišťovala shodu posuzovatelů jako jednu z forem odhadu reliability pomocí koeficientu kappa. Za stanovenou hranici shody ustanovili míru  $\kappa > 0.75$ . V případě porovnání výsledků obou začátečníků byla shoda vyšší než 0.75 nalezena v 97 % hodnocených proměnných. Při srovnání začátečnice 1 s expertem 1 byla nižší míra shody pouze u jedné proměnné. Celkem sedm neshod bylo nalezeno mezi začátečnicí 1 a expertem 2. Koeficient kappa se u těchto proměnných pohyboval těsně pod hranicí mezi 0.58 – 0.73. Na základě těchto informací považujeme reliability ve smyslu shody posuzovatelů testu za uspokojivou. Stále však chybí studie dokazující stabilitu v čase.

#### 4.5.5 Další studie

Kromě výše uvedených studií, byly provedeny i další výzkumy, které zpravidla souvisely se standardizací MDZT na Slovensku. Tyto výzkumy se přímo nedotýkají této práce, proto je zde uvádíme velmi stručně. Výzkum Belovičové et al. (2004) dospěl k závěru, že v některých proměnných MDZT skórují muži a ženy rozdílně. Další výzkumy (Mikušková & Sollár, 2005; Mikušková, 2006; Mikušková, 2007) měly za cíl stanovit kategorii

vulgárních obsahů (kreslené více jak 25 % populace) v MDZT, inspirovány kategorií vulgárních odpovědí v ROR. Tato kategorie však nebyla do manuálu začleněna. V neposlední řadě popsal Klubert (2006) pozitivní prognostické znaky pro psychoterapii v MDZT, které lze najít jako dodatek v manuálu.

V České republice bylo v posledních letech publikováno několik prací, které byly psány ve spolupráci s aktuálním školitelem MDZT Davidem Ungerem, které jsme již zmínili (Machová, 2016; Hájková, 2020; Křížáková, 2021). Paralelně s touto prací vzniká diplomová práce zabývající se empirickým srovnáním určitých proměnných MDZT a ROR (Váňa, 2022).

# VÝZKUMNÁ ČÁST



## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Hraniční poruše osobnosti bylo v literatuře věnováno mnoho výzkumů i teorií. Jedním z důvodů je vysoká prevalence, která se v klinické populaci odhaduje okolo 15–20 % u ambulantních pacientů a až 40 % u hospitalizovaných (Levy & Pantelides, 2020). Hraniční porucha osobnosti je dokonce považována za nejčastější poruchu osobnosti v klinické péči. I přesto, že se hraniční poruše osobnosti věnuje velká pozornost, a psychiatři s ní přichází často do styku, je shoda na její diagnostice jednou z nejmenších. Kvůli emoční nestabilitě bývá zaměňována za bipolární afektivní poruchu nebo depresi. Dále může být zaměněna za některou z neurotických poruch, zejména za posttraumatickou stresovou poruchu, jelikož v anamnéze pacientů s hraniční poruchou osobnosti často najdeme traumatické události z dětství. Impulsivní jednání a tendence k přílišné závislosti na druhých bývá častým důvodem k záměně hraniční poruchy osobnosti za závislou nebo histriónskou poruchu osobnosti (Grambal et al., 2017). Malá shoda na diagnóze hraniční poruchy osobnosti je hlavním důvodem našeho vědeckého bádání. Cílem je přispět k její lepší a přesnější diagnostice.

Histriónskou poruchu osobnosti jsme si vybrali, protože spolu s hraniční poruchou sdílí určité znaky (viz kapitola 2.2.4) jako je emoční nestabilita, impulsivita, vyhledávání pozornosti a manipulativní chování, kvůli kterým může být v praxi těžké je od sebe odlišit. Druhým důvodem ke zkoumání histriónské poruchy osobnosti je její malá probádanost a velmi malý výzkumný zájem. Aktuální literatura (Dawood et al., 2020; Lengel, 2020) zabývající se osobností a poruchami osobnosti se shoduje na nedostatku výzkumných dat pro histriónskou poruchu osobnosti a pokládají ji za jednu z nejméně prozkoumaných. Jako hlavní důvody vidí nízkou míru prevalence, která se odhaduje na 2–3 % v normální populaci a na 10–15 % (Bornstein et al., 2015) v klinické a vykazuje vysokou komorbiditu zejména se závislou, hraniční a narcistickou poruchou osobnosti.

Ze zmíněné literatury vyplývá, že dosavadní diagnostika má problém s diferenciací hraniční a histriónské poruchy osobnosti. Z tohoto důvodu ověřujeme potenciál nové testové metody, která by mohla být schopna rozšířit dosavadní diagnostické možnosti. Jako výzkumnou metodu jsme si vybrali Blochův vícedimenzionální kresebný test (MDZT), který mezi kresebnými metodami nabízí nejkompexnější možnost posouzení osobnosti a znaky

zmíněných poruch osobnosti nebyly v tomto testu doposud zkoumány. Na základě výzkumného problému stanovujeme dva cíle výzkumu. Prvním cílem je popsat vybrané proměnné u hraniční a histriónské poruchy osobnosti v Blochově vícedimenzionálním kresebném testu. Druhý cíl stanovujeme pouze pro hraniční poruchu osobnosti, které věnujeme více prostoru v teoretické i výzkumné části, jelikož je považována za nejčastější poruchu osobnosti v klinické péči. Druhým cílem práce je srovnat vybrané proměnné mezi hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací v Blochově vícedimenzionálním kresebném testu.

# 6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Metodologický rámec výzkumu je ovlivněn výzkumným souborem, který tvoří 33 pacientů s hraniční poruchou osobnosti a 2 pacienti s histriónskou poruchou osobnosti. Výzkumný soubor je více popsán v kapitole 7. Pro zkoumání hraniční poruchy osobnosti využíváme kvantitativní rámec výzkumu s využitím deskriptivní a inferenční statistiky. Pro zkoumání histriónské poruchy osobnosti volíme kvalitativní rámec výzkumu, konkrétně kazuistickou studii. U hraniční a histriónské poruchy osobnosti pomocí MDZT sledujeme emoční prožívání, afektivní labilitu, infantilní rysy osobnosti, impulsivní chování, tendenci k závislým vztahům, sebepoškozující chování a sebevražedné tendence. Konkrétní proměnné měřící tyto charakteristiky jsou popsány níže v této kapitole.

## 6.1 Blochův vícedimenzionální kresebný test

V této části se budeme zabývat vyhodnocením testu a jeho interpretací zaměřenou na sekundární proměnné, které sledujeme v našem výzkumu. V následujících tabulkách 4 a 5 uvádíme vysvětlení primárních proměnných, které se signují přímo z jednotlivých kreseb. Pořadí jednotlivých proměnných je shodné s postupem skórování podle manuálu MDZT. Popis a příklady proměnných uvádíme pro základní představu čtenáře, avšak pro lepší pochopení a práci s MDZT odkazujeme na manuál (Gawlik, 1994).

Skórování kreseb se standardně provádí do záznamového archu v papírové podobě. My ve své práci využíváme nový záznamový arch převedený do MS Excel podle Hájkové (2020). Díky převedení je vyhodnocování rychlejší, jelikož výzkumník nemusí ručně počítat sekundární proměnné. Navíc se snižuje riziko chyby, které by mohlo vzniknout při výpočtech na kalkulačce. Ukázkou záznamového archu, ve kterém jsme provedli několik úprav přidáváme do přílohy 6.

**Tabulka 4***Popis formálně kvantitativních proměnných MDZT*

Proměnná	Popis proměnné a její příklad	Označení
Barvové číslo	Barvové číslo udává počet využitých barev na jednu kresbu. Maximální hodnota může dosáhnout 7, pokud respondent využije všech sedm fixů (žlutou, oranžovou, červenou, modrou, zelenou, černou a hnědou). Výsledné hodnoty se zaznamenávají do grafu. V případě kresby, kde je použita pouze černá, značíme na grafu vždy <i>ms</i> , které značí monochromní černou kresbu. Barvové číslo může nabýt i hodnoty 0, a to v případě, že osoba použije pouze černý fix pro věc, která ve skutečnosti černá není (např. slunce). Druhou výjimkou je barevné monochromní opakování <i>r</i> , kdy jedinec využívá tutéž jednu barvu pro dvě a více kreseb za sebou. V takovém případě je barvové číslo také rovno 0.	<i>Fbz</i>
Monochromní obrazová změna	Tato proměnná se signuje v případech, že po sobě následuje dvě a více kreseb, které jsou nakresleny pouze jedním odlišným fixem. Například obrázek č.1 je namalován pouze zelenou, obrázek č.2 pouze modrou a obrázek č. 3 pouze žlutou. V takovém případě signujeme <i>mFw</i> pro obrázek č.2 a č.3.	<i>mFw</i>
Ps fenomen	Ps fenomen nastává v situaci, kdy po dvou a více vícebarevných kresbách nastává kresba pouze černou barvou s barvovým číslem 0.	<i>Ps</i>
Abstraktní kresba	Kategorie označuje obrázek bez konkrétního obsahu. Kresba se skládá jen z linií a barev anebo ji sám respondent označuje slovy nic, chaos apod.	<i>Abstr</i>
Selhání	Selhání označuje případ, ve kterém jedinec odevzdává prázdný papír, na který nic nenamaloval.	<i>V</i>
Obkreslený obsah	Obkreslený obsah značí situaci, kdy jedinec nekreslí volně asociace, ale zřetelně obkresluje nějaký předmět z místnosti nebo kreslí examinátora. V takovém případě už dále nesignuje obsahové znaky, ale pouze barvové číslo a afunkčnost kresby.	<i>Va</i>
Perseverace	Perseverace signujeme v případě, kdy jedinec za sebou kreslí obsahy stejného tématu. Např. na obrázku č.1 jablko, na obrázku č.2 hrušku a na obrázku č. 3 banán. U obrázku č.2 a č.3 signujeme skór perseverace.	<i>pers</i>

Afunkčnost kresby	<p>Signování afunkčnosti kresby patří k nejtěžším kroků a oproti ostatním proměnným má velký počet pravidel a výjimek. Z tohoto důvodu uvádíme na tomto místě jen základní vymezení.</p> <p>Za afunkční považujeme kresbu, která není žádným způsobem spojena s okolím. Jinými slovy se jedná o figuru bez pozadí. Obsah kresby tvoří uzavřený celek a kresba nemá žádné pozadí nebo nevyjadřuje vztah mezi více obsahy. Za afunkční kresbu tedy považujeme, pokud obrázek obsahuje např. jen slunce s paprsky, stůl nebo psa. Afunkčnost nesignujeme, pokud má kresba pozadí nebo vyjadřuje vztah mezi více obsahy. Za afukční nepovažujeme strom a slunce, stůl s židlí nebo psa na louce. Dále jako afunkční nikdy nesignujeme abstraktní kresbu, selhání a grafické projevy.</p>	<i>f</i>
Stereotypie	<p>Stereotypie označuje situaci, kdy osoba nakreslí vícekrát totožný obrázek. Tato kresba nemusí následovat přímo po sobě, ale může mezi ní být rozestup několika obrázků. Např. obrázek č. 1 je dům se sluncem a obrázek č. 14 je taktéž dům se sluncem. Obrázku č. 14 náleží skôr proměnně stereotypie.</p>	<i>stere</i>

(Gawlik, 1994)

**Tabulka 5***Popis obsahově kvantitativních proměnných MDZT*

Proměnná	Popis proměnné a její příklad	Označení
Objekty	Do kategorie objektů spadají věci denní potřeby (např. nádobí, dům), zpracované rostlinné nebo živočišné produkty (např. ovocný salát, vánoční stromek) a kresby dané do rámu s výjimkou portrétu, kde signujeme <i>Mkar</i> .	<i>O</i>
Rostliny	Do rostlin řadíme kresby obsahující předměty z rostlinné říše (např. stromy, ovoce). Výjimkou je čtyřlístek, který signujeme jako <i>Is</i> .	<i>P</i>
Zvířata	Kategorie zvířat je určena pro kresby obsahující postavy z živočišné říše (např. pes, slon) i deanimovaná zvířata (např. houpací kůň, plyšové zvíře).	<i>T</i>
Lidé	Lidské obsahy zahrnují všechny lidské postavy, včetně lidských portrétů. Oblečení a případné ozdoby, které mají lidé na sobě nesignujeme zvlášť jako objekty. Výjimku tvoří ty, které lidé drží v ruce, tam signujeme <i>O</i> . Lidské postavy nakreslené frontálně (en face) označujeme <i>Menf</i> , kdežto nakreslené z profilu jako <i>Mprof</i> . Poslední kategorii lidských obsahů tvoří lidské karikatury <i>Mkar</i> . Do této kategorie řadíme nadpřirozené lidské bytosti (např. anděl, duch), historické osobnosti (např. Napoleon, Mozart), antropomorfizovaná zvířata (např. kentaur) a devitalizované postavy (např. sněhulák, panenka).	<i>Menf</i> <i>Mprof</i> <i>Mkar</i>
Anatomické kresby	Anatomické kresby označují obrázky, které znázorňují detail lidského těla (např. ruka, oko). Výjimku tvoří lidská hlava, kterou řadíme do lidských obsahů.	<i>anat</i>
Krajina a přírodní obsahy	Proměnou <i>Ld</i> , signujeme v případě, že se v kresbě vyskytne krajina, která vyjadřuje určité ladění celé kresby. Dále do této kategorie spadají přírodní obsahy, které nemají živočišný nebo rostlinný původ a nejsou výsledkem lidské činnosti (např. moře, jezero, skály, blesk, slunce, planety). Výjimku tvoří les, který signujeme jako <i>P</i> .	<i>Ld</i>
Krajina v pozadí	Krajina v pozadí se signuje jen v případě, kdy je objekt zřetelně vyčleněn před krajinu (např. cyklista s horami v pozadí).	<i>ld</i>
Kolektivní symboly	Kolektivní symboly signujeme, když kresba obsahuje obecně známé a používané symboly (např. srdce, čtyřlístek, kříž).	<i>symb Is</i>
Abstrahované obsahy	Proměnná abstrahované obsahy označuje kresby, které využívají schématického a zjednodušujícího vyjádření (např. mapy, geometrické obrazce).	<i>abs Inh</i>

Ornamenty	Za ornament považujeme kresby, ve kterých se vyskytují vzory, které patří konkrétnímu předmětu (např. mandala).	<i>Orn</i>
Písmo, grafické projevy	Za grafické projevy považuje obrázky, ve kterých se objeví pouze slova, číslice, písmena, noty nebo jiné symboly. Nesignujeme, pokud se jedná o nápis na nějakém objektu (např. na lahvi).	<i>Schr</i>
Dynamické obsahy	Dynamické obsahy signujeme, pokud kresba obsahuje pohyb nebo pohybující se předmět. Můžeme takto označit jen objekty nebo přírodní obsahy, nikoli další obsahové kategorie. Spadají sem předměty v pohybu (např. padající míč) předměty vyjadřující pohyb (např. švihadlo), předměty sloužící k pohybu (např. loď).	<i>D</i>

(Gawlik, 1994)

## 6.2 Zkoumané proměnné

Podle výše uvedených primárních proměnných se dále počítají sekundární proměnné, které se v testu interpretují. My se v této kapitole zaměříme pouze na sekundární proměnné (*AML*, *s*, *P%*, *T%*), které si klademe za cíl u hraniční a histriónské poruchy osobnosti zjistit.

Proměnná *AML* (střední hodnota barevného indexu obrázkové řady) je v manuálu považována za indikátor emotivního – náladového ladění a také za ukazatel širší emočního prožívání. *AML* se vypočítá jako podíl barvového čísla a celkového počtu kreseb ( $AML = \sum Fbz / N$ ). Výsledné číslo by se dalo označit jako průměrný počet použitých barev na jednu kresbu. Podle manuálu je nutné *AML* posuzovat ve vztahu s hodnotou *f%*, které kvantifikuje počet afunčních kreseb. Podle původních norem (Gawlik, 1994) je vztah mezi *f%* a *AML* u neklinické populace lineární, kdy s větším *f%* vychází úměrně menší *AML*. Tento vztah se však nepotvrdil ve výzkumu Machové (2016), které vyšlo, že u neklinické populace lineární vztah mezi *f%* a *AML* neexistuje. Navíc byla konstruktová validita *AML* bez závislosti na *f%* ověřena jako diferenciální proměnná mezi pacienty s paranoidní schizofrenií a schizoafektivní poruchou (Hájková, 2020) a mezi pacienty s toxickou psychózou a paranoidní schizofrenií (Křižáková, 2021). Proto si dovoluujeme i v této práci interpretovat samostatně proměnnou *AML* bez souvislosti s proměnou *f%*.

