MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

H-T-P test u pacientů se schizofrenními rysy a u pacientů se schizoaffectivními rysy

Petr Gabzdyl

Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.

2018
Prohlašuji, že magisterskou diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Brně dne................2018

........................................

Petr Gabzdyl
Na tomto místě bych rád poděkoval svému vedoucímu práce prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc. za jeho vlídný přístup, cenné rady a připomínky při vedení mé diplomové práce.

Rád bych na tomto místě také poděkoval MUDr. Michal Samson a PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, Ph.D. bez nichž by nebyl tento výzkum možný provést.

Také velmi děkuji všem pacientům, kteří byli ochotní se tohoto výzkumu zúčastnit.

V neposlední řadě děkuji své rodině, která je mi vždy oporou a velkou pomocí, nejen při psaní této práce.
Obsah

Úvod.................................................................................................................................1

TEORETICKÁ ČÁST ..................................................................................................................3

1 Projekce ...............................................................................................................................4

2 Projektivní metody v psychologické diagnostice ...............................................................7

2.1 Popis projektivních metod..............................................................................................7

2.2 Historie projektivních metod..........................................................................................10

2.3 Dělení projektivních technik .........................................................................................12

2.4 Zhodnocení projektivních metod ....................................................................................15

2.4.1 Objektivita projektivních metod ...............................................................................16

2.4.2 Reliabilita projektivních metod .................................................................................17

2.4.3 Validita projektivních metod .....................................................................................18

3 Grafické projektivní metody .............................................................................................20

3.1 Kresba postavy ..............................................................................................................21

3.2 Kresba stromu ..............................................................................................................24

3.3 Kresba domu ..................................................................................................................25

4 Schizofrenie .......................................................................................................................27

4.1 Historie schizofrenie.......................................................................................................28

4.2 Epidemiologie schizofrenie .........................................................................................31

4.3 Etiopatogeneze schizofrenie .......................................................................................32

4.4 Průběh schizofrenie .......................................................................................................34

4.5 Diagnostika schizofrenie ...............................................................................................38

4.6 Formy schizofrenie.........................................................................................................41

4.6.1 F20.0 Paranoidní schizofrenie ..................................................................................41

4.6.2 F20.1 Hebefrenní schizofrenie .................................................................................42

4.6.3 F20.2 Katatonní schizofrenie ...................................................................................43

4.6.4 F20.3 Nediferencovaná schizofrenie .......................................................................44
4.6.5 F20.4 Postschizofrenní deprese ......................................................... 44
4.6.6 F20.5 Reziduální schizofrenie ............................................................. 45
4.6.7 F20.6 Simplexní schizofrenie ............................................................. 46
4.7 Léčba schizofrenie ................................................................................. 47

5 Schizoafektivní poruchy ........................................................................... 50
5.1 Historie schizoafektivních poruch .......................................................... 50
5.2 Epidemiologie schizoafektivních poruch ................................................. 51
5.3 Etiopatogeneze schizoafektivních poruch .............................................. 51
5.4 Průběh schizoafektivních poruch ............................................................. 52
5.5 Diagnostika schizoafektivních poruch .................................................... 52
5.6 Formy schizoafektivních poruch ............................................................ 54
  5.6.1 F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ ...................................... 54
  5.6.2 F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ .................................... 54
  5.6.3 F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ ....................................... 55
5.7 Léčba schizoafektivních poruch ............................................................. 55

EMPIRICKÁ ČÁST ......................................................................................... 56

6 Výzkumný problém .................................................................................... 57

7 Výzkumný cíl a hypotézy .......................................................................... 59
  7.1 Výzkumný cíl .......................................................................................... 59
  7.2 Hypotézy ............................................................................................... 59

8 Charakteristika zkoumaného vzorku ........................................................ 60

9 Podmínky výzkumu .................................................................................. 62
  9.1 Místo a čas výzkumu ............................................................................ 62
  9.2 Atmosféra testování ............................................................................. 62

10 Použitá metoda ....................................................................................... 64
  10.1 House-tree-person test (Dům-strom-člověk) ........................................ 64
  10.1.1 Popis ................................................................................................ 64
10.1.2 Administrace ................................................................. 65
10.1.3 Inquiry (rozhovor po kresbě) ........................................ 67
10.1.4 Obecné kresebné charakteristiky .................................... 67
10.1.5 Specifické kresebné charakteristiky ................................ 71

11 Přehled hodnocených znaků v H-T-P ..................................... 77
11.1 Obecné kresebné charakteristiky ........................................ 77
11.2 Specifické kresebné charakteristiky .................................... 78

12 Matematicko-statistické zpracování dat .................................. 82

13 Výsledky a jejich interpretace .................................................. 83
13.1 H1: Schizofrenní pacienti se signifikantně liší od schizoafektivních pacientů ve vybraných charakteristikách H-T-P testu. .................................................. 83
13.2 H2: Schizofrenní muži a schizofrenní ženy se signifikantně liší ve vybraných charakteristikách H-T-P testu. .................................................. 86
13.3 Interpretace zjištěných výsledků ............................................. 90
13.3.1 Interpretace zjištěných výsledků u skupiny schizofrenních a schizoafektivních pacientů (viz. Příloha 1-6) .................................................. 90
13.3.2 Interpretace zjištěných výsledků u skupiny schizofrenních mužů a schizofrenních žen (viz. Příloha 7-12) .................................................. 91

14 Diskuse .............................................................................. 94
14.1 Zjištěné výsledky výzkumu .................................................. 94
14.2 Limity výzkumu ............................................................... 95
14.3 Návrhy pro další výzkum .................................................... 96

15 Závěr .............................................................................. 97

Seznam použité literatury .......................................................... 99
Přílohy .............................................................................. 104
Úvod

Duševní onemocnění se schizofrenní komponentou jsou velmi závažná a způsobují svou psychotickou stránku velkou dekompenzaci osobnosti, která působí lidem s těmito poruchami velké obtížě v každodenním životě. Proto každá psychologická metoda, která může co nejkomplexněji odhalit vnitřní svět těchto jedinců, může být potencionálně dobrým pomocníkem při diagnostice těchto poruch.

Grafické projektivní metody jsou k tomuto účelu vhodným psychodiagnostickým prostředkem, protože ve vytvořené kresbě se odráží jak vnitřní svět jedince, tak také jeho struktura. Grafické metody mají také nespornou výhodu v použití u pacientů se schizofrenní komponentou, jelikož jsou pro ně nejenom povinným testem, který musí splnit, ale také určitou formou aktivity, v které nejsou nějak ohroženi. Prostřednictvím kresebných metod se jim lépe komunikuje s vyšetřující osobou než formou rozhovoru. Proto mají v této kresbě také menší zábrany a může se projevit více niterných obsahů. Výhodou také je, že není přílišná možnost zkreslit výsledky testování, protože pacienti netuší, co přesně toto testování sleduje.

Zatímco v zahraničí se jako grafická projektivní metoda používá převážně H-T-P (House-Tree-Person) test, u nás není tento test příliš známý a využívaný. Z grafických projektivních metod je u nás spíše preferována kresba postavy a kresba stromu. Jelikož H-T-P test využívá tří různých témat kresby (dům, strom a postava) a každé téma této kresby vyvolává jiný typ asociací, lze za pomoci tohoto testu získat mnohem komplexnější pohled na testovaného jedince, než jen u kresby postavy nebo stromu. Kresba domu vyvolává asociace na domov testovaného jedince, kresba stromu vyvolává asociace na jeho osobnost a vlastní život a kresba postavy vyvolává asociace, které se týkají interpersonálních vztahů testovaného jedince. Z těchto důvodů je H-T-P velmi dobrým nástrojem pro tvorbu různých hypotéz, které lze následovně ověřit jinými metodami.

Tato práce má především explorativní charakter a zabývá se rozdíly mezi schizofrenními a schizoafektivními pacienty. V této práci jsem se také zabýval zjišťováním, zda existují rozdíly i mezi schizofrenními muži a ženami. V této práci se nezabývám existujícími rozdíly mezi normální populací a schizofrenními jedinci, jelikož tímto se již dříve zabývala Vrbová (2006) ve své diplomové práci. Porovnávám tyto dvě skupiny pacientů z důvodu odlišnosti v těchto skupinách. U jedinců se schizoafektivní poruchou se nevyskytu-
jí negativní příznaky schizofrenie a převládá u nich výraznější afektivní složka. Zajímalo mě, zda tato rozdílnost u schizoaffectivních pacientů zapříčiní významně jiné znaky v kresbě, než jaké budou mít schizofrenní pacienti. Také jsem porovnával mezi sebou znaky schizofrenních mužů a žen, což také ještě nebylo zkoumáno.

Touto prací bych rád rozšířil povědomí o H-T-P testu a případně danými výsledky přispěl i k možné budoucí standardizaci u české populace, pro kterou by mohly sloužit diplomové práce zabývající se House-Tree-Person testem.
TEORETICKÁ ČÁST
1 Projekce

Projekce v nejobecnějším významu tohoto slova se dá chápat jako promítnutí, ex-
tenze či vržení před sebe. V kartografické představě chápeme projekci jako bodovou re-
prezentaci původního objektu nebo území (Šípek, 2000). Dle Psychologického slovníku
(Hartl & Hartlová, 2009, s. 456) je projekce -Obranný mechanizmus neuvědomovaného
přenášení subjektivních, popř. podvědomých přání, motivů a pocitů na jiné osoby či situace.

Termín „projekce” zavedl do psychologie Freud roku 1894 dílem „The anxiety neu-
rosis” a označoval jim mechanismus obrany proti úzkosti, který umožňoval připsovat
vlastní (nežádoucí) snahy, přání a pocity jiným osobám a okolí (Svoboda, 2010). Tvrdil v
něm, že úzkost se vyvíjí v situacích, kdy jedinec nemůže ovládnout sexuální pudy. Tento
obranný mechanismus proti úzkosti se může navenek projevovat tak, že osoba si v projekci
neuvědomuje obsah, anebo tento obsah koreluje s touhami a potřebami jedince (Stančák,
1982). Projekce nahrazuje větší nebezpečí menším, člověk totiž může uniknout vnějšímu
nebezpečí, ale vnitřnímu už nikoliv.

Freud v roce 1919 dílem „Totem a tabu” rozšířil svůj pohled na projekci. Nakone-
ný (2013) uvádí, že Freud nevnímal projekci jenom jako obranu proti úzkosti, ale také jako
obecný princip ovlivňování vnímání podnětů vzpomínkami. To z pojmu projekce dělá
obecně platný jev, který se dá uplatnit v různé míře v prakticky každé percepci. Rapaport
(1968) přirovnává projekci k filmovému promítání. Kdy osobnost je film, projektivní tech-
nika je promítacím nástrojem a obrazy na plátně jsou protokolem. Schneidmen (1965,
s.499) tvrdí, že v projekci je možné vidět „téměř fyzickou extenzi psychologických atribu-
tů”. Čímž naznačuje promítání psychických charakteristik do oblastí nejenom psychických,
ale také somatických.

Dle Junga (1993) je projekce obecný psychologický mechanizmus, který přenáší
subjektivní obsahy dané osoby na jiný objekt. Tento jev probíhá automaticky, spontánně a
nevědomě. Jung také chápala proces přenosu jako specifickou formu projekce, kdy přenos
je projekcí, která se odehrává mezi dvěma jedinci a která má zpravidla emocionální a nut-
kavý ráz (Jung, 1993). Knobloch a Knoblochová (1999) se velmi blíží v pojetí projekce
názorům Junga a v jejich tzv. interpersonálním schématu popisují projekci takto: „V rámci
skupinového schématu připsujeme naše vlastnosti, přání a tendence jiným lidem, skuteč-

4
ným i fiktivním. Tento jev nazýváme projekcí” (Knobloch & Knoblochová, 1999, s.82). Projekce potom může umožňovat dané osobě projevit ohrožující impulsy pod maskou se-beobraný (Hall & Lindzey, 1997). Se vztážením nevědomých vzorců do vědomí a tudíž i předcházení nežádoucím projekcím se pracuje v psychoterapii (Najbrtová et al., 2017). K tomuto Jung dodává, že „podstatným cílem psychologického díla (opus psychologicum) je stát se vědomým, tj. především učinit vědomými obsahy, které byly až doposud projikovány. Tato námaha pozvolna vede k poznání druhých lidí i k sebepoznání, a tím k rozlišování mezi tím, čím někdo skutečně je, a tím, co se do něho projikuje nebo co si o sobě domýšlí on sám” (Jung, 1998, s. 269).

Zatímco Jung uvažuje o projekci jako o nevědomém mechanismu, kdy je projikováno vše nevědomé a čím je toto pole nevědomé širší, tím více k projekci dochází, tak Šípek (2000) připouští, že v projektivních testech lze do značné míry projikovat vědomé. S danou projekcí je totiž možno si různě pohrávat a vymýšlet si nejprvnější věci, které potom lze hledat v málo strukturovaných podnětech, jako jsou například různé skvrny a oblaka, které se stávají projekčním polem díky právě své neurčitosti. Základem projektivních technik, je totiž přijetí vědomé „hry” s méně přehlednou a neznámou situací, čímž se umožní, aby nevědomé mechanizmy vykonaly akt samotné projekce. Pokud ale člověk tento proces zruší, svým vystupňovaným uvědomováním, tak potom tato projekce nefunguje a probíhá pouze deskripce daného podnětového materiálu.

Dle Šípka (2000, s.14) můžeme projekci chápat ve dvou různých pojetích: „ Za projekci v užším slova smyslu budeme považovat více nebo méně vědomé modifikování procesu vnímání v klasické podobě odstěpení, nebo v jiné podobě úpravy vnímaných jevů. V širším slova smyslu je možné nacházet mechanizmus projekce v každém lidském chování.”

Holmes (1968 in Stančák, 1982) rozlišoval několik druhů projekce:

- Atributivní projekce - jedná se o nejrozšířenější chápání projekce v psychologii a spočívá v tom, že osoba přisuzuje vlastní motivy, city i chování jiným osobám.

- Autistická projekce - hovoříme o ní, když osobou vnímáno věci jsou modifikované v souladu s jejími vlastními potřebami. Když je daná osoba nadšená, bude toto nadšení také připisovat někomu jinému.

- Racionalizační projekce - jedná se o racionlizaci chování, kterou si daná osoba uvědomuje. Například člověk obchodující na černém trhu ospravedlnhuje své chování tím,
že to tak dělá každý. S touto formou projekce se často setkáváme v každodenním životě.

- Jiné formy projekce - které nebyly pro nedostatek empirických důkazů dosud potvrzeny
  - Projekce podobnosti - typ projekce bez náhledu, osoba tudíž projikuje vlastnosti, o kterých si neuvědomuje, že je má.
  - panglossovská projekce - její podstatou je popření a potlačení tvrdé reality. Člověk potom pokládá tento svět za nejlepší ze všech světů, což chrání člověka před úzkostí a zářmutkem.
  - Projekce kontrastu - člověk s touto projekcí má protikladné vnímání druhých. Například odvážný člověk vnímá druhé jako zbabělce.

Meili (1961, in Nakonečný, 2013) určil dva typy projekce:

- Afektivní projekce - projekce ve smyslu obrany ega (především afektivní povahy)
- Strukturální projekce - promítání psychických obsahů do druhých osob a dějů
2 Projektivní metody v psychologické diagnostice

Projektivní metody jsou nedílnou součástí psychologické diagnostiky, převážně se používají v klinické psychologii, kde pomáhají buďto stanovit nové hypotézy anebo naopak ověřit si hypotézy získané z jiných psychodiagnostických metod (jako je např. WAIS-III, atd.) (Svoboda, 2010). Dle Anastasiové (1976) jsou projektivní metody efektivním prostředkem k tzv. prolomení ledů v počátečních fázích vztahu mezi psychologem a vyšetřovanou osobou. Z těchto důvodů je znalost projektivních technik v dnešní době velmi důležitá, čemuž odpovídá i velký počet různých kurzů projektivních technik, kde se mohou psychologové naučit, jak se dané projektivní techniky mají správně používat a mohou se v nich zdokonalovat. Účinnost samotných projektivních technik roste se zkušenostmi, získanými nejenom jejich používáním v praxi, ale také zkušenostmi získanými na rozličných kurzech, kde si mohou psychologové vyzkoušet práci s nimi a s jejich signováním a případně se mohou dopatřat zkušenějších kolegů na nejasnosti, a zlepšovat tak své dovednosti pod vedením zkušeného psychologa (Stančák, 1982).

2.1 Popis projektivních metod

Projektivní metody jsou psychodiagnostické nástroje, které konfrontují subjekt se značně neurčitou a mnohovýznamovou podnětovou situací. Na tuto situaci reaguje subjekt podle toho, co pro něj tato situace znamená a co v něm vyvolává (Najbrtová et al., 2017). Neboli se dá říci, že jako projektivní metody chápeme všechny psychologické metody, kde zkoumaný jedinec odhaluje sám sebe ve všem, co v tomto testu provádí na základě různých forem projekce užitých v těchto metodách (Stančák, 1982). Za pomocí projektivních metod jsou zachycovány osobní významy, vzorce reagování a prožívání zkoumaného subjektu. Navíc na rozdíl od např. dotazníků se pomocí nich můžeme dozvědět více o osobnosti a její dynamice (Šípek, 2000). Z těchto důvodů se projekce často využívá v psychodiagnostice osobnosti, kde nám může pomoci odhalit vnitřní konflikty a různě potlačené sklonky a úzkosti (Nakonečný, 2013). Jenilož existuje více forem projekce, mohou být také odpovědi obsažené v projektivním testu projevem nejenom defenzivní a obraně reakce, ale také externalizace, při které připisuje člověk vlastní city, myšlení, postoje a touhy okolnímu prostředí. Tyto formy projekce se mohou společně objevit v jednom typu chování, přičemž pouze působí na rozličných úrovních (Stančák, 1982). Frank (1939) předpokládá, že
vlivem nestrukturovaných podnětů se projeví takové chování osobnosti, které je nejenom pozorovatelné, ale je také hodnotitelné. Přitom platí všeobecná zásada, že čím je podnět více nejasný a nestrukturovaný, tím více probíhá projekce, při které zkoumaná osoba projikuje své city, motivace a hodnoty, přičemž se mohou více projikovat také různé patologické symptomy osobnosti. Projektivní metody jsou ale z větší části charakterizovány projektivním přístupem k interpretaci testových reakcí a nejenom samotnou povahou podnětového materiálu. Tudíž projektivní mechanismus se může projevit také tam, kde samotný podnětový materiál není považován za nestrukturovaný. (Michal, 1971). V tomto hraje velkou roli také tzv. tendence k projekci nebojí projektilita, která není u všech jedinců stejně vysoká. Toto zjištění je důležité zohlednit v samotné práci s projektivními metodami. Je totiž důležité, aby osoba pracující s danými projektivními metodami odhalila projektilitu testovaného, a aby jeho projektilitu při následném vyhodnocování vzala v potaz (Švanca-ra, 1971). Projektilita zkoumané osoby může být ovlivněna také tím, zdali se chce zkoumaná osoba odkrýt a projevit své nitro, anebo toto nitro ani plně odhalit nemůže, jelikož sama sebe dostatečně nezná (Stančák, 1982).

Každý autor popisuje projektivní metody svými koncepty, na základě svých teorií, ale i přesto se v mnoha aspektech tito autoři shodují. Bell (1948) podotýká, že projektivní metody abstrahují z osobnosti dominující obsahy, které jsou citlivé či bolestné, a tudíž se nachází v popředí dané osobnosti. Podle Anastasiové (1976) slouží testový materiál jako plocha, na niž subjekt projikuje, pro něj charakteristické, myšlenkové procesy, jeho potřeby, úzkosti, konflikty a jiné. Svoboda (2010, s. 450) uvádí, že „základ projekční techniky je v tom, že u zkoumané osoby vyvolává různé reakce, kterými tato osoba vyjadřuje dojmy ze svého osobního světa a vlastní osobnosti“.

Za jednu z nejpřesněji formulovaných definic projektivních metod se považuje definice Franka (1939), který tvrdí, že projektivní metoda předpokládá expozici podnětů, ke kterým zkoumaná osoba vyjadřuje právě jí vlastní názory v závislosti na jejím úzpisování. Reakce zkoumané osoby je tudíž idiomatická, nebojí jí vlastní, což poukazuje na osobnost zkoumaného, díky čemuž můžeme poté utvářet diagnostické úvahy o dané osobě (Urban, 1972).

Mezi základní charakteristiky projektivních metod patří:

- jsou účinné při odhalování nevědomých, skrytých a latentních aspektů osobnosti
- zaujímají globální přístup k hodnocení osobnosti
- představují maskovanou testovací proceduru
- jedná se o klinický nástroj, který mnohdy odráží vliv teoretických koncepcí (především těch psychoanalytických)
- daný úkol je málo strukturovaný, což umožňuje takřka neomezené množství možných odpovědí (Najbrtová et al., 2017).

Alper (1989 in Šípek, 2000) uvádí tyto charakteristiky projektivních metod:
- význam podnětu je neznámý
- malá organizovanost materiálu
- jsou nediferencované
- jsou těsně vázané na niterné a jaderné charakteristiky osobnosti

Říčan a Ženatý (1988) uvádí následující diagnostické rysy projektivních metod:
- navození specifické sociální interakce
- neobvyklost úlohy
- konfrontace s osobními problémy v názorové formě
- nabídka fiktivního světa
- neprůhlednost diagnostických podnětů
- neurčitost a víceznačnost stimulující zkoumanou osobu k vyjádření názorů, jenž jsou v souladu s její zkušeností
- na nastavení řeči, metafory a symbolu je možné se divat dvěma pohledy:
  a) Symbol je zašifrovaným významem a tuto jeho funkci si dotyčný proband neuvědomuje. Díky tomu může proband projevit i takové věci, které by jinak nebyl schopen nebo ochoten díky svým zábranám projevit.
  b) Symbol je díky své názornosti plnějším výrazem některých skutečností. Symbol proto umožňuje probandovi projevit takové věci, které by jinak nemohl sdělit.

Pichot (1970) uvádí celkem pět charakteristik projektivních metod, přičemž jsou tyto dvě charakteristiky podle něj hlavní:
- cílem projektivních metod je odhalení celé osobnosti zkoumané osoby
• podněty, při nich používané, vyvolávají velké množství různých odpovědí
Mezi vedlejší charakteristiky patří:
• podněty jsou málo strukturované
• využívají převážně kognitivní aspekty osobnosti
• projekční techniky jsou v mnohém ovlivněny psychoanalytickými koncepty

2.2 Historie projektivních metod

Francis Galton použil již v roce 1879, jako první v historii vědecké psychologie, projektivní zkoušku (konkrétně se jednalo o slovní asociální experiment), kterou následně rozpracoval W. Wundt a Kraepelinovou školou byla později zavedena do psychopatologie. V roce 1911 zavedl C. G. Jung standartní soubor o sto podnětových slovech, čímž umožnil praktičtější využívání této metody (Svoboda, 2010). Za autora termínu projekční technika se považuje psycholog Lawrence K. Frank, který tento termín použil roku 1939 na přednášce v New York Academy of Sciences, a definoval ho jako metodu výzkumu osobnosti, která konfrontuje zkoumanou osobu s nějakou určitou situací, ve které tato osoba odpovídá podle toho, jaký smysl daná situace pro ní má a co během tohoto testování a odpovídání cítí. Konkrétně Frank přirovnal projektivní metody k rentgenovým paprskům, jelikož u oboujího jde o nepřímé metody hodnocení vnitřního stavu průchodem podnětu, neboli stimulu skrze osobu. Interpretace se však musí ujmout trénovaný profesionál, protože výsledkem je pouze nějaký obraz, který jen částečně reflektuje vnitřní stav osoby (Najbrtová et al., 2017). O autorství tohoto termínu by se ale nejspíše mohly věst pře, jelikož jak uvádí Schneidman (1965), název projektivní test již o rok dříve v roce 1938 použil H. A. Murray v knize Explorations in personality a popsal projektivní test jako metodu vhodnou k odhalení nevědomých a utlumených tendencí normální osoby. (Stančák, 1982).


