

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

**Barevná modifikace Wartegova kresebného
testu u pacientů s psychiatrickou diagnózou**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Kouřilová

Vypracovala:

Bc. Žaneta Říhová

České Budějovice 2011

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Janě Kouřilové za vedení mé odborné práce, cenné rady a čas, který mi věnovala. Také bych ráda poděkovala doktorům a zaměstnancům psychiatrické léčebny, ve které jsem prováděla výzkum za vstřícnou spolupráci. Stejně tak i všem pacientům psychiatrické léčebny i studentům a dobrovolníkům, kteří mi věnovali čas a ochotně vyplnili test. V neposlední řadě bych ráda poděkovala i své rodině za podporu, kterou mi věnovali po celou dobu studia.

Obsah:

I.	Úvod.....	6
II.	Teoretická část	8
1	Vymezení pojmu projekce, projektivní metody a techniky	8
1.1	Projekce	8
1.2	Projektivní metody	9
1.3	Projektivní techniky	10
2	Klasifikace projektivních metod	12
3	Interpretace projektivních metod	13
4	Validita, objektivita a reliabilita projektivních metod	14
5	Grafické projektivní metody	16
6	Warteggův kresebný test.....	18
6.1	Vznik a vývoj	18
6.2	Testovací materiál	19
6.3	Administrace	20
6.4	Hodnocení a interpretace.....	21
6.5	Barevná modifikace Warteggova kresebného testu	23
7	Symbolika barev	24
8	Deprese, depresivní onemocnění	26
8.1	Vymezení pojmu	26
8.2	Epidemiologie	28
8.3	Etiopatogeneze	29
8.4	Klinický obraz deprese.....	31
8.5	Formy depresivního onemocnění	35
8.6	Diagnostická kritéria	37
8.7	Možnosti léčby	38
9	Výtvarný projev pacientů s depresivním onemocněním.....	40
III.	Empirická část.....	42
1	Cíl výzkumu a hypotézy	42
2	Metodika výzkumu	42
2.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
2.2	Postup při získávání dat.....	43
2.3	Sledované znaky a jejich kritéria	44
3	Obsahová stránka kreseb.....	45
4	Charakteristika jednotlivých stimulů	49
4.1	První pole	50
4.2	Druhé pole	52
4.3	Třetí pole	54
4.4	Čtvrté pole	56
4.5	Pátý pole	58
4.6	Šesté pole.....	59
4.7	Sedmé pole	61
4.8	Osmé pole.....	63
5	Formální stránka kreseb	64
5.1	Barevné provedení.....	65
5.2	Využití plochy polí.....	66
5.3	Integrace základního stimulu do kresby.....	67

5.4	Zobrazení dynamiky.....	69
IV.	Souhrn výsledků a diskuze.....	70
V.	Závěr	74
VI.	Seznam použitých zdrojů	75
VII.	Přílohy	78

I. ÚVOD

Výtvarný projev každého člověka je jedinečný a o daném jedinci vypovídá mnohé. V průběhu studia psychologie jsme byli seznámeni s celou řadou různých kresebných diagnostických metod, které využívají neopakovatelný výtvarný projev každého jedince. Mezi projektivní techniky patří mj. i Warteggův kresebný test, který mě hned při prvním setkání velice zaujal svojí podstatou, kterou je dokreslování započatých kreseb. Skládá se z osmi políček, z nichž každé v sobě nese nepatrný náznak, který kreslíře pobízí k doplnění, ale zároveň mu nechává volnou ruku k projevení jeho osobitosti. Specifické zpracování těchto osmi polí nám může o kreslíři vypovědět mnohé. Když nám tedy byla ve druhém ročníku nabídnuta možnost zabývat se využitím tohoto kresebného testu hlouběji, ráda jsem příležitosti využila. Po konzultaci se svou vedoucí, která s Warteggovým testem pracuje již delší dobu, jsem si vybrala problematiku pacientů s psychiatrickou diagnózou. O duševním onemocnění již bylo napsáno mnoho publikací, které se zabývají projevy, možnými příčinami i sociálním dopadem na člověka, který se musí s duševním onemocněním vyrovnat. Při studování poznatků o tomto onemocnění jsem si již dříve kladla otázku, zda se může diagnóza psychiatrického onemocnění projevit i v kresebném projevu daného jedince, ale v žádné literatuře jsem pro sebe dostatečnou a jasnou odpověď nenašla.

Z důvodu velké šíře problematiky duševního onemocnění jsem si vybrala problematiku depresivního onemocnění. Důvodem mého výběru byla i má čtrnáctidenní praxe v psychiatrické léčebně v jižních Čechách, kde se léčí nejvíce pacientů právě s depresivním onemocněním. Díky čtrnáctidennímu působení jsem tedy měla možnost s těmito lidmi navázat důvěrnější vztah, a tak jsem mohla alespoň v určité míře prolomit počáteční nedůvěru a přiblížit se těmto pacientům blíže. Velice ráda jsem tedy využila příležitosti seznámit se a nasbírat zkušenosti právě s touto cílovou skupinou. V neposlední řadě pro mě byl impulzem k napsání této bakalářské práce i fakt, že doposud nebylo této problematice v české odborné literatuře věnováno mnoho pozornosti.

Teoretická část bakalářské práce je rozčleněna na tři kapitoly. V první kapitole je věnována pozornost projekci a projektivním technikám obecně. Jádrem teoretické části je charakteristika Warteggova kresebného testu, jeho vývoj, administrace i možná interpretace výsledků. Ve třetí kapitole se pak hlouběji zabývám problematikou

depresivního onemocnění. Praktická část je pak zaměřena na rozbor a popis jednotlivých znaků ve zpracování barevné modifikace Warteggova kresebného testu, které jsou typické pro pacienty s depresivním onemocněním, a to jak z obsahového tak z formálního hlediska.

Chtěla bych hned na úvod zdůraznit, že cílem není interpretace jednotlivých polí. Jedná se tedy především o sběr dat a jejich následné porovnání získaných v obou skupinách. Tedy skupiny výzkumné, kterou tvoří pacienti s depresivním onemocněním, se skupinou kontrolní, kterou tvoří lidé bez diagnózy depresivního onemocnění. Plně si také uvědomuji, že tato práce z důvodu svého malého rozsahu nemůže dát jasné a relevantní odpovědi. Doufám však, že bude byt' jen nepatrným přínosem na poli možností využití Warteggova kresebného testu, hlavně tedy jeho barevné modifikace.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmu projekce, projektivní metody a techniky

1.1 *Projekce*

Slovo projekce lze v nejobecnějším významu definovat, jako promítnutí, extenze či vržení před sebe. Dle kartografické představy lze projekci charakterizovat jako bodovou reprezentaci původního území nebo objektu. V psychologické literatuře se termín projekce začal objevovat v psychoanalýze. Konkrétně díky zakladateli psychoanalýzy Sigmundu Freudovi. Ten projekci vymezení jako jeden z psychických obranných mechanismů (Šípek, 2000).

Termín projekce zavedl do psychologické terminologie a poprvé použil Freud roku 1914 ve svém díle o neurózách, kde projekci definoval jako projekci sexuálního vzrušení zevnitř osobnosti do vnějšího světa (Morávek, 1987). Později význam projekce definoval jako označení obranného mechanismu proti úzkosti (Svoboda, 2009). Dle Freuda právě díky projekci může daný jedinec přizpůsobovat vlastní pocity, potřeby či popudy jiným lidem (Morávek, 1987).

Dle Nekonečného (1995) považoval Freud projekci nejen jako obranu proti úzkosti, ale i v obecné rovině jako princip ovlivňování vzpomínkami na nazírání jednotlivých skutečností či podnětů. V tomto případě by projekce byla obecně platným jevem, který se uplatňuje v každé percepci. Význam projekce se takovým pojetím velice rozšiřuje. Z tak širokého pohledu můžeme následně odvodit tvrzení, že každé jednání konkrétního jedince je ovlivněno projekcí stavu jeho psychiky - tedy psychické reprezentace světa (Nakonečný, 1995).

V ne - analytickém pojetí pak můžeme termín projekce definovat jako proces, ve kterém vyšetřovaná osoba promítá obsahy svých duševních procesů navenek mimo sebe, spatřuje je či připisuje je jiným osobám, zvířatům, předmětům či dějům. Princip projekce předpokládá externalizaci chování vyšetřované osoby, kdy projekční techniky hrají úlohu tzv. katalyzátoru (Svoboda, 2010).

Šípek (2000) považuje projekci v užším slova smyslu za více či méně vědomé přetváření procesu vnímání. A to skrze klasické odštěpení či v jiné úpravě vnímaných jevů. V širším slova smyslu lze pak projekci spatřovat v každém lidském chování. Projekci lze dle Šípka vnímat i jako významný podnět či nástroj k tvořivosti, protože je možné si s ní pohrávat, snít nebo vymýšlet si něco a potom onu myšlenku hledat v málo

strukturovaných podnětech. Jádro mechanismu projekce lze označit jako přijetí vědomé hry s neznámou a méně přehlednou situací. V tento okamžik nevědomé mechanismy začnou vykonávat akt projekce. Projekci lze tedy charakterizovat jako obecný fenomén vnímání, který se nejzřetelněji uplatňuje na málo strukturovaném materiálu (Šípek, 2000).

Dle Hartla a Hartlové (2010) má slovo projekce více významů. Lze jej definovat jako promítnutí, či zobrazení filmu, diapozitivu apod. na promítací plochu. Pro účely mé bakalářské práce se však spíše hodí definice druhá, kdy projekci definují jako psychickou reakci, ve které daný jedinec předpokládá vlastní postoje i u jiných osob. Promítá tedy své postoje a hodnoty do jiných osob. V psychoanalytické teorii lze projekci definovat jako obranný mechanismus neuvědomovaného přenášení subjektivních, případně podvědomých přání, pocitů i motivů na jiné osoby či situace (Hartl, Hartlová, 2010).

1.2 Projektivní metody

Termín projektivní metody můžeme použít pro označení všech psychologických metod, které využívají různé projekce v tom smyslu, kdy osoba odhaluje sebe sama ve všem, co dělá (Šípek, 2000).

Dle výkladu autorů Hartla a Hartlové lze projektivní metodu definovat jako projektivní metodu zakládající se na zkoumání osobnosti. K tomuto zkoumání projekční metoda využívá neuvědomělé projekční procesy, které odhalují emoce, názory a povahové rysy, přání vyšetřovaných osob. Tyto metody se hojně využívají v psychodiagnostice a následné psychoterapii (Hartl, Hartlová, 2010).

Při používání projektivních metod dochází pod vlivem testové situace k odkrývání vnitřních struktur osobnosti zkoumaného jedince. Při charakteristice projektivních metod Frankl zdůrazňuje nutnost zkoumat osobnost jako jedinečný celek. Projektivní metody zjišťují způsob, jakým daný jedinec organizuje své zkušenosti. Patří mezi psychologické metody, ve kterých se zkoumanému jedinci prezentuje víceznačný materiál. Tento víceznačný materiál je takové povahy, že při jeho interpretaci daný subjekt promítá do testových odpovědí své emocionální stavy, potřeby, pocity a hodnoty. Skrze tyto metody můžeme získat mnoho informací, které se týkají vnitřních složek osobnosti subjektu a jeho tzv. privátního světa (Morávek, 1987).

Projektivní metody představují svébytnou kategorii diagnostických postupů. Z důvodu své komplikovanosti, obtížné uchopitelnosti, různorodosti i širšímu záběru

přesahují rámec jiných diagnostických postupů, a to v diagnostice dětí i dospělých. Řadí se k metodám, u kterých je pro správné pochopení a zvládnutí nezbytná delší praxe a více zkušeností (Svoboda, 2009).

Morávek (1987) a Šípek (2000) shodně uvádí vlastnosti projektivních metod následovně:

1. Stimuly projektivních metod, které se subjektu prezentují jsou významově neurčité a málo strukturované.
2. Subjektu není přesně vymezen rozsah odpovědí, naopak je dovoleno široké univerzum možných reakcí.
3. Odpovědi subjektu na podnětový materiál nemají jednoznačný charakter tzv. dobrých a špatných odpovědí. Ani sám subjekt si neuvědomuje, jakým způsobem budou jeho odpovědi hodnoceny.
4. Při interpretaci projektivních metod se klade důraz nejen na konečný výsledný produkt, ale hodnotí se i samotný proces řešení problémů a vytváření odpovědí. Nezkoumá se tedy jen "co", ale i "jak" subjekt odpovídá.
5. Projektivní metody jsou zvláště citlivé na zachycení podvědomých či latentních obsahů psychiky. Je tedy na ně kladen zájem ze strany examinatora.
6. Projektivní metody se zaměřují více na globální obraz osobnosti, než-li na jednotlivé osobnostní rysy.
7. Testové produkce bývají často velice bohaté. Otevírají se tak široké možnosti interpretace, avšak předpokládá se značný usuzovací proces examinatora.

1.3 Projektivní techniky

Skupinu projektivních metod, která je spojena nějakými výraznými charakteristikami, např. manipulační či verbální, můžeme označit jako projektivní techniku. Pro konkrétní techniku pak lze použít označení projektivní test. Výraz „test“ však mnohdy příliš evokuje představu přesného a psychometricky podloženého postupu. Nejznámější projektivní metody byly navrženy a prakticky používány již v první polovině dvacátého století (Šípek, 2000).

Termín projektivní techniky poprvé použil Frankl roku 1939 ve svém článku. Ve kterém je rovněž charakterizoval, rozvedl možnosti jejich využití a navrhl první klasifikaci. Jednou z prvních projektivních technik byl asociační experiment. Velkým zlomem ve vývoji projektivních metod bylo vydání Rorschachova testu s monografií

Psychodiagnostika a objev TAT. Velkou expanzi prožívali projektivní techniky v padesátých letech. V té době se začínalo mluvit o projektivní psychologii, které byla jakýmsi opakem behaviorismu a psychometrismu. V té době také vyšla celá řada dodnes užitečných obsáhlých monografií a sborníků zaměřených na teorii a praxi projektivních metod. Pod vlivem psychometrické kritiky však začal v šedesátých letech počet publikací a zájem o projektivní techniky klesat (Morávek, 1987).

Frankl projektivní techniky přirovnával k rentgenovým paprskům. U obou technik jde o nepřímé hodnocení vnitřního stavu člověka pomocí průchodu podnětu, tj. stimulu skrze osobu. Díky projekčním technikám můžeme zachytit jedinečný svět osobních významů, vzorců reagování i prožívání. Na rozdíl od mnoha jiných psychodiagnostických metod se lze pomocí projektivních technik dozvědět o jedinečnosti osobnosti a její dynamice (Šípek, 2000). Frankl definoval projekční techniky jako metodu výzkumu osobnosti, která konfrontuje zkoumanou osobu s nějakou určitou situací. V té pak bude daný jedinec odpovídat podle smyslu, který daná situace pro něj má. Dále také podle toho, co pociťuje během této odpovědi. Jádrem projektivních technik je to, že u zkoumané osoby vyvolává různé reakce, kterými tato osoba vyjadřuje dojmy ze svého osobního vnitřního světa a osobnosti (Svoboda, 2010).

Oproti např. testům schopností zaměřujícím se na vymezené složky osobnosti, se projektivní techniky snaží poznávat celou osobnost zkoumaného jedince. Předkládají zkoumanému jedinci podnětovou situaci, která je velice neurčitá a málo strukturovaná. Díky mnohoznačnosti podnětu je možná velká různorodost a možnost odpovědí, které umožňují větší individualizaci nálezu. Velkou výhodou je i atmosféra, jež projektivní techniky u testovaných vyvolávají a která nepřipomíná atmosféru zkouškové situace jako jiné metody (Svoboda, 2010).

Představují tedy určitý kompromis mezi kontrolovanou podnětovou situací spolu s tříděním a interpretací reakcí dle nějakého schématu a zcela volným nestrukturovaným projevem vyšetřované osoby. První oblast může trpět úzkým záběrem a rigidností, druhá je sice volná a neomezená, ale nese sebou rizika rozptýlení zaměření a velké chyby výkladu (Šípek, 2000).

Nesporným faktem je, že mají projektivní techniky nesporně veliký potenciál využitelnosti. Dle autorů Říčana a Ženatého (1988) lze tyto metody využít při řešení převážné většiny diagnostických problémů - a to jednak jako hlavní diagnostické metody, tak i jako metody doplňkové. Svoboda (2010) oproti tomu uvádí, že tyto techniky se svými klady i zápory lze velice dobře využívat nejlépe pro stanovování

různých hypotéz, které se pak ale musí ověřovat jinými metodami, nebo naopak jsou potvrzovány hypotézy, které byly získány jinou cestou (Svoboda, 2010).

Dle Anastasi (1968) jsou některé projektivní techniky velice vhodné jako prostředek k přiblížení se probandovi a k určitému „prolomení ledu“ v prvotním kontaktu mezi klientem a examinátorem. Tento typ testování se může probandovi zdát zábavný a zajímavý. Dále také upozorňuje na fakt, že některé projektivní techniky mohou být vhodné obzvláště u malých dětí, mentálně postižených, u osob s poruchou řeči či s jazykovým znevýhodněním.

2 Klasifikace projektivních metod

V odborné literatuře se můžeme setkat s různým dělením projektivních technik, které různí autoři člení podle různých hledisek a kritérií. Na každý způsob lze mít námitky, žádný není zcela dokonalý.

První klasifikaci navrhl Frank, který projektivní metody rozdělil na:

1. Konstitutivní, ve kterých je organizace a struktura aplikována na plastický a nestrukturovaný materiál (např. ROR).
2. Interpretační, kde má subjekt za úkol třídit a sestavovat materiál na větší celky (např. mozaikový test).
3. Konstruktivní, v nichž má vyšetřovaná osoba interpretovat sdělení mající citový význam nebo nějakou zkušenost (např. TAT)
4. Refraktivní, kdy je jedinec diagnostikován pomocí zkomolení běžné komunikace. Tento typ testu hodnotí sdělovací a vyjadřovací prostředky osobnosti (verbální i grafické metody).
5. Katartické, ve kterých jedinec promítá emocionální reakce pod vlivem vnějších podnětů. Tento typ testu dává příležitost nejen k diagnostickému pozorování zkoumané osoby, ale rovněž dává zkoumané osobě možnost odreagování se (např. scéno test Staabsové).

Klasifikace dle Lindzey se opírá o způsob reakce probanda na podnětovou situaci. Z tohoto důvodu klasifikuje projektivní techniky na:

1. Asociační techniky, ve kterých proband reaguje na podněty asociativně představou (např. ROR nebo asociační experiment) nebo slovem.

2. Konstruktivní techniky, kde proband vytváří nové smysluplné celky, např. mozaiky z kostek (TAT) nebo povídky.
3. Doplnovací techniky, ve kterých je naznačen stimul (např. věta nebo povídka), který má proband za úkol doplnit či dokončit (Rosenzweig).
4. Techniky výběru a řazení, kde proband řadí či vybírá podněty podle preference či nesympatie (Luscher)
5. Expresivní techniky, kde dochází k typickému a volnému sebevyjádření v kresbě, malbě či hře.

Rosenzweig rozděluje projekční techniky na:

1. Percepčně-strukturované, kam řadí TAT, Rorschacha, či interpretace zvuků.
2. Motoricky-expresivní, ve kterých se zkoumá rozbor písma, způsob a obsah slovního vyjadřování, či motorické projevy v chování a kresbách.
3. Apercepčně dynamické, do kterých patří doplňování vět, dějů či povídek, frustrační pokusy aj.

Šípek (2010) dělí techniky na:

1. Techniky verbální
2. Apercepčně vizuální
3. Expresivní

Jednoduché, stručné a přehledné dělení projektivních metod uvádí ve své knize Svoboda (2010), který dělí projektivní diagnostické metody na:

1. Verbální metody (TAT, Hand Test, Slovní asociační test)
2. Grafické metody (Kresba postavy, Baum test, Warteggův kresebný test)
3. Manipulační metody (Barevný pyramidový test, Luscherův test)

3 Interpretace projektivních metod

Interpretace projektivních technik je velice specifická. Z důvodu nepřesných, nejasně popsaných norem pro vyhodnocování projektivních metod, je výsledek interpretací projektivních metod více citlivý na schopnosti a intuici examinátora (Anastezi, 1968).

Morávek (1987) ve svých skriptech uvádí obecné zásady interpretačních možností projektivních metod následujícím způsobem:

1. Výsledky projektivních metod nejsou jen výsledkem funkcí osobnosti vyšetřovaného jedince, ale i funkcí samotného testu - tedy hlavně jeho stimulačních charakteristik. Pro správnou interpretaci je důležité je dobře znát.
2. Jednotlivé projektivní metody se od sebe mohou značně lišit v tzv. projektivitě. Tedy ve vlastnosti vyvolávat projektivní produkce u probandů. Z tohoto hlediska je důležitá přísná diferenciaci.
3. Jednotliví probandi se liší ve svých schopnostech umět projikovat do testové situace.
4. Žádná projektivní metoda neměří úplně celou osobnost. Při popisu struktury osobnosti je nutné doplnit projektivní metody i jinými testovými metodami
5. Množství získaných informací z projektivních metod a jejich validita určenou zkušeností a dovednostmi examinatora. Obvykle platí, že čím větší zkušenosti s projektivními metodami, tím vyšší platnost metody.
6. Většina projektivních metod automaticky neposkytuje dostatečné interpretační závěry.

Při hodnocení významně také vstupuje do hry úsudek examinatora (Morávek, 1987). Při hodnocení projektivních testů jde o posuzování nevědomých motivů, přání i konfliktů. Je to metoda, která se blíží metodě volných asociací, kdy jedinec říká či kreslí, co ho právě napadá (Atkinson, 2003).

4 Validita, objektivita a reliabilita projektivních metod

Projektivní metody jsou psychometricky méně podloženější než mnohé jiné diagnostické postupy (např. inteligenční testy apod.). Nemají také tak jasně vymezené cílové oblasti. U projektivních metod většinou zůstáváme u nepřesně definovaných jevů, ať už je to agresivita (tj. značně široký pojem s mnoha podobami) nebo osobnost s nejrůznějšími dodatky zralosti či zaměření apod. Projektivní metody jsou v diagnostice velice nápomocné avšak ve srovnání např. s testy schopností málo specifické. Výsledné informace, které dostáváme o testovaném jedinci skrze projektivní testy, bývají mnohvrstevné. Tyto vrstvy může správně rozkrýt jen dobrý a pozorný

psycholog. Před zahájením testování je tedy třeba vědět, z jakého důvodu jsme se rozhodli projektivní techniky užít a co od nich v daném případě očekávat (Šípek, 2000).

Projektivním metodám bývá často vytýkána jejich sporná validita. Z důvodu zaměřenosti projektivních technik na dynamické charakteristiky osobnosti (tj. zájmy, potřeby, názory, postoje, problémy či interpersonální vztahy) se často porovnávají výsledky v testech s životní historií. Nespornou výhodou projektivních metod je však minimální nebo dokonce žádná možnost zkreslení ze strany zkoumané osoby, která neví, co daný test sleduje, a jak by tedy měla správně reagovat. Tento aspekt je neocenitelnou výhodou projektivních technik. Na druhé straně velká mnohoznačnost odpovědí může znesnadňovat jednotlivé skórování a případné kvantifikace. Projektivní metody tedy kladou obrovské nároky na psychologa, jeho vědomosti, zkušenosti a jeho tzv. "intuici". Obecně lze tedy říci, že se validita projektivních technik zvyšuje se zkušenostmi, které daný psycholog má s projektivními technikami. Lepší validita projektivních testů lze do budoucna očekávat i pomocí aplikací moderních postupů, jakými jsou např. faktorová analýza (Svoboda, 2010). Validita tohoto testu byla zatím hodnocena pouze srovnáním s jinými testy. Korelace mezi Warteggovým testem a Wechslerovým testem inteligence byla velmi vysoká, $r = 0,79$. Tento výsledek ukazuje na vliv inteligence při této testové metodě. Tento fakt potvrzuje validitu testu jako zkoušku kreativity, jež do určité míry souvisí i s inteligencí zkoumané osoby (Šípek, 2000).

Z důvodu málo doložené validity je nutné doplnit a srovnat výsledky projektivních technik s výsledky ostatních testů a technik, které byly použity k diagnostice vyšetřované osoby. Důležitým doplňujícím materiálem je pak také sestavení anamnézy vyšetřované osoby. V případě, že reakce vyšetřované osoby je mnohoznačná, představuje málo strukturovaný podnětový materiál pro vlastní projekci psychologa, a tak může dojít ke zkreslení výsledku. Pokud je však psycholog dobře seznámen s vlastním psychickým děním, slabostmi a sklony, nemusí být jeho projekce tak velká a zavádějící (Šípek, 2000).

