

Masarykova univerzita

Filozofická fakulta

Psychologický ústav

Psychologie

Mikuláš Jakubů

**Vztah škály sociální kognice a objektních vztahů s kognitivním deficitem
u osob se schizofrenií**

Magisterská diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Humpolíček, Ph.D.

Konzultant práce: Mgr. Jiří Michalec

Brno 2018

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval
samostatně s využitím uvedených pramenů literatury.*

.....

Podpis autora práce

Chtěl bych poděkovat vedoucímu své práce PhDr. Pavlu Humpolíčkovi, Ph.D., za cenné rady a zejména pak Mgr. Jiřímu Michalcovi za vše ostatní. Svůj dík bych chtěl také vyjádřit svým blízkým, především pak své přítelkyni.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	7
1 Schizofrenie.....	7
1.1 Historie	7
1.2 Definice	8
1.3 Klinický obraz	8
1.3.1 Pozitivní příznaky.....	9
1.3.2 Motorické poruchy	12
1.3.3 Negativní příznaky	12
1.3.4 Kognitivní příznaky.....	13
1.4 Klasifikace.....	15
1.4.1 Formy onemocnění.....	15
1.5 Diferenciální diagnóza.....	18
1.6 Epidemiologie, etiologie a patogeneze.....	18
1.6.1 Etiopatogeneze	19
1.7 Průběh.....	20
1.8 Léčba	23
1.8.1 Antipsychotika.....	23
1.9 Kognitivní deficit	25
1.9.1 Inteligence	25
1.9.2 Paměť	25
1.9.3 Jazyk a řeč	27
1.9.4 Pozornost.....	28
1.9.5 Exekutivní funkce.....	29
2 MATRICS	30
2.1 Vznik	30
2.2 Obsah.....	31
2.3 Využití v České republice	32
3 Projektivní metody	33
3.1 Dělení projektivních metod	34
3.1.1 Verbální metody	34
3.1.2 Grafické metody	36
3.1.3 Metody volby	36
3.2 Kritika projektivních metod	37
4 TAT	38
4.1 Historie	38

4.2	Administrace	39
4.3	Interpretace	40
4.4	Skórovací systémy	41
5	SCORS	43
5.1	Vznik a vývoj	43
5.2	Východiska	45
5.3	Využití	45
5.4	Hodnocení	47
5.5	Reliabilita a validita	48
	Výzkumná část	49
1	Cíl výzkumu	49
2	Výzkumné hypotézy	50
3	Popis zkoumaného souboru osob	51
4	Plán výzkumu	53
5	Výsledky a interpretace dat	55
5.6	Popis jednotlivých subškál a jejich výsledků	55
5.6.1	Komplexnost reprezentací druhých (COM)	55
5.6.2	Afektivní kvalita reprezentací (AFF)	57
5.6.3	Emoční vklad do vztahů (EIR)	58
5.6.4	Emoční vklad do hodnot a morálních norem (EIM)	59
5.6.5	Porozumění sociální kauzality (SC)	61
5.6.6	Zbýlé subškály	62
5.7	Vztahy mezi jednotlivými testy MCCB a dimenzemi SCORS	64
5.7.1	Testování normality rozložení dat	64
5.7.2	Odlišnost pacientů na základě míry kognitivního deficitu	65
5.7.3	Vztah mezi kognitivními doménami a subškálami SCORS-G	65
5.7.4	Rozlišování kognitivního deficitu na základě TAT tabulí	69
6	Diskuze	72
6.1	Limity	79
	Závěr	81
	Zdroje	82
	Přílohy	88
	Seznam příloh	88
	Seznam tabulek	88
	Seznam grafů	88
	Seznam zkratk	89

Úvod

Schizofrenie je závažným psychotickým onemocněním, které omezuje jedince v mnoha aspektech jeho života. Jedním z projevů je deficit na úrovni kognitivních funkcí, který ovlivňuje také sociální kognici. Ta může být společně s objektními vztahy měřena metodou Tematicko-apercepčního testu (TAT) pomocí skórovacího systému Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS).

Diplomová práce se bude věnovat porovnáváním výsledků z nejnovější verze Škály sociální kognice a objektních vztahů (SCORS-G) se standardizovanou testovou baterií MCCB (MATRICS Consensus Cognitive Battery), která byla vyvinuta pro účely komplexního posouzení kognitivních funkcí u osob se schizofrenií. V dnešní době je tato baterie považována celosvětově za standard ve výzkumu kognitivního deficitu u osob se schizofrenií. Naším předpokladem je, že celková úroveň kognitivních funkcí je spojena také s výsledky v TAT a to ve smyslu, že více kognitivně deficitní pacienti budou na škále SCORS-G mít horší výsledky, než pacienti méně deficitní.

V teoretické části práce se budeme věnovat schizofrenii a s ní spojenému úbytku kognitivních funkcí, dále také projektivní metodě TAT, kterou jsme při sběru dat využili. V poslední řadě se naše pozornost zaměří na teoretické koncepty, ze kterých vychází škála SCORS-G, její využití, obsah a přínosnost. Ve výzkumné části se pak zaměříme na skupinku osob se schizofrenií, u nichž budeme porovnávat získané informace z našeho sběru dat.

Teoretická část

1 Schizofrenie

1.1 Historie

První zmínky o stavech podobných schizofrenii jsou staré již 3400 let, v té době byly připisovány dílu d'áblovu a projevovaly se například oplzlostí, svlékáním se do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby chování. Postupně se také v dějinách objevují zmínky o dalších projevech schizofrenie, jako například u proslulého lékaře Aretaia z Kappadokie nebo Sorana z Efozu. Postupně tyto střípky do sebe začali skládat evropští psychiatři 19. století. V roce 1853 Benedict Morel detailně popsal psychózu, začínající v období adolescence, která vyústila demencí. Pojmenoval ji *démence précoce* (Smolík, 2002).

Termín *dementia praecox* pak byl poprvé použit v šestém vydání učebnice psychiatrie německým psychiatrem Emilem Kraepelinem, který tak pojmenoval jednu ze dvou kategorií „šílenství“ (tou druhou byla maniodepresivní porucha). *Dementia praecox* se vyznačovala deteriorací intelektových funkcí u mladých pacientů a zahrnovala skupinu příznaků hebefrenních, paranoidních a katatonních, čímž byly položeny nejen základy moderní psychiatrie, ale také samotného zkoumání schizofrenie. Tento název se poprvé objevil (a tak nahradil dosavadní Kraepelinův termín) v roce 1911, v práci švýcarského psychiatra Eugena Bleuera, který se domníval, že pro tuto skupinu nemocí je jednou z nejdůležitějších charakteristik rozštěp různých psychiatrických funkcí (z řeckého *schizein* – rozštěp, *phren* -mysl) (Banksová Motlová & Španiel, 2017).

Kraepelin původně pod svůj termín zahrnoval onemocnění, která se objevovala už v mladším věku spolu s nepříznivou prognózou a celkovým předčasným psychickým úpadkem osobnosti. Naopak Bleuer schizofrenii považoval, v souladu s dnešním pohledem, spíše jako etiologicky heterogenní onemocnění s různorodou symptomatikou, než jako věkem ohraničené a demencí končící organické onemocnění (Smolík, 2002).

1.2 Definice

„Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizovaná fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita 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 osobnosti, jedinečnosti a sebekontroly. Jedinec má často pocit, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známá jiným osobám nebo je jimi sdílena, a mohu se rozvinout bludy, vysvětlující tento pocit jako následek působení přirozených nebo nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy trpícího jedince často bizarním způsobem. Průběh schizofrenie může být kontinuální nebo epizodický, nebo je charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi.“

(Smolík, 2002, s. 153)

1.3 Klinický obraz

Pro správnou diagnostiku schizofrenie je důležité rozpoznat řadu symptomů, které jsou pro schizofrenii charakteristické. Pro toto onemocnění prozatím neexistuje žádná spolehlivá metoda, jak určit, zda se jedná u dotyčného o schizofrenii nebo jiné onemocnění. Symptomy jsou často nespecifické a mohou se vyskytovat u více onemocnění, je tedy potřeba se důkladně seznámit s kritérii pro stanovení diagnózy. Tyto symptomy můžeme dělit do několika základních skupin, pod které spadají jednotlivé příznaky schizofrenie. Jedná se o příznaky psychotické neboli pozitivní, dále jsou to poruchy motivace a iniciativy neboli negativní příznaky, pak poruchy kognitivních, poznávacích funkcí a nakonec příznaky afektivní, jako jsou symptomy depresivní nebo manické (Höschl et al., 2002). Níže v textu budou jednotlivé druhy symptomů popsány podrobněji, ještě bychom ale měli doplnit, že klinický obraz schizofrenie doprovázejí často nespecifické symptomy, jako jsou úzkosti, pocity napětí a poruchy spánku.

1.3.1 Pozitivní příznaky

Britský psychiatr T.J. Crow v roce 1980 navrhl rozdělení pacientů se schizofrenií podle výskytu pozitivních a negativních příznaků do typu I a typu II. Tato klasifikace ovlivnila současnou psychiatrii a rozdělila příznaky do výše zmiňovaných okruhů. Pozitivní příznaky jsou ty, které negativně obohacují jedincovo prožívání a podle Motlové Banksové a Španiela (2017) mezi ně v první řadě patří halucinace, bludy, dezorganizace, poruchy motoriky a ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek. Poslední zmíněný příznak se pak souhrnně označuje jako intrapsychická halucinace.

1.3.1.1 Halucinace

Halucinace jsou nejzávažnější poruchou vnímání a můžou postihnout všechny smysly. Je možné charakterizovat je jako „šalebné“ vjemy, které nemají oporu v realitě, přičemž pacient se schizofrenií je o jejich pravosti nevývratně přesvědčen (Svoboda et al., 2006). U schizofrenie se nejčastěji vyskytují sluchové halucinace, a to v téměř 50 %. Druhými nejpočetnějšími jsou halucinace zrakové (15 %) a pak taktilní (6 %) (Banksová Motlová & Španiel, 2017). Hlasy mohou pacienti vnímat jako přikazující jim něco udělat (halucinace imperativní), ty jsou velice nebezpečné, jelikož mohou nemocného navádět k agresivnímu chování jak vůči okolí, tak i vůči sobě samému. Z dalších sluchových halucinací se pak ještě častěji vyskytují hlasy radící či kritizující (teleologické halucinace) a antagonistické halucinace, které spočívají v tom, že nemocný slyší více hlasů, které s ním buďto sympatizují nebo s ním nesouhlasí. Každý z hlasů dává opačné instrukce (Svoboda et al., 2006). V následující tabulce jsou uvedeny možné formy halucinací vyskytujících se u schizofrenie.

Tab. 1 Halucinace - schizofrenie

Sluchové (hlasy)	Zpravidla jeden nebo více hlasů, nepříjemný obsah, hovořící o pacientovy ve 3 osobě, nepřetržitě komentující pacientovy myšlenky či chování.
Zrakové (vidiny)	Velikost halucinovaného objektu může být menší (mikropsie), větší (makropsie), objekt se může jevit známý a reálný (děja vu a derealizace), nebo bizarní.
Taktilní	Pacient mluví o dotecích, často v kontextu s bludy vnitřní kontroly.
Čichové a chuťové	Pacienti cítí příjemné vůně či nepříjemné pachy.
Intrapsychické halucinace	Přesvědčení, že jsou dotyčným do hlavy vkládány cizí myšlenky, případně z ní odebírány myšlenky vlastní
Verbálně motorické Séglasovy	Přesvědčení, že někdo cizí hovoří pacientovými ústy a vkládá mu do úst slova, která by sám neřekl

(Banksová Motlová & Španiel, 2017)

1.3.1.2 Bludy

Přítomnost bludu vždy poukazuje na vážný psychický problém. Jedná se o poruchu myšlení, která je charakterizována mylným přesvědčením, o jehož pravdivosti je ale nemocný přesvědčen. Při vzniku hraje významnou roli mylná interpretace okolního prostředí. Bludy jsou spojeny s pacientovou individualitou, jelikož „vyvěrají“ z jeho vnitřního prostředí a výrazným způsobem ovlivňují myšlení dotyčného. Bludů je velké množství a nejčastěji se dělí podle obsahu na bludy makromanické, mikromanické, paranoidní a některé další bludy (Svoboda et al., 2006). Během vývoje schizofrenního onemocnění se vyskytují u drtivé většiny nemocných. Blud vniká postupně a má většinou nějaký časový vývoj, vzniká nejprve myšlenkou přecházející v blud, který se může nakonec transformovat do složitějšího systému bludů (Doubek, 2013). U schizofrenie se zpravidla rozvíjí pocity vztahovosti a pronásledování, přecházející do paranoidního bludu.

Pro schizofrenii jsou nejčastěji charakteristické bludy bizarní, které jsou většinou již na první pohled nepravděpodobné, nepochopitelné a vymykající se běžné zkušenosti. Za takové se nejčastěji považují bludy, které se týkají ztráty kontroly nad myslí nebo tělem (Höschl et al., 2002).

1.3.1.3 Dezorganizace

Výsledkem poruchy formy myšlení u nemocného může být dezorganizace řeči i chování. Narušené myšlení se pak promítá do řečového projevu, který často bývá nesouvislý, někdy až v takové míře, že vůbec nerozumíme pacientovu slovnímu projevu (Doubek, 2013). Nemocný si tak vytváří svůj vlastní jazyk, kterému často rozumí jen on sám, příkladem toho mohou být neologismy, což jsou pacientem vymyšlené pojmy, kterým rozumí jen on sám. Vyjadřovací schopnosti jsou omezeny, a tak je často komunikace s pacientem velmi obtížná, až nemožná. V tabulce 2 jsou uvedeny další příklady související s dezorganizací myšlení, Poruchy myšlení se také promítají v dezorganizaci chování. To ovlivňují komplexy vlastních bludů a halucinací. U nemocného se pak mohou objevovat prvky neklidu, neadekvátního afektu, zrychleného psychomotorického tempa, agitovanosti nebo různého bizarního chování. To se může projevit jako zanedbání péče o vlastní zevnějšek nebo zvláštnostmi v oblékání. Pacient také nedokáže dodržovat jakýkoliv denní režim, toulá se a často nepřijímá ani potravu (Doubek, 2013).

Tab. 2 Poruchy řečového projevu

Ztráta asociací a tangencialita	Neschopnost udržet téma konverzace, nesystematické odbíhání z jednoho tématu do druhého
Inkoherence	Věta postrádá smysl a gramatické vazby
Zárazy	Myšlenka zůstane nedopovězena
Echolálie	Opakování slov, které říká doktor
Mutismus	Nemluvnost
Verbigerace	Opakování slov beze smyslu

1.3.2 Motorické poruchy

Schizofrenie je onemocnění, u kterého se mimo jiné vyskytují i poruchy motoriky. Typický pro schizofrenii je takzvaný katatonní syndrom. Můžeme ho rozdělit do dvou skupin na produktivní (manýrování atd.) a neproduktivní (stupor, negativismus, atd.) příznaky. Motorické příznaky formují důležitou doménu patofyziologie u schizofrenie, které se v dnešních výzkumech nevěnuje až tolik pozornosti. Projevují se motorickými abnormalitami s různou mírou jejich závažnosti (Walther, 2012).

1.3.3 Negativní příznaky

Na rozdíl od pozitivních příznaků, jsou ty negativní charakterizovány ztrátou, změnou nebo redukcí běžného chování či normálně fungujících duševních funkcí. Tento poznatek byl popsán již Kraepelinem a Bleuerem, kteří negativní symptomy považovali za základní příznaky schizofrenie (Andreasen, 1997). Jsou typické narušením afektivity a emotivity, dále problémy v sociální interakci, s motivovaným chováním a další. Větší závažnost těchto příznaků v počátečních stádiích onemocnění je spojována s nepříznivým průběhem onemocnění a horší prognózou (Crow, 1995). Neurobiologické mechanismy, které dávají vzniknout pozitivním a negativním příznakům, mají s největší pravděpodobností rozdílnou etiopatogenezi. Příčiny, jež se podílí na vzniku pozitivních symptomů, jsou spíše způsobovány nerovnováhou mozkových neurotransmiterů, kdežto u negativních příznaků lze mluvit více o narušení určitých mozkových oblastí, které se podílejí na tvorbě těchto příznaků (Crow, 1995).

Bylo definováno pět základních klinických kategorií negativních příznaků, mezi něž patří poruchy komunikace, narušení afektivity, zhoršená schopnost socializace, snížené schopnosti radovat se a narušená motivace (Příkryl & Kučerová, 2008).

„Porucha komunikace (alogie) představuje ochuzení řeči, pacient hovoří málo či řeč je obsahově chudá. Narušení afektivity (oploštělá afektivita) znamená omezení rozsahu emotivity společně se ztrátou nonverbální komunikace. Zhoršená schopnost socializace (asocialita) vede k omezení sociálního života a kontaktů, pacient má málo přátel, většinu času

tráví osamocen, má nízký zájem o partnerské vztahy, včetně sexuálních aktivit. Snížení schopnosti se radovat (anhedonie) znamená neschopnost vyjadřovat radost, mít z něčeho potěšení, užívat si osobních zájmů. Snížená motivace (abulie) je charakterizována sníženou touhou, potřebou, pacienti mají problém podstoupit a dokončit běžné denní povinnosti a úkoly, mohou mít i nedostatečnou péči sami o sebe, o svůj zevnějšek, včetně osobní hygieny.“

(Příkryl & Kučerová, 2008, s. 351)

Negativní příznaky můžeme také dělit na primární a sekundární, přičemž primární jsou ty, které se objevily již před antipsychotickou léčbou a můžeme je tedy považovat za jednu ze základních disfunkčních jednotek u schizofrenie (Peralta, 2000).

Přítomnost negativních příznaků je úzce spojena s afektivními příznaky, i s kognitivním deficitem, který se při schizofrenním onemocnění objevuje. Vliv a dopad na pacientův sociální a pracovní život pak mají tyto faktory vyšší, než příznaky pozitivní (Dickerson et al., 1999). Antipsychotika druhé generace sice oproti generaci první mají určitý vliv i na negativní příznaky, stále je ale jejich efektivita nízká, a proto je pacientův návrat do premorbidního stavu nedosažitelný (Fleischhacker, 1995).

Negativní příznaky jsou klinicky těžko rozpoznatelné, jelikož nejsou oproti těm pozitivním zřejmé na první pohled. Tyto symptomy mohou být často nevýrazné i v premorbidním stádiu a není je lehké po jejich úbytku rozeznat (Příkryl & Kučerová, 2008). Proto jsou také léčebně hůře ovlivnitelné, než příznaky pozitivní.

1.3.4 Kognitivní příznaky

Odlišit od sebe kognitivní deficit s negativními příznaky je složité, protože se z velké části překrývají. Sdílí spolu mnoho společných charakteristik, jako je jejich prevalence, význam, ale také například jejich souvislost s aspekty všedního fungování. Oproti pozitivním příznakům jsou relativně stabilní v čase a společně s negativními příznaky jsou spojovány s horší prognózou schizofrenie. Existuje pozitivní korelace mezi kognitivním deficitem a negativními příznaky, která se vyskytuje u všech věkových kategorií (Příkryl & Kučerová, 2008). Negativní symptomy a kognitivní deficit u schizofrenie mají mnoho společného, a proto se nabízí otázka ohledně jejich léčby. Současná antipsychotika mají pouze omezený vliv na tyto dvě základní domény schizofrenie. Díky jejich přesahu je ale možné při použití

náhrazkové či doplňující farmakoterapie ovlivňovat oba dva aspekty a dosahovat tak měřitelného zlepšení jak u negativních, tak i u některých kognitivních příznaků (Levkovitz et al., 2010, Meyer et al., 2011). Úbytek kognitivních schopností můžeme pozorovat u pacientů již v dětství před první psychotickou atakou. Další jeho prohloubení se pak odehrává v prodromální fázi první epizody (Tůma, 2008). U dospělých se schizofrenií často bývá opožděný vývoj řeči v dětském věku (Bearden et al., 2000).

Podrobněji se budeme věnovat formám kognitivního deficitu u schizofrenie v kapitole Kognitivní deficit.

1.4 Klasifikace

1.4.1 *Formy onemocnění*

Ještě než si představíme různé formy schizofrenie tak, jak jsou vypsány v 10. revizi publikace Mezinárodní klasifikace nemocí, je potřebné zmínit, že v 5 vydání Diagnostického a statistického manuálu se již od těchto kategorií (paranoidní, neorganizovaná, katatonní, nediferencovaná a reziduální) upustilo, z důvodů jejich limitované diagnostické stability, nízké reliability a validity. Hlavním důvodem je nestabilita jejich podmínek, a proto se v DSM-5 objevuje kapitola Schizofrenního spektra a dalších psychotických poruch (Dragašek, 2014). Tyto změny se zejména dotýkají zlepšení klinické diagnostiky a následné léčby. Z těchto změn pak těží nejen lékaři, ale i samotní pacienti. Je potřebné zmínit ale i kritické hlasy, které se na adresu předloženého konceptu vyjadřují, zejména v souvislosti s nedostatečným zpracováním etiopatogenetických souvislostí. Očekává se, že v dalších revizích bude i tento model nahrazen lépe vyhovujícím (Dragašek, 2014).

1.4.1.1 *Paranoidní schizofrenie – F20.0*

Jedná se o nejčastější formu schizofrenie. Je doprovázena paranoidním (halucinatorním) syndromem, který je charakterizován nejčastěji bludy perzekucními a vztahovačnými. Může mít pozvolný nástup, charakterizovaný postupným rozvojem bludného smýšlení, který je oproti nástupu náhlému složitější pro léčbu. Současně se také objevují halucinace, zpravidla sluchové, můžou být i ale jiných smyslů. Vyskytuje se většinou v podobě epizod, které jsou následovány narůstajícími rezidui. V menší míře bývá i průběh kontinuální (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

1.4.1.2 *Hebefrenní schizofrenie – F20.1*

Onemocnění se vyskytuje v pubertálním věku, kdy zvýrazňuje prožívání tohoto vývojového období. Rozvíjí se pozvolna a pouze velmi zřídka mívá náhlý nástup. Porucha se projevuje plynulým přechodem do hypomanické nálady, která je obohacena nepatřičným vtipkováním. Dalšími projevy jsou plané filozofování a záliba hloubání se v záhadách.

Nemocní pak okolnímu světu připadají jako podivíni. Časem dochází k deterioraci a emočnímu ochuzení (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

1.4.1.3 Katatonní schizofrenie – F20.2

Tato forma schizofrenie byla poprvé popsána v roce 1874. Jejím charakteristickým znakem jsou poruchy a narušení v oblasti psychomotoriky, zejména pak hypokinetický a hyperkinetický syndrom. Tato forma onemocnění je poměrně neobvyklá, ale její prognostická hodnota je nejpozitivnější. Příznaky se projevují v rozsahu stuporózní, až produktivní (manýrování, grimasování, inkohherentní řeč) (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

1.4.1.4 Nediferencovaná schizofrenie – F20.3

Tato forma onemocnění splňuje kritéria schizofrenie, není ji ale možné díky nesourodým příznakům z kategorií hebefrenních, paranoidních a katatonních příznaků zařadit do pouze jedné kategorie.

1.4.1.5 Postschizofrenní deprese – F20.4

Jedná se o poruchy, u kterých po odeznění schizofrenních příznaků zůstává depresivní nálada. Je zde zvýšené riziko sebevraždy (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

1.4.1.6 Reziduální schizofrenie – F20.5

Jedná se o chronické stádium schizofrenie přetrvávající po odeznění akutní psychotické ataky. Je charakterizováno značným výskytem negativních příznaků jako oploštěná afektivita, zpomalené psychomotorické tempo a snížená reaktivita, nedostatek iniciativy, málomluvnost, snížená sociální výkonnost a další. Její podstatou jsou příznaky, které již byly pozorovatelné před první atakou, jako prodromy onemocnění. Dříve se této formě říkalo postpsychotický defekt. (Höschl et al., 2002; Smolík, 2002).

1.4.1.7 Simplexní schizofrenie – F20.6

Změny chování lze vysvětlit postupným stahováním se ze vztahů s okolním světem. Pacient rezignuje na volní snahu a ztrácí schopnost zvládat složitosti každodenních situací. V projevu nemocného můžeme nalézt obtíže neurotického charakteru, jako úzkosti a nespokojenost (Höschl et al., 2002).

Tato forma má progredientní charakter a často končí jako reziduální schizofrenie s defektem. Díky tomu bývá její diagnostika velice obtížná (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Pro úplnost zde zmíníme i další poruchy, patřící do stejné kategorie jako schizofrenie

F21 – Schizotypní porucha

F22 - Trvalé duševní poruchy s bludy

F23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy

F24 – Indukovaná porucha s bludy

F25 – Schizoafektivní poruchy

1.5 Diferenciální diagnóza

Vzhledem ke složitosti a variabilitě příznaků onemocnění jakým je schizofrenie, není v dnešní době možné mít takovou laboratorní metodu, která by prokazatelně schizofrenii onemocnění potvrdila. Proto se některým pacientům časem jejich diagnóza mění. Při diferenciální diagnóze schizofrenie tedy musíme vzít v potaz další neafektivní psychózy (např.: schizoafektivní porucha, porucha s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, psychotické poruchy nespecifické), afektivní psychózy (bipolární porucha s psychotickými příznaky, velká depresivní porucha s psychotickými příznaky), psychotické poruchy navozené psychoaktivními látkami (alkohol a jiné substance) a psychotické poruchy nasedající na tělesné onemocnění (Banksová Motlová & Španiel, 2011).

1.6 Epidemiologie, etiologie a patogeneze

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se vyskytuje bezmála na celém světě. Vyšší prevalence byla zjištěna u izolovaných skupin na severu Finska a Švédska, běžně se ale pohybuje mezi 1,4-4,6 na 1000 osob (Motlová & Koukolík, 2004). Jinak ale prevalenci schizofrenie neovlivňuje v podstatě žádná jiná proměnná, kromě věku. Pro muže je typický nástup schizofrenie mezi 15. až 25. rokem věku, s čímž jsou spojeny větší komplikace, než u žen (25. až 35. rokem), jelikož onemocnění nastupuje v době, kdy nemocný nedosáhl ještě úplné psychosociální zralosti, což se pak může projevovat na míře daného deficitu. (Látalová et al., 2013). Kvůli svému chronickému průběhu se řadí schizofrenie celosvětově mezi jedno z deseti nejvýznamnějších onemocnění, které ústí v trvalou invaliditu (Svoboda et al., 2006).

U pacientů se schizofrenií se vyskytuje vyšší suicidální riziko než v běžné populaci. Největší risk je připisován iniciálnímu stádiu schizofrenie. Celoživotní riziko je pak zhruba 7 %. (Látalová et al., 2013).