Projektivní metody byly ve 30. a 40. letech 20. století používány jako zavedené diagnostické metody. Vývoj těchto metod lze dávat do souvislosti s vývojem psychologic-kých teorií osobnosti a s celkovým vědeckým poznáním. Velmi ho také ovlivnily psychologické teorie založené na faktorové analýze, které se snažily pomocí aplikování principů teorie psychometrie zařadit projektivní metody mezi metody psychometrické (Stančák, 1996).


Kritické postoje se neobjevily jen v souvislosti s kritérií projektivních metod, ale mnoho psychologů mělo také výhry k samotnému pojmu projekce a projektivní metoda. Wright (1944) chtěl změnit pojem projekce na imaginární produkce. Pojem projektivní metoda chtěli někteří autoři přejmenovat, jelikož jim vadilo zaměňování pojmu projekce s psychoanalytickým významem tohoto slova, což později uznával i samotný Frank, jemuž se autorství tohoto termínu připisuje (Najbrtová et al., 2017). Cattell (1957) chtěl pojem projektivní metoda nahradit pojmem aperceptivní distorze. R. W. White navrhl v roce 1944 termín imaginativní produkce a L. Bellak roku 1950 vymyslel podle něj více odpovídající termín apercepční distorze (Šípek, 2000). Tyler (1967) by se raději přiklonil pojmu auto-expresivní metody a Schneidman (1965) navrhuje významově podobný název, jako jsou zkoušky ryzosti (assay techniques) v mineralogii. I přes tyto kritiky se ale tento zavedený název nezměnil a naopak se uchytil natolik, že dnes i přes jeho pojmovou komplikovanost nikdo neuvažuje o tom, že by tento termín nebyl vyhovující (Stančák, 1982).

Do dnešní doby panuje terminologická nejednoznačnost a odlišnost pojetí různých autorů v pojmech projektivní metoda, projektivní technika a projektivní test. Sokolová (1980) popisuje projektivní techniku jako konkrétní postup, např. Test ruky, Tematicko

2.3 Dělení projektivních technik

Existuje mnoho různých dělení projektivních technik, přičemž se ani jedno z nich nepovažuje za bezchybné. Každý autor přistupuje ke klasifikaci projektivních metod různým způsobem, což se odráží ve velké variabilitě těchto klasifikačních teorií.

Lindzey (1959) navrhl klasifikaci projektivních technik, na základě 6 kritérií:

- na základě vlastností materiálů testu, jestli je nestrukturovaný, strukturovaný, sluchový nebo zrakový
- jestli test vychází z empirického nebo z teoretického poznání
- podle druhu analýzy výsledku daného testu, jestli se jedná o analýzu obsahovou nebo formální
- jaký je cíl testu, zjišťování stupně motivace, konfliktu, atd.
- zdali se daný test administruje skupinově nebo individuálně
- jaký druh reakcí se tímto testem získává.

Z těchto kritérií následně odvodila tyto typy reakcí: asociace, konstrukce, doplňování a volba výrazových projevů, které ji umožnily rozdělit projektivní techniky do 5 skupin:

- Asociační techniky – proband reaguje na různá slova a podněty asociacemi (Asociacační experiment a Rorschachův test).
- Konstruktivní techniky – vytváření nových smysluplných celků (Tematicko apercepční test a Dětský apercepční test).
- Doplňovací techniky – proband doplňuje určitá slova či věci do nedokončeného testového materiálu (Test nedokončených vět a Rosenzwaigův obrázkový frustrační test).
Techniky výběru a řazení – podněty se řadí a vybírají dle preference testovaného (Lüscherův barevný test).

Expresivní techniky – dochází k volnému a pro probanda typickému sebevyjádření, hlavně prostřednictvím kresby (Baum test a Draw-a-person-test).

Říčan & Ženatý (1988) dělí projectivní techniky podle druhu činnosti, které se od zkoumané osoby vyžadují:

- Techniky interpretační (Rorschachův test, Tematický apercepcí test a Hand test).
- Techniky slovně asociační (Asociační experiment, Doplňování vět a příběhů).
- Techniky imaginativně-verbální (Ahsenův Eidetický rodičovský test).
- Techniky scénické (Scéno-test Staabsové).
- Techniky výtvarné:
  - Kresebné tematické techniky (Baum test, Draw-a-person-test, Kresba rodiny).
  - Kresebné doplňovací techniky (Warteggova technika).
  - Jiří kresebné techniky (Bender-Gestalt test, Tylův test čáry života).
  - Ostatní výtvarné techniky (Technika mozaiky podle Lowenfieldové).
- Preferenční techniky (Lüscherův barevný test, Szondiho test, Barevná pyramida).
- Techniky výrazové (Analýza mimiky a pantomimiky, grafologie, Mirův test myokinetické diagnostiky).

Rosenzweig (in Svoboda, 2010) používá tento typ dělení projectivních technik:

- Motoricky-expresivní – např. způsob a obsah slovního vyjadřování, rozbor písma a motorického projevu v kresbách a v chování (Draw-a-person-test, Baum test).
- Percepčně-strukturované – (Tematické apercepcí test, Rorschachův test).
- Apercepcí dynamické – (hra, doplňování povídek, vět a dějů a frustrační pokusy).

Eysenck (in Pichot, 1970) rozděluje projectivní metody podle typů podnětů do čtyř skupin:

- Techniky doplňování – jedinec doplňuje do testového materiálu (Warteggův kresebný test).
• Techniky interpretační – interpretují se odpovědi jedince na daný testový materiál či zadání (Rorschachův test a Tematicko apercepční test).
• Techniky produkční – jedinec produkuje nový výtvor podle zadání examinátora (Test světa, Draw-a-person.test).
• Techniky pozorování – kdy je jedinec pozorovaný v situaci, která je nejasně strukturována a examinátor sleduje chování jedince v této situaci.

Cattel (1964) předpokládá v projekci projevení narušení percepce (tzv. misperception techniques) a podle charakteru narušení dělí techniky do 4 skupin:
• Techniky, kde percepcie zkuoumané osoby je narušená do takové míry, že nedokáže rozlišit mezi vlastním myšlením a cítěním v porovnaní s jinými lidmi.
• Techniky, u kterých je percepcie narušená vlivem autismu.
• Techniky umožňující identifikaci citů a motivů.
• Techniky, u kterých mají nesprávné minulé percepce vliv na aktuální stav.

Za jedno z nejpropracovanějších dělení se považuje dělení Franka (in Svoboda, 2010), který rozlišuje 5 druhů projekčních metod:
• Konstitutivní metody – strukturuje se v nich nestrukturovaný anebo málo strukturovaný materiál (Rorschachův test).
• Konstruktivní metody – třídí se v nich materiál do větších celků a souvislostí (Test světa, mozaikový test).
• Interpretační metody – jedinec v nich interpretuje nějakou svou zkušenost nebo sdělení, které má pro něj citový význam (Tematicko apercepční test).
• Katartické metody – jsou to metody využívající principu katarze. Jedinec promítá emocionální reakce pod vlivem vnějších podnětů. Test dává příležitost nejen k pozorování neverbálních reací, ale také k odreagování napětí (Scéno-test Staabsové).
• Refraktivní metody – jedinec je diagnostikován prostřednictvím zkomolení běžné komunikace, hodnotí se projev, písmo, řeč a osobnost daného jedince (verbální a grafické metody).
Semeonoff (1976) kritizuje tuto Frankovu klasifikaci, z důvodu možného zařazení některých testů do dvou i více skupin. Sám stanovuje vlastní trojdimenzionální klasifikaci projektivních metod, založenou na Guilfordověm třídění intelektu:

- Vlastnosti podnětu – konkrétní, zrakové a verbální.
- Vlastnosti reakce – interpretační, asociační a manipulační.
- Cíl vyšetření – diagnóza, opis a terapie.

Za dnes nejvíce funkční se považuje klasifikace projektivních diagnostických metod dle Svobody (2010).

- Verbální metody (Slovní asociační experiment, Rorschachův test, Tematicko aperseptní test, Hand test, Test nedokončených vět).
- Grafické metody (Draw-a-person-test, Baum test, Warteggův kresebný test, House tree person test).
- Manipulační metody neboli metody volby (Test světa, Lüscherův test, Chromatický asociační test, Barevný pyramidový test).

2.4 Zhodnocení projektivních metod

V porovnání s testy schopností zaměřujících se pouze na úzce vymezené složky osobnosti, se projektivní metody zaměřují na obraz osobnosti ve větší šíři, v čemž jim pomáhá málo strukturovaný a neurčitý charakter podnětové situace. Proto je také výsledný nález zaměřen mnohem více individuálním směrem a existuje zde mnohem širší prostor k hodnocení hloubky osobnosti s jejími různými zvláštnostmi (Svoboda, 2010). Je nutné také podotknout, že snímání projekčního materiálu nevyvolává ve zkoumaných osobách tak silný dojem zkouškové situace, a proto jak podotýká Anastasiová (1976) mohou tyto metody sloužit i jako dobrý prostředek k rozprudění konverzace, neboť jako tzv. ice breaker na začátku testování. U projektivních metod nemá zkoumaná osoba většinou možnost zkrášlit jejich výsledky, jelikož neví, co daná metoda zkoumá. Díky možné širší získaných odpovědí a tudiž nesnadnosti jednotlivého skórování, je vyhodnocování projektivních metod více podmíněno intuicí, odbornou erudicí a praktickou zkušeností než jiné psychologické metody. Validita těchto metod tedy roste s odborností psychologa, který je používá, a proto je velmi důležité studovat tyto metody pod dohledem zkušeného odborníka, který se jimi zabývá již delší dobu. U nás je velký problém s nedostatkem norem, získaných na naší
populaci. Velmi mnoho projektivních metod je u nás nestandardizovaných a to ztěžuje práci s nimi v klinické praxi. Klinický psycholog v ní musí vycházet primárně ze svých zkušeností s daným projektivním testem, jelikož nemůže vycházet z norem provedených na jiné populaci (Stančák, 1982). Dnes existují dva významně názorově proudy na projektivní metody: dle jednoho jsou projektivní metody jen těžko akceptovatelné po vědecké stránce (Van de Vijver, 1999) a naopak druhý tvrdí, že jsou tyto metody v klinické praxi velmi užitečným nástrojem (Manerikar & Manerikar, 2014). Podle Říčana & Ženatého (1988) mají projektivní metody, i přes určité psychometrické nesnáže, uplatnění v psychiatrické diferenciální diagnostice, pokud budou mít odborníci s nimi pracující dobrou teoretickou erudici a rozsáhlé praktické zkušenosti pramenící z práce s nimi.

2.4.1 Objektivita projektivních metod

Pokud chceme správně posoudit objektivitu projektivních metod, tak toto musíme učinit za pomoci tří kritérií objektivity pozorování stanovených na základě Allportova odkazu Gathercole (1969):

1. Vliv pozorovatele na sledované děje je minimalizován.
2. Kontakt mezi pozorovatelem a pozorovaným chováním je co nejtěsnější.
3. Pozorování musí být možné opakovat také jinými examinátory, kteří musí být zástupní a musí dodržovat stejná pravidla, manuály a pomůcky.

Jelikož by objektivita v testové situaci měla platit nejen na straně zkoumané osoby, ale také na straně examinátora, tak musíme faktor objektivity pojmout v celém tomto jejím rozsahu. Tyto metody nejsou příliš mnoho objektivními právě proto, že nesplňují výše zmíněný první a třetí bod. První bod nesplňují z důvodu možné projekce, popřípadě přenosu examinátora při testové situaci a nutnosti vytvoření určitého vztahu se zkoumanou osobou, který potom může zkroslovat získaná data v součinnosti s výše zmíněnou projekcí. Třetí bod nesplňují z důvodu možného subjektivního zkrsešení výsledků testů díky jiným interpretačním dovednostem a také díky jiné kvalitě vztahu se zkoumanou osobou. Interpretáční dovednosti vyhodnocování projektivních testů totiž rostou se zkušeností jejich používání, ale i tak se mohou lišit podle daného vnímání skutečností daným examinátorem. Projektivní metody splňují druhý bod, jelikož kontakt se zkoumanou osobou, a tudíž i s pozorovaným chováním, musí být pro zdánlivý průběh co nejtěsnější. Avšak i toto nese svá úskalí u examinátora, který může být i nevědomky výrazně ovlivnit svým chováním a pří-
stupem původní formu odpovědí zkoumané osoby a také připsat reakcí této osoby jinou váhu, než ve skutečnosti mají.

Z těchto důvodů se dnes čím dál častěji přistupuje k tzv. objektivním testům osobnosti, při kterých zkoumané osobě není znám pravý účel zkoušky, a proto také daná osoba nemůže zkreslit výsledek tohoto testování. Objektivní testy zkoumaná osoba vníma nejčastěji jako testy výkonové, ale ve skutečnosti zachycují nepřímo osobnostní charakteristiky. Při řešení těchto úkolů se totiž v chování probanda manifestují jeho osobnostní rysy, potřeby či návyky. Tyto testy se vyznačují vysokou validitou a reliabilitou, ale na rozdíl od projektivních testů zachycují pouze užší obraz osobnosti a ne její komplexnější obraz. Jedním z nejvíce v praxi používaných objektivních testů je Stroopův Color-Word test anebo metoda Zrcadlového kreslení (Svoboda, 2010). Některým těmto vlastnostem objektivních metod se dnes bliží také dvě z nejpoužívanějších projektivních metod, a to jmenovitě Rorschachův test (Exnerův kompresivní systém) a Tematicko apercepční test. Tyto metody předkládají také nediferencovaný materiál, u kterého proband neví, co tento materiál sleduje. Tyto metody jsou více standardizované, tak už ke zkreslení nedochází tak často jako dříve, a tím pádem by se také měly méně lišit závěry jednotlivých examinátorů.

### 2.4.2 Reliabilita projektivních metod

Reliabilita, neboli také míra spolehlivosti, je statistická veličina, která udává jak moc je daný test spolehlivý. Spolehlivost testu se zjišťuje na základě prokázaných procentuálních chyb v měření. Projektivní metody mají často dle psychometrických odborníků problémy s ověřováním jejich reliability. Tyto problémy často pramení z příčin popsanými Morávkem (1987):

- Neexistence stejně hodnotné paralelní verze u projektivních metod.
- Nemožnost rozdělit projektivní metody na stejné poloviny pomocí split-half reliability.
- Častá nemožnost retestování projektivních metod.

U projektivních metod se proto pro hodnocení reliability doporučuje používat spíše reliabilitu nezávislých vyhodnocovatelů než test-retest reliabilita nebo použití metody vnitřní konzistence (Čermák & Fikarová, 2012). Reliabilitu vyhodnocovatele je také doporučováno používat proto, že nejednotnost skórování výsledků projektivních metod je jed-
ním z jejich největších problémů. V praxi je totiž možné setkat se s poměrně velkou variabilitou závěrů různých psychologů k tomu samému testovému materiálu. Toto riziko se může nejúčinněji eliminovat dostatečným sebevzděláváním odborníků, a to jak v pregraduálním, tak také v postgraduálním výcviku (Šípek, 2000). I přes tyto slabiny projektivních metod byla jejich reliabilita potvrzena ve většině případů (Morávek, 1987).

2.4.3 Validita projektivních metod

Na základě míry validity lze určit jak moc spolehlivý je daný test a zda opravdu měří to, co měřit má. Dalo by se říci, že pokud není test validní tak je pro psychologa jako metoda nepoužitelný, jelikož se z něj nedá udělat objektivní diagnostický závěr. Jelikož jsou u projektivních metod jen obtížně použitelné tradiční psychometrické postupy, tak je často považována jejich validita za spornou (Svoboda, 2010).

Podle Morávka (1987) se validita u projektivních metod obtížně určuje z těchto důvodů:

- Projektivní metody jsou zaměřeny na osobnost globálně, a proto pokud u nich vytrhneme jeden znak z kontextu a porovnáváme ho se samostatným kritériem, tak dochází k porušení globálnosti těchto metod. Dané výsledky již poté nejsou relevantní.
- Málo pregnantní externí kritéria u projektivních metod.
- Projektivní metody jsou zaměřené na skrytou a symbolickou úroveň osobnosti. Díky tomu pak nelze nalézt vhodná kritéria, za jejichž pomocí bychom tyto změřené aspekty osobnosti mohli objektivizovat.

suje Svoboda (2010, str. 150) „validita projektivních metod roste se zkušeností, kterou má psycholog s použitou metodou“. Lilienfeld et al. (2000) vyslovují myšlenku, že není důležité zkoumat celkovou validitu projektivních metod, ale spíše se zaměřit na to, jaká je validita dané testové metody v situaci konkrétního zadání. Takzvané tak jsou získané výsledky validní vzhledem ke stanovené hypotéze či zadání psychologického vyšetření nebo ke konkrétní zkoumané charakteristice či psychické vlastnosti.
3 Grafické projekční metody


V psychologické diagnostice se dnes převážně využívá tzv. tematických kresebných technik, ve kterých je proband požádán, aby nakreslil určitý objekt. Těmito objekty mohou být postava, strom, dům nebo např. i rodina rodiny. K administraci těchto technik postačí pouze čistý papír, tužka a guma, a tudíž k jejich vyhotovení není potřeba žádný testový podnětový materiál, čímž se tyto techniky stávají velmi dostupnými a použitelnými v mnoha rozličných situacích. Po dané kresbě by vždy mělo následovat tzv. Inquiry, kdy se examinátor doptává zkoumané osoby na danou kresbu a na příběh s ní spojený, aby pochopil, co má tato kresba znázorňovat a co vedlo daného probanda k tomuto ztvárnění dané kresby. Během probandova kreslení sleduje administrátor testu nejrůznější detaily týkající se nejenom samotné kresby, ale také jak pozorně přistupuje zkoumaná osoba k dané kresbě, jaké má při ní verbální projevy, jestli je u ní nervózní atd.

Tyto sledované proměnné kreseb dělí Weiner & Greene (2017) do tří kategorií:

- **Strukturální data** – Jsou tvořena objektivními znaky kresby, kterými jsou např.: velikost kresby, umístění objektu na papíře, kvalita linie a absence nebo zdůraznění nějaké části na této kresbě.
- **Tematická, neboli Objektová data** – Vycházejí z Inquiry, při kterém popisuje vyšetřovaná osoba své dílo. Popisuje např. vlastnosti dané osoby nebo pojmenovává to, co nakreslila.
- **Behaviorální data** – Vycházejí z přístupu zkoumaných osob ke kresbě a jejich interakci s examinátorem. Patří zde např. rychlost kreslení, stupeň detailů, komentování vlastní tvorby a jakou pozornost či nedbalost přisuzuje k této kresbě.
Při hodnocení těchto technik musí examinátor počítat s tím, že jsou dospělí často mnohem více kritičtí ke svým výtvorům než děti, což může značně zkreslit výsledky testové situace. U dospělých se také může projevit celková inhibice způsobující nejen neochotu produkovat zadaný materiál, ale také může tato inhibice ovlivňovat interpretovatelnost dané techniky, případně i kvalitu její produkce (Najbrtová et al., 2017).

Kromě tematických kresebných technik řadíme mezi grafické projektivní techniky také techniky doplňování začatých kreseb (Warrtegův kresebný test a S-test), techniky volného kreslení, spontánního čmárání nebo malby pomocí prstů (Svoboda, 2010). Těmito dodatečnými technikami se v tomto díle bliží nezabýváme.

3.1 Kresba postavy


Na práci Goodenoughové navázala v roce 1949 Karen Machoverová metodou Draw-a-Person test (DAP), který byl použitelný od dvou let věku a byl již použit u všech věkových kategorií, tedy i pro adolescence a dospělé, což do té doby neplatilo. Tento test založila Karen Machoverová na svých zkušenostech s posuzováním kreseb dospělých a adolescentů, kteří trpěli nějakou formou duševní poruchy. Narozdíl od Draw-a-Man testu zjišťuje Draw-a-person test nejenom úroveň intelektového vývoje, ale také již obsahuje

V roce 1956 Hans Joachim Baltrusch navázal na práce svých předchůdců a publikoval tzv. Figure Drawing Test (FDT). V současné době se tato verze kresby postavy používá nejvíce a to hlavně u dospělé populace, pro kterou má tento test silný projektivní charakter (Altman, 2011). Pomocí tohoto testu lze zjistit neurotické konflikty zkoumané osoby, informace o jejím obrazu osobnosti a jejím tělesném schématu. Nakreslené mužské a ženské postavy poskytují klíč ke struktuře osobnosti, jejímu přizpůsobení a dynamické integraci. Test je možné administrovat od pěti let a může být předložen vícekrát stejně osobě bez značného ovlivnění hodnocení dotyčného. Kresby vykazují značnou konstantnost, kdy určité elementy kresby zůstávají identickými a nezávislými na zevních podmínkách a malířském umění. Zkoumaná osoba má k dispozici bílý papír formátu A4, tužku a gumu. Papír má poté přeložit na polovinu a na levou polovinu má nakreslit lidskou postavu. Po dokreslení této postavy je proband vyzván k nakreslení osoby opačného pohlaví na druhou polovinu papíru. Na kresbu nemá stanovený časový limit, ale obě kresby větší-
nou netrvají déle než pět až deset minut. Test se administrová individuálně, jelikož také pozorování chování a tvorby probanda při testování je velmi důležité pro examinátora ke stanovení validních závěrů. Po vyhotovení druhé kresby následuje inquiry, v němž se prvně ptáme na samotné kresby (jak je postava stará, jaké má vlastnosti a jaký má vztah k postavě opačného pohlaví) a následně se také snažíme otázkami zjistit něco o osobě probanda. Už samotné kreslení má často dostatečně vyzývací charakter k řešení různých potíží klienta, které je možno odkrýt následným zevrubnějším rozhovorem. Při hodnocení se Baltrusch také inspiroval psychoanalytickou teorií a proto některým kresebným znakům dává její význam. Popis těchto jednotlivých znaků je obsáhlejší a přesnější než u Machoverově, ale za těmito znaky také nestojí žádný větší statistický výzkum, a proto si nemůžeme být plně jistí validitou těchto znaků. Baltrusch stanovil celkově třicet různých znaků kresby, které zkoumají integraci osobnosti, pudovou strukturu, sexuální postoje, narušení afektivního života, dynamické interpretace osobnostních rysů, manifestaci konfliktových momentů a jejich podstatu. Mezi těchto třicet kresebných znaků patří např. velikost figur, umístění figur na papíře, pořadí, ve kterém byly tyto figury vypracovány, vyjádření konfliktových momentů v kresbě (transparence, gumování, atd.) a způsob jakým jsou nakresleny jednotlivé části postavy, jako jsou oči, paže, atd. (Svoboda, 2010). Primárně autor doporučuje použití tohoto testu k diferenciaci mezi neurotickou osobností a normálně vyvinutou osobností. Přičemž se neurotické přizpůsobení projevuje hlavně takovými znaky, jako jsou např. špatně nakreslená postava, známky konfliktu (gumování, vynechání, síla čáry) a známky sexuálního konfliktu v kresbě (Stančák, 1982). Tento test je ale také vhodný pro práci s psychosomatickými pacienty, jejichž problémy mohou být pro nás zřetelnější např. z výrazu postavy, neobvykle zakreslených částí těla vzhledem k celé postavě a také z napětí projeveného v dané kresbě. (Šípek, 2000).