Hodnocení reliability projektivních metod zůstává také stále sporné. K dispozici nejsou potřebné informace o reliabilitě testu. Stejně jako při hodnocení validity se i při hodnocení reliability projektivních metod setkáváme s mnoha překážkami. Jednou z nich je např. nemožnost mechanicky aplikovat stejné statistické jednotky jako v případě testů schopností. Obtížné je také hodnocení reliability z důvodu neexistujících paralelních verzí testů. Retestování u projektivních testů je velice těžko proveditelné.

Přes mnohé obtíže je však u základních projektivních metod dle Morávka (1987) reliabilita potvrzena.

Testová metoda je dle Svobody (2010) objektivní pouze v případě, kdy výsledky testu nejsou závislé na osobě, která jej předkládá a vyhodnocuje. Instrukce i podmínky musí být pro všechny testované osoby stejné. Požadavek objektivnosti se vztahuje i na závěrečnou interpretaci testů. Nejlépe vyhovující jsou testy, které jsou měřitelné v nějakých objektivních jednotkách. Obtížnější situace nastává v případě testů, kde neexistují dobré a špatné odpovědi. Objektivita testu se vztahuje i na možnost či nemožnost záměrného zkreslení testu vyšetřovanou osobou. Projektivní metody by tedy měly pro psychodiagnostiku používat zkušení odborníci, které do vyhodnocování projektivních metod neprojekují své osobní cíle, zájmy a hodnoty. Pokud si daný examinátor tyto věci uvědomuje, má schopnost sebereflexe a dlouholetou zkušenost z vyhodnocování projektivních metod, nemusí být ani méně spolehlivé psychometrické vlastnosti projektivních technik překážkou. Na základě projektivních technik můžeme zpřesňovat hypotézy, které by se měly následně ještě ověřit pomocí dalšího cíleného šetření (Šípek, 2000).

5 Grafické projektivní metody

Mezi nejpůvodnější a nejstarší výrazové projevy psychického stavu člověka patří bezesporu kresba. V kresbě se zobrazuje část vědomých i nevědomých rysů osobnosti. Její vztah k jednání je bližší, než je tomu u mluveného slova. Projektivní hodnota kresby je tedy značná. V psychologické diagnostice se využívá tzv. tématických kresebných technik, kdy proband dostane za úkol kreslit na předem určené téma - např. strom atp. Pro diagnostiku lze dále použít techniku doplňování začatých kreseb (Warteggův test), dále malby pomocí prstů, volného dokreslování či spontánního čmárání (Svoboda, 2010).

Kresba může poukazovat na způsoby emočního prožívání a úroveň aktuálního emočního ladění. Snad všechny lidské činnosti jsou ovlivněné stabilními znaky citového prožívání i reaktivity dané osoby. V kresbě či písmu je lze zachytit ve snadno identifikovatelné podobě. Z tohoto důvodu byly (a stále jsou) různé kresebné testy používány nejenom jako metody hodnocení vývojové úrovně dítěte, ale i jako tzv. emoční indikátory. Projevy emocí testovaného jedince lze sledovat v jakékoliv kresbě (Svoboda, 2009).

V kresbě se odráží typy temperamentu i způsob emočního prožívání. V tématické kresbě lze zjistit postoj k určité skutečnosti, např. rodinným vztahům či sebepojetí. Z těchto důvodů jsou kresebné testy oblíbené a široce využívané. Kreslení poskytuje i možnost k celkovému uvolnění, může snižovat počáteční napětí a nejistotu. Kresebné metody nejsou časově náročné a mohou být pro diagnostiku velmi přínosné. Rozsáhlejší využití těchto metod je v dětské psychodiagnostice, avšak užívá se i v psychodiagnostice dospělých (Vágnerová, 2009).

Projekce v kresbě se může uskutečnit ze dvou hlavních zdrojů. Prvním zdrojem skutečnost daného jedince, tedy subjekt projikuje své pocity, konflikty či zážitky tělesného chmatu aj. Druhý zdroj představují tužby a přání zkoumaného jedince, ve kterých by chtěl tento subjekt působit impozantním dojmem (Svoboda, 2010).

Anastazi (1968) poukazuje na dvojí pozitivní úkol grafických projektivních technik. V první řadě slouží grafické projektivní techniky jako diagnostický nástroj, avšak jejich nesporným přínosem je i terapeutický efekt. Díky kresbě si tak proband může odpočinout od svých emočních problémů.

K nejpoužívanějším tématicky grafickým projektivním metodám patří bezesporu kresba lidské postavy, ale používají se i jiná témata. Např.: K. Koch vypracoval tzv. Test kresby stromu (Baum test). Tento test vychází z předpokladu, že kresba ovocného stromu může mít výpovědní hodnotu o emocionální zralosti dětí i dospělých a o poruchách sociální a emocionální oblasti. Do skupiny grafických projektivních metod lze dále zařadit i Warteggův kresebný test, který budu podrobněji popisovat až dále.

6 Warteggův kresebný test

6.1 Vznik a vývoj

Wartegg sestavil a publikoval svůj kresebný test v padesátých letech. V této době se psychologie snažila najít spojení mezi psychoanalytickými (představitelem byl Freud) a hloubkově psychoanalytickými (představitel Jung) přístupy k duševním procesům a jejich vědeckému zhodnocení (Vetterová, 1994). První verzi svého testu uveřejnil Ehrig Wartegg roku 1939 v práci, která nesla název “Gestaltung und Charakter“.

Dle autora tohoto testu je jeho cílem zprostředkovat examinátorovi pohled do výstavby vrstev kortikálního řízení z reflexivních výchozích pozic až ke kvalitativnímu rozložení duševních smyslových vztahů. První varianta testu se zaměřovala na určení tzv. charakterologického profilu. Ten byl tvořen dílčími duševními strukturami. Každá struktura pak popisovala dvě vlastnosti. První varianta tedy dle autora zjišťovala:

1. cit (vlastnosti: otevřenost, citlivost)
2. fantazii (zaměřenost na tvar, množství nápadů)
3. rozum (přesnost, střízlivost)
4. vůle (pevnost, pudovost)

Roku 1953 Wartegg publikoval další interpretační postup, který nazval „grafoskopickou diagnostikou vrstev“. Tento interpretační postup významně zvyšoval počet sledovaných znaků. V charakterologických závěrech pak opouští schéma mohutnostní psychologie a svoji pozornost klade více na pojetí Lerschachova vrstevového modelu osobnosti.

Poslední Warteggův interpretační postup se uskutečnil v roce 1963. V něm kladl největší důraz na hledání osobnostního profilu, jeho kvalit i vrstev. Interpretace se soustředí na profil vrstev a profil kvalit a stanovuje tzv. “reflexografický profil vrstev“. Podle „neflexibilního polárního poměru“ pak rozděluje vyšetřované jedince do senzibilního, útlumového či vzrušivého typu (Svoboda, 2010).

Wartegg navazuje na Sanderův „Phantasie test“ z dvacátých let. Vychází především z koncepce Gestalt psychologie. On sám charakterizuje svůj test jako

relativně univerzální metodu, která umožňuje zachytit strukturu osobnosti s jejími vlastnostmi a funkcemi, ale i její příslušné neurofyziologické základy (Svoboda, 2009).

Wartegg chtěl především nabídnout „exaktně měřící metody“. Navrhl tedy soubor archetypických znaků, které vyvolávají u zkoumaných jedinců mozkové podráždění, které je zaměřeno na měřitelné vyrovnávání funkcí podnětu a pocitu (Wartegg, 1953). Snažil se pomocí svého testu o odkrytí tzv. „charakterových vrstev“ pomocí první a druhé signální soustavy I. P. Pavlova. Jádrem bylo tvrzení, že duše může existovat pouze ve spojení s materiálním mozkem. Kromě teorie I. P. Pavlova si Wartegg vzal na pomoc i grafologii, protože ta posuzuje, jak osobnostní komponenty stálé, tak zachycuje i momentální stav zkoumané osoby. Warteggovou velkou zásluhou je, že psychometrikou výpověď rozšířil i na kresbu. On sám sice také uznával význam symbolicky zpracovaných obsahů, avšak důrazně varoval před jejich přeceňováním (Vetterová, 1994)

Podstatou metody Warteggova kresebného testu je dotváření a doplňování předkreslených předmětů. Warteggův test se svým provedením a jeho podněty se jeví jako velice zajímavý test. Svoje uplatnění má hlavně při zařazení do testové baterie. Zkušenému praktikovi může pomoci porozumět více vyšetřovanému jedinci (Morávek, 1987).

Metodické zaměření Warteggova kresebného testu (WZT) můžeme zařadit pod tzv. grafoskopické metody. Ty vyžadují graficky testovatelné pokračování účelově se měnících podnětových událostí se strukturálně přehledné souvislosti. Díky experimentálně kontrolovaným vztahům vjemů v optickém poli a funkce popudu lze nahlédnout do struktury vrstev kortikálního řízení reflexních výchozích pozic. Pomocí této metody lze vyzorovat kvalitativní různorodost duševních smyslových vztahů daného jedince (Wartegg, 1953).

6.2 Testovací materiál

Testovací materiál Warteggova kresebného testu tvoří papírový arch formátu A4, na kterém jsou v horní polovině kreslicí plochy dvě řady se čtyřmi černě ohraničenými čtverečky o velikosti 4x4 cm. Wartegg počítá s účinkem kontrastu mezi světlou a tmavou plochou. Dále je zkoumané osobě dána k dispozici tužka. Guma je pak poskytována pouze na vyžádání.

V každém čtverečku je započatá určitá kresba, tím že jsou zde předtištěny určité stimuly:

1. První čtvereček obsahuje malý bod. Je to obrazec, který je charakteristický kulatostí, světlostí a centralitou a představuje jemné, nepatrné, organické a přes to středně určité.
2. Znak ve druhém čtverečku je vlnovka, představující organicky uvolněné citové vzrušení či hnutí. Tento stimul pobízí k něčemu živému, kmitajícímu, rostoucímu či plynoucímu.
3. Třetím znakem jsou tři zvětšující se čáry, které jsou uspořádané ve stejných odstupech. Tento znak naznačuje dynamické zvětšování vertikály či architektonické členění prostoru. Ukazuje na kvalitu rigidity, pravidelnosti, pořádku a progresu.
4. Čtvrtým stimulem je malý černý čtvereček, který zdůrazňuje temnotu, hranatost a tíži. Je to stimul velice těžký, masivní a statický.
5. Pátý stimul představují proti sobě ležící příčná a podélná čárka. Tento znak představuje ideu dynamiky a konfliktu.
6. Šestým znakem je vodorovná a svislá čára vyžadující rozhodnutí o rozdělení či spojení znaku.
7. Sedmým znakem je tečkovitý půlkruh, který příznivě ovlivňuje vcítění do jemného členění. Vyvolává řešení a prozrazuje senzibilitu.
8. Osmým znakem je konkávní kruhový oblouk předpovídající harmonické zaokrouhlení a uzavření (Wartegg, 1953; Svoboda, 2010).

Každý stimul již naznačuje možnosti charakterologických alternativ. Jde tedy o komponenty struktury osobnosti, které určují oblast afektů a vůle a které patří mezi nejstabilnější složky osobnosti. V případě poruch dojde ke změně, a to pak vyžaduje velice mimořádné úsilí psychoterapeuta a ještě větší snahu pak na straně klienta. Wartegg doporučuje tento test několikrát opakovat v určitém časovém horizontu (Wartegg, 1953).

6.3 Administrace

Vyšetřovaným osobám se zadá instrukce, aby dokreslili načatý znak podle svého uvážení do celku, který bude dávat nějaký smysl a který je bude uspokojovat. Vyšetřovaní jedinci jsou předem uklidněni, že nezáleží na jejich malířských schopnostech. A že v této testovací metodě je důležitý hlavně jejich nápad, nikoliv způsob provedení. Dále se probandům zadá instrukce, že není předem stanovené pořadí, záleží tedy pouze na jejich uvážení, jaké pořadí zvolí. Po zpracování jednotlivých polí

proband dostane instrukci, aby napsal ihned po dokončení jednoho obrázku jeho číslo a označení. Až proband domaluje a pojmenuje všechna pole, dostává ještě za úkol zaznamenat, které pole je mu nejpříjemnější a které ze svých obrázků považuje za nejhorší. Větší roli než provedení hraje nápad. Pořadí zpracování polí se ponechá čistě na probandovi. Jen je vždy třeba dohlédnout, aby proband své zvolené pořadí zaznamenal, protože i volba pořadí obrázků má interpretační obsah.

Examinátor by měl během zpracování kresby probanda sledovat a zaznamenávat si všechny mimické, fonetické reakce a gesta. Měl by zaznamenávat i čas, který proband jednotlivým obrázkům věnuje. Eventuálně i dotazy či různé nápady, které k jednotlivým obrázkům proband má. Ke kresbě by měl proband použít středně tvrdou tužku. Gumování je povoleno, ale guma se dává k dispozici až na vlastní přání probanda.

Velikost skupiny probandů může být maximálně dvacet pět osob. Časový horizont pro vyplňování Warteggova testu by neměl přesáhnout třicet minut (Wartegg, 1953).

6.4 *Hodnocení a interpretace*

Přesný interpretační postup je zatím stále nejednoznačný. I sám autor své vyhodnocovací postupy několikrát měnil (Morávek, 1987).

V České republice se dodnes pro interpretaci Warteggova kresebného testu používá vyhodnocovací postup z roku 1953, tedy tzv. diagnostika vrstev. Tímto postupem se hodnotí:

1. Pořadí, v jakém subjekt dokresluje započaté obrazce.
2. Profil vrstev, tedy reakce na předlohy. Zkoumaný jedinec může daný podnět ignorovat, překrývat jej, difúzně jej zpracovávat, ulpívat na podnětu apod. Při této části interpretace se autor v podstatě všímá odrazu ontogenetického vývoje v kresbě.
3. Kvalitativní profil zachycuje do jaké míry je subjekt ovlivňován a usměrňován výchozí podobou podnětu.
4. Struktura obrazu, kam můžeme zařadit přesun, doplnění, asociaci a perseveraci.
5. Charakterologické schéma, které se zabývá obsahovým a formálním zpracováním jednotlivých polí. Různé způsoby zpracování pak poukazují na určité osobnostní vlastnosti (Svoboda, 2010).

Při hodnocení by měl být dále kladen důraz na:

6. Přiměřenost kresby danému stimulu. Stupeň adekvátnosti kresby vychází z předpokladu, že každý stimul vyvolá určité odezvy, resp. prožitky. Lze rozlišovat adekvátnost, resp. neadekvátnost využití předem daného stimulu v rámci obrázku, jehož je součástí. Zkoumaná osoba může na daný stimul zareagovat jeho zdůrazněním, přizpůsobením obrazce nebo jeho ignorováním.
7. Obsah kresby. Obsah kresby může být nejasnou čmáranicí bez obsahu, ale i jednoznačným ztvárněním nějaké situace nebo objektu. Obsahu kresby lze porozumět jako projevu volné asociace, jež ukazuje na zájmy, obavy i orientaci tvůrce kresby. Z hlediska obsahu můžeme diferencovat různé varianty od bezesmyslných čmáranic a abstraktních obrazců, přes realistické obrázky (např. zvířat či lidí) až po fantazijní zpracování určitého tématu. Z hlediska obsahu můžeme hodnotit míru originality nebo tendence reagovat standardním způsobem.
8. Způsob ztvárnění kresby. Způsob provedení kresby může poukázat na užitečné informace o zkoumaném jedinci. Kresbu můžeme hodnotit podle běžných projektivních kritérií. Při hodnocení můžeme sledovat projevy rigidity či naopak sklony k impulzivitě. Určitý diagnostický význam mohou mít různé, zejména nějak potlačené, opomenuté či naopak zdůrazněné aspekty kresby. Ty také mohou signalizovat určité osobnostní charakteristiky (Svoboda, 2009).

Správné vyhodnocování a následná interpretace Warteggova kresebného testu jsou velmi komplikované. Pro rutinní diagnostiku osobnosti se spíše využívá pouze tzv. charakterologické schéma. To vychází z Lerschova modelu osobnosti, tedy modelu vrstev a zkoumá se:

- A. Endotymní základ
 1. vitalita: efektivita, senzitivita
 2. přizpůsobení: adaptivní, introverzivní
 3. snaha: po uplatnění idealismu
- B. Nadstavba
 1. prosazení: zaměření, pevnost vůle
 2. odstup: střízlivost, přesnost
 3. výraz: běžnost, originalita

Většina vlastností, které jsou obsaženy v tomto schématu, se hodnotí jak z hlediska obsahu, tak z hlediska formálního zpracování. Podle závažnosti a intenzity se dané vlastnosti přiřadí 0 - 3 body (Svoboda, 2010).

Brněnský psycholog Bronimann poukazuje na důležitost pořadí, ve kterém proband zpracovává jednotlivá pole. Bronimann uvádí, že tři první dokreslené archetypy, které jsou přednostně zpracovány, poukazují na aktuální problematiku, která je snadněji terapeuticky zpracovatelná, protože leží nejbližší vědomé rovině. Naproti tomu znaky, které jsou dokresleny naposled patří k nejzávažnějším a nejvíce potlačeným problémům (Vetterová, 1994).

Pomocí testu lze hodnotit osobnostní strukturu a kreativitu, především tedy divergentní tvořivé schopnosti. Prostřednictvím Warteggova testu lze vysledovat asociační význam jednotlivých podnětů, obsah kreseb i způsob jejich zpracování (Svoboda, 2009).

Warteggův kresebný test je možno uplatnit v rámci výchovného poradenství či v rámci poradenské činnosti v rámci povolání. Rovněž má možnost uplatnění při diagnostice neurózy či ve forenzní oblasti psychologie. Překážkou však zůstává malá objektivita při vyhodnocování, která snižuje praktickou cenu testu. Restandardizace nebyla do současné doby provedena (Svoboda, 2010).

Na závěr této kapitoly bych ráda upozornila na fakt, že Wartegg odmítal tzv. celkové - tedy intuitivní hodnocení. Tedy právě ten přístup, který v současné době při interpretaci testu poskytuje nejvíce informací a poskytuje nejcennější pohled do struktury a dynamiky psychické energie (Wartegg, 1953)

Kromě výše uvedených způsobů hodnocení existují různé modifikace, které mohou být zaměřeny například na hodnocení výrazových prostředků. Výsledným produktem hodnocení by měly být hypotézy, jež se vztahují k předpokládaným osobnostním vlastnostem, popř. k posouzení tvořivosti zkoumané osoby. Informace získané pomocí Warteggova kresebného testu je třeba ověřit pomocí dalších, úžeji zaměřených metod (Svoboda, 2009).

6.5 Barevná modifikace Warteggova kresebného testu

Autorkou barevné modifikace Warteggova kresebného testu je česká lékařka Mudr. Vetterová, která nyní žije ve Švýcarsku. Tato modifikace nabízí možnost využít

k diagnostice různé symboly. A to symboly prostorové, obsahové i barevné. Dle Velterové může barva změnit či zvýraznit význam některých symbolů. Skutečnost, že zkoumaná osoba nevyužije ke kresbě barvu, může mít také určitý diagnostický potenciál. Může se zde projevit určitý konflikt či blok. Barevná modifikace je vhodná a účelná při kontrole terapeutického efektu (dle ústního sdělení Y. Mazéhoové, 2000).

7 Symbolika barev

„Barva je něčím víc než jen zbarvením světa kolem nás a v nás.“

J. Baleka

Je dokázáno, že barvy mají na duševní náladu a na všeobecný dobrý zdravotní stav člověka velký vliv. Volba barev při malbě může zrcadlit náladu a emoční rozpoložení daného jedince (Hulke, 2005). Barvy mají ve výtvarném projevu psychologický, estetický i kulturní kontext. Použití barev může také představovat intenzitu a stav emočního života daného jedince. Podobně jako mezi lidmi existují i mezi barvami různé vztahy. Proto je důležité, všimnout si jaké barevné kombinace daný jedinec volí (Šicková-Fabrici, 2002).

Pro bližší vymezení vztahu barev a psychiky, zde uvádím stručnou symbolickou hodnotu jednotlivých barev tak, jak ji uvádějí autoři Pleskotová (1987), Šicková-Fabrici (2002) a Hulke (2005). Ráda bych zdůraznila, že význam jednotlivých barev se mění i podle jejich sytosti, intenzity a jejich začlenění do kontextu ostatních barev.

- **Bílá barva** je nejsvětlejší barevná vibrace. Je barvou světla, které v sobě skrývá všechny barvy. Vyjadřuje jasnost, vznešenost, ale také nevinnost a naivitu. Bývá často spojována s počátkem života a také s jeho koncem. Je to barva ctnosti, čistoty a radosti. Může ale také být považována za symbol nepřístupnosti a chladné rezervovanosti. Lidé, kteří mají tuto barvu v oblibě, mají sklon k perfekcionismu, smělym plánům a abstraktním idejím. Odmítání bílé pak ukazuje na vnitřní samotu a absenci cílevědomosti.
- **Černá barva** symbolizuje tmu, tajemství smutek, zánik či smrt. Obecně je černá barva označována za barvu neštěstí, smutku a zla. Bezbarvá a neproniknutelná černá může být i výrazem zvláštní svátečnosti. Je to barva, která je v kontrastním rozdílu ke všemu pestrému či veselému. Časté používání černé při malbě může znamenat

negativní pocity spojené s omrzelostí a nátlakem. Výlučné používání pouze černé může signalizovat prožité trauma, či depresi.

- **Červená** je barva silných emocí, dynamičnosti a nadvlády, ale je také barvou vzpoury či odboje. Může působit povzbudivě, vzrušivě, ale také imponujícím či dominantním způsobem. Je to symbol chuti do života. Je to barva, která aktivizuje a působí dynamicky, agresivně i průrazně. Je to barva, která odpovídá životní síle, pocitu sebehodnocení a sebedůvěry ve vlastní možnosti. Červená v nás může vyvolat zcela odlišné emoce. Na jedné straně může působit jako radostný a dynamický zdroj síly, ale na druhou stranu může být pro mnohé barva pobuřující, odpuzující a ohrožující.
- **Modrá barva** patří do skupiny chladných barev. Je barvou moře i nebe. Obecně symbolizuje klid, mír a vyrovnanost. Může znázorňovat povinnost, konzervatismus či sebezpozorování. Je to také barva touhy, obětování či věrnosti. Symbolizuje důstojnost, mírnost a samostatnost. Lidé, kteří tuto barvu preferují, jsou rozumní a dobře se kontrolující. Striktní odmítání modré může poukazovat na depresivní či odmítavý postoj, který je většinou spojený s velkým zklamáním.
- **Žlutá barva** patří mezi barvy základní a teplé. Je nejjasnější a nejsvětlejší z pestrých barev. Symbolizuje moudrost a inteligenci. Často může být označována jako barva levé hemisféry, stimuluje ji a podporuje tak duševní kapacitu jedince. Častá volba žluté barvy může znamenat duchovní čilost a chuť učit se stále něco nového. Lidé, kteří naopak žlutou zcela odmítají, se často cítí přeceňováni či naopak podceňováni. Jejím odmítáním může také svědčit o určitých komunikačních potížích
- **Zelená barva** je barvou rovnováhy mezi žlutou a modrou. Symbolizuje tedy stabilitu, klid a naději. Může působit uklidňujícím způsobem, stejně jako barva modrá. Je to barva lidí se silným sociálním cítěním. Milovníci zelené mají houževnatou povahu a silnou vytrvalost spojenou s cílevědomostí.
- **Oranžová barva** je symbolem optimismu a radosti ze života. Lidé upřednostňující tuto barvu jsou otevření, plní energie, někdy mohou mít touhu vyniknout a získat uznání. Striktní odmítání této barvy může značit určitou nepochopnost, problémy v kontaktu s lidmi či zábrany, které mohou být vysvětleny všeobecnými předsudky daného člověka vůči jiným lidem
- **Hnědá barva** je barva země. Tato barva dává pocit stability a dává tak základ k dalšímu rozvoji. Přináší stabilitu, jistotu a spolehlivost. Lidé preferující hnědou

stojí nohama na zemi, jsou šetřiví a plně svázaní s domovem. Úplné odmítnutí hnědé může značit znechucení daného člověka z jistých vazeb, omezení a tlaků.

