

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

KOMUNIKAČNÍ DEVIACE U OSOB SE SCHIZOFRENIÍ



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Kristýna Bajerová

Vedoucí práce: PhDr. Kristýna Hosáková, Ph.D.

Olomouc

2017

Poděkování

Prvně a hlavně chci poděkovat své vedoucí práce, dr. Týnce Hosákové, za vynikající podporu a osobní přístup během psaní této práce. Je mi inspirací nejen profesně, také však lidsky. (Což z ní dělá nejlepší vedoucí práce, co jsem kdy měla.)

Touto cestou chci také poděkovat všem, kteří mě podporují v mém nekončícím studiu. Především však mámě a tátovi, kteří jsou pro mě neustálou jistotou a vzorem.

Prohlašuji,

že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Komunikační deviace u osob se schizofrenií“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Obsah.....	3
Úvod	5
Teoretická část	6
1 Schizofrenie.....	7
1.1 Historie.....	7
1.2 Epidemiologie a etiologie.....	10
1.3 Sociální, psychosociální a biologické faktory	13
1.4 Diagnostika.....	15
1.5 Průběh.....	20
1.6 Terapie	21
2 Komunikace u osob se schizofrenií	23
2.1 Souvislost jazyka a poruch myšlení	23
2.2 Dvojná vazba	27
2.3 Komunikační deviace	29
2.4 Výzkumy komunikačních deviací u osob se schizofrenií.....	32
Výzkumná část	34
3 Výzkumný problém	35
3.1 Výzkumný cíl.....	35
3.2 Výzkumné otázky.....	35
4 Použitá metoda	36
4.1 Úroveň metodologického přístupu.....	36
4.2 Testová metoda	36
4.3 Skórovací systém komunikačních deviací	37
5 Tvorba dat.....	42
6 Výzkumná populace a výzkumný soubor	44
6.1 Etické hledisko a ochrana soukromí	46
7 Výsledky.....	47
7.1 Výskyt komunikačních deviací (VO1).....	47

7.2	Souvislost demografických údajů a komunikačních deviací (VO2)	53
8	Diskuze.....	54
8.1	Diskuze o výsledcích	54
8.1.1	Deficity v různých oblastech	54
8.1.2	Souvislost demografických údajů s komunikační deviací	56
8.1.3	Problematická kategorie	57
8.2	Diskuze o metodice.....	57
8.3	Diskuze o přínosech a dalším směřování	58
8.3.1	Přínosy	58
8.3.2	Další směřování	59
9	Závěr.....	61
10	Souhrn.....	63
11	Literatura	66
12	Seznam tabulek a grafů	72
13	Přílohy	73
	Příloha 1: Zadání bakalářské diplomové práce	73
	Příloha 2: Abstrakt bakalářské diplomové práce	75
	Příloha 3: Thesis Abstract	76
	Příloha 4 Shrnutí kategorií CD	77

ÚVOD

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, kterému se dostává pozornosti jak ze strany odborníků, tak nemalého zájmu ze strany laiků a médií. Psychologie nahlíží na schizofrenii jako na stav psychiky v krajní pozici, kdy se aktivují obranné mechanismy, které člověk za běžných okolností neužívá.

Mne jako autorku, budoucí psycholožku a vystudovanou lingvistku, zajímá, čím je komunikace osob se schizofrenií specifická, jaké jsou její charakteristiky. Samozřejmě je pro mne také důležité porozumět historii onemocnění, znát jeho etiologii a epidemiologii. Nelze vynechat ani to, jak se schizofrenie diagnostikuje, a je třeba znát i průběh onemocnění a jakým způsobem probíhá léčba. Tyto znalosti mi však pouze zlehka nastíní, jak vypadá komunikace u osob se schizofrenií.

Jestliže spolu souvisí jazyk a myšlení, přemýšlím nad tím, jak se poruchy myšlení mohou odrážet v tom, jak hovoříme. Vede mě to k úvaze, jaké další fenomény se mohou podílet na tom, jak komunikujeme. Například komunikační teorie dvojné vazby mi poskytuje hluboký vhled do etiologie schizofrenie a osvětluje mnohé, nicméně mi stále neodpovídá na otázku, jaká komunikační specifika mohou nacházet u osob, které mají diagnostikovanou schizofrenii.

Odpovědět mi může analýza komunikačních zvláštností dle polozapomenutého konceptu Singerové a Wynnea. Mísí se v něm jak lingvistické (analýza komunikátu), tak psychologické roviny (pochopení, do jaké míry se např. podílí deficity exekutivních funkcí a pozornosti na komunikaci). Proto tento koncept přejímám do svého výzkumu a na následujících stranách této práce se pokusím více a více objasňovat rysy schizofrenní komunikace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

1.1 Historie

Pod termín *schizofrenie* spadají symptomy, které fascinují lékaře a filozofy již po tisíciletí. Mezi nejstarší záznamy příznaků tohoto onemocnění můžeme řadit fragment z Ajurvedy (starý okolo 3400 let), kde je popsán stav způsobený Ďáblem a projevující se žravostí, oplzlostí, svlékáním do naha, nezvyklými pohyby. Z prvního století našeho letopočtu pochází popisy pacientů s duševní poruchou, která se dle tehdejšího proslulého lékaře Aretaiose z Kappadokie vyznačuje zhouplostí, nechápavostí, zahloubáním (ekvivalenty by byly mutismus, stupor, poruchy myšlení). V druhém století našeho letopočtu se této nemoci věnoval Soranos z Efezu. Popsal blud u pacienta, který se považoval za Boha (a odmítal močit, jelikož se bál, že způsobí potopu světa) (Smolík, 2002).

V roce 1809 byl pojem schizofrenie použit nezávisle na sobě dvěma lékaři Philippem Pinelem a Johnem Haslamem. Haslam popsal individuální případy s důrazem na popis jednotlivých částí „šílenství“, které se objevovalo u mladých lidí. Byl zaměřen na negativní symptomy této nemoci, popsal jejich nenápadnost, obtížné zaznamenání, absenci chutě do života, nedostatek zvědavosti, nezájem o v minulosti pro ně důležité objekty a příbuzné či milované osoby, apatii, nezájem o oblékání, osobní hygienu atd. (Frith & Johnstone, 2003).

V roce 1853 francouzský psycholog Benedict A. Morel popsal psychózu začínající ve věku adolescence a ústící do předčasné demence (Smolík, 2002), a v roce 1960 přichází s názvem *demence précoce*, kterým popsal adolescentního pacienta, kdysi bystrého a aktivního, který pomalu upadl do stavu stažení se do sebe (ztratil veselost, stal se sklíčeným, zapomněl vše, co se již naučil, a tělesnou aktivitu nahradila strnulost) (Frith

& Johnstone, 2003). Dále byly popsány primární syndromy šílenství (Snell, Westphal v roce 1856), které tak definovaly paranoidní psychózy coby primární duševní poruchy (Smolík, 2002).

V letech 1874-1899 bylo Gillianem Doodym zkoumáno 337 mužských pacientů, kteří byli přijati do tamního azylu. Z jeho poznámek víme, že pacienty řadil do kategorií dle jednotlivých poruch: schizofrenie, afektivní poruchy, neurotické poruchy a pacienti s poškozením mozku. Dle klasifikace Doodyho se schizofrenie vyskytovala u 10 % pacientů. Bludy, jakožto dnešní hlavní kritérium diagnostiky schizofrenie, byly přítomny u 63 % pacientů (časté byly bludy vědeckého rázu, religiózní povahy, paranoidní bludy s obavou z otrávení či tematika okultních sil, které chtěly pacienty ovládnout) (Frith & Johnstone, 2003).

V roce 1896 shrnul Emil Kraepelin jednotlivé poruchy popsané jeho předchůdci do jediného okruhu, který nazval *dementia praecox* (inspirace u Morela). U všech předpokládal společnou příčinu, společné somatické a duševní symptomy, obdobný průběh a podobné sekční nálezy (Smolík, 2002).

Eugen Bleuler navázal na práci Kraepelina a poprvé použil pojem *schizofrenie* (schizis: slovo řeckého původu; neboli rozštěp, frén: mysl, Syřišřová, 1974) V r. 1911 Bleuler hierarchicky analyzoval význam jednotlivých psychopatologických symptomů a kritéria vydělil na **základní příznaky** (porucha asociací, oploštělá afektivita, abulie, ambivalence, porucha pozornosti) a **akcesorní příznaky** (bludy, halucinace, katatonie). Pragmatickému dělení, velmi blízkému současnému pojetí, se v r. 1957 věnoval Kurt Schneider, který vymezil příznaky 1. a 2. řádu. Také popsal tři typy schizofrenie: paranoidní, simplexní a katatonní (Smolík, 2002).

Z období konce 19. století a prvních desetiletí 20. století je třeba zmínit pojetí schizofrenie od Sigmunda Freuda, pro něhož je schizofrenie

traumatem v psychosexuálním vývoji orálního stadia. Pokud se libido nevyvine, nevzniknou vztahy k vnějšímu světu. Carl Gustav Jung viděl schizofrenii jako narušení vztahu ke skutečnosti a oslabení vědomí. Považoval ji za snovou produkci za bdělého stavu člověka (Syřišťová, 1974).

Po druhé světové válce dominovala v USA diagnóza schizofrenie dle Bleulera (která je širší než Kraepelinova). Začala zahrnovat veškeré neorganické psychózy a postupně se překrývala s evropskou diagnostikou manických, schizoafektivních a depresivních psychóz. Pod tuto diagnózu patřily také nepsychotické stavy (chronické obtíže při sociálním přizpůsobení, zhoršení funkcí osobnosti bez ohledu na to, zda souvisely s psychotickými fenomény či ztrátou vyšších mentálních funkcí) (Smolík, 2002).

V 60. letech 20. století byl proto zahájen proces přehodnocování příliš široké koncepce schizofrenie. Pod záštitou Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation) se uskutečnila Mezinárodní pilotní studie schizofrenie (International Pilot Study of Schizophrenia). Pacienti byli vyšetřeni jednotným způsobem, a také hodnoceni stejným počítačovým programem CATEGO (Raboch & Zvolský, 2001). Vyhodnocení studie přineslo nejčastěji se vyskytující bloky symptomů, a to: ztráta náhledu, sluchové halucinace, vztahovačnost, podezřívavost, plochá emotivita, halucinace druhé osoby, bludně ladění, persekční bludy, vkládání a ozvučování myšlenek. Proces byl završen v osmdesátých letech, došlo k vytvoření přesných diagnostických kritérií, které byly také posléze zakomponovány do mezinárodních klasifikací MKN-10 i americké DMS-IV. Americká klasifikace schizofrenie je běžně používána a nejčastěji citována v soudobé odborné literatuře (Smolík, 2002).

1.2 Epidemiologie a etiologie

Epidemiologické průzkumy ukazují, že se schizofrenie vyskytuje napříč státy poměrně rovnoměrně, avšak je důležité upozornit na různou míru variability prevalence a incidence mezi těmito státy. Modus celoživotní prevalence je dle Libigera (2002) 1,4–4,6 případů na 1000 obyvatel. Incidence schizofrenie se pohybovala ve studiích ve věkovém rozmezí 15–54 let, a to v rozmezí 0,7–4,2 případů ve studii SZO v 10 zemích na 1000 obyvatel za rok (incidence 0,7 v Dánsku; 4,2 v Indii). Riziko diagnostikování schizofrenie (morbidity) se pohybuje 0,5–1,6 %. Komorbidity se týká dle studií SZO užívání návykových látek (až 41 %). Pro schizofrenii je charakteristická zvýšená mortalita, a s tím spojené riziko suicidálního jednání, které je nejrizikovější v počátku nemoci (20–40 %), celoživotní riziko suicidality pacientů se schizofrenií se pohybuje okolo 10 %. Schizofrenie může také vést k dlouhodobé invaliditě (Libiger, 2002).

V České republice trpí schizofrenií přibližně sto tisíc lidí. Schizofrenie je dále nejčastějším důvodem pro udělování invalidity, a to ročně přibližně 8000 invalidních důchodů (z toho 6000 je invalidní důchod III. stupně). Co se týče remise, autoři studie *Prevalence remise a údravy u schizofrenie v České republice* (Příkryl & Khollová, 2012) konstatují, že bodová prevalence na reprezentativním souboru ambulantních pacientů se schizofrenií v České republice prokázala 54 % symptomatickou remisi, 45 % kompletní remisi, 26 % funkční remisi a 19 % dospěje konečné údravy.

Etiologie schizofrenie není ani vzhledem k technologickému pokroku zcela jasná a nepanuje v ní shoda. Převládá multifaktoriální pojetí etiologie s působením mnohočetných patogenetických vlivů. Od 70. let se chápe schizofrenie jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů: dispozice (zranitelnosti) a zátěže (stresu). Tedy aby nemoc propukla, je nutná souhra genetické predispozice a nějakého spouštěče. Teorie týkající se vzniku

schizofrenie a jejího zařazení do širšího rámce jsou mimo jiné evoluční, neurovývojová (neurodegenerativní) a teorie rozštěpu (Libiger, 2002).

Evoluční teorie poukazuje na to, že schizofrenie je vázána na dědičnost a nemocní samotní mají méně potomků. Nabízí se proto otázka, jak si schizofrenie udržela stále stejné rovnoměrné rozšíření v populaci. Předpokládá se, že onemocnění musí skýtat evoluční výhodu, která umožňuje udržení v populaci. Za tuto výhodu je považována např. odolnost proti bolesti, zánětlivým změnám a šoku, dále kreativita a vyšší inteligence. Onemocnění by dle Price a Stevense mohlo být výhodné pro celou společnost prehistorických lidí, prorok dokázal dovést členy klanu do nových teritorií, což je mohlo zachránit před smrtí vyčerpáním zdrojů na již obývaném území. Crow považuje schizofrenii za vedlejší jev adaptivní mutace genu zodpovědného za hemisferiální asymetrii, která vede k lateralizaci a specializaci mozkových hemisfér. Dle Crowa je tento gen patrně vázán na pohlaví, jelikož ženy a muži se liší v míře asymetrie, rozložení kognitivních dovedností i počátku a závažnosti onemocnění (Libiger, 2002).

Vzhledem k předpokládané roli genů v etiologii je momentální výzkum schizofrenie soustředěn především na genetiku, a to na celogenomové asociační studie (genome-wide association studies, GWAS), což je podrobné vyšetření DNA, které předpokládá, že pokud jsou mezi zdravými osobami a osobami s diagnózou genetické rozdíly, tak souvisejí s nemocí (Hosák, Šilhán, & Hosáková, 2012). Dalším přístupem je také zkoumání strukturálních abnormalit DNA ve formě variability počtu kopií (copy number variation, CNV) (Ibid.). Dalším směrem zkoumání je koncept endofenotypů. Endofenotyp je charakteristika neurologického či neuropsychologického rázu, která se pojí s onemocněním jak u pacienta, tak u jeho zdravých příbuzných. Jsou zkoumány zejména endofenotypy

neurofyziologické, neuromotorické, neurokognitivní, ale také neuroanatomické a neurologické (Ibid.).

Oproti **neurodegenerativní teorii**, která schizofrenii pojímá jako progresivní proces úpadku duševních schopností, **neurovývojová teorie** pojímá schizofrenii jako onemocnění vznikající v období okolo porodu a projevující se mírnými kognitivními poruchami, zhoršením sociální adaptability v průběhu dětství. Vlastní psychóza je jen vývojovým stadiem onemocnění. Předpoklad, že je onemocnění přítomno již od raných období, vede ke snaze o prevenci a včasnou diagnostiku, aby se zamezilo propuknutí sekundárních změn vyplývajících ze vztahu nemocného a nároků okolí. Onemocnění se projevuje na fyziologické, biochemické, kognitivní i psychologické úrovni odchylkami od normy během průběhu dospívání (Libiger, 2002).

Teorie rozštěpu (diskonekce) zahrnuje modely spojené s konceptem disharmonie, rozpojení, rozštěpu čili nesprávného propojení některých částí mozku, které jsou zodpovědné za různé typy kompetencí. Jeden z modelů předpokládá poruchu propojení prefrontální mozkové kůry a limbického systému. Další model operuje se specifickou lidskou vývojovou a geneticky podmíněnou nerovnováhou mezi pravou a levou hemisférou. Další model poukazuje na funkční kortikální rozpojení a nesoulad těch asociačních oblastí, které se podílí na přípravě a plánování aktivit (Libiger, 2002).

1.3 Sociální, psychosociální a biologické faktory

Sociální okolí hraje významnou roli, která může jak pozitivně, tak negativně ovlivnit vznik onemocnění, jeho průběh, ale také jeho relaps. Výzkumy, viz např. Callahan, Price, & Hilsenroth (2003), potvrzují, že zejména traumata z dětství jako sexuální zneužívání, fyzické týrání nebo separace od rodičů mají na onemocnění vliv. Zkoumají se i další fenomény, které mohou souviset se vznikem či propuknutím schizofrenie.

V souvislosti s propuknutím schizofrenie je důležité zmínit tzv. **sociální porážku** (ztráta společenského postavení, neúspěšné začlenění do nové společnosti). Zajímavé je pojetí antipsychiatrie, které může považovat schizofrenii za onemocnění s **charakterem vývojové krize**, které by mohlo vést k osobnostnímu růstu pacienta a nemělo by se tedy léčit léky, jen podpořit psychologickou asistencí během krize (Libiger, 2002). Mezi další faktory patří také výskyt dvojné vazby a komunikační deviace v rodině nemocného (více v kapitole 2).