Do *AML* se promítá aktuální náladové ladění respondenta i jeho celková emoční dynamika. Nízké hodnoty *AML* jsou interpretovány jako emoční oploštělost až tupost nebo také jako dysforická nálada. Dále se nízké hodnoty *AML* mohou vyskytnout u lidí, kteří mají tendenci svoje emoce potlačovat nebo je racionálně kontrolovat. Naopak vysoké hodnoty

jsou vysvětlovány jako bohatá vnitřní dynamika, pozitivní emoční ladění nebo také jako přílišná emoční citlivost.

Druhou námi sledovanou proměnou je hodnota odchylek  $s$ . Hodnota kolísání slouží v testu jako ukazatel afektivní dráždivosti. Výpočet této proměnné se rovněž odráží od barvového čísla. Hodnota odchylek se vypočítá jako suma změn počtu barev mezi jednotlivými kresbami vydělena počtem kreseb sníženým o jedna ( $s = \sum S / N - 1$ ). Konstruktová validita hodnoty odchylek byla rovněž ověřena výše zmíněnými výzkumy (Hájková, 2020; Křižáková, 2021). Hodnotu kolísání barvového čísla lze rovněž vidět na výsledném grafu v podobě barvové křivky (viz obrázek 1), vytvořenou v programu MS Excel. Příliš vysoké i nízké skóry jsou vysvětlovány jako afektivní nepřiléhavost a nedostatečná schopnost modulace emocí. Skóry směřující k horní hranici ukazují na emoční labilitu pacienta, naopak skóry výrazně nižší jsou indikátorem snížené emoční dráždivosti a schopnosti emočně reagovat.

### Obrázek 1

*Barvová křivka MDZT*



*Pozn.: Barvové číslo (Fbz) označuje kolik barev použil respondent u dané kresby. Například na obrázek č.1 využil celkem pět barev, na obrázek č.4 barvy dvě.*

Z obsahové části se zaměříme na procento rostlin  $P\%$  a procento zvířat  $T\%$ . Výpočet proměnných  $P\%$  a  $T\%$  se vypočítá obdobně. Vždy se jedná o poměr počtu dané obsahové kategorie k celkovému počtu obsahů. Celkový počet obsahů značí proměnná  $OPTM$ , která se vypočítá součtem objektů, rostlin, zvířat a lidských obsahů ( $P\% = \sum P * 100 / OPTM$ ;  $T\% = \sum T * 100 / OPTM$ ). Lidé, kteří kreslí vyšší procento rostlin jsou považováni za osoby



s infantilními rysy nebo vývojovou zaostalostí s fixací na orálním stupni vývoje. V manuálu však není uvedeno, co značí nízké hodnoty *P%*. Abnormální hodnoty *T%* jsou vysvětlovány jako převládání pudových tendencí. Nízké hodnoty ukazují na nedostatek citlivosti, naopak vysoké hodnoty jsou spjaty s nadvládou pudových tendencí a chování řízeného emocemi.

Výše zmíněné proměnné jsou v manuálu popsány obecně pro jakoukoli poruchu osobnosti, i když svým popisem poukazují hlavně na poruchy osobnosti charakteristické emoční labilitou. Samotný manuál si neklade za cíl rozlišit jednotlivé typy poruch osobnosti, ale pouze poukázat na obecné znaky u jakékoli poruchy osobnosti. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli do výzkumu zařadit nové proměnné, které poukazují specificky na znaky hraniční a histriónské poruchy osobnosti. Na základě analogie s ROR jsme do MDZT zařadili škálu orální závislosti (ROD). Bližší popis ROD a relevantních výzkumů jsme popsali v kapitolách 3.2.1 a 3.2.2, kde uvádíme kritéria skórování (viz tabulka 2). ROD se využívá v Rorschachově metodě, kdy respondent dostane jeden bod za každou odpověď, která obsahuje jeden nebo více obsahů spadající do kategorií ROD. Za každou odpověď lze získat maximálně jeden bod. Skórují se pouze odpovědi v asociační fázi nikoli odpovědi při inquiry. Výsledné skóry se uvádějí v procentech jako poměr odpovědí s obsahy ROD ku celkovému počtu odpovědí (Bornstein & Masling, 2005). Stejný princip využití ROD zavádíme v této práci i do MDZT. Podle kategorií v tabulce č.2 skórujeme každou kresbu. Pokud kresba obsahuje jeden nebo více obsahů z uvedených kategorií je připsán jeden bod. Do skórování rovněž nejsou brány v potaz odpovědi při inquiry jako v ROR s výjimkou kategorie odpovědi dětskou řečí, kde jsme na inquiry odkázáni. Také v kategorii pasivity a bezmoci nám následné pojmenování umožňuje rozhodnout, zda odpověď spadá do dané kategorie.

Kromě ROD přidáváme k prozkoumání i agresivní skóry (AgPast), které zobrazují mrtvé, poškozené, zničené nebo zraněné obsahy. Bližší popis výzkumných zjištění agresivních obsahů uvádíme v kapitole 3.2.1, kde rovněž popisujeme základní kritéria pro skórování agresivních obsahů (viz tabulka 3). Při skórování obrázků v MDZT se budeme držet popsaných kritérií pro AgPast v ROR. Skór Agresivní minulosti (AgPast) je skórován v případě, že odpověď obsahuje objekt, který je poškozený v důsledku agrese. Pokud odpověď spadá do jiné z kategorií agresivních skórů (AgC – agresivní obsah, AgPot – agresivní potenciál nebo AG – agresivní pohyb), tak AgPast neskórujeme. Respondent dostává bod za každou odpověď, která obsahuje tento obsah (Lečbych, 2016). Stejně tak v MDZT budeme za každou odpověď spadající do kategorie agresivní minulosti přičítat jeden bod na této škále, výsledný skór bude průměrný počet skórů agresivní minulosti na

celý protokol. Inquiry nám pomůže lépe zhodnotit, zda obrázku připsat skór kategorie AgPast. Nově adaptujeme a ověřujeme pro MDZT dvě škály (ROD, AgPast), ve kterých se hodnoty mohou pohybovat od 0 do 30.

### 6.3 Formulace hypotéz ke statistickému testování

Na základě vymezených teoretických předpokladů stanovujeme následující hypotézy. Hypotézy formulujeme pouze pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti v souladu s druhým cílem naší práce. První čtyři hypotézy testujeme oproti hodnotám norem pro neklinickou populaci podle Machové (2016). Neklinická populace zahrnuje jedince, kteří nejsou aktuálně v klinické péči a v minulosti jim nebyla přidělena psychiatrická diagnóza. Pro nově zavedené proměnné, kterými jsou skóry škály orální závislosti a skóry agresivní minulosti neexistují v MDZT normy. Proto jsme pro jejich ověření využili data z kontrolní skupiny.

- **H1:** Proměnná *AML* (střední hodnota barevného indexu obrázkové řady) diferencuje mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací.
- **H2:** Proměnná *s* (indikátor afektivní dráždivosti) diferencuje mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací.
- **H3:** Proměnná *P%* (procento rostlinných obsahů) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.
- **H4:** Proměnná *T%* (procento zvířecích obsahů) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.
- **H5:** Proměnná *ROD* (škála orální závislosti) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.
- **H6:** Proměnná *AgPast* (skóry agresivní minulosti) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.

# 7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvoří celkem 35 pacientů s hraniční nebo histriónskou poruchou osobnosti a 20 osob z neklinické populace, kteří tvoří kontrolní skupinu. Sběr dat probíhal celkem na čtyřech pracovištích, kde jsme navázali kontakty s místními psychology, popřípadě psychiatry. Jednalo se v první řadě o Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, kde jsme spolupracovali s PhDr. Davidem Ungerem a Mgr. Pavlou Fojtíkovou z oddělení klinické psychologie a s Mgr. Lucií Vavrysovou, Ph.D. z psychoterapeutického oddělení. Dále jsme spolupracovali s Mgr. Lucií Sedláčkovou z psychiatrického oddělení v Havlíčkově Brodě a také s prof. MUDr. Jánem Praškem, CSc z psychoterapeutického oddělení Fakultní nemocnice Olomouc.

## 7.1 Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru

Z celkových 35 protokolů od pacientů s poruchou osobnosti jsme 29 sesbírali sami a 6 nám poskytl PhDr. Unger. Počet hospitalizovaných a ambulantních pacientů podle poruch osobnosti uvádíme v následující tabulce 6. Protokoly od ambulantních pacientů jsme obdrželi od PhDr. Ungera, který nám navíc poskytl i dva protokoly z archivu, jeden s hraniční a druhý s histriónskou poruchou osobnosti. Na odděleních jsme se nesetkali s žádným pacientem, který by měl histriónskou poruchu osobnosti.

**Tabulka 6**

*Počet hospitalizovaných a ambulantních pacientů podle poruch osobnosti*

Porucha osobnosti	Počet	Hospitalizovaní	Ambulantní
Hraniční	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>3</b>
Histriónská	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Celkem	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>4</b>

Podle manuálu asi 2-3 % pacientů test nedokončí (Gawlik 1994). Z našeho výzkumného souboru nedokončili test čtyři pacienti. Dva z nich ukončili test sami, z nichž jeden stihl nakreslit čtyři obrázky a druhý skončil u šestého. Na obou bylo od začátku testu znát velké napětí a nervozita, které se stupňovaly při dalších kresbách. Oba se rozhodli ukončit testování, protože bylo pro ně příliš náročné. Uvedli, že se jim vybavují momenty, které

v nich vzbuzují příliš velké emoční napětí, jež u nich vyvolalo slzy. Výzkum jsme ihned ukončili a poskytli krátkou krizovou intervenci. U dalších dvou jsme společně ukončili test v druhé polovině u 19. a 25. obrázku. U těchto pacientů byla rovněž vidět postupně stoupající nervozita, která však nedosahovala takové úrovně jako u prvních dvou. Respondenti se opakovaně ptali, kolik obrázků budou muset ještě kreslit a bylo znatelné, že v nich test vzbuzuje příliš velký neklid až zoufalství. Proto jsme test zastavili a nabídli pacientům možnost jej ukončit. Oba se rozhodli test předčasně ukončit. Následovalo vysvětlení principů testu, který má za cíl vyvolat mírné napětí, a krátká krizová intervence. První dva protokoly jsme kvůli malému počtu obrázků vyřadili z výzkumu, druhé jsme po konzultaci s PhDr. Ungerem (16. února 2022) zařadili do výzkumu, jelikož lze u nich dopočítat všechny sledované sekundární proměnné. Celkově jsme začlenili do výzkumu 33 protokolů od pacientů s poruchami osobnosti.

Normy MDZT (Machová, 2016) rovněž rozlišují skupiny podle vzdělání pacienta, které dělí na nižší a vyšší. Vyšší vzdělání zahrnuje jedince, kteří dosáhli maturity a následného vzdělání a nižší vzdělání pro ty, kteří nemají maturitní vzdělání. Mezi pacienty jich bylo 14, kteří dosáhli maturity nebo vyššího vzdělání a 19 pacientů mělo nižší než maturitní vzdělání. Následující tabulka 7 zobrazuje věkové rozložení skupiny s ohledem na pohlaví.

### **Tabulka 7**

*Popisné charakteristiky pacientů z hlediska věku*

Skupina	Počet	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Muži	<b>4</b>	<b>23,33</b>	<b>3,30</b>	<b>21</b>	<b>28</b>
Ženy	<b>31</b>	<b>24,27</b>	<b>7,02</b>	<b>18</b>	<b>50</b>
Celý soubor	<b>35</b>	<b>24,18</b>	<b>6,78</b>	<b>18</b>	<b>50</b>

Kromě skupiny pacientů s poruchami osobnosti jsme rovněž administrovali 20 protokolů od respondentů, kteří tvořili kontrolní skupinu. Kontrolní skupina sloužila primárně pro ověření srovnání skóre škály *ROD* a *AgPast* skóre. Protokoly od kontrolní skupiny jsme administrovali v pracovních místnostech na katedře psychologie v Olomouci. Pracovní místnosti poskytovaly nerušený prostor, kde nebylo moc předmětů, které by respondenty rozptylovaly. Z důvodů časové úspory jsme některé protokoly administrovali u kontrolní skupiny po dvou nebo třech lidech. Testování bylo zařízeno tak, aby každý z respondentů byl čelem ke stěně a ani periferně neviděl na druhého. Při inquiry pak respondenti sami psali na druhou stranu, co nakreslili za obrázek. Kontrolní skupinu tvořilo dvacet studentů vysoké

školy, z nichž sedmnáct bylo studenty psychologie. Jako metodu sběru dat jsme využili příležitostný výběr, kdy jsme na facebookovou skupinu studentů psychologie vyvěsili možnost zapojit se do výzkumu. Díky tomu, že MDZT není příliš používaný, žádný ze studentů předem neznal postup signování a interpretace kreseb. Mezi studenty bylo 15 žen a 5 mužů. Deskriptivní údaje o věku uvádíme v následující tabulce 8. Sběr dat probíhal od listopadu 2021 do ledna 2022.

**Tabulka 8**

*Popisné charakteristiky kontrolní skupiny z hlediska věku*

Skupina	Počet	Průměr	SD	Minimum	Maximum
Muži	5	24,00	2,97	19	28
Ženy	15	23,73	1,69	20	27
Celý soubor	20	23,80	2,09	19	28

## 7.2 Proces sběru dat

Při sběru dat jsme cílili na pacienty s diagnózou F60.31 emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ a diagnózou F60.4 histriónská porucha osobnosti. V praxi jsme od výše zmíněných pracovníků zjistili, že tyto diagnózy samy o sobě nebývají hlavním důvodem, proč se pacienti dostanou do klinické péče. Většinou k hospitalizaci vedou přidružené problémy jako jsou například emoční potíže, vztahové problémy nebo sebepoškozování. Předpokládá se, že část lidí s hraniční poruchou osobnosti se vůbec nedostává do klinické péče. Ještě ve větší míře to platí pro histriónskou poruchu osobnosti, která nebývá důvodem hospitalizace, a navíc se tato diagnóza prakticky nedává. My jsme se primárně soustředili na pacienty, kteří jsou aktuálně hospitalizovaní, a kde se budeme moci opřít o posouzení psychologa nebo psychiatra.

Dalším problémem je častá komorbidita těchto poruch osobnosti s dalšími diagnózami jako jsou v první řadě neurotické poruchy a poruchy nálady, ale i poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek nebo psychotické poruchy. Naším kritériem bylo, aby u pacienta s více diagnózami dominovala porucha osobnosti a další vzniklé problémy byly na jejím podkladě. Do souboru jsme nezařazovali pacienty, u kterých se porucha osobnosti rozvinula na základě jiné diagnózy, jako tomu bylo například u pacientů s psychotickými poruchami. Pro zachování co největší přesnosti jsme se kromě jedné výjimky rozhodli do souboru nezařazovat pacienty s komorbidní diagnózou ze skupiny poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek (F10) nebo ze skupiny psychotických

poruch (F20). Výjimkou byla pacientka, jejíž protokol jsme dostali od PhDr. Ungera a která byla přijata s diagnózou akutní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie, která měla podklad v histriónské poruše osobnosti.

První skupinu výzkumného souboru tvořilo 24 pacientů, kteří měli od psychiatra přímo diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti. Druhou skupinou bylo 11 pacientů, kterým nebyla podle vstupního vyšetření psychiatra udělena diagnóza poruchy osobnosti, ale podle psychologického vyšetření se o poruchu osobnosti jednalo. Nejčastější diagnózou byly poruchy přizpůsobení nebo úzkostně depresivní porucha. Diagnózy pacientů a jejich zastoupení uvádíme v tabulce 9. V těchto případech se psychiatři snažili vyhnout diagnóze poruch osobnosti, jelikož jsou často stigmatizovány a jejich prognózy nebývají příliš optimistické. Dle diagnostických závěrů psychologů nešlo pouze o akcentované rysy osobnosti, ale závažnost psychologa odpovídala poruše osobnosti. V neposlední řadě bylo našim kritériem, aby u pacientů nebyla hraniční i histriónská porucha osobnosti současně.