1.6.1 Etiopatogeneze

U pacientů se schizofrenií se objevuje porucha atribuce. Ta je spojena s narušenou selektivní pozorností, díky níž je nemocný neschopen rozlišovat nerelevantní podněty a je jejich množstvím zahlcen. Kvůli tomu je pacient přesycen množstvím přijímaných informací z okolí a vytváří si bludná přesvědčení. (Látalová et al., 2013). Genetické faktory hrají důležitou roli při schizofrenním onemocnění. Přími potomci rodičů s diagnózou schizofrenie mají 10krát větší riziko onemocnění. Ještě větší šance je u monozygotních dvojčat, kde je tato pravděpodobnost téměř 50 % (Češková, 2007). Vzhledem ke stejnému genetickému základu monozygotních dvojčat nemůžeme schizofrenii vysvětlit pouze na základě dědičnosti. Proto zde mluvíme spíše o zděděných dispozicích, které spolu s okolními vlivy, které na dotýčeného mohou působit již v prenatálním stadiu, mají za následek manifestaci psychotické ataky. (Látalová et al., 2013).

Rozvoj onemocnění tedy mohou ovlivňovat jak vnitřní, tak vnější faktory, které jsou ve vzájemné interakci. Vyskytuje se zde mnoho funkčních a strukturálních abnormalit. Ty můžeme zkoumat pomocí neurovizuálních metod a jsou spojeny s nižším objemem určitých mozkových oblastí, mozkovou asymetrií a úbytkem bílé hmoty (Češková, 2007). Dále byla pomocí EEG vyšetření zjištěna již výše zmíněná neschopnost potlačit irelevantní podněty z okolí a nesprávná funkce inhibice u interneuronových neurotransmiterů. (Látalová et al., 2013). Je prokázáno konzistentní narušení neurotransmiterového systému, nejvíce studovaným z nich je pak z etiopatogenetického hlediska ten dopaminový (Svoboda et al., 2006).

Za vnější faktor vzniku schizofrenie můžeme považovat v podstatě jakoukoliv nepříznivou situaci, která se projevuje v rozsahu biologického až psychosociálního stresu. Tato zátěž se pak může stát spouštěčem onemocnění. K propuknutí nemoci je tedy zapotřebí jisté dědičné vulnerability a spouštěče, kterým nemusí být pouze stresující okolnost, ale také užívání návykových látek (Látalová, et al., 2013).

Neurovývojová hypotéza vysvětluje vznik schizofrenie jako vývojové poruchy mozku. V prenatálním období budoucí pacienti se schizofrenií prodělali, zejména v průběhu druhého trimestru, nesprávnou formu vývoje mozku, což může být následkem jeho primárního poškození či nějakého patologického procesu. Vývoj mozku se za normálních okolností dokončuje koncem adolescence. To je i doba, kdy se schizofrenní onemocnění naplno

projevuje. Jistých příznaků si lze všimnout již dříve, ale teprve během rané dospělosti se díky neurobiologickým vlivům onemocnění klinicky manifestuje. Některé neuronové systémy, které prošly nesprávným vývojem, začnou selhávat a nejsou schopny vyrovnávat se s okolními požadavky, jako je například psychosociální stres (Weinberger, 1995; in Látalová et al., 2013). Neurovývojová hypotéza nebyla dosud nijak potvrzena, ale některé důkazy podporují její tvrzení (Cannon, 1997 in; Látalová et al., 2013).

1.7 Průběh

První projevy schizofrenie se objevují nejčastěji v období mezi 20. a 30. rokem života v průběhu dospívání nebo rané dospělosti, a to zpravidla v podobě akutní ataky psychotických příznaků. Onemocnění se v premorbidním stádiu nijak klinicky neprojevuje, zpětně lze ale zjistit u takovýchto jedinců latentní poruchy kognitivních funkcí, změny nálad a energie. První atace tak předcházejí prodromální nespecifické příznaky, které je možno vysledovat už od věku 15. let. Jak lze ale z výše popsanych příznaků soudit, často si je mladí lidé a jejich nejbližší vykládají jako normální chování dospívajících (Banksová Motlová & Španiel, 2011). Souvisí s tím často problémy ve škole, popřípadě v práci, horší soustředění, zvýšená iritabilita a čím dál častější konflikty s okolím, které dotyčného vnímá jako někoho jiného, než předtím. Komplikace pak tedy nastávají při určování začátku prodromálního stádia, kdy se mohou příznaky překrývat s charakterovými rysy jedince (Doubek, 2013).

Při dalším rozvoji psychotického onemocnění se objevují stále závažnější příznaky, jako hloubání nad detaily a maličkostmi, zvláštnosti v chování, vztahovačnost a další. Později se můžou začít formovat první bludné představy a halucinace a nakonec dojde k propuknutí samotné ataky (Doubek, 2013).

Ta je charakterizována obdobím objevujících se pozitivních, negativních i kognitivních příznaků. V klinickém obraze jedince s atakou, která zpravidla trvá okolo 6 měsíců, jsou nejvýraznější pozitivní příznaky halucinace a bludy. V období vrcholu psychotické ataky ztrácí obvykle dotyčný náhled na to, co se s ním děje a částečně i kontakt s realitou a bývá hospitalizován. Za na první pohled při vrcholu ataky viditelnými pozitivními příznaky jsou ukryty i ty negativní a kognitivní. Po залéčení pozitivní symptomy zpravidla po několika týdnech postupně vymizí, zatímco negativní a kognitivní teprve vrcholí a činí potíže pacientům propuštěným z nemocnice (Banksová Motlová & Španiel, 2017).

Schizofrenie je ve většině epizodické onemocnění, kdy se období atak střídá s ústupem příznaků, takzvaným obdobím remise. Opakovaná psychotická ataka se nazývá relaps, předchází jí časné varovné příznaky, tak jako tomu bylo u první epizody a její průběh je vesměs vcelku podobný první atace. V psychiatrické péči se snažíme o zamezení relapsů, protože s každou další atakou se pacientův celkový stav zhoršuje.

Včasná diagnostika, intenzivní rehabilitace a komplexní léčba nám umožňují zvýšit šanci pro udržení remise. Ohledně prognózy je potřeba pacientovi a jeho rodině vysvětlit, že schizofrenie nemusí vést k postupnému rozkladu osobnosti dotyčného, ale že je možné udržet stádium remise po zbytek života. Že je tedy schizofrenie léčitelné duševní onemocnění (Banksová Motlová & Španiel, 2017). Dlouhodobá prognóza pro jedince trpící schizofrenií je popsána v následující tabulce.

Tab. 3 Dlouhodobá prognóza

Necelá třetina (22-27%) nemocných se po první atace uzdrav úplně nebo téměř beze zbytku a epizoda onemocnění se již neopakuje
U třetiny nemocných probíhá onemocnění v atakách s reziduální psychopatologií mezi atakami
Více než třetina nemocných trpí dlouhodobě trvale progredujícím (chronickým) průběhem s kolísavou intenzitou téměř trvale přítomných příznaků onemocnění

(Doubek, 2013)

Průběh nemoci je individuální a není možné aplikovat závěry o jednom člověku na člověka druhého. Proto je i míra závažnosti prognózy u pacientů se schizofrenií rozdílná. Příznivější prognózu mají ti pacienti, jejichž onemocnění má náhlý začátek a převažují zde pozitivní příznaky. S převahou negativních příznaků a pomalým nástupem onemocnění je spíše spojena nepříznivá prognóza. Samozřejmě zde hrají také roli i další faktory jako rodina a stále zaměstnání (Doubek, 2013). V další tabulce je výčet faktorů ovlivňující prognózu schizofrenie, jak je ve své publikaci (2015) představují Slováková a kolektiv.

Tab. 4 Faktory ovlivňující prognózu

Prognostické faktory	Prognóza	
	Příznivá	Nepříznivá
Velikost postranních komor při zobrazování	Stacionární nález v čase	Progresivní zvětšování
Objem šedé hmoty zejména ve frontálním a levém temporálním laloku a thalamu	Stacionární nález v čase	Progresivní úbytek
Začátek onemocnění	náhlý	Plíživý
Odpověď na léčbu	Rychlá remise	Perzistující symptomy
Relapsy	Stabilní průběh	Opakovaně relabující
Délka neléčené psychózy	Kratší než 3 měsíce	Delší než 3 měsíce
Negativní symptomy	Méně vyjádřeny	Výrazně vyjádřeny
Vigilance, pozornost a pracovní paměť při první atace	Vyšší skóre	Nížší skóre
Adherence k léčbě	Pacient spolupracuje	Pacient nespolupracuje
Užívání marihuany	Abstinence	zneužívání
Premorbidní sociální adaptace	Dobrá	nedostatečná
Věk začátku onemocnění	Nad 18 let	Pod 18 let

V otázce prognózy nesmíme zapomenout na téma sebevražd. Je to jedna z hlavních příčin úmrtí pacientů se schizofrenií a je spojena se snahou uniknout bolesti, která se v mysli dotyčného objevuje. Ten sebevraždu často vidí jako jedinou možnou cestu úniku. Riziko sebevraždy je u diagnózy schizofrenie 8x vyšší než u běžné populace. 60-80 % nemocných má sebevražedné myšlenky, 40-60 % z nich se o sebevraždu pokusí a mezi 10-15 % ji dokoná. Proto je důležité, abychom podporovali pacienty v jejich spolupráci v léčbě, umožnili jim v tomto směru psychoedukaci s pomocí rodiny a blízkých nemocného a individuálně se zaměřili na „destigmatizační aktivity“ (Hadjipapanicolaou et al., 2014).

1.8 Léčba

Pro léčbu schizofrenie se užívá komplexního, individualizovaného přístupu, který je kombinací v počátcích onemocnění nezbytné farmakoterapie s psychosociálními programy či rehabilitačními technikami (Lecrubier et al., 2006). Při farmakologické léčbě antipsychotiky jde nejvíce o kauzální léčbu příznaků, u psychosociálních intervencí je cílem pomoci pacientům a jejich rodinám čelit nepříznivé situaci a podpořit pacienty při jejich integraci do komunity a nového začátku fungování ve společnosti (Češková, 2007).

Schizofrenie je onemocnění, jehož léčba je proces, který vyžaduje určité fáze. Akutní fáze má za cíl odstranění pozitivních příznaků, tedy co nejdřívejší podání antipsychotik (a poté jejich snížené dávkování), jejichž vliv na pacientův stav můžeme pozorovat již po prvním týdnu po užití. Jedná se o první epizodu nebo relaps. Ve stabilizační fázi, která následuje, usilujeme o pacientův návrat na premorbidní úroveň, s tím že musíme mít na paměti, že kognitivní deficit a negativní příznaky se zmírňují pomaleji než ty pozitivní. V udržovací (dlouhodobé) fázi léčby je pak cílem zabránit relapsu a dosažení a udržení remise. V této fázi jsou doporučovány minimální účinné dávky antipsychotik po dobu 2 let, v případě opakovaných psychotických epizod pak po zbytek života. Prevence relapsu je důležitá z cerebrotoxických, psychotoxických i sociotoxických důvodů. Dlouhodobá farmakologická léčba výrazně snižuje riziko relapsu. (Češková, 2009).

1.8.1 Antipsychotika

Základem léčby schizofrenie jsou antipsychotika. (Lecrubier et al., 2006). Na trhu jsou dva druhy antipsychotik, přičemž se dnes jednoznačně přikláníme k antipsychotikům 2. generace. Tyto léky první volby jsou také nazývány atypické. Jsou preferovány zejména z důvodu, že mají příznivější obraz nežádoucích účinků. Druhý typ jsou antipsychotika 1. generace neboli typická. Ty byly vyvinuty dříve, a tak se také potýkají s větším počtem nedostatků, negativních účinků a jejich závažností. Nicméně bývají používány stále například při rychlé potřebě nástupu sedativního účinku u akutní agitovanosti (Mohr, 2012).

Léčba antipsychotiky 1. generace (AP1G) neboli také klasickými neuroleptiky, umožnila v druhé polovině 20. století převrat v léčbě schizofrenie. Doba strávená pacienty

v léčbě se výrazně zkrátila a bylo jim umožněno navštěvovat ambulantní léčbu. AP1G byla velmi účinná při potlačování pozitivních příznaků, oproti léčbě těch kognitivních a negativních (Tůma, 2011). Hlavním důvodem pro využívání antipsychotik 2. generace (AP2G) je výrazně nižší riziko rozvoje extrapyramidové symptomatologie, nicméně je s nimi spojeno vyšší riziko metabolicky nežádoucích vlivů (Češková, 2009). Atypická antipsychotika jsou charakterizována lepší snášenlivostí a klinickou využitelností nejen u pozitivních, ale i u negativních, kognitivních i afektivních příznaků (Mohr, 2012).

Efekt klasických antipsychotik je založen na „blokádě postsynaptických dopaminových D2 a D3 receptorů.“ (Mohr, 2012). Nejčastějšími negativními důsledky jsou pak díky neselektivní blokádě dopaminových receptorů neurologické a endokrinní poruchy.

Co se týče komplexnosti léčby, nesmíme opomenout psychoterapeutické a psychosociální intervence. Stále jasněji se ukazuje, že pouze farmakologická léčba nemůže celý problém vyřešit. Mnoho pacientů stále bojuje s přetrvávajícími a farmakologickou léčbou neodstranitelnými symptomy, relapsy a kognitivním deficitem. Pacienti také selhávají v mezilidských situacích, sociálních rolích a jsou pozadu se svými sociálními dovednostmi. Mají problémy ve vztazích (Pěč, 2009). Výsledky z několika studií potvrzují účinnost psychoterapie, a to zejména psychodynamické a kognitivně behaviorální. Je zdůrazňována důležitost terapeutické aliance v ambulantní péči. Důležitá je také edukace rodin a podpora v zaměstnání (Lauriello, Lenroot & Bustillo, 2003). Pro úspěšnější zvládání nároků spojených se schizofrenním onemocněním je nejčastěji využíváno individuální psychoterapie, často se ale využívá i skupinové a rodinné terapie (Pěč, 2009).

1.9 Kognitivní deficit

1.9.1 *Inteligence*

Pacienti se schizofrenií mají v průměru nižší Inteligenční kvocient (IQ), než běžná populace. Tento rozdíl je patrný již před první psychotickou epizodou, kdy nemocní skórují v průměru hůře v některých testech inteligence, například jejich výkon je značně odlišný v subtestu Kódování u Wechslerovy inteligenční škály pro děti (Bowie & Harvey, 2006)

V rozsáhlé studii, které se účastnilo 5362 dětí, bylo později nalezeno 30 případů schizofrenie. Tito účastníci měli v anamnéze uveden zpomalený motorický vývoj, řečové vady a sklon k samotářství, až do mladšího školního věku. Čím starší pak jedinci byli, tím větší měli deficity v oblastech kognitivních funkcí, výsledky dosahovaly maximálně průměrného ohodnocení a dosažené IQ bylo také v porovnání s ostatními nižší. V adolescenci se pak přidávaly nápadné problémy v sociálním kontaktu (Obereignerů et al., 2011).

1.9.2 *Paměť*

U pacientů se schizofrenním onemocněním jsou téměř všechny složky paměti postiženy, ať už se jedná o paměť krátkodobou, či dlouhodobou. Správný chod paměti je předpokladem ke správnému fungování jedince. Paměť “je nezbytná pro naši orientaci osobou, místem a časem, umožňuje nám vnímání minulosti, přítomnosti a budoucnosti čili pocit kontinuity” (Motlová & Koukolík, 2004). Díky paměti jsme schopni se učit novým dovednostem a hodnotit je jako libé a nelibé, což nám umožňuje svým způsobem být samostatným a svobodným jedincem. O to všechno mohou pacienti přijít.

Problém, který je tradičně uváděn jako klíčový, je ten, že porucha paměti u osob se schizofrenií spočívá ve zhoršených schopnostech učení a vybavování. Potíž tedy nemusí být až tak v zapomínání již nabytých dovedností a znalostí, ale spíše v procesu reprodukce informací z paměti a v jejich vštěpování. To také potvrzuje například výzkum Daniona (2001; in Banksová Motlová & Španiel, 2017), kde ukazuje, že se implicitní paměť od kontrolní

skupiny neliší. Nicméně v dalším výzkumu Perry (2000; in Banksová Motlová & Španiel, 2017) poukázal na zvýšený reakční čas při vybavování z implicitní paměti, což lze ale přičítat pomalejšímu zpracování informací u pracovní paměti.

Důležitá je v tomto ohledu právě takzvaná pracovní paměť, což je „součást dlouhodobé paměti, do níž současně patří krátkodobá paměť“ (Sternberg, 2009). Bez této schopnosti může jedinec vlivem sníženého rozsahu paměti o nově nabyté informace celkem rychle přijít. Tato složka paměti je silně postižena u schizofrenního onemocnění, což je považováno za nevyvratitelný fakt (Preiss & Kučerová, 2006). Předpokládá se, že kapacita pro zpracovávání informací do pracovní paměti se dokáže za normálních okolností zaměřit na více informací. Při schizofrenii je tato kapacita limitována, a tak je pak pro dílčí část informace zapotřebí využívat i ty zdroje, které se při nepatologickém stavu podílejí na zpracování ostatních částí. Tím je tedy omezena jedincova schopnost analyzovat informaci komplexně, což vede k chybám kognitivního fungování a poruchám s tím spojeným. Někteří odborníci právě toto považují za jádro neurokognitivního postižení u schizofrenie (Rodriguez & Mohr, 2004).

Funkce sémantické i epizodické složky deklarativní paměti jsou také postiženy. Podle Kerna (2008) jsou to u explicitní paměti hlavně deficity ve verbálním učení a dlouhodobé paměti, u sémantické složky to jsou deficity v testech verbální fluence. Výzkumy dále považují i za jednu z příčin změnu objemu určitých mozkových oblastí, které se právě na těchto složkách paměti podílejí. Ovšem ať už se jedná o oboustranně zmenšený entorinální kortex nebo snížení objemu celého hipokampu (Motlová & Koukolík, 2004), proměnlivost a rozptyl ve výkonu svědčí pro fakt, že se jedná o jiný podklad poruch než u neurodegenerativních demencí.

Poruchy paměti u schizofrenie jsou nezávislé na délce trvání onemocnění, účincích medikace a závažnosti psychopatologie (Rodriguez & Mohr, 2004).

1.9.3 Jazyk a řeč

Pacienti se schizofrenií mají problémy se spontánní produkcí řeči. Testy měřící verbální fluenci zkoumají schopnost produkce slov ze specifické fonologické a sémantické kategorie a poukazují na oslabené ukládání verbálních informací, stejně tak jako na nedostatečné vyhledávání informací ze sémantických sítí. Pacienti tak mají problémy s vybavováním a užíváním slov (Kerns et al., 1999, Aloia et al., 1996; in Bowie & Harvey, 2006). Chroničtí pacienti spontánně produkovali významně méně slov, než pacienti s první epizodou schizofrenie (DeLisi, 2001).

Poruchy řečového projevu jsou spojeny s poruchami myšlení. Jistá souvislost je pak i s narušenými exekutivními funkcemi a pamětí. Při běžném používání řeči se vyskytují formální poruchy. Těmi jsou „neologismy, paralogie, poruchy asociací a syntaktické poruchy“ (Obereingerů et al., 2011). Na propojenost mezi kategoriemi kognitivního deficitu u pacientů se schizofrenií upozorňuje výzkum DeLisi (2001), kde se autoři domnívají, že poruchy řeči souvisí s poruchami exekutivních funkcí a paměťovým narušením.

Deficity spojeny se specificky lidskými aspekty jazyka mohou mít souvislost s dědičnou složkou schizofrenie, jelikož se v jisté míře vyskytovaly i u přímých příbuzných nemocného (DeLisi, 2001).

Někteří autoři jsou toho názoru, že poruchy řeči u schizofrenie jsou přímé a podobné afáziím, spíše se ale vědecká veřejnost přiklání k tomu, že poruchy řeči jsou důsledkem poškození jiných částí mozku a jsou tedy sekundárními symptomy schizofrenie (Svěrák, 2013). Poruchy řeči můžeme také dělit na ty s pozitivními a negativními příznaky. Mezi ty pozitivní můžeme s jistotou zařadit například inkoherentní řečový projev s gramatickými nepřesnostmi. Nemluvnost a bezobsažná řeč se pak řadí mezi ty negativní (Obereingerů et al., 2011).

Podle amerického psychiatra Timothyho Crowa (Banksová Motlová & Španiel, 2011) je schizofrenie cenou za to, že jsme se naučili řeči a vynalezli jazyk. Řeč vedla k asymetrii mozku a když je tato asymetrie málo vyjádřena, zvyšuje se riziko onemocnění schizofrenií. Tuto hypotézu se ale podařilo zpochybnit vědcům, kteří vypožorovali tyto „řečové“ asymetrie i u šimpanzů.

1.9.4 Pozornost

Stav bdělosti umožňuje udržet pozornost po nějakou dobu u daného úkolu. Při její poruše může vyústit v problémy v mezilidských vztazích a může zamezit pochopení složitějších instrukcí. Jednoduché aktivity jako čtení a sledování televize se pak můžou stát nezvladatelné (Green, 2000).

Deficit pozornosti je považován za jeden z jádrových příznaků schizofrenie (Carter et al., 2010) a Cornblatt (2003) jej pokládá za jádrový již v prodromální fázi onemocnění. Pozornost je narušena ve všech jejích složkách, konkrétně tenacita, koncentrace, rozsah, distribuce i přepojování. U paranoidních stavů dochází k její alteraci a zvýšená funkčnost pozornosti se pak projevuje ve spojitosti s paranoidním myšlením (Obereignerů et al., 2011).

Pro výzkum deficitu pozornosti se hojně využívá neurovizuálních metod. Ty ukazují, že při složitějších úkolech a mentálních operacích vykazují pacienti se schizofrenií signifikantně nižší kortikální aktivitu, než zdravé kontroly a naopak, při jednodušších úkolech statisticky významně vyšší (Karch et al., 2009). To dokazují i výsledky Eylera (2004), podle nichž je snížená koncentrace pozornosti zaviněna abnormálně vyšší aktivitou v oblasti pravého postcentrálního gyru, pravé mediální části temporálního laloku a levého cerebella, což poukazuje na neefektivnost a zvýšenou námahu, kterou musí nemocní při úkolech vynaložit. Celkově se tedy mozková aktivita při zkoumání pozornosti u pacientů se schizofrenií liší od zdravé populace hlavně v oblastech dorsolaterálního prefrontálního kortexu, insuly, anteriorního gyru cingulate, amygdaly, thalamu a cerebella (Liddle et al., 2006).

Pacienti se schizofrenií jsou při vyšetřeních často rozrušováni okolními podněty, což se projevuje na jejich narušené koncentraci pozornosti. Právě schopnost udržení a přesměrování pozornosti na potřebný objekt je u schizofrenie výrazně narušena (Preiss & Kučerová, 2006).

1.9.5 Exekutivní funkce

Exekutivní funkce zahrnují širokou škálu kognitivních procesů, které umožňují jedinci plánovat a anticipovat výsledky svého na cíl zaměřeného chování. Studie využívající neuropsychologických nástrojů u pacientů se schizofrenií ukazují, že nemocní mají problém téměř ve všech komponentech exekutivních funkcí (Bowie & Harvey, 2006). Základem těchto deficitů je „porušení funkce okruhů frontálních laloků skládajících se z kortoko-striato-palido-thalamických struktur“ (Obereignerů et al., 2011).

Mezi tyto deficity patří narušené plánování v kognitivní i motorické oblasti (Morris et al., 1995), volba chybné strategie pro řešení problémů a abstrakce (Palmer, 2009; in Obereignerů et al., 2011) a těžkosti při formování rámce k pochopení dvojznačných stimulů (Haunt et al., 1996).

Deficit exekutivních funkcí nijak nekoreluje s pozitivními příznaky, jak už jsme ale psali výše, v určitých bodech se překrývá s negativní symptomatologií (Bowie & Harvey, 2006). Poruchy exekutivních funkcí jsou považovány za důležité prediktory optimálního výkonu, které souvisejí se selháváním pacientů v každodenních situacích. Hrají tedy podstatnou roli při psychosociální rehabilitaci, která může mít vliv na délku hospitalizace. Snížená vlastní účast na léčbě je pak výrazně ohrožena (McKee et al., 1997).

2 MATRICS

Za účelem komplexního posouzení kognitivních funkcí u schizofrenie byla sestavena baterie testů MCCB. „*V relativně krátkém čase umožňuje zhodnocení sedmi pro schizofrenii klíčových kognitivních funkcí: mentální rychlost, pozornost/vigilance, pracovní paměť: neverbální i verbální, verbální učení, vizuální učení, myšlení a řešení problémů a sociální kognice.*“ (Bezdíček et al., 2015, s. 82).

2.1 Vznik

Testová baterie MCCB vznikla za účelem sjednotit metodiku výzkumu, který se zaměřuje na zlepšení kognice u schizofrenie a v současné době se jedná ve vyspělých zemích o nejrozšířenější baterii neuropsychologických testů pro diagnostiku kognitivního deficitu u schizofrenie, která je pokládána za standard ve výzkumu (Bezdíček et al., 2015). Výběrem testového materiálu byla pověřena Americkým národním institutem pro duševní zdraví nově vzniklá iniciativa Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS), jejímž cílem bylo: 1) identifikovat kognitivní domény, které by měly být součástí testové baterie, 2) vytyčit klíčová kritéria výběru testů pro konkrétní kognitivní funkce. Vybráno bylo sedm kognitivních domén na základě dostupné literatury a názorech expertů. Baterie nese název The MATRICS Consensus Cognitive Battery, ve zkratce MCCB (Green et al., 2004). Iniciativa na základě shody znalců definovala pět základních kritérií k výběru testů:

„vysoká test-retestová reliabilita testu (kterou například nesplňují testy s vysokým efektem nácviku), použitelnost testu k opakovanému měření (u některých testů požadavek na existenci paralelních forem testu), existující vztah mezi výkonem v testu a úrovní psychosociálního fungování, dobrá tolerance testů ze strany pacientů a praktičnost z hlediska administrace a vyhodnocení.“

(Bezdíček et al., 2015, s.82)

2.2 Obsah

Baterie MCCB obsahuje 10 testů, které se zaměřují na 7 vybraných kognitivních domén. Výkony v jednotlivých doménách se vždy posuzují jedním až třemi subtesty. V následující tabulce jsou testy vyjmenovány i se stručným popisem metody, jak je možné najít na oficiálních internetových stránkách konsorcia MATRICS.