Schizofrenii jako reakci na **životní událost** také vnímají Bebbington a Kuipers (2011), jejichž závěry z řady výzkumů jsou takové, že životní události mají významný vliv na průběh schizofrenie. A jelikož lidé se schizofrenií reagují výrazně emotivněji na situace, které by emoční reakci pravděpodobně u zdravé populace nevyvolaly, tyto situace se pro ně stávají oněmi životními událostmi.

Mezi další faktory lze zařadit roli matky. Existují záznamy typických poruch, které se objevují v rodině nemocného, vliv tzv. **schizofrenogenní matky**, fenomén **manželského rozštěpu** (nefunkční vztah mezi partnery), maladaptivní rodinné mechanismy **pseudovzájemnosti** atd. (Libiger, 2002). V dětství je zásadní pro propuknutí schizofrenie například stěhování, hlavně v období adolescence (Paksarian, Eaton, Mortensen, & Pedersen, 2015). Faktory, které nelze opomenout, se týkají zdravotního stavu matky během

těhotenství, a to konkrétně nákaza chřipkou (Jablensky, Kirkbride, & Jones, 2011), toxoplazmózou, komplikace během porodu (hypoxie), nízká porodní váha. Zkoumán byl i vliv ročního období, v němž se dítě narodí. Vliv ročního období byl pozorován v severských zemích, zde je zvýšený počet nemocných narozených v zimě a na jaře (Roisko, Wahlberg, Hakko & Tienari, 2014). Jelikož je to období s nejkratší dobou denního světla, faktor ročního období se vysvětluje nedostatkem vitamínu D (Boerman, Schulte, Cohen, & Nugter, 2015).

Mezi dnes velmi zkoumaný faktor spadá také **dopaminová hypotéza**. Zakládá se na skutečnosti, že mozek pacientů se schizofrenií produkuje více neurotransmiteru dopaminu. Dopamin je chemická látka, která při své hyperprodukcii může způsobovat vznik myšlenkového chaosu u třídění, zpracování, ukládání vjemů a prožitků. Howes et al. (2011) ve studii zjistili, že lidé, u kterých nemoc ještě nepropukla, mají větší kapacitu pro syntézu dopaminu. Důležité je zmínit, že antipsychotika blokují produkci dopaminových receptorů, čímž se řeší symptomy onemocnění, nikoliv jeho příčina (Bonoldi & Howes, 2014).

1.4 Diagnostika

Diagnóza onemocnění je zásadní pro další postup zdravotníků a je důležitá také pro samotného nemocného, aby věděl, co se v něm odehrává, případně co může nastat. Základní podmínkou je podrobné vyšetření anamnézy a duševního stavu. Vzhledem k tomu, že nelze určit jednoznačně specifický symptom schizofrenie, je velmi důležité vzít v potaz přítomnost či absenci dalších psychopatologických symptomů, průběh symptomů a situaci, v níž se nemocný nachází. Při diagnostice jsou nezbytné informace od příbuzných a blízkých nemocného, který může obtíže popírat, neuvědomovat si je či dissimulovat.

Psychická onemocnění schizofrenního okruhu patří mezi nejzávažnější duševní choroby z toho důvodu, že ovlivňují hned několik psychických funkcí současně. Do tohoto okruhu řadíme kategorie dle MKN-10: schizofrenie, akutní a přechodové psychotické poruchy, schizoafektivní poruchu a poruchy s bludy.

Mezinárodní psychiatrická klasifikace schizofrenie MKN-10 uvádí následující definici schizofrenie:

Schizofrenie je duševní porucha charakterizována fundamentálními a charakteristickými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit. Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které poskytují normálnímu jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly. Jedinec má často pocit, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známá jiným osobám nebo je jimi sdílena, a mohou se rozvinout bludy, vysvětlující tento pocit jako následek působení přirozených nebo nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy trpícího jedince často bizarním

způsobem. Velmi časté jsou sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Nepodstatné, obyčejné věci se mohou stát důležitějšími než předmět řeči či situace. Okrajové a nepodstatné rysy celku jsou kladeny do popředí a užívány namísto těch, které jsou relevantní a situaci přiměřené, což vede k nepřesnému a nespojitému, neproniknutelnému myšlení, také může vést k nepochopitelnému slovnímu vyjádření. Přestože není možné definovat přísně patognomické příznaky, zahrnují nejdůležitější patopsychologické fenomény: ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání, halucinace hlasů komentujících nebo diskutujících o pacientovi se třetí osobou, poruchy myšlenkových pochodů, katatonii a negativní příznaky. Průběh schizofrenie může být kontinuální nebo epizodický, nebo je charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Schizofrenie je tedy duševní onemocnění, které může nabrat mnoha odlišných forem projevu. Radikálně mění prožívání, chování a postoje jedince.

V MKN-10 (2006) se symptomy popisují následovně:

- a) Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- b) Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cílení, bludné vnímání.
- c) Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla.

- d) Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné.
- e) Přetrvávající halucinace v jakékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců.
- f) Zarázy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč či neologismy.
- g) Katatonní jednání (vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor).
- h) „Negativní“ příznaky (výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí).
- i) Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

O diagnóze schizofrenie můžeme hovořit až poté, kdy jsou její symptomy jasně vyjádřeny po dobu delší než jeden měsíc. Také se vyžaduje, aby byl přítomen minimálně jeden jasný symptom patřící k jakékoliv skupině (a) až (d), či alespoň symptomy ze dvou skupin symptomů (e) až (h) (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Další způsob dělení přináší Orel (2012), který jednotlivé symptomy člení dle toho, jakou oblast psychiky postihují:

- **Poruchy vnímání** (halucinace ve formě hlasů, intrapsychické halucinace)
- **Poruchy myšlení** (paranoidní bludy, bludy nepatřičné dané kultuře, zarázy v myšlení, neologismy, inkoherece)
- **Poruchy emocí** (emoční oploštělost, chorobná excitace)
- **Poruchy chování** (ztráta zájmů, apatie, nečinnost, bezcílnost, stupor, mutismus, vosková ohebnost atd.)

Schizofrenie opravdu představuje velmi různorodou skupinu forem symptomů, kdy každý různou měrou narušuje vnímání, myšlení, emoce, motivaci a chování člověka.

V manuále MKN-10 (2006) se rozlišují podtypy schizofrenie.¹

Paranoidní schizofrenie (F20.0)	dominují bludy a halucinace
Hebefrenní (F20.1)	nápadný projev, nepřiléhavost a dezorganizace v chování, v emocích, inkoherence v myšlení
Katatonní (F20.2)	poruchy hybnosti od nehybného stuporu po zvýšené neúčelné pohyby
Simplexní (F20.6)	stažení se do sebe, oploštění projevů, ztráta zájmu
Reziduální (F20.5)	zbytková schizofrenní symptomatologie po již proběhlé schizofrenii, char. podivínstvím, chudostí verbálního projevu atd.
Nediferencovaná (F20.3)	jsou splněna kritéria schizofrenie, ale žádný ze znaků není charakteristický pro výše uvedené typy

¹ Od tohoto dělení se však v současné době upouští. V II. revizi manuálu MKN se připravuje zavádění tzv. kvalifikátorů (konkrétně kvalifikátory symptomové, průběhové, kognitivní a funkční). Podtypy budou vynechány ve prospěch těchto dimenzí, a to hlavně z důvodu jejich nízké prognostické validity a dlouhodobé nestability (Gaebel, 2012).

Psychodiagnostika

Výše popsané slouží především k psychiatrické diagnostice. Psychodiagnostika se soustředí na širší kontext, zahrnuje, krom symptomů, také osobnost jedince, jeho vlastnosti, stavy a jiné charakteristiky (Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013).

Psycholog přistupuje k člověku trpícímu schizofrenií stejně jako k jakémukoliv jinému pacientovi. Nicméně je důležité, aby důkladně zmapoval oblast symptomů schizofrenie (typ halucinací, jak hluboce zasahují bludy, zdali jsou stresující, jak se poruchy myšlení projevují v řeči, jak a kde se projevuje bizarní chování, jeho spouštěče; dopad negativních symptomů do každodenního života). Důležité je také prozkoumání toho, do jaké míry je člověk schopen vnímat/reflektovat své symptomy, jaký má náhled a zda rozumí, že jsou symptomy součástí nemoci, zdali umí rozlišit, co reálné je, a co již nikoliv. Smyslem zmapování symptomů je pochopit, jak spolu souvisejí, jak mohou ovlivňovat život člověka a jak člověk svou nemoc vnímá (Kleiger & Khadivi, 2015).

Klinickou metodou, jakou se mohou získat informace, je **rozhovor**. Rozhovorem získáme podrobnou anamnézu člověka, informace o jeho aktuálním stavu a symptomech. Je důležité neopomenout i informace od osoby blízké danému člověku, které mohou vést ke komplexnějšímu obrazu toho, jak vypadá fungování v každodenním životě nemocného jedince (Ibid.).

Testové metody se soustředí na konkrétní oblasti symptomatologie. Je potřeba získat informace o těchto oblastech (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013):

- a) přítomnost psychotických prožitků (Positive and Negative Syndrome Scale PANSS; Scale for the Assessment of Negative Symptoms SANS; Scale for the Assessment of Positive Symptoms SAPS;

- Symptom Checklist 90 – SCL-90; také MMPI-2 – zejména škály Schizofrenie, Paranoia a Psychastenie; rozhovor)
- b) poruchy vnímání a myšlení (nejužívanější je Rorschachova metoda ROR, rozhovor)
 - c) kognitivní deficit (Paměťový test učení; Reyova figura; Test cesty; z WAIS testové baterie Kostky a Opakování čísel aj.; anamnestické informace o prospěchu ve škole a kognitivním zvládnání v práci)
 - d) informace o mezilidských vztazích (rozhovor, ROR, Tematicko-apercepční test – TAT).

Před vyslovením diagnostického závěru je třeba provést diferenciálně **diagnostickou rozvahu**. Je obtížná, jelikož, jak píše Libiger (2015), jednotlivé diagnózy z psychotického okruhu se prolínají a jejich obraz je proměnlivý.

1.5 Průběh

Obecně je průběh (stejně jako symptomatika) schizofrenie velmi variabilní. Svou roli zde sehrává individuální osobnost nemocného, medikace, fyziologická výbava nemocného, jeho schopnost adaptivního chování, prostředí, ve kterém se vyskytuje aj.

U části nemocných lze vysledovat změny již v dětství. **Premorbidní** období nemá specifický charakter a nemusí se vyskytovat u všech. **Prodromální** období předcházející vlastnímu onemocnění se vyznačuje negativními symptomy, hloubavostí, vztahovačností. Ale ani tyto symptomy nemusí být specifické. **První psychotická epizoda** bývá velmi rychlá a prudká, většinou dochází k hospitalizaci. Další stadiem je **období aktivní nemoci s relapsy**. Může dojít k úplnému uzdravení, či se projeví symptomy znovu v dalších atakách. Mezi jednotlivými atakami se může nemocný vracet k normálnímu životu, či zůstávají určitá rezidua symptomů. Poslední variantou je **chronicko-progredientní průběh** s neustálým přetrváváním či

zhoršováním nemoci (Orel, 2012). Schizofrenie má sklon ke chronicitě. Vyznačuje se vleklým průběhem a tím, že radikálně a negativně mění kvalitu života. Schizofrenie je jedna z nemocí, která ovlivňuje délku života populace v produktivním věku, a to především délku života pacientů (Libiger, 2002).

1.6 Terapie

Terapie se dá popisovat na základě jednotlivých onemocnění uvedených výše. Prodromální stadium může trvat dlouhé období, katamnesticky se ale symptomatika navyšuje přibližně rok před první léčbou (Yung & McGorry, 1996). Z klinické praxe je známo, že časně rozpoznání nemoci a zahájení léčby může snižovat utrpení pacienta a do jisté míry minimalizovat psychosociální dopady schizofrenie. Léčba je zaměřena především na prevenci skrze edukaci o duševních chorobách. Obezřetnost je zde však na místě, je velice obtížné rozeznat, zdali se z prodromálních symptomů opravdu vyvine schizofrenie, a špatná diagnóza by pacienta mohla poškodit (ať již z hlediska nevhodné farmakoterapie, tak i z hlediska stigmatizace).

V druhé fázi onemocnění, fázi akutní, kdy se již naplno projevují symptomy, je užívána farmakoterapie tak, aby se redukovaly nejzávažnější projevy. Volí se antipsychotika druhé generace, např. clozapin (Leoponex), olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel), zotepin (Zoleptil), risperidon (Risperdal) aj. Také se navazuje terapeutický vztah. Je kladen důraz na jednoduché, srozumitelné intervence, které by měly být zaměřeny na snížení stresu (Motlová & Koukolík, 2004).

V období doznívání psychotických příznaků, v tzv. stabilizační fázi nebo také období tzv. křehké remise, se pokračuje s farmakoterapií. Projevují se však kognitivní deficity a poruchy v psychosociální adaptaci. Je snaha pacienta zapojovat do psychosociálních programů, jejichž hlavním cílem je pacienta edukovat o onemocnění, jeho průběhu, prognóze, významu medikace, o symptomech a jejich včasné rozpoznání, což pomůže zabránit případnému relapsu. Léčba je zaměřena na zlepšení komunikace, edukace

probíhá také v individuální a rodinné formě (Motlová & Koukolík, 2004).

Udržovací terapie je zde také pro prevenci relapsu. Prostředky udržovací terapie jsou dlouhodobá udržovací farmaka a psychosociální intervence, které jsou individuální a přizpůsobené stavu pacienta. Bývá uplatňována psychoterapie (především KBT, individuální terapie, podpůrná terapie a terapie pro zvýšení compliance, metakognitivní trénink, narativní terapie a terapie všímavosti), nácvik sociálních dovedností, trénují se kognitivní funkce, rehabilitují se zejména skrze zaměstnání s podporou a skrze chráněná obydlí (Motlová & Koukolík, 2004).

2 KOMUNIKACE U OSOB SE SCHIZOFRENIÍ

Když nahlédneme do historie komunikace (či myšlení) ve spojení se schizofrenií, nalezneme počátky tohoto zkoumání již u Bleulera (1911). Ten považoval poruchy myšlení za charakteristický příznak schizofrenie. Také McConaghy (1959) upozoroval určité formální charakteristiky v myšlení rodičů osob se schizofrenií v remisi, usoudil proto, že tyto kognitivní poruchy jsou spojeny se schizoidními osobnostními rysy, a proto jsou tedy predisponujícími faktory pro schizofrenii. Tyto myšlenky dále rozpracovali jeho spolupracovníci na počátku šedesátých let. Zkoumání komunikace u schizofrenie se prudce vyvíjelo zhruba do poloviny 20. století s intencí zjistit, co má vliv na vývoj a rozvoj schizofrenie. Pozornost byla věnována především roli **matky** na rozvoj schizofrenie, ale i vlivu **komunikace v rodině**.

Teorie týkající se zmíněné komunikace vznikaly v rámci školy **Palo Alto**. Členové této školy si mysleli, že narušená komunikace způsobuje patologii. Do tohoto proudu můžeme zařadit Batesona et al. (s konceptem dvojnásobné vazby, 1956), práci Singerové a Wynnea (s pojmem komunikační deviace, 1965), bádání Watzlawicka, Beavinové a Jacksona (tzv. schizofrenní dilema, 1967) a v neposlední řadě i teorie R. Lainga (teorie o odštěpení těla od self a vytvoření falešného self, 2010) a teorie exprese emocí, která je populární v současnosti (viz např. Amaresha & Venkatasubramanian, 2012).

2.1 Souvislost jazyka a poruch myšlení

Neuspořádaná řeč je jedním ze symptomů schizofrenie (viz kapitola 0), ačkoliv procesy, které tyto problémy způsobují, nejsou dostatečně prozkoumány. Je známo, že schizofrenie je charakterizována poškozením v mnoha kognitivních funkcích, mj. selhávání záměrné pozornosti a ve schopnosti sekvencovat. Vážná poškození v těchto funkcích a v podobných

procesech mohou mít významný negativní dopad na schopnost jedince hovořit koherentně (Dochertyová, 2005).

Psychopatologie tradičně pojímá poruchy řeči jako **odraz procesů poruch myšlení** (než jako primární poruchu řeči). Po dlouhou dobu se daly také poruchy myšlení rozpoznat pouze z jazykové produkce pacientů, jelikož do myšlení nebyl „přímý přístup“, což se dá říci i dnes. Ví se, že tento vztah mezi myšlením a jazykem není souměřitelný (pacient může mít obtíž v myšlenkových procesech a zvolit si o nich nemluvit; jiný pacient může mít myšlenkové procesy netknuté, avšak nebude schopen využít nástrojů jazyka, aby se vyjádřil) (Kuperberg & Caplan, 2003). Je tedy zvykem zkoumat poruchy řeči jako produkt jiné, více závažné poruchy (poruch myšlení) a měřit tuto poruchu skrze řeč.

Dalším podobným přístupem k poruchám řeči schizofreniků je pojetí poruch řeči jako **produktu deficitu ve struktuře jazyka** (především problémy se strukturací jazyka). Tento lingvistický model užívá takových metod měřících řečové poruchy, ve kterých domnělé příčiny těchto poruch (deficit v lingvistické schopnosti strukturovat) jsou hlavním cílem zkoumání, tedy zaměřuje se přímo na strukturu řeči. Tudíž se v modelech zkoumání poruch řeči zohledňují poruchy myšlení a dezorganizace v jazykové rovině.

Třetí model se zabývá **neurokognitivním poškozením**. Tyto tři modely se mohou překrývat a společně se podílet na poruchách řeči, které vedou k selhání v komunikaci (tj. předání významu od mluvčího k adresátovi) (Dochertyová, 2005). Proto někteří výzkumníci považují za poruchu myšlení pouze subjektivní a pacientem reportované změny. Pozorované abnormality mluveného/psaného jazyka jsou pak nazývány jako poruchy řeči či jazyka. Toto dělení však není územ.