### Tabulka 9

*Zastoupení psychiatrických diagnóz ve výzkumném souboru*

<b>Psychiatrická diagnóza</b>	<b>Kód</b>	<b>Počet</b>	<b>Porucha osobnosti</b>
Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ	F60.31	24	Hraniční
Poruchy přizpůsobení	F43.2	5	Hraniční
Smíšená úzkostná a depresivní porucha	F41.2	2	Hraniční
Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů	F23.0	1	Histriónská
Cyklotymie	F34.0	1	Hraniční
Lehká depresivní fáze	F32.0	1	Histriónská
Disociativní motorické poruchy	F44.4	1	Hraniční

*Pozn.: Porucha osobnosti byla určena na základě psychologického vyšetření. U devíti pacientů s diagnózou F60.31 byly navíc následující vedlejší diagnózy: porucha pozornosti a hyperaktivity (n = 2), porucha pozornosti (n = 2), panická porucha s agora fobií (n = 2), disociativní projevy (n = 2) a agora fobie spolu se sociální fobií (n = 1).*

Jelikož se MDZT v praxi používá ve velké většině pro pacienty s psychotickými poruchami, museli jsme na rozdíl od předchozích výzkumů (Hájková, 2020; Křížáková, 2021), kde mohli využít již hotové protokoly od psychologů, většinu dat sesbírat sami. Se sběrem dat jsme začali v červnu 2021 a končili v únoru 2022. Během této doby jsme byli v kontaktu s dalšími institucemi, kde však nebylo možné sběr dat provést. Jednalo se o Mgr. et Mgr. et Bc. Martina Vaverku a PhDr. Michaela Věžníka z Psychiatrické léčebny Šternberk, PhDr. Danu Budigovou z Psychiatrické nemocnice Brno a MUDr. Petra Šilhána, Ph.D. z Fakultní nemocnice Ostrava. V psychiatrických nemocnicích ve Šternberku, Brně a Ostravě nebyla během celé doby možnost data sbírat. Ve Vojenské nemocnici Olomouc, kde jsme byli v kontaktu s MUDr. Zdeňkem Faldynou, byli jen pacienti, kteří měli poruchy osobnosti způsobené primárně závislostí na psychoaktivní látce nebo psychotickou poruchou. Dále jsme oslovili Mgr. Michaelu Chaloupkovou z Charity Olomouc, kde byli pacienti s poruchami osobnosti na základě schizofrenního onemocnění. V neposlední řadě jsme se spojili s MUDr. Radimem Kubínkem z CDZ Olomouc, který však kvůli osobním údajům nemohl zprostředkovat přímý kontakt s pacienty, ale předal jim informace s možností zapojení se do výzkumu.

Pro administraci testu jsme se snažili o maximální dodržení podmínek, kdy by místnost měla být stroze zařízena a pacient sedět naproti bílé stěně (Gawlik, 1994). Ne vždy však bylo možné o úplné dodržení, jelikož jsme využívali místnost, která nám byla personálem poskytnuta. Nejčastěji se jednalo o pracovnu psychologa. Přes to jsme však nezaznamenali, že by pacienti obkreslovali ve větší míře předměty z okolí. Drželi jsme se administrace podle instrukcí v manuálu, seděli jsme za respondentem po jeho levé straně a zasahovali do průběhu testu co nejméně. Před zahájením samotného testu jsme respondentovi osvětlili cíle výzkumu a prošli s ním informovaný souhlas.

### **7.3 Etické hledisko a ochrana soukromí**

Výzkum dbal na dodržení základních etických pravidel a ochrany soukromí. V první řadě bylo vždy potřeba vyžádat si souhlas daného pracoviště se sběrem dat. Jednalo se o souhlas celého pracoviště i konkrétního oddělení. Na pracoviště byla poslána Žádost o výzkumné šetření (viz příloha 4), kde byl stručně popsán cíl výzkumu, výzkumný soubor, očekávané výsledky a potřebná data. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Účastníkům byl podrobně vysvětlen informovaný souhlas (viz příloha 3), který zahrnoval záměr výzkumu, anonymitu údajů a možnost odstoupení od výzkumu. Při přepisování do tabulky byly údaje anonymizovány

a pro každého respondenta byl vytvořen jedinečný kód, který nahradil jeho jméno. Dále bylo účastníkům vysvětleno, že test není žádným způsobem spojen s jejich léčbou a nijak se nedotkne průběhu terapie. Pacientům byl rovněž představen rámcový časový plán, kdy test zabere asi 45 minut.

V písemném informovaném souhlase nebylo přímo napsáno, že je výzkum zaměřen na pacienty s hraniční a histriónskou poruchou osobnosti, nýbrž že cílí na pacienty s emočně nestabilními rysy. Tento krok měl několik důvodů. Prvním z nich bylo, že pacienti byli testováni v různých fázích svého pobytu, a ne všem bylo přímo sděleno, že mají tuto diagnózu. Dále byli ve výzkumu pacienti, kteří měli primární diagnózu jinou než příslušná porucha osobnosti (viz tabulka 9). Nakonec byl text informovaného souhlasu srozumitelnější pro pacienty než oficiální diagnóza, která s sebou nese určitou stigmatizaci.

Administrace MDZT byla pro část účastníků poměrně náročná. Test dostává respondenta do nepříjemné situace, kdy musí kreslit pod časovým tlakem a navíc neví, kolik obrázků bude muset nakreslit. Výzkumník by navíc neměl do situace vůbec zasahovat a na otázky ohledně počtu kreseb vůbec nereagovat, aby nijak neovlivnil výsledky testu. Tato situace vyvolala u části účastníků znatelnou frustraci, která u čtyřech zmíněných vedla k předčasnému ukončení testu. Dále některé frustrovalo samotné kreslení, které nepatřilo k jejich oblíbeným činnostem. Po dokončení inquiry jsme se rozhodli dát prostor pro debriefing. V tomto čase byl více osvětlen způsob testu a jeho záměr. Respondentům bylo vysvětleno, že test je nastavený tak, že má vyvolat určité napětí a není možné dopředu říct, kolik obrázků je potřeba kreslit. Dále byli respondenti ujištěni, že pro spoustu lidí představuje test náročnou situaci, kterou není lehké překonat. U debriefingu byla u části vidět znatelná úleva a uklidnění. Také byl prostor pro další otázky ze strany účastníka. Nakonec byl respondent požádán, aby neprozradil dalším pacientům přesný průběh testu a počet obrázků. Na tomto místě je nutné podotknout, že asi třetina pacientů reagovala na test pozitivně, jelikož kreslení patřilo k jejím oblíbeným činnostem.

U kontrolní skupiny jsme rovněž brali důraz na dodržení základních etických pravidel výzkumu. Respondenti byli seznámeni s výzkumným záměrem, anonymitou údajů a možností odstoupit od výzkumu. U kontrolní skupiny jsme místo písemného informovaného souhlasu využili ústní formu.



## 8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Prvním krokem práce s daty bylo vyhodnocování protokolů. Postupovali jsme v souladu s manuálem MDZT (Gawlik, 1994), kdy jsme postupně signovali jednotlivé proměnné. Po vyhodnocení všech primárních proměnných MDZT, jsme přešli ke skórum *ROD* a *AgPast*. Znovu jsme prohlíželi kresbu po kresbě a rozhodovali, zda za ni náleží skóre *ROD*. Poté jsme ještě jednou překontrolovali všechny obrázky a přiřazovali jim skóre *AgPast*. Skóre jsme zapisovali do elektronického záznamového archu v MS Excel (viz příloha 6). Pro zpracování dat jsme využili programu MS Excel, kde jsme vytvořili tabulku respondentů a proměnných. Pro statistické výpočty jsme využili statistický software Statistica a JASP.

### 8.1 Hraniční porucha osobnosti v MDZT

Před prezentací výsledků statistických hypotéz uvádíme tabulku 10 se základními popisnými statistikami zkoumaných proměnných (*AML*, *s*, *P%*, *T%*, *ROD*, *AgPast*) u jednotlivých skupin. Do tabulky přidáváme i zjištěné hodnoty proměnných kontrolní skupiny, které jsou pro nás relevantní pro ověření skórum *ROD* a *AgPast*.

**Tabulka 10***Zjištěné hodnoty proměnných u zkoumaných skupin*

Skupina	<i>AML</i>	<i>s</i>	<i>P%</i>	<i>T%</i>	<i>ROD</i>	<i>AgPast</i>
<b>Kontrolní skupina</b>						
<b>N = 20</b>						
Medián	2,67	1,34	21,57	16,16	5,00	0,00
Průměr	2,55	1,31	22,50	16,41	5,30	0,70
SD	0,80	0,47	9,40	9,50	2,88	1,38
<b>Hraniční PO muži</b>						
<b>N = 4</b>						
Medián	1,32	1,03	12,84	12,70	8,00	4,00
Průměr	1,56	0,87	15,02	14,21	8,50	4,00
SD	0,85	0,38	10,90	7,10	4,80	2,58
<b>Hraniční PO ženy</b>						
<b>N = 27</b>						
Medián	1,07	0,55	16,67	8,00	6,00	2,00
Průměr	1,11	0,55	18,70	10,61	6,44	1,96
SD	1,02	0,47	12,81	9,74	3,48	1,81
<b>Hraniční PO všichni</b>						
<b>N = 31</b>						
Medián	1,10	0,55	16,67	8,33	6,00	2,00
Průměr	1,17	0,59	18,12	11,03	6,71	2,23
SD	0,98	0,46	12,30	9,15	3,58	1,96

*Pozn.: AML (střední hodnota barvového indexu obrazové řady), s (odchylka kolísání barev), P% (procento rostlin), T% (procento zvířat), ROD (počet odpovědí na Škále orální závislosti), AgPast (počet odpovědí s obsahem agresivní minulosti).*

### **8.1.1 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz**

Před ověřováním statistických hypotéz jsme zkoumali, zda námi zkoumané proměnné (*AML*, *s*, *P%*, *T%*, *ROD*, *AgPast*) odpovídají normálnímu rozdělení. U všech zkoumaných proměnných jsme si zobrazili histogramy a následně využili Shapiro-Wilkův test, který ověřuje, zda se rozdělení proměnné signifikantně liší od normálního rozdělení. Do ověřování normality jsme zahrnuli zvlášť proměnné od výzkumné i od kontrolní skupiny. Na základě výsledků Shapiro-Wilkova testu a histogramů jsme se rozhodli pro využití neparametrických testů.

Problémem neparametrických testů je obtížně srozumitelná míra účinku oproti testům parametrickým. Jedním z řešení stanovení míry účinku je využití korelace, konkrétně se využívá pořadově biseriální korelace. Interpretace tohoto ukazatele míry účinku je velmi podobná Personově korelačnímu koeficientu. Hodnoty mezi 0,1 a 0,3 jsou považovány za

malý efekt, hodnoty mezi 0,3 a 0,5 za střední efekt a hodnoty větší než 0,5 za velký efekt. I když je zvykem využívat u Mann-Whitneyova U-testu AUC (area under curve) jako míru účinku, rozhodli jsme se pro využití pořadové biseriální korelace, neboť představuje jednotný ukazatel míry účinku pro Mann-Whitneyův U-test i Wilcoxonův jednovýběrový test (Kerby, 2014).

První čtyři hypotézy zjišťují, zda se pacienti s hraniční poruchou osobnosti liší ve vybraných proměnných oproti neklinické populaci. Jedná se o srovnání osob s hraniční poruchou osobnosti oproti předem daným normám (Machová, 2016). Proto k našemu testování využíváme Wilcoxonův jednovýběrový test. Wilcoxonův test počítá s neznámým tvarem rozdělení proměnné a naměřené hodnoty převádí na pořadí. S metrickou i pořadovou proměnnou se pracuje stejně, kdy rozhodující je pořadí. V našem souboru je tedy relevantním ukazatelem medián, avšak u norm máme k dispozici pouze průměr. Soubor pacientů s hraniční poruchou osobnosti tvoří 31 osob a normy pro neklinickou populaci byly zjišťovány na 139 osobách.

- Hypotéza č. 1 předpokládá, že proměnná *AML* (střední hodnota barevného indexu obrázkové řady) diferencuje mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je medián *AML* roven 1,10, u neklinické populace je hodnota průměru 1,87. Při výpočtu jsme došli k následujícím hodnotám  $W = 70$ ,  $Z = -3,89$ ,  $p < 0,001$ ,  $r_{pb} = -0,70$ . **Hypotézu č. 1 přijímáme.**
- Hypotéza č. 2 předpokládá, že proměnná *s* (indikátor afektivní dráždivosti) diferencuje mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je medián *s* roven 0,55, u neklinické populace je hodnota průměru 1,03. Při výpočtu jsme došli k následujícím hodnotám  $W = 45$ ,  $Z = -2,44$ ,  $p < 0,001$ ,  $r_{pb} = -0,81$ . **Hypotézu č. 2 přijímáme.**
- Hypotéza č. 3 předpokládá, že proměnná *P%* (procento rostlinných obsahů) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je medián *P%* roven 16,67, u neklinické populace je hodnota průměru 13,37. Při výpočtu jsme došli k následujícím hodnotám  $W = 326$ ,  $Z = 0,25$ ,  $p = 0,06$ . **Hypotézu č. 3 nepřijímáme.**
- Hypotéza č. 4 předpokládá, že proměnná *T%* (procento zvířecích obsahů) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je medián roven 8,33, u neklinické

populace je hodnota průměru 11,22. Při výpočtu jsme došli k následujícím hodnotám  $W = 225$ ,  $Z = -0,01$ ,  $p = 0,68$ . **Hypotézu č. 4 nepřijímáme.**

Následující dvě hypotézy testujeme na základě dat z kontrolní skupiny. Zjišťujeme, zda se pacienti s hraniční poruchou osobnosti ve vybraných proměnných liší od neklinické populace, kterou zde zastupuje kontrolní skupina. K ověření našich předpokladů využíváme neparametrický Mann-Whitneyův U-test, který pracuje se dvěma nezávislými výběry. Mann-Whitneyův U-test stejně jako Wilcoxonův test má výhodu v tom, že není potřeba znát rozdělení proměnné, jelikož převádí hodnoty proměnné na pořadí. Kontrolní skupinu tvoří soubor 20 osob a ve skupině pacientů s hraniční poruchou osobnosti je celkově 31 osob.

- Hypotéza č. 5 předpokládá, že proměnná *ROD* (škála orální závislosti) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je medián roven 6, u kontrolní skupiny 5. Při výpočtu jsme došli k následujícím hodnotám  $U = 254,5$ ;  $Z = -1,06$ ,  $p = 0,14$ . **Hypotézu č.5 nepřijímáme.**
- Hypotéza č. 6 předpokládá, že proměnná *AgPast* (skóry agresivní minulosti) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je medián roven 2, u kontrolní skupiny 0. Při výpočtu jsme došli k následujícím hodnotám  $U = 160$ ,  $Z = -2,81$ ,  $p < 0,01$ ,  $r_{pb} = -0,47$ . **Hypotézu č. 6 přijímáme.**

## 8.2 Histriónská porucha osobnosti v MDZT

V této kapitole kazuisticky prezentujeme protokol MDZT pacientky s histriónskou poruchou osobnosti. V závěru přidáváme zjištěné hodnoty proměnných i u druhé pacientky s histriónskou poruchou osobnosti. Na základě srovnání obou protokolů s normami navrhujeme hypotézy k dalšímu testování. Opíráme se o normy pro ženy s vyšším vzděláním podle Machové (2016).

Protokol patří třicetileté pacientce s vysokoškolským vzděláním, která byla přijata do PN Kroměříž s diagnózou F23.0 Akutní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie. Její potíže se podle diagnostických závěrů PhDr. Davida Ungera zakládaly na histriónské poruše osobnosti. Protokol byl administrován 20. 5. 2021. Obrázek 3 zobrazuje celý protokol pacientky. Na dalších stranách uvádíme jednotlivé kresby spolu s názvem a skóry v pořadí v jakém je pacientka kreslila.