Tab. 5 Testová baterie MCCB

Kognitivní funkce	Test	Popis
1. Mentální rychlost	Krátké vyšetření kognice u schizofrenie (BACS): symboly kódování	Časově ohraničené vyšetření, kdy má pacient doplnit čísla pod symboly podle zadaného klíče
	Sémantická fluence: zvířata (SF:ZV)	Během 1 minuty má respondent za úkol vyjmenovat co nejvíce zvířat
	Test cesty: část A (TMT-A)	Úkolem je spojit čísla od nejmenšího po největší
2. Pozornost/Vigilance	Test zaměřené pozornosti – identické páry (CPT-IP)	Administrace na PC. Respondent má za úkol co nejrychleji zareagovat na identickou dvojici čísel, která se objeví ihned po sobě na displeji PC
3. Pracovní paměť (neverbální) (verbální)	Wechslerova paměťová škála, třetí vydání (WMS-III): prostorový rozsah	Respondent má za úkol zapamatovat si pořadí (i opačně) 10 kostek, které je určeno vyšetřujícím
	Uspořádání čísel a písmen (LNS)	Ústně administrovaný test, ve kterém respondent mentálně reorganizuje řadu čísel a písmen a poté ji zopakuje administrátorovi
4. Verbální učení	Hopkinsův verbální test učení (HVLRT)	Ústně administrovaný test zahrnující seznam 12 slov ze 3 taxonomických kategorií. Pacient si vybavuje co největší možný počet slov po každé ze 3 kategorií
5. Vizuální učení	Krátký zrakově-prostorový paměťový test (BVRT)	Test zahrnující reprodukci šesti geometrických figur z paměti
6. Myšlení a řešení problémů	Baterie pro neuropsychologické vyšetření (NAB): bludiště	Test hodnotící jedincovu schopnost plánování, prozíravosti a organizačních dovedností
7. Sociální kognice	Test emoční inteligence (MSCEIT)	Test zjišťující, jak lidé zvládají jejich emoce. Forma: tužka a papír

(Bezdiček et al., 2015)

Doporučená standardní doba pro administraci všech testů je mezi 75 až 90 minutami. Testová baterie by měla být administrována individuálně formou tužka a papír, s tím, že jeden test (CPT-IP) vyžaduje práci s počítačovým programem (Věchetová et al., 2018).

2.3 Využití v České republice

První, kdo se věnoval v České republice baterii MCCB, byl krátce po jejím vydání Preiss. Snažil se ctít principy, na kterých byla založena, a tak navrhl neuropsychologickou baterii k vyšetření kognitivního deficitu u schizofrenie, která postihovala výše uvedené kognitivní domény s tím, že byly navrženy pouze standardizované testy dostupné v České republice. Vzhledem k tomu, že v českém jazyce je oproti anglickému omezené množství standardizovaných neuropsychologických testů, navrhoval Preiss změnu některých z nich (test pozornosti d2, Řazení čísel a písmen – subtest z WAIS-III, Prostorový rozsah z WMS-III, Rey-Osterriethovu komplexní figuru, Hanojskou věž či Wisconsinský test třídění karet) (Bezdíček et al., 2015).

Podobně tomu bylo také u Kučerové a Říhové, které doporučovaly k měření kognitivních funkcí u schizofrenie modifikovanou českou verzi MATRICS, která také stála na původních principech konsorcia. V těchto dvou případech je sice testová baterie schopna zachytit změny kognitivních funkcí v čase, ale už nevystihuje podstatu toho, za jakým účelem byla konsorciem MATRICS baterie MCCB vytvořena. Jak jsme již zmiňovali výše, konsorcium vytvořilo svou testovou baterii za účelem sjednocení výzkumných snah odborníků v mezinárodním měřítku. Tyto snahy byly doposud limitovány nejednotnými výsledky testových nástrojů pro zjišťování kognitivního deficitu. V současnosti je tedy největší snahou přinést českou licencovanou verzi originální testové baterie MCCB. Je nutné podotknout, že Česká republika je jedním z mála vyspělých států, který ještě nemá testovou baterii standardizovanou ani pro akademické účely (Bezdíček et al., 2015).

3 Projektivní metody

Rozdíl mezi projektivními a ostatními psychodiagnostickými metodami, jakými jsou dotazníky, výkonové testy a další, je dán jejich psychometrickou hodnotou. Jelikož například výkonové testy jsou konstruovány tak, aby jejich schopnost postihnout předem definovaný a poté zkoumaný znak, byla co nejpřesnější, je možné lépe pracovat s jejich metodologií. Reliabilita a validita těchto testů je většinou na vysoké úrovni, a proto jsou používány jak v klinické, tak ve výzkumné praxi a jsou respektovány odbornou veřejností. Využíváme je tedy v případech, kdy víme, kterou oblast lidského mentálního světa a kognice chceme zkoumat (Svoboda et al., 2013).

Oproti tomu metody projektivní mají svou sílu v jiném předpokladu, než ve své objektivitě, které se snaží dosáhnout ostatní psychodiagnostické metody. Staví na principu projekce, o kterém budeme psát níže a který se zaměřuje více na subjektivní pocity zkoumaných osob, jež jsou bezděky vkládány do testového materiálu projektivních metod. Z toho je již jednoduché odvodit, že jejich psychometrické hodnoty jsou zcela jiné, a proto je z pochopitelných důvodů na projektivní metody nahlíženo tolika empiricky zaměřenými vědci s despektem.

Rozdíl je pak i v administraci, kdy dotazníky a některé další psychodiagnostické testy mohou být zadávány i neškoleným výzkumníkem. To se u projektivních metod stát nemůže, protože do interpretace výsledků těchto metod je zahrnut ve většině případů i kontext, ve kterém se zkoumaná osoba vyskytuje. Jelikož projektivní testy staví na principu projekce, která má u zkoumaného vyvolat jak vědomé, tak i nevědomé reakce, je na proškoleném administrátorovi, aby si všímal dějů, které doprovázejí odpovědi a které není možné testovým materiálem postihnout. Projektivní metody pak v rukách zkušeného odborníka mohou „pomáhat v generování pracovních diagnostických hypotéz, v diferenciální diagnostice nebo jako zdroj inkrementální validizace (tedy jako dokreslující, pomáhající pochopit osobnostní souvislosti, osobnostní dynamiku apod.)“ (Najbrtová et al., 2017).

Jako první použil termín „projekce“ v psychologické literatuře roku 1894 Sigmund Freud. Podle něj se jedná o jeden z obranných mechanismů ega: „*mechanismus úzkosti, který umožňoval připisovat vlastní snahy, přání a pocity jiným osobám a okolí*“ (Svoboda et al., 2013). Freud jím ale nerozumí pouze obranu proti úzkosti, ale také vliv vlastních

vzpomínek, i těch nevědomých, a zkušeností na vnímání nového podnětu. Již v roce 1879, tedy několik let před Freudem, byl zkonstruován a použit Francisem Galtonem Slovní asociční experiment, který splňoval kritéria pozdějších projektivních metod, čímž se stal první z nich. Další důležité jméno v historii projektivních metod je L. K. Frank, který definuje název projekční technika jako *„metodu výzkumu osobnosti konfrontující zkoumaného jedince s nějakou určitou situací, v níž bude odpovídat podle smyslu, který tato situace pro něj má, a podle toho, co cítí během této odpovědi“* (Svoboda et al., 2013, s. 216). Základem je tedy navození nějakého subjektivního stavu projekční technikou, determinovaného subjektivní zkušeností, ve kterém se odráží klientův vnitřní svět a je možné ho tak skrze projektivní techniku vyvolat a pozorovat. Podle Nakonečného (1995) je pak za předpokladu, že každá projekce je výrazem pudově afektivní potřeby a nevědomého přání, její podstatou oživení určité psychické reprezentace.

3.1 Dělení projektivních metod

Existuje mnoho způsobů dělení projektivních metod, zde si ale popíšeme ten, který užívá ve své knize Svoboda (2013) a který je také nejužívanější. Ty psychodiagnostické nástroje, které můžeme považovat za projektivní metody, jsou založeny na metodě projekce vznikající konfrontací subjektu s podnětovou situací (v případě TAT s podnětovou tabulí), která svou nejednoznačností nutí pacienta (za využití této techniky) k jejímu vyhodnocení. Pacientův pohled na danou situaci pak není objektivní skutečností, ale subjektivně zabarvenou výpovědí, vyvolanou podnětem (Najbrtová et al., 2017).

3.1.1 Verbální metody

1) Rorschachův test (ROR)

Vzhledem ke své šíři není možné v naší práci obsáhnout celkovou komplexnost této projektivní metody, pokusíme se zde ale v pár větách nastínit její důležitost. „Rorschachova metoda je nejrozšířenějším projektivním testem bez ohledu na světadíly. O testu vyšly stovky monografií a tisíce článků“ (Svoboda et al., 2013). „V míře

oblíbenosti a četnosti využívání mezi psychology taktéž atakuje první příčky seznamů“ (Lečbych, 2013).

Jedná se o projektivní metodu založenou na interpretaci výpovědí k tabulím s inkoustovými skvrnami. Těch je 10 a všechny obsahují symetrickou skvrnu, která má buď chromatické, nebo achromatické barvy (Svoboda et al., 2013). Věhlas ROR, přesahující hranice psychologie, se pak odráží i u některých světových umělců v podobě filmů, komiksů a hudby. „Použití Rorschachova testu v praxi nemá žádná omezení. Je vhodný nejen pro psychopatologii a klinickou psychologii, ale nachází uplatnění i v oblastech aplikované psychologie a výzkumu“ (Svoboda et al., 2013).

Díky své popularitě nezůstalo vyhodnocování ROR pouze u původní autorovi interpretace, u které můžeme „první a originální linii vývoje v ROR metodě formulovat jako studium percepčních procesů a jejich vazby k posuzování osobnosti a psychopatologie. Rorschachova metoda zde figuruje jako percepčně-kognitivní experiment“ (Lečbych, 2013). Ještě zde zmíníme dva nejznámější výkladové rámce, a to Bohmův systém, který rozpracovává pojetí samotného autora metody a americký komprehenzivní systém J.E. Exnera, který je v současné době nejpoužívanějším uceleným systémem pro administraci, vyhodnocování a interpretaci ROR dat.

2) Tematicko-apercepční test (TAT)

Tento test je předmětem této práce a je více rozepsán níže v dalších kapitolách.

3) Rosenzweigův obrázkový frustrační test

Neboli také P-F Study, „*patří k verbálně-tematickým projektivním metodám a představuje zaměřenou projekční techniku k odhalování vzorců chování v reakci na běžnou zátěž. Test evokuje latentní agresivní tendence, projikující se do verbalizace.*“ (Svoboda et al., 2013, s. 272). Tvoří ji 24 obrázkových tabulí, které staví hlavního hrdinu do frustrující, které můžeme rozdělit do dvou podskupin. První z nich jsou „ego brzdící situace“, při kterých hlavní hrdina nějakým způsobem omezován okolím. Druhé jsou „superego brzdící situace“, u kterých je naopak hlavní hrdina okolím napaden, nebo obviněn (Svoboda et al., 2013).

Tuto metodu nemůžeme považovat za plnohodnotný test osobnosti, jelikož „mapuje reaktivitu člověka při prožitku frustrace“, zaměřuje se tedy spíše na určité spektrum osobnostních charakteristik, frustraci a agresi. Může ale díky

ní vcelku dobře popsat pacientovo chování v každodenních situacích (Najbrtová et al., 2017).

Popsali jsme si zde 3 nejznámější verbální projektivní metody. Existuje jich ale nespočet. Mezi ně patří Hand test (test ruky), testy zaměřené na slovní asociace, test doplňování vět a další.

3.1.2 Grafické metody

Tento typ projektivních metod využívá potenciálu kresby, která „zobrazuje část vědomých a nevědomých rysů osobnosti a její vztah k jednání je bližší, než je tom u mluveného slova. Projektivní hodnota kresby je značná“ (Svoboda et al., 2013). Díky své nejednoznačnosti a množství psychologických proměnných, které ji mohou ovlivnit, má mnoho odpůrců. Nicméně i přes spornou validitu je potenciál grafických metod hojně využíván (Najbrtová et al., 2017). Mezi grafickými metodami se můžeme setkat s testy tematických kresebných technik. Technik doplňování začatých kreseb, spontánního kreslení a s dalšími.

- a. Kresby postavy
- b. Kresby stromů
- c. Dům-strom-člověk

3.1.3 Metody volby

Jako poslední kategorie projektivních metod jsou metody volby neboli manipulační. *„Zařazujeme zde projektivní techniky, při jejichž administraci vyšetřovaná osoba manipuluje nějakým materiálem, něco vybírá či volí. Jsou zde například uvedeny metody, které někdy bývají řazeny k barvovým testům, jako je Lusherův test, Test barevné pyramidy nebo zkoušky označované za konstruktivní (Mozaikový test)“* (Svoboda et al., 2013, s. 297).

3.2 Kritika projektivních metod

Možná žádné jiné téma se v psychologii netěší takové kontroverzi, jako je právě status projektivních metod a jejich využití při diagnostice osobnosti. Existuje nespočet studií, které se věnují validitě a reliabilitě těchto testů a jejich výsledky vycházejí pro projektivní metody jak příznivě, tak nepříznivě. Ve své často citované práci Lilienfeld (2000) empiricky podpořil validitu pouze některých indexů ROR a TAT. Jeho meta-analýza ale neukázala na schopnost těchto technik detekovat dětské zneužívání a celkově se k jejich užívání staví kriticky. Tato studie vzbudila velký ohlas, a tak se také setkala s vlastní kritikou. Hibbard (2003) se snaží vyjasnit výsledky předchozí studie a snaží se prezentovat užitečnost těchto diagnostických nástrojů.

Obecně se ale projektivním metodám vytýká jejich sporná reliabilita a validita. Jejich zaměření je specifické a cílí zejména na dynamické charakteristiky, které jsou složitě objektivně zhodnotitelné tradičními psychometrickými postupy (Svoboda et al., 2013).

4 TAT

4.1 Historie

První zmínky o Tematicko-apercepčním testu můžeme dohledat v práci Henryho A. Murrayho a Christiany D. Morganové z psychologické kliniky Harvardské univerzity. Podrobněji se pak TAT věnuje už pouze Murray se svým týmem a v roce 1943 publikuje manuál pro jeho praktické využití. Murray zamýšlí Tematicko-apercepční test jako doplňkový k Rorschachově metodě. Tyto dvě metody pak mají podávat komplexnější „obraz“ o klientovi a zachycovat tak plnou šíři jeho osobnosti (Najbrtová et al., 2017). Aby mohl lékař maximálně těžit výsledků z protokolů TAT, měl by je kombinovat s již získanými daty o daném jedinci, tedy informacemi z různých testů, interview, pozorování a dalších projektivních metod (Aronow, Weiss & Reznikoff, 2013). Právě v době vzniku TAT se již ROR, který kladl důraz na percepci, těšil velké popularity. Percepci u ROR Murray definoval jako rozeznávání objektů na základě senzorických dojmů. Oproti tomu své TAT založil zejména na aperpepci, dodávající význam právě vnímanému (Teglas, 2010).

Od svého vzniku vždy v TAT převládala v jeho klinické interpretaci psychoanalytická tendence. Bylo tomu tak více než půl století. Postupem času se začaly objevovat i jiné interpretační postupy, a to zejména ty, které mají ve svém středu teorii sociální kognice. Raději než rozšiřovat mezeru mezi těmito dvěma teoretickými rámci, snaží se současné systémy o rozšíření základních principů, na kterých jsou vystavěny původní základy TAT (Teglas, 2010). Mezi tyto autory patří zejména Cramerová (1999), Teglasiová (2010) a Westen (2002).

Podle teorie sociální kognice je jedincovo aktuální zpracování informací, a tedy odpověď na TAT tabule, závislé na již dříve internalizovaných mentálních sítích a schématech, které mu poskytují vědomosti o jeho vnitřním a vnějším světě. Díky tomu pak může v dané situaci vybrat jedno ze zvnitřněných schémat a aplikovat ho na danou situaci, což umožňuje její interpretaci a možnost rozhodování a akce (Teglas, 2010).

Test se často využívá při interpretaci neuróz, poruch chování a psychóz, na rozdíl od ROR, který je využíván více při diagnostice procesů myšlení a jejich poruch. Je také více spojován se sociálním přizpůsobováním (Najbrtová et al., 2017).

4.2 Administrace

TAT žádá po pacientovi vysokou aktivitu. Klade vysoké nároky na jeho angažovanost ve vytváření lidských příběhů. Pacient má sestavit příběh zahrnující vyobrazenou situaci na každé z tabulí. Instrukcemi je požádán o vysvětlení toho, co se událo a také co se má stát před a po samotné scéně vyobrazené na tabuli. Měl by také popsat, na co vyobrazené osoby myslí a co cítí (Najbrtová et al., 2017). Vyprávění příběhů, a tedy vstup do lidského světa, je z ontogenetického hlediska nejnáročnější a nejvíce emočně ohrožující (Najbrtová et al., 2017). Proto je velice důležité, aby se vyšetřovaná osoba pohodlně usadila a cítila se v bezpečí. V původním Murrayho manuálu bylo dokonce doporučeno pacientovi si sednout zády k vyšetřujícímu (Šípek, 2000).

Standardní Murrayho vyšetření předpokládá použití celkově 20 příběhových tabulí, které jsou administrovány ve dvou různých sezeních, v nejlepším případě ve dvou po sobě následujících dnech (Svoboda et al., 2013). Murray podotýká, že je možné test administrovat již ve věku 4 let, pro získání kvalitnějšího diagnostického materiálu se ale spíše doporučuje hranice zhruba 8 let. Pro malé chlapce a dívky byli speciálně vyvinuty sady tabulí (B - chlapci, G - dívky). Od 15 let lze pak využívat tabule pro dospělé (M - muži, F - ženy) (Svoboda et al., 2013).

Při zjevném zadrhnutí se pacienta při vyprávění příběhu, či při jeho nedostatečném obsahu, je možné pacienta pobídnout. To se děje zejména u dětí, ale také třeba u psychotických pacientů. Pro potřebu jejich povzbuzení se k získání komplexnějšího pohledu na pacientem vytvořený příběh používají otázky typu: Co si osoby na tabuli myslí? Co cítí? Vyšetřovatel si ale musí dát pozor, aby jeho pobídky nebyly příliš návodné, konkrétní, a tak je jeho repertoár otázek velmi omezený, spíše se k těmto účelům využívá neverbálních pobídek. (Teglasi, 2010).

Původní autor uvádí, že jeden příběh by měl obsahovat zhruba 300 slov. Příběhy se dají samozřejmě interpretovat, i když jsou kratší, ale vždy se musí jednat pouze o jeden delší příběh, nikoliv více paralelních příběhů. To může klást na pacienta značné nároky, zejména ve smyslu nemožnosti opustit již rozvyprávěný příběh a možnosti si tak odpočinout od jeho emočního, nepříjemného obsahu, čímž by vyhověl obrannému vystoupení z nepříjemné situace. To se děje zejména u dětí, a proto Murray doporučuje motivaci v podobě například malého dárku (Najbrtová et al., 2017).

4.3 Interpretace

Jelikož se metoda TAT těší velké pozornosti, existuje zde několik možných interpretačních systémů, podobně, jak je tomu u ROR. V knize Psychodiagnostika dospělých (2013) je vybráno několik z nich, které budou popsány i zde níže. Svoboda a kolektiv zde rozlišují mezi dvěma hlavními přístupy k vyhodnocování TAT. Zástupcům obou dvou přístupů se budeme věnovat podrobněji níže. Nicméně ještě předtím bychom měli zmínit obsáhlý handbook od autorky Jenkinsové (2008), která rozdělila interpretační systémy do 4 kategorií:

- 1) Systémy percepčně-kognitivní (Transcendence Index, Objective TAT Scoring System, Interpersonal Decentering, Personal Problem-Solving System, Picture Projection test)
- 2) Systémy psychodynamické (Reuben Fine's Scoring Scheme, Primary Process Scoring, Pathogenesis Index, TAT Oral Dependency Scale, Symbiosis, Ambitious-Narcissistic Style Scale)
- 3) Systémy sociálně-emocionální (Communication Deviance Scoring System, Affective Scale, Tell-Me -A-Story, Empathy, Adult Attachment Projective)
- 4) Systémy zaměřené na „Needs and Concerns“ (The Need-Threat Analysis, Psychocultural System, Psychocultural System)

Prvním ze dvou výše zmíněných skupin systémů jsou podle Svobody (2013) interpretační systémy, které jsou více využívány kliniky, jako nástroj pro individuální diagnostiku osobnosti, přičemž nepoužívají skórovacích škál. Na druhou stranu jsou zde pak skórovací systémy, jež jsou preferovány při výzkumech osobnosti a jejichž data je možné využít při empirických studiích. Výhoda těchto strukturovaných systémů leží v jejich flexibilitě, účinnosti, konzistentnosti a objektivitě (Jenkins, 2008). Kombinací teoretických a empirických poznatků tak bylo dosaženo u TAT norem, které jsou pro validní interpretaci dat nezbytné a umožňují trénovanému examinátorovi efektivně dojít k objektivním výsledkům.

Je třeba také podotknout, že množství přístupů k interpretaci podnětových tabulí TAT má za následek značné odchýlení se od původního „odkazu“ Murrayho myšlenek, *„je v něm ale stále mnohé poučení a inspirace pro každého psychologa, který se zamýšlí nad tajemstvím lidské osobnosti“* (Najbrtová et al., 2017, s. 81).

V naší práci se budeme věnovat druhé skupině systémů, tedy skórovacím, jelikož jedním z nich je i v našem výzkumu použitá Škála sociální kognice a objektivních vztahů. Tento a další podobné systémy se snaží o vybudování norem TAT, na základě kterých bude možné výsledky objektivně interpretovat. Díky normám je pak možné jejich přímé srovnání s výslednými protokoly ostatních klientů a jejich možná souhrnná interpretace. Klasické interpretační systémy postrádají psychometrické standardy, které po vyhodnocení vyústí ve specifické osobnostní konstrukty, jež jsou například zahrnuty v teorii sociální kognice (Najbrtová et al., 2017).

Původní způsob interpretace vychází z analýzy odpovědí k tabulím a jejich obsahu (Svoboda et al., 2013). Předpokladem analýzy je hodnocení příběhů na základě seznamu potřeb a tlaků, které je možné kvantifikovat na pětibodové stupnici. Potřeby mají svůj biochemický potenciál a může jich být až několik desítek. Tlaky jsou pak vnější a vnitřní síly, které mohou facilitovat či interferovat s dosažením potřeb hrdiny příběhu. (Šípek, 2000). Hrdina je postava, se kterou se pacient identifikuje. Jeho potřeby je pak možné v interakci s okolními tlaky zachytit v jednoduchých tématech, které vyústí buď v hrdinův úspěch, či prohru. Kombinací těchto hrdinových rozuzlení vznikají komplexnější témata, která jsou pak klíčová pro původní interpretaci TAT (Svoboda et al., 2013). Ke kvalitní interpretaci pak Murray přidává nutnost empatické intuice, zároveň ovšem konstatuje, že sama intuice je vždy vysoce nespolehlivá a nabádá k jejímu tréninku v podobě intuice kritické (Najbrtová et al., 2017).

Další jména, spojená s autorstvím nových interpretačních přístupů k TAT, která zde musíme zmínit, jsou zejména M. B. Steinová, S.S. Tomkins a H. Teglasiová.

4.4 Skórovací systémy

První skórovací systém, který si zde popíšeme, je systém Cramerové. P. Cramerová využívá k hodnocení TAT protokolů obranných mechanismů v jejich rozpětí od primitivního stupně až po jeho nejvyzrálejší podobu. Mezi zahrnuté obranné mechanismy patří popření, projekce a identifikace. Vyspělost obranných mechanismů je zachycována na 7 bodové škále. Celkově se identifikace považuje za nejprimitivnější z těchto mechanismů popření, na druhé straně tohoto spektra je pak identifikace. Výsledky potvrzují, že psychiatrickí pacienti využívají více primitivních obranných mechanismů oproti běžné populaci. To znamená,

že u nich sledujeme větší zastoupení primitivnějšího popření a projekce a menší míru identifikace (Hibbard et al., 1994).

„Skórovací systém Reubena Fineho je zaměřen na identifikaci a hodnocení manifestního obsahu projektivního materiálu“ (Svoboda et al., 2013). Pro vyhodnocení se využívá skórování tří kategorií. Těmi jsou pocity, závěry a interpersonální vztahy. Dále se také vyhodnocuje index patogeneze, který je založen na pozorování osob se schizofrenií a vychází z psychoanalýzy, kdy se předpokládá vliv rodičů na vývoj schizofrenie. TAT protokoly jsou hodnoceny jako benigní, patologické a nejasné (Svoboda et al., 2013).

Jako poslední zde bude popsán více dopodrobna skórovací systém SCORS, který je v naší práci využíván.

Třetím skórovacím systémem, který se těší od 90. let minulého století velké oblibě, je Škála sociální kognice a objektních vztahů od Westona. Vnitřní obrazy sebe a druhých jsou v jedinci internalizovány jako psychické struktury, které jsou součástí motivačního systému. Objektní vztahy motivují jedince tak, jako ho v dětství motivovaly konkrétní vztahy s vnějším okolím. Člověk je pak vázán na ostatní (internalizované) jedince, jako kdyby tito lidé byli opravdu fyzicky přítomní (Teglasi, 2001; in Soukupová & Goldmann, 2007). Zahrnují tedy v sobě zkušenosti a dovednosti, které si dotyčný v kontaktu s těmito jedinci osvojil. Škála SCORS je tak založena na psychodynamických základech, ale její vznik se pojí také s empiricky získanými poznatky. O SCORS budeme psát ještě v další kapitole a také ve výzkumné části této práce.

5 SCORS

5.1 Vznik a vývoj

Výsledkem snahy sjednotit výše zmíněné teoretické koncepty a výzkumné proudy bylo vytvoření Škály sociální kognice a objektních vztahů (SCORS), jejímž autorem je Dr. Drew Westen z Emory University v USA. Snahou Dr. Westena (1990) bylo sestavit takový skórovací systém, který bude měřit individuální rozdíly v dimenzích sociální kognice a objektních vztahů. To se nakonec podařilo a odborné veřejnosti byla představena škála SCORS, jež své teoretické zakotvení hledá v psychoanalytické teorii objektních vztahů a ve výzkumu sociální kognice.