Druhým zdrojem zmatení v terminologii je nejednotné pojetí fenoménů a procesů jako myšlení nebo jazyk. Diskuze může nabývat

teoretických a filozofických aspektů, což není cílem této práce, proto se uchýlíme pouze ke konstatování (Kuperberg & Caplan, 2003). Primárním účelem řeči je předat (komunikovat) význam. Řeč může být natolik narušena, že přenos významu není uskutečněn. Proto se měření koncipují tak, aby měřily poruchy řeči (ve smyslu selhání komunikace, ztráty významů), a ne poruchy myšlení, dezorganizaci. Poruchy v řeči u schizofreniků (z komunikační perspektivy) byly prokazatelně vztáhnuty k poškozené záměrné pozornosti a schopnosti sekvencovat. Tato kognitivní poškození vysvětlují významný počet variací v poruchách řeči u pacientů (Dochertyová, 2005).

Abnormální produkce řeči pacienta jsou velmi heterogenní a tradičně spadají do poruch myšlení. Pozitivní poruchy myšlení spojuje bizarní a idiosynkratická forma i obsah sdělení a řadí se mezi ně např. blud vkládání, odebírání nebo vysílání myšlenek. Negativní poruchy myšlení zahrnují chudost obsahu myšlení, řeči a perseverace myšlenek (Kleiger & Khadivi, 2015). Pozitivní poruchy myšlení jsou silným prediktorem maladaptivního sociálního fungování. Jak bylo zmiňováno výše, jsou vedeny diskuze, zdali se jedná o poruchu myšlení či komunikace. Následně není jasné, zdali je problém charakterizován svým obsahem nebo svou formou (či obojím), dále je třeba klást otázky, zdali je unikátním pouze pro schizofrenii, jak ho klasifikovat a studovat (Kuperberg & Caplan, 2003).

Tradičně se rozlišuje v psychiatrii mezi problémy *obsahu* a *formy* myšlení. **Obsah** myšlení se týká toho, o čem pacient mluví, **formou** míníme způsob, jakým jsou ideje, věty a slova dávány dohromady. Nejzávažnější formou poruchy obsahu myšlení jsou **psychotické bludy**. Obsahy myšlení schizofreniků mohou být popsány jako deviantní užití konvenčních sociálních norem do takového stupně, kdy témata mají nevhodný účinek a mají vliv na smýšlení a usuzování o běžných událostech reálného světa. V oblasti poruch formy myšlení byly popsány fenomény tvoření nejasných

vět, které bylo obtížné následovat; neadekvátní odpovědi na otázky; myšlenky rozdělené nesmyslnými neologismy, tedy slovy, která měla význam pouze pro mluvčího. Tyto fenomény byly zahrnuty jako esenciální komponenty do tří nejčastěji užívaných instrumentů, kterými se zjišťuje porucha myšlení: the Scale for Assessment of Thought, Language and Communication (TLC), the Thought Disorder Index (TDI) a the Assessment of Bizarre-Idiosyncratic Thinking. Rozdělení mezi formou a obsahem je občas nejasné. Často se objevují společně, v klinické praxi je obtížné je rozlišit (Kuperberg & Caplan, 2003). Schizofrenie je komplexní onemocnění, které se velmi často manifestuje skrze jazyk a příbuzné kognitivní dysfunkce. Studie se věnují jak jazykové produkci, tak porozumění pacientů. Abnormality se popisují na úrovni jednotlivých slov (deficity ve struktuře a fungování lexikosémantické paměti), na úrovni věty (nevhodné užití lingvistického kontextu) a také diskurzu (abnormální vztahy mezi větami).

Řeč u schizofrenie versus ostatní psychózy. Poruchy myšlení se objevují nejen u schizofrenie, ale i u dalších psychóz, zejména u mání.

Řeč u pacientů se schizofrenií versus pacienti s poškozeným mozem. Řeč schizofreniků se může podobat Wernickeho afázii (v řeči je syntax zachována, avšak působí nesmyslně). Také může obsahovat substitute slova a frází a tendenci spojovat slova spíše na základě fonologické či sémantické příbuznosti než na základě celkového tématu (řeči). Často si pacienti se schizofrenií neuvědomují (stejně jako afatici) vlastní abnormality v produkci řeči (Kuperberg & Caplan, 2003). Řeč pacientů se schizofrenií může být připodobňována k pacientům s hemisférickou inbalancí, zvlášť u těch, co mají izolované léze v pravé hemisféře. Stejně jako pacienti se schizofrenií tak i tito pacienti následují asociace, které úhnou k obecnému významu diskurzu, a často jim stačí limitované, kouskovité porozumění založené na personalizaci stejně jako na nevhodných asociacích (Kuperberg & Caplan, 2003).

2.2 Dvojná vazba

Teorii dvojné vazby publikovali v 50. letech 20. století Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jan Hayley a John Weakland. Jejich teorie založená na analýze komunikace označuje stav, kdy mezi vzájemně si **blízkými** komunikujícími dochází k **opakované** situaci, kdy jedna osoba (**oběť**) dostává zprávu, jež si vnitřně odporuje na dvou úrovních (emoční a faktické/nonverbální, verbální) a oběť neví, na kterou z nich má zareagovat. Komunikace také probíhá určitým způsobem: oběť dostává zprávu, že pokud (ne)udělá to a ono, bude potrestána, a hned vzápětí druhou zprávu, která na jiné úrovni popírá předcházející zprávu a jejíž nesplnění také přinese trest. Oběť nemá žádnou možnost z dané komunikační situace uniknout. Pokud je tato komunikace opakována, začne jedinec vidět **vzorec** dvojné vazby v každé komunikační situaci. Tvůrcem dvojné vazby autoři označili matku, popř. matku s účastí otce a sourozence (Bateson et al., 1956).

Když tedy jedinec vyroste v prostředí dvojné vazby, v jeho způsobu, jakým se bude vztahovat ke světu po propuknutí nemoci, budeme schopni nalézt systematické vzorce: **A)** Nebude pravděpodobně sdílet s lidmi ty signály, které napomáhají pochopit význam zprávy. Jeho metakomunikační systém (komunikace o komunikaci) nebude fungovat správně, a jedinec nebude schopen rozlišit o jaký typ zprávy, kterou obdržel, šlo (pokud by byl tázán, co by chtěl dnes dělat, bude mu dělat obtíže z kontextu/tónu hlasu, gest rozlišit, zdali se ho ptáme na to, co dělal včera, zdali to není sexuální nabídka, či co jsme tím vlastně mysleli). Neschopnost jedince určit, co jsme výpovědi vůbec mysleli, a zároveň neustálá obava, zdali význam výpovědi dešifroval správně, vede k obrannému vybrání jedné nebo hned několika alternativ (může se rozhodnout, že za každou položenou otázkou se skrývá náš zájem poškodit jeho blaho). Proto může být neustále znepokojen skrytými významy komunikace a touhou ukázat, že ho nelze jen tak lehce oklamat. Pokud se jedinec naučí kvůli dvojné vazbě takto chápat jakoukoliv

komunikaci, je pravděpodobné, že bude kontinuálně hledat významy za tím, co lidé vysloví, za náhodnými skutečnostmi okolo něj a stane se z něj charakteristicky podezřívavý a vzdorný člověk. **B)** Druhou možností, jak se vypořádat s dvojnou vazbou, je vzít vše, co lidé řeknou, doslova. Pokud však gesta, tón hlasu, kontext neodpovídají tomu, co lidé říkají, použije smích jako řešení. Může vzdát snahu rozlišovat mezi úrovněmi zprávy a řešit veškeré výpovědi jako nedůležité nebo určené k zasmání. **C)** Třetí možností, kromě podezřívavosti v metakomunikaci a smíchu, může být ignorace. Může vnímat, že již nepotřebuje slyšet vše, co se kolem něj děje, odpojí se od externího světa a ponoří se do vnitřních procesů, a tak se stává individuem působícím samotářsky, tiše (Bateson et al., 1956).

Výše popsané tři způsoby copingu s dvojnou vazbou by se daly shrnout jako a) paranoidní, b) hebefrenický, c) katatonický způsob. Bez značné pomoci jedinec nedokáže rozšifrovat, co lidé myslí tím, co říkají (Bateson et al., 1956).

Prvotní výzkumy se k Batesonovi et al. (1956) přikláněly, později se objevily kritické připomínky týkající se metodologie výzkumu, které akcentovaly limity dokladu korelace mezi dvojnou vazbou a vznikem psychopatologických jevů (Johnson & Jacon, 1989). Výzkumy ukázaly, že nekonzistentní komunikace může být příznačná pro patologické interpersonální vztahy (Volkmar & Siegel, 1979). Názory, že dvojná vazba je nezkoumatelný konstrukt, existují, viz např. Cullin, 2006. Na druhou stranu je důležité vytknout užitečnost potenciálu dvojně vazby přispěla k objasňování problémů v rodině ve vztahu k psychickým onemocněním. Bateson et al. otevřeli důležité téma dysfunkční komunikace a jejích možných důsledků na psychické zdraví jedinců.

2.3 Komunikační deviace

Singerová a Wynne sérií studií z let 1963 a 1965 započali éru zkoumání schizofrenie z pohledu komunikačních deviací (Communication Deviance CD; Wynne, Singerová, & Toohey, 1976). CD charakterizuje řeč pacientů se schizofrenií a jejich příbuzných. Vyznačuje se neobvyklým užitím slov, nejasnou a rozlříštěnou řečí, kterou je nelehké sledovat, a proto je pro mluvčího i posluchače obtížné sdílet společné zaměření a význam tématu, o kterém se hovoří (Wynne & Singerová, 1963; Singerová & Wynne, 1965). Singerová a Wynne vnímali CD jako komplement kognitivní poruchy a poruch myšlení u jedince (Asarnow et al., 1988).

CD se měří především na transkripcích výpovědí pacienta z Rorschachova testu (ROR), Tematicko-apercepčního testu (TAT) (Singerové a Wynneho skórovací systém z ROR transkriptů adaptoval na TAT Jones, 1977, který vytvořil CD kódovací systém s 27 kategoriemi). Výsledky těchto studií ukázaly, že různé aspekty komunikace prokazují konzistentní výsledky při rozlišování rodičů schizofreniků od zdravé kontrolní skupiny rodičů. Je důležité podotknout, že komunikační deviace není unikátním a specifickým fenoménem pouze v rodinách s pacienty trpícími schizofrenií. Mnoho rodin s jakýmkoliv psychiatrickým problémem má do určité míry obtíže v komunikaci v rodinném systému. Co studie dokázaly, bylo vyčlenit ty projevy (se stylistickými aspekty), které se vyskytovaly pouze u rodin pacientů se schizofrenií. Je třeba mít také na mysli, že ne všechny rodiny pacientů se schizofrenií mají komunikační problémy. Studie, které se snažily zjistit, co odlišuje rodiny s potomkem trpícím schizofrenií bez komunikačních deviací a rodiny s potomkem se schizofrenií a s komunikační deviací, proběhly v 80. letech, viz např. Singerová et al., 1978, Doaneová et al., 1981, Wynne et al., 1984, (Rund, 1984).

Parentální CD: psychosociálním indikátorem rizika výskytu psychopatologie u potomků je tedy zmíněná komunikační deviace (CD)

vychovávajících rodičů/osob. Wynne a Singerová vyvinuli CD Scoring System, který měří, do jaké míry členové rodiny sdílí a udržují zaměřenou pozornost při komunikaci. Tato škála slouží k uchopení vztahu mezi narušenou komunikací a poruchou myšlení (označovanému také jako tzv. „schizofrenní myšlení“). Tento typ komunikace je pro adresáta komunikace obtížně sledovatelný a významy z této komunikace pro něj nejsou konsenzuálně či vizuálně ověřitelné. Spojení mezi komunikační deviací rodičů a výskytem schizofrenie u jejich potomků může být vystavěno na těchto teoretických modelech:

- a) CD rodiče může působit jako psychosociální stresor, který ovlivňuje počátek/nástup schizofrenie u potomka,
- b) CD rodiče může být reakce na behaviorální a myšlenkové odchylky dítěte,
- c) tento vztah existuje skrze sdílené genetické predispozice,
- d) CD může pouze odrážet vlastní úroveň psychopatologie rodiče jako jedince (Miklowitz & Stackman, 1992).

Skóre CD se ukázalo být stabilním rysem osobnostní charakteristiky, proto se zdá být nepravděpodobné, že by komunikační deviace byly pouhou reakcí na abnormality v myšlení a chování dítěte. Zdá se, že komunikační deviace vychovávajících osob mohou zasahovat do kognitivního vývoje dítěte, a tak ho učinit náchylným k rozvinutí psychotické poruchy (Roisko et al., 2010), snad ale pouze u geneticky predisponovaných dětí (Roisko et al., 2015). CD u rodičů se ukázala být spojená s poruchami myšlení a psychotickými poruchami u potomků (dále viz Roisko et al., 2014; de Sousa et al., 2014).

Výše popsané modely vlivu jsou však pouze jednosměrně kauzální, od rodičů k dětem či vice versa (buď CD způsobuje schizofrenii či naopak, nebo existuje jeden jiný faktor způsobující obojí). Tento předpoklad je však

stěží aplikovatelný na komplexitu reálného světa. Je třeba počítat s oboustranným vlivem rodiče a dítěte na sebe navzájem.

Výzkum Bjorna R. Runda (1985) CD u rodičů ukázal, že komunikační deviace u rodičů jsou charakteristickou vlastností u některých rodičů schizofreniků. Rodiče neparanoidních schizofreniků skórovali signifikantně vyšší CD než kontrolní skupina rodičů zdravých potomků. Vztah mezi rodičovským stylem komunikace a kognitivním fungováním jejich potomků byl potvrzen, a to ve smyslu, že rodiče vykazující vysokou míru komunikačních deviací měli potomky vyznačující se kognitivními poruchami.

Rund (1985) také vyvozuje, jaké by to mohlo být pro dítě, které vyrůstá v sociálním kontextu, kde egocentrismus a narušená řeč je v komunikaci rodičů dominantní. Poukazuje, že pro dítě je obtížné se naučit, která zpráva od rodičů je určena k pokusu o komunikaci. Dítě pak obtížně stanovuje, na jaký stimul by se mělo soustředit v dané situaci, jelikož se prostě nenaučí, co jsou relevantní stimuly. Namísto toho se naučí používat takový styl soustředění, při němž jeho pozornost „přebíhá“ od jednoho stimulu k druhému, ve snaze najít ten důležitější (což dle autora odráží roztěkanost tak typickou pro neparanoidní schizofreniky v jeho studii).

Vliv narušené komunikace na rozvoj schizofrenie se netýká pouze komunikace rodičů, ale také i sourozenců, kteří jsou věkově blíže k pacientům se schizofrenií. Nejvýznamněji se to týká vytváření referencí, které jsou u sourozenců více poruchové než u rodičů. Reference bývají chybné (či chybějící), dvousmyslné pro posluchače, chybějící referent může obsahovat informaci, která se měla vyskytnout v komunikátu již dříve, ale mluvčí ji opomněl říci. Alternativně nejasná reference se může skládat z použití nevhodně použitého slova či fráze, nebo s dvojsmyslným významem, který bez vhodného kontextu nemůže posluchač dešifrovat. Skóry CDI (The Communication Disturbances Index) u pacientů a jejich sourozenců byly signifikantně vyšší než u zdravé kontrolní skupiny. Řeč pacientů byla hodnocena trochu výše v CDI než řeč sourozenců, a rozdíl

nebyl signifikantní. Ukázaly se určité společné vzorce u pacientů a jejich sourozenců: pacienti a sourozenci skórovali hůře co se týče zmatečnosti a neuspořádanosti než kontrolní skupina, ale od sebe navzájem se signifikantně nelišili (Rund, 1985).

2.4 Výzkumy komunikačních deviací u osob se schizofrenií

Ve studii Dochertyové, Millera a Levisa (1997) měřili CDI u 29 pacientů se schizofrenií, u jejich rodičů a u kontrolní skupiny. CDI pacientů a rodičů se signifikantně nelišilo. Nicméně skupina pacientů častěji vykazovala chybějící referenty výpovědí. Obdobně také studie Dochertyové et al. (2004) ukazují, že CDI se u pacientů se schizofrenií a jejich sourozenců signifikantně neliší, pacienti skórují výše u faktoru *Chybějící referent výpovědi*, což je považováno za „schizofrenní“ typ selhání v komunikaci.

Studie Dochertyové, DeRosové a Andreasenové (1996) ukazuje, že řeč pacientů se schizofrenií (a také pacientů s manickou poruchou) obsahuje vyšší frekvenci každé ze 6 typů komunikačního selhání dle CDI než u zdravé kontrolní skupiny (šest komunikačních divností: vágní reference, zmatené reference, chybějící informace o referentech, dvojznačné významy slov, špatně zvolené slovo reference, strukturní nejasnosti).

Ve studii Velligana et al. (1997) zkoumali vztah CD (sebraných z TAT protokolů) a pozornosti u 27 pacientů se schizofrenií. Výzkum ukázal, že pozornost a vizuálně prezentovaný stimul vysoce souvisí s CD faktorem, což indikuje, že respondent nevnímal elementy tabule. Dále předložený auditorní stimul ukázal, že pozornost souvisí s CD faktorem *Zvláštní frázování a užití slov*. Výsledky studie také poukazují, že by CD mohla být behaviorálním konsekvencem deficitu pozornosti a exekutivních funkcí.