## Obrázek 2

*Celý protokol pacientky s histriónskou poruchou osobnosti*



Kresba č. 1: Louka a sluníčko

Fbz = 3, Ld



Kresba č. 2: Louka a hrad

Fbz = 3, O, Ld



Kresba č. 3: Duha

Fbz = 6, f, Ld, pers



Kresba č. 4: Obláčky

Fbz = 1, Ld, pers, ROD



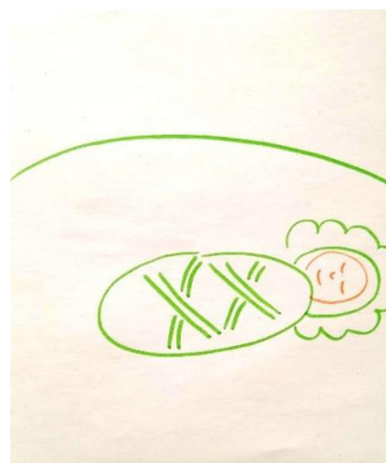
Kresba č. 5: Sluníčko a vodička  
– napřed klidná, pak bouře

Fbz = 2, Ld, D, ROD



Kresba č. 6: Miminko

Fbz = 2, O, Menf, ROD





Kresba č. 7: Velké sluníčko se spirálou

Fbz = 1, f, Ld



Kresba č. 8: Srdíčko – oranžové je žena a červené muž ochránce

Fbz = 3, f, symb Is, ROD



Kresba č. 9: Louka a jablíčkový strom

Fbz = 2, P, ld, ROD



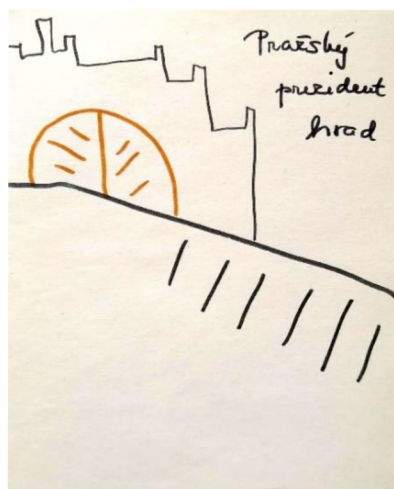
Kresba č. 10: Rozbouřená voda, loďka, 2 lidi a 2 děti

Fbz = 3, O, Ld, D



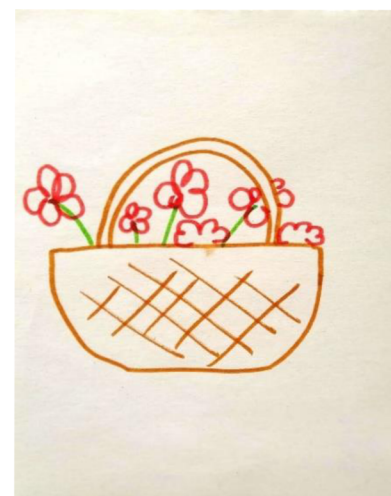
Kresba č. 11: Pražský hrad prezidenta

Fbz = 2, O, ld



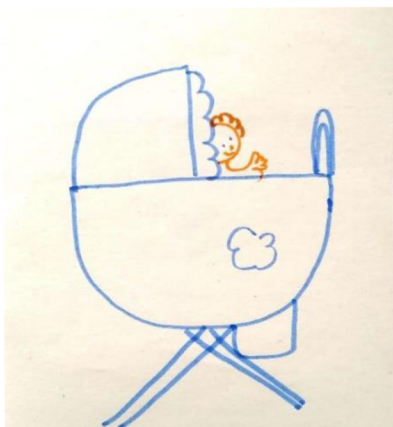
Kresba č. 12: Koš s květinami

Fbz = 3, O, P



Kresba č. 13: Kočárek  
s vykřikujícím miminkem

Fbz = 3, O, Menf, D, ROD



Kresba č. 14: Louka, hříbečky,  
kytičky

Fbz = 3, P, Ld, ROD



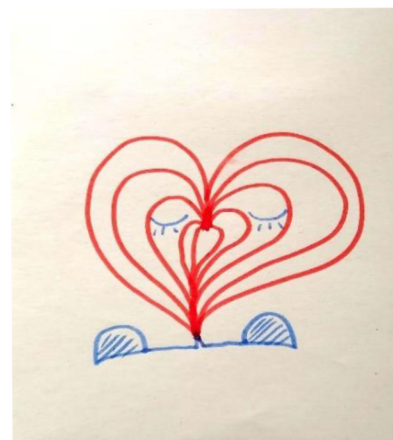
Kresba č. 15: Oceán, palma,  
kokos a ptáček

Fbz = 5, P, T, Ld, ROD



Kresba č. 16: Srdíčko, botičky  
a očička

Fbz = 2, f, O, symb Is, ROD



Kresba č. 17: Byl jsem na  
výletě s kamarádkou

Fbz = 1, f, P



Kresba č. 18: Chtěla bych  
větší prsa

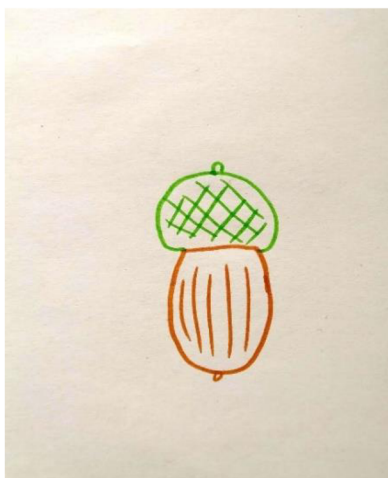
Fbz = 1, f, Menf, ROD





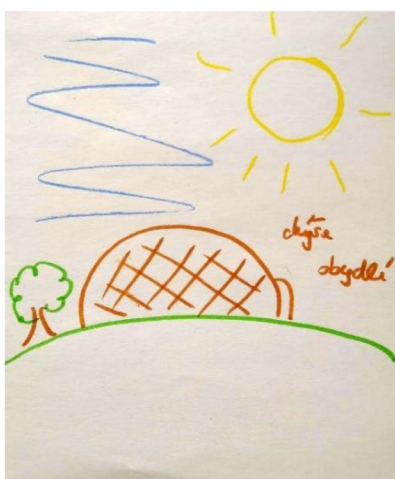
Kresba č. 19: Žaloudek

Fbz = 2, f, P, ROD



Kresba č. 21: Chýše, strom a něco teplého

Fbz = 4, O, P, ld



Kresba č. 23: Jehličí, šištíčky, jehličnatý les, cestičky

Fbz = 2, P, ROD



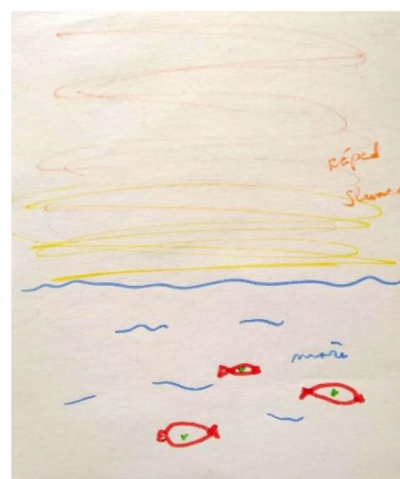
Kresba č. 20: Hvězdičky a noční obloha

Fbz = 2, Ld ROD



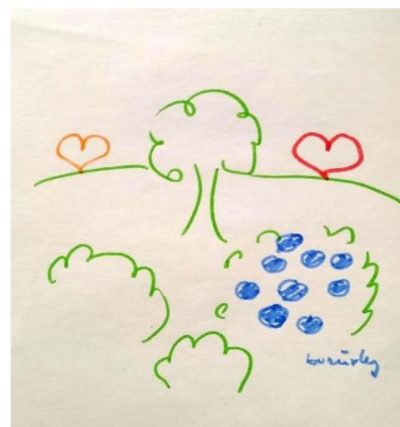
Kresba č. 22: Západ a barvičky, rybička s pusinkou

Fbz = 5, T, Ld, ROD



Kresba č. 24: Lesík na louce, borůvky

Fbz = 4, P, symb Is, pers, ROD



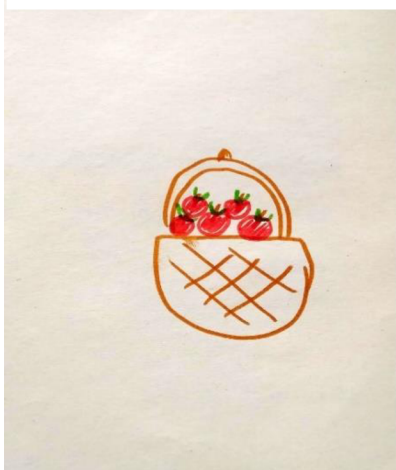
Kresba č. 25: Šištičky mám ráda  
Fbz = 2, P, f, symb Is, pers, ROD



Kresba č. 26: Růžové nebe a  
obláčky  
Fbz = 2, Ld



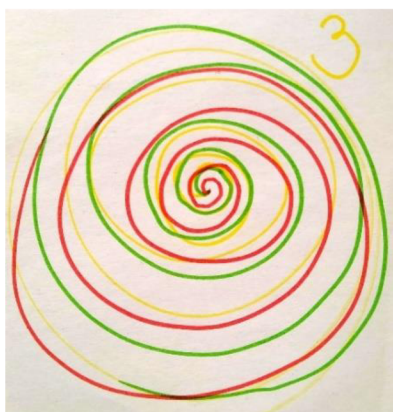
Kresba č. 27: Košíček a  
jablíčka  
Fbz = 3, O, P, ROD



Kresba č. 28: Velký kostelní zvon  
bimbá do světa  
Fbz = 2, O, D, ROD



Kresba č. 29: Tři barvy –  
svaté číslo, spirála  
Fbz = 3, abstr



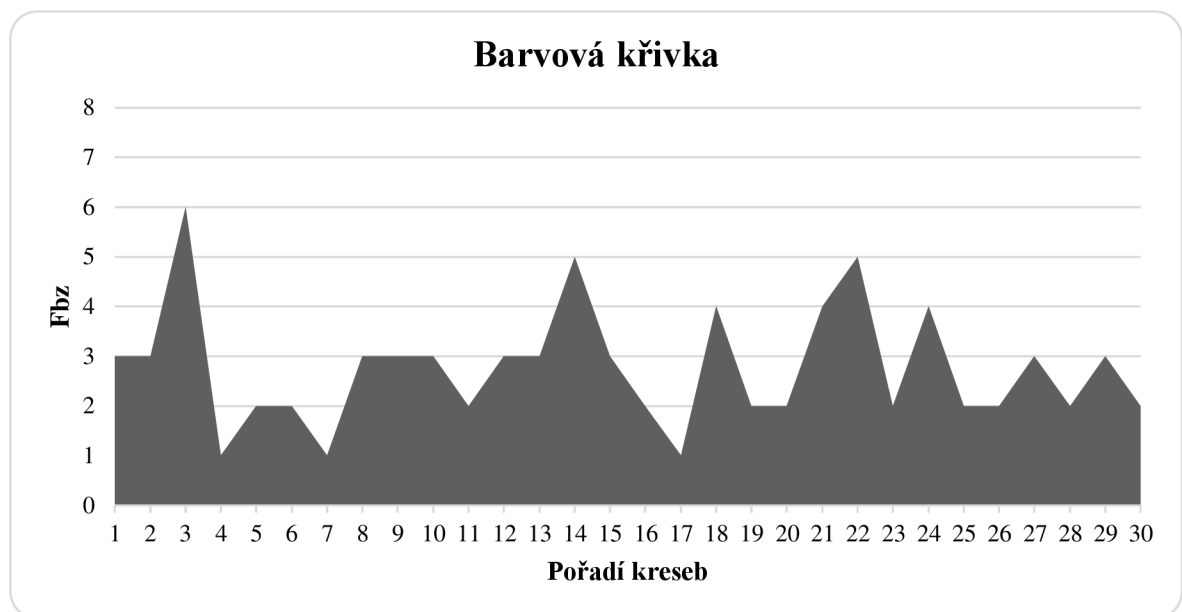
Kresba č. 30: Beruška  
Fbz = 2, f, T



V proměnné *AML* dosáhla pacientka skóru 2,77, což značí, že v průměru využila na jednu kresbu 2,77 fixů. Podle norem je průměrný skór 2,28 se směrodatnou odchylkou 1,08. Skór *AML* tedy spadá do vyššího pásma průměru. Zvýšený skór *AML* ukazuje na tendenci k pozitivnímu emočnímu ladění nebo na emoční citlivost. Hodnota proměnné  $s = 1,34$  ukazuje na průměrný počet změny fixů mezi kresbami, který lze názorně vidět na obrázku 4. Podle norem spadá hodnota  $s$  stejně jako *AML* do pásma vyššího průměru a ukazuje na lehce zvýšenou labilitu pacienta.

### Obrázek 3

*Barvová křivka pacientky s histriónskou poruchou osobnosti*



Počet rostlinných obsahů byl u pacientky roven 11 z celkového počtu 29 obsahů, což v poměru odpovídá 37,93 %. Pacientka nejčastěji z rostlinných obsahů kreslila stromy, květiny anebo plody rostlin (např. šišky, jablka). V oblasti rostlinných obsahů dosahuje pacientka o 2,5 směrodatné odchylky vyššího skóre, než je průměr. Vysoké  $P\%$  ukazuje na infantilní rysy, charakterovou nezralost a fixaci na orálním stupni vývoje. V protokolu jsou zobrazena celkem 3 zvířata (pták, ryby a sluníčko sedmítečné), což celkově odpovídá  $T\% = 10,34$ . Procento zvířecích obsahů je u pacientky lehce nižší průměr, který je roven 12,73 se směrodatnou odchylkou 10,58. Z hlediska  $T\%$  nelze pacientce přisoudit pudové tendence nebo nedostatek citlivosti.

Pacientka nakreslila celkem 18 obrázků, kterým lze přiřadit skóre Škály orální závislosti. Průměrný skóre kontrolní skupiny byl roven 5,30 se směrodatnou odchylkou 2,88. Skóre pacientky je o více než 4 směrodatné odchylky vyšší, než je průměr kontrolní skupiny. Takto vysoký skóre *ROD* lze považovat za ukazatel anaklitické závislosti podle Fowlera et al. (1996), kdy jedinec není schopen fungovat bez pomoci druhých. U pacientky byly zastoupeny následující kategorie *ROD*, které uvádíme i s konkrétními odpověďmi, které nás vedly k přiřazení skóru.

- Odpovědi dětskou řečí (13 odpovědí): č.4 obláčky, č.5 sluníčko a vodička, č. 7 sluníčko, č. 14 hříbečky a kytíčky, č. 15 ptáček, č. 16 srdíčko, botičky, očička, č. 19 žaloudek, č. 20 hvězdičky, č. 22 barvička a rybička s pusinkou, č. 23 šištičky, cestičky, č. 24 lesík, č. 25 šištičky, č. 28 zvon bimbá
- Jídlo a nápoje (2 odpovědi): č.9 jablíčkový strom, č.27 košíček a jablíčka
- Pečovatelé (1 odpověď): č. 8 muž ochránce
- Orální aktivita (1 odpověď): č. 13 vykřikující miminko
- Zdroje potravy (1 odpověď): č. 18 prs

Protokol nezahrnuje žádné skóre agresivní minulosti, což odpovídá pásmu průměru podle hodnot kontrolní skupiny, kde byl průměr roven 0,70 se směrodatnou odchylkou 1,38. Hodnota skóru *AgPast* neukazuje, že by se u pacientky vyskytovalo sebepoškozující chování nebo sebevražedné tendence. Ze všech proměnných jsou nejvýznamnější vysoké hodnoty *P%* ukazující na infantilní rysy a vysoké hodnoty *ROD* značící tendenci k závislým vztahům. Hlavním rysem protokolu jsou infantilní rysy patrné výběrem rostlinných obsahů a častými odpověďmi dětskou řečí.

Druhý protokol patří třiceti čtyřleté pacientce s maturitním vzděláním, která docházela do ambulantní péče k PhDr. Ungerovi. Pacientka byla podle psychiatrického vyšetření diagnostikována s lehkou depresivní fází. Na základě diagnostických závěrů psychologa se jednalo o histriónskou poruchu osobnosti. Z oblasti proměnných kvantifikující využití barev dosáhla hodnot *AML* = 2,53 a *s* = 1,55, což odpovídá vyššímu pásmu průměru. Procento rostlinných obsahů (*P%* = 26,92) je o jeden a půl směrodatné odchylky vyšší, než je průměr. Procento zvířecích obsahů (*T%* = 15,38) vychází v pásmu průměru. V proměnné *ROD* dosahuje pacientka skóru 10, což odpovídá zvýšení o jeden a půl směrodatné odchylky oproti průměru. Na škále *ROD* byly zastoupeny tyto kategorie: odpovědi dětskou řečí: 7 odpovědí,

jídlo a nápoje: 2 odpovědi, orální aktivita: 1 odpověď. Protokol neukazuje žádné znaky sebepoškozujícího chování, které zachycuje skór *AgPast*, který byl roven nule.

Nejvýraznějšími znaky v obou protokolech jsou vysoké skóry rostlinných obsahů *P%*, které byly u obou protokolů o více než jeden a půl směrodatné odchylky vyšší, než je průměr. Druhým výrazným znakem jsou zvýšené skóry *ROD*, které byly u obou protokolů rovněž o více než jeden a půl směrodatné odchylky vyšší, než je průměr. Navrhujeme statistické přezkoumání proměnných *P%* a *ROD*, které by na větším souboru ověřilo, zda tyto proměnné ukazují u pacientů s histriónskou poruchou osobnosti vyšších skórů než neklinická populace. Hodnoty proměnných *AML* a *s* kvantifikující využití barev byly v obou protokolech ve vyšším pásmu průměru. Proto rovněž navrhujeme proměnné *AML* a *s* k dalšími zkoumání, které by ověřilo, zda tyto proměnné ukazují u pacientů s histriónskou poruchou osobnosti vyšších skórů než neklinická populace. Hodnoty proměnných *T%* a *AgPast* se ve zkoumaných protokolech výrazně nelišily od průměru neklinické populace. Proto na základě našich dat nenavrhujeme další zkoumání proměnných *T%* a *AgPast* jako specifického znaku pro odlišení histriónské poruchy osobnosti od neklinické populace.