- **Růžová barva** v sobě obsahuje jemnější tóny červené. Vyjadřuje náklonnost, lásku a oddanost. Mimořádná preference růžové vyjadřuje duchovní potřebu lásky a ochrany. Tito lidé bývají často velice senzibilní a zasnění. Avšak přehnaná preference růžové poukazuje na narušený vztah k realitě a odvracení se od vážných životních událostí. Úplné odmítnutí této barvy může ukazovat na nevědomý nedostatek podpory, ale také snahu o samostatnost a emancipaci.
- **Fialová barva** se v barevném spektru nachází mezi modrou a červenou a je tak sjednocením dvou protichůdných pólů. Kde je modrý klid podněcován červenou hnací silou. Je to barva inspirace, magie, mystiky a kouzla. Lidé preferující tuto barvu jsou velmi senzitivní a silně obráceni do nitra. Lidé odmítající tuto barvu jsou často zatíženi silnými depresemi či kolísáním nálady.
- **Šedá barva** symbolizuje opatrnost a ochotu ke kompromisům. Je to barva přizpůsobivá a diskrétní. Sklon používat šedou barvu mají často lidé snažící se o vnější vznešenost a odstup. Lidé preferující šedou chtějí vézt či vedou poklidný život.

8 Deprese, depresivní onemocnění

8.1 Vymezení pojmu

Slovo deprese slyšíme v běžné laické populaci poměrně často. Každý jistě slyšel, že někdo má nebo měl “depku“. Avšak pokud někdo mluví o depresi, většina laiků tím má na mysli stav mrzutosti, nepohody nebo nervozity, které jsou zapříčiněny potížemi a nezdary v různých oblastech života. V lékařské praxi se termín deprese či úzkosti může vyskytnout v rámci několika psychických onemocnění (Anders, Skopová, 2004).

Depresivní nálada se vyskytuje v běžné populaci velice často, skoro vždy tato nálada nastává po obdržení špatné zprávy. Daný člověk má pak různě dlouhou dobu špatnou náladu, je nešťastný, nemá náladu ani energii na vykonávání každodenních činností. Neuspokojují ho ani činnosti, které dříve dělával rád. Často si daný jedinec nepřeje být s jinými lidmi a touží po samotě. Avšak tato nálada ve většině případů za několik hodin či dní spontánně odezní. Pokud však depresivní nálada trvá nepřiměřeně

dlouhou dobu a přejde tak do chronické fáze, můžeme tuto poruchu diagnostikovat jako duševní onemocnění - tedy depresi. Hlavní rozdíl mezi depresivní náladou a depresí tedy spočívá v závažnosti a délce trvání. Ovšem hranice mezi fyziologickým smutkem a depresí je velice neostrá a obtížně vymežitelná (Cohem, 2002).

Depresivní onemocnění je všeobecně považováno za jedno z nejtěžších duševních onemocnění. Vyskytuje se v každém věkovém období. Je to nemoc, která nedělá rozdíly mezi rasami, podnebím či sociálními vrstvami (Vavrušková, 2008).

Slovo deprese má latinský původ - deprimere, deprimere, depressi, které lze přeložit jako slovo stlačit (doslova de-dolů a premere-tlačit). Jako význam slovesné formy tohoto slova můžeme uvést stisknout, stlačit, snížit. Depresivní onemocnění tedy můžeme definovat jako pokles, stísněnost či sklíčenost (Křivohlavý, 2002).

Deprese je nemoc, nikoliv lenost či nedostatek vůle. Je to nemoc, která vážně narušuje nejen život postiženého jedince, ale i jeho okolí, rodinu či partnerské vztahy. Mnoho lidí, kteří trpí depresivním onemocněním, bohužel nevyhledá pomoc. Je to z důvodu, že si daný člověk ani neuvědomí, že je depresivní. Popř. si svou nemoc uvědomuje, ale stydí se za ni, a doufá, že ji zvládne překonat sám. V neposlední řadě může hrát velkou roli i nedostatek důvěry v lékaře. Daný jedinec si pak myslí, že lze depresi překonat silnou vůlí, jen to však mnohdy nestačí (Herman, 2005).

Projevit se může náhle a v různé míře. Snižuje nejen kvalitu života nemocného, ale vede i k celkovému poklesu jeho výkonnosti. V těžších případech vede ke ztrátě pracovní schopnosti a v nejtěžších případech může vést i k sebevražednému jednání. Dále se s depresí setkáváme u organicky podmíněných emočních poruch, které jsou zapříčiněny různým somatickým onemocněním. Depresivní potíže se mohou také objevit u jedinců závislých na alkoholu nebo jiných návykových látkách působících neurotoxicky. Krátkodobější formou je smutná nálada jako reakce na úmrtí blízké osoby. Teprve její patologicky zvýšená intenzita a délka nepřiměřená trvání je označována jako depresivní reakce v rámci poruchy přizpůsobení (Anders, Skopová, 2006).

Deprese jako diagnostická jednotka spadá do kategorie afektivních poruch. Afektivní poruchy se vyznačují zejména patologickou změnou efektivity, nejčastěji se jedná o pokles nálady, tj. depresi, vzácněji se pak objevuje patologicky zvýšená nálada tedy mánie (Uhrová, 2004).

Depresivní poruchu nelze opomíjet, neboť patří do první desítky nejčastějších příčin pracovní neschopnosti na světě. Depresivní porucha je velmi závažné

onemocnění, které podstatným způsobem ovlivňuje celou osobnost a sociální fungování postiženého jedince. Deprese se v současné době řadí mezi nejčastější psychické poruchy, epidemiologické údaje uvádějí, že zhruba 100 miliónů lidí na celém světě trpí tímto neuropsychiatrickým onemocněním (Anders, Skopová, 2006).

Psychoanalytický směr považuje depresi za reakci na určitou ztrátu. Behaviorální směr pak jako nedostatek posílení nebo přemíru zraňujících prožitků. Z kognitivního pohledu lze vidět depresi jako dominanci negativních myšlenek, zveličování vlastního selhávání a přítomnost nepřiměřeného sebekritického hodnocení událostí. Z biologického pohledu lze u depresivních nemocných pozorovat nadbytek některých receptorů pro neurotransmitory. Množství těchto nadbytečných receptorů je pak ukazatelem přítomnosti a závažnosti tohoto onemocnění (Hartl, Hartlová, 2010).

8.2 *Epidemiologie*

V poslední době je celosvětově zachycen stoupající trend deprese a posun této nemoci do nižších věkových hranic. Dle studií se velká deprese projeví u devíti až dvaceti šesti procent žen a pěti až dvanácti procent mužů. Epidemiologické studie udávají, že je celosvětově postiženo touto chorobou každý rok asi sto miliónů lidí (Uhrová, 2004). U žen se toto onemocnění vyskytuje dvakrát častěji než u mužů. Vliv dědičných faktorů se odhaduje ve výši pěti až dvaceti procent (Hartl, Hartlová 2010).

I přes mnohé nesporné pokroky v diagnostice a léčbě deprese její psychosociální a zdravotní následky neustále celosvětově narůstají. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že v roce 2020 bude depresivní onemocnění představovat druhou nejčastější příčinu zneschopňujících zdravotních problémů. Již dnes patří depresivní onemocnění v lékařské praxi mezi nejčastější chronická onemocnění. Zatím není zcela známo, co za tímto nárůstem přesně stojí. Jedním z faktorů může být i rozšíření a všestrannost zdravotní péče (Anders, Skopová, 2006).

Dříve bylo depresivní onemocnění považováno za onemocnění, kterým trpěli jen staří lidé. Postupem času se však ukázalo, že to tak není. Depresivním onemocněním trpí v současné době nejvíce lidí v produktivním věku (Křivohlavý, 2002). Depresivní onemocnění se nejčastěji rozvine mezi dvacátým pátým až třicátým pátým rokem věku. V mnoha případech depresivní onemocnění skončí spontánně, ve dvanácti procentech se však pacienti nezotaví ani po pěti letech léčby. Depresivní onemocnění má velkou tendenci k opakovanému výskytu. Statistiky uvádějí, že až u padesáti procent pacientů, kteří dosáhli remise, nemoc znova do dvou let propukne, do šesti let je to dokonce až

devadesát procent případů. Po prodělání jedné depresivní epizody, je až padesáti procentní šance propuknutí depresivní epizody druhé v průběhu života. Průběh periodické depresivní poruchy je charakteristický zmenšováním intervalů mezi jednotlivými depresivními epizodami (Praško, 2004).

8.3 Etiopatogeneze

I přes mnohé nové poznatky, není stále možné s jistotou říci, jak tato nemoc vzniká či ukázat na jasné a jednoznačné příčiny. Do dnešní doby bylo zformulováno nespočet hypotéz možných příčin vzniku depresivního onemocnění.

Nejvíce uznávaný je dnes bio-psychosociální model. Dle tohoto přístupu lze faktory, které zapříčiňují duševní poruchy rozdělit do dvou skupin - a to jsou faktory biologické a faktory psychosociální. Psychosociální faktory tvoří významný soubor vlivů, jež se mohou na vzniku duševní poruchy podílet, udržovat je či zapříčiňovat opětovné uzdravení daného jedince. Mezi psychosociální faktory můžeme zařadit interpersonální vztahy či rodinné zázemí. Mezi biologické faktory můžeme například zařadit geneticky determinované schopnosti snášet stres (Anders, Skopová, 2006).

Důvody vzniku tohoto onemocnění jsou dle Praška (2004) v oblasti biologické (kde hrají roli především genetické faktory), imunoneuroendokrinní (narušení aktivity osy hypothalamus-adenohypofýza-kůra nadledvin aj.) a neurochemické (změna či narušení přenosu signálu atp.) Všechny tři uvedené oblasti jsou vzájemně propojeny a navzájem se doplňují a ovlivňují. Vysvětlení vzniku depresivního onemocnění poskytuje i mnoho psychologických hypotéz. Z pohledu léčby má největší význam kognitivně behaviorální model vzniku depresivní poruchy. Tento model je také základem specifické časově omezené psychoterapie, jejichž účinnost v léčbě depresivních poruch je ověřena. Jednotlivé teorie vzniku depresivního onemocnění se nevyklučují, ale spíše se navzájem doplňují a poskytují tak různé úhly pohledů na vznik depresivní poruchy (Praško, 2004).

Češková (2006) rozděluje faktory, které se mohou na vzniku depresivního onemocnění podílet na faktory biologické, psychosociální a genetické. Dle Baštecké (2003) může deprese vzniknout jako sebepoškozovací reakce na ztrátu blízké osoby nebo osobě ceněné hodnoty. Další teorie vykládá depresivní onemocnění jako neučenou bezmocnost či nedostatek pozitivního zpevnování (Baštecká, 2003).

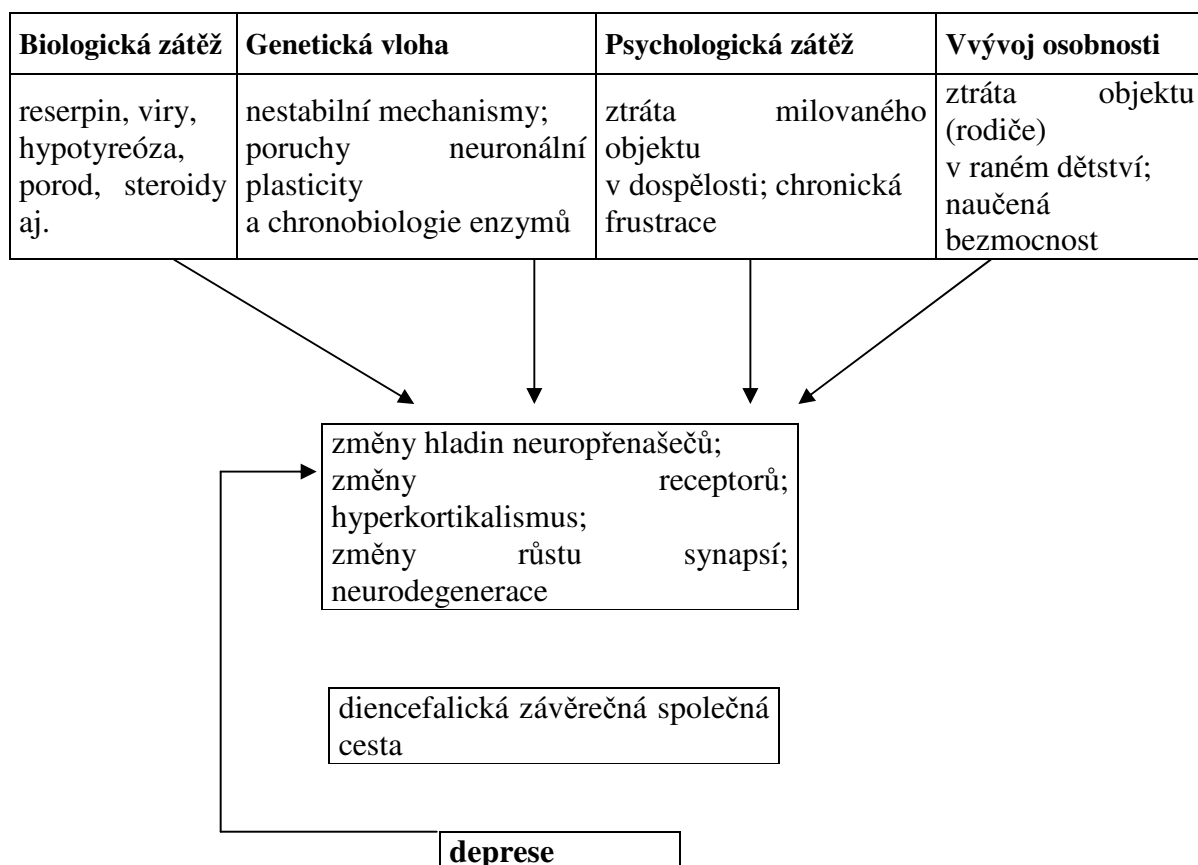
Mezi kritická období, kdy bývá člověk k depresi náchylnější, patří období dospívání, klimakteria, involuční věk, ale i jarní a podzimní měsíce. Nebezpečí

rozvinutí depresivního onemocnění významně snižují dobré partnerské vztahy či jiná sociální opora (Hartl, Hartlová, 2010).

Autoři Siang-Yang Tan a Johna Ortberga (1995) dělí příčiny, jež mohou vést k propuknutí deprese do několika hlavních skupin.

1. Příčiny, které mají základ v narušeném či nezdravém životním stylu. Mezi ty autoři řadí: nedostatek dostatečného pohybu, nedostatek spánku, přemíra pracovní zátěže.
2. Příčiny biologické, tedy tělesné. Do této skupiny patří, např. minulé či přítomné prožívání vlastní nemoci nebo blízkého člověka (např. objevení příznaků rakoviny) či dlouhodobé přecházení nemoci. Dále spouštěcím faktorem může být vyšší citová zranitelnost vyskytující se u člověka s vysokou empatií a morální odpovědností, která může způsobovat dlouhodobý strach, aby nezranil city druhých či vyšší závislostí na druhých. Dále to může být poporodní deprese či přecitlivělé reakce na kritiku.
3. Další skupinou je případ, kdy dané osoby prožily zážitek selhání sebe sama, který se může projevit pocity viny, že člověk neudělal, co udělat měl a naopak. Častý negativní postoj k ostatním lidem (nenávisť, zlost, neodpuštění). Výrazné či časté odchýlení od morální etiky (např. nedodržení slibu, manželská nevěra, krádež).
4. Obtížné životní zkoušky – například finanční obtíže, nezaměstnanost či neúspěch v zaměstnání nebo v osobním životě.
5. Osamění, např. po rozvodu, úmrtí.
6. Existenční prázdnota – ztráta naděje, smysluplnosti života.
7. Biologické faktory-genetické predispozice.
8. Problémy v mezilidských vztazích – rozpad rodiny, nevhodná sociální komunikace.
9. Sociálně-kulturní faktory – nedostatečné finanční i sociální podmínky, nepříznivé etnické faktory (např. problematika menšin apod.).

Mezi příčiny můžeme také zařadit faktory dědičnosti, které sehrávají podstatnou roli. Velký vliv má také výchova či ztráta důležité osoby v dětství, také předčasné oddělení od matky, nedostatečná péče, týrání nebo naopak rozmazlování a ulevování bývají často přítomny v anamnéze postiženého jedince (Praško, 2001).



Tab. 1 Příčiny a rozvoj depresivního onemocnění (Höschl et al., 2004, s. 410)

8.4 *Klinický obraz deprese*

Depresivní syndrom zahrnuje pestrý obraz specifických projevů emocí, pocitů, chování, tělesných potíží, způsobu myšlení a pohledu na sebe, svět a budoucnost. Nutno podotknout, že existují mnohdy velké individuální rozdíly z hlediska prožívání i chování depresivních osob. Velká individualita je i v rozsahu prožívání a reagování na toto prožívání (Praško, 2003). Příznaky deprese můžeme rozdělit na tělesné, psychické, které dále můžeme rozdělit na depresivní myšlenky, psychotické projevy a depresivní chování, kam patří sebevražedné jednání.

Tělesné příznaky

Na počátku i během depresivního onemocnění se mohou objevovat různé somatické příznaky, které mohou imitovat tělesnou nemoc. Tělesné příznaky jsou ve většině případů prvotními příznaky na počátku depresivního onemocnění, kdy jsou psychické příznaky málo patrné (Hartl, Hartlová, 2010). Někdy se projevují ještě před úplným počátkem vzniku depresivního onemocnění, mohou ale i přetrvávat ještě

nějakou dobu po jeho odeznění. Důvodem je velice úzká propojenost biologických pochodů a duševního stavu. Mozková centra, která jsou odpovědna za naši náladu, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Tohoto důvodu dochází se směnami nálady i k mnoha tělesným obtížím (Praško, 2003).

Deprese, která je překrývaná tělesnými příznaky, se označuje jako deprese maskovaná či karbovaná. Mezi nejčastější tělesné příznaky depresivního onemocnění můžeme zařadit slabost, vysílenost, závratě, poruchy srdečního rytmu, zácpu, potíže s dechem, bolesti hlavy, svalů, kloubů, pocit tlaku či chladu, menstruační poruchy nebo poruchy s erekcí (Baštecká, 2003). Depresivní poruchu také velmi často doprovází poruchy spánku, kdy si jedinec může stěžovat jak na nespavost či výrazně zkrácený spánek, tak naopak na nadměrnou potřebu dlouhého spánku. Dalším tělesným příznakem může být změna chuti k jídlu, kdy může jít o zvýšenou chuť k jídlu s následným přibírání nebo naopak o nechutenství s následným poklesem váhy. Do tělesných projevů deprese také můžeme zařadit apatii, zpomalené pohyby i celkové tempo, ale mohou být i neklid či roztěkanost. (Anders, Skopová, 2004).

Do skupiny tělesných symptomů můžeme dále zařadit ztrátu zájmu o sexuální život, neschopnost koncentrace, pocit menšího množství energie či ztráta zájmu o věci (Cohen, 2002). Patří sem také časté nucení na močení, poruchy srdečního rytmu, celková slabost, sucho v ústech, pocit závratí atp. (Křivohlavý, 2002).

Psychické příznaky

Psychické příznaky zprvu nemusí být tak manifestní jako příznaky tělesné. Mezi typické příznaky patří smutná nálada, ztráta zájmu o okolí, ztráta dřívějších zálib, malá nebo zcela chybějící schopnost umět se něčím potěšit, pokles libida atd. Depresivního jedince často trápí pocity vlastní nicotnosti, viny a nedokáže se soustředit (Anders, Skopová, 2006).

Deprese ničí či přeměňuje životní priority a hodnoty. Významně může ovlivnit pracovní i sociální sféru jedince. Depresivní jedinci často negativně hodnotí sebe i okolní svět, za vše na sebe berou vinu a vždy očekávají své selhání místo úspěchu. (Hartl, Hartlová, 2010).

U depresivního onemocnění může být přítomna zároveň také úzkost. Úzkost je trvalý pocit psychosomatického napětí. Depresivní jedinec očekává něco nepříjemného, ale neví, co by to konkrétně mělo být. Úzkost můžeme charakterizovat jako strach, kterému chybí nějaký konkrétní objekt. Strach také pociťuje mnoho osob trpících

depresí. Mají strach o sebe i své bližní, strach z vlastní neschopnosti, strach z odmítnutí druhých, strach, že se z deprese nikdy nedostanou, strach že podlehnou myšlenkám na smrt. Nemocní mají strach z tělesné nemoci (rakovina, infarkt). Dále depresivní nemocní mohou trpět pocitem ztráty. Ztráty, které každý člověk během svého života prožívá, mohou být symbolické nebo reálné. Vyvolávajícím momentem, ze kterého se může deprese rozvinout, je často ztráta blízké osoby, ztráta sociálního postavení (např. odchod do důchodu), ztráta jistoty a bezpečí (např. změna či ztráta zaměstnání či pokles fyzických schopností). Mezi ztráty tzv. symbolické pak patří nerealizované ambice, nenaplněná očekávání či nesplněné sny. Depresivní osoba často pociťuje vztek i na sebe sama. Zlobit se na sebe může z mnoha důvodů, např. kvůli vlastnímu selhání, neschopnosti činit rozhodnutí, apod. Přestože často není vina na její straně, automaticky trestá sama sebe. Často se tak degraduje pouze sama. Mnohdy cítí k sobě takovou nenávist, že se sobě stává nepřítelem (Praško, 2003).

Dalším příznakem může být také velká nerozhodnost. Depresivní onemocnění může nebo zcela znemožňuje rozhodování a brání tak nemocnému provést i nejjednodušší činnosti. To může být způsobeno tím, že daný člověk nedokáže zvolit pořadí jednotlivých úkonů. Nerozhodnost může souviset právě se strachem ze špatně vykonané činnosti. Nerozhodnost může skončit úplnou absencí rozhodování a následnou rezignací. Nemožnost překonat depresivní onemocnění vlastní vůli bez pomoci dalších osob může vyvolávat bezmoc a beznaděj. Nemocný může mít pocit, že už se ze své nemoci nikdy nevyлéčí a že ať udělá cokoliv, nikdy nepocítí štěstí. Dlouhodobá přítomnost pocitu napětí či úzkosti vedou často k celkové podrážděnosti. Lidem trpícím depresivní poruchou stačí minimální podněty, které by za normálních okolností pro zdravého člověka nebyly tak zásadní k tomu, aby nemocní reagovali výbuchem hněvu či lítosti. Jistě ne každá osoba s depresivním onemocněním trpí. Typická je také nadměrná lítost (Praško, 2003).

Depresivní myšlenky

Myšlení depresivních pacientů je často velice zpomalené, nepozorné a odbíhané. Deprese může být provázena pocity viny, výčitkami svědomí atp. Depresivní osobu také často napadají specifické depresivní automatické myšlenky. Tyto myšlenky se objevují nevědomě a daný člověk to zpočátku ani nevnímá. Jsou to myšlenky, které přicházejí samy, daný člověk nad nimi nemá vědomou kontrolu. Automatické myšlenky se vynořují každému člověku. U zdravých jedinců mají tyto myšlenky většinou neutrální

charakter, ale u depresivních jedinců jsou zabarveny negativně. Tyto negativní myšlenky pak danému člověku znemožňují vykonávat činnosti, které by mu mohly třeba pomoci. Stále více se dotýčný oddává sebekritice (Praško, 2004).

Depresivní chování

Depresivní onemocnění způsobuje, že jsou daní jedinci méně aktivní, rezignovaní a bez iniciativy. Většina i sebemenších překážek je pro ně nepřekonatelné. I sebemenší rozhodnutí je obtížné. Tyto aspekty se projevují i v chování daného jedince navenek. Psychické tempo je často velmi sniženo. Soustředěnost na podněty je zhoršená, často i po započetí aktivity u nich dlouho nevydrží. Pozornost je často odváděna depresivními myšlenkami. Cítí se velmi unavení, a proto často nemají chuť nějakou činnost začít. Přestávají se zajímat a těšit z věcí a činností, které jim dříve přinášely uspokojení. Mezi projevy depresivního chování můžeme zařadit např. pláč, nerozhodnost, celkovou zpomalenost, odkládání činnosti, nesoustředěnost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktům, pasivitu, sebelítost, či sebevražedné pokusy. Depresivní jedinci jsou během depresivní nálady často velmi pasivní. Lidé trpící depresivním onemocněním mají sklon vyhýbat se jakékoliv aktivitě. Mezi tyto aktivity patří i aktivity rekreační a zábavné. Vyhýbají se kontaktu s druhými lidmi. Vyhýbají se ale i každodenním běžným aktivitám, jako je nakupování, cestování dopravními prostředky, používáním výtahu apod. (Praško, 2003).