Zajímavá studie z roku 2010 (Levy et al.) poukazuje na možný genetický základ poruch myšlení a komunikačních deviací. Studie zkoumá přítomnost poruch myšlení CD u pacientů se schizofrenií a u jejich

nejbližších příbuzných. Také potvrzují, že poruchy myšlení, jazyka a komunikační zvláštnosti jsou se schizofrenií spojeny. Deviantní verbalizace, manifestovaná především v sémantických anomáliích, je nápadným rysem těchto dysfunkcí.

Longitudinální studie Doaneové a Montze (1987) zkoumala CD u adolescentů se schizofrenií a byla opakována po 15 letech. Pro obě skupiny, ženy i muže, celkové skóre CD v dospělosti signifikantně vzrostlo. Míra určitých kategorií CD byla relativně stabilní v čase, další analýzy však naznačují, že je fenomén relativně signifikantně stabilní pouze u žen.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Komunikační deviace (CD) byla zkoumána, aby se prokázal vliv komunikačních strategií vychovávajících osob na rozvoj schizofrenie u potomků. Vzhledem k tomu, že se nepodařilo nalézt studie, které by zkoumaly tento fenomén u samotných pacientů se schizofrenií, je cílem výzkumu zmapovat CD u osob se schizofrenií a případné související demografické faktory (mezi proměnné patří pohlaví, věk, počet let vzdělání, počet atak a hospitalizací a jejich poměr jako ukazatel závažnosti onemocnění).

3.1 Výzkumný cíl

Cílem této práce je deskripce charakteristik komunikačních deviací (CD) výběrového souboru, tedy hospitalizovaných pacientů se schizofrenií v českém prostředí.

3.2 Výzkumné otázky

- Jaké jsou nejčastěji se vyskytující komunikační deviace ve výběrovém souboru?
- Existuje souvislost mezi celkovým skórem CD a dostupnými demografickými údaji?

4 POUŽITÁ METODA

4.1 Úroveň metodologického přístupu

Tento výzkum je kvalitativní povahy. Metoda tvorby dat proběhla na jednotlivých případových studiích skrze strukturovaný rozhovor (zadání TAT testu).

4.2 Testová metoda

Skórovací systém CD je konstruktem, který reprezentuje selhání vytvořit a udržet zaměřenou pozornost. Tento fenomén byl zkoumán a sledován v rodinách se schizofrenními pacienty. CD skórovací systém byl operacionalizován Singerovou a Wynnem (1966). V pozdějších letech se na vývoji metody podíleli také Jones (roky vydání: 1973, 1977) a Jones a Doaneová (1979), kteří předefinovali skórovací systém, a ten se nyní skládá z 29 individuálních skórovacích kategorií.

Tato práce se drží manuálu Jonese a Doaneové z roku 1979, zdrojem je *A Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques* (Chapman, 2008).

4.3 Skórovací systém komunikačních deviací

Kategorie jsou rozděleny do čtyř tříd tak, aby následovaly čtyři hlavní obtíže.

Problematické ukončování příběhu

Tato třída zahrnuje kategorie zahrnující obtíže s ukončením či propojeností příběhu (Chapman, 2008).

Třída zahrnuje kategorie:

1. Fragmenty slov, frází a myšlenek (postupné verbalizace příběhu, chabá propojenost; testovaný zatím nevěnuje svou pozornost myšlence, nicméně již začal hovořit).
2. Nesrozumitelné pasáže (skóruje se vždy, když není zřejmé, co říká testovaný v části příběhu).
3. Výpovědi jsou podány formou otázky, examinátor je požádán o poskytnutí významu (testovaný uniká z narativu/myšlenky a vzdává se zodpovědnosti za úkol; zanechává posluchače nejistého ohledně aktuálního vnímání mluvčího).
4. Nedokončený příběh (skóruje se, když příběh není dokončen; také pokud jsou testovaným nabídnuta dvě možná ukončení příběhu, aniž by zmínil, které z možných ukončení je důležitější).
5. Nulové spontánní zmínění hlavních percepčních elementů (případy, kdy testovaný zcela vynechá zjevnou část tabule, která je považována za ústřední. Např. nezmínění houslí na tabuli 1; odpověď: *Hledí na hudební nástroj* se již neskóruje; u následujících karet, pokud není element zmíněn, se skóruje: 3GF ženská postava, 2 tři osoby, 6BM žena a muž, 7BM dva muži, 13MF muž a žena, 8BM kluk a tři postavy v pozadí).
6. Velká nejistota týkající se hlavních percepčních elementů (testovaný zmíní ústřední element tabule, ale není si jist, co to je; např.: mluvčí

- má obtíže určit housle na tabuli 1; kategorie se neskóruje při nejistotě, co si postavy mohou myslet, cítit, pouze pro hlavní elementy tabulí).
7. Kontradikce či inkonzistence (jakékoliv interní kontradikce v příběhu; např. když testovaný v příběhu vypráví, že chlapec rozbil housle, a poté mluvčí tvrdí, že chlapec housle nerozbil; užití neurčitých zájmen je také skórováno).
 8. Negativní výroky (část tabule/příběhu je popsána tím, čím není, např.: tabule s houslemi popsána jako *není to benjo, není to klavír, není to...*; když testovaný hovoří v nespecifickém a nejasném významu, zanechává examinatora nejistého ohledně významu. Negativní výroky spojené s pozitivními výroky se neskórují).
 9. Užití podmiňovacího způsobu (testovaný hovoří v podmiňovacím způsobu, část příběhu používá *Kdyby*; testovaný uniká ze zodpovědnosti vytváření příběhu, myšlenky, vnímaného tím, že je udělá závislé na nějakých podmínkách).
 10. Nezačlenění elementů (skórováno pouze když testovaný explicitně řekne, že nemůže usouvztažnit postavy na tabulích k sobě navzájem. Je to považováno za přílišné zjednodušení úkolu, pro posluchače matoucí, jelikož to znamená vynechání hlavních elementů z materiálu příběhu. Nejčastěji bývá skórováno na kartách 2, 8BM).
 11. Nezmínění osoby z tabule 2 (testovaný nezmíní jednu z osob na tabuli; jedná se o specifický příklad kategorie 5., nicméně *rodiče* nelze oskórovat, jelikož figury jsou zmíněny jako kolektiv, ne jako individuum; kategorii 5. skórujeme automaticky).
 12. Přisuzování intencí tabulím (pokud testovaný referuje o tom, co se snažil umělec nakreslit na tabuli či o intencích tabulí; takové odpovědi poukazují na vzdanou zodpovědnost za poskytnutí interpretace; kategorii 17. skórujeme s touto automaticky).

13. Konce příběhu: *Doufám, že...* (specifická verze kategorie 4., testovaný uzavírá příběh tak, že doufá, že skončí určitým způsobem; testovaný odmítá zodpovědnost za příběh).
14. Konce příběhu *Nevím, ...* (skórováno pouze, když testovaný specificky uvede, že neví, jak příběh končí; kategorii 4. skórujeme s touto automaticky).

Rušivé chování

Tato třída kategorií se týká výpovědí testovaného, které přeruší examinátora, úkol či samotné vlastní vyprávění (Chapman, 2008).

15. Další problémy s dokončením příběhu (vágní kategorie, zahrnuje obtížné ukončování příběhu, které není obsaženo v předchozích kategoriích; příkladem může být náhlý mutismus, odmítnutí dokončit příběh apod.).
16. Přerušení úkolu (verbálně přeruší sebe či examinátora; mírně pozitivní či neutrální komentáře nejsou skórovány, např. fráze s morálním obsahem vložené do narativu již ano, stejně jako prohozené negativní komentáře; dva specifické příklady viz kategorie 18. a 19.).
17. Zvláštní postoj k úkolu (zvláštní interpretace zadání TAT, špatná misinterpretace úkolu, např. že si má příběh napsat či jen myslet, nebo že má propojit všechny karty; také zde spadají ty případy, kdy má testovaný potřebu komentovat symbolismus zobrazený na tabulích; také kat. 12.).
18. Otázky k zadání po započetí příběhu (opakované ujišťování se u examinátora, otázky následující okamžitě po pronesení zadání examinátorem nejsou skórovány).
19. Asociace k vlastní osobě, které nejsou součástí příběhu (testovaný přináší do příběhu vlastní asociace, zkušenosti a historii, pocity,

příčemž od narativu odbočují, nejsou jeho součástí; neskóruje se současně s kat. 16).

20. Zamotané odpovědi na otázky examinátora (odbočující odpovědi na otázky examinátora).

Zvláštní percepce a verbalizace

21. Chybné vnímání tabule (některým částem tabulí jsou připisované významy a detaily, které tam nemusí být; např. tabule 1: chlapec s houslemi je vnímán jako *dívka s houslemi* či jiným objektem, *zbraní, strojem*, přičemž *kytara* je přípustná).
22. Připisování idiosynkratických významů detailům (jedinec přikládá významy detailům karty, které jsou zřejmé pouze jemu; může zahrnovat paranoidní interpretace detailů, jimiž je připisován speciální význam něčemu bezvýznamnému).
23. Zvláštní frázování a užití slov (neskóruje se pouze pro nesprávnou gramatiku; spíše u slov, jež jsou užitá takovým způsobem, který významně zakrývá význam, nebo slova užitá natolik vágně, že je nejasné, jak testovaný slovo užívá). Kategorie 23. a 27., nesprávně užitá abstraktní slova, není skórována společně.
24. Přehřknutí (pouze neopravená přehřknutí jsou skórována).
25. Zvláštní usuzování jakéhokoliv druhu (jakékoliv neobvyklé, nelogické usuzování; idiosynkratická logika, usuzování, které nasedá na systém zřejmý pouze testovanému).
26. Opakování slov, vět a myšlenek (perseverující odpovědi, návrhy naznačující, že testovaný nemůže přesunout svou pozornost dále od daného slova/myšlenky. Neskóruje se, když subjekt užívá slova v odlišných významech).
27. Nesprávné užití abstraktních slov (zahrnuje také běžná slova užitá v nevhodném významu; nelze skórovat společně s kat. 23.), (Chapman, 2008).

Další formální charakteristiky

Tyto kategorie mají informativní charakter (Chapman, 2008).

28. Průměrný reakční čas (čas je měřen od chvíle, kdy byla podána první tabule).
29. Index délky příběhu (počet slov/řádků, měří produktivitu jedince).

5 TVORBA DAT

Výzkumná data byla po vzájemné dohodě autorky této práce a vedoucí práce převzata z výzkumu Kristýny Hosákové: Interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií, z roku 2013.

Všichni participanti byli osloveni buď přímo výzkumníci, nebo personálem zdravotnického zařízení, ve kterém výzkum probíhal. Účastníkům byl představen výzkumný projekt a nabídnuta možnost se jej zúčastnit. Výběr participantů tedy probíhal formou dobrovolného samovýběru.

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

Tabule 1: Chlapec sedící u stolu, na kterém jsou položené housle.

Tabule 2: Venkov, v popředí mladá žena s knihou a starší přihlížející žena, vzadu muž pracující na poli.

Tabule 3BM: Chlapec schoulený u postele, vedle postele na podlaze leží revolver.

Tabule 4: Žena se tiskne k muži, který se odvrací.

Tabule 5: Žena stojí na prahu pokoje, do kterého nahlíží.

Tabule 6GF: Sedící mladá žena se přes rameno dívá na muže s dýmkou, který k ní zřejmě mluví.

Tabule 8BM: V popředí adolescentní hoch a puška, v pozadí nejasná chirurgická operace.

Tabule 10: Žena spočívající hlavou na mužově rameni.

Tabule 12M: Mladý muž leží na gauči se zavřenýma očima, starší muž se nad ním sklání s nataženou rukou.

Tabule 13MF: Žena leží v posteli, u které stojí muž a rukou si zakrývá hlavu.

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

Příběhy byly nahrány a poté přepsány do textového editoru (Hosáková, 2013, 35–37).

Nahrávky byly poté znova přepsány tak, aby byly doslovné a nechyběly v nich žádné relevantní informace pro skórování CD. Následně byly přepisy skórovány dle skórovacího manuálu Singerové a Wynnea (Chapman, 2008) (stručný výčet kategorií pro přehlednost viz přílohy). Manuál píše, že kategorie může být kódována pouze jednou v příběhu.

V manuálu doporučují označit jistý výskyt fenoménu dvěma plusy (++), když je výskyt jistý a zřejmý. Když si hodnotitel není jistý výskytem kategorie, výskyt je nezřejmý a hodnotitel pochybuje, autoři manuálu doporučují užít jedno plus (+). Pro jednodušší zpracování statistickými programy jsme zvolili kód 2 pro (++) a kód 1 pro (+).

Po dokončení oskórování přepisu se kódy sečetly, a tak jsme získali celkový skór CD, který poukazuje na závažnost komunikační deviace.

6 VÝZKUMNÁ POPULACE A VÝZKUMNÝ

SOUBOR

Cílovou populaci tvoří osoby se schizofrenií. Dle odhadu Příkrýla a Khollové (2012) by mělo v České republice být přibližně 105 000 osob s tímto onemocněním. Statistiky Psychiatrické léčby uvádějí, že se v roce 2015 léčilo 48 541 pacientů s diagnózou schizofrenie (F20 – F29) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016).

Výzkumný soubor tvořilo 41 pacientů se schizofrenním onemocněním, všichni s diagnózou paranoidní schizofrenie F 20.0. Sběr dat probíhal u pacientů v PL Opava, PL Havlíčkův Brod a PL Jihlava.

Tabulka 1 Deskriptivní charakteristiky z hlediska věku (ženy a muži)

	N	průměr	medián	modus	min. ¹	max. ²	SD ³
soubor	41	34,59	33	33	19	56	10,13
muži	30	33,47	32,5	33	19	53	9,18
ženy	11	37,63	38	33	23	56	12,34

³ SD Směrodatná odchylka, ^{1,2} Minimální a maximální dosažená hodnota

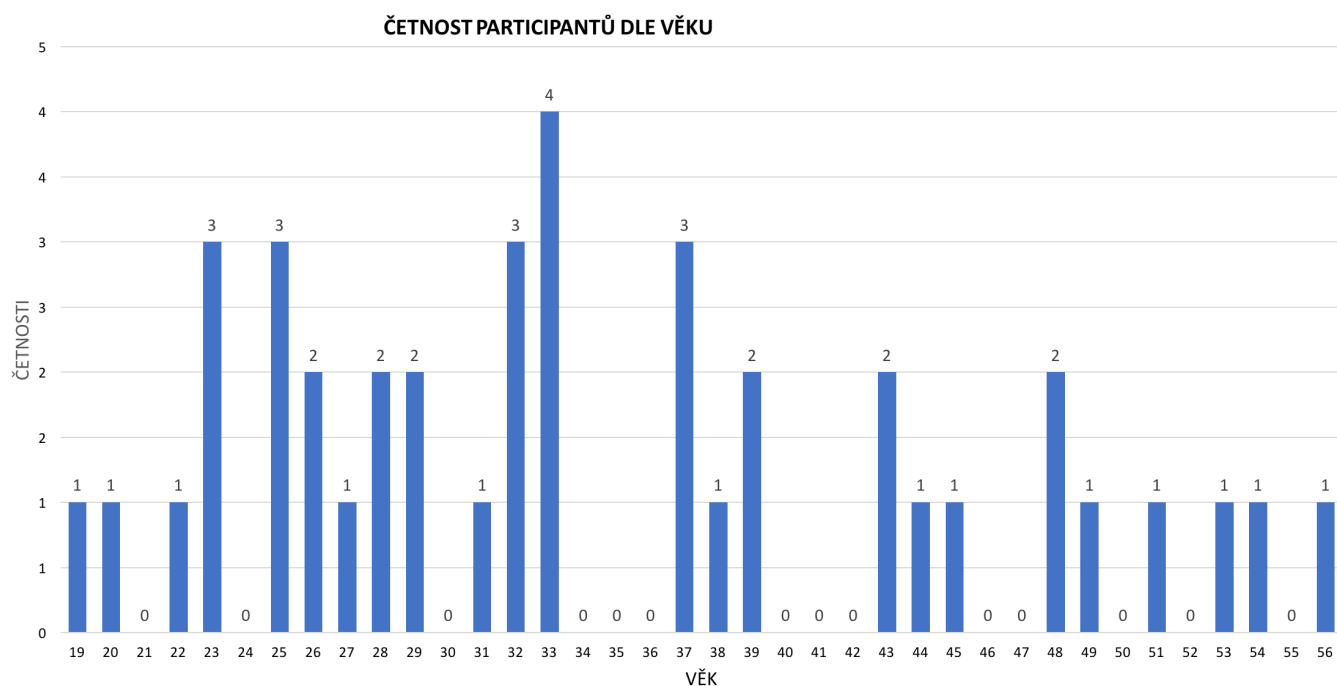
Tabulka 2 Deskriptivní charakteristiky z hlediska vzdělání, atak, atak/věk v měsících, počet hospitalizací a hospitalizace/věk

	N	průměr	medián	modus	min. ¹	max. ²	SD ³
Vzdělání (let)	41,00	11,80	12,00	12	8	18,00	2,35
Ataky	41,00	7,12	4,00	3	1	26,00	6,72
Ataky/věk	41,00	0,22	0,10	0	0	0,70	0,19
Hospitalizace	41,00	6,66	4,00	3	1	26,00	6,49
Hospitalizace/věk	41,00	0,21	0,10	0	0	0,70	0,18

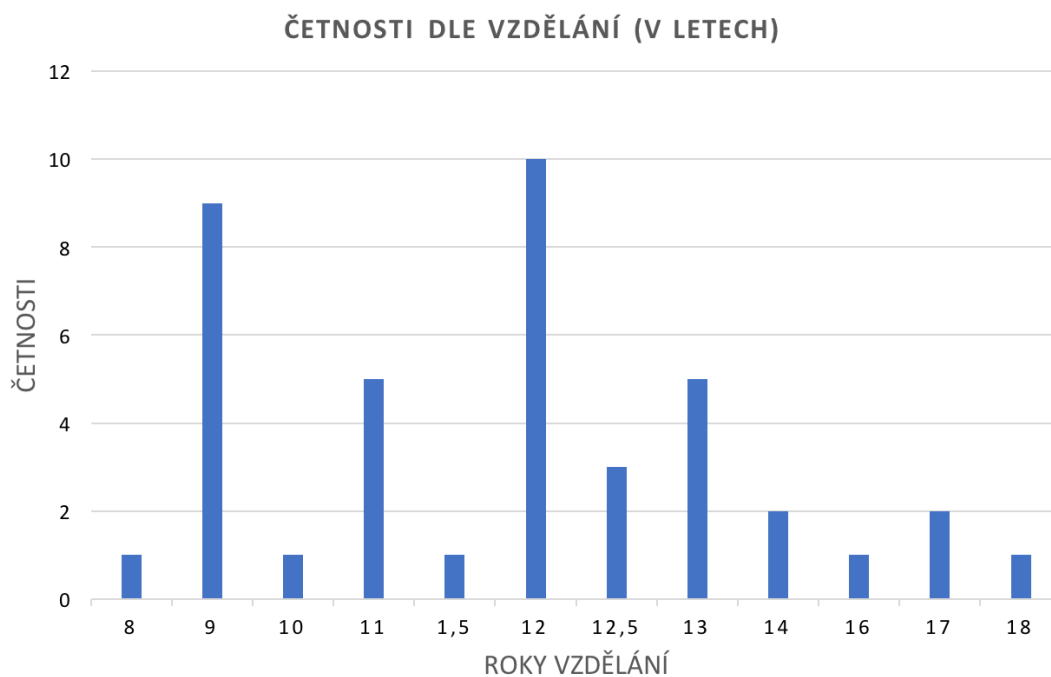
³ SD Směrodatná odchylka, ^{1,2} Minimální a maximální dosažená hodnota

Rozložení četností participantů dle věku, vzdělání a počtu hospitalizací
zobrazeny v Graf 1, Graf 2 a Graf 3 níže.