## 9 DISKUZE

Prvním cílem výzkumu bylo popsat vybrané proměnné u hraniční a histriónské poruchy osobnosti v Blochově vícedimenzionálním kresebném testu. Druhým cílem bylo srovnat vybrané proměnné mezi hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací v Blochově vícedimenzionálním kresebném testu. Ke zkoumání jsme vybrali šest proměnných (*AML*, *s*, *P%*, *T%*, *ROD*, *AgPast*), u kterých jsme zkoumali hodnoty u obou poruch osobnosti. První čtyři zmíněné proměnné (*AML*, *s*, *P%*, *T%*) jsou součástí standartního vyhodnocování MDZT, druhé dvě (*ROD*, *AgPast*) jsme do MDZT nově zařadili na základě analogie s ROR. Výsledky jsme zkoumali na souboru 31 pacientů s hraniční poruchou osobnosti a 2 pacientů s histriónskou poruchou osobnosti. Kvůli rozsahu výzkumného souboru u pacientů s histriónskou poruchou jsme zvolili kvalitativní rámec, konkrétně kazuistickou studii. U hraniční poruchy osobnosti jsme využili kvantitativní metodologický rámec. V této kapitole uvádíme zjištěné výsledky do kontextu předchozích výzkumných i teoretických dat. Nejdříve popisujeme výsledky pro hraniční poruchu osobnosti a následně pak pro histriónskou poruchu osobnosti. Dále se zabýváme hodnocením výzkumu a jeho limity, náměty na budoucí zkoumání, zkušenostmi s využitím testu a praktickou využitelností výsledků.

### 9.1 Srovnání výsledků s dosavadními výzkumy

Z kvantitativně formálních znaků předpokládá manuál MDZT (Gawlik, 1994) odchylku u poruch osobnosti v proměnné *AML* a *s*. Naše výsledky vycházejí v souladu s tímto předpokladem, kdy pacienti s hraniční poruchou osobnosti skórovali rozdílně oproti normám pro zdravou populaci v obou proměnných s velkou mírou účinku. Pro *AML* vyšla hodnota biseriálního koeficientu jako míry účinku  $r_{pb} = -0,70$  a pro *s*  $r_{pb} = -0,81$ . V obou proměnných vycházeli pacientům s hraniční poruchou osobnosti nižší skóry, než jsou uvedeny v normách pro zdravou populaci. Průměrný skór u pacientů s hraniční poruchou osobnosti byl roven 1,17, což značí, že na každou kresbu bylo využito v průměru 1,17 fixů. U některých protokolů se hodnota *AML* blížila nule, kdy pacienti využívali pouze černého fixu (viz příloha 5). Nízké skóry *AML* mohou mít podle manuálu několik vysvětlení, může se jednat o emoční oploštělost, dysforickou náladu nebo tendenci k racionální kontrole a potlačování

emocí. Dřívější výzkumy (Hájková, 2020; Křížáková, 2021) interpretují nízké *AML* jako emoční oploštělost u pacientů s paranoidní schizofrenií. Námi zjištěné nízké skóre u hraniční poruchy osobnosti však neodpovídá emoční tuposti. Přikláníme se k interpretaci, že nízké *AML* u hraniční poruchy značí dysforické emoční ladění nebo potlačování emocí, které ukazuje na pocity bezmoci a prázdnoty u hraniční poruchy osobnosti (Caligor et al., 2018).

Hodnoty proměnné *s* u pacientů s hraniční poruchou osobnosti vyšly rovněž signifikantně nižší oproti neklinické populaci. Podle manuálu MDZT (Gawlik, 1994) značí příliš vysoké i nízké skóry nepřiměřené emoční reakce na situace a neschopnost dostatečně ovládat vlastní emoce. Předešlé výzkumy (Hájková, 2020; Křížáková 2021) stejně jako u proměnné *AML* vysvětlují nízké *s* u paranoidní schizofrenie jako emoční otupělost. My se přikláníme k vysvětlení, že nízké skóry *s* ukazují u hraniční poruchy osobnosti na nepřiměřené emoční reakce a potíže s ovládnutím vlastních emocí, které jsou jedním ze základních kritérií hraniční poruchy osobnosti v DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) i MKN-10 (Grambal et al., 2017).

I když jsou podle manuálu (Gawlik, 1994) hlavním ukazatelem afektivní lability vysoké skóry *s*, naše výsledky tento předpoklad nepotvrzují. Mezi proměnnými *AML* a *s* byla nalezena vysoká korelace  $r = 0,75$  (Gawlik, 1994),  $r = 0,74$  (Hájková, 2020), proto při využívání malého počtu fixů a nízkého *AML* budou vycházet i nízké skóry pro proměnnou *s*. Nízké hodnoty *AML* a *s* nepředstavují specifický znak pro hraniční poruchu osobnosti, protože mohou ukazovat i na další poruchy jako je schizofrenie (Hájková, 2020; Křížáková 2021) nebo deprese (Gawlik, 1994). Stejně tak jako v ROR (Mihura, 2006) jsme v MDZT nenašli proměnnou nebo škálu, která by specificky zachycovala emoční prožívání pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

Z obsahových proměnných předpokládá manuál MDZT (Gawlik, 1994) u poruch osobnosti vyšší procento rostlinných (*P%*) a zvířecích obsahů (*T%*), jejichž vysoký skór má značit infantilní rysy, převládání pudových tendencí a impulsivní chování. Naše výsledky však nepotvrzují tento předpoklad. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosáhli vyššího průměru *P%* 18,12 oproti 13,37 v neklinické populaci. Průměrné procento zvířecích obsahů u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (11,03) se téměř nelišilo od neklinické populace (11,22). Tento výsledek je v souladu s výzkumnými zjištěními dřívějších výzkumů ROR, které rovněž neuvádějí obsahové proměnné ve smyslu zvířecích nebo rostlinných obsahů jako specifické pro hraniční poruchu osobnosti (Mihura, 2006). Dle našeho názoru nejsou vyšší procenta zvířecích obsahů ukazatelem hraniční poruchy osobnosti a nelze je pro tuto



poruchu osobnosti považovat za diagnostická vodítka. Navíc  $T\%$  nebylo zatím v žádném ze zmíněných dosavadních výzkumů zjištěno jako ukazatel pro jakoukoli psychickou poruchu. Výsledky skóre *ROD* u hraniční poruchy osobnosti se neukázaly být signifikantně vyšší než u kontrolní skupiny. Průměrný počet obsahů ze Škály orální závislosti u pacientů s hraniční poruchou osobnosti byl 6,71 oproti 5,30 v kontrolní skupině. Kontrolní skupina vysokoškolských studentů dosáhla v našem výzkumu v průměru 18 % obsahů *ROD*. V ROR se procento obsahů *ROD* u vysokoškolských studentů pohybuje průměrně okolo 13 %. Skupina vysokoškolských studentů nicméně dosahuje na *ROD* i mezi psychiatrickými skupinami jedny z nejvyšších skóre (Bornstein & Masling, 2005). Bornstein et al. (2000) při zkoumání hospitalizovaných pacientů s hraniční poruchou osobnosti uvádí průměrný skóre *ROD* 26,5 % a u ambulantních pacientů 10,9 %. Nám vycházelo 23 % pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, kde bylo 30 hospitalizovaných a 3 ambulantní pacienti. Nicméně skóre *ROD* se mezi jednotlivými psychiatrickými skupinami značně liší, průměrně však vychází 12 % u mužů a 10 % u žen (Bornstein & Masling, 2005). Zjištěné malé rozdíly mohou být způsobeny rozdílností metod ROR a MDZT i rozdíly ve výzkumném souboru. I když vyšel vyšší počet skóre *ROD*, nemůžeme tento předpoklad u MDZT potvrdit a přidat tento výsledek k dosavadním výzkumům, které v ROR poukazují na zvýšené skóre *ROD* jako na znak pro hraniční poruchy osobnosti (Blais et al. 1999, Bornstein et al. 2000).

Výsledky potvrdily hypotézu se střední mírou účinku ( $r_{pb} = -0,47$ ) u druhé nově zavedené proměnné, která se zaměřuje na obsahy agresivní minulosti (*AgPast*). Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosahovali v průměru 2,23 skóre agresivní minulosti na jeden protokol oproti 0,70 u kontrolní skupiny. Skóre agresivní minulosti se ukázaly být významné při odlišení hraniční poruchy osobnosti od neklinické populace. Zvýšené skóre agresivní minulosti ukazují na sebepoškozující chování a suicidální tendence (Mihura, 2006), které jsou jedním ze znaků hraniční poruchy v MKN-10 (Grambal et al., 2017) i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Ve výzkumu *AgPast* v ROR u pacientů s hraniční poruchou dosáhli pacienti nejvyššího průměru s porovnáním s ostatními poruchami osobnosti (Baity & Hilsenroth 1999). Průměrný skóre byl roven 1,39 oproti 2,23, který vyšel v našem souboru. U části protokolů byly suicidální tendence a sebepoškozovací chování na kresbách explicitně zobrazeny (viz příloha 5 kresby č. 2, č. 14, č. 15, č. 21), kdy by stačila kvalitativní analýza bez využití *AgPast* skóre. Potvrzení hypotézy se skóre *AgPast* považujeme za největší přínos našeho výzkumu, který má potenciál pro další výzkumné zkoumání.



Obě pacientky s histriónskou poruchou osobnosti dosáhly v proměnné *AML* a v proměnné *s* vyššího pásnu průměru oproti normám. Vyšší skóry proměnných *AML* a *s* ukazují na zvýšenou emoční citlivost a nestabilitu, což odpovídá znakům histriónské poruchy osobnosti, u které se vyskytují přehnané projevy emocí a povrchní emotivita (Dušek & Večeřová–Procházková, 2015). Zvýšená hodnota proměnné *AML* je ve shodě s předchozími výzkumy (Blais & Baity, 2006; Blais et al. 1998), které v ROR potvrzují souvislost mezi histriónskou poruchou osobnosti a častými barvovými odpověďmi. Navrhujeme kvantitativní zkoumání proměnných *AML* a *s* jako znaku pro odlišení histriónské poruchy osobnosti a neklinické populace v MDZT. Z obsahových proměnných bylo procento zvířecích obsahů *T%* v pásnu průměru. V protokolu se neobjevil žádný skór agresivní minulosti, což odpovídá teorii, že se u osob s histriónskou poruchou osobnosti, na rozdíl od hraničních, neobjevují suicidální tendence a sebepoškozující chování (American Psychiatric Association, 2013).

Procento rostlinných obsahů *P%* bylo u první pacientky zvýšené o dvě a půl směrodatné odchylky a u druhé o jednu a půl směrodatné odchylky vyšší. Vysoké *P%* odpovídá infantilním osobnostním rysům a převládajícím pudovým tendencím. Na *ROD* dosáhly obě pacientky vysokého skóru, u první z nich byl zvýšený o čtyři směrodatné odchylky a u druhé o jednu a půl oproti kontrolní skupině. Na výsledky lze pohlížet jako na znak anaklitické závislosti, kdy jedinec není schopen fungovat bez pomoci druhých (Fowler et al. 1996), které odpovídá ustrnutí histriónské poruchy osobnosti na orální a falické úrovni (McWilliams, 2015). Zjištění odpovídá zvýšeným skórum *ROD* v ROR u studentů se znaky histriónské poruchy osobnosti (Bornstein, 1998). Vysoké skóry v *P%* a *ROD* s převládajícími odpověďmi dětskou řečí ukazují na infantilní rysy typické pro histriónskou poruchu osobnosti (Praško, 2015). U proměnných *P%* a *ROD* (zejména odpovědi dětskou řečí) vidíme podle mezi zkoumanými proměnnými největší potenciál k odlišení pacientů s histriónskou poruchou osobnosti od neklinické populace s využitím MDZT.

## 9.2 Hodnocení výzkumu

Z 31 pacientů s hraniční poruchou osobnosti bylo 27 žen a 4 muži. Tento poměr odráží častější výskyt hraniční poruchy osobnosti u žen, který se odhaduje na 75 % (Levy & Pantelides, 2020). Ve srovnání s výzkumy zkoumajícími hraniční poruchu osobnosti v ROR představuje 31 pacientů poměrně velký soubor, např. Bornstein et al. (2000) zkoumali 27 hospitalizovaných pacientů a výzkumy (Baity & Hilsenroth, 1999; Blais

et al., 1999) vycházely z archivních dat od 23 pacientů. Nízký počet protokolů od pacientů s histriónskou poruchou osobnosti rovněž odráží aktuální situaci, kdy se v praxi odstupuje od této diagnózy (Dawood et al., 2020, Lengel, 2020). S touto situací jsme se střetli, když na navštívených odděleních nebyl v době sběru dat žádný pacient s histriónskou poruchou osobnosti. Ani starší výzkumy zabývající se histriónskou poruchou v ROR nenasbíraly dostatek respondentů. Z 800 archivních protokolů získaly pouze 5 od histriónské poruchy osobnosti (Blais et al., 1998; Blais et al., 2001) a další data studie histriónských rysů (Bornstein et al., 1998) byla získána na souboru vysokoškolských studentů. Kontrolní skupinu v našem souboru tvořilo 20 vysokoškolských studentů, ze kterých 17 bylo studenty psychologie. Výhodou bylo, že MDZT je málo známý a studenti neznali signování a princip testu, který by vedl ke zkreslení.

V rámci připravenosti na skórování MDZT jsme se v červnu 2021 účastnili základního akreditovaného kurzu pod vedením PhDr. Davida Ungera v rozsahu 16 hodin. Kurz je akreditován Asociací klinických psychologů (AKP) a pořádán pod záštitou České společnosti pro Rorschacha a projektní metody (ČSRAP). Kurz nám pomohl se naučit signování a zorientovat se v základech interpretace. Při zkoušení signování na kurzu jsme tak byli schopni skórovat protokol s několika menšími chybami. Nejvíce problematické bylo skórování afunkčnosti kreseb, které však není zahrnuto v našem výzkumu. Pro zácvik MDZT jsme využili kontrolní skupinu, kterou tvořilo 20 respondentů. Řídili jsme se při tom doporučení Gawlika (2007), které předkládá začínajícím psychologům se znalostí signování ROR vyhodnotit 20 protokolů. Pro co největší přesnost jsme skóry *ROD* a *AgPast* skórovali až po vyhodnocení standartních proměnných MDZT. Nejistoty při skórování jsme si zapisovali a poté jsme je probrali s PhDr. Ungerem (16. února 2022) a následně opravili. Dále jsme měli k dispozici celkem šest protokolů od PhDr. Ungera, které poskytovaly i správné řešení, kde jsme si mohli signování ověřit. V případě sporných situací jsme využili diplomových prací Machové (2016) a Hájkové (2020) poskytující tabulku s nejasnými místy k signování a správné odpovědi. Další sporná místa v signování a jejich správné řešení přikládáme v příloze 7, kde rovněž uvádíme i problémy se skórováním nově zavedených proměnných *ROD* a *AgPast* spolu s typickými příklady odpovědí skóru agresivní minulosti. I přes některé menší nejistoty považujeme naši přípravu na práci s MDZT za dostatečnou.

### 9.3 Limity výzkumu

Výsledky výzkumu, které představujeme, je třeba interpretovat v souvislosti s jeho limity. Limitem naší práce je malý soubor pacientů s histriónskou poruchou osobnosti, kvůli kterému jsme se soustředili hlavně na jeden protokol, který jsme prezentovali kazuisticky a druhý, u kterého jsme uvedli základní hodnoty zkoumaných proměnných. Naše výsledky tedy ukazují na dva z možných výsledků pacientů s histriónskou poruchou osobnosti v MDZT. Výsledky však nelze stáhnout i na další pacienty a nelze se jimi řídit jako diagnostickými vodítky. V tomto ohledu jsou ke zvážení další výzkumy histriónské poruchy osobnosti, otázkou však zůstává, zda má vzhledem k ubývajícimu zájmu o tuto diagnózu a nové klasifikaci poruch osobnosti (Riegel et al., 2020) smysl se jí dále zabývat. Druhým limitem je malá reprezentativnost kontrolní skupiny vůči neklinické populaci, která je složena převážně ze studentů psychologie. Pro ověření skóreů *ROD* a *AgPast* by bylo potřeba srovnat výsledky pacientů s hraniční poruchou osobnosti s více reprezentativním souborem neklinické populace.

Diagnóza hraniční poruchy osobnosti byla diagnostikována psychiatrem u 24 z celkových 33 pacientů, u kterých byla určena na základě psychologického vyšetření. Diagnóza hraniční poruchy není u zbylých pacientů úplně jistá (viz tabulka 10). Naše výsledky se rovněž vztahují primárně na hospitalizované pacienty s hraniční poruchou osobnosti, kteří tvořili velkou většinu našeho výzkumného souboru (30 hospitalizovaných a 3 ambulantní). Pacienti s hraniční poruchou osobnosti nastupovali na terapeutická oddělení ve FN Olomouc, PN Kroměříž, PN Havlíčkův Brod na šesti týdenní pobyt. Pacienty jsme zastihli v různých fázích jejich léčby, která zahrnovala psychoterapii i farmakoterapii. Různé fáze léčby a její délka jsou rovněž faktory, které se do MDZT mohly promítnout. Některé protokoly (viz příloha 5) byly laděny spíše depresivně s využitím pouze černé a s kresbami agresivní minulosti. V jiných protokolech pacienti využívali větší množství barev a uchýlili se ke kreslení věcných neutrálních obsahů (např. dům, ryba, slunce). Pacienti s hraniční poruchou osobnosti netvoří homogenní skupinu, ale i mezi nimi existují osobnostní charakteristiky, ve kterých se liší a které se promítají do projekce.

