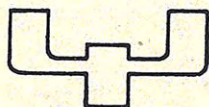


Andrej Stančák

KLINICKÁ PSYCHODIAGNOSTIKA



PSYCHODIAGNOSTICKÉ A DIDAKTICKÉ
TESTY N.P., BRATISLAVA



Pozor/ 8675

KLINICKÁ PSYCHODIAGNOSTIKA

Autor: doc. PhDr. Andrej Stančák, CSc.

Recenzovali: doc. PhDr. Ondrej Kondáš, DrSc.

doc. PhDr. Štefan Tatranský, CSc.

c Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p. Bratislava, 1982

Manželke

a deťom

Autor

11/11/11

11/11/11

11/11/11

OBSAH

Predhovor	13
-----------------	----

I

Psychodiagnostické a klinické metódy

Úvod	15
Psychodiagnostika	15
Psychologická a psychiatrická diagnóza	18
Psychologická diagnóza ako proces poznania	18
Modely diagnózy	20
Klinický a testový diagnostický postup	24
Delenie psychodiagnostických metód	27
Metóda rozhovoru	28
Metóda pozorovania	30
Diagnostické interview	33
Anamnéza	35
Syntéza psychiatrickej a psychologickkej diagnózy	37

II

Testové metódy

Dejiny testových metód	38
Charakteristika predvedeckého obdobia	38
Vedecké obdobie	40
Súčasná dejiny vývinu testových metód	42
Psychodiagnostika v socialistických štátoch	44
Teórie a kritériá testových metód	47
Teória merania	49
Meranie v psychológii	49
Dejiny psychometrie	50
Kritériá psychologických testov	51
Reliabilita	54
Validita	55
Rozdelenie psychodiagnostických testov	58

III

Testové metódy inteligencie

Inteligencia a jej diagnostika	60
Dejiny testov inteligencie	61
Teórie inteligencie	64
Genetické teórie inteligencie	65
Faktorové teórie inteligencie	65
Teoria schopností	73
Delenie inteligencie	74
I. Parciálne testy	75
1. Ravenove progresívne matice - Progressive matrices	76
2. Domino test	81
3. Test fluidnej inteligencie - CF	82
4. Skúška inteligencie podľa Kohsových kociek	82
II. Komplexné testy inteligencie	84
1. Test štruktúry inteligencie	84
2. Analytický test inteligencie	86
3. Wechslerova skúška inteligencie	89
Wechslerove škály W-B a WAIS	90
Interpretácia Wechslerových testov	93
Deteriorácia intelektu	96
Využitie testu v klinickej diagnostike	98
Analýza scattrov podľa Rapaporta	100
Vývoj skrátenej verzie WAIS	102
Psychometrické kritériá Wechslerovej skúšky	102

IV

Testové metódy organicity

Neuropsychológia a diagnostika organického psychosyndrómu	104
Testový prístup	105
Halsteadova neuropsychologická testová batéria pre dospelých	105
Halstead-Reitanova modifikácia	107
Klinický prístup	108

Súbor skúšok v neuropsychológii	109
Alternatívna forma Lurijovho vyšetrovacieho systému	111
Odvožené testové súbory organického psychosyndrómu	112
Smithova neuropsychologická batéria	112
Minesotský test organického mozgového poškodenia	113
Shipleyova škála	113
Neurologický index mozgového poškodenia	113
Elizurov test psychoorganicity	113
Súbor skúšok na overenie relatívnej stálosti intelektu pri organickom poškodení	113
Súbor testov Lezakovej	113
Testy afázie	114
Diagnostika dominancie hemisféry	115
Test kreslenia dráhy	119
Test organickej integrity - OIT	121
Weidlichovej test cerebrálneho poškodenia	123
Diagnostika funkcie pamäti	125
Wechslerova škála pamäti	125
Bentonov vizuálno-retenčný test	127
Benderovej geštaltovej test	132
Minesotský percepčno-diagnostický test /MPDT/	137
Graham-Kendallovej test pamäti	138
Testy pozornosti, pracovného výkonu a psychomotorického tempa	141
Bourdonova skúška pozornosti - Bd	141
Rempleinova metóda dlhodobého počítania	144
Teping	147

V

Osobnosť a projektívne metódy

Psychodiagnostika osobnosti	150
Osobnosť	151
Faktorové teórie	154
Projektívne metódy	155

Charakteristika projektívnych metód	156
Formy projekcie	156
Teoretické východiská projektívnych metód	159
Definície projektívnych metód	161
Klasifikácia projektívnych metód	161
Reliabilita a validita projektívnych techník	164
Prednosti a nedostatky projektívnych metód	164
Perspektívy projektívnych metód	165
Delenie projektívnych metód	166

VI

Verbálno-projektívne techniky,

vizuálno-podnetové

A. Rorschachov projektívny test /ROR/	168
Herman Rorschach	169
Vývin Rorschachovho testu	169
Teoretická podstata Rorschachovho testu	170
Testovací materiál	171
Zásady postupu vyhodnotenia Rorschachových protokolov	173
Zhodnotenie Rorschachovho protokolu	175
Diagnostika osobnosti prostredníctvom ROR	182
Diagnostické modely	183
Suicídium	184
Indikátory vychádzajúce z obsahu	186
Model schizofrénie	186
Model psychoorganického syndrómu	187
Reliabilita testu	189
Validita testu	189
Prednosti a nedostatky ROR testu	190
B. Modifikácie Rorschachovho testu	191
Behn - Rorschach test	191
Zulligerov Z - Test	193
Dia - Z - Test	194

Iné paralelné série	194
Metódy rozličnej administrácie ROR testu	194
Metódy odlišného testovacieho materiálu a systému hodnotenia ...	196
Testy škvrny	196
C. Tématický apercepčný test /TAT/	197
Dejiny a vývoj testu	197
Podmienky vyšetrovania pomocou TAT	199
Interpretácia a interpretačné systémy	199
Iné interpretačné systémy	200
Reliabilita a validita TAT	207
Využitie TAT v diagnostike niektorých syndrémov	209
Prehľad znakov depresie	209
Schizofrénne procesy	209
Emotivita, afektívna labilita	211
Prednosti a nedostatky TAT	211
D. Odvođené testy TAT	212
Rosenzweigov obrázkovo-frustračný test	213
Záznamový hárok	216
Szondiho test	219
Test ruky - Hand Test	221
E. Slovo-asociačné projektívne techniky	224
Asociačný experiment	224
Asociačný experiment v experimentálnom výskume	225
Asociačný experiment ako psychologická metóda	225
Indikácie asociačného experimentu	227
Iné projektívne verbálne techniky - technika dopĺňovania viet,	
Test nedokončených viet	228

VII

Manipulačné projektívne metódy

Test sveta	230
Bühlerovej obrázkový test sveta	232
Test dediny	233

Modifikácia testu dediny	233
Administrácia testu	233
Lowenfeldovej mozaikový test	235
Sceno test	238
Farebný pyramídový test /FPT/	239
Charakteristika testu FPT	240
Administrácia testu	241
Hodnotenie a interpretácia pyramídy podľa farebných vzorcov a syndromologickej klasifikácie	241
Farebný syndróm	244
Forma pyramídy	245
Iné hodnotiace faktory	246
Interpretácia farieb	246
Reliabilita a validita testu	247
Prednosti a nedostatky metódy	247

VIII

Grafické projektívne metódy

Test kresby	249
Testy kresby ľudskej postavy	249
Baltruschova kresba ľudských postáv	249
Administrácia testu	250
Test dom, strom, človek	252
Test stromu	252
Test tváre	254
Interpretácia kresby	255
Warteggov test /WTG/	256
Diagnostické hodnotenie charakterologickej schémy	258
Bender-Geštal test ako projektívna technika	259

IX

Dotazníkové metódy

Dejiny dotazníkových metód	262
Rozdelenie dotazníkových metód	263

A. Dotazníky osobnostné, konštruované na základe faktorovej teórie	265
Cattellov 16-faktorový dotazník - 16 PF	265
Teoretické východiská Cattellovej metódy	265
Hodnotenie faktorov	266
Psychologická charakteristika základných faktorov	266
Profily a ich diagnostická hodnota	270
Diagnostické využitie sekundárnych faktorov	271
Reliabilita a validita 16 PF	272
Prednosti a nedostatky 16 PF	272
Osobnostný dotazník pre mládež /HSPQ/	273
Sekundárne faktory v HSPQ	274
Škála úzkosti IPAT	275
Thurstonov dotazník temperamentu	276
Eysenckove dotazníky	278
Prednosti a nedostatky Eysenckových metód	283
B. Dotazníky konštruované na základe teórie osobnosti	284
Index profilu emócií /IPE/	284
Dotazník interpersonálnej diagnózy /ICL/	290
Klasifikácia interpersonálneho správania	290
Schéma interpersonálnych tendencií	291
Hodnotenie v prvej rovine	294
Kompaktibilita	295
C. Empirické dotazníkové metódy	297
MMPI	297
Štandardizácia	298
Vyhodnocovanie výsledkov	298
Kontrolné škály - škály validity	299
Klinické škály	300
Interpretácia výsledkov MMPI	305
Kódové hodnotenie	305
Klinická interpretácia profilov MMPI	307
Okruhové hodnotenie MMPI	312

Klasifikácia profilov podľa diskriminačnej analýzy	312
Nedostatky a prednosti MMPI	313
Sovietska verzia MMPI	315
Interpretácia, klinické škály	315
Psychometrické kritériá	319
Metódy odvodené z MMPI	319
Osobnostný a záujmový test	319
Škála manifestovanej úzkosti MAS	321
Vývoj metódy	322
Dodatkové a skrátené verzie MMPI	324
Skrátené verzie	324
Symptómové dotazníky	325
Škála klasickej sociálno-situačnej anxiety a trémy /KSAT/	325
Brnenský osobnostný dotazník /BOD/	326
Osobnostný dotazník /KUD/	326
Woodworth - Mathewsov dotazník	327
D. Iné dotazníky	328
Záujmové dotazníky	328
Postojové metódy	331
Posudzovacie stupnice - ratingové škály	332
Klasifikácia posudzovacích stupníc	334
Reliabilita a validita posudzovacích škál	336
Prednosti a nedostatky posudzovacích škál	337
Charakteristika dotazníkových metód	337
Psychodiagnostická aktivita	340
Etické zásady aplikácie psychodiagnostických metód	340
Literatúra	346
Menný register	386
Vecný register	395
Skratky testov	402

Predhovor

Pri úvahe napísať knihu z klinickej psychodiagnostiky dospelých s primárnym zameraním na individuálnu diagnostiku psychiatrickej klientely sa vynorili tri okruhy problémov, ktoré by bolo potrebné vyriešiť. Položil som si otázku: 1/ či by nebolo užitočnejšie spracovať danú problematiku so zdôraznením vývojového trendu tej ktorej metódy, jej teoretických východísk, psychometrických kritérií i diagnostickej vhodnosti; 2/ alebo či by bolo užitočnejšie sústrediť sa na zhodnotenie každej metódy vo svetle najnovšej literatúry; 3/ prípadne či sa mám sústrediť na praktickú syndromologickú interpretáciu výsledkov jednotlivých metód.

Ideálnym riešením by bolo zahrnutie všetkých troch okruhov problémov v jednom diele, čo však pri vymedzenom rozsahu publikácie a predovšetkým pre vedecký rozsah preberaných problémov by nutne viedlo k simplifikácii psychodiagnostiky ako vedeckej disciplíny.

Rozhodol som sa pre spracovanie psychodiagnostických metód vymedzených v prvom okruhu problémov. Sústredil som sa teda na analýzu vývoja každej metódy, jej východísk, psychometrických kritérií, ako aj charakteristiky a postavenia jednotlivých metód v súčasnej psychodiagnostike.

Mnohé psychodiagnostické metódy majú bohaté dejiny a sú literárne zoširoka rozpracované, preto pri ich charakteristike využívam primárne pôvodnú a reprezentatívnu literatúru. Súčasná literatúra je zastúpená proporcionálne, vzhľadom na prínos novších poznatkov k jednotlivým metódam.

Prečo som sa rozhodol pre túto formu hodnotenia psychodiagnostických metód? Ako vysokoškolský učiteľ i oponent mnohých výskumných prác sa často stretávam s určitými nedostatkami vo využívaní doteraz známych poznatkov pri aplikácii konkrétnych metód. V mnohých prípadoch je to podmienené tým, že pre niektorých pracovníkov je základná literatúra nedostupná. Preto si kladiem za cieľ aspoň do určitej miery riešiť tento pálčivý problém predloženou publikáciou. Z týchto dôvodov je práca presýtená odkazmi na pôvodnú a reprezentatívnu literatúru i niektorými informáciami, ktoré dokumentujú popularnosť metódy, ako je počet prác a pod.

Domnievam sa, že pre pochopenie podstaty jednotlivých metód je vždy užitočnejšie v prvom rade sa zoznámiť so základnou literatúrou a až potom pristúpiť k štúdiu najnovších poznatkov, prípadne rozličných modifikácií jednotlivých metód.

Psychometrické charakteristiky jednotlivých testov zdanlivo komplikujú informačný rozsah, ale bez takého druhu informácie je ťažko pochopiť

- 14 -

teoretický a praktický význam preberaných metód.

Výber a rozsah analyzovaných metód je závislý od ich postavenia v arzenále psychodiagnostických metód, v nepriamej úmere od úrovne dostupných informácií o nich, a v neposlednom rade od osobných skúseností s ich praktickou aplikáciou v priebehu svojej tridsaťročnej praxe. To je hlavnou príčinou, prečo sa niektorým vo všeobecnosti menej známym metódam venuje väčšia pozornosť ako by to čitateľ očakával.

Usporiadanie knihy do jednotlivých kapitol a podkapitol je podmienené pracovnou hypotézou. Položil som si za cieľ rozanalyzovať problémovo-informatívnym spôsobom metódy klinické a testové, so zdôraznením ich vývinových etáp a problémov škálovania a merania v psychológii. Z okruhu testových metód sú zahrnuté testy výkonové, projektívne, dotazníkové. Osobitnú skupinu predstavujú testy organicity.

Spracovanie takého rozsiahleho a rôznorodého vedeckého materiálu kladie veľké nároky najmä na formuláciu zovšeobecňujúcich záverov rozličných výskumov, preto sa ľahko môžu objaviť nedostatky, niektoré nepresnosti alebo slangové zvraty.

Na mnohé z nich ma upozornili oponenti Doc. PhDr. O. Kondáš, DrSc. a Doc. PhDr. Š. Tatranský, CSc. za čo im vyslovujem úprimnú vďaku. Ďakujem všetkým svojim spolupracovníkom za cenné pripomienky v priebehu seminárneho čítania rukopisu, za technickú pomoc pri zhotovení dokumentačného materiálu a za prepisovanie rukopisu. Ďakujem tiež svojej manželke a synom za ich pochopenie a morálnu podporu v tomto úsilí.

N.p. Psychodiagnostika, najmä hlavný redaktor Dr. Boor, sa svojimi cennými radami i technickými úpravami zaslúžili o to, že sa kniha dostáva do rúk čitateľa v tejto podobe.

Knihy je svojim zameraním určená klinickým psychológom, ale i všetkým tým, ktorí sa priamo alebo nepriamo zaoberajú diagnostikou a liečbou duševných porúch a chorôb.

Autor

Košice, december 1978

PSYCHODIAGNOSTICKÉ A KLINICKÉ METÓDY

Úvod

Cielom práce je oboznámiť odborných čitateľov so základnými poznatkami psychodiagnostiky dospelých a s jej aplikačnými možnosťami v klinickej medicíne, zvlášť v klinike duševných chorôb, stavov psychotických i nepychotických, psychosomatických ochorení a organických psychosyndrómov. Analýza jednotlivých oblastí psychodiagnostiky nadväzuje na širšie teoreticky spracované okruhy problémov z klinickej psychológie, psychodiagnostiky a psychometrie /Švancara a kol., 1974, Kondáš, 1977, Říčan, 1977, Maršálová, 1978, Břicháček, 1978/.

Konkrétna analýza jednotlivých diagnostických metód nadväzuje na informácie uvádzané v manuáloch k jednotlivým psychodiagnostickým technikám. V našej analýze sa preto sústreďujeme na teoretické spracovanie a metodické postupy analyzovaných psychodiagnostických metód s odkazom na prístupnú domácu i zahraničnú literatúru.

Predmetom klinickej psychológie je štúdium zmien osobností v podmienkach vzniku choroby, jej priebehu a terapie vo všetkých životných obdobiach. Klinická psychológia sa zameriava aj na objasnenie príčin duševných chorôb a porúch, vývinových úchyľiek a anomálií, ktoré môžeme objektivizovať prostredníctvom vhodných psychodiagnostických metód.

Klinická psychológia pre svoju širokú a rôznorodú obsahovú pôsobnosť zahrňuje i ďalšie vedné odvetvia, ako sú psychopatológia, psychodiagnostika a psychoterapia. Psychodiagnostika je nezastupiteľná v tomto systéme nielen z hľadiska praktického, ale aj teoretického.

Psychodiagnostika

Psychodiagnostika je psychologická disciplína s presne určeným predmetom štúdia i metodickým postupom. Vznikla na rozhraní 19. a 20. storočia, teda v období zrodu vedeckej psychológie. Jej vznik bol podmienený praktickými potrebami objektivizovať existujúce rozdiely medzi ľuďmi.

Psychodiagnostika vychádza vo svojej teoretickej orientácii z diferenciálnej psychológie, zameranej na štúdium znakov, v ktorých sa ľudia navzájom líšia. Psychodiagnostika nadväzuje na skúmanie interindividuálnych rozdielov medzi ľuďmi, ale primárne sa zameriava na skúmanie vnútornej štruktúry jedinca, prostredníctvom ktorej je možné vysvetliť rôzne

formy správania človeka. Zameranosť na intraindividuálne súvislosti tvorí náplň predmetu psychodiagnostiky.

Pri štúdiu intraindividuálnych rozdielov vychádza psychodiagnostika z kvantitatívneho a kvalitatívneho hodnotenia symptómov, preto v metodologickej oblasti nadväzuje na metodický prínos experimentálnej psychológie. Metodologická a metodická stránka psychodiagnostiky tvorí jej podstatnú časť, čo umožnilo rozvoj novej subdisciplíny, psychometrie. Psychometria sa zaoberá tvorbou a overovaním spoľahlivosti i diagnostickou platnosťou psychodiagnostických metód. Psychodiagnostika je vednou disciplínou, ktorú chápeme ako syntézu diferenciálnej psychológie, psychometrie i jednotlivých oblastí aplikovanej psychológie.

Psychodiagnostika je zameraná na spresnenie a prehĺbenie poznatkov o stave osobnosti prostredníctvom špeciálne usporiadaných psychologických metód. V psychodiagnostike sa využívajú vhodné metódy na postihnutie, meranie, kvalifikáciu a hodnotenie individuálnych odlišností aj na základe kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy získaných údajov.

Štúdium interindividuálnych rozdielov a intraindividuálnych súvislostí jedinca je vždy podmienené praktickými cieľmi. Iné ciele si kladie klinická, iné pracovná alebo vývinová psychológia, a preto sa pri riešení problémov využíva rozdielna stratégia vo výbere metód. V súčasnej dobe sa prijíma delenie psychodiagnostiky podľa jednotlivých oblastí aplikovanej psychológie. Potom rozlišujeme:

1/ psychodiagnostiku v poradenskej praxi /vývinovej, profesijnej, manželskej a predmanželskej/;

2/ psychodiagnostiku v pracovnej psychológii;

3/ psychodiagnostiku v klinickej psychológii.

Vo vývinovej a profesijnej poradenskej praxi sa využívajú súbory testových metód, ktoré osvetľujú problémy vývinu, resp. problémy profesionálnej orientácie. V manželskom a predmanželskom poradenstve sa využívajú metódy diagnostikujúce interpersonálne vzťahy a osobnosť partnerov.

V pracovnej psychológii sa kladie dôraz na diagnostiku schopností, zručností v kontexte s celou osobnosťou, ktoré sú potrebné pri výkone a zvládnutí pracovných postupov.

Psychodiagnostiku v klinickej psychológii môžeme charakterizovať ako odvetvia klinickej psychológie, v ktorej sú zahrnuté poznatky: 1/ o spôsobe a postupoch získavania informácií; 2/ teoretické a praktické poznatky o psychologických metódach, prostredníctvom ktorých sa informácie získavajú; 3/ modely a postupy pri diagnostickom zovšeobecnení získaných poznatkov, či už v podobe kategórií, opisu alebo diagnózy. Ide teda o vedu, ktorá osvetľuje diagnostický proces využívaný v klinickej psychológii.

Psychodiagnostika dospelých v klinickej psychopatológii tvorí ucelený, avšak neuzavretý okruh vedných poznatkov. Zlučuje teoretické východiská testových metód, vrátane princípov všeobecne platných pre psychometriu, s poznatkami klinickej psychopatológie na úrovni symptómov, syndrómov a nozologických jednotiek. Jej cieľom je triedenie a hodnotenie psychických funkcií a osobnosti jedinca prostredníctvom špeciálne usporiadaných klinických a testových metód. Psychodiagnostika zisťuje psychické vlastnosti konkrétneho jedinca z hľadiska štruktúrálnej usporiadenosti a dynamiky prejavu. Prihliada pritom sústavne na podmienky, v ktorých sa formovali a pri ktorých došlo k zmenám psychického vývinu a stavu. Najvšeobecnejšie zásady psychodiagnostiky sa zakladajú na tom, aby merané vlastnosti osobnosti, funkcie a stavy vychádzali zo všeobecne platných poznatkov všeobecnej psychológie a psychopatológie. Psychodiagnostické metódy, ktoré pritom používame, poskytujú pravidla spoľahlivé a platné odhadové miery. Ich diagnostická citlivosť a hodnovernosť sa zisťuje pomocou štatistických metód, podľa zásad psychometrie.

V psychodiagnostike sa zdôrazňuje aj potreba experimentálneho navodenia situácie, v ktorej by sa v laboratórnych podmienkach výraznejšie prejavili poruchy správania, patologické mechanizmy, reakcie a procesy.

Na provokáciu určitých symptómov niekedy stačí napr. len sám spôsob vyšetrenia, inokedy sa vyžaduje aplikácia určitých preparátov /napr. vyšetrenie v narkoanalýze/. Musíme mať na pamäti, že stimulačný podnet je spracúvaný nielen v jednej funkcii, ale v celej osobnosti. Z týchto dôvodov sa vyžaduje aplikácia súboru takých psychodiagnostických testov a techník, ktorými by sa objektivizovali zmeny osobnosti, teda i maskované, hypoteticky nepredpokladané symptómy.

Rôznorodosť prejavu klinických symptómov podmienila vývoj psychodiagnostiky a jej členenie so zameraním buď na diagnostiku osobnosti ako celku, alebo na jej jednotlivé funkcie. Každý z týchto cieľov zameraných na obsah a dynamiku chorobného procesu /neuróza, psychóza, organický psychosyndróm/ vyžaduje odlišnú indikáciu psychodiagnostických metód.

Aj keď súhlasíme s Guensbergerom a spol. /1963/, že v psychodiagnostike sa môže využívať každá metóda, ktorou sa obohacuje klinická diagnóza, predsa je dôležitejšie, aby sa na objektivizáciu a verifikáciu psychopatologického stavu využívali najmä tie testové metódy, ktoré najcitlivejším spôsobom diferencujú patologické symptómy v porovnaní so všeobecnou normou a ktoré na základe kvantitatívnych údajov umožňujú kvalitatívne zhodnotenie, čiže opis symptómov a ich zatriedenie do diagnostických skupín.

Psychodiagnostika práve tým, že umožňuje opísať klinické symptómy a vysvetľovať ich mechanizmus, najvýraznejšie prispela k obohateniu klinickej psychológie ako vednej disciplíny v rámci psychologických vied.

Psychologická a psychiatrická diagnóza

Pod pojmom diagnóza chápeme poznanie aktuálneho stavu, ktorý odzrkadľuje určitý stupeň patológie. Symptómy sú zovšeobecnené do kategórie syndrómu, ktorý je začlenený do nozologickej jednotky. V diagnóze sa odzrkadľujú vedecké poznatky o etiológii a patogenéze danej choroby. Diagnóza slúži ako teoretický základ na odhadnutie prognostického vývoja a určenie terapeutického postupu.

Psychiatrická a psychologická diagnóza majú zhodné črty v tom, že jednotlivé symptómy sa začleňujú do skupín a kategórií a súčasne umožňujú poznať vznik a priebeh choroby. Rozdiely medzi psychiatrickou a psychologickou diagnózou sú: 1/ v cieľovom zameraní, 2/ v odlišnom metodologickom postupe a 3/ v odlišnej stratégii získavania informácií.

Psychiatrická diagnóza vychádza z objektívnej anamnézy, čiže z informácií získaných od iných osôb a z osobnej anamnézy. V cieľovom zameraní sa obmedzuje na patologickú oblasť v sfére psychickej a somatickej.

Náplňou psychologической diagnózy je sledovať neporušené a porušené zložky v sfére psychickej prostredníctvom klinických a testových metód. Psychologická diagnóza sa od psychiatrickej líši 1/ v cieľovom zameraní tým, že skúma celú osobnosť, jej zdravé i patologické fenomény i tie vlastnosti, ktorými sa ľudia navzájom líšia, 2/ v metodologickom postupe, kde sa kladie dôraz na aplikáciu testových metód, 3/ v stratégii získavania informácií o okolnostiach vzniku psychickej poruchy alebo choroby, kde sa kladie dôraz na interpersonálne vzťahy, zisťované prostredníctvom hodnotiacich škál.

Tým, že sa psychologická diagnóza v klinickej praxi neobmedzuje len na odhaľovanie a meranie abnormít, ale objektivizuje aj črty osobnosti relatívne neporušené, významnou mierou dopĺňa psychiatrickú, ale i všeobecne lekársku diagnózu.

Psychologická diagnóza je prakticky užitočná vo všetkých klinických odboroch pri štúdiu etiológie ochorenia, ktoré môže byť v určitej, prípadne kauzálnej súvislosti s psychologickými alebo sociálnymi faktormi.

Psychologická diagnóza ako proces poznania

Psychologická diagnóza v klinickej psychológii vyšla z psychiatrickej diagnózy a až v priebehu ďalšieho vývinu klinickej psychológie došlo k teoretickému rozpracovaniu psychologической diagnózy v procese zisťovania aktuálneho stavu. Preto išlo v prvej fáze vývoja psychologической diagnózy /Košč, 1975/ o bezvýhradné akceptovanie existujúcej psychiatrickej nozológie a s týmto cieľom sa využívali psychologické poznatky na podporu tejto kategorizácie.

Proti tomuto spôsobu chápania psychologickéj diagnózy sa objavili mnohé námietky, napr., že predmetom diagnózy je niečo viac ako identifikovanie, prípadne pomenovanie psychického syndrómu /Thorne, 1961/. Vo všeobecnosti sa psychologická diagnóza začala chápať ako proces, v ktorom sa uplatňuje hľadisko riešenia a hľadania alternatív zapadajúcich do tej ktorej kategórie.

Sarbin a spol. /1960/, Smékal /1974/, Švancara a kol. /1974/ sa zhodujú v tom, že v diagnostickom procese sa postupuje od formulácie problémov, cez získavanie informácií, voľbu hypotéz a vhodných psychodiagnostických metód, až k formulovaniu záverov o súčasnom stave a napokon k návrhom rozličných opatrení.

Niektorí autori kladú v diagnostickom procese dôraz na vysvetlenie príčin vzniku choroby a jej mechanizmu, stavu a jej interpretácie vzhľadom na prognózu. Iní zasa /Lurijs, 1973/ v diagnóze vyzdvihujú tzv. pozitívnu a negatívnu stránku jedinca v porovnaní s normou. V takto chápanej diagnóze sa osvetľuje nielen deficit kognitívnych funkcií, napr. v dôsledku úrazu hlavy, ale aj význam intaktných zložiek osobnosti, spadajúcich do tzv. pozitívnej zložky diagnózy. V týchto intenciách sú zamerané mnohé psychodiagnostické testy a techniky, ktoré interpolujúcim spôsobom objektivizujú i negatívne stránky jedinca.

Sundberg a Tylerová /1963/ poukazujú na také prvky v diagnostickom procese, ako je "výskyt náhleho vhladu". Výskyt náhleho vhladu je skrátený proces diagnostického syntézy na základe objavenia zvláštného symptómu v danom klinickom obraze. V minulosti sa to niekedy označovalo ako diagnostické umenie, diagnostická intuícia, avšak v skutočnosti ide len o synteticko-diagnostický proces na podklade prehodnotenia jedného symptómu a niekedy iba klinického dojmu. Jeho overenie znamená myšlienkový postup od diagnózy k symptómu.

Košč /1975/ pri porovnaní diagnostického postupu v zmysle taxonomickeho priradovania a objavno-syntetického postupu kriticky hodnotí obidva diagnostické postupy. Prvý postup pre jeho mechanický prístup a druhý pre jeho vedeckú nezdôvodnenosť, čo znamená, že správna cesta diagnostického procesu bude niekde uprostred a diagnóza je výsledkom tvorivého myslenia.

Anastasiová /1964/ zhrňuje proces diagnózy do štyroch oblastí: 1/ vyšetrenie a klasifikácia, 2/ opis osobnosti, 3/ prognóza výsledku, 4/ dosiahnutie pochopenia vlastného duševného stavu zo strany pacienta.

1/ Do oblasti vyšetrenia a klasifikácie patrí zatriedenie ľudí do rozličných kategórií, napr. z hľadiska niektorých foriem duševnej choroby, prípadne určenia stupňa mentálneho defektu. Eysenck /1961/ a Degan /1952/ zdôrazňujú, že v tejto oblasti psychologickéj diagnózy sa má objasniť korelácia symptómu s diagnózou. Lorr a spol. /1957/ predložili model 9-tich

psychopatologických symptómov, ktorý mal osvetliť vzťahy symptómu a diagnózy. Táto klasifikácia sa nestretla so všeobecným súhlasom najmä preto, že symptómy presne neohraničené a nejasnej intenzity je takmer nemožné priradiť k presnej kategórii ochorenia, čiže ich zaradiť do určitej diagnózy.

2/ Druhou oblasťou psychologickkej diagnózy je opis osobnosti, v ktorom sú zahrnuté špecifické poruchy správania jednotlivca ako aj predchádzajúce okolnosti, ktoré k takému vývoju viedli. McKinney /1960/ zdôrazňuje, že v opise správania sa má podať analýza mechanizmu prispôsobenia sa jednotlivca k emočným problémom a riešenia jeho konfliktových situácií. Anastasiová /1964/ uvádza nasledujúce mechanizmy prispôsobenia, ktoré sa môžu prejaviť ako únikové reakcie /samotárstvo, racionálne výhovorky, užívanie života, snaha byť normálnym/, ale aj iné psychopatické a neurotické reakcie, ktoré zahrňujeme do mechanizmu prispôsobivosti. Zastáva názor, že rozbor mechanizmu prispôsobenia poskytuje širšiu predstavu o osobnosti ako diagnóza.

3/ Treťou oblasťou diagnózy je stanovenie prognózy, predvídanie terapeutických výsledkov, ktoré sú výsledkom dedukcie psychodiagnostických nálezov. Vedecká úroveň tejto stránky diagnózy je závislá najmä od odbornej erudície klinického psychológa.

4/ V diagnostickom procese dochádza aj k zmenám jedinca v postojoch k sebe samému, pretože cestou diagnostických procedúr poznal svoj duševný stav. V tomto smere je diagnóza v priamom vzťahu s terapiou. Poukazuje sa tu na možnosť psychoterapeutického využitia predovšetkým pozitívnej diagnózy, t.j. zdravých zložiek osobnosti, ku ktorým patrí aj postoj k chorobe.

Diagnostickej proces umožňuje pacientovi zaoberať sa vlastnými konfliktami, pochopiť pôvod svojich ťažkostí. Spravidla sa rozhodne poradiť s psychológom, dodržiava dohody a takto samotný diagnostický proces môže byť sám osebe terapeuticky efektívny.

Do psychologickkej diagnózy patrí aj preverenie diagnózy a objektívizovania terapeutického efektu /Zubin, 1961/. V klinickej praxi sa najčastejšie využíva ako kritérium terapeutického efektu úroveň adaptácie na sociálne prostredie.

Modely diagnózy

V psychodiagnostickej literatúre sa v rámci psychologickkej diagnózy vo všeobecnosti akceptuje opis osobnosti a patologických symptómov /klasifikácia, určenie genézy a dynamiky daného fenoménu/.

Modely.

Medzi najznámejšie modely diagnózy patria: model psychoanalytický, model vytvorený na základe teórie poznávania, model sociálno-psychologic-

ký, experimentálny, behaviorálny, model založený na teórii rozhodovania, model regulácie osobnosti a model diagnosticky postavený na marxistickej teórii osobnosti.

1. Psychoanalytický model kladie dôraz na vnútorné, biologicky podmienené determinácie ľudského správania, čiže na pudovo-emocionálne tendencie. Informácie získava cestou klinickej metódy a výsledky kvalitatívne zhodnocuje.

2. Model opierajúci sa o teóriu poznávania zdôrazňuje, že hlavnou funkciou ľudskej psychiky je prijímanie a prepracovanie informácií. Človek na základe získaných poznatkov zasahuje do regulácie vlastného správania.

3. Sociálno psychologická teória predpokladá, že osobnosť sa javí ako systém interiorizovaných sociálnych úloh, vytvorených pod vplyvom spoločenského postavenia /Lindsley, Aronson, 1969/.

Psychoanalýza sa zameriava na pudové a emocionálne tendencie. Model teórie poznávacej a sociálno-psychologickej kladie dôraz na racionálne činitele a na reakciu na sociálne faktory. Pri získavaní informácií sa postupuje podľa klinických a testových metód.

4. Model experimentálny predpokladá vzájomnú návaznosť prejavovaných symptómov, preto proces diagnózy prebieha v troch fázach: a/ v prvej fáze diagnostiky dochádza k ohraničeniu tých oblastí, ktoré je potrebné objasniť; b/ v druhej fáze dochádza k formulácii hypotézy, či už objasňujúcej alebo verifikujúcej; c/ v tretej fáze dochádza na základe experimentálnych metód k psychologickej diagnóze.

O validite diagnostických záverov sa presvedčujeme verifikáciou alternatívnych hypotéz.

5. Model behaviorálny sa opiera o behavioristickú teóriu, v prípade tvorby diagnózy o teóriu správania a sociálneho učenia sa. Stratégia diagnostického postupu je podriadená terapeutickému cieľu. Objasňuje sa konanie a myslenie ľudí do toho času, kým nevyžadovali pomoc psychológa. Pri zodpovedaní tejto otázky sa uvádzajú subjektívne ťažkosti a poruchy správania prejavované v určitej intenzite, frekvencii i v časovom trvaní. Pri diagnostickom behaviorálnom modeli sa získavajú aj informácie o podmienkach vedúcich k určitému správaniu. Ďalej sa hľadá odpoveď na otázku o následkoch nežiadúcich foriem správania.

6. Model rozhodovania je založený na všeobecnej teórii rozhodovania. Na základe získaných informácií poskytuje optimálne algoritmy diagnostického rozhodovania.

7. Blokový model pri získavaní informácií sa opiera o nasledujúce blokové podskupiny: blok cieľový, operačný, psychoinformačný a blok prostredia /Kozielecki, 1972/. Všetky uvedené bloky navzájom spolu súvisia a

predstavujú proces výberu hypotézy a jej verifikácie v záverečnej diagnóze.

a/ V cieľovom bloku sa formulujú vstupné hypotézy, zamerané na vytvorenie diagnózy. Existuje veľký počet hypotéz, okolo 10^2 . Všetky hypotézy v diagnostickom smere sú charakterizované určitým stupňom pravdepodobnosti. Pravdepodobnosť zasa predstavuje určitú formu istoty, že daná hypotéza sa v diagnostickom závere ukáže ako pravdivá.

b/ V operačnom bloku ide o získanie informácií z vonkajšieho prostredia, ako aj z krátkodobej a dlhodobej pamäti.

c/ Blok psychoinformácií predstavuje údaje o možných poruchách osobnosti, o ich pravdepodobnom výskyte ako aj o metódach získavania informácií. V tomto bloku sú zastúpené početné informácie hierarchicky začlenené podľa štruktúry osobnosti.

d/ Blok informácií z prostredia poskytuje informácie získané metódou explorácie. Systematickým spôsobom sa získavajú informácie z prostredia, v ktorom jedinec žije.

Štruktúra diagnostického modelu zameraná na diagnózu sa prejavuje v systéme pracovných hypotéz ako aj vo formách ich verifikovania v procese tvorby diagnózy.

Na základe mnohých experimentálnych výskumov sa ukázalo, že pri tvorbe diagnózy sa uplatňujú tendencie, ktoré v pozitívnom alebo negatívnom zmysle ovplyvňujú diagnostický efekt:

1. v diagnostickom procese sa skôr využívajú informácie pozitívne ako negatívne;

2. častejšie sa vyskytujú informácie podporujúce ako popierajúce;

3. významnú úlohu v diagnostickom procese zohráva efekt primárneho symptómu;

4. v počiatočných fázach diagnostického procesu sa rozširuje systém pracovných hypotéz a v neskoršej-nasledujúcej fáze sa zužuje;

5. systém pracovných hypotéz prechádza z otvoreného do uzavretého systému;

6. v procese diagnózy sa spravidla preceňuje systém pracovných hypotéz a podceňujú sa iné hypotézy;

7. v diagnostickom procese prevláda konzervativizmus;

8. diagnostická presnosť je tým vyššia, čím je menší okruh možných hypotéz a čím sú hodnotnejšie informácie v čase tvorby diagnózy.

Kozieleckého /1972/ model diagnózy predstavuje hypotézu riešenia diagnostických problémov, v ktorom sa informácie získavajú tak klinickou ako aj testovou metódou.

Ide o hypotetickú konštrukciu diagnostického modelu, ktorej hodnota je závislá od empirického preverenia.

8. Reykovski a Smoleńska /1978/ predložili diagnostický model na základe teórie regulácie osobnosti. Predpokladajú 4 navzájom sa odlišujúce regulačné mechanizmy, a to: a/ pudovo-emocionálny; b/ štruktúra "Ja"; c/ sieť hodnôt; d/ operačná sieť hodnôt.

Uvedené štyri regulačné mechanizmy tvoria subsystémy jediného zložitého systému regulácie, akým je osobnosť.

I. Primárnym regulačným mechanizmom je pudovo-emocionálny mechanizmus. Pri jeho diagnostikovaní sa riešia dve otázky:

1. ako človek rieši základné regulačné problémy spojené s fungovaním pudovo-emocionálneho mechanizmu, ako človek rieši fyzické ohrozenie, ako uspokojuje sexuálne potreby a pod.;

2. zisťuje sa, akú regulačnú silu majú pudovo-emocionálne mechanizmy v celkovom procese regulácie, ako sa prejavujú v hedonistických túžbach, stresových situáciách a pod.

II. Štruktúra "Ja" a poznávacie mechanizmy uplatňujúce sa v regulácii poznávania. Pознаvacie mechanizmy vytvárajú sieť, v ktorej sa vytvára subsystém štruktúry "Ja". V prvých rokoch života sa začína formovať poznávanie siete spolu so štruktúrou "Ja". Pri diagnóze štruktúry "Ja" sa osvetľujú otázky totožnosti "Ja"; prakticky to znamená, že sa spoznáva ako sa sám človek definuje, za koho sa považuje, napr. Ja - vedec, Ja - matka, Ja - žena, a súčasne sa zisťuje, aká je medzi uvedenými prvkami vzájomná súhra, či sú v rovnováhe, alebo disproporcií.

III. Tretím subsystémom je sieť hodnôt. V poznávacej sieti okrem "Ja" sú aj iné objekty, ktorým sa pripisuje určitá hodnota. Tu patria iné osoby, sociálne inštitúcie, všeobecné normy, ideály, ideológia a pod. Spoločným znakom všetkých objektov je ich určitá hodnota. Pri diagnostikovaní siete hodnôt sa riešia otázky:

1. ako človek rieši problémy vyplývajúce zo sieťových hodnôt, napr. aké mimoosobné ciele si človek vyberá, aké úlohy prijíma a pod.;

2. zisťuje sa, akú úlohu majú mimoosobné hodnoty v regulácii správania.

Pri zodpovedaní týchto otázok ide o vysvetlenie niektorých foriem činnosti. Jednou z nich je realizácia mimoosobných cieľov, napr. získavanie špecializácie, vedecká aktivita, ideologická a politická činnosť.

IV. Operatívna sieť predstavuje stupeň vývoja regulačných prostriedkov, ktoré umožňujú realizáciu pudových a emocionálnych potrieb, potrieb "Ja" i formu pôsobenia na mimoosobné ciele. Pri diagnóze operatívnej siete

sa sústreďujeme na: a/ stupeň dosiahnutých poznatkov, schopností, inteligencie, a na to, ako sa tieto zložky osobnosti uplatňujú v regulačných mechanizmoch; napr. ako si človek osvojil určité návyky a pod.; b/ ďalej sa zisťuje, či operatívna sieť je zdrojom autonómnej motivácie, koľko činností riadi; napr. akú úlohu majú záľuby, záujmy a pod.

Predložený systém diagnostického modelu subsystémov a celej osobnosti predstavuje nový smer v konštrukcii teórie diagnostiky. Význam tohto diagnostického modelu zostáva na úrovni teoretických poznatkov a využitie v praxi vyžaduje vytvorenie diagnostických postupov pri objektivizovaní jednotlivých subsystémov i celej osobnosti.

9. V marxistickom modeli osobnosti vystupuje do popredia princíp determinizmu chápaný v zmysle Leninovej teórie odrazu a Marxovho princípu aktivity človeka, ako jeho rodovej charakteristiky. Výskumami psychických javov sa ukázalo, že psychický odraz je v svojej podstate aktívny a subjekt v procese poznávania vystupuje ako aktívny činiteľ. Aktívna činnosť je determinujúcim činiteľom rozvoja psychických procesov a súčasne prostriedkom, akým psychické procesy zasahujú do vonkajšieho sveta.

Na základe vzájomnej interakcie, pôsobenia objektívnych a subjektívnych faktorov dochádza k vývinu osobnosti, pričom rozhodujúcu úlohu majú sociálne vzťahy, na ktorých sa jedinec zúčastňuje ako ich spolutvorca.

Pri diagnostikovaní osobnosti a jej porúch na princípe marxistického modelu získavame informácie z oblasti sociálnych vzťahov, v ktorých jedinec žije, ako aj o jeho aktivite, t.j. o úrovni jednotlivých foriem činnosti a schopnostiach, na ktoré sa viaže úroveň činnosti.

Informácie získavané pre diagnostické ciele klinickými a testovými metódami umožňujú nielen opis, ale aj vysvetlenie vzniku jednotlivých fenoménov v intenciách jednotlivých modelov.

Klinický a testový diagnostický postup

V klinickej psychodiagnostickej praxi sa pri stanovení diagnózy využívajú klinické a testové metódy. Otázkou je, ktorý z týchto metodických postupov je pre tvorbu diagnózy vhodnejší. Keďže ide o základný problém diagnostického postupu, zdôrazníme výhody i nedostatky jednotlivých metód s cieľom určiť najoptimálnejší postup pri stanovení diagnózy. Postup na základe štúdia klinického prípadu a postup testový, sú dve odlišné východiská pri určení psychologickéj diagnózy.

Pri klinickom postupe ide o aplikáciu teoretických poznatkov na konkrétny analyzovaný prípad a pri testovom prístupe sa vychádza z určitých klasifikačných systémov, do ktorých je možné zaradiť aj skúmanú osobu.

Podstatou klinického postupu je objasniť funkciu štruktúry osobnosti, ktorá determinuje daný typ správania. Osobnosť skúmame ako dynamický celok a pri objasňovaní mechanizmov správania vychádzame z teoretických konštruktov, zhrnutých v jednotlivých teóriách osobnosti.

Základným cieľom v klinicko-psychologickej schéme je identifikácia a opis mechanizmov podieľajúcich sa na regulácii správania.

Pri klinickom postupe sa neuplatňuje štandardný štrukturalizovaný spôsob vyšetrenia, ale psychológ sa uplatňuje ako elastický nástroj na získavanie rozličných informácií, ako aj formulovanie hypotéz a verifikácií. Na základe bezprostredného kontaktu s vyšetrovanou osobou, získava potrebné informácie, ktoré umožňujú postavenie diagnózy, ktorá je často východiskom pre ďalšie skúmanie a riešenie problémov, napr. v terapeutickom procese.

Naproti tomu testový prístup sa vyznačuje tým, že sa prostredníctvom psychodiagnostických testov a techník identifikujú isté vlastnosti na kontinuu, čo slúži ako podklad pri analýze osobnosti, alebo jej jednotlivých zložiek. Podľa testových psychometrických metód sa predpokladá, že medzi zistenými javmi existujú korelačné vzťahy, čo umožňuje vytvoriť štatistické normy, profily, kódy charakteristické pre danú populáciu, ktoré potom slúžia na porovnanie výsledkov konkrétnej osoby s populačnou normou. Pri testovom vyšetrení sa kladie dôraz, aby vyšetrenie prebehlo za takých podmienok, za akých boli získané údaje pre populačné normy. Testový spôsob získavania informácií sa uskutočňuje podľa štandardného postupu, čo umožňuje aj hodnotiť bezprostrednú formu správania sa, objektívnu klasifikáciu reakcií, na podklade existujúcich noriem správania i reakcie. Napr. výkonové testy umožňujú určenie diagnózy zameranej iba na určitý okruh funkčných prejavov človeka /vyšetrenie pamäti, či intelektu/ a zasa projektívne metódy a dotazníkové metódy umožňujú diagnózu osobnosti.

Pri analýze osobitných prístupov klinických a testových metód musíme zodpovedať otázku, ktorý z postupov je vhodnejší pri stanovení klinickej diagnózy.

Meehl /1954/, Halbower /1958/ citované podľa Meehla /1959/ a Sawyer /1971/ sa zamerali na porovnanie uvedených postupov. Meehl /1954/ na základe svojich výskumov došiel k záveru, že validita testových metód je vyššia v psychologickej diagnóze, ako validita diagnózy, postavená na základe klinických metód. Výskum bol zameraný na prognostickú validitu napr. na predvídanie úspechu v škole, v práci, preto výsledky získané inteligentnými testami sa ukázali hodnovernejšie ako klinická charakteristika predpokladu pre úspechy určitej činnosti.

Halbower /1958/ sa zasa zamerail na interpretáciu profilov MMPI a opäť došiel k záveru, že štandardizovaný spôsob bol z hľadiska diagnostického užitočnejší v porovnaní s klinickou interpretáciou jednotlivých patologických oblastí.

Sawyer /1971/ poukazuje na možnosti syntézy obidvoch postupov, klinického a testového.

1. Pri porovnaní klinického a testového postupu sa ukázalo, že testový vedie k validnejšej diagnóze.

2. Keď sa získavajú informácie len pomocou metód klinických, vedú k menej validným diagnózam, preto navrhuje syntetické spojenie informácií klinických a testových, čo vedie k vyššiemu typu diagnostickej presnosti.

Sawyer /1971/ v podstate potvrdil Meehlove poznatky o prednostiach a nevýhodách jedného i druhého postupu a uzatvára, že kombinácia obidvoch postupov je najvhodnejšou formou v tvorbe psychologickej diagnózy.

Sundberg a Tylerová /1963/ a Kondáš /1977/ predkladajú návody, podľa ktorých sa má postupovať pri získaní objektívnej diagnózy skúmaného jedinca. Ide o všeobecné zásady, ktoré doporučujeme využívať v informáciách získaných pomocou klinicko-kazuistických a testových metód. V určení diagnózy doporučujeme využívať tiež informácie o zdravotnom stave a iné objektívne informácie. Presnosť diagnózy závisí od vlastných schopností a umenia, ale predovšetkým od dlhoročných klinických skúseností psychológa.

Nazdávame sa, že ak psychológ vytvorí podmienky pre optimálne získanie potrebných informácií tým, že navodí medzi ním a pacientom dobré vzťahy, napomáha to v diagnostickom snažení pri opisovaní fenomónov, ich zaťažovaní a objasňovaní ich mechanizmov. Sme svedkami toho, že pri aplikácii testových metód psychológ postupuje niekedy mechanicky, formálne, čím sa vytvára bariéra nedôvery a strachu z vyšetrenia psychologickými testami.

Formálny a neformálny prístup.

Pod formálnym prístupom k pacientovi v psychodiagnostickom procese chápeme mechanické aplikovanie testových metód s dôrazom na využitie kvantitatívnych ukazovateľov v diagnóze. Napr. ak by bol pacient poukázaný na vyšetrenie pamäti a klinický psychológ by urobil toto vyšetrenie mechanicky, aj keď za použitia validných metód, výsledky získané takýmto postupom by neposkytovali objektívny obraz o funkcii pamäti a nezískal by tým informácie o tom, do akej miery je meraná funkcia negatívne ovplyvnená inými črtami osobnosti.

Tento formálny /často označovaný ako laboratórny/ spôsob vyšetrenia bol predmetom mnohých úvah, z ktorých jednoznačne vyplýva, že ho nemôžeme akceptovať z hľadiska vedeckého poznania celej osobnosti alebo parciálnej funkcie, a navyše je subjektívne nepríjemne prežívaný vyšetrovaným.

Nedostatky tohto postupu v diagnostickom procese sú v tom, že neumožňujú kvalitatívne zhodnotenie subjektívnej zložky symptómu. Napr. ako pacient hodnotí pozorované poruchy pamäti a ako sa toto hodnotenie, ako for-

ma subjektívneho prežívania, odzrkadľuje v podobe symptómu, napr. zlyhanie, neistota, negatívny postoj a pod. v celkovom diagnostickom závere.

Ďalším nedostatkom formálneho prístupu k pacientovi je skutočnosť, že v priebehu diagnostického procesu pacient nezískava objektívny náhľad na svoj stav a objektívny postoj k vlastnému ochoreniu, teda nezískava informácie o svojom zdravotnom stave. To znamená, že formálny postup vylučuje terapeutické využitie diagnostického procesu, či už v adaptácii na chorobu, alebo pri osvojení si reálneho pohľadu na chorobu. Napokon vo formálnom diagnostickom postupe sa stráca človek a vystupuje do popredia len ako prípad alebo syndróm, napr. depresia, schizofrénia.

Inou nevýhodou formálneho diagnostického procesu je, že sa nevytvára väzba medzi pacientom a psychológom a často pretrvávajú obavy a neistota, pokiaľ ide o výsledky tzv. laboratórneho spôsobu vyšetrenia.

Je známe, že pacienti vyhľadávajú lekára nielen v stave choroby, ale aj v stave obavy o svoje zdravie - telesné aj duševné.

Ľudia trpiaci neurózou, ale aj zdraví jedinci, ak sa ocitli v konfliktnnej situácii, prichádzajú za klinickým psychológom z potreby overiť si správnosť svojho postupu pri riešení životných konfliktových situácií.

V klinických podmienkach môžeme akceptovať iba neformálny prístup k pacientovi, ktorý v procese diagnózy zohľadňuje vhodné a odborné aplikovanie klinických a testových metód /informatívny pohovor, analýza situácie, diagnostické interview a testové metódy/. Prednosti neformálneho prístupu spočívajú v získavaní informácií o všetkých okolnostiach determinujúcich vývoj osobnosti. Kladieme dôraz na okolnosti, ktoré môžu byť v kauzálnnej súvislosti s ochorením. Hypotetický záver preverujeme prostredníctvom správne indikovaných metód. Toto umožňuje exaktnejšie triedenie, klasifikáciu symptómov - vo forme jednotlivých syndrémov - a kategórií.

Delenie psychodiagnostických metód

Psychodiagnostické metódy delíme na klinické a testové /psychometrické/.

Klinické metódy.

Ku klinickým metódam zaraďujeme:

1. Informačný rozhovor
2. Pozorovanie
3. Diagnostické interview
4. Psychologická anamnéza.

Cieľom psychodiagnostických metód je poznanie konkrétnej, špecifickej a neopakovateľnej bytosti. V tomto poznaní významná úloha pripadá klinic-

kým metódam, ktoré umožňujú cestou získania informácií objasniť črty osobnosti, schopnosti, správanie, reakcie i súčasný zdravotný stav. Na podklade týchto informácií psychológ vytvára diferenciálno-diagnostickú hypotézu, ktorú overuje prostredníctvom indikovaných testov.