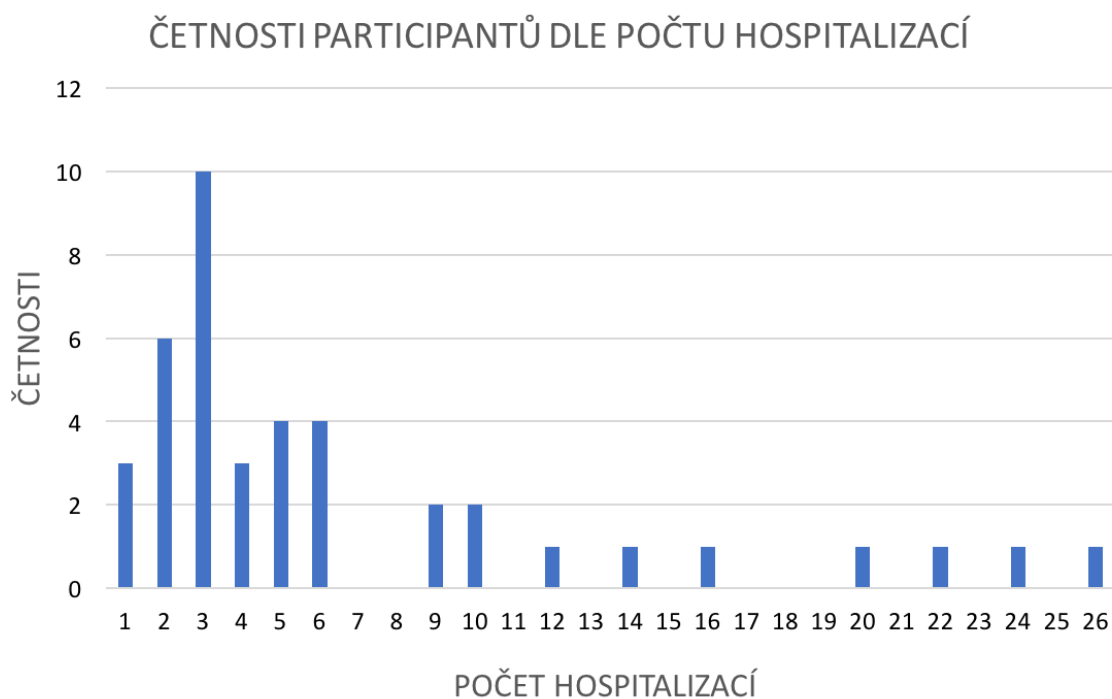
Graf 1 Četnost participantů dle věku



Graf 2 Četnosti dle vzdělání (v letech)



Graf 3 Četnosti participantů dle počtu hospitalizací



6.1 Etické hledisko a ochrana soukromí

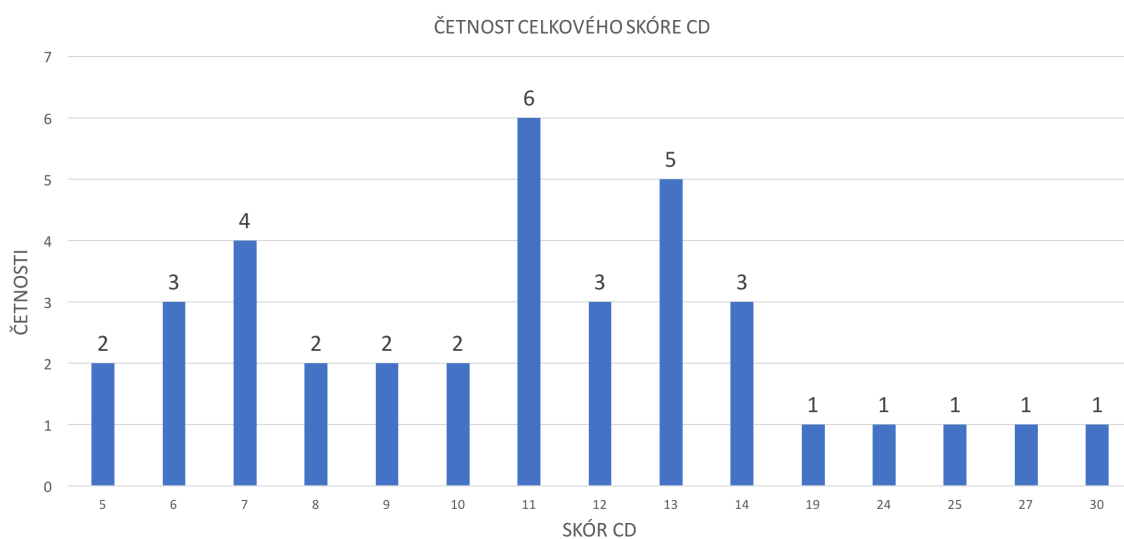
Před zadáním původního testu byli účastníci výzkumu seznámeni s obsahem informovaného souhlasu. Informovaný souhlas obsahoval dobrovolnost na účasti ve výzkumu, možnost kdykoliv odstoupit či vzít zpět souhlas se zpracováním dat a také zaručoval anonymitu skrze přidělené identifikační kódy. Pacienti byli posléze dotázáni na demografické údaje.

7 VÝSLEDKY

V této části jsou popsány výsledky týkající se výzkumného cíle „deskripce charakteristik komunikačních deviací (CD) výběrového souboru, tedy hospitalizovaných pacientů se schizofrenií v českém prostředí“.

7.1 Výskyt komunikačních deviací (VO1)

Graf 4 Četnost celkového skóre komunikační deviace (CD)



Graf 4 zobrazuje četnost celkového skóru CD, který byl získán součtem skóru získaných okódováním rozhovorů dle manuálu Systém skórování CD.

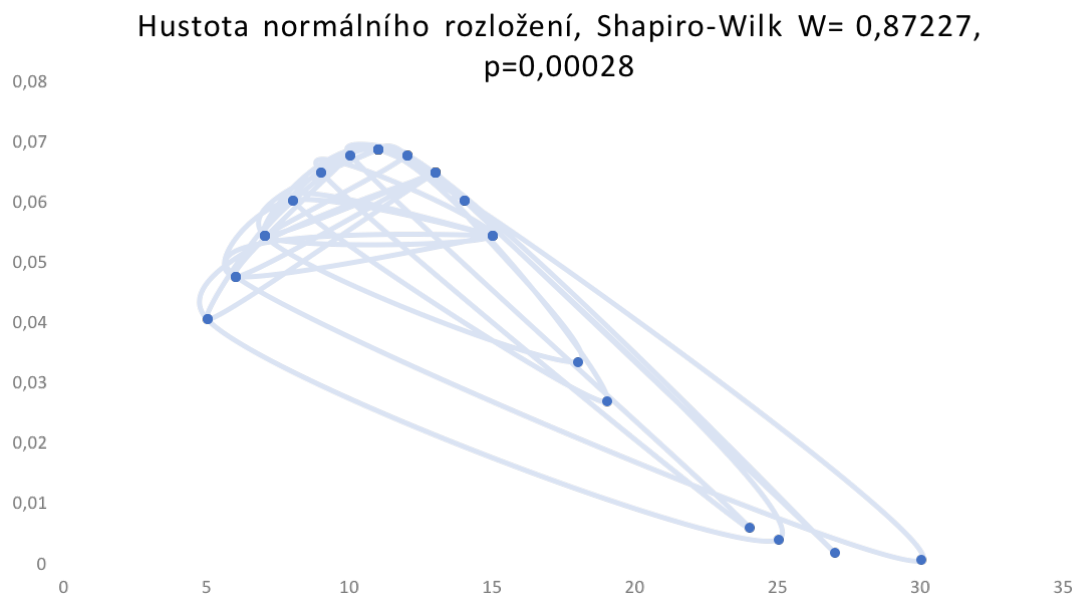
Tabulka 3 Výsledky celkového skóru CD

	N	SD ¹	modus	medián	Min. ²	Max. ³	průměr
CD skóre	41	5,82	11	11	5	30	12,4
CD muži	30	5,93	7	11	5	30	11,46
CD ženy	11	4,94	11	13	10	27	14,81

¹ směrodatná odchylka, ², ³ Minimální a maximální dosažená hodnota

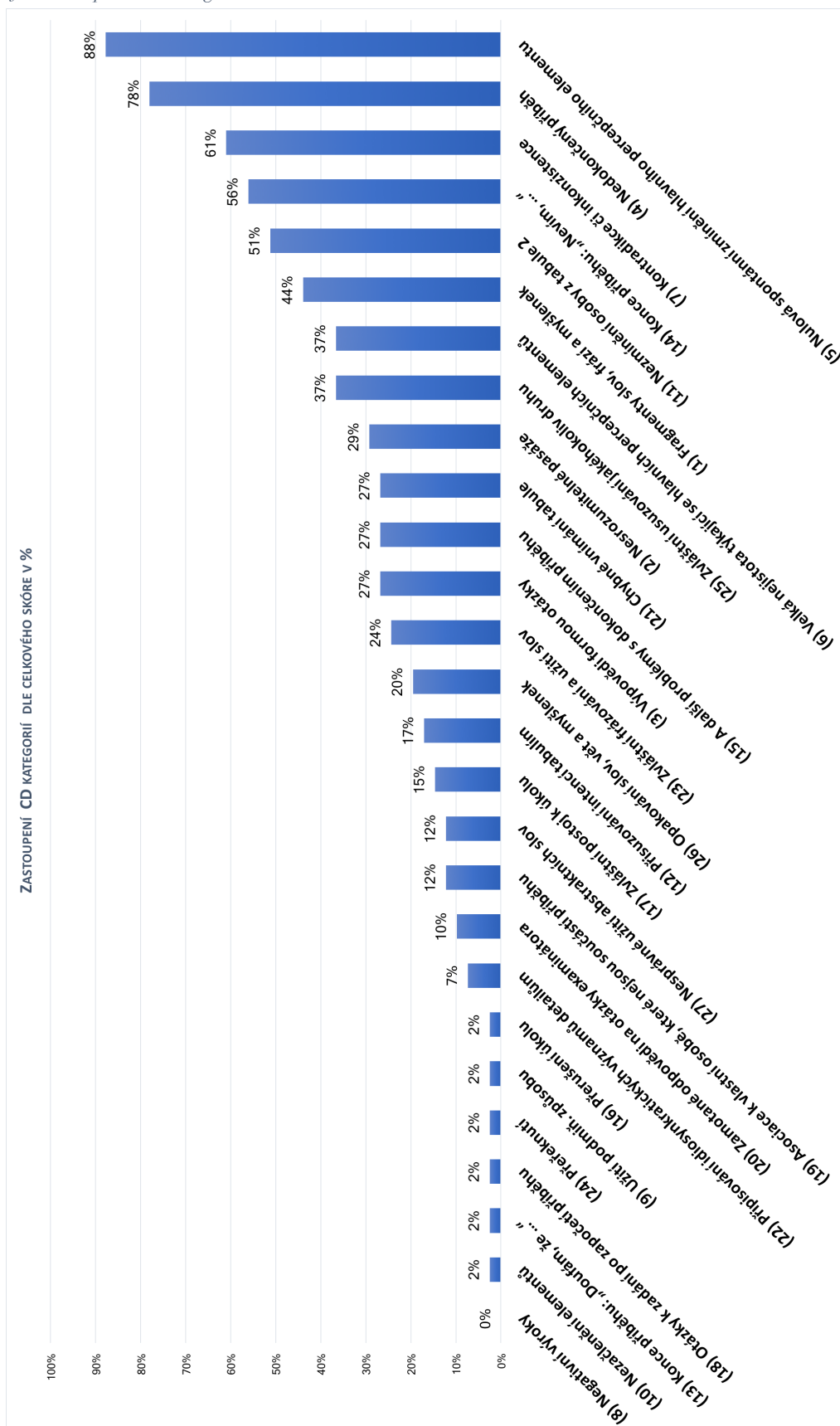
V grafu Graf 5 je zobrazena normální distribuce rozložení Komunikačních deviací ve výběrovém souboru.

Graf 5 Hustota normálního rozložení skóreů CD



V grafu Graf 6 vidíme procentuální zastoupení všech kategorií celkově.

Graf 6 Zastoupení CD kategorií v %



V grafu 6 vidíme nejčastěji se vyskytující kategorii CD (5) *Nulová spontánní zmínění hlavního percepčního elementu*. V souboru se vyskytuje u 88 % osob se schizofrenií (36 výskytů z celkového počtu 41). Mezi druhou nejčastěji se vyskytující kategorií CD spadá kategorie (4) *Nedokončený příběh*. V souboru se vyskytuje v 78 %, tj. v 32 výskytech. Třetí nejčastěji skórovanou kategorií CD je (7) kategorie *Kontradikce či inkonzistence*. Kategorie byla skórovaná v 61 %, u 25 osob se schizofrenií. Další v pořadí je kategorie CD (14) *Konce příběhu: „Nevím, ...“* s 56% výskytem (u 23 osob se schizofrenií). Pátou kategorií, která se vyskytla ve více než polovině souboru, je (11) kategorie *Nezmínění osoby z tabule 2.*, kategorie se vyskytla v 51 %, tedy u 21 osob se schizofrenií.

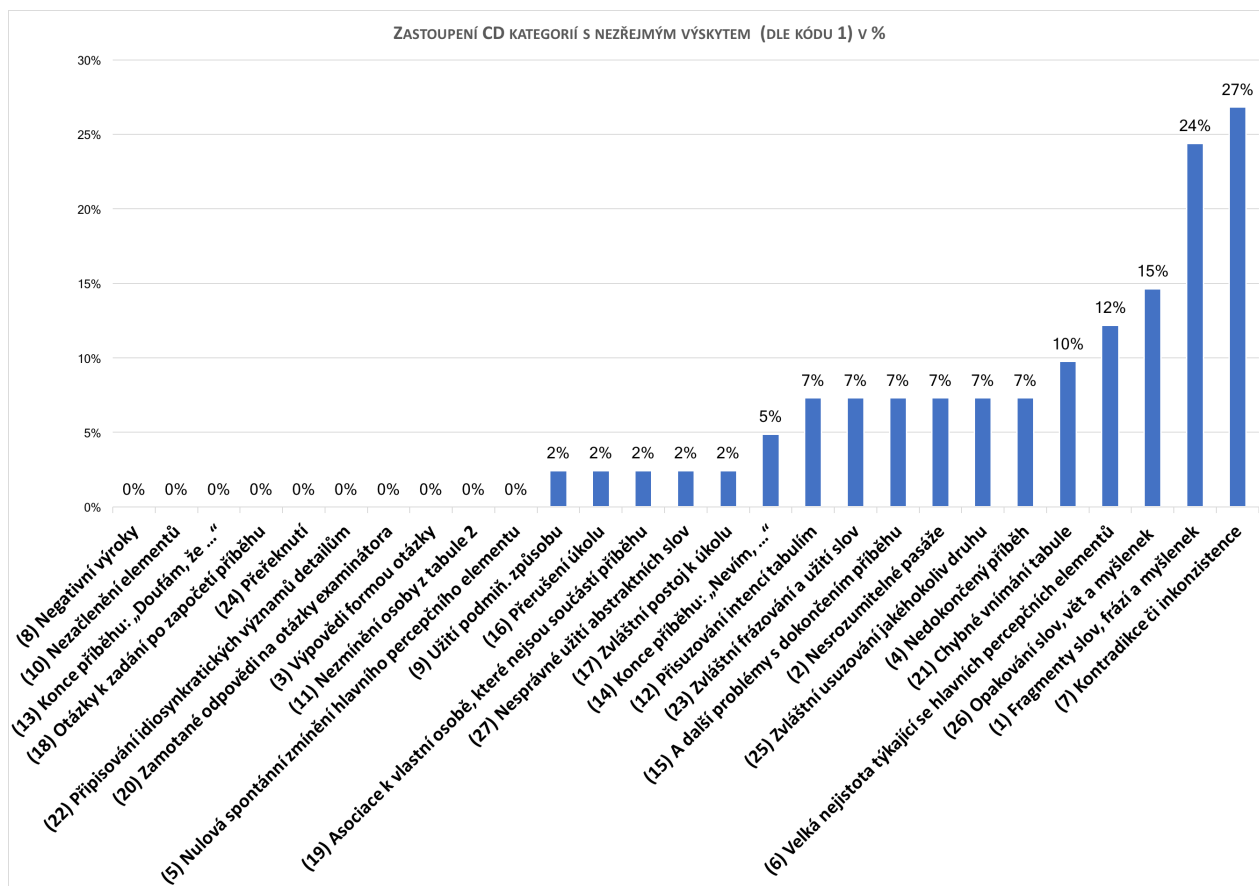
Mezi kategorie s pouze jedním výskytem (2 %, 1 osoba) spadají kategorie:

- (9) *Užití podmíňovacího způsobu,*
- (10) *Nezačlenění elementu,*
- (13) *Konce příběhu: „Doufám, že...“,*
- (16) *Přerušení úkolu,*
- (18) *Otázky k zadání po započetí příběhu,*
- (24) *Přerěknutí.*

Kategorie, která se nevyskytla ani jednou, je kategorie CD (8) *Negativní výroky*.