Bylo tedy vyslyšeno volání (části) odborné veřejnosti po vytvoření nástrojů, které by dokázaly kvantifikovat kvalitativní data u příběhových tabulí TAT v poměrně dynamicky bohatém a smysluplném směru. Se svým silným teoretickým zakotvením dokáže tato škála zobrazovat a konkrétně posuzovat sofistikovaně dimenzi objektních vztahů. Díky tomu poskytuje výzkumníkovi/klinikovi systematický přístup k posouzení a pochopení základních aspektů osobnostní struktury pacienta (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Škála sociální kognice a objektních vztahů umožňuje komplementární přístup pro posouzení pacientova stavu za hranicemi běžně pozorovatelných symptomů, díky čemuž je možné prozkoumat více do hloubky pacientův svět objektních vztahů. Kvůli své flexibilitě je škála aplikovatelná na různé typy narativního materiálu a pomáhá tak „přemostit“ břehy mezi výzkumníky a kliniky, jelikož je použitelná jak v terapii, tak ve vědeckých výzkumech (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Výhodou skórovacího systému SCORS je jak jeho teoretické zakotvení v psychodynamické teorii a výzkumu sociální kognice, tak jeho empirický základ, který vznikl vzájemným porovnáváním pacientů s hraniční poruchou osobnosti, depresivními pacienty a kontrolní skupinou zdravých lidí. (Westen, 1990) Pomocí SCORS lze ale také poměrně spolehlivě „identifikovat rozdíly v příbězích vyprávěných pacienty s emočně nestabilní poruchou osobnosti, s depresí a s poruchami schizofrenního okruhu“ (Jenkins, 2008: in Soukupová & Goldmann, 2007). Stejně tak je SCORS vhodným nástrojem pro diferenciální diagnostiku mezi disociální, hraniční a narcistickou poruchou osobnosti a také, že celkově nejzávažněji z těchto diagnóz vychází hraniční a disociální porucha osobnosti (Ackerman et al., 1999). V dalším výzkumu Ackerman (2000) dokázal podle vybraných hodnot ze SCORS

předpovědět, jak zhruba bude dlouho navštěvovat klient terapii. Za použití SCORS bylo také zjištěno, že dospělý, kteří byli v dětství sexuálně zneužívání, skórují v průměru na pěti z osmi škál signifikantně níže (Callahan et al., 2003).

Původní název škály byl ORSCS (Object relation and social cognition scale) a byl nakonec změněn. Nicméně změny se netýkaly pouze názvu škály. Skórovací manuál pro systém SCORS je neustále rozvíjen a poslední Westenova revize z roku 2002 „*je tvořena osmi škálami, které na sedmibodové stupnici nejvyšším skórem indikují vysokou zralost a zdravé fungování osobnosti. Skóry 1 a 2 značí přítomnost patologických odpovědí, zatímco skóry vyšší, 6 nebo 7, značí zdravý způsob reagování.*“ (Soukupová & Goldmann, 2007, s. 165). Původní počet čtyř škál (Diferencovanost self a komplexnost reprezentace druhých, Afektivní kvalita reprezentací, Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů a morálních norem, Porozumění sociální kauzality) byl tedy rozšířen o polovinu a to tak, že originální škála týkající se emočního a morálního vkladu byla konkretizována jako Emoční vklad do vztahů a Emoční vklad do hodnot a morálních norem. Poté byly přidány ještě tři zcela nové, avšak nepovinné škály (Prožívání a zvládání agresivních impulzů, Sebedůvěra, Identita a soudržnost self) (Westen, 2002). Kromě standardního hodnocení narativního materiálu na osmi uvedených škálách lze ještě použít přídatnou tematickou škál – Dominantní interpersonální zájmy – která zahrnuje 50 témat (Soukupová & Goldmann, 2007).

Systém SCORS je v současné době nadále rozvíjen a jeho nejaktuálnější variantou je SCORS-G Global Rating Method. Jedná se již tedy o třetí verzi, a její tréninkový manuál byl publikován roku 2011. Jejími autory jsou Steinová, Hilsenroth, Slavin-Mulford a Pinsker, nikoliv tedy sám Westen. Autoři se snaží dále rozpracovávat a vylepšovat dané koncepty, zejména pak z pohledu validity a reliability výsledků. V roce 2018 byla vydána první kniha o nové verzi SCORS-G. Je to jedna z mála publikací, kterou lze na trhu sehnat. Je průvodcem pro kliniky a výzkumníky, kteří se chtějí s tímto nástrojem více seznámit. Autoři zde podávají ucelený pohled zahrnující historii, východiska, obsah a různé tipy, týkající se SCORS-G. Jelikož je tato obměněná verze škály stará pouze několik málo let, je většina textu v následujících kapitolách převzata právě z této knihy. I přes své mládí (původní verze je škály je z roku 1985) je však škála ve světě hojně užívána ve výzkumech a i v České republice existuje několik publikací, které si za svůj cíl vytyčily prozkoumat duševní svět pacientů pomocí SCORS.

5.2 Východiska

Škála pro zjišťování sociální kognice a objektivních vztahů čerpá ze dvou zdrojů, a to z výzkumu sociální kognice a psychoanalytické teorie objektivních vztahů. Autor se snažil integrovat principy těchto teorií a vytvořit nový nástroj, který bude multidimenzionální (objektivní vztahy jsou multidimenzionální konstrukt), citlivý na proměnlivost ve fungování pacienta (rozdílnost procesů v závislosti na podmínkách) a který může být aplikován na různé zdroje dat. Celkově se pak snažil najít způsob, jak měřit základní psychologické procesy, které nejsou zcela v pacientově povědomí, a tím pádem náročnější k přístupu (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Výzkum objektivních vztahů se soustředí především na vývoj reprezentací sebe a ostatních. Předpokládá se, že vytváření reprezentací sebe i ostatních má vývojový charakter a se zráním se tyto reprezentace stávají čím dál přesnější, komplexnější a integrují v sobě i ambivalentní a protikladné aspekty. Zdravý člověk je také schopen vytvářet a udržovat vztahy založené na vzájemných citech a respektu a rozumět příčinám jednání druhých lidí. (Westen, 2002).

Výzkum sociální kognice se oproti tomu více věnuje procesu zpracovávání informací, kognitivních a sociálních předpokladů a vlivům na porozumění sociálním situacím, teoriím vytváření vztahů a jiné, a to zejména u zdravých lidí (Westen, 2002).

5.3 Využití

SOCRS-G může být využito u množství narativního materiálu. V tom je právě síla této škály. Je mnoho způsobů, jak může výzkumník uchopit vyhodnocování dat. Může si vybrat pouze ty dimenze, které jsou pro něj důležité, nebo má možnost vyhodnotit vše, přičemž pak může zprůměrováním vypočítat takzvaný kompozitní skóre SCORS-G, který ukazuje na celkové skóre fungování a patologie. Je možné také rozdělit dimenze do dvou komponent, které pak reprezentují kognitivní (COM A SC) a afektivní (zbylé dimenze) složku osobnosti (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Metodu SCORS budeme využívat pro vyhodnocení TAT protokolů, je ale možné ji využít u jakýchkoliv narativních dat, jako třeba vyprávění ranných vzpomínek, snů, či subtest Řazení obrázků testu WAIS-R a další (Segal et al., 1992). V manuálu z roku 2011 je nespočet cvičných příkladů jak k TAT protokolům, tak právě ke snům a ranným vzpomínkám.

Výzkumů využívajících SCORS je poměrně mnoho. Škála SCORS patří již od devadesátých let 20. st., spolu se systémem P. Cramerové, k hodnocení obranných mechanismů, mezi nejrozšířenější přístupy v práci s TAT. Intenzivní pozornost je jí věnována tedy již více než 30 let. V České republice se ve větší míře ale objevuje až v posledních letech, a to často ve formě diplomové či rigorózní práce, při výzkumu různých skupin. Jako například u dětí s ADHD (Botorová, 2015), pacientů s akutně vzniklým mozkovým poškozením (Vantuch, 2014), sexuálních delikventů (Švábová, 2014), pachatelů trestných činů (Stehlíková, 2013), žen s mentální bulimií (Szotkowski, 2013) a další.

U osob se schizofrenií byl použit skórovací systém SCORS například u Lysaker et al. (2010). Jejich výzkum ukazuje na obecně výrazně snížené hodnoty jednotlivých škál, které však nesouvisejí s věkem, vzděláním ani počtem hospitalizací participantů. K podobným výsledkům ve své diplomové práci dospěla i Smolová (2014). U schizofrenie použila SCORS-G také Hosáková (2016), která jako důležitou proměnnou pro úroveň sociální kognice identifikovala přítomnost a délku partnerského vztahu.

Nejčastěji se ale využívá pro posouzení objektivně vztahového fungování u obětí fyzického a psychického zneužívání. Celkově pak děti a adolescenti, kteří se ve svém životě s nějakým takovým traumatem setkali, skórují na škále podstatně níže. Ještě více primitivní objektivní vztahy se projevují u osob s hraniční patologií (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Jak ve své práci podotýká Hosáková (2016), je dobré se zmínit o velmi podobné zkratce, a to SCoRS, která je využívána pro označení metody The Schizophrenia Cognition Rating Scale. Tato škála hodnotí celkový kognitivní deficit u jednotlivých složek poznávacích procesů u osob se schizofrenií, nikoli tedy objektivní vztahy.

5.4 Hodnocení

SCORS se postupem času stala jednou z nejvyžívanějších technik k měření objektivních vztahů skrze narativní materiál. Doposud se vyskytují tři verze této škály – SCORS, SCORS-Q a SCORS-G (Global Rating Method). V odborné literatuře se nejvíce objevují SCORS a SCORS-G, které jsou v jisté míře rozdílné, SCORS-G je rozpracování původní verze SCORS. Tyto rozdíly umožňují SCORS-G zachytit základní dimenze objektivních vztahů s ještě větší přesností a obsáhlostí, než verze předchozí (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

V první verzi byly hodnoceny pouze čtyři dimenze, k nimž autor později přidal další čtyři. SCORS-G je v současné době tvořen 5 povinnými subškálami (COM, AFF, EIR, EIM, SC), které jsou nezbytné k hodnocení úrovně sociální kognice a objektivních vztahů. Nicméně, každou z nich lze skórovat i samostatně. K nim jsou ještě 3 další volitelné subškály, které však nejsou nezbytné. Každá subškála je hodnocena od 1 do 7, přičemž 1 je nejnižší možná míra hodnoceného znaku, a tedy ukazatel přítomnosti většího množství patologických odpovědí, a 7 je míra nejvyšší, tedy představující vyspělé a vyzrálé odpovědi. Úrovně se skórují 1, 3, 5 nebo 7 body, přičemž možné bodové ohodnocení 2, 4 a 6 se používá v nerozhodných případech, nebo pokud sledovaný znak zcela v příběhu chybí. Ve starší verzi bylo ještě kvalitativně možné vyhodnotit oblast dominantní interpersonální zájmy, to znamená pojmenovat, která témata se v příbězích vyskytují a v jaké míře (Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011; Westen, 2002). Původní verze obsahovala pouze 4 dimenze a byla hodnocena na stupnici pouze mezi 1 až 5 body. Bylo za potřebí dvou verzí pro narativní data. Jedna pro Tematicko-apercepční test, druhá pro narativní data získaná jinými způsoby (Stein & Slavin-Mulford, 2018). Velkou výhodou tohoto skórovacího systému jsou jeho dobré psychometrické vlastnosti (Stein et al., 2012).

5.5 Reliabilita a validita

Vysoké reliability je možné dosáhnout u všech 8 zmíněných dimenzí (Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011). V manuálu z roku 2011 může zájemce najít 9-12 týdenní program, který cílí právě na „inter-rater reliability“ (konkordance) a dále kniha od stejných autorů slouží jako doplňující zdroj informací. Výsledky pro SCORS-G při užití TAT ukázaly na vysokou reliabilitu a silnou vnitřní konzistenci škály (Stein et al., 2012).

Konstruktová validita škály SCORS-G byla zkoumána ve vztahu k intelektovým schopnostem (WASI), exekutivním funkcím (WCST), psychopatologii (PAI) a osobnostním charakteristikám (NEO-FFI) a byla potvrzena její vysoká hodnota (Stein et al., 2012).

Jako silnou stránku tohoto posuzovacího nástroje tedy můžeme považovat jeho teoretické zakotvení, dále také fakt, že k lepšímu porozumění pacientova vnitřního světa objektivních vztahů používá 8 dimenzí škály SCORS-G (místo 4 ze SCORS). Výhodou je také univerzálnost použití. Může být využita v kontextech klinických a výzkumných a v neposlední řadě se jedná o jeden z nevíce využívaných nástrojů k hodnocení narativních příběhu v odborné literatuře.

Všechny verze mají i své slabší stránky. Většinou se jedná o komplikace spojené s přímým srovnáním několika forem zdrojů narativních příběhů. Některé dimenze je lehčí ohodnotit než jiné u různých zdrojů narativních dat, jako například TAT tabule a brzké vzpomínky. Je zde také problém v podobě defaultního hodnocení znaků v případě, že v datech u dané dimenze zcela chybí, takto se například hodnotí nepřítomnost morálního podtextu u subškály EIM (viz níže). Tento chybějící znak se skóruje 4, což může být v přímém porovnávání s ostatními daty matoucí, jelikož bodové rozmezí mezi 3-5 v normálním případě značí rozsah mezi „běžnou konverzací o počasí“ a „smyslem pro empatii“ (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Jelikož ze zcela pochopitelných důvodů je SCORS(-G) užíváno převážně na klinické populaci, formální normativní data proto chybí. Ideálně by měl každý ze zdrojů narativních dat mít vlastní normy, o což se v současné době mnoho vědců pokouší (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Výzkumná část

1 Cíl výzkumu

V našem výzkumu jsme se pokusili pomocí škály SCORS-G, kterou jsme aplikovali na příběhy z TAT tabulí, prozkoumat objektní vztahy u osob se schizofrenií. Ty jsme porovnávaly s výsledky v testech kognitivních funkcí neuropsychologické baterie MCCB. Naším cílem tedy bylo:

- 1) Posouzení výsledků SCORS-G u pacientů se schizofrenií.
 - a. *Nacházejí se výsledky pacientů se schizofrenií v oblasti podprůměru a téměř hraničí s patologií?*
- 2) Porovnání výsledků Škály sociální kognice a objektních vztahů a kognitivního deficitu, měřeného pomocí testové baterie MCCB u pacientů se schizofrenií.
 - a. *Existují rozdíly ve skórování SCORS-G u pacientů se schizofrenií s různou mírou kognitivního deficitu?*
 - b. *Existují spojitosti mezi některými subškálami SCORS-G a nástrojem MCCB?*
 - c. *Které TAT tabule mají schopnost diferencovat mezi nižším a vyšším kognitivním deficitem zachyceným baterií MCCB?*
 - d. *Lze na základě výsledků SCORS-G usuzovat na míru kognitivního postižení pacientů se schizofrenií?*

2 Výzkumné hypotézy

Na základě prostudované literatury a konzultací s vedoucím práce jsme pro náš výzkum zvolili tyto hypotézy:

H1: Výsledky pacientů se schizofrenií na škále SCORS-G se budou pohybovat v oblasti podprůměru.

H2: Úroveň kognitivního deficitu bude korelovat s výsledky na škále SCORS-G

└─> Kognitivně více deficitní pacienti budou mít horší kvalitu objektivních vztahů než méně kognitivně deficitní.

H3: Na základě výsledků SCORS-G můžeme usuzovat na kognitivní deficit.

H4: Určité tabule TAT sestavy mají schopnost rozlišovat mezi kognitivně více a méně deficitními pacienty.

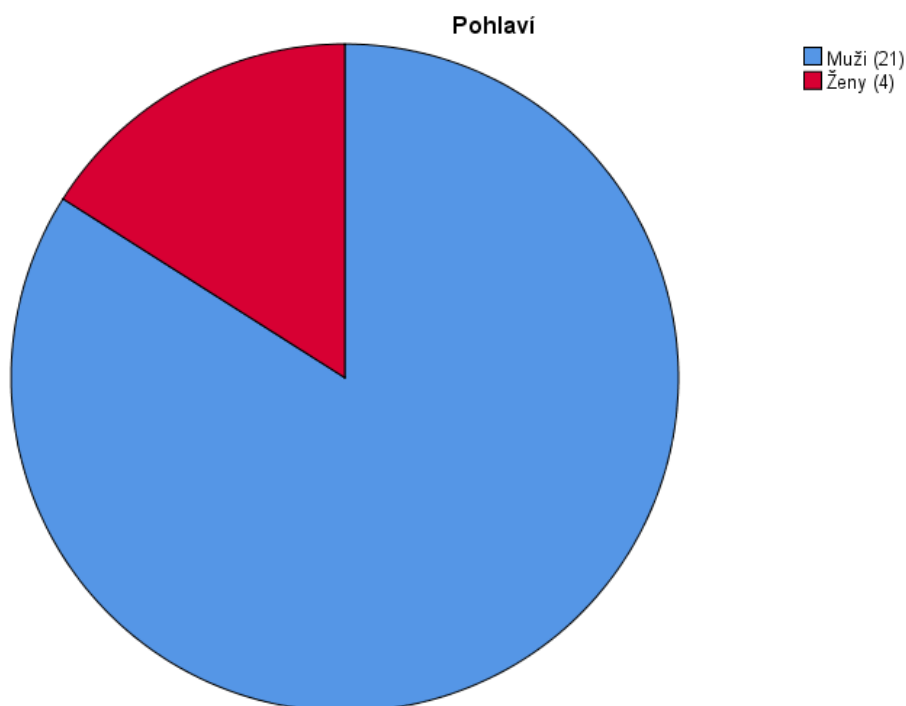
3 Popis zkoumaného souboru osob

Výzkumný soubor byl tvořen souborem 25 pacienty psychiatrické kliniky v Praze. Do něj byli zařazeni pouze pacienti s diagnózou F20.0 Paranoidní schizofrenie, u kterých byla využita k měření kognitivního deficitu standardizovaná testová baterie MCCB. Další podmínkou pro zahrnutí pacientů do našeho výzkumu byla nutnost podstoupení testování pomocí Tematicko-apercepčního testu, jehož odpovědi byly zaznamenány v elektronické podobě buďto jako textový soubor, či audio záznam. Ty protokoly, jejichž záznamy byly pořízeny pouze jako zvukové stopy, byly doslovně přepsány, což umožnilo vznik textové databáze zahrnující výpovědi všech 25 pacientů.

Díky těmto poměrně náročným kritériím výběru (TAT, MCCB) není zkoumaný soubor nijak obsáhlý, ale vzhledem k faktu, že testová baterie MCCB se teprve v prostředí českých léčeben začíná používat, v celé její šíři je využívána v Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, nemohl být ani zkoumaný soubor osob prozatím větší. Pro náš výzkum přitom bylo podstatné, aby byli pacienti vyšetřeni kompletní sadou testů, kterou MCCB nabízí. Důvodem byl fakt, že standardizovaná baterie testů MCCB je mezinárodně využívána, a proto je možné její mezinárodní srovnávání, o čemž jsme se již zmiňovali v teoretické části práce.

Ve výzkumném souboru byl výrazný nepoměr mužů vůči ženám (21:4).

Graf 1 Poměr mužů a žen



Věkové rozmezí osob ve výzkumném souboru se pohybovalo od 18 do 42 let. Průměrný věk byl 30 let. Největší zastoupení měli pacienti s 20 a 40 lety (každý celkem 3x). Nejvyššího vysokoškolského vzdělání dosáhli 3 pacienti. Jak můžeme vidět v tabulce 6, nejčastější bylo dokončené středoškolské vzdělání s maturitou.

Tab. 6 Vzdělání

	Frekvence	Procenta
ZŠ	5	20 %
SŠ bez maturity	4	16 %
SŠ s maturitou	13	52 %
VŠ	3	12 %

U pacientů zapojených do výzkumu jsme měli k dispozici také jejich výsledky ze škály pozitivních a negativních příznaků schizofrenie (PANSS). Na základě informací získaných přímo na psychiatrické klinice jsme zjistili, že u nich nepřevládají pozitivní příznaky a že se nejedná o chronické pacienty, což nám ovšem potvrdily také výsledky z PANSS (příloha).

Positive and negative syndrome scale (PANSS) je škála pro rychlé a spolehlivé posouzení pozitivních a negativních příznaků, jejich vzájemného vztahu a obecné psychopatologie u schizofrenie. Test je tvořen 30 položkami, které jsou hodnoceny na stupnici od jedné do sedmi bodů, přičemž jeden bod indikuje absenci daného příznaku, sedm bodů naopak vypovídá o jeho maximálním výskytu. 30 položek je rozděleno do tří kategorií. První z nich je zastoupena 7 položkami zjišťujícími celkovou míru pozitivních příznaků. Stejně množství otázek obsahuje i druhá kategorie zaměřená na negativní příznaky. Zbýlých 16 položek se soustředí na obecnou psychopatologii přítomnou u schizofrenie (Kay et al., 1987).

4 Plán výzkumu

Sběr dat se uskutečnil pod vedením Mgr. Michalce na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Mgr. Michalec mi poskytl anonymní materiály jednotlivých pacientů ohledně jejich výpovědí u Tematicko-apercepčního testu. Na tyto materiály jsem pak aplikoval své znalosti Škály sociální kognice a objektivních vztahů, které jsem načerpal během 9 týdenního tréninkového plánu (Stein et al., 2011), který je tvořen několika typy narativních dat (TAT, rané vzpomínky, sny), které jsou uzpůsobeny jednoduššímu skórování, za účelem snazšího pochopení pravidel. To znamená, že opravdové výpovědi pacientů jsou upraveny tak, aby obsáhly celou šíři možného bodového ohodnocení. Pro ještě lepší pochopení pravidel skórování vydali tito autoři první obsáhlou publikaci (Stein & Slavin-Mulford, 2018) týkající se SCORS-G. Ta zahrnuje i jednotlivá vysvětlení, proč byl příběh ohodnocen konkrétním skórem a jak by příběh vypadal, kdyby byl hodnocen skórem jiným.

Při skórování jsme se drželi zásady, kterou vytyčil již sám autor škály SCORS Westen (2002). Je možné někdy skórovat stejnou dimenzi odlišně, a to v případech, kdy je to vhodné pro klinickou praxi. Pokud se jedná o témata, která by mohla pomoci lepšímu průběhu léčebného procesu, je možné po dodatečných otázkách upravit hodnocení. Steinová (2018) pak dodává, že hodnocení by mělo být založeno specificky na tom, co se objevuje v daném příběhu. A i když pro klinickou praxi je velmi příhodné přemýšlet nad pocity a prožitky pacienta, pro účely skórování bychom měli hodnotit pouze ty informace, které jsou přímo přítomny v příběhu, abychom tak neoslabovali konkordanci testu, která je jedním z důležitých ukazatelů reliability (Hendl, 2015).

SCORS-G obsahuje 8 subškál. V našem výzkumu jsme použili 5 základních. Každý příběh se hodnotí na stupnici od 1 do 7 bodů, kde 1 reprezentuje nejnižší možnou míru zkoumaného znaku, 7 pak míru nejvyšší. Ve svém manuálu (2002, str. 10) doporučuje Westen počet šesti tabulí jako minimální množství pro získání validních výsledků. Zároveň však dodává, že nejideálnější je použití 8 až 10 tabulí. Autorem preferovaná sestava je pak následující: 1, 2, 3BM, 4, 6BM, 7BM, 10, 13MF, 15, 18GF. Steinová (2014) preferuje tuto: 1, 2, 3BM, 4, 13MF, 12M, 14. Hosáková (2014) využívá u výzkumů schizofrenie pak tuto sestavu: 1, 2, 3BM, 4, 5, 6GF, 8BM, 10, 12M, 13MF a v našem výzkumu jsme se inspirovali těmito výběry a použili u TAT tabulí 8 (1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 12M a 13MF), kdy byly vybrány takové, které zobrazují jednotlivce v různém věku, o samotě i v interakci s ostatními.

Jelikož naším předpokladem je, že více kognitivně deficitní pacienti by měli mít horší objektní vztahy, tak abychom zamezili intervenujícím vlivům při skórování škálou SCORS-G z tohoto pramenících, dohodli jsme se s Mgr. Michalcem na následujícím postupu. Mgr. Michalec mi nejdříve poskytl data z TAT protokolů, jednotlivý pacienti zde byli ale označeni pouze číselným kódem, takže jsem nebyl schopen si je přiřadit ke konkrétním výsledkům z testové baterie MCCB. Po konečném ohodnocení všech TAT protokolů jsme přiřadili jednotlivé výsledky z MCCB ke konkrétním TAT protokolům.

Během našeho výzkumu jsme ohodnotili 200 příběhů (25 pacientů po 8 příbězích). U každého příběhu bylo hodnoceno 5 dimenzí SCORS, to je dohromady 1000 jednotlivých skóre. Pro statistickou analýzu jsme využili program IBM SPSS Statistics 25. S pomocí Mgr. Michalce jsme do programu vložili všechna potřebná data, tedy i včetně výsledků v testové baterii MCCB. Následně jsme přistoupili k samotné analýze dat. Po prvotním potvrzení naší hypotézy, že výsledky pacientů se schizofrenií se budou na škále SCORS-G pohybovat na hranici pásma patologie a podprůměru, jsme se přesunuli k primárnímu účelu výzkumu. Po zjištění přibližné normality rozložení dat našeho výzkumného souboru jsme ověřili H3 a poté přistoupili k výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu. Porovnávali jsme vzájemnou souvislost výsledků SCORS-G s neuropsychologickou testovou baterií MCCB. Na základě našich zjištění jsme se pak rozhodli pro analýzu vztahů mezi průměrnými výsledky všech jedinců na jednotlivých tabulích a kognitivními doménami testové baterie MCCB. Hledali jsme tabule, které potvrzují předpoklad, že kognitivně deficitnější pacienti budou skórovat na škále SCORS-G níže než ti méně deficitní.

5 Výsledky a interpretace dat

5.6 Popis jednotlivých subškál a jejich výsledků

První výzkumnou otázkou byla úroveň výsledků na škále SCORS-G. Číselné hodnocení jednotlivých dimenzí se provádí u každého z příběhů, který vyšetřovaná osoba vytvořila na základě předložených konkrétních tabulí TAT, zvlášť. V závěru hodnocení celého testu jsou jednotlivé skóry v daných dimenzích zprůměrovány pomocí celkového počtu tabulí použitých v průběhu vyšetření. Zde předkládáme jednotlivé subškály s jejich stručným popisem (Stein & Slavin-Mulford, 2018) a dosaženými výsledky.