Sebevražedné pokusy

Během depresivního onemocnění se u převážné většiny pacientů vyskytne nějaká forma úvahy o smrti. U depresivních nemocných je třicetkrát vyšší riziko sebevraždy než v běžné populaci. Pacienty pronásledují i v mírné fázi tzv. vágní suicidiální úvahy, při kterých nemocného lákají představy, že by se již následujícího rána neprobudil. Avšak sám ještě nepřemýšlí o aktivním ukončení života. Závažnějšími projevy jsou již konkrétní představy o ukončení života, suicidiální úvahy, které často vyúsťují do promyšlení možné realizace suicidia. Některé nemocné paradoxně uklidňuje představa, že mají pro případ zhoršení svého stavu přesný plán na ukončení svého utrpení. Toto vědomí je pak může od realizace suicidia odvrátit. Rozhodně to však neplatí vždy, u většiny nemocných je tedy přesně promyšlený plán suicidia varovným signálem.

Dalším stupněm suicidiálního vývoje je pořízení tzv. sebevražedných pomůcek tj. například koupě zbraně či nashromáždění velkého množství léků. Takové suicidiální jednání je již jasným indikátorem k ústavní léčbě, stejně jako stádium poslední a tím je již realizovaný suicidiální pokus (Uhrová, 2004).

Psychosomatické projevy

Psychosomatické projevy se objevují, je-li deprese velmi hluboká. Může dojít ke změně kvality porozumění světu či k poruše myšlení. Produktem poruchy myšlení pak může být blud. Nemocný je mylně přesvědčen o něčem, co v reálném světě neexistuje. Často pak podle tohoto přesvědčení i jedná. Blud můžeme charakterizovat jako nepravdivé, mylné přesvědčení o světě. Blud má vždy značný vliv na chování a reagování člověka (Praško, 2003). U nemocného se mohou také objevit halucinace. Jsou to vjemy daného jedince bez vnějšího reálného podnětu, který by byl v dosahu příslušného analyzátoru. Pacientovi tento vjem nelze vyvrátit, neboť je pro něj zcela reálný. Nejčastěji se objevují halucinace sluchové. V takových případech slyší pacienti různé hlasy, aniž by kdokoliv v místnosti byl či mluvil.

Velmi častá je u deprese celková zpomalenost psychomotorického tempa. Při neustálém zpomalování tohoto tempa, může dojít až k stuporu. Při stuporu je nemocný neustále v jedné poloze bez jakéhokoliv pohybu (Uhrová, 2004).

Ne vždy se vyskytují všechny symptomy současně, někdy může chybět sklíčená nálada či se naopak objevit hypersomie, tedy nadměrná spavost. K depresi může být přidružená ještě jiná duševní porucha, kterou může být například schizofrenie, různé úzkostné stavy nebo poruchy příjmu potravy (Cohen, 2002).

8.5 *Formy depresivního onemocnění*

MKN-10 jako klasifikační kritéria uvádí:

1. Příčinu - ta určuje primární či sekundární formu deprese
2. Polaritu - ta rozděluje depresivní onemocnění na unipolární a bipolární
3. Intenzitu - dle intenzity se onemocnění rozděluje na lehké, střední a těžké
4. Délku trvání a opakování výskytu onemocnění - depresivní epizoda, rekurentní depresivní onemocnění.
5. Přítomnost psychosomatické symptomatologie - psychotická deprese.

Depresivní onemocnění bývá členěno na psychogenní a somatogenní. Tradiční rozdělení na exogenní a endogenní depresi se v současné době již nepoužívá a je nahrazeno dělením na deprese mírné, středně těžké a těžké, příp. psychotické (Práško, Pašková, 2003).

Somatogenní depresi lze považovat za psychózu, psychogenní depresi pak za nepychotickou poruchu. Psychogenní neboli reaktivní deprese se vyvíjí v závislosti na nepříznivých životních situacích. Snad každý člověk reaguje na nepříznivé situace smutkem, avšak při psychogenní depresi se depresivní nálada prohlubuje a trvá nepřiměřeně dlouho. U psychogenní deprese neboli endogenní jsou přítomny vnitřní příčiny nemoci. Vnitřní příčiny zahrnují biologické, biochemické a psychofyziologické charakteristiky jedince, které se uplatňují při vzniku poruchy. Vulnerabilita (tedy tělesná i duševní citová zranitelnost) každého jedince, pak rozhoduje o tom, který typ deprese se u něho vyvine. Jestli se prosadí faktory prostředí - tedy stresory, nebo faktory vnitřního prostředí - tedy dědičnost (Vavrušková, 2008).

Při mírné depresi je postižený jedinec schopen vykonávat pracovní činnost a fungovat v běžném každodenním životě. Mnoho činností mu však jde hůře a pomaleji. Postupně ho přestávají bavit a zajímat věci, které mu dříve přišly zábavné a naplňující. Postižený jedinec se také začne vyhýbat kontaktu s jinými lidmi i s přáteli a uzavírá se do sebe. Léčba probíhá ve většině případů v ambulantní formě a postižený dále chodí do zaměstnání.

Při středně těžké depresi už je daný jedinec většinou neschopen chodit do zaměstnání a i domácí činnost mu jde velice pomalu a těžce. Většinu času je postižený jedinec nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý, nedokáže se na nic soustředit a ztrácí zájem o sexuální život. Léčba již probíhá v pracovní neschopnosti, a to buď ve formě docházky do denního sanatoria nebo v případě sebevražedných myšlenek je vhodná hospitalizace.

Při těžké depresi už se postižený není schopen postarat sám o sebe. Má tendenci pouze ležet v posteli a celý den nic nedělat. V pohybech i myšlení je buď velice zpomalený, nebo naopak výrazně agitovaný, plný neklidu. Porucha nálady je velmi hluboká a téměř ji nelze ovlivnit vnějšími impulzy. Prakticky skoro žádnou činnost již pacient nevykonává, nemá na ni energii. Velice často přemýšlí o sebevraždě. Léčba těžké deprese probíhá vždy formou hospitalizace (Práško, Pašková, 2003).

Depresivní onemocnění má velice často recidivující charakter s tendencí ke chronicitě. Z dlouhodobých výzkumů vyplývá, že přítomnost pouze jedné depresivní

epizody je velice vzácná, riziko rekurence je tedy vysoké, zhruba padesát procent (Svoboda, 2006). Rekurentní depresivní porucha je charakterizována opakujícími se depresivními epizodami, bez samostatných epizod mánie. Často jsou ale přítomny epizody hypománie, povznesené nálady a zvýšené aktivity, které následují po depresivní epizodě. Obvykle se tato forma vyskytuje u žen - dvakrát častěji než u mužů (Praško, 2001).

Podmínkou pro stanovení diagnóza rekurentní (periodická) depresivní porucha podle MKN-10, je předchozí výskyt alespoň dvou fází depresivních epizod trvajících minimálně dva týdny, které byly od sebe odděleny několika měsíčním obdobím bez jakýchkoliv významných příznaků afektivních poruch (MKN10, 2001).

Depresivní onemocnění se také může vyskytovat jako tzv. sekundární onemocnění - tedy jako příznak lze nalézt u neurotických poruch, arteriosklerotických mozkových cév či u schizofrenie (Hartl, Hartlová, 2010).

8.6 Diagnostická kritéria

Poruchy nálady či různé úzkostné stavy jsou v dnešní době velice rozšířené. Přesto však stále nebývají správně a včasně v ordinaci praktického lékaře diagnostikovány. První příčinou tohoto jevu je pacientův strach se stigmatizace ze strany okolí. Bohužel je i přes mnohé pokroky duševní onemocnění stále velice často vnímáno jako nemístné a řada takto nemocných raději pomoc lékaře ani nevyhledá. Jako druhou příčinu můžeme označit přehlédnutí depresivních či úzkostných symptomů. Důvodem k přehlédnutí může být i fakt, že pacient za lékařem většinou přichází z jiného důvodu, než je duševní onemocnění, a tak může snadno dojít k překrytí či zamaskování depresivních symptomů somatickými. Deprese je velice často doprovázena úzkostnými symptomy (Anders, Skopová, 2006).

Diagnostika se zakládá zejména na typickém klinickém obrazu, anamnestických údajích a objektivních informací, které nám podají pacientovi příbuzní. Po prvních příznacích onemocnění je diagnózu nutné podpořit psychologickými testy, eventuálně zobrazovacími metodami k vyloučení organické etiologie. Pro stanovení diagnózy je nutností trvání depresivní epizody po dobu minimálně dvou týdnů (Uhrová, 2004).

Základním aspektem pro určení správné diagnostiky je správně vedený rozhovor. Pacienti s depresivním ale i jiným psychiatrickým onemocněním jen velmi zřídka mluví otevřeně a spontánně o svých potížích a pocitech, eventuálně mohou příznaky velice zkreslovat svou osobitou interpretací. Z těchto důvodů je nutné při

podezření na depresivní onemocnění klást otázky přesně cílené na zjištění základních příznaků. Další možností pro stanovení diagnózy je užití posuzovacích psychiatrických škál depresivity. Mezi nejpoužívanější škály patří Hamiltonova psychiatrická stupnice určená pro posuzování deprese či stupnice Montgomeryho a Asbergové. Pro ne-psychiatra je však její využitelnost nízká, neboť na správné vyhodnocení je potřeba zácvik. Určité usnadnění správné diagnostiky poskytuje sebesposuzovací škála. V případě, že lékař pojme podezření na přítomnost deprese, může ji dát pacientovi vyplnit. V České republice se nejčastěji využívá Beckova sebesposuzovací stupnice deprese. Při nejasnostech či pochybnostech lze diagnózu podpořit psychologickým vyšetřením, to patří výhradně do rukou erudovaného psychologa (Uhrová T. 2004).

Stanovení správné diagnózy depresivního onemocnění je základní podmínkou pro stanovení úspěšné léčby. Ve většině případů se při stanovování diagnózy nelze obejít bez anamnézy. Na této anamnéze by se nejlépe měli podílet nejbližší rodina, partner a praktický lékař. Pro stanovení diagnózy jsou rovněž důležitá laboratorní či jiná přístrojová vyšetření, včetně zobrazovacích metod, které odlišují primární depresi od deprese sekundární, jež provází nějaké somatické onemocnění. Pomocnou mnohdy nezastupitelnou úlohu mají také psychologická vyšetření. Z psychologického vyšetření však na poruchu osobnosti můžeme soudit až po odeznění depresivní epizody. Při určování správné diagnózy je nutné zvažovat správné odlišení depresivní poruchy od jiných duševních onemocnění, které mohou mít podobné příznaky či projevy. Jedná se například o poruchu nálady při somatickém onemocnění, demenci, schizofrenii, nekomplikovaném zármutku (např. se ztráty někoho blízkého) či bipolární afektivní poruchu atd. (Praško, 2006).

Rodinná anamnéza je pro stanovení depresivního onemocnění velice důležitá a často může odhalit genetickou dispozici k depresivnímu onemocnění (Cohen, 2002). Při podezření na přítomnost depresivního onemocnění lze použít jeden z mnoha tzv. formalizovaných rozhovorů - tedy dotazníků. Takových dotazníků existuje mnoho. Nejpoužívanějším dotazníkem je Beckův dotazník deprese, často se používá také Hamiltonův dotazník (Křivohlavý, 2002).

8.7 Možnosti léčby

Deprese je léčitelné avšak velice závažné duševní onemocnění, jehož výskyt stále stoupá. Přesto, že je deprese v populaci velice rozšířená a probíhá mnoho osvětových kampaní na toto téma, zůstávají depresivní epizody mnohdy

nediagnostikovány a neléčeny. Podle některých studií je dokonce jen polovina depresí rozpoznána a z těchto případů je jen polovina depresí léčena (Uhrová, 2004).

Jak již bylo řečeno, deprese je nemoc a jako každá nemoc vyžaduje správný postup léčby. Neléčená deprese může negativně ovlivňovat jak postiženého jedince, tak celé jeho nejbližší okolí (Praško, 2001).

Z důvodu často se vyskytujícímu periodickému průběhu depresivního onemocnění rozděluje se léčba převážně do tří etap.

1. Akutní - jedná se o léčbu akutní epizody depresivního onemocnění. Cílem je především zmírnění a odstranění příznaků deprese. Délka akutní léčby depresivní epizody trvá obvykle kolem tří měsíců, může být však podstatně kratší či delší.
2. Udržovací - udržovací léčba následuje po odeznění akutní depresivní epizody. Hlavní cíl je udržení dosaženého zlepšení. Po úspěšné akutní léčbě se pacient může cítit už zcela zdrav, avšak mnohdy jsou příznaky depresivního onemocnění překryty léky a po vysazení až u 80 procent případů dochází k recidivě.
1. Profylaktická - profylaktická léčba plynule navazuje na léčbu udržovací. Zpravidla trvá více let, někdy i celý život. Je doporučována hlavně u pacientů, kteří zažili opakované epizody deprese (Praško, 2003).

U dvou třetin léčených pacientů je terapie účinná a vede ke zlepšení stavu pacientů během 1 - 2 měsíců. Následně lze pomocí dlouhodobé farmakoterapie u části nemocných předejít opětovnému návratu tohoto onemocnění. Je dobré si uvědomit, že pro dobrou a efektivní léčbu je velkou nutností pečlivé stanovení diagnózy, srozumitelné vysvětlení diagnózy, případně včasné informování ostatních členů pacientovy rodiny. I přes to, že moderní medicína již o depresivním onemocnění zjistila mnoho informací, neexistuje dosud přesný postup léčby takových stavů. Z tohoto důvodu se při léčbě klade hlavní důraz na obecný terapeutický přístup k léčbě s přihlédnutím k možným indikacím či kontraindikacím jednotlivých postupů (Praško, 2004).

Hlavním cílem léčby je zmírnění symptomů depresivní epizody a tím i zmírnění utrpení pacienta a to dříve, než by došlo ke spontánnímu zlepšení. Při léčbě se dává přednost přístupu, který bude s největší pravděpodobností nejúčinnější a zároveň nebude provázen vysokým rizikem výskytu nežádoucích účinků léčby. Terapeutickým

efektem by tedy mělo být navrácení funkčních schopností psychosomatických i pracovních a to do úrovně před začátkem nemoci. Nezbytná je také minimalizace rizika vzniku relapsu či recidivy. Při léčbě depresivního onemocnění lze volit z terapie biologické a nebiologické. Do terapie biologické lze zařadit terapii farmakologickou (podávání antidepresiv) a nefarmakologickou (elektrokonvulze). Terapie nebiologická se skládá ze specificky podpůrné terapie a psychoedukace. V současné době se zdá být pro léčbu nejlepší kombinace léčby antidepresivy s psychoterapií a to především v léčbě lehkých a středně těžkých depresí. Každý předpis antidepresiv by měl být předepisován v určitém psychoterapeutickém rámci (specifickém či nespecifickém), ve kterém dominantní roli představuje vztah lékaře s pacientem či terapeutem. Tento vztah pak hraje jednu z rozhodujících rolí pro získání spolupráce nemocného a jeho rodinných příslušníků (Hochsl, Libiger, 2002).

Ošetřující lékař by měl rozhodovat o způsobu léčby a jejím režimu (ambulance, hospitalizace či denní stacionář) hlavně na základě klinického stavu pacienta, tedy závažnosti depresivní poruchy, dále na možnosti podpůrného systému (rodina, domácí péče atd.) a schopnosti pacienta postarat se o sebe při každodenních záležitostech (příjem potravy, hygiena). Důležité je také odhadnout možnosti spolupráce při léčbě (odmítání léčby, docházka na kontroly).

Jedním z předpokladů úspěšné léčby je opakované hodnocení psychického stavu a rizik, včetně nežádoucích účinků léčby. K hodnocení psychického stavu je vhodné využít některou z klinických škál (např. HAM) v kombinaci se sebesposuzovací škálou. Důraznou indikací k hospitalizaci pacienta je vysoké riziko nebezpečí pro sebe i pro své okolí, závažný průběh při nedostatku sociální podpory, nedostatečná odpověď na ambulantní léčbu či přítomnost psychiatrické či závažné komorbidity. Výběr způsobu léčby také závisí na přání pacienta a dostupnosti léčby (Praško, 2004).

9 Výtvarný projev pacientů s depresivním onemocněním

Je zřejmé, že obsahová i formální stránka výtvarného projevu duševně nemocných specificky poukazuje na symptommatologii tohoto onemocnění. Postupný chronologický vývoj kreseb může poskytnout záznam o vývoji choroby. Dle Prinzhorne (1930), který celý život bádá v oblasti výtvarného projevu duševně nemocných, je výtvarná forma mnohem adekvátnější vyjadřovací prostředek všech změn odehrávající se v životě psychicky. Výtvarný projev duševně nemocných velice často osciluje mezi

dvěma póly. Jeden pól tvoří výrazově velice bohatá tvorba. Druhý pól pak tvoří chudá až prázdná reflexe.

Dle Wadesona (1980) používají depresivní pacienti tmavé barvy či pouze tužku. Velice výrazná je absence detailu, nahota, indikace kontroly, sebeovládání. Evidentní je minimum vložené energie. Jedním z projevů lidí trpící depresivním onemocněním je pocit samoty, odcizení či prázdnoty, které často ve svém výtvarném projevu zobrazují.

Autoři Žiak, Wiedermann, Wadesonová (In:Šicková-Fabricsi, 2002) se však domnívají, že kreativita duševně nemocných nemusí být patologickým procesem vůbec dotčena.

Wadesonová (In:Šicko-Fabricsi, 2002), která dlouhodobě pracovala s psychiatrickými pacienty, uvádí, že maničtí pacienti preferují používání tzv. divokých a teplých barev. U depresivních pacientů pak naopak převládají barvy tmavé, temné. Mnohdy je ve výtvarném projevu těchto jedinců výrazná absence jakýchkoliv barev. Nedostatek barevnosti může být ukazatelem energetického náboje pacientů.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1 Cíl výzkumu a hypotézy

Jako hlavní výzkumný cíl jsem si stanovila nalézt a charakterizovat typické znaky ve zpracování barevné modifikace WZT u osob s diagnostikovaným depresivním onemocněním a to na základě porovnání s kontrolní skupinou bez diagnózy deprese. Za tímto účelem proběhlo kvantitativní srovnání výsledků u osob s diagnózou depresivního onemocnění a bez diagnózy depresivního onemocnění.

Pro účely výzkumu byly stanoveny následující otázky:

1. Jakým způsobem se promítne diagnóza depresivního onemocnění do barevné modifikace WZT ?
2. Jaké jsou typické rozdíly ve zpracování Warteggova kresebného testu u osob s diagnózou depresivního onemocnění a bez této diagnózy?

2 Metodika výzkumu

Pro zpracování předkládané bakalářské práce bylo použito metody kvantitativního výzkumu. Využité metody a techniky v rámci tohoto výzkumu byly zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor, sekundární analýza dat - analýza dokumentace. Hlavní metodou výzkumu byla barevná modifikace Warteggova kresebného testu, kterou jsem zadávala individuálně nejprve výzkumné skupině, tedy pacientům s depresivním onemocněním. Poté kontrolní skupině - osobám bez diagnózy depresivního onemocnění. Z důvodu malého počtu existující odborné literatury a manuálů k vyhodnocení Warteggova kresebného testu jsem se nechala inspirovat bakalářskou prací p. Pružinové z roku 2008, která se zabývá specifikami dětí s poruchou chování, které se projevují ve Warteggovu kresebném testu. Důvodem pro inspiraci touto bakalářskou prací byla i potřeba uzpůsobit vyhodnocování testu tak, aby bylo možné výsledky skórovat kvantitativně. Warteggův kresebný test byl původně uzpůsoben pro kvalitativní vyhodnocování.

2.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl zvolen tak, aby co nejvíce reprezentoval populaci, která je předmětem výzkumu. Soubor tvořilo 60 dospělých osob, které byly rozděleny do dvou výzkumných skupin. Hlavním kritériem zde byla diagnóza depresivního onemocnění a

to ve středně těžké formě. Výzkumnou skupinu (dále jen VS) tedy tvořilo 30 osob s diagnostikovaným depresivním onemocněním. Kontrolní skupinu (dále jen KS) pak tvořilo 30 osob bez diagnózy depresivního onemocnění, které zároveň nikdy na toto onemocnění nebyly v minulosti léčeny. Dalším kritériem byla absence předchozí zkušenosti s Wartegovým testem. Vzhledem k snazší dostupnosti, tvořili kontrolní skupinu převážně studenti ze zdravotně sociální fakulty. Pro větší věkové rozmezí jsem si zvolila studenty z kombinované formy studia. Kontrolní vzorek jsem pak ještě doplnila o 12 osob z dobrovolnického centra v Českých Budějovicích, kde působím.

Zastoupení mužů a žen bylo v obou skupinách zvoleno záměrně stejné. Podle počtu žen a mužů ve výzkumné skupině, byl následně stanoven stejný počet mužů a žen pro skupinu kontrolní. Zastoupení v obou skupinách je 24 žen a 6 mužů. Na věkové rozmezí respondentů již nebyl kladen takový důraz. Avšak opět bylo stanoveno na základě výzkumné skupiny věkové rozmezí mladší dospělosti (20 - 50 let).

2.2 *Postup při získávání dat*

Data jsem sbírala od listopadu 2010 do konce ledna 2011. Nejprve sběr dat probíhal ve výzkumné skupině. S výzkumnou skupinou jsem se seznámila v rámci své praxe v Jihočeském psychiatrickém zařízení. Po konzultaci s paní primářkou a na základě prostudování dokumentace jsem stanovila konkrétní vzorek čtyřiceti respondentů. Z tohoto vzorku jsem pak následně musela vyjmout deset pacientů z důvodu špatné spolupráce, či nesplnění zadaného úkolu. První týden působení v psychiatrické léčebně jsem nejprve formou rozhovorů a sekundární analýzou dat (v tomto případě dokumentace) získávala potřebné údaje pro stanovení výzkumné skupiny. Druhý týden pak probíral samostatný sběr dat - tedy zadávání testů. Test jsem zadávala u výzkumné skupiny vždy v individuální formě. A to z důvodu zamezení možného ovlivnění probandů s sebou navzájem. Většina z respondentů mě už znala z předchozího týdne, takže jsem se nemusela představovat. Nejprve jsem s nimi chvíli vedla rozhovor, abych odstranila počáteční napětí. Pak jsem probandům předložila Wartegovův kresebný test, krátce ho představila a vysvětlila jsem jim principy práce s testem. Ujistila jsem je, že nezáleží na jejich malířských schopnostech. Dále jsem je ujistila o anonymitě testování a že je tento výzkum součástí mé bakalářské práce. Pro zaznamenání výzkumu jsem použila standardní záznamový arch, ve kterém jsou dvě řady po čtyřech polích či čtvercích, ve kterých jsou již předkresleny stimuly. Dále jsem probandům dala k dispozici sadu dvaceti čtyř pastelek a tužku. V konečné fázi jsem

musela ze vzorku vyřadit deset testů a to z důvodu odmítnutí či nezvládnutí dokončit kresbu.

Kontrolní skupině jsem test zadávala ve skupinové formě, kde byl stanoven čas na vypracování, tedy třicet minut.