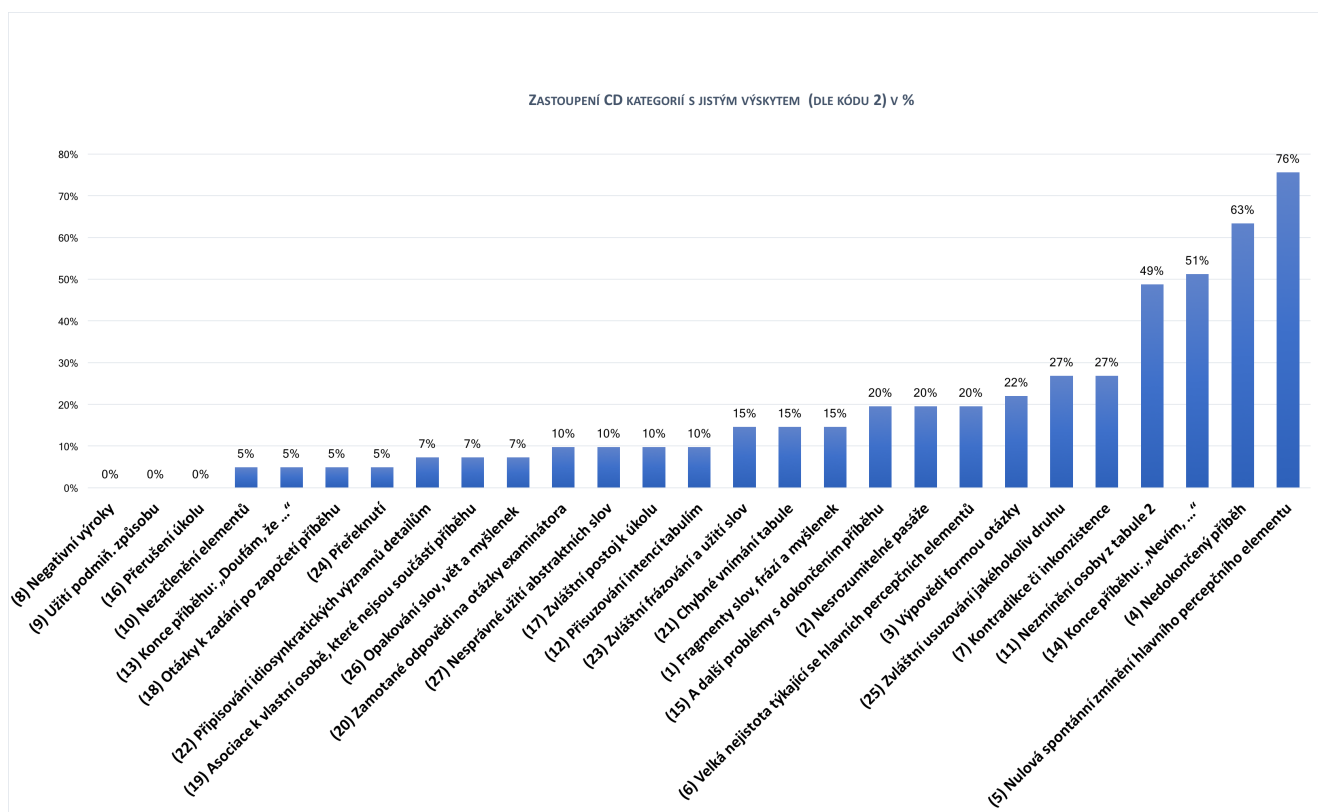
Graf 7 ukazuje procentuální zastoupení těch kategorií, které byly ohodnoceny kódem 1, značící nejasný, nezřejmý výskyt dané kategorie CD.

Graf 7 Zastoupení CD kategorií s nezřejmým výskytem v %



Mezi kategorie s nejvyšším nejistým výskytem spadají kategorie (7) *Kontradikce či inkonzistence*, vyskytující se v 27 %, tedy v 11 případech. Dále kategorie CD (1) *Fragmenty slov, frází, myšlenek*, vyskytující se v 24 %, tedy v 10 výskytech.

Graf 8 Zastoupení CD kategorií s jistým výskytem v %



Graf 8 ukazuje procentuální zastoupení kategorií hodnocených jako jisté (kód 2). Nejvyšší výskyt má kategorie CD (5) *Nulové spontánní zmínění hlavního perцепčního elementu*, a to v 76 % (31 osob). 63% výskyt lze pozorovat u kategorie (4) *Nedokončený příběh* (26 osob). Další je kategorie (14) *Konce příběhu: Nevím...* (21 osob).

7.2 Souvislost demografických údajů a komunikačních deviací

(VO2)

Výzkumná otázka VO₂ se zabývá tím, zdali existují souvislosti mezi demografickými údaji a celkovým skórem CD. Pro prozkoumání souvislosti celkového CD skóru a jednotlivých demografických údajů jsme vypočítali Pearsonův korelační koeficient r a effect size r^2 .

Pro zjištění souvislosti mezi pohlavím a celkovým CD skórem byly provedeny korelace, mezi těmito proměnnými nebyla nalezena statisticky významná korelace ($r = -0,258258$, $p < 0,05$). Korelace celkového skóru CD a věku nebyla statisticky významná.

Korelace celkového skóru CD a vzdělání, počet atak, počet atak/věk, počet hospitalizací a počet hospitalizací/věk jsou uvedeny v tabulce 4:

Tabulka 4 Korelační koeficienty mezi celkovým skórem CD a proměnnými

	r	r ²	p
Vzdělání (let)	-0,3194	0,1020	0,042
Ataky/věk	0,5231	0,2736	0,000
Ataky	0,4721	0,2229	0,002
Hospitalizace	0,4844	0,2346	0,001
Hospitalizace/věk	0,5112	0,2613	0,001

Z tabulky je zřejmé, že celkové skóre CD signifikantně negativně souvisí s počtem let vzdělání, a to středně silně. Celkové skóre CD statisticky signifikantně pozitivně souvisí s poměrem Ataky/věk (ukazatelem závažnosti schizofrenie), a to velmi silně. Pokud vezmeme v potaz samotné ataky a jejich souvislost s celkovým skórem CD, nalzáme statisticky významnou pozitivní korelaci, středně silně. Celkové skóre CD statisticky signifikantně pozitivně souvisí také s počtem Hospitalizací/věk (ukazatel závažnosti schizofrenie), a to velmi silně. Hospitalizace statisticky významně pozitivně souvisí s celkovým skóre, středně silně.

8 DISKUZE

Výzkumným cílem této práce je deskripce charakteristik komunikačních deviací výběrového souboru.

8.1 Diskuze o výsledcích

8.1.1 Deficity v různých oblastech

Studií na téma CD u samotných osob se schizofrenií je pomálu (viz více v kapitole 2.4). Nejvhodnější studií, která se dá částečně porovnat s výsledky této práce, je práce Velligana et al. (1997) (sejmutí kategorií z TAT testu a užití CD skórovacího systému Singerové a Wynnea), v tomto výzkumu pacienti skórovali častěji v kategorii *Zvláštní frázování a užití slov*.

Nejčastěji se vyskytující kategorií bylo (5) *Nulové spontánní zmínění hlavního percepčního elementu*. Studie zmíněné (viz výše s. 32: Velligana et al., 1997, ale také již práce Wynnea a Singerové, 1963) zjišťovaly, zdali souvisí CD a **pozornost**. Výsledky jejich studie ukázaly, že test na pozornost (Stroopův test) s vizuálními stimuly souvisel výrazně signifikantně s CD, což indikuje, že respondenti neviděli či přehlédli element/elementy tabulí. Výsledky studie (Singerové a Wynnea) již v té době poukazují, že by CD mohla být behaviorálním konsekvencem **deficitu pozornosti a exekutivních funkcí**. Pacienti, kteří prokážou nižší citlivost pro stimuly na tabulích TAT či element tabule úplně minou, mají vyšší pravděpodobnost v selhání interpretace tabule či selhání v dokončení příběhu (Ibid.), (což je v tomto výzkumu druhá nejčastěji skórovaná kategorie CD). Takovéto komunikaci může být velice obtížné porozumět a zajisté to může způsobovat závažné důsledky v sociální sféře člověka (vytváření přátelství, naplňování vlastních potřeb apod.) Že je nejčastěji skórovaná tato kategorie, nakonec není vůbec překvapivé. Velligan et al. (1997) dále tvrdí, že zdrojem těch CD kategorií, ve kterých osoby přehlédli/neviděli/neadekvátně vnímali osoby na tabulích

TAT a které jsou i v jeho studii nejčastěji se vyskytující, je právě psychotické chování. Stejně tak píše i Jones (1977). Kategorie *Nulové spontánní zmínění hlavního percepčního elementu* byla také nejčastěji (76 %) skórovaná jako jistě se vyskytující (kódem 2).

Pozornost u pacientů se schizofrenií bývá narušena komplexně (tenacita pozornosti, koncentrace, rozsah, distribuce, přepojování). V případě paranoidních stavů může být samotná pozornost spojená s **poruchou myšlení** a tedy alternována (např. zvýšená pozornost/vnímavost vůči neznámým osobám). Porucha pozornosti spíše spočívá v tom, že si pacient všimne řady podnětů „na způsob kamery“ (obtíže nastávají s filtrací podnětů) a základní rozsah pozornosti nebývá narušen, obtíže jsou obvykle v okamžiku, kdy má se získanými informacemi pracovat (Obereignerů, Obereignerů, Divéky, & Praško, 75, 2011). Toto tvrzení podporují i další vysoce frekventované kategorie týkající se pozornosti. Zkoumané osoby vykazovaly kategorii (1), která poukazuje na to, že testovaný zatím nevěnuje svou pozornost myšlence, nicméně již začal hovořit (Chapman, 2008), dále kategorie (11) a (21), (26).

Osoby často selhaly ve vytvoření příběhu TAT tabule či prostě své snahy vzdaly. Problémy s **ukončením příběhu** byly vysoce frekventované [kategorie (4), (14), (15)]. Pacient tímto nepřevzme zodpovědnost za iniciování a udržení společného významu tématu mezi jím a posluchačem (Singerová & Wynne, 1966). Kategorie *Nedokončený příběh* byla skórovaná jako jistě se vyskytující (kódem 2) v 63 % v souboru.

Často se vyskytující kategorie mapující CD ve směru **řečových deficitů** (kategorie *Kontradikce a inkonzistence, Fragmenty slov, frází a myšlenek, Výpovědi formou otázky, Zvláštní frázování a užití slov*) jsou projevem **poruch myšlení**, což nicméně může být zavádějící, důležité je vzít v potaz i poruchu v oblasti exekutivních funkcí (Obereignerů et al., 2011). Je důležité

poznámenat, že poruchy řeči prokazatelně souvisí také s poruchami pozornosti (Dochertyová, 2005).

8.1.2 Souvislost demografických údajů s komunikační deviací

Nebyly nalezeny statisticky významné souvislosti mezi celkovým skórem CD a pohlavím. Možné zkreslení může plynout z nízkého počtu žen ve výběrovém souboru (n žen z celkového počtu 41).

Komunikační deviace osob se schizofrenií souvisí s demografickými údaji o vzdělání (čím vyšší počet let vzdělávání, tím nižší úroveň komunikačních deviací v mluvě osoby). Délka vzdělání může fungovat jako protektivní faktor narušení kognitivních funkcí (Whalley, Deary, Appleton, & Starr, 2004).

Byla nalezena souvislost mezi závažností schizofrenií a celkovým skóre CD (ať už v měřítku hospitalizací, atak, či poměr ataky/věk, hospitalizace/věk). Dá se říci, že čím závažnější schizofrenie dle těchto ukazatelů byla, tím byla větší míra komunikačních deviací v mluvě pacienta. Je důležité přihlídnout k tomu, že ukazatel závažnosti (počet atak/hospitalizací je pouze orientační a spíše charakterizuje tento výběrový soubor. Jak je zmíněno i jinde, výzkum nezohledňuje ty osoby se schizofrenií, které dochází do ambulance, či jejich příznaky nejsou tak závažné, aby byla nutná hospitalizace. Dále je důležité zmínit, že je to opravdu hrubá charakteristika – neobjektivní ukazatel – jedna ataka může znamenat dlouhodobě závažný průběh onemocnění (dle třetinového pravidla se $1/3$ pacientů po první atace zcela neuzdraví a zůstává hospitalizována; Libiger, 2002) či může následovat úplná remise.

8.1.3 Problematická kategorie

Za problematickou kategorii považujeme kategorii (7) *kontradikce a inkonzistence* (v příběhu). Instrukce zní, že jí míníme jakékoliv interní rozpory v příběhu (např., že chlapec rozbil housle a poté dostáváme tvrzení, že housle chlapec nerozbil). Tato kategorie má mapovat tendenci pacienta mást posluchače tím, že se rozhodne pro jednu vnímanou realitu a vzápětí jí popře. Poslední instrukce však říká, že se mají skórovat také neurčitá zájmena. Jako problematické vnímáme to, že pacienti užívali neurčitá zájmena velice často (61 %, třetí nejčastěji skórovaná kategorie), a kontradikce zazněla pouze u jednoho pacienta.

Tato kategorie byla nejčastěji skórována jako kategorie s nezřetelným výskytem (27 %), což samo o sobě vypovídá o obtížnosti určení této kategorie. Myslíme si, že by si tato kategorie zasloužila např. rozdělit na dvě samostatné kategorie, kde by vyniklo časté (nad)užívání neurčitých zájmen, které může souviset s problémem vytváření či ukončování příběhu, neochotou se rozhodnout o určitém příběhu a naplnit jej. Doporučujeme pro další výzkum znovu projít přepisy a okódovat kontradikce a neurčitosti zvlášť.

8.2 Diskuze o metodice

Mezi hlavní limity práce bychom zmínili především nízkou generalizovatelnost a reprezentativnost, a to kvůli specifiku, že jsou výběrovým souborem pacienti z psychiatrických léčeben a nemocnic, ve kterých byli hospitalizovaní. Je otázkou, jak by vypadal profil CD u pacientů s ambulantní péčí či bez odborné péče. Velikost souboru je v rámci této práce s explorační a deskriptivní intencí dostačující pro základní orientaci (41 participantů), větší počet mužů než žen v souboru přibližně odráží reálný výskyt u hospitalizovaných pacientů (autoři meta-analýzy studií výskytu onemocnění u pohlaví dochází k tradičnímu tvrzení, že schizofrenie postihuje častěji muže, nicméně pro metodologické nedostatky studií data

vysvětlují spíše tak, že u mužů se schizofrenie vyskytuje v závažnějších formách, a je tedy u nich tímto častěji zachycena) (Aleman, Kahn, & Selten, 2003).

Vysoká míra CD v tomto souboru může souviset s tím, že komunikační deviace (také do určité míry běžná u každého spontánního produktu) se objevuje, pokud je jedinec pod stresem. Velligan et al. (1997) píše, že CD může být se stresem spojena. S čím je také důležité počítat, je, že lidé se schizofrenií mohou být citlivější na stres obecně, nejen během testové situace, která sama o sobě může být stresující také (Bebbington & Kuipers, 2011).

Limitem také může být nezkušenost autorky, mohla se dopustit chyb ve skórování přepisů TAT a tím i mírného zkreslení výsledků. Průběžně byl výzkum konzultován s vedoucí práce, aby se toto riziko minimalizovalo.

8.3 Diskuze o přínosech a dalším směřování

8.3.1 Přínosy

Hlavní přínos této práce vidíme zejména v jeho jedinečnosti v českém (psychologickém i lingvistickém) prostředí. Jako první výzkum mapuje komunikační deviace u osob se schizofrenií hovořících v českém jazyce. Tento výzkum si neklade za cíl standardizaci metody, ale poskytuje čtenáři hrubou orientaci v tématu.