5.6.1 *Komplexnost reprezentací druhých (COM)*

Jedná se o míru, s jakou je člověk schopen rozlišit svou vlastní perspektivu od cizí, a jak komplexně sebe i ostatní vnímá. Podle teorie objektivních vztahů existují 3 klíčové body související s dětským růstem, které ovlivňují náš smysl pro komplexnost reprezentací. Reprezentace svého self a ostatních se postupně rozvíjí během růstu dítěte. Reprezentace objektů se stávají stále komplexnější a zvyšuje se tolerance pro neadaptivní chování v případě, že je dítě odděleno od objektu. Sociálně kognitivní teorie vývoje toto potvrzují (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Škála je tedy založena na vývojovém kontinuu. Nižší skóry značí více patologické/limitované chápání self a ostatních. Vyšší skóry reprezentují více vyspělé a komplexní chápání reprezentace self a ostatních. Hodnotí se zejména výskyt, stupeň a diferenciaci vnitřních stavů, což můžeme definovat jako rozsah, ve které jsou postavy od sebe odlišeny či sloučeny.

V příloze jsou uvedeny jednotlivá kritéria pro číselné skórování příběhu pro každou ze 7 dimenzí podle Soukupové a Goldmanna (2007).

Tab. 7 Průměrné skóry v dimenzi COM

Komplexnost reprezentace druhých					
Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek
TAT 1	2,38	TAT 10	2,13	TAT 19	3,38
TAT 2	2,38	TAT 11	2,63	TAT 20	3,19
TAT 3	2,06	TAT 12	4,13	TAT 21	2,13
TAT 4	1,75	TAT 13	2,75	TAT 22	2,63
TAT 5	2,5	TAT 14	3,75	TAT 23	1,88
TAT 6	2,5	TAT 15	1,94	TAT 24	3,31
TAT 7	2,38	TAT 16	3,13	TAT 25	2,25
TAT 8	2,38	TAT 17	1,69		
TAT 9	3,13	TAT 18	1,63		
Celkový průměr			2,56		
Směrodatná odchylka			0,65		
Modus			2		

Tabulka ukazuje skóry, které byly uděleny v dimenzi Komplexnost a reprezentace druhých. Westen (2002) považuje za patologické ty skóry, které jsou v rozmezí od 1 do 2 bodů. Celkový průměr našeho výzkumného souboru je 2,56 bodu, což sice nespadá do definice patologie, ale velmi se tomu blíží. Můžeme tedy říci, že výsledné skóry na subškále Komplexnost reprezentace druhých, jsou sníženy. Došli jsme k podobnému závěru, jako ostatní badatelé (Hosáková, 2016; Lysaker, 2010; Smolová, 2014).

Pacienti se schizofrenií jsou podle výsledků více orientovaní na sebe a dělá jim problémy přijmout úhel pohledu druhých. Tento fakt se projevuje ve snížené schopnosti detekovat a správně interpretovat vnitřní stavy lidí ve svém okolí. Díky tomu vnímají sebe a ostatní málo komplexně a někdy dochází i k záměně vlastních myšlenek a pocitů s druhými.

5.6.2 Afektivní kvalita reprezentací (AFF)

Tato dimenze reprezentuje to, co jedinec očekává od ostatních a jakým způsobem popisuje své vztahy s nimi, to vše na kontinuu zlý-zneužívající, přes ambivalentní po pozitivní afektivní kvalitu reprezentací. Psychoanalytici popisují tuto dimenzi jako afektivní zabarvení objektového světa. Podobně je tomu u výzkumníků sociální kognice, kteří tuto dimenzi vysvětlují jako rozsah, ve kterém pacienti předpokládají, že jejich vztahy budou zraňující versus obohacující.

Škálu lze popsat jako emocionální hledáček, přes který se díváme na svět kolem nás. Emocionální zkušenost zahrnuje jak afektivní (tón vyprávění), tak kognitivní složku (jak vidí ostatní postavy). Nejedná se tedy pouze o emocionální zabarvenost příběhu, ale také o pohled pacienta na postavy a emoční náboj mezi nimi. Nižší skóre ukazují, že pacient vnímá okolí jako ohrožující a škodlivé, naopak vyšší poukazují na potenciální přátelský svět (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Tab. 8 Průměrné skóre v dimenzi AFF

Afektivní kvalita reprezentací					
Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek
TAT 1	3,25	TAT 10	3,75	TAT 19	2,63
TAT 2	3,5	TAT 11	2,63	TAT 20	2,25
TAT 3	3,13	TAT 12	4,25	TAT 21	2,56
TAT 4	2,5	TAT 13	3,13	TAT 22	3,25
TAT 5	2,38	TAT 14	4	TAT 23	3,63
TAT 6	3,63	TAT 15	3,25	TAT 24	3,63
TAT 7	3,25	TAT 16	3,5	TAT 25	3,25
TAT 8	2,75	TAT 17	3,13		
TAT 9	2,88	TAT 18	2,25		
Celkový průměr			3,13		
Směrodatná odchylka			0,54		
Nejčastěji se vyskytující odpověď			3		

Celkový průměrný skór na subškále Afektivní kvalita reprezentací je 3,13. Tento skór je nejvyšším průměrem ze všech měřených dimenzí, v kontextu 7 bodové škály se ale stále jedná spíše o podprůměrný výsledek. To znovu odpovídá obecnému faktu, že výsledky pacientů se schizofrenií jsou při testování škálou SCORS na podprůměrné, až patologické úrovni. Dimenze Afektivní kvalita reprezentací je nejméně ovlivněna schizofrenním onemocněním. Malá směrodatná odchylka značí to, že jsou výsledné odpovědi v této dimenzi navzájem podobné.

Afektivní kvalita reprezentací pacientů tohoto výzkumu byla tedy spíše negativní. Jedinci vidí své prostředí jako nebezpečné, škodlivé a potenciálně zneužívající, což může vést k maladaptivnímu chování. Objevovaly se témata fyzického a psychického zranění a pocity odmítnutí, osamělosti, ztráty a další. Jelikož je výsledný průměr 3,13, vyskytovaly se často i příběhy bez jakékoliv afektivní kvality, zejména u kratších příběhů.

5.6.3 Emoční vklad do vztahů (EIR)

Kvalita vztahů s ostatními a ochota do nich emočně investovat. EIR zkoumá pacientovu schopnost důvěrnosti a emocionálního sdílení. Sleduje rozsah mezilidské interakce a také kvalitu jejich vztahů. Vyšší skóry jsou charakterizovány pozitivním emocionálním vkladem, který dominuje příběhu (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Tab. 9 Průměrné skóry v dimenzi EIR

Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů					
Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek
TAT 1	3	TAT 10	2,5	TAT 19	2,06
TAT 2	3	TAT 11	2,75	TAT 20	2,31
TAT 3	3,31	TAT 12	3,56	TAT 21	2,25
TAT 4	2,31	TAT 13	2,88	TAT 22	2,5
TAT 5	2,5	TAT 14	4,06	TAT 23	3,13
TAT 6	2,63	TAT 15	2,38	TAT 24	3
TAT 7	2,5	TAT 16	2,75	TAT 25	2,81
TAT 8	2,63	TAT 17	1,81		
TAT 9	2,25	TAT 18	2,25		
Celkový průměr			2,69		
Směrodatná odchylka			0,49		
Nejčastěji se vyskytující odpověď			2		

Dimenze Emočního vkladu do vztahů má celkový průměrný skór 2,69. To znovu poukazuje na snížené hodnoty této subškály, které se blíží k hranici patologie. Směrodatná odchylka ukazuje na bodovou podobnost ve výpovědích.

Pacienti ve svých příbězích vyjadřovali spíše negativní tendence (konfliktní a toxické) vůči ostatním. Nevyspělost v objektních vztazích se zde projevuje částečně jako „myšlení novorozence“, který uspokojuje své potřeby, bez ohledu na okolí. Objevovalo se zklamání ve vztazích a nezájem či opomenutí jakýchkoliv interpersonálních vztahů.

5.6.4 Emoční vklad do hodnot a morálních norem (EIM)

Značí přítomnost a kvalitu témat morálních standardů a vztahu k hodnotám. EIM měří pacientův pohled v souvislosti se soucitem pro druhé a s morálkou. Je to další škála, která je založena na vývojovém kontinuu, kdy nejnižší skóry jsou ty, které by se mohly podobat výpovědím nejmenších dětí. Můžeme v nich najít jen málo empatie a lítosti k ostatním. Vyšší skóry pak vypovídají o více abstraktním a globálním pohledu na morálku, která je značně flexibilní. Důležitá je také přítomnost morálních hodnot v popředí a v pozadí příběhu (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Na EIR a EIM subškály se Westen (2002) dívá z pohledu procesu zrání a vývoje. Zachycuje zde vývoj morálních hodnot a investice do vztahů v průběhu růstu v protikladu k rannému vývoji, kdy se jedinec rozhoduje výhradně na základě svých vlastních potřeb. V psychoanalytickém pojetí zde lze sledovat vývoj superega. Z pohledu sociální kognice lze tyto procesy zkoumat skrze přátelství, morálku, a další.

Tab. 10 Průměrné skóry v dimenzi EIM

Emoční vklad do hodnot a morálních norem					
Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek
TAT 1	3,5	TAT 10	3,38	TAT 19	3,13
TAT 2	3,38	TAT 11	2,75	TAT 20	3,63
TAT 3	3,5	TAT 12	4,38	TAT 21	3,5
TAT 4	3,13	TAT 13	3	TAT 22	4
TAT 5	3,13	TAT 14	4,25	TAT 23	3,56
TAT 6	3,75	TAT 15	3,63	TAT 24	3,63
TAT 7	3,5	TAT 16	3,13	TAT 25	3,56
TAT 8	3,13	TAT 17	3,25		
TAT 9	3,63	TAT 18	3,5		
Celkový průměr			3,48		
Směrodatná odchylka			0,37		
Nejčastěji se vyskytující odpověď			4		

Celkový průměr této dimenze je 3,48. To nám říká, že objektní vztahy jsou na této subškále nejlépe zastoupeny. Pohledem na průměry jednotlivých pacientů můžeme vidět, že téměř všichni skórovali mezi 3 a 4 body. Na podobnost výsledků jednotlivců nám ukazuje i nejnižší směrodatná odchylka, které jsme v našem výzkumu dosáhli.

Potíž je ale v tom, že bodové ohodnocení 4 na subškále Emoční vklad do hodnot a morálních norem značí nepřítomnost tohoto vkladu. V příbězích je tedy patrná absence morálního usuzování. Spíše tedy než o průměrné vyspělosti objektních vztahů nám tato škála napovídá o absenci morálního uvažování u osob se schizofrenií. Druhé nejčastější bodové ohodnocení bylo 3, což poukazuje na nevyspělý pohled na morální normy a hodnoty. Ústředním tématem je orientace na odměnu a trest. Jedinec se cítí vinný za něco, co udělal špatně a očekává trest.

5.6.5 Porozumění sociální kauzalitě (SC)

Jedná se o porozumění, co je příčinou konkrétního jednání ostatních. Sociálně kognitivní výzkumy poukazují na fakt, že během vývoje dochází k mnoha změnám, které mohou ovlivnit jedincův pohled na kauzalitu. Během vývoje se dítě učí porozumět sociálním situacím na základě stále komplexnějších vnitřních psychologických procesů, které propůjčují smysl této interakci. Jedinci s poruchami osobnosti tíhnou k vysoce idiosynkratickým a nelogickým závěrům oproti zdravé populaci.

Zjednodušeně se v této škále snažíme posoudit, zda pacient během příběhu postupuje od bodu A k bodu B, C a tak dále. Společně s tím sledujeme hloubku, v jaké jsou schopny postavy v příběhu chápat toto konání. Čím více si hodnotitel během posuzování příběhu klade otázky typu „Proč?“ a „Jak?“, tím nižší je skóre daného příběhu.

Tab. 11 Průměrné skóre v dimenzi SC

Porozumění sociální kauzalitě					
Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek	Pacient	Výsledek
TAT 1	2,25	TAT 10	2	TAT 19	3,32
TAT 2	2,13	TAT 11	2,75	TAT 20	2,88
TAT 3	3,13	TAT 12	4	TAT 21	2,31
TAT 4	2,25	TAT 13	3,13	TAT 22	2,5
TAT 5	2,75	TAT 14	4,13	TAT 23	2,31
TAT 6	2,38	TAT 15	1,94	TAT 24	3,5
TAT 7	2,88	TAT 16	2,88	TAT 25	2,69
TAT 8	2,13	TAT 17	1,56		
TAT 9	2,38	TAT 18	1,38		
Celkový průměr			2,62		
Směrodatná odchylka			0,67		
Nejčastěji se vyskytující odpověď			2		

Výsledek dimenze porozumění sociální kauzalitě byl znovu podprůměrný, blíží se pásmu patologie, a to konkrétně se skórem 2,62. Výsledek je tedy podobný průměrům subškál Komplexnost reprezentace druhých a Emoční vklad do vztahů, které se také přibližují patologické hranici.

Pacienti mají problém popsat komplexní příběh se začátkem a koncem. Výpovědi jsou často zmatené, nelogické a neorganizované. Je zde přítomno limitované chápání, proč postavy

dělají, co dělají. Pochopení souvislostí mezi dějem příběhu a motivací postavy je nedostatečný a samotné výpovědi k jednotlivým tabulím byly často minimalistické.

5.6.6 Zbylé subškály

Škála sociální kognice a objektivních vztahů má 8 dimenzí. V našem výzkumu jsme jich použily 5, a to konkrétně výše zmíněné, které jsou u SCORS povinné. Těmi zbylými jsou následující:

Prožívání a zvládání agresivních impulzů (AGG) – míra kontroly vlastních agresivních impulzů a přiměřenost jejich vyjádření. Tato dimenze v původním SCORS zcela chyběla, i když ji bylo možné mírně vyzorovat v AFF. AGG je spojována s pacientovým managementem agresivity, její regulací a vyjadřováním. Normální osobnostní struktura zahrnuje kapacitu pro úspěšné přeměňování agresivních impulsů do podoby neohrožující společnost, ani vlastní osobu.

Sebedůvěra (SE) – pozitivita či negativita sebeobrazu s ohledem na jeho realističnost. Stejně tak jako AFF není tato subškála založena na vývojovém kontinuu. Vyšší skóry reflektují sebevědomí a kompetentní obraz sebe sama, naopak nižší skóry značí horší mínění o vlastní osobě a vlastní hodnotě.

Identita a soudržnost self (ICS) – vnímaná stabilita a komplexnost vlastní osoby.

Psychoanalytické i sociálně kognitivní teorie společně pojednávají o kolísavosti a stabilitě v náhledu jedince na svou vlastní osobnost. Zatímco ostatní dimenze se více zaměřují na souhru mezi self a ostatními (okolím), SE a ICS se více soustředí právě na své vlastní self, čímž umožňují examinátorovi prozkoumat více do hloubky jedincův vztah sám k sobě a tím rozšířit již tak vcelku komplexní pohled na jeho osobnost, jeho self. Westen (2002) přidal tyto dvě dimenze do SCORS-G právě z důvodu, aby umožnil pohled na jedincovo self, jako na komplexní konstrukt, který je tvořen různými procesy, funkcemi a právě dimenzemi.

Z důvodu této rozmanitosti poznatků o self je možné identifikovat, která z dimenzí poukazuje na problém. Díky tomu je SCORS užitečným pomocníkem při komplexním vyšetření pacienta.

Odpověď na výzkumnou otázku, zdali se výsledky pacientů se schizofrenií při využití Škály sociální kognice a objektivních vztahů (SCORS-G) pohybují na úrovni patologie, případně podprůměru, můžeme odpovědět kladně. Všechny 5 subškál, které jsme při našem výzkumu využili, se v těchto oblastech výsledkově pohybovalo.

5.7 Vztahy mezi jednotlivými testy MCCB a dimenzemi SCORS

V této kapitole jsme se zaměřili na výzkumné otázky týkající se vztahu mezi testovou baterií kognitivních funkcí MCCB a výsledky jednotlivých dimenzí Škály sociální kognice a objektivních vztahů.

5.7.1 Testování normality rozložení dat

Jako první jsme pomocí statistického programu SPSS zjišťovali normalitu rozložení výsledných dat u každé z námi zkoumaných dimenzí Škály sociální kognice a objektivních vztahů, z důvodů výběru mezi parametrickými a neparametrickými metodami. Za pomoci Shapiro-Wilkova testu jsme ověřovali platnost nulové hypotézy (Hendl, 2015), kterou se nám nepodařilo zamítnout. Hodnota p je vždy vyšší, než 0,05 (viz tabulka 12). Na základě těchto výsledků a přihlédnutí k histogramům (příloha) můžeme předpokládat, že data z dimenzí Komplexnost reprezentace druhých, Afektivní kvalita reprezentací, Emoční vklad do vztahů a Porozumění sociální kauzality jsou v dané populaci přibližně normálně distribuována. Naopak u subškály Emoční vklad do hodnot a morálních norem jsme museli nulovou hypotézu zamítnout, a tedy potvrdit hypotézu alternativní. V tomto případě můžeme předpokládat, že získaná data nejsou přibližně normálně distribuována.

Tab. 12 Test normality rozložení dat

Shapiro-Wilkův test	
Subškála SCORS-G	Hodnota p
COM	0,257
AFF	0,514
EIR	0,234
SC	0,601

COM.....Komplexnost reprezentace druhých

AFF.....Afektivní kvalita reprezentací

EIR.....Emoční vklad do vztahů

SC.....Porozumění sociální kauzality

5.7.2 Odlišnost pacientů na základě míry kognitivního deficitu

Následně jsme přistoupili k zodpovězení další výzkumné otázky, zdali se od sebe statisticky významně liší pacienti v dosažených výsledcích SCORS-G s různou mírou kognitivního deficitu. Rozdělili jsme pacienty na dvě skupiny. V první skupině ($n = 13$) byli pacienti s horšími výsledky v testech měřících kognitivní funkce, ve druhé ($n = 12$) byli ti, kteří měli výsledky lepší. Tyto dvě skupiny jsme pak porovnali pomocí T testu pro dva nezávislé výběry s průměrnými výsledky dosaženými na Škále sociální kognice a objektních vztahů. Výsledky ukazují, že ačkoliv byl rozdíl mezi průměry obou dvou skupin na škále SCORS-G 0,3 bodu, není tento výsledek statisticky významný ($p > 0,05$).

Došli jsme pak k závěru, že rozdíl mezi více a méně kognitivně deficitními pacienty nemá vliv na výsledek na škále SCORS-G. V kapitole diskuze se pokusíme tento výsledek interpretovat.

5.7.3 Vztah mezi kognitivními doménami a subškálami SCORS-G

Pro zjištění hledaných vztahů mezi nástrojem MCCB a škálou SCORS-G jsme v případě dimenzí COM, AFF, EIR a SC využili Pearsonova korelačního koeficientu, pro dimenzi EIM, u které jsme nezjistili přibližné normální rozdělení dat, jsme využili neparametrický Spearmanův test pořadové korelace (Hendl, 2015). Výsledky parametrické metody jsou v tabulce 13, neparametrické pak v tabulce 14.

V tabulce 13, kde jsme využili Pearsonův korelační koeficient, je červenými čísly označena statisticky významná korelace na hladině významnosti 0,05. Oproti našim hypotézám, kde jsme předpokládali více statisticky významných vztahů, se potvrdil pouze jeden. Doména vizuálního učení v testové baterii MCCB, která je reprezentována Krátkým zrakově-prostorovým paměťovým test (BVMT-R), statisticky významně koreluje s dimenzí SCORS-G Porozumění sociální kauzality. Pearsonův korelační koeficient je 0,464, což značí podstatně silný vztah (Mareš et al., 2015) mezi proměnnými. S rostoucími hodnotami dimenze SC tedy rostou hodnoty v testu vizuálního učení. Po vypočtení koeficientu determinace můžeme říct, že výsledek subškály SC vysvětluje 20 % variability znaků v testu vizuálního učení a naopak.

Tab. 13 Korelace dimenzí SCORS-G a kognitivních domén MCCB

Korelace					
		COM	AFF	EIR	SC
Mentální rychlost	Pearsonova korelace	0,160	0,083	-0,013	0,077
	Sig. (2-tailed)	0,455	0,692	0,951	0,715
Pozornost/vigilance	Pearsonova korelace	0,024	0,167	0,121	0,095
	Sig. (2-tailed)	0,912	0,434	0,573	0,66
Pracovní paměť	Pearsonova korelace	-0,560	-0,590	-0,107	-0,035
	Sig. (2-tailed)	0,791	0,781	0,611	0,868
Verbální učení	Pearsonova korelace	0,155	0,074	0,060	0,189
	Sig. (2-tailed)	0,458	0,724	0,776	0,365
Vizuální učení	Pearsonova korelace	0,360	0,240	0,351	0,464*
	Sig. (2-tailed)	0,077	0,247	0,086	0,019
Myšlení a řešení problémů	Pearsonova korelace	0,186	-0,104	-0,048	0,12
	Sig. (2-tailed)	0,373	0,619	0,819	0,568
Sociální kognice	Pearsonova korelace	0,369	0,136	0,292	0,364
	Sig. (2-tailed)	0,109	0,568	0,212	0,115

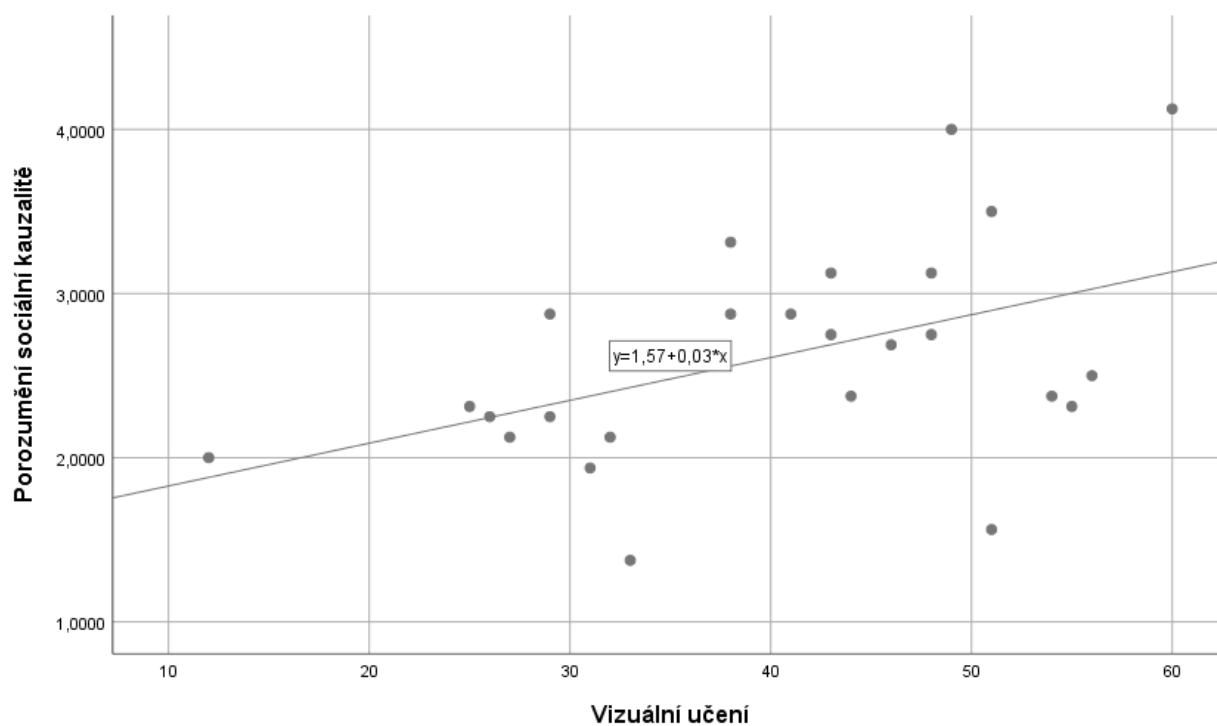
COM.....Komplexnost reprezentace druhých

AFF.....Afektivní kvalita reprezentací

EIR.....Emoční vklad do vztahů

SC.....Porozumění sociální kauzalitě

Graf 2 Vztah mezi Porozumění sociální kauzalitě a doménou vizuálního učení



Modrými čísly jsou v tabulkách 13 a 14 vyznačeny ty vztahy, které sice nevyšly statisticky významné, ale síla jejich korelace se dá pokládat za střední (Mareš et al., 2015). Jedná se o zbylé vztahy domény Vizuální učení se škálou SCORS-G ($r = 0,360; 0,240; 0,351$) a dále také korelace mezi doménou Sociální kognice a subškál Komplexnost a reprezentace druhých, Porozumění sociální kauzality a Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů ($r = 0,369; 0,292; 0,364$).

V tabulce 14, kde bylo využito Spearmanova testu pořadové korelace k prozkoumání vztahů mezi doménami MCCB a subškálou EIM, již statisticky významných výsledků bylo více. Jelikož jsme pro tento případ využili neparametrického testu, síla výsledků není taková, jaká by byla v případě parametrického. Domény Mentální rychlost, Pracovní paměť, Vizuální učení a Sociální kognice ($r_s = 0,459; 0,417; 0,467; 0,561$) korelují s dimenzí Emoční vklad do hodnot a morálních norem. Síla vztahu je středně silná na hladině významnosti 0,05. Ještě těsnější vztah ($r_s = 0,635$) se objevuje u stejné dimenze i u domény Pozornost/vigilance. Hladina významnosti je 0,01 a tento vztah již lze považovat za velmi silný. Koeficient determinace pak vysvětluje více než 40 % variability znaků.