Limitem a zároveň přínosem je jeho založení převážně na populaci žen, kterých bylo v souboru pacientů s hraniční poruchou osobnosti 27 oproti 4 mužům. Limit spočívá v možném zkreslení při využití diagnostiky hraniční poruchy osobnosti na mužích. Jeho silnou stránkou je, že v praxi mají hraniční poruchou osobnosti ženy mnohem častěji než muži (Grambal et al., 2017), což je patrné i z našich dat.

## 9.4 Zkušenosti s testem

Základní psychometrické charakteristiky MDZT jsme popsali a zhodnotili v kapitole 4.5. Zde se budeme zabývat našimi praktickými zkušenostmi s tímto testem. Praktickou pomůckou pro vyhodnocování MDZT je záznamový arch převedený do MS Excel (Hájková 2020), který velmi usnadňuje veškeré výpočty. Také se nám osvědčilo místo trhacího bloku papírů A6 zakoupit větší balení volných listů A6, které se nemusí trhat. Trhání nešlo u testování vždy úplně hladce, což zabíralo více času a zvyšovalo napětí u pacienta. Volné balení jsme zakoupili po 500 listech a bylo rovněž ekonomicky výhodnější. Jako další doporučujeme zavést do testu krátký debriefing (viz kapitola 7.3), který umožní uvolnit napětí vzniklé při testu a pochopit pacientovi jeho význam. Z naší zkušenosti představoval test asi pro třetinu pacientů náročnou a frustrující situaci. Tato frustrace se pak často přenášela i na výzkumníka, který byl odkázán pouze na slovo „další“ a nemohl do testu nijak zasahovat. Vědomí následného debriefingu i nám přineslo větší psychickou pohodu při testování. V neposlední řadě dáváme na zvážení změnit instrukci k inquiry, která podle manuálu zní: „Co to mělo být?“ (Gawlik, 1994, str. 9). Otázka vyznívá jako by výzkumník nepoznal, co respondent kreslí, a může vznikat dojem, že jeho výtvarné schopnosti nejsou dobré. Navrhujeme instrukci: „Mohli byste nyní pojmenovat, co jste nakreslil?“ popřípadě „Mohli byste mi nyní říct, co jste nakreslil?“.

## 9.5 Náměty na budoucí výzkumy

Kresby z MDZT představují velmi bohatý materiál, který lze využít pro vyhodnocení z různých hledisek. Jako další výzkum by bylo možné popsat kvalitativní znaky a témata kreseb u hraniční a histriónské poruchy osobnosti v MDZT. Výsledky se dají porovnat s výzkumy zabývající se znaky těchto poruch osobnosti v TAT, které se soustředí i na analýzu témat (Ackerman et al., 1999; Blažková 2010; Verdon et al., 2014).

Několik dalších možností nabízí prozkoumání dalších analogií mezi MDZT a ROR. Zvláště se pak jedná o skóry, které se v ROR vyskytují u hraničních poruch osobnosti (Mihura, 2006). Mezi těmito skóry navrhujeme prozkoumání dalších agresivních skórů, jako jsou agresivní obsahy (AgC) a agresivní potenciál (AgPot), které se vyskytovaly v protokolech pacientů s hraniční poruchou osobnosti (viz příloha 5 kresba č. 2). Dále navrhujeme prozkoumání obranných mechanismů s důrazem na splitting, který se rovněž objevoval v protokolech pacientů s hraniční poruchou osobnosti (viz příloha 5 kresba č. 8,

č. 21). V neposlední řadě by stála za prozkoumání oblast morbidních odpovědí (viz příloha 5 kresba č. 4, č. 23).

V protokolech jsme se rovněž setkali s konkrétním znázorněním abstraktního pojmu, kdy pacient např. nakreslil křičící obličej, který pojmenoval jako vztek. Většinou se jednalo o vyjádření emocí nebo psychického stavu zpodobněním konkrétní situace nebo s využití určité symboliky vystihující danou emoci. Dalším příkladem může být i kresba č. 20 v příloze 5 s názvem „hlava co má prázdné myšlenky“. Takové kresby jsme po konzultaci s PhDr. Ungerem (osobní sdělení, 16. února) signovali jako afunkční s abstrahovaným obsahem (abs Inh). Skór abstrahovaný obsah se používá spíše pro schématické znázornění ve smyslu map, náčrtků nebo geometrických obrazců. Navíc se tyto kresby nedají signovat jako abstraktní obsah, jelikož zobrazují konkrétní věc. Dáváme ke zvážení nový skór, který by byl analogický ke skóru lidské zkušenosti (Hx) v ROR (Exner, 2009) a byl by zařazen mezi lidské obsahy. Skór by však na rozdíl od ROR byl signován pouze v případech, kdy by se jednalo o vyjádření emoce nebo psychického stavu pomocí konkrétního obsahu. V případě vyjádření emoce nebo psychického stavu za pomoci abstraktní kresby se signuje skór abstrahovaný obsah.

## 9.6 Využitelnost výsledků

Naším cílem bylo přispět k lepší diagnostice hraniční poruchy osobnosti. Výzkum přinesl nové poznatky o projevech hraniční poruchy osobnosti, které dosud nebyly nikým zkoumány. Kombinace nízkých skóreů *AML* a *s* spolu s vysokými skóreů *AgPast* lze nyní považovat jako jediná orientační diagnostická vodítka pro hraniční poruchu osobnosti. Avšak nízké skóreů *AML* a *s* jsou typické i pro pacienty se schizofrenií (Hájková 2020) a depresí (Gawlik, 1994), proto je nutné je spojit s vysokými skóreů *AgPast*, které považujeme za hlavní přínos výzkumu. Psychologové, kteří pracují s hraniční poruchou osobnosti, mohou kromě ROR a TAT využít i MDZT, který může přinést další ukazatele pro hraniční poruchu osobnosti. Navíc může MDZT sloužit jako doplňková projektivní metoda pro ověření závěrů z ROR.

# 10 ZÁVĚRY

V této kapitole prezentujeme nejdůležitější zjištění naší práce.

- Výzkum potvrdil hypotézu, že proměnná *AgPast* ukazuje u pacientů s hraniční poruchou osobnosti vyšších skóre než u neklinické, se střední mírou účinku ( $r_{pb} = -0,47$ ). Průměrný skóre pacientů s hraniční poruchou byl 2,23 skóre agresivní minulosti na jeden protokol oproti 0,70 u kontrolní skupiny.
- Výzkum dále potvrdil hypotézy, že proměnné *AML* a *s* diferencují mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací. Pro *AML* vyšla hodnota biseriálního koeficientu jako míry účinku  $r_{pb} = -0,70$  a pro *s*  $r_{pb} = -0,81$ . U proměnné *AML* byl průměr pacientů 1,17 oproti 1,87 a u proměnné *s* 0,59 oproti 1,03 u neklinické populace.
- Proměnné *P%*, *T%* a *ROD* neukazovaly signifikantně vyšší skóre u pacientů s hraniční poruchou osobnosti oproti neklinické populaci.
- U obou pacientů s histriónskou poruchou osobnosti byly v porovnání s normami nejvýznamnějšími ukazateli vysoké hodnoty *P%* a *ROD* a dále zvýšené skóre *AML* a *s*. Zmíněné proměnné mají potenciál pro odlišení histriónské poruchy osobnosti od neklinické populace v MDZT.

# 11 SOUHRN

Hraniční a histriónská porucha osobnosti jsou v DSM-5 zařazeny do klastru B, které spojuje dramatičnost, labilní emotivita a impulsivní chování (American Psychiatric Association, 2013). Hraniční porucha osobnosti je považována za závažnou osobnostní patologii, jelikož se u ní vyskytuje sebepoškození i suicidální pokusy, které odráží vnitřní pocit prázdnoty, a také přímá agrese vůči druhým. Histriónská porucha osobnosti je blíže ke zdravé osobnosti a má lépe zpracovanou emotivitu než hraniční porucha (Kernberg 2018, McWilliams, 2015). Charakteristickými projevy obou poruch osobnosti v ROR jsou zvýšené skóry na Škále orální závislosti, které značí příliš velkou závislost na druhých (Mihura, 2006). Pro hraniční poruchu osobnosti jsou v ROR dále typické zvýšené skóry agresivní minulosti, které poukazují na sebepoškozovací chování a suicidální tendence (Baity & Hilsenroth, 1999). Blochův vícedimenzionální kresebný test (MDZT) poskytuje informaci o aktuálním psychickém dění, kontaktu s realitou, kognitivních funkcích, emocionalitě i interpersonálních vztazích. Test nemá předem určené téma kresby a respondent může kreslit cokoli mu přijde na mysl. Vyhodnocení probíhá na základě signovaných proměnných z třiceti pacientových kreseb a následného inquiry (Gawlik, 1994).

Hraniční porucha osobnosti je považována za nejčastější poruchu osobnosti v klinické péči. I přesto, že se hraniční poruše osobnosti věnuje velká pozornost, je shoda na její diagnostice jedna z nejmenších. Histriónská porucha osobnosti sdílí s hraniční poruchou osobnosti určité znaky, kvůli kterým může být v praxi těžké je od sebe odlišit (Grambal et al., 2017). Histriónská porucha osobnosti je považována za jednu z nejméně prozkoumaných a pro její diagnostiku je velmi málo dat (Dawood et al., 2020). Z tohoto důvodu zjišťujeme, zda bude nová metoda schopna rozšířit dosavadní diagnostické možnosti v oblasti poruch osobnosti. Jako výzkumnou metodu jsme si vybrali Blochův vícedimenzionální kresebný test, který mezi kresebnými metodami nabízí nejkomplexnější možnost posouzení osobnosti a znaky zmíněných poruch osobnosti nebyly v tomto testu doposud zkoumány.

Prvním cílem je popsat vybrané proměnné u hraniční a histriónské poruchy osobnosti v Blochově vícedimenzionálním kresebném testu. Druhým cílem práce je srovnat vybrané proměnné mezi hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací v Blochově vícedimenzionálním kresebném testu.

Metodologický rámec výzkumu je ovlivněn výzkumným souborem, který tvoří 31 pacientů s hraniční poruchou osobnosti a 2 pacienti s histriónskou poruchou osobnosti. K výzkumu pacientů s hraniční poruchou osobnosti volíme kvantitativní rámec výzkumu, s využitím deskriptivní i inferenční statistiky. Pro zkoumání histriónské poruchy osobnosti volíme kazuistickou studii. U obou poruch osobnosti sledujeme následující proměnné: *AML*, *s*, *T%*, *P%*, *ROD*, *AgPast*. První čtyři proměnné jsou standardní součástí MDZT a podle manuálu je jejich zvýšená míra ukazatelem poruch osobnosti. Proměnná *AML* ukazuje na průměrný počet využitých barev na jednu kresbu a proměnná *s* kvantifikuje počet barevných změn mezi jednotlivými kresbami. Proměnná *P%* se vztahuje k počtu rostlinných obsahů a proměnná *T%* k počtu zvířecích obsahů. Nově jsme do testu experimentálně přidali skóry Škály orální závislosti (*ROD*) a agresivní minulosti (*AgPast*). Formulovali jsme následujících šest hypotéz k srovnání hraniční poruchy osobnosti s neklinickou populací.

- **H1:** Proměnná *AML* (střední hodnota barevného indexu obrázkové řady) diferencuje mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací.
- **H2:** Proměnná *s* (indikátor afektivní dráždivosti) diferencuje mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací.
- **H3:** Proměnná *P%* (procento rostlinných obsahů) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.
- **H4:** Proměnná *T%* (procento zvířecích obsahů) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.
- **H5:** Proměnná *ROD* (škála orální závislosti) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.
- **H6:** Proměnná *AgPast* (skóry agresivní minulosti) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace.

Mezi 33 zkoumanými pacienty bylo 29 hospitalizovaných a 4 ambulantní s poměrem 29 žen ku 4 mužům. Sběr dat probíhal celkem na čtyřech pracovištích: PN Kroměříž, PN Havlíčkův Brod, FN Olomouc a ambulance PhDr. Davida Ungera v Otrokovicích. U 11 pacientů byla porucha osobnosti udělena na základě diagnostických závěrů psychologa, i když byl pacient veden pod jinou psychiatrickou diagnózou (viz tabulka 7). Při testování prvních hypotéz jsme využili normy podle Machové (2016) a pro nově zavedené proměnné kontrolní skupinu 20 studentů.

Na základě výsledků přijímáme první i druhou hypotézu. Proměnné *AML* a *s* diferencovaly mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací.



I když jsou podle manuálu (Gawlik, 1994) hlavním ukazatelem afektivní lability naopak vysoké skóry *AML* a *s*, naše výsledky ukázaly opačný trend. Nízká hodnota *AML* a *s* byla v minulých výzkumech interpretována jako emoční tupost (Hájková, 2020; Křížáková 2021). My se přikláníme k interpretaci, že nízké *AML* u hraniční poruchy značí dysforické emoční ladění nebo potlačování emocí (Gawlik, 1994), které ukazuje na pocity bezmoci a prázdnoty (Caligor et al., 2018) a nízké skóry *s* ukazují na nepřiměřené emoční reakce a potíže v ovládnání vlastních emocí. Výzkum nepotvrdil hypotézy č.3 a č.4. Pacienti dosáhli v *P%* v průměru vyšších skóru (18,12) ve srovnání s neklinickou populací (13,37). V procentu zvířecích obsahů se pacienti s hraniční poruchou osobnosti (11,03) téměř nelišili od neklinické populace (11,22). Tento výsledek je v souladu s výzkumnými zjištěními dřívějších výzkumů ROR, které rovněž neuvádějí zvířecí nebo rostlinné obsahy jako specifické pro hraniční poruchu osobnosti (Mihura, 2006).

Proměnná *ROD* u hraniční poruchy neukazovala signifikantně vyšší skóry než u kontrolní skupiny. Průměrný počet obsahů Škály orální závislosti u pacientů s hraniční poruchou osobnosti byl 6,71 oproti 5,30 v kontrolní skupině. Výzkum (Bornstein et al., 2000) zkoumající Škálu orální závislosti v ROR u hraniční poruchy osobnosti uvádí průměrný skór *ROD* 26,5 % a u ambulantních pacientů 10,9 %. Nám vycházelo 23 % pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, kde bylo 30 hospitalizovaných a 3 ambulantní pacienti, avšak mezi psychiatrickými skupinami skóry *ROD* značně varíují (Bornstein & Masling, 2005). Proměnná *AgPast* ukázala vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u kontrolní skupiny. Průměrný skór u pacientů byl roven 2,23 na jeden protokol oproti 0,70 u kontrolní skupiny. Výsledky odpovídají výzkumům, které považují *AgPast* za ukazatele sebepoškozujícího chování a suicidálních tendencí (Mihura, 2006). V případě výzkumů ROR dosáhli pacienti průměrného skóru 1,39 oproti námi nalezeným 2,23.

Skóry ve vyšším pásmu průměru u pacientů s histriónskou poruchou osobnosti v *AML* a *s* ukazují na zvýšenou emoční citlivost a nestabilitu, což odpovídá znakům histriónské poruchy osobnosti (Dušek & Večeřová–Procházková, 2015). Zvýšená hodnota proměnné *AML* je ve shodě s častějšími barvovými odpověďmi v ROR (Blais & Baity, 2006; Blais et al. 1998). Skóry *T%* a *AgPast* vycházely v pásmu průměru. Vysoké skóry *P%* a *ROD* s převládajícími odpověďmi dětskou řečí ukazují na infantilní rysy typické pro histriónskou poruchu osobnosti (Praško, 2015). U proměnných *P%* a *ROD* (zejména odpovědi dětskou řečí) vidíme potenciál k odlišení pacientů s histriónskou poruchou osobnosti od neklinické populace s využitím MDZT a navrhuje se k dalšímu zkoumání.

# LITERATURA

- 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. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7303\\_9](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7303_9)
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Henry Holt and Company.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehard & Winston.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání).
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Baity, M. R., & Hilsenroth, M. J. (1999). Rorschach aggression variables: A study of reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, 72(1), 93–110. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7201\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7201_6)
- Baker, J. D., Capron, E. W., & Azorlosa, J. (1996). Family Environment Characteristics of Persons with Histrionic and Dependent Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10(1), 82–87. <https://doi.org/10.1521/pedi.1996.10.1.82>
- Bartholomew, K., Kwong, M. J., & Hart, S. D. (2001). Attachment. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (196–230). Guilford Press.
- Belovičová, Z. (2006). *Ne/objektivita hodnotenia viacdimezionálneho kresebného testu* (diplomová práca). Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
- Belovičová, Z. & Mikušková, E. (2004). *Štandardizácia MDZT pre dospelú populáciu na Slovensku* (ročníková práca).
- Belovičová, Z. & Sollár, T. (2005). Psychológ ako hodnotiteľ viacdimezionálneho kresebného testu – vzťah vzájomnej ne/závislosti? In M. Blatný, D. Vobořil, P. Květon, M. Jelínek & V. Sobotková (Eds.), *Sociální procesy a osobnost 2015*, (17–23). Brno: Psychologický ústav AV ČR.
- Belovičová, Z. & Sollár, T. (2006). Osoba psychológa – riziko neobjektivity projektívnych metód. In D. Fedáková, M. Kentoš & J. Výrost (Eds.), *Sociálne procesy a osobnosť 2006*, (26–32). Košice: Spoločenskovedný ústav SAV.

