

deti mentálne retardovaných (hvezdičky vľavo) a normálnych

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	**	**			**							
*	*	*							**			*
*	**	*							*			**
	** ** *	*			** *	*	*		*	*		**
	**	**		* *	*	*	*		*			*
* **		*	*	*	*	**			*			*
		** ** *			**	*	*		**			*
			**		*	*	*		*		*	
					*	*	*	*	*			
					*	*	**	*	*			** *
						** ** *	** ** *	*	*			** *
						**	**	** ** *	*			**
								** ** *	*			* **
												* **
												*

** významné na 1% hladine
* významné na 5% hladine

v percepčných skúškach. Tým sú výsledky skúšok vyrovnanejšie, menej diferencované, ako u normálnej skupiny. Na základe uskutočneného výskumu sa ukázali vhodné aj pre klinickú prax a odlíšenie detí mentálne retardovaných a detí s ľahkým mozgovým poškodením niektoré zo súboru použitých percepčných skúšok. A to popri už známych Kohsových kockách a Goodeoughovej kresbe muža aj Gottschaldtove figúry, Streetov celostný test a Minnesotský percepčno-diagnostický test.

LITERATÚRA

- Allport, F. H., *Theories of Perception and the Concept of Structure*, J. Wiley, New York, 1955.
Fuller, G. B., Laird, J. T., *The Minnesota Percepto-Diagnostic Test*. J. of clin. Psychol. Vol. XIX, 1963, s. 7—34.
Terman, L. M., Merrill, M. A., *Stanford-Binet Intelligence Scale, Manual for the Third Revision, Form L-M*, Hughton-Mifflin Co, Boston, 1960.
Thurstone, L. L., *A Factorial Study of Perception*, Univ. Chicago Press, Chicago, 1949 [Second Edition].

K otázke diferenciacie medzi rôznymi organickými poruchami centrálnej nervovej soustavy psychologickými metodami

J. DIAMANT

Psychiatrická klinika UK, Praha

I. Úvodní poznámky

Neuropsychologie je vědecká disciplína, která se zabývá zkoumáním vztahů mezi mozkiem a chováním z hlediska klinického i výzkumného [5]. Význam této poměrně nedávno vzniklé disciplíny na rozmezí věd neurologických, psychologických a psychiatrických neustále roste a výzkumy v ní prováděné poskytují výsledky přispívající nejen k objasnění mechanismů některých psychologických procesů, nýbrž také věcné podklady k řešení jedné ze základních vědeckých otázek — vztahu mozku a psychiky.

Aplikace psychologických metod na studium organických změn mozku zahrnuje v sobě řadu zcela specifických problémů. Dosud se někdy objevuje námitka, zda je

Tab. 1. Způsoby aplikace psychologických metod v neuropsychologii

Způsob aplikace	Hypotézy	Cíle studia	Preferované oblasti výzkumu	Preferovaný způsob zpracování výsledků	Obečné výkladové schéma	Autoři
I. <i>klinický</i>						
a) standardní - z hlediska pacienta a jeho léze	specifičnost nálezů podle zvláštností jedince, druhu a lokalizace mozkové léze	studium vztahů mezi mozkovou poruchou a chováním v rámci individuálního případu	percepce motorika	kvalitativní	mozek-chování	Luria Teuber
b) standardní - z hlediska výkladového schématu	specifické a obecné změny osobnosti v souvislosti s druhem a lokalizací mozkové léze	studium mechanismu změn navozených poruchou CNS v osobnosti	percepce emoce motivace	kvalitativní i kvantitativní	osobnost / \ mozek-chování	Piotrowski Hughes
II. <i>experiment. klinický</i>						
standardní - z hlediska metody a aspektu zkoumání mozkové léze u skupin pacientů	specifické a obecné nálezy u různých druhů mozkových poruch a jejich charakteristický obraz ve speciálně konstruovaných metodách	studium specifických a obecných zvláštností různých organických poruch mozku v chování — pokus o skupinovou diagnostiku	vizuálně-motorická koordinace paměť řeč myšlení	kvalitativní i kvantitativní	metoda / \ mozek-chování	Benton Benderová Goldstein Eisenson Vygotský
III. <i>experimentální</i>						
standardní — z hlediska baterie metod	obecné a specifické nálezy podle lokalizace, druhu, rozsahu i etiologie organické léze	studium obecných a specifických znaků různých organických poruch-pokus o individuální diagnostiku	pokus o syntézu všech relevantních psychických funkcí	kvantitativní i kvalitativní	baterie metod / \ mozek-chování	Reiten Halstead Wechsler Rylander

možno spolehlivě zachytit změny elementárních struktur mozkových na tak složité fenomenální úrovni jako je chování. Je nutno uvážit otázku specifických a nespecifických projevů chování vzhledem k určitému typu poruchy, k její lokalizaci, rozsahu, trvání a ke zvláštnostem osobnosti postiženého, jakož i k době v jeho životě, kdy k organickému postižení došlo.

Další závažnou otázkou spojenou s psychologickým studiem změn mozku je míra reversibility psychických změn v důsledku organických poruch mozku.

II. Dosavadní metodologické přístupy

Pokusíme-li se utřídit dosavadní neuropsychologické studie podle jejich metodologického přístupu, je možno popsat tři základní způsoby aplikace psychologických metod v neuropsychologii podle hypotézy, cíle, preferované oblasti výzkumu a způsobu zpracování výsledků, jakož i podle obecného výkladového schématu [3]. Viz tabulka 1.

V tabulce je vyjádřena snaha sloučit některé metodologické principy konstrukce psychologických testů s konkrétní situací v neuropsychologii. Jsou rozlišeny tři základní přístupy: klinický, experimentálně klinický a experimentální [4, 6, 7]. Zdá se, že nejvyšší aspirace, pokud jde o individuální diagnostiku, se objevují u přístupu experimentálního, standardního z hlediska baterie testů. Přístup experimentálně klinický se omezuje spíše na rozlišení mezikupinové a klinický přístup směřuje k objevování specifických souvislostí mezi projevem chování a lokalizací v rámci daného individua.

V současné době jsou potřebné studie z hlediska všech tří přístupů, neboť dosavadní poznatky jsou velmi neúplné a chybí zejména jejich propojení s poznatky získanými v experimentech se zvířaty.

III. Koncepce přístupu etapové diferenciacce

Základní snahou našeho přístupu je pokus o syntézu výše uvedených přístupů.

Pacient má být vyšetřován ve dvou, respektive ve čtyřech etapách, z nichž každá má řešit jednu *základní* otázku (viz tabulka 2.). U každého pacienta budou provedeny první dvě etapy vyšetřování a podle dosažených výsledků

bude pak rozhodnuto o vhodnosti aplikace dalšího specializovanějšího vyšetření.

Při vyšetřování jsou zodpovídány otázky od nejobecnějších k nejspeciálnějším. V první etapě převažuje snaha zařadit vyšetřovaného do systému dvou znaků, jež se podle výsledků řady dosavadních experimentálních prací jeví jako významné pro posuzování možnosti organické poruchy centrální nervové soustavy. Tyto znaky nejsou však specifické.

U organických poruch mozkových lze obecně předpokládat trvalejší a případně postupující změny psychické výkonnosti ve smyslu snížené rychlosti reaktivity a zmenšené plasticity chování, tj. jeho zvýšené rigidity [1, 8]. Tyto změny ve svých důsledcích způsobují zhoršenou adaptabilitu chování. Dostavuje se disproporce mezi optimálním tempem dřívější psychické výkonnosti, jež pozvolna klesá, a mezi klesající plasticitou, vedoucí ke snížené autostimulaci a motivaci.

Výsledek získaný metodami k posouzení psychomotorického tempa a stupně rigidity má význam jen orientační a na jeho základě lze tedy vyslovit pouze podezření na organickou poruchu mozkovou.

Ve druhé fázi je vyšetřování zaměřeno k rozlišení mezi akutní, případně chronickou poruchou centrální nervové soustavy [2]. Metody zde použité mají rozlišovat jednak mezi poruchami organickými a neorganickými (funkčními), jednak mají umožnit závěr pokud jde o předpověď reverzibility zjištěných odchylek od normy.

Další dvě etapy jsou zaměřenější, tj. mají odpovědět na otázky, jež jsou aktuální a řešitelné jen u některých pacientů.

Je to především otázka bližší lokalizace mozkové léze. K jejímu řešení lze použít některé speciální baterie

Tab. 2. Nárys etapové diferenciacie organických poruch centrální nervové soustavy

Etapa	Cíl	Druh metod	Diagnostický závěr
I.	zařazení v rámci základních znaků	zaměřené zkoumání psychomotility zaměřené zkoumání flexibility-rigidity	eventuální podepření organickou poruchou mozku
II.	stanovení míry reversibility poruchy	vnímání orientace paměť konceptuální myšlení úsudek emoce s přihlédnutím k aspektům rychlosti a pružnosti	podepření nebo vyvrácení hypotézy o „organické deterioraci“. Rozlišení mezi akutní a chronickou mozkovou poruchou
III.	pokus o určení specifických projevů organických poruch ve vztahu k jejich lokalizaci	speciální baterie testů	blížejší určení lokality organické poruchy
IV.	pokus o určení specifických projevů organických poruch ve vztahu k jejich etiologii	speciální baterie testů	rámcové hypotézy o etiologii organické poruchy

testů. Sem patří také různé sestavy pro zkoumání afasií, agrafií, apraxií atd., zkoušky zaměřené na zjišťování lateralizace poruchy aj. Zatímco v prvních dvou fázích byl použit převážně přístup experimentální, vyžaduje snaha určit lokalizaci poruchy spojení přístupu klinického s experimentálním ve formě přístupu experimentálně-klinického.

Nejproblematictější zatím zůstává čtvrtá fáze vyšetřování, v níž má být alespoň rámcově zodpovězena otázka možné etiologie organických změn mozku u daného pacienta. Studium příznaků jednotlivých neurologických onemocnění v rámci dosavadní kategorizace ukazuje, že na úrovni psychologických fenoménů mnohdy neexistují spolehlivé rozlišující znaky. Je proto

možnost zodpovědět otázky spojené s etiologií mozkových poruch psychologickými metodami velmi omezená. Nicméně by nebylo vhodné vzdávat se možnosti alespoň hrubé diferenciacie (tumory, cévní příhody, ART, atrofie aj.). V tomto úsilí se zdá nejvhodnější aplikovat odděleně jednak postup klinický, jednak postup experimentální.

IV. Shrnutí

Postup, který navrhujeme, se liší od dosavadních přístupů především v tom, že je etapový, tj. dovoluje určitou diferenciaci organických mozkových poruch podle výsledků získaných v prvních dvou etapách vyšetření. Nezatěžuje vyšetřovaného namáhavou jednorázovou procedurou, dává možnost postupného ověřování validity dříve získaných výsledků. Zdá se být časově ekonomičtější než použití rozsáhlé standardní baterie testů.

Ověřovací pokusy ukáží, nakolik bude možno počítat s navrhovaným přístupem v psychodiagnostické praxi.