Tab. 14 Korelace dimenzí SCORS-G a kognitivních domén MCCB (Neparametrické)

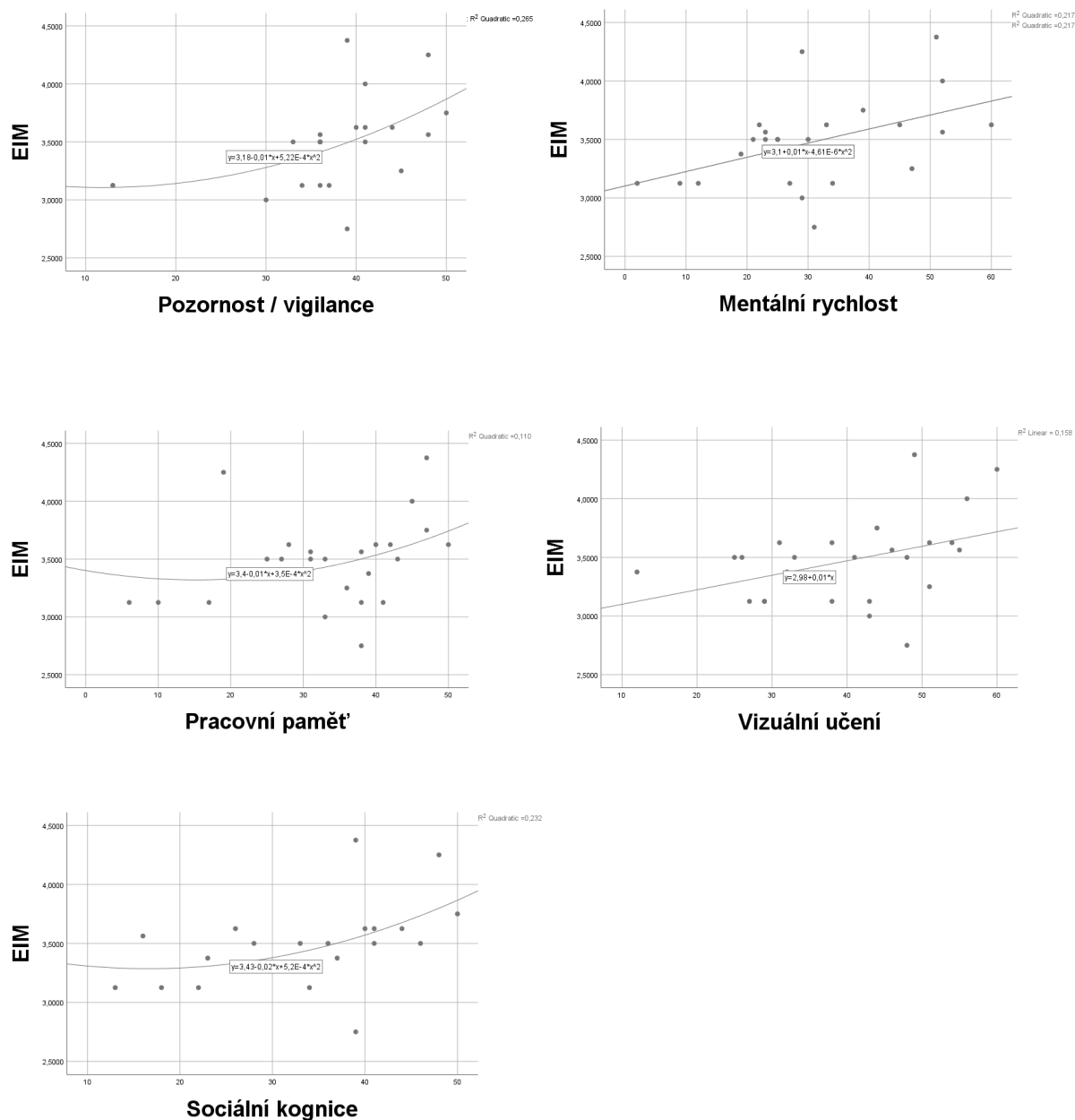
Neparametrická korelace		
		EIM
Mentální rychlost	Spearmanův korelační koeficient	0,459*
	Sig. (2-tailed)	0,021
Pozornost/vigilance	Spearmanův korelační koeficient	0,635**
	Sig. (2-tailed)	0,001
Pracovní paměť	Spearmanův korelační koeficient	0,417*
	Sig. (2-tailed)	0,038
Verbální učení	Spearmanův korelační koeficient	0,270
	Sig. (2-tailed)	0,191
Vizuální učení	Spearmanův korelační koeficient	0,467*
	Sig. (2-tailed)	0,019
Myšlení a řešení problémů	Spearmanův korelační koeficient	0,299
	Sig. (2-tailed)	0,147
Sociální kognice	Spearmanův korelační koeficient	0,561*
	Sig. (2-tailed)	0,010

EIM.....Emoční vklad do hodnot a morálních norem

*.....Hladina významnosti 0,05 (2-tailed)

**.....Hladina významnosti 0,01 (2-tailed)

Graf 3 Vztah dimenze EIM s vybranými kognitivními doménami MCCB



EIM.....Emoční vklad do hodnot a morálních norem

V grafech můžeme pozorovat vzájemnou souvislost mezi vyššími hodnotami na osách X a Y a naopak.

Odpověď na výzkumnou otázku týkající se souvislosti některých subškál SCORS-G s nástrojem MCCB je taková, že u dimenze Emoční vklad do hodnot a morálních norem jsme našli statisticky významný vztah s pěti ze sedmi kognitivních domén. U zbylých subškál SCORS-G jsme našli mírné pozitivní vztahy s doménou Vizuálního učení a Sociální kognice.

5.7.4 Rozlišování kognitivního deficitu na základě TAT tabulí

Další výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit, která z TAT tabulí má největší potenciál rozlišovat mezi kognitivně více a méně deficitními pacienty. Z předchozích výzkumů je již známo (Stein et al., 2013), že tabule 3BM a 13MF nejvíce potvrzují patologii objektivních vztahů, oproti tomu tabule 2 odkazuje na adaptivní a vyspělé objektivní vztahy. S interpretací výsledků této části výzkumu musíme být opatrní, jelikož není možné kognitivní funkce jako celek interpretovat na základě výsledků, dosažených zkoumáním jedné tabule TAT.

U každé tabule jsme zprůměrovali výsledky všech pacientů a vyšel nám celkový průměrný skóre každé tabule (průměry všech kompletů jsou k nalezení v příloze). Tyto nově vzniklé proměnné jsme pak vložili do korelace společně s výsledky testů baterie MCCB. Výsledky jsou prezentovány v tabulce 15.

V ideálním případě jsme hledali komplet, u kterého bychom našli u každé z kognitivních domén baterie MCCB statisticky významný vztah s daným kompletem. To se nepotvrdilo, zároveň jsme ale identifikovali dvě tabule, u kterých mají výsledné korelace alespoň nějakou statistickou sílu. V případě tabule 13MF jsme prokázali signifikantní vztahy na hladině významnosti 0,05 u pěti ze sedmi kognitivních domén. Tyto korelace jsou středně až podstatně silné ($r = 0,523; 0,47; 0,43; 0,5; 0,416$) (Mareš et al., 2015). Zbylé dva další vztahy u této tabule sice již nejsou signifikantní, ale poukazují na jistý zvýšený trend.

U tabule 2 byly prokázány pouze dva signifikantní vztahy, zato ale na hladině významnosti 0,01 ($r = 0,598; 0,622$), zbylé vztahy bychom neměli kvůli jejich statistické nevýznamnosti jen tak opomenout. Modře vyznačené skóre u kompletu tabule 2 naznačují, že zde existuje možná provázanost s kognitivními doménami baterie MCCB. I přes svou nevýznamnost se síla těchto korelací pohybuje mezi mírnou a střední úrovní, což při psychologickém zkoumání není zanedbatelný vztah.

Tab. 15 Potenciál TAT tabulí k rozlišení kognitivního deficitu

		Sociální kognice	Mentální rychlost	Pozornost/vigilance	Pracovní paměť	Verbální učení	Vizuální učení	Myšlení a řešení problémů
Komplet tabule 1	Pearson. korelace	0,236	-0,183	-0,004	-0,148	-0,083	0,030	-0,166
	Sig. (2-tailed)	0,317	0,382	0,986	0,481	0,692	0,886	0,426
Komplet tabule 2	Pearson. korelace	0,598**	0,287	0,399	0,203	0,138	0,622**	0,211
	Sig. (2-tailed)	0,005	0,164	0,053	0,329	0,511	0,001	0,312
Komplet tabule 3BM	Pearson. korelace	0,366	0,175	0,197	0,137	0,262	0,279	0,046
	Sig. (2-tailed)	0,113	0,402	0,356	0,514	0,206	0,177	0,828
Komplet tabule 4	Pearson. korelace	-0,001	0,236	0,202	-0,042	-0,068	0,266	0,075
	Sig. (2-tailed)	0,997	0,257	0,345	0,842	0,749	0,199	0,723
Komplet tabule 5	Pearson. korelace	0,384	0,030	0,056	-0,054	0,016	0,324	-0,072
	Sig. (2-tailed)	0,095	0,885	0,795	0,799	0,940	0,114	0,731
Komplet tabule 6BM	Pearson. korelace	0,084	-0,189	-0,196	-0,345	0,057	0,312	0,003
	Sig. (2-tailed)	0,724	0,367	0,358	0,091	0,788	0,129	0,987
Komplet tabule 12M	Pearson. korelace	0,095	0,021	-0,024	-0,093	0,343	0,218	0,002
	Sig. (2-tailed)	0,692	0,921	0,910	0,657	0,094	0,296	0,992
Komplet tabule 13MF	Pearson. korelace	0,523*	0,470*	0,430*	0,217	0,203	0,500*	0,416*
	Sig. (2-tailed)	0,018	0,018	0,036	0,297	0,331	0,011	0,038

*.....Hladina významnosti 0,05 (2-tailed)

**.....Hladina významnosti 0,01 (2-tailed)

S jistou mírou opatrnosti pak můžeme podotknout, že obecně vyšší hodnocení u tabule 13MF je spojeno s lepšími výsledky v testech kognitivních schopností baterie MCCB (konkrétně Sociální kognice, Mentální rychlost, Pozornost/vigilance, Vizuální učení, Myšlení a řešení problémů) a naopak. Dále můžeme poukázat na fakt, že s jistou mírou pravděpodobnosti tomu tak bude i u tabule 2.

Při bližším prozkoumání tabulky 14 ještě zjišťujeme, že kognitivní doména Sociální kognice ukazuje u dvou tabulí signifikantní a u tří dalších sice statisticky nevýznamný, ale přesto poměrně vysoký pozitivní vztah. Tato doména je tedy nejvíce schopna korelovat s průměry jednotlivých tabulí a můžeme s opatrností říct, že vyšší průměrné skóre na některých tabulích TAT mohou být spojeny s kvalitnějšími výsledky v doméně Sociální kognice.

Na výzkumnou otázku týkající se schopnosti rozlišovat pacienty s kognitivním deficitem můžeme odpovědět takto. Průměrné skóre na tabulích 2 a 13MF mohou s určitou pravděpodobností diferencovat mezi více a méně kognitivně deficitními pacienty. Celkově ale na základě výsledků získaných škálou SCORS-G nelze usuzovat na míru kognitivního postižení pacientů se schizofrenií.

6 Diskuze

Cílem výzkumné části této práce bylo porovnání výsledků nejnovější verze Škály sociální kognice a objektivních vztahů (SCORS-G) u osob se schizofrenií, s jejich výsledky z neuropsychologické baterie testů MCCB. Škála SCORS-G měří kvalitu objektivních vztahů a sociální kognice 8 dimenzemi: Komplexnost reprezentace druhých (COM), Afektivní kvalita reprezentací (AFF), Emoční vklad do vztahů (EIR), Emoční vklad do hodnot a morálních norem (EIM), Porozumění sociální kauzalitě (SC), Prožívání a zvládání agresivních impulsů (AGG), Sebedůvěra (SE) a Identita a soudržnost self (ICS). Tuto škálu je možné využít u téměř každého typu narativních dat, nejčastěji ale u raných vzpomínek a v našem výzkumu využitých spontánně tvořených příbězích na tabulích TAT. Využili jsme k tomu 5 základních subškál, které jsou pro užití SCORS zásadní.

První výzkumnou otázkou, kterou jsme se zabývali bylo, jestli se pacienti se schizofrenií umisťují podprůměrně na 7 bodové stupnici škály SCORS-G. U toho jsme vycházeli z předešlých výzkumů (Vaz, 2002; Lysaker, 2010; Steinová, 2014; Hosáková, 2014), které ukazují zhoršené výsledky ve všech dimenzích škály SCORS. Potvrdili jsme snížené průměrné skóre u všech zkoumaných dimenzí. SCORS-G je hodnoceno na stupnici o 7 bodech, kde více bodů značí vyspělejší objektivní vztahy. Autor škály Drew Westen považuje za patologickou hranici 2 bodů. Té žádná z námi zkoumaných subškál nedosáhla, ale některé se blížily.

Tab. 16 Průměrné bodové ohodnocení dimenzí SCORS-G

Název subškály	Celkový průměr	Směrodatná odchylka
Komplexnost reprezentace druhých	2,56	0,65
Afektivní kvalita reprezentací	3,13	0,54
Emoční vklad do vztahů	2,69	0,49
Porozumění sociální kauzalitě	2,62	0,67
Emoční vklad do hodnot a morálních norem	3,48	0,37

Na pomezí mezi patologií a průměrem se pohybovaly subškály s bodovým ohodnocením mezi 2-3 body, jak je možné pozorovat v tabulce 16. V pásmu podprůměru pak ležela dimenze Afektivní kvalita reprezentací.

Vysokého průměrného skóru bylo dosaženo také na subškále Emoční vklad do hodnot a morálních norem. Jelikož většina odpovědí byla hodnocena 4 body, což značí nepřítomnost znaku, tedy nepřítomnost morálních znaků v příbězích, říká nám tato subškála spíše něco o chudosti, než vyspělosti morálního uvažování u schizofrenie. Dosavadní výzkumy potvrzují, že schizofrenie není spojena s „nemorálností“, ale spíše s limitovanými schopnostmi morálního úsudku (Wischniewski & Brune, 2011)

V ojedinělých studiích zkoumající objektní vztahy schizofreniků pomocí SCORS k podobným výsledkům došli i Lysaker (2010), Vaz (2002) a u nás Hosáková (2014). Je nutno podotknout, že první dva zmiňovaní ke svému výzkum využívali starší verze SCORS, kde se hodnotilo pouze na 5 bodové stupnici a místo 8 dimenzí byly pouze 4 (poslední 3 subškály ze současné verze zcela chybí, subškály Emoční vklad do vztahů a Emoční vklad do hodnot a morálních norem byly spojeny v jednu). Naše výsledky potvrzují tyto dřívější závěry. Subškály COM, EIR (v dřívější verzi SCORS spojená se současnou samostatnou subškálou EIM) a SC dosahovaly výsledků na hranici patologie. Pouze subškála AFF, stejně tak jako v našem případě, spadala do podprůměru.

U výrazného snížení výsledků subškál COM a SC lze hledat souvislost. V dřívějších výzkumech byl u SCORS identifikován faktor kognitivních komponent, který sytí právě tyto dvě výše zmíněné subškály (Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011). Snížená míra tohoto faktoru u schizofrenie je charakterizována potížemi v interpretaci psychologických procesů a vnitřních stavů ostatních, s čímž souvisí následné potíže při chápání situačního kontextu a motivace jedincova chování, související s identifikací a řešením problémů (Stein & Slavin-Mulford, 2018).

Vysvětlení výrazně snížené úrovně v dimenzi EIR lze hledat v publikaci Greena (1996), kde autor píše, že onemocnění schizofrenie je spojováno s narušením sociálních vztahů, izolací, sociálním odcizením a introverzí. Tyto ukazatele se často vyskytují ještě před akutním propuknutím onemocnění a jsou často neměnné.

Při dalším testování našich hypotéz jsme využili Pearsonův korelační koeficient k prozkoumání vztahů mezi kognitivními doménami měřenými nástrojem MCCB a subškálami SCORS-G, kromě dimenze Emoční vklad do hodnot a morálních norem, kde jsme museli přistoupit, z důvodů nepotvrzené normality rozložení dat, k využití neparametrické obdoby. Pomocí korelace jsme hledali významné vztahy mezi proměnnými. Statisticky významný se nám potvrdil pouze jeden vztah, a to na subškále Porozumění sociální kauzality s doménou

Vizuální učení. Velikost vztahu je $r = 0,464$ a tento středně silný vztah tak vysvětluje zhruba 22% variability znaků. Ostatně se zbylými subškálami nejvíce korelovala právě kognitivní doména Vizuální učení, i když další vztahy již nebyly statisticky významné (viz tabulka 17).

Kognitivní doména Vizuální učení je reprezentována Krátkým testem zrakově-prostorové paměti. U osob s deficitem rychlosti vizuálního zpracování informací byly potvrzeny horší výsledky v tomto testu (Tam & Schmitter-Edgecombe, 2013). Myslíme si, že kvalita vizuálního zpracování hraje roli i při získávání detailních informací z TAT tabulí, potřebných k vytvoření komplexního příběhu k jednotlivým tabulím. Proto se jako možné vysvětlení našich výsledků nabízí právě tato skutečnost, kdy pacienti s kvalitnějším vizuálním zpracováním tabulí jsou schopni více postihnout kvalitu objektních vztahů v příběhu. Silnou souvislost s dimenzí Porozumění sociální kauzality si vysvětlujeme tak, že pro kvalitní pochopení kontextu, vnitřních stavů a motivací je nutné nejprve vizuálně podrobně zpracovat informace, které tabule poskytuje.

Tab. 17 Významné vztahy mezi SCORS-G a MCCB

		COM	AFF	EIR	SC
Vizuální učení	Pearsonova korelace	0,360	0,240	0,351	0,464*
	Sig. (2-tailed)	0,077	0,247	0,086	0,019
Sociální kognice	Pearsonova korelace	0,369	0,136	0,292	0,364
	Sig. (2-tailed)	0,109	0,568	0,212	0,115

COM.....Komplexnost reprezentace druhých

AFF.....Afektivní kvalita reprezentací

EIR.....Emoční vklad do vztahů

SC.....Porozumění sociální kauzality

*.....Hladina významnosti 0,05 (2-tailed)

Další statisticky nevýznamné vztahy, které bychom ale pro svou vyšší sílu nechtěli ponechat stranou, byly nalezeny mezi subškálami SCORS-G a doménou Sociální kognice. Tyto vztahy mohou poukazovat na jistou spojitost proměnných.

Je s podivem, že doména Sociální kognice nemá signifikantní vztah se škálou měřící Sociální kognici a objektní vztahy. I když jistou souvislost zde najít můžeme, čekali bychom větší. Může tomu být z toho důvodu, že oba dva pojmy sociální kognice zde vycházejí z trochu jiného teoretického východiska. Sociální kognice byla řadou odborníků vybrána a zahrnuta

mezi 7 kognitivních domén, které jsou měřeny pomocí nástroje MCCB (Green et al., 2004). K tomuto účelu byl vybrán Test emoční inteligence MSCEIT, který je založen, jak už sám název napovídá, na emoční inteligenci. Ta zahrnuje vnímání, používání, zvládání a porozumění emocím a k posouzení sociální kognice u převážně zdravých jedinců v experimentálních podmínkách tyto emoce využívá. Jedná se tedy spíše o afektivní složku sociální kognice (Brackett & Salovey, 2006). Oproti tomu sociální kognice ve škále SCORS-G je více propojena s teorií objektních vztahů, založených na psychodynamických základech z klinické perspektivy. Proto se zde promítá důraz na povahu a vývoj reprezentací ostatních i vlastního self a zaměřenost na patologii objektních vztahů týkajících se myšlenek pocitů a motivací převážně u osob s poruchami osobnosti (Westen et al., 1990). Přesto jsou výsledné vztahy poměrně silné, hlavně u subškál COM a SC, které společně tvoří právě kognitivní komponent (viz výše) škály SCORS-G.

Jinak tomu bylo u subškály Emoční vklad do hodnot a morálních norem, kde jsme byli nuceni využít neparametrický Spearmanův test pořadové korelace (tabulka 18), z důvodu nedosažené normality rozložení dat v populaci. Nevýhodou neparametrických testů je jejich menší schopnost zamítnout nulovou hypotézu, jestliže není správná, proto mají menší sílu (Hendl, 2015). Právě z toho důvodu se nám nejspíše podařilo u zmíněné subškály nalézt nejvíce signifikantních vztahů s doménami nástroje MCCB, a to konkrétně pět. Zbylé dvě domény (Verbální učení a Myšlení a řešení problémů) signifikantně nekorelovaly se subškálou EIM, ale podle výsledků ($r_s = 0,270$; $p = 0,191$; $r_s = 0,299$; $p = 0,147$) bychom s určitou pravděpodobností mohli také usuzovat na vzájemnou provázanost.

Tab. 18 Emoční vklad do hodnot a morálních norem – Spearmanův test

	Emoční vklad do hodnot a morálních norem
Mentální rychlost	$r_s = 0,459^*$
Pozornost/vigilance	$r_s = 0,635^{**}$
Pracovní paměť	$r_s = 0,417^*$
Vizuální učení	$r_s = 0,467^*$
Sociální kognice	$r_s = 0,561^*$

*.....Hladina významnosti 0,05 (2-tailed)

**.....Hladina významnosti 0,01 (2-tailed)

Podle těchto výsledků můžeme potvrdit naši hypotézu alespoň v případě této subškály a říct, že dimenze Emoční vklad do hodnot a morálních norem může mít s jistou pravděpodobností schopnost rozlišovat mezi více a méně kognitivně deficitními pacienty u daných kognitivních domén testové baterie MCCB. A to konkrétně tak, že pacienti s vyšším průměrným skórem na subškále EIM, v tomto případě značící zvnitřněné aspekty morálních hodnot a etikety, dosahují lepších výsledků v testech kognitivních funkcí baterie MCCB. A naopak, že pacienti, u nichž se objevují v TAT příbězích agresivní tendence, nedostatek lítosti a empatie a jsou soustředěni převážně na své potřeby a zájmy, dosahují v testech kognitivních schopností nižších výsledků.

Kognitivní zpracování vyžadují i situace obsahující morální témata. Abstraktní uvažování je klíčem k morálnímu úsudku. Je proto zapotřebí využít poznávacích funkcí ke kvalitnímu mentálnímu zhodnocení všech aspektů situace. Kognitivní vyzrálost se pak může projevovat na kontinuu mezi rychlé X pomalé, automatické X záměrné a nevědomé X vědomé hodnocení situací (Evans, 2008). Osoby s horším sociálně kognitivním zpracováním situací pak reagují zjednodušeně, což se odráží na jejich morálním úsudku (Bandura, 2014). To se v našem případě projevuje ve spojitosti mezi horšími dosaženými výsledky v testech kognitivních schopností a podprůměrnými skóry v oblasti patologie na subškále EIM.

Při vzájemném porovnání subškál SCORS-G a nástroje MCCB jsme očekávali jiné výsledky. Dle dostupné literatury jsme spíše předpokládali nalezení vztahů mezi baterií MCCB a kognitivním komponentem SCORS-G (Bram, 2004; Stein & Slavin-Mulford, 2018). Ten je syčen subškálami Porozumění sociální kauzality a Komplexnost reprezentace druhých, které jsou postaveny více na kognitivním zhodnocení situace a využití poznávacích procesů myšlení. Navíc má tento komponent celkem dobrou schopnost rozlišovat mezi klinickým a neklinickým souborem (Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011). Předpokládali jsme tedy, že tato schopnost se v jisté míře projeví i mezi více a méně kognitivně deficitními jedinci. Vzájemná provázanost se ale ukázala pouze v omezené míře u domén Vizualního učení a Sociální kognice, což si vysvětlujeme tak, že kognitivní komponent nemá až tak vysokou schopnost diskriminovat klinické kategorie mezi sebou.

Prozkoumali jsme také možnosti jednotlivých TAT tabulí rozlišovat mezi kognitivně více a méně deficitními jedinci. Tuto schopnost jsme s určitou mírou pravděpodobnosti našli u dvou tabulí z našeho výběru, konkrétně tabule 2 a 13MF. O stejných tabulích se zmiňuje ve svém výzkumu i Ehrenreich (1990; in Stein et al., 2014), který poukázal na to, že tabule 2 evokuje nejvíce adaptivních a vyspělých odpovědí, kdežto tabule 3BM a 13MF nejvíce

odpovědí patologických. Při využití škály SCORS-G došli k podobným výsledkům i Steinová a kolektiv (2014), kdy u stejných tabulí zjistili, že nejlepší schopnost projevení se patologie objektních vztahů je spojena se stimulačními charakteristikami tabulí 3BM a 13MF. Protikladem je tabule 2, která ukazuje na nejvyspělejší objektní vztahy.

Podobné výsledky potvrzuje i náš výzkum, kdy nejvyšší způsobilost k diferenciaci méně a více kognitivně deficitních jedinců mají tabule 13MF a 2, přičemž u tabule 13MF můžeme pozorovat u pěti ze sedmi kognitivních domén signifikantní vztahy, u tabule 2 pak nacházíme dva statisticky významné vztahy se Sociální kognicí a Vizuelním učením. Spojitost těchto kognitivních domén se tedy projevuje i u porovnání s průměry jednotlivých tabulí. Výsledné korelace jsou poměrně silné, a tak s jistou mírou pravděpodobnosti můžeme říct, že tabule 13MF a 2 dokáží rozlišovat mezi více a méně kognitivně deficitními jedinci v různých oblastech poznávacích funkcí.

Nejčastěji se vyskytující statistické významnosti u tabule 13MF si vysvětlujeme její schopností podněcovat více patologické objektní vztahy, které jsou častěji přítomny u pacientů se schizofrenií. Vzhledem k této větší stimulaci k neadaptivnímu chování jsou ty výpovědi, které se pohybují v oblasti podprůměru vychýleny směrem více k oblasti patologie. Proto je také u této tabule nejvyšší rozdíl mezi minimálním a maximálním průměrným skórem (min. 1,40; max. 4,20; rozsah 2,80) a odlišností odpovědí (sd. = 0,77).

Tab. 19 Komplet tabule 13MF a 2

		Sociální kognice	Mentální rychlost	Pozornost	Pracovní paměť	Verbální učení	Vizuální učení	Myšlení a řešení problémů
Tabule 13MF	Pearsonova korelace	0,523*	0,470*	0,430*	0,217	0,203	0,500*	0,416*
Tabule 2	Pearsonova korelace	0,598**	0,287	0,399	0,203	0,138	0,622**	0,211

*.....Hladina významnosti 0,05 (2-tailed)

**.....Hladina významnosti 0,01 (2-tailed)

V našem výzkumu jsme využili statistických metod pro testování několika hypotéz. Signifikantní vztahy jsme našli mezi některými kognitivními doménami baterie MCCB a subškálami SCORS-G. Vzhledem k menšímu výzkumnému souboru a počtu měření je možné, že u některých statisticky významných vztahů nebyla mylně zamítnuta nulová hypotéza. Pro pravděpodobný počet signifikantních vztahů bychom mohli využít Bonferroniho korekci hladiny významnosti (Hendl, 2015), u které je ale relativně obtížné dosáhnout statistické významnosti i u testů s mnohem větším výzkumným souborem. Proto jsme se rozhodli tuto metodu nevyužít a zaměřili jsme se raději na podrobnější popis nalezených vztahů.

Při snaze zobecnit výsledky na celou populaci bychom tuto korekci museli vzít v potaz. Došli bychom pak s největší pravděpodobností k závěru, že testová baterie MCCB a škála SCORS-G měří každá jiný konstrukt, tedy že kognitivní funkce a jejich deficit nesouvisí se zkoumanými objektními vztahy a sociální kognicí měřenými škálou SCORS-G. Zřejmě proto jsme také nenašli signifikantní vztah mezi mírou kognitivního deficitu a výsledky ze škály SCORS-G. To znamená, že oba dva využití nástroje jsou na sobě vzájemně nezávislé. Přinejmenším je tomu tak u pacientů, kteří nejsou v chronické fázi onemocnění a úbytek jejich kognitivních funkcí ještě nemá pravděpodobně vliv na výsledky SCORS-G, jako tomu bylo v našem případě.