Možný přínos může analýza komunikačních deviací přinášet v praxi. Je to relevantní způsob, jak zjistit, v čem konkrétně má daný člověk obtíž, a na základě toho zajistit vhodnou psychosociální intervenci/terapii či cestu, jak zlepšit komunikační dovednosti.

8.3.2 Další směřování

Je otázkou, jaké skóry by vycházely na komunikátu osob se schizofrenií, který není strukturovaným rozhovorem, ale například nestrukturovaným interview. Studie Dochertyové (1997) zkoumá CD na spontánních řečových produktech osob se schizofrenií. Je možné, že by nižší strukturování rozhovoru vedlo k širšímu projevení komunikačních deviací ve spontánním vyprávění, které simuluje reálný rozhovor daleko věrněji a při němž se člověk nemusí natolik kontrolovat.

Bylo by zajímavé data analyzovat faktorovou analýzou, poskytlo by nám to přesnější vhled do charakteristiky komunikačních deviací tohoto výběrového souboru. Dále zde máme řadu dalších kategorií, zajímalo by nás, zdali a které z nich jsou syceny společnými faktory. Momentálně to však přesahuje rozsah bakalářské práce.

Při práci se skórovacím systémem CD na tomto výběrovém souboru jsme zmapovali jisté obtíže (některé kategorie CD definovány moc vágně; nejasné skórování dle jistoty/zřejmosti výskytu kategorie +/++). Na základě těchto obtíží je ke zvážení, zdali zvolit (příště) jinou metodu ke zjištění CD či se vydat cestou úpravy pravidel skórování.

K reliabilitě CD skórovacího systému Chapman (2008) uvádí, že nebyla stanovena reliabilita pro neanglofonní jazyky. CD skórovací systém se doporučuje pro angloamerické jazykové prostředí, které je svázáno s určitými gramatickými pravidly a jazykovými konvencemi. Při užití CD skórovacího systému u dalších jazyků doporučují autoři velkou opatrnost. CD byla zkoumána i na norském jazyce (Rund, 1984), španělštině (Velligan et al., 1997) a holandštině (Chapman, 2008). Tento výzkum nemá za cíl standardizaci metody, chceme jí pouze poskytnout orientaci v tématu.

Velmi zajímavé by bylo zjistit, jaké komunikační deviace se vyskytují u příbuzných osob se schizofrenií. CD v primárních výzkumech zkoumaly především komunikaci rodičů a sourozenců.

9 ZÁVĚR

Kategorie CD mohou charakterizovat řeč u osob se schizofrenií. Popisují, čím je komunikační deviace výběrového souboru v této práci specifická.

Nejčastěji se vyskytující kategorie byly ty, které se týkaly chybného vnímání tabule TAT, např. že osoba nezmínila hlavní percepční element (na tabuli 2 nezmínila tři osoby), projevila velikou nejistotu týkající se hlavního elementu tabule (obtíže určit housle na tabuli 1). Časté také byly obtíže dokončit příběh, a to buď zcela (pacient se rovnou vyjádřil, že neví, jak příběh končí) či jen pacient nedokončil myšlenku, nechal příběh bez konce doznít. Komunikaci osob se schizofrenií charakterizují různé zvláštnosti v řeči, zejména velmi časté užití neurčitých zájmen a inkonzistence v mluvě. Často byla komunikace nezřetelná, skládající se z fragmentů, které poukazovaly na postupnou verbalizaci příběhu. U některých pacientů byla komunikace nesrozumitelná.

Komunikační deviace u osob se schizofrenií souvisí s demografickými údaji o vzdělání (čím vyšší počet let vzdělávání, tím nižší úroveň komunikačních deviací v mluvě osoby). Byla nalezena souvislost mezi závažností schizofrenií a celkovým skóre CD (ať už v měřítku hospitalizací, atak, či poměr ataky/věk, hospitalizace/věk). Dá se říci, že čím závažnější schizofrenie dle těchto ukazatelů byla, tím byla větší míra komunikačních deviací v mluvě pacienta.

Častý výskyt komunikačních deviací souvisí s kognitivními deficity, především pak s poruchami pozornosti a exekutivními funkcemi. Jejich deficity mohou způsobovat právě nezmínění hlavních percepčních elementů tabulí či problémy s ukončováním příběhu. Nelze opomenout ani vlivy poruch myšlení, které mohou zesilovat poruchy pozornosti, ani řečové deficity. Vzdělání může působit jako protektivní faktor pomáhající zachovat

kognitivní schopnosti, proto i lidé s vyšším počtem let vzdělání měli nižší skóry komunikačních deviací. Demografické údaje o závažnosti onemocnění sice souvisely s mírou komunikačních deviací, nicméně je považujeme za informaci orientačního charakteru, jelikož je platná pouze pro tento výběrový soubor a počet atak/hospitalizací sám o sobě nevypovídá objektivně o závažnosti onemocnění.

Mezi hlavní limity práce řadíme nízkou generalizovatelnost a reprezentativnost. Ve výběrovém souboru nacházíme pouze pacienty hospitalizované (nikoliv docházející ambulantně či v remisi). Všímáme si možné intervenující okolnosti, jež mohla zvyšovat míru komunikační deviace, a tou je zátěž, kterou pro pacienty znamená vystavení testové situaci.

Tato práce přináší jedinečný náhled na komunikační deviace osob se schizofrenií v českém jazyce. Propojuje psychologické a lingvistické poznatky, a umožňuje tak čtenáři orientovat se v tématu. Do praxe může být tato analýza prostředkem, jak lépe zacílit léčbu či zvolit intervence/terapie. Do budoucna by bylo vhodné uvažovat o statistické faktorové analýze CD kategorií, jež nám umožní najít ty faktory, které mohou sytit dané kategorie. Navrhujeme také užít nestructurované rozhovory. V neposlední řadě nás zajímá, jaké komunikační deviace bychom našli v rodinách osob se schizofrenií v českém jazykovém prostředí, na něž původní práce Singerové a Wynnea mířila především.

10 SOUHRN

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění charakterizované kognitivními deficity (obtíže s pozorností, exekutivními funkcemi), poruchami vnímání (halucinace), poruchami myšlení (bludy), poruchami emocí (emoční oploštělost/chorobná excitace), poruchami chování (např. ztráta zájmu, mutismus) (Orel, 2012). Schizofrenie se vyskytuje napříč státy rovnoměrně, s různou mírou variability prevalence (1,4-4,6 případů na 1000 obyvatel a incidence, např. 0,7 v Dánsku, v Indii 4,2). Morbidita se pohybuje okolo 0,5-1,6 %. Pro schizofrenii je charakteristická zvýšená 10% mortalita (riziko suicidálního jednání).

V průběhu zkoumání možných příčin schizofrenie se zkoumala i komunikace v rodině nemocných. Premisa byla, že narušená komunikace v rodině způsobuje patologii u potomků, a proto byly zkoumány jevy jako Dvojná vazba a Komunikační deviace (Bateson et al., 1956, Singerová & Wynne, 1965) atd. **Dvojná vazba** je styl komunikace, kdy mezi vzájemně si blízkými osobami dochází k opakované situaci, kdy jedna osoba dostává zprávu, která si vnitřně odporuje na emoční a faktické/verbální úrovni. Tato osoba pak neví, na kterou z těchto rovin má reagovat, a vytváří si různé mechanismy, jak se s tím vyrovnat (Bateson et al., 1956). **Komunikační deviace** je koncept Singerové a Wynnea z let 1963-1965, který charakterizuje řeč příbuzných (rodičů a sourozenců) pacientů se schizofrenií jako nelehce sledovatelnou s neobvyklým užitím slov, jako nejasnou a roztržitou řeč. Pro mluvčího i posluchače je obtížné sdílet společné zaměření na téma a významy v něm obsáhnuté. Autoři vnímají komunikační deviaci jako komplement kognitivního deficitu a poruch myšlení u jedince. Zkoumala se především parentální komunikační deviace, o samotné komunikační deviaci u osob se schizofrenií moc výzkumů neexistuje. Komunikační deviace

mohou být jednou z příčin sociální izolovanosti či obtížného zapojení osoby s tímto onemocněním zpět do běžného života (Velligan, 1997).

Tato práce si kladla otázku, jaké charakteristiky může mít komunikace u osob se schizofrenií, a to skrze popis komunikačních deviací u osob s tímto onemocněním. Také nás zajímalo, zdali existuje souvislost mezi demografickými údaji a komunikační deviací. Na přepisy TAT testů byl u 41 osob s paranoidní schizofrenií aplikován skórovací systém komunikačních deviací Jonese a Doaneová z roku 1979 (Chapman, 2008).

Tyto kategorie charakterizují komunikaci u osob se schizofrenií. Osoby často nepojmenovaly či nezmínily hlavní percepční element TAT tabule, prokazovaly velkou nejistotu týkající se hlavního elementu tabule. Často nedokázaly vytvořit příběh a především jej ukončit. Často říkaly „Nevím“ na dotázání ohledně toho, jak příběh dopadne. Objevovaly se zvláštnosti v řeči, velmi časté bylo užití neurčitých zájmen.

Důležitými aspekty, respektive možnými příčinami těchto komunikačních deviací, jsou především kognitivní poruchy (Singerová & Wynne, 1963). Velkou roli hraje deficit v pozornosti, který může způsobovat ono nezmínění elementu tabule, či třeba to, že pacient již mluví a zatím nevěnuje pozornost myšlence, kterou se vztahuje k příběhu na tabuli (Chapman, 2008). Svou roli také hrají poruchy myšlení, jež mohou různě měnit a zesilovat pozornost osoby směrem k určité osobě/objektu (Obereignerů et al., 2011). Řečové deficity jsou také projevem poruch myšlení či deficitu v exekutivních funkcích (Dochertyová, 2005). Některé demografické údaje s komunikačními deviacemi souvisely. Zajímavým zjištěním je, že čím déle strávila osoba vzděláváním, tím nižší je její úroveň komunikační deviace. Vysvětlili jsme si tento jev protektivní funkcí vzdělání, které tímto zpomalujeme kognitivní deficity. V tomto výběrovém souboru spolu také souvisela závažnost onemocnění a komunikační deviace, a to v tom smyslu, že čím závažnější onemocnění bylo, tím byla také závažnější

komunikační deviace. Po zvážení, co nám tato informace přináší, jsme konstatovali, že se jedná o orientační údaj platný pouze pro tento výzkum, počet atak/hospitalizací objektivně neříká, jak závažné je onemocnění. Limity práce spočívají v její nízké generalizovatelnosti a reprezentativnosti. Výzkum přinesl zevrubnou orientaci v komunikačních deviacích u osob se schizofrenií v českém jazykovém prostředí. Výzkumy komunikačních deviací u osob se schizofrenií v českém jazyce neexistují, proto tato práce přináší jedinečný vhled do dané problematiky. Do praxe může přinášet tento výzkum možnosti, jak lépe cílit terapie či psychosociální intervence na základě analýzy komunikačních deviací osob se schizofrenií.

V závěru práce shrnujeme výsledky výzkumu bakalářské diplomové práce, zmiňujeme relevantní informace obsažené v diskuzi (jako poruchy pozornosti, exekutivních funkcí, možný vliv poruch myšlení či například protektivní funkci vzdělávání).

11 LITERATURA

1. Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, J. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60(6), 565-571. doi: 10.1001/archpsyc.60.6.565
2. Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, D. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 12-20. doi: 10.4103/0253-7176.96149
3. Asarnov, J. R., Goldstein, M. J., & Ben-Meier, S. (1988). Parental communication deviance in childhood onset schizophrenia spectrum and depressive disorders. *Journal of child psychology and psychiatry*, 29(6), 825-838. doi: 10.1111/j.1469-7610.1988.tb00756.x
4. Bateson, G., Haley, D. D., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizofrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-254. doi: 10.1002/bs.3830010402
5. Bebbington, P. E., & Kuipers, E. (2011). Schizophrenia and psychosocial stresses. (& . P. D. R. Weinberger, Editor) *Schizophrenia*, 601-624). doi: 10.1002/9781444327298.ch29
6. Bleuler, P. E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.
7. Boerman, R., Schulte, P., Cohen, D., & Nugter, A. (20015). Prevalence of vitamin D deficiencies in Dutch outpatienrs with schizophrenia, schizoaffective or bipolar disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 265(Suppl 1), 67. doi: 10.1016/s0920-9964(14)70485-2
8. Bonoldi, I., & Howes, O. D. (2014). Presynaptic dopaminergic function: Implications for understanding treatment response in psychosis. *CNS Drugs*, 28(7), 649-663. doi: 10.1007/s40263-014-0177-z
9. Callahan, K. L., Price, J. L., & Hilsenroth, M. J. (2003). Psychological assessment of adult survivors of childhood sexual abuse within a naturalistic clinical sample. *Journal of personality assessment*, 80(2), 173-184. doi: 10.1207/S15327752JPA8002_06
10. Chapman, B. P. (2008). Singer and Wynne's communication deviance scoring system. V *A handbook of clinical scoring systems for thematic apperceptive techniques* (449-476). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

11. Cullin, J. (2006). Double bind: much more than just a step "Toward a theory of schizophrenia". *Australia and New Zealand journal of family therapy*, 27(3). doi: 135-142. 10.1002/j.1467-8438.2006.tb00711.x
12. de Sousa, P. D., Varese, F., Sellwood, W., & Bentall, R. P. (2013). Parental communication and psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 756-768. doi: 10.1093/schbul/sbt088
13. Docherty, N. M. (2005). Cognitive impairments and disordered speech in schizophrenia: thought disorder, disorganization, and communication failure perspectives. *Journal of abnormal psychology*, 114(2), 269-278. doi: 10.1037/0021-843x.114.2.269
14. Docherty, N. M., DeRosa, M., & Andreasen, N. (1996). Communication disturbances in schizophrenia and mania. *Archives of general psychiatry*, 53(1), 358-364. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830040094014
15. Docherty, N. M., Miller, T. N., & Levis, M. A. (1997). Communication disturbances in the natural speech of schizophrenic patients and non schizophrenic parents of patients. *Acta psychiatrica scandinavica*, 95(1), 500-507. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10138.x
16. Doane, J. A., & Mintz, J. (1987). Communication deviance in adolescence and adulthood. *Psychiatry*, 50(1), 5-13. doi: 10.1080/00332747.1987.11024341
17. Doane, J. A., West, K. L., Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., & Jones, J. E. (1981). Parental communication deviance and affective style. Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Archives of general psychiatry*, 38(1), 679-685.
18. Frith, C., & Johnstone, E. C. (2003). *Schizophrenia: A very short introduction*. Oxford: OUP Oxford.
19. Gaebel, W. (2012). Status of psychotic disorders in ICD-II. *Schizophrenia bulletin*, 38(5), 895-898. doi: 10.1093/schbul/sbs104
20. Hosák, L., Šilhán, P., & Hosáková, J. (2012). Využití endofenotypů v genetickém výzkumu schizofrenie. *Psychiatrie*, 16(3), 157-166.
21. Hosáková, K. (2013). *Interpersonální decentrace u pacientů se schizofrenií (Magisterská diplomová práce)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
22. Howes, O. D., Bose, S. K., Turkheimer, F., Valli, I., Egerton, A., Valmaggia, L. R., & McGuire, P. (2011). Dopamine synthesis capacity before onset of psychosis: A prospective [18F]-DOPA PET imaging

- study. *American journal of psychiatry*, 168(12), 1311-1317. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11010160
23. Jablensky, A., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2011). Schizophrenia: The epidemiological horizon. V D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia: Third edition*. Chichester: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781444327298.ch10
 24. Johnson, S., & Jacob, T. (1989). Inconsistent Communication: A Simplified Method for Selecting Messages. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 11(3), 261-268. doi: 10.1007/bf00960497
 25. Jones, J. E. (1977). Patterns of transactional style deviance in the TAT's of parents of schizophrenics. *Family process*, 16(1), 327-337.
 26. Kleiger, J. H., & Khadivi, A. (2015). *Assessing psychosis*. New York: NY: Routledge.
 27. Kuperberg, G. R., & Caplan, D. (2003). Language dysfunction in schizophrenia. V R. B. Schiffer, S. M. Rao, & B. S. Fogel (Editoři), *Neuropsychiatry, 2nd edition* (444-466). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
 28. Levy, D. L., Coleman, M. J., Sung, H., Ji, F., Matthyse, S., Mendell, N. R., & Titone, D. (2010). The genetic basis of thought disorder and language and communication disturbances in schizophrenia. *Journal of neurolinguistics*, 23(3), 176-192. doi: 10.1016/j.jneuroling.2009.08.003
 29. Libiger, J. (2015). Schizofrenie a jiné psychotické poruchy. V L. Hosák, M. Hrdlička, J. Libiger, & a kolektiv, *Psychiatrie a pedopsychiatrie* (181-211). Praha: Karolinum.
 30. Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. V C. Höschl, J. Libiger, & J. Švestka, *Psychiatrie* (341-401). Praha: Tigris.
 31. McConaghy, N. (1959). The use of an object sorting test in elucidating the hereditary factor in schizophrenia. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 2(1), 243-246. doi: 10.1136/jnnp.22.3.243
 32. Miklowitz, D. J., & Stackman, D. (1992). Communication deviance in families of schizophrenic and other psychiatric patients: current stage of the construct. *Progress in experimental Personality & psychopathology research*, 15(1), 1-46.
 33. Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.