1. Metóda rozhovoru

Metóda rozhovoru spolu s metódou pozorovania patrí medzi najstaršie, ale aj najťažšie psychologické metódy. Obe poskytujú globálny obraz o osobnosti vyšetrovaného. Rozhovor môže poskytnúť také informácie, aké by sa inými metódami nezískali, a preto ho mnohí autori pokladajú za základnú a najvýznamnejšiu metódu /Wallen, 1964/. Je rozpracovaná v mnohých obširných monografiách /Bang, 1968, Fenlason, 1962, Gertsman, 1974, Skorny, 1974/, ale aj vo všetkých základných učebniciach /Schraml, 1964, Wallen, 1964, Meili, 1967, Lewicki, 1972, Kerlinger, 1972, Švancara a kol., 1974, Michal, 1974, Kondáš, 1977 a ďalší/. Keďže čitateľ sa môže prostredníctvom uvedenej literatúry zoznámiť s teoretickými aspektmi tejto metódy, sústreďme sa na analýzu praktickej aplikácie a jej využitia v psychodiagnostickej praxi.

Cieľ metódy. Metódou rozhovoru získavame informácie o súčasnom stave, spôsobe života, čo vie o tom pacient, ako ho hodnotí prostredie, informácie o prostredí v ktorom žije, o kultúrnej a materiálnej úrovni, informácie z jeho života od narodenia až po súčasný stav. Tieto informácie umožňujú pochopiť pacientove problémy, spoznať, aký je to človek, ako hodnotí a prežíva udalosti, ktoré prežil, a akú má povahu. Hľadáme etiopatogenetickú príčinu subjektívnych ťažkostí a zisťujeme, či je vrodená alebo získaná, prípadne podmienená organickou chorobou. Bezprostredným cieľom metódy rozhovoru je zhodnotenie informácií i určenie ďalšieho kroku v diagnostickom procese.

Podmienky metódy. Väčšina autorov zdôrazňuje, že k základným podmienkam metódy rozhovoru patrí vytvorenie príjemnej atmosféry a kladného interpersonálneho vzťahu, ktorý je podľa Švancaru a kol. /1974/ determinovaný autoritou odbornosti psychológa, pocitmi sympatie a vedomím účelnosti rozhovoru. V priebehu rozhovoru psychológ prejavuje záujem o všetko, čo pacient hovorí, a tým získava jeho dôveru, ktorá sa prejavuje vedomím, že môže povedať všetko. Slavson /1964/ hovorí, že psychológ sa v priebehu rozhovoru prejavuje ako odborník, ktorý všetkému rozumie, všetko toleruje, ale so všetkým nesúhlasí. Uvoľnená atmosféra, priateľský postoj a prívetivé správanie sa psychológa sú najdôležitejšími predpokladmi pre vedenie diagnosticky užitočného rozhovoru.

Technika a vedenie rozhovoru.

Psychológ si pred prijatím pacienta musí uvedomiť, že pacient, ktorý prichádza na psychologické vyšetrenie, či už na základe odporúčania lekára, alebo z vlastnej iniciatívy, prichádza s určitými obavami, ako bude prijatý, či sa neodhalia niektoré jeho nedostatky a pod. Preto najdôležitejším krokom v technike vedenia rozhovoru je, aby psychológ prvými reakciami utlačil pacientovi psychologický rozhovor. Nutnou podmienkou je, aby psychológ pri vstupe pacienta vstal, podaním ruky ho privítal a spoločenskou formou mu ponúkol stoličku. Prvé otázky sa majú týkať všeobecných problémov, napr. o počasí, a v prípade, keď bol pacient dlhšie v čakárni, má sa psychológ ospravedlniť. Psychológ postupne prechádza na otázky týkajúce sa jeho terajších problémov, konfliktov a zdravotného stavu. Samotný rozhovor sa môže rozdeliť na tzv. vstupný, všeobecne informatívny, trvajúci 10-15 minút, a na rozhovor diagnostický, ktorý nemá trvať dlhšie ako 40-45 minút.

Dôležitou podmienkou techniky rozhovoru je pripravenosť psychológa na vedenie rozhovoru. Pri diagnostickom type vedenia rozhovoru sú otázky kladené takým spôsobom, aby umožňovali pacientovi voľné vyjadrenie sa k jednotlivým problémom, a nemajú sa klásť otázky, ktoré umožňujú odpovedať áno alebo nie. K diagnosticky významným oblastiam rozhovoru patria nasledovné problémy: 1/ rodinný život a vzťahy v rodine, 2/ zdravotný stav, 3/ študijné problémy, 4/ vzťahy s rovesníkmi, 5/ sexuálny vývin, 6/ profesionálna orientácia a postavenie v práci 7/ konflikty a súčasné symptómy, 8/ predstavy pacienta o sebe.

K technike rozhovoru patrí aj spôsob administrácie. Za najvhodnejší považujeme taký spôsob, že sa zapíšu základné údaje /dátum narodenia, meno, bydlisko, škola/ a ďalší rozhovor podľa presne stanoveného plánu sa uskutočňuje formou spoločenského rozhovoru. Po skončení rozhovoru, ktorý ukončuje psychológ tým, že vhodnými poznámkami naznačuje jeho ukončenie, napr. "v priebehu ďalšieho vyšetrovania budeme postupovať za aplikácie niektorých testov" a pod. Psychológ ukončuje rozhovor poďakovaním, vstáva, podáva pacientovi ruku a odprevádza ho k dverám.

Po skončení rozhovoru zaznamenávame najdôležitejšie údaje ako o nich pacient hovoril, ako ich hodnotil, ako reagoval na osoby zúčastnené v konflikte a pod. K veľkým problémom zakončenia rozhovoru patria otázky, ktoré pacient psychológovi predkladá a na ktoré čaká odpoveď. Psychológ musí odpovedať v tom zmysle, že rozhovor bol zaujímavý a užitočný, a aby mohol zodpovedať tieto otázky, to si vyžiada ešte ďalšiu analýzu.

Klady a nedostatky metódy rozhovoru.

Medzi klady metódy rozhovoru patrí bezprostredné a rýchle získanie informácií, možnosť sledovania pacienta v priebehu rozhovoru, napr. jeho mimické prejavy, bezprostredný kontakt, úroveň verbálneho prejavu a u psy-



chotických pacientov možnosť pozorovať aj reakciu pri halucináciách.

K nedostatkom metódy patrí utlmenie pacienta v priebehu rozhovoru spravidla podmienené obavou, že prezradí intímne zážitky. Je tu nebezpečenstvo, že chorý zámerne poskytuje nepravdivé informácie. Napokon samotný výraz tváre a oblečenie pacienta môže viesť k neobjektívnemu posúdeniu jeho osobnosti. Najzávažnejším nedostatkom metódy rozhovoru je voľnosť interpretácie získaných informácií. Interpretácia je subjektívnej povahy a je známe, že dvaja odborníci môžu tú istú informáciu hodnotiť rozdielnym spôsobom.

Záverom, po zhodnotení všetkých stránok metódy rozhovoru vyplýva, že táto metóda je v psychologickéj diagnostike i vo výskume nenahraditeľná a jej osvojenie závisí od teoretických poznatkov klinického psychológa a od praktických skúseností, ktoré by mal získavať mladý psychológ pod vedením skúseného odborníka. Osobitným druhom rozhovoru je terapeutický rozhovor, ktorého technický postup riadime podľa zvolených psychoterapeutických metód.

2. Metóda pozorovania

Jej dejiny siahajú od Hippokrata až po súčasné dni a v psychológii má stále významné miesto. Meili /1965/ zdôraznil, že bez tejto metódy sa psychológia nezaobíde ani v budúcnosti, keď budú k dispozícii dokonalejšie metódy. Jej teoretické spracovanie nachádzame v početných monografiách a učebniciach. Zasluhou vzniku behaviorizmu a učenia o VNČ sa stala ústrednou metódou pri štúdiu správania zvierat.

Stern /1954/, Claparède /1933/ a Piaget /1950/ aplikovali metódu pozorovania pri štúdiu detskej psychiky. V súčasnej sovietskej psychológii je metóda spracovaná v práci Kairova /1952/, Levitova /1956/, Sznirmana /1948/ a v Makarenkových psychologicko-pedagogických prácach. Na podklade týchto teoretických východísk o možnosti využitia metódy pozorovania v psychologických vedách sa sústreďime na jej prínos v procese psychologickéj diagnózy.

Metódu pozorovania v psychodiagnostike chápeme ako doplnkovú metódu rozhovoru. Vychádzame z definície Teplova /1950/, ktorý ju definuje ako zamerané, plánované, cieľovo ohraničené, presné, podrobné, systematické pozorovanie takým odborníkom, ktorý má konkrétne poznatky zo študovanej oblasti psychológie.

Kreutz /1962/ na základe literárnych poznatkov rozpracoval ciele metódy. Pre klinickú diagnostiku je najdôležitejšie vymedzenie cieľa vo forme jednoduchej hypotézy "čo chceme poznať" prostredníctvom metódy pozorovania. Cieľom pozorovania pacienta v priebehu rozhovoru je sledovanie jeho

celkového telesného vzrastu, výrazu, spôsobu prejavu, správania, reakcie a štýlu reči a hlavne všetkých odlišností, ktoré v priebehu rozhovoru s pacientom zistíme. Keďže predmetom pozorovania je pacient, musíme ho pozorovať od prvého vstupu do vyšetrovacej miestnosti až po skončenie vyšetrenia a odchod z pracovne. Všetky formy prejavu pacienta sledujeme podľa presne stanovených metodických postupov. Všímame si: 1. stavbu tela, 2. výraz tváre, 3. oblečenie, 4. účes, 5. ruky, 6. spôsob držania tela. Sú to tzv. vonkajšie prejavy, z ktorých iba nepriamo môžeme usudzovať na niektoré črty osobnosti, prípadne symptómy.

Významnejšie miesto zaujíma sledovanie rečového prejavu, najmä jeho obsahovo-logickej formy, intonácie a motorických prejavov, v súvislosti s celkovými vyjadrovacími schopnosťami. Okrem toho pozorujeme emocionálne reakcie, náladu a postoje. Poznatky získané na základe pozorovania dopĺňajú náš úsudok o osobnosti iba vtedy, ak ich uvedenie do súvislosti so zisteniami získanými pomocou iných klinických a testových metód.

Pri skúmaní ľudí na základe metódy pozorovania vychádzame z poznatkov sociálnej psychológie a psychopatológie. Napr. posúdenie stavby tela a jej zatriedenie do určitých typov je možné urobiť aj podľa iných metód /Kretschmerova alebo Sheldonova typológia/. Zo sociálnej psychológie je známe, že silná postava so subjektívne kladnou akceptáciou sa prejavuje aj pozitívnym vzťahom k iným ľuďom.

Secord /1953/ a Rokeach /1943/ zistili, že ženy, ktoré sú spokojné so svojim vzhľadom, prejavujú sa ako dominantné a v správaní sú sebaisté. Pri posudzovaní stavby tela a výrazu tváre sa psychológ sústreďuje hlavne na ich odlišnosť od normy a ako sa tieto odlišnosti od normy odzrkadľujú v správaní, v postojoch, v sebahodnotení, prípadne v kompenzačných mechanizmoch.

Skorny /1974/ uvádza, že oblečenie, úprava vlasov, čistota rúk, sú vonkajším prejavom duševného stavu jedinca. Vo výskumoch obliekania sa zistilo, že nedbalosť v obliekaní u mladých žien nebolo možné vysvetliť inteligenciou alebo finančnými možnosťami /Wallen, 1964/. Dalo sa vysvetliť iba uzavretosťou do seba a stratou kontaktu so svojou skupinou. Obliekanie poukazuje na prílišnú sústredenosť na seba, prípadne nezáujem o seba, alebo stratu kontaktu so skupinou. Vidíme to na príkladoch, keď ženy v strednom veku sústredené na seba sa obliekajú ako skupina dievčat. Pri posúdení oblečenia musíme mať na zreteli aj skutočnosť individuálnych kritérií "dobrého oblečenia". Napr. ak prichádza mladý človek na vyšetrenie neprimerane oblečený podľa všeobecných noriem, to ešte neznamená, že on subjektívne svoje oblečenie nepokladá za najlepšie. Je potrebné objasniť príčiny rozdielnych individuálnych kritérií so všeobecnými kritériami danej doby tejto vekovej kategórie.

Úprava vlasov, najmä u žien, je doplnkom nielen oblečenia, ale ukazovateľom záujmu o seba. Zanedbávanie oblečenia a úpravy účesu je sprievodným symptómom duševných chorôb, najmä schizofrénie, depresie, psychopatickej dekompenzácie alebo organickej a senilnej demencie. Dojmy získané na základe pozorovania oblečenia a účesu môžeme overiť aj pozorovaním nálady a rečového prejavu.

Nálada. Pacient v stave depresie hovorí pomaly, ticho a smutne o každej téme. U schizofrenikov sa často prejavuje neadekvátna nálada a jej striedanie. Hypomanici majú povznesenú náladu a s úsmevom hovoria o vážnych veciach. Napr. hypomanická pacientka žartovne hovorí o svojom samovražednom pokuse /stranguláciou/ a uvádza, že to nemyslela vážne, chcela iba nastrašiť svojich rodinných príslušníkov.

Reč. Reč je forma spoločenského prejavu, v ktorej sa odzrkadľuje vzdelanostná a kultúrna úroveň, spôsob myslenia, a preto rečovému prejavu kladieme v metóde pozorovania najväčší význam. Empirické skúsenosti ukázali, že v priebehu hodinového rozhovoru môžeme zistiť spôsob myslenia, logickú stavbu, adekvátnosť výrazových prostriedkov, intonáciu, melodičnosť, gestikuláciu, ale predovšetkým patologické prejavy reči. K týmto rátame zjakavosť, šušľavosť a iné poruchy artikulácie, fatické poruchy a pod. Pri psychózach sa najčastejšie prejavuje zabiehavosť reči, zárazy, logorea, neologizmy, ktoré patria k základným symptómom schizofrenického ochorenia.

V priebehu rečového prejavu sledujeme aj emocionálne a fyziologické zmeny, ku ktorým dochádza pri rozhovore o pacientových konfliktoch a symptómoch. Najčastejšími pozorovateľnými sprievodnými fyziologickými zmenami sú napätie, suchosť v ústach, červenanie, zblednutie, zvýšený tón reči, plačlivý hlas, gestikulácia. Uvedené prejavy poukazujú na prevahu sympatického nervového systému a sú aj ukazovateľom intenzity emocionálneho prežívania obsahu reči.

Človek, ktorý sa dobre cíti, sa v priebehu rozhovoru spontánne usmieva, prirodzeným spôsobom mení pozíciu pri sedení. Inak sa správa človek v stave napätia.

Hlasový prejav reči. V poslednej dobe sa venuje značná pozornosť diagnostike celkového dojmu hlasového prejavu reči. Jenkins a spol. /1968/ zastávajú názor, že hlasitosť rečového prejavu, rýchlosť reakcie, kladenie dôrazu na určité obsahové časti, tempo reči, váhavosť, prešľapy v reči, netrepezlivosť prejavovaná skákaním do reči, zadrhávajúce sa, môže využiť na posúdenie typu správania. Tieto skúsenosti sme potvrdili aj na základe vlastného výskumu /Stančák, Valová, 1978/.

Podmienky metódy pozorovania. Dôležitou podmienkou metódy pozorovania v klinickej oblasti je, aby pacient nevedel, že je pozorovaný, preto psychológ až po skončení rozhovoru podľa pripravených pozorovacích schém za-

znamenáva diagnosticky významné údaje. Ak sa metóda aplikuje vo výskume, je potrebné objektívne sledovanie správania formou: 1. skrytej kamery, 2. magnetofónového záznamu, 3. fotografovania, napr. významných motorických prejavov, výrazu tváre, 4. pozorovacích hárkov.

Prednosti a nedostatky metódy.

Prednosťou metódy pozorovania je možnosť aplikácie v rozličných životných situáciách, v ktorých sú ostatné psychologické metódy neefektívne. Prispieva k objektívnejšiemu posúdeniu psychológom zistených a posudzovaných symptómov. Nedostatky spočívajú v tom, že sa symptóm v priebehu rečového prejavu nemusí prejavíť. Vidíme to najmä u neurotikov, ako sa v priebehu rozhovoru korigujú, aby sa neodkryli nejaké symptómy. Nedostatkom metódy je aj subjektívna voľnosť v interpretácii pozorovaných príznakov, napr. jeden posudzovateľ môže určité držanie tela hodnotiť ako napäté, iný ako prirodzené. K nedostatkom metódy patrí aj sama skutočnosť, že psychológ v priebehu rozhovoru nie je schopný registrovať aj údaje zistené pozorovaním. Tieto nedostatky sa odstraňujú, keď je možné nepozorovaným spôsobom celý rozhovor registrovať.

Metóda rozhovoru spolu s metódou pozorovania tvorí jednu ucelenú klinickú metódu. Je dôležité rozlišovať ju z didaktických dôvodov, aby si psychológ osvojil aplikáciu týchto metód v tom zmysle, aby sa naučil pacienta nielen počúvať, ale aj sledovať jeho prejavy.

3. Diagnostické interview

Metóda rozhovoru spojená s psychometrickými prvkami sa označuje pojmom diagnostické interview. Od rozhovoru sa líši tým, že má vždy presne ustálený postup a formuláciu otázok s možnosťou ich kvantitatívneho hodnotenia. Diagnostické interview je medzičlánok medzi rozhovorom a dotazníkom. Kerlinger /1972/ zaraďuje diagnostické interview medzi významné metódy získavania vedeckých informácií. Najdôležitejším predpokladom diagnostického interview je schéma zameraná na objasnenie určitej oblasti psychického života.

Hlavnou črtou diagnostického interview je vopred pripravený plán vo forme jednotlivých schém a štandardizácia interview. Podmienky metodologickej prípravy schémy diagnostického interview sú uvedené v práci Michala /1974/ a Kerlingera /1972/. Allport /1949/ uvádza rozličné oblasti štúdia osobnosti, pri ktorých využívame metódu interview. Ziobro /1961/ poukazuje na možnosť použitia interview pri štúdiu záujmov. Bandura a Walters /1968/ referujú o skúsenostiach diagnostiky agresivity prostredníctvom 40-položkového interview. Harriett /1962/ využíval diagnostické interview pri štúdiu životného prostredia. Mnohí autori využívali diagnostické in-

terview pri štúdiu školského a výchovného prostredia. Diagnostické interview ako metóda nepriameho riadenia rozhovoru našla svoje uplatnenie v detskej klinickej psychológii vo forme projektívnych metód, najmä metód hier /Schürer, 1959, Drábková, 1966, Švancara, 1963/.

Smékal /1966/ a Michal /1974/ vypracovali zásady technického postupu a metodologickej interpretácie výsledkov diagnostického interview. Cieľom diagnostického interview podľa uvedených autorov je získať a odhaliť vedecky i prakticky užitočné informácie v diagnostickom procese. Náplňou diagnostického interview je podrobnejšia analýza niektorých životných oblastí, napr. spokojnosť v manželstve, práci, sexuálnom živote a pod. Keďže výsledky získané pomocou interview sú spravidla štandardizované vzhľadom na populačnú normu, zvyšuje sa tým hodnovernosť a spoľahlivosť zistených výsledkov.

Technický postup pri riadenom diagnostickom interview, či už podľa schémy, alebo projektívnych metód, sa riadi podľa zásad aplikácie tej ktorej formy. Jednotlivé otázky majú byť formulované zrozumiteľne, aby skúšaného podnietili k voľnej výpovedi, napr. na otázku ako ste spokojný so svojim postavením v zamestnaní, pacient spravidla obšírne hovorí o všetkých problémoch súvisiacich so zamestnaním, z ktorých pre psychológa plynie jednoznačný záver, či je spokojný, nie veľmi spokojný, alebo nespokojný.

Rovnako ako rozhovor, aj interview sa má odohrávať v príjemnej atmosfére za kladného postoja pacienta k vyšetrovaciemu postupu. Vyhodnotenie sa uskutočňuje buď kvantitatívne, alebo kvalitatívne na základe subjektívneho odhadu vzťahov, symptómov a pod.

Prednosti a nedostatky.

Diagnostickým interview sa môžeme zamerať na detailnú analýzu niektorých foriem správania v rozličných situáciách, napr. doma, na ulici, v úrade a pod. Umožňuje kvantitatívne hodnotenie jednotlivých otázok. Psychológ má pri interview možnosť podľa potreby modifikovať alebo spresňovať niektoré otázky, najmä ak pacient podal nevyhovujúce vysvetlenie. Ďalšia výhoda spočíva v možnosti terapeutického explorácie.

Nedostatky metódy sú okrem iného v možnosti získania nepravdivých informácií. Diagnostické interview pôsobí dojmom skúšky, a preto sa pacient v priebehu vyšetrenia, najmä na začiatku, intenzívne sústreďuje na formuláciu odpovedí. Nedostatkem metódy je aj neurčitá validita. Tá však stúpa so zhodnosťou zistených výsledkov s anamnestickými a testovými zisteniami. Diagnostické interview sa začleňuje medzi psychologické klinické metódy v diagnostickom procese. Je to metóda, ktorá svojim rozsahom nezapadá len do klinickej psychológie, ale nachádza uplatnenie vo všetkých odboroch, hlavne v poradenskej praxi.

4. Anamnéza

Anamnéza je dôležitou súčasťou diagnostického postupu nielen v medicíne, ale aj v psychológii. Patrí medzi najdôležitejšie klinické metódy. Formy psychologickéj anamnézy spracoval na podklade rozsiahlej literatúry Schraml /1964/ v Handbuchi: "Psychologische Diagnostik", Katzenstein /1959/ a z našich autorov Syrištová a kol. /1964/.

Psychologická anamnéza predstavuje takú klinickú metódu, ktorá je zameraná na získanie uceleného obrazu o vývine a stave osobnosti, charakterových zvláštnostiach a psychologických symptómoch. V anamnéze sa sústreďuje pozornosť na tie zdroje informácií, ktoré osvetľujú vývoj osobnosti, čiže podmienky dedičné a konštitučné, ako aj vplyvy sociálneho prostredia. V anamnéze sa informácie nielen zhromažďujú, ale anamnesticky zistené vývinové odlišnosti aj vysvetľujú. Psychologická anamnéza sa opiera hlavne o údaje získané od iných osôb z rodinného, školského a pracovného prostredia a o informácie získané na základe rozboru životnej histórie.

Psychologická anamnéza má potom formu rozhovoru alebo analýzy voľne napísaného, prípadne na základe pokynov testových príručiek vypracovaného životopisu. Ďalším zdrojom informácie sú všetky objektívne zistenia z lekárskeho správ a psychologických skúšok. Aké sú rozdiely medzi psychiatrikou a psychologickou anamnézou?

Pri psychologickéj anamnéze ide o zisťovanie vývinu ako celku, preto sa zameriava na analýzu prostredia, napr. ekonomickej a kultúrnej úrovne rodinného prostredia, na analýzu vzťahov a na priebeh vývinu v jednotlivých životných obdobiach so zámerom objasniť tie traumatické okolnosti a rozličné zážitky, ktoré môžu byť vo vzťahu k terajšiemu duševnému stavu. Podľa Syrištovej a spol. /1964/ psychologická anamnéza má poskytnúť podklad pre zachytenie typických spôsobov správania a prežívania, t.j. trvalejších vlastností jedinca, a pre objasnenie vývinových podmienok, v ktorých sa vlastnosti konkrétnej osobnosti vyvíjali.

Psychiatrická anamnéza sa v analýze vývinu osobnosti primárne sústreďuje na prejavy patologické, prekonané choroby, vývinové úchyľky, ktoré by mohli byť vo vzťahu k terajšiemu ochoreniu. Psychologická anamnéza objasňuje patologický terén, na ktorom ochorenia vzniklo, ako aj formy predispozície k určitému spôsobu reakcie a správania. Objasňuje aj predispozície k určitému ochoreniu.

Na podklade týchto zistení sa v psychologickéj anamnéze vyčleňujú hypotézy o príčinách a prejavoch patologických symptómov, ktoré sa v ďalšom diagnostickom procese na podklade objektívnych testov overujú, kvantifikujú, kvalitatívne charakterizujú, triedia do jednotlivých kategórií a vysvetľujú. Psychiatrická anamnéza na podklade anamnestického rozhovoru u-

možňuje diagnostické zovšeobecnenie zistených symptómov z oblasti somatickej a psychickej.

Technický postup pri anamnéze.

Osobná anamnéza sa robí formou rozhovoru, s tým rozdielom v porovnaní s metódou rozhovoru, že anamnestický rozhovor sa vždy presne registruje za prítomnosti vyšetrovaného.

Hodnovernosť anamnestických údajov závisí od celkovej úrovne osobnosti i duševného stavu vyšetrovaného, ktoré ovplyvňujú schopnosť reprodukovat významné udalosti zo svojho života. U duševne chorých v stave psychózy je hodnovernosť údajov pochybná, avšak symptomaticky významná.

Pri anamnestickom vyšetrení je presne určený postup tak, aby anamnéza umožnila rekonštrukciu osobnosti, a to jej štrukturálneho usporiadania v závislosti od vrodených a získaných činiteľov, celkovej mentálnej vyspelosti i úrovne adaptácie na sociálne prostredie v predškolskom veku, v školskom veku, ako aj adaptácie na pracovné prostredie.

Vytváranie interpersonálnych vzťahov od útleho detstva až po terajší stav sa uskutočňuje podľa vývinových zákonov a v anamnéze sa hľadajú príčiny, prečo sa tieto vývinové zákonitosti v určitom období zmenili. V súčasnej psychológii sa v diagnostickom procese kladie dôraz na objasnenie konštelácie tých črt osobnosti, ktoré môžu pod vplyvom stresovej životnej situácie viesť napr. k neurotickej maladaptácii, k psychosomatickým chorobám, k samovražednému konaniu alebo k asociálnym prejavom. Všetky tieto okolnosti zisťujeme aj prostredníctvom anamnézy.

Z diagnostického hľadiska je dôležité objasnenie, prečo si človek v určitej životnej kríze siahne na život, prečo sa zmenila tolerancia na životnú záťaž a aká je tolerancia daného jedinca. Tieto poznatky významne prispievajú k psychiatrickej diagnóze, k prognostickým úvahám a k indikácii testových metód, ktoré sú spolu s anamnestickými zisteniami rozhodujúcimi kritériami pri opise, klasifikovaní a triedení ľudí do diagnostických kategórií.

V našej literatúre sa v minulosti preceňovala anamnestická metóda a nedoceniť sa význam testových metód. V psychologickej diagnóze má anamnesticky zistený symptóm bez jeho objektívnej verifikácie testovými metódami hodnotu subjektívnej povahy. Jeho validita závisí od erudície a skúseností klinického psychológa. Tak ako v modernej medicíne sa objektivizujú anamnesticky zistené nálezy rozsiahlymi pomocnými vyšetreniami biochemickými, elektrofyziológickými a pod., tak v psychologickej anamnéze sa musia objektivizovať kvantifikačnými testami, čo možno považovať za jeden z hlavných prínosov modernej psychologickej diagnózy.

Syntéza psychiatrickej a psychologickej diagnózy

Psychiatrická diagnóza opierajúca sa o výsledky objektívnej anamnézy, anamnestického vyšetrenia duševného i telesného stavu, ako aj o pomocné laboratórne vyšetrenia, vrátane psychologickej diagnózy, predstavuje syntézu všetkých poznatkov o duševnom i zdravotnom stave pacienta. V tomto syntetickom procese rozhodujúcu úlohu má psychiatier, pretože je právne zodpovedný za zdravotný stav a terapeutický postup. Napr. ak niekto trpí depresívnou psychózou, v lekárskej diagnóze sa neodzrkadľuje len kategória zatriedenia do typu depresívnej psychózy, ale aj celkový zdravotný stav, pretože duševne chorý môže súčasne trpieť zvýšeným krvným tlakom, môže mať narušenú funkciu pečene, prípadne iné somatické choroby, ktorých liečba sa uskutočňuje simultánne. Syntéza poznatkov psychiatrickej a psychologickej diagnózy je zložitý problém. Najideálnejším riešením je syntéza týchto poznatkov na základe vzájomnej konzultácie psychiatra a psychológa. Psychológ pritom nesie tiež právnu zodpovednosť za psychologickú diagnózu. Táto tímová spolupráca vedie k precíznejšej diagnóze, čo je, ako je z praxe známe, aj krokom k terapeutickému úspechu.

V psychologickej diagnostike sú analyzované také oblasti, ako opis osobnosti, charakteristika symptómov a ich mechanizmus, ich klasifikácia, úvahy diferenciálno-diagnostické a prognostické spolu s rozličnými návrhmi opatrení. Psychiatrická diagnóza sa postupne v širšom rozsahu bude opierať o psychologickú diagnózu, čo vyžaduje, aby psychologická diagnóza obsahovala zovšeobecnené závery klinických a testových metód na úrovni súčasných vedeckých poznatkov.

DEJINY, VÝVIN, TEÓRIE A KRITÉRIÁ TESTOVÝCH METÓD

Dejiny testových metód

V krátkom prehľadnom náčrte dejín vývoja testových metód poukážeme na zdroje podmieňujúce vývin testových metód. Na podklade poznania historického vývinu testových metód hlbšie pochopíme zložitú cestu vzniku konkrétnej metódy i úsilie, vynaložené pri vypracovaní jednotlivých psychodiagnostických metód. Historické pozadie testových metód nám umožní poznať súčasný stav tých psychodiagnostických metód, ktoré sa využívajú v klinickej praxi.

Vývin psychodiagnostických testov môžeme rozdeliť do troch etáp, časove ohraničených od polovice 19. do polovice 20. storočia.

Prvé vývinové obdobie, ktoré začína v 50-tych a končí v 80-tych rokoch 19. storočia označuje sa ako **p r e d v e d e c k é**.

Druhé obdobie možno vymedziť rokmi 1880 až 1920 a charakterizujeme ho ako obdobie **z r o d u v e d e c k e j p s y c h o d i a g n o s t i k y**.

Tretím obdobím je obdobie **s ú č a s n e j m o d e r n e j p s y c h o l ó g i e**. Najvýraznejšie pokroky tu zaznamenala psychodiagnostika po druhej svetovej vojne.

Charakteristika predvedeckého obdobia

Rozvoj každej vedy je závislý na celkovej úrovni filozofického myslenia danej doby, na stave a pokroku iných vedeckých disciplín /ktorých poznatky sa odzrkadľujú vo všetkých príbuzných odboroch/ a napokon na stupni úrovne metód príslušnej disciplíny. Sústredíme sa len na charakteristiku testových metód využívaných v psychopatológii. Znamená to ohraničenie na začlenenie testových metód v psychiatrii a neurológii v druhej polovici 19. storočia.

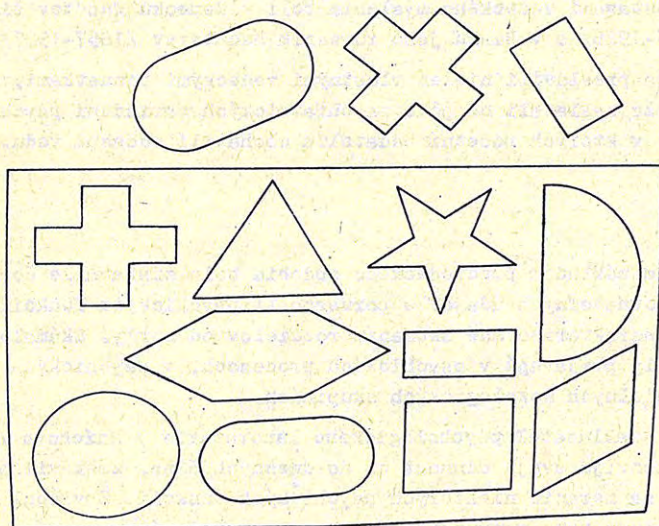
Prikláňame sa k názoru, že hlavný zdroj vzniku psychodiagnostických metód bol v psychiatrii a neurológii. Javila sa potreba objektívnejšej diferenciácie niektorých psychopatologických stavov. Psychológia, v tom čase ešte v područí filozofie nedisponovala ani poznatkami z psychopatológie, ani z metodológie, a preto psychodiagnostika vyrastala z psychiatrie a jej priekopníkmi boli psychiatri.

Predvedecké obdobie sa vyznačuje individuálnym prakticismom. Esquirol /1772-1840/ patrí medzi hlavné osobnosti tejto doby. Rozlišoval choromyselnosť od slabomyselnosti. Slabomyselnosť hodnotil ako poruchu intelektu a navrhol jej triedenie podľa rozsahu defektu intelektu. Kritériom pre rozlíšenie stupňa defektu bol spôsob rečového prejavu postihnutých jedincov /1838/.

Sequin /1812-1880/ pokračoval v Esquirolovej práci o slabomyselnosti a svoje pokrokové názory z celej francúzskej psychiatrie zhrnul v diele o idiocii /1866/. Zaviedol prvý performačný test "zasúvanie tvarov" /Sequin Form Board/. Test spočíval v tom, že sa geomerické telesá rozmanitých tvarov /hviezdy, trojuholníky, kríže, štvorce, kruhy/ vkladali do príslušných otvorov vyrezaných na predlohe.

Obraz 1

Seguinov výkonový test



Ukážka z testu Sequin Form Board vyvinutého r. 1866.

Guislain /1854/ navrhoval vyšetrovanie jednotlivých duševných funkcií /myslenie, pamäť, predstavivosť, pozornosť, vôľové procesy/ a hlavný dôraz kladol na vyšetrovanie intelektu. Zaviedol metódu skúšok na vyšetrovanie inte-

lektu, ktorá obsahovala napr. otázky typu: koľko dvojfrankových mincí je potrebné, aby sme mali 60 frankov?

Nemecký psychiater Richarz /1856/ navrhol metódu porovnávania reakcií na podnety. Hodnotíme to ako prvý pokus merania reakcií.

Snell /1856/ zaviedol niekoľko metód na diagnostiku simulácie. Bola to metóda čítania, opisovania textu, odriekania číselného radu 2×3 a 2×6 . Čítanie, počítanie a opisovanie sa ukázalo významnou diagnostickou pomocou v diferenciálnej diagnóze. Snellova metóda dala podnet k zostavovaniu rozličných škál, otázok a slovných úloh. Predvedecké obdobie sa vyznačuje snahou zovšeobecniť skúsenosti vo forme zostavovania diagnostických postupov s cieľom diagnostickej diferenciácie a porovnávania, ale tiež tým, že bádatelia svoje klasifikačné systémy doplnili psychologickými poznatkami.

Toto krátke vývinové obdobie sa môže označiť aj ako obdobie vstupu psychológie do psychiatrie a počiatok diferenciálnej psychológie. Teoretickým východiskom bolo stanovenie rozdielu diferencie od tzv. normy. Najvýraznejšími postavami vedeckého myslenia boli v Nemecku Wundtov žiak Kraepelin /1856-1926/ a v Rusku jeho rovesník Bechterev /1857-1927/.

Obidvaja sa preslávili nielen vlastnými vedeckými poznatkami, ale predovšetkým tým, že zakladali na pôde psychiatrických zariadení psychologické laboratóriá, v ktorých početní bádatelia obohatili súčasnú vedu.

Vedecké obdobie

Teoretickým základom predvedeckého obdobia bolo získavanie čo najväčšieho počtu porovnateľných údajov o porušenosti psychických funkcií. Vedecké obdobie je charakterizované skúmaním rozdielov od normy. Skúmalo sa ako sa tieto rozdiely prejavujú v psychických procesoch, v psychických vlastnostiach a rozdielnych nozologických skupinách.

Kraepelin, zakladateľ psychologického laboratória v Mníchove /1894/, ktoré úspešne rozvíja svoju činnosť až do dnešných čias, zostavil psychologické skúšky na meranie niektorých psychických funkcií. Zaviedol do klinickej praxe dodnes používaný sčítací test na meranie únavy, pozornosti a pracovného výkonu. Tieto metódy využíval pri štúdiu vplyvu alkoholu na uvedené psychické funkcie. Kraepelin svojou vedeckou orientáciou patrila k "ére systémovej", ktorá bola zameraná na vystihnúť všeobecných zákonitostí spoločných jednej nozologickej skupine a na určenie rozdielov medzi jednotlivými nozologickými skupinami. Bol zameraný na štúdium psychopatologických zákonitostí, nie na jednotlivca.

Oehorn /1896/, Kraepelinov žiak, zostavil súbor jednoduchých úloh na vyšetrovanie percepcie pamäti a asociačných pochodov. Tieto využíval pri

diagnostike organických poškodení mozgu a pri diagnostike progresívnej paralýzy. Metóda je známa pod názvom "Inventár ľudskej inteligencie". Exponovaním podnetu zisťoval funkcie pamäti, tzv. novej a starej pamäti.

Grashey /1885/ robil vyšetrenie pamäti pomocou jednoduchého obrázku exponovaného po čiastiach. Obrázok domáceho zvierata bol zakrytý papierom, v ktorom bola vystrihnutá medzera umožňujúca pohľad na jednu slabiku alebo malú časť zobrazeného zvierata. Pri postupnom posúvaní mohol pacient vidieť celý obraz i slovo. Úlohou s.o. bolo spoznať predmet pri čo najmenšom počte posuvov medzery. Sommer /1899/ zaviedol vyšetrovací postup, v ktorom boli otázky orientácie a školských vedomostí. Vyšetrenie bolo zamerané na zistenie úrovne poznávacích procesov. Vo svojej knihe "Lehrbuch der psychologischen Untersuchungsmethoden" uvádza okrem iného aj metódu voľných asociácií na rozlíšenie rozličných foriem duševných chorôb.

Podľa Zejgarnikovej /1972/ boli v Rusku vhodné podmienky rozvíjania psychopatológie. Sečenov pripisoval veľký význam zblíženiu psychológie a psychiatrie. Už v roku 1976 sa rozhodol založiť lekársku psychológiu. O psychológii písal, že "táto veda sa stane zrejme základom psychiatrie práve tak, ako sa fyziológia stala základom patológie tela".

Prvé psychologické laboratórium v Rusku založil Bechterev v roku 1885 v Kazani. Druhé psychologické laboratórium založil v roku 1886 psychológ Tokarskij na Korsakovovej psychiatrickej klinike. Ďalšie vznikli v Petrohrade, v Charkove a v Jurijeve. Na Bechterevovej klinike duševných a nervových chorôb vzniklo veľa metodík na sledovanie duševných chorôb. Najviac sa uplatnili: 1. asociačný experiment, 2. metodika určenia a porovnávania pojmov, 3. korekčný pokus na sledovanie pozornosti, 4. počtové úkony na určenie schopnosti a dynamiky pracovného výkonu, atď.

Bechterev presadzoval, aby metódy vyvinuté na klinickom materiáli boli štandardizované na zdravej populácii. K jeho najvýznamnejším žiakom patrili Čiž, Vladyčko a Lazurskij. Posledný určil smer ruskej experimentálnej psychológie rozpracovaním zásad prirodzeného experimentu. Korsakov vychádzal pri chápaní duševných chorôb z materialistických náhľadov Sečenova. Známe sú jeho výskumy osobitných foriem porúch pamäti. Tokarskij prispel k rozlíšeniu demencie a slabomyselnosti. Na rozhraní 19. a 20. storočia v Rusku zásluhou Bechtereva, Korsakova, Rossolima, Rybakova a ďalších sa úspešne rozvíjala tak psychodiagnostika ako aj psychopatológia.

Vývin testových metód vyplynul z potreby diferenciácie ľudí podľa psychických vlastností a spätne sa odzrkadlil v diferenciálnej psychológii.

Američan J. McKeen Cattell /1860-1944/, Wundtov žiak, v roku 1890 uverejnil test "rozumovej bystrosti" a zaviedol pojem "mentálny test". Týmto rokom sa začína éra testovej metódy. Individuálnu úroveň intelektu určoval pomocou rozličných inteligenčných testov vzájomným porovnávaním vý-

konu viacerých osôb. Pridržiaval sa Galtenovho náhľadu, že najlepším ukazovateľom intelektovej úrovne sú elementárne vedomosti. Navrhol niekoľko testov, a to: 1. reakčnú dobu na zvukový podnet, 2. rozsah bezprostrednej pamäti, 3. časový odhad. McKeen Cattellov prínos do testových metód spočíva ani nie tak vo vlastnej vedeckej tvorbe, ako v jeho vplyve na spolupracovníkov a v podnietení záujmu o testové meranie psychických procesov, najmä intelektových. V tomto období vznikol prvý intelligenčný test vypracovaný Binetom a Simonom /1905/, ktorý pripravil pôdu pre vývoj testových metód.

Priekopníkmi testových metód a tvorcami teórie merania bola trojica anglických bádateľov, antropológ Galton /1822-1911/, matematik Pearson /1857-1911/ a psychológ Spearman /1863-1945/. Zaslúžili sa o zavedenie aplikovanej matematiky, t.j. štatistických metód do psychológie, najmä pri skúmaní vzťahov medzi viacerými premennými. Zastávali názor, že veda je skôr než povahou svojho predmetu určovaná metódami, ktoré používa. Galton svojim dielom "Dedičná genialita a skúmanie ľudských schopností", podobne ako Spearman svojou teóriou "generálneho faktora" a dielami "Povaha inteligencie" a "Schopnosti človeka" /1904, 1927/ obohatili psychológiu inteligencie ovšeobecne platnými teóriami. Do tohto obdobia zapadajú začiatky vývoja súčasnej psychodiagnostiky a jednotlivých skupín testových metód, a to performačných, v ktorých osobitné miesto majú testy inteligencie, projektívne a dotazníkové metódy.

Súčasný dejiny vývinu testových metód

Súčasný dejiny testových metód sú kontinuálnym pokračovaním predchádzajúcej vývinovej etapy. Časove je táto etapa zaradená do obdobia po I. svetovej vojne, s jej prudkým rozvojom po II. svetovej vojne a pretrváváním po súčasné dni.

Termanova modifikácia Binetovej škály inteligencie, Rorschachova projektívna metóda a početné dotazníkové metódy, najmä MMPI, určovali rozvoj jednotlivých testových oblastí, a to testov performačných, projektívnych a dotazníkových.

Z intelligenčných testov najvýznamnejšou mierou prispeli k diagnostike intelektu Raven a Wechsler. Z oblasti projektívnych metód to bol okrem Rorschacha vznik TAT. V 40-tych rokoch z okruhu dotazníkových metód okrem MMPI vznikli dotazníkové metódy, najmä Eysenckove dotazníky neuroticizmu a extravenzie, Cattellov dotazník 16 PF a ďalšie.

Spomínané metódy majú aj v súčasnej dobe dominujúce postavenie v klinickej psychodiagnostike a každá z nich má osobitnú históriu vývinu, preto historický aspekt každej metódy uvádzame pri jej analýze.

Súčasnosť psychodiagnostických metód sa vyznačuje niektorými spoločnými črtami, ktoré podmienili celkový trend vývinu psychodiagnostiky ako vednej disciplíny.

1. V modernej psychodiagnostike aj dodnes prevláda trend nadmernej produkcie testových a dotazníkových metód.

2. Druhou črtou vývinu psychodiagnostických metód je úsilie o teoretické zdôvodnenie a štatistické ohodnotenie testových metód, s dôrazom na ich administráciu, spoľahlivosť, ako aj praktickú a teoretickú platnosť záverov testových metód. Je to úsilie o zavedenie takých kautel jednotlivých psychodiagnostických metód, ktoré charakterizujú testovú metódu ako vedecky užitočný diagnostický nástroj.

3. Ukázalo sa, že v testových výsledkoch sa výrazným spôsobom odzrkadľujú transkultúrne rozdiely, preto sa pri ich štandardizácii prihliada na tieto okolnosti a pri ich adaptácii sa postupuje tvorivým spôsobom tak, aby metóda bola rovnako užitočná v každej kultúrnej skupine. Adaptácia metód vzhľadom na kultúrne pomery podmienila vývin psychodiagnostiky v jednotlivých svetadieloch a v jednotlivých kultúrach.

Uvedené trendy v psychodiagnostike našli praktické odzrkadlenie v jej súčasnom stave:

1. Trend nadmernej produkcie psychologických metód najmä v USA priviedol Burosa na myšlienku vydávať zoznam metód. Prvá ročenka vyšla v roku 1938 pod názvom The Mental Measurement Yearbook /MMY/. Jej piate vydanie z roku 1970 prináša zoznam testov osobnosti a druhá časť z roku 1975 obsahuje zoznam testov inteligencie. Ročenka obsahuje aj bibliografiu k jednotlivým metódam spolu s kritickými a hodnotiacimi štúdiami.

2. Medzi najvýznamnejšie prednosti súčasnej histórie vývinu metód patrí dôsledné využívanie štatistiky pri hodnotení spoľahlivosti a platnosti jednotlivých metód. Na základe takto usporiadaných metód bolo možné vytvoriť normatívne dáta pre určitú populáciu /muži, ženy, zdraví, chorí/ s prihliadnutím na vekové kategórie.

3. Ukázalo sa, že mechanické preberanie metód je v rozpore s vedeckými požiadavkami aplikácie psychodiagnostických metód práve pre transkultúrne rozdiely, ktoré sa charakteristicky odzrkadľujú v testových výsledkoch. Reštandardizácia a adaptácia metód s prihliadnutím na teoretické východiská umožňuje triedenie psychodiagnostiky na psychodiagnostiku aplikovanú pre americkú populáciu, pre populáciu európsku a na psychodiagnostiku v socialistických krajinách.

Aj v súčasnej dobe, najmä v americkej psychodiagnostike sa venuje väčšia pozornosť pri výskume rozličných modifikácií základných metód namiesto výskumu so zámerom na zdokonalenie základnej metódy. Rozličné obmeny a mo-

difikácie klasických metód sú skôr často brzdou ako pokrokom psychodiagnostiky. Môžeme ich hodnotiť ako bádateľskú hru bez väčšieho vedeckého prínosu. Hlavnou príčinou tohto javu je skutočnosť, že konštrukcia novej metódy, jej psychometrické zhodnotenie a experimentálne preverenie trvá desiatky rokov a na podobnom výskume sa môže efektívne podieľať väčší počet pracovníkov. To je príčinou, prečo sa jednotliví bádatelia uberajú skôr cestou výskumu modifikovania základných metód.

Psychodiagnostika v socialistických štátoch

Psychodiagnostika v ZSSR

V ZSSR došlo po prvej svetovej vojne k neodbornej aplikácii testov, najmä pri vyšetrovaní detí. To podmienilo kritiku testových metód známym uznesením ÚV KSB z roku 1936 o pedologických úchyľkách v systéme ľudových komisárov "osvety".

Po druhej svetovej vojne sa v ZSSR klinická psychodiagnostika sústreďovala na posttraumatickú diagnostiku, na poruchy psychiky vyvolané úrazmi hlavy. Výskumy v tejto oblasti znamenajú veľký prínos pre teoretické objasnenie symptomatológie organického psychosyndrómu a jeho diagnostiky psychologickými metódami.

Na Pavlovovskej konferencii v Moskve v roku 1950 sa zdôraznil reflexný princíp psychickej činnosti. Následkom toho sa začal nesprávne vysvetľovať predmet psychológie a rozšíril sa názor, že psychológia sa zaoberá iba subjektívnymi javmi. Zdôrazňovalo sa, že kauzálne vysvetlenie psychických javov musíme hľadať vo fyziológii vyššej nervovej činnosti. To viedlo k tomu, že psychologické výskumy sa mechanicky nahrádzovali fyziologickými.

Obrat vo vývine psychodiagnostiky nastal po roku 1962, keď došlo ku kritickému zhodnoteniu predchádzajúceho obdobia, v ktorom sa odsúdili biologizujúce tendencie vo vedách o človeku. V uznesení Akadémie vied ZSSR sa konštatuje, že po roku 1950 sa veľmi rozšíril prakticky škodlivý a metodicky pomýlený negatívny vzťah k psychológii, ktorej predmet sa niektorí vedci pokúšali utopiť vo fyziológii VNČ.

V posledných rokoch sa v ZSSR klinická psychodiagnostika zameriava na reštandardizáciu základných psychodiagnostických metód. Z inteligenčných testov je to reštandardizácia Wechslerovej škály WAIS, Amthauerovej skúšky IST a Ravenových progresívnych matíc /Blejcher, Burlačuk, 1978/.

Medzi najpozoruhodnejšie výskumy treba rátať reštandardizáciu dotazníkovej metódy MMPI /Berezin a spol., 1976/.

Z pôvodnej tvorby Lurijov súbor skúšok pri diagnostike organického psychosyndrómu patrí k základným technikám diagnostiky organického poško-

denia mozgu. S touto technikou sa pracuje v USA ako aj v európskych štátoch /Christensenová, 1975/. K rozvoju psychodiagnostiky prispeli početné publikácie, rozličné konferencie a psychodiagnostiku tvorivým spôsobom rozvíjajú psychodiagnostické laboratória psychologického ústavu APN v Moskve.

Psychodiagnostika v MĽR

Klinická psychodiagnostika v MĽR je charakterizovaná reštandardizáciou metód na diagnostiku inteligencie. Kun a Szegedi /1972/ vykonali reštandardizáciu a adaptáciu Wechslerovej škály. Klinickí psychológovia vynakladajú veľké úsilie pri štandardizácii Rorschachovej metódy. Okrem základných metód sa výskum psychodiagnostiky sústreďuje na adaptáciu iných výkonových a dotazníkových metód, ako aj na tvorbu vlastných psychodiagnostických metód.

Psychodiagnostika v NDR

Sme svedkami významného pokroku psychodiagnostiky v NDR, ktorá sa rozvíja na základe praktických požiadaviek diferencovania ľudí pre potreby školskej, pracovnej praxe a pre účely zdravotníctva. V klinickej psychodiagnostike sa sústreďuje pozornosť na diagnostiku osobnosti. V diele Rösler a spol. "Personlichkeit" /1976/ sú zhrnuté štúdie zaoberajúce sa diagnostikou inteligencie, využitím MMPI v psychiatrických zariadeniach, diagnostikou organického poškodenia mozgu, ako aj významom psychometrie pri jednotlivých psychodiagnostických metódach. Klinická psychodiagnostika sa rozvíja hlavne v psychiatrických zariadeniach v Berlíne, Lipsku a Rostoku. Za hlavných reprezentantov klinickej psychodiagnostiky pokladáme takých významných autorov ako sú Szewczyk, Rösler, Schmidt a ďalší.

Psychodiagnostika v PĽR

Psychodiagnostika v PĽR nadväzuje na bohaté tradície klinickej psychológie. V roku 1932 bol založený Inštitút Higieny Psychiczej, na ktorom sa aplikovali rozličné testy, najmä testy inteligencie a testy projektívne. Inštitút organizoval a riadil výskumné práce pri reštandardizácii metód. Vykonala sa reštandardizácia Wechslerovej škály inteligencie. Po druhej svetovej vojne inštitút zanikol a klinická psychodiagnostika sa rozvíjala zásluhou klinických psychológov pracujúcich na psychiatrických klinikách a oddeleniach. Psychodiagnostika v Poľsku vychádza z vlastnej vedeckej tvorby a prekladovej literatúry najmä učebnicovej povahy. Vývin psychodiagnostiky v Poľsku významne ovplyvnil prechodne trvajúci Psychologický ústav pri PAN, zásluhou ktorého bola veľa testov a manuálov preložených do poľského jazyka.

Z pôvodných diel z oblasti klinickej psychodiagnostiky sú najznámejšie Kreutzova /1962/ Učebnica o testových metódach a rozličné monografie venované spravidla jednej psychodiagnostickej metóde. Hornowski /1959/

štandardizoval Ravenovu skúšku na poľskú populáciu. Reutt a Reuttová /1960/ vydali monografiu o TAT. Kaczyńska /1967/ vydala učebnicu o ROR metóde. Rembowski /1975/ spracoval projektívne metódy určené pre mládež a deti. Płużeková /1971/ reštandardizovala a zhodnotila dotazníkovú metódu MMPI - WISKAD. Sanocki /1976/ monograficky spracoval dotazníkové metódy a ich význam v praxi klinického psychológa. Poľskú psychodiagnostiku významne ovplyvnili aj niektoré učebnicové diela, ktoré boli preložené do poľštiny, najmä Wallenova /1964/ a Meiliho /1967/ učebnica, ako aj významné diela z psychometrie a psychologickéj štatistiky Guilford a Comrey /1961/, Guilford /1964/.

Súčasný stav poľskej psychodiagnostiky sa vyznačuje extenzívnou činnosťou v intenciách tvorby normatívnych dát pre poľskú populáciu.

Psychodiagnostika v ČSSR

Vývin psychodiagnostiky v ČSSR bol podmienený existenciou psychologických inštitúcií, v ktorých sa rozvíjala diferenciálna psychológia a psychodiagnostika.

V rokoch 1928 - 1950 túto činnosť rozvíjal Psychotechnický ústav so zameraním na profesionálnu orientáciu. Po druhej svetovej vojne vznikol Sociodiagnostický ústav /1945-1952/ a na Slovensku Ústav pre sociálny výskum mládeže /1947-1950/, ktorý sa výskumne zameriaval na sociálne problémy. Od roku 1957 pôsobia inštitúcie výchovno-pedagogického poradenstva, na ktorých sa výskumne sledujú aj otázky psychodiagnostiky a reštandardizácie, najmä reštandardizácie psychodiagnostických metód.

Čečer a Kovaliková /1973/ štandardizovali Ravenove progresívne matice na populácii bratislavskej mládeže a Košč /1974/ štandardizoval Kohsove kocky, určené pre diagnostiku inteligencie detí.

Klinická psychodiagnostika sa od roku 1950 rozvíja na psychiatrických klinikách a oddeleniach. Psychológovia pracujúci v psychiatrických zariadeniach so zameraním na diferenciálnu diagnostiku využívajú základné metódy z okruhu intelektových, výkonových, projektívnych a dotazníkových, ako je Wechslerova skúška, Rorschachova, TAT, MMPI a Eysenckove dotazníkové metódy. Vývin klinickej psychodiagnostiky v ČSSR je poznamenaný výskumom so zameraním na problémové oblasti samotnej metódy, jej indikácií a teoretických východísk. Dobrotka /1957/ rozpracoval zvláštne fenomény /morbidné/ a ich diagnostické využitie pri Rorschachovej metóde. Stančák /1958/ sa venoval obsahovým produkciám v Rorschachovom teste. Kondáš /1961, 1962/ rozpracoval asociačný experiment a jeho využitie v klinickej psychodiagnostike. Výsledky konkrétnych výskumov psychodiagnostiky boli uverejnené v zjazdových zborníkoch a časopiseckých prácach.

Psychodiagnostika v detskej klinickej psychológii je teoreticky a prakticky najdôslednejšie rozpracovaná, o čom svedčí Švancarova učebnica /1971, 1974/.

Obrat vo vývine klinickej psychodiagnostiky nastal založením n.p. Psychodiagnostické a didaktické testy. Dosiaľ bolo vydaných 115 testov, z ktorých mnohé sú štandardizované. Význam n.p. Psychodiagnostické a didaktické testy spočíva nielen vo vydávaní testov, ale aj v organizovaní vedeckých seminárov k jednotlivým testom a v organizovaní medzinárodných konferencií o využívaní psychodiagnostických a didaktických testov v socialistickej spoločnosti. Uskutočnili sa vedecké konferencie za účasti odborníkov zo socialistických krajín, na ktorých okrem vedeckých referátov so zameraním na teoreticko-metodologické problémy sa určila cesta spolupráce socialistických krajín a tiež najdôležitejšie úlohy medzinárodnej spolupráce. Vývin psychodiagnostiky v ČSSR podmieňuje aj vydávanie knižných publikácií z oblasti psychometrie, metodológie, psychológie merania a škálovania a všeobecnej psychodiagnostiky.

Súčasná psychodiagnostika v ČSSR je zameraná na výskum normatívnych dát, na teoretické východiská jednotlivých metód. Je to obdobie vzniku psychodiagnostiky orientovanej vo svetle marxistickej filozofie.

Teória a kritériá testových metód

Vedecká úroveň aplikovaných metód je nevyhnutným predpokladom vývinu každej vedy. To platí aj pre psychológiu. V klinickej psychológii význam testových metód vzrastá tým, že sa aplikujú s cieľom poznať a vysvetliť psychické funkcie a ich odlišnosti u konkrétneho človeka. Z toho vyplýva aj veľká zodpovednosť pri praktickom zaobchádzaní a interpretácii výsledkov testových metód, aby to, čo sa testom zisťuje, zodpovedalo objektívnej realite empiricky potvrdenej.

Test. Anglické slovo test znamená skúšku, preto sa s týmto pojmom stretávame vo všetkých odboroch na označenie skúšky, reakcie a pod. Užíva sa pri označovaní chemických reakcií. Pojem test sa v najširšom meradle využíva v psychológii. Hoci boli snahy obsahovo vymedziť pojem test, predsa sa stretávame s jeho rozdielnymi významami.

Medzinárodná spoločnosť pre aplikovanú psychológiu v roku 1933 prijala nasledovnú definíciu testu: "Test je určitá skúška rovnaká pre všetky skúmané osoby /s.o./, s presným ohodnotením úspechu alebo neúspechu, prípadne s kvantitatívnym určením výsledku skúšky".

Okrem tejto definície sa stretávame aj s inými a uvádzame iba tie, ktoré najvýznamnejším spôsobom ovplyvnili obsah pojmu test. Anastasiová /1976/ definuje test takto: "Psychologický test je v podstate objektívne a štandardizované meranie vzoriek správania". Podľa Anastasiovej psychologické testy sú podobne ako v iných vedných disciplínach usporiadané na malé, ale starostlivo vybrané vzorky správania. Inú definíciu predkladá

Crombach /1970/. Definuje test ako procedúru, v ktorej sú štandardné série otázok, na ktoré subjekt odpovedá slovne alebo písomne. Pichot /1970/ definuje psychologický test ako štandardizovanú experimentálnu situáciu, vyvolávajúcu určité správanie. Toto správanie je hodnotené podľa správania iných osôb, ktoré sú v rovnakej experimentálnej situácii. Potom je možné s.o. triediť buď kvantitatívne alebo typologicky. Gutjahr /1971/ definuje test ako skúšobný postup, pri ktorom sú zisťované určité znaky alebo vlastnosti a ktorého výsledkom je začlenenie osôb do určitej klasifikácie, získanej u skupiny zrovnateľných osôb. Choynowski /1959/ pod testami rozumie prístroje, úlohy, otázky a situácie, spĺňajúce určité podmienky slúžiace na skúmanie individuálnych vlastností jedinca alebo skupiny, prostredníctvom prejavovaných, pozorovateľných reakcií s cieľom poznania, predvídania a kontroly správania. Říčan /1977/ definuje test ako štandardizovaný postup, pri ktorom u probanta navodzuje diagnosticky cenné javy. Tieto javy registrujeme tak, že je možné výsledky rôznych probantov navzájom porovnávať.

Z letného prehľadu definícií je zrejmé, že dosiaľ nemáme uspokojivú definíciu testu. Spoločným znakom citovaných definícií je chápanie testu ako skúšky, ktorej podmienkou je štandardizovaný podnet /otázka, úloha/ a štandardizovaný postup. Ďalším spoločným znakom je vyjadrenie výsledku buď vo forme kvantitatívnych ukazovateľov, alebo vo forme porovnávania výsledkov so skupinou, čiže so štandardizovanou normou.

Nejednotnosť v definíciách je v samotnej podstate testu: čo vlastne môžeme pokladať za test? Máme sa obmedziť len na otázky a úlohy, alebo zahrnúť aj prístroje a situácie? Druhým nedoriešeným problémom je cieľ testu: meria sa ním len výkon, alebo aj správanie, ako na to upozorňuje Anastasiová /1976/ a Choynowski /1959/. Ak sa prikloníme k názoru, že aj výkon v performačnom teste je určitá forma správania, a ak akceptujeme názor, že test je diagnostický nástroj, potom jeho cieľ sa má vzťahovať buď na jeden aspekt správania, alebo na celé správanie osobnosti.

Zastávame názor, že pre vymedzenie pojmu je výstižnejšia širšia definícia testu. Pod pojmom test chápeme štandardizovaný súbor otázok, úloh, prístrojových techník, pri ktorých sa uplatňuje štandardizovaný postup na zistenia výkonu, odpovede a reakcie. Tieto výsledky testu určujeme vo forme kvantitatívnych ukazovateľov, ktoré môžeme porovnávať, klasifikovať a na ich podklade hodnotiť terajší stav, hodnotiť terajšie a predvídať budúce správanie. To znamená, že test nám umožňuje začlenenie jedinca do diagnostickej kategórie a súčasne umožňuje prognostické úvahy napr. o úspechu v budúcom povolání, o terapeutickom efekte a pod.

Pri takto chápaní definícii testu testom nie je len skúška inteligencie, ale aj skúška pozornosti vykonávaná tepingovou metódou, testom je aj projektívna metóda, pretože ako výkonové tak aj projektívne metódy spí-

ňajú kritériá štandardizovaných úloh, štandardizovaného postupu, a výsledky sú zrovnateľné vo forme kvantitatívnych ukazovateľov.

Dotazníkové metódy spĺňajú kritériá testov pre svoje štandardizované otázky a úlohy, štandardizovaný postup a kvantitatívne hodnotenie a porovnanie s normatívnymi dátami.

Testy výkonové, projektívne a dotazníkové metódy nám umožňujú poznať ľudí, reakcie v určitých zmenených podmienkach, vlastností a stavy, psychické procesy, a tým umožňujú psychologickú klasifikáciu. Všetky tieto otázky môžeme skúmať prostredníctvom testov iba vtedy, keď test spĺňa teoretické predpoklady vedeckej metódy.

Teória merania

V psychológii sa postupne presadil typ psychometrického merania. Meranie v psychológii prispieva k objektívnemu posúdeniu skúmaných javov; napr. ak sa niekto v živote prejavuje ako menej chápatelý, môžeme jeho schopnosti lepšie odhadnúť ak použijeme na ich objektivizovanie intelligenčné testy. Pomocou testov môžeme objektívnejšie zhodnotiť úroveň intelektu ako bez nich. Ohodnotenie intelektu bez aplikácie vhodných testov by bolo len približným a nepresným odhadom. Naš postup by bol analogický s postupom, pri ktorom by sme niekomu len podľa dojmu odhadli telesnú hmotnosť. Naším odhadom by sme si neboli istí a bol by nepresný. Keď určujeme telesnú hmotnosť podľa ociachovanej váhy, získavame relatívne presné údaje a subjektívnu istotu.

Meranie v psychológii

Matematická metóda sa postupne presadzovala do psychológie dvoma smermi. Jeden prúd predstavovala psychofyzika /Herbart, Weber a Fechner/, druhý antropológia a biológia /Gauss, Galton, Quetelet a ďalší/.

Guilford a Comrey /1961/ považujú psychofyziku za predchodcu súčasnej experimentálnej psychológie. Už Herbart roku 1825 používal matematické opisy na vyjadrenie rozdielov vnímania svetla rozličnej intenzity. Zaviedol do psychológie pojem absolútneho prahu. Prínos psychofyziky je aj v podnietení rozličných výskumov, zameraných na meranie reakcií na jednotlivé podnety.

Podobne aj druhý smer, zameraný na meranie individuálnych rozdielov, siaha ďaleko do minulosti. Bernoulli /1654-1705/ vytvoril teóriu pravdepodobnosti a v roku 1733 De Moivre zostavil krivku normálneho rozloženia. Gauss rozpracoval jej praktické využitie a objavil metódu priemeru, pravdepodobnosti chýb a iné, v štatistike všeobecne známe metódy. Quetelet ap-

likoval poznatky elementárnej štatistiky v takých výskumoch ako je narodenie, úmrtie, manželstvo, choroby a pod. Galton tieto štatistické metódy aplikoval vo svojich priekopníckych psychologických výskumoch. Položil základy metódam škálovania a zaviedol pojmy "štandardizovaný výsledok", "medián" a "kolerácia".

McKeen Cattell bol najväčším priekopníkom testov a preslávil sa svojimi prácami z postrehnutia najkratších časových odhadov.

Do psychológie merania prispeli svojimi výskumami Bingham a Binet, ktorí určili cesty ďalšieho štúdia individuálnych rozdielov. Boli to predovšetkým Binetove snahy o vyčlenenie takých funkcií, ako je chápanie, pamäť, sugestívnosť. Aj keď tieto výskumy nemali väčší význam, z teoretického hľadiska prispeli k vytvoreniu testov inteligencie a špeciálnych schopností /Breed, 1937/.

Dejiny psychometrie

Zakladateľom a tvorcom prvej teórie merania je Campbell /1928/. Pridržiaval sa vzoru klasickej psychofyziky. Rozlišoval dva druhy merania, a to meranie priame a odvodené. Rozšíril sa názor, že všetko, čo nie je možné určiť priamou alebo odvodenou metódou, nie je vôbec meraním. Bolo to stanovisko v psychológii neudržateľné.

Stevensova /1951/ teória zmenila tento názor. Stevens /1951/ rozlíšil 4 druhy stupníc. Jednotlivé stupnice sa navzájom líšili podľa operácií, ktoré sú v nich použité. Pri delení stupníc sa pridržiaval nasledovných kritérií: 1/ empirické operácie použité pri priradovaní čísiel sledovaným javom, 2/ matematické vlastnosti jednotlivých stupníc, 3/ štatistické metódy použité pri spracovaní získaných dát. Ide tu o štyri základné stupnice:

1. nominálne stupnice - čísla sa používajú len na identifikáciu javov, napr. číslo choroby;
2. poradové stupnice - vyznačujú sa možnosťou určenia vzrastajúceho alebo klesajúceho tendu určitej triedy;
3. intervalové stupnice - podkladajú možnosť zistenia rozdielu medzi dvoma susednými prvkami;
4. pomerové stupnica - umožňuje vyjadrovať výsledok v jednotkách vzdialenosti od nuly, napr. pri výške, váhe a pod.

Každá z týchto štyroch stupníc umožňuje len isté matematicko-štatistické operácie. Každá stupnica zahŕňa v sebe všetky operácie, ktoré povoľujú nižšie stupnice.

Guilford, Comrey /1961/, Coombs a spol. /1950, 1977/ rozšírili teóriu škálovania a merania. K ďalším významným autorom, ktorí prispeli k teórii merania, patria Torgeson /1958/, Suppes /1957/, Cronbach /1970/ a iní. Gulliksen /1950/ poukazuje na to, že teórii merania a teórii testov sa v literatúre venovala veľká pozornosť, avšak doteraz sa nepodarilo vytvoriť jednotnú teóriu psychometrie. Choynowski /1959/ pokladá za hlavnú príčinu neúspechu vedeckého snaženia to, že sa všeobecná teória testov neopiera o všeobecnú teóriu správania. Choynowski /1959/ predpokladá, že model správania s možnosťou sledovania vonkajších i vnútorných prejavov jedinca poskytuje najvhodnejšie predpoklady pre vytvorenie jednotnej psychologickéj teórie. Aj keby sme tento názor pokladali za teoreticky zdôvodnený, z hľadiska praktického aplikovania je takmer neuskutočniteľný. Dnes je ťažko predvídať, či je možné vypracovať taký metodický nástroj, ktorý by umožňoval pozorovať, klasifikovať, predvídať, kontrolovať a diagnostikovať ľudské správanie. Zatiaľ musíme pracovať s rozličnými testami a musíme usilovať o to, aby sme pracovali s takými testami, ktoré spĺňajú kritériá vedeckej metódy.

V súčasnej dobe má psychologická veda k dispozícii rozličné skupiny diagnostických techník, ktoré sa opierajú o psychologickú teóriu a o psychometrické kritériá - štandardizácia, reliabilita, validita.

Kritériá psychologických testov

Psychológ musí poznať pred použitím testu v prvom rade základné psychometrické teórie testu. K nevyhnutným poznatkom patrí znalosť štandardizácie metódy. Pod pojmom štandardizácia testu rozumieme:

1. presne stanovený program a podmienky vyšetrenia;
2. spôsob jeho administrácie a vyšetrovacieho postupu /inštrukcia vyšetrovacieho postupu musí byť natoľko presná, aby bola zhoda u všetkých vyšetrujúcich/, napr. dodržiavanie časových limitov a pod.;
3. štandardizácia testu sa musí opierať o empirické poznatky celkovej populácie. Spravidla je test preverený na základe vyšetrení väčšieho počtu ľudí s ohľadom na vek a pohlavie tak, aby sa získali normy pre jednotlivé vekové skupiny v jednotlivých testoch. Tieto slúžia ako štandardné normy, s ktorými sa porovnávajú hodnoty jednotlivých osôb.

V súčasnej dobe sa v psychometrii využívajú viaceré spôsoby prepočtov hrubých skóre na vážené. K najznámejším patria postupy hodnotenia inteligencie vo forme IQ, percentilové hodnotenia, hodnotenia staninové a stenové, T hodnoty a ich analógia niekedy označovaná ako "Z" hodnota. Inteligentný kvocient je transformovaná hodnota meraných hodnôt v populácii. Obvykle sa pri stanovení IQ postupuje tromi spôsobmi:

1/ Ak merané populačné hodnoty majú normálne rozdelenie, zavádza sa transformácia podľa vzorca:

$$z = \frac{X - M}{SDp} \quad /1/$$

X predstavuje meranú individuálnu hodnotu, M - populačný priemer, SDp je smerodajná odchýlka od populačného priemeru, z - normalizovaná hodnota.

Po takejto transformácii individuálne merané hodnoty budú v praktických intervaloch od -3 S.D do +3 S.D s priemernou hodnotou 0 a 1 S.D. Z tradičných dôvodov sa robí transformácia tak, aby populačný priemer bol 100 a S.D 15 pri Wechslerovej skúške a 16 pri Stanford-Binetovej skúške. IQ potom vypočítame zo z-hodnoty prepočtom podľa vzorca:

$$IQ = z \times S.D_t + 100 \quad /2/$$

pričom IQ je inteligenčný kvocient, z - normalizovaná hodnota vypočítaná podľa vzorca /1/, S.D_t - smerodajná odchýlka testových skóre, 100 je konvenčný priemer.

Osvetlíme si to na príklade: ak populačný priemer v teste je 42 a S.D od populačného priemeru 12, a ak u osoby sme namerali hodnotu 52, vypočítame najprv normalizovanú hodnotu - z podľa vzorca /1/:

$$z = \frac{52 - 42}{12} = \frac{10}{12} = 0,833.$$

Je to normalizovaná hodnota, ktorú dosadzujeme do vzorca /2/:

$$IQ = 0,833 \cdot 15 + 100 = 112,5.$$

2/ Ak namerané hodnoty nie sú normálne rozdelené, potom sa populačné normy vyjadrujú v percentiloch. Pre jednotlivé percentily zisťujeme pomocou tabuliek hodnoty normálneho rozdelenia. Zistíme, aká z-hodnota zodpovedá jednotlivým percentilom distribučnej frekvencie normálneho rozdelenia.

Hodnotu-z, získanú pomocou tabuliek, môžeme transformovať analogickým spôsobom ako v prvom prípade. Na percentilové skóre sa tiež vzťahuje predpoklad normálnej distribúcie, preto je možný priamy prevod percentilov na z-skóre.

3/ Treťou spôsob výpočtu IQ sa hojne využíva v ontogenetickej psychológii. Jeho autorom je Stern /1912/. IQ sa počíta podľa vzťahu mentálneho a fyzického veku:

$$IQ = \frac{MV}{FV} \cdot 100 \quad /3/$$

kde IQ je inteligenčný kvocient, MV je mentálny vek zistený podľa výkonu v teste, FV je fyzický vek.

V praxi sa využívajú aj iné formy transformácie, napr. na staniny a steny. Autorom týchto transformácií je Canfield /1951/.

Transformácia na staniny umožňuje, aby prepočítané hodnoty mali priemer 5 a smerodajnú odchýlku 2. Všetky transformované hodnoty sú v intervale od 1 do 9. Samotný pojem stanin je odvodený z anglického termínu "standard nine", skrátene stanine.

Hodnoty transformované na steny sú v intervaloch od 1 po 10 s priemerom 5,5 a smerodajnou odchýlkou 2. Pojem sten je odvodený z anglického výrazu "standard ten", skrátene sten.

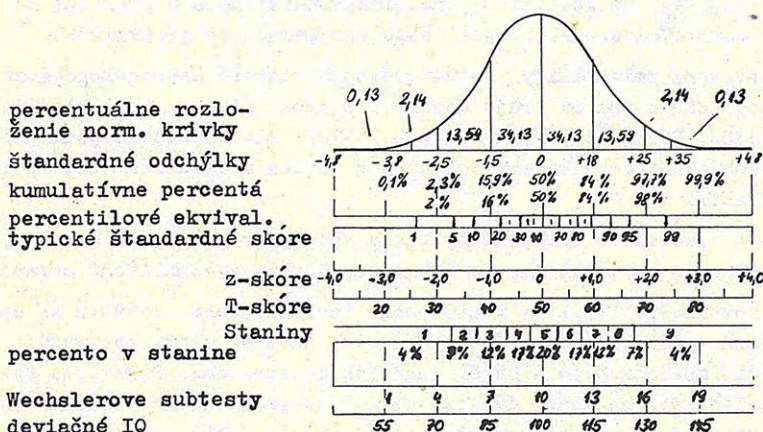
V prípade T transformácie, ako sa používa v MMPI, sa postupuje podľa transformačného vzorca:

$$T = 50 + 10x \quad /4/$$

kde T je transformovaná hodnota, x je nameraná hodnota, 50 je konvenčný priemer a 10 - smerodajná odchýlka testu /Stern, 1954, s. 287/.

V mnohých prípadoch sa využíva transformácia "Z", ktorá sa robí analogickým spôsobom ako transformácia T /priemer transformovaných hodnôt je 50 a smerodajná odchýlka 10/. Normy sa vytvárajú pre zdravú populáciu i pre jednotlivé patologické syndrómy, ktorých stav sa vyjadruje odchýlkami od priemeru. S takými formami hodnotenia sa stretávame pri Bender-Gestalt teste /Pascal, Suttellová, 1951/. Formy hodnotenia testov uvádzame na obrázku.

Obrázok 2 Najčastejšie používané skóre pri hodnotení testov



Na obr. sú uvedené skóre vyskytujúce sa v normálnej krivke. Volne prepracované podľa Bul. Psychol. 1955, č.48

Reliabilita

Reliabilitu, čiže spoľahlivosť merania chápeme ako ukazovateľa schopnosti meracieho prostriedku. Vzťahuje sa na vnútornú stránku meracieho prostriedku, na jeho spôsobilosť merať. Pri skúmaní reliability testu sa kladie dôraz na stálosť a presnosť meraní v relatívnej nezávislosti na náhodných chybách. Stálosť a presnosť v meraní predstavuje obsah pojmu reliability. Pri výpočte reliability využívame najčastejšie jednotlivé matematické postupy, spravidla korelačné koeficienty.

Stabilita merania nás informuje o relatívnej stálosti výsledkov od jedného merania k druhému, ktoré robíme po určitom časovom odstupe u rovnakých osôb. Vieme, že psychický výkon po určitom časovom odstupe pri tej istej technike môže byť ovplyvnený rozličnými činiteľmi /zdravotný stav, motivačné činitele, podmienky opakovaného vyšetrenia a pod./ a keď pri opakovanom vyšetrení získame identické, alebo takmer rovnaké výsledky, naznačuje to stabilitu meracieho prostriedku.

Presnosť je najdôležitejšou zložkou reliability meracieho prostriedku. V presnosti merania je zdôraznená relatívna neprítomnosť chýb v meraní. Čím je test presnejší, tým je spoľahlivejší, pretože sa z merania vylúčili zdroje chýb, ktoré sú spravidla podmienené vonkajšími a vnútornými činiteľmi.

Presnosť testu v praxi zvyšujeme tým, že tú istú vlastnosť zisťujeme viacerými položkami, ktoré medzi sebou korelujú. Vzájomné korelácie položiek zabezpečujú internú konzistenciu /homogenitu/ meracieho prostriedku. Z uvedeného vyplýva, že stabilita, vnútorná konzistencia a presnosť sú hlavnými ukazovateľmi spoľahlivosti testu ako meracieho prostriedku.

Pri zisťovaní reliability testu využívame viaceré matematicko-štatistické postupy, ako o tom referujú Hoskovec a spol. /1965/, Cattell /1965/, Cronbach /1970/, Říčan /1977/, Maršálová /1978/, ale k najbežnejším patrí retestová technika, technika ekvivalentných foriem a technika dvoch polovic /split-half/.

Podstata zisťovania reliability testu spočíva v porovnaní dvoch výsledkov, pričom sa predpokladá, že ich vzťah odráža spoľahlivosť merania.

1/ Stanovenie reliability testu podľa techniky testu-retestu sa opiera o opakované vyšetrenie po určitom časovom odstupe, napr. po týždni, desiatich dňoch, mesiaci a po dlhších časových intervaloch. Spravidla test aplikujeme viackrát, najmenej dvakrát. Vypočítavame koreláciu medzi dvoma meraniami, ktorá je ukazovateľom stability merania, resp. dependability merania. V prípade stability je retestový interval dlhší. Pri retestovom intervale jeden a viac rokov hovoríme o stabilite. Dependabilita sa vzťahuje na krátke retestové intervaly /Říčan, 1977/. Ak je hodnota korelač-

ného koeficienta vyššia, blízka k "1", znamená to, že pri meraní sa neprejavili vplyvy, ktoré by ovplyvňovali stabilitu merania.

2/ Technika ekvivalentných foriem, foriem paralelných spočíva v tom, že sa dve varianty toho istého meracieho postupu aplikujú v tej istej skupine osôb, napr. A a B forma. Môžu sa aplikovať bezprostredne za sebou, alebo po určitom časovom odstupe. Porovnaním výsledkov, napr. výpočtom korelácií paralelných foriem, získavame koeficient ekvivalencie, ktorý nám určuje zhodu medzi dvoma alternatívnymi formami toho istého testu.

3/ Technika polovic /split-half/ spočíva v rozdelení meracieho prostriedku na dve polovice podľa istého kľúča, napr. na párne a nepárne položky. Zhodnotením výsledkov pomocou korelačnej Spearman-Brownovej formuly na celkovú dĺžku medzi dvoma meraniami získame informácie o internej konzistencii /homogenite/ meracieho prostriedku, ako aj o jeho stabilite.

Vo všeobecnosti sa za spoľahlivé pokladajú výkonové testy, ktorých koeficient vykazuje hodnotu vyššiu ako 0,80. Je známe, že testy, ktoré majú vysokú reliabilitu, poskytujú validné, čiže diagnosticky platné informácie o meraných vlastnostiach.

Validita

Validita patrí medzi najdôležitejšie aspekty štandardizácie psychodiagnostických testov. V našej literatúre sa pojem validita označuje pojmom platnosť, čo predstavuje schopnosť testu merať, predpovedať a diagnostikovať. Pri meraní psychických vlastností, keďže ich nemôžeme priamo merať, využívame rozličné znaky, čiže premenné veličiny s ich kvantitatívnym určením. Pri nepriamom meraní psychických vlastností je najdôležitejšou úlohou získať informácie o tom, či meraný znak je adekvátnym reprezentantom tej psychickej funkcie alebo vlastnosti, ktorú chceme kvantitatívne určiť.

Pri zisťovaní validity jednotlivých metód vystupujú do popredia dva hlavné problémy:

- 1/ voľba znaku, premennej ako indikátora skúmanej vlastnosti;
- 2/ výber kritérií, s ktorými budeme porovnávať merané znaky.

Pri vzájomnom porovnávaní indikátorov a kritérií spravidla využívame rozličné formy korelácií. Na základe úrovne korelácie, ktorá v našom prípade predstavuje koeficient validity, môžeme usudzovať na platnosť našich meraní, a to či už z hľadiska predpovede, alebo diagnózy. Zdôrazňujeme, že koeficient validity nás informuje o platnosti záverov, ktoré vyplývajú z meraných znakov vždy vo vzťahu ku zvolenému kritériu. Validita nie je vlastnosťou meraného znaku, ale jeho vzťahu k zvolenému kritériu.

Ako je známe, meracími prostriedkami sú spravidla psychodiagnostické

testy a kritériami sú situácie. V týchto situáciách sa primárne zdôrazňuje praktické hľadisko. Tak je tomu pri prognostických úvahách o terapeutickom efekte, o prognóze uplatnenia sa v určitom povolání, prípadne v klinickej diagnóze, psychologickéj charakteristike a pod. Pri štúdiu validity je dôležité teoretické hľadisko, v ktorom sa kladie dôraz na posúdenie adekvátnosti metódy vzhľadom na vlastnosť, ktorú má toto merať. Validitu môžeme teda na základe jej zameranosti deliť na praktickú /empirickú/ a teoretickú.

Praktická validita

Praktickú validitu delíme na prognostickú /predictive/ a súbežnú, diagnostickú /concurrent/. Osobitnú skupinu diagnostickej validity tvorí validita kongruentná.

1. Prognostická validita je zameraná na určenie prognózy vzhľadom na konkrétny cieľ, ako sme už uviedli, napr. na terapeutický efekt aplikovaných psychofarmák, psychoterapie a pod., prípadne na uplatnenie v povolání. Pri psychologickom meraní zameranom na prognózu nevieme, či a ako sa na základe zvolených znakov dosiahnu kritériá, ktoré sme si zvolili. Na kritériálnu situáciu by sme museli čakať mesiace, prípadne až roky, preto v praxi ich spravidla nahradzujeme súbežnou validitou. Príkladom súbežnej validity je porovnanie meraných znakov u osôb pred liečbou a po úspešnej liečbe, prípadne meraním vlastností uchádzačov o povolanie s vlastnosťami úspešných pracovníkov. Koeficient prognostickej validity sa vo väčšine výskumov pohybuje v intervale 0,30 až 0,60 /Cronbach 1970/.

2. Súbežná /diagnostická/ validita sa od prediktívnej líši časovým odstupom merania. V klinickej psychológii pri súbežnej validite skúmame rozsah zhody medzi výsledkami psychodiagnostickej skúšky a klinickej diagnózy. Objektivitu klinickej diagnózy zabezpečujeme napr. porovnaním diagnostických záverov viacerých psychiatrov, ktorí robili diagnostické závery nezávisle na sebe. Rozsah vystihnúť diagnózu určujeme korelačným koeficientom. Korelačné koeficienty pri súbežnej validite sú podľa Cronbacha /1970/ v intervale 0,50 - 0,80.

Rozdielne hodnoty koeficientov validity prognostickej v porovnaní so súbežnou vysvetľujeme tým, že na oboch meraniach sa nezúčastňujú rovnaké kauzálne vplyvy. Nižšie hodnoty koeficientov prognostickej validity ešte neznamenajú nižšiu platnosť záverov aplikovaných skúšok vzhľadom na daný cieľ.

3. Kongruentná validita predstavuje tú formu súbežnej validity, pri ktorej ako kritériálna situácia sa využíva iný test. Napríklad, keby sme vytvorili nový test inteligencie, a pritom by sme jeho platnosť overovali prostredníctvom všeobecne platných intelektových škál /Wechsler, Stanford-Binet/.

Teoretická validita

V teoretickej validite sa zameriavame na posúdenie adekvátnosti obsahu a pojmového aparátu meracieho prostriedku vo vzťahu k teoretickému konštrukt. Ide teda o posúdenie obsahovej a pojmovej adekvátnosti meracieho prostriedku vo vzťahu k meranej vlastnosti, ktorá je určená v teoretickom konštrukte. Prakticky to znamená, že v teoretickej validite sa sústreďujeme na zistenie, či skutočne testom meriame predpokladanú vlastnosť, a či ju test vhodným spôsobom meria.

V teoretickej validite môžeme vyčleniť dva vzájomne sa prelínajúce okruhy problémov, a to problém adekvátnosti obsahu a problém adekvátnosti pojmu danej vlastnosti. Vo výskume využívame v teoretickej validite odlišné validizačné postupy, z ktorých najznámejšia je validita obsahová /content/ a validita pojmová /construct/.

1. Obsahová validita

Podstatou obsahovej validity je posúdenie, či položky reprezentujúce pojmový obsah vystihujú merané vlastnosti. Obsahovú adekvátnosť meracieho prostriedku určujeme na základe definovania všetkých položiek a pri ich objasnení obsahov môžeme využívať posudky expertov a pod.

Pri obsahovej validite sa nemôžeme opierať o určité kritériá, preto sa zameriavame na obsahové objasnenie základných elementov tých položiek, ktoré reprezentujú danú vlastnosť. Obsahová validita predstavuje súčasť zostrojovania meracieho prostriedku. Ak by sme chceli zostaviť dotazník na meranie depresie, vybrali by sme tie charakteristiky, ktoré depresiu reprezentujú. To, do akej miery odzrkadľujú predpokladané vlastnosti, vyhodnocujeme pomocou položkovej analýzy. Pri tvorbe podobného dotazníka kladíme dôraz na položky, ktoré reprezentatívnym spôsobom určujú rozličné aspekty skúmaného symptómu alebo syndrómu, aby sme tým zabezpečili internú konzistentnosť meracieho nástroja.

Ďalším postupom skúmania adekvátnosti meracieho prostriedku je validizačný postup, ktorý využívame pri skúmaní pojmovej validity. Obsahová validita je teda východiskom aj súčasťou pojmovej validity.

2. Pojmová validita

Pojmová, konštruktová validizácia predstavuje analýzu výsledkov meracieho prostriedku v zmysle psychologických pojmov alebo konštruktov, čiže v zmysle tých činiteľov, ktoré určujú výsledky merania. Konštruktová validizácia predpokladá teoretické poznatky o danej vlastnosti, ktoré ďalším overovaním osvetľujeme, napr. vzťahy meranej vlastnosti s inými vlastnosťami.

Predpokladané vzťahy overujeme prostredníctvom empirického výskumu, ktorý rozširuje naše poznatky o teórii vysvetľujúcej príslušnú vlastnosť.

Postupným prehĺbovaním poznatkov o danej vlastnosti vidíme, že na determinácii výsledkov meracieho postupu sa uplatňujú rozličné vplyvy, ktoré sa objasňujú v jednotlivých fázach validizačného postupu.

Cronbach /1970/ vyčlenil 3 fázy konštruktovej validizácie:

1/ fáza určenia konštrukcie, čiže vysvetlenia výkonu v meracom prostriedku;

2/ fáza overovania hypotézy na základe teórie, z ktorej sa vychádza pri tvorbe danej konštrukcie;

3/ fáza empirického overovania výskumu, čiže overovania jednej hypotézy prostredníctvom druhej.

Z definície uvedených fáz, uplatňovaných v konštruktovej validizácii vyplýva, že ide o zložitý proces výskumu, v ktorom sa môžu uplatňovať niektoré z predchádzajúcich validizačných postupov, no aj iné, napr. validita kongruentná, ktorá využíva doteraz známe meracie konštrukcie; konvergentná, podľa ktorej sa predpokladá, že výkon v jednom teste, ktorý pokladáme za odraz konštrukcie, nám hypoteticky umožňuje očakávať podobný výkon aj v druhom teste; divergentná validizácia nám zasa objasňuje vzťahy medzi meracími prostriedkami a konštrukciami, napr. vzťahy medzi metódami, ktoré merajú konštrukciu A, a metódami, ktoré merajú konštrukciu B.

Vo všeobecnosti pri validizovaní konštrukcie využívame faktorovú analýzu, preto sa niekedy teoretická validita stotožňuje s faktorovou analýzou.

V súvislosti s výskumom validizácie sa stretávame s rozličnými pojmami, matematickými postupmi, ktoré v našej literatúre objasnili Říčan /1977/ a Maršálová /1978/.

V psychodiagnostickej praxi, predovšetkým v klinickej, sa musí dodržiavať zásada, že iba tie testy, ktoré spĺňajú kritériá psychometrie, čiže ktoré sú štandardizované a je známa ich reliabilita a validita, môžu viesť k vedeckému poznaniu stavu osobnosti, jej odchýliek, čiže k diagnóze prakticky užitočnej a vedecky zdôvodnenej.

Rozdelenie psychodiagnostických testov

Psychodiagnostické testy odzrkadľujú spojenie psychometrie a teórie psychológie. Sú zamerané na praktické diferenciálno-diagnostické ciele. Pri ich klasifikácii sa uplatňujú rozličné kritériá, a to kritériá administrácie /testy individuálne a kolektívne/, kritériá formy testu /napr. zaškrtávacie, manipulačné/, kritériá funkčné /napr. testy výkonové, skúmajúce kognitívne aspekty osobnosti, ako intelekt, pozornosť, pamäť, psychomotorické tempo/. Metódy skúmania osobnosti delíme na dotazníkové a projekatívne.

Kondáš /1977/ uvádza nasledovné kritériá triedenia psychodiagnostických metód: 1. triedenie podľa štruktúry metódy, 2. podľa ich funkcie, 3. podľa charakteru a formy požadovaných úkonov, 4. podľa špeciálneho účelu použitia.

Ak sa pridržiavame uvedených kritérií, vidíme, že jednotlivé metódy môžeme zatriediť podľa ktoréhokoľvek uvedeného hľadiska /viď Kondáš, 1977, s. 326-329/.

Z didaktických dôvodov preferujeme hľadisko štruktúry metódy, ktoré nám umožňuje začleniť metódy do štyroch hlavných skupín:

- 1/ metódy merania výkonu /výkonové testy/
- 2/ projektívne testy a techniky
- 3/ metódy dotazníkové
- 4/ prístrojové techniky.

Každá z veľkých skupín základných testov výkonových, dotazníkových a projektívnych sa delí na jednotlivé časti, ktorých klasifikáciu uvádzame pri ich analýze.

Testy merania výkonu

Medzi najstaršie a teoreticky najprepracovanejšie patria testy merania výkonu, ktoré vychádzajú z kvantitatívnych výkonov porovnaných so štandardnou normou, takže výkon je objektívnym ukazovateľom napr. intelektu, schopností, zručností a pod. Vývin výkonových testov je v recipročnom vzťahu s vývojom psychológie ako vedy.

Reisman /1976/ označuje za začiatok rozvoja psychodiagnostických techník založenie "komitету" pre fyzické a mentálne testy /1899/, ktorý navrhoval aplikáciu batérie psychologických testov. Bol to impulz pre rozvoj psychologických testov, v ktorých kľúčové postavenie mali výkonové testy.

Sequin /1907/ sa považuje za zakladateľa výkonových testov, pretože použil rozličné tvary /hviezdy, štvorce, kruhy/, ktoré mali mentálne retardované deti vkladáť do vyrezávaných otvorov. Podstata performačných testov spočíva v možnosti konkrétnej manipulácie s testovým materiálom. V týchto intenciách vznikali testy, ktoré nevyžadovali zložitejšie inštrukcie a jazykové znalosti. Pri ich výkone sa merali reakcie pohybu, spôsoby riešenia. Tvorili podklad diagnostických funkcií osobností, ako sa to prakticky potvrdilo v skúškach inteligencie.

Výkonové testy delíme na testy inteligencie, pamäti, pozornosti, psychomotorického tempa a vývinu.

III.

INTELEGENCIA A JEJ DIAGNOSTIKA

Problém inteligencie, intelektu, rozumových schopností, patrí v súčasnej dobe k najdiskutovanejším témam v psychológii. Rozličné školy a teórie zaujímajú k tomuto problému často diametrálne odlišné postoje. Naším cieľom je diagnostika inteligencie, preto v priereze jej historického vývoja si osvetlíme aj teoretické východiská, s obmedzením sa na ich praktický význam pri tvorbe diagnostických testov.

Vznik intelligenčných testov bol podmienený potrebou vytvoriť kritériá na klasifikáciu a triedenie ľudí podľa schopností, výkonu a všeobecných vedomostí. Iným motívom vzniku intelligenčných testov bolo úsilie o teoretické vysvetlenie inteligencie.

Pojem inteligencia je odvodený z latinského slova "intelligentia" a znamená chápacosť, súdnosť, rozumnosť.

Na štúdiu podstaty inteligencie sa podieľajú rozličné vedné odbory ako psychopatológia, fyziológia a biológia, matematika a kybernetika. Centrálné postavenie v tomto interdisciplinárnom komplexe patrí psychológii.

Obsah pojmu inteligencie sa v jednotlivých teóriách vymedzuje rozličným spôsobom.

Napr. Binet /1903/ definuje inteligenciu ako základnú vlastnosť, ktorá má dôležitý význam pre praktický život a vyznačuje sa všeobecnou chápacosťou, vynachádzavosťou, usudzovaním a usmerňovaním myslenia.

Stern /1912/ pokladá inteligenciu za všeobecnú schopnosť prispôbiť sa novým situáciám prostredníctvom myslenia.

Terman /1916/ definuje inteligenciu ako schopnosť tvoriť pojmy a chápať ich význam, ako aj schopnosť abstraktne myslieť.

Thorndike /1927/ tvrdí, že inteligencia je kapacita umožňujúca vytváranie nových spojov a súvislostí.

Spearman /1927/ chápe inteligenciu ako schopnosť pozorovať vlastné duševné pochody, schopnosť objavovať podstatné vzťahy medzi jednotlivými javmi a schopnosť vyvodit' z nich určité vzťahy.

Piaget /1970/ pokladá inteligenciu za stav rovnováhy, ku ktorému smerujú všetky postupné senzomotorické a poznávacie adaptácie a tiež všetky asimilačné a akomodačné styky medzi organizmom a prostredím. Z biologického hľadiska sa inteligencia javí ako jedna z činností organizmu, ktorou sa

prispôsobuje okolitému prostrediu. Inteligenciu chápe ako funkciu, ktorá začína senzomotorickou aktivitou a končí poznávacími procesmi. Jej úlohou je zabezpečiť pružnú, trvalú štrukturálnu rovnováhu správania. Piaget /1970/, podobne ako Stern /1912/ a ďalší, zdôrazňuje princíp prispôsobenia sa a rovnováhy správania. Pri vymedzení pojmu inteligencie je potrebné osvetliť obsah pojmu intelekt, pretože sa niekedy pojmy promiskuitne užívajú. V literatúre sa konštatuje nasledovný rozdiel medzi inteligenciou a intelektom.

V pojme inteligencia sa kladie dôraz na schopnosť nájsť originálny spôsob riešenia úloh a problémov v životnej situácii jedinca. V pojme intelekt sa zdôrazňuje zasa schopnosť správne narábať so všeobecnými a abstraktnými pojmami podľa logických zákonov, na ich podklade tvoriť súdy a úsudky /Vencovský, Dobiaš, 1976/. Pri inteligencii sa skôr zdôrazňuje aspekt genetický, pri intelektu aspekt výchovno-vzdelávací.

Na podklade uvedeného obsahového vymedzenia sa vyvíjali jednotlivé teórie inteligencie a súčasne aj diagnostické metódy inteligencie.

Dejiny inteligenčných testov

V historickom pohľade na vývin testov inteligencie sa sústredíme okrem faktografických informácií na empirickú a pojmovú stránku jednotlivých metód. Trojica anglických priekopníkov /Galton, Pearson, Spearman/ potvrdila pri zavedení matematiky do psychológie základy merania ľudských schopností.

Galton /1879/ zaviedol meranie zmyslových prahov reakčnej doby. Kraepelin /1892/ zaviedol testy skúšok na odhalenie intelektového defektu. Oehorn /1896/ zaviedol test hľadania chýb v texte, zapamätanie čísiel, nezmyselných slabík. Ebbinghaus /1897/ zaviedol tri testy, a to rátanie, skúšky pamäti a dopĺňovania viest. Thorndike /1927/ zistil, že test dopĺňovania viet koreluje so školským prospechom.

K najvýznamnejším bádateľom inteligencie patrí Alfred Binet /1857-1911/, ktorý svojimi testami i teoretickými úvahami o podstate inteligencie položil základy diagnostiky inteligencie. Binet a Henri /1895/ kritizovali Galtonovu metódu merania senzomotorických funkcií a poukázali na možnosť merania 10 funkcií prostredníctvom testov. Sú to: uvažovanie, pamäť, predstavy, myslenie, vôľa, senzomotorická aktivita, sugestibilita, črty estetické a morálne, motorická zručnosť. Binet v tom čase pri výskume myslenia určil jednotlivé funkcie, ako abstrahovanie, tvorenie pojmov, predstavivosť, reakčná doba a pamäť.

Binet a Simon roku 1904 mali za úlohu vypracovať testy, podľa ktorých by bolo možné odlíšiť deti zaostávajúce v rozumovom vývoji od normálnej populácie. V roku 1905 predložili prvú škálu inteligencie, skladajúcu sa

z 30 položiek. Prvé tri subtesty zahŕňajú skúšky motoriky a 27 ostatných položiek sa týka rozumovej vyspelosti: 19 je zameraných na porozumenie, 5 na pamäť a 3 na tvorivé myslenie. Škála z roku 1908, určená pre deti od 3 do 13 rokov, sa vyznačuje tým, že je určený vek, v ktorom uspelo 75% skúšaných detí. Deti s oneskoreným vývinom nedosahovali mentálny vek svojich rovesníkov a deti nadpriemerné prekročili priemerný vek. Verzia z roku 1911 obsahujúca 54 položiek predstavuje presnejšie zatriedenie jednotlivých položiek.

V USA McKeen Cattell, vychádzajúci z Darwinovho chápania individuálnych rozdielov, sa skôr priblížil ku Galtonovmu chápaniu merania inteligencie. Patrí mu prvenstvo v zavedení pojmu "testy inteligencie", "mentálne testy" /1890/.

Terman /1877-1956/ už v roku 1906 aplikoval Binetovu škálu inteligencie a tým sa stal popularizátorom Binetovho testu. Terman roku 1916 vydal prvú štandardizovanú Binetovu škálu pod názvom "Stanford Binetova inteligentná škála", obsahujúcu 90 položiek. V spolupráci s Merrillovou vydáva roku 1937 verziu rozšírenú na 129 subtestov s možnosťou aplikácie od 2 do 18 rokov. Škála sa skladala z dvoch foriem L a M. Od tých čias bola prepracovaná verzia z roku 1960, ktorú vydal aj n.p. Psychodiagnostika. Posledná verzia je známa z roku 1972. Stanfordská škála oproti Binetovej sa líši aj tým, že neumožňuje len určenie mentálneho veku klasickým spôsobom, ale aj určením IQ ako transformovanej hodnoty meraných hodnôt v populácii.

Stanfordská škála inteligencie, podobne ako iné analogické skúšky, sa pokladá za užitočný nástroj v rukách psychológa, pretože umožňuje sledovanie skúmanej osoby /s.o./ pri 40 - 50-tich mentálnych úkonoch, z ktorých je možné určiť nielen IQ, ale posúdiť aj pracovný postup a správanie. Aplikácie možnosti od predškolského veku až do dospelosti umožňujú jej využitie nielen v jednorázovej diagnostike intelektu, ale aj v longitudinálnom výskume vývoja inteligencie.

V čase okolo prvej svetovej vojny rástol nárok na mentálne schopnosti dôstojníckych kádrov. Vzhľadom na potrebu výberu najoptimálnejších osôb pre dôstojnícke funkcie sa začalo uplatňovať kritérium inteligencie.

Americkí psychológovia boli postavení pred problém zostaviť testy pre skupinovú administráciu. Pod vedením Yerkesa skupina psychológov /Terman, Otis, Goddard, Wells, Bingham, Whipple a Haines/ zostavila dva testy, a to alfa test pre gramotných a beta-test pre negramotných, alebo so slabou znalosťou angličtiny.

Alfa test sa skladá z 8 subtestov a v každom subteste je 12 až 40 otázok odstupňovaných čo do náročnosti. V každom subteste je rozličný počet položiek, a to: v I. - 12 úloh, v II. - 20, v III. - 13, v IV. - 40, v V. - 24, v VI. - 20, v VII. - 40 a v VIII. - 4 úlohy. Subtesty sú časove

limitované. Celý test trvá 24 minút. Maximálny počet bodov je 212 bodov. Výkon nad 135 je výborný, 105 - 134 dobrý, 44 - 104 obstojný.

Výkon v alfa teste sa ohodnocuje podľa kľúča a dosiahnutého počtu bodov, z ktorého je možné usudzovať na mentálny vek a IQ. Napr. 105 bodov predstavuje 16,2 roka mentálneho veku a IQ - 100. Počet bodov 200 a viac predstavuje 22,3 roka mentálneho veku a IQ - 150. Staršia generácia našich psychológov získala s týmto testom bohaté skúsenosti. Test sa ukázal ako rýchly a spoľahlivý nástroj merania intelektového výkonu /Yoakum, Yerkes, 1921/.

Obrázok 3

Armádný alfa test

1.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>												
2.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9													
3.														
4.														
5.	☐ ☐ ☐ Áno Nie													
6.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐													
7.	ABCDEFGHIJKLMNPO													
8.	☐ ☐ ☐ VOJSKO ÚDOLIE POCHOD													
9.	34-79-56-87-68-25-82-47-27-31-64-93-71-41-52-99													
10.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
11.	<table border="1"><tr><td>7F</td><td>4</td><td>3</td><td>5A</td><td>8</td><td>2</td><td>6</td><td>9B</td><td>3</td></tr></table>	7F	4	3	5A	8	2	6	9B	3				
7F	4	3	5A	8	2	6	9B	3						
12.	1 2 3 4 5 6 7 8 9													

Ukážka zo subtestu I a vyhodnotenie celkového skóre

Armádný beta-test je známy v rozličných verziách. Najznámejšia verzia tohto testu sa skladá zo 7 subtestov časovo určených. Súhrn jednotlivých limitov je 14,55 min. Maximálny počet bodov 118 predstavuje 19,5 roka mentálneho veku a IQ - 129.

Podobne ako armádný test alfa, aj beta test je usporiadaný na prevod dosiahnutých bodov na mentálny vek a inteligenciu. Obidva armádne testy, najmä test beta, aj v súčasnej dobe patria k nezastupiteľným testom pri vyšetrení rozumových schopností u negramotných a čiastočne gramotných osôb. Popularita týchto testov spočíva vo vysokej validite. Goddard a jeho nasledovníci zistili, že testy dobre odlišujú jedincov s defektným intelektom od normálnych osôb.

Skupinovými testami alfa a beta sa vyšetrilo veľké množstvo ľudí /1,75 milióna brancov/. Testy prispeli k získaniu skúseností diagnostiky inteligencie a súčasne aj k vzniku ďalších testov inteligencie. Spomenieme z nich najznámejšie. Po prvej svetovej vojne vznikol Otisov test klasifikácie forma A a B /1923/, Millerov test analógie /1922/, Kuhlmann-Andersonov test inteligencie /1927, 1960/, Termanov skupinový test mentálnej schopnosti, Porteusov Maze test vyvinutý ešte roku 1913, Stenquistov test, Goddardov test a pod. /cit. Reisman, 1976/.

Uvedené testy v značnej miere prispeli k tvorbe testov inteligencie a objasneniu podstaty inteligencie.

Teórie inteligencie

Keďže vývoj a tvorba intelligenčných skúšok boli podmienené súčasným stavom teórie inteligencie, v krátkosti uvedieme prehľad jednotlivých teórií so zdôraznením ich významu v praktickej diagnostike inteligencie. Diagnostika inteligencie patrí k základným úlohám klinického psychológa. Určenie inteligencie je indikované všade tam, kde došlo ku zmenám správania, k prejavu duševnej choroby a poruchy, aby sa tak určilo, do akej miery je zmena správania sa či výskyt chorobného syndrómu v závislosti od poruchy inteligencie, prípadne či v dôsledku vzniku duševnej poruchy alebo zmeny správania nedošlo aj k zmene inteligencie.

Z uvedeného vyplýva, že diagnostika inteligencie sa neobmedzuje len na určenie jej úrovne, ale v klinických podmienkach je významnejšie posúdenie inteligencie v rámci celej osobnosti.

Teórie inteligencie môžeme rozdeliť na dve skupiny, a to teórie genetické a teórie postavené na faktorovej analýze.

V genetických teóriách sa zdôrazňujú individuálne rozdiely intelektových schopností na podklade vrodených daností.

Genetické teórie inteligencie

K hlavným predstaviteľom genetickej teórie inteligencie patrí Galton svojim dielom Dedičná genialita /1869/. Galtonovu teóriu v našej literatúre uviedol Švancara /1975/.

K novodobým predstaviteľom genetickej teórie inteligencie patrí Piaget. Piaget /1950, 1970/ pri štúdiu inteligencie vychádza z hypotetického predpokladu dvojakej povahy inteligencie, biologickej a logickej. Psychické javy sa stávajú zrozumiteľnými v spojení s organizmom /vnímanie, motorika/ a vyššie intelektové funkcie sú zrozumiteľné na základe poznania ich logických a matematických vzťahov. Inteligencia predstavuje kontinuálnu súvislosť od nižších k vyšším funkciám. Inteligencia spolu s emóciami predstavuje závislé schopnosti a ich aspekty, t.j. afektívne a poznávacie, sa vždy zúčastňujú v správaní.

Piaget rozlišuje pri štúdiu inteligencie tri aspekty, a to obsah, funkciu a štruktúru. Osah je viazaný na správanie a správanie tvorí jadro informácií, ktoré poskytujú obraz o človeku. Funkcia sa chápe vo vzťahu so všeobecnými zásadami intelektuálnej činnosti. Pod štruktúrou rozumie všeobecnú úroveň poznatkov, a preto sa táto mení v závislosti od veku, od životných skúseností a vyvíja sa pod vplyvom aktívnej činnosti. Piaget predpokladá, že vývoj poznania sa uskutočňuje na základe vrodenných schém, ktoré sa rozvíjajú cestou činnosti a získaných poznatkov. Vrodené schémy sa prejavujú najmä v prispôbovaní, a to mechanizmami asimilácie a akomodácie. Asimiláciu chápe ako získavanie informácií cestou zmyslových orgánov. Akomodácia určuje prispôbenie sa jednotlivca prostrediu.

Poznávacie procesy prechádzajú vývinom od konkrétnych ku formálnym operáciám. Tzv. konkrétne operácie sú charakteristické pre deti do 8. roku života a operácie formálne sú charakteristické pre mládež a dospelých. Predpokladáme, že vekom konkrétne operácie strácajú na intenzite, ale úplne nezanikajú.

V Piagetovej koncepcii sa kladie dôraz na činnosť smerujúcu od senzomotorickej aktivity až po myslenie. Piaget sa pri štúdiu inteligencie opiera o klinickú metódu, a to predovšetkým o metódu pozorovania v prirodzených a laboratórnych podmienkach. Využíva aj jednoduché skúšky vo forme otázok a odpovedí. Získané výsledky interpretuje klinicky bez využitia štatistických metód. Piagetova koncepcia má význam vo vývinovej psychológii.

Faktorové teórie inteligencie

Významným prínosom pri tvorbe teórie inteligencie sú faktorové teórie. Môžeme ich rozdeliť na teórie dvojfaktorové a multifaktorové. Tie, ktoré sú vysokoformalizované, nazývame modelmi inteligencie.

Teória dvoch faktorov

Anglický psychológ, otec faktorovej analýzy Spearman /1863-1945/ medzi prvými začal využívať multivariačne projekty v psychológii. Otvoril novú cestu výskumu, keď v svojich prácach /1904, 1927/ opísal dva faktory inteligencie, a to faktor "g" a faktor "s".

Faktor "g" /general/ je všeobecný, prejavuje sa v každej ľudskej činnosti, teda nielen v abstraktnej, ale aj v praktickej. Faktor "s" /špecifický/ sa prejavuje iba pri určitých schopnostiach - hudobných, kresliarskych a pod. Zistil, že matematická schopnosť je sýtená "g" faktorom od 0,8 do 0,9, ale pri schopnosti kresliarskej je tento faktor sýtený len 0,3 - 0,4.

Už Spearman vedel, že ak chceme vysvetliť pomerne blízke schopnosti, napr. pamäť a mechanickú manipuláciu, bude potrebné odvolávať sa aj na iné faktory, ktorých existencia sa predpokladala. Objavenie "g" faktoru podmienilo vývoj multifaktorovej teórie, ako aj vznik takých testov, ktoré sú vysoko sýtené "g" faktorom.

Multifaktorová teória inteligencie

Thurstone /1930/ vo svojej multifaktorovej teórii vychádzal z Thorndikových náhľadov. Tento hypoteticky predpokladal, že inteligencia sa skladá z množstva elementov alebo faktorov, prejavujúcich sa vo vzájomnej súvislosti. Thurstone túto teóriu rozpracoval na základe faktorovej analýzy. Prostredníctvom aplikácie rozličných psychologických testov zistil 8 primárnych faktorov, a to verbálny /V/, numerický /N/, pamäťový /M/, indukcie /I/, riešenia problémov /R/, perцепčnej rýchlosti /P/, slovnej plynulosti /W/ a priestorový /S/.

Thurstone /1938/ sa domnieval, že kombináciou primárnych faktorov /primary abilities/ je možné vysvetliť celú variabilitu ľudských vlastností. Hľadal sekundárne faktory technikou faktorovania faktorov a získal tak faktory druhého radu, ktoré sa približovali k Spearmanovmu "g" faktorom.

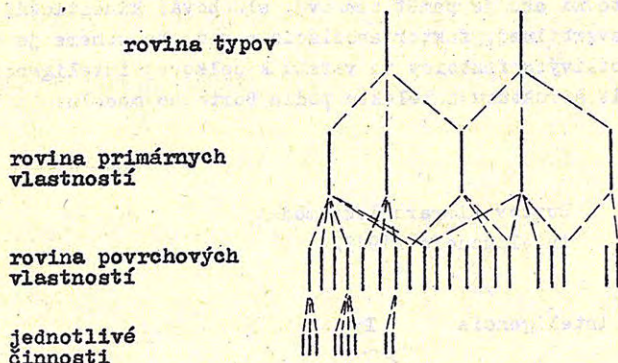
Thurstone pri usporiadaní faktorov vychádzal z predpokladu, že primárne faktory tvoria základnú rovinu a tieto smerom dole predstavujú kombináciu potrieb a učenia, čo vedie ku vzniku "povrchových schopností", čiže povrchových vlastností.

Kombináciou a integráciou primárnych faktorov smerom hore je možné vysvetliť osobnosť, vznik typov alebo generalizovaných vlastností. Typy predstavujú faktory vyšších radov.

Hierarchické usporiadanie faktorov je uvedené na schéme.

Schéma 1

Kombinácia Thurstonových faktorov inteligencie



Hierarchická schéma usporiadania faktorov. Thurstone /1947/. Rovina typov predstavuje sekundárne faktory, rovina primárnych vlastností zodpovedá primárnym faktorom. Rovina povrchových vlastností je kombináciou potrieb a učenia, ktoré sa prejavuje v rovine konkrétnej činnosti.

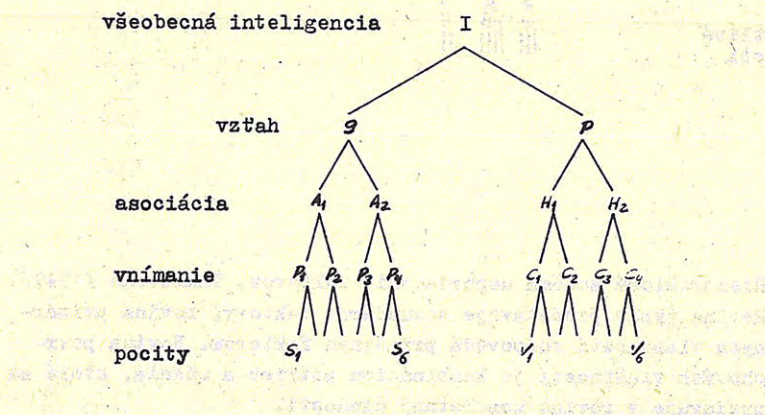
Thurstonov prínos pri štúdiu faktorov inteligencie spočíva v tom, že na identifikáciu jednotlivých faktorov vytvoril testy inteligencie, ktorých praktické využitie sa uplatňuje v teoretickom výskume i v praktickej diagnostike. Súčasne otvoril cestu hľadania ďalších faktorov inteligencie. Ďalšími výskumami za aplikácie faktorovej analýzy vzniklo veľké množstvo faktorov; niektoré z nich sa uplatňujú len v testových situáciách a nezodpovedajú žiadnej praktickej činnosti. Snaha po zavedení určitého triedenia faktorov podmienila vznik hierarchických teórií či modelov štruktúry inteligencie, z ktorých sú najznámejšie Burtova koncepcia /1949/, Vernonova /1950/ a Guilfordova /1956/.

C. Burt /1949/ pri triedení faktorov vychádzal z dichotómie jestvujúcej medzi intelektuálnymi schopnosťami praktickými a behaviorálnymi. Medzi

praktické schopnosti zaraďuje psychomotorickú, mechanickú a priestorovú schopnosť. Všeobecnú inteligenciu rozdeľuje do štyroch častí, a to na najnižšom stupni je úroveň pocitov, potom úroveň vnemov, úroveň asociácie a úroveň vzťahov, ktorá vyúsťuje do všeobecnej inteligencie. Na úrovni asociácie lokalizoval funkciu pamäti a schopnosť zapamätania, čo bolo sýtené takými skupinovými faktormi ako je pamäť zraková, sluchová, kinestetická, ako aj faktor pamäti neverbálnej, faktor asociácie a pod. Na schéme je uvedená hierarchia jednotlivých faktorov vo vzťahu k celkovej inteligencii. Schéma umožňuje pochopiť štruktúru intelektu podľa Burtovho modelu.

Schéma 2

Burtov hierarchický model
inteligencie /1949/



Burtova schéma /1949/ predstavuje schopnosť človeka v 4 rozličných úrovniach od najnižšej po najvyššiu. Je rozdelená na dve časti: /g/ všeobecná inteligencia a /p/ praktická inteligencia. Jednotlivé úrovne v obidvoch častiach vyúsťujú do inteligencie /I/ ako jednotnej funkcie.

Vernonova hierarchická teória

Vernon /1950/ vychádzal z predpokladu, že "g" faktor je sýtený verbálnymi, matematickými a školskými schopnosťami, preto sa môže deliť na dve

časti. Na jednej strane $v : d$, čo znamená faktor verbálno-školský a na druhej strane $K : m$, čo predstavuje faktor praktický. Prvý faktor $v : d$ sa opäť delí na verbálny a matematický, zatiaľ čo $K : m$ sa delí na tri zložky, a to na schopnosti priestorové, manuálne a mechanické. Okrem toho existujú faktory špecifické s veľmi úzkym obsahom.

Schéma 3

Vernonov model inteligencie
/1949/

Hlavné faktorové skupiny

Malé faktorové skupiny

Špecifické faktory

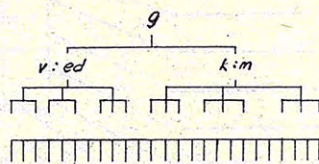


Schéma predstavuje hierarchické zastúpenie faktorov schopnosti /Vernon, 1950/, pričom g = faktor, $v:ed$ = verbálne a školské schopnosti, $k:m$ = praktický faktor /manuálne a mechanické schopnosti/ a špecifické faktory.

Na schéme je znázornená hierarchická koncepcia Vernonových faktorov schopností. Obidva pokusy, Burtov a Vernonov, zatriediť faktory do určitého systému vychádzajú z jedného hypotetického predpokladu, t.j. hierarchického zastúpenia jednotlivých úrovní od najnižšej až ku "g" faktoru.

Model štruktúry inteligencie podľa Guilforda

Keď sa Guilford /1956, 1978/ ocitol pred problémom zostaviť organizáciu intelektových faktorov, bolo v tom čase známych už 40 primárnych faktorov. Guilford zaviedol trojdimenzionálny systém triedenia faktorov podľa kategórie obsahu, operácie a produktov.

OPERÁCIE

poznávanie

pamäť

divergentné tvorenie

konvergentné tvorenie

hodnotenie

PRODUKTY

jednotky

triedy

vzťahy

systémy

transformácie

implikácie

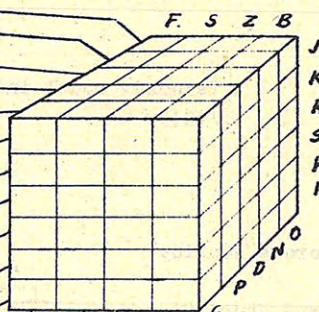
OBSAHY

figurálne

symbolické

sémantické

behaviorálne



Trojdimenzionálny model štruktúry inteligencie /Guilford, 1978/. Na obrázku sú uvedené skupiny faktorov v jednotlivých kategóriách: v kategórii operácie - 5, produkty - 6, obsahy - 4, čo predstavuje 120 faktorov / $5 \times 6 \times 4 = 120$ /.

Kategória obsah zahŕňa faktory verbálne a neverbálne, ktoré sa zatrieďujú prostredníctvom testov, čísiel, písmen. Rozlišuje tri základné rovnocenné obsahové kategórie, ku ktorým pridal na základe vlastného výskumu štvrtú kategóriu. Rozlišuje tieto kategórie: 1/ figurálnu, 2/symbolickú, 3/ sémantickú, 4/ behaviorálnu.

Kategória "operácia". Do kategórie operácie začlenil procesy vnímania, pamäti a myslenia. V priebehu výskumu vytvoril logické usporiadanie operácií, v ktorom účinkujú faktory hodnotenia, konvergentného a divergentného myslenia, faktory pamäti a poznávania. Pri ďalšom výskume zistil, že pojem myslenie pre jeho obsahovú mnohoznačnosť by bolo vhodnejšie nahradiť pojmom tvorenie konvergentné a divergentné. Pod divergentným tvorením rozumie plynulosť a pružnosť myslenia, ako aj schopnosť spracovania poznatkov na základe predchádzajúcich vedomostí.

Divergentná schopnosť sa určovala testami, ktoré umožnili posúdiť schopnosti jedinca a predovšetkým to, či je schopný s určitou ľahkosťou nájsť niečo nové na základe toho, čo dosiaľ vie.

Konvergentné tvorenie spolu s divergentným predstavuje spoločný faktor, a to kategóriu schopností poznania. Guilford zastáva názor, že pri diagnostike inteligencie je vhodnejšie využívať pojem intelektuálne schopnosti a doporučuje ho užívať všade tam, kde sa zisťujú schopnosti.

Kategória "produkt". Kategória produkt, ako kritérium triedenia faktorov, vznikla z praktických potrieb klasifikovania faktorov podľa obsahu a operácie preto, aby sa vylúčili paralelné faktory. Rozlišuje 6 druhov produktov.

Jednotky považuje za základné, tieto prechádzajú do tried, vyššie do vzťahov, systémov, transformácií a implikácií. Produkty určujú spôsob a formu, ktorou sa uskutočňuje určitá informácia. Informácia sa prejavuje vo forme jednotky - poznávame niektoré veci, časti a pod.

Trieda predstavuje súhrn znakov jednej, alebo viacerých spoločných znakov vlastností.

Vzťahy predstavujú určitý druh súvislosti medzi javmi a vecami. Vzťahy sa spravidla určujú predložkami, napr. v dobrom vzťahu s ...

Systémy predstavujú vzájomne závislé komplexy, napr. určité plány, programy a pod.

Transformácia predstavuje zmeny revízie, redefinície, modifikácie, pomocou ktorých sa určitý produkt nachádza v konkrétnom stave a prechádza do iného stavu. Na proces preformovania sa v hovorovej reči používa slovesný výraz, napr. skrčenie, sčervenanie a pod.

Implikácie predstavujú niečo očakávané, predvídané na podklade určitej informácie, napr. mechanizmus asociácie a pod. Aj keď implikácia stojí najbližšie k pojmu asociácia, odlišuje sa od nej tým, že tu nejde len o jednoduchý sled udalostí a javov, ale je tu zdôraznená určitá vzájomná súvislosť. Od vzťahov sa líši tým, že je špecifická a môže sa verbálne určiť.

Guilford na základe určenia troch dimenzií jednotlivých faktorov teoreticky predpokladá, že ľudská inteligencia sa môže zobrazit' v 120-tich faktoroch. Trojrozmerný model štruktúry inteligencie $4.5.6 = 120$ môže teoreticky existovať, dosiaľ bolo identifikovaných už 82 faktorov. Viacerí autori - Říčan /1962/, Puškin /1974/ - pozitívne hodnotia Guilfordov model. Tento model predstavuje logické zatriedenie primárnych faktorov, ktorých umiestnenie je určené vzťahmi, napr. umiestnenie symbolických kategórií medzi figurálne a sémantické vyplýva zo spojitosti symbolov. Symboly sú v podstate figurálne a začínajú plniť symbolické funkcie, keď na základe dohovoru vyjadrujú niečo z kategórie sémantickej. Napríklad kategóriou

operácie môžeme zdôvodniť sled umiestnenia jednotlivých operácií. Na prvom mieste je poznanie, pretože ak by nebolo poznania, nemohlo by sa prejavíť zapamätanie. Z toho vyplýva, že ak by nebolo zapamätania, nebolo by myslenie, a ak by chýbala pamäť a myslenie, neobjavilo by sa hodnotenie. Je tu zdôraznená postupnosť narastania schopnosti operácie.

Guilford poukázal na neudržateľnosť "g" faktora a naznačil cestu ďalšieho možného spôsobu výskumu inteligencie. Jeho model štruktúry inteligencie i napriek jeho akceptovaniu predstavuje len jednu z ciest výskumu. Guilford sa snaží študovať inteligenciu zo širších aspektov v rámci celej osobnosti.

Iný spôsob štúdia inteligencie za aplikácie faktorovej analýzy predstavujú Cattell /1963/ a Meili /1971/, ktorí sa snažia inteligenciu zužovať do formy abstraktného myslenia. V prácach klinicky orientovaných prístupujú k štúdiu inteligencie z hľadiska schopnosti prispôsobenia sa prostrediu. Zástancovia zúženého pohľadu na inteligenciu len ako na funkciu myslenia sa v podstate pridržiavajú Spearmanovho "g" faktora.

Cattell /1963/ vytvoril teóriu fluidnej a kryštalizovanej inteligencie, ktorá je výsledkom "g" faktora. Fluidná inteligencia ako jedna zložka "g" faktora je nezávislá od vplyvu sociálnych faktorov. Kryštalizovaná inteligencia je v priamej závislosti od vplyvu sociálneho prostredia a vplyvu danej doby, ako aj aktívnej činnosti prejavenej vo forme motivácie, záujmov a pod. Faktory fluidnej a kryštalizovanej inteligencie sú v priamej závislosti od troch fenoménov schopností. Sú to:

1. centrálné schopnosti /capacities/, ktoré ovplyvňujú celú psychickú činnosť a tvoria základ fluidnej inteligencie;
2. lokálne schopnosti /provinces/, uplatňujú sa v činnosti, kde sa vyžaduje senzomotorická schopnosť a motorická aktivita;
3. schopnosti sprostredkované /agencies/, ktoré predstavujú získané návyky a sú výsledkom učenia, a preto aj reprezentantom kryštalizovaného faktora.

Cattell predpokladá, že existuje aj čistý intelekt, nezávislý od sociálneho vplyvu, čo je v rozpore s empirickými poznatkami. Ak totiž akceptujeme inteligenciu ako samotnú funkciu, potom v kontexte celej osobnosti je jej vývin závislý od všetkých zložiek osobnosti ako aj od vplyvu sociálneho prostredia.

Meili /1946/, vychádzajúc z tvarovej psychológie, sa usiloval dokázať faktorovou analýzou tvarovú teóriu myslenia. Predpokladá, že ním zistené faktory presahujú oblasť schopnosti a sú všeobecnými dimenziami osobnosti. V rámci intelektu sa neprejavujú ako samostatné funkcie, ale ako jeho aspekty. V opakovaných štúdiách boli zistené 4 faktory: faktor komp-

lexnosti, plastičnosti, plynulosti a celku.

1. Faktor komplexnosti /Komplexität/. Ide o pochopenie množstva elementov a ich vzájomných vzťahov a rozdiely medzi jednoduchou a zložitou štruktúrou. V prvej fáze výskumu sa kládol dôraz na rozsah, počet elementov, neskôr sa zdôrazňoval ich vzájomný vzťah a zložitost štruktúry. Tento faktor je možné indentifikovať takými testami ako sú Ravenove matice.

2. Faktor plastičnosti /Plastizität/. Je to schopnosť rozkladať, pohyblivo reorganizovať a transformovať podnetové štruktúry. Schopnosti reprezentované týmto faktorom sa uplatňujú v testoch dobre štrukturovaných, napr. zloženie vety z 3 slov, prípadne v testoch s kockami, zloženie podľa predlohy a pod. Plastičnosť inteligencie sa prejavuje v porozumení textov. Vo všeobecnosti sa pokladá za stály faktor inteligencie a stotožňuje sa s Thurstonovým faktorom "flexibility of closure".

3. Faktor celku /Ganzheit/. Je to schopnosť vytvárať zložitejšie celky a tvoriť systémy. Faktor plastičnosti poukazuje na určitú ľahkosť preformovania, ale nie samotné preformovanie. Proces tvorenia nových celkov sa vysvetľuje faktorom celku. Existenciu tohto faktora môžeme potvrdiť typologickými rozdielmi v inteligencii. Existujú ľudia, ktorí ľahko postrehnú vzťahy, iní zasa presne difenrencujú. O schopnosti diferencovať rozhoduje faktor celku.

4. Faktor plynulosti /Fluency/ predstavuje schopnosť prechádzať od jednej informácie k druhej. Tento faktor sa uplatňuje pri riešení úloh typu: je niekoľko názvov pre ten istý obraz, niekoľko viet obsahujúcich tie isté tri slová, alebo niekoľko predmetov charakterizovaných tou istou vlastnosťou. Existuje niekoľko spôsobov riešenia problémov. V tomto prípade ide o ľahkosť s akou prechádza od jedného problému k druhému. Skúsenosti ukazujú, že človek sa môže zablokovat pri riešení jedného problému a tým sa celý proces utlmí. Ak ľahko prechádza od problému k problému, je to podmienené fluktuujúcou inteligenciou.

Řičan /1962/ predpokladá, že Meiliho faktory by sa mohli uplatniť ako ďalší vývoj Guilfordovho modelu, pretože ide o všeobecné faktory. Pri tvorbe teórie inteligencie významné miesto patrí experimentálnej psychológii, ktorá skúmala schopnosť učenia, abstraktného myslenia a prispôsobenia sa ako základných zložiek štruktúry inteligencie.

Teória schopností

Sovietska psychológia vychádza pri riešení problémov rozumových schopností z materialistického princípu sociálnej determinácie psychiky. Schopnosti ako aspekt osobnosti a v ňom rozumové schopnosti nechápe ako hotové javy, pretože tie sa formujú až v procese činnosti na základe anatomicko-

fyziologických dispozícií. Rubinštejn /1967/ predpokladá, že vlohy sú organické, dedične upevnené predpoklady pre vývoj schopností. Pod predpokladmi rozumie fyziologické funkčné zvláštnosti nervového systému, ktoré pod vplyvom výchovy a učenia podmieňujú vývoj schopností. Podľa Rubinštejna je nadanie syntézou vlôh a výchovných vplyvov vrátane pracovnej činnosti.

Nadanie je všeobecná schopnosť osvojovať si nové veci, vzdelávať sa a pracovať. Nadanie sa vyvíja a mení, prípadne stagnuje podľa toho, či a aké schopnosti si človek nadobúda a ako ich využíva. Rubinštejn pri štúdiu vzťahov nadania a schopností zdôrazňuje historickú podmienenosť schopností. Pokladá ich za produkt dejín, v ktorých sa vzťahy rozvíjajú tak ako človek spoznáva prírodu a ako ju umelecky stvárňuje.

Leontjev /1977/ rieši analogicky problém vlôh, schopností a nadania a zdôrazňuje, že špecifické ľudské vlohy sa vyvíjajú v procese ontogenetického vývinu nielen učením a skúsenosťami, ale i odovzdávaním skúseností predošlých generácií. Tým rieši otázku vzťahu schopností a pracovnej činnosti, ako aj schopnosti prispôsobovania. Teplov /1951/ poukazuje sa niektoré aspekty schopností ako je šírka, hĺbka, samostatnosť, kritičnosť, pružnosť, pohotovosť, ktoré vystihujú tzv. vlastnosti rozumu.

Marxisticky orientovaná psychológia chápe intelektové schopnosti ako funkciu osobnosti, ktorá sa u každého jedinca rozvíja v procese činnosti, v závislosti od vlôh, ako aj sociálneho vplyvu. Pri vysvetľovaní mechanizmov intelektových schopností sa ubera cestou modelovania /Anochin, 1966/. K základným mechanizmom rozumových schopností patrí proces myslenia s pojmovým zovšeobecnením.

Pri diagnostike inteligencie treba mať na pamäti, že ani jedna z diagnostických metód nemôže v celej šírke obsiahnuť všetky komponenty inteligencie, preto pri jej posúdení sa musí vychádzať tak z testových skúšok, ako aj z klinického hodnotenia.

Z uvedeného krátkeho prehľadu jednotlivých teórií je zrejmé, že zložitost problému intelektu neumožňuje v súčasnej dobe vytvoriť jednotnú teóriu. Intelekt sa vo všeobecnosti chápe ako multifaktoriálna funkcia osobnosti. V štruktúre intelektu sa najväčšia pozornosť venuje verbálnemu a neverbálnemu faktoru a súčasne sa u oboch uplatňuje proces analýzy a syntézy na úrovni myslenia. Transkultúrne štúdie reprezentované prácami sovietskych autorov dokázali, že v praktickej diagnostike sa môžu využívať iba tie metódy, ktoré boli štandardizované na populácii, v ktorej sa aplikujú.

Delenie inteligencie

Podľa toho, ako individuum rieši životné situácie, rozlišujeme tri

druhy dimenzií rozumových schopností /Teplov, 1951/:

- 1/ hĺbku - chápanie podstatného
- 2/ výšku - abstraktné, logické myslenie
- 3/ šírku - množstvo a rôznorodosť dát, ktorými jedinec disponuje.

Na základe kombinácie uvedených dimenzií je možné určiť niekoľko foriem, či typov inteligencie, napr. inteligenciu teoretickú, praktickú, analytickú a verbálnu. Prirodzene, že je možné vytvoriť oveľa väčší počet typov inteligencie, preto sa hovorí o inteligencii intuitívnej, logickej, tvorivej a opisnej. Jednotlivé formy inteligencie sa odlišne prejavujú v rozličných povolaniach. Vedec potrebuje iné schopnosti vo svojej činnosti ako umelec. Ak chceme diagnostickými metódami odlíšiť jednotlivé stránky intelektových schopností, najvhodnejšie sú tie, ktoré umožňujú profilové merania jednotlivých typov schopností prostredníctvom testov kreativity.

V priebehu doterajšieho vývoja psychodiagnostických metód bol skonštruovaný veľký počet diagnostických metód na meranie inteligencie, ako aj metód na určovanie špecifických schopností.

V praktickej diagnostickej situácii sa klinický psychológ často ocitne pred problémom, či zmerať inteligenciu ako diferencovaný celok, alebo len jej parciálne oblasti. Toto sa prenáša do kritéria nášho delenia inteligentných testov, podľa ktorého rozlišujeme dve skupiny inteligentných testov:

- I. Parciálne /Raven, Domino test, CF₂, Kohs, Armádný beta/;
- II. Komplexné /ITS, AIT, Wechsler - W-B, WAIS/.

I. Parciálne testy

Do skupiny parciálnych testov inteligencie zahrňujeme tie inteligentné testy, ktoré vystihujú jeden komponent inteligencie. Ide o komponenty ako je vyvodzovanie vzťahov, zovšeobecnenie a pod., ktoré sa týkajú intelektových operácií, no i také, ktoré merajú vrodennú zložku inteligencie, prípadne zložku, ktorá sa prejavuje vo všetkých činnostiach, preto vychádzajú aj z takých teórií ako je Spearmanova dvojfaktorová teória a Cattellova teória fluidnej a kryštalizovanej inteligencie. Pri diagnostike parciálnej inteligencie sa využívajú neverbálne - performačné testy.

Neverbálne - performačné testy sa nepokladajú za testy inteligencie v pravom slova zmysle, pretože odzrkadľujú len jeden aspekt intelektu. K týmto testom patrí Ravenova skúška, Domino test, Cattellove skúšky CF, Kohsova skúška a ďalšie. Predkladáme analýzu iba tých neverbálnych testov, ktoré pre svoju popularitu našli svoje uplatnenie v praxi klinického psychológa.

1. Ravenove progresívne matice - Progressive Matrices /P-M/

Zo skupiny performačných inteligenčných testov významná úloha v diagnostike inteligencie sa pripisuje J. C. Ravenovým progresívnym maticiam /1938/. Známe sú tri formy Ravenových progresívnych matíc:

I. Štandardná forma pozostávajúca z 5-tich subtestov a celkom zo 60 úloh. Manuály k tejto verzii bez podstatnejšej zmeny sú známe z rokov 1938, 1956, 1960.

II. Farebná progresívna matica určená pre deti od 5 do 11 rokov a mentálne defektných. Bola vyvinutá roku 1947 a manuál k tejto metóde je známy od roku 1963.

III. Postupné progresívne matice /Advanced progressive matrices/ skladajúce sa z dvoch setov. Set I. /1947/ určený pre praktickú diagnózu a set II. /1962-1975/ ako skríningový test.

Raven, riaditeľ ústavu The Crichton Royal Institute, vypracoval perцепčný test v laboratórnych podmienkach a tak sa dostal do praxe. V 40-tych rokoch sa vo všeobecnosti akceptoval názor, že perцепčné testy sú jedným z najlepších spôsobov merania schopnosti myslenia. Penrose a Raven už roku 1936 uverejnili predbežné poznatky o perцепčných testoch.

Metóda progresívnych matíc je založená na teórii vnímania tvaru /Koffka, 1925/ a na neogenetickej Spearmanovej teórii /1927/. Na riešení progresívnych Ravenových matíc sa primárne zúčastňujú 3 základné psychické procesy: vnímanie, myslenie a pozornosť. Raven pri konštrukcii matíc vychádzal z tvarovej psychológie. Človek má tendenciu vnímať celok, preto pri konštrukcii sa zameriaval na to, aby skúšaná osoba odhalila doplnok chýbajúceho celkového geometrického tvaru.

Vnímanie ako psychický proces sa zúčastňuje na analýze podnetovej situácie a vytvára predpoklady pre zložité myšlienkové operácie.

Myslením sa odhaľujú, poznávajú vzťahy medzi javmi a na ich základe dochádza ku zovšeobecneniu. Osoba najprv vníma celok, potom ho rozkladá a tak z neho vyvodzuje dôsledky. Zložitý psychický proces vnímania a myslenia má svoju dynamiku, ktorú zabezpečuje motivačno-emocionálna zložka činnosti a pozornosť. Ako pri každom výkonovom teste, s poklesom pozornosti a záujmu o testové riešenie klesá aj výkon.

Raven vysvetľuje usudzovanie pomocou Spearmanovej teórie neogenézy.

Proces "usudzovania", či "vyvodzovanie" má tri fázy, ktoré sú zahrnuté do troch Spearmanových pravidiel neogenézy.

Prvá fáza zahŕňa celkové chápanie. Spearman zahrnul túto fázu do prvého pravidla neogenézy a nazval ju pochopením vlastného skúsenostného zážitku.

Druhá fáza vnímania foriem spočíva v odhaľovaní spojení medzi danými prvkami vzoru. V tejto fáze vystupuje do popredia predovšetkým jedna z podstatných foriem myslenia - vyvodzovanie.

Tretia fáza vnímania tvarov sa zakladá na uvedení si vzťahov medzi prvkami vnemu a celkom a v určení chýbajúceho prvku v matici. Tu je obsiahnuté tretie Spearmanovo pravidlo, podľa ktorého osoba tým, že bezprostredne chápe prvky, súčasne medzi nimi odhaľuje aj nové spoločné prvky.

Raven /1960/ predpokladá, že P-M je skúškou potenciálnych schopností danej osoby v tom čase, keď úlohy rieši. Predpokladal, že testom progresívnych matíc môže obsiahnuť celkovú úroveň inteligencie. Zdá sa však, že hlavným jej cieľom je zisťovanie schopnosti "usudzovať". Test progresívnych matíc sa pre jeho vhodné využitie v skupinovom vyšetrení začal v širokom meradle využívať v armáde. Začal sa využívať v USA a v Európe.

S Ravenovými progresívnymi maticami sa získali bohaté skúsenosti v povojnovom období na Psychotechnických ústavoch a v súčasnej dobe sú zásluhou n.p. Psychodiagnostika k dispozícii testy a vhodné manuály v štandardnej a farebnej verzii /Repaň, 1968/.

Říčan /1976/ na podklade literárnych údajov kriticky zhodnotil Ravenovu skúšku a prikláňa sa k názoru, že Ravenova matica má trvalé miesto v arzenáli metód výskumného pracovníka ako aj diagnostického praktika.

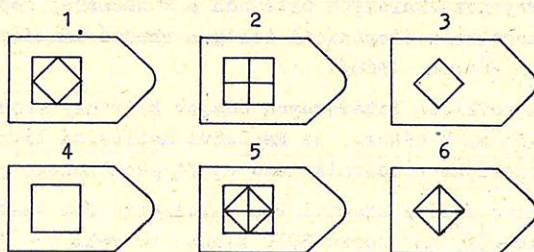
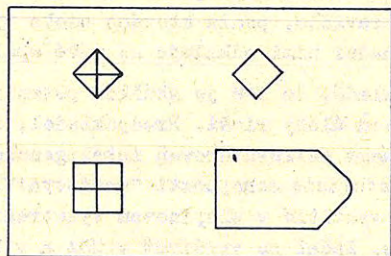
Čečer a Kovaliková /1973/ urobili štandardizáciu P-M testu na populácii bratislavskej mládeže, na vzorke 3070 žiakov vo veku 9 - 18 rokov a vypracovali niektoré všeobecné pokyny pre administráciu testu a interpretáciu výsledkov.

Hornowski /1959/ vykonal štandardizáciu P-M testu na poľskú populáciu, v ktorej vyšetril 1045 osôb, žiakov 7. a 8. triedy. Získal vysoké hodnoty koeficientov reliability pri retestovej metóde. V skupine dievčat bol koeficient reliability 0,89, u chlapcov 0,88. Pri štúdiu validity porovnaním P-M testu s inými testami došiel k záveru, že test najvyššie koreluje s matematickým testom. Získané výsledky poukazujú na diagnostickú validitu v tom zmysle, že testom sa nepostihuje všeobecná inteligencia, ale jej komponenty usudzovanie. Pri štúdiu prognostickej validity, pričom kritériom bol školský prospech, koeficient validity bol 0,70. Uvedené výsledky sú v súlade s Ravenovými výsledkami, ktoré poukazujú na využitie P-M testu v diagnostike inteligencie, najmä komponenty usudzovania aj vzhľadom na prognostické úvahy o uplatnení v zamestnaní.

Štandardná progresívna matica sa skladá zo 60 úloh, rozdelených do piatich subtestov A, B, C, D a E. Subtesty logicky na seba nadväzujú.

Subtest A je zameraný na statickú predstavivosť, pozornosť a vizuálnu diskrimináciu, pričom sa kladie dôraz na operáciu hľadania súvislosti.

Obráz 4 Štandardná progresívna matica



Subtest B, úloha 11 /Raven, 1938/.

Na obrázku je uvedená úloha založená na princípe hľadania vzťahov.

V subteste B, ktorý je postavený na princípe analógie, sa zisťuje schopnosť lineárnej diferenciácie a usudzovanie na podklade lineráných vzťahov.

V subteste C na progresívnych zmenách v smere vertikálnej a horizontálnej línie sa zisťuje predstavivosť a dynamika pozornosti.

V subteste D sú tvary preštrukturované vo vertikálnej a horizontálnej rovine. S.o. pri ich riešení uplatňuje schopnosť postrehu kvantitatívnej a kvalitatívnej zmeny tvaru.

V subteste E sa uplatňuje algebraická operácia, ktorá meria úroveň

abstrakcie a zovšeobecnenia.

Z uvedeného vyplýva, že pri riešení progresívnych matíc sa uplatňuje bezprostredné uvedenie si úlohy a odhaľovanie vzájomných súvislostí. Väčšina autorov a medzi nimi aj Wechsler /1961/ zastávajú názor, že Ravenov neverbálny test zisťuje tie schopnosti jedinca, ktoré môžeme označiť "g" faktorom v Spearmanovom chápaní.

Štandardizácia testu bola uskutočnená na základe vyšetrenia 3665 dospelých a 1407 detí. Reliabilita testu sa uvádza od 0,60 do 0,90 /test-re-test/.

Reliabilita farebnej verzie bola pre 7 ročné deti 0,65 a pre 9 ročné 0,80. Vyššie hodnoty sa získali u dospelých: 0,88. Validita testu bola zisťovaná kongruentnou metódou. Korelačný koeficient medzi P-M a Stanford-Binetovou škálou bol 0,65. Ravenove matice štandardnej formy korelujú s "g" faktorom 0,88, čo možno pokladať za dôkaz vysokej validity testu.

Farebná verzia sa využíva nielen pri vyšetrení detí, ale aj dospelých, najmä afatikov, jedincov s poškodeniami mozgu, defektných schizofrenikov, u ktorých je farba pomocníkom pri administrovaní. Výsledky získané podľa zhodnosti s kľúčom sa zhodnocujú podľa veku vo forme inteligenčného kvocientu s analogickým rozložením IQ ako pri iných skúškach. Súčasne sa vyjadrujú v percentilovom rozložení. 95 a viac predstavuje I. stupeň nadpriemeru, 75 - 94 II. stupeň nadpriemeru, 25 - 74 predstavuje III. stupeň, ktorý reprezentuje priemer, 5 - 24 je IV. stupeň podpriemeru, 5 a menej je V. stupeň defektu inteligencie. Výsledky z testu možno prepočítat z hrubého skóre na IQ podľa vekových kategórií od 8 do 65 rokov /Říčan, 1976/.

Veľkou prednosťou testu je hodnotenie jeho validity na základe porovnania výkonov v jednotlivých subtestoch. Rozdiely medzi subtestmi sa určujú indexom variability. Ak je index 7 a vyšší, výsledok skúšky je nehodnotiteľný.

Indikácie skúšky v klinickej praxi

Aj keď Ravenova skúška P-M nie je výlučne skúškou inteligencie, ktorej klinické využitie by prispelo k objasneniu procesuálnych zmien, predsa ju v klinickej praxi často využívame pri určení úrovne intelektovej kapacity. I pri týchto vymedzeniach Ravenova skúška sa využíva v klinickej praxi a je indikovaná tak pri duševných chorobách, ako aj pri organickom poškodení mozgu. Je indikovaná aj u osôb s poškodeným sluchom a u osôb negramotných.

Dawidson /1939/ zistil, že Ravenovou skúškou sa odhaľujú určité rozdiely medzi duševne chorými a mentálne zaostalými jedincami. Jedinci so zníženými intelektovými schopnosťami alebo slabomyseľní mali podobné výsledky ako boli získané pomocou Stanford-Binetovej škály. Duševne chorí

mali nižšie hodnoty v P-M skúške v porovnaní s kontrolnými skupinami, avšak významné rozdiely sa získali v perцепčnom teste. Boli oveľa nižšie a vysvetľuje sa to tým, že sa tu neuplatňovala skúsenosť z predchádzajúcich poznatkov. Zisťujú sa určité rozdiely medzi maniodepresívnou psychózou a schizofréniou v tom zmysle, že chorí vo fáze manickej dosahovali najlepšie výsledky v subteste D, čiže v schopnosti postihnúť kvantitatívne a kvalitatívne zmeny. Schizofrenici získali lepšie výsledky v subteste E, v ktorom sa kladie dôraz na analýzu a syntézu pri riešení čiastkových úloh. Ukázalo sa, že schizofrenici mali v tomto subteste vyššie hodnoty ako kontrolná skupina, čo potvrdzuje názor, že pri schizofrenickom myslení je narušený systém výberu premís /logických/ a nie určovanie ich vzťahov. To znamená, že chorý robí logické úsudky na základe k sebe nepatriacich premís a tak dochádza k mylným presvedčeniam - bludom. Jedinci s manickým syndrómom vykazovali nízke skóre v subteste E.

Štúdie, ktoré sa zaoberajú možnosťou využitia kontroly psychického stavu za použitia P-M testu svedčia o tom, že podobne ako pri iných, aj pri Ravenovej skúške sa dosiahli lepšie výsledky v relácii so stavom zlepšenia duševného stavu.

Slater /1947/ a Shipley /1975/ pri porovnaní výsledkov Ravenovho testu pred liečbou a po nej zistili, že u neuróz sa neprejavili zmeny v Ravenovej skúške. Keď Raven roku 1943 navrhol revíziu administrácie P-M skúšky v tom zmysle, že sa určil časový limit na 20 minút, ukázalo sa, že táto verzia je vhodným nástrojom pri diagnostike pracovného tempa. Zvlášť u depresívnych syndrémov sa časový limit javil aj ako príznak zníženej dynamiky, najmä keď sa porovnali výsledky získané pri časovom obmedzení na 60 minút, alebo bez časového obmedzenia.

Blejcher, Burlačuk /1978/ poukazujú na možnosti využitia Ravenovej skúšky pri diagnostike agravácie. Bednárík /1969/ zistil pri porovnaní výsledkov Ravenovej skúšky, že pri Ravenovej skúške sa najlepšie výsledky získavajú za podmienok vysokoškolského vzdelania. Týmto zistením sa potvrdzuje skúsenosť, že inštrumentálne formy logického myslenia sa uplatňujú výraznejšie v teste za predpokladu analógických skúseností, ktoré sa získavajú v priebehu vysokoškolského štúdia.

Prednosti a nedostatky Ravenovej skúšky

K prednostiam Ravenovej skúšky patrí jej syténie všeobecným "g" faktorom /r 0,80/, z čoho vyplýva, že test meria schopnosť usudzovania, ktoré patria k základným predpokladom všeobecnej inteligencie. Ako neverbálny test sa vyznačuje aj tým, že sa v ňom neprejavujú transkultúrne vplyvy.

Test je možné využiť aj v experimentálnych výskumoch, najmä v psychopatológii myslenia rozličnej etiológie. Široká aplikácia v detskom a dospelom veku s možnosťami individuálnej a skupinovej administrácie zvyšuje

záujem o aplikáciu tohto testu pri diagnostike inteligencie. Používa sa v kombinácii s inými psychodiagnostickými metódami. Jej diagnostická podstata spočíva v objektivizovaní schopnosti usudzovania. Tým je podmienená aj dobrá prognostická hodnota metódy, najmä pri úvahe o prospechu v škole, úspechu v povolani.

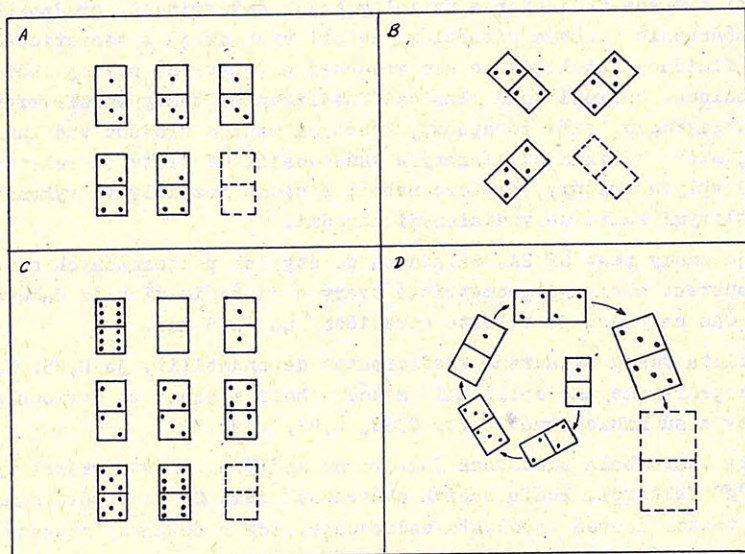
Medzi nedostatky testu možno podľa Hornowskeho /1958, 1959/ Čečeru a Koválikovej /1973/ rátať nerovnomerné zostavenie škál, čo do náročnosti. Škála D je ľahšia ako C a škála E je ťažšia v porovnaní s predchádzajúcimi. Ani úlohy jednotlivých sérií nie sú usporiadané podľa náročnosti.

2. Domino test

Domino test - /test - D 48/ štandardizovaný na francúzskej populácii bol vydaný n.p. Psychodiagnostika /1968/. Používa sa v tej podobe ako sa

Obraz 5

Domino test



Inštrukčné príklady domino testu - D - 48, na základe ktorých sa uvádza s.o. do testovej úlohy.

používal v anglickej armáde. Patrí do skupiny testov vychádzajúcich zo Spearmanových náhľadov rozumových schopností človeka. Domino predstavuje homogénny test s možnosťou využitia od 12 roku života. Pozostáva zo 44 položiek a 4 príkladov usporiadaných podľa poradia postupnej odlišnosti. Dá sa použiť kolektívne a individuálne. Využíva sa aj v klinickej praxi, pretože testy sýtené "g" faktorom sú citlivé na patologické poruchy. Výsledky skúšok predstavujú aktuálnu úroveň inteligencie. Psychometrické dáta testu nám nie sú známe.

3. Test fluidnej inteligencie - CF

V skupine performačných testov významné miesto má test Cattell Culture Fair Intelligence Test /CF/ /R. B. Cattell, A. K. S. Cattell, cit. Heinzl a spol., 1970/.

Cattelov test /1949, 1957, 1966/ sa skladá z troch foriem. CF 1 určená pre deti od 4 - 8 rokov, CF 2 od 8 rokov a CF 3 pre vysokoškolskú mládež a pre najnadanejšiu populáciu. Testy CF zachycujú podľa uatara všeobecné schopnosti vrátane dedičných a fyziologických determinánt, predpokladajúcich prispôsobenie k novým situáciám. Autori vychádzajú z teoretického predpokladu fluidnej inteligencie ako vrodenej a relatívne stálej charakteristiky jedinca. Naproti tomu klasické intelligenčné testy merali kryštalizovanú inteligenciu, čiže schopnosť, ktorá sa mení s úrovňou vzdelania a je vo vyššej miere závislá od získaných skúseností. CF testy sú relatívne nezávislé od vplyvu kultúry, pretože neboli zistené rozdiely vo výkonoch medzi jednotlivými kultúrne vzdialenými národmi.

U nás je známy test CF 2A. Skladá sa zo štyroch performačných subtestov. Každý subtest obsahuje geometrické tvary a riešenie úloh je časove limitované. Čas na prácu je v teste ohraničený na 12,5 min.

Reliabilita testu vyjadrená koeficientom dependability je 0,85. Koeficienty homogenity merané split-half metódou boli získané zo štyroch skupín študentov a sú nasledovné: 0,70, 0,86, 0,87, 0,92.

Validita testu bola zisťovaná faktorovou analýzou. Test vykázal vysoké sýtenie "g" faktorom. Podľa našich skúseností test CF 2A v porovnaní s Ravenovým testom úroveň intelektu nadsadzuje. Ide o poznatky získané empirickým pozorovaním, ktoré sme dosiaľ síce štatisticky nezhodnotili, ale sú v súlade s Miglieriniho zisteniami. Miglierini /1972/ zistil, že CF 2 je pre našich stredoškolákov ľahkým testom.

4. Skúška inteligencie podľa Kohsových kociek

Kohsova skúška /1923/ patrí medzi tie performačné testy inteligencie, ktoré umožňujú s.o. konkrétne narábať s testovým materiálom. S.o. má zo-

staviť z kociek obrazce. Má 17 úloh, ktoré sú odstupňované podľa náročnosti. Pri teste sa uplatňujú také psychické funkcie, ktoré sa pokladajú za všeobecný znak inteligencie, najmä smer myslenia a jeho udržanie pri dosahovaní riešenia. Z osobnostných vlastností ovplyvňuje výkon sebakritika. Autor štandardizoval skúšku na 366 osobách. Korelácia s Binetovou škálou s prihliadnutím na vek bola 0,82. Korelácia u slabomyselných bola 0,67.

Štandardizáciu Kohsovej skúšky u nás robil Košč /1974/, ktorý v manuáli k testu uvádza literárny prehľad o tejto metóde, ako aj o skúsenostiach našich autorov /Srnc, Diamant, 1963, Schürer, 1964/. Štandardizáciu robil na vzorke 550 detí, žiakov ZDŠ, SVŠ a učňovských škôl vo veku od 6 do 16 rokov, rozdelených podľa vekových kategórií po 50 /25 chlapcov a 25 dievčat/. Do štandardizácie bolo zaradených aj 100 náhodne vybraných dospelých /50 mužov a 50 žien/. Košč nezistil významnejšie rozdiely vo výsledkoch medzi Kohsovými a vlastnými zisteniami, čo sa týka psychometrických charakteristík.

Presný skórovací systém zmožňuje test aplikovať u detí od 11 rokov a u dospelých. Je najcitlivejší pre vekové skupiny 11 - 13 rokov a u vekove starších treba rátať s určitým skreslením. V podstate nevyžaduje opravy ani pre slovenskú populáciu. Košč doporučuje úpravu časového a pohybového kritéria uplatňovaného pri hodnotení, i keď od Kohsových kritérií sa len čiastočne odlišuje.

Psychodiagnostické využitie Kohsovej skúšky je možné pri poruchách CNS, najmä u jedincov s ľahkou mozgovou dysfunkciou /LMD/ /Matejček, 1961/. Podľa Kenta /1934/ psychotici dosahovali vyššie skóre vo verbálnej časti ako v kockovo-farebnom teste. Vo všeobecnosti sa Kohsove kocky využívajú pri diagnostike organického poškodenia mozgu nielen u detí, ale aj u dospelých. Vhodnosť diagnostického využitia tejto metódy pri organickom psychosyndróme dala podnet pre vznik rozličných modifikácií /Shapiro, 1951, Goldstein a Sheerer, 1941, Rubinštejnová, 1970/. Aj keď test je indikovaný v diagnostike performačnej inteligencie u detí, najmä mentálne defektných, detí s ľahkou mozgovou dysfunkciou, detí neurotických, má svoje zdôvodnenie aj pri mozgovom poškodení u dospelých, ale aj pri psychózach.

Prednosti a nedostatky metódy

Prednosťou tejto metódy je jej značná indikačná šírka. Môžeme ju využiť v diferenciacii defektného intelektu a podpriemeru intelektového defektu a mentálnej deteriorácie. Jej prednosti zvyšuje skutočnosť, že výsledky skúšky sú málo závislé od prostredia, školského vzdelania /Matejček, 1961, Košč, 1974/.

V literatúre sa stretávame aj s námietkami najmä v tom, že skórovanie podľa pohybov a času nesúhlasí úplne s Kohsovými kritériami, na čo pouka-

zuje aj Košč /1974/. V našej klinickej praxi využívame Kohsov test v prípadoch, keď v zložitejších skúškach pacienti zlyhali.

II. Komplexné testy inteligencie

Do skupiny komplexných testov inteligencie zaraďujeme tie skúšky inteligencie, ktoré zisťujú všetky komponenty intelektu, zložku vrodenú a sociálne podmienenú. Tieto testy nám umožňujú diagnostikovať nielen úroveň inteligencie, ale aj profil inteligencie, typy inteligencie a pomer napr. abstraktnej a teoretickej, verbálnej a neverbálnej inteligencie. Na tomto základe môžeme určovať profily charakteristické pre jednotlivé patologické syndrómy.

Z týchto testov sú najznámejšie: Test štruktúry inteligencie /T-S-I/, Analytický test inteligencie /A-I-T/ a Wechslerova skúška inteligencie forma W-B a WAIS.

1. Test štruktúry inteligencie /T-S-I/

Amthauer vyvinul uvedený test roku 1951 a uverejnil ho roku 1953. Je to skupinový test na meranie štruktúry inteligencie /Intelligenz-Struktur-Test/.

Amthauer chápe inteligenciu ako subštruktúru v celkovej štruktúre osobnosti. Štruktúra inteligencie je hierarchicky usporiadaná a má dominantné ťažiská.

Inteligencia úzko súvisí aj so sférou neintelektovou /emóciami, vôľou, potrebami a záujmami/. Autor pokladá inteligenciu za štrukturovaný celok duševnej činnosti, ktorá sa prejavuje v činnosti a umožňuje, aby sa človek prejavil ako aktívny subjekt. V psychologickkej praxi je dôležité inzulované sledovanie intelektu v osobnosti ako celku, čo je možné cestou merania výkonu. Amthauer vychádza z hypotetického predpokladu, že výkon a schopnosť sú vo vzájomnom vzťahu a majú určitú štruktúru.

Fischerová /1966/ sa nazdáva, že Amthauer sa pri konštrukcii testu sústredil na to, aby získal vysoké korelácie medzi jednotlivými subtestmi a celkovým výkonom pri nízkych interkoreláciách medzi subtestmi. Amthauer svojim zameraním a výsledkami sa skôr približuje k Thurstonovým faktorom a k Spearmanovej dvojfaktorovej teórii.

Test sa skladá z 9 subtestov. Obsahuje 170 úloh, začlenených do 9 subtestov. Jednotlivé subtesty sú časovo limitované a trvanie celého testu je 90 minút.

Charakteristika subtestov:

- a/ IN - Orientácia a doplňovanie viet;
- b/ EL - Eliminácia slova;
- c/ AN - Analógia;
- d/ GE - Zovšeobecnenie;
- e/ AR - Riešenie úloh z aritmetiky;
- f/ NU - Numerické rady;
- g/ PL - Voľba geometrického obrazu;
- h/ SP - Úloha s kockami;
- i/ ME - Učenie naspamäť.

Nemecká štandardizácia bola získaná vyšetrením 8642 osôb z rozličných častí krajiny rôzneho veku, povolania a vzdelania. Reliabilita zisťovaná metódou split-half bola 0,97 a podľa metódy test-retest bol koeficient reliability 0,84 - 0,96.

Fischerová /1966/ uvádza aj výsledky neskorších Amthauerových štúdií, ktoré sa vyznačujú nižšími hodnotami reliability. Diagnostická validita bola skúmaná porovnaním subtestov s celkovým skóre. Priemer korelácie subtestov s celkovým skóre bol 0,65. Pri prognostickej validite sa porovnali výsledky testu so školským prospechom, kde korelácia bola 0,46 a s učiteľovým odhadom inteligencie 0,62.

U nás sa štandardizáciou testu zaoberala Fischerová /1966/, Musil /1971/, Vonkomer a spol. /1971/, avšak systematickú štandardizáciu pre vekovú skupinu 13 - 35 rokov vykonal Hrabal /1973/. Normy boli určené na základe štúdia interkorelácie subtestov s celkovým skóre. Priemer korelácie s celkovým skóre bol 0,60 a vysoké korelácie subtestov s celkovým skóre poukazujú na značnú citlivosť všetkých subtestov pri meraní inteligencie. Svedčia o tom analogické hodnoty koeficientu diagnostickej a prognostickej validity, aké sa získali v nemeckej verzii.

Štandardizáciu testu vykonali na populácii vo vekovom rozpätí od 13 do 61 rokov. V súlade s inými testmi sa aj pri T-S-I teste získal vzostup výkonu od 19 rokov do 20 rokov, relatívna konštantnosť od 23 do 29 rokov s následným poklesom. Tieto zistenia umožnili vypracovanie spôsobu hodnotenia celkových výsledkov a ich prevodu na vážené skóre a určenie IQ v jednotlivých vekových kategóriách. Amthauer predpokladá, že testom sa získavajú informácie umožňujúce pohľad na štruktúru inteligencie.

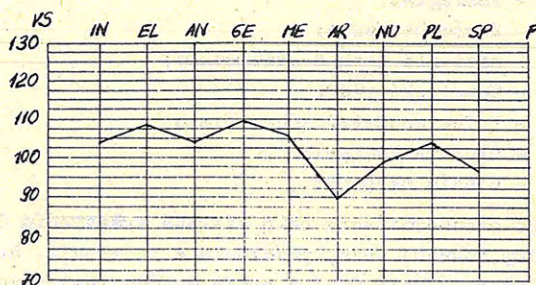
Výsledky v jednotlivých subtestoch sa môžu graficky znázorniť vo forme krivky. Podľa tvaru krivky v podobe M alebo W rozoznáva dva základné typy. Prvý je skôr teoretický a druhý praktický.

Autor testu predpokladá, že sa štruktúra inteligencie nezískava v priebehu povolania, ale je dispozične daná. Skúška skladajúca sa z dvoch foriem A a B je vhodným diagnostickým nástrojom pri diagnostikovaní profi-

Záznamový hárok
I - S - T

	HS	VS
IN	13	104
EL	13	109
AN	12	104
GE	22	109
ME	14	106
AR	5	89
NU	9	99
PL	11	103
SP	8	97
CELKOM	107	103

Štruktúra inteligencie podľa Amthauera



Grafické znázornenie inteligencie
v jednotlivých subtestoch

Na obrázku je uvedené vyhodnotenie inteligencie s udaním hrubých a vážených skóre v jednotlivých subtestoch. Grafické znázornenie výsledkov v TSI slúži na určenie typu inteligencie.

lov inteligencie. V súlade s Musilom pokladáme ju za cennú diagnostickú pomôcku aj v klinickej psychológii, najmä pri diagnostike deteriorácie intelektu a osobnosti. Neaplikujeme ju ako izolovanú metódu, ale v kombinácii s inými psychodiagnostickými metódami. V klinickej praxi sme získali cenné skúsenosti s aplikáciou celého testu a jeho jednotlivých subtestov, zvlášť subtestu ME, pri porovnaní procesu učenia s celkovou úrovňou pamäti, diagnostikovanou prostredníctvom iných testov, napr. Wechslerovej skúšky pamäti.

Štandardizácia T-S-I je významným prínosom pre diagnostiku inteligencie práve pre jej možnosť širšej aplikácie v poradenskej, pracovnej a klinickej psychológii. O dobrých skúsenostiach s adaptáciou tohto testu v Estónsku referuje Blejcher a Burlačuk /1978/.

2. Analytický test inteligencie

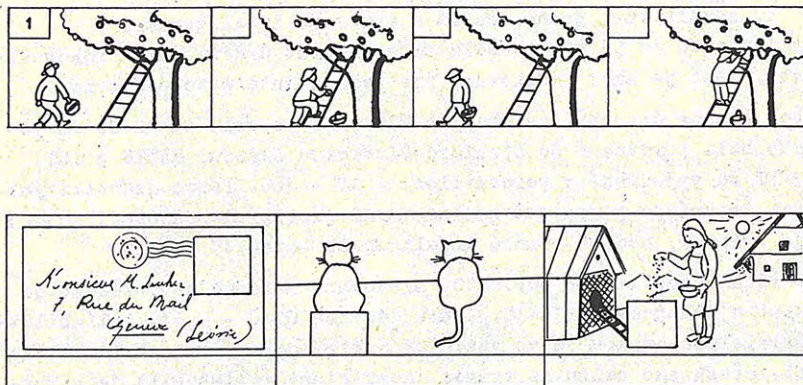
Meiliho test inteligencie /Analytischer Intelligenztest - AIT/, vznik-

kol roku 1928 pre účely školského poradenstva /Meili, 1971/.

V roku 1930 autor testu uverejnil prvé výsledky. Postupne sa test rozšíril do Belgicka, Francúzska. Meiliho Analytický intelligenčný test sa využíval v ČSSR už v 30-tych rokoch v profesionálnom poradenstve. Test bol od začiatku konštruovaný tak, aby umožňoval okrem získania informácie o všeobecnej inteligencii aj pohľad na formy inteligencie a na tvorivosť myslenia. V prvej fáze test nebol skonštruovaný na základe faktorovej analýzy. Neskoršie zhodnotil test pomocou faktorovej analýzy a získal 4 všeobecné faktory /Komplexnosť, plastičnosť, celok, plynulosť/. Konštelácia týchto faktorov je v každom teste iná, čo umožňuje usporiadanie do hviezdového profilu.

Obraz 7

Meiliho Analytický test
inteligencie



Ukážka k 1. a 4. subtestu. Meili, 1971.

S.o. má za úlohu neusporiadaný dej uviesť do logickej súvislosti.

Test sa skladá zo 6 subtestov, ktoré sú časove limitované:

1. Obrazové rady - Usporiadanie obrázkov.
2. Číselné rady - Usporiadanie čísiel.

3. Vety - Zostavenie viet.
4. Medzery - Dopĺňovanie chýbajúcich častí.
5. Kresba.
6. Analógia - Geometrická analógia.

Subtest 1, 3, 4 obsahuje konkrétne vzťahy, subtest 2 a 6 vyžaduje abstraktné schopnosti a subtest 5 kombinované. Faktor komplexnosti a plasticity sa uplatňuje v subtestoch "číselné rady" a "obrázkové rady". Faktor celku a plynulosti sa uplatňuje v subtestoch "vety" a "kresba". Subtesty "vyplňovanie medzier" a "analógia" pre svoj zložitý charakter vyžadujú účasť všetkých faktorov. Podľa prevahy výsledkov v jednotlivých subtestoch Meili stanovil 5 typov inteligencie, opticky rozpoznateľných podľa kviezdicového profilu. /Viď testový zošit - Smékal, 1970/.

- Sú to: 1. logicko-formálna inteligencia,
2. obrazne-konkrétna inteligencia,
3. analytická, receptívna inteligencia,
4. kombinačno-tvorivá inteligencia,
5. senzitívna, jemná, ostrá a zameraná inteligencia.

Časové trvanie testu je 52 minút. Môže sa aplikovať u detí od 11 rokov až do dospelosti. Test je skôr indikovaný pre vyššie intelektové úrovne.

Test bol štandardizovaný na skupine 876 osôb vo veku od 12 do 18 rokov. Výsledky boli porovnané so Stanford-Binetovou škálou, HAWIE a IST. Normy IQ v AIT sú vyjadrené v percentiloch - 10 - 100. Pásmo jednotlivých intelektových úrovní je vyjadrené nasledovnými číselnými hodnotami: 35-65 reprezentuje priemer, nad 80 vysokú inteligenciu a pod 15 defekt.

Reliabilita jednotlivých subtestov zisťovaná metódou test-retest je pomerne nízka: u chlapcov 0,37 - 0,61 a u dievčat 0,40 - 0,64. Reliabilita zisťovaná paralelnou sériou je vo všetkých subtestoch vyššia. Reliabilita metódou test-retest ako celku je vyššia. Koeficient reliability je v rozpätí od 0,80 do 0,85. Validita testu AIT bola overovaná Stanford-Binetovou metódou /0,60 - 0,69/ a IST /r 0,81/.

Meili /1971/ v druhom prepracovanom vydaní manuálu uvádza psychometrickú analýzu jednotlivých subtestov i celej škály, ako aj normy porovnané s HAWIE, HAWIK a IST. AIT spĺňa kritériá kladené na diagnostické testy. Jeho indikácia je nielen v poradenstve, ale aj v klinickej psychológii, zvlášť pri diagnostike mozgového poškodenia. Test je vhodný aj pri diagnostike porúch adaptability /psychopatia, neurózy/, pri narušenosti alebo nedostatku tvorivých schopností. Nazdávame sa, že test vhodne a vedecky užitočne dopĺňa batérie testov inteligencie.

Napriek dobrým skúsenostiam s týmto testom, najmä pre jeho časovú a manipulačnú nenáročnosť v porovnaní s inými testmi inteligencie, nenašiel hlbšie uplatnenie v psychodiagnostickej praxi. Predpokladáme, že vydanie testu prispeje k jeho štandardizácii aj na našu populáciu.

3. Wechslerova skúška inteligencie

Wechsler, vedúci oddelenia klinickej psychológie na psychiatrickej klinike Bellevue v New Yorku, v svojej knihe "The Measurement of Adult Intelligence" /1939/ zhrnul teoretické a metodologické základy inteligentnej skúšky Wechsler-Bellevue /W-B/. Kniha v priebehu niekoľkých rokov bola štyrikrát vydaná a bola preložená do viacerých jazykov.

Prepracovaná verzia bola vydaná roku 1955 pod názvom "Wechsler Adult Intelligence Scale /WAIS/, s možnosťou aplikácie od 16 rokov. Detská verzia "Wechsler Intelligence Scale for Children" /WISC/ bola uverejnená roku 1949 a doplnené vydanie aj na predškolský vek "Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence" /WPPSI/ je známe od roku 1966.

Tým, že pôvodná verzia Wechsler-Bellevue /W-B/ bola preložená do mnohých jazykov, objavili sa aj verzie štandardizované na príslušnú populáciu tej ktorej krajiny.

Medzi najznámejšie patrí hamburgská verzia. Hardesty, Laubes /1956/ vydali Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene - /HAWIE/. Hardesty a Priester /1966/ vydali aj detskú formu Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder /HAWIK/.

Kun, Szegedi /1972/ vydali štandardizáciu Wechslerovej skúšky v Maďarskej ľudovej republike "A Wechsler-Félé Intelligencia-Teszt" /MAWI/.

Kubička a spol. /1973/ vykonali úpravu a štandardizáciu WISC pod názvom "Pražský detský Wechsler" /PDW/. V súčasnej dobe prebieha na Slovensku výskum verzie WAIS a jej príprava na štandardizáciu na našu populáciu.

Význam Wechslerovej skúšky spočíva v tom, že poskytuje taký obraz o inteligencii psychiatrických pacientov ako nijaký iný test. Poskytuje nielen informácie o performačnej, verbálnej a celkovej inteligencii, prípadne o stupni deteriorácie intelektu a osobnosti, ale umožňuje aj precíznejšiu analýzu scattrových profilov. O dôležitosti tejto metódy svedčí bohatá bibliografia.

Anastasiová /1976/ uvádza, že v anglickej literatúre bolo uverejnených okolo 2000 prác o tejto metóde. Hoskovec, Kaňka /1961/ v bibliografickom zozname uvádzajú 1095 prameňov zatriedených podľa ôsmych kritérií.

Teoretické východisko. Wechsler pri štúdiu inteligencie vychádza z Binetovho náhľadu o jej jednodliatosti, v ktorej zdôraznil usmernenosť, prispôbenie, kritické sebahodnotenie, ale najvýznamnejšiu úlohu pripisoval úsudku, či "zdravému rozumu". Inteligenciu pokladal za zložitú a globálnu funkciu, v ktorej jednotlivé zložky sú vzájomne nezávislé a nemusia byť rovnomerne rozložené. Napr. jedinec so zlou pamäťou môže mať dobrý úsudok. Binet, vychádzajúc z týchto hypotetických predpokladov, kládol dôraz na

zostavenie takých testov, ktoré by merali jednotlivé zložky inteligencie. Wechsler v týchto intenciách pristupoval ku konštrukcii svojich testov. Inteligenciu chápe ako zložitú a globálnu schopnosť individua účelne konať, rozumne myslieť a úspešne sa vyrovnávať s prostredím. Pri konštrukcii testu sa sústredil na výber takých subtestov, ktoré merajú intelektové funkcie. Tieto ciele boli potvrdené faktorovou analýzou. Pri faktorovej analýze sa ukázalo, že popri generálnom faktore "g" a faktore "v" verbálne schopnosti, sa v inteligencii uplatňuje aj faktor "f" praktických schopností. Dokázalo sa, že na výsledku testu sa podieľajú faktory, ktoré boli predbežne nazvané "x" a "z". Je to záujem vyšetrovanej osoby na plnení úloh, jej vytrvalosť a želanie riešiť úlohy, teda činitele, ktoré sa obvykle počítajú k faktorom temperamentu a vytrvalosti. Wechsler ich nazýva neintelektovými faktormi všeobecnej inteligencie.

Z uvedeného vyplýva, že Wechsler nevychádza z presne vymedzenej teórie, ale napriek tomu vytvoril metodický nástroj na meranie inteligencie od útleho veku až po fyziologickú starobu, a to tak jej verbálnej ako aj neverbálnej časti.

Wechslerove škály W-B a WAIS

Verzia WAIS sa od staršej W-B líši hlavne presnejšími psychometrickými kritériami, ale zameranosť jednotlivých subtestov verbálnej i performačnej škály je nezmenená. Škála WAIS pre dospelých sa skladá z 11 subtestov, a to z 5 subtestov verbálnych, zo subtestu slovníka, ktorý sa však nezapočítava do IQ, a z piatich subtestov performačných /výkonovo-názorných/.

Obidve časti tvoria samostatné celky s možnosťou určenia verbálneho IQ a performačného IQ.

Zo súhrnných výsledkov vo verbálnej a performačnej časti sa určuje celkové IQ.

1/ Subtest informácie obsahuje vedomostné otázky. Vedomostné otázky sa vyskytujú vo verbálnych testoch. Wechsler predpokladá, že test poskytuje informácie o výchovnom prostredí a záujmoch s.o. Ľahké otázky v tomto subteste majú význam pri poznaní duševnej choroby. Napr. odpovede veľmi presné, s akými sa stretávame u paranoidných syndrómov, keď na otázku koľko týždňov má rok odpovedajú 52 a tri dni, alebo odpovede veľmi nepresné sú znakom či už duševnej choroby, alebo mentálnej zaostalosti. Korelačná súvislosť s celkovým výsledkom testu je určená korelačným koeficientom, ktorý je 0,79.

2/ Subtest porozumenie je prevzatý z Binetovho testu, armádneho alfa testu a iných. Skúma schopnosti pochopiť realitu, reakciu na ňu, sociálne

postoje a schopnosť využívať predchádzajúce skúsenosti. Výskyt zvláštnych odpovedí umožňuje okrem bodového ohodnotenia usudzovať na druh duševnej choroby. Korelačný vzťah subtestu s celkovým výsledkom je 0,70.

3/ Subtest čísla, t.j. opakovanie čísel v postupnom a spätnom poradí meria pamäť pre čísla. Wechsler ho zaradil do svojej škály preto, lebo sa domnieva, že ak dospelý nežopakuje 5 čísel v postupnom a 3 v spätnom poradí, v deviatich z 10 prípadov ide o slabomyseľnosť. Zlyhanie opakovania čísel má diagnostický význam a svedčí o nedostatku duševnej kontroly, sústreďenosti, ktorá môže mať rozličnú etiológiu. Korelácia subtestu s celkovým výsledkom je vyjadrená korelačným koeficientom 0,55.

4/ Subtest počty sa vyskytuje vo všetkých inteligenčných testoch a vysoko koreluje s "g" faktorom. Zlyhanie v najľahších príkladoch je charakteristické pre slabomyseľnosť. Týmto subtestom sa skúma úsudok a pozornosť. Korelácia s celkovým výsledkom testu je 0,75.

5/ Subtest podobnosť má najväčší podiel na "g" faktore. Svedčí o tom vysoká korelácia s inými subtestami a s celkovým výsledkom testu, ktorá je určená korelačným koeficientom 0,81.

Z charakteristiky analyzovaných subtestov vyplýva, že vo verbálnej Wechslerovej skúške inteligencie sú zisťované záujmy, postoje, pamäť, pozornosť, úsudok a schopnosť abstraktne myslieť.

Performačná časť testu poskytuje psychológovi príležitosť sledovať s.o. pri práci.

6/ Subtest usporiadanie obrázkov meria schopnosť porozumieť danú situáciu ako celok. S.o. má vytvoriť zo série obrázkov situáciu s logickým dejom. Subtest odzrkadľuje všeobecnú inteligenciu aplikovanú na sociálnu situáciu. Úspech v tomto subteste vylučuje slabomyseľnosť, i keď sú výsledky v iných subtestoch nízke. Subtest najnižšie koreluje s celkovým výsledkom testu - korelačný koeficient je 0,51.

7/ Subtest dopĺňovanie obrázkov je prevzatý z armádneho beta testu. Skladá sa z 15 obrázkov, na ktorých je vynechaná nejaká časť a úlohou s.o. je uviesť chýbajúce časti. Neosvedčil sa pri vyšších stupňoch intelektu. Zlyhanie v subteste poukazuje na nedostatočnú vizuálnu koncentráciu a nedostatočný kontakt s realitou. Najlepšie koreluje s vedomosťami. S celkovým výsledkom testu koreluje na úrovni 0,70.

8/ Subtest kocky - block test, skladajúci sa zo 16 kociek označených na každej strane inou farbou /biela, červená, žltá, modrá, červeno-biela, žltomodrá/ je prevzatý z Kohsovej skúšky. Je pokladaný za najlepší performačný test pre vysokú koreláciu s celkovým výsledkom testu, ktorý je určený korelačným koeficientom 0,82. S.o. má z kociek zložiť podľa predlohy tvar. V tomto výkone sa prejavuje analytická a syntetická schopnosť.

Najlepší výkon dosahujú tí, ktorí v práci postupujú od jednotlivých elementov k celku.

9/ Subtest skladanie pozostáva z troch častí. Na tomto subteste možno sledovať s.o. pri práci, či postupuje metódou náhodného skladania, či sa pri neúspechu vzdáva alebo pracuje podľa určitého plánu. Neúspech v tomto subteste svedčí o nedostatku názorového myslenia a názornej predstavivosti. Možno usudzovať na koordináciu vizuálnu a motorickú. Korelačná hodnota subtestu s celým testom je 0,58.

10/ Subtest symboly je opäť prevzatý z armádneho beta testu. Patrí k najstarším overeným testom. Výkon pri asociatívnom spojení znakov a čísel meria psychomotorickú rýchlosť a intelektuálnu schopnosť. Tento subtest najlepšie koreluje s celkovým výsledkom testu, ktorý je vyjadrený hodnotou 0,75. Korelačné koeficienty sú pre každú z verzií Wechslerových skúšok rozdielne určenými korelačnými koeficientami, avšak trend vzťahu subtestov k testu ako celku je analogický.

Obr. 8

Vyšetrenie inteligencie pomocou W-B skúšky



Obrázok predstavuje ukážku praktickej administrácie W-B skúšky.

Z charakteristiky subtestov vyplýva, že Wechsler sa sústredil na výber subtestov v praxi preverených, ktorých kombináciou vytvoril diagnostický nástroj pre účely klinickej praxe. Jednotlivé subtesty vysoko korelujú s celým testom. Hoci nevychádzal pri ich konštrukcii z teoretických úvah, ale z praktických poznatkov, hodnotí sa jeho dielo ako vychádzajúce z praxe a slúžiace praxi. Právom sa preto pokladá za najlepšiu individuálnu skúšku skúmania intelektovej úrovne.

Interpretácia Wechslerových testov

Hrubé skóre upravujeme na vážené podľa tabuliek. Súhrnné výsledky vo verbálnej časti sa uvádzajú podľa tabuliek pre príslušnú vekovú skupinu

Graf 1

Spôsob vyhodnotenia W-B skúšky

TEXT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	VS				
1. Informácie																																																		19	13
2. Porozumenie																																																		46	16
3. Čísla																																																		13	14
4. Počty																																																		9	12
5. Podobnosti																																																		20	16
6. Usporiadanie obrázkov																																																		13	13
7. Doplnenie obrázkov																																																		11	10
8. Kocky																																																		21	9
9. Skladanie																																																		22	14
10. Symboly																																																		37	10

ID = 14
nevýznamné

	VS	IQ
Verbálna	71	129
Názorová	56	107
Celková	127	120

Vyhodnotenie výsledkov skúšok W-B s označením scatttru verbálnej a performačnej zložky IQ ako aj stupňa deteriorácie. Výkon v jednotlivých subtestoch je graficky označený podľa váženého skóre. Priemerný výkon je označený zvislou prerušovanou čiarou.

na IQ. Test je uspôsobený aj na profilové vyjadrenie vážených skóre v grafickej podobe v tzv. scattrograme.

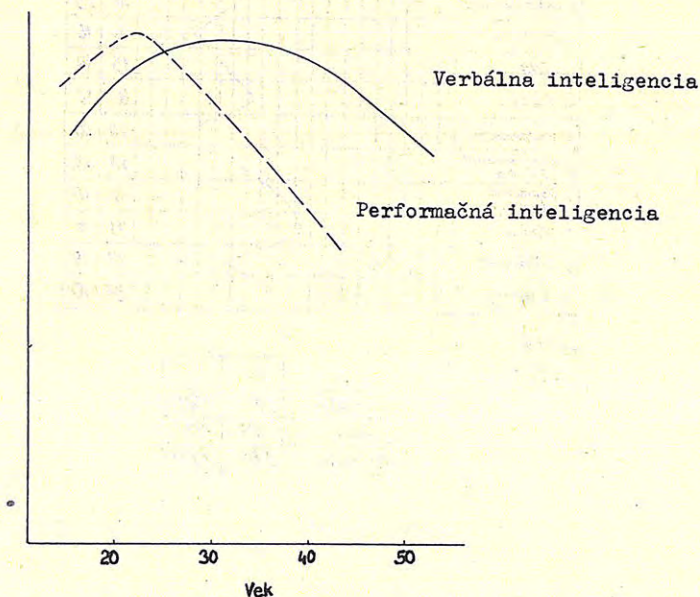
Grafická konfigurácia scattru slúži nielen pre názorné vyjadrenie rozdielov v smere plus a mínus od individuálneho priemeru s.o., ale jeho hodnota spočíva v možnosti diagnostických úvah o etiológii odlišnosti scattru od normy.

Fyziologické zmeny intelektu v procese starnutia

Wechslerova skúška dospelých pre vekové kategórie od 59 rokov umožňuje stanovenie IQ pomocou prepočtu pre vyššie vekové skupiny. Výpočet sa robí podľa návodu uvedeného v manuále. V klinickej praxi meranie inteligencie s prihliadnutím na vek nadobúda osobitnú dôležitosť, pretože poukazuje na možnosť určenia rozdielu, odchýlky, poklesu v porovnaní s fyziologickým úbytkom. Je známe z biologického vývoja, že po dosiahnutí vývojového maxima celkovej dospelosti začína proces starnutia. Zatiaľ čo Binet

Graf 2

Profil krivky inteligencie v závislosti na veku podľa škály WAIS



Na obrázku sú uvedené zmeny skóre testu v závislosti na veku s vrcholom 22 rokov v performačnej oblasti a 30 rokov vo verbálnej zložke podľa Wechslerovej skúšky /WAIS/. Wechsler, 1955.

sledoval len vývin inteligencie, Miles /1932, 1933/ a hlavne Wechsler študovali pokles vitálnej kapacity a IQ medzi 30 - 60-tým rokom života. Grafické znázornenie postupného poklesu vitálnej kapacity a inteligencie postupne s vekom ukazuje graf, z ktorého vyplýva, že vrchol performačnej inteligencie je okolo 22. roku života. Po dosiahnutí vrcholu dochádza k výraznému poklesu. Vrchol verbálnej inteligencie je okolo 30. roku života. Potom dochádza k postupnému poklesu.

Involúcia biologická a psychická je prirodzený jav, ale dosiaľ nie je objasnený ich vzájomný vzťah. Z doterajších výskumov, z ktorých vychádzal aj Wechsler, vyplynulo, že pokles inteligencie je sprievodný jav involúcie a je súčasťou organického procesu, ktorého začiatok je pomerne skorý. Wechsler zistil, že v súvislosti s vekom dochádza k prirodzenému úbytku vo výkone, ktorý označuje ako deteriorácia normálna - "Dn". V dôsledku fyziologického starnutia boli určené nasledovné straty vo výkone v jednotlivých vekových kategóriách:

Vek:	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
Dn:	0	1	3	5	8	11	14	16

Praktický význam týchto hodnôt tzv. fyziologickej deteriorácie spočíva v tom, že sa pri výkone v staršej vekovej kategórii pripočítavajú úbytkové hodnoty príslušnej vekovej kategórie. Pokles kapacity intelektu je často urýchľovaný niektorými chorobami, najmä aterosklerózou mozgových ciev, mozgovým poškodením a psychotickým ochorením. Ak nedochádza k rovnomernému poklesu vitálnej a intelektovej kapacity, keď je väčší pokles intelektu v porovnaní s fyziologickým vekom, dochádza k demencii, čiže k patologickej strate naučeného. V klinických podmienkach pri diagnóze intelektu je dôležité odlíšiť mentálnu retardáciu od demencie, pretože v oboch prípadoch je v testoch dosahovaný nízky výkon, ale podstatná je tu jeho etiológia.

Ako sme už uviedli v súvislosti so starnutím v rámci fyziologickej involúcie dochádza k poklesu výkonu v jednotlivých subtestoch. Wechsler zistil, že niektoré subtesty sú rezistentné na vek, iné zasa citlivejšie, preto na základe empirických poznatkov ich delí na subtesty stratové S /čísla, počty, kocky, symboly/, pri ktorých výkon klesá s vekom a subtesty bezstratové B /informácie, porozumenie, dopĺňovanie obrázkov, skladanie/, vo výkone ktorých sa vek významnejšie neprejavuje. Porovnaním stratových a bezstratových subtestov s prihliadnutím na vekovú deterioráciu môžeme vypočítať percento deteriorácie podľa vzorca:

$$D \% = 100 \cdot \frac{B - S}{B} - Dn$$

/5/

kde D % je úroveň deteriorácie, B je súčet bodov bezstratových subtestov, S je súčet bodov stratových subtestov a Dn je fyziologická deteriorácia príslušného veku.

Výpočtom indexu deteriorácie môžeme posúdiť rozsah patologického poškodenia intelektovej funkcie. Wechsler vychádzal z hypotetického predpokladu, že pokles výkonu s vekom v testoch je podobný ako pri organickom poškodení. Za patologickú zmenu intelektu pokladá ak index deteriorácie presahuje 20%. Výpočet indexu deteriorácie nestačí na určenie rozsahu organického poškodenia, pretože v tejto diagnostickej oblasti sa musia využiť testy zo skupiny testov organicity. Diagnostika deteriorácie intelektu patrí k najobtiažnejším oblastiam v klinickej psychológii, preto sa obšírnejšie zmienime o jej teoretických a praktických aspektoch.

Deteriorácia intelektu

Kraepelinov pojem "Verschlimmerung" - postupné zhoršovanie končiace demenciou, bol do angličtiny preložený ako deterioration. Od tých čias sa pojem deteriorácie užíva na označenie postupného zhoršovania intelektu /demencie i náhleho s akým sa stratávame pri úrazoch hlavy/. Pre nejasnosť pojmu sa v literatúre objavili snahy nahradiť tento pojem pojmom "intelektový deficit" "Hunt, Cofer, 1964/. Tieto pokusy nenašli uplatnenie v klinickej diagnostike.

V klinickej psychológii sa pojem deteriorácia užíva na označenie úbytku intelektu, avšak užíva sa aj v širšom chápaní na označenie degradácie osobnosti - deteriorácia osobnosti. Zisťovanie deteriorácie intelektu má praktický a teoretický význam. V súvislosti so zvyšovaním priemerného ľudského veku sa javí potreba určenia fyziologického úbytku intelektu vo vyšších vekových kategóriách.

V klinickej praxi sa kladie dôraz na odlišenie funkčnej deteriorácie, s akou sa stretávame pri duševných chorobách /schizofrénia a depresia/, od organickej, ku ktorej dochádza pri mozgových léziách. Pri určení stupňa deteriorácie sa využívajú rozličné diagnostické techniky.

Skúmanie deteriorácie bolo zamerané na diagnostiku myslenia. Hlavnými predstaviteľmi tohto smeru sú Goldstein a Sheerer /1949/. Tieto metódy majú väčší význam v teoretickom výskume ako v praktickej individuálnej diagnostike.

Odlíšnym spôsobom pri diagnostike intelektovej deteriorácie je porovnanie premorbidného intelektu so súčasným stavom. Hlavnou predstaviteľkou tohto diagnostického postupu je Babcocková /1930/.

Babcocková /1930, 1940/ zostrojila škálu na meranie deteriorácie intelektu, ktorá sa skladá z troch častí: I. škála učenia; II. škála opako-

vania; III. škála motoriky. Každá z uvedených škál obsahuje niekoľko subtestov.

I. Skupina testov učenia obsahuje subtesty opakovanie, učenie a symboly.

Opakovanie: S.o. má najprv bezprostredne po prečítaní poviedky a potom po 10 minútach zopakovať obsah poviedky. Pri hodnotení zapamätaného textu sa zhodnocuje 21 spomienkových jednotiek.

Učenie: Pri tomto subteste ide o proces učenia 7 párov asociácií.

Symbole: Sú tretím subtestom. S.o. má za úlohu k 50 symbolom určovať čísla od 1 do 5.

II. Skupina opakovania obsahuje tri subtesty. Opakovanie čísel v postupnom a spätnom poradí. Opakovanie v postupnom a spätnom poradí sú dva samostatné subtesty. Subtest opakovania viet sa skladá zo série 23 viet vzrastajúcej dĺžky. Vety sa čítajú jedna po druhej a s.o. ich má zopakovať.

III. Skupina testov motoriky obsahuje opäť tri subtesty, a to symboly, písanie viet na diktát a subtest bludisko.

Babcocková vychádza z predpokladu, že výkon v slovníkovom teste je najmenej citlivý na zmeny intelektu, preto porovnávala celkový výkon získaný vo všetkých subtestoch s výkonom v slovníkovom teste.

Babcockovej metóda skúmania deteriorácie vyvolala kritický ohlas. Kritické pripomienky sa týkali predovšetkým využitia slovníkového testu ako miery premorbidnej inteligencie. Porovnanie by mohlo byť užitočné iba pre vekové skupiny do 25 rokov, pretože vo vyšších vekových kategóriách dochádza k poklesu aj v slovníkovom subteste. Na podobnom princípe boli vyvinuté aj iné škály.

Yates /1956/ získal rozsiahle poznatky o výkonnosti v slovníkových testoch. Potvrdil Babcockovej predpoklady v tom, že výkon v slovníkových testoch sa môže využívať ako ukazovateľ premorbidného stavu intelektu. Prikláňame sa k názoru, že slovníkový test zo skupiny verbálnych subtestov odzrkadľuje najcitlivejšie stav premorbidnej inteligencie, lebo sa zdá, že je najstabilnejšou zložkou inteligencie v porovnaní s performačnou.

Halstead /1947/ vypracoval index organického poškodenia na základe výsledkov 10 subtestov. Index sa môže využívať nielen ako stupeň organického poškodenia, ale ako miera deteriorácie intelektu.

V našej klinickej praxi pri určovaní stupňa deteriorácie postupujeme podľa Wechslerovej metódy. Index deteriorácie nad 20% poukazuje na patologickú zmenu intelektu, avšak percento deteriorácie nám neurčuje etiologický pôvod tejto zmeny. Využívame percentuálnu hodnotu stupňa deteriorácie v rámci celkového klinického zhodnotenia stavu osobnosti a intelektu.

Zo známych testov deteriorácie ani jeden nie je plne spoľahlivý, ale aj pri výhradách voči ich validite treba zdôrazniť, že bez nich nie je možné určiť stupeň deteriorácie.

Využitie testov v klinickej diagnostike

V klinickej praxi sa využíva Wechslerova skúška na určenie verbálneho, performačného a celkového IQ. Rozsah IQ vo Wechslerovej skúške je od 69 do 130 IQ a je začlenený do jednotlivých pásiem zodpovedajúcich normálnemu rozdeleniu populácie v zmysle Gausovej krivky, ako je to uvedené na tabuľke.

Tabuľka 1

Tabuľka rozloženia intelektu v populácii

IQ	Slovné označ.intel.	Výskyt v populácii v %
130 a vyššie	vysoký nadpriemer	vyskytuje sa u 2,2%
120 - 129	nadpriemer	- " - 6,7%
110 - 119	naďaný	- " - 16,1%
90 - 109	priemer	- " - 50,0%
80 - 89	podpriemer	- " - 16,1%
70 - 79	hraničný	- " - 6,7%
69	mentálny defekt	- " - 2,2%

/Wechsler, 1961/

Medzinárodná klasifikácia duševnej zaostalosti podľa WHO

Na návrh expertov WHO namiesto pojmu oligofrénia sa zaviedol pojem duševná zaostalosť. Klasifikácia duševnej zaostalosti je označovaná kódmi, ktoré reprezentujú jednotlivé stupne IQ. Uvádžame klasifikáciu duševnej zaostalosti s jej kódovým označením, ktorá vstupuje do platnosti 1.1.1979 /Eštok, 1978/. Duševná zaostalosť sa delí na ľahkú, strednú, ťažkú a hlbokú. Detailnejšie triedenie uvádzame v tabuľke.

Tabuľka 2

Triedenie mentálnej zaostalosti podľa úrovne IQ podľa WHO

Kód	Klasifikácia	IQ	Diagnóza
317	Ľahká duševná zaostalosť	50-70	Debilita
318	Iná presne určená duševná zaostalosť		

Kód	Klasifikácia	IQ	Diagnóza
318.0	Stredná duševná zaostalosť	35-49	Imbecilita
318.1	Ťažká duševná zaostalosť	20-34	Idiotia
318.2	Hlboká duševná zaostalosť	-20	Idiotia hlboká
319	Duševná zaostalosť NS		

Pod záhlavím Kód je číselné označenie diagnózy a v záhlaví Klasifikácia je diagnostická charakteristika. V rubrike IQ sú uvedené príslušné hodnoty duševnej zaostalosti; Diagnóza obsahuje v minulosti užívané diagnostické kategórie.

Dôvodom pre zamietnutie pojmu oligofrénia na označenie mentálnej retardácie boli novšie poznatky o tom, že mentálna retardácia nemusí vždy znamenať ireverzibilný stav, o čom svedčia dôkazy o sociálne podmienenej retardácii.

Prikláňame sa k názoru, že pre potreby všeobecnej diferenciácie mentálnej retardácie je určenie duševnej zaostalosti podľa kódového štvormiestneho označenia vyhovujúce pre stanovenie stupňa defektu intelektu. Prirodzene, že z diagnostického hľadiska sa vyžaduje precíznejšia diferenciácia kódu 317 - ľahkej duševnej zaostalosti /debilitas/. Podobne je tomu pri kóde 318 /imbecilitas/. Odporúčame v rámci medzinárodnej nomenklatúry pásma ľahkej duševnej zaostalosti /debility/ deliť podľa IQ na tri stupne s prihliadnutím na doterajšie triedenie podľa WHO: ľahký s IQ 64-70, stredný 57-63 a ťažký s IQ 50-56. Rozdiely v stupni debility určené podľa IQ sa osvedčili v súdnej expertíze pri posúdení poznávacej a ovládacej zložky osobnosti. Z diagnostických dôvodov sa môže deliť aj pásmo imbecility na ľahší stupeň s IQ 44-49 a ťažší stupeň s IQ 35-43; podobne aj idiocia - jednoduchá s IQ 20-34 a hlboká idiocia s IQ pod 20.

Diagnostický význam deviácie scatttra

Wechsler zistil, že rozdiely od priemerov v jednotlivých subtestoch v smere plus alebo minus, sú charakteristické pre niektoré duševné poruchy a choroby. Rozlišuje päť druhov rozdielov od priemeru /deviácií/ využívaných pri hodnotení scatttra.

- 1/ + deviácia o 1,5 - 2,5 vážených skóre vyššia nad priemer
- 2/ ++ deviácia o tri a viac nad priemer
- 3/ - deviácia o 1,5 - 2,5 pod priemer
- 4/ -- deviácia o tri a viac pod priemer
- 5/ 0 deviácia od +1,5 do -1,5 od priemeru subtestu

Na základe uvedených kritérií vypracoval Wechsler profily scattrov pre niektoré diagnostické skupiny, a to organické poškodenie, schizofrénie, neurózy, psychopatie a mentálny defekt. Viď Wechsler /1961/, str. 184, 185.

Testové charakteristiky jednotlivých skupín sa vyznačujú rozdielmi medzi verbálnou a performačnou časťou IQ. Organické psychosyndrómy, schizofrénie a neurózy majú vyššiu verbálnu časť. Intertestová variabilita je u organického psychosyndrómu pomerne malá, u schizofrenikov väčšia a u neuróz mierna. Psychopati a mentálne defektní majú vyššie skóre v performačnej časti s pomerne ohrozenou intelektovou variabilitou.

Jednotlivé psychické choroby rozličným spôsobom poškodzujú intelektové funkcie. Významnejšie je postihnutá performačná zložka, preto dochádza k výraznejším rozdielom medzi verbálnou a performačnou inteligenciou, vyjadriteľnou aj indexom deteriorácie. Pri analýze mozgových porúch musíme mať na zreteli, že defekty v mentálnej pružnosti, vo vizuálno-motorickej aktivite, ako aj poruchy pamäti, schopnosti analýzy a syntézy sú závislé od druhu a lokalizácie mozgového poškodenia. Odlišný profil sa objavuje pri psychotickom ochorení v porovnaní s organickým psychosyndrómom.

Pri schizofrénnom procese dochádza k poklesu mentálnej výkonnosti. Klesá schopnosť cielavedomej práce, myslenie je porušené, čo sa prejavuje v neschopnosti riešiť situácie. Rozličné formy a stupne psychózy sa odlišne prejavujú v celom teste. Dahl /1970/ pri porovnaní celkových výsledkov Wechslerovej skúšky pri súboroch schizofrénie, organického psychosyndrómu a neuróz nezistil podstatné rozdiely medzi študovanými súborami. Rozdiely sa prejavili v subteste kocky, čím bolo možné odlišiť organické psychosyndrómy od neuróz a schizofrénie. U neuróz dochádza k poklesu výkonu všade tam, kde sa vyžaduje sústredenosť. Pri psychopatii je najzreteľnejšie poškodená abstrakcia. Duševne zaostali v porovnaní so schizofréniou simplex sa líšia hlavne nízkymi hodnotami v subteste počty a v subtestoch podobnosti a kocky. Duševne zaostali v týchto subtestoch nikdy nedosahujú ani spodnú hranicu priemeru.

Analýza scattrov podľa Rapaporta

Využitie scattru v psychodiagnostike má svoje dejiny. Literárny prehľad využitia scattru v diagnostike inteligencie uvádza Buros /1975/. Harris a Shakow /1937/ využívali scatter v Stanford-Binetovom teste.

Gilliland /1940/, Rapaport, Brown /1941/ patrili k priekopníkmi využitia scattru ako intra-individuálnej miery pre účely klinickej diagnózy. Pod pojmom scatter sa chápe rozptyl distribúcie vážených skóre v jednotlivých subtestoch, od priemeru subtestov či už verbálnej alebo performačnej časti, ktoré môžeme vyjadrovať graficky vo forme krivky-scattru. Rapaport

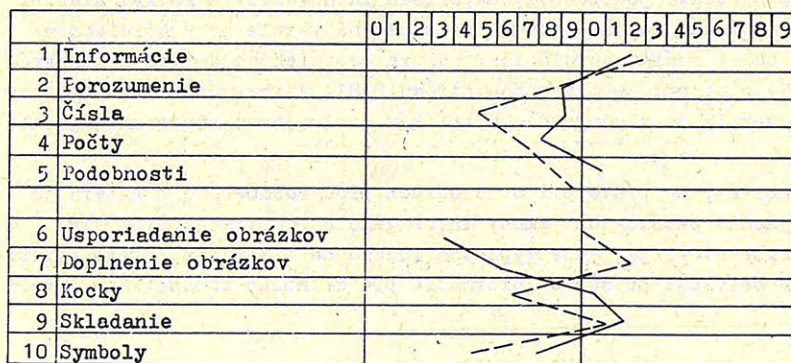
/1950/ rozlišuje niekoľko druhov scattrov: 1. slovníkový /vyjadruje rozdiel medzi slovníkom a inými subtestmi/; 2. celkový scatter /predstavuje rozdiel subtestov od priemeru verbálnej a performačnej časti/; 3. diferencovaný scatter /je rozdiel medzi verbálnym a performačným scattrom/; 4. modifikovaný scatter /je diferencia medzi skóre ktoréhokoľvek subtestu verbálnej časti k priemeru všetkých ostatných, vrátane slovníka, ale bez subtestu čísla a počty/.

Rapaport a spol./1950/ zastáva názor, že i pri nízkej korelácii scatt-
ra s IQ /0,23/ môže sa scatter interpretovať nezávisle na IQ. Hodnoty
scatttra boli určené priemerom verbálnej a performačnej časti s výnimkou
subtestu čísla a počty.

Rabin /1941/ vytvoril vlastný index schizofrénie, do ktorého zahrnul
subtesty informácie, porozumenie, kocky, skladanie a podobnosť. Týmto sub-
testmi sa skupina líši od skupín normálnych osôb a osôb s diagnózou neuró-
za a mánia. Rapaport a spol. /1950/ zastáva názor, že distribúcia jednotli-
vých subtestov môže byť hodnotená vo vzťahu k úrovni slovníkového subtestu
a celkového skóre vo verbálnej a performačnej časti. Súčasne sa môžu vyu-

Schizofrénia
netriedená deteriorovaná

Organická porucha ———



Graf 3 Rapaportove profily inteligencie netriedenej schizofrénie
a organickej poruchy

Na grafe sú uvedené charakteristické profily inte-
ligencie súboru schizofrénie a organického poško-
denia mozgu. Rapaport a spol., 1950.

Živáť miešané kritériá priemerov subtestov verbálnej a performačnej časti. Diagnostická zhoda scattrových kriviek s diagnózou je v 30 - 40%.

Pri zostavení scattru na základe slovníkovej úrovne postupoval tým spôsobom, že hodnoty subtestov porovnal s hodnotami slovníka. Pri schizofrénii, s výnimkou informácie, sú všetky hodnoty pod slovníkovou hodnotou. Ukazujú sa rozdiely medzi jednotlivými formami schizofrénie, ako to vyplýva z grafu.

Podľa klinických skúseností najväčší výskyt krajne nízkych vážených skóre sa objavuje u najdeorganizovanejších osôb, a najväčší počet krajne vysokých vážených skóre sa objavuje v skupine s tendenciami k intelektuálizácii. Doteraz známe scattry pre jednotlivé diagnostické syndrómy majú len orientačnú hodnotu pre ich nízku validitu. Nazdávame sa, že nízka diagnostická validita scattrov je zapríčinená nedostatočným zhodnotením scattrov pri vzájomnom porovnávaní jednotlivých diagnóz, čo bude úlohou ďalšieho výskumu.

Vývoj skrátenej verzie WAIS

Sloan a Newman /1955/ vyvinuli skrátenú verziu W-B skúšky pre klinické účely. Hafner a spol. /1978/ skúmali validitu skrátenej verzie, ktorá pozostáva zo subtestu podobnosti, usporiadania obrázkov a kocky. Zistili v zhode s predchádzajúcimi autormi, že skrátená verzia je v korelačnom vzťahu s IQ celej škály. Korelácia v súbore chronických foriem schizofrénie bola 0,94 a organického psychosyndrómu 0,81. Autori sa klonia k názoru, že skrátená verzia je vhodným diagnostickým nástrojom u študovanej populácie.

Nazdávame sa, že práve pri ochoreniach procesuálneho charakteru je dôležité objasniť patologické zmeny inteligencie prostredníctvom tzv. stratových subtestov, prípadne výpočtom indexu deteriorácie, preto skrátená verzia neposkytuje potrebné informácie pre klinické zhodnotenie inteligencie.

Psychometrické kritériá Wechslerovej skúšky

Wechslerove skúšky inteligencie boli štandardizované na veľkom počte osôb. Verzia W-B bola štandardizovaná na 1700 dospelých osobách. V dodatočnej štandardizácii bolo vybraných 475 starších osôb /vyše 60 ročných/.

Štandardizácia formy WAIS sa opiera o vzorku 2175 osôb vo veku od 16 do 75 rokov s rozpätím IQ od 45 - 159.

Revidovaná verzia WAIS sa vyznačuje vysokou reliabilitou celkového IQ. Reliabilita zisťovaná split-half metódou bola 0,93. Zvýšila sa relia-

bilita jednotlivých subtestov, a to v deviatich z jedenástich oproti forme W-B. Škála W-B vykazuje vyššie hodnoty o 3-4 body pre škálu celkového IQ.

Korelácia medzi Stanford-Binetovou škálou /S.B./ a WAIS je 0,89, medzi S.B. a verbálnou časťou 0,85 a performačnou 0,75. Korelácia medzi verbálnou a performačnou časťou je od 0,71 do 0,81. Korelácia medzi Ravenovou progresívnou maticou a WAIS je 0,72. Uvedené psychometrické kritériá svedčia o dobrej hodnote Wechslerovej škály. Napr. validita škály W-B vo vzťahu k psychiatrickej diagnóze bola 0,79 a Stanford-Binetovho testu len 0,33 /Crombach, 1970/.

Validita revidovanej verzie bola rozšírená aj na prognostické kritériá, ako je predpoveď úspechu v škole a pod. Početná literatúra sa zaoberá hodnotením formy WAIS. Buros /1975/ uvádza 575 prác, ktoré sa zhodujú v tom, že je to významne zlepšená škála, ktorú možno pokladať za validnú mieru inteligencie. Revidovaná maďarská verzia MAWI v porovnaní s americkou W-B a nemeckou HAWIE si vyžiadala pri štandardizácii mnohé úpravy, najmä zmeny znenia i obsahu položiek, výmenu položiek podľa poradia a úpravy časových limitov a tým aj opravu vyhodnocovacieho postupu.

Blejcher a Burlačuk /1978/ konštatujú, že leningradskí psychológovia experimentálnym výskumom Wechslerovej skúšky potvrdili aj jej diagnostickú hodnotu.

Na základe vlastných poznatkov s W-B verziou sme zistili, že táto škála nadsadzuje pri nízkom intelektu. Zdá sa, že aj hodnoty fyziologickej deteriorácie zvýhodňujú staršie vekové skupiny a je potrebné s náležitou opatrnosťou hodnotiť index deteriorácie. Predpokladáme, že pri súčasnej štandardizácii sa prihliadne na skúsenosti s W-B formou, aby sa tak vytvoril vhodný nástroj merania intelektu, jeho štruktúry a patologických odlišností. Zdôrazňujeme v súlade s Platonovom /1971/ a Blejcherom /1976/, aby sa výsledky skúšky interpretovali v zmysle klinických kritérií.

IV.

NEUROPSYCHOLÓGIA A DIAGNOSTIKA ORGANICKÉHO PSYCHOSYNDRÓMU

Neuropsychológia ako vedná disciplína je súhrnom pododborov, ktoré sú známe pod pojmami: klinická neuropsychológia, experimentálna neuropsychológia a klinický rozbor neurologických príznakov z aspektu správania /neurological behavior/. Hoci všetky tri disciplíny sú zamerané na poznanie jedného objektu, čiže mozgu, predsa sa vzájomne odlišujú rozdielnym metodickým prístupom k jeho štúdiu.

Neuropsychológia zovšeobecňuje teoretické poznatky neuroanatómie, neurofyziológie a psychológie, na základe ktorých analyzuje zmeny správania v závislosti od funkcie mozgu.

Experimentálna neuropsychológia je metodicky zameraná na štúdium mozgu a jeho jednotlivých častí v závislosti od rozsahu a lokalizácie poškodenia. V experimentoch na zvieratách sa sústreďuje na štúdium modelových porúch. Výsledky týchto výskumov využíva na empirické potvrdenie jednotlivých hypotéz.

Pri klinickom rozbere neurologických príznakov sa zameriava primárne na štúdium psychologických aspektov správania pri mozgových léziách. Opleť sa o psychologickú analýzu individua, čiže postupujeme podľa kritérií klinických metód, spracovaných vo forme kazuistiky.

Klinická neuropsychológia pri štúdiu porúch správania v závislosti od mozgového poškodenia vychádza z pozorovania ako aj štandardizovaných psychodiagnostických testov. Skúma gnostické funkcie a ich deficit, senzorio-motorické, ako aj zmeny osobnosti určené rozličnými formami správania. Pri diagnostike jednotlivých funkcií sa spravidla využívajú špecifické testy označované ako testy organicity alebo skupiny testov, čiže batéria testov organicity.

Do klinickej neuropsychológie zahrňujeme nielen časť testovú, ale aj psychoterapeutickú, t.j. také formy psychologickéj intervencie, ktoré podporujú úpravu niektorých psychických funkcií, napr. špeciálne rehabilitačné postupy pri poruchách reči v dôsledku mozgovej lézie a pod.

Pod vplyvom mozgovej lézie, či už difúznej alebo lokalizovanej, najrozličnejšej etiológie dochádza k organickému psychosyndrómu, ktorého vedúcim príznakom je individuálne rôzne rýchly zánik intelektových schopností, ktorý vedie k vývoju postupnej demencie. Pri jeho diagnostike rozlišujeme dva odlišné diagnostické prístupy, a to testový a klinický.

Testový prístup

Hlavným predstaviteľom testového prístupu v diagnostike organického psychosyndrómu je Halstead. Halstead roku 1935 založil prvé neuropsychologické laboratórium v Chicagu. V priebehu rokov výskumnej práce Halstead vypracoval súbor testov na diagnostiku organického psychosyndrómu. Halstead /1947/ uvádza 27 testov na diagnostiku psychiky pri mozgovom poškodení. Z uvedeného počtu je známych 10 testov pod názvom "Halsteadova neuropsychologická testová batéria pre dospelých". Praktický význam testového súboru spočíva v tom, že spočítaním výsledkov zo všetkých testov získavame index poškodenia. Jednotlivé testy sú známe v anglosaskej literatúre, ale dosiaľ sa nevyužívajú v našej klinickej praxi, preto uvádzame krátku charakteristiku jednotlivých testov.

Halsteadova neuropsychologická testová batéria pre dospelých

1/ Test hľadania tried /Category Test/

V tomto teste sa využíva aparátúra, ktorá umožňuje premietanie 28 podnetov na obrazovku z mliečneho skla. Odpoveďový panel umiestnený pod obrazovkou má 4 tlačidlá, označené číslami 1-4. Správna odpoveď je ohlásená zvonením a nesprávna bzučaním. Test je rozdelený do 7 skupín a každý subtest je zostavený na rozdielnom princípe.

V prvej skúške má s.o. usporiadať arabské a rímske číslice; v druhej skúške s.o. usuvzťahuje počet predmetov s číslami tlačítiek, napr. keď sa objavia 2 štvorce, musí stlačiť páčku s číslom 2; v tretej skúške ide o určenie spoločných a odlišných znakov, napr. ak sa objavia na obrazovke 4 trojuholníky a 3 z nich sú rovnaké, správna odpoveď je stlačenie páčky s číslom 3. Pri štvrtej skúške sa identifikujú uhly, ktoré sú uvádzané číslami v smere hodinových ručičiek, začínajúc ľavým horným okrajom. S.o. identifikuje uhly určením príslušného čísla. Pri organickom psychosyndróme sa stretávame s chybami pri identifikácii 3. a 4. uhla. Piata skúška spočíva v určení pomeru medzi čiarami a bodkami na predkladaných obrazoch. Napr. keď je na figúre 1/3 bodiek, s.o. stlačí číslo 1. Šiesta skúška je založená na tom istom princípe ako piata. V siedmej skúške sa využívajú podnety z predchádzajúcich.

Prakticky ide o skúšku pamäti. Pri teste sa využíva forma posilňovania prostredníctvom hodnotenia a dá sa predpokladať, že získané skúsenosti sa odzrkadlia vo výkone v nasledujúcom teste.

2/ Test hmatového výkonu /Tactual Performance Test TPT/ - časová komponenta

Test je modifikáciou Sequin-Goddard Form Board testu. S.o. pri zavretých očiach vkladá tvary do príslušných otvorov, pričom využíva najprv do-

minantnú, potom nedominantnú a napokon obe ruky. Výkon sa hodnotí súčtom času vo všetkých troch skúškach.

3/ Test hmatového výkonu - pamäťová a lokalizačná komponenta

Úlohou s.o. je nakresliť spamäti schému predlohy. Hodnotí sa pamäťová a lokalizačná komponenta.

4/ Test rytmu /Rhythm Test/

Ide o Sheashorov test hudobného talentu. S.o. má za úlohu rozlíšiť 30 párov rytmických úderov.

5/ Rečovo-zvukovo-percepčný test /Speech-Sounds Perception Test/

Test pozostáva zo 60 hovorených nezmyselných slov. Začiatok a koniec slova variuje ale samohláska "ee" je konštantná. Test je prehrávaný z magnetofónu a úlohou s.o. je podškrtnúť hovorené slovo na záznamovom hárku. Uvádza sa tak do vzťahu zvukový a zrakový vnem.

6/ Test oscilácie prstu /Finger Oscillation Test/

V podstate je to tepingová skúška usporiadaná tak, že s.o. pohybuje len prstami. Test je založený na motorickej rýchlosti. Skúška sa skladá z piatich po sebe nasledujúcich 10-sekundových intervalov.

7/ Test vnímania času - vizuálna komponenta /Time Sense Test Visual Components/

8/ Test vnímania času /Time Sense Test-Memory Components/

Úlohou s.o. je uviesť do pohybu a nechať obiehať ručičku na ciferníku 10-krát a potom zastať vo východzej polohe. Po 20-tich skúškach sa ciferník otočí, potom sú zaradené pomešané vizuálne a pamäťové skúšky. Vizuálna komponenta vyžaduje sledovanie rotácie veľkej ručičky. Časová komponenta vyžaduje odhad trvania času na 10 obrátov.

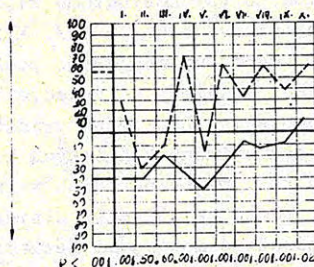
9/ Kritická frekvencia splývania /Critical Flicker Frequency/

10/ Deviácia kritickej frekvencie splývania /Critical Flicker Frequency Deviation/

Využíva sa stroboskop umožňujúci vytváranie prerušovaných svetelných podnetov rozličnej frekvencie. S.o. má otáčať gombíkom, pokiaľ sa blikanie nezmení na trvalé svetlo.

Reitan /1955/ uvádza, že tri testy, a to test odhadu času a testy na kritickú frekvenciu splývania nemajú význam pri diagnostikovaní organického psychosyndrómu, ale zo zotrvačnosti sa mechanicky aplikujú. Na grafe sú uvedené krivky súboru zdravých a schizofrénie, čím sú ilustrované rozdielne výkony v jednotlivých testoch.

Graf 4 Halstead-Reitanova škála



----- s.ch.

———— kontrolná s.

Testy: I. Kategorizačný test, II. Kritická frekvencia flikeru, III. kritická frekvencia flikeru-deviácia, IV. hmatový test-časová komponenta, V. hmatový test-pamäťová komponenta, VI. hmatový test-lokalizačná komponenta, VII. rytmičný test-hudobné nadanie, VIII. test percepcie reči, zvukov, IX. test oscilácie, X. test odhadu času-
vnímanie času

Krivka predstavuje index mozgového poškodenia súboru schizofrénie a zdravých v jednotlivých subtestoch pôvodnej Halsteadovej škály. Reitan, 1956.

Halstead-Reitanova modifikácia

Viaceri autori modifikovali Halsteadov súbor testov v diagnostike dospelých, ako aj detského veku. K najznámejším patrí Reitanova modifikácia, ktorý doplnil súbor testu o skúšky WAIS, MMPI a Trail Making Test. V závislosti od diagnostických a experimentálnych potrieb, súbor testov doplňoval.

Reitan /1969/ vypracoval súbor testov pre vekové skupiny 5-8 a 9-14 rokov. Význam Halstead-Reitanovho súboru spočíva v jeho overovaní fyziolo-

gickými metódami /EEG, PEG, RTG/, ako aj klinickým neurologickým nálezom. Zhodnosťou klinického nálezu s testovými výsledkami je určená validita testového súboru. Testy sú doložené psychometrickými ukazovateľmi, najmä hodnotami reliability a validity.

Klinický prístup

Klinický prístup k štúdiu organického psychosyndrómu reprezentuje súbor Lurijových skúšok spracovaných Christensenovou /1975/. Klinický aspekt Lurijovho diagnostického prístupu pri hodnotení mozgového poškodenia sa diametrálne líši od Halstead-Reitanovho. Rozdiely sú v teoretických východiskách a v aplikácii metód a ich hodnotenia. Lurija sa pridŕžiava pri hodnotení výsledkov diagnostických metód výlučne klinických kritérií. To znamená, že každé lokálne poškodenie mozgovj kôry má za následok veľmi špecifický typ postihnutia psychických procesov, preto je dôležité starostlivo analyzovať špecifické poruchy, ktoré sú spôsobené mozgovými léziami. Keďže psychické funkcie nie sú lokalizované, ale skôr distribuované v rozsiahlejších štruktúrach mozgu, prispieva každá kôrová oblasť k organizácii celého funkčného procesu špecificky, čo sa má odzrkadliť v psychologických skúškach. Čitateľ sa má možnosť oboznámiť s Lurijovou koncepciou z pôvodných prameňov, najmä Lurija /1975/.

V úvode analýzy Lurijovho testového súboru uvádzame fragmentálnym spôsobom iba tie aspekty koncepcie, ktoré osvetľujú teoretické hľadisko aplikovaných metód. Lurija /1973/ zastáva názor, že koncepcia "funkčných centier" presadzovaná klasickou neurológiou je neudržateľná, pretože funkcia je chápaná ako funkcia špecifického tkaniva. Lurija pod pojmom funkcia rozumie zložitý funkčný systém, ktorý nemôže byť lokalizovaný do ohraničených oblastí mozgového tkaniva, ale je distribuovaný do systému kooperujúcich zón mozgovj kôry a podkôrových štruktúr.

Podľa charakteru poruchy môžeme určiť, ktoré kôrové okrsky boli postihnuté. Keď máme stanoviť topickú diagnózu mozgového poškodenia, založenú na rozbere porúch vyšších kôrových funkcií, nestačí potvrdiť existenciu defektu, ale je potrebné poruchu danej funkcie bližšie určiť podrobnou psychologickou analýzou.

Podstata Lurijovho prístupu spočíva v požiadavke neobmedziť sa len na objektivizovanie defektu, ale urobiť podrobnú psychologickú analýzu defektu. Pri bližšej analýze defektu uplatňuje autor klinický spôsob interpretácie, ktorý sa zameriava na objasnenie organizácie vzniknutej poruchy. To znamená, že psychológ musí dokonale ovládať syndromológiu a symptomatiku, objavujúcu sa pri rozličných lokalizovaných léziách mozgu.

V neuropsychologickej diagnóze určuje nasledovný postup:

1. určiť, či ide o poruchu organizácie psychickej činnosti na nejakej komplexnejšej úrovni. Musíme zistiť, či ide o primárny, alebo sekundárny príznak defektu.

2. Postavené diagnostické ciele podmieňujú výber metód a ich správnu aplikáciu.

3. Je potrebné zistiť, ako sa využívajú neporušené funkcie v zmysle kompenzačných mechanizmov.

4. Získané informácie sa zatriedia v podobe formulácie záveru.

Lurija /1975/ v priebehu 40 rokov vyvinul diagnostický systém, ktorý je zameraný na analýzu najkomplexnejších kôrových oblastí, ktorých činnosť sa prejavuje v súvislosti s organizáciou komplexných procesov typu gnostických a praktických foriem aktivity, napr. zrková diskriminácia atď. Vzhľadom na to, že psychologické metódy zamerané na hodnotenie lokálnych poškodení mozgových oblastí sú príliš komplexné a neumožňujú hodnotenie niektorých špeciálnych úrovní kognitívnych procesov, bolo potrebné rozvinúť nové metódy.

Lurija vyvinul systém metód, pri ktorých sa vychádza: 1/ zo štúdia vyšších kôrových funkcií, 2/ z hodnotenia a kvalifikácie defektu, 3/ z analýzy faktorov, ktoré tieto defekty podmieňujú.

Vyvinuté špecifické metódy začlenil do celkového rámca neuropsychologického vyšetrenia, ktoré sa skladá: 1/ z anamnézy, 2/ z pozorovania pacienta, 3/ z rozboru neurologických príznakov.

Súbor skúšok v neuropsychológii

Lurijov súbor testov /1973/ pod vedením autora spracovala dánska psychologička Anne-Lise Christensenová /1975/. /Preklad testu pripravuje n. p. Psychodiagnostika./ Súbor testov sa skladá z testového materiálu cca 230 skúšok uvedených v manuáli a 205 položiek na 159 skúšobných kartách.

Test je zložený z 11 testov okrem informatívnych A a B a každý z nich obsahuje 3 a viac subtestov. Sú to nasledovné testy:

C/ Vyšetrenie dominancie mozgovej hemisféry

D/ Motorické funkcie sa skladajú z troch subtestov:

- motorické funkcie ruky /karta 1/
- orálna prax
- rečová regulácia pohybu /karty 2-5/

E/ Akusticko-motorická koordinácia

- percepcia tónových intervalov
- percepcia a reprodukcia rytmov /karty 1-2/

F/ Vyššie kožné a kinestické funkcie

- kožné pocity
- svalové a kĺbové pocity
- stereognózia

G/ Vyššie zrakové funkcie

- vizuálne percepcie
- priestorová orientácia
- intelektové operácie v priestore

H/ Impresívna reč

- fonematický sluch /karty 1-6/
- chápanie slov /volné karty 7-16/
- chápanie jednoduchých viet /volné karty 17-27/
- chápanie logicko-gramatických štruktúr /karta 28/

J/ Expresívna reč

- artikulácia hlások
- reprodukovaná reč /karty 4-13/
- nominatívne funkcie reči /volné karty 14-18, 19-21, 22-27/
- expresívna funkcia reči /karty 28-37/

K/ Písanie a čítanie

- fonetická analýza a syntéza slov
- písanie /karty 1-3/
- čítanie /karty 4-23/

L/ Počítanie

- pochopenie štruktúry čísel /karty 1-5/
- aritmetické operácie /karty 6-10/

M/ Pamäť

- proces učenia
- uchovanie a vybavovanie materiálu /karty 1-9/
- logická pamäť /volné karty 10-29/

N/ Intelektové funkcie

- porozumenie obrázkov a textov /volné karty 1-23, 24-26/
- tvorenie pojmov /karty 27-29/
- diskurzívne myslenie /karty 30-38/

Reliabilitu analyzovaných skúšok nemôžeme posudzovať z hľadiska psychometrických kritérií. Lurija konštatuje, že keď porovnaním výsledkov rozličných skúšok poukážeme na spoločnú poruchu postihujúcu rozličné formy skúmanej činnosti, potom môžeme považovať výsledky za reliabilné a klinicky validné. Reliabilita a validita testu je určovaná zhodnosťou výsledkov s neuropsychologickou syndromológiou.

Prednosti diagnostického prístupu spočívajú v presne vymedzenej teó-

rii chápania lokálnej poruchy funkčného systému. Klinický rozbor jednotlivých subtestov je založený na neurologickej syndromológii, doplnený kvantitatívnou psychologickou analýzou.

Analýza defektu sa stáva jedným z najdôležitejších postupov v topickej diagnostike mozgových lézií. Lurijov postup spĺňa základné kritériá teórie diagnózy. Jej podstata spočíva nielen v zistení poruchy, ale aj vo vysvetlení jej vzniku a priebehu v rámci celej osobnosti.

Lurijov test v porovnaní s inými technikami sa vyznačuje niektorými výhodami. Odhaľuje základy správania, umožňuje špecifickú analýzu deficitu, informácie sa môžu využiť nielen diagnosticky, ale aj v psychologickej rehabilitácii. Test trvá okolo 2,5 hod.

Reitan-Halsteadov systém vyšetrenia trvá 6-8 hodín. Napriek uvedeným prednostiam Lurijov systém kritizovali viacerí autori pre nedostatky štandardizácie a skórovacieho systému. Reitan /1976/ konštatoval, že iba Lurijova mienka je mierou validity. Namietal, že výsledky vyšetrenia sú viacej závislé od klinickej erudície psychológa ako od normatívnych dát.

Alternatívna forma Lurijovho vyšetrovacieho systému

Golden /1978/ a spol. si uvedomovali prednosti a nedostatky Lurijovho vyšetrovacieho postupu, a preto prikrročili k jeho zhodnoteniu z hľadiska psychometrických kritérií. Vypracovali alternatívnu formu pod názvom The Lurija-Suoth Dakota Neuropsychological Test Battery. Test obsahuje 285 meraní. Urobili niektoré zmeny v položkách zavedením časových limitov a skórovacieho systému 0-1-2, pričom 0 znamenala správne riešenie. K základným 11 subtestom zahrnuli ďalšie tri /patognomický index, dominancia ľavej a pravej hemisféry/. Všetky dáta sú zahrnuté do T-skóre.

Uvedená verzia oproti Christensenovej /1975/ sa vyznačuje dobre definovanou štandardnou administráciou a vyvinutým skórovacím systémom. Pri štúdiu reliability vychádzali z porovnania zhody medzi dvomi interpretátormi. Pri porovnaní 10 vyhodnocovateľov zistili zhodu v 95%. Diagnostickú validitu skúmali porovnaním výsledkov medzi 50 pacientmi s organickým psychosyndrómom v porovnaní s neurologickými pacientmi bez mozgového poškodenia. Získali štatisticky významné rozdiely v 253 z 285 meraní.

V inej práci Purisch a spol. /1978/ využili Lurijov Neuropsychologický test s cieľom poukázať na možnosti jeho využitia pri porovnaní schizofrénie a mozgového poškodenia. Došli k záveru, že skupina schizofrénie mala lepšie výsledky v 72 položkách z 282. Pri porovnaní testov skupina schizofrénie mala 9 zo 14 škál lepšie výsledky.

Autori zastávajú názor, že test umožňuje analýzu špecifického neuropsychologického defektu ako aj defektu v súvislosti so schizofrénnym ochor-

rením a dáva možnosť úvahy o medikamentóznej terapii a prognóze. Prikláňajú sa k názoru, že štandardizovanou batériou je možno oddiferencovať schizofréniu od organického psychosyndrómu. Predpokladajú vhodné využitie testovej batérie v praktickej diagnostike ako aj vo výskume.

Nazdávame sa, že Lurijov test v podaní Christensenovej /1975/ má niektoré nedostatky, ktoré sa týkajú administratívnej procedúry, tie však neznižujú jeho validitu a jasne formulované teoretické východiská.

Autori Golden a spol. /1978/, Purisch a spol. /1978/ svojimi prácami prispeli k štandardizácii skórovacieho systému, reliability a tým odstránili pochybnosti o možnosti využitia Lurijovho systému ako užitočného nástroja v klinickej a experimentálnej neuropsychológii, ako aj v klinike duševných chorôb.

Odvođené testové súbory organického psychosyndrómu, diagnostika afázie, dominancie hemisféry, funkcie pamäti, pozornosti a psychomotorického tempa

V posledných dvadsiatich rokoch vznikli súbory psychodiagnostických skúšok, ktoré sú zamerané na oddiferencovanie funkčných a organických porúch ako aj na určenie relatívne stabilného poškodenia psychických funkcií. Teoreticky sa vychádza z predpokladu, že organická porucha mozgu /úraz a pod./ vedie k ireverzibilným zmenám psychiky a funkčné zmeny vedú k reverzibilným.

Rozsah psychologických testov určených na diagnostiku organického psychosyndrómu vyžaduje samostatné spracovanie. Podľa Lezakovej /1977/ sa v neuropsychologickej praxi využíva okolo 200 testov. Uvádzame z nich nasledovné testové súbory: 1/ Smithov neuropsychologický súbor testov, 2/ Minesotský test organického poškodenia mozgu podľa Hunta, 3/ Shipleyova škála, 4/ Neurologický index organického poškodenia, 5/ Elizurov test psychoorganicity, 6/ Skúška relatívnej stálosti mentálneho deficitu podľa Srnca a Diamanta, 7/ Lezakovej súbor, 8/ testy afázie, 9/ testy dominancie hemisféry, 10/ Trail Making test, 11/ Test organickej integrity, 12/ Weidlichovej test, 13/ testy pamäti, 14/ testy a skúšky výkonu, psychomotorického tempa.

1/ Smith /1975/ vytvoril vlastnú neuropsychologickú batériu, ktorú zhodnotil vo viacerých prácach. Smith /1975/ vybral 6 štandardných testov: 1. WAIS, 2. vizuálny organický test, 3. Ravenova skúška, 4. Bentonov test vizuálnej retencie, 5. Pardue Pegboard test, ktorý spočíva v tom, že s.o. má za úlohu vkladať do otvorov kolíčky; test je zameraný na zistenie preferencie ruky, 6. test symboly-modifikácia Wechslerovho subtestu. Kompletná batéria testu je časovo náročná. Neboli vypracované normy pre súbor testov ako celku, hoci každý z testov je štandardizovaný.

2/ Minesotský test organického mozgového poškodenia.

Hunt zostavil verbálny test obsahujúci 16 subtestov. Všetky verbálne subtesty sú zamerané na ohodnotenie pamäti, koncentrácie pozornosti a orientáciu. Yates /1954/ poukazuje na možnosti vhodného využitia v diferenciálnej diagnóze na rozlíšenie zdravých od chorých s organickou léziou.

3/ Shipleyova škála.

Shipleyova škála /1940, 1946/ obsahuje dva subtesty. Boli vyvinuté na diferencovanie deteriorovaných psychiatrických pacientov od ostatných skupín. Shipleyova škála sa aj v súčasnej dobe využíva hlavne v psychiatrickej diagnostike deteriorácie intelektu.

4/ Neurologický index mentálneho poškodenia.

Tento test je medicínsky orientovaný na rýchle posúdenie mentálneho poškodenia. Skladá sa z 12 krátkych skúšok. Poskytuje informácie o sociálnych a emocionálnych aspektoch správania. Zachycuje oblasť sluchovú, zrakovú orientáciu a pozornosť. Celkové skóre sa vyjadruje "indexom poškodenia". Drake a spol. /1973/ vyzdvihujú možnosti využitia ako skríningového testu.

5/ Elizurov test psychoorganicity.

Elizur /1969/ vyvinul súbor testov s cieľom diferencovať organikov od neorganikov. Test sa skladá z troch subtestov: 1. test kreslenia piatich geometrických tvarov, 2. test počítania, 3. test kocky-podľa Kohsa. Každý subtest je bodovaný podľa 5-bodovej škály.

Výskum zameraný na validitu testu vykázal 80% súhlasnosť s diagnózou organického psychosyndrómu. Lezaková /1977/ uvádza, že napriek týmto údajom o validite je sporná diagnostická užitočnosť testu.

6/ Naši autori Srnec a Diamant /1963/ navrhli súbor skúšok, ktorými sa overuje relatívna stálosť intelektu pri organickom poškodení. Súbor testov sa skladá z: 1. opakovanie čísel v postupnom a spätnom poradí, 2. kocky, 3. symboly. Ide o subtesty z Wechslerovej škály. Predložený súbor skúšok pokladáme za jednu z verzie skrátenej Wechslerovej škály.

7/ Súbor testov Lezakovej.

Lezaková /1977/ v svojom teoretickom zameraní vychádza z Lashleyovho /1938/ chápania lokalizácie psychických funkcií. Lashleyho koncepciu lokalizácie potvrdil Hebb /1949/ a Champman a Wolff /1959/. Zovšeobecnilí poznatky o lokálnom poškodení, ktoré podmieňuje zníženie psychických funkcií a intelektu zvlášť. Lezaková v praktickej diagnostike vychádza zo:

1. Spreena a Bentona /1965/, ktorí pre účely rozlíšenia funkčných od organických porúch zostavili 38 subtestov a 2. Halstead-Reitanovej /1956/ diagnostickej škály. Opiera sa o Halsteadove teoretické východiská a chápe ak-

tivitu kôry mozgovej ako multifunkcionálny systém. Pri diagnostike tohto systému vychádza z rozličných korelátov správania, vrátane kortikálneho poškodenia. Lezaková sa vo svojom multidimenzionálnom prístupe v neuropsychologickej diagnostike opiera o testy poskytujúce kvantitatívne údaje o deficite psychických funkcií v porovnaní s premorbidnou osobnosťou. V testovom súbore sú zahrnuté aj niektoré Thurstonove testy, ktoré sú vo všeobecnosti u nás menej známe. Zostava 10 testov sa skladá z testov: 1. inteligencie /WAIS/, 2. testu symboly, 3. testov sluchového a verbálneho učenia, 4. testov pozornosti /odpočítanie/, 5. testu kreslenia bicykla, 6. Bentonovho testu A-D, 7. The Purdue Pegboard Test /meranie laterality/, 8. Trail Making Test, 9. Rorschach, 10. Bender Gestalt Test. Autorka predpokladá, že rozdiely v porovnaní s normou v 4-5 testoch tvoria predpoklad pre posúdenie hĺbky mozgového poškodenia.

8/ Testy afázie.

Testy afázie významne dopĺňajú súbory skúšok organicity. Zdôrazňujeme, že vyšetrenie afázie a percepcie je opäť založené na kompletnom súbore neurologických a psychologických testov. Testy sú zamerané na overenie chápania hovoreného slova /pri senzorickej afázii/ a stupeň poruchy reči pri porozumení hovoreného. Keď chorý rozumie hovorenému slovu, ale nevie sa vyjadriť, ide o motorickú afáziu. Uvedené delenie má len didaktické zdôvodnenie, pretože pri afázii ide o prelínanie uvedených porúch.

a/ Index komunikačnej schopnosti: je to štandardizovaný test na určenie rečovej schopnosti /Porch, 1967/. Súbor testov obsahuje 18 subtestov: 4 verbálne, 8 motorických /narábanie kľúčami, zápalkami a pod./ a 6 grafických. Výkon sa zhodnocuje podľa 16-bodového skórovacieho systému.

b/ Minesotský test pre diferenciálnu diagnózu afázie. Tento test podľa Schnella /1965/ zahŕňa 47 rozličných subtestov. Poskytuje informáciu o poruche sluchu, zraku, čítania, reči a vyjadrovania, zrakovo-motorické poruchy písania a poruchy aritmetické /počítanie, rátanie/.

Test je časovo náročný /trvá 1-3 hodiny/, je štandardizovaný a umožňuje kvantitatívne hodnotenie na 6 bodovej škále, a to schopnosti rečového prejavu, čítanie, písanie, dysartriou a vôbec artikuláciu reči.

c/ Všeobecné vyšetrenie afázie. Test obsahuje 24 krátkych subtestov, 20 zahŕňa rečové aspekty a 4 kontrolné testy vizuálnej a taktilnej funkcie /Spreeen, Benton, 1969/.

d/ Jazyková modalita testu afázie. Wepman a Jones /1961/ upravili test v tom zmysle, že s.o. môže odpovedať na filmové podnety podľa nasledovných postupov: slovná odpoveď na zrakové podnety,
slovná odpoveď na slovné podnety,
písomná odpoveď na zrakové podnety,

písomná odpoveď na slovné podnety,
signálne a slovné podnety k obrázkovým alternatívam.

Skúška trvá 60 minút. Každá odpoveď sa hodnotí na 6-bodovej škále. Test dobre diferencuje afáziu od funkčných porúch.

e/ Profil funkcionálnej komunikácie. Test v podobe interview sa skladá zo 45 položiek /Sarno, 1969/. Skúškou sa získavajú informácie o motorike, reči, chápaní, čítaní a verbálnom správaní. Skórovanie sa robí podľa 9-bodovej škály. Získavajú sa aj informácie o premorbidnej osobnosti. Celkové skóre sa zaznamenáva histogramicky.

f/ Skríningový test afázie podľa Halstead-Wepmana /1959/, modifikovaný Reitanom /1974/, patrí k najprepracovanejším testom. Je známy vo viacerých verziách.

Pôvodná Halstead-Wepmanova /1959/ verzia obsahovala 51 položiek. Reitanova /1974/ obsahuje 32 položiek. Russelova a spol. /1970/ 37 položiek. Výsledky skúšky sa klinicky zhodnocujú. Existuje aj skrátená verzia pozostávajúca zo 4 skúšok: 1/ odkresliť štvorec, trojuholník; 2/ uviesť mená nakreslených vecí; 3/ hláskovať mená každej veci; 4/ zopakovať, vysvetliť a napísať to, čo skúšaný videl. Test diferencuje lateralitu mozgovej lézie.

K testom afázie patria skúšky: 1. rečovej plynulosti, 2. plynulosti písania, 3. plynulosti čítania. K súboru testov organicity sú zaraďované testy zmyslových orgánov.

9/ Diagnostika dominancie hemisféry.

V neuropsychologickej diagnostike vyšetrenie dominantnej hemisféry patrí k základným metodickým úkonom. Určenie latentného laváctva má pri posúdení klinických príznakov veľký význam, pretože u jedincov poškodenie ľavej hemisféry nemusí viesť k takým zmenám ako u pravákov. Na určenie laváctva sa môžu využívať rozličné metódy. Sú to ľahké, krátko trvajúce skúšky, napr. založenie rúk, tleskanie, viazanie kravaty a pod. V klinickej praxi sa vo všeobecnosti využívajú nasledovné skúšky:

a/ Skúška dichotomického počutia, ktorú zaviedol Kimura /1967/. Pri tejto skúške sa s.o. hovorí pomocou slúchadiel 3 páry čísel, a to tak, že v každom uchu počuje jedno číslo. S.o. má za úlohu určiť aké to boli čísla, bez ohľadu na poradie. Výsledné skóre je vyššie pre ucho kontralaterálne dominantnej hemisféry ako pre ucho ipsilaterálne.

b/ V našej praxi okrem iných metód využívame na určenie dominantnej hemisféry Černaškov index dominancie /1964/. Skúška sa skladá z anamnesticko-objektívnych testov. V anamnéze sa zisťuje výskyt ľavorukosti u rodičov a potomkov. K anamnestickým údajom patria aj informácie o tom, za akého sa s.o. pokladá, ktorou rukou píše, kreslí, jedáva, čistí zuby, hrá karty, ktorou nohou kope loptu a pod.

Z objektívnych testov je to: kreslenie ľavou a pravou rukou pri zatvorených očiach. S.o. kreslí súčasne ľavou rukou kruh a pravou štvorec a opačne. Ak je obraz nakreslený ľavou rukou podobný obrazu pravej ruky, hodnotí sa ako +10, keď je to naopak, hodnotí sa ako -10. Podobným spôsobom sa postupuje pri skúške navliekania do ihly, pri viazaní šnúrok, kravaty, pri zopnutí rúk a pri skúške vedúceho oka.

Skúška vedúceho oka spočíva v tom, že pri predpažení sa sleduje ceruzka raz jedným, raz druhým okom, pričom nepozorujúce oko je zavreté. Podľa toho, pri ktorom oku sa ruka vychýli, hodnotí sa oko ako dominantné.

Kvantitatívne hodnotenie spočíva v tom, že pri každom výkone získava pravák +10 bodov, ľavák -10 bodov a ambidexter +10 a -10 bodov. Hodnoty sa spočítavajú bez ohľadu na znamienko a zvlášť sa spočítavajú hodnoty + a -. Napr. ak s.o. dosiahne +140 a -50, čiže 190 bodov, vypočítava sa koľko % je 140 zo 190 bodov, čiže 73%, a koľko % je 50 bodov, čiže 27%. Rozdiely medzi plus a mínus percentami tvoria index dominancie. Hodnoty +10 a +30 poukazujú na slabého praváka, hodnoty nad +30 na praváka.

Validita skúšky je daná zhodnosťou s klinickým stavom. Okrem uvedenej skúšky sa v klinickej psychológii využívajú testy administrované v neurologickej praxi, z ktorých sú najznámejšie:

Test Piagetovej ľavej a pravej orientácie, Headovej orientácie ruka-oko-ucho, ako aj súbor 6 subtestov, ktoré vyvinul Zazzo /1974/.

c/ Piagetove skúšky /cit. Granjon, 1974/ sa skladajú z 10 otázok. S.o. za každú správnu odpoveď získava 2 body, čiže celkom 20 bodov. Sú to nasledovné otázky:

1. ktorá je pravá ruka?
2. ktorá je ľavá ruka?
3. ktorá je moja pravá ruka?
4. ktorá je moja ľavá ruka?
5. nachádza sa kalamár vpravo od kľúčov?
6. nachádza sa kalamár vľavo od kľúčov?
7. sú kľúče na ľavej strane od hodínok?
8. sú kľúče na pravej strane od hodínok?
9. povedz mi, či hodinky sú na pravej, alebo na ľavej strane od kľúčov
10. ležia hodinky na pravej, alebo na ľavej strane od kalamára?

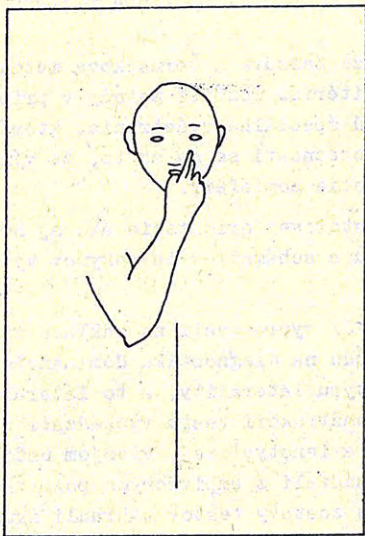
Štandardizácia bola vykonaná na vek 6-14 rokov. Touto skúškou je možné vyšetrovať aj dospelých.

d/ Pri Headovej /1926/ skúške ide o sledovanie série motorických pohybov. S.o. sa na príkaz dotýka prstom ľavej ruky a pravej ruky, oka a ucha. Skúška sa skladá z troch nasledovných kombinácií:

1/ S.o. sedí oproti vyšetrojúcemu a napodobňuje ho v motorických úkonoch. Keď sa vyšetrojúci dotýka pravou rukou ľavého ucha, má napodobniť tento úkon. Takto sa vystrieda oko, ucho, ľavá a pravá ruka. Pri správnom výkone sa získajú 2 body, 1 bod za opravený výkon, keď bola ruka správna, ale orgán bol nesprávny.

2/ Druhá séria skúšok sa skladá z výkonov na slovný podnet. 1 bod sa získava za správne riešenie, po 1 /0,5/ boda za opravený výkon a 0 bodov za nesprávny.

3/ Tretia séria tých istých skúšok spočíva v opakovaní úkonov podľa pokynov predkladaných na schéme. Hodnotenie výkonu je analogické ako pri prvej skúške.



Obráz 9 Predloha k testu "ruka, oko, ucho" podľa Heada

Podľa uvedeného vzoru s.o. napodobňuje pohyb.
Head, 1926.

e/ Zazzo /1974/ vytvoril 6 skúšok na určenie dominance, a to 2 skúšky pre ruku, 2 pre oko a 2 skúšky pre nohy. Sú to tieto skúšky:

- 1/ rozdávanie 32 kariet;
 - 2/ pri predpažení s otvorenou dlaňou s.o. dlaňou obracia okolo osi zápästia /diadochokinéza/;
 - 3/ prezeranie - s.o. má cez dierku kartónu sledovať jedným okom predmet, čím sa zisťuje dominantné oko;
 - 4/ zacielenie oka - s.o. má k dispozícii fľašku a cez otvor sleduje obsah vo fľaši. Pozoruje sa ako postupuje v tejto činnosti, napr. ktoré oko využíva a či druhé je pritom zažmúrené;
 - 5/ hra na škôlku - s.o. skáče na jednej nohe, podobne ako pri hre na škôlku. Pozoruje sa pritom, ktorú nohu využíva, a potom sa pozoruje skákanie aj na druhej nohe;
 - 6/ kopanie lopty - s.o. má kopnúť, akoby kopala do lopty.
- Výsledky každého testu sa hodnotia zvlášť, najmä výkon ľavej a pravej končatiny.

Z uvedeného vyplýva, že Zazzova a Černačkova metóda indexu dominance vychádza z analogických kritérií. Použité metódy v prípade nejasného alebo pozitívneho nálezu vyžadujú špeciálne vyšetrenia, ktoré už spadajú do kompetencie neurológa. Vo všeobecnosti sa má za to, že výkony ruky, oka a nôh vystačia na určenie dominance hemisféry.

Piagetova skúška priestorovej orientácie ako aj Headove skúšky napodobňovania slovného príkazu a schématických pokynov vyžadujú určité intelektové schopnosti.

f/ Matějček, Žláb /1972/ vypracovali na základe vizuálno-motorickej koordinácie oka a ruky metódu na diagnostiku dominance hemisféry s možnosťou určenia základného typu laterality, a to laterality súhlasnej, neurčitej a skríženej. Pri konštrukcii testu vychádzali z chápania laterality genotypickej - vrodenej a fenotypickej, vývojom ustálenej a upevnenej. Pri zostavovaní testov vychádzali z empirických poznatkov diagnostiky laterality, a preto do svojej zostavy testov zahrnuli skúšky, ktoré sú v literatúre pokladané za validné.

Súbor skúšok laterality obsahuje 10 subtestov na horné končatiny, dve skúšky koordinácie oka, 4 skúšky na dolné končatiny a jednu skúšku na zistenie dominance ucha. Celkové skóre umožňuje na základe jednoduchého vzorca určiť funkčnú dominanciu hornej končatiny, vyjadrenú kvocientom pravorukosti.

Štandardizácia testu bola urobená na 599 žiakoch od 2. po 9. triedu. Klinické skupiny tvorili deti od 7-13 rokov, a to 560 hospitalizovaných detí, 747 detí vyšetrených v psychiatrickej poradni a 110 chlapcov nad 15 rokov.

Psychometrické kritériá testu nie sú v manuáli uvedené. Validita testu je určená v zhodnosti testového výsledku s klinickým obrazom. Matějčeko-
vu a Žlábkovu skúšku laterality je možné aplikovať v klinickej i poraden-
skej praxi nielen u detí, ale aj u dospelých.

Hodnotíme ju ako jednu z dobrých metód z veľkého počtu skúšok latera-
lity, práve pre jej relatívne presné kvantitatívne kritériá.

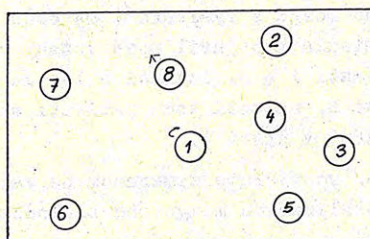
10/ Test kreslenia dráhy.

Test kreslenia dráhy, Trail Making Test /TMT/ v pôvodnom pomenovaní
The Pathways je známy v Partingtonovom spracovaní /1938/, ale manuál k tes-
tu bol vypracovaný až roku 1949. Využíval sa ako test na diagnostiku inte-
ligencie.

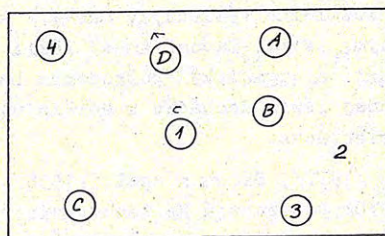
Obraz 10

Trail Making test

Časť A - vzor



Časť B - vzor



Armitage /1946/, Partington /1949/, Partington a Leiter /1949/ využili skúšku aj na diagnostiku pozornosti, rýchlosti a presnosti výkonu, na zisťovanie funkcie pamäti, ako aj funkcie myslenia. Leiter /1956/ ho začal označovať pojmom Trail Making Test a pokladal ho za performačnú skúšku inteligencie.

Test sa skladá z dvoch častí: A a B. V časti A sú uvedené čísla od 1 do 25 v krúžkoch nesystematicky rozložených na hárku papiera formátu A₄. Úlohou s.o. je spájať čísla v postupnom poradí v čo najkratšom čase. Časť B sa skladá z čísel od 1 do 13 a z písmen od A po L, opäť rozložených na hárku A₄. Úlohou s.o. je spájať striedavo čísla a písmená, napr. 1-A-2-B-3... atď. Obe časti sa riešia až po predbežnom zácvičku.

Reitan /1955/ aplikoval TMT v neuropsychologickej diagnostike mozgových tumorov, úrazov hlavy a iných lézií. Pri štatistickom porovnaní výsledkov študovaného súboru s kontrolnou skupinou zdravých osôb došiel k záveru, že medzi skupinami sú štatisticky významné rozdiely v časovom trvaní riešenia úlohy. Reitan /1958/ preveril zistené poznatky porovnaniami výsledkov 200 chorých s léziou mozgu s výsledkami 84 osôb kontrolnej skupiny. Potvrdil predchádzajúce zistenia a objavil nové vzťahy organickej lézie mozgu s riešeniami úloh v časti A a B. Jediní s léziou v ľavej hemisfére mali horšie výsledky v časti B, naproti tomu pacienti s léziami v pravej hemisfére mali väčšie problémy v časti A.

Reitan a Tarshes /1959/ vo výskume zameranom na validitu zistených výsledkov v súvislosti s lokalizáciou mozgového poškodenia opäť potvrdili predchádzajúce zistenia.

Reitan /1956/ vypracoval manuál k testu TMT, v ktorom uvádza popis administrácie a možnosti interpretácie výsledkov, zameraných na odlišenie: 1. organického psychosyndrómu od neorganického, 2. možnosti využitia pre účely lokalizácie mozgového poškodenia. Štandardizácia bola vypracovaná na 200 s.o. s rozličnou mozgovou léziou a 84 osobách v kontrolnej skupine. V interpretácii zdôvodňuje rozdielne výsledky v časti A a B pri lokalizovaných mozgových nálezoch tým, že pri ľavostrannej lézii sú výraznejšie rozdiely v časti B v porovnaní s organickým poškodením bez bližšie určenej lokalizácie. Pri pravostrannej lézii dochádza k horším výsledkom v časti A pre poruchy priestorovej orientácie.

Viacerí autori: Gordon /1972/, Brown a spol. /1958/, Spreen a Benton /1965/, Zimet a Fishman /1970/ potvrdzujú Reitanove zistenia v tom, že testom sa diferencuje iba súbor organického psychosyndrómu od neorganického, ale neposkytuje presvedčivé dôkazy v diferenciálnej diagnostike medzi súbormi s mozgovou léziou a duševne chorými. Zostáva aj nedoriešený problém - využitie testu pre stanovenie lokalizácie lézie. Závěry zistení nie sú dostatočne presvedčivé.

Psychometrické kritériá

Štandardizácia testu je založená na Leiterových /1949/ a Reitanových /1955/ výskumoch. Raliabilita testu dosiaľ nie je známa. Neuvádza sa ani v jednej z významnejších prác o tejto metóde. Bola urobená kongruetná validita pri porovnaní výsledkov so Stanford-Binetovou škálou. Výskum bol robený na 256 dospelých mužoch a výsledný korelačný koeficient bol 0,76. Nie je dostatočne rozpracovaná validita testu vzhľadom na platnosť záverov v diagnóze lokalizácie mozgového poškodenia.

Na základe vlastných skúseností sa domnievame, že test pre svoju ne-náročnosť, ľahkú administráciu a pomerne presne stanovenú interpretáciu je užitočným diagnostickým nástrojom v odlíšení organického psychosyndrómu od neorganického.

Medvecký a spol. /1980/ zistili diagnostickú užitočnosť testu pri objektivizovaní dominancie hemisféry u zdravých osôb. Test sa môže využívať ako samostatný v diagnostike organického psychosyndrómu, ale je aj významným doplnkovým testom v súbore batérie testov tzv. organicity.

11/ Test organickej integrity - OIT.

Tien /1960, 1965/ vytvoril test organickej integrity - Organic Integrity Test - OIT.

Už zo samotného názvu vyplýva, že ide o test na zisťovanie psychických zmien pri organickom poškodení mozgu. Skladá sa z 10 obrázkov s dvoma predlohami, na ktorých sú rozličné predmety nejasného tvaru a rozdielnych farieb. S.o. má vybrať obrázok patriaci jednému z dvoch tvarov na predlohe. Na obrázku je uvedená jedna z testových predlôh. Na tabuľke sú uvedené bodové kritériá správne riešených úloh.

Tabuľka 3

Test	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Hodnota	10	13	11	12	12	5	11	9	6	11

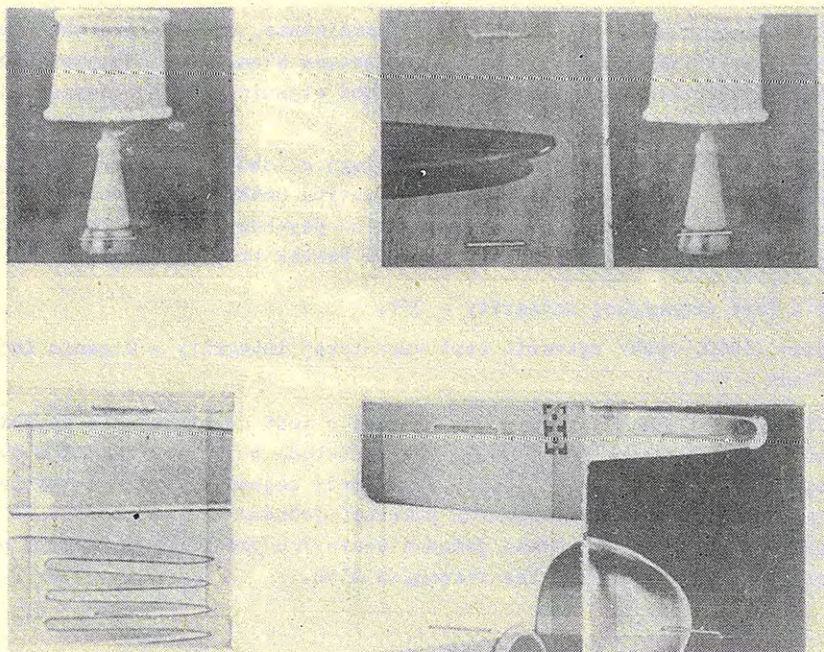
Hodnotenie výsledku testu sa robí podľa bodových kritérií uvedených v manuáli. V prípade správnych riešení sa dáva príslušný počet bodov a pri nesprávnom 0 bodov. Celkové skóre v normálnej skupine je v rozsahu od 80 - 100, v skupine neuróz od 70 - 100, pri organickom psychosyndróme od 0 - 60 a v skupine psychóz od 0 - 85 bodov.

Tienove zistenia potvrdili Engelsmann a Drdková /1964/, ktorí získali najnižšie hodnoty v skupine psychóz. Test je ukazovateľom poruchy percep-

cie a intelektu, ale nediferencuje rozdiely medzi poruchami intelektu podmienenými psychotickou deterioráciou, v porovnaní s deterioráciou pri mozgovom poškodení.

Obr. 11

Test organickej integrity /OIT/



Predlohy z OIT-testu /Tien 1966/. Správne riešenie:

V hornom obrázku pripojenie lampy pod lampu na dvoj-
obrazu.

Štandardizácia testu bola uskutočnená na vzorke 200 osôb rozdelených do štyroch skupín, a to kontrolná skupina, skupina nepsyhotická, skupina organického psychosyndrómu a skupina psychóz. Získali sa štatisticky významné rozdiely medzi súborom zdravých a organického psychosyndrómu. Neboli rozdiely medzi skupinou psychóz a skupinou s mozgovou léziou.

Tien /1965/ zastáva názor, že u oboch skupín došlo k poruche per-

cepcie. Pri organickom psychosyndróme dominuje porucha farebnej percepcie /chromofília/. Tien /1965/ vypracoval normy pre vekovú skupinu 5 - 18 rokov. Koeficient reliability zistený metódou test-retest bol v súbore organického psychosyndrómu 0,77. Validita testu bola hodnotená zrovnaním výsledkov s úrovňou inteligencie a ROR vyšetrením.

Tienova teória chromofílie je v priamom vzťahu s menovaním farieb v ROR. V zmysle Tienovej teórie chromofílie v OIT reprezentuje deficit v inteligencii prejavenej poklesom formy percepcie /morfofilizmus/. OIT test pre nenáročnú administráciu, krátke trvanie /3-4 min./ a ľahkú interpretáciu je možné využívať ako skríningový test.

V našej diagnostickej praxi využívame test OIT ako rýchlu orientačnú skúšku v stavoch deteriorácie intelektu. Využívame ju tiež ako doplnkovú metódu pri diferencovaní skupín zdravých a neuróz, neuróz a psychóz a u organického psychosyndrómu. Predpokladáme, že OIT test podobne ako všetky skúšky percepcie je možné využiť aj v topickej diagnóze organického poškodenia mozgu.

12/ Weidlichovej test cerebrálneho poškodenia

Sigrid Weidlichová využila Pilekovej /1932/ jednoduchý test na diagnostiku mozgového poškodenia, pozostávajúci z 9 úkonov, ako aj Hillkovu modifikáciu rozšírením na 15 úkonov a urobila štandardizáciu testu i vypracovala manuál. /Cit. podľa Weidlichovej, 1972./

Teoretickým východiskom konštrukcie testu bol Külpeho /1912/ princíp pomeru a symetrie. Napr. ak pri konštrukcii určitého tvaru využívame princíp proporcionality a ten podmieňuje správne riešenie aj za podmienok nepresnej vstiepievosti vnímanej predlohy.

Weidlichová /1972/ vychádza z hypotetického predpokladu, že princíp pomeru a podobnosti umožňuje lepšie vstiepenie vizuálnych predlôh, čo sa prejavuje v reprodukcii tvarov, najmä pri poznávaní tvarov, fixácii tvarov v pamäti a ich reprodukcie. Uvedené funkcie sa prejavujú pri vnímaní tvarov v hierarchickej náväznosti a vo vzájomnej dynamickej súvislosti. To znamená, že ak niektorá z týchto funkcií je poškodená, dochádza k chybnnej reprodukcii.

S.o. má za úlohu zostaviť podľa predlohy 9 tvarov z piatich 12 cm tyčiek. S.o. sa postupne predkladajú všetky geometrické tvary od 1 až po 9. Po exponovaní všetkých tvarov pristúpi k ich reprodukcii, pričom sa poradie neberie do úvahy. Testový materiál je uvedený na obrázku.

Test sa administruje tým spôsobom, že sa skúška opakuje tak dlho, pokiaľ sa nezískajú správne riešenia všetkých predlôh. Spravidla ak po 10-tom opakovaní s.o. nezvládne testovú úlohu, nie je potrebné v teste pokračovať. Skúška nie je časovo limitovaná. U organických lézií skúška trvá

od 10 - 90 minút, v priemere 50 minút. Zdraví jedinci s intaktnou pamäťou vyriešia testovú úlohu už pri prvom alebo pri druhom opakovaní.

Obraz 12

Weidlichovej test učenia

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								

Na obrázku sú uvedené testové úlohy. Podľa uvedených vzorov s.o. z tyčiek zostavuje uvedené tvary.
Weidlichová, 1972.

Hodnotenie testu je zamerané na identifikáciu chýb. Pri prvej analýze zhodnotí psychológ ako s.o. zvládla danú úlohu a v akom smere sa predpokladá porucha. Pri ďalšej detailnej analýze sa sústreďuje na kvantitatívne zhodnotenie chýb so zameraním na formu a chýbanie znakov. Abnormity sa klasifikujú podľa bodového hodnotenia uvedeného v manuáli. Pri 0 bodov ide o správne riešenie, čiže o najlepší výkon, a čím je vyšší počet bodov, tým je porucha výraznejšia. Pri kvalitatívnom hodnotení sa berie do úvahy opakovanie, viacnásobná reprodukcia tých istých podôb, perseverácia - viacnásobná variácia na jeden znak, otočenie o 90°, zdvojené obsadenie miesta a prídavné znaky.

Psychometrické kritériá testu

Štandardizácia testu bola uskutočnená na 830 osobách vo veku 5 - 86 rokov. V štandardizačnom výskume boli zahrnuté deti a zdraví dospelí, duševne chorí, jedinci s organickým poškodením mozgu a intelektov retardovaní jedinci s IQ pod 82. Reliabilitu testu zisťovali metódou test-retest na vzorke 40 osôb. Koeficient reliability bol 0,68. Validita testu bola urobená na skupine 60 osôb s mozgovým poškodením. Výsledky testu sú porovnané s neurologickým nálezom, výsledkami EEG, PEG /pneumoencefalografia/, Rtg a nálezom v likvore.

Pri porovnaní Weidlichovej testu s Benderovej a Bentonovým testom sa prejavili rozdiely na základe ktorých je možné usudzovať, že Weidlichovej test predstavuje pokus učenia sa abstraktných geometrických tvarov za pomoci manipulácie tyčkami. Weidlichová /1972/ sa prikláňa k názoru, že test je vhodný pre diferenciálno-diagnostické účely nielen pri zhodnotení mozgových lézií, ale aj pri poruchách intelektu.

Ridzoňová /1978/ aplikovala Weidlichovej test u osôb bezprostredne po stereotaktických operáciách a zistila, že vzhľadom k dĺžke trvania testu je jeho využitie minimálne. Časová náročnosť pri poruchách vstiepiivosti viedla k zlyhaniu a odmietnutiu spolupráce.

Na základe vlastných poznatkov s Weidlichovej testom sa prikláňame k názoru, že test je vhodný predovšetkým pre skúmanie vizuálneho učenia. Jeho diagnostická hodnota je pomerne malá.

13/ Diagnostika funkcie pamäti

Ohodnotenie funkcie pamäti, podobne ako úrovně intelektu, patrí medzi základné psychodiagnostické úlohy v klinickej praxi. Určenie ich úrovně pripieva k tvorbe objektívnej klinickej diagnózy. Z odchýliek vzájomného pomeru intelektu a pamäti usudzujeme na rozsah deteriorácie intelektu. Deteriorácia intelektu môže byť výsledkom chronickej duševnej choroby, alebo následkom poškodenia mozgu, preto diagnostika funkcie pamäti je indikovaná aj pri objektívnom posúdení stavu osobnosti, jej integrity, prípadne jej degradácie.

V klinickej psychodiagnostike sa využíva okolo 30 diagnostických testov zameraných na určenie celkovej kapacity pamäti ako aj jednotlivých fáz /receptia, retencia, reprodukcia/. Testy pamäti rozdeľujeme na: verbálne, grafické, vizuálne, kombinované a testy učenia. Pri objektívnom posúdení pamäti sa vyžaduje jej zhodnotenie z rozličných aspektov, vždy vo vzťahu k veku a úrovni intelektu. Pri diagnostike funkcie pamäti je dôležité postupovať podľa štandardných diagnostických metód, ktorými získavame informácie o celkovej pamäti, o vstiepiivosti, o schopnosti podržať v pamäti a reprodukcii. Z tohto hypotetického predpokladu vychádzal Wechsler /1945/ pri zostavení škály pamäti pre klinickú potrebu /A Standardized Memory Scale for Clinical Use/.

a/ Wechslerova škála pamäti

Wechslerova škála /1945/ je výsledkom 10-ročného experimentálneho výskumu. Škála sa skladá zo 7 subtestov zahrňujúcich: 1/ osobné a bežné informácie; 2/ osobnú, miestnu a časovú orientáciu; 3/ subtesty duševnej kontroly /počítanie od 20-1, abecedu, pripočítavanie 3 k výsledku/; 4/ dve úlohy slovo-logickej pamäti; 5/ reprodukciu čísel v postupnom a spätnom poradí; 6/ testy vizuálnej reprodukcie a 7/ subtest označený ako asociálne

učenie, obsahuje 10 párov asociácií ľahších a ťažších, ktoré sa s.o. má naučiť pri troch opakovaníach.

Test bol štandardizovaný na 200 osobách vo veku 25-50 rokov v proporcionálnom zastúpení mužov a žien, u ktorých boli známe hodnoty IQ podľa Wechsler-Bellevue testu.

Pri kvantitatívnom zhodnotení výkonu testu vychádzal Wechsler z Wellsových /1927/ požiadaviek, že pre klinické ciele je najvhodnejšie, ak sa určuje pamäť vo forme kvocientu. Wells /1927/ zaviedol pojem "memory quotient" /MQ/, ktorý Wechsler využil pri hodnotení pamäťovej škály.

Stone a spol. /1946/ zaviedli alternatívnu formu Wechslerovej škály, známu ako formu II. Obsahuje analogický počet a druh otázok. Táto sekundárna forma bola vytvorená na základe vyšetrenia 87 osôb, testovaných obidvoma verziami. O druhej verzii nie sú známe psychometrické kritériá /reliability, validita/. Autori druhej verzie pokladajú za potrebné experimentálne preveriť obidve formy z hľadiska ich praktického využitia.

Wechsler predpokladá, že škála pamäti je vhodná na odhalenie špeciálnych porúch pamäti, s akými sa stretávame pri organickom mozgovom poškodení. Cohen /1950/ aplikoval škálu pamäti s cieľom diferenciacie súboru psychoneuróz, schizofrénie a mozgového poškodenia. Zistil, že škála diferencuje iba skupinu s výraznejším mozgovým poškodením od neuróz a schizofrénie, čím potvrdil Wechslerove predpoklady o indikácii pamäťovej škály pri mozgovom poškodení. Buros /1975/ uvádza zoznam prác zaoberajúcich sa diagnostickým významom Wechslerovej skúšky pamäti v klinickej praxi a vo výskume.

Výskumy Wechslerovej škály pamäti za aplikácie faktorovej analýzy objasnili jej niektoré teoretické aspekty. Kear - Colwell, Heller /1978/ zistili, že Wechslerova skúška pamäti zahŕňa 3 faktory, a to faktor učenia, pozornosti a orientácie. I. faktor učenia je saturovaný subtestom 1/ logická pamäť, 2/ vizuálna reprodukcia, 3/ asociačné učenie. II. faktor pozornosti je saturovaný subtestom 1/ mentálnej kontroly a 2/ opakovaním čísiel. III. faktor orientácie je saturovaný subtestom 1/ informácie a 2/ orientácie.

K štandardizácii Wechslerovej škály prispela Hulicka /1966/, ktorá zaviedla priemerné skóre pre päť skupín zdravých osôb v piatich rozličných vekových kategóriách /17-29, 30-39, 60-69, 70-79, 80-89/. Hulicka /1966/ zistila, že mnohé subtesty korelujú štatisticky významne so subtestom slovník vo Wechslerovej škále inteligencie formy WAIS.

Prednosti Wechslerovej škály pamäti spočívajú v jej možnosti stanovenia miestneho kvocientu vzhľadom na vek a intelligenčný kvocient. Porovnaním intelligenčného a pamäťového kvocientu je možné usudzovať na špecifické poruchy pamäti pri mozgovom poškodení a deterioráciu intelektu. Posky-

tuje mnohé informácie potrebné k diagnostike a k psychologickému štúdiu pamäti. K prednostiam Wechslerovej skúšky patrí jej relatívne uspokojivá štandardizácia ako aj časovo nenáročné trvanie vyšetrenia /15 min./ a presný postup vyhodnocovania.

Bolo by užitočné štandardizovať obidve formy I. a II. na našu populáciu s určením ich diagnostickej platnosti. Na základe vlastných skúseností sme došli k poznatku, že pamäťový kvocient v porovnaní s intelligenčným kvocientom celkovej škály W-B je relatívne nižší. Domnievame sa, že je to spôsobené nadhodnocovaním v metóde W-B.

b/ Bentonov vizuálno-retenčný test

Arthur L. Benton v rokoch 1945-1950 vyvinul vizuálno-retenčný test predlohovej formy A, B, C, D, E a formy výberovej F a G, ktorý pre svoju citlivosť odhaľovania cerebrálnej patológie je právom zaraďovaný k takým testom ako je Bender-Gestalt test a Graham-Kendallovej test, t.j. k testom organicity.

Každá z uvedených sérií obsahuje 10 predlôh jednoduchých geometrických tvarov. Predlohy sú uvedené na kartách formátu A₅.

Usporiadanie pokusu je štandardné, ale každá forma má odlišnú inštrukciu. Pri forme A sa s.o. na predlohu môže pozerat' 10 sekúnd a potom ju spamäti nakreslí na papier. Každú z predlôh kreslí na zvláštny papier. Expozičná doba sa musí dodržať, aj keby s.o. chcela ešte pred jej uplynutím kresliť. S.o. môže gumovať alebo kresbu opakovať. Postup pri forme B je analogický ako pri inštrukcii A s tým rozdielom, že expozičná doba je 3 sekundy.

Séria C. S.o. dostane 10 listov toho istého rozmeru ako sú predlohy, a ceruzku. Úlohou s.o. je čo najvernejšie odkresliť predlohy. Pri kreslení nepoužíva gumu.

Forma D. Pokusnej osobe sa exponujú predložené karty 10 sekúnd. Po uplynutí 15 sekundovej prestávky p.o. dostane papier a ceruzku a spamäti má nakresliť predlohu. Vyhodnocovanie testu sa robí podľa vyhodnocovacieho systému uvedeného v manuáli. Kladie sa dôraz len na schopnosť vizuálnej pamäti a nie na kresliarsku schopnosť. Za každú kresbu sa môže prisúdiť 0 alebo 1 bod a tak v každej sérii môže získať 0-10 bodov. Pri vyhodnocovaní počtu chýb sa hodnotí: 1/ vynechanie; 2/ skomolenie; 3/ perseverácia; 4/ rotácia; 5/ nesprávne umiestnenie; 6/ chyby veľkosti tvaru.

Jednotlivé typy chýb v každej zo 6 kategórií sa označujú skratkami, takže podľa značky sa môže presne identifikovať chyba.

V uvedených 6 skupinách je okódovaných 62 jednotlivých chýb. Rozdeľením pravých, ľavých a centrálnych chýb sa ich počet aspoň dvojnásobne zvyší. Každá nesprávna reprodukcia môže obsahovať 1 - 4 chyby, preto teore-

tický rozsah chýb je 0-40. V praktickom použití je horná hranica pri 24 chybách. Na vyhodnocovanie slúži ako pomôcka vyhodnocovací hárok.

Obraz 13

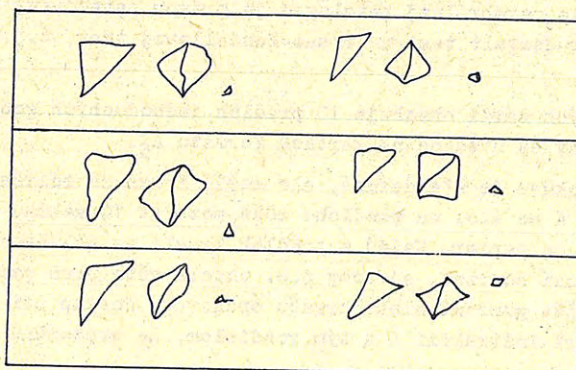
Bentonov vizuálno-retenčný test

Predloha 7 forma C



Správne

Nesprávne



Predlohy z formy C a ukázkové odchýlky.
Benton, 1968.

Výkon v Bentonovom teste je závislý od inteligencie a veku. Korelácia s inteligenciou zisťovanou W-B je 0,70. Pri štúdiu výkonu a závislosti od veku sa zistilo, že výkon od 8 - 15 roku stúpa, a potom sa udržiava do 40 rokov. Medzi 40 - 50 rokom dochádza k poklesu výkonu o 1 bod a o 2 body vo vekovej kategórii 55-64 rokov, v porovnaní s mladšími vekovými skupinami. Rozdiely medzi pohlavím sa neprejavili. Pre každú z uvedených inštrukcií boli vypracované normy pre dospelých a deti.

Keďže najčastejšie sa v praktickej diagnostike využívajú formy pre dospelých, uvádzame normy výkonu a chýb inštrukcie A /Benton, 1968/.

Hodnoty noriem výkonu pre dospelých /15-44 rokov/ pri inštrukcii A.
Počet správnych reprodukcií:

Tabuľka 4

Hodnota	Intelektová úroveň	Zodpovedajúca IQ hodnota
10	vysoko nadpriemerná	
9	nadpriemerná	nad 109
8	priemerná	95 - 109
7	nižšia, menej nadaní	80 - 94
6	hraničná hodnota	70 - 79
5	slabomyseľnosť	pod 70

Tabuľka predstavuje normy výkonu pre vekovú skupinu 15-44 rokov v porovnaní s bodovými hodnotami a inteligenčným kvocientom pri inštrukcii A /Benton, 1968/.

Keď má osoba 15 - 44 rokov, môže sa očakávaná hodnota priamo porovnať s dosiahnutou hodnotou a môže sa tak použiť ako interpretačná základňa. Keď je s.o. vo veku 45 - 54 rokov, tak pred porovnaním sa od hodnoty pre danú populáciu odpočíta 1 bod. Keď je vo veku 55 - 64 rokov, potom sa od očakávanej hodnoty odpočítajú 2 body. Pri s.o. vo veku 65 - 75 rokov je treba odpočítať asi 3 body z očakávanej hodnoty. Keď výsledok testu bude o 2 body nižší ako očakávaná hodnota, treba uvažovať o získanej poruche funkcie inteligencie. Keď je získaná hodnota o tri body pod očakávanou hodnotou, prítomnosť poruchy je pravdepodobná. Keď je hodnota nižšia o 4 alebo viac bodov, musíme tento výsledok chápať ako vážny ukazovateľ poruchy.

Hodnoty noriem pre počet chýb skupiny dospelých /15-39 rokov/ pri inštrukcii A.

Tabuľka 5

Počet chýb	Intelektová úroveň	Zodpovedajúca IQ hodnota
0	vysoko nadpriemerná	
1	nadpriemerná	nad 109
2	dobrý priemer	105 - 109

Počet chýb	Intelektová úroveň	Zodpovedajúca IQ hodnota
3	priemer	95 - 104
4	tesný priemer	90 - 94
5	menej nadaní	80 - 89
6	hraničná hodnota	70 - 79
7	slabomyselnosť	pod 70

V tabuľke sú uvedené normy populácie 15 - 39 rokov pre chyby vo vzťahu k inteligenčnej úrovni /Benton, 1968/.

Tabuľka 5 ukazuje normy pre dospelých pre počet chýb pri inštrukcii A. Aj táto hodnota sa interpretuje na základe očakávanej hodnoty, ktorá zodpovedá predpokladanej skutočnej alebo premorbidnej úrovni inteligencie.

Pri inštrukcii B skráteným expozičným časom boli získané normy na základe výskum 103 zdravých osôb vo veku 16 - 60 rokov. Výkon klesol o 1 bod pod zodpovedajúci výkon pri 10 sekundovej expozícii. Von Kerekjarto /1961/ zistil strednú hodnotu 8,5 pri forme A a 7,6 pri forme B. Normy pri forme C boli stanovené vyšetrením 100 zdravých osôb vo veku 16 - 60 rokov.

Na základe výkonu a počtu chýb vzhľadom na vek a inteligenciu, keď sú hodnoty pod očakávanou úrovňou príslušnej vekovej skupiny, je možné usudzovať nielen na znížený výkon vizuálnej retencie v dôsledku duševnej choroby /schizofrénia, depresia/, nízkeho vzdelania, ale predovšetkým mozgového poškodenia.

Diagnostický význam Bentonovho /1968/ testu spočíva v citlivom odlíšení pri diferenciálnej diagnóze funkčnej a organickej podmienenej mozgovej poruchy. Psychológ si musí uvedomiť, že nie každé mozgové poškodenie sa musí v teste prejaviť, aj keď často koreluje s hodnotiacimi kritériami Bentonovho testu, t.j. s indexom presnosti percepcie a reprodukcie. Výsledky výskumu, ktoré uvádza Benton, potvrdzujú, že zo 100 pacientov s poškodením mozgu malo 57 znížené hodnoty. Ich výkon bol o 3 a viac bodov pod očakávanou úrovňou. Kontrolná skupina 100 psychiatrických pacientov bez manifestnej psychózy mala len v 4% prípadov výkon o 3 a viac bodov pod očakávanou hodnotou. Wahler /1956/, Ferracuti /1955/, Von Kerekjarto /1961/ potvrdili hypotézu, že Bentonov test dobre diferencuje zdravých od osôb s mozgovým poškodením.

Diagnostický význam nie je len v možnosti stanovenia rozdielného indexu, t.j. výkonu a počtu chýb, ale aj v reprodukcii, ktorá má diferenciálno-diagnostickú hodnotu /Sharp, 1949/. Je to rotácia, perseverácia, veľkosť figúr, ďalej motorické zretele ako aj tremor, škicovitost, prekryvanie a pod.

Hoci Pascal a Suttelová /1951/ tieto charakteristiky presne prepracovali, ich skutočný význam nie je klinicky zhodnotený. Napr. pacienti s mozgovým poškodením v porovnaní s kontrolnou skupinou pri tom istom počte chýb sa líšili 3,5-krát častejšie vynechaním periférnych figúr, 3,5-krát častejšie sa vyskytla rotácia, 5,6-krát častejšie sa prejavila chyba vo veľkosti figúr.

Z toho vyplýva, že pri rovnakom počte chýb je rozdiel kvalitatívne významný v tých charakteristikách, ktoré sa pokladajú za symptómy organicity. Vynechávanie periférnych figúr, otáčanie /rotácia/, chyba veľkosti figúr sa rozdielne prejavuje pri jednotlivých typoch mozgového poškodenia.

Osoby s mozgovým poškodením kreslia figúry s dostatočnou presnosťou, ale zanedbávajú relatívnu veľkosť figúr. Napr. nepodstatné, drobné časti kreslia vo veľkosti figúr.

Zlyhanie v reprodukcii periférnych figúr sa dáva do súvislosti so znížením dynamického zorného poľa a objavuje sa u pacientov s léziou v parieto-occipitálnej oblasti. Zlyhanie sa nemusí prejavíť pri inštrukcii odkreslenia, ale dochádza k nemu až pri kreslení spamäti.

Výsledky Bentonovho testu a jeho citlivá diferenciácia funkčnej poruchy od organickej lézie, v plnej miere potvrdzujú výskumy u osôb simulujúcich mozgové poškodenie a u osôb s mozgovou léziou. Dve tretiny simulantov dosiahlo výkon 0 - 2 a len 27% osôb s organickou léziou malo podobné výkony. Výkon simulantov sa vyznačoval takými charakteristikami, s akými sa stretávame u jedincov s mozgovou léziou. Reprodukovali podstatne viac chýb ako osoby s organickým psychosyndrómom.

Osoby s mozgovou léziou majú výkon v norme 3 - 5 bodov, u simulácií je výkon 0 - 2 body. Pomer chýb pri simulácii je 3, 2, 1 a u organického psychosyndrómu 1, 2, 1. Spreen a Benton /1963, 1966/ zistili nižší výkon u simulantov ako u mentálne retardovaných.

Reliabilita a validita testu

Reliabilita Bentonovho testu bola skúmaná retestovou metódou. Koeficient reliability bol 0,85. Štúdie zamerané na zistenie reliability medzi dvoma posudzovateľmi udávali koeficienty reliability 0,66 - 0,98. Hodnota reliability závisí od toho, aké skúsenosti získali s hodnotením jednotliví pozorovatelia.

Validita. Wahler /1956/ uvádza výsledky testov validity zameraných na diagnózu mozgového poškodenia, ktoré poukazujú na výraznú citlivosť Bentonovej skúšky pri odhaľovaní organických zmien. Výsledky testu je možné pri určitej opatrnosti využívať pri usudzovaní o lokalizácii mozgového poškodenia. Pri pravostrannej lézii výkon je horší ako pri ľavostrannej. Pacienti s parieto-occipitálnou léziou majú väčší počet chýb ako pacienti s lé-

ziou lokalizovanou viac centrálne. Tieto poznatky sa opierajú o štatistické údaje, a preto z výkonu v Bentonovom teste sa nedá spoľahlivo usudzovať na lokalizáciu lézie.

Okrem predlohovej formy kreslenia a odkresľovania poznáme formu výberu /Multiple-choice/, ktorá sa skladá z formy F a G. Každá forma obsahuje 15 predlôh. Aplikujú sa u pacientov motoricky postihnutých. Korelácia medzi formou F a G je 0,80. Benton /1960, 1967/ vypracoval normy s 5 a 10 sekundovou expozíciou vzhľadom na vek a inteligenciu.

V početných Bentonových prácach zhrnutých v manuáli /1968/ ako aj prácach iných autorov, ktoré uvádza Buros /1975/ sa zovšeobecňuje význam Bentonovho testu, či už formy znakovkej /Zeichenform/ alebo výberovej /Wahlform/.

Na základe skúseností s kresliarskou formou /Stančák, 1974/ usudzujeme, že pri objektívnom posúdení schopnosti pamäti retencie a reprodukcie sa majú aplikovať všetky tri testy: Graham-Kendallovej, Benderovej a Bentonov test.

V našom súbore testov uvedené techniky tvoria hlavnú náplň testovej batérie z oblasti pamäťových skúšok. Prednosti metód z tejto skupiny spočívajú v ľahkej administrácii, ďalej v tom, že skúšaný ľahko pochopí úlohu, v krátkom trvaní /4-6 min./ a v presnom vyhodnocovanom systéme. Opiera sa o psychometrické kritériá reliability a validity, preto sa test môže využívať v diagnostike organického psychosyndrómu. Môže sa aplikovať vo výskume pri štúdiu funkcie pamäti, v diferenciálnej diagnostike pri rozlíšení funkčných a organických mozgových porúch.

c/ Benderovej geštaltový test

Benderová /1938, 1946/ pri tvorbe testovej skúšky "The Bender Gestalt Test" vychádzala z prác Wertheimera /1923/, ktorý ako jeden z tvorcov geštalt psychológie predpokladá, že človek vníma figúru a jej pozadie ako celok. Túto zhodnosť figúry a pozadia zisťoval pomocou jednoduchých znakov, ktoré mala skúšaná osoba odkresľovať. Ukázalo sa, že na základe disproporcie medzi figúrou a pozadím je možné usudzovať na poruchu vnímania.

Benderová /1938/ vybrala 9 jednoduchých Wertheimerových znakov, ktoré tvoria základné podnety tejto metódy. Po uverejnení monografie o klinickom teste začal sa využívať v klinickej diagnostickej praxi a prešiel do literatúry pod názvom Bender-Gestalt test /B-G/. Aplikoval sa v diagnostike inteligencie, psychických porúch, pri meraní efektu konvulzívnej terapie. Pre svoju jednoduchosť administrácie sa stal jedným z najpopulárnejších testov, najmä potom, keď Pascal a Suttellová /1951/ uverejnili výsledky výskumu so zameraním na psychometrické kritériá testu.

Autori vyvinuli skórovací systém, ktorý bol objektívne preverený štú-

diami reliability a validity testu. Koppitzová /1964/ upravila B-G test pre možnosti jeho využitia v detskej diagnostike. Jej systém vyhodnotenia využili Andert a spol. /1976/ a vypracovali normatívne dáta pre tri skupiny retardovaných dospelých, u ktorých inteligenčný kvocient bol určený podľa skúšky WAIS. Prvú skupinu tvorili dospelí s IQ od 70 - 84, druhú od 55 - 69 a tretiu osoby s IQ 40 - 54. Tieto zistenia významnou mierou prispeli k rozšíreniu diagnostickej interpretácie aj na túto populáciu.

Obraz 14

Bender-Gestalt test

V. Predloha

Patognomické odchýlky
10. Prepracovanie (m)

11. Druhý pokus (m)

VI. Predloha

Patognomické odchýlky
4. Krivka navyše (m)

2. Uhly v krivke (ž)

10. Prepracovanie (m)

Na obrázku sú uvedené predlohy V. a VI. a deviácie získané pri výskume /Stančák, 1974/.

Podstata B-G testu spočíva v tom, že s.o. sa predkladajú predlohy v poradí 1-9 a úlohou s.o. je odkresliť všetkých 9 znakov na papier formátu A₄. Aby s.o. vedela priestorovo zatriediť znaky, je pred začiatkom in-formovaná o počte predlôh. Čas skúšky nie je limitovaný. Po odkreslení jed-ného obrázku dostáva ďalší. Skúška trvá 5 - 10 minút. Ohodnotenie výkonu sa robí podľa skórovacieho systému vypracovaného osobitne pre každú predlo-hu. Každý stupeň skórovacieho systému v rozsahu 10 - 13 stupňov je ohodno-tený príslušným počtom bodov. Napr. pri kresbe 12 bodiek sa hodnotia odliš-nosti od pôvodnej formy pomocou 10 kritérií, a to: 1/ vlnovka (2 body); 2/ bodky, čiarky, krúžky (3b); 3/ čiary (2b); 4/ krúžky (3b); 5/ nesprávny počet bodiek (2b); 6/ dvojitý rad (8b); 7/ prepracovanie (2b); 8/ opakova-nie pokusov kreslenia (3b); 9/ rotácia (8b); 10/ neúplná kresba (8b).

Ostatné kresby sú hodnotené analogickým spôsobom podľa 13 kritérií. Rozmiestnenie kresby je hodnotené podľa umiestnenia, vzájomného prekryva-nia, nakopenia na jedno miesto, oddelenia kresieb čiarami, miešaného uspo-riadania, rozmiestnenia bez systému, podľa rozdielov veľkosti /Pascal, Suttellová, 1951/. Skórovací systém je založený na empirických zisteniach. Zdraví a duševne chorí jedinci sa líšili tým, že chorí mali častejšie zna-ky odlišné od podnetov.

Štandardizácia testu bola uskutočnená na základe vyšetrenia 474 pa-cientov oboch pohlaví. Nesignifikantné rozdiely medzi pohlaviami poukazujú na to, že výkon v B-G teste nie je závislý od pohlavia.

Pascal, Suttellová /1951/ ukázali, že výkon v B-G teste nie je závis-lý od veku, inteligencie a vzdelania. Pri zisťovaní závislosti výkonu od veku získali korelačný koeficient 0,02, pri závislosti na inteligencii ko-relačný koeficient bol 0,16 a závislosť na vzdelaní sa prejavila korelač-ným koeficientom 0,03. Do výskumu bolo zahrnutých 271 osôb vo veku 15 - 50 rokov s ukončeným základným vzdelaním. Uvedené zistenia sa nevzťahujú na vyššiu vekovú kategóriu a na osoby s defektným intelektom. Nezávislosť vý-konu od veku, inteligencie a vzdelania u zdravej populácie sa dá vysvetliť tým, že jednoduchý úkon, časovo neohraničený, nekladie väčšie nároky na psychické funkcie. Jeho diagnostická hodnota je vo výskyte patognomických fenoménov.

Reliabilita testu bola skúmaná na 120 protokoloch, a to 40 osôb s neu-rózou, 40 osôb s psychózou a skupina 40 kontrolných zdravých osôb. Proto-koly boli hodnotené obidvoma autormi. Koeficient reliability bol 0,90. Skórovateľ A mal celkové skóre 33 a B mal celkové skóre 29,3. Reliabilita skúmaná metódou test-retest bola vyššia v skupine nepacientov ako pacien-tov. Split-half metódou sa porovnávali výkony v predlohách 1,3,5,7 a v pred-lohách 2,4,6,8. Výskum bol vykonaný na 97 študentoch. Koeficient reliabi-lity bol 0,51. Pri opakovaných štúdiách test-retest u 23 zdravých osôb po 18 mesačnom odstupe bol koeficient reliability 0,63.

Z uvedeného vyplýva, že koeficienty reliability neboli vysoké a sú v mnohom závislé od povahy vykonaných výskumov. Rozdiely v celkovom skóre medzi jednotlivými posudzovateľmi poukazujú na to, že sa musíme presne pridržiavať hodnotiacich kritérií, ale významné sú aj skúsenosti získané pri posudzovaní deviantného znaku.

Validita

Validita testu bola skúmaná na základe 323 protokolov pacientov rozdelených do dvoch skupín, a to skupinu psychóz a skupinu neuróz. Klinickú diagnózu robili dvaja psychiatri.

V súbore vyšetrených bolo 137 osôb s neurózou, 89 psychických ochorení s vysokoškolským vzdelaním a 50 osôb s neurózou, 47 osôb s psychózou so stredoškolským vzdelaním. Boli urobené tri validizačné štúdie. V prvom výskume bolo porovnaných 23 pacientov s kontrolnou skupinou, rovnocennou z hľadiska veku, pohlavia a vzdelania.

Získal sa korelačný koeficient 0,83. V druhej štúdii bolo porovnaných 126 zdravých osôb so skupinou 71 pacientov, súbory boli opäť zrovnocenené z hľadiska veku, vzdelania a pohlavia. Biseriálny korelačný koeficient bol 0,77. V tretej štúdii sa porovnávali zrovnocenené súbory, a to 40 zdravých osôb, 40 s neurózou a 40 osôb trpiacich na psychózu. Výsledky hodnotili dvaja posudzovatelia A a B. Priemerné skóre výsledku testu a biseriálny korelačný koeficient u študovaných súborov je uvedený v tabuľke.

Tabuľka 6

Hodnoty skóre	Posudzovateľ	Posudzovateľ
	A	B
Priemerné celkové skóre	33,1	29,3
Hodnoty normál - psychóza	0,71	0,76
normál - neuróza	0,71	0,70
neuróza - psychóza	0,39	0,32

Na základe štúdia štandardizácie testu, reliability a validity bolo možné zaviesť prepočet hrubých skóre na "Z" skóre, ktoré určuje stupeň zmeny psychického stavu. Hodnoty 50 a menej reprezentujú normálnu populáciu, 50 - 72 sú hodnoty pochybné, 60 - 80 hraničné, 72 a viac sú prejavom patológie.

Diagnostické využitie testu spočíva v objektivizovaní rozsahu mozgového poškodenia, ktoré sa odráža v zjednodušení foriem a deštrukcii tva-

rov. Na tieto možnosti upozornila už Benderová /1938/ a potvrdilo sa to aj v ďalších výskumoch.

Billingslea /1948/ došiel k záveru, že B-G test je v korelácii nielen s patológiou mozgového poškodenia, ale aj s úrovňou stavu psychózy. Goldberg /1950/ zistil štatisticky významné rozdiely medzi osobami s organickým psychosyndrómom a neorganickým. Mordock /1969/ došiel k záveru, že pri diferencovaní syndrémov organických od neorganických sa musí brať do úvahy aspekt sociálnej a mentálnej retardácie, v ktorom by mala byť hlavným kritériom intelligenčná a mnestická úroveň. Mordock a spol. /1969/ poukazuje na využitie B-G testu aj v školskej psychológii, najmä u mládeže, kde sa prejavujú neúspechy v školskom prospechu. Uvedeným testom autori zistili rozličné organické zmeny, ktoré boli neurologicky potvrdené a úroveň školského prospechu bola v priamom vzťahu s testovými hodnotami. Watson /1968/ zistil signifikantné rozdiely v B-G teste medzi súborom schizofrénie a mozgového poškodenia. Organici mali nižšie percento správnych reakcií, vyšší výskyt chýb, komolenie tvarov a deštrukciu rozmiestnenia tvarov v zmysle pravostranného rozloženia.

V našom výskume /Stančák, 1974/ sme potvrdili, že B-G dobre diferencuje organický psychosyndróm od normy a formy deformácie v reprodukcii poukazujú na to, že osoba s organickým poškodením mozgu skreslene vníma, alebo vnímané nie je schopná previesť do primeranej formy v zmysle predlohy. Belmont a spol. /1966/ zistili, že pacienti s hemiplégiou sa od kontrolnej skupiny líšili predĺženým reakčným časom, ak sa aplikoval iba jeden senzorický podnet. Dosiahli dokonca lepšie výsledky v porovnaní s kontrolnou skupinou, ak sa pridal ďalší podnet z inej senzorickej oblasti, pretože druhý senzorický podnet nevnímali a pokračovali v činnosti len na prvý experimentálny podnet.

V súhlase s literárnymi údajmi hypoteticky predpokladáme, že pri organickej lézii mozgu nebude porušené vnímanie podnetu, pretože ide o fylogeneticky staršiu funkciu, ale je narušená integrácia senzorických funkcií ako mentálneho procesu, t.j. funkcie fylogeneticky mladšej. Tento predpoklad potvrdzuje skutočnosť, že u detí do 7 - 8 rokov sa stretávame s anomáliami reprodukcie, ako je napríklad rotácia, ktorá sa už po 8 roku spravidla neobjavuje, ale ktorú zisťujeme pri organickom poškodení mozgu a vo všeobecnosti sa hodnotí ako patologická úchylka.

V našom výskume sme zistili charakteristické odchýlky v Benderovej "geštaltovom" teste pri jednotlivých tabulkách, ktoré by bolo možné pokladať za kľúčové znaky, vyskytujúce sa pri organickom psychosyndróme. Objavili sa rozdiely v dominancii patognomických znakov charakteristických skôr pre mužov ako pre ženy. Napr. v predlohe 3 muži namiesto bodiek kreslili krúžky a u žien zasa bola zvýraznená asymetria. Celkové rozmiestnenie jednotlivých znakov sa u mužov prejavovalo umiestnením prvého znaku s ten-

denciou k stredu, u žien sa prejavovali disproporcionálne stlačené alebo rozťahnuté formy riešenia jednotlivých reprodukcií /Stančák, 1974/.

Benderovej test patrí k významným diagnostickým technikám, ktoré prostredníctvom výkonu objektivizujú percepčné funkcie. Vizuálnografická neschopnosť vyjadrená rozličnými asociáciami je v priamom vzťahu s kortikálnou léziou, najmä v temporoparietálnej oblasti.

Pri tejto lézii je malý výkon. Rotácia sa vyskytuje pri organickom defekte, pri poškodení pravej a ľavej hemisféry, avšak pri pravostrannej lézii je rotácia dvakrát častejšia ako pri ľavostrannej /Billingslea, 1948/.

Výhodou testu je ľahká a presná administrácia s presným vyhodnocovacím systémom. Po získaní potrebných skúseností psychológ v priebehu niekoľkých minút môže zhodnotiť protokol. Test nie je závislý na veku, pohlaví, vzdelaní a môže sa aplikovať formou retestu.

Skúška je použiteľná ako výkonový test alebo ako projektívna technika. Môžu sa aplikovať rozličné vyhodnocovacie postupy, napr. Heinov /1964/ skórovací systém využíva 15 kritérií, alebo 17-faktorový vyhodnocovací systém podľa Hutta /1970/. Pozri str. 259.

Prikláňame sa k názoru, že Pascal-Suttellovej /1951/ vyhodnocovací systém pre svoje teoretické východiská má najväčšie uplatnenie B-G testu ako výkonovej skúšky organického poškodenia mozgu. Pozri str. 132.

d/ Minesotský percepčno-diagnostický test /MPDT/

MPDT predstavuje modifikáciu Bender-Gestalt testu. Fuller a Laird /1963/ vypracovali verziu vhodnú pre klinické účely.

Test je založený na princípe tvarovej psychológie. Vychádza z nehomogenosti vzťahu figúry a pozadia. Ak máme dobre vidieť figúru, pozadie má byť nehomogénne vzhľadom k figúre, to znamená, že čierny podnet nemôžeme vidieť na čiernom podklade.

Figúra sa môže vnímať len za podmienok odlišného pozadia. Pri zhodnotení figúry a pozadia je vnímanie stabilnejšie. Bez ohľadu na pozadie sa každá figúra vyznačuje takými znakmi ako je jedinečnosť a celistvosť. Jej charakteristikou je kontinuum siahajúce od celistvosti a stability k nejasnosti a nestabilite vnímaných figúr /Wertheimer, 1923/.

MPDT pozostáva zo 6 obrázkov. S.O. odkresluje tvary v poradí ako sú jej predkladané. Každý tvar sa kreslí na zvláštnom očíslovanom papieri. Vyhodnotenie testu podľa Fullera /1969/ je jednoduché a ľahko zvládnuteľné. Celkové skóre sa upravuje podľa stupňa rotácie od 0 - 180°. Najvyššia hodnota je 25 bodov. Pri rotácii nad 25° je maximálny počet 150 bodov. Celkové skóre 20 a nižšie reprezentuje normálnu populáciu, 21 - 59 sa hodnotí ako narušené vnímanie pri zmenách osobnosti, 60 a viac predstavuje

poruchu vnímania a súvislosti s organickým poškodením mozgu. Fuller a Friedrich /1976/ na základe štúdia zdravej populácie, skupiny psychóz, psychických porúch a organického syndrómu zistili, že test diferencuje skupinu zdravých od duševne chorých a organického poškodenia mozgu. Medzi skupinou psychických porúch a psychózami neboli zistené rozdiely.

Vnímanie pri mozgovej lézii sa vyznačuje nízkym výkonom, čo vysvetľuje, že jedinec skreslene vníma aj svoje okolie. Existujú jedinci s léziou mozgu, ktorí síce vnímajú presne, ale nie sú schopní preniesť vnem do primeraného vzoru.

Psychometrické kritériá testu

Štandardizácia testu je založená na vyšetrení 1294 jedincov, z ktorých 540 bolo dospelých a 754 detí /Watson, Uecker, 1966/. Reliabilita testu zhodnocovaná metódou retestu bola vysoká. Koeficient reliability u zdravých dospelých bol 0,86 a u detí 0,89. Pri poruchách osobnosti koeficient reliability bol 0,85 a u psychóz 0,81, u organického psychosyndrómu 0,71.

Validita testu

Pri výskume validity vyššie uvedení autori potvrdili závislosť výkonu v MPDT od stupňa IQ. Zistili závislosť stupňa deteriorácie intelektu a rotácie. MPDT test sa využíva ako skríningový test. Na podklade získaných výsledkov sa aplikujú vhodnejšie psychodiagnostické testy na diagnostiku organického psychosyndrómu. Môžeme ho aplikovať u detí aj u dospelých. Spôsobivo diferencuje predovšetkým normál od patológie. Nejde o špecifický test na diagnostiku organicity, ale pretože citlivo odzrkadľuje mozgové lézie, právom patrí do skupiny testov zameraných na diagnózu organického psychosyndrómu.

V detskej klinickej psychológii sa MPDT môže s určitou opatrnosťou využívať v diferenciálnej diagnostike emocionálnych porúch na úrovni neurozy a psychózy.

Psychometrické kritériá zvyšujú jeho diagnostickú hodnotu, preto sme ho aj my v našej praxi zaradili do skupiny testov, ktoré využívame v neuropsychologickej diagnóze.

e/ Graham-Kendallovej test pamäti /G.K./

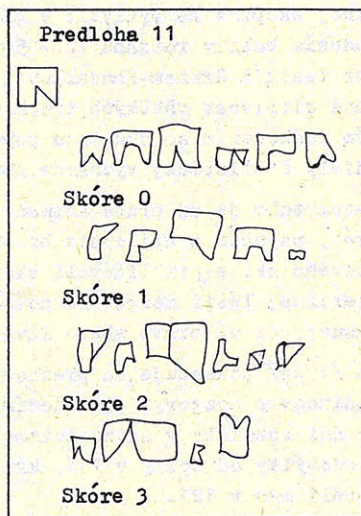
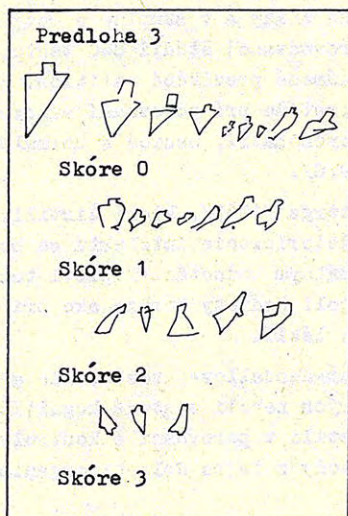
Graham-Kendallová /1946, 1960/ vytvorili percepčno-motorický test pamäti so zameraním na objektivizáciu mozgovej lézie. Autori vychádzajú z hypotetického predpokladu, že výkon v teste je závislý od krátkodobej pamäti. Test sa skladá z 15 jednoduchých tvarov.

Štandardizácia testu bola robená na základe hodnotenia 825 protokolov. Do súboru boli zahrnutí zdraví ako aj chorí s organickým psychosyndrómom, skupina psychóz a epilepsie vo vekovom rozpätí 8,5 - 60 rokov, zrovnocene-

ní z hľadiska veku, pohlavia, vzdelania a zamestnania. Výkon v teste sa hodnotí podľa štvorstupňovej bodovej škály 0 - 3. Celkový počet získaných bodov umožňuje začlenenie do tzv. výkonového pásma.

Obraz 15

Graham - Kendallovej test



Ukážky predlohy 2 a 11 a patognomické odlišnosti
/Graham-Kendallová, 1946/.

Hodnoty 0 - 4 reprezentujú tzv. normu, 5 - 11 bodov je označované ako hraničné pásmo, 12 - 28 bodov poukazuje na patológiu - organický psychosyndróm.

Administrácia testu spočíva v tom, že v postupnom poradí sa predkladajú s.o. obrázky po dobu 5 sekúnd. Po uplynutí expozičnej doby má s.o. spamäti nakresliť na určené miesto v záznamovom hárku exponovaný geometrický tvar.

Reliabilita testu

Dvaja hodnotitelia nezávisle na sebe zhodnotili 140 protokolov. Kore-

lačný koeficient medzi celkovými výsledkami bol 0,99 /Graham-Kendallová, 1946/. Pri hodnotení výsledkov metódou test-retest u 6 skupín po 10 dňovom intervale koeficient reliability bol od 0,72 do 0,90 /Graham-Kendallová, 1960/.

Validita testu

V mnohých prácach boli porovnávané výsledky medzi organikmi a kontrolnými súbormi. Rozdiely v neprospech organikov boli štatisticky významné. V kontrolnej skupine sa vyskytli v 4% odchýlne znaky a v skupine s mozgovým poškodením boli v rozsahu 42 - 50%. V porovnávačej štúdii B-G testu, Bentonovho testu a Graham-Kendallovej bola skúmaná predikčná validita. Bola dokázaná citlivosť všetkých troch metód, pretože pri porovnaní súborov s mozgovým poškodením so skupinou psychóz, psychopatií, neuróz a normálov boli rozdiely štatisticky významné /Buros, 1970/.

Dôkazom toho je aj práca Kormana a Blumberga /1963/, ktorí zistili, že u neuróz, psychóz a epilepsie bez známkov deteriorácie intelektu sa hodnoty celkového skóre približovali skôr k normálnym hodnotám. Naproti tomu pri bilaterálnej lézii mozgového poškodenia boli hodnoty horšie ako pri jednostrannej, či už pravo alebo ľavostrannej lézii.

Hain /1964/ poukazuje na prednosti Graham-Kendallovej testu, kde aj u tých jedincov s mozgovým poškodením, u ktorých neboli zistené kognitívne rozdiely, ani rozdiely v neuroticizme, sa zistili v porovnaní s kontrolnou skupinou odchýlky od normy v 15%, kým iné metódy z tejto oblasti organicitu odhaľovali len v 12%.

Stančák /1974/ pri porovnaní B-G a G-K testu zistil, že obidve skúšky diferencujú z hľadiska diagnostického súbor organického psychosyndrómu od súboru kontrolného.

Pri zhodnotení jednotlivých predlôh zistil, že prvá a druhá predloha je diagnosticky nevýznamná, a preto ich hodnotí len ako zácvikové. Pri vyhodnotení sa vo všeobecnosti kladie dôraz na posúdenie deformácie, zlú reprodukciu a rotáciu o 90° a 180°. Rotácia u zdravých osôb sa takmer nevyskytuje. 90° rotácia sa 9-krát častejšie vyskytuje u organického psychosyndrómu v porovnaní s neorganickým. Schizofrenici začínajú kresliť od vnútorných detailov a skupina neuróz zase venuje kresleniu veľkú pozornosť, niekoľko ráz prechádza po tej istej čiare.

Prednosti testu spočívajú v ľahkej administrácii a v pomerne ľahko zvládnuteľnom systéme vyhodnotenia. Sú k dispozícii hodnotiace atlasy, takže po určitom zácviku vyhodnotenie môže byť presne kvantifikované. Doterajšie štúdie ukázali, že test koreluje aj s Trail-Making testom, subtestom kocky z Wechslerovej skúšky ako aj B-G a Bentonovou skúškou percepcie. Zistené vysoké skóre sa hypoteticky vysvetľuje ako prejav mozgového poškodenia. V G-K teste sa však vysoké skóre nemusí objaviť u všetkých osôb

s organickým psychosyndrómom.

Diagnostická hodnota Graham-Kendallovej testu sa zvyrazňuje v kombinácii s inými testmi, ako na to upozorňuje Watson a Benton /1976/ vo svojich výskumoch zameraných na klinické využitie kombinácie tzv. testov organicity. V plnom rozsahu možno akceptovať hypotetický predpoklad, že čím sú vyššie hodnoty, tým je väčšia pravdepodobnosť mozgového poškodenia.

Trail-Making, Bender-Gestalt, Graham-Kendallovej, Bentonov test a MPDT test tvoria základ našej testovej batérie v neuropsychologickej diagnostike.

14/ Testy pozornosti, pracovného výkonu a psychomotorického tempa

Z uvedenej skupiny diagnostických testov sa v klinickej praxi najčastejšie využíva Bourdonova skúška, Rempleinova skúška a teping.

a/ Bourdonova skúška pozornosti /Bd/

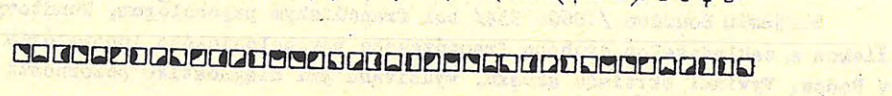
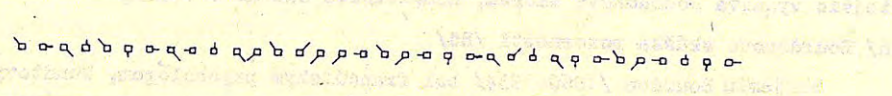
Benjamin Bourdon /1860-1934/ bol francúzskym psychológom, Wundtovým žiakom a zakladateľom druhého francúzskeho psychologického laboratória v Renes. Vyvinul škrtiacu skúšku, využívanú pri diagnostike pozornosti a pracovného výkonu.

Bourdon /cit. Zazzo, 1974/ prvý raz metódu popísal už roku 1895 a vzápätí na to Sharpová roku 1899 tento test uverejnila v USA pod titulom "cacellation test" /preškrtávací test/. McKeen Cattell a Farrand roku 1896 využívali test v diagnostike percepčnej schopnosti. Thorndike /1927/ ho využíval pri výskume dedičných vlastností. Binet /1903/ ho aplikoval na porovnanie inteligentných a neinteligentných detí. Bobertag /1928/ kladie dôraz pri aplikácii Bourdonovho testu na neintelektové funkcie ako je príprava na prácu, dobrá vôľa a pod. Whipple /1914/ vo svojom manuáli "Manual of mental and physical test" už uvádza tento test a v druhom vydaní tohto manuálu /1924/ je uvedených 60 prác. Zazzo roku 1941 zahájil novú sériu výskumu tohto testu v modifikácii škrtania jedného z dvoch znakov a súčasne zhodnotil test z hľadiska psychometrických kritérií.

V súčasnej dobe sú známe rozličné modifikácie, ako je to uvedené na obrázku. Je to štvorčeková, krúžková, číselná, písmenková a pražská modifikácia. Princíp Bourdonovho testu /ďalej Bd/ spočíva v diferenciacii navzájom si podobných tvarov a symbolov v priebehu presne stanoveného časového limitu. V literatúre sa veľa pozornosti venovalo otázke, čo sa metódou zisťuje. Raiskup /1968/ hodnotí Bd test ako skúšku koncentrovanej pozornosti. Podľa Hoskovca a spol. /1965/ sa meria psychomotorické tempo, rýchlosť vnímania, schopnosť koncentrácie, stálosť pozornosti a schopnosť podržať v pamäti určitú predlohu. Břicháček a spol. /1969/ pri rozboře výkonových skúšok faktorovou analýzou získali štyri faktory: faktor pohotovosti, faktor pohybovej výkonnosti, faktor tempa činnosti a faktor chybných úkonov. Poslednými dvoma faktormi je sytý Bd test. Senka a Daniel

nosti.

Bourdonova skúška pozornosti



27381095100341748539102163567323693172947

more sa najcastejsie vyuzivaju v klinickej psycho-
diagnostike.

nej výkonnosti v prirodzených a experimentálnych podmienkach.

o. má vyškrtat vodorovne štvorčeky zhodné s predlohou uvedenou v teste. Všetky ostatné. Test je usporiadaný tak, že v každom riadku riešenia v priebehu 45 sekúnd. Test sa skladá zo 40 riadkov, čiže v priebehu 30 minút sa získava pracovná krivka, ktorá umožňuje objektívne hodnotiť pracovný výkon za stanovený čas. Sú známe modifikácie s rozličnými časovými limitmi. Test môžeme použiť v poradenskej pracovnej a klinickej psychológii pri zhodnotení efektu medikamentózneho liečenia.

Interpretácia krivky sa uskutočňuje podľa presných kritérií, ktoré sú uvedené v príručke k Bourdonovej skúške /Kuruc a spol., 1972/.

Pre účely klinickej psychológie vypracoval Stančák /1961/ 23 kritérií, podľa ktorých sa postupuje pri zhodnotení pracovnej krivky.

Štandardizáciu, reliabilitu a validitu Bd skúšky s vypracovaním noriem pre našu populáciu urobil Kuruc a spol. /1972/.

Reliabilita

Spôľahlivosť testu bola skúšaná metódou dvoch polovic /split-half/. Koeficient reliability pre kvantitatívny výkon bol 0,98 a pre chyby 0,78.

Validita

Pri skúšaní validity sa porovnávali výsledky v Bd skúške s inými testmi, a to so skúškou osobnosti 16-PF a s 20 skúškami prevažne z okruhu skúšok pozornosti. Pri zhodnocovaní validity pomocou faktorovej analýzy sa získali 4 skupinové faktory.

Prognostická validita ukázala na úzky vzťah výkonu s istými činnosťami, napr. technickým kreslením, priemerom známok a pod. Uvedené zistenia poukazujú na možnosť prognostického využitia výsledkov výkonu v Bd skúške. Normy boli získané na reprezentatívnej populačnej vzorke v celkovom počte 1200 osôb, pozostávajúcich z piatich výberov. Normy pre každú vekovú skupinu, a to pre výkon a chyby sú uvedené pre jednotlivé vekové stupne 17 až 36 rokov. V tabuľkách noriem sú uvedené percentuálne 5-stupňové klasifikačné stupnice, ako aj percentilové skóre.

V našej klinickej rutinej a experimentálnej praxi sa pridrižujeme vlastných noriem vypracovaných na základe výkonu 45 sekúnd v riadku, s celkovým trvaním skúšky 30 minút. Na tabuľke uvádzame výkony a chyby, odstupňované v piatich skupinách /Stančák, 1964, 1968/.

Tabuľka 7

	I.	II.	III.	IV.	V.
výkon	59	58-52	51-40	39-33	32-0
chyby	0,2	0,3-1	1,1-3,3	3,4-5,9	6-

Tabuľka predstavuje rozpätie výkonu pre jednotlivé klasifikačné stupne vo vzťahu k výskytu chýb.

Získali sme cenné skúsenosti aj s Reiskupovou modifikáciou, ktorej výkon je rozdelený do 6 kategórií, čo umožňuje presnejšiu diferenciaciu

výkonov a chýb. Raiskupova modifikácia sa opiera o 60 sekundový výkon v riadku a celkový test trvá 40 minút. Na tabuľke uvádzame výkony a chyby podľa Raiskupovej modifikácie. Rozpätie výkonu a chýb má 6 stupňov.

Tabuľka 8

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
výkon	99-90	89-90	79-70	69-60	59-50	49-38
chyby	0,1-0,7	0,8-1,6	1,7-3,3	3,4-4,7	4,8-6	6,1-8

Doterajšie klinické pozorovania poukazujú na možnosť využitia tejto metódy predovšetkým v psychofarmakologickom výskume v klinických a experimentálnych podmienkach. Celkový výkon, percento chýb ako aj profil pracovnej krivky možno využiť aj pri hodnotení klinického stavu.

Jednoduchosť skúšky umožňuje aplikáciu aj u osôb s nižším vzdelaním a nižšou intelektovou úrovňou, ale aj u osôb s určitým stupňom deteriorácie intelektu ako aj u psychoorganických syndrómov.

Tým, že sú známe kritériá reliability a validity pre našu populáciu, stala sa táto metóda jednou zo základných skúšok pozornosti a psychomotorického tempa, preto sa s úspechom využíva v psychofarmakologickom výskume. Pri úvahách reorientácie profesie v dôsledku prekonanej duševnej choroby a chronického alkoholizmu sa opierame aj o výsledky v Bd skúške.

b/ Rempleinova metóda dlhodobého počítania

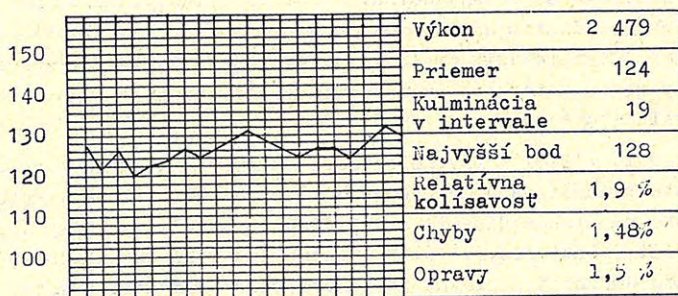
Kraepelin /1902/ zaviedol metódu dlhodobého počítania na meranie únavy. Od tých čias sa skúška používa v rozličných obmenách.

Pri dlhodobom počítaní sa spočítavajú čísla, vždy dve susedné a výsledok sa zapisuje medzi ne. Pri dvojmiestnom súčte sa napíše len posledné číslo a prvé sa vynecháva, napr. 2 ¹ 9. Pôvodná skúška obsahovala čísla vytlačené na hárku s 80 riadkami a v každom riadku bolo 51 jednomiestnych čísel. Vyplnenie predpokladalo 4000 sčítaní.

Najznámejšia modifikácia je Rempleinova /1940/, ktorá sa vyznačuje tým, že čísla sú uvedené v zošitovej podobe formátu A₄. V priebehu hodinového spočítania sa získava pracovná krivka, skladajúca sa z trojminútových intervalov. Po uplynutí troch minút skúšaná osoba urobí znak v mieste spočítania.

Graf 5

Rempleinova skúška výkonu a pozornosti



Na grafe je uvedená krivka výkonu pod vplyvom Largactilu súboru neuróz /Stančák, 1958/

Pardel a spol. /1978/ dlhodobú skúšku štandardizovali na naše podmienky. Autori dlhodobej skúšky počítania pokladajú za naučenú, zautomatizovanú, intelektovo-senzomotorickú činnosť. Keďže ide o elementárnu činnosť, charakteristikú pre každého človeka bez rozdielu pohlavia, možno ju využiť v školskom veku i v dospelosti. V skúške sa uplatňujú individuálne osobitosti vyšetřovaného. Hodnotí sa celkový výkon a priebeh. Získaná pracovná krivka predstavuje spontánne tempo výkonu, prejavenie sa zautomatizovanej činnosti a zároveň sa skúška javí ako psychická záťaž. Kraepelin /1902/ rozoznáva tri typy pracovnej krivky:

- a/ na začiatku dobrý výkon, ktorý sa po kulminácii začne znižovať;
- b/ dobrý výkon sa dostavuje po určitom kolísaní;
- c/ dobrý výkon sa objavuje až na konci práce.

Kraepelin /1902/ vysvetľoval charakter krivky cvikom, únavou, návykom, úsilím, zotavením, prerušením, nasadením vysokého tempa a pod. Ide o hypotetické vysvetlenie, ktoré dosiaľ nebolo overené. Výkon v teste dlhodobého počítania je v priamom vzťahu s inteligenciou a pozornosťou, preto je Rempleinova skúška vhodná na meranie pracovnej výkonnosti /veľkosť výkonu, stabilita a nedostatok výkonu, kvalita pracovného výkonu/ a na posúdenie osobnostných činiteľov podmieňujúcich výkon, predovšetkým vôľových a charakterových črt osobnosti.

145

V súčasnej dobe okrem Rempleinovej modifikácie je známa interpretácia Arnolda /1970/. V podstate medzi Rempleinom a Arnoldom nie sú rozdiely. O-
bidvaja autori vychádzali z Pauliho /1921/ interpretovania sčítacej skúšky.
Pri analýze krivky sa berie do úvahy: 1/ výkon; 2/ chyby; 3/ opravy; 4/ ko-
lísanie; 5/ počiatočné nasadenie; 6/ poloha vrcholu.

Získané parametre sa dávajú do súvislosti s celkovým výkonom a priebe-
hom krivky, s prihliadnutím na osobnostné charakteristiky. Arnold /1970/
v psychologickú interpretáciu pracovnej krivky je uvažlivejší ako Remplein
a usiloval sa pomocou interkorelácií medzi vyššie uvedenými znakmi krivky
usudzovať na validitu testu.

Pardel a spol. /1978/ v psychologickú charakteristiku pracovnej kriv-
ky sa v podstate pridržiavajú Rempleina a Arnolda. Na základe vlastného vý-
skumu zameraného na štandardizáciu a validitu porovnali výsledky 183 chlap-
cov a 116 dievčat s Cattellovým 16-PF dotazníkom. Výsledky zhodnotené fak-
torovou analýzou umožnili izolovať 14 faktorov, a to faktor výkonu, 6 fak-
torov kolísania, určených podľa predlohy, 2 faktory počiatočného nasadenia,
2 sekundárne faktory - úzkosti a extravenzie - a faktor všeobecnej inteli-
gencie.

Vlastná štandardizácia dlhodovej skúšky počítania bola robená pri vý-
skume 486 chlapcov a 351 dievčat, čo umožnilo vytvoriť normy pre vek 11 -
20 rokov s prihliadnutím na pohlavie. Praktické vyhodnotenie kriviek výko-
nu, chýb a opráv sa robí podľa šablón. Celkové skóre výkonu sa podľa tabu-
liek prevádza na steny.

Reliabilita sa opiera o skupinu 29 osôb /13 chlapcov a 16 dievčat/,
podľa retestovej metódy po trojmesačnom odstupe. Korelačné koeficienty vy-
počítané v skupinách 18-ročných chlapcov a dievčat /Ch-60, D-81/ poukazujú
na vysoký koeficient reliability od 0,70 do 0,97.

Z uvedeného prehľadu vyplýva, že test dlhodobého počítania spĺňa kri-
tériá psychometrie, a to kritériá reliability a validity testu. Test je
v uvedenej podobe použiteľný u detí a mládeže ako aj u dospelých. Môže sa
aplikovať v pracovnej, poradenskej a klinickej psychológii. Je použiteľný
aj v experimentálnych výskumoch pri štúdiu pozornosti a psychomotorického
tempa. Stančák /1957/ aplikoval Rempleinovú skúšku dlhodobého počítania
pri experimentálnom výskume terapeutického efektu chlórpromazínu. Metóda
sa ukázala ako citlivý indikátor účinku fenothiazínových derivátov na psy-
chickú aktivitu.

V rutinnej klinickej praxi metódu využívame pri posúdení charakteru
pracovného výkonu u osôb predisponovaných k úrazom, u nehodových vodičov
a u vodičov, ktorí prekonali úraz hlavy, duševnú chorobu a pod. Cenné vý-
sledky sme získali skúškou dlhodobého počítania u motocyklových športovcov,
najmä tej skupiny, ktorá spravidla preteky nedokončí pre pády. Prednosti

metódy dlhodobého počítania spočívajú v tom, že sa svojou povahou približuje prirodzeným životným podmienkam, ako aj skutočnosti, že nasadenie pracovného tempa si určuje skúšaná osoba sama.

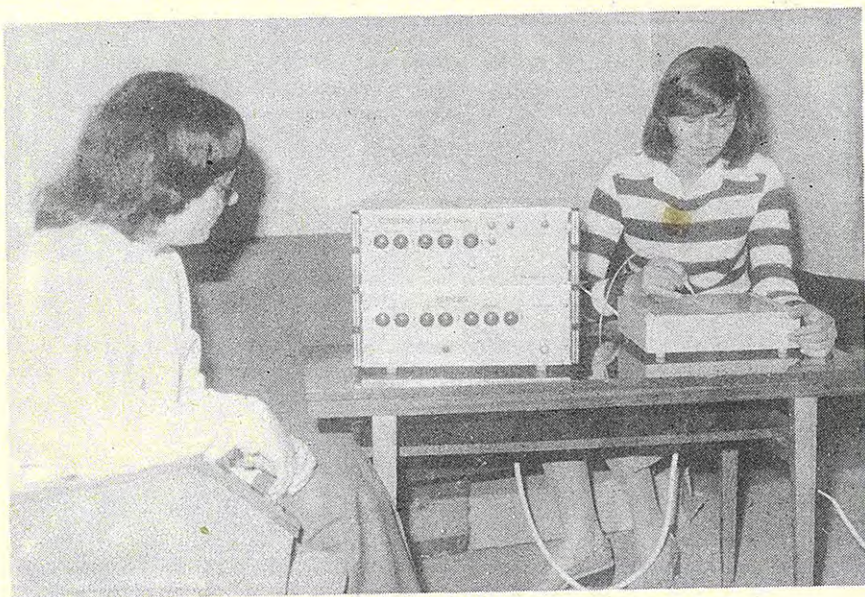
Pri interpretácii pracovných kriviek sme sa v našej praxi pridržiavali kvantitatívnych ukazovateľov /výkon, opravy, chyby/, lebo osobnostná interpretácia v Rempleinovi je problematická.

c/ Teping

Do skupiny diferenciálno-diagnostických performačných testov zaraďujeme aj tepingovú skúšku, ktorá nám umožňuje analogickým spôsobom ako metódy ceruzka-papier hodnotiť psychomotorický výkon a jeho odlišnosti. Vznik metódy sa datuje do konca minulého storočia. Bola pôvodne vyvinutá pre potreby experimentálnej psychológie. Postupne však prechádzala z experimen-

Obr. 17

Tepingová skúška



Na obrázku je administrácia tepingovej skúšky pomocou aparatúry registrujúcej výkon, chyby v ľubovoľne stanovených časových intervaloch. Prístroj vyrobil n.p. Psychodiagnostické a didaktické testy.

tálneho vymedzenia ako diagnostická metódy do aplikovanej psychológie, teda aj klinickej. Podstata tepingu spočíva v tom, že s.o. ostrým kovovým perom klepe na kovovú dosku, za určitú časovú, ľubovoľne voliteľnú jednotku. Registruje sa počet úderov, chybných výkonov pomocou číselného ukazovateľa, prípadne aj graficky. Prístroj vyrobený n.p. Psychodiagnostika umožňuje rozličné modifikácie klepania, napr. v smere hodinových ručičiek a pod.

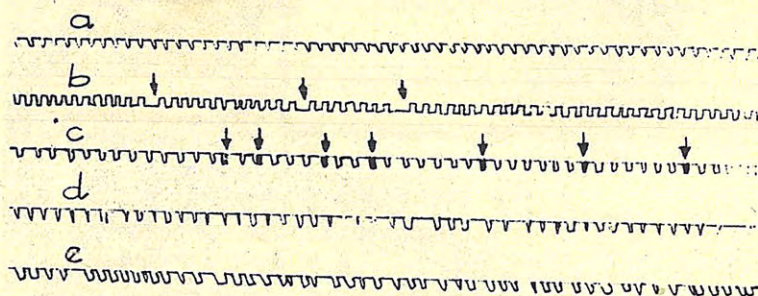
Diagnosticke využitie tepingu v klinickej psychológii je mnohostranné, zvlášť pri diagnostike výkonu, únavy, efektu liekov a pracovného výkonu. S úspechom sa využíva aj pri objektivizovaní individuálneho psychomotorického tempa a jeho zmien pri organickom poškodení mozgu a pri jednotlivých formách duševných ochorení.

Teoretickým zdôvodnením aplikácie tepingu v psychologickéj praxi boli poznatky získané faktorovou analýzou ako aj znalosti o psychomotorických schopnostiach v závislosti od funkčnej zdatnosti percepcie a motoriky.

Teoretické východiská vytvorili predpoklady využitia metódy v klinickej psychológii a zvlášť v neuropsychológii. Z početných modifikácií uvádzame výskumy Čulena /1965, 1966, 1968/.

Graf 6

Charakteristika deviácií



a/ normálny výkon, b/ blokády, c/ dvojitý úder,
d/ variabilita 2, e/ variabilita 3.

Čulen, Studia psychologica 1966, str. 72.

Čulen /1966/ vypracoval normy pre detskú populáciu a dospelých v časovom limite troch minút. Celkový výkon za konštantnú časovú jednotku /3 min./ je ukazovateľom psychomotorického tempa a jeho stability. Na základe plynulosti klepania, prípadne ich odlišnosti vo forme deviácie blokad a variability sa usudzuje na rozličné abnormity, najčastejšie organickej etiológie. Charakteristika deviácií je uvedená na grafe.

Čulen pod pojmom blokáda chápe prerušenie plynulosti klepania, vyjadrené nepravidelným pracovným rytmom. Výskyt blokad je fyziologickým javom, preto je možné určiť ich normatívne dáta. Odlišnosti od populačnej normy majú diagnostickú hodnotu. Deviáciou variability sa určuje nepravidelnosť v dĺžke pauzy a v nepravidelnosti klepania. Rozlišuje variabilitu 2, vyznačujúcu sa striedaním dvoch rovnakých intervalov. Variabilita 3 predstavuje odlišnosti vo výkone v tom, že sa striedajú 3 alebo viac rovnakých intervalov, ako je to uvedené na grafe.

Psychomotorické tempo sa vyznačuje relatívnou stabilitou každého jedinca, čo potvrdil vo svojej experimentálnej práci, v ktorej zistil, že pri experimentálne nasadenom vyššom tempe postupne dochádzalo k poklesu v rýchlosti klepania. Keď s.o. mala za úlohu pracovať pomalšie, v priebehu výkonu došlo k spontánnemu zrýchleniu na úroveň osobnej rýchlosti. Tepingovú skúšku je možné využiť aj v diagnostike dominancie hemisféry porovnaním výkonu ľavej a pravej ruky. Konštantná hodnota indexu je 84 so sigmoidou 7% pre každú vekovú skupinu /Čulen, 1966/.

Medvecký a spol. /1980/ využívali tepingovú skúšku pri štúdiu dominancie hemisféry vo vzájomnej závislosti od stupňa papily n. optici. Papila nervu optici bola označovaná stupnicou /od 0 - 4/ podľa Vinára /1949/ a Medveckého /1956/. Výskumu sa podrobili zdraví jedinci. Výkon v tepingovej skúške v trojminútovom intervale /950-1260/ nebol vo vzťahu so stupňom kvality papily n. optici.

Psychometrické kritériá tepingovej skúšky.

Reliabilita skúšky urobená metódou test-retest po dva a pol mesačnom odstupe vykazovala korelačné hodnoty 0,7 /Čulen, 1965/. Diagnostická validita bola zameraná na porovnanie zhodnosti diagnózy typu organického poškodenia mozgu s výkonom v tepingovej skúške. 96% diagnostická zhodnosť poukazuje na možnosti využitia tejto metódy pre diagnostické a prognostické ciele. Prednosťou tepingovej metódy je jej možnosť aplikácie v dospeljej a detskej populácii pre účely diferenciálno-diagnostické a výskumné.

Hodnoty reliability a validity zdôvodňujú začlenenie tepingovej skúšky do súboru diagnostických testov zvlášť v neuropsychológii. Okrem klinickej psychológie má svoje uplatnenie aj v poradenskej praxi pri diagnostike motorickej zrelosti a v psychológii práce.

PSYCHODIAGNOSTIKA OSOBNOSTI

Klinický psychológ v psychiatrických zariadeniach so zameraním diferenciálnodiagnostickým sa sústreďuje na opis, triedenie a začlenenie psychopatologických symptómov do príslušných syndromologických alebo nosologických kategórií, ako aj na vysvetlenie etiopatogenézy zistených symptómov v zmysle určitej teórie osobnosti.

Za účelom dosiahnutia uvedeného cieľa psychológ sa pridržuje nasledovných pracovných postupov:

1. V diferenciálnej psychológii vychádza z osobnosti ako celku, a to aj v tom prípade, keď je diagnosticky zameraný len na čiastkové procesy, intelekt, pamäť alebo vlastnosti osobnosti.

2. Dosiahnutie diferenciálno-diagnostického cieľa je možné iba za predpokladu aplikácie vhodne indikovaných psychodiagnostických metód, praktickej znalosti ich administrácie, skórovania a teoretickej konštrukcie.

3. Medzi indikované osobnostné testové metódy /okrem klinických/ patria projektívne a dotazníkové metódy. Uvedené skupiny metód sa označujú aj ako testy osobnosti.

Podstata ich diagnostického využitia spočíva v syntetickom začlenení testových výsledkov do teórie osobnosti, pretože iba prenesenie konkrétnych poznatkov na úroveň teoretickú nám poskytuje priestor pre vysvetlenie hypoteticky predpokladaného vzniku patologického symptómu.

Zdôrazňujeme, že klinický psychológ v psychodiagnostike využíva konkrétnu teóriu osobnosti ako model na vysvetlenie psychopatologických fenoménov. Diagnostická presnosť, hodnovernosť a spoľahlivosť sa prejavuje vo vyabstrahovaní symptómov, ich zovšeobecnení vo vedecky adekvátnej a prakticky užitočnej diagnóze a ich vysvetlením na teoretickej úrovni.

Napr. znížený výkon pri skúškach inteligencie /v pásme defektu/ nás ešte neoprávňuje určiť diagnózu retardácie alebo demencie. Pre určenie diagnózy musíme brať do úvahy vývin osobnosti a súčasný stav osobnosti, ako je napr. sociálna adaptabilita, motorická aktivita, všeobecná zručnosť a iné všeobecné schopnosti. Prekonané choroby a úrazy sa tiež mohli podieľať na zníženom intelektovom výkone tým, že spomalili vývin osobnosti /retardáciu/, prípadne ho poškodili na určitom stupni vývinu, čím došlo k demencii. Bez týchto informácií by sme nemohli vysvetliť príčinu zníženého výkonu v intelektových skúškach.

Využitím všetkých informácií o celej osobnosti získavame obraz o somato-psychickom profile daného jedinca, ako aj o všetkých okolnostiach, ktoré podmienili zaostávanie vo výkone a tak na podklade týchto údajov i kvantitatívnych ukazovateľov môžeme pristúpiť k vysvetleniu zistených zmien a tým aj k ich diagnostickému zatriedeniu.

Z toho, čo sme povedali, vyplýva určitá hierarchia v pracovnom postupe v diagnostickom procese. V prvom rade musíme vychádzať z konkrétnej teórie osobnosti ako pracovného modelu, a potom pristupujeme k aplikácii smerom od klinických k testovým metódam a napokon k interpretácii výsledkov na základe vopred postaveného teoretického modelu.

Bez východiskovej teórie by diagnostická prax nemala pevné základy. Takáto psychodiagnostika by síce konštatovala, ale neposkytla by vedecké vysvetlenie vzniku a prejavu psychopatologických symptómov.

Bolo by to len čiastočné poznanie a taký systém práce by nutne viedol k laboratórnemu praktikizmu, mechanickému testovaniu. S analogickou situáciou sa stretávame pri vyšetreniach v hematologických a biochemických laboratóriách, v ktorých sa zisťujú napr. zmeny krvného obrazu, ale laboratórny pracovník z toho vyšetrenia nemôže usudzovať na príčiny tejto zmeny, napr. nevie, či je to podmienené zápalovým ochorením niektorého orgánu, alebo iným ochorením. Príčiny týchto zmien vysvetľuje spravidla iný odborník, napr. internista, ktorý na základe všetkých informácií o zdravotnom stave pacienta tieto zovšeobecňuje do diagnostickej kategórie.

Keďže výsledky testov pre svoju rozmanitosť takéto postupy vylučujú, klinický psychológ musí psychodiagnosticky zhodnotiť výsledky testov vzhľadom na konkrétnu osobnosť. To znamená, že javy nielen opisuje, ale ich aj vysvetľuje.

V prvých rokoch svojej diagnostickej praxe by si mal každý psychológ osvojiť marxistickú teóriu osobnosti a podľa tejto vedeckej koncepcie získať dostatočné skúsenosti so zaraďovaním empirických údajov do logického plánu vnútornej organizácie osobnosti. V súčasnej dobe ani jedna z mnohých teórií osobnosti nie je úplne vyhovujúca pri vysvetľovaní psychopatologických odlišností, preto si vypomáhame rozličnými teóriami, čo vedie často k eklekticismu a k nedostatočnej pojmovej presnosti.

Osobnosť

Allport /1949/ uvádza 50 najrozličnejších definícií osobnosti, čo svedčí o tom, že náhľady na štruktúru osobnosti sú rozmanité. Ich nejednoznačnosť je zvýraznená aj veľkým počtom neujasnených pojmov. V našej učebnicovej literatúre Kolářiková /1962/, Syřišťová /1970/, Homola /1972/, Říčan /1975/, Smékal /1974/, Kondáš /1977/ sa osvetľujú najzákladnejšie poj-



my a ich význam v psychológii osobnosti, preto sa k týmto problémom nebudeme vracat', ale sústredíme sa na ilustráciu využitia teoretických modelov osobnosti v praktickej psychodiagnostike.

Vychádzame z hypotetického predpokladu, že osobnosť je otvorený systém. Psychické funkcie a vlastnosti ako jeho subsystémy sú na rôznom stupni organizovanosti. Jednotlivé teórie osobnosti vysvetľujú vnútornú diferenciáciu tohto celku a poskytujú princípy pre pochopenie závislosti jednotlivých systémov navzájom a interakcie celej osobnosti so sociálnym prostredím.

V psychodiagnostickom procese vyšetrujeme osobnosť vždy ako celok. Ak sa zameriavame na jednotlivosti celku, tak vždy iba v súvislosti s celkom. Z týchto dôvodov je potrebné objasniť v stručnosti teoretické náhľady na osobnosti v súčasnej psychológii.

Keď sa ukázali atomistické náhľady na osobnosť v psychológii neudržateľné, objavili sa holistické teórie, ktoré osobnosť chápu ako celok, avšak celok všeobecne daný.

Z najznámejších holistických teórií je Freudova /1922/ psychoanalýza, gestalt teória a najmä Lewinova /1935/ teória poľa. Aj keď holistické teórie zaznamenali v psychológii veľký pokrok, z hľadiska marxistickej teórie sú neprijateľné práve pre chápanie celku ako danosti osobnosti. Vychádzame z Leontjevovho /1977/ chápania osobnosti. Leontjev v náväznosti na predchádzajúce poznatky jednotlivých psychologických teórií a behavioristickej teórie predpokladá taký model osobnosti, ktorý umožňuje pochopiť vývoj osobnosti. Je to model S-Č-R.

S - znamená stimuláciu, R - reakciu, sú to symboly známe z behavioristického systému, a Č predstavuje činnosť. V činnosti sa preformuje podnet do subjektívnej polohy, čo má za následok aj súčasné zdokonalenie samotnej činnosti vo forme výtvorov, produkcií, reakcií a pod. V R- čiže v procese produkcie sa zasa objektívizuje osobnosť a v osobnosti sa zasa objektivizuje vec, predmet a pod. V modele S-Č-R má veľký význam sociálne prostredie, pretože je prameňom /S/ vonkajších podmienok, ku ktorým má človek prispôbovať svoju činnosť. Každá činnosť zahŕňa v sebe ich motív. Príčinou každej činnosti je motív, za ktorým stoja potreby. Podľa Leontjeva môže existovať činnosť so skrytými motívmi. V činnosti vidí jadro osobnosti, a to pre motivačný aspekt a pre zameranie činnosti na cieľ. Hovorí, že v tejto zložitej psychickej funkcii podnet-činnosť-reakcia stojí na čele osobnosti s jej centrom, t.j. "ja", ktoré predstavuje určitú neopakovateľnú jednotku a plní úlohu vyššej integrujúcej inštancie prostredníctvom psychických funkcií. James /1922/ nazval osobnosť hospodárom psychických funkcií a Allport /1961/ hovorí, že osobnosť rozhoduje o správaní a myslení, pretože myslenie nemyslí ale človek rozmýšľa.

Pokiaľ ide o vnútornú organizáciu osobnosti, Leontjev /1977/ vyčleňuje tri parametre:

1. vzťah človeka k svetu;
2. stupeň hierarchie motívov, čiže vnútorné vzťahy medzi hlavnými motivovanými smermi činnosti, ktoré utvárajú všeobecný profil osobnosti;
3. štruktúra osobnosti predstavuje trvalú konfiguráciu základných motivačných smerov. Do štruktúry osobnosti zahŕňa podštruktúry /temperament, potreby, pudy, emocionálne stavy, záujmy, postoje, návyky a morálne vlastnosti/.

Úroveň všetkých troch vyčlenených parametrov osobnosti závisí od genetických a sociálnych podmienok, ktoré determinovali vývoj osobnosti, a to jeho postoj k svetu, profil osobnosti a diferenciáciu jednotlivých subštruktúr.

Na podklade tejto analýzy marxistického chápania osobnosti sa pokúsiť me ozrejmiť, ako je možné využiť tento model osobnosti v praktickej psychodiagnostike na vysvetlenie psychopatologických symptómov. Napr. ak sme zistili zaostávanie vo výkone niektorých intelektových skúšok, môžeme podľa tejto teórie usudzovať na to, či zaostávanie bolo podmienené genetikými, alebo sociálnymi činiteľmi a napokon môžeme osvetliť vzťah skúmaného jedinca k svetu, určiť hlavné motivačné smery v osobnosti, objasniť základné štruktúry.

Z uvedeného vyplýva, že ak by sme chceli objasniť profil osobnosti, museli by sme aplikovať také psychodiagnostické metódy, projektívne a dotazníkové, ktoré by nám poskytovali dostatočné údaje o profile osobnosti i jednotlivých subštruktúrach. Z uvedeného príkladu je zrejmé, že ak na vysvetlenie niektorých fenoménov nevystačíme s jednou teóriou osobnosti, využívame aj iné. Prakticky však je užitočné, ak sa pridržujeme jedného modelu osobnosti, ale usilujeme sa získať taký rozsah všeobecne platných informácií, ktorý sa vyžaduje pri tej ktorej teórii osobnosti.

Na príklade Allportovej /1961/ teórie osobnosti môžeme vysvetliť jej využitie v psychodiagnostickej praxi. "Proprium" tvorí centrálny pojem jeho koncepcie osobnosti. Allport k propriu priraďuje meno jednotlivca, náboženstvo a iné jednotlivosti skúmaného jedinca, z oblasti hodnôt, ktoré majú význam iba pre konkrétneho jedinca a nemusia mať význam pre druhého. Proprium tvorí hodnotový systém, na základe ktorého sa vyvíjajú záujmy a pod.

Ďalším dôležitým bodom Allportovej koncepcie sú náhľady o osobnostných dispozíciách. Osobnostné dispozície sa menia v závislosti od prostredia a nimi sa charakterizuje osobnosť daného jedinca. Osobnostné dispozície tvoria určitú hierarchiu, pretože osobnosť sa organizuje okolo jednej,

prenikajúcej dispozície, ktorú nazývame dominantnou, alebo centrálnou dispozíciou. Ak o niekom povieme, že je bezcharakterný, každý si predstaví človeka s určitou vlastnosťou a táto podfarbuje ďalšie sekundárne vlastnosti, čiže sekundárne dispozície. Allport zadelil osobnostné dispozície do kategórie genotypu a fenotypu. Stagner /1965/ uvádza, že Allportova teória sa môže využiť v psychodiagnostike, ale je aj vhodným východiskom pre psychoterapiu. Ak napr. v Rorschachovom vyšetrení alebo v MMPI zistíme prevládajúce symptómy, môžeme určiť, v akom vzťahu sú tieto symptómy k "propru", aká je ich hierarchická štruktúra, alebo či majú genotypickú alebo fenotypickú charakteristiku. V psychoterapii môžeme potom postupovať podľa toho zatriedenia a nemusíme tápať v hmlách, ako sa to často stáva psychoanalytikom.

Typologické teórie /Kretschmer, 1921, Sheldon, 1942, Spranger, 1928, Jung, 1920 a ďalší/ umožňujú začleniť ľudí do typov alebo kategórií, ktoré predstavujú ten ktorý typ. Podľa typologických koncepcií sa predpokladá, že existuje vzájomná závislosť osobnostných črt a konštitučných usporiadení. Typ predstavuje funkcionálnu jednotu telesného a psychického. Touto jednotou sa zaoberali aj iné teórie, napr. teórie vychádzajúce z faktorovej analýzy.

Faktorové teórie

Faktorové teórie osobnosti vychádzajú z predpokladu, že väčšina vlastností osobnosti je merateľná a vyjadriteľná škálami. Medzi kvantitatívne vyjadrenými hodnotami zistených znakov v rámci populácie je možné vypočítať korelačné vzťahy. Ďalšou analýzou týchto korelačných vzťahov sa dá zistiť, že počet základných vlastností osobnosti je menší ako počet meraných vlastností.

Faktorová analýza na označenie týchto základných vlastností osobnosti určila pojem faktor. Niektorí autori predpokladajú, že tieto faktory sú na sebe celkom nezávislé, čiže ortogonálne, iní zase predpokladajú, že väčšina faktorov tvorí na sebe závislé skupiny, ktoré sa dajú identifikovať pomocou ďalších faktorov.

Medzi najznámejšie teórie osobnosti vybudované na faktorovej analýze patrí Cattellova teória /1957/, ktorá vychádza z vnútorných faktorov, predstavujúcich dynamickú štruktúru osobnosti a povrchových faktorov vyjadrujúcich prejavy osobnosti.

Eysenckova teória osobnosti /1947/ vychádza z existencie dvoch faktorov - extravenzie, neuroticizmu. Teórie vychádzajúce z fyziologického predpokladu, najmä teórie I.P. Pavlova /1951/ a Eysencka /1955/ predpokladajú, že kľúč k pochopeniu dynamiky osobnosti možno nájsť vo fyziológii.

Eysenck na základe učenia I.P. Pavlova chápe vzruch a útlm ako teoretický konštrukt, ktorým sa objasňuje spôsob reakcie a správania. Vzruch a útlm pokladá za vnútorný fyziologický proces prebiehajúci v CNS, ktorý umožňuje poznávaciu a motorickú aktivitu organizmu. Tento fyziologický proces rozdielne prebieha pri dominancii introverzívnej dimenzie osobnosti ako pri extravertívnej. Pri introverzii sa vyžaduje slabší podnet ako pri extravertizácii a proces podmieňovania prebieha ľahšie, rýchlejšie a citlivejšie, čo sa odzrkadľuje i v relatívne stálom správaní. To však neosvetľuje sociálne postoje uvedených typov. Eysenck považuje faktory osobnosti označované ako extravertizácia, neuroticizmus, za základné dimenzie osobnosti.

Medzi Cattellovým a Eysenckovým chápaním osobnosti nachádzame určité príbuznosti a rozdielnosti. Cattell hľadal jednotlivé príbuznosti v správaní, aby sa tak dostal k všeobecnejším dimenziám, čiže jeho cesta znamená štúdium osobnosti od nestálych reakcií cez habituálne, od základných faktorov k tým dimenziám osobnosti, ktoré sú vyjadrené v sekundárnych faktoroch. Eysenck zase vychádza z dimenzií osobnosti a dostáva sa až k jednotlivým faktorom a špecifickým reakciám.

Obidva prístupy v závere vedú k tomu istému cieľu a v psychodiagnostike predstavujú konkrétny postup, o ktorom sa zmienime pri analýze jednotlivých psychodiagnostických metód. Súčasná psychodiagnostika vychádza z teoretického predpokladu tzv. populačnej normy, ku ktorej sa porovnávajú zistené výsledky pomocou použitých diagnostických metód u konkrétného jedinca. Normy sú spravidla uvádzané v numerických kritériách, môžu byť implicitné alebo explicitné. Podľa toho, čo chceme zisťovať, indukujeme psychodiagnostické metódy, a to súčasne ovplyvňuje výber teórie osobnosti a tým aj spôsob interpretácie daného fenoménu. Pri diagnostike osobnosti vychádzame z dvoch veľkých skupín psychodiagnostických testov, najmä projektívnych a dotazníkových metód.

A. Projektívne metódy

Dejiny projektívnych metód začínajú Galtonom, Jungom a hlavne Rorschachom, hoci názov "projektívna metóda" bol do psychologickéj literatúry uvedený neskôršie a pripisuje sa Frankovi /1939/, pretože on prvý predložil klasifikáciu projektívnych metód.

Bell /1948/ vo svojej prehľadnej práci upozornil na metodologické problémy projektívnych metód. Molisch /1972/ na podklade 330 literárnych prác a 9 monografických o projektívnych metódach uvádza, že popularita projektívnych metód vrcholila okolo roku 1955. Popularita jednotlivých projektívnych metód bola rozdielna. Najpopulárnejšou z nich je Rorschachova metóda. Projektívne techniky sa využívali vo výskume a v praktickej kli-

nickej diagnostike. V posledných štyridsiatich rokoch sa počet projektívnych metód značne rozrástol. Buros /1970/ uvádza 93 projektívnych metód. V literatúre sa stretávame s nejednotnou terminológiou pri označovaní projektívnych metód. Často sa označujú ako projektívne techniky alebo projektívne testy. V záujme terminologickej jednotnosti pod pojmom projektívne metódy chápeme celú skupinu projektívnych metód. Pod pojmom projektívna technika rozumieme skupinu testov, v ktorých sa uplatňuje analogická technika administrácie a reakcie na podnety. Rozlišujeme techniky verbálne, manipulačné a grafické. Pod pojmom projektívny test chápeme konkrétnu metódu, napr. Rorschachov test, TAT test, Warteggov test a pod. Diferencovanie pojmov projektívna technika a projektívny test má svoje metodologické zdôvodnenie, preto je odôvodnené ich odlišenie.

1. Charakteristika projektívnych metód

Pod projektívnymi metódami rozumieme všetky psychologické metódy využívajúce rozličné projekcie v takom zmysle, že osoba odhaľuje sama seba vo všetkom, čo robí. Samotný názov odvodený od latinského slova proicio znamená hádzem, premietam dopredu.

Rapaport /1946/ prirovnáva projekciu k filmovému premietaniu. Osobnosť je film, projektívna technika je premietacím prístrojom, obrazy na plátne sú protokolom. Samotný pojem projekcia pochádza z psychoanalýzy. Prvý ho použil Freud roku 1894 v diele "The anxiety neurosis", ktorý tvrdil, že úzkosť sa vyvíja vtedy, keď jedinec nemôže ovládnuť sexuálne pudy. Tento obranný mechanizmus proti úzkosti sa navonok môže prejavovať tak, že osoba si v projekcii neuvedomuje obsah, alebo obsah koreluje s túžbami, potrebami jedinca a pod. V projekcii sa odzrkadľujú vlastnosti osobnosti v súvislosti so zážitkami a skúsenosťami. V projekcii sa prejavuje aj vzťah medzi súčasnou percepciou a stopou v pamäti, zhodnou so skutočnými predstavami minulých zážitkov. Podľa Freuda projekcia je proces spočívajúci v prenášaní podnetu navonok, napr. keď vlastné pudy, city, túžby sa pripisujú iným ľuďom a svetu. Je to proces, ktorý umožňuje presunúť mimo vedomie javy v jeho psychike.

Healy a spol. /1930/ charakterizujú projekciu ako obranný proces, podľa ktorého sa v minulosti vysvetľovali neurózy a psychózy.

2. Formy projekcie

Klasické chápanie projekcie predstavuje obranné mechanizmy, ktoré Healy a spol. /1930/ interpretujú ako "automatický stabilizátor". Vlastnosti nepríjemné nechápe daná osoba ako jej vlastné, ale vďaka automatic-

kému stabilizátoru ich prenáša na cudziu osobu. Týmto spôsobom sa človek zbavuje neprijemného citového napätia. Uvedené vysvetlenie je v rozpore s klinickými skúsenosťami, ktoré dokazujú, že projekcia vedie k napätiu a nie k jeho zníženiu.

Berkowitz /1960/, Murstein /1956/ robili rozličné výskumy klasickej projekcie a zistili, že pri projekcii vystupujú kladné i negatívne hodnotenia vzťahov v rodine. Vysvetlíme si to na príklade výskumu ohodnotenia povahových čŕt inej osoby. Napr. pri hodnotení skúposti skúpa osoba videla viac skúposti u inej osoby, než jej pripisovali vo všeobecnosti členovia rodiny. Získané výsledky nepotvrdili Freudovu klasickú koncepciu projekcie ako obranného mechanizmu, pretože projekcia sa objavovala u osôb ohodnocovaných pozitívne, ako aj negatívne. Sears /1936/ tento jav nazval javom tvorenia kontrastov, ktorý je opakom toho, čo nazývame projekcia.

V súčasnej dobe Holmes /1968/ rozlišuje niekoľko typov projekcie: atributívnu, autistickú, racionalizačnú a iné formy projekcie /podobnosti, panglossovskú a kontrastu/.

a/ Atributívna projekcia. Atributívna projekcia spočíva v tom, že osoba pripisuje vlastné motívy, city i správanie sa iným osobám. Uskutočňuje sa aj na úrovni vedomých mechanizmov. Je to najrozšírenejšie chápanie projekcie v psychológii, ktoré bolo rozpracované mnohými autormi /Knight, 1940, Cameron, 1951, Murstein, Pryer, 1959, Silverman, 1963/.

Projekcia ako proces prejavovania sa percepcie, emócií a myšlienok navonok sa zúčastňuje pri organizácii vonkajšieho prejavu percepcie. Na objasnenie atributívnej projekcie uvádzame výsledky Goldinksa /1954/, ktorý dal za úlohu dvadsiatim študentom ohodnotiť fotografie svojich spolužiakov pomocou 10 stupňovej škály šťastia. Seba mali ohodnotiť podľa 6 stupňovej škály. Zistil výraznú súvislosť medzi ohodnotením vlastnej životnej spokojnosti a ohodnotením šťastných osôb na fotografiách. Iba osoby veľmi spokojné so svojim životom pripisovali menej spokojnosti iným osobám /negatívna korelácia/. Friedman /1953/ zistil, že osoby, ktoré pokladáme za príjemné, sme naklonení hodnotiť ako nám podobné. Ukazuje sa tu jasná manifestácia spoločných čŕt inej osoby s našimi. Lundy /1959/ požiadal 52 študentov, aby po minútovom opakovanom rozhovore so svojim kolegom podali jeho hodnotenie. Pri prvom rozhovore sústredili pozornosť na seba, pri druhom na partnera. Lundy zistil, že projekcia bola väčšia pri tom rozhovore, pri ktorom bola pozornosť sústredená na seba. Z uvedeného vyplýva, že atributívna projekcia sa objavuje v situáciách, v ktorých sa daná osoba môže vcítiť už do existujúcej konštrukcie samého seba, čiže keď je pozornosť sústredená na seba.

b/ Autistická projekcia. O autistickej projekcii hovoríme vtedy, keď osobou vnímané veci sú modifikované v súlade s jej vlastnými potrebami.

Murphy /1947/ uvádza, že keď sa naše potreby zmenili, vidíme aj okolité veci v inom svetle.

Pri autistickej projekcii ide o určitú deformáciu vonkajšieho sveta zásluhou subjektu, napr. je možné, že svoje vzrušenie budeme pripisovať niekomu inému. Napr. Keď sme sami vzrušení, vidíme iného ako vzrušeného. Mnohé výskumy autistickej projekcie, pri ktorej sa skúmal vplyv vzrušenia alebo hladu, ukázali, že skúmané osoby pod vplyvom hladu produkovali viacej slov ako osoby sýté /Murstein, 1961/.

c/ Racionalizačná projekcia. Pri racionalizačnej projekcii ide o racionalizáciu správania, ktoré si osoba uvedomuje. Napr. ak je človek pristihnutý pri obchodovaní na čiernom trhu, ospravedľuje svoje správanie tým, že to každý tak robí. Uvedenými slovami sa pokúša ospravedlniť svoje vlastné konanie, pretože konal v rozpore s právnymi i morálnymi normami. Nachádza objektívne príčiny svojho konania a vysvetľuje ho nízkym zárobkom a pod. S racionálnou projekciou sa často stretávame v praktickom živote.

Frenkel - Brunswick /1949/ skúmali racionálnu projekciu. Experiment spočíval v tom, že vybraní posudzovatelia /40 študentov/ mali ohodnotiť a opísať svoje vlastné extrémne vlastnosti osobnosti a vlastnosti vybraných osôb, rovesníkov. Korelácia medzi ohodnotením iných a vlastným hodnotením bola vysoká. Výraznejšie nedostatky ako napr. zaostávanie v učení, nedostatok disciplíny mali koreláciu 0,60 a jedinci charakterizovaní týmito vlastnosťami vysvetľovali svoje nedostatky osobnosťou prostredím, chorobou a pod.

Z uvedeného prehľadu vyplýva, že existujú rozličné typy projekcie. Odpovede na podnety zahrnuté v projektívnom teste môžu byť prejavom nielen defenzívnej a obrannej reakcie, ale tiež externalizácie, pri ktorej ide o pripisovanie vlastných citov, myslenia, túžob a postojov okolitému prostrediu. Obidve tieto funkcie môžu spolu pôsobiť v jednom a tom istom type správania, len na rozličných úrovniach.

d/ Iné formy projekcie. V literatúre sa stretávame aj s ďalšími typmi projekcie, a to: projekcia podobnosti, panglossovská projekcia a projekcia kontrastu. Výskumy nakoniec nepotvrdili existenciu uvedených projekcií.

1. Pri projekcii podobnosti ide o typ projekcie bez náhľadu. To znamená, že osoba projektuje vlastnosti, o ktorých si neuvedomuje, že ich má. Podľa tejto projekcie by neatraktívne dievčatá svoje vrstovníčky pokladali za menej atraktívne podľa mechanizmu "podobnosti". Dokázalo sa však, že neexistuje individuum bez náhľadu.

2. Podstatou Cassandram projekcie tzv. panglossovskej, pomenovanej podľa Voltairovej postavy Panglossa, je poprenie a potlačenie tvrdej reality. Pokladá tento svet za najlepší zo všetkých možných svetov. Teoreticky táto projekcia chráni človeka pred úzkosťou a zármutkom. Táto možnosť

projekcie teoreticky nie je vylúčená, ale dosiaľ nebola dokázaná.

3. Pri projekcii kontrastu ide o protikladné vnímanie druhých. Napr. odvážny vníma druhých ako bojazlivých. Campbell a spol. /1964/ zistil projekciu kontrastu pre ľahkovernosť, ovplyvniteľnosť, poriadkumilovnosť a podozrievavosť.

Murstein a Pryer /1959/ zistili projekciu kontrastu u úchylných jedincov. Berkowitz /1960/ sa domnieva, že projekcia kontrastu sa objavuje u ľudí, ktorí sa výrazne vzdávajú od osobného konceptu /self-koncept/. Podľa Holmesa /1968/ je "kontrastná reakcia" záležitosťou hodnotenia, založená na predchádzajúcich poznatkoch, teda nejde o projekciu v pravom slova zmysle, ako je to napr. u atributívnej.

Campbell a spol. /1964/ zistil projekciu iba vtedy, keď jedinci posudzovali svojich vrstovníkov, ktorých poznali. Neobjavila sa pri posudzovaní neznámych osôb. Zastávame názor, že ani tento typ reakcie nepatrí do systému projekcie. Nedá sa síce jednoznačne zamietnuť existencia projekcie podobnosti, panglossovskej a kontrastu, ale pre nedostatok empirických dôkazov o ich teoretickom odôvodnení je vhodnejšie pridržiavať sa len projekcií empiricky odôvodnených, t.j. atributívnej, autistickej a racionalizačnej.

3. Teoretické východiská projektívnych metód

Vývoj projektívnych metód môžeme sledovať v súvislosti s vývojom psychologických teórií osobnosti a celkového vedeckého poznania. Sargentová /1945/ sa zaoberala štúdiom teoretických východísk vývoja projektívnych metód. Poukazuje na ich teoretických východiskách nielen na viditeľný vplyv hlbinej psychológie, ale aj iných teórií.

Abt /1952/ zaviedol pojem projektívna psychológia, ktorej cieľom je v zmysle holistického chápania osobnosti študovať psychické funkcie v kontexte celej osobnosti. Aj keď sa tento pojem v literatúre neudomácnil, uvedieme krátku charakteristiku tzv. projektívnej psychológie, ktorá chápe osobnosť ako proces prebiehajúci dynamicky v časovom slede. Zdôrazňuje, že osobnosť je potrebné skúmať s prihliadnutím na jej minulosť ako i budúcnosť. Osobnosť sa formuje pod vplyvom fyzického a sociálneho prostredia v súlade so systémom potrieb a hodnôt. Zvláštnu pozornosť venuje osobnosti ako celku, a preto psychológia projekcie predpokladá, že najvhodnejšie sú metódy skúmania osobnosti, pretože poskytujú obraz o celej osobnosti ako aj o určitých úsekoch života.

Významne prispeli k rozvoju projektívnych metód teórie osobnosti, vychádzajúce z teórie vnímania.

Brunner /1948/, Abt /1952/ vyzdvihovali význam percepcie a jej mechanizmu uplatňovaného v projektívnych metódach. Nazdávajú sa, že predmetom bádania prostredníctvom projektívnych metód je percepcia, preto psychológ musí dokonale poznať funkcie percepcie v závislosti od ich vonkajších a vnútorných činiteľov. Vnútorným činiteľom sa pripisuje väčší význam v determinácii percepčných odpovedí. Proces percepcie chápu ako proces organizujúci celý organizmus. Vnímanie sa vynazčuje aktivitou a usmerňovaním na cieľ. Aktivita a usmerňovanie na cieľ je závislé od minulej skúsenosti, ako aj od súčasnej orientácie na budúcnosť. Skúsenosti ukázali, že ľudia, ktorí mali pozitívne životné skúsenosti, dávali lepší zmysel svojim aktuálnym percepciám v podnetovej situácii. Prínos teórie percepcie v náhľadoch na projektívne metódy je v tom, že testové výsledky sa pokladajú nielen za prejav osobnosti, ale aj iných situačných činiteľov, napr. postoj ku skúške či úlohe, vzťah medzi vyšetrovaným a vyšetrovujúcim, prípadne aj iných objektívnych činiteľov - choroba, technika vyšetrenia a pod.

O vývin projektívnych metód sa zaslúžili aj psychologické teórie založené na faktorovej analýze. Ich význam vidíme v úsilí povýšiť projektívne metódy na úroveň psychometrických metód. Na projektívne metódy sa aplikovali princípy teórie psychometrie, a to nielen čo sa týka štandardizácie, reliability a validity, ale aj objektívnej psychologickej interpretácie výsledkov jednotlivých skúšok. Faktorová analýza, diskriminačná analýza, matematicko-kybernetické modelovanie určujú cestu rozvoja projektívnych metód.

Tento smer výskumu znamená nielen revolučnú zmenu v porovnaní s klasickým chápaním projektívnych metód, ale aj ich opodstatnenosť v podmienkach klinickej psychodiagnostiky a výskumu.

Schneidman /1965/ podobne ako aj Sargentová /1945/ uvádza, že okrem vedeckej metodológie kladne ovplyvnili vývoj projektívnych metód aj kritické negatívne hodnotenia, tzv. protestné hnutie. Niektorí autori, Supper /1958/, Eysenck /1961/ kritizovali projektívne metódy v tom zmysle, že nespĺňajú kritériá testov /validitu/ v plnom slova zmysle, pretože nie sú tým, čo sa myslí pod pojmom test. Ani Rorschachov test nepokladajú za validný, preto ho nevyužívajú v psychodiagnostickej praxi.

V súvislosti s kritickými výhradami voči projektívnym metódam sa objavili aj kritické postoje proti samému pojmu projekcia a projektívna metóda.

Wright /1944/ nazval projekcie imaginárnymi produkciami. Cattell /1957/ navrhol namiesto pojmu projektívna metóda pojem aperceptívna distordia. Schneidman /1965/ ich navrhuje pomenovať ohodnocovacími metódami. Tyller /1967/ zastáva názor, že vhodnejším pomenovaním by bolo autoexpresívne metódy /Self expression/. Napriek mnohým oprávneným kritikám proti

projektívnym metódam i samotnému pojmu projekcia sa v literatúre tento pojem natoľko udomácnil, že je výhodné ho ponechať.

4. Definície projektívnych metód

Frank /1939, 1948/ pod pojmom projektívne metódy chápe skupinu testov zameraných na štúdium osobnosti, pretože tieto metódy umožňujú technikou projekcie poznať ľudské konanie a cítenie. Cieľom projektívnych metód je obsiahnuť celú osobnosť skúmaného jedinca, alebo niektoré časti a vlastnosti jeho osobnosti. Praktické skúsenosti ukázali, že produkcie na podnety projektívnych metód sú podmienené:

- a/ emotívno-kognitívnu zložku osobnosti;
- b/ obsahovou, t.j. tými obsahmi, ktoré sú súčasne v centre vedomia;
- c/ štrukturálnu uspošobenosť osobnosti;
- d/ chorobným stavom, produkcie sú aj odzrkadlením prípadných patologických mechanizmov.

Bell /1948/ uvádza, že projektívna metóda vyabstrahuje z osobnosti to, čo sa dostáva do čela, čo je v nej zreteľne citeľné a bolestné, ale v každom prípade dominujúce.

V zmysel Frankovho chápania projektívnych metód sa predpokladá, že pod vplyvom neštrukturovaných podnetov sa prejaví správanie osobnosti, ktoré je pozorovateľné a hodnotiteľné. Vychádza sa z hypotetického predpokladu, že jedinec organizuje svoje reakcie na isté podnety v zhode so svojou motiváciou, percepciou, potojmi, ideálmi a pod. Platí všeobecná zásada, že čím je podnet menej štrukturovaný a nejasný, v tým väčšej miere skúmaná osoba premieta svoje city, motivácie, hodnoty, ale aj patologické symptómy.

Z mnohých definícií projektívnych metód je najpresnejšie formulovaná definícia Franka /1939/, ktorý hovorí, že projektívna metóda predpokladá expozíciu podnetov, ku ktorým skúšaná osoba vyjadruje svoju súkromnú mienku v závislosti od svojho psychického uspošobenia.

Vedú k jednému cieľu, a to k vyjadreniu toho, či s.o. nechce, alebo nemôže sa prejaviť. Často nechce, alebo nemôže sa prejaviť preto, že sa dostatočne sama nepozná.

Vzhľadom na značné množstvo projektívnych metód bolo potrebné prikrôčiť k ich triedeniu, klasifikácii.

5. Klasifikácia projektívnych metód

Pri klasifikácii projektívnych metód rôzni autori vychádzali z rozličných kritérií. Uvádzame ich delenia, s ktorými sa najčastejšie stretá-

vame v monografiách o projektívnych metódach.

Lindzey /1959/ navrhol klasifikáciu 5 druhov projektívnych metód na základe 6 kritérií: 1/ vlastnosti materiálu testu, či je štrukturovaný, neštrukturovaný, sluchový, zrakový; 2/ či test vychádza z teórie, alebo empirie; 3/ systém analýzy testového výsledku, narp. formálna a obsahová analýza; 4/ cieľ testu, diagnostika stupňa konfliktu, motívu a pod.; 5/ spôsob administrácie /individuálna, skupinová/; 6/ druh reakcií, ktoré sa získavajú testom. Na základe týchto kritérií odvodil typy reakcie. Získal nasledovné typy reakcií: asociácia, konštrukcia, doplňovanie a voľba výrazových prejavov, ktoré umožnili rozdelenie na tieto skupiny:

1. asociačné - ROR, asociačný experiment;
2. konštrukčné - TAT, CAT;
3. kompletizujúce - Rosenzweig, Test nedokončených viet;
4. výberové a rozhodujúce - J. Anthony a E. Bene;
5. expresívne - bábkové hry.

Cattell /1964/ predpokladá, že v projekcii sa prejavuje porušená percepčia /misperception techniques/. Podľa charakteru tejto poruchy techniky delí do 4 skupín:

- 1/ techniky, v ktorých vystupujú narušené percepcie do tej miery, že s.o. nie je schopná zistiť rozdiely medzi ich vlastným myslením a cítením v porovnaní s inými ľuďmi;
- 2/ techniky, pri ktorých je percepčia narušená pod vplyvom autizmu;
- 3/ techniky umožňujúce identifikáciu motívov a citov;
- 4/ techniky, pri ktorých minulé a nesprávne percepcie vplývajú na aktuálny stav.

Bell /1948/ rozlišuje 4 kategórie projektívnych techník, ktoré delí na základe kritériá podnetu, vlastnosti testového materiálu. Sú to:

- 1/ združovanie príbuzných slov;
- 2/ techniky vizuálnych podnetov;
- 3/ citové hnutie a im príbuzné techniky;
- 4/ hra, dráma.

Eysenck /1964/ delí projektívne metódy podľa kritéria typu podnetov do 4 skupín:

- 1/ techniky doplňovania - Wtg
- 2/ techniky interpretačné - ROR, TAT
- 3/ techniky produkčné - testy sveta, dediny
- 4/ techniky pozorovania - jedinec pozorovaný v nejasne štrukturovanej situácii, sleduje sa jeho správanie.