Tento výzkum potvrzuje, že na Škálu sociální kognice a objektních vztahů nemůžeme nahlížet z neuropsychologického, ani kognitivistického pohledu. Tato škála je založena na jiných základech než běžné výkonové testy a prozkoumává jinou složku pacientova vnitřního světa. Z důvodů komplexnějšího posouzení patologie u osob s onemocněním schizofrenie bychom tedy navrhovali využití i této škály a jsme přesvědčeni, že z jejího terapeutického přínosu může těžit každý zúčastněný.

K pozoruhodným výsledkům jsme v tomto kontextu dospěli u tabule 13MF, u které bylo nalezeno 5 signifikantních vztahů ze 7 zkoumaných. Potenciál této tabule pak spočívá v její schopnosti identifikovat jak deficit kognitivních funkcí, tak kvalitu objektních vztahů ve vzájemné provázanosti, což se nám ve zbytku výzkumu nepodařilo zopakovat. Tento nálezn je zajímavý proto, že běžně není možné patologii vysvětlit pouze na základě výkonových testů, stejně tak jako není možné vysvětlit negativní symptomatologii na základě poruch exekutivních funkcí. Tato tabule je tedy možná zajímavým úkazem, který dokáže postihnout dezorganizaci schizofrenní osobnosti z pohledu obou dvou námi zkoumaných konstruktů. Pro možné budoucí výzkumy, zabývající se tímto tématem, bychom doporučili prozkoumat více do hloubky stimulační charakteristiky jednotlivých tabulí, zejména pak tabule 13MF.

6.1 Limity

Ještě před poslední kapitolu této práce bychom chtěli shrnout limity a rizika našeho výzkumu. Pokud se jedná o náš výzkumný soubor, existuje několik jeho omezení. Prvním z nich je malý počet respondentů. Pro výzkum tohoto typu by bylo ideální jich mít více. Jak jsme již ale zmiňovali výše, větší počet pacientů se schizofrenií, kteří by byli otestováni kompletní baterií kognitivních funkcí MCCB a zároveň u nich existoval v elektronické podobě záznam jejich výpovědí na tabulích Tematicko-apercepčního testu, nebylo prakticky možné sehnat.

S tím se pojí další riziko výzkumu, a to administrace TAT jinou osobou, než byl samotný hodnotitel příběhů. Vzhledem k tomu, že kvantitativní vyhodnocení SCORS-G je ale závislé pouze na obsahu pacientových výpovědí (mělo by být tedy oproštěno od hodnotitelových pocitů vůči pacientovi), neměl by to být moc velký problém. Naopak to mohlo napomoci kvalitě sběru dat, jelikož se o ně staral zkušený odborník.

Ve výzkumném souboru, který byl až příliš homogenní, byly pouze 4 ženy a vyskytovala se jenom jedna diagnóza, konkrétně F20.0 Paranoidní schizofrenie. Pro větší rozmanitost výzkumného souboru a možnosti zobecnění výsledků na klinickou populaci by bylo výhodnější, kdyby ve výzkumném souboru měly větší zastoupení ženy a také různorodější výskyt typů schizofrenie.

Dalším limitem našeho výzkumu byla menší zkušenost se skórovacím systémem SCORS-G, kterým byla vyhodnocena data z TAT. Snažili jsme se toto riziko co nejvíce snížit proškolením se v 9 týdenním tréninkovém plánu, který se týkal SCORS-G a studiem knihy na stejné téma. Celkově jsme měli na hodnocení dat 6 měsíců. Snažili jsme se tedy využít všech dostupných zdrojů ke kvalitnímu zhodnocení dat. Stále je zde ale možnost rizika, že v některých případech jsme z nedostatečné znalosti pravidel skórování mohli mylně přiřadit danému příběhu jiný výsledek. Při porovnání námi dosažených průměrných skóre s ostatními výzkumy s obdobným výzkumným souborem můžeme říct, že jsme dosáhli podobných výsledků. Kdybychom se chtěli v budoucnu dále tomuto tématu věnovat, jistě by bylo zapotřebí splnit podmínky triangulace (Hendl, 2015), tedy při vyhodnocování dat využít více hodnotitelů.

Velikost výzkumného souboru se také negativně odráží na výsledcích z korelačních analýz. Vzhledem k malému počtu pacientů, zařazených do našeho výzkumu a faktu, že výsledné signifikantní korelace by mohly být ovlivněny zahrnutím dalších pacientů do výzkumu, můžeme tyto výsledky zobecňovat na námi zkoumanou populaci jenom s velkou opatrností.

Pro příští výzkumy bychom doporučovali, mimo výše zmíněné, i zastoupení co se týče chronických, akutních a ambulantních schizofreniků.

Závěr

V našem výzkumu jsme srovnávali úbytek kognitivních funkcí s kvalitou objektních vztahů a sociální kognicí u vzorku pacientů se schizofrenií. Objektívní vztahy a sociální kognici jsme zjišťovali pomocí příběhů k tabulím Tematicko-apercepčního testu, hodnocených na základě škály SCORS-G (Social Cognition and Object Relations Scale- Global Rating Method). Deficit kognitivních funkcí byl měřen pomocí standardizovaného nástroje MCCB (MATRICS Consensus Cognitive Battery), tvořeného 7 kognitivními doménami. Pro vyhodnocování dat z TAT protokolů jsme využili 5 základních subškál skórovacího systému SCORS-G. Snažili jsme se prozkoumat vztahy mezi jednotlivými složkami každého z nástrojů, k čemuž jsme využívali statistické metody korelace. Dále jsme sledovali, zda se výsledné průměrné skóry u SCORS-G budou pohybovat na rozhraní mezi patologií a podprůměrem a pokusili jsme se identifikovat TAT tabule, které mají schopnost diferencovat mezi více a méně kognitivně deficitními pacienty.

Výsledky jsou popsány ve výzkumné části práce. Celkové průměry jednotlivých subškál SCORS-G se pohybovaly ve třech případech v oblasti podprůměru na hranici patologie (COM, EIR, SC), zbylé dva (AFF, EIM) dosahovaly mírně podprůměrných skóre. Byla tím potvrzena snížená sociální kognice a objektívní vztahy u osob se schizofrenií. Naopak žádný vztah jsme nenašli mezi mírou kognitivního deficitu a výsledky na škále SCORS-G. Statisticky významných výsledků jsme pak dosáhli při hledání spojitosti mezi subškálami SCORS-G a kognitivními dimenzemi měřenými nástrojem MCCB. Domény Vizuelní učení a Sociální kognice korelovaly se subškálami COM, AFF, EIR i SC. Subškála Emoční vklad do hodnot a morálních norem vykazovala signifikantní vztahy u 5 ze 7 kognitivních domén. Snažili jsme se také o nalezení těch TAT tabulí, které mají schopnost rozlišovat mezi vyšším a nižším kognitivním deficitem. U tabulí 2 a 13MF jsme identifikovali statisticky významné vztahy, a tudíž můžeme říct, že (zejména tabule 13MF) tyto dvě tabule mají schopnost diferencovat mezi více a méně kognitivními jedinci.

Ve výsledcích naší práce předkládáme nalezené vztahy mezi nástrojem MCCB a škálou SCORS-G. Přikláníme se ale spíše k závěru, že výsledky z obou námi využitých metod spolu spíše nesouvisí, tedy že každá měří jiný mentální konstrukt. Jedná se o důležité zjištění, zejména v kontextu, kdy se při diagnostice pacientů se schizofrenií stále více využívají neuropsychologické metody, jako je baterie MCCB, které ale postrádají schopnost zachytit například námi zkoumané objektívní vztahy.

Zdroje

- Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Weatherill, R., & Hilsenroth, M. J. (1999). Use of the TAT in the Assessment of DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 422-448.
- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Clemence, A. J., Weatherill, R., & Fowler, J. C. (2000). The effects of social cognition and object representation on psychotherapy continuation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), 386-408.
- Aronow, E., Weiss, K. A., & Reznikoff, M. (2013). *A practical guide to the Thematic Apperception Test: The TAT in clinical practice*. Routledge.
- Andreasen, N. C. (1997). The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*, 28(2-3), 105-109.
- Bandura, A. (2014). Social cognitive theory of moral thought and action. In *Handbook of moral behavior and development* (pp. 69-128). Psychology Press.
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2011). Schizofrenie, Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta.
- Banksová Motlová, L., & Španiel, F. (2017). Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta.
- Bearden C.E., Rosso I.M., Hollister J.M., Sanchez L.E., Hadley T. & Cannon T.D. (2000). A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 395-410.
- Bezdíček, O., Nikolai, T., Michalec, J., Harsa, P. & Kališová, L. (2015). Komplexní posouzení kognitivních funkcí u nemocných schizofrenií – Česká verze standardizovaného nástroje MATRICS. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(2), 79-86.
- Botorová, L. (2015). Užití Tematicko apercepčního testu k posouzení sociálních vztahů u dětí s ADHS (Rigorózní práce). Olomouc, Univerzita Palackého.
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2(4), 531.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18.
- Bram, A. D. (2014). Object relations, interpersonal functioning, and health in a nonclinical sample: Construct validation and norms for the TAT SCORS-G. *Psychoanalytic Psychology*, 31(3), 314.
- 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.

- Carter, J. D., Bizzell, J., Kim, C., Bellion, C., Carpenter, K. L., Dichter, G., & Belger, A. (2010). Attention deficits in schizophrenia—preliminary evidence of dissociable transient and sustained deficits. *Schizophrenia research*, 122(1), 104-112.
- Cornblatt, B. A., Lencz, T., Smith, C. W., Correll, C. U., Auther, A. M., & Nakayama, E. (2003). The schizophrenia prodrome revisited: a neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia bulletin*, 29(4), 633.
- Cramer, P. (1999). Future directions for the thematic apperception test. *Journal of Personality Assessment*, 72(1), 74-92.
- Crow, T. J. (1995). Brain changes and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*, 28(1), 18-21.
- Čermák, I. (2005). Podnětové charakteristiky tabulí Tématicko apercepčního testu. *Rorschach a projektivní metody. Ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*. 163-189.
- Češková, E. (2007). Schizofrenie a její léčba. 2. vydání. Praha: Maxdorf.
- DeLisi, L. E. (2001). Speech disorder in schizophrenia: review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language. *Schizophrenia Bulletin*, 27(3), 481-496.
- Dickerson, F., Boronow, J. J., Ringel, N., & Parente, F. (1999). Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. *Schizophrenia research*, 37(1), 13-20.
- Doubek, P. (2013) Schizofrenie. In Raboch, J., & Pavlovský, P. (2013). *Psychiatrie*. Karolinum Press.
- Dragašek, J. (2014). Schizofrénia a ostatné psychotické poruchy v DSM-5. *Psychiatria pre prax*, 15(3), 96-98.
- Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada Publishing as.
- Evans, J. S. B. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 255-278.
- Eyler, L. T., Olsen, R. K., Jeste, D. V., & Brown, G. G. (2004). Abnormal brain response of chronic schizophrenia patients despite normal performance during a visual vigilance task. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 130(3), 245-257.
- Fleischhacker, W. W. (1995). New drugs for the treatment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(s388), 24-30.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *The American journal of psychiatry*, 153(3), 321.
- Green, M. F., Nuechterlein, K. H., Gold, J. M., Barch, D. M., Cohen, J., Essock, S. & Keefe, R. S. (2004). Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biological psychiatry*, 56(5), 301-307.
- Hadjipapanicolaou, D., Kališová, L., Kozelek, P., Žukov, I., & Glaser, T. (2014). Schizofrenie a sebevražedné jednání. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 110(3).

Haut, M. W., Cahill, J., Cutlip, W. D., Stevenson, J. M., Makela, E. H., & Bloomfield, S. M. (1996). On the nature of Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 65(1), 15-22.

Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Portál.

Hibbard, S., Farmer, L., Wells, C., Difillipo, E., Barry, W., Korman, R., & Sloan, P. (1994). Validation of Cramer's defense mechanism manual for the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 197-210.

Hibbard, S. (2003). A Critique of Lilienfeld et al.'s (2000) "The Scientific Status of Projective Techniques". *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 260-271.

Hosáková, K., & Lečbych, M. (2016). Možnosti využití Tematicko-apercepčního testu při diagnostice sociální kognice u osob se schizofrenií. *Československá Psychologie*, 60(1), 71.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2002). *Psychiatrie*. Tigris.

Jelastopulu, E., Giourou, E., Merikoulias, G., Mestousi, A., Moratis, E., & Alexopoulos, E. C. (2014). Correlation between the Personal and Social Performance scale (PSP) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in a Greek sample of patients with schizophrenia. *BMC psychiatry*, 14(1), 197.

Jenkins, S. R. (eds.) (2008). *A Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques*. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Taylor & Francis Group.

Karch, S., Leicht, G., Giegling, I., Lutz, J., Kunz, J., Buselmeier, M., ... & Pogarell, O. (2009). Inefficient neural activity in patients with schizophrenia and nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: evidence from a working memory task. *Journal of psychiatric research*, 43(15), 1185-1194.

Kay, S. R., Flszbein, A., & Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261.

Kern, R. S., Neuchterlein, K. H., K. H., Green, R. S., Baade, Fenton, W. S., F. J., Gold, Keefe, R. S. E., Mesholam-Gately, R., Mintz, J., Seidman, L. J., Stover, E., & Marder, S. R. (2008). The matrices consensus cognitive battery, part 2: Co-norming and standardization. *Am J Psychiatry*, 165, 214-220.

Látalová, K., Praško, J., Sigmundová, Z., Havlíková, P., & Vrbová, P. (2013). Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In J. Praško, & K. Látalová (Eds.), *Psychiatrie v primární péči*, (pp. 341-385). Praha: Mladá fronta.

Lauriello, J., Lenroot, R., & Bustillo, J. R. (2003). Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(1), 191-211.

Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda: integrativní přístup k interpretaci*. Grada Publishing as.

Lecrubier, Y., Quintin, P., Bouhassira, M., Perrin, E., & Lancrenon, S. (2006). The treatment of negative symptoms and deficit states of chronic schizophrenia: olanzapine compared to amisulpride and placebo in a 6-month double-blind controlled clinical trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 319-327.

- Levkovitz, Y., Mendlovich, S., Riwkes, S., Braw, Y., Levkovitch-Verbin, H., Gal, G., ... & Kron, S. (2010). A double-blind, randomized study of minocycline for the treatment of negative and cognitive symptoms in early-phase schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(2), 138.
- Liddle, P. F., Laurens, K. R., Kiehl, K. A., & Ngan, E. T. (2006). Abnormal function of the brain system supporting motivated attention in medicated patients with schizophrenia: an fMRI study. *Psychological medicine*, 36(8), 1097-1108.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological science in the public interest*, 1(2), 27-66.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Daroyanni, P., Buck, K. D., LaRocco, V. A., Carcione, A., & Nicolo, G. (2010). Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: Associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(3), 303–315.
- Mareš, P., Rabušic, L., & Soukup, P. (2015). *Analýza sociálněvědních dat (nejen) v SPSS*. Masarykova univerzita.
- McKee, M., Hull, J. W., & Smith, T. E. (1997). Cognitive and symptom correlates of participation in social skills training groups. *Schizophrenia research*, 23(3), 224-229.
- Meyer, U., Schwarz, M. J., & Müller, N. (2011). Inflammatory processes in schizophrenia: a promising neuroimmunological target for the treatment of negative/cognitive symptoms and beyond. *Pharmacology & therapeutics*, 132(1), 96-110.
- Mohr, P., Bravermanová, A., Melicher, T., Rodriguez, M., Čeplová, Z. & Kopřiva, J. (2012). Funkční schopnosti a spokojenost s léčbou pacientů se schizofrenií v České republice: průřezová studie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 108(6), 279-285.
- Mohr, P. (2012). Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicína pro praxi: Mezioborové přehledy*.
- Morris, R. G., Rushe, T., Woodruffe, P. W. R., & Murray, R. M. (1995). Problem solving in schizophrenia: a specific deficit in planning ability. *Schizophrenia research*, 14(3), 235-246.
- Motlová, L., & Koukolík, F. (2004) Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén.
- Najbrtová, K., Šípek, J., Loneková, K. & Čáp, D. (2017). Projektivní metody v psychologické diagnostice. Praha: Portál.
- Nakonečný, M. (1995). Lexikon psychologie. Praha: Vodnář.
- Obereignerů, P. R., Obereignerů, M. K., Divéky, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatr. prax*, 12(3), 100-105.
- Peralta, V., Cuesta, M. J., Martinez-Larrea, A., & Serrano, J. F. (2000). Differentiating primary from secondary negative symptoms in schizophrenia: a study of neuroleptic-naïve patients before and after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1461-1466.
- Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78.
- Preiss, M., & Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Grada Publishing as.

Přikryl, R., & Kučerová, H. (2008). Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(7), 350-357.

Rodriguez, M., & Mohr, P. (2004). Paměť a schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 118-122.

Segal, H.G., Westen, D., Lohr, N.E., Silk, K.R., & Cohen, R. (1992) Assessing object relations and social cognition in borderline personality disorders from stories told to the picture arrangement subtest of the WAIS-R. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 458-470.

Slováková, A., Španiel, F., Banksová Motlová, L. (2015). Prognóza schizofrenie. *Psychiatrie*, 19(3), 153-161.

Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf.

Smolová, A. (2014). Zkoumání sociální kognice a objektních vztahů u osob se schizofrenií. (Diplomová práce). Praha. Pdf UK

Soukupová, T. & Goldmann, P. (2007). Zjišťování objektních vztahů v Tématicko apercepčním testu. *Rorschach a projektivní metody : ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*. 161 - 174.

Stehlíková, L. (2013): Užití skórovacích systémů SCORS a SOS-GS v Tématicko apercepčním testu u kriminální populace. (Diplomová práce). Brno, Masarykova univerzita

Stein, M., Hilsenroth, M., Slavin-Mulford, J., & Pinsker, J. (2011). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G; 4th ed.)*. Nepublikovaný manuskript, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA

Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., Sinclair, S. J., Siefert, C. J., & Blais, M. A. (2012). Exploring the construct validity of the social cognition and object relations scale in a clinical sample. *Journal of personality assessment*, 94(5), 533-540.

Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., Siefert, C. J., Sinclair, S. J., Renna, M., Malone, J., ... & Blais, M. A. (2014). SCORS-G stimulus characteristics of select Thematic Apperception Test cards. *Journal of personality assessment*, 96(3), 339-349.

Stein, M., & Slavin-Mulford, J. (2018). *The Social Cognition and Object Relations Scale-global Rating Method (scors-g): A Comprehensive Guide for Clinicians and Researchers*. Routledge.

Sternberg, R.J. (2009). Kognitivní psychologie. Praha: Portál.

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál.

Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Szotkowski, P. (2013): Specifika formální analýzy Tématického apercepčního testu pomocí skórovacího systému SCORS u žen s diagnostikovanou mentální bulimií. (Diplomová práce). Brno, Masarykova univerzita.

Šípek, J. (2000). Projektivní metody. Praha: ISV.

Švábová, D. (2014): Kvantitativní a kvalitativní vyhodnocení příběhů evokovaných Tematickým apercepčním testem administrovaným sexuálním delikventům. (Rigorózní práce). Brno, Masarykova univerzita.

Tam, J. W., & Schmitter-Edgecombe, M. (2013). The role of processing speed in the Brief Visuospatial Memory Test–Revised. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(6), 962-972.

Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, “Just the Facts” 5. Treatment and prevention Past, present, and future. *Schizophrenia research*, 122(1), 1-23.

Teglass, H. (2010). *Essentials of TAT and other storytelling assessments* (Vol. 64). John Wiley & Sons.

Tůma, I. (2008). Kognitivní deficit a psychopatologie schizofrenie. *Psychiatrie*, 12(2), 101-106.

Tůma I. Farmakologická léčba schizofrenie. *Psychiatrie* 2011; 15: 96–103.

Vantuch, J. (2014). Nekognitivní efekt kognitivní rehabilitace: Administrace TAT u pacientů s akutně vzniklým poškozením mozku. (Diplomová práce). Olomouc, Univerzita Palackého.

Vaz, F. J., Béjar, A., & Casado, M. (2002). Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 311.

Věchetová, G., Jarošová, Z., Orlíková, H., Bolceková, E., & Preiss, M. (2018). Měření kognitivních funkcí pomocí krátkých opakovatelných neuropsychologických baterií. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 81(1).

Walther, S., & Strik, W. (2012). Motor symptoms and schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 66(2), 77-92.

Westen, D., Lohr, N. Silk, K.R., Gold, G. & Kerber, K. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives and normal: A Thematic apperception test analysis. *A journal of consulting and clinical psychology*. 2(4). 355-364.

Westen, D. (2002). *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS): Manual for Coding TAT Data*. Michigan: University of Michigan.

Wischniewski, J., & Brüne, M. (2011). Moral reasoning in schizophrenia: an explorative study into economic decision making. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(4), 348-363.

Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 Výsledky PANSS.....	90
Příloha 2 Průměrné skóry na jednotlivých TAT tabulích	91
Příloha 3 Histogram - normalita rozložení dat	92
Příloha 4 Manuál k hodnocení SCORS – Tereza Soukupová, Petr Goldmann.....	95
Příloha 5 Příklady hodnocení nejčastějších odpovědí.....	98

Seznam tabulek

Tab. 1 Halucinace - schizofrenie.....	10
Tab. 2 Poruchy řečového projevu.....	11
Tab. 3 Dlouhodobá prognóza	21
Tab. 4 Faktory ovlivňující prognózu.....	22
Tab. 5 Testová baterie MCCB.....	31
Tab. 6 Vzdělání	52
Tab. 7 Průměrné skóry v dimenzi COM	56
Tab. 8 Průměrné skóry v dimenzi AFF	57
Tab. 9 Průměrné skóry v dimenzi EIR.....	58
Tab. 10 Průměrné skóry v dimenzi EIM	60
Tab. 11 Průměrné skóry v dimenzi SC	61
Tab. 12 Test normality rozložení dat	64
Tab. 13 Korelace dimenzí SCORS-G a kognitivních domén MCCB	66
Tab. 14 Korelace dimenzí SCORS-G a kognitivních domén MCCB (Neparametrické).....	67
Tab. 15 Potenciál TAT tabulí k rozlišení kognitivního deficitu.....	70
Tab. 16 Průměrné bodové ohodnocení dimenzí SCORS-G	72
Tab. 17 Významné vztahy mezi SCORS-G a MCCB.....	74
Tab. 18 Emoční vklad do hodnot a morálních norem – Spearmanův test	75
Tab. 19 Komplet tabule 13MF a 2	77

Seznam grafů

Graf 1 Poměr mužů a žen.....	51
Graf 2 Vztah mezi Porozumění sociální kauzalitě a doménou vizuálního učení.....	66
Graf 3 Vztah dimenze EIM s vybranými kognitivními doménami MCCB	68

Seznam zkratk

AFF	<i>Afektivní kvalita reprezentací</i>
AGG	<i>Prožívání a zvládání agresivních impulsů</i>
AP1G	<i>Antipsychotika 1. generace</i>
AP2G	<i>Antipsychotika 2. generace</i>
BVMT-R	<i>Krátký zrakově-prostorový paměťový test</i>
COM	<i>Komplexnost reprezentace druhých</i>
EIM	<i>Emoční vklad do hodnot a morálních norem</i>
EIR	<i>Emoční vklad do vztahů</i>
IC	<i>Identita a soudržnost self</i>
MATRICES	<i>Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia</i>
MCCB	<i>The MATRICS Consensus Cognitive Battery</i>
SC	<i>Porozumění sociální kauzalitě</i>
PANSS	<i>Škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie</i>
SCORS	<i>Social Cognition and Object Relations Scale (Škála sociální kognice a objektních vztahů) /původní verze</i>
SCORS-G	<i>Social Cognition and Object Relations Scale – Global Rating Method / nejnovější verze</i>
SE	<i>Sebedůvěra</i>
TAT	<i>Tematicko-apercepční test</i>