2.3 Sledované znaky a jejich kritéria

Po prostudování odborné literatury, konkrétně tedy skript Evy Vetterové a knihy autora testu, uvedených u Takaly (1964) jsem si pro vyhodnocení této práce stanovila následující kritéria, která budu sledovat a porovnávat v jednotlivých skupinách. Výsledky budu porovnávat nejprve z hlediska obsahové stránky a následně z hlediska kvalitativních vlastností testu. Z těchto hledisek bude každé pole vyhodnocováno samostatně. Skupiny budou porovnávány z hlediska nejčastěji používaných motivů. Pro větší přehlednost bylo potřeba motivy utřídit do jednotlivých kategorií. Z důvodu absence odborné literatury zabývající se tímto srovnáváním jsem vycházela z testu Kreatos (in Pružinová, 2009), ve kterém je obsahová stránka kreseb podrobně rozebrána. Výsledky jsou pak u každého pole následně shrnuty a porovnány v obou výzkumných skupinách. Důraz je kladen hlavně na rozdíly zvolených motivů v obou skupinách. Dále byl kladen důraz i na formální zpracování testů. Při vyhodnocování formální stránky testů vyšlo najevo, že se výsledky mezi jednotlivými poli příliš neliší. Proto již nebyl důvod individuálně posuzovat jednotlivé čtverce. A tak bylo přistoupeno na porovnávání zpracování všech čtverců jednotlivými skupinami. Sledovaná kritéria byla tedy stanovena následovně:

Obsahová stránka kreseb

1. Nejčastěji volené motivy
2. Motivы živé a neživé

Formální stránka kreseb

1. Barevné provedení
 - a. Kresba obrysu tužkou, barvení pastelkami
 - b. Kresba obrysu pastelkami, barvení pastelkami
 - c. Kresba obrysu tužkou i pastelkami, bez vybarvení
 - d. Kresba obrysu pastelkami
 - e. Kresba obrysu tužkou
2. Integrace výzvy

- a. Základní podnět zakomponován do kresby
 - b. Opakování výzvy se smyslem k motivu
 - c. Opakování výzvy beze smyslu k motivu
 - d. Ignorace výzvy
3. Využití plochy pole
 - a. využití méně jak poloviny plochy
 - b. využití přibližné poloviny plochy
 - c. využití celé plochy
 4. Znázornění dynamiky vs. statiky

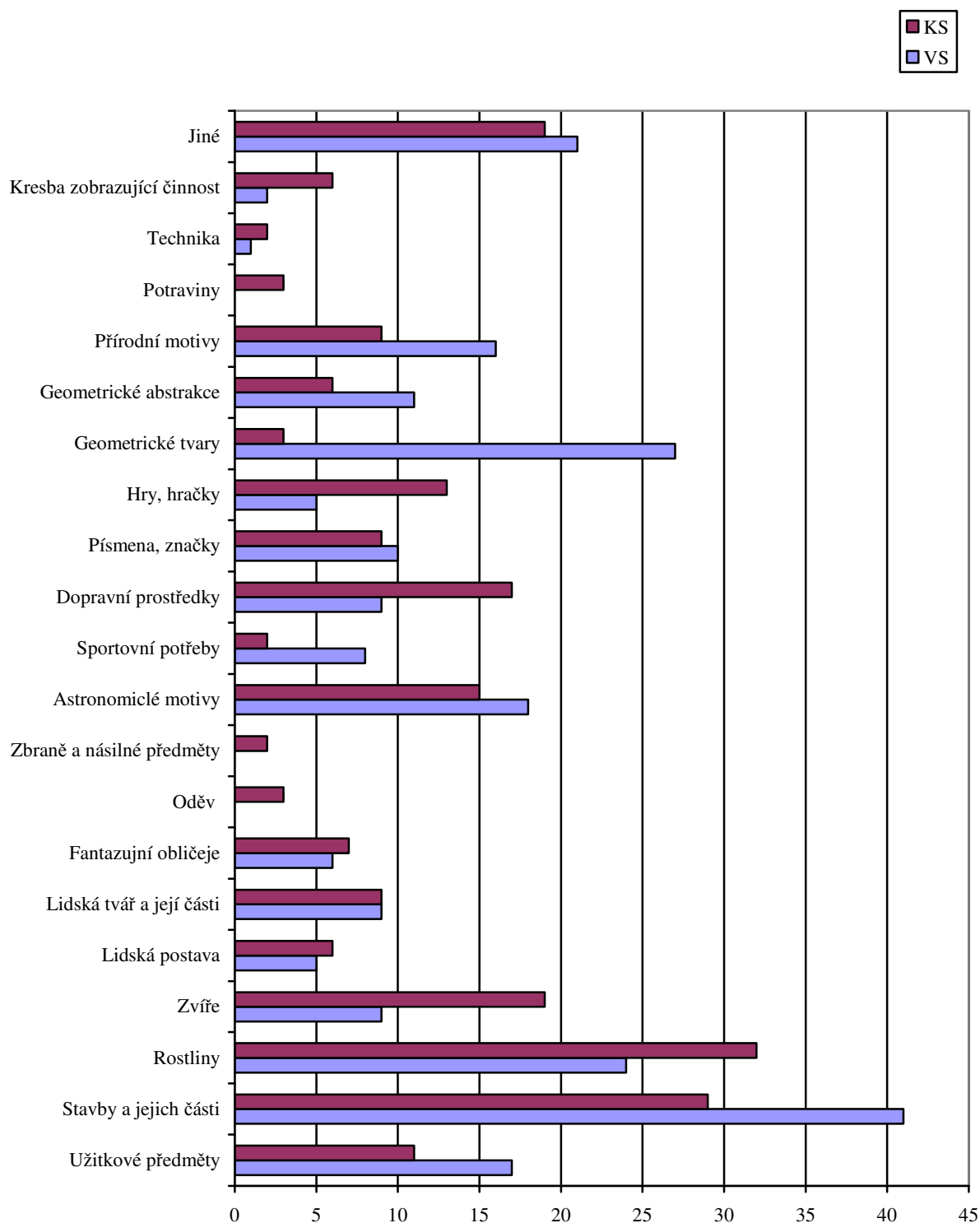
3 Obsahová stránka kreseb

Obsahové stránce kreseb nabyla prozatím v dostupné odborné literatuře věnováno příliš mnoho pozornosti. Z toho důvodu byl k interpretaci využit manuál Kreatos, ze kterého jsem převzala jednotlivé kategorie, do kterých jsem mohla jednotlivé motivy zařadit.

V manuálu Kreatos je uvedeno mnoho motivů a kategorií. Z toho velkého množství tedy pro účel této bakalářské práce byly vybrány pouze ty, které se objevovaly u výzkumné a kontrolní skupiny. Jednalo se o následující kategorie:

1. Užitkové předměty (koště, tužka, hrníček aj.)
2. Rostliny (stromy, květiny, užitkové plodiny atd.)
3. Stavby a jejich části (domy, paneláky, okna, dveře, plot aj.)
4. Lidská postava
5. Lidský obličej a jeho části (oko, ucho, ústa aj.)
6. Oděv a jeho části (kalhoty, sukně, trička aj.)
7. Kladný fantazijní obličej (kresba má určité znaky obličeje, ale nesplňuje parametry reálného obličeje)
8. Astronomická tělesa (hvězdy, slunce, měsíc aj.)
9. Zbraně a nástroje násilí (dýka, puška, nůž aj.)
10. Dopravní prostředky (kolo, auto, traktor aj.)
11. Znaky, značky, písmena
12. Sportovní předměty
13. Hry, hračky
14. Geometrické tvary a objekty (kruh, krychle čtverec aj.)

15. Geometrické abstrakce
16. Přírodní motivy
17. Potraviny
18. Technika (televize, rádi aj.)
19. Kresba vyjadřující zobrazované činnosti
20. Jiné (ojediněle se vyskytující motivy)



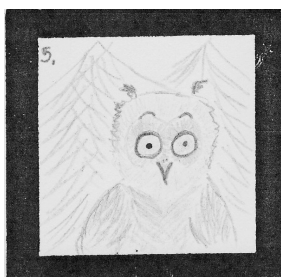
Obrázek 1 Celkové zastoupení motivů u obou skupin respondentů

Celkový počet vyplněných čtvercových polí u každé skupiny je 240. Z grafu můžeme vypočítat značné rozdíly ve výskytu motivů v jednotlivých skupinách. Ve výzkumné skupině (dále jen VS) byly nejčastěji voleným motivem stavby a jejich

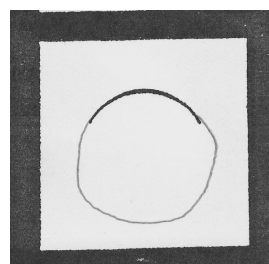
součástí. Tento motiv se objevil 41krát. Druhým nejčastějším motivem ve VS byly geometrické tvary a objekty. Tento motiv byl znázorněn ve 27 polích. V motivu geometrických tvarů byl zaznamenán největší rozdíl mezi skupinami. Respondenti z kontrolní skupiny totiž tento motiv volili pouze ve 3 případech, což je 9krát méně než respondenti z VS. Z toho lze usuzovat na chudost, monotónnost a na určitou ztuhlost výtvarného vyjádření respondentů z výzkumné skupiny. Respondenti z VS často volili pouze doplnění stimulu do tvaru geometrického obrazce bez vymyšlení dalšího obsahu. Z dalších motivů, které respondenti z VS volili častěji než respondenti ze skupiny kontrolní, můžeme jmenovat motivy užitkových předmětů (VS=17 vs. KS=11), geometrických abstraktů (VS=11 vs. KS=6), astronomických těles (VS=18 vs. KS=15) či přírodních motivů (VS=16 vs. KS=9).

Tyto motivy byly navíc znázorněny často rigidně a chudě. Podle Schurera (1977) mohou chudé podprůměrné motivy vyjadřovat nedostatek tvůrčí představivosti, či být způsobeny kreslířskou neschopností. Mohou však také ukazovat na nepříznivé negativní osobní tendence (tj. negativismus či depresivní ladění). Většina motivů, které respondenti volili byly neživé povahy. Oproti tomu v kresebném vyjádření respondentů z kontrolní skupiny (dále jen KS) se významně častěji objevovaly motivy zvířat a rostlin. Tedy motivy živé. (viz. Obrázek č.6)

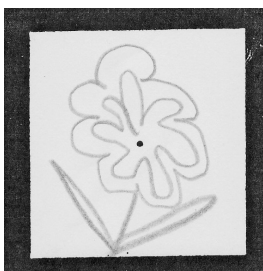
Motiv rostlin byl respondenty z kontrolní skupiny volen nejčastější ze všech motivů a vyskytoval se 32krát. Z kategorie rostlin byl pak nejčastěji volen motiv květin a to ve 21 případech. Ve VS zvolili respondenti motiv květin pouze 7krát. Motiv květin může dle literatury vyjadřovat určitou sebelásku, která je v VS zastoupena významně méně. Dalšími motivy, které respondenti z kontrolní skupiny preferovali více než respondenti skupiny výzkumné, byly motivy dopravních prostředků (KS=16 vs. VS=9), zvířat (KS=19 vs. VS=9), her a hraček (KS=13 vs. VS=5), potravin (KS=3 vs. VS=0).



Obrázek 2: Motiv zvířete KS



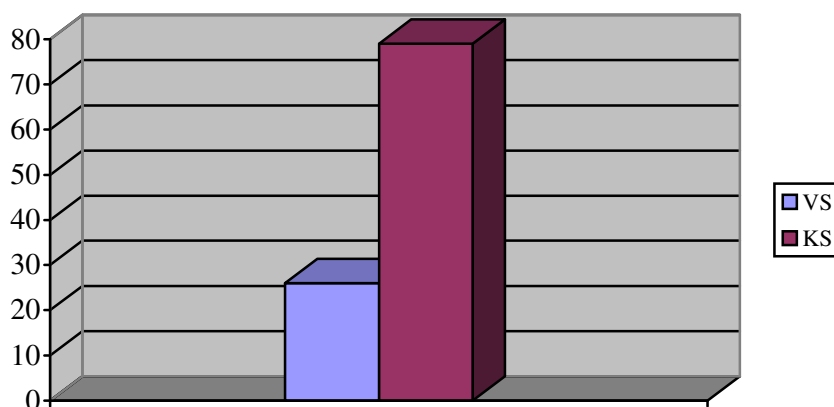
Obrázek 4: Motiv geometrického tělesa VS



Obrázek 3: Motiv rostliny KS



Obrázek 5: Motiv stavby VS



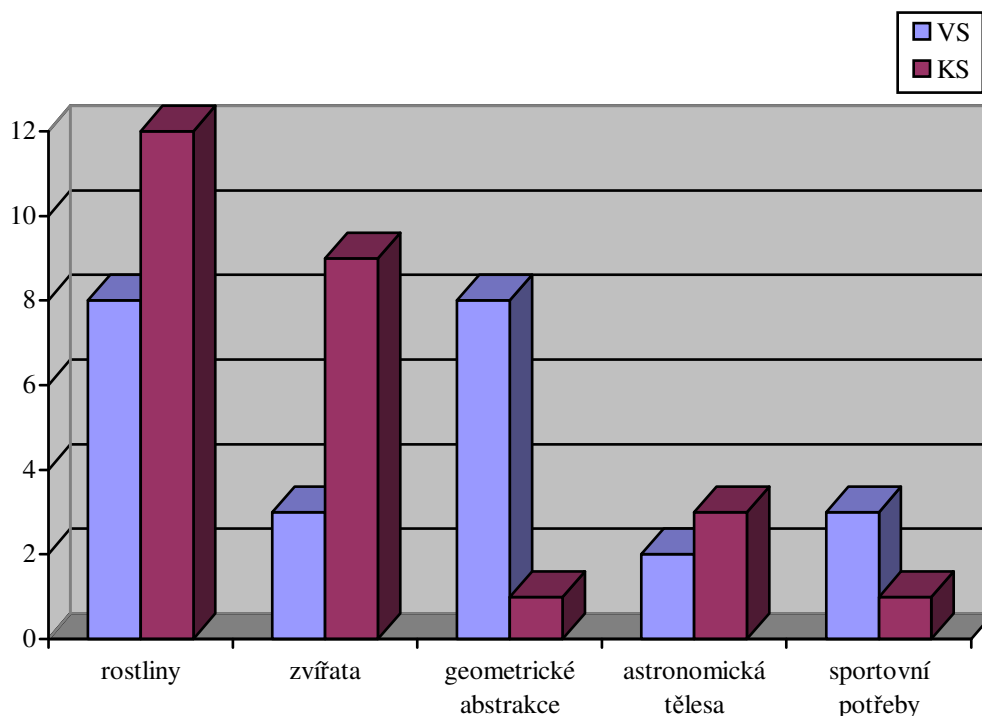
Obrázek 6: Zastoupení živých motivů u VS a KS

4 Charakteristika jednotlivých stimulů.

Všech osm polí ve Warteggově kresebném testu v sobě nesou jednotlivé stimuly, které podněcují probanda k vytvoření různých motivů. Každý stimul je naprosto jedinečný a měl by u zkoumaného jedince vyvolat potřebu doplnění do určitého tvaru. V této kapitole bude věnována pozornost na odezvu probandů, kterou vyvolala jednotlivá pole. Největší důraz je kladen na nejčastější volbu motivů v jednotlivých čtvercích. Hledání rozdílů nebo naopak shod ve volbě motivů jednotlivých polí čtverců obou zkoumaných skupin.

4.1 První pole

První pole obsahuje malý bod. Je to obrazec, který je charakteristický kulatostí, světlostí a centralitou a představuje jemné, nepatrné, organické a přes to středně určité. Je charakterizován otázkou: „ Jak proband vnímá svůj střed osobnosti, své Já a jak se prezentuje svému okolí“ (Vetterová, 1994, str. 3).



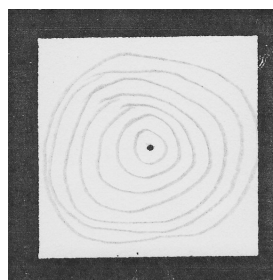
Obrázek 7: Nejčastější motivy v prvním poli

Ve volbě motivů se objevily určité rozdíly. Nejčastěji voleným motivem VS byly geometrické abstrakce, které se v KS vyskytovaly pouze v jednom případě. Patrný rozdíl můžeme vidět i ve volbě zvířecího motivu, který volilo 8 respondentů z KS a pouze 3 respondenti z VS. Motiv rostlin, který byl nejčastějším motivem KS a volilo ho 12 respondentů, byl oblíbeným motivem i ve VS, kde si ho vybralo 8 respondentů. Rozdíly u tohoto motivu jsou ve zpracování. Respondenti KS často volili motiv květiny, u kterých znázornili i stonky či lístečky, oproti tomu u respondentů z VS stonky či listy často chyběly. Květina může znázorňovat či znamenat určitou sebelásku, která je ve VS zastoupena méně a pokud je tak pouze ve strohé formě, tedy bez stonků a barevnosti.

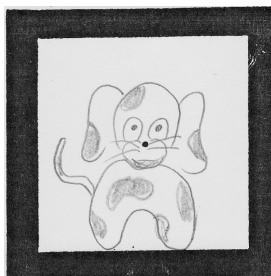
Stimul prvního pole vyvolal u probandů mnoho rozličných motivů. Na první pohled je u prvního čtverce vidět zřetelný rozdíl mezi volbou živých a neživých motivů. Zatím co probandi z KS dávali přednost motivům živým, mezi které patří motivy rostlin a zvířat, probandi z VS volili pro svou kresbu motivy neživé, mezi které patří nejrůznější geometrické tvary či dopravní prostředky.



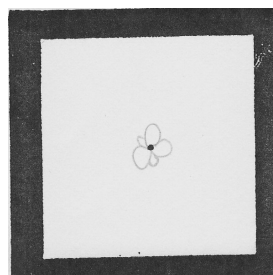
Obrázek 8: Motív rostliny KS



Obrázek 10: Motív geometrického tělesa VS



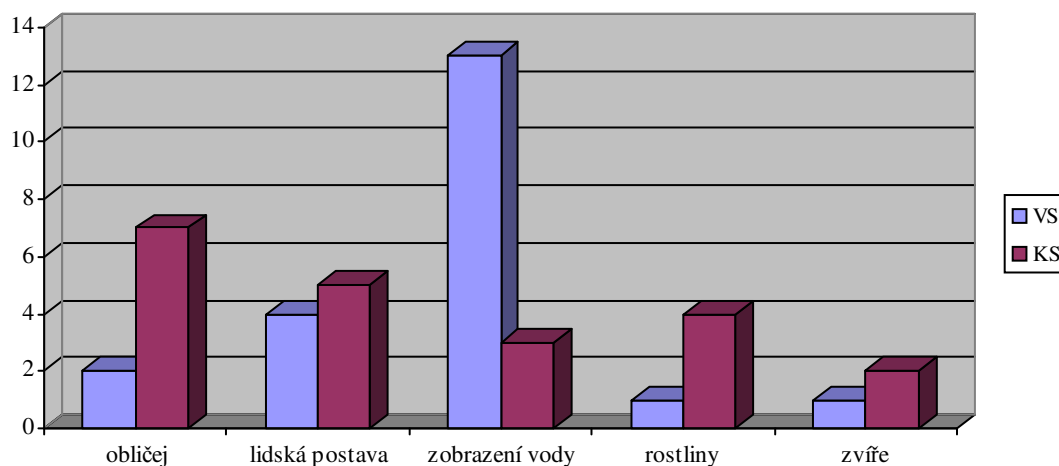
Obrázek 9: Motív zvířete KS



Obrázek 11: Motív rostliny VS

4.2 Druhé pole

Výzvu v druhém poli představuje vlnovka umístěná v horní levé části pole. Tento pole je charakterizován otázkou: „Jaká je citově zbarvená rezonance k okolí, na jiné osoby – tedy vztah Já k Ty“ (Vetterová, 1994, str.3)



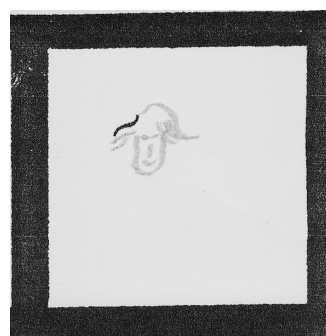
Obrázek 12: Nejčastější motivy druhého pole

Stimul druhého pole vyvolal mnoho motivů. Nejzřetelnější rozdíl mezi skupinami byl ve volbě zobrazení vody. Pro tu se rozhodlo 13 respondentů z VS a

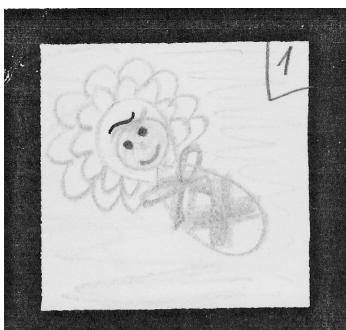
pouze 3 respondenti z KS. Respondenti z KS dávali přednost motivům postavy či obličeje. Motiv obličeje zobrazilo 7 respondentů z KS, oproti 2 respondentům z VS. V motivu lidské postavy opět nebyl velký rozdíl v oblíbenosti motivu, ale patrný rozdíl byl shledán v provedení tohoto motivu. Lidskou postavu zobrazili respondenti z VS bez vykreslení a detailu. Dalo by se říci, že stimul u probandů obou skupin nevyvolal mnoho originálních řešení. Respondenti volili spíše řešení konvenční ve formě motivů vody či motiv lidské postavy. Nejčastější funkcí zaujímal stimul jako oko či nos při zobrazování lidské postavy nebo obličeje. Při volbě motivů vody zaujímal funkci vlnky či znázorňoval střed kresby.



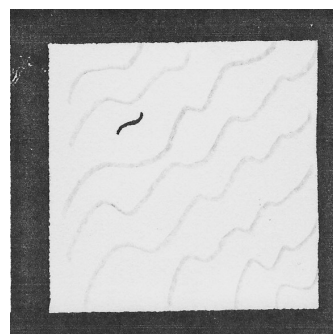
Obrázek 13: Motiv obliče KS



Obrázek 15: Motiv obličeje VS



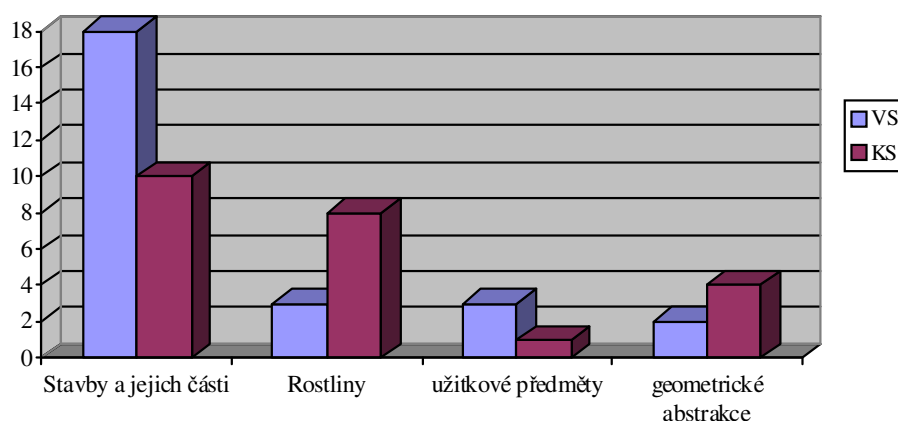
Obrázek 14: Motiv lidské postavy KS



Obrázek 16: Motiv vody VS

4.3 Třetí pole

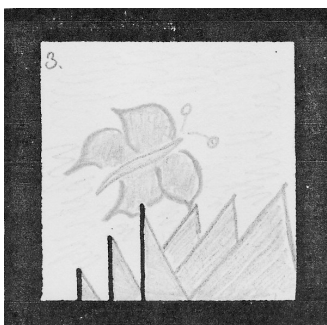
Třetím stimulem jsou tři zvětšující se čáry, které jsou uspořádány ve stejných odstupech. Tento znak naznačuje dynamické zvětšování vertikály či architektonické členění prostoru. Ukazuje na kvalitu rigidity, pravidelnosti, pořádku a progrese.



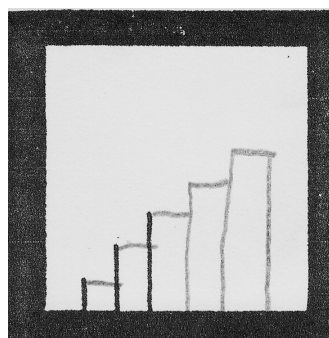
Obrázek 17: Nejčastější motivy třetího pole

Stimul třetího pole vyvolal u obou skupin respondentů malý počet originálních řešení. Nejčastěji voleným motivem u obou skupin respondentů byl motiv stavby a jejich součástí. Tuto kategorii motivů zvolilo 18 respondentů KS a 10 respondentů z VS. Z kategorie stavby a její součástí byly u respondentů KS nejčastěji zastoupeny motivy schodů a plotů. Tyto motivy ztvárnili respondenti VS pouze ve formě obrysů bez následného vybarvení či doplnění detailu. U respondentů KS pak převládalo spíše realistické znázornění celých staveb, včetně vykreslení detailů a okolí staveb. Dalším motivem, ve kterém se respondenti shodovali, byl motiv rostlin. Ten volilo 8 respondentů z KS a 3 respondenti z VS. V tomto motivu je opět patrný rozdíl a větší preference tohoto motivu respondenty z KS. U motivu rostlin bylo časté zpracování pomocí zachování čar, jako stonků či kmenů, které byly následně doplněny na rostlinu. 3 respondenti z VS se uchýlili ke kresbě geometrických abstrakcí bez obsahu, kdy u všech případů došlo k opakování čar různými způsoby. Toto zpracování se vyskytovalo v KS pouze v jednom případě.

Podnět opět vyvolal nízký počet originálních řešení v obou skupinách. Nejčastěji plnil stimulu funkci části nějaké stavby. U KS se vyskytovalo více originálních objektů, např. duha, svícen či skákající kluk. U KS se také ve 3 případech objevil v jednom obrázku motiv rostlin spolu motivem zvířat. Ke kresbě domů byl také často nakreslen motiv stromů.