34. Murray, H. A. (1943). *Thematic apperception test: manual*. Cambridge: Harvard University Press.
35. Obereignerů, R., Obereignerů, K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(2), 74-79.
36. Orel, M. (2012). Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruchy s bludy. V M. Orel, V. Facová, M. Heřman, M. Kaláb, P. Korand, & J. Šimonek, *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
37. Paksarian, D., Eaaton, W. W., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2015). Childhood residential mobility, schizophrenia, and bipolar Disorder: A population-based study in Denmark. *Schizophrenia bulletin*, 41(2), 346-354. doi: 10.1093/schbul/sbu074
38. Příkryl, R., & Khollová, M. (2012). Prevalence remise a úzdravy u schizofrenie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 108(4), 171-176.
39. Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
40. Roisko, R., Wahlberg, K. E., Hakko, H., & Tienari, P. (2015). Association of adoptive child's thought disorders and schizophrenia spectrum disorders with their genetic liability for schizophrenia spectrum disorders, season of birth and parental communication deviance. *Psychiatry research*, 226(2-3), 434-440. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.036
41. Roisko, R., Wahlberg, K., Hakko, H., Wynne, L., & Tienari, P. (2010). Communication Deviance in parents of families with adoptees at a high or low risk of schizophrenia-spectrum disorders and its associations with attributes of the adoptee and the adoptive parents. *Psychiatry research*, 185(1-2), 66-71. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.018
42. Roisko, R., Wahlberg, K., Miettunen, J., & Tienari, P. (2014). Association of parental Communication Deviance with offspring's psychiatric and thought disorders. A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry*, 29(1), 20-31. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.05.002
43. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2016). *Psychiatrická péče 2015*. Retrieved from <http://uzis.cz/system/files/psych2015.pdf>
44. Rund, B. R. (1984). Attention, communication, and schizophrenia. *The Yale journal of biology and medicine*, 58(1), 265-273.

45. Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics: III. Methodology using projective techniques. *Archives of general psychiatry*, 12(2), 187-200.
46. Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1966). Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics. *Psychiatry*, 29(3), 260-288. doi: 10.1080/00332747.1966.11023470
47. Singer, M. T., Wynne, L. C., & Toohey, M. L. (1978). Communication disorders and the families of schizophrenics. V L. C. Edited by: Wynne, R. L. Cromwell, & S. Mathysse, *The nature of schizophrenia: New approaches to research and treatment*. New York: Wiley.
48. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy* (2. vyd.). Praha: Maxdorf.
49. Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
50. Světová zdravotnická organizace. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
51. Syřišřová, E. (1974). *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta.
52. Velligan, D. I., Mahurin, R. K., Eckert, S. L., Hazelton, B. C., & Miller, A. (1997). Relationship between specific types of communication deviance and attentional performance in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 70(1), 9-20. doi: 10.1016/S0165-1781(97)03067-9
53. Volkmar, F. R., & Spiegel, A. E. (1979). Young children's responses to discrepant social communications. *Journal of child psychology and psychiatry*, 20(2), 139-149. doi: 10.1111/j.1469-7610.1979.tb00494.x
54. Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: NY: W. W. Norton & Company.
55. Whalley, L. J., Deary, I. J., Appleton, C. L., & Starr, J. M. (2004). Cognitive reserve and the neurobiology of cognitive aging. *Aging research reviews*, 3(1), 369-382. doi: 10.1016/j.arr.2004.05.001.
56. Wynne, L. C. (1984). Child and Family Study: overview of research plan. V N. F. Edited by: Watt, E. J. Anthony, L. C. Wynne, & J. Rolf, *Children at risk for schizophrenia: A longitudinal perspective*. New York: The University of Rochester.

57. Wynne, L. C., & Singer, M. T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics: I. A research strategy. *Archives of general psychiatry*, 9, 191-198.
58. Wynne, L. C., Singer, M. T., Bartko, J. J., & Toohey, M. (1976). Communication of the adoptive parents of schizophrenics. V J. Jorstad, & E. Ugelstad (Editors), *Schizophrenia 75: psychotherapy, family studies, research* (413-452). Oslo: Norway.
59. Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C., Jackson, H. J., Patton, G. C., & Rakkar, A. (1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 283-303. doi: 10.1093/schbul/22.2.283

12 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf 1 Četnost participantů dle věku	45
Graf 2 Četnosti dle vzdělání (v letech)	45
Graf 3 Četnosti participantů dle počtu hospitalizací.....	46
Graf 4 Četnost celkového skóre komunikační deviace (CD).....	47
Graf 5 Hustota normálního rozložení skóre CD.....	48
Graf 6 Zastoupení CD kategorií v %	49
Graf 7 Zastoupení CD kategorií s nezřejmým výskytem v %	51
Graf 8 Zastoupení CD kategorií s jistým výskytem v %.....	52
Tabulka 1 Deskriptivní charakteristiky z hlediska věku (ženy a muži).....	44
Tabulka 2 Deskriptivní charakteristiky z hlediska vzdělání, atak, atak/věk v měsících, počet hospitalizací a hospitalizace/věk	44
Tabulka 3 Výsledky celkového skóre CD	47
Tabulka 4 Korelační koeficienty mezi celkovým skórem CD a proměnnými	53
Tabulka 5 Shrnutí kategorií CD	78

13 PŘÍLOHY

Příloha 1: Zadání bakalářské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. BAJEROVÁ Kristýna	Masarykovo náměstí 25, Nový Jičín	F13731

TÉMA ČESKY:

Komunikační deviace u osob se schizofrenií

TÉMA ANGLICKY:

Communication deviance in people with schizophrenia

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Kristýna Hosáková - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Zásady pro vypracování:

1. Seznámení se s normami pro bakalářské práce, dodržování zásad v nich uvedených. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, vývojové psychologie, sociální psychologie, psychiatrie, psychopatologie. Důraz na koncepty zabývající se komunikací u osob se schizofrenií a jejich rodin.
2. Popis teoretických východisek práce: Téma komunikace u osob se schizofrenií je systematicky zkoumáno od 50. let 20. století. Byly popsány komunikační zvláštnosti jak osob se schizofrenií, tak u členů jejich rodiny.
3. Předpokládaná kostra teoretické části - Schizofrenie: historie, etiologie, diagnostika, terapie. Komunikace: škola Palo Alto, práce Wynneho a Singerové, aktuální koncepty. Komunikace u osob se schizofrenií.
4. Formulace výzkumného problému: Cílem práce je zmapovat koncepty zabývající se komunikací u osob se schizofrenií a experimentálně ověřit jejich platnost.

5. Design výzkumného projektu

a. cíle výzkumu

Zmapovat problematiku komunikace u pacientů se schizofrenním onemocněním.

b. základní a výzkumný soubor

Populace: pacienti se schizofrenním onemocněním.

Výzkumný soubor: 50 pacientů obou pohlaví s diagnózou schizofrenie.

c. metody sběru a zpracování dat

Zadání Tématického apercepčního testu (TAT) s následným vyhodnocením dle vybraného konceptu komunikace.

d. očekávané výstupy a praktické dopady práce

Očekávaným výsledkem práce je zmapování a stanovení výskytu komunikačních zvláštností u osob se schizofrenií.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Singer, M. T., Wynne, L. C., & Toohey, M. L. (1978). Communication disorders and the families of schizophrenics. In L. C. Wynne, R. L. Cromwell, S. Matthysse (Eds.), *The nature of schizophrenia* (pp. 499-511). New York, Toronto: John Wiley & Sons, Inc.

- Wynne, L. C., & Singer, M. T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics. I. A research strategy. *Archives of General Psychiatry*, 9, 2532.
- Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1966). Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT Scoring Manuals. *Psychiatry*, 29, 260288.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., & Terry, D. (1957). The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: II. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, 241248.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I., Day, J., & Hirsch, S. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205220.
- Wynne, L. C., Singer, M. T., Bartko, J. J., & Tophey, M. L. (1977). Schizophrenics and their families: research on parental communication. In J. M. Tanner (Ed.), *Developments in psychiatric research* (pp. 254-286). London, England: Hodder & Stoughton.
- Goldstein, M. J. (1987). Family interaction patterns that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: a further analysis of data from a longitudinal, prospective study. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder. The contribution of family interaction research* (pp. 11-32). New York: Family Process Press.
- Velligan, D. I., Miller, A. L., Eckert, S. L., Funderburg, L. G., True, J. E., Mahurin, R. K., ... Hazelton, B. C. (1996). The relationship between parental communication deviance and relapse in schizophrenic patients in the 1-year period after hospital discharge. A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 490496.
- Wahlberg, K. E., Wynne, L. C., Hakko, H., Läksy, K., Moring, J., Miettunen, J., & Tienari, P. (2004). Interaction of genetic risk and adoptive parent communication deviance: longitudinal prediction of adoptee psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 34, 15311541.
- Sass, L. A., Gunderson, J. G., Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1984). Parental communication deviance and forms of thinking in male schizophrenic offspring. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 513520.
- Roisko, R., Wahlberg, K. E., Hakko, H., Wynne, L., & Tienari, P. (2011). Communication Deviance in parents of families with adoptees at a high or low risk of schizophrenia-spectrum disorders and its associations with attributes of the adoptee and the adoptive parents. *Psychiatry Research*; 185, 66-71. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.018
- Velligan, D. I., Mahurin, R. K., Eckert, S. L., Hazleton, B. C., & Miller, A. (1997). Relationship between specific types of communication deviance and attentional performance in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 70(1), 9-20. doi: 10.1016/S0165-1781(97)03067-9
- Rund, B. R., Oie, M., Borchgrevink, T. S., & Fjell A. (1995). Expressed emotion, communication deviance and schizophrenia. An exploratory study of the relationship between two family variables and the course and outcome of a psychoeducational treatment programme. *Psychopathology*, 8(4), 220-8. Kymalainen, J. A., Weisman, M. G., Rosales, G. , & Armesto, J. C. (2006). Ethnicity, Expressed Emotion, and Communication Deviance in Family Members of Patients With Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(6), 391-396. doi: 10.1097/01.nmd.0000221171.42027.5a
- Docherty, N. M. (2005). Cognitive Impairments and Disordered Speech in Schizophrenia: Thought Disorder, Disorganization, and Communication Failure Perspectives. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 269278. doi: 10.1037/0021-843X.114.2.269

Příloha 2: Abstrakt bakalářské diplomové práce

Název práce: Komunikační deviace u osob se schizofrenií

Autorka práce: Mgr. Kristýna Bajerová

Vedoucí práce: PhDr. Kristýna Hosáková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 82 stran, 97 606 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 59

Abstrakt: Schizofrenie je psychické onemocnění, které se pojí mimo jiné s poruchami myšlení, a ty se mohou projevat zvláštnostmi v řeči. Tyto zvláštnosti pojímají Singerová a Wynne jako komunikační deviace, které mohou charakterizovat komunikaci osob se schizofrenií a jejich přímých příbuzných. Může být popsána jako roztržitá, s užíváním neobvyklých slov, obtížně sledovatelná, při níž selhává sdílení společného zaměření a významu tématu, o němž se právě hovoří. Komunikační deviaci lze měřit skórovacím systémem komunikačních deviací Jonese a Doaneové z roku 1979. Cílem výzkumu bylo popsat komunikační zvláštnosti u pacientů se schizofrenií a zjistit, zdali existují souvislosti s vybranými demografickými údaji. Nejčastěji pacienti chybně vnímali tabuli TAT či nezmínili hlavní element tabule TAT. Vyskytovaly se obtíže příběh ukončit, zvláštnosti v řeči, komunikace byla nezřetelná. Tyto komunikační deviace odráží poruchy pozornosti, deficity v exekutivních funkcích či jsou odrazem poruch myšlení, poruch řeči. Komunikační deviace signifikantně souvisela pozitivně se závažností onemocnění a negativně s počtem let vzdělání (vzdělání jako protektivní faktor kognitivních funkcí, který takto snižuje skóre komunikačních deviací). Limity práce spočívají v její nízké generalizovatelnosti a malé reprezentativnosti, výběrový soubor se skládá pouze z hospitalizovaných pacientů. Práce přináší první náhled na komunikační deviace v českém jazykovém prostředí a nabízí na základě analýzy komunikačních deviací možnou cestu, jak lépe zaměřit terapii či psychosociální intervence u osoby s tímto onemocněním.

Klíčová slova: schizofrenie, komunikační deviace, Tematický apercepční test, komunikace

Příloha 3: Thesis Abstract

Title: Communication Deviance in People with Schizophrenia

Author: Mgr. Kristýna Bajerová

Supervisor: PhDr. Kristýna Hosáková, Ph.D.

Number of pages and characters: 82 pages, 97 606 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 59

Abstract: Schizophrenia is a mental disorder which can be connected to thought disorder and can manifest through peculiarities in speech. Singer and Wynne described this as a concept of communication deviance in people with schizophrenia and their relatives and as oddly worded, unclear and fragmented speech which makes it difficult for the speaker and listener to share a common focus of attention and meaning while communicating. Aim of this study was to describe communication deviance in 41 patients with schizophrenia rated in verbatim transcripts of projective test protocols such as the Thematic Apperception Test (TAT) and determine whether demographics are related to communication deviance. Results revealed that patients most often misperceived or did not mention the main element of a TAT card. There had been some closure problems, peculiarities in speech and communication were unintelligible. This can be seen as a reflection of deficits in attention, executive functions and thought and speech disorders. Results showed that communication deviance is significantly negatively related to length of education (education is viewed as a protective factor of cognitive functions, decreasing score of communication deviance). Communication deviances are significantly positively related to a severity of the illness. Limits are seen in low generalisability and low representativeness, due to sample consisting only of hospitalised patients. This study brings the first view into a communication deviance in the Czech language environment and offers a possibility how to more clearly target a proper therapy or a psychosocial intervention based upon analyses of a communication deviance in a person with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, communication deviance, Thematic Apperception Test, communication

Příloha 4 Shrnutí kategorií CD

Tabulka 5 Shrnutí kategorií CD

OBLAST PROBLÉMU	KÓDOVACÍ KATEGORIE		POPIS A OBSAH
UKONČOVÁNÍ PŘÍBĚHU	(1) Fragменты slov, frází a myšlenek		Řeč složená z dílčích fragmentů
	(2) Nesrozumitelné pasáže		Myšlenky nejsou řečeny jasně či vyznívají nejasně
	(3) Výpovědi formou otázky, posluchač je požádán o poskytnutí významu		Osoba je nejistá, příběh nebo objekt nepopisuje jistě a jednoznačně
	(4) Nedokončený příběh		Nedokončené myšlenky, neposkytnuté konce, doznívání
	(5) Nulová spontánní zmínění hlavního percepčního elementu		Vynechání hlavního vjemu (např. housle z tabule 1)
	(6) Velká nejistota týkající se hlavních percepčních elementů		Nejistota týkající se zjevných věcí (jestli je to žena či muž)
	(7) Kontradikce či inkonzistence		Jakýkoliv výrok negující předcházející výpovědi

	(8) Negativní výroky		Popisování něčeho ve smyslu, co to není
	(9) Užití podmiňovacího způsobu		Výpovědi jsou v podmiňovacím způsobu
	(10) Nezačlenění elementů		Neschopnost začlenit všechny důležité aspekty z tabule do integrovaného příběhu
	(11) Nezmínění osoby z tabule 2		Nezmínění osoby
	(12) Přisuzování intencí tabulím		Odpovědi jsou řečeny ve stylu „co se umělec snažil nakreslit“ nebo „co výzkumník očekává“
	(13) Konce příběhu: „Doufám, že ...“		Zakončení příběhu je vyjádřeno jako něco, v co doufá
	(14) Konce příběhu: „Nevím, ...“		Osoba se vzdává odpovědnosti poskytnout zakončení příběhu

OBLAST PROBLÉMU	KÓDOVACÍ KATEGORIE		POPIS A OBSAH
RUŠIVÉ CHOVÁNÍ	(15) A další problémy s dokončením příběhu		Jiná selhání v dokončení příběhu
	(16) Přerušeni úkolu		Přerušeni sebe či experimentátora v průběhu příběhu
	(17) Zvláštní postoj k úkolu		Plnění úkolu dle vlastního zadání (např. psaní příběhu namísto vyprávění; spojování všech příběhů do jednoho)
	(18) Otázky k zadání po započetí příběhu		Opakované ujišťování se u examinatora po sdělení instrukce
	(19) Asociace k vlastní osobě, které nejsou součástí příběhu		Vzpomínky na vlastní zkušenost
	(20) Zamotané odpovědi na otázky examinatora		Nepodstatné poznámky (např. diskuze o současných událostech)

OBLAST PROBLÉMU	KÓDOVACÍ KATEGORIE		POPIS A OBSAH
ZVLÁŠTNÍ PERCEPCE A VERBALIZACE	(21) Chybné vnímání tabule		Některé části tabule nejsou vnímány správně (např. na tabuli 1 vnímá housle jako zbraň)
	(22) Připisování idiosynkratických významů detailům		Některým detailům jsou připisovány bizarní významy zřejmě jen danému jedinci
	(23) Zvláštní frázování a užití slov		Nevhodné, zvláštní použití slov či frází
	(24) Přerěknutí		Neopravená přerěknutí
	(25) Zvláštní usuzování jakéhokoliv druhu		Neobvyklé a nelogické usuzování o událostech a vjemech
	(26) Opakování slov, vět a myšlenek		Perseverace některých prvků řeči nebo myšlenek
	(27) Nesprávné užití abstraktních slov		Užití slov k vyjádření jiného významu, nebo jsou užívány vágně

OBLAST PROBLÉMU	KÓDOVACÍ KATEGORIE		POPIS A OBSAH
DALŠÍ FORMÁLNÍ CHARAKTERISTIKY	(28) Průměrný reakční čas		Čas, který uběhne, než začne vyprávět po podání tabule
	(29) Index délky příběhu		Počet řádků či počet slov