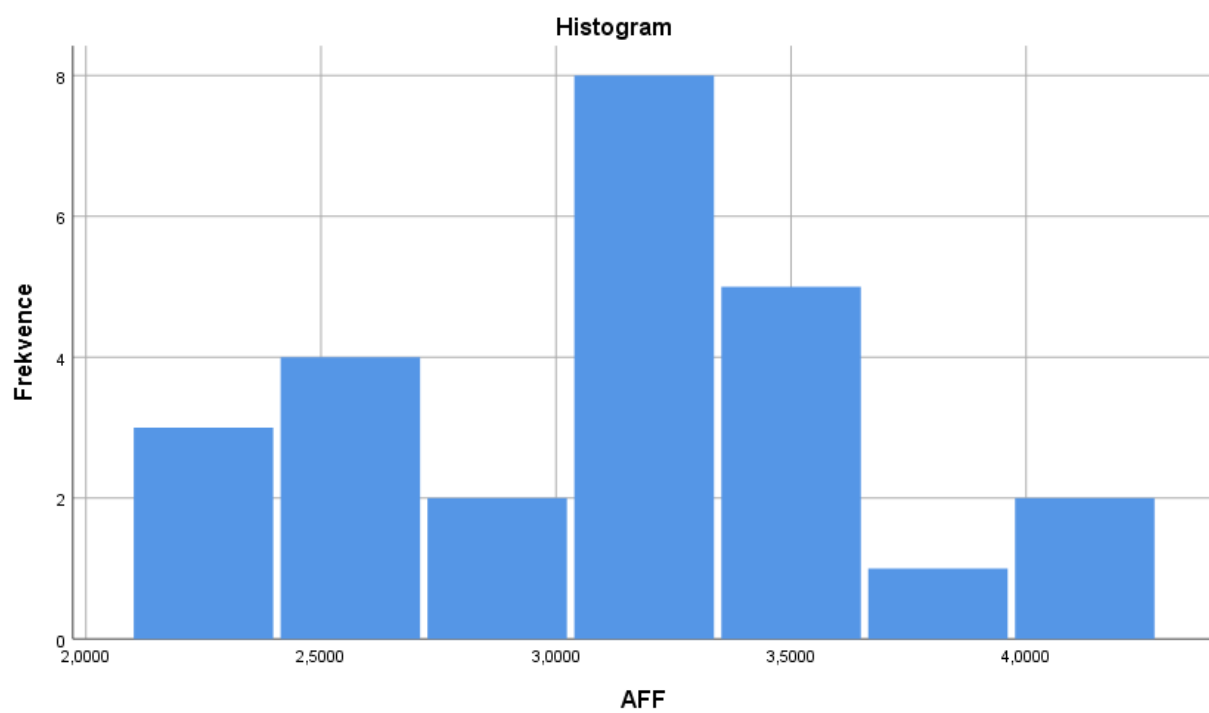
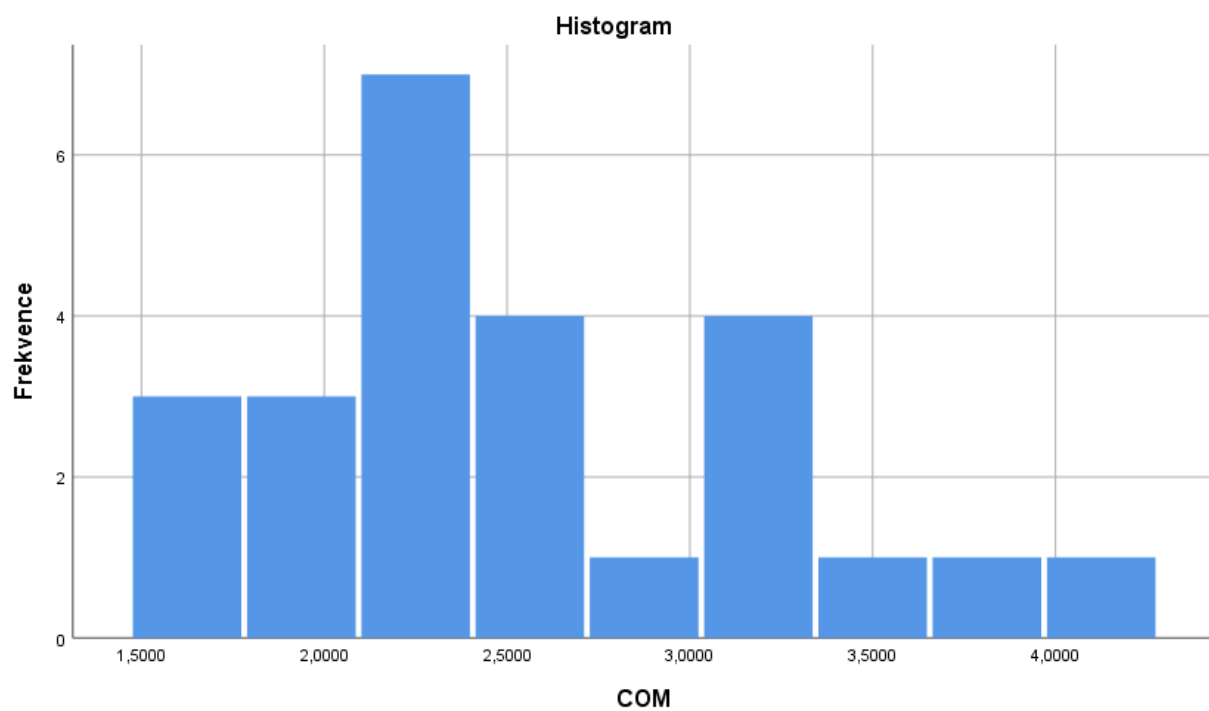
Příloha 1 Výsledky PANSS

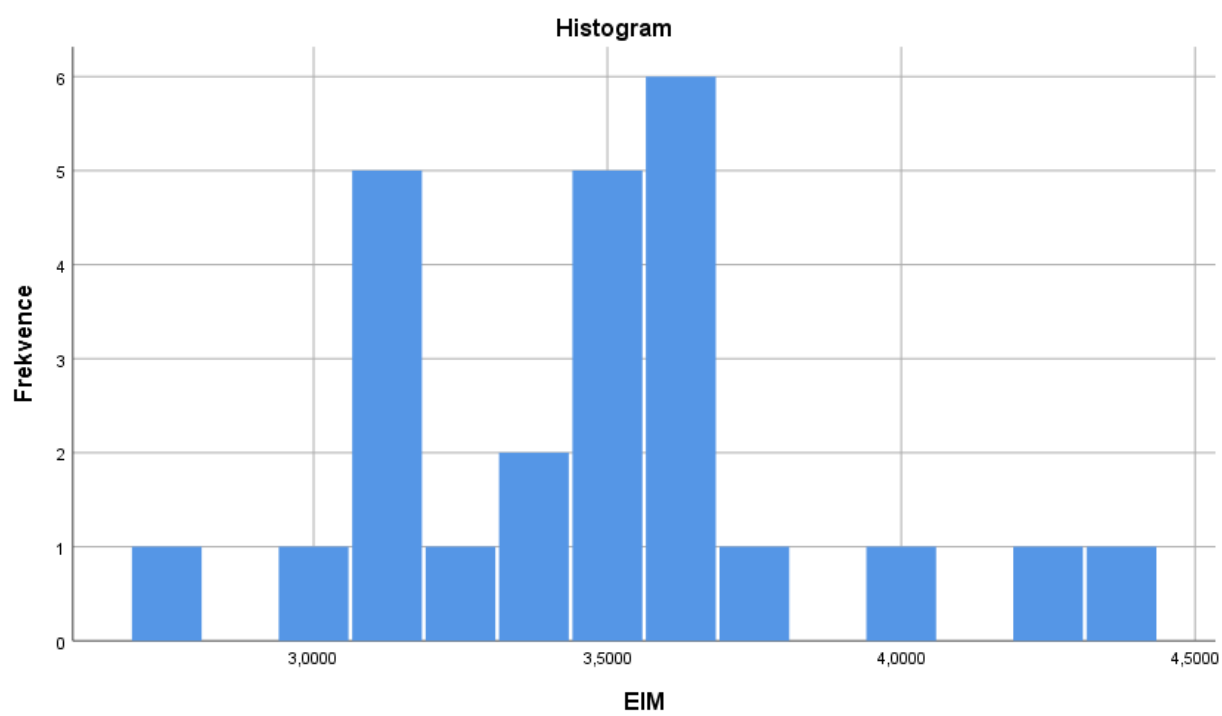
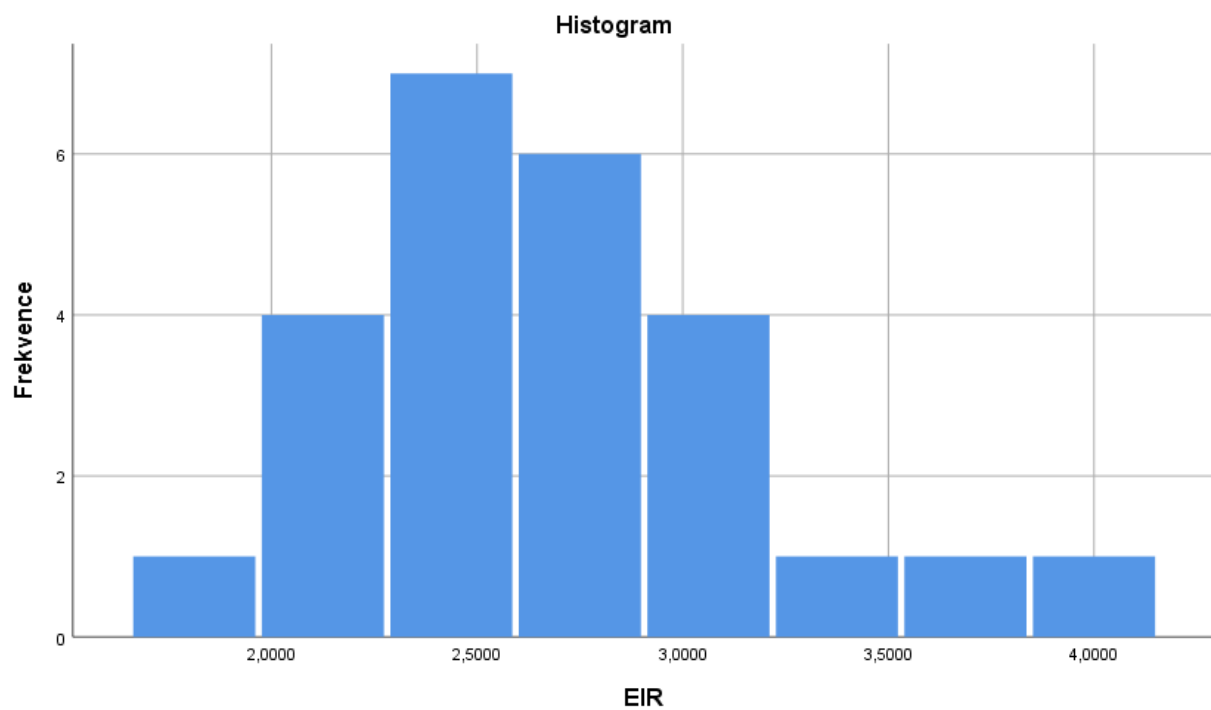
Škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie			
	PANSS pozitivní	PANSS negativní	PANSS obecná psychopatologie
TAT 1	11	27	33
TAT 2	15	31	35
TAT 3	8	27	26
TAT 4	11	23	34
TAT 5	13	41	47
TAT 6	9	24	36
TAT 7	7	18	36
TAT 8	15	8	36
TAT 9	12	31	35
TAT 10	12	33	37
TAT 11	19	33	46
TAT 12	15	24	32
TAT 13	17	30	39
TAT 14	15	27	42
TAT 15	15	38	45
TAT 16	11	28	39
TAT 17	13	24	35
TAT 18	15	16	22
TAT 19	17	22	37
TAT 20	10	11	21
TAT 21	10	14	31
TAT 22	14	23	32
TAT 23	11	21	34
TAT 24	9	20	24
TAT 25	15	19	34

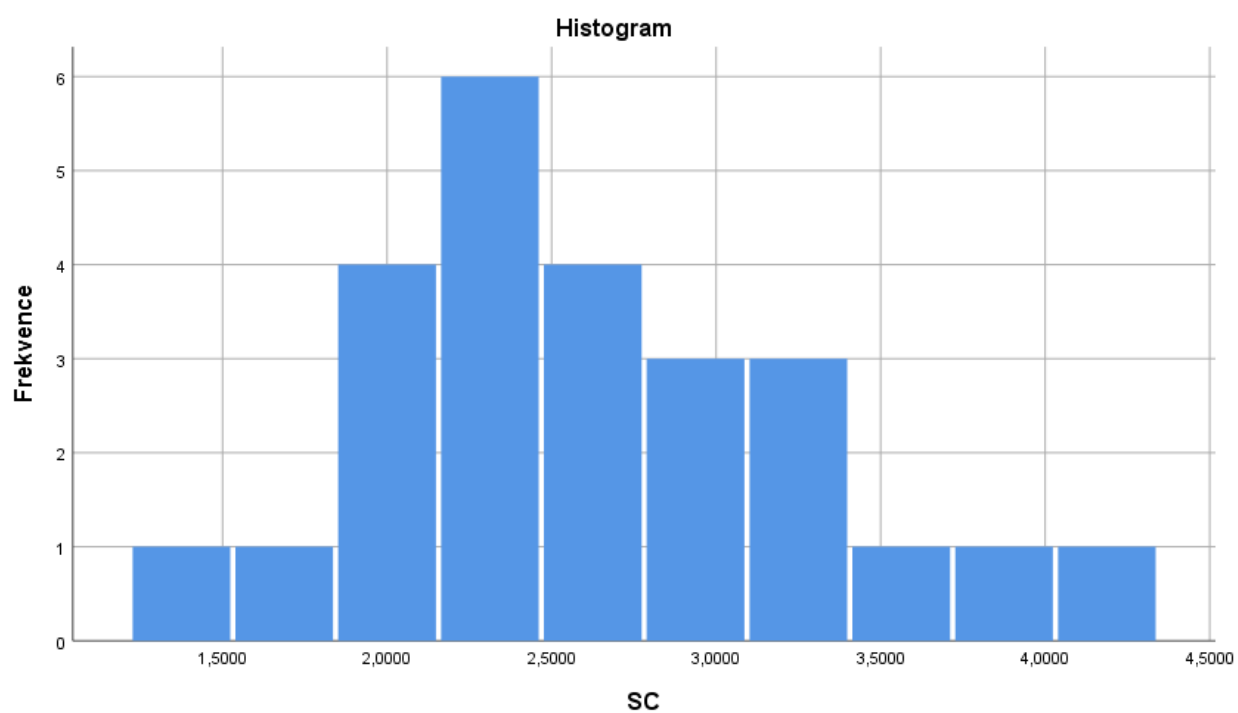
Příloha 2 Průměrné skóry na jednotlivých TAT tabulích

	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Komplet TAT 1	2,876	0,42	2	3,7
Komplet TAT 2	3,276	0,45	2,6	4,4
Komplet TAT 3BM	2,688	0,65	1,4	4,2
Komplet TAT 4	2,992	0,59	1,8	4,3
Komplet TAT 5	3,076	0,76	2,2	5
Komplet TAT 6BM	2,856	0,65	1,7	4,4
Komplet TAT 12M	2,856	0,65	1,7	4,4
Komplet TAT 13MF	2,226	0,76	1,4	4,2

Příloha 3 Histogram - normalita rozložení dat







COM.....Komplexnost reprezentace druhých
 AFF.....Afektivní kvalita reprezentací
 EIR.....Emoční vklad do vztahů
 EIM.....Emoční vklad do hodnot a morálních norem
 SC.....Porozumění sociální kauzalitě

A) Komplexnost reprezentací druhých

- 1) Má výraznou tendenci být egocentrický nebo zaměřovat své myšlenky, pocity a atributy s myšlenkami, pocity a atributy druhých.
- 3) Vnímá své self a druhé málo diferenciovaně, nebo málo komplexně, popisy lidí bývají jednoduché, úsporné, jednodimenzionální, málo integrované, nebo štěpené na dobré-špatné.
- 5) Vnímá své self a druhé s určitou hloubkou a komplexností, ale poměrně konvenčně; je schopen vidět přednosti a nedostatky lidí a dívat se z perspektivy druhého.
- 7) Má schopnost psychologicky uvažovat, vnímání druhých lidí je bohaté, komplexní a diferencované.

B) Afektivní kvalita reprezentací (co osoba očekává od vztahů a co v nich zažívá)

- 1) Má tendenci očekávat zlovolné vztahy, často prožívá lidi jako znevažující, nebo záměrně škodící.
- 3) Má tendenci zažívat vztahy jako nepříjemné, hostilní, nebo indiferentní, nebo se cítí velmi osamocen.
- 5) Očekávání od vztahů jsou emočně smíšená, má tendenci popisovat jak pozitivní, tak i negativní vztahovou zkušenost.
- 7) Má pozitivní očekávání od vztahů, ale není přehnaně optimistický, je schopen vidět lidi takové, jací skutečně jsou.

Poznámka: Tam, kde je afektivní kvalita reprezentací nezřetelná, omezená, kde chybí, nebo tam, kde se člověk brání nepřiměřeným optimismem, skórujeme 4.

C) Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů

- 1) Má tendenci primárně se soustředit na své vlastní potřeby ve vztazích, má nestabilní a bouřlivé vztahy a má jich málo, pokud vůbec nějaké.
- 3) Vztahy mají tendenci být povrchní, mělké, nebo primárně založené na účasti ve společné aktivitě, nebo vzájemné výměně informací o sobě samých.
- 5) Vykazuje konvenční city přátelství, péče, lásky a empatie ve vztazích.
- 7) Má tendenci k hlubokým vztahům charakterizovaným vzájemným sdílením, emoční intimitou, nezávislostí, respektem, oceněním.

D) Emoční vklad do hodnot a morálních norem

1) Svědčí o relativní absenci morálních hodnot a zájmu o potřeby druhých, může se chovat sobecky, bezohledně, egoisticky, nebo agresivními způsoby, s minimálními výčitkami svědomí nebo s chabými pocity viny.

3) Vykazuje určité známky internalizace norem (vyhýbá se děláním špatných věcí, protože ví, že druzí by o něm měli špatné mínění, přemýšlí dětským způsobem o dobru a zlu), ale chybí zralé pocity viny nebo výčitky svědomí za špatné jednání a chybí schopnost potlačit vlastní touhy a přání, které regulují jedincovo chování.

5) Cítí se být vázán dodržovat morální hodnoty a prožívá pocity viny za ublížení druhým lidem nebo za nedodržení morálních norem; má konvenční morální názory.

7) Při přemýšlení o morálních otázkách kombinuje abstraktní myšlení, ochotu dodržovat nebo zpochybňovat konvence, opravdový soucit a ohleduplnost v jednání.

Poznámka: Pokud je člověk ve svých morálních názorech tvrdý a rigidní vůči sobě a jiným, skórujeme 4.

E) Porozumění sociální kauzalitě

1) vysvětlení lidského chování, nebo významů interpersonálních zkušeností, má tendenci být zmatené, matoucí, zdeformované, extrémně odcizení; příběhy se těžko sledují – mají malou koherenci.

3) Vysvětlování lidského chování, nebo významů interpersonálních zkušeností, je mírně matoucí; popisy interpersonálních událostí obsahují často inkongruence, které vyžadují námahu k jejich plnému pochopení.

5) Má tendenci uvádět bohaté, koherentní a přesné významy interpersonálních událostí, ve kterých aktivity lidí vyplývají z toho, jak zažívají nebo interpretují situace.

7) Má tendenci uvádět bohaté, koherentní a přesné významy interpersonálních událostí.

Poznámka: pokud má člověk tendenci popisovat interpersonální události jen „že se staly“, bez porozumění, proč se tak staly, skórujeme 2.

F) Prožívání a zvládání agresivních impulsů

- 1) Je fyzicky útočný, destruktivní, sadistický, nebo s chabou kontrolou agresivních impulsů.
- 3) Má tendenci být zlostný, pasivně agresivní, ponižující druhé, fyzicky se poškozující, nebo jen neschopen chránit sám sebe proti zneužití, kterému se může vyhnout.
- 5) Vyhýbá se zlosti tím, že ji popírá, brání se jí, nebo se vyhýbá konfrontacím.
- 7) Může vyjadřovat zlost a agresi, a přiměřeně se prosazuje.

G) Sebedůvěra

- 1) Vidí se jako odporný, mizerný, hříšný, nečistý nebo celkově špatný.
- 3) Má malou sebedůvěru (např. cítí se neadekvátně, prožívá se jako inferiorní, je sebekritický).
- 5) Projevuje šíři pozitivních i negativních citů k sobě.
- 7) Má tendenci mít realisticky pozitivní pocity ze sebe.

Poznámka: Pokud je člověk velikášský, nebo se pohybuje mezi přeceňováním a podceňováním, skórujeme 4.

H) Identita a soudržnost self

- 1) Má paralelní, rozmanité osobnosti.
- 3) Mínění o sobě, nebo pocity vůči sobě, jsou široce měnlivé nebo nepředvídatelné; má nedostatek stabilních cílů, ambicí, nebo důležitých hodnot, má nestabilní vědomí sebe sama, cítí se jako by nevěděl, kým je.
- 5) Identita nebo sebepojetí jej příliš neznepokojují, nebo nezaměstnávají.
- 7) Cítí se jako integrovaná osobnost se stabilními závazky ke svým dlouhodobým ambicím, cílům, hodnotám a vztahům.

Příloha 5 Příklady hodnocení nejčastějších odpovědí

Výzkumy využívající škálu SCORS pro posouzení sociální kognice a objektivních vztahů u osob s onemocněním schizofrenie ukazují na její sníženou úroveň. Obecně se příběhy nevyznačují přílišnou komplexností, jsou více negativně laděné a neorganizované. Vztahy mezi lidmi jsou většinou také negativní a pacienti se v nich spíše vyhýbají tématům morálky. Příběhy jsou většinou kratšího rázu. Zde pro představu prezentuji tyto vybrané aspekty příběhů s originálními příběhy pacientů.

Komplexnost reprezentace druhých

Nejčastěji se objevovaly příběhy, kde byl popis postav jednoduchý, nediferencovaný, dále také štěpený na dobré a zlé. Dále také odpovědi, kde pacienti zaměňovali své myšlenky a pocity s pocity a myšlenkami druhých.

5 – Starší žena vstupuje do pokoje, někoho tam evidentně kontroluje - na někoho chce promluvit – možná to bude pracovník jejího muže, volá ho k jídlu. Nebo se ho třeba přišla jenom na něco zeptat. Ten důvod, proč tam je, už je vyloženě irelevantní.

4 - To je snad dokonce i nějaká filmová scéna. Řekl bych, že je to scéna, kdy milující žena, která je partnerem tohoto muže se snaží ho zadržet, než na někoho zaútočí. On chce do něčeho na rychlo jít. Je to vidět ve výrazu jeho tváře, že je napjatý, zlý, že má ty oči takové a říká jako „Já do toho jdu“ a ona je taková hodná a říká mu „miláčku, není to třeba“.

3BM - příběh, příběh. Člověk leží opřený o postel a je velice skleslý a asi přemýšlí nad tím, co v životě „posral“ s prominutím, když to řeknu tímto slovem; je hotovej, vyčerpanej, už nemůže dál... já neumím vymýšlet příběhy... je skleslej... to jsou ty koncentrační tábory, já s vámi pane doktore nebudu dělat ty testy, protože v těch koncentračních táborech se děly hrozné věci, a já jsem žid a já jsem zjistil že moje babička možná byla možná v koncentračním táboře, já musím pryč já budu dělat pro židy a bude tu mír, já nesnáším koncentrační tábory.

Afektivní kvalita reprezentací

Nejčastěji se objevovaly příběhy negativně zabarvené, nebo ty, ve kterých byla afektivní kvalita limitována.

3BM - Aha, tak pokud se nepletu, tak tohle je zbraň nějaká - možná revolver, tohle bude možná žena, která uvažovala o sebevraždě, ale nakonec tak asi neučiní, každopádně je hodně nešťastná. To je asi tak všechno, co bych k tomu řekl. JEŠTĚ TO ROZVEĎTE. Možná má problémy s manželem - nebo s rodinou, se synem, který dělá problémy - to že je to žena je podle mě jasné, podle tvaru ruky a oblečení. Dost možná je doma, neví, co si počít. Je s rozumem v koncích. Tu možnost sebevraždy prozatím odvrhla.

12M - Tak tohle to může být spoustu věcí, může to být nějaký vymítač d'ábla, může to být nějaký léčitel / farář, který dává poslední pomazání / otec, který se snaží pohladit syna po tváři - je tam fakt strašně moc množností - každopádně ten mladší muž čeká na toho staršího muže, až něco provede, pokud není mrtvý už.

Emoční vklad do vztahů

Často se vyskytovaly příběhy, v nichž byly sice postavy popsány, ale chyběla mezi nimi jakákoliv interakce. Obvyklé také byly odpovědi, kdy si popisovaná postava hledí pouze vlastních zájmů.

2 - Tak já začínám - oráč jde na pole, jedna žena žena odpočívá, druhá je zamyšlená – to by stačilo oráč se ohlíží doleva, je možné, že s tou ženou se už potkal VÍTE S JAKOU? Prostě s tou, co tam neodpočívá; prostě vede koně, to není oráč, nejde orat pole – vede ho do stáje nebo – nevím, co to je za obrázek; ta jedna žena odpočívá nebo se opaluje, je to obrázek ze starší doby – má působit, že je z dřívějšíka ten kuň by rozhodně neměl jít po oraném poli, protože by ho jinak zničil, ta žena, co odpočívá na sluníčku, ta to má v pohodě – ta začtená, ne začtená, zamyšlená a je trochu smutná a ten chlápek, ani nevím, jestli toho koně drží nebo ne – ale vypadá, že je celkem silnej, tak to s tím koněm zvládne snad.

4 - Někáký nešťastný zamilovaný pár - nejspíš taky z minulosti – Ta žena chce toho muže pro sebe a ten muž chce dělat něco jiného. Nebo spíše nevěnuje se té ženské a chce dělat něco jiného v ten moment a ta ženská chce aby se jí věnoval. to může vyústit zajímavě, podle toho, na co kouká. POCIT? – Asi že ho zajímá něco jiného, nechce být s tou ženou. VYÚSTÍ? Tak může koukat na jinou ženskou, nebo na alkohol třeba, tak asi možná ne dobře nejspíš, nejradši by si dal nějaký alkohol.

Emoční vklad do hodnot a morálních norem

U této subškály jsme se setkávali nejvíce s odpověďmi, u kterých jakýkoliv morální podkres chybí. Dále také odpovědi, u kterých se postavy rozhodují podle toho, co je dobré a špatné a příběhy, jejichž hrdinů chyběl jakýkoliv soucit, empatie.

2 - Tak tohle vůbec nevím, to je ten muž pracuje někde - já nevím přesně co to je- pracuje s koněm na nějakém pozemku a ta žena odchází s nějakou knížkou někam ale jako nedokážu vymyslet co se děje v tom ZKUSTE, DEJTE SI ČAS Já nějak nevím.

1- No - Tak já bych řekl, že by to mohlo být tak, že tento kluk měl nějaké hudební vystoupení na housle a něco tam spletl, udělal tam chyby.... teď je doma a se rmoutí, že před těma lidma, kde hrál, že to zahrál špatně na ty housle.

13MF - to vypadá jako na nějakou vraždu - Muž zabil ženu. Momentálně je v šoku a neví, co s tím - a bude se muset zbavit těla a nebo zavolat policii. CO SE STALO MEZI NIMA? no muž je vdáný a žena chtěla aby se rozvedl, on to nechtěl udělat, tak se pohádali a on ji zabil.

Porozumění sociální kauzalitě

Vesměs se objevovaly pouze příběhy, jejichž děje byly zmatené, popřípadě velmi jednoduché a limitované.

12M - tak na tomto obrázku vidím dva chlapce kteří se asi pokouší o nějakou hypnózu nebo aspoň ten jeden možná ho poslouchá nebo nabádá k nějakému činu a snaží se - nebo možná je to nebožtík, jeden z nich . Jo, otec pohřbívá syna, je to mrtvola z války, někde v místnosti. Chce mu zavřít v oči, ať na něj nekouká, vypadá totiž strašidelně, nebo ta hypnóza. A vyústí to buď v brek nebo smíření se se situací aktuální.

13MF – Ježíš, to je taky hroznej obrázek; to mi připadá jako že ten chlap tu ženskou zamordoval - že se nejdřív ukojil, potom ji zamordoval, nebo opačně, já nevím a teď toho lituje - nemůže se na ni ani podívat, přijde mu to odporný, ale udělal to, spíše mi to připadá jako nějaká až herecká póza - ten chlap se sebere a zdrhne přijde mi že toho rádoby lituje, se sebere, zdrhne, a bude dělat, že se nic nestalo.