LITERATURA

1. Birren, J. E., et al., Human aging. A biological and behavioral study. US. Department of health, education, and welfare, NIMH, Bethesda, Maryland.
2. Diagnostic and statistical manual. Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, D.C., Special printing, 1965.
3. Diamant, J., Rozdílné přístupy ke zkoumání projevů organických poruch mozkových (přednáška pro Postgraduální konferenci ILF v listopadu 1968).
4. Inghis, J., The scientific study of abnormal behavior, Aldine Publishing, Company, Chicago, 1966.
5. Klove, H., Clinical neuropsychology. The medical clinics of North America, November, 1963, 1647—1658.
6. Luria, A. R., Neuropsychological analysis of focal brain lesions. V: Handbook of clinical psychology, ed. by Benjamin B. Wolman, Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1965.
7. Reitan, R. M., Psychological assessment of deficits associated with brain lesion in subjects with normal and subnormal intelligence. V: J. L. Khanna (ed.) Brain damage and mental retardation: A psychological evolution, Springfield, IL, Charles C. Thomas, 1967.
8. Rubenowitz, S., Emotional flexibility-rigidity as a comprehensive dimension of mind, Almqvist and Wiksell, Stockholm, 1963.
9. Yacorzynski, G. K., Organic mental disorders, V: Handbook of clinical psychology, ed. by Benjamin B. Wolman, McGraw-Hill Book Company, New York, 1965.

Využití tremometru ke zjišťování dominantní laterality ruky

E. DLABAČOVÁ

Psychiatrická léčebna, Kroměříž

S problémem leváctví se v psychologických poradnách setkáváme nejčastěji u dětí okolo šesti let, kdy je třeba rozhodnout, kterou rukou se má dítě učit psát. Úkolem psychologického vyšetření je většinou posouzení stupně levorukosti, protože prostou

motorickou dominancí levé ruky zjistíme obvykle již z anamnézy dítěte, z přímého sdělení rodičů nebo dětí.

Základní dělení na leváky, ambidextry a praváky nemusí být výstižné, pokud jde o rozhodnutí, zda např. dítě přecvičovat nebo nechat psát pravou a kreslit levou.

K vyšetření dominantní laterality horní končetiny existuje celá řada postupů, metod a tzv. indicií pro levorukost. Mnoho postupů vypracovali neurologové, kteří se zabývají levorukostí ve vztahu k vzniku afázií a neuróz. Běžný neurologický nález však ke zjištění genotypické dominantní laterality nestačí (2).

Nejčastěji se používají metody funkční. Většinou jde o celý soubor metod. Sovák např. používá tyto testy pro předškoláky: Stavění kostek, sestavení vzorce, navlékání korálků, míchání a rozdávání obrázků a další. Obvyklou, dostatečně spolehlivou zkouškou, zařazovanou do těchto souborů, je metoda „sepnutí rukou“, kdy palec dominantní ruky je nahoře (6).

Často při stanovení motorické dominance horní končetiny hovoříme o indexu dominance, který dostaneme po odečtení procenta levorukých výsledků od procenta pravorukých výsledků. Černáček vychází při stanovení indexu dominance z baterie 17 různých metod. Záporné hodnoty vyhrazuje pro leváky, kladné značí pravorukost. Hodnoty -10 až $+10$ jsou typické pro ambidextry (1).

Podobný soubor základních testů používají také Matějček a Žlab (4, 5), kteří uvádějí kvocient laterality (DQ) z 13 úkolových situací pro ruce a 6 pro nohy a oči. Pomocí těchto zkoušek se stanoví i stupeň laterality. S indexem dominance vysoce koreluje grafická zkouška Černáčka a Podivínského. Jde o současné kreslení kruhu jednou a čtverce druhou rukou při vyloučení kontroly zrakem. Zkouška je založena na faktu, že při současné činnosti obou rukou má subordinovaná ruka tendenci přispůsobit se dominantní ruce, na podkladě iradiace motorické aktivity do souměrných homologních svalů kontralaterální končetiny (1). Na podobném základě je založen také kresebný test Von Riperta.

Všechny testy, které jsem uvedla, mají společnou přednost v časové nenáročnosti, v jednoduchosti instrukce a také v tom, že nevyžadují složitých pomůcek. Jejich nevýhodou však je, že tyto testy jednotlivě užitě nedávají možnost kvantitativního zpracování. Stanovení indexu dominance je velmi závislé na tom, jakých metod bylo použito a kvantitativní hodnota laterality