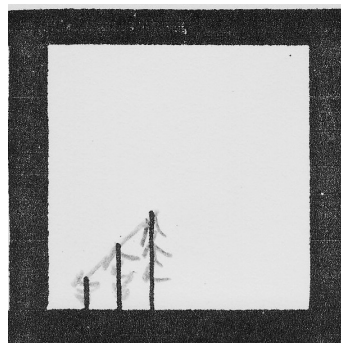
Obrázek 18: Motiv zvířete KS



Obrázek 20: Motiv stavby a její části VS



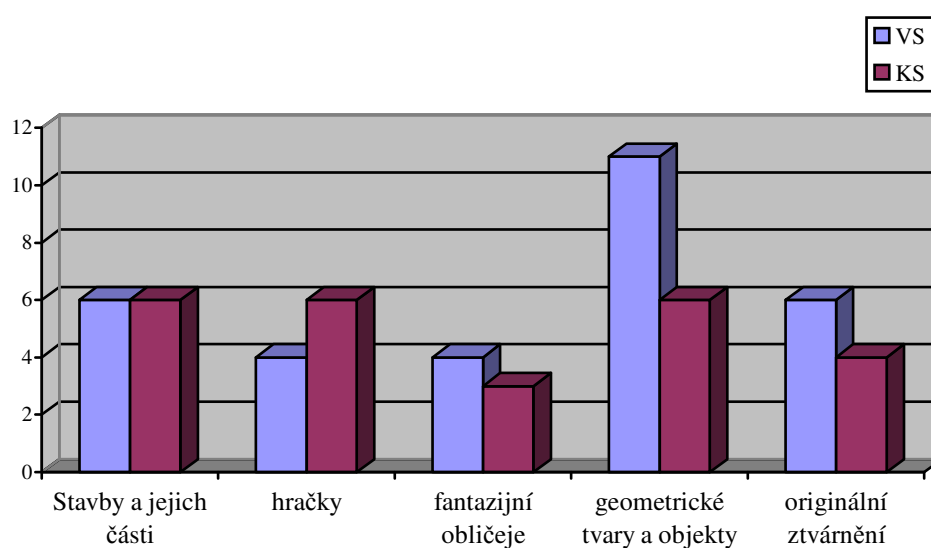
Obrázek 19: Motiv stavby a její části KS



Obrázek 21 Motiv Rostlin VS

4.4 Čtvrté pole

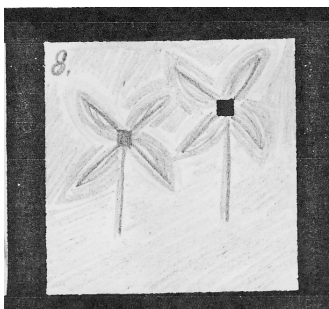
Výzvu ve čtvrtém poli představuje malý černý čtvereček, který zdůrazňuje temnotu, hranatost a tíži. Je to stimul velice těžký, masivní a statický. Charakterizuje jej otázka: „Jaký je hlavní, zatěžující problém, pramen strachu a komplexů - kámen úrazu.“ (Vetterová, 1994, str.3).



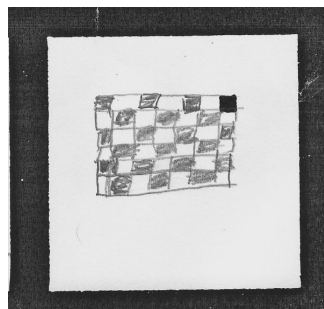
Obrázek 22: Nejčastěji volený motiv čtvrtého pole

Výzva čtvrtého pole vyvolala u výzkumné skupiny nejčastěji motiv geometrických tvarů a objektů. Velmi často docházelo k perseveraci (tedy opakování stimulu). Motiv čtverců zvolilo 11 respondentů z VS a 7 respondentů z KS. Tento způsob se jeví jako nejjednodušší doplnění čtverce. Dalším často voleným motivem byla kategorie staveb a jejich součástí. Ten byl zvolen oběma skupinami respondentů shodně. Další častěji volenou kategorií v obou skupinách byly hračky, konkrétně tedy šachovnice či stavebnice.

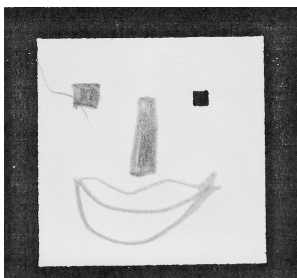
Tento podnět vyvolal u VS nízký počet originálních řešení. V KS se originálních ztvárnění objevovalo daleko více (např. sněhulák či větrné mlýny). Stimul byl nejčastěji pouze opakován a napodobován, jen málokdy plnil funkci detailu v kresbě či určitého doplnění kresby. Často také plnil v kresbě funkci čtverce v šachovnici.



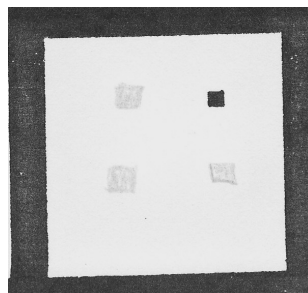
Obrázek 23: Originální ztvárnění motivu větrných mlýnů KS



Obrázek 25: Motiv šachovnice VS



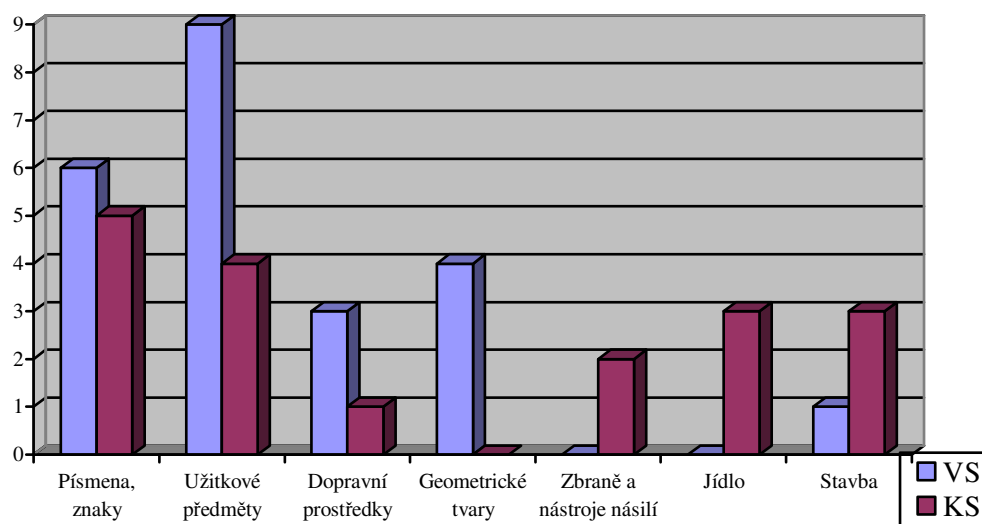
Obrázek 24: Motiv fantazijního obličeje KS



Obrázek 26: Motiv čtverce VS

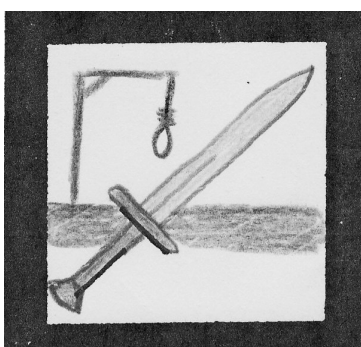
4.5 Páté pole

Pátý stimul představují proti sobě ležící příčná a podélná čára. Tento znak představuje ideu dynamiky a konfliktu. Je charakterizován otázkou: „Jaká je schopnost řešit problémy a konfliktní situace“ (Vetterová, 1994, str. 3).

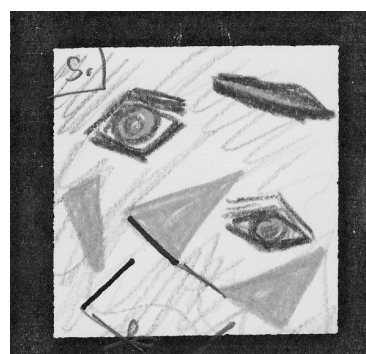


Obrázek 27: Nejčastěji volené motivy patého pole

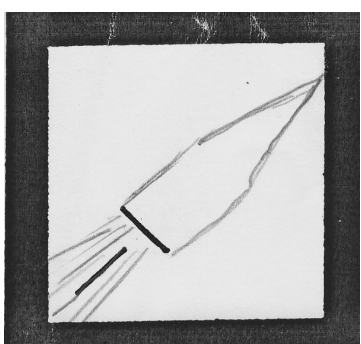
Stimul vyvolal v obou skupinách velký počet originálních řešení. Respondenti KS byly opět v počtu originálního zpracování nápaditější. Mezi originální motivy respondentů VS můžeme zařadit motiv blesku. Originální motiv respondentů KS byla křižovatka, oslava či ztvárnění “kubistického čerta“. Respondenti KS volili častěji motiv užitkových předmětů, v tomto případě nejrůznějších nástrojů (VS=9 vs. KS=4). Dalším oblíbeným motivem VS byly dopravní prostředky (VS=3 vs.KS=1) a geometrické tvary (VS=4 vs. KS=4). Kategorie písmen a znaků byla oblíbená u obou skupin. Zajímavým motivem byla injekční stříkačka, která se vyskytovala u 3 respondentů z KS, u respondentů VS tento motiv ztvárněn nebyl. Nejčastější funkce stimulu bylo utvoření násady lopaty či koštěte.



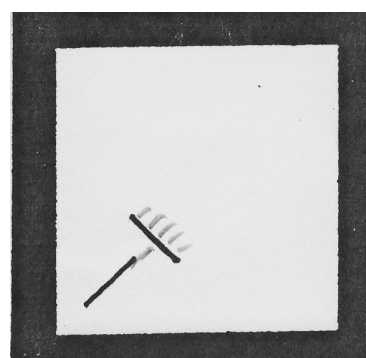
Obrázek 28: Motiv zbraně KS



Obrázek 30: Abstraktní motiv KS



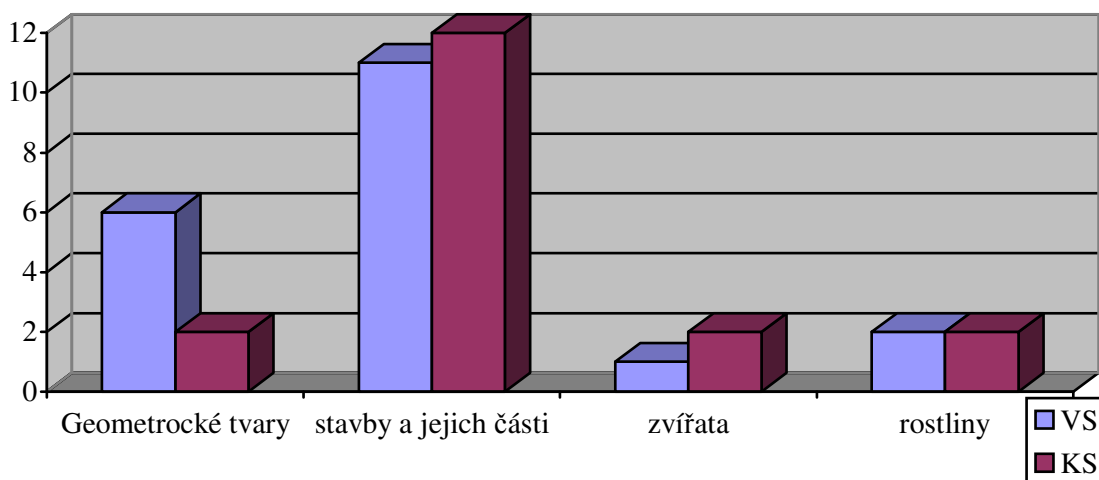
Obrázek 29: Motiv rakety VS



Obrázek 31: Motiv náradí VS

4.6 Šesté pole

Stimulem v šestém poli jsou dvě nespojené linie, které tvoří pravý úhel. Toto pole vyvolává otázku: Jaká je schopnost integrace vnější a vnitřní (Vetterová, 1994).

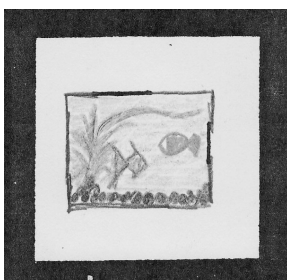


Obrázek 32: Nejčastěji volené motivy šestého čtverce

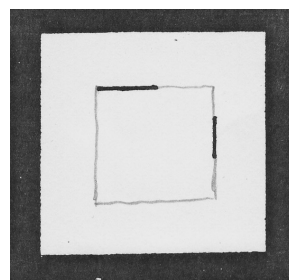
Tento stimul vyvolává u zkoumaného jedince tendence ke spojení nebo naopak izolování či osamocení. Ve VS podněty spojilo 24 respondentů, v KS došlo ke spojení výzev ve 26 případech

U obou skupin byly nejčastějšími motivy stavby a jejich součásti (VS=11 vs. KS=12). Volba tohoto motivu je pravděpodobně způsobena postavením a charakterem obou stimulů. V KS jsou dále velmi častým motivem geometrické tvary, nejčastěji obdélníky (VS=6 vs. KS=2). Obdélníky lze považovat za zjednodušené kresby motivu domu. Toto řešení lze považovat za rigidní a konvenční. Zajímavé bylo srovnání obou skupin v motivu zvířat, kdy se v obou skupinách objevil pouze motiv ryby. U KS se jednalo o ztvárnění více ryb v akváriu, kde je v obou případech dokreslena také voda a je zde znázorněn pohyb ryb. Respondenti VS se omezili pouze na znázornění jedné ryby bez dokreslování vody a bez vyjádření dynamiky pohybu ryby.

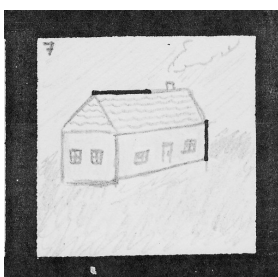
I u tohoto čtverce se objevovaly originální motivy, tentokrát jich ale bylo méně a vyskytovaly se rovnoměrně v obou skupinách. Jednalo se např. o motiv akvária, fotbalového hřiště atp. Avšak i u těchto originálních motivů dochází ke konvenčnímu spojení obou částí stimulu. Nejčastěji obě části stimulu tvoří stěny geometrických obrazců, popř. fungují jako obrys domu či dárku.



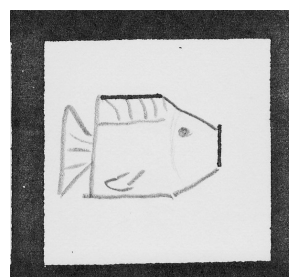
Obrázek 33: Motiv zvířat KS



Obrázek 35: Motiv geometrického tělesa VS



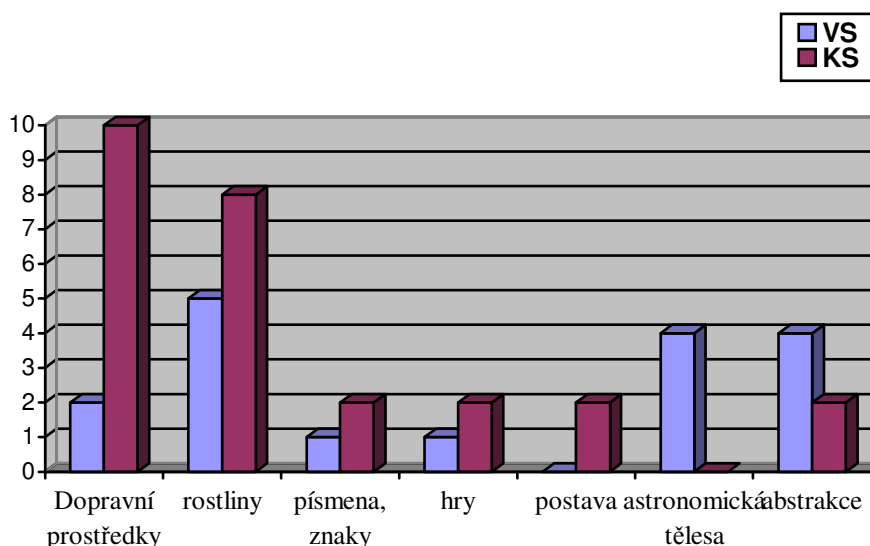
Obrázek 34: Motiv stavby KS



Obrázek 36: Motiv zvířat VS

4.7 Sedmé pole

Stimulem v sedmém poli je tečkovitý půlkruh, který příznivě ovlivňuje vcítění do jemného členění. Vyvolává řešení a prozrazuje senzibilitu. Sedmé pole je charakterizované otázkou: „Jaká je představa partnerského svazku a jeho významu na erotické úrovni.“ (Vetterová, 1994, str. 3).



Obrázek 37 Nejčastěji volené motivy sedmého pole

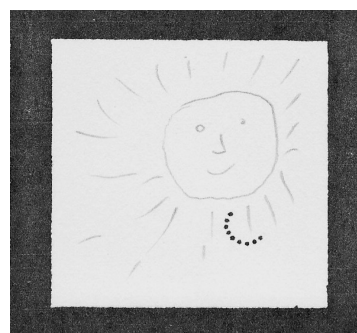
Podnět sedmého pole vyvolal u respondentů velký počet různorodých motivů. Respondenti KS nejčastěji zobrazovali rostliny, astronomická tělesa. U tohoto čtverce zvolili 4 respondenti VS abstraktní zobrazení, které bylo zároveň i originálním ztvárněním např. organické splynutí. Největší rozdíl mezi skupinami byl v motivu dopravních prostředků, které upřednostňovali respondenti z KS (KS=10 vs. VS=2) a v motivu astronomických těles, který naopak preferovali respondenti z VS (VS=4 vs. KS=0). Rozdíl byl i v zobrazení motivu rostlin. K motivu rostlin byly zařazeny i motivy plodů rostlin. I zde byl patrný rozdíl (KS=4 vs. VS=1).

Originálnější byli v případě ztvárnění sedmého čtverce respondenti z VS. Mezi originální motivy jistě patří zobrazení medvídka, kočárku či ozdoby na stromeček.

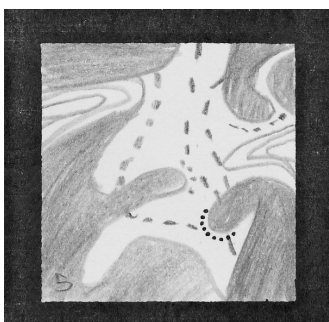
U tohoto pole je zajímavá úplná absence geometrických motivů, která je přítomna pouze u tohoto čtverce, což může být způsobeno dobrým stimulem, jež nepodněcuje k tvoření tzv. záchranných a jednoduchých motivům, jakými geometrické tvary nepochybně jsou.



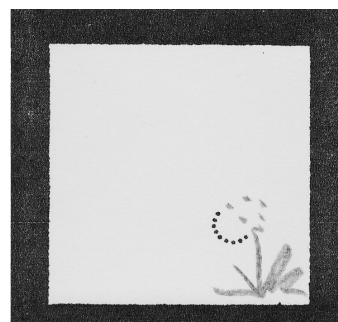
**Obrázek 38: Motiv dopravního prostředku
KS**



Obrázek 40: Motiv slunce VS



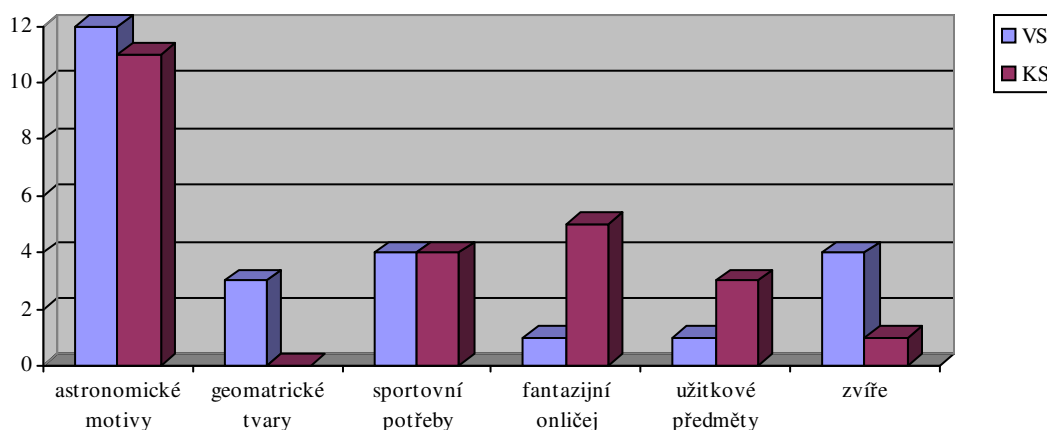
**Obrázek 39: Motiv tzv. organického splynutí
KS**



Obrázek 41: Motiv rostlin VS

4.8 Osmé pole

Osmým znakem je konkávní kruhový oblouk předpovídající harmonické zaokrouhlení a uzavření (Wartegg, 1953; Svoboda, 2010). Je charakterizován otázkou: „ Za jakých okolností se cítí jedinec v bezpečném klidu, chráněn“ (Vetterová, 1994).



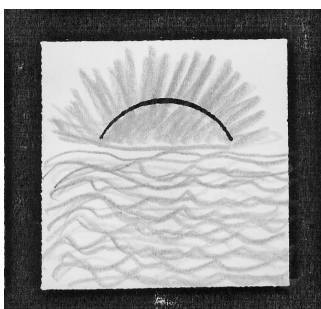
Obrázek 42: Nejčastěji volené motivy osmého pole

U naprosté většiny respondentů z obou zkoumaných skupin vyvolal stimul osmého čtverce potřebu vytvořit kruh, což koresponduje s respektováním vlastnosti tohoto podnětu. Většina respondentů z něj vytvořila konvenční sluníčka či fantazijní obličej (tzv. smajlíky). Způsob zpracování motivu slunce se značně lišil mezi skupinami respondentů. Zatím co respondenti z KS volili spíše realističtější variantu i s dokreslením dalšího kontextu např. moře. Respondenti z VS slunci častěji malovali obličej a široký úsměv. U respondentů VS se při zpracování pole objevovala častěji rigidita a monotónnost projevující se v zobrazení prázdného kruhu, které tak ztvárnili 3 respondenti. V kontrolní skupině se tak velké zjednodušení kresby nevyskytlo. Respondenti z VS také častěji volili doplnění stimulu pouze na výšeč (např. zobrazení měsíce), než na celé kolo.

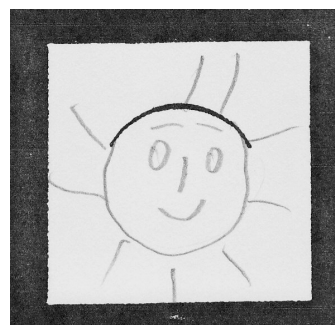
V tomto poli jako jediném se vyskytla převaha ztvárnění zvířat u respondentů z VS (VS=4 vs.KS=1). U ostatních čtverců motiv zvířat volili vždy častěji respondenti z KS. Respondenti zde zase častěji volili kladně laděné fantazijní obličej (KS=5 vs. VS=1) a užitkové věci (KS=3 vs. VS=1).

Zajímavé také je, že se ve VS vyskytl motiv padáku a to ve 3 případech. V KS se motiv padáku nevyskytl vůbec, ale místo toho ztvárnili 3 respondenti z KS motiv létajícího balónu, který se u respondentů z VS nevyskytoval.

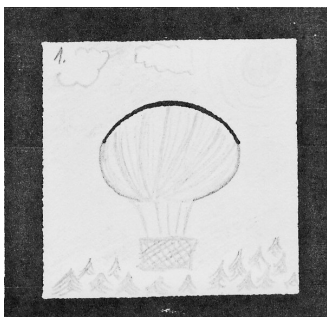
Podnět vyvolal nízký počet originálních odpovědí. U KS byl originálně zvolen motiv stánku či motiv kopců. U respondentů VS se originální zpracování nevyskytovalo. Předtištěný stimul by tvořil u obou skupin nejčastěji vrchní část slunce či měsíce.



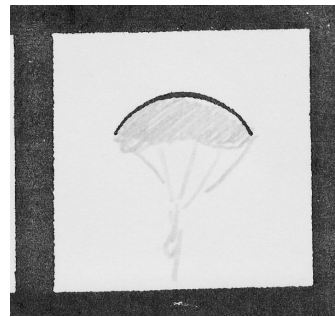
Obrázek 43: Motiv slunce KS



Obrázek 45: Motiv slunce VS



Obrázek 44: Motiv létajícího balónu KS



Obrázek 46: Motiv padáku VS

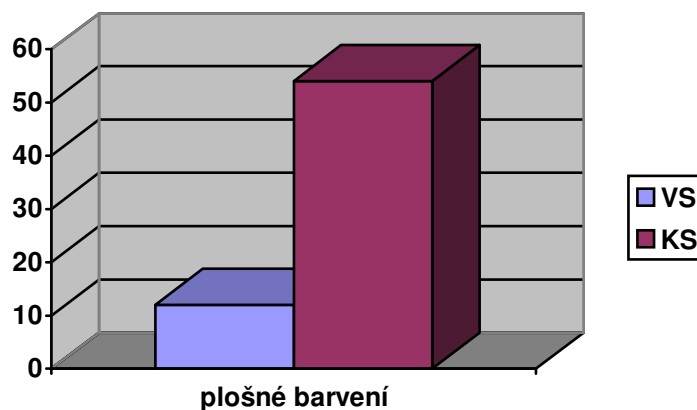
5 Formální stránka kreseb

Pro posuzování formální stránky kreseb byl použit postup skórování dle Wartegga, který byl upraven pro účely tohoto výzkumu. Pro výzkum formální stránky kreseb byly využity 4 kategorie, které jsou charakteristické pro jednu ze zkoumaných skupin. Výsledky respondentů z výzkumné a kontrolní skupiny v jednotlivých kategoriích pak byly následně shrnuty do grafů a porovnány mezi sebou. Ráda bych zde upozornila na fakt, že se nejedná o estetické hodnocení kreseb či výtvarné umění jednotlivců.