Od těchto metod kreseb postavy se liší Hárdiho Dynamický test lidské postavy, který při jeho tvorbě vycházel z pozorování a z práce s lidmi s psychickými poruchami, od kterých získal ve svém výzkumném souboru celkem 2695 sérií kreseb (Hárdi, 1992). Examinátor nepracuje pouze s jednou kresbou, ale se sériemi kreseb, které jsou snímány v různých časových intervalech a jsou následně mezi sebou porovnávány. Na rozdíl od jiných autorů dovoluje zkoumaným osobám Hárdi namalovat i jen část člověka. Jelikož je jim tímto dána větší volnost ve tvorbě, je také zajímavé sledovat, jestli s postupem času nenakreslí tuto osobu celou. Podle Hárdiho slouží tento test k postřehnutí změny psychického
stavu vyšetřovaného jedince a z tohoto důvodu je primárně určen pro klinickou populaci (Šípek. 2000).

3.2 Kresba stromu

I když se kresbou stromu zabývalo více autorů, je Karl Koch považován za hlavního tvůrce projektivního Testu stromu. Jeho základní práce s názvem Der Baumtest vyšla poprvé roku 1949. Koch věřil, že kresba ovocného stromu může vypovídat o emocionální zralosti dětí i dospělých a také o poruchách v emocionální a sociální oblasti (Svoboda, 2010). Strom vybral za ideálního nositele projekce kvůli jeho vysoké symbolické hodnotě. Strom totiž patří mezi nejstarší symbyly lidská (mytologie, lidové zvyky, atd.) a vlastnosti stromů vyvolává řadu asociací, např. strom plodí, roste, vyvíjí se, stárne, usychá, symbolizuje prosazování se ve vnějším světě a dokonce také symbolizuje mateřský instinkt, tím že poskytuje výživu, teplo, domov, atd. (Svoboda, 2010). Kresba stromu je dobře naváděna pro tento test vhodné, při tomto testování nemůže zkoumaná osoba používat gumu. I když původní instrukce Kocha zněla: „Nakreslete nějaký ovocný strom“. Dnes se u nás nejčastěji používá instrukce: „Nakreslete strom, jaký chcete, jak nejlépe umíte, ale neměl by to být jehličnan (případně lze doplnit – ani palma)“ (Altman, 1998, s.15). Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, většinou to souvisí s celkovou pomalostí probanda nebo proband vytváří množství detailů, ve kterých se utápi. Občas je dobře doplnit tuto instrukci o ujištění, že nejde o zkoušku kresebných dovedností a že se nehodnotí kresebné schopnosti ani estetické kvality kresby. Doba administrace není časově omezená, ale většinou se pohybuje mezi 1-15 minutami. Pokud je doba kreslení delší, vět
zace (Altman, 2008). Koch vyhodnocuje kresbu stromu podle 59 různých znaků, přičemž si všímá hlavně kořenů, kmene, koruny a listů (Svoboda, 2010).

Altman (1998) navrhuje tyto výchozi kroky hodnocení kresby stromu:

- Posouzení kresby jako celku.
- Hodnocení kresby podle jejího umístění na papíře a velikosti.
- Celkový dojem jaký má administrátor z kresby.
- Posouzení grafologického hlediska kresby, jako jsou vedení čáry, tlak, tah, atd.
- Posouzení zralosti kresby. (Jestli jsou přítomny infantilní znaky a jak velké množství jich je.)
- Symbolický výklad kresby (podle psychoanalytické teorie).
- Interpretace detailů, jednotlivých znaků na základě manuálu.
- Posouzení způsobu propojení jednotlivých částí stromu.
- Pohled na kresbu stromu jako na záznam vývoje osobnosti.

I přes svou spornou validitu a reliabilitu je tento test velmi oblíbený u klinických psychologů a psychoterapeutů, jelikož s ním získají rychle a bez složitých testovacích prostředků přehled o osobnosti pacienta a jeho případných pokrocích v terapii (Svoboda, 2010).

Zvláštní obdobou Testu stromu je tzv. Test tří stromů, jehož autorem je portugalec Corboz. Tento test vznikl na základě pozorování dětí, které vytvářeli malby tří stromů, u kterých se ukázalo, že jsou do těchto kreseb projikovány rodinné vztahy mezi dítětem a rodiči. Malby tří stromů totiž většinou představují otce, matku a dítě, a lze z nich vyčíst vzájemné vztahy mezi nimi (Svoboda, 2010).

3.3 Kresba domu

Kresba domu se používá především u dětí a společně s kresbou postavy a stromu patří mezi nejpoužívanejší dětské kresebné projektivní metody. Tato technika se ovšem používá spíše v zahraničí, u nás většinou není jako samostatná technika využívána. Mezi odbornou veřejností panuje názor, že tato kresba reflektuje rodičovský domov, díky čemuž odráží vztahy v dané rodině (Šicková-Fabrici, 2016). Styl jakým je tato kresba namalována, může odhalit mnoho z obrazu vyšetřované osobnosti, její komplexní zralost (hlavně emocionální) a kontakt této osoby s realitou. Projektivní stránky této metody si všímá např. Leibowitz (2013), který považoval za důležité detaily domu dveře, cestu, která k tomuto domu vede (např. její barvu a zvýraznění), okna, tvar střechy a komína (symbol tepla...
v mezilidských vztazích). V dnešní době se už cesty k domu objevují méně často, jelikož lidé bydlí ve velkých domech, které jsou určené pro více než jednu rodinu. U kresby domu se při interpretaci nezaměřujeme pouze jen na dům, ale také na jeho okolí. Davido (2008) tvrdí, že pokud je dům namalovaný jako moc malý, okna jsou také menší a je využita pouze malá část papíru, tak to může u dané osoby naznačovat poruchy afektivity, často např. připoutání k matce. Naopak pokud je dům příliš velký nebo by svou velikostí přesahoval papír, tak to symbolizuje touhu dané osoby po lásce a adaptaci. Dveře symbolizují, jak je jedinec schopen navazování nových kontaktů, proto jejich vynechání může poukazovat na izolaci jedince před okolím. Tuto symboliku v sobě mají i okna, jejichž zavření znamená také izolaci od okolí. V dnešní době se kresba domu nejvíce využívá jako součást tematické kresebné techniky House-Tree-Person test (H-T-P), o které pojednávám podrobněji v empirické části (kapitola 10.1).
4 Schizofrenie

Název schizofrenie vychází z řeckého: schizo – štěpit a fren – mysli, ale toto slovní spojení se nepoužívá a za vhodnější se považuje označení rozpad (dezintegrace) osobnosti (Janík & Dušek, 1987). Látalová (In Praško et al., 2011) definuje schizofrenii jako „závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Je to závažné psychotické onemocnění, charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení (jak formálními, tak obsahovými), vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí.” Co se týče emotivity schizofreniků, objevují se u nich většinou kvalitativní poruchy emotivity, konkrétně se jedná o emoční chudost, oploštělost či nepřiměřenost emocí. Pro schizofrenii jsou typické pozitivní příznaky, negativní příznaky, dezorganizované příznaky a v některých případech časem vyvinutý kognitivní deficit s nimi spojený. Tyto různorodé příznaky ovlivňují emoce, chování, vnímání a myšlení dotyčného člověka. Narušeny jsou poté takové základní funkce, které zdravému jedincům dávají pocit jedinečnosti, osobitosti a sebekontroly (Smolík, 1996). Příznaky schizofrenie je vhodné také rozlišovat kvůli psychoterapeutické práci s klientem trpícím tímto onemocněním. Nejčastější příčinou hospitalizace jsou právě pozitivní (psychotické) příznaky, mezi které se řadí např. halucinace a bludy (Svoboda et al., 2015). Mezi nevýznamnější psychopatologické fenomény člověka se schizofrenii se řadí tzv. ozvučování myšlenek, vysílání myšlenek, odnímání a vkládání myšlenek, bludy ovládání, bludné vnímání, poruchy abstraktního vnímání, sluchové halucinace komentující pacienta ve třetí osobě, poruchy myšlenkových pochodů, katatonii a v neposlední řadě i negativní příznaky (alogie, abulie a emoční oploštělost) (Praško et al., 2013).

Průběh schizofrenie může být kontinuální, epizodický a nebo může být charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi. Schizofrenie vzniká nejčastěji v mladém věku (15-35 let), přičemž u mužů vzniká dříve než u žen. Ale i přesto je celozivotní výskyt schizofrenie u mužů a žen stejný. Přičina vzniku schizofrenie není dosud jednoznačně určena, ale předpokládá se, že se na vzniku této poruchy podílí více faktorů, kteří mezi sebou vzájemně interagují (tzv. multifaktoriální etiologie). Mezi tyto faktory patří jak vývojové dispozice, tak také vývojově podmíněné změny, specifické zkušenosti a určité vyvolávající podněty (Vágnerová, 2004).
Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 0,3–0,7%, tato hodnota se však může lišit z hlediska rasy, etnika, země a geografického původu. Hlavně v prvních 10 letech tohoto onemocnění je vážné riziko sebevraždy, které se odhaduje až na 20–40%.


Proto schizofrenie sebou neneset „pouze“ výrazné postižení v psychickém zdraví člověka, ale také velké postižení v jeho sociální a profesní sféře. Jelikož psychóza může u člověka velmi vážně narušit vnímání a rozpoznávání skutečnosti, tak mnohým lidem tyto psychiatrické procesy mohou změnit i jejich osobnost. Díky tomu se může těmto pacientům začít drasticky měnit jejich životní směřování, a protože je postižena také jejich pracovní schopnost, přichází často o své sociální kontakty a uplatnění. Tyto procesy spojené se sociální izolací lze mnohem zřetelněji pozorovat ve společnostech, které se zaměřují na individuální výkony, a kde je kladená na člověka velká zodpovědnost (Praško et al., 2011).

4.1 Historie schizofrenie

Již před 3400 lety je popisován ve starých fragmentech Ajurvedy stav podobný schizofrenii: „Tento stav je způsoben důležitým vlivem a projevuje se žravostí, svlékáním se nahu, různými opzlétostmi, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu.“ (Smolík, 1996, s.147). Podrobnější vymezení této choroby a její označení pochází až z roku 1853, kdy psychiatr francouzského původu Augustin Morel pojmenoval tuto chorobu jako tzv. demencia praecox. Díky velkému výskytu pervazivních a perzistujících postižení různých aspektů behaviorálních a kognitivních funkcí u tohoto onemocnění, považoval Morel toto onemocnění za určitou formu demence (dementia). A jelikož onemocnění začínalo propukat již ve velmi mladém věku, tak měla tato demence příponu praecox (předčasně) (Praško et al., 2011).

Název dementia praecox se následně rozšířil Kraepelinovou klasifikací, který tento termín technicus převzal od výše zmíněného Augustina Morela a zveřejnil ho ve svém pátém vydání „Učebnice psychiatrie“. Zde tímto názvem označuje onemocnění charakteri-
Dementia praecox dále Kraepelin dělil na základní tři typy: paranoidní, hebefrenní a katatonní. (Höschl et al.,2004). U tohoto onemocnění kladl hlavně důraz na chronici téhož paprsku a jejích tiží. Kraepelin také poukazoval, že se uvažoval na velkou rozmanitost různých symptomů a znaků vyskytujících se v klinickém obrazu demence praecox, a z nichž považoval za nejdůležitější poruchy nálad a vůle. Dle něj byl definujícím znakem této choroby její chronický průběh a špatná prognóza pacienta. Tento svůj názor změnil až po letech, kdy na základě svých záznamů o pacientech zjistil, že se uzdravilo 12,5% pacientů. Po tomto zjištění uznal Kraepelin Bleulerův předpoklad, že se někteří pacienti s tímto onemocněním mohou uzdravit (Práško et al., 2011). Od názvu demence praecox se ale později definitivně upustilo, jelikož bylo prokázáno, že u tohoto onemocnění se nejedná o demenci, ale spíše o rozpad osobnosti.

ti, změny v mluveném a psaném projevu a katatonní a somatické příznaky (Janík & Dušek, 1987).

Kurt Schneider ve své knize Klinische Psychopathologie vydané roku 1946 nabídl jiné řazení symptům schizofrenie, a to na symptomy prvního řádu a symptomy druhého řádu (Höschl et al., 2004). Schneider se sice, stejně jako před ním Bleuler, snažil identifikovat patognomické příznaky schizofrenie, ale soustředil se přitom spíše na specifičnost a závažnost těchto příznaků ke stanovení diagnózy schizofrenie. Příznaky prvního řádu byly dle něj specifické a mimořádně závažné pro diagnostiku schizofrenie. Lze dle nich diferenciálně diagnosticky odlišit mezi schizofrenii, nepsychotickou dušenou abnormitou a maniodepresivitou. Mezi symptomy prvního řádu řadil: označování myšlenek, odnášení myšlenek a další ovlivňování myšlenek jako např. vysílání myšlenek, odcizování myšlenek, bludné vnímání, tělesně prožité ovlivňování, slyšení hlasů ve formě otázek a odpovědí, slyšení hlasů doprovázených vlastními poznámkami k počínání a všechny prožité, které jsou v oblastech vůle, snažení a cítění způsobovány a ovlivňovány cizími zásahy. O schizofrenii se dá podle Schneidera hovořit z klinického hlediska, pokud se bezpečně zjistí tyto zážitky u nemocného a nenajde se u něj žádné základní somatické onemocnění. Struktura a geneze symptomů prvního řádu není zcela jasná, některé se manifestují díky narušení hranic mezi osobností a okolím, jiné se manifestují kvůli narušení ohraničení jádra osobnosti. Mezi symptomy prvního řádu patří pouze některé smyslové klamy (Janík & Dušek, 1987). Příznaky druhého řádu již nejsou tolik specifické pouze pro schizofrenii a mají pro její stanovení menší význam. Pokud je u pacienta zjištěn pouze tento okruh příznaků, tak je diagnóza schizofrenie závislá na ostatních klinických souvislostech - jako je např. klinické pozorování a rozhovor. Jako symptomy druhého řádu uvádí Schneider: ostatní smyslové klamy, bezradnost, bludný nápad, prožitky citového ochuzení, depresivní a euforické rozlady atd. Schneider přiznává, že nelze s jistotou diferencovat schizofrenii od jiných psychopatologických stavů pouze ze symptomů prvního řádu. I symptomy druhého řádu a výrazové symptomy jsou dobrým vodítkem k diferenciaci, pokud jsou ovšem dostatečně zvýrazněné a propojené. Ale i přesto mají příznaky prvního řádu rozhodující vliv při diferenciaci schizofrenie a maniodepresivní psychózy (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V dnešní době panuje přesvědčení, že žádný jednotlivý symptom ani skupina symptomů není charakteristická a specifická pro schizofrenii. Schizofrenie je považována za multisystémovou poruchu, přičemž její projevy postihují mnoho aspektů emocí, inter-
personálních vztahů a myšlení. V klinickém obrazu schizofrenie by se měly vždy objevovat pozitivní příznaky tohoto onemocnění, jejichž zastoupení se však může u jednotlivců lišit. Mezi tyto pozitivní příznaky patří halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč a bizardní a dezorganizované chování (Praško et al., 2011).

4.2 Epidemiologie schizofrenie

Epidemiologie zjišťuje, jak četné je určité onemocnění v populaci (prevalence) a jak moc tohoto onemocnění v populaci ročně přibývá (incidence). Těchto údajů se také týká morbidita a komorbidita, které se v této části budeme také věnovat. Celkově slouží epidemiologická data k tvorbě hypotéz o průběhu a povaze choroby, a tudíž pomáhají i v prevenci tohoto onemocnění (Höschler et al., 2004).

Prevalence se u schizofrenie může lišit v závislosti na místě výskytu, například ve městech je prevalence větší než na vesnicích. Prevalence je také vyšší v nižších socioekonomických třídách, což může být způsobeno společenským úpadkem, který je u schizofrenie častý (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Zatímco se odhady prevalence schizofrenie pohybují kolem 0,2–2%, tak celoživotní prevalence schizofrenie se konzistentně udává kolem 1–1,5%. U mužů síce propuká schizofrenie dříve než u žen, zhruba mezi jejich 15.–25. rokem, kdyžto u žen propuká obvykle až mezi 25.–35. rokem, ale celkový poměr pohlaví u schizofrenie je vyrovnán (tzv. 1:1) (Praško et al., 2013). Některé studie sice naznačují větší výskyt schizofrenie u mužů, což ale může být způsobené zaměřením těchto studií na negativní příznaky schizofrenie a delší dobu trvání onemocnění, což souvisí s horším průběhem schizofrenie, který je více častý u mužů než u žen (Raboč et al., 2015).

Jelikož je schizofrenie převážně chronickým onemocněním, tak je incidence mnohem menší než její prevalence (asi 15,2 : 100 000 za rok). Incidence se ale může velmi lišit v závislosti na použité metodě jejího měření, jelikož každý může brát za počátek onemocnění jiné symptomy a znaky. A také se může lišit v závislosti na geografii, rase a kultuře (Bankovská, Motlová & Španiel, 2017).

Hodnoty celoživotního rizika onemocnění schizofrenií (morbidita) se mezi různými studiemi mohou velmi lišit. Dle Praška, et al. (2013) se morbidita pohybuje kolem 0,3–3,7%, kdyžto Libiger (In Höschl et al., 2004) uvádí, že se riziko morbidity odhaduje pouze na 0,5–1,6%, přičemž jako uspokojivý odhad rizika se většinou uvádí 1%, což znamená, že
v průběhu života postihne schizofrenie přibližně jednoho člověka ze sta. Hodnota morbidity se také může lišit v závislosti na věku a stanovených kritériích výzkumů. Velmi častá je také komorbidita schizofrenního onemocnění se zneužíváním návykových látek, převážně kokainu a kanabinoidů, která se vyskytuje až ve 41% případů.

U pacientů trpících schizofrenií se vyskytuje vyšší mortalita a výrazně zvýšené riziko suicidia. Mortalita je až dvakrát větší než u běžné populace. Příčiny této hodnoty mortality a její vzestupný trend nebyly plně zjištěny, ale je možné, že to souvisí se sociální izolací a společenským úpadkem. Nemocný člověk potom totiž nemá ani vůli ani potřebu se o sebe plnohodnotně starat a mohou ho často napadat i suicidální ideace (Höschl et al., 2004). Přibližně 50% pacientů se schizofrenií má suicidální ideace a až 50% pacientů se někdy v životě dopustí suicidálního jednání. Riziko suicidálního jednání je přitom nejvyšší na začátku onemocnění, kdy se pohybuje až kolem 20–40% (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). U pacientů trpících schizofrenií se vyskytuje sebevražda až 8x častěji než u běžné zdravé populace, přičemž je riziko sebevraždy mírně větší u mužů (6,55%) než u žen (4,91%) (Nordentoft et al., 2011). Celoživotní riziko dokonaného suicidia se dříve pohyboval kolem 10%, přičemž dnes je již toto riziko nižší a pohybuje se spíše okolo 7% (Praško et al., 2013).

4.3 Etiopatogeneze schizofrenie

U schizofrenie zatím nebyl zjištěn jednotný kauzální faktor, který by způsoboval toto onemocnění. Proto je dnes převažujícím názorem, že schizofrenní onemocnění mají tzv. multifaktoriální etiologii, což znamená, že se na vzniku této poruchy podílí více faktorů, které spolu vzájemně interagují. V tomto směru se nejčastěji uvádí tzv. teorie vulnerabilita a stresu. Tento model vzniku schizofrenie předpokládá, že člověk, u kterého se rozvinula schizofrenie, je specificky biologicky vulnerabilní k tomuto onemocnění a navíc byl vystaven zátěži, kterou nebyl schopen svými obranami zvládnout. Tato nadměrná zátěž v souvislosti s biologickou predispozicí poté vyvolá schizofrenní onemocnění. Zatěžující situace může být genetického, biologického, nebo psychosociálního charakteru, popřípadě může být způsobena také zevním prostředím (Smolík, 1996). U vulnerabilního jedince mohou schizofrenii vyvolat i takové zatěžující situace, které ostatní lidé mohou zvládat, a jsou v životě poměrně časté. Konkrétně se může jednat o úmrtí v rodině, osamostatnění se od rodiny, přepracovanost a jiné.
Schizofrenie často propuká v době dospívání, právě kvůli zmiňovanému osamostatňování od rodiny. Toto osamostatňování spojené s hormonálními procesy v těle daného jedince, pro něj může být natolik obtížné, že se s ním není schopný dostatečně vyrovnat a v souvislosti s dispozicí k schizofrenní poruše se tato porucha může klinicky manifestovat. Tato dispozice může mít charakter funkční odchylky, morfologické odchylky a nebo může být geneticky podmíněnou variaci v produkci enzymů, receptorů, či jiných proteinů (Höschl et al., 2004). Jako spouštěč schizofrenie se také často uvádí kanabinoidy, amfetamíny, halucinogeny a další návykové látky, s čímž může také souviseť vysoká komorbidita schizofrenních onemocnění u uživatelů drog. V oblasti sociálních vztahů velmi negativně působí na jedince tzv. dvojná vazba. Jedná se o komunikační situaci, kdy např. matka sděluje dítěti dvě neslučitelné informace zároveň. Verbální složkou dítěti nadává, ale neverbální složkou mu naznačuje, že udělalo něco dobře, jelikož ho hladí po hlavě. Toto vyvolává v dítěti velký stres a nepohodu, jelikož neví, co mu tímto chci matka komunikovat. U vulnerabilních jedinců s dispozičními faktory ke schizofrenii, můžou být právě takové zážitky spouštěčem schizofrenní poruc (Praško et al., 2013).

Předpokládá se, že u schizofrenie je nejspíše narušená selektivita (výběrovost) vnímaní, která slouží jako ochrana proti přetížení nedůležitými informacemi. Proto je člověk se schizofrenií zahalen informacemi a nedokáže poznat, která z těchto informací je významná a která ne. Lidský mozek totiž nemá kapacitu na zpracování tak mnoha informací a podnětů, a proto pro zjednodušení se snaží dát těmto podnětům nějaký systém. Tento systém se vytvoří tak, že se dané přijaté podněty dají do vzájemných souvislostí. problémem je, že člověk se schizofrenní porouhou přizpůsobuje osobní významy věcem, kterým zdravý jedinec tuto konotaci nepřiřazuje. Proto u pacienta se schizofrenií dochází k poruše atribucí, díky čemuž u něj vznikají pro zdravého člověka bizarní a často bludné vysvětlení určitých jevů. Tato vysvětlení schizofrenik nedokáže vnímat jako nereálná a nelogická, a proto se pro něj stávají bludnými přesvědčeními, která řídí a zasahují do jeho života (Praško et al., 2011).

Dle Koukolíka (2012) byly u pacientů se schizofrenní poruchou zjištěny abnormality ve struktuře jejich mozku, které narušují jeho správnou funkci. Schizofrenici mají menší objem mozkové kůry než zdraví jedinci, a to převážně v prefrontální oblasti. Porucha v prefrontální oblasti způsobuje narušení integrovanosti a koordinace různých funkcí, což bývá pro schizofrenii typické. Hlavní příčinou úbytku mozkové kůry je úbytek neuronů a menší počet synapsí způsobujících vzájemné propojení v mozu. U pacientů se schi-
zofrenií byl také zjištěn odlišný metabolismus jejich mozku, se kterým souvisí funkční a biochemické odchylky vyskytující se u schizofreniků. Primárně se jedná o odchylky serotoninového, glutamátového a dopaminového systému, které způsobují narušení informačních přenosů v mozku. Elektrofyziologická vyšetření mozku dokazují, že většina pacientů trpících schizofrenií nadměrně reaguje na opakující se podněty v prostředí, jako jsou například opakující se blikání světla nebo klapání a opakující se zvuky, přičemž hůře potlačují nepodstatné podněty a informace z prostředí (Freedman et al., 1997). Toto může být způsobeno nedostatečnou funkčí inhibičních interneuronů, které vyplavují inhibující neurotransmitery (například GABA), za jejichž pomoci je tlumení činnost hlavních nervových buněk. Pokud totiž nejsou tyto nervové buňky dostatečně inhibovány, začne mozek reagovat na příliš mnoho vstupů a podnětů (Praško et al., 2013).