- Belovičová, Z., Mikušková, E., Sollár, T. & Gawlik, K. (2004). Medzipohlavné rozdiely niektorých osobnostných premenných v MDZT. In I. Ruisel, D. Lupták & M. Falat (Eds.), *Sociálne procesy a osobnosť 2004*, (22–27). Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Blagov, P. S., & Westen, D. (2008). Questioning the Coherence of Histrionic Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(11), 785–797. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818b502d>
- Blais, M. A., & Baity, M. R. (2006). Rorschach Assessment of Histrionic Personality Disorder. In S. K. Huprich, *Rorschach assessment of the personality disorders*, (205–221). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., & Fowler, J. C. (1998). Rorschach Correlates of the DSM-IV Histrionic Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 355–364. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002\\_12](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_12)
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Castlebury, F., Fowler, J. C., & Baity, M. R. (2001). Predicting DSM-IV Cluster B Personality Disorder Criteria From MMPI-2 and Rorschach Data: A Test of Incremental Validity. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 150-168. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601\\_9](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_9)
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Fowler, J. C., & Conboy, C. A. (1999). A Rorschach exploration of the DSM-IV borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 563–572. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199905\)55:5563::AID-JCLP43.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5563::AID-JCLP43.0.CO;2-7)
- Blashfield, R. K., Reynolds, S. M., & Stennett, B. (2012). The death of histrionic personality disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*, (603–627). Oxford University Press.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Bloch, R. (1971). *Bild und Persönlichkeit: Der mehrdimensionale zeichentest (MDZT)*. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Hans Huber.
- Bloch, R. (2013a). Blind-diagnosis using the Multidimensional drawing test (MDZT) as a validity study. *Dynamische Psychiatrie*, 46, 64–77.
- Bloch, R. (2013b). Follow-up study of a schizophrenia based on an experiment in the psychology of expression (MDZT). *Dynamische Psychiatrie*, 46, 78–93.
- Bornstein, R. (1998). Implicit and Self-Attributed Dependency Needs in Dependent and Histrionic Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 71(1), 1–14. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7101\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7101_1)

- Bornstein, R. F. (2015a). Personality Assessment in the Diagnostic Manuals: On Mindfulness, Multiple Methods, and Test Score Discontinuities. *Journal of Personality Assessment*, 97(5), 446–455. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1027346>
- Bornstein, R. F. (2015b). Process-focused assessment of personality pathology. In S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (271–290). American Psychological Association.
- Bornstein, R. F., & Masling, J. M. (2005). The Rorschach Oral Dependency Scale. In R. F. Bornstein & J. M. Masling (Eds.), *Scoring the Rorschach: Seven validated systems* (135–157). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bornstein, R. F., Denckla, C. A., & Chung, W. J. (2015). Dependent and histrionic personality disorders. In P. H. Blaney, R. F. Krueger, & T. Millon (Eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology* (659–680). New York: Oxford University Press.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Association Publishing.
- Cameron, A. A., Calderwood, K., & McMurphy, S. (2018). A systematic literature review of the etiology of borderline personality disorder from an ecological systems perspective. *Social Work in Mental Health*, 17(3), 364–380. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1555104>
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474–499. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474>
- Dawood, S., Wu, L. Z., Bliton, C. F., & Pincus, A. L. (2020). Narcissistic and histrionic personality disorders. In C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Eds.), *The Cambridge handbook of personality disorders* (277–291). Cambridge University Press.
- Depue, R. A., & Lenzenweger, M. F. (2005). A Neurobehavioral Dimensional Model of Personality Disturbance. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (391–453). Guilford Press.
- Duberstein, P. R., & Talbot, N. L. (1993). Rorschach oral imagery, attachment style, and interpersonal relatedness. *Journal of Personality Assessment*, 61(2), 294–310. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6102\\_10](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6102_10)

- Dušek, K., & Večeřová–Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2. vydání). Grada Publishing.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Argo.
- Exner, J. E. (2009). *A Rorschach workbook for the comprehensive system*. Hogrefe - Testcentrum.
- Fialová, M. (2016). Histriónská porucha osobnosti a její léčba. In *Závěrečné teoretické práce – Výchovná komunita č. 12: Sebezkušenostní výcvik v integrativní psychoterapii (typ SUR) 2012 – 2016* (53–65). Skálův institut.
- Fowler, C., Hilsenroth, M. J., & Handler, L. (1996). A multimethod approach to assessing dependency: The early memory dependency probe. *Journal of Personality Assessment*, 67(2), 399–413. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6702\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6702_13)
- French, J., & Shrestha, S. (2020). *Histrionic Personality Disorder*. National center for biotechnology information. Získáno July 22, 2021, z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/>
- Freud, S., & Breuer, J. (1947). *Studie o hysterii*. Julius Albert.
- Gacono, C. B., & Meloy, J. R. (1994). *The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gacono, C. B., Bannatyne-Gacono, L., Meloy, J. R., & Baity, M. R. (2005). The Rorschach Extended Aggression Scores. *Rorschachiana*, 27(1), 164–190. <https://doi.org/10.1027/1192-5604.27.1.164>
- Gawlik, K. (1988). Blochův vícedimenzionální kresebný test (MDZT) v klinické praxi. *Československá psychiatrie* 84(4), 253–260.
- Gawlik, K. (1994). *Blochův Vicedimenzionální kresební test MDZT*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Gawlik, K. (2007). *40 let MDZT*. Získáno 20. července. 2020 z: <http://www.rorschach.cz/?p=228>
- Goutaudier, N., Melioli, T., Valls, M., Bouvet, R., & Chabrol, H. (2014). Relations between cyclothymic temperament and borderline personality disorder traits in non-clinical adolescents. *European Review of Applied Psychology*, 64(6), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2014.08.006>
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada Publishing.

- Hájková, D. (2020). *Paranoidní schizofrenie s chronickým průběhem a schizoafektivní porucha v Blochově Vicedimenzionálním kresebném testu* (diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1999). *Psychológia osobnosti: Úvod do teorií osobnosti* (2. vydání). Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Kerby, D. S. (2014). The Simple Difference Formula: An Approach to Teaching Nonparametric Correlation. *Comprehensive Psychology*, 3. <https://doi.org/10.2466/11.IT.3.1>
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of Severe Personality Disorders: Resolution of Aggression and Recovery of Eroticism*. American Psychiatric Association Publishing.
- Kirády, A. (2008). *The possible use of an artificial-intelligence-based computer-aided expert system at the aptitude tests of military and police personnel* (dizertační práce). Budapešť: University of defense.
- Klubert, P. (2006): *Prognostické znaky pre psychoterapiu v projektivnej metodike MDZT* (diplomová práce). Nitra: UKF.
- Kovary, Z. (2017). Personology (Murray). In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (1–10). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_1149-2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1149-2)
- Kreisman, J. J., & Straus, H. (2017). *Nenávidím tě, neopouštěj mě! : zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Portál.
- Kretschmer, E. (1961). *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer.
- Křižáková, M. (2021). *Schizofrenie a toxická psychóza v Blochově Vicedimenzionálním kresebném testu* (diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lečbych, M. (2016). *Rorschachova metoda: integrativní přístup k interpretaci* (2. vydání). Grada.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223–1232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>

- Lengel, G. J. (2020). Histrionic Personality Disorder. In B. J. Carducci & C. S. Nave (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Clinical, Applied, and Cross-Cultural Research, Volume IV* (89–95). John Wiley & Sons.
- Levy, K.N. and Pantelides, J. (2020). Borderline Personality Disorder. In B. J. Carducci & C. S. Nave, *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Clinical, Applied, and Cross-Cultural Research, Volume IV* (187–191). John Wiley & Sons.
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3), 401–412. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.401>
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Triton.
- Machová, V. (2016). *Standardizace Blochova vicedimenzionálního kresebného testu pro využití při diagnostice onemocnění psychotického okruhu* (diplomová práce). Masarykova Univerzita.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktuře osobnosti v klinickém procesu*. Portál.
- Mihura, J. L. (2006). Rorschach Assessment of Borderline Personality Disorder. In S. K. Huprich (Ed.), *Rorschach assessment of the personality disorders* (171–204). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Mihura, J. L., Nathan-Montano, E., & Alperin, R. J. (2003). Rorschach Measures of Aggressive Drive Derivatives: A College Student Sample. *Journal of Personality Assessment, 80*(1), 41–49. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\\_12](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_12)
- Michael, M. T. (2018). On the scientific prospects for Freud's theory of hysteria. *Neuropsychoanalysis, 20*(2), 87–98. <https://doi.org/10.1080/15294145.2018.1544851>
- Mikušková, E. & Sollár, T. (2005). Konštruktová validita vulgárných odpovedí vo viacdimezio-nálnom kresebnom teste – predbežné overenie. In M. Blatný, D. Vobořil, P. Květon, M. Jelínek & V. Sobotková (Eds.), *Sociální procesy a osobnost 2005*, 262–268. Brno: Psychologický ústav AV ČR.
- Mikušková, E. (2006). Špecifiká vulgárných obsahov v MDZT vo vybraných skupinách. In D. Fe-dáková, M. Kentoš & J. Výrost, *Sociálne procesy a osobnosť 2006*, 266–272. Košice: Spoločensko-vedný ústav SAV.

- Mikušková, E. (2007). Metodologický a diagnostický význam výskytu vulgárných obsahů v MDZT. In P. Humpolíček, M. Svoboda & M. Blatný (Eds.), *Sociální procesy a osobnost 2007*, 295–300. Brno: MSD.
- Millon, T. (1982). *Millon clinical multiaxial inventory* (2. vydání). National Computer Systems
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2. vydání). John Wiley & Sons Inc.
- Mulder, R., & Tyrer, P. (2019). Diagnosis and classification of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 27–31. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000461>
- Najbrtová, K., Šípek, J., Loneková, K., & Čáp, D. (2017). *Projektivní metody v psychologické diagnostice*. Portál.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti* (2. vydání). Academia.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. vydání). Grada.
- Perugi, G. (2010). Cyclothymic temperament and/or borderline personality disorder. *Annals of General Psychiatry*, 9(S1), 1. <https://doi.org/doi:10.1186/1744-859X-9-S1-S77>
- Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti* (3. vydání). Portál.
- Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Portál.
- Robinson, D. J. (1999). *Disordered Personalities* (2. vydání). Rapid Psychler Press.
- Röhr, H. P. (2009). *Hysterie-strach z odmítnutí*. Portál.
- Röhr, H. P. (2012). *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání* (3. vydání). Portál.
- Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J. & Morávek, S. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy
- Sollár, T. & Belovičová, Z. (2007). Posudzovanie objektivity Blochovho projektívneho viacdimenzionálneho kresebného testu. *Československá psychologie*, 51, 6, 610–621.
- Sollár, T., Belovičová, Z. & Mikušková, E. (2007). Teoretická komparácia projektívnych testov z hľadiska podnetov, projektívneho materiálu a vyhodnocovania. In P. Humpolíček, M. Svoboda & M. Blatný (Eds.), *Sociální procesy a osobnost 2007*, 399–404. Brno: MSD.



- Sullivan, G., & Feinn, R. (2012). Using Effect Size or Why the P Value Is Not Enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279–282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
- Svoboda, M. (Ed.), Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2009). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (2. vydání). Portál.
- Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M. G., & Fadda, B. (2012). Women And Hysteria In The History Of Mental Health, 8(1), 110–119. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010110>
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Unger, D. (2018). *Určení psychotického procesu z kvalitativní analýzy Blochova MDZT* (dodatek přiložený ke Gawlikově českému překladu originálního manuálu MDZT, 1994). PN v Kroměříži.
- Urbánek, T., Denglerová, D., & Širůček, J. (2011). *Psychometrika: měření v psychologii*. Portál.
- Váňa, O. (2022). *Specifika v okruhu psychotických poruch* (nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Verdon, B., Chabert, C., Azoulay, C., Emmanuelli, M., Neau, F., Vibert, S., & Louët, E. (2014). The Dynamics of TAT Process. *Rorschachiana*, 35(2), 103–133. <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000056>
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K. R., Gold, L., & Kerber, K. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: A Thematic Apperception Test analysis. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(4), 355–364. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.4.355>

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt v české jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu
4. Žádost o výzkumné šetření
5. Ukázka protokolu hraniční poruchy osobnosti
6. Vyhodnocovací arch MDZT
7. Problematická místa signování

Příloha 1: Abstrakt v českém jazyce

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Znaky hraniční a histriónské poruchy osobnosti v Blochově vícedimenzionálním testu

**Autor práce:** Bc. Filip Mečkovský

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Seitzl, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 99, 206 950

**Počet příloh:** 7

**Počet titulů použité literatury:** 99

### **Abstrakt:**

Cílem výzkumu je popsat znaky hraniční a histriónské poruchy osobnosti v Blochově vícedimenzionálním testu. Práce si rovněž klade za cíl porovnat zjištěné hodnoty u pacientů s hraniční poruchou osobnosti s neklinickou populací. Data byla získána od 31 pacientů s hraniční poruchou osobnosti a 2 pacientů s histriónskou poruchou osobnosti. Výzkumný soubor tvořilo 29 žen a 4 muži v průměrném věku 24 let. Výsledky ukazují na signifikantní rozdíl mezi pacienty s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou v ukazateli emočního ladění (*AML*) a afektivní dráždivosti (*s*), které byly nižší než u norem pro neklinickou populaci. Výzkum rovněž potvrdil předpoklad, že proměnná (*AgPast*) ukazuje vyšší skóry u pacientů s hraniční poruchou osobnosti než u neklinické populace. Pacienti s histriónskou poruchou se od neklinické populace nejvíce lišili ve skórech rostlinných obsahů (*P%*) a skórech Škály orální závislosti (*ROD*), kde dosahovali vysokých skóřů. Výsledky jsou v diskusi porovnávány s výzkumnými závěry studií zabývajících se projevy hraniční a histriónské poruchy osobnosti v Rorschachově metodě.

**Klíčová slova:** hraniční porucha osobnosti, histriónská porucha osobnosti, Blochův vícedimenzionální kresebný test, projektivní metody, agresivní minulost (*AgPast*)

Příloha 2: Abstrakt v anglickém jazyce

**Title:** Characteristics of borderline and histrionic personality disorder in Bloch's Multidimensional drawing test

**Author:** Bc. Filip Mečkovský

**Supervisor:** PhDr. Martin Seidl, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 99, 206 950

**Number of appendices:** 7

**Number of references:** 99

**Abstract:**

The aim of the thesis is to describe characteristics of borderline and histrionic personality disorder in Bloch's Multidimensional drawing test. Additionally, this thesis compares the variables of borderline personality disorder with non-psychiatric population. Data was obtained from 31 patients with borderline personality disorder and 2 patients with histrionic personality disorder. The sample consisted of 29 women and 4 men with an average age of 24 years. The results show significant differences between the patients with borderline personality disorder and the non-clinical population in the indicator of emotional tuning (*AML*) and in the indicator of affective irritability (*s*), which were lower than the average in non-psychiatric population. The results confirmed that variable *AgPast* (aggressive past) shows higher scores for patients with borderline personality disorder than the non-clinical population. The major difference between patients with histrionic personality disorder and non-clinical population was in variable plants contents (*P%*) and scores of Rorschach Oral Dependency scale, where the patients reached higher scores. Results are compared with studies that were concerned with characteristics of borderline and histrionic personality disorder in Rorschach test.

**Key words:** borderline personality disorder, histrionic personality disorder, Bloch's multidimensional drawing test, projective methods, aggressive past (*AgPast*)

# Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Výzkum Blochova vícedimenzionálního kresebného testu u pacientů s emočně nestabilními rysy osobnosti

Autor: Bc. Filip Mečkovský

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

Katedra psychologie FF UP

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami účasti na výzkumu v rámci diplomové práce, a že se chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu budou anonymizovány a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce. Jedná se o rok narození, pohlaví, vzdělání a diagnózu.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 4: Žádost o povolení výzkumného šetření

# Žádost o povolení výzkumného šetření

Dobrý den,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření

v.....v rámci závěrečné diplomové práce.

Autor práce: Bc. Filip Mečkovský

Škola: Katedra psychologie FF UP v Olomouci

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

Cílem práce je prozkoumat a popsat, jak se v Blochově multidimenzionálním kresebném testu projevují pacienti s hraniční a histriónskou poruchou osobnosti. Výsledky práce mohou sloužit jako užitečná diagnostická vodítka pro psychology pracující s tímto testem.