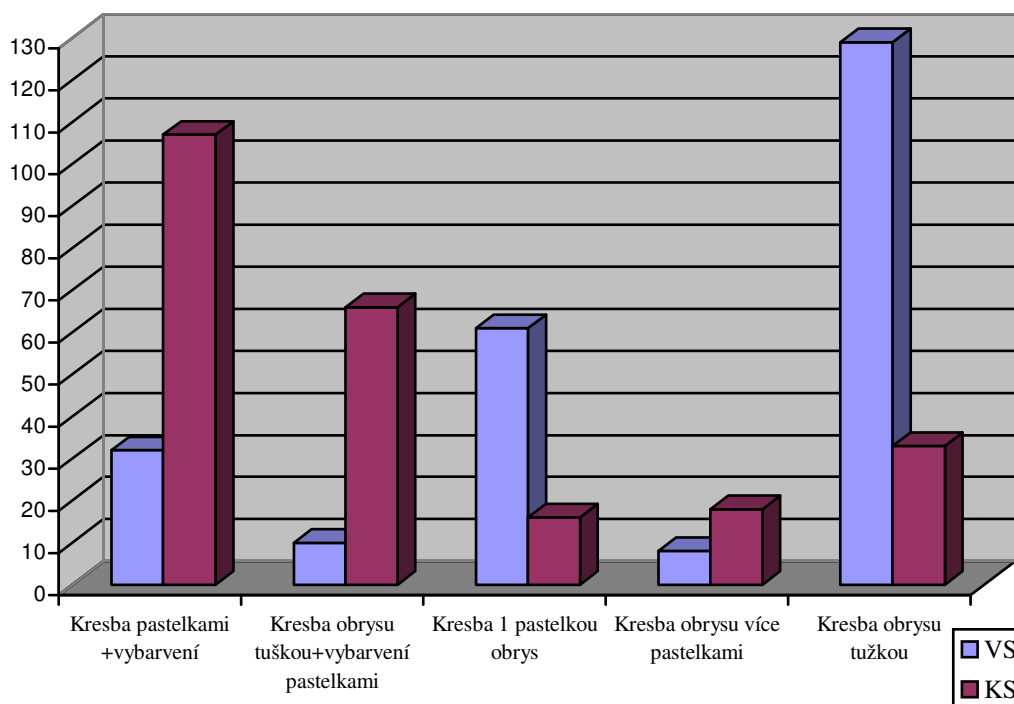
5.1 Barevné provedení

Volba barev při malbě může zrcadlit náladu a emoční rozpoložení daného jedince. Barvy mají ve výtvarném projevu psychologický, estetický i kulturní kontext (Hulke, 2005). Barva má v kresbě nesporný psychodiagnostický význam. Pro účely této bakalářské práce se však zdržuji jakékoliv psychodiagnostiky a pouze se soustředuji na rozdíly ve využitelnosti barev obou výzkumných skupin. Jak již bylo výše uvedeno, respondenti dostali ke zpracování jednotlivých polí obyčejnou tužku a 24 pastelek. Už při letmém pohledu ještě před vyhodnocováním byl velmi markantní rozdíl v barevném provedení respondentů obou skupin. Po vyhodnocení a zaznamenání údajů do grafů byl rozdíl v barevném provedení respondentů obou skupin ještě markantnější. Volbu barevného provedení jsem již nehodnotila v jednotlivých polích zvlášť, ale všechna pole dohromady. Konkrétně tedy 240 polí zpracované VS a 240 polí zpracované respondenty KS. Zatímco respondenti z KS používali širokou škálu barev, respondenti z VS upřednostňovali kresbu pouze za použití tužky. Kresbu obrysu tužkou bez žádného dalšího dobarvování zvolili respondenti z VS ve 129 polích. Oproti tomu to samé zpracování, tedy pouze s využitím tužky, volili respondenti KS ve 30 čtvercích. Pokud respondenti z VS používali ke kresbě pastelku, pak preferovali pouze jednu barvu (VS=61 vs. KS=16). Co se týče barvy, převládala nejvíce barva zelená, modrá a hnědá. Respondenti KS oproti tomu více preferovali použití více pastelek, jak při kresbě obrysu tak i v následném dobarvení (KS=107 vs. VS=32). Dále respondenti preferovali využití tužky ke kresbě obrysu s následným dobarvením pastelkami (KS=66 vs. VS=10). Tyto výsledky jsou znázorněny v obrázku č. 48

Respondenti z VS volili častěji také plošné barvení a stínování, což může poukazovat na potřebu a snahu respondentů zaplnit prostor a znázornit objekty v tzv. "živější" podobě. Objekty také působí realističtěji a obrázek má pomocí stínování větší perspektivu. Rozdílnost v plošném barvení mezi oběma skupinami ukazuje obrázek č.47



Obrázek 47: Grafické znázornění poměru plošného barvení

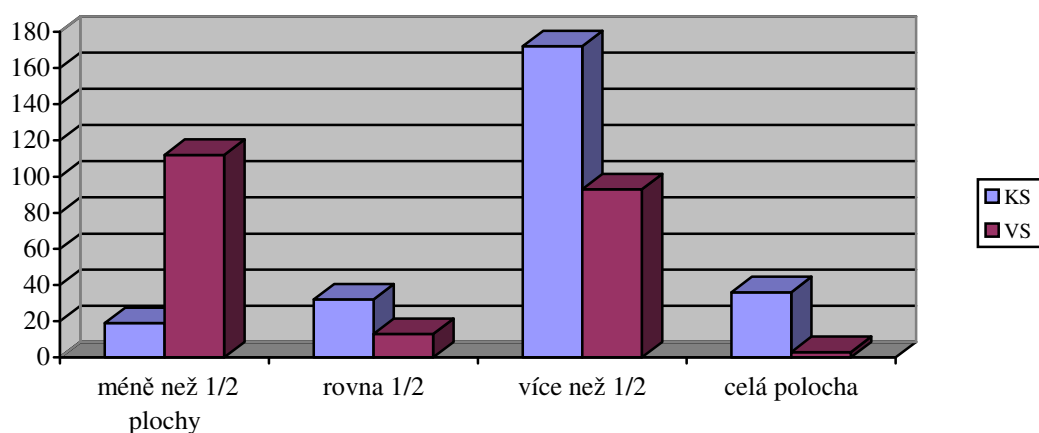


Obrázek 48: Grafické znázornění barevného provedení

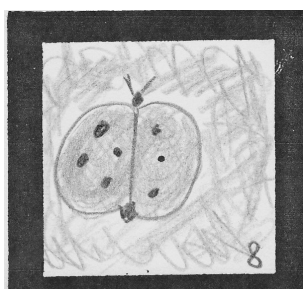
5.2 Využití plochy polí

Respondenti obou zkoumaných skupin měli k dispozici záznamový arch s osmi čtvercovými poli o rozměrech 4 x 4 cm. Ačkoliv byla plocha jednotlivých polí poměrně malá, v průběhu testování se začaly objevovat velké rozdíly ve využívání plochy polí mezi oběma skupinami. Rozdílnost využití plochy u respondentů obou zkoumaných skupin byla tedy velmi markantní. Tendence k většímu zaplnění prostoru se mnohem

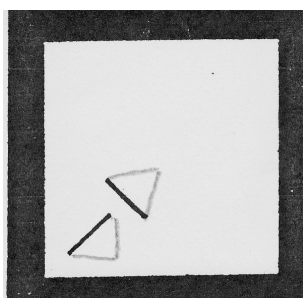
více vyskytovala u respondentů KS, kteří se rozhodli pro zaplnění více jak jedné polovinu plochy ve 172 čtvercích. Více jak jednu polovinu plochy volili respondenti tedy pouze v 93 čtvercích. Celé pole pak zaplnili respondenti z KS ve 36 případech, respondenti VS pak pouze ve 3 případech. Respondenti z VS oproti tomu často kreslili objekt tzv. “průhledný“, který zaplňoval jen málo prostoru určeného pole. Respondenti VS tedy preferovali zaplnění čtverce z méně jak jedné poloviny (VS=112 vs. KS=112).



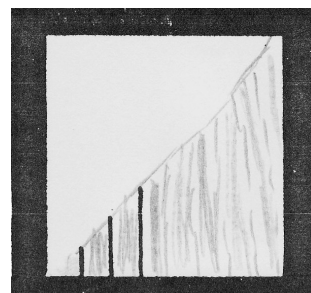
Obrázek 49: Využití plochy



Obrázek 50: Využití celé plochy
Celá plocha



Obrázek 51: Využití méně jak poloviny plochy

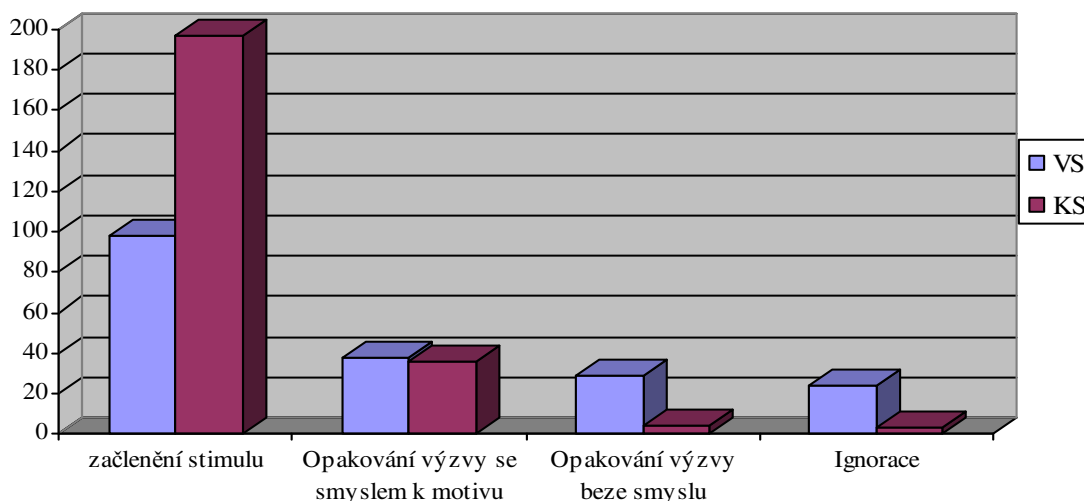


Obrázek 52: Využití poloviny plochy

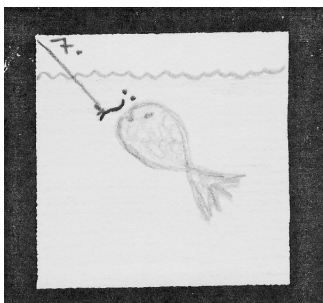
5.3 Integrace základního stimulu do kresby

Dalším sledovaným kritériem při hodnocení kreseb z formálního hlediska bylo začlenění základní výzvy do kresby. Ve zpracování polí se objevovaly různé reakce na předložený stimul a také i z tohoto hlediska se vyskytovaly mezi oběma skupinami rozdíly. V obou skupinách panovala shoda ohledně nejčastějšího přístupu ke stimulu,

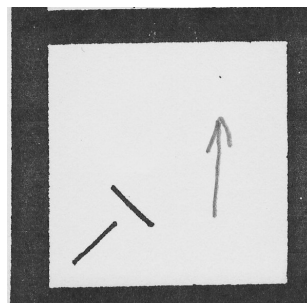
kdy respondenti obou skupin stimul nejčastěji integrovali do své kresby. Ten pak tvořil buď detail kresby, nebo byl její součástí. U respondentů KS se tento způsob začlenění přesto vyskytoval více (KS=198 vs. 98). V kresbě respondentů se pak častěji vyskytovala ignorace výzvy (VS=24 vs.KS=3) a opakování výzvy beze smyslu k motivu (VS=29 vs. KS=4).



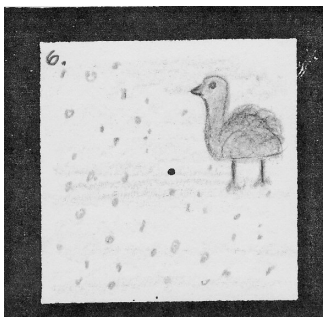
Obrázek 53: Integrace motivů do kresby



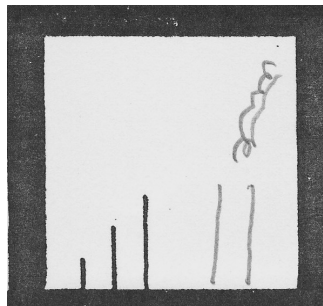
Obrázek 54: Integrace motivu KS



Obrázek 56: Ignorace motivu VS



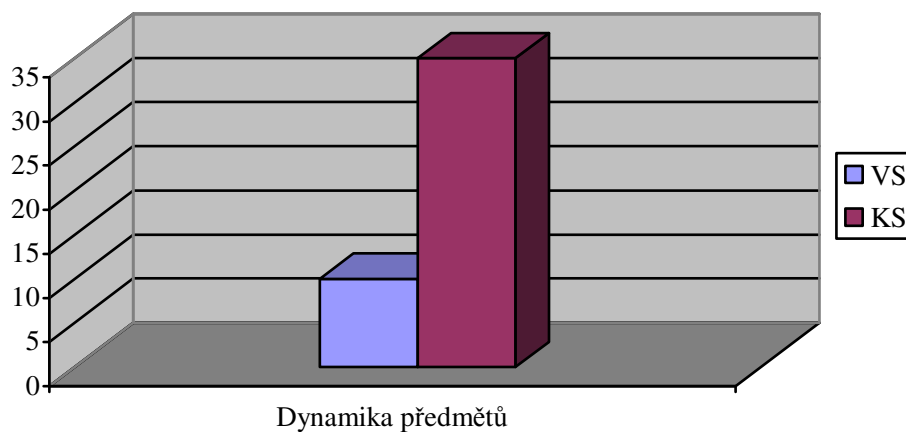
Obrázek 55: Opakování motivu se smyslem k motivu KS



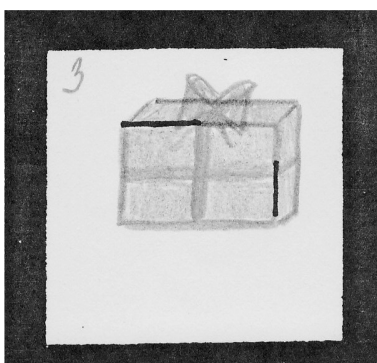
Obrázek 57 Opakování motivu beze smyslu k motivu

5.4 Zobrazení dynamiky

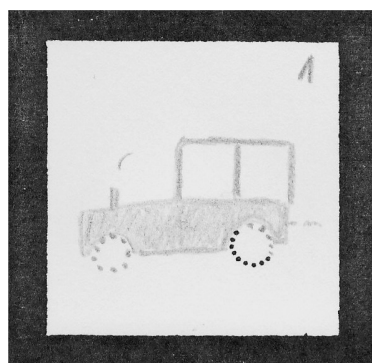
Vyjádření pohybu bylo v kresbách respondentů obou poměrně malé. I přesto je i z hlediska zobrazení dynamiky patrný rozdíl v kresbách respondentů KS a VS. Respondenti z VS měli tendence zobrazit jednotlivé motivy spíše staticky. U respondentů KS je pak preference v zobrazení pohybu větší. Zobrazení dynamiky pohybu volili respondenti z KS ve 35 čtvercích, respondenti VS zobrazili pohyb pouze v 10 případech. Pohyb byl v kresbách obou skupin vyjádřen prostřednictvím znázornění pohybujících se dopravních prostředků (auta, rakety), zvířat v pohybu (plující ryba) či postavy vykonávající nějakou činnost (fotbalista).



Obrázek 58: Vyjádření pohybu ve VS a KS



Obrázek 59: Statická motiv



Obrázek 60: Dynamický motiv

IV. SOUHRN VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Jako hlavní cíl bakalářské práce bylo stanoveno nalézt a charakterizovat typické znaky ve zpracování barevné modifikace WZT u osob s diagnostikovaným depresivním onemocněním a to na základě porovnání s kontrolní skupinou bez diagnózy deprese. Za tímto účelem proběhlo kvantitativní srovnání výsledku u osob s diagnózou depresivního onemocnění a bez diagnózy depresivního onemocnění.

Z důvodu absence literatury a výzkumů zabývajících se tímto tématem bylo poměrně těžké předpovídat výsledky. Některé kategorie, které později sloužily k vyhodnocování a následnému porovnávání mezi oběma skupinami, byly stanoveny až na základě prvotní analýzy kreseb. Velkou inspirací byla také bakalářská práce slečny Pružinové, která se zabývala využitím barevné modifikace Warteggova kresebného testu u dětí s vývojovými poruchami.

Při vyhodnocování byl kladen důraz nejprve na se obsahovou stránku kresby. Z tohoto hlediska byla hodnocena preference motivů a to jak v jednotlivých polích, tak i obecně ve všech kresebných polích, které respondenti dokreslovali. Nejčastější motivy pak byly následně porovnávány mezi oběma skupinami. Z výsledku tohoto porovnávání vyplývá jistá preference motivů u jedné či druhé zkoumané skupiny. **Ve výzkumné skupině byla nejčastěji voleným motivem stavba a její součásti, velmi preferované byly také geometrické tvary a objekty. Respondenti z výzkumné skupiny často volili pouze doplnění stimulu do tvaru geometrického obrazce bez vymýšlení dalšího obsahu.** Z toho lze usuzovat na chudost, monotónnost a na určitou ztuhlost výtvarného vyjádření respondentů z výzkumné skupiny. Z dalších motivů, které respondenti z výzkumné skupiny volili častěji než respondenti ze skupiny kontrolní, můžeme jmenovat motivy užitkových předmětů, geometrických abstraktů či astronomických těles. Tyto motivy jsou často znázorněny rigidně a chudě. Podle Schulera (1977) mohou chudé podprůměrné motivy vyjadřovat nedostatek tvůrčí představivosti, či být způsobeny kreslířskou neschopností. Mohou však také ukazovat na nepříznivé negativní osobní tendence (tj. negativismus či depresivní ladění).

Patrný rozdíl byl i ve volbě motivů z hlediska živé a neživé povahy motivů. **Respondenti výzkumné skupiny preferovali spíše zobrazení neživých motivů. Oproti tomu v kresebném vyjádření respondentů z kontrolní skupiny se významně častěji objevovaly motivy zvířat a rostlin, tedy motivy živé.** V kontrolní skupině

volili respondenti motivy rostlin, konkrétně květin 3krát více než respondenti skupiny výzkumné. Motiv květin může dle literatury vyjadřovat určitou sebelásku, která je v VS zastoupena méně. Dalšími motivy, které respondenti z kontrolní skupiny preferovali více než respondenti skupiny kontrolní, byly motivy dopravních prostředků, her a hraček. U respondentů z kontrolní skupiny byl zaznamenán výskyt motivů tzv. jiných, které se nedaly zařadit do žádné z běžných kategorií. Tento fakt může poukazovat na větší originalitu kreseb respondentů kontrolní skupiny.

Pro výzkum formální stránky kreseb byly využity 4 kategorie, které jsou charakteristické pro jednu ze zkoumaných skupin. Výsledky respondentů z výzkumné a kontrolní skupiny v jednotlivých kategoriích byly následně shrnuty do grafů a porovnány mezi sebou. I v této oblasti se objevily patrné rozdíly mezi oběma skupinami.

První kategorií v hodnocení formální stránky kreseb bylo barevné provedení. Už při letném pohledu, ještě před vyhodnocováním, byl v této kategorii vidět velký rozdíl mezi oběma skupinami. Po vyhodnocení a zaznamenání údajů do grafů byl rozdíl v barevném provedení respondentů obou skupin ještě markantnější. **Zatímco respondenti z KS používali ke kresbě širokou škálu barev, respondenti z VS upřednostňovali kresbu pouze za použití tužky. Pokud respondenti z VS používali ke kresbě pastelku, pak preferovali pouze jednu barvu.** Nejčastěji používanou barvou byla barva zelená, modrá a hnědá.

Ačkoliv byla plocha jednotlivých čtverečků poměrně malá, v průběhu testování se začaly objevovat velké rozdíly i ve využívání plochy polí mezi oběma skupinami. **Tendence k většímu zaplnění prostoru se mnohem více vyskytovala u respondentů KS. Respondenti z VS oproti tomu často kreslili objekt tzv. "průhledný", který zaplňoval méně jak jednu polovinu určeného prostoru pole.**

Dalším sledovaným kritériem při hodnocení kreseb z formálního hlediska bylo začlenění základní výzvy do kresby. Ve zpracování polí se objevovaly různé reakce na předložený stimul a také i z tohoto hlediska se vyskytovaly mezi oběma skupinami rozdíly. **V obou skupinách panovala shoda ohledně nejčastějšího přístupu ke stimulu, kdy respondenti obou skupin stimul nejčastěji integrovali do své kresby.** Ten pak tvořil buď detail kresby, nebo byl její součástí. U respondentů kontrolní skupiny se tento způsob začlenění přesto vyskytoval více než u respondentů skupiny výzkumné. **V kresbě respondentů VS se pak častěji vyskytovala ignorace výzvy a opakování výzvy beze smyslu k motivu.**

Poslední kategorií bylo zobrazení dynamiky v kresbě. Ta se u obou skupin respondentů vyskytovala poměrně méně. **Respondenti obou skupin volili spíše zobrazení statické. Avšak i přes to byl shledán větší výskyt pohybu ve ztvárnění obrázků u respondentů z KS. Respondenti z KS také volili častěji plošné barvení a stínování,** což může poukazovat na větší potřebu a snahu respondentů z KS zaplnit prostor a znázornit objekty v tzv. "živější" podobě než tomu bylo u respondentů VS.

Při realizaci výzkumu jsem narazila na několik závažných problémů. Jak jsem již výše zmiňovala, tak jedním z hlavních negativních aspektů byla absence odborné literatury a patrně i výzkumů zabývajících se tímto tématem. Z české literatury mi byla k dispozici pouze neoficiálně vydaná skripta paní Mudr. E. Vetterové, z literatury od zahraničních autorů jsem čerpala informace od samotného autora testu Wartegga. Avšak zároveň si myslím, že pro účely výzkumu mé bakalářské práce byla tato literatura dostačující a že nebylo nezbytně nutné studovat bližší interpretační postupy tohoto testu.

Dalším problémem, na který jsem při uskutečňování výzkumu narazila, byl nízký počet respondentů ve výzkumných skupinách. Z důvodu nízkého počtu vzorku jsem nemohla při vyhodnocování zohledňovat některé důležité aspekty respondentů. Jako hlavní kritérium pro stanovení výzkumné skupiny byla diagnóza depresivního onemocnění. Dále jsem se snažila zohlednit věk i stejný počet mužů a žen v obou skupinách. Také byl zohledněn stupeň intenzity depresivního onemocnění. Avšak skutečnost délky trvání této nemoci či počet opakovaných hospitalizací, popř. délku současné hospitalizace, jsem vzhledem k nízkému počtu respondentů zvolit nemohla. Z tohoto důvodu jsem přesvědčena, že pro vyvozování konkrétních interpretačních závěrů či k určení, zda je tato metoda vhodná k diagnostice depresivního onemocnění, je potřeba mnohem více respondentů.

Mezi další negativně ovlivňující aspekty patří i fakt, že pro českou populaci neexistují žádné oficiální normy pro administraci a následné vyhodnocování a interpretaci Wartegova testu.

V neposlední řadě je problém i v samotném vyhodnocování barevné modifikace Wartegova kresebného testu. Ten můžeme zařadit mezi projektivní testy, jejichž interpretace výsledků klade obrovské nároky na zkušenosti examinátora a samotné vyhodnocování tohoto testu patří mezi nejsložitější metody. Plně si také uvědomuji, že vyhodnocování a následné řazení kreseb do jednotlivých kategorií, které se občas částečně překrývají, je hodně subjektivní. Z tohoto důvodu mohou být výsledky

částečně ovlivněny examínátorem. Abych tomu alespoň částečně předešla pravidelně jsem navštěvovala konzultace s mojí vedoucí práce, která má s projektivními testy již mnoho zkušeností a která mi poskytovala po celou dobu supervizi.

I přes všechny výše zmíněné negativní aspekty a problémy, na které jsem během výzkumu narazila, si myslím, že cíle bakalářské práce byly zcela naplněny.

V. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala tématu Wartegova kresebného testu u pacientů s psychiatrickou diagnózou. Pro zpracování předkládané bakalářské práce bylo použito metody kvantitativního výzkumu. Využité metody a techniky v rámci tohoto výzkumu byly zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor, sekundární analýza dat - analýza dokumentace. Hlavní metodou výzkumu byla barevná modifikace Wartegova kresebného testu, kterou jsem zadávala individuálně nejprve výzkumné skupině, tedy pacientům s depresivním onemocněním, poté kontrolní skupině - osobám bez diagnózy depresivního onemocnění. Jako hlavní výzkumný cíl jsem si stanovila nalézt a charakterizovat typické znaky ve zpracování barevné modifikace WZT u osob s diagnostikovaným depresivním onemocněním a to na základě porovnání s kontrolní skupinou bez diagnózy deprese. Za tímto účelem proběhlo kvantitativní srovnání výsledku u osob s diagnózou depresivního onemocnění a bez diagnózy depresivního onemocnění.

V teoretické části byla věnována pozornost projekci a projektivním technikám obecně. Jádrem teoretické části je charakteristika Wartegova kresebného testu, jeho vývoj, administrace i možná interpretace výsledků. Dále je popsána problematika depresivního onemocnění.

Empirická část je zaměřena na rozbor a popis jednotlivých znaků ve zpracování barevné modifikace Wartegova kresebného testu, které jsou typické pro pacienty s depresivním onemocněním a to jak z obsahového tak z formálního hlediska. A to na základě porovnávání výsledků respondentů bez této diagnózy. Výsledné rozdíly ve zpracování Wartegova kresebného testu jsou pak následně přeneseny a pro lepší přehlednost zaznamenány do grafů.

Z výzkumu vyplývá, že existují patrné rozdíly ve zpracování Wartegova kresebného testu pacienty s diagnózou depresivního onemocnění a lidmi bez této diagnózy. Jsem si však plně vědoma, že byl tento výzkum v mnoha směrech velmi omezený. Z tohoto důvodu nelze s jistotou říci, v jakých znacích se odráží diagnóza depresivního onemocnění a stanovit tak přesné normy pro diagnostickou praxi. Přesto si myslím, že cíle této práce byly zcela naplněny. Výzkum přinesl několik zajímavých a obohacujících poznatků, které budou na poli výzkumu využití Wartegova kresebného testu jistě přínosem a podnětem pro další výzkumy tohoto kresebného testu.

VI. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

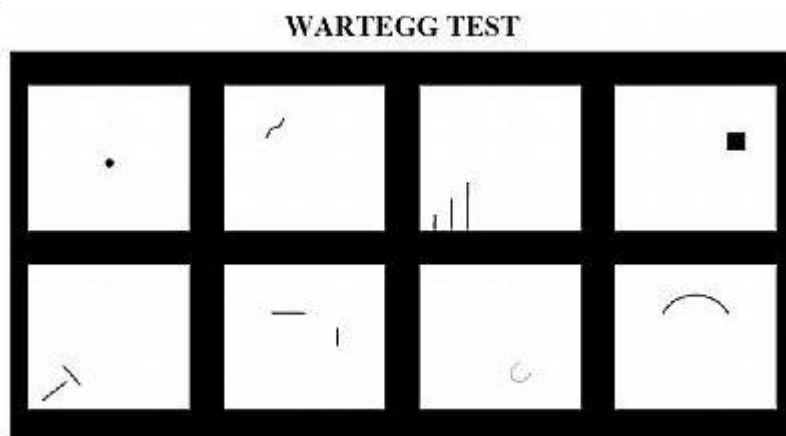
10. ANASTASI, A. *Psychological testing*. New York: Macmillan Publishing Company, 1988. 817 s. ISBN 0-02-946000-X.
11. ANDERS M, UHROVÁ T, ROTH J et. al. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén 2005. ISBN 80-7262-306-0.
12. ANDERS M, SKOPOVÁ J *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén 2006. ISBN 80-7262-396-6.
13. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál. 2003. 416 str. ISBN 80-7178-735-3.
14. COHEN M, ROBERT *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-497-4
15. DISMAN, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum
16. FERJENČÍK, J., *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. *přel. ze sloven. orig.+ 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
17. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
18. HERMAN, E. HOVORKA, J. ŠVESKA, J. *Depresivní porucha a somaticky nemocní v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005. 64 str. ISBN 80-7345-060-7.
19. HULKE, W.M. *Praktická kniha o barvách*. Praha: Fontána, 2005. 174 s. ISBN 80-73366-236-8.
20. HOCHSL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. 883 str.
21. KŘIVOHLAVÝ J. *Jak zvládat depresi*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2007. ISBN 80-247-0575-3.
22. MCKENZIE, K. *Informace a rady lékaře - deprese*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0093-X.
23. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. *Duševní poruchy v primární péči. Vodítka pro diagnostiku a léčbu*. Praha: Psychiatrické centrum 102 tsr. ISBN 80-86471-13-6.
24. MORÁVEK, S. *Úvod do psychodiagnostiky dospělých*. 1.vyd. Olomouc: rektorát Univerzity Palackého, 1987. 142 str.

25. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. 1.vyd. 397 str. ISBN 80-85255-74-X.
26. PRÁŠKO J, PRÁŠKOVÁ J *Deprese a jak ji zvládat*.1.vyd.Praha: Portál,2003.184str. ISBN 80-7178-809-0.
27. PRÁŠKO, J. PAŠKOVÁ B, PRÁŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada anebo co je to deprese a jak se léčí*.2.vyd. Praha: Psychoatrické centrum, 2001. 83str. ISBN 80-85121-68-9.
28. PLESKOTOVÁ, P., *Svět barev*. 1. vyd. Praha: Albatros, 1987.
29. SEIFERTO VÁ, D. PRÁŠKO, J. HOSCHL, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1.vyd.Praha: Academia Medica Pragensia, 2004. ISBN 80-86694-06-2.
30. SIANG-YANG, T., ORTBERT, J. (1995). *Understanding depression. A short-term structural model*. Michigan: Baker Books. 1995 In Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada,2003.
31. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál,s.r.o, 2010. 343 s. ISBN 978-80-7367-706.
32. SVOBODA, M. et al. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál,s.r.o, 2009.
33. SVOBODA, M. ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 317str.ISBN 80-7367-154-9.
34. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál 2002, 166 s. ISBN 80-7178-616-0
35. ŠÍPEK, J. *Projektivní metody*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 114 s. ISBN 80-85866-53-6.
36. ŘÍČAN, P., ŽENATÝ, J. *K teorii a praxi projektivních technik*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., 1988. 206 s.
37. SCHÜRER, M. *KREATOS – projekční kresební test kreativity a osobnosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1977. 190 s.
38. STANČÁK, A. *Klinická psychodiagnostika*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n. p., 1982
39. TAKALA, M. *Studies of the Wartegg Drawing Completion Test*. Helsinki: Suomalainen Tiedeakatemia, 1964.
40. WARTEGG, E. *Diagnostika vrstev – Kresebný test (WZT) – Úvod do experimentální grafoskopie*. 1953. nepublikovaný překlad PF JCU.

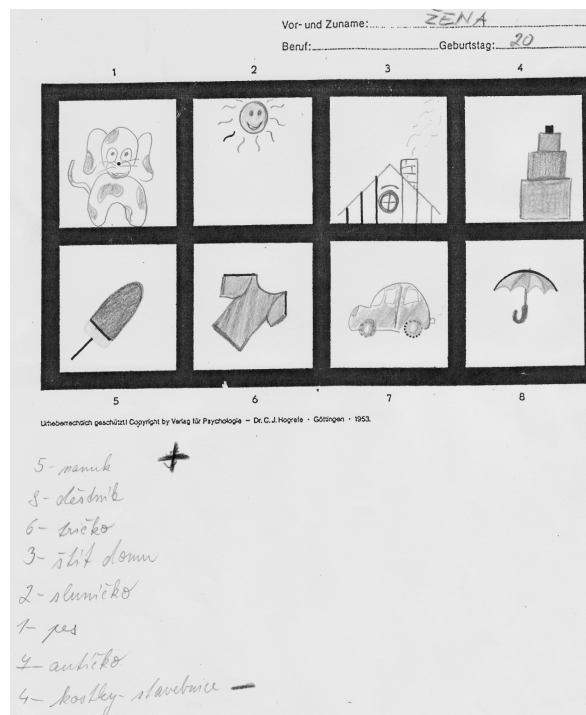
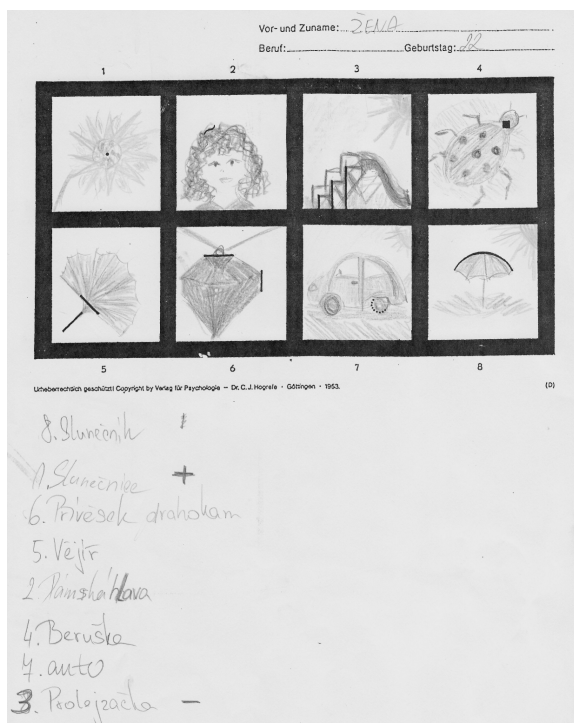
41. WARTEGG, E. *Schichtdiagnostik – Der Zeichentest (WZT)*. Verlag: Hogrefe Gottingen, 1953. 107 s.
42. VÁGNEROVÁ, M. *Kresebné techniky*. In SVOBODA, M. et al. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, s.r.o, 2009. 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
43. VAVRUŠOVÁ, L. *Depresia*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-280-9.
44. VETTEROVÁ, E. *Modifikace Warteggova kresebného testu pro diagnózu a terapii*, Rožnov, 1994.

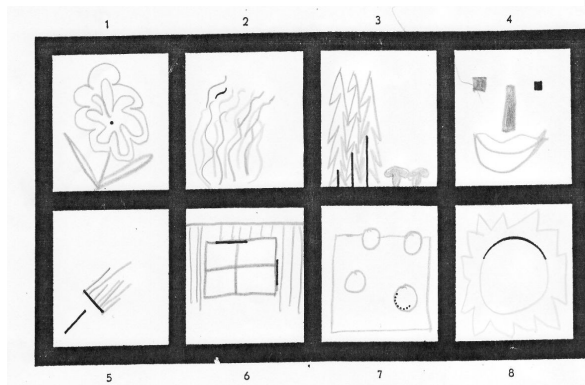
VII. PŘÍLOHY

Příloha č.1 Ukázka Wartegova testu



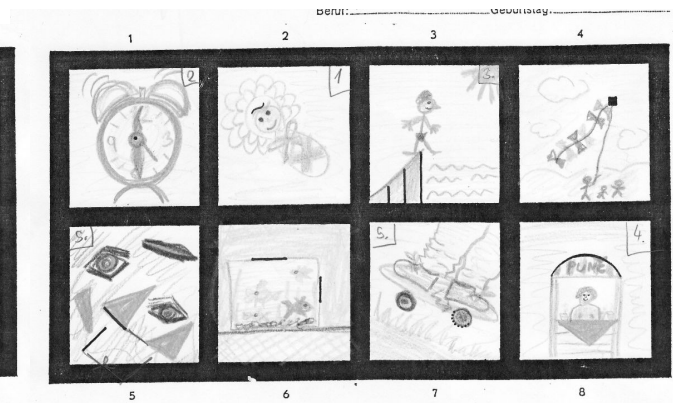
Příloha č. 2 Ukázky vyplněných Wartegových kresebných testů respondenty z KS





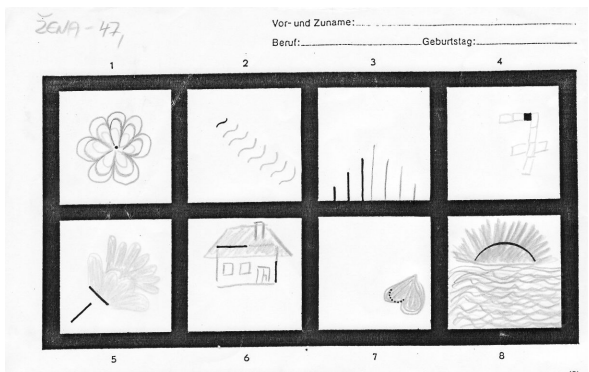
Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

- 1 - KVĚTA +
- 8 - SLUNCE
- 3 - LESA
- 6 - OKNO SE ZÁCLONOU
- 4 - OBLIČKA S ÚSMĚVEM
- 2 - OHŇ
- 7 - KOSÍKA
- 5 - ŠETEC NA BARVENÍ -



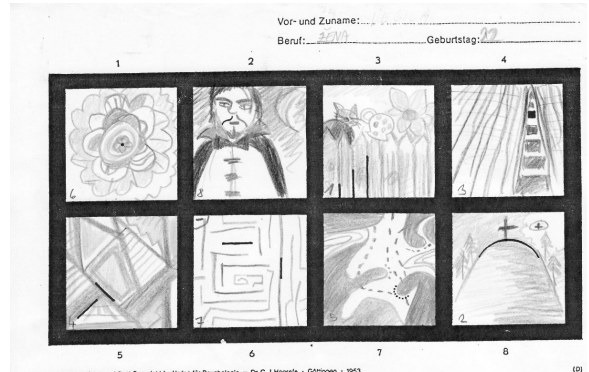
Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

- 2. kámi sonda
- 1. úsmev, prosím
- 3. Hle - hop ⊖
- 8. zikví pohoda
- 7. úlet
- 5. kabisrický čert ⊕
- 6. Dotek more
- 4. Dít s opat dle hř. oca sem



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

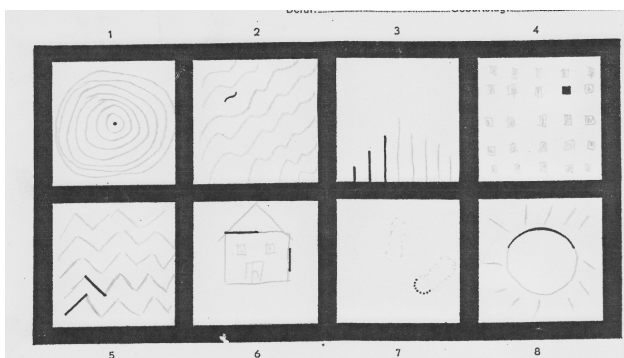
- 1 - KVĚT
 - 2 - HLAS
 - 3 - PYRAMIDA
 - 4 - ČÍSLO
 - 5 - KVĚT
 - 6 - DŮM
 - 7 - SROUČE (VĚTRÁČEK)
 - 8 - MOŘE, ZÁTAJ SLUNCE
- ② = -
⑧ = +



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

- 3. SLUNCE ODPOLEDNE
- 8. KLID
- 4. KOLETE V LESE
- 5. VESALOHA
- 7. ORGANICKÉ SPLYNUTÍ +
- 1. DINKOVĚT
- 6. BLUDIŠTĚ -
- 2. DRACULA

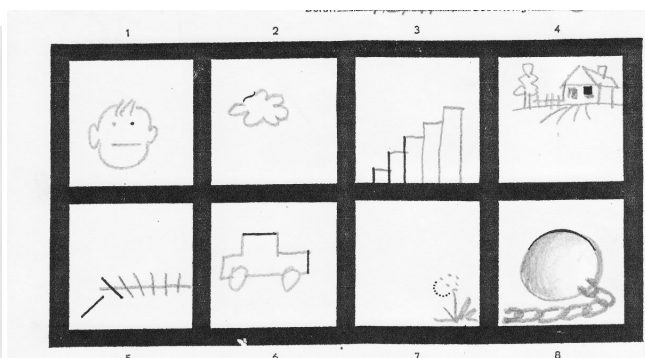
Příloha č.3 Ukázky Warrtegovo kresebných testů vyplněných respondenty VS



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

(0)

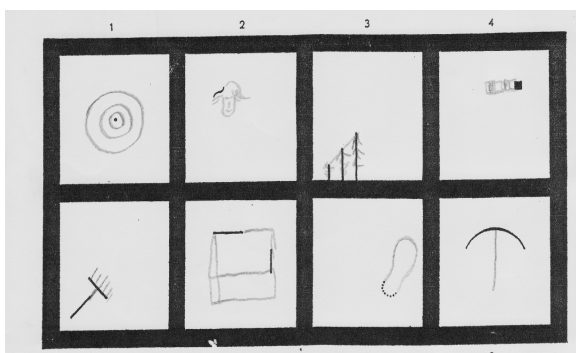
1. kruhy
2. vlny
3. plot
4. kosterní
5. les
6. domeček +
7. měsíc
8. slunce



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

(0)

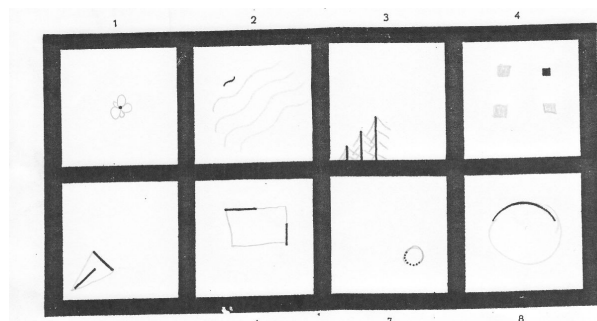
- 1 OBLIČEJ
- 2 OBLÁČEK
- 3 SCHODY
- +4 DOMEČEK
- 5 STARY PLOT
- 6 AUTO
- 7 PAMPELIŠKA
- 8 KOULE S RĚTĚZEM



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

(0)

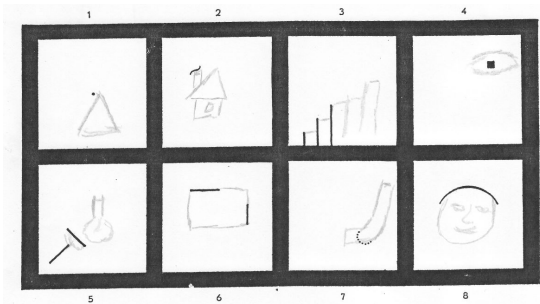
- 1 TERČ
- 2 OBLIČEJ +
- 5 HRÁČE
- 6 DOMEČEK
- 7 ČLAPOTA
- 8 DEŠTNIK
- 4 SACHOVNÍK
- 3 STRAHEČEK -



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953.

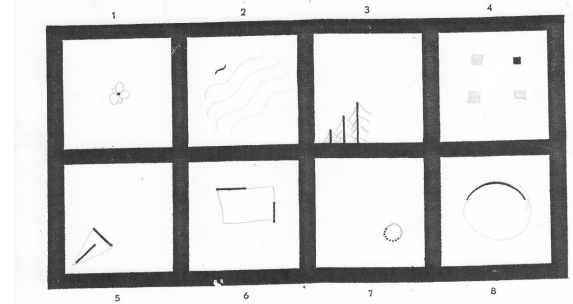
(0)

- 1 - KLOUČKA +
- 6 - OBDEVNÍK
- 3 - STROMČEK
- 2 - VOJA
- 8 - KOLO
- 5 - PAMPELIŠKA -
- 4 - PASTIČEK
- 7 - KOLEČKO



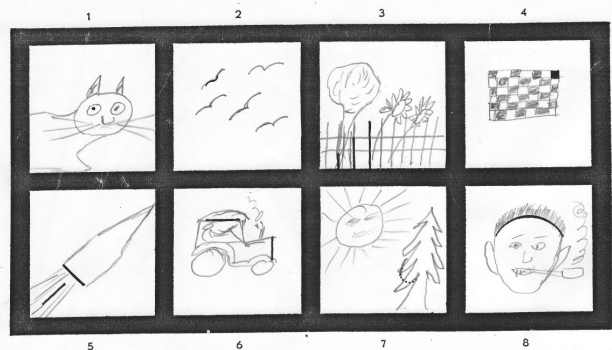
Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953. (D)

- 1.) Trojúhelník
- 2.) Chalupa +
- 3.) Schody
- 4.) Oko
- 5.) Smetakalopatka
- 6.) Obdelník
- 7.) Boty
- 8.) obličej



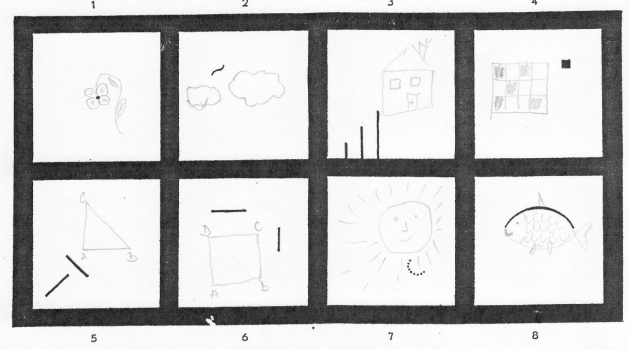
Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953. (D)

- 1 - KROKVA +
- 6 - OBDELNIK
- 3 - STROMEC
- 2 - VODA
- 8 - KOLA
- 5 - TROJUHELNIK -
- 4 - KROKVA
- 7 - KOLECO



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953. (D)

8. ČUVĚK A DĚLÁK
4. ŠACHOVNICE +
2. PTÁCI
3. STROM A SLUNEČNICE V ZAHRADĚ
5. RAKETA -
6. TRAKTOR
1. KOČKA
7. SLUNCE V LESE



Urheberrechtlich geschützt Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe - Göttingen - 1953. (D)

1. květina +
3. Mraky -
4. šachovnice
3. dům
5. trojúhelník
6. čtverec
7. slunce
8. kapr

Anotace

Bakalářská práce se zabývá barevnou modifikací Warteggova kresebného testu u pacientů s psychiatrickou diagnózou. Z důvodu velké šíře problematiky duševního onemocnění byla pozornost výzkumu zaměřena na diagnózu depresivního onemocnění. Teoretická část byla zpracována na základě analýzy odborné literatury zabývající se tímto tématem. Pozornost byla věnována především vysvětlení základních pojmů týkajících se dané problematiky. Jádrem teoretické části je Warteggův kresebný test a jeho barevná modifikace. Dále se teoretická část zabývá diagnózou depresivního onemocnění.

Výstupem empirické části jsou výsledky kvantitativního výzkumu, ve kterém byly použity metody a techniky zúčastněného pozorování, nestandardizovaný rozhovor, sekundární analýza dat - analýza dokumentace. Hlavní metodou výzkumu byla barevná modifikace Warteggova kresebného testu. Empirická část práce poskytuje rozbor a popis jednotlivých znaků ve zpracování barevné modifikace Warteggova kresebného testu, které jsou typické pro pacienty s depresivním onemocněním a to jak z obsahového tak z formálního hlediska. A to na základě porovnávání výsledků respondentů bez této diagnózy.

Klíčová slova: projektivní metody, barevná modifikace Warteggova kresebného testu, depresivní onemocnění

Abstrakt

The bachelor thesis is dealing with coloured modification of Wartegg's drawing test at patients with psychiatric diagnosis. Because there's wide spectrum of problems of mental disorders, the attention of the research was focused on diagnosis of depressive disorder. Theoretical part was elaborated on the base of analysis of technical literature that is dealing with this subject. The attention was mainly focused on the explanation of basic terms relevant to said problems. The centre of theoretical part is Wartegg's drawing test and his coloured modification. Theoretical part is also dealing with

diagnosis of depressive disorder. The matters of empirical part are results of quantitative research, in which were used methods and techniques of participant observation, nonstandardized interview, secondary analysis of information – analysis of documentation. The main method of the research was the coloured modification of Wartegg's drawing test. The empirical part of thesis provides study and description of each sign of coloured modification of Wartegg's drawing test which are typical for patients with depressive disorder. It describes them from both - content and formal angle. It's done on the base of comparison of results of respondents without this diagnosis.

Key words: projective methods, colour modification of Wartegg's drawing test, Depressive disorders