Většina autorů sdílí názor, že schizofrenie je neurovývojová porucha. Přičemž predispozice genetického rázu společně s faktory prostředí vede v rané fázi, pravděpodobně již v děloze matky, k poruše centrální soustavy, která se může manifestovat v adolecenci či rané dospělosti jako psychotické onemocnění, přičemž faktory které k této manifestaci vedou nejsou známy. Riziko schizofrenního onemocnění je výrazně podmíněno geneticky. Avšak u jednovajčených dvojčat bylo dokázáno, že pokud je jedno z nich schizofrenik, tak je pravděpodobnost toho, že schizofrenií onemocní i druhé dvojče menší než 50%. Z toho se dá usuzovat, že genetický podíl na vzniku schizofrenie je méně než poločinné a existují jiné faktory, které dohromady dávají více než poločinný podíl vzniku tohoto onemocnění. Toto také potvrdzují studie, které zjistily, že pokud oba rodiče trpí schizofrenií, tak je riziko, že jí onemocní i jejich dítě asi 40%. A až 80% schizofrenních pacientů nemá mezi příbuznými nikoho s touto diagnózou. Vzhledem k nižší fertilitě spojené se schizofrenií se předpokládá, že její stálé udržování v populaci může souviset s novými mutacemi genů vulnerabilních pro schizofrenii (Praško et al., 2011).

4.4 Průběh schizofrenie

Schizofrenie se většinou poprvé projevuje v adolescenci a časné dospělosti. Nejčastěji se první ataka akutních psychotických příznaků projeví mezi 20. - 30. rokem, s časnějším počátkem u mužů než u žen. Zatímco u mužů se první psychotické příznaky průměrně projeví již kolem 25 let, u žen se tyto příznaky objeví průměrně až kolem 30 let. Tento jev se často vysvětluje ochranou funkcí estrogenů a jiných biologických faktorů žen. Jako další vysvětlení tohoto jevu je také uváděn možný vliv dřívějšího vystavení nárokům dospělosti
a plné zodpovědnosti u mužů než u žen, na což má velký vliv společnost a její normy (Höschl et al., 2004).

Symptomatologie a průběh schizofrenie je velmi různorodý a není konstantní v čase. Průběh může být u každého jedince různě závažný, zatímco jeden pacient může zažívat „pouhé“ ojedinělé epizody, jiný může mít opakované ataky, které mohou zvyšovat riziko chronicity tohoto onemocnění. Tato proměnlivost v čase může souviset s mnoha různými vlivy, mezi tyto vlivy řadíme např. vlastní chorobný proces, sociální prostředí, schopnost adaptivního chování, osobnost nemocného, jeho fyziologickou výbavu atd. Původní koncepty schizofrenie vnímaly průběh této nemoci jako progresivně se zhoršující, čemuž také dávaly velkou váhu a označovaly to za jeden z hlavních rysů tohoto onemocnění. Dnes již bylo dokázáno, že tento předpoklad nebyl zcela správný, a že naopak mnoho nemocných má tendenci zlepšit tento svůj stav a stabilizovat ho. Ovšem tato stabilizace může být často pouze přechodnou záležitostí, jelikož se mohou objevit relapsy tohoto onemocnění i po letech bez psychotické ataky (Höschl et al., 2004). Schizofrenie je nejvíce proměnlivá ve svých počátcích a její dlouhodobý průběh záleží na tom, jak toto onemocnění probíhá a jak úspěšně je léčeno během prvních pěti let. Pro vývoj schizofrenního onemocnění je také velmi důležité, kdy nastane první epizoda schizofrenní psychózy a co této epizodě předchází. Bylo zjištěno, že příznivý průběh schizofrenie často souvisí s časným počátkem její léčby a s úspěšnou odpovědí organismu na tuto léčbu již v jejích počátcích.

Průběh schizofrenního onemocnění sestává z několika stádií. Prvním stádiem je premorbidní období, ve kterém se objevují mírné odchylky v motorickém a sociálním vývoji. Většinou se tyto odlišnosti objevují asi v prvních pěti letech života a mají tendenci se časem prohlubovat. Tyto odchylky se mohou projevit v latentních poruchách výkonu, pozornosti a ve větším stuji se v sociální sféře. Lídě v premorbidním stádiu jsou často popisováni jako více introvertní, uzavřenější, mají sníženou větlost emocí a vitalitu, díky tomu mají také potíže s interpersonalními kontakty (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Tyto obtíže jsou odhalitelné neuropsychologickými testy, ale jedná se často o tak mírné odchylky od normální, které mají natolik nespecifický charakter, že vždy nemusí být správně rozpoznány a mohou zůstat zcela nenápadnými až do rozvoje prodromálního stádia (Höschl et al., 2004). Zjištění rysů premorbidní osobnosti je také velmi důležité pro diagnostiku schizofrenie. Jelikož si tyto informace člověk postižený schizofrenií většinou
nepamatuje, nebo je má zkreslené samotnou nemocí, získávají se tyto anamnestické údaje často od jeho nejbližšího okolí.

Po premorbidním období následuje stadium prodromální. Prodromální stadium se chápe jako období mezi premorbidní osobností a iniciálním rozvojem psychické poruchy (ataka). Průběh tohoto období se velmi liší případ od případu. Pokud je přechod mezi premorbidní osobností a psychotickou atakou velmi rapidní, tak je téměř nemožné zaznamenat jakékoliv prodromální projevy. Na druhou stranu může toto období proregduvat velmi plíživě a dlouhodobě, přičemž se v něm pozvolna rozvíjí různé prepsychotické symptomy, které postupně přechází až v projevy psychotické. Jelikož je prodromální stadium velmi vhodné pro zahájení léčby a ovlivnění průběhu schizofrenního onemocnění, je rychlý přechod mezi premorbidním obdobím a psychotickou atakou nevýhodný pro další průběh schizofrenního onemocnění (Praško et al., 2013). Pro toto období jsou typické spíše negativní příznaky, jako jsou úzkosti, strachy, deprese, pecity izolace a pecity zmatku a nejistoty z měnícíhoho se spektra vjemů. Pacient v prodromální fázi je často podrážděný, neklidný, mění se mu zájmy a pořádává nedostatek sebevědomí a energie. Jelikož jsou příznaky tohoto stadia již nápadnější, mohou často přecházet až do kontaktu se zdravotnickým zařízením. Ale díky tomu, že prodromální symptomy často vznikají již kolem puberty (od 15 let) a mají obraz symptomů podobných komplikovanému dospívání, je často velmi obtížné je od tohoto dospívání odlišit. Toto komplikuje diagnostiku i léčbu v tomto období. Díky tomu je zkomplikován také možný zdárný budoucí průběh léčby samotné schizofrenie (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Po prodromální fázi následuje stadium první (psychotické) ataky. Toto období trvá obvykle šest měsíců a objevují se během něho pozitivní, negativní i kognitivní příznaky. V této fázi onemocnění je již pacient většinou hospitalizován a na vrcholu této ataky ztrácí náhled a zhoršuje se mu kontakt s realitou. Nejnápadnější a nejvíce rozvinuté jsou v tomto období pozitivní příznaky, kdy se převážně jedná o bludy (porucha myšlení) a halucinace (porucha vnímání). Tyto pozitivní příznaky se zpravidla zmírní nebo zcela vymizí po několika týdenní lečbě při hospitalizaci. Negativní a kognitivní problémy se v lečbě tolik neobjevují, protože je pacient v bezpečném nestresujícím prostředí, kde se mu nemůže nic stát a kde tudíž funguje dobře. Tato situace se ovšem radikálně mění po jeho odchodu domů, kdy je vystaven větší zátěži a tudíž se u něj tyto negativní a kognitivní příznaky mnohem více projeví. Proto se pacientům doporučuje, aby bezprostředně po hospitalizaci navštěvovali denní stacionář, kde mají přiměřenou zátěž, ale zároveň i bezpečné prostředí. Mozek je
totiž po psychotické atace méně výkonný, než byl před ní a je třeba ho postupně znovu rehabilitovat např. kognitivním tréninkem. Velkým rizikem je také předčasný návrat do školy nebo do zaměstnání, kdy pacient nemusí tuto zátěž zatím zvládat a může mu to zhoršit jeho psychický stav (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Po psychotické atace nastává období remise, kdy pacient nezažívá žádné pozitivní, negativní ani kognitivní příznaky. Tato remise může být buďto konečnou fází nebo se po ni může dostavit relaps, se kterým se onemocnění schizofrenie a s ním spojené příznaky opět vráčí. Tento relaps obvykle trvá šest měsíců, stejně jako první psychotická ataka. Při první akutní atace má pacient větší šanci na dobrou prognozu, jak píše Lieberman (In Höschl et al., 2004) plná remise byla zjištěna až u 75% sledované skupiny prvních epizod onemocnění a u dalších 12% byla zjištěna remise s reziduem. Přičemž trvání psychotické ataky u těchto pacientů nepřesahovalo většinou dobu 12 týdnů. Watt (1985) ale uvádí, že k plnému uzdravení po první atace dojde jen u malé části případů (16%), zatímco u většiny případů (84%) schizofrenie dochází k relapsu a opětovnému vzplanutí této nemoci. Až u 43% těchto pacientů je přítomný stabilní či prohlušující se defekt, který se většinou týká kognitivních funkcí. U schizofrenie bývá z prognostického hlediska často citováno tzv. „pravidlo třetin“. To tvrdí, že třetina pacientů se po první atace uzdraví úplně nebo alespoň částečně, třetina trpí příznaky onemocnění (ataky a reziduální psychopatologie), ale je schopná žít bez větších problému v normální společnosti a třetina pacientů vyžaduje časté hospitalizace a je trvale postižena svou nemocí. Asi 10% pacientů z této poslední třetiny potřebuje trvalou institucionální péči (Smolík, 1996).

Zažití psychotických stavů je pro pacienta velmi psychicky zatěžující. Tato zkušenost se totiž neobejde bez následků, a tudiž pacienta velmi ovlivní. Rezidua po prožití psychotické ataky jsou převážně povahy negativních příznaků a změn s nimi spojených. Jedná se konkrétně o zvýšenou citlivost na zátěž, možné prožitky větší nejistoty a pocitu odcizení, snížená schopnost zpracování informací a jiné. Boj se schizofrenním onemocněním ale může člověku přinést i posilující zkušenosti, ostatně jako každý boj s nějakou výzvou. Míra relapsu velmi závisí na správném či nesprávném užívání léků, na sociální izolaci a negativních příznacích, které pacient zažívá. Relaps v období 2 let vzniká méně často za situace, kdy se pacienti léčí psychofarmaky (ve 40% případů) a naopak až dvakrát častěji (v 80% případů), když pacient psychofarmaka neuzívá (Praško et al., 2011).
4.5 Diagnostika schizofrenie

Rozhodující metodou pro stanovení diagnózy schizofrenie je klinický rozhovor, který sestává z pozorování pacienta a naslouchání jeho sdělovaným obsahům. Při posuzování abnormálního chování a subjektivních zkušeností pacienta, se však měl posuzovatel vyhnout tzv. falešně pozitivním hodnocením, které mohou být ovlivněny jak kulturou, tak také subnormální úrovní inteligence daného jedince. Mezi metody, které jsou vhodné ke stanovení diagnózy schizofrenie a její diferenciální diagnostiku patří mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE), různé projektivní metody (např. ROR) a eventuálně také osobnostní dotazníky zjišťující psychopatologii jedince (MMPI-2). Díky výskytu poruch kognitivních funkcí u tohoto onemocnění bývají často vhodným diagnostickým nástrojem také testy kognitivních funkcí (např. MMSE) (Svoboda et al., 2015).

Stanovení schizofrenie není možné na základě objektivních parametrů, jako jsou např. různé biologické markery a spoléhá se na subjektivní hodnocení klinika. Ale i přesto se metody pro stanovení objektivních markerů mohou u schizofrenie používat, a to hlavně pro potvrzení nebo vyloučení diferenciálních diagnóz souvisejících s klinickými projevy pacienta a jeho osobní anamnézou. Pro tento účel jsou často využívána pomocné laboratorní testy, jako jsou krevní obraz, vyšetření různých enzymů a hormonů v tělu, elektrencefalogram (EEG), počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MRI) a další (Praško et al., 2013).

K diagnostice schizofrenie se v současné době používají především 2 klasifikační systémy. Prvním z nich je Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přídužených zdravotních problémů, která je nyní platná ve znění desáté descenální revize (MKN-10). A druhým z nich je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch ve své zatím poslední páté verzi (DSM-5). DSM-5 je novější klasifikační systém než MKN-10 a přístupuje k dělení duševních poruch a jejich popisu odlišněji než její předchozí čtvrťá revize (DSM-IV) a současná revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. DSM-5 již opouští od víceosého systému hodnocení duševních poruch a zavádí do psychopatologie onemocnění také vývojové chápání duševních poruch. Také v některých případech rozvolňuje diagnostická kritéria a výrazně akcentuje např. vliv psychosociálních faktorů na diagnostický obraz onemocnění (Raboch et al., 2015). Co se týče klasifikace schizofrenie, tak MKN-10 ve skupině s kódem F20 rozeznáva celkem šest subtypů schizofrenie (paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná, simplexní a reziduální) a postschizofrenní depresi. DSM-5 oproti MKN-10 již klinické subtypy schizofrenie neurčuje a pouze nabízí specifikátory.

Smolík (1996) uvádí tuto obecná kritéria MKN-10 pro diagnostikování paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencované schizofrenie (tzv. klinické subtypy):

G1. „Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže, pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů)” (Smolík, 1996, s.153).

(1) Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:
   
   (a) Ozvučování, odnášení, vkládání nebo vysílání myšlenek.
   
   (b) Bludy kontrolování, ovládání nebo ovlivňování, myšlenky, pocity a činnosti zvláštního charakteru nebo výrazné a zřetelné pohyby těla nebo končetin a bludné vnímání.
   
   (c) Halucinace hlasů, komentující pacientovo chování nebo se bavící mezi sebou, či jiné typy hlasů vycházejících z některých tělesných částí.
   
   (d) Neustálé bludy jiného typu, které nejsou přijatele v dané kultuře a nemožnou jí být ani podmíněné, může se jednat o náboženskou či politickou identitu, nadlidské schopnosti a moc (např. komunikace s cizinci z jiného světa nebo schopnost kontrolovat počasí vlastní vůlí).

(2) Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:
   
   (a) Neustálé halucinace jakéhokoliv druhu, které se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (častečně formovanými nebo jen občasnými) a jsou bez jasného emotivního obsahu nebo jsou spojeny s trvale zvýšeným sebehodnocením.
   
   (b) Neologismy, přerušování nebo zákazy myšlení, které mají za důsledek zmatený slovní projev a celkovou inkoherenci.
   
   (c) Katattonní chování, mezi které patří násady, vzrušení, mutismus vosková ohebnost a stupor.
   
   (d) „Negativní” symptomy, jako jsou zřetelná apatie, abulie či alogie a nepříměřené nebo plchvé odpovědi (musí u nich být zřejmé, že nevznikly jako následek neuroleptické léčby nebo deprese).
G2. Nejčastěji používané vylučovací podmínky

(1) Pokud pacient splňuje také kritéria pro manickou epizodu (F30.-) nebo depresivní epizodu (F32.-), musí být kritéria G1 a G2 splněna již před tím, než dojde k narušení jeho nálady.

(2) Porucha není důsledkem organické mozkové poruchy (F00-F09) nebo intoxikace alkoholem či jinou psychoaktivní látkou (F1x.0), závislostí (F1x.2) nebo odnětím látky (F1x.3 nebo F1x.4).

Pro dostatečné zachycení variací průběhu schizofrenní poruchy může být, zejména pro výzkum, žádoucí specifikovat formy průběhu použitím pátého kódu. Kódování průběhu by ale nemělo být uváděné, pokud není pacient s touto poruchou pozorován alespoň rok.

F20.x0 Kontinuální (chronický) – V průběhu pozorování se neobjevuje u pacienta žádná remise psychotických příznaků,

F20.x1 Epizodický (v atakách) s narůstajícím defektem – V období mezi psychotickými atakami se objevuje postupný rozvoj „negativních” příznaků.

F20.x2 Epizodický (v atakách) se stabilním defektem – V období mezi psychotickými epizodami se objevují trvalé, ale nenarůstající „negativní” příznaky.

F20.x3 Epizodický (v atakách) s remisemi – Mezi psychotickými epizodami se již objevuje úplná nebo téměř úplná remise.

F20.x4 Neúplná remise

F20.x5 Úplná remise

F20.x8 Jiný

F20.x9 Období sledování kratší než rok

DSM-5 (Raboch et al., 2015) koncipuje schizofrenii jako spektrum a uvádí tyto diagnostická kritéria pro stanovení schizofrenie:

A. Dvě (nebo více) z následujících kritérií, každé je přítomno po signifikantní část období 1 měsíce (či méně, je-li léčba úspěšná). Minimálně jedno kritérium musí být (1), (2) nebo (3):

(1) Bludy.

(2) Halucinace.

(3) Dezorganizovaná řeč (např. častá inkoherence nebo vykolejení).
4.6 Formy schizofrenie

Díky velké variabilitě průběhu schizofrenního onemocnění, se schizofrenie dělí na několik forem, které se vzájemně liší unikátní symptomatologií, specifickými začátky onemocnění a odlišným vývojem příznaků v čase (Höschl et al., 2004).

4.6.1 F20.0 Paranoidní schizofrenie

Tento typ schizofrenie se objevuje spíše v pozdějším věku a ze všech schizofrenních forem se právě tento typ vyskytuje nejčastěji. Charakteristickými jsou pro něj pře-
vážně pozitivní příznaky, jako jsou bludy, halucinace a různé poruchy vnímání. Bludy jsou nejčastěji paranoidní a vztahovačné povahy a často se týkají perzekučních a velikášských témat. Díky paranoidní povaze bludů mají pacienti často pocit z pronásledování a spiknutí, které je vedeno proti nim. Z halucinací jsou nejzřetelnější sluchové halucinace, ale mohou být také kombinované povahy. Prognóza u tohoto typu onemocnění se uvádí jako poměrně příznivá (Praško et al., 2011).

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro paranoidní schizofrenii:

A. Splnění obecných kritérií pro schizofrenii (F20).
B. V obrazu onemocnění jsou nejzřetelnější bludy nebo halucinace (např. bludy perzekuční, žárlivecké, vztahovačné, originální – vzněšený původ nebo zvláštní poslání nebo rozkazováčné hlasy, které pacientovi dávají příkazy nebo mu hrozí, sexuální, případně jiné tělesné halucinace, halucinace čichové nebo chuťové).
C. Emotivita je nepřiměřená nebo je rapidně se měnící. V mírném stupni může být v klinickém obrazu také přítomná inkoherentní řeč a katatonní příznaky, ale tyto symptomy nesmějí dominovat.

4.6.2 F20.1 Hebefrenní schizofrenie

Tuto formu schizofrenie poprvé popsal v roce 1870 německý psychiatr Ludwig Kahlbaum společně se svým žákem Heckerem. Uvedli, že je to porucha puberty a adolescence, která vede k deterioraci spojené hlavně s emočním oploštěním a ochuzením. Jelikož tato porucha vzniká v období puberty dozravání, projevují se její symptomy jako zvýrazněné pubertální chování (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). U tohoto typu schizofrenie dominuje převážně neodpovědné a nepředvídatelné chování, nepřílišnost emoci a chování, celková dezorganizace psychiky a hlavně hypomanická nálada s nejapným vtipkováním (tzv. moria). Tato porucha má obvykle pozvolný vývoj a nasedá na pubertální znaky, které poté zdůrazňuje. Hebefrenní schizofrenie se správně diagnostikuje pouze v dospívání a u mladých dospělých. Prognóza tohoto onemocnění není většinou přiznivá kvůli rychlému rozvoji negativních příznaků, které se týkají hlavně ztráty vůle a oploštění emoci, což často vyústí i v sociální izolaci postižené osoby (Praško et al., 2013).
Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro hebefrenní schizofrenii:

A. Splnění obecných kritérií pro schizofrenii (F20).

B. Přítomnost obou následujících charakteristik:
   (1) Trvalá a výrazná mělkost nebo oploštění emotivity.
   (2) Trvalá a výrazná nevhodnost a nepríměřenost emotivity.

C. Přítomnost obou následujících charakteristik:
   (1) Chování je spíše rozporuplné a bezcílné než cílevědomé.
   (2) Je přítomná trvalá trvalá porucha myšlení, která se projevuje roztěkanou, rozporuplnou nebo inkoherentní mluvou.

D. V klinickém obrazu mohou být v mírné formě přítomny halucinace a bludy, ale nesmí v něm domínovat.

4.6.3 F20.2 Katatonné schizofrenie

Tuto formu schizofrenie popsal poprvé v roce 1874 Kahlbaum. V popředí této formy jsou poruchy psychomotoriky, které mohou oscilovat mezi extrémy, jako jsou hyperkinézie a bezcílný pohyb na jedné straně a snížená hybnost až stupor na druhé straně. U pacientů mohou nastávat takzvané nástavy, kdy pacient zaujímá a udržuje nepřirozené a bizarní pozice. V projevech tohoto onemocnění je nápadná bizarnost, manýrování, topornost projevů, grimasování a někdy i nekoherentní řeč. Tyto fenomény se mohou vyskytovat společně s oneroidními (snovými) stavům a halucinacemi živých scén. Uvádí se, že ze všech schizofrenních forem je právě ta katatonné projevky nejpříznivější (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro katatonné schizofrenii:

A. Obecná kritéria pro schizofrenii (F20) jsou splněna, ale pokud nejde navázat kontakt s pacientem, nemusí být zpochátku možné tyto kritéria identifikovat.

B. Po dobu minimálně dvou týdnů převládá jeden nebo více z následujících katatonních projevů:
   (1) Mutismus nebo stupor – zaznamenatelné snížení aktivity na vnější prostředí a redukce aktivit a spontánních pohybů.
(2) Vzrušení – nesmyslná motorická aktivita, která nelze ovlivnit zevněmi podněty.
(3) Nástavy – zaujímání a udržování neobvyklých a bizarních poloh těla.
(4) Negativismus – odpor vůči institucím a ke všem instrukcím.
(5) Rigidita – i přes snahy se pohnout udržuje pacient stále ztuhlý postoj.
(6) Vosková ohebnost – udržování těla a končetin v takové pozici, do jaké byl pacient nastaven jinou osobou.
(7) Povelový automatismus – automatické plnění povelů.

4.6.4 F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Jedná se o psychotický stav, který splňuje obecná kritéria schizofrenie, ale nelze ho zařadit do žádného ze specifických podtypů, nebo obsahuje rysy více než jednoho podtypu (Praško et al., 2011).

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro nediferencovanou schizofrenii:

A. Splnění obecných kritérií pro schizofrenii (F20).
B. Přítomnost obou následujících charakteristik:
   (1) Nedostatečně zřetelné příznaky naplňující kritéria některého ze subtypů F20.0, F20.1, F20.2, F20.4 nebo F20.5.
   (2) Přítomnost tolika příznaků, že naplňují více kritérií než pro subtypy uvedené pod B (1).

4.6.5 F20.4 Postschizofrenní deprese

Jedná se o depresivní epizodu, která vzniká po odeznění ataky schizofrenie. Tato depresivní epizoda může trvat i poměrně dlouho a nese s sebou větší riziko suicidia. O postschizofrenní depresi se jedná v případě, kdy jsou stále přítomny některé schizofrenní příznaky, ale tyto příznaky již nepřevládají v klinickém obraze. Výskyt této formy onemocnění v poslední letech mírně roste. Kvůli zvýšenému riziku suicidia musí psychiatři dávat pozor na depresivní příznaky u schizofrenie a včas je léčebně řešit (Praško et al., 2013).
Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro postschizofrenní depresi:

A. Hlavní kritéria pro schizofrenii (F20.0-F20.3) byla splněna v průběhu dvanácti měsíců, ale nejsou splněna v současné době.
B. Stále je přítomen jeden ze stavů z kritéria G1(2) a, b, c, nebo d pro F20.0-F20.3.
C. Depresivní příznaky trvají dostatečně dlouhou dobu a jsou dostatečně extenzivní a závažné, aby naplňovaly kritéria alespoň středně závažné depresivní epizody (F32.0).

4.6.6 F20.5 Reziduální schizofrenie

Tato forma schizofrenie popisuje chronické stadium ve vývoji schizofrenního onemocnění. Toto stádium nastává po odeznění akutní sympotomatologie a je charakterizováno dlouhodobými „negativními” symptomy a poruchami, které jsou podrobněji popsány v části B diagnostických kritérií této formy. Tyto symptomy mohou být v nejvíce vážné formě až ireverzibilními, což znamená, že se daný stav již nedá zlepšit či zvrátit. Stavy reziduální schizofrenie často následují nebo přetrvávají po odeznění akutních příznaků schizofrenie (Praško et al., 2013).

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro reziduální schizofrenii:

A. V minulosti byly splněny hlavní kritéria pro schizofrenii (F20), ale dnes již tato kritéria nejsou přítomná v klinickém obrazu pacienta.
B. V období předchozích 12 měsíců byly přítomny alespoň čtyři z následujících „negativních” příznaků:
   (1) Snížená reaktivita nebo zpomalene psychomotorické tempo.
   (2) Trvalé snížení emotivity.
   (3) Nedostatek iniciativy a pasivita.
   (4) Omezovací vyjádřovací schopnosti nebo málomluvnost.
   (5) Nevýrazná neverbální komunikace kontaktem očí, mimikou, postojem nebo modulací hlasu.
   (6) Snížená péče o sebe nebo sociální výkonnost.
4.6.7 F20.6 Simplexní schizofrenie

Jedná se o poruchu, která postupuje plůživě a na jejímž základě dochází k postupnému rozvoji podivinského chování a k poklesu výkonu, který částečně souvisí s neschopností plnění požadavků daného společenství. U tohoto typu schizofrenie se rozvíjí negativní rysy onemocnění, bez jakékoliv manifestace zjevných psychotických příznaků. Toto onemocnění obvykle začíná v období dopívání (15-20 let), ale může propuknout také později. Iniciální projevy jsou velmi podobné poruše osobnosti, postižený zanedbává své povinnosti, obtížně se zapojuje do společnosti, špatně se učí a stává se velkou komplikací i pro své nejbližší okolí. Protože osoby postižené touto nemocí mají také často nepříměřené emoce, tak v kombinaci se sociálními potížemi nepřekvapuje fakt, že často páchají trestnou činnost. Diagnostika je velmi obtížná, jelikož se vždy nedá jednoznačně určit, že se jedná právě o simplexní schizofrenii. Tato porucha navíc často progreseuje do reziduální schizofrenie, ve které se často u pacientů projeví také určitý defekt, který mu komplikuje nadále život. Proto prognóza není u tohoto onemocnění vždy příznivá (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro simplexní schizofrenii:

A. V období minimálně 1 roku se plůživě ale neustále rozvíjejí příznaky všech tří následujících charakteristik:
(1) Výrazná a charakteristická změna celkové kvality některých způsobů chování, které se projevují sociálním stažením, bezcílným a do sebe zahleděným přístupem k životu a ztrátou temperamentu a zájmů.
(2) Postupně se emergují a prohlašují „negativní příznaky“, mezi které patří hypoaktivita, oplošení emotivity, chudá řeč a neverbální komunikace, zřetelná apatie a pasivita a nedostatek iniciativy.
(3) Zřetelná deterioration studijní, pracovní a sociální výkonnosti.

B. Jedinec nikdy nesplňoval kritéria pro kterýkoli jiný typ schizofrenie nebo pro kteroukoliv psychotickou poruchu. Nikdy se u jedince neobjevil žádný z příznaků popsaných kritérii G1 pro F20.0-F20.3. Tento jedinec neměl nikdy halucinace ani dobře formované bludy.

C. Chybí důkazy o demenci nebo jiné organické duševní poruše ve smyslu diagnostické sekce F00-F09.
4.7 Léčba schizofrenie

Aby byla léčba schizofrenie co nejúčinnější, doporučuje se k tomuto onemocnění přistupovat co možná nejkomplexněji. Komplexní přístup léčby v sobě nezahrnuje pouze farmakoterapii antipsychotickými léčivy, ale také psychosociální intervence, pomoc a podporu v oblastech finančních, vztahových a existenčních (např. bydlení) (Svoboda et al., 2015). Důležitá je také psychologická a psychoterapeutická pomoc, která umožňuje pacientovi lépe vycházet s druhými i sám se sebou, lépe pochopit některé procesy, které se s ním dějí a naučit se tyto procesy lépe zvládat.

Dlouhodobým cílem léčby je zabránit opakování relapsů, tudíž udržet trvalý stav remise, a pokud možno vrátit sociální fungování na jeho premorbidní úroveň. Pokud tento cíl není reálný, snaží se léčba alespoň zlepšit a usnadnit nemocnému jedinici jeho život. Toto zlepšení života sestává ze snížení mortality a morbidity, snížení frekvencí a závažnosti opakovaných epizod a psychotických exacerbací. Aby toto zlepšení bylo možné, musí být pacient kompliantní v léčbě a musí na sobě neustále pracovat a přijmout odpovědnost za svůj život (Praško et al., 2013).

Léčba schizofrenní poruchy sestává z několika fází, které vyžadují vždy poněkud jinou strategii a taktiku použitou při jejich léčbě. O postupu léčby rozhoduje psychiatr, který může dále spolupracovat na jednotlivých případech a jejich léčbě s terapeutickým týmem. Terapeutický tým se skládá např. z klinického psychologa, zdravotních sester, aktivizačního pracovníka a podílela se dalších psychiatrů (Svoboda et al., 2015). Komunikace terapeutického týmu v rámci porad i mimo ně vytváří dohromady obraz o stavu léčeného jedince, na jehož základu může psychiatr upravovat léčbu tohoto jedince, případně mu doporučit, co by mohl udělat pro to, aby mu bylo lépe. V tomto léčebném procesu je také nápadná roli klinický psycholog, který edukuje pacienta i jeho rodičů, případně s ním může vést také kratší formu psychoterapií, na které se snaží odhalit příčiny pacientových problémů a např. vyzdvihnut jeho silné stránky, na kterých může i přes onemocnění pracovat.

Na začátku léčby - v její akutní fázi je nejdůležitější léčba za pomoci farmakoterapie, sloužící převážně k odstranění pozitivních příznaků schizofrenie. Zatímco příznaky jako jsou hyperaktivita, agresivita a agitovanost většinou mizí do několika hodin maximálně dvou dnů, léčba halucinací a bludů trvá déle, ale i u nich dochází většinou do několika dní ke zlepšení. V této fázi by měl dostat pacient informace o průběhu léčby nejlépe v době,
kdy už je tyto informace schopen asimilovat. Také by se mu měla minimalizovat úroveň jeho stresu za pomocí podpůrné psychosociální intervence, kterou nejčastější provádí klinický psycholog. Velmi důležitá je již v tomto období míra kompliance pacienta a také koedukování tohoto pacienta a jeho rodiny (Svoboda et al., 2015). V průběhu prvních dvou týdnů je důležitý postup tzv. titrace dávky antipsychotik. Jedná se o proces kdy se na začátku léčby začíná s minimální možnou dávkou antipsychotika a ta se postupně zvětšuje a upravuje v závislosti na pacientově reakci na tato léčiva. Tímto procesem se nakonec získá tzv. doporučená terapeutická dávka, kterou je tento pacient nadále léčen. Tento postup zvyšuje komplianci pacienta, protože kdyby pacient začal brát nejprve velkou dávku antipsychotik, objevovaly by se u něj mnohem závažnější vedlejší účinky těchto léčiv, což by ho mohlo demotivovat k užívání léčiv (Praško et al., 2013). Celá akutní fáze léčby většinou netrvá déle než 8 týdnů.

Po tomto období nastává fáze stabilizace, ve které, jak sám název napovídá, je cílem stabilizace a udržení získaného zlepšení. V této fázi obvykle stále přetravávají negativní příznaky a kognitivní deficit, které posléze pomalu ustupují (6-12 měsíců) nebo v mírnější formě přetravávají. I když je pacient v této fázi stále velmi náchylný relapsu onemocnění, je v ni již většinou propuštěn z hospitalizace, což může u méně kompliantních pacientů způsobit vysazení či omezení antipsychotické léčby a vést právě ke zmíněnému relapsu schizofrenie. V tomto období je stále důležitá podpůrná psychosociální intervence a edukace pacienta, která by ho měla lépe připravit na návrat do běžného života (Svoboda et al., 2015).

Jako poslední fáze léčby se uvádí fáze stabilní, ve které jde především o prevenci relapsu a trvalé udržení remise. Stále je důležitá farmakoterapeutická léčba, která již má jen udržovací charakter. Toho je docíleno podáváním antipsychotik v minimální účinné dávce. Pacient stále navštěvuje psychiatra, ale tentokrát již jen v ambulantní formě. Pro udržení remise se také doporučují psychosociální intervence zaměřené hlavně na rodinu a pracovní sféru. Cílem je, aby byl pacient schopen fungovat alespoň tak dobře, jako fungoval v premorbidní fázi (Svoboda et al., 2015).

Léčba schizofrenie má nejlepší účinky, když započne již v prodromální fázi onemocnění nebo při objevení se nevýrazné nespecifické symptomatologie. V klinické praxi je ovšem běžné, že tato léčba začne až po několika letech chorobného procesu. Časná terapie a diagnostika se snaha odbourat nebo alespoň zmírnit prodromální příznaky. Pokud se jí to povede, tak se tímto způsobem může zcela zabránit psychotické atace nebo ji ale-
spoň časově oddálit (Praško et al., 2013). Pokud již člověk zažil více relapsů, je důležité, aby si zaznamenal příznaky, které těmto relapsům předcházely. Charakter varovných příznaků se většinou přišli nemění, a proto když se objeví, může pacient předpokládat, že se bliží relaps a včas začít řešit tuto situaci se svým psychiatrem. Čím dříve se totiž zahájí léčba, tím rychleji se může zlepšit stav nemocného (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

V dnešní době se jako psychofarmaka pro léčbu schizofrenie používají tzv. atypická antipsychotika, která se liší od původních incizivních typických antipsychotik především tím, že je u nich menší riziko extrapyramidového syndromu. Extrapyramidový syndrom velmi komplikoval život pacientů a způsoboval jim mimo jiné tremor, neklid, dystonie, dyskinezii, svalovou ztuhlost a další komplikace. Atypická antipsychotika, na rozdíl od těch typických, také částečně redukují negativní symptomatologii schizofrenie (např. sociální stažení, emoční oploštění). K úspěšné farmakoterapii je ovšem důležitá také komplianč pacienta, která nemusí být vždy ideální. Proto je v těchto případech vhodná tzv. depotní forma léčby, při které se léky podávají intramuskušálně prostřednictvím injekční stříkačky. Tento postup stačí provádět jednou za několik týdnů, a tudíž ani pacienta přišli nezatěžuje. Jelikož je ale depotní léčba dražší než normální léčba prášky, tak je často v praxi paradoxně nabízena spíše spolupracujícím (kompliantním) pacientům, aby nepřišla vníveč (Praško et al., 2013).
5 Schizoafektivní poruchy

Schizoafektivní poruchy jsou přechodné poruchy, u kterých jsou v popředí jak příznaky afektivní, tak příznaky schizofrenní. Oboje tyto příznaky jsou v popředí současně nebo se alespoň vyskytují společně v rozmezí několika dnů. Jednotlivé epizody neumožňují diagnostiku ani schizofrenie ani manické či depresivní epizody, jelikož nepřevládá jedna z těchto epizod nad tou druhou. Schizoafektivní poruchy se dělí podle převládajících rysů afektivní složky na manický, depresivní nebo smíšený typ (Praško et al., 2013).


5.1 Historie schizoafektivních poruch

Stav podobný schizoafektivní poruše popsali jako první roku 1933 americký psycholog J. S. Kasanin. Nazval jej akutní schizoafektivní psychózou a poprvé jej použil u skupiny devíti nemocných, kteří byli do té doby diagnostikováni s dementia praecox. Tuto původní diagnózu poupravil a užil tento nový název, protože při pozorování těchto pacientů zjistil, že se v některých rysech velmi liší od skupiny pacientů s dementia praecox. Konkrétně se jednalo o tyto rozdíly oproti dementia praecox: počátek jejich onemocnění byl náhlý a byl spojený se zmateností, po odeznění poruchy nepřetrvala žádná rezidua onemocnění, počátek byl až kolem 20. - 30. roku a nevyskytovala se u nich ani pasivita ani znaky autismu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V roce 1952 byl termín schizoafektivní porucha převzat Americkou psychiatrickou asociací. Pojetí schizoafektivní poruchy ale nebylo stejně jako u dnes. Vymezení schizoaf-

5.2 Epidemiologie schizoaffectivních poruch

Kvůli nestandardním diagnostickým kritériím nejsou incidence a prevalence u schizoaffectivní poruchy příliš známy, ale předpokládá se, že prevalence je u schizoaffectivní poruchy největší menšší, než je tomu u schizofrenie a u poruch nálad. Ani v celoživotní prevalenci nejde o shodu, zatímco dle Praška et al. (2013) se celoživotní prevalence tohoto onemocnění pohybuje asi kolem 1%, dle DSM-5 (Raboch et al, 2015) celoživotní prevalence schizoaffectivní poruch odpovídá asi jen jedné třetině výskytu schizofrenie, tudíž celoživotní prevalence se podle tohoto odhadu asi jen na 0,3%.


Komorbidita u schizoaffectivních poruch se objevuje v souvislosti s jinými duševními poruchami. Patří mezi ně nejčastěji úzkostné poruchy a poruchy užívání látek. Výskyt somatických onemocnění je u této poruchy také vyšší než u zdravé populace, což vede k větší morbiditě a zkrácení délky života těchto pacientů (Raboch et al, 2015).


5.3 Etiopatogeneze schizoaffectivních poruch

Stejně jako u schizofrenní poruchy není ani o schizoaffectivní poruchy známá přesná etiologie. Zřejmě se i u této poruchy jedná o tzv. multifaktoriální etiologii, což znamená...
ná, že se na jejím vzniku podílí více faktorů (genetické i exogenní), které svoji interakcí vytváří samotnou poruchu. Tato multifaktoriální etiologie funguje nejspíše podobně jako u schizofrenie. Dotyčný jedinec má v tomto případě určitou genetickou nespecifickou dispozici a je těži vulnerabilní k určitým situacím, které mohou toto onemocnění vyvolat (Vágnerová, 2004).

Schopnost emočně intenzivně prožívat, která se u této poruchy vyskytuje, je z tradičního pohledu chápaná, jako forma ochrany před demotivujícím a myšlení rozvracejícím účinkem psychotické ataky. Tato schopnost tudíž může být považována za známku vyšší odolnosti osobnosti, která svědčí pro využití vlastních emocí k zvládnutí psychotického prožívání. (Praško et al., 2013).

5.4 Průběh schizoafektivních poruch

Na rozdíl od schizofrenie začínají schizoafektivní poruchy velmi náhle a jsou často spojeny s zmateností dotyčných osob. Ataky tohoto onemocnění většinou vznikají prudce a jsou dobře ohraničené (Praško et al., 2013). S tím je spojen nejen akutní průběh daného onemocnění, ale i jeho pozitivní prognóza, která může souviset s tím, že po skončení poruchy nepřetrvávají u pacienta rezidua tohoto onemocnění. Pro stanovení sociální prognózy má velký význam věk, ve kterém onemocnění propuklo a jaké poruchy osobnosti se u daného pacienta objevily v prodromální fázi (Vágnerová, 2004).

Pacienty s touto diagnózou lze rozdělit na dvě skupiny. Ty se liší tím, zdali v období remise trpí pacienti psychotickými symptomy nebo nikoliv. Zatímco průběh onemocnění u pacientů s psychotickými příznaky v remisi je více podobný průběhu schizofrenie, pak pacienti bez psychotických příznaků v období remise se průběhem více podobají pacientům s poruchami nálad (Smolík, 1996).

5.5 Diagnostika schizoafektivních poruch

Pro stanovení diagnostiky schizoafektivní poruchy se užívá jak nástrojů ke určení schizofrenní poruchy, tak také nástrojů užitých ke stanovení afektivních poruch. Stejně jako u schizofrenie je i zde rozhodující metodou pro stanovení diagnózy schizoafektivní poruchy klinický rozhovor, který sestává z pozorování pacienta a naslouchání jeho sdělovaným obsahům (Svoboda et al., 2015).
Stanovení této diagnózy spočívá v přibližné rovnováze mezi závažností, počtem a trváním schizofrenních a afektivních příznaků. Pro její stanovení se používají převážně dva odlišné systémy: MKN-10 a DSM-5. Principy těchto systému jsou již dostatečně popsány v kapitole Schizofrenie a proto se jim v této kapitole již nebudeme věnovat.

Smolík (1996) uvádí tato obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro diagnostikování schizoafektivní poruchy (F25):

G1. Jsou splněna kritéria pro jednu z afektivních poruch (F30.-, F31.-, F32.-) středního nebo těžkého stupně, které jsou specifikována v jednotlivých kategoriích.

G2. Po většinu doby v průběhu nejméně dvou týdnů se musí vyskytovat příznaky nejméně z jedné z uvedené skupiny, přičemž se jedná o skupiny téměř stejné jako u schizofrenie (G1a-d, G1b-c pro F20.0-F20.3).

1. Ozvučování myšlenek, vysílání myšlenek a vkládání nebo odnímání myšlenek.
2. Bludy kontrolování, bludné vnímání, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity.
3. Halucinace hlasů komentujících pacientovo chování nebo mezi sebou hovořící, nebo jiné typy hlasů přicházející z jiných částí těla.
4. Neustále bludy jiných typů, mohou být kulturně ovlněné a jsou zcela nepatřičné, např. politická nebo náboženská identita a nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost komunikace s mimozemšťany, schopnost ovlivňování počasí, atd.).
5. Značně nepřiměřená a nesouvislá řeč nebo časté užívání neologismů.
6. Intermitentní, ale časté projevy některých forem katatonie (např. nástavy, negativismu a voskové ohebnosti).


G4. Nejčastěji užívaná vylučovací podmínka: Poruchu není možné přičíst organické duševní poruše (F00-F09) nebo intoxikaci psychoaktivní látkou, závislosti na ní nebo jejímu odnětí (F10-F19).

DSM-5 (Raboch et al, 2015) uvádí tato diagnostická kritéria schizoafektivní poruchy:
A. Nepřerušené období nemoci, během kterého se také vyskytuje současně velká epizoda poruchy nálady (velká depresivní či manická) s kritériem A schizofrenie. Přičemž velká depresivní epizoda musí zahrnovat kritérium A1: depresivní nálada.

B. Bludy musí být přítomny po dobu 2 nebo více týdnů bez přítomnosti velké epizody poruchy nálad (depresivní nebo manické) během celoživotního trvání nemoci.

C. Příznaky splňující kritéria velké depresivní epizody jsou přítomny většinu času celkového trvání aktivní a reziduální fáze nemoci.

D. Porucha není způsobena vlivem látek (tj. abúzem léků/drog) nebo jiným somatickým onemocněním.

5.6 Formy schizoaffectivních poruch

Schizoaffectivní poruchy se dělí na tři typy (formy): manický typ, depresivní typ a smíšený typ. Tyto typy jsou určené podle afektivní složky, která se u dané schizoaffectivní poruchy vyskytuje (Smolík, 1996).

5.6.1 F25.0 Schizoaffectivní porucha, manický typ

U této poruchy jsou ve stejné epizodě zastoupeny jak schizofrenní tak i manické příznaky.

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro schizoaffectivní poruchu, manický typ:

A. Musí být splněna obecná kritéria pro schizoaffectivní poruchu (F25).  
B. Musí být splněna kritéria pro manickou poruchu (F30.1 nebo F31.1).

5.6.2 F25.1 Schizoaffectivní porucha, depresivní typ

U této poruchy jsou ve stejné epizodě zastoupeny schizofrenní i depresivní příznaky.

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro schizoaffectivní poruchu, depresivní typ:

A. Musí být splněna obecná kritéria pro schizoaffectivní poruchu (F25).  
B. Musí být splněna kritéria pro alespoň středně těžkou depresivní poruchu (F31.3, F31.4, F32.1 nebo F32.2).
5.6.3 **F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ**

U této poruchy se vyskytují schizofrenní příznaky zároveň se smíšenou bipolární afektivní poruchou (F31.6).

Smolík (1996) uvádí tato diagnostická kritéria MKN-10 pro schizoafektivní poruchu, smíšený typ:

A. Musí být splněna obecná kritéria pro schizoafektivní poruchu (F25).
B. Musí být splněna kritéria pro smíšenou bipolární afektivní poruchu.

### 5.7 Léčba schizoafektivních poruch

V léčbě se používají převážně atypická antipsychotika, u kterých je na rozdíl od typických antipsychotik prokázán tzv. tymostabilizující efekt, díky němuž léky výrazněji ovlivňují afektivní symptomatologii. Vhodné k léčbě jsou antidepressiva (např. SSRI) a někdy je také vhodné kombinovat antipsychotika se stabilizátory nálady (např. lithium) (Höschl et al., 2004). Vhodná pro léčbu je také psychoterapie - hlavně v její podpůrné formě. Nejvíce účinná je v době akutního vzplanutí nemoci, neboli při její atace. Důležitá je kompliance pacienta s léčbou, aby byl ochoten brát stanovené dávky léků a choval se podle rad svého psychiatra. Je dobré také varovat pacienta před zneužíváním psychoaktivních látek, jelikož by mohly přispět ke zvýšení rizika dalších akutních episode (Praško et al., 2013).

Pokud bude pacient užívat léky ve správném množství i po propuštění z hospitalizace, má mnohem větší šanci, že mu již nevznikne nová ataka tohoto onemocnění. Užívání antipsychotik se totiž snižuje riziko vzniku další ataky z 80% až na pouhých 15%. Důležitá je také s pacientem probírat jeho možné suicidální ideace. Pokud totiž tyto ideace již má, tak rozhovor o nich a jeho situaci na něj má úlevné účinky (Praško et al., 2013).

Prognóza u schizoafektivní poruchy je většinou přivětivá a ve většině případů je dobrá odezva na její léčbu. Příznivý je také fakt, že u této nemoci nejsou přítomny negativní příznaky schizofrenie, které často přetrvávají po léčbě a zhoršují život dotyčnému člověku (Praško et al., 2011).
EMPIRICKÁ ČÁST
6 Výzkumný problém

Přestože jsou u nás projektivní metody hojně využívané (převážně v diagnostice) a existuje mnoho odborných kurzů, které učí psychology s nimi pracovat, H-T-P test, který je nejčastěji používaným projektivním testem v zahraničí, u nás nemá velkou oblibu a je v praxi používán spíše sporadicky. O tomto jevu svědčí také neexistující standardizace tohoto testu pro českou populaci, která paradoxně opět způsobuje menší využívání tohoto testu v praxi. Malé využívání H-T-P testu může souviset také s délkou jeho administrace, která je delší než u např. FDT testu nebo Baum testu, kvůli vypracovávání ne jedné kategorie kresby, ale rovnou tří. Na druhou stranu právě díky použití tří různých kreseb H-T-P test zprostředkovává více informací a podává celistvější obraz o osobnosti zkoumaného jedince. H-T-P test je vhodné využít také jako tzv. „ice breaker“ na začátku konverzace, proto je vhodné tento test administrovat na začátku komplexnější diagnostiky k rozmluvení zkoumaného jedince, a nebo jako přechod mezi neverbálními a verbálními psychologickými testy, pro což je obzvláště vhodný díky rozsáhlým otázkám obsaženým v inquiry.


V rámci své práce jsem se pokusil také o vedlejší exploraci rozdílů v kresbě mezi schizofrenními muži a schizofrenními ženami, jelikož práce o rozdílech mezi schizofrenními muži a ženami v H-T-P testu také dosud nebyla provedena. Z důvodu exploračního charakteru této práce je H-T-P test podroben pouze kvantitativnímu zpracování výsledků.
Tímto se sice dopouštím ztráty mnoha různých dat, ale kvalitativní analýzu všech 60 respondentů by nebylo možné provést v rámci rozsahu této práce.

Explorativní charakter této práce je dán i kvůli neexistenci českých norem H-T-P testu. Ty by mohly časem možná vzniknout za pomocí právě těch prací, které se tímto testem zabývají.

Má práce má dvě základní otázky: 1. Bude nalezen rozdíl ve vybraných znacích House-Tree-Person testu u schizofrenní a schizoaafetivní populace?

2. Bude nalezen rozdíl ve vybraných znacích House-Tree-Person testu u schizofrenních mužů a u schizofrenních žen?
7 Výzkumný cíl a hypotézy

7.1 Výzkumný cíl

Základním výzkumným cílem této práce je prohloubení poznatků týkajících se H-T-P testu u klinické populace a možné rozšíření povědomí tohoto testu u nás. Tato práce se také snaží nalézt odpověď na otázku, zdali se dá H-T-P test využít jako pomocná diagnostická metoda pro diferenciaci mezi schizofrenními jedinci a jedinci se schizoafektivní poruchou. Zajímavé může být také zjištění, zdali se liší v tomto testu schizofrenní muži a ženy a pokud ano, jak moc a jakými znaky kresby je to charakterizováno.

I přes převážně explorativní charakter této práce jsem očekával, že se budou zkoumané skupiny mezi sebou v určitých charakteristikách lišit.

7.2 Hypotézy

H1. Schizofrenní pacienti se signifikantně liší od schizoafektivních pacientů ve vybraných charakteristikách H-T-P testu.
   a) Schizofrenní pacienti se signifikantně liší od schizoafektivních pacientů ve vybraných charakteristikách kresby domu.
   b) Schizofrenní pacienti se signifikantně liší od schizoafektivních pacientů ve vybraných charakteristikách kresby stromu.
   c) Schizofrenní pacienti se signifikantně liší od schizoafektivních pacientů ve vybraných charakteristikách kresby postavy.

H2. Schizofrenní muži a schizofrenní ženy se signifikantně liší ve vybraných charakteristikách H-T-P testu.
   a) Schizofrenní muži a schizofrenní ženy se signifikantně liší ve vybraných charakteristikách kresby domu.
   b) Schizofrenní muži a schizofrenní ženy se signifikantně liší ve vybraných charakteristikách kresby stromu.
   c) Schizofrenní muži a schizofrenní ženy se signifikantně liší ve vybraných charakteristikách kresby postavy.

59
Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor je tvořen 60 respondenty, z toho bylo 27 mužů a 33 žen. Skupina 40 respondentů měla diagnostikované schizofrenní onemocnění. Tato skupina schizofrenních pacientů se skládala z 20 mužů a 20 žen, přičemž věkový průměr byl 37,55 let s minimem 18 let a maximem 68 let (viz. tab. 1).

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Celkově</td>
<td>60</td>
<td>40,97</td>
<td>18</td>
<td>68</td>
<td>Muži</td>
<td>27</td>
<td>39,44</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>33</td>
<td>42,21</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizofrenní</td>
<td>40</td>
<td>37,55</td>
<td>18</td>
<td>68</td>
<td>Muži</td>
<td>20</td>
<td>37,70</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>20</td>
<td>37,40</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizoafektivní</td>
<td>20</td>
<td>47,80</td>
<td>28</td>
<td>68</td>
<td>Muži</td>
<td>7</td>
<td>44,43</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>13</td>
<td>49,62</td>
<td>36</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 1: Popis výzkumného souboru dle věkového rozložení

Schizofrenní muži měli diagnostikovanou paranoidní schizofrenii (n=20) a měli věkový průměr 37,7 let s věkovým minimem 21 let a maximem 68 let (viz. tab 1). Schizofrenní ženy měly diagnostikovanou buďto paranoidní schizofrenii (n=16) nebo hebefrenní schizofrenii (n=4) (viz. tab 3) a měly věkový průměr 37,4 let s věkovým minimem 18 let a maximem 56 let (viz. tab. 1).

Skupina 20 respondentů měla diagnostikovanou některou z forem schizoafektivní poruchy, a to konkrétně schizoafektivní porucha - mánický typ (n=8), schizoafektivní porucha - depresivní typ (n=4), schizoafektivní porucha - smíšený typ (n=7) a schizoafektivní porucha - nespecifikovaná (n=1) (viz. tab. 3). Věkový průměr této skupiny byl 47,8 let s minimem 28 let a maximem 68 let (viz. tab. 1).

Zatímco byl věkový průměr mezi schizofrenními muži a schizofrenními ženami vyrovnán (37,7 let ku 37,4 let), věkový průměr mezi schizofrenními pacienty a pacienty se schizoafektivní poruchou se lišil asi o 10 let, s tím že starší byla skupina pacientů se schizoafektivní poruchou (37,55 let ku 47,8 let) (viz. tab. 1).
Tabulka 2: Popis výzkumného souboru dle dosaženého vzdělání

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vzdělání</th>
<th>Pohlaví</th>
<th>ZŠ</th>
<th>SOU</th>
<th>SŠ</th>
<th>VŠ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Schizofrenní</td>
<td>Muži</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>17</td>
<td>12</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizoafektivní</td>
<td>Muži</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ženy</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>N</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 3: Popis výzkumného souboru dle diagnostických označení MKN-10

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnóza</th>
<th>N</th>
<th>Procenta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F 20.0</td>
<td>36</td>
<td>59%</td>
</tr>
<tr>
<td>F 20.1</td>
<td>4</td>
<td>6,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>F 25.0</td>
<td>8</td>
<td>13,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>F 25.1</td>
<td>4</td>
<td>6,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>F 25.2</td>
<td>7</td>
<td>11,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>F 25.9</td>
<td>1</td>
<td>1,6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pacienti byli zařazeni do výzkumného souboru na podkladě doporučení psychiatra nebo klinického psychologa. S pacienty byl sepsán informovaný souhlas (viz. Příloha 13), byl jim vysvětlen cíl výzkumu i to, že od něj mohou kdykoliv v jeho průběhu odstoupit.
9 Podmínky výzkumu

9.1 Místo a čas výzkumu


Test jsem zadával vždy individuálně a s pacienty jsem prováděl také inquiry, kterému se nakonec v této práci nevěnuji, ale díky němuž jsem získal mnoho nových zkušeností a poznatků do budoucí psychologické praxe. Pacienti vyhotovovali pouze achromatickou variantu H-T-P testu, která i tak byla pro ně v některých případech dostížná. Při prvním kontaktu s pacientem mu bylo vysvětleno, že se jedná o výzkum k diplomové práci, který má právo kdykoliv během testování odstoupit. Instrukce k testu probíhala ústní formou a byla použita její přesné znění, tak jak je uvádí Buck v manuálu k H-T-P testu (Buck, 1992). Pokud měl respondent pochybnosti o svém kresbém nadání a komentoval svůj kreslířský um jako nedostatečný, byl uklidněn, že se nejedná o žádnou soutěž kresebných dovedností a že stačí, když uvedené kresby zobrazí tak, aby s nimi byl sám spokojen.

K vyhotovení kreseb bylo využito 3 papírů velikosti A4, tužky č. 2 (rádně ostrouhané) a gumy. Pokud proband potřeboval více papírů ke kresbě, tak mu byly samozřejmě poskytnuty. K vyhotovení kreseb neměl proband stanovený časový limit a jejich tvorba probíhala ve standardním pořadí dům, strom a postava. Inquiry ke kresbě bylo prováděno po dokončení všech kreseb, aby se mohl proband dostatečně rozpovídat o sobě a svém životě a aby tímto povídáním nebyly ovlivněny ostatní kresby.

9.2 Atmosféra testování

Testování probíhalo vždy v místnosti, která byla v dobu testování volná, a kde byl dostatečný klid, aby nebyl pacient při vypracovávání testu rušen. Po doporučení vhodných pacientů dle diagnózy a aktuálního stavu jsem se bud'ho s ními domluoval sám, jestli by byli ochotní se výzkumu zúčastnit nebo se s ními domluvil psycholog či psychiatri, který pacienty ochotně se zúčastnit za mnou dovedl. Z důvodu provádění inquiry a částeho za-
plavení testovaných jedinců trvala administrace testu obvykle minimálně hodinu a někdy i mnohem více času. Pokud byli pacienti před testováním zaplaveni emocemi či nějakými neodvratitelnými myšlenkami, mělo na ně samotné testování obvykle katartický a uklidňující účinek a po testování se cítili lépe i když unaveně.
10 Použitá metoda

10.1 House-tree-person test (Dům-strom-člověk)

House-tree-person test je grafická projektivní metoda, kterou zavedl roku 1948 John N. Buck. Jedná se o tematickou kresebnou techniku, kterou používají klinici již více než 50 let ke zjišťení self jedince ve vztahu k domácímu prostředí a ve vztahu k ostatním. Pomocí H-T-P se zjišťuje obraz osobnosti, neurotických konfliktů, tělesného schématu a obranných mechanismů. Zatímco u nás není tato metoda příliš rozšířena a používá se spíše jen sporadicky, s čímž také souvisí její neexistující česká standardizace, v zahraničí se jedná o jednu z nepoužívanějších grafických metod (Najbrtová et al., 2017).

Zkoumaná osoba má za úkol nakreslit 3 různé kresby, a to konkrétně dům, strom a postavu. Každá tato kresba charakterizuje jiné nevědomé složky a obsahy jedince, díky tomu je vhodná k větší exploraci osobnosti. Kresba domu by měla vyvolat asociace na domov a domov vyšetřované osoby, kresba stromu by měla evokuovat asociace na vlastní život a schopnost dosahovat uspokojení v daném prostředí, a kresba postavy by měla vyvolávat asociace spojené s interpersonálními vztahy (Buck, 1948).


10.1.1 Popis

Tato metoda se používá převážně u dětí od 8 let, ale může se také úspěšně použít u dospělých jedinců. Díky tomu, že se jedná o kresebnou techniku, je H-T-P zvláště vhodný v situacích, kdy je nepravděpodobná přímá verbální komunikace s probandem. K rozhovoru totiž nemusí být pacient nakloněn, ať už z motivačních důvodů nebo z určitého verbálního deficitu. Projektivní kresba také působí jako prostředek k tzv. prolomení ledů, má totiž na zkoumanou osobu uklidňující účinek, podněcuje ho ke vzniku zájmu a vzájemné důvěry mezi examinátorem a probandem (Buck, 1992).
H-T-P by se měl vždy skládat minimálně ze dvou kroků: samotné kresby a následujícího inquiry (rozhovor po kresbě). Zatímco kresba je nestrukturovaný, kreativní a neverbální úkon. Tak inquiry je úkon strukturovaný (nebo alespoň polostrukturovaný), verbální a poměrně nekreativní. Ve fázi kresby kreslí jedinec, za pomocí tužky (tzv. achromaticky) postupně dům, strom a postavu, přičemž každou tuto kresbu vyhotovuje na nový bílý papír formátu A4. Při kresbě postavy je možné také požadovat nakreslení postavy opačného pohlaví, z druhé strany papíru. V rámci inquiry se examinátor dotazuje probanda na sérii strukturovaných otázek týkajících se jeho kreseb a asociací s nimi spojených. Je možné také k testování přidat další dva kroky, a to kresbu chromatickou (s pomocí pastelek) a následné inquiry s ní spojené. Dle počtu těchto kroků a např. výmluvnosti a pečlivosti jedince může toto testování trvat asi od půl hodiny do hodiny a půl. A nakonec jsou získané kresby hodnoceny dle různých patologických znaků, které se mohou odrážet ve velikosti kresby, jejímu umístění, v kresebných charakteristikách, ve zobrazených obsazích, v absenci specifických částí nebo v probandových komentářích při vyšetření (Buck, 1992).

10.1.2 Administrace

Je možná individuální i skupinová administrace tohoto testu, ale Buck (1992) doporučuje spíše administraci individuální. Při skupinové administraci může totiž examinátor ztratit mnoho informací potřebných ke správnému výsledku (např. posloupnost kresby, čas a latence ve vyhotovení kreseb) a kresby zkoumaných jedinců mohou být buďto ovlivněny kresbami jiných osob v místnosti nebo můžou být např. méně bizarní z důvodu autokorekce probandových obsahů v přítomnosti více lidí. Doporučuje se používat tuto metodu na začátku sezení, kdy může sloužit jako zahřívací úloha nebo jako přechod mezi diagnostickou neverbální (tužka-papír) a verbální (klinický rozhovor) (Buck, 1992).

Snímání tohoto testu by mělo probíhat v místnosti, kde nebude proband rušen a rozptylován. Proband by měl sedět v pohodlné pozici za stolem, tak aby na něj měl examinátor dobrý výhled a nezasahoval mu příliš do jeho osobní zóny. Proband by měl mít tyto příhodné podmínky k testování po celou dobu administrace tohoto testu, tedy asi po dobu zhruba 30-90 minut. Vždy by měly být vyžadovány alespoň tři kresby a s nimi spojený následný rozhovor (Buck, 1992).

K vyhotovení tohoto testu je klientovi předložena tužka (č. 2 nebo měkčí), guma a 3 bílé papíry formátu A4. Pokud s pacientem děláme i chromatickou kresbu, tak také pastel-
ky a větší počet papírů. Důležité je hodnotit kresebný proces také z časového hlediska, k tomu potřebuje examinátor hodinky, hodiny, nebo stopky (Buck, 1992).


Pokud vyjadřuje zkoumaný jedinec, po zadání instrukcí ke kresbě, obavu či kritiku svých kresebných dovedností, snaží se ho examinátor uklidnit a upozornit na to, že se nejedná o test kresebných schopností, a že stačí, když bude tento zkoumaný jedinec kreslit s takovým úsilím, aby byl sám s touto kresbou, v rámci svých možností spokojen. Jestli chce k vyhotovení kresby užít jedinec pravítka, vysvětlí se mu, že kresba má být provedena jen za pomocí tužky (Buck, 1992).

Během samotné kresby examinátor sleduje a zapisuje následující aspekty:

- počáteční latenci (neboli čas po zadání instrukce než započne klient s kresbou)
- latence a pauzy během kreslení a s nimi spojené specifické chování
• spontánní slovní projevy nebo projevy emocí během kresby a objevující se detaily v průběhu kreslení
• pořadí nakreslených detailů
• celkový čas kresby (Buck, 1992).

10.1.3 Inquiry (rozhovor po kresbě)

Po dokončení kreseb je dobré dát zkoumanému jedinci příležitost k popsání, interpretaci, definování každé kresby a k vyjádření asociací, pocitů a myšlenek s nimi spojených. K tomuto účelu sestavil Buck (1992) sérii 67 otázek, které jsou rozděleny do tří kategorií dle nakreslených kreseb. Není ovšem vhodné se držet pouze striktně těchto otázek, jelikož pro porozumění klienta je nevhodnější se držet jakéhokoliv nárysu, který se během testování a dotazování objeví.

Examinátor by také měl zaznamenat všechny neobvyklé detaily, pozice a vztahy mezi detaily, které se během testování objeví. A tyto zvláštní fenomény by měl potom podrobit zkoumání a zkusit je vzhledem k dané osobě interpretovat. Obecně lze říci, že examinátor by se měl v inquiry opírat hlavně o své zkušenosti a principy klinického dotazování, aby uměl správně určit, které kresebné charakteristiky je vhodné prozkoumávat a které nikoliv (Buck, 1992).

10.1.4 Obecné kresebné charakteristiky

Obecné kresebné charakteristiky se týkají všech tří kreseb, nehodnotí se tedy u nich jednotlivé specifické znaky charakteristické jen pro dům, strom či postavu. Tyto charakteristiky tvoří seznam interpretačních pojetí, dle kterého se hodnotí pozorované chování, charakteristiky kreseb a materiály získané inquiem.

Buck (1992) mezi obecné kresebné charakteristiky řadí tyto aspekty kreseb:

vztazích, tato kresba vzbuzuje nejvíce asociací a u málo adjustovaných jedinců působí povědomí lidského těla nepříjemně.

b) Čas, latence a pauzy – Udává vztah mezi počtem detailů a jejich propracovaností vzhledem k času tvrání vyhotovení kresby. Všechny tři kresby by měly většinou trvat od 2 do 30 minut. Maničtí jedinci mohou potřebovat hodně času ke kresbě, kvůli velkému množství irrelevantních detailů u jejich kresby. Pokud je počáteční latence delší než 30 sekund zřejmě se jedná o formu patologie, nebo prožívaného konfliktu jedincem. O velký konflikt se jedná také v případě, když pauzy v kreslení trvají déle než 5 sekund. Tyto domnělé konflikty by měly být řešeny s jedincem v průběhu inquiry.

c) Kritičnost a gumování – Mnoho kritiky a negativního komentování vlastní tvorby ukazuje na sebekritiku jedince. Mezi behaviorální znaky kritiky patří vzdálení se neúplné kresby, gumování bez překreslení a gumování s překreslením, které je spojené s horší výsledkem, než jaký byl před gumováním. Vytrvalé gumování a překreslování také může silně podporovat konflikt s detailem.

d) Komentáře – Nadbytečné poznámky během kreslení (např. dám mu vázanku) a psané komentáře ve fázi kreslení ukazují na kompulzivní potřebu strukturace situace, která je pro člověka příliš nestrukturovaná. Nadměrný počet komentářů také může odrážet prožívané určité starostí jedincem. Případně se může také jednat o znak nejistoty (testová anxieta) při testování.


f) Perspektiva – Prostorové vztahy v kresbě udávají schopnost jedince kontrolovat a reagovat na komplexnější, širší, abstraktnější a náročnější aspekty života. Perspektivu lze také brát za měřítko vhledu daného jedince.

a. horizontální umístění kresby – Pokud je obrazec posunut doleva, tak to ukazuje na sklon jedince k impulzivnějšímu a k více bezprostřednímu chování
spojeného s emocionálním uspokojením jeho pudů a potřeb. Takovýto jedinec se primárně zabývá sám sebou a přehnaně je orientován směrem do minulosti. Pokud je obrazec posunut doprava, tak má jedinec pravděpodobně více rigidní chování, je ochoten odkládat uspokojení a preferuje spíše intelektové uspokojování než emoční. Tento jedinec je orientován směrem do budoucnosti a je zaměřen na sdílení věcí s okolím.

b. vertikální umístění kresby – Posunutí obrazce dolů značí pocit nejistoty a neschopnosti u jedince. Takovýto jedinec je spíše konkrétní než abstraktní a uspokojení hledá spíše v realitě než ve fantazii. Posunutí obrazce nahoru značí snahu jedince o nedosažitelné cíle. Takovýto jedinec najde uspokojení spíše ve fantazii než v realitě.

c. centrální umístění kresby – Pokud jsou kresby umístěny přesně na středu papíru, tak je jedinec rigidní v chování, což mu slouží jako kompenzace nejistoty a anxiety.

d. otočená stránka – Odmítnutí návrhu stránky v předložené pozici může ukazovat na psychopatolgii jedince. Často nejsou schopni akceptovat výchozí pozici stránky agresivní jedinci nebo jedinci s negativistickými tendencemi.

e. kvadranty stránky – Horní levý roh je tzv. kvadrantem agrese, zde umísťují své kresby organičtí jedinci nebo deteriorovaní psychotici, kteří nemají vysoký stupeň pojmové zralosti. Dolní pravý roh je tzv. neobvyklý kvadrant, kde většinou kresba nebývá umísťována.

f. okraje stránky – Useknutí kresby okrajem stránky může poukazovat na nepříjemné asociace spojené s touto kresbou. Pokud je useknutá kresba levým okrajem ukazuje to na fixaci na minulost a obavy z budoucnosti. Pokud je naopak kresba useknuta pravým okrajem naznačuje to touhu uniknout do budoucnosti.

g. zjevné vzdálenost od divajícího se – Velká vzdálenost divajícího se od objektu je znázorněna extrémní malostí kresby, umístěním kresby na kopci či v údolí implikuje silnou potřebu neprístupnosti a držení se stranou.

h. pozice – Kresby bývají obvykle situovány čelem k probandovi, nebo jsou částečně z profilu, aby vynikla jejich hloubka. Pokud se nevyskytuje v dané kresbě hloubka, tak to značí na rigiditu a nekompromisní styl, který kompenzuje pocit nejistoty a neadekvátnosti. Kresba nakreslená plně z profilu značí silné stažení do sebe nebo opoziční tendency a vyskytuje se často
hlavně u jedinců s paranoidním duševním stavem. Základna se dá považovat za záhytný bod nakresleného objektu a proto je důležité její naklonění. Pokud je nakloněná dolů, označuje to pocit opuštění a izolace, exhibicionismus nebo mateřskou závislost. Pokud je základna nakloněná dolů a doprava značí to strach jedince z budoucnosti, hlavně z její neurčitosti.

7) Transparence – Vyskytují se v kresbě, na které je obvykle neviděný objekt zakreslen tak, že je viditelný i přes to, že je něčím skrytý nebo zakrytý a naznačují problém s vnímáním reality u jedince. Implikují nedostatek kritičnosti, a proto se objevují u jedinců, kteří mají nějaký mentální deficit. Patologie je daná závažností této transparence a jejím počtem.  

a. pohyb – U pohybu hodnotíme jeho sílu, intenzitu, veselost nebo neveselost zahrnutou v pohybu a stupeň volního pohybu.  
b. konzistence – Je obvyklé že se obecná kvalita kreseb od sebe příliš neliší. Odchylky v konzistenci kreseb by se měly vždy zaznamenat a nejlépe by se měla odhalit jejich příčina. Progresivní deteriorace kvality může souviset také s únavou. Zlepšení kvality v průběhu testování může poukazovat na přizpůsobení se testové situaci a odbourání testové anxiety.

g) Detaily – Počet a typ použitých detailů mohou odrážet zájem, uznání a reakce jedince na každodenní záležitosti.  

a. podstatné detaily – Za důležité už je považováno, pokud chybí i byť jen jednoduchý podstatný detail. Patologie narůstá s počtem chybějících podstatných detailů, hlavně když se to týká vícero kreseb. Menší než průměrné užití podstatných detailů poukazuje na stažení do sebe nebo na konflikt na poli symbolizovaného detailu. Naopak u velkého množství podstatných detailů se může jednat např. o perseveraci a naznačuje to velký zájem o určitý pro člověka důležitý detail.  
b. nepodstatné detaily – Pokud jich není mnoho (např. keře, ptáci, zvířata, atd.) tak poukazují na nejistotu probanda a potřebu bezpečněji strukturované situace. Pokud jsou hojně používány tak to značí anxietu na poli symbolizovaném detailu (např. mraky reprezentují generalizovanou anxietu k předmětu kresby). V tomto případě můžou značit potřebu stažení se a snahu skrýt hlavní předmět dané kresby.  
c. bizarní detaily – Naznačují, že jedincovo testování reality není správné a značí velkou patologii (např. lidský obličej na slunci, lidské nohy pod do-
mem, atd.). Tyto detaily se vyskytují jen velmi sporadicky, a pokud se vyskytou, může se jednat o psychózu nebo jiný závažný psychický stav pacienta.

d. stínování detailu – Zdravé stínování je vytvořeno rychle, málo nahodilými tahu a světle. Obsahuje v sobě senzitivitu k okolí a abstrakci. Patologické stínování je nakresleno pomalu, s větší silou a bez ohledu na konturu.

e. posloupnost detailů – Patologie je u posloupnosti detailů naznačena, pokud je přítomné neobvyklé pořadí nakreslených prvků, kompulzivní opakování něčeho dříve již nakresleného, přílišné gumování a překreslování něčeho již dříve nakresleného a pokud jsou některé detaily přílišně opakovány.

f. zdůrazněný detail – Projevuje se přílišnou pozorností na detail, například se objevují emoční výrazy s ním spojené, komentáře ho zdůrazňující, pomalost kresby tohoto detailu, jeho přílišné gumování, nakreslení určitých poškození (např. jizvy), také jeho vynechání nebo nedokončení může být chápano jako zdůraznění detailu. I případné zdůraznění tohoto detailu jinou kvalitou čáry (např. silná čára) se bere jako zdůraznění detailu. Toto zdůraznění naznačuje konflikt s dotyčným detailem nebo anxieti s ním spojenou.


10.1.5 Specifické kresebné charakteristiky

Specifické kresebné charakteristiky se již dělí do třích skupin, jelikož jsou jiné u domu, stromu i postavy (Buck, 1992). Uvádím zde takové specifické kresebné charakteristiky, které jsem na základě studia literatury a porovnání testovaných kreseb zvolil za vhodné ke zjišťení stanovených výzkumných otázek.

Dům

Kresba domu vzbuzuje u testovaných jedinců směsici vědomých a nevědomých asociací, které jsou zaměřené na intimní interpersonalní vztahy a na domov. Zatímco u dětí
je v této kresbě zdůrazněné přizpůsobení se rodičům (především matce) a sourozencům. U dospělých vypovídá o přizpůsobení se obecné domácí situaci a vztazích s manželem/manželkou či dětmi.

Z kresby domu lze získat údaje o schopnosti fungování daného jedince v zátěžových situacích, v napjatých intimních mezilidských vztazích a o umění kritické analýzy vzniklých problémů. Kresba domu také často odráží úroveň jedincova kontaktu s realitou, stupeň jeho rigidity myšlení a chování a ukazuje jak je jedinec přístupný k určitým řešením.


- Kouř – Kouřem je symbolicky vyjádřen pocitový tlak okolí. Velký nadbytek kouře vycházejícího z komínu značí vnitřní tenzi přítomnou v jedinci, pravděpodobně vyplývající ze špatných interpersonálních vztahů s nejbližší rodinou.

- Dveře – Aby kresba domu nebyla patologická, musí na ní být přítomny minimálně jedny dveře. Pokud jsou dveře příliš malé, odkazuje to na pocit méněcennosti jedince a jeho nechuť ke kontaktu. Naopak velké dveře naznačují přehnanou závislost jedince na ostatních lidech.

- Klika u dveří – Pokud je klika zdůrazněna, tak si jedinec přehnaně uvědomuje funkci dveří nebo to značí jeho falickou předpojatost.

- Střecha – Puntičkářské detailování a strukturování materiálu střechy ukazuje na možné obsedantně-kompulzivní tendence zkoumaného jedince. Materiál střechy, který je naopak nakreslen nekompulzivně značí schopnost dobře vyváženě interakce s okolím.
• Zdůraznění okapů – Zdůraznění okapů naznačuje přehnaně obranný a někdy až podezíravý postoj zkoumaného jedince k okolí. Okapy v kresbě svědčí pro zvýšenou defenzivnost jedince a pro jeho snahu zbavit se nepříjemných podnětů.

• Irrelevantní detaily – Mezi běžně vnímané nepodstatné detaily patří různé křoviny nebo cesta vedoucí k domu. Přítomnost křoví na kresbě domu ukazuje potřebu jedince vybudovat ego-obrané bariéry nebo potřebu formálního zkontaktování se s druhými osobami. Jako další nepodstatné detaily u kresby domu se mohou objevovat záclony, žaluzie, rolety a různé stavební materiály v okolí domu. Anxiózní vnímání okolí je v kresbě naznačeno zataženými roletami, žaluziemi či záclonami. Čím více těchto prvků zakrývající okna je znázorněno, tím více to poukazuje na velkou defenzivnost daného jedince. Pokud ale těchto detailů není moc, může to poukazovat také na přehnaný zájem tohoto jedince o interakci s okolím.

• Pocit z domu – Obývaný dům obvykle souvisí s přístupností daného jedince k okolí. Pokud dům není obývaný, ukazuje to na velkou potřebu obrany ega daného jedince.

• Strom

  Kresba stromu probouzí v jedinci více podvědomých a nevědomých asociací než kresba domu a postavy. Kresba stromu vyjadřuje citově prožívanou rovnováhu jedince a je určitým vhledem do osobnostních zdrojů, které mu slouží k uspokojení jeho potřeb. Přičemž kvalita kresby stromu souvisí se schopností kritického hodnocení okolí daného jedince.

  • Velikost kresby stromu – Malá kresba stromu poukazuje na pocit jedince, že nedokáže zvládat prostředí. Kdežto naopak velká kresba stromu naznačuje přehnanou kompenzaci hledání uspokojení v jednání nebo fantazii a naznačuje přecitlivělost jedince. Velký a hodně pokrytý strom může souviset se silnou potřebou dominance a exhibicionismu u daného jedince.

  • Kmen – V kmeni se reprezentuje pocit základní síly jedince. Pokud jedinec u stromu zakreslí velmi tenký nebo malý kmen a rozsáhlou strukturu větví, tak to ukazuje na jeho nejistou osobnostní rovnováhu z důvodu přílišného hledání uspokojení. Dlouhý kmen s malou strukturou větví opět ukazuje nejistou osobnostní rovnováhu,
tentokrát je to však dáno neschopností uspokojení základních potřeb. Sexuálně maladjustované jedinci mohou projímat do kmene svojí falickou symboliku.

- **Defekt na kmeni** – Větve uráznutě blízko kmene mohou mít souvislost se suicidálními tendencemi jedince. Zlomené a mrtvé větve většinou odkazují na prožitou traumatickou událost.
- **Napojení větví na kmen** – Pokud je u struktury větví přítomná její větší flexibilita a lepší organizace, tak to naznačuje lepší schopnost jedince získávat uspokojení ve svém okolí. U většiny kreseb bývají větve minimálně dvoudimenzionální. Silná hostilita je vyjádřena větvemi, které vypadají jako prsty nebo hole. Nedostatek kontroly nad vyjadřováním pudů naznačují dvoudimenzionální větve, které nejsou uzavřené na své periferii. Větve ve tvaru falusu mohou souviset se strachem z kastrace.
- **Kořeny** – Pokud jsou kořeny pod zemí a přítom jsou viditelné, značí to patologii v testování reality. Dobrý kontakt s realitou je naznačen kořeny, které se zužují směrem do země. Struktura kořenů může také vyjadřovat základní pudy jedince. Těžce paranoidní a agresivní postoje lze vypozorovat, pokud mají kořeny tvar drápů a jakoby svírají zem.
- **Listí** – Pokrývají kostru stromu a slouží jako bezprostřední kontakt s okolím. Obsedantně-kompulzivní rysy jsou přítomny při přílišném propracovávání jednotlivých listků.
- **Ovoce** – Většinou se vyskytuje u dětí a občas také u těhotných žen.

**Postava**

Ze všech tří kreseb zjišťuje kresba postavy nejvíce vědomé asociace, jelikož zahrnuje přímé vyjádření tělesného pojetí daného jedince. Podle kvality kresby postavy lze usuzovat na fungování jedince v interpersonálních vztazích a na jeho schopnost kritického zhodnocení těchto vztahů i svého self.

Kresba postavy může referovat také o vlastní pohlavní roli jedince a jeho postoji k interpersonálním vztahům. Paranoidealní a psychopatičtí jedinci často kresbu postavy odmítají vytvořit, kvůli intenzivním pocitům, které v nich tato kresba vyvolává.

- **Posloupnost detailů** – Běžnou posloupnost je tzv. kresba od hlavy k patě. Patologickou posloupnost je tzv. kresba od chodidel k obličeji. Opožděné zobrazení obli-
čejových charakteristik může naznačovat touhu odložení identifikace postavy. Nechuť bezprostředního a důvěrného kontaktu s okolím souvisí s opožděnou kresbou prstů a rukou.

- Zdůraznění detailů – Přílišné zdůraznění nosu poukazuje na falické zaujetí a možný strach z kastrace. U paranoidních jedinců jsou často zdůrazněné uší, což souvisí s touhou jasně slyšet názory ostatních. Přehnaně zdůrazněná brada značí potřebu sociální dominance. Přílišné zdůraznění line pasu, nejčastěji vyjádřeno silně vystínaným páskem nebo potížemi v jeho kreslení, naznačuje silný konflikt mezi vyjádřením a kontrolou sexuálních pudů. Přílišná pozornost věnovaná detailům nohou, jako např. zdůraznění tkaniček naznačuje obesdantní charakter se silnou narcisticko-exhibicionistickou komponentou osobnosti. Mnoho knoflíků na kresbě naznačuje regresi u dospělého a u dítěte velkou závislost na matce.

- Obličej – Aby nebyla kresba patologická, musí obličej zahrnovat oči, nos, ústa a uši.

- Oči – Jedná se o nejvíce odhalující detail obličeje. Pokud jsou oči nakreslené jako vpadlé důlky, bez pokusu vytvořit oční bulvu či zorničku, poukazuje to na úsilí vyvážet nepříjemné vizuální stimuly. Úplné chybění očí je patologické a naznačuje přítomnost vizuálních halucinací.

- Krk – Krk je ukazatelem koordinace mezi hlavou (pole kontroly) a tělem (impulzivní pole). Pokud je krk na kresbě zcela vynechán, tak to značí pocit nesouadu pocitů jedince s jeho tělesnými pudy, u kterých často hrozí způsobené díky nedostatku jejich adekvátní kontroly.

- Ruce – Paže jsou nástrojem, který se snaží o určitou kontrolou, případně se snaží vytvářet určité změny v okolí. Ruce také odráží ofenzivní nebo defenzivní jednání s okolím. Plné vytvoření paží (rukou) poukazuje na enormní pocit vlastní neschopnosti, který může být spojen se suicidálními tendencemi, z psychoanalytického pohledu se také může jednat o strach z kastrace. Lidé se schizofrenií mívají tendenci kreslit paže jako křídla, s krátkými širokými péry místo prstů.

- Prsty – Prsty vypadající jako hřeby, nebo jako pouhé výčnělky z konce předloktí, značí hostilitu daného jedince. Poněkud infantilním zobrazením jsou prsty vypadající jako okvětní lístky.

- Chybějící část těla – Nepřítomnost uší na kresbě může značit přítomnost sluchových halucinací u daného jedince, popřípadě u dobře adjustovaných retardovaných
jedinců mohou uši také chybět, ale u nich to neznačí přítomnost sluchových halucinací. Vynehání nohou v kresbě upozorňuje na možný silný pocit stažení se u daného jedince a může to znamenat také silné kastrační obavy.

- Irrelevantní detaily – Jedinec často kreslí předměty, které jsou mu blízké a které slouží k naznačení děje prováděného postavou. Zobrazená dýmka, cigareta nebo doutník souvisí s mírným orálnímerotismem. Pruty a různé zbraně naznačují agresivní tendence jedince, mohou být ovšem také spojené s fallickými reprezentacemi.

- Transparence – Vyskytují se v kresbě, na které je obvykle neviděný objekt zakreslen tak, že je viditelný i přes to, že je něčím skrytý a naznačují problém s vnímáním reality u jedince. Implikují nedostatek kritičnosti, a proto se objevují u jedinců, kteří mají nějaký mentální deficit. Patologie je daná závažností této transparence a jejím počtem. Nejčastěji a nejméně významnou transparencí u kresby postavy je paže viděná skrz rukáv. Pokud jsou ovšem vidět tělesné a anatomické orgány (plíce, srdce) jedná se již o velmi vážnou patologii.
11 Přehled hodnocených znaků v H-T-P

Vhodné znaky k zjištění stanovených výzkumných otázek byly vybrány za pomocí relevantních zdrojů, odborné literatury, především z Buckova manuálu (Buck, 1992) a porovnáním testovaných kreseb. U výzkumných skupin bylo sledováno celkem 46 vybraných znaků a tyto znaky byly následně podrobeny kvantitativní analýze. Za pomocí metody chí kvadrát byly zjišťovány signifikantní rozdíly mezi sledovanými skupinami. Význam a interpretace těchto znaků jsou podrobněji popsány a uvedeny v kapitole 10.1 v podkapitolách obecné (10.1.4) a specifické kresebné znaky (10.1.5).

11.1 Obecné kresebné charakteristiky

U obecných kresebných charakteristik jsem zvolil ke komparaci tyto znaky: konzistence detailů, konzistence umístění kresby, konzistence linie, konzistence velikosti a dále u všech tří kreseb jsem zjišťoval počet jejich detailů, sílu linie, umístění kreseb a velikost kreseb.

- **Konzistence počtů detailů** – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Tento znak byl označen jako „ano” v případě, že na všech 3 kresbách byl počet detailů konzistentní, neboli byl vyjádřen stejnou hodnotou (např. počet detailů na všech kresbách byl hodnocen jako „adekvátní”).

- **Konzistence umístění kresby** – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Tento znak byl označen jako „ano” v případě, že na všech 3 kresbách bylo umístění kresby konzistentní, neboli bylo vyjádřeno stejnou hodnotou (např. umístění kresby na všech kresbách bylo hodnoceno jako „adekvátní”).

- **Konzistence síly linie** – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Tento znak byl označen jako „ano” v případě, že na všech 3 kresbách byla síla linie konzistentní, neboli byla vyjádřena stejnou hodnotou (např. síla linie na všech kresbách byla hodnocena jako „obvyklá”).

- **Konzistence velikosti kresby** – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Tento znak byl označen jako „ano” v případě, že na všech 3 kresbách byla velikost kresby konzistentní, neboli byla vyjádřena stejnou hodnotou (např. velikost kresby na všech kresbách byla hodnocena jako „adekvátní”).


Umístění kresby – Tento znak může nabývat hodnot „neadekvátní“ nebo „adekvátní“. Tento znak byl sledován jak u domu, tak stromu i postavy. Adekvátní umístění kresby je takové umístění kresby, které je ve středu papírů a kresba je umístěna asi 3 až 5 cm od dolního okraje papíru. Všechna ostatní umístění kresby jsou považována za neadekvátní.


11.2 Specifické kresebné charakteristiky

U specifických kresebných charakteristik v kresbě domu jsem zvolil ke komparaci tyto znaky: komín, kouř, dveře, klíka u dveří, střecha, zdůraznění okapů, irelevantní detaily, bizarnost kresby, plot kolem domu a pocit z kresby domu.

U specifických kresebných charakteristik v kresbě stromu jsem zvolil ke komparaci tyto znaky: kmen, defekt na kmeni, napojení větví na kmen, kořeny, bizarnost, listí a ovoce.

U specifických kresebných charakteristik v kresbě postavy jsem zvolil ke komparaci tyto znaky: posloupnost detailů, zdůraznění detailů, identifikační postava, obličej, oči,
krk, ruce, prsty, oděv, chybějící část těla, irelevantní detaily, transparence, bizarnost kresby.

Dům

- **Komin** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“, „ne“ nebo „příliš zdůrazněný“. Hodnoty příliš zdůrazněn nabývá, pokud je začerněn nebo je mu dána přílišná struktura, kterou by nemusel mít.
- **Kouř** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“.
- **Dveře** – Tento znak může nabývat hodnot „chybi“, „malé“, „adekvátní“ nebo „velké“. Velikost dveří se hodnotí vzhledem k velikosti jiných detailů na domu a velikosti samotného domu.
- **Klika u dveří** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“.
- **Střecha** – Tento znak může nabývat hodnot „nestrukturovaná“ nebo „strukturovaná“. Strukturovaná střecha má na sobě např. zdůrazněné střešní tašky nebo je ji dána struktura stínováním.
- **Zdůraznění okapů** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“. Hodnotí se, zdali jsou na kresbě domu přítomny okapy.
- **Irelevantní detaily** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“. Irelevantními detaily můžou být například různé křoviny, cesta vedoucí k domu a jiné.
- **Bizarnost kresby** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“. Hodnotí se, zdali působí dům bizarně nebo ne.
- **Plot kolem domu** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“.
- **Pocit z domu** – Tento znak může nabývat hodnot „nevstřícný“ nebo „vstřícný“. Hodnotí se, zdali dům působí vstřícným dojem a dotyčný tím vyjadřuje zájem pozvat někoho do svého prostoru (domu).

Strom

- **Kmen** – Tento znak může nabývat hodnot „úzký“, „adekvátní“ nebo „široký“. Šířka kmene se hodnotí podle velikosti jeho větvoví. Pokud je větvoví velmi široké a kmen ho jakoby nemůže udržet, označí se takový kmen jako úzký.
- **Defekt na kmeni** – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“.
• Napojení větví na kmen – Tento znak může nabývat hodnot „neadekvátní” nebo „adekvátní”. Hodnotí se, zdali napojení větví na kmen působí přirozeným dojmem či nikoliv.

• Kořeny – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”.

• Bizarnost kresby – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Hodnotí se, zdali celá kresba působí bizarním dojmem.

• Listí – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”.

• Ovoce – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”.

Postava

• Posloupnost detailů – Tento znak může nabývat hodnot „neadekvátní” nebo „adekvátní”. Za adekvátní posloupnost se povážuje tzv. posloupnost od hlavy k patě, což znamená, že kresba začíná od kresby hlavy, pak se kreslíř věnuje jednotlivým detailům obličeje a postupně postupuje směrem dolů až k chodidlům.

• Zdůraznění detailů – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Sleduje se, zdali není nějaký detail v kresbě příliš zdůrazněn.

• Identifikační postava – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Sleduje se, jestli je nakreslená postava identifikační či nikoliv. Za identifikační postavu se považuje postava stejného pohlaví, jako je proband.

• Obličej – Tento znak může nabývat hodnot „ano” nebo „ne”. Sleduje se, zdali má postava normální obličej nebo nemá obličejové rysy vůbec zakreslené.

• Oči – Tento znak může nabývat hodnot „neobvyklé” nebo „obvyklé”. Za neobvyklé oči se považují oči bez zorníček nebo víček nebo oči, které nepůsobí živým dojmem.

• Krk – Tento znak může nabývat hodnot „chybí”, „neadekvátní” nebo „adekvátní”. Jako neadekvátní krk je označen buďto moc úzký, malý nebo široký krk v poměru k hlavě a zbytku těla.

• Ruce – Tento znak může nabývat hodnot „neobvyklé” nebo „obvyklé”. Jako neobvyklé ruce hodnotíme takové ruce, které jsou buďto za zády nebo jsou v nějaké nepřirozené pozici.
• Prsty – Tento znak může nabývat hodnot „neobvyklé“ nebo „obvyklé“. Jako neobvyklé prsty hodnotíme prsty, které mají nepřirozený tvar (drápy, okvětní lístky) nebo je na kresbě zakreslen nepřirozený počet prstů.
• Oděv – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“.
• Chybějící část těla – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“. Hodnota ano je použита, pokud chybí nakreslené postavě nějaká část těla.
• Irelevantní detaily – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“. Irelevantní detaily v kresbě postavy mohou být např. pásek, knoflíky nebo tkaničky.
• Transparence – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“. Transparence se v kresbě postavy hodnotí, pokud je na obrázku přes oblečení či tělo vidět to, co by normálně bylo skryto.
• Bizarnost kresby – Tento znak může nabývat hodnot „ano“ nebo „ne“. Kresba postavy se hodnotí jako bizarní pokud nepůsobí příliš přirozeně či lidsky.
12 Matematicko-statistické zpracování dat


V této práci byla prováděna komparace skupin schizofrenních (n=40) a schizoafektivních pacientů (n=20) ve vybraných kresebných znacích a bylo v ní zjišťováno, zdali jsou nalezené rozdíly mezi skupinami signifikantní. Pro zajímavost byla také prováděna komparace mezi skupinami schizofrenních mužů a schizofrenních žen, u které se také sledovala signifikance rozdílů. Vzhledem k nepříliš velkému souboru zkoumaných jedinců má tato práce spíše explorativní charakter, ale i tak u ní byly předpokládány určité signifikantní rozdíly mezi skupinami.
13 Výsledky a jejich interpretace

V této kapitole se zabývám statisticky signifikantními rozdíly, které byly zjištěny za pomocí statistické analýzy dat. Kapitola je rozdělena na více částí.

V první části se zabývám hypotézou H1: Schizofrenní pacienti se signifikantně liší od schizoafektivních pacientů ve vybraných charakteristikách H-T-P testu.

V druhé části se zabývám hypotézou H2: Schizofrenní muži a schizofrenní ženy se signifikantně liší ve vybraných charakteristikách H-T-P testu.

V třetí části se zabývám interpretací zjištěných výsledků.

13.1 H1: Schizofrenní pacienti se signifikantně liší od schizoafektivních pacientů ve vybraných charakteristikách H-T-P testu.

a) Dveře u kresby domu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skupina</th>
<th>N</th>
<th>chybí</th>
<th>malé</th>
<th>adekvátní</th>
<th>velké</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Schizofrenní</td>
<td>24</td>
<td>3</td>
<td>24</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>7,5%</td>
<td>60,0%</td>
<td>22,5%</td>
<td>10,0%</td>
<td></td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizoafektivní</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>20,0%</td>
<td>30,0%</td>
<td>50,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td></td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>hodnota</th>
<th>df</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pearsonův Chi-kvadrát</td>
<td>9,370</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 4: Rozdíl mezi schizofrenními a schizoafektivními pacienty ve znaku „dveře u kresby domu“

Při kresbě dveří u domu se vyskytovaly malé dveře častěji u skupiny schizofrenních pacientů (60%) než u pacientů schizoafektivních (30%). U schizoafektivních pacientů byly dveře častěji nakreslené v adekvátní velikosti (50%) než u schizofrenních pacientů (22,5%). Velké dveře se několikrát objevily pouze v kresbě schizofrenních pacientů (10%), zatímco u schizoafektivních pacientů se tato velikost dveří neobjevila vůbec (viz tab. 4). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,025).
b) Plot u kresby domu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skupina</th>
<th>Plot</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ano</td>
<td>ne</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizofrenní</td>
<td>5</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>12,5%</td>
<td>87,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizoaafektivní</td>
<td>7</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>35,0%</td>
<td>65,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 5: Rozdíl mezi schizofrenními a schizoaafektivními pacienty ve znaku „plot u kresby domu“

Plot byl častěji nakreslen u pacientů se schizoaafektivní poruchou (35%) než u schizofrenních pacientů (12,5%) - (viz tab. 5). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,04).

c) Detaily stromu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skupina</th>
<th>Detaily stromu</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>málo</td>
<td>adekvátní</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizofrenní</td>
<td>15</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>37,5%</td>
<td>45,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizoaafektivní</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>10,0%</td>
<td>40,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 6: Rozdíl mezi schizofrenními a schizoaafektivními pacienty ve znaku „detaily stromu“

Pacienti se schizoaafektivní poruchou nakreslili u stromu častěji mnoho detailů (50%) než schizofrenní pacienti (17,5%). Schizofrenní pacienti naopak kreslili u stromu častěji málo detailů, neboť měli chudou kresbu (37,5%) oproti schizoaafektivním pacientům (10%) (viz tab. 6). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,014).
d) Kořeny u kresby stromu

Tabulka 7: Rozdíl mezi schizofrenními a schizoafektivními pacienty ve znaku „kořeny u kresby stromu“

Kořeny byly častěji nakresleny na kresbě schizoafektivních pacientů (40%) než na kresbě schizofrenních pacientů (15%) (viz tab. 7). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,031).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skupina</th>
<th>Kořeny</th>
<th></th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ano</td>
<td>ne</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schizofrenní</td>
<td>N</td>
<td>6</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% ve skupině</td>
<td>15,0%</td>
<td>85,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizoafektivní</td>
<td>N</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>% ve skupině</td>
<td>40,0%</td>
<td>60,0%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>hodnota</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>df</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>p</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pearsonův Chi-kvadrát</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

e) Bizarnost kresby postavy

Tabulka 8: Rozdíl mezi schizofrenními a schizoafektivními pacienty ve znaku „bizarnost kresby postavy“

Postavy, které působily bizarním dojmem, kreslili častěji schizofrenní pacienti (82,5%) než pacienti se schizoafektivní poruchou (55%) (viz tab. 8). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,023).
13.2 H2: Schizofrenní muži a schizofrenní ženy se signifikantně liší ve vybraných charakteristikách H-T-P testu.

a) Konzistence detailů kreseb

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Konzistence detailů</th>
<th>Celkem</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ano</td>
<td>ne</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>N 2</td>
<td>18</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>10,0%</td>
<td>90,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td>N 8</td>
<td>12</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>40,0%</td>
<td>60,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabulka 9: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „konzistence detailů”</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Konzistence detailů u všech kreseb se signifikantně častěji vyskytovala u schizofrenních žen (40%) než schizofrenních mužů (10%) (viz tab. 9). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,028).

b) Velikost kresby domu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Velikost kresby</th>
<th>Celkem</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>malá</td>
<td>adekvátní</td>
<td>velká</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>N 0</td>
<td>15</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>0,0%</td>
<td>75,5%</td>
<td>25,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td>N 4</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>20,0%</td>
<td>35,0%</td>
<td>45,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Tabulka 10: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „velikost kresby”</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Schizofrenní muži kresli signifikantně častěji dům adekvátní velikosti (75%) než schizofrenní ženy (35%). Schizofrenní ženy kresly častěji jak malou kresbu domu (20%), tak také velkou kresbu domu (45%) více než schizofrenní muži, kteří nenakresliли žádný malý dům a velký dům nakreslili jen ve 25% případů (viz tab. 10). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,018).
c) Bizarnost kresby stromu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Bizarnost stromu</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ano</td>
<td>ne</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>18</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>90,0%</td>
<td>10,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>8</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>40,0%</td>
<td>60,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tabulka 11: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „bizarnost kresby stromu“**

Stromy schizofrenních mužů působili častěji bizarním dojmem (90%) než stromy schizofrenních žen (40%) (viz tab. 11). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,01 (p=0,001).

d) Ovoce na stromě

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Ovoce na stromě</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ano</td>
<td>ne</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>0,0%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>4</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>20,0%</td>
<td>80,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tabulka 12: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „ovoce na stromě“**

Ovoce na stromě nakreslily pouze schizofrenní ženy ve 20% případech. U schizofrenních mužů se ovoce na stromě neobjevovalo (viz tab. 12). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,035).
e) Síla linie u kresby postavy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Linie u postavy</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>slabá</td>
<td>obvyklá</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>N</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>0,0%</td>
<td>40,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>ženy</td>
<td>N</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>15,0%</td>
<td>30,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 13: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „linie u postavy“

Zatímco schizofrenní ženy kreslily častěji fragmentovanou čáru (40%) než schizofrenní muži (10%), tak schizofrenní muži kreslili častěji silnou čáru (50%) než schizofrenní ženy (15%).- (viz tab. 13). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,014).

f) Identifikační postava

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Identifikační postava</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ano</td>
<td>ne</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>N</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>85,0%</td>
<td>15,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>ženy</td>
<td>N</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>55,0%</td>
<td>45,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 14: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „identifikační postava“

Schizofrenní muži častěji kreslili identifikační postavu (85%) než schizofrenní ženy (55%) - (viz tab. 14). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,038).
g) Oči u postavy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Oči u postavy</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>obvyklé</td>
<td>neobvyklé</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>N</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>10,0%</td>
<td>90,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td>N</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>40,0%</td>
<td>60,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pearsonův Chi-kvadrát</td>
<td></td>
<td>4,800</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 15: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „oči u postavy“

Schizofrenní muži kreslili častěji postavě neobvyklé oči (90%) než schizofrenní ženy (60%) - (viz tab. 15). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,028).

h) Ruce u postavy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Ruce u postavy</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>obvyklé</td>
<td>neobvyklé</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>N</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>30,0%</td>
<td>70,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td>N</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>70,0%</td>
<td>30,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pearsonův Chi-kvadrát</td>
<td></td>
<td>6,400</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 16: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „ruce u postavy“

Schizofrenní muži kreslili u kresby postavy neobvyklé ruce častěji (70%) než schizofrenní ženy (30%) - (viz tab. 16). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,011).
i) Bizarnost kresby postavy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schizofrenní skupina</th>
<th>Bizarnost kresby postavy</th>
<th>Celkem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ano</td>
<td>ne</td>
</tr>
<tr>
<td>Muži</td>
<td>N</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>95,0%</td>
<td>5,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ženy</td>
<td>N</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>% ve skupině</td>
<td>70,0%</td>
<td>30,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pearsonův Chi-kvadrát</td>
<td>4,329</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tabulka 17: Rozdíl mezi schizofrenními muži a ženami ve znaku „bizarnost kresby postavy“*

Schizofrenní muži kreslili častěji postavu, která působila bizarním dojmem (95%) než tomu bylo u schizofrenních žen (70%) - (viz tab. 17). Tyto nalezené rozdíly jsou statisticky signifikantní na hladině p<0,05 (p=0,037).

13.3 Interpretace zjištěných výsledků

V této části se pokusím interpretovat dané rozdíly skupin, tak jak byly v experimentu nalezeny. K tomuto účelu využiji Manuálu k H-T-P (Buck, 1992) a poznatků uvedených v teoretické části této práce, případně se pokusím odvodit dané závěry na základě pozorování během provedených rozhovorů s pacienty.

13.3.1 Interpretace zjištěných výsledků u skupiny schizofrenních a schizoafektivních pacientů (viz. Příloha 1-6)

a) Dveře u kresby domu

Protože malé dveře znamenají větší pocity méněcennosti a větší nechuť ke kontaktu s druhými, tak můžeme říci, že malé dveře se častěji mohly objevovat u schizofrenních pacientů, protože tito pacienti mají větší nechuť ke kontaktu i větší pocity méněcennosti než schizoafektivní pacienti. Jelikož je schizofrenní soubor tvořen většinově pacienty s paranoidní schizofrenií (n=36), tak toto zjištění není příliš překvapující. Tento nezájem o kontakt s druhými může totiž souviset s paranoidními tendencemi a z nich pramenícího strachu z druhých lidí. U schizoafektivních pacientů je jejich schizoafektivní složka brána některými teoriemi jako forma obrany před psychózou,
což se může projevovat jejich větší otevřeností v lidském kontaktu, která je zde vyjádřena adekvátnější velikostí jejich nakreslených dveří.

b) Plot u kresby domu

Interpretace plotu často souvisí s ochranou jedince před něčím, proto je zajímavé, že plot v kresbě kreslili častěji schizoafektivní pacienti než pacienti schizofrenní. Může to souviset s tím, že tato forma ochrany se nemusí vztahovat pouze na ochranu před druhými lidmi, ale může také znamenat potřebu více kontrolovat emoce tím, že se jim stanoví určité hranice, které by neměly překračovat. To může vycházet z potřeby schizoafektivních jedinců ovládat své emoce, což se jim obvykle nedaří, a proto se to poté projikuje do jejich tvorby.

c) Detaily stromu

Větší počet detailů u schizoafektivních pacientů může souviset s jejich větším zájmem o každodenní záležitosti a s jejich větším vnitřním prožíváním. Velké množství detailů, které nejsou pro kresbu tolik relevantní, se také více vyskytuje u manických pacientů. Malý počet detailů u schizofrenních pacientů může značit jejich stažení do sebe nebo nechuť k odhalení svého já světu.

d) Kořeny u kresby stromu

Častější zobrazení kořenů u schizoafektivních pacientů může souviset s tím, že lépe testují realitu než schizofrenní pacienti nebo také s tím, že potřebují lepší ukotvení svých emocí a lepší zázemí.

e) Bizarnost kresby postavy

Bizarní kresba postavy může souviset s psychotickými stavy, které jsou silnější u schizofrenních jedinců. Protože afektivní složka schizoafektivních jedinců působí jako forma obrany právě před psychózou, tak není překvapivé, že bizarnější kresby měli častěji schizofrenní pacienti než schizoafektivní.

13.3.2 Interpretace zjištěných výsledků u skupiny schizofrenních mužů a schizofrenních žen (viz. Příloha 7-12)

   a) Konzistence detailů
Konzistence detailů se vyskytovala častěji u schizofrenních žen, což může souviset s tím, že jejich zájem a reakce na události je obdobné jak v rodinných, tak i osobních a také celkově interpersonalních záležitostech. Může to také souviset s tím, že ženy více žijí svoji rodinou než muži a odvíjejí od ní své zájmy nebo starosti.

b) Velikost kresby domu

Schizofrenní ženy měly více jak malých kreseb domů, tak také velkých kreseb domů. Malá kresba naznačuje pocit neschopnosti v rodinné oblasti a velká kresba naznačuje pocit frustrace z něčeho, co se týká rodinného prostředí. Toto naznačuje velkou dráždivost s pocitem bezmocné neschopnosti a velkou tenzi spojenou s tématem rodinného prostředí. To může souviset s mnohem větším prožíváním různých rodinných záležitostí ženami a ukazuje to, jak moc se ženy trápí oproti mužům s tím, aby bylo v rodinné sféře vše v pořádku.

c) Bizarnost kresby stromu

Větší bizarnost kresby stromu se objevovala u schizofrenních mužů, a to více než dvojnásobně. To mohlo být ovlivněno tím, že muži se snaží většinou skrývat své emoce a problémy uzamykají do sebe, což se potom může projikovat do kresby stromu v její bizarnosti, protože muži jsou vnitřně zaplaveni a projektivní kresba to z nich dostává částečně ven.

d) Ovoce na stromě

Ovoce na stromě kreslily pouze schizofrenní ženy, což může souviset s jejich větším propojením s dětmi a takzvanou schopností se k nim snížit, kterou mají lépe vyvinutou než muži. Ovoce se totiž normálně objevuje jen u dětí a těhotných žen. Ovoce kreslily při výzkumu převážně ty ženy, které myslely při hospitalizaci usilovně na své děti, které také často zobrazily v kresbě postavy.

e) Síla linie u kresby postavy

Schizofrenní ženy častěji kreslily postavu za pomocí fragmentovaných čár, tento způsob kresby čár často naznačuje určitou formu nerozhodnosti. Linie, které jsou nespojené a přerušované, mohou naznačovat počáteční zhoršení fungování ega. Schizofrenní muži kreslili častěji postavu za pomocí silných čár, které často naznačují tenzi, která je ventilována právě touto rytou kresbou. Tyto tlusté čáry také mohou zobrazovat prožívání anxiety ve vztazích.
f) Identifikační postava
Schizofrenní muži častěji nakreslili kresbu postavy jako svoji identifikační postavu. To může souviset s tím, že v průběhu kresby myslí ženy více na svoji rodinu (manžel, děti), zatímco muži často popisují sebe. Tento jev se projevil také v inquiry, ve kterém se ženy mnohem více rozhovídávaly o své rodině a velká část rozhovoru se týkala ji. Muži většinou nebyli tak sdílení a o rodině většinou mluvili minimálně.

g) Oči
Schizofrenní muži kreslili u postavy neobvyklé oči, a to mnohem častěji než schizofrenní ženy. Oči nakreslené jako vpadlé důlky bez vytvoření oční bulvy nebo zorničky, naznačují touhu dotčeného vyhnout se určitým nepříjemným vizuálním stimulům.

h) Ruce
Schizofrenní muži kreslili častěji u postavy neobvyklé ruce ve srovnání se schizofrenními ženami. Neobvyklost nakreslených rukou u kresby schizofrenních mužů, může souviset s větší defenzivitou, která se může projevit také skrýváním určitých záležitostí.

i) Bizarnost kresby postavy
Schizofrenní muži kreslili častěji postavu, která působila bizarním dojmem, než tomu bylo u schizofrenních žen. Toto může být způsobeno častějším zobrazením členů rodiny u žen, u kterých se mohly více snažit, aby bizarně nepůsobili.
14 Diskuse

V této práci jsem se zabýval rozdíly v H-T-P testu mezi pacienty se schizofrenním onemocněním a pacienty se schizoafektivní poruchou. Dále jsem se zabýval rozdíly v H-T-P testu mezi schizofrenními muži a ženami. Tyto rozdíly jsem hledal ve 46 znacích kreseb, které jsem stanovil za pomocí relevantních zdrojů, odborné literatury, především z Buckova manuálu (Buck, 1992) a porovnáním testovaných kreseb. Jelikož je tato práce zaměřená primárně jako explorativní, prováděl jsem u hodnocení kreseb pouze kvantitativní analýzu dat. Je mi jasné, že tím mohlo dojít k značné redukci získaných dat, ale kvalitativní analýzu všech respondentů, a případné porovnání jejich inquiry, by nebylo možné provést v rámci rozsahu této práce.

U obou stanovených hypotéz jsem zkoumal tyto znaky, co se týče konzistentnosti kreseb: konzistence detailů, konzistence umístění kresby, konzistence linie, konzistence velikosti. U kresby domu to byly tyto znaky: počet detailů, síla linie, umístění kresby, velikost kresby, komín, kouř, dveře, kliky u dveří, střecha, zdůraznění okapu, irelevantní detaile, bizarnost kresby, plot kolem domu a pocit z domu. U kresby stromu se jednalo o tyto znaky: počet detailů, síla linie, umístění kresby, velikost kresby, kmen, defekt na kmeni, napojení větví na kmen, kořeny, bizarnost kresby, listí a ovoce. U kresby postavy se jednalo o tyto znaky: počet detailů, posloupnost detailů, zdůraznění detailů, síla linie, umístění kresby, velikost kresby, identifikační postava, obličej, oči, krk, ruce, prsty, oděv, chybějící část těla, irelevantní detaily, transparency a bizarnost kresby.

14.1 Zjištěné výsledky výzkumu

Rozdíly mezi skupinami schizofrenních a schizoafektivních pacientů byly signifikantně prokázány u 5 z celkového počtu 46 znaků. Z toho 2 znaky z celkového počtu 14 znaků byly zjištěny v kresbě domu, 2 znaky z celkového počtu 11 znaků byly zjištěny v kresbě stromu a pouze 1 znak z celkového počtu 17 znaků byl zjištěn v kresbě postavy. Konkrétně se jednalo o tyto znaky: dveře, plot, počet detailů stromu, kořeny a bizarnost kresby postavy. Přičemž u schizofrenních pacientů se vyskytovaly častěji jak malé, tak také velké dveře. Plot častěji kreslili schizoafektivní pacienti. Zatímco schizoafektivní pacienti měli častěji u kresby stromu mnoho detailů, schizofrenní pacienti měli tyto detaily
spíše chudé (bylo jich málo). Kořeny se častěji vyskytovaly u schizoaffectivních pacientů. A postavy, které působily bizarním dojmem, kreslili častěji schizofrenní pacienti.

Rozdíly mezi skupinami schizofrenních mužů a žen vyšly signifikantně u 9 z celkového počtu 46 znaků. Z toho 1 znak z celkových 4 byl nalezen u konzistentnosti kreseb, pouze 1 znak z celkového počtu 14 znaků byl nalezen v kresbě domu, 2 znaky z celkového počtu 11 znaků byly nalezeny v kresbě stromu a 5 znaků z celkového počtu 17 znaků bylo nalezeno v kresbě postavy. Konkrétně se jednalo o tyto znaky: konzistence detailů, velikost kresby domu, bizarnost stromu, ovoce, síla linie u kresby postavy, identifikační postava, oči, ruce a bizarnost kresby osoby. Přičemž konzistence detailů ve všech kresbách se objevovala častěji u schizofrenních žen. Schizofrenní ženy kreslily častěji jak velký, tak také malý dům. Stromy schizofrenních mužů působily častěji bizarním dojmem. Ovoce na stromě se častěji objevovalo u schizofrenních žen. Zatímco schizofrenní ženy kreslily častěji fragmentovanou čáru u kresby postavy, schizofrenní muži u kresby postavy častěji kreslili silnou čáru. Schizofrenní muži také častěji kreslili identifikační postavu. U schizofrenních mužů se častěji objevovaly u kresby postavy neobvyklé oči, stejně jako i neobvyklé ruce. Kresba postavy schizofrenních mužů působila častěji bizarním dojmem než kresba schizofrenních žen.

14.2 Limity výzkumu

Značným limitujícím faktorem této práce byl menší vzorek respondentů v jednotlivých skupinách. Kromě skupiny schizofrenních pacientů, kterých bylo 40, a která byla dále rozdělena dle pohlaví na 2 podskupiny o 20 členech, měla i skupina pacientů se schizoaffectivní poruchou pouze 20 lidí. To souviselo s malým počtem pacientů hospitalizovaných s touto diagnózou.

Limitem této studie také mohla být poměrně sporná validita a reliabilita, která se vyskytuje u projektivních metod. U těchto metod se také většinou nedá zcela vyhnout velkému vlivu subjektivního hodnocení a subjektivních názorů examinátora na danou kresbu. Z toho důvodu se doporučuje pro větší reliabilitu, tzv. shoda hodnotitelů v testování, což znamená, že projektivní test hodnotí více lidí, kteří mezi sebou diskutují nad výsledky a interpretací těchto výsledků.

Dalším faktorem, který mohl limitovat tuto studii a ovlivnit její výsledky, je různá míra medikace a zaléčení psychotických příznaků u hospitalizovaných. Mnoho pacientů
v akutních stavech psychózy také odmítalo provedení výzkumu a vymlouvali se například na to, že neumí kreslit, případně že nikdy nekreslí. Proto pacienti, kteří byli ochotní se výzkumu zúčastnit, již nemuseli vykazovat známky psychotického onemocnění nebo jejich afektivní složka již nemusela být tak zvýrazněná, jako na začátku léčby. Také faktor únavy způsobený některými medikamenty mohl ovlivnit mnoho znaků kreseb a tudíž zkreslit tuto studii.

14.3 Návrhy pro další výzkum

Zajímavým výzkumem do příštích let by mohl být výzkum zabývající se porovnáními inquiry H-T-P testu u těchto diagnóz. Kvalitativní data, by totiž mohla nabídnout hlubší výhled do zkoumaných jedinců a odhalit nové poznatky. Přínosný by také byl výzkum podobného typu s větším počtem testovaných osob, které by byly do výzkumného souboru shromažďovány po delší časový úsek.
15 Závěr

Jedním z cílů mé práce bylo zjistit, zdali se objevují signifikantní rozdíly mezi schizofrenními a schizoaafektivními pacienty ve vybraných znacích H-T-P testu. Dalším cílem bylo také zjistit, zda se objevují signifikantní rozdíly ve vybraných znacích H-T-P testu mezi schizofrenními muži a schizofrenními ženami.

K porovnávání výzkumných skupin jsem na základě literatury, převážně Buckova manuálu (Buck, 1992) a pozorování kreseb vybral 46 kresebných znaků, přičemž 4 znaky hodnotily konzistenci kreseb v různých charakteristikách, 14 znaků kreseb se týkalo kresby domu, 11 znaků kreseb se týkalo kresby stromu a 17 znaků kreseb se týkalo kresby postavy. Každý tento znak nabýval minimálně dvou různých hodnot, které jsou podrobněji popsány v kapitole 11. Rozdíly těchto znaků jsem statisticky zpracoval kontingenčními tabulkami a signifikantní výsledky jsem popsal v kapitole 13, kde jsem se je pokusil také interpretovat. Jelikož je tato práce zaměřená primárně jako explorativní, prováděl jsem při hodnocení kreseb pouze kvantitativní analýzu dat, čímž mohlo dojít k značné redukci získaných dat. Kvalitativní analýzu všech respondentů a případné porovnání jejich inquiry nebylo možné v rámci rozsahu této práce provést.


U mužů a žen se schizofrenní poruchou bylo zjištěno devět statisticky signifikantních rozdílů z celkového počtu čtyřiceti šesti. Konkrétně se jednalo o tyto znaky: konzistence detailů, velikost kresby domu, bizarnost stromu, ovoce, síla linie u kresby postavy, identifikační postava, oči, ruce a bizarnost kresby postavy. Schizofrenní ženy měly častěji konzistentní počet detailů na všech kresbách než schizofrenní muži. U kresby domu kreslily schizofrenní ženy nejčastěji malé nebo velké domy, zatímco schizofrenní muži kreslili
nejčastěji adekvátní velikost domu. U kresby stromu měly schizofrenní ženy ovoce na stromě, u schizofrenních mužů se tento znak neobjevoval. Schizofrenní muži měli strom nakreslený častěji bizarnější než schizofrenní ženy. V kresbě postavy měly schizofrenní ženy častěji fragmentovanou linii kresby, zatímco schizofrenní muži měli tuto linii spíše silnou a výraznou. Schizofrenní muži kreslili u kresby postavy častěji identifikační postavu, neobvyklé oči i neobvyklé ruce a měli také větší bizarnost této kresby než schizofrenní ženy.

Výzkumný cíl byl sice naplněn, ale otázkou je, jak moc úspěšně a signifikantně. Je totiž pravděpodobné, že pro nalezení tak drobných nuancí, které se mohou mezi těmito skupinami vyskytovat, by bylo potřeba provést rozsáhlější výzkumné šetření. Tento poznatek jsem také uvedl v limitech studie a doporučil jsem možný směr budoucího výzkumu. Explorativní charakter této studie však byl částečně splněn a dává tudíž možnost dalšího pokračování ve směru této studie. Studie objevila mnoho zajímavých rozdílů mezi skupinami, mezi kterými vyšla jako nejlepší prediktor rozdílů mezi schizofrenními muži a schizofrenními ženami kresba postavy.

Tato práce také ukázala mnohoznačnost použití H-T-P testu a pokusila se o jeho větší rozšíření v české populaci. H-T-P test není nejspíše nejvhodnějším nástrojem k rozlišení schizofrenního a schizoafektivního onemocnění na základě pouze kresebných znaků, ale věřím, že společně s inquiry má tento test možnosti odhalit mnohem více vnitřních obsahů a prožívání testované osoby. Pomocí inquiry se může odhalit velikost afektivní složky daného jedince, případně potíže, které tento jedinec zažívá.
Seznam použité literatury


Přílohy

Příloha 1: Kresba domu, schizofrenní muž, 39 let
Příloha 2: Kresba stromu, schizofrenní muž, 39 let
Příloha 3: Kresba postavy, schizofrenní muž, 39 let
Příloha 4: Kresba domu, schizoafektivní žena, 48 let
Příloha 5: Kresba stromu, schizoafektivní žena, 48 let
Příloha 6: Kresba postavy, schizoafektivní žena, 48 let
Příloha 7: Kresba domu, schizofrení žena, 40 let
Příloha 8: Kresba stromu, schizofrenní žena, 40 let
Příloha 9: Kresba postavy, schizofrenní žena, 40 let
Příloha 10: Kresba domu, schizofrenní muž, 27 let
Příloha 11: Kresba stromu, schizofrenní muž, 27 let
Příloha 12: Kresba postavy, schizofrenní muž, 27 let
INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se snímání H-T-P (house-tree-person) projektivního testu k diplomové práci.

Zádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě kresby a následného rozhovoru.

Ve výzkumu bude kladen důraz na anonymitu respondentů a s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já. Z tohoto výzkumu je možné kdykoliv v jeho průběhu odstoupit.

Děkuji Vám za Vaši účast, Petr Gabzdyl.

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů udělují souhlas s účasti v uvedeném výzkumném projektu a s poskytováním výzkumného materiálu.

V .................................. dne ................................ Podpis: ................................