Pro výzkumné šetření hledáme pacienty s hraniční nebo histriónskou poruchou osobnosti, se kterými bychom administrovali test a zařadili je do našeho výzkumu. Údaje poskytnuté pro tuto práci budou anonymizovány a použity pouze pro účely této diplomové práce. Jedná se o tyto údaje: pohlaví, rok narození, vzdělání a diagnóza.

Výsledky výzkumu Vám rádi poskytneme.

Datum:.....

Bc. Filip Mečkovský

meckovskyfilip@seznam.cz

PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

martin.seitl@upol.cz

.....

.....

## Příloha 5: Ukázka protokolu pacientky s hraniční poruchou osobnosti

### Základní sociodemografické údaje

- Diagnóza: F60.31 Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ
- Examinátor: Bc. Mečkovský
- Datum administrace: 19. 7. 2021
- Věk v době administrace: 24 let
- Pohlaví: žena

Na následujících stranách uvádíme jednotlivé kresby spolu s názvem a skóry v pořadí v jaké je pacient kreslil.

### Obrázek 4

#### *Celý protokol pacientky s hraniční poruchou osobnosti*



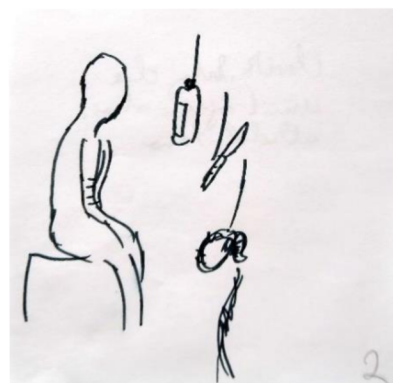
Kresba č. 1: Zlomené srdce

Fbz = 0, f, anat, symb Is,  
AgPast



Kresba č. 2: Člověk, který chce umřít

Fbz = 0, O, Menf, ROD



Kresba č. 3: Komin s ostnatým drátem

Fbz = 0, O, Id



Kresba č. 4: Brečící oko, zklamané z lásky

Fbz = 0, anat, symb Is



Kresba č. 5: Jak se člověk může vidět v zrcadle

Fbz = 0, O, Menf, ROD



Kresba č. 6: Padlý anděl

Fbz = 0, Mkar, ROD



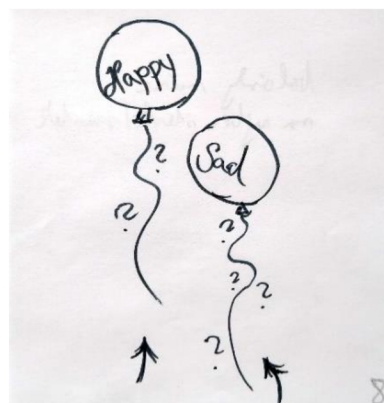


Kresba č. 7: Já na hřbitově  
Fbz = 0, O, Menf, Ld, ROD



Kresba č. 8: Balónky, máme  
na výběr

Fbz = 0, O, abs Inh



Kresba č. 9: Rozpadlá rodina  
Fbz = 0, Menf, symb Is, ROD



Kresba č. 10: hřbitov, alkohol,  
cigarety

Fbz = 0, f, O, ld, ROD

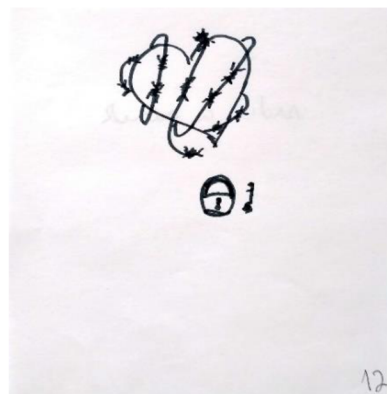


Kresba č. 11: Hudba, repráček  
Fbz = 0, O



Kresba č. 12: Srdce a zámek

Fbz = 0, O, symb Is



Kresba č. 13: Nezdravé jídlo

Fbz = 0, O, ROD



Kresba č. 14: Oběšenec

Fbz = 0, O, P, Menf, AgPast



Kresba č. 15: Pořezaná ruka

Fbz = 0, f, anat, AgPast



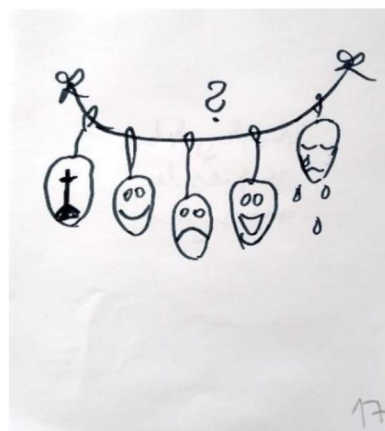
Kresba č. 16: Duše – jedna dobrá a jedna zlá

Fbz = 0, Mkar



Kresba č. 17: Masky, které si přes den nasazujeme

Fbz = 0, Mkar, symb Is



Kresba č. 18: Prsteny, pouto lidí

Fbz = 0, O



Kresba č. 19: Černý kocour z našeho oddělení

Fbz = 1, f, T



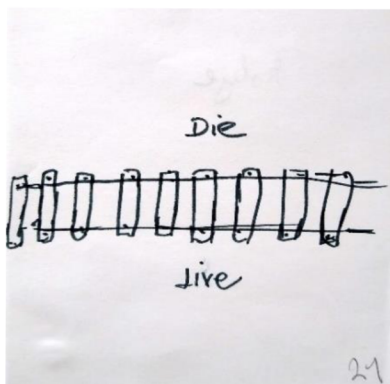
Kresba č. 20: Hlava, co má prázdné myšlenky

Fbz = 0, f, anat, abs Inh



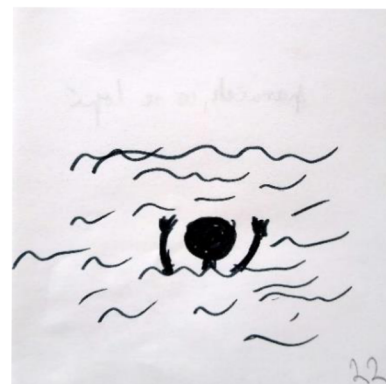
Kresba č. 21: Koleje

Fbz = 1, O, D



Kresba č. 22: Panáček, co se topí

Fbz = 0, Menf, Ld, ROD



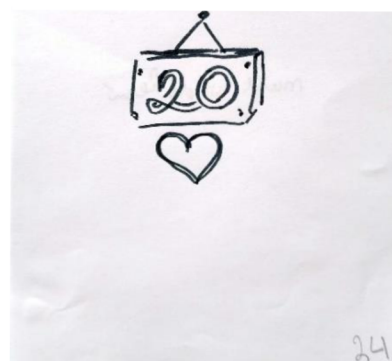
Kresba č. 23: Panáček, co je sám

Fbz = 0, Menf, Ld,



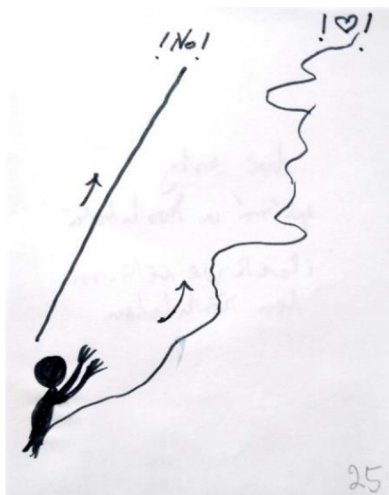
Kresba č. 24: Naše oddělení

Fbz = 0, O, symb Is



Kresba č. 25: Dvě cesty – přímá a kostrbatá. Člověk si většinou vybere tu kostrbatou.

Fbz = 0, Menf, abs Inh, symb Is



Kresba č. 26: Noční můry  
Fbz = 0, O, Menf, abs Inh,



Kresba č. 27: Knihy

Fbz = 0, f, O



Kresba č. 28: Já ve vaně

Fbz = 0, O, Menf



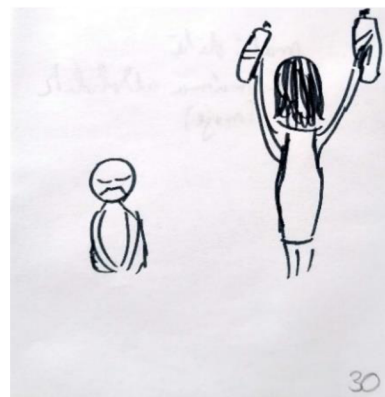
Kresba č. 29: Okno s mřížemi a počítání dnů

Fbz = 0, O



Kresba č.30: Malé dítě a máma alkoholik

Fbz = 0, O, Menf, ROD



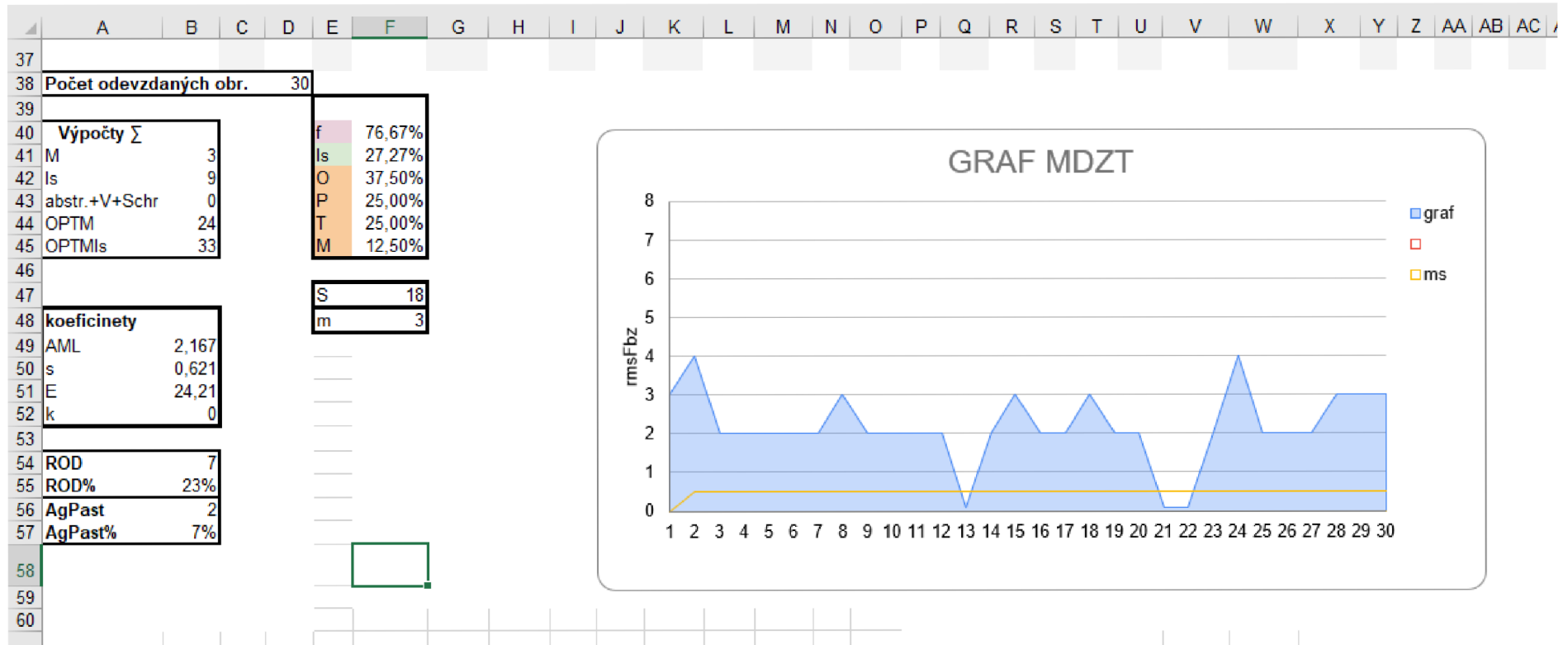
**Obrázek 5**

*První strana vyhodnocovacího archu*

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH		
1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
2	r	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	ms													1								1	1										3			
4	graf	3	4	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	0,1	2	3	2	2	3	2	2	0,1	0,1	2	4	2	2	2	3	3	3					
5	rmsFbz	3	4	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	0,1	2	3	2	2	3	2	2	0,1	0,1	2	4	2	2	2	3	3	3					
6	Fbz	3	4	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	0	2	3	2	2	3	2	2	0	0	2	4	2	2	2	3	3	3	1,2	2,2	Fbz		
7	počný řád. I	3	4	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	3	2	2	1	1	2	4	2	2	2	3	3	3					
8	mFw																																0			
9	ps																																	0		
10	abstr																																	0		
11	V																																	0		
12	Va																																	0		
13	f	1		1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23		
14		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
15	O		1			1									1	1	1					1					1	1	1					9		
16	P rostl.	1			1															1	1				1									6		
17	T zvíře			1				1		1				1											1										6	
18	M enf - fun								1																1										2	
19	M prof																						1												1	
20	M kar																																		0	
21		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
22	anat											1	1																						2	
23	Ld		1				1				1														1										4	
24	ld																																		0	
25	abs Inh																																		0	
26	Schr																																		0	
27	Orn																																		0	
28	Symb Is																	1	1								1								3	
29		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
30	D		1								1				1	1																			4	
31	pers - téma																				1														1	
32	stereo																																		0	
33	ROD	1				1	1	1													1	1													7	
34	AgPast				1									1																					2	

## Obrázek 6

Druhá strana vyhodnocovacího archu



## Příloha 7: Problematická místa signování

Při signování jsme se setkali s několika situacemi, které nejsou popsány v manuálu a ani nebyly dovysvětleny na kurzu MDZT. Podobně jako Machová (2016) a Hájková (2020) i my zde uvádíme tabulku s odpověďmi na problematická místa signování, která vychází z konzultace s PhDr. Ungerem (16. února, 2022) a doplňujeme další informace o signování MDZT. Doufáme, že tabulka pomůže dalším výzkumníkům objasnit některé nejasnosti spojené se signováním MDZT.

### Tabulka 11

#### *Problematická místa v signování*

<b>Otázka</b>	<b>Odpověď</b>
Jak se posuzuje a funkčnost abstrahovaných obsahů, ornamentů a kolektivních symbolů?	Pokud je v kresbě zastoupena pouze jedna z těchto kategorií, je kresba a funkční. Pokud jsou tam i další obsahy, posuzuje se funkčnost jejich vztahu.
Jak skórovat, pokud pacient nakreslí do kresby bubliny znázorňující myšlenky? (viz příloha 5 kresba č. 20)	Myšlenky v tomto případě skórujeme jako abstrahované obsahy.
Jaké barvové číslo náleží abstrahovaným obsahům?	Abstrahovaným obsahům přiřazujeme barvové číslo 0.
Jaké barvové číslo mají obsahy, které mohou a nemusí být černé (např. kočka)?	V takovém případě signujeme barvové číslo 1.
Jaký skór dává anatomickým zvířecím obsahům (např. tlapa medvěda)?	Skórujeme jako zvířecí obsah <i>T</i> .



V následujících dvou tabulkách popisujeme, jak jsme se rozhodli v některých nejasných situacích při skórování skóre Škály orální závislosti (*ROD*) a skóre agresivní minulosti (*AgPast*). Ke skórum *AgPast* přidáme i typické příklady odpovědí.

## Tabulka 12

### *Problematická místa v signování ROD*

<b>Problematické místo</b>	<b>Skór ROD</b>
Ovoce a zelenina, které jsou primárně určeny k jídlu.	Ano
Ovoce nebo zelenina, které jsou primárně určeny k dekoraci (např. vydlabaná dýně).	Ne
Stromy, na kterých je nakresleno ovoce a jsou tak pojmenovány.	Ano
Negativní emoce jako např. selhání, zklamání, samota, vina, frustrace, úzkost, strach, nedůvěra, izolace od ostatních, nerozhodnost.	Ne
Negativní emoce jako bezmoc, zmatek, pasivita, zoufalství.	Ano
Pocit prázdnoty ve smyslu absence myšlenek.	Ne
Pocit prázdnoty ve smyslu zoufalství a beznaděje.	Ano
Opakované pojmenování obsahu dětskou řečí, který by jinak do ROD nepatřil (např. obrázek č.1: kytičky a mraky, obrázek č.2: kytičky a dům).	Ano, pouze u první odpovědi.



### Tabulka 13

#### *Problematická místa v signování AgPast*

<b>Problematické místo</b>	<b>Skór AgPast</b>
Srdce probodnuté šípem.	Ne
Zlomené srdce.	Ano
Ryba chycená na háček.	Ne
Hřbitov.	Ne
Hrob nebo rakev.	Ano
Krev.	Ano
Krvavý nůž nebo žiletka.	Ne

Mezi typické příklady odpovědí se skórem *AgPast* v našem výzkumu patří: pořezaná ruka (nejčastěji žiletkou), ruka popálená cigaretou, mrtvé zvíře, oběšený člověk, zraněný člověk, nabourané auto, mrtvý člověk v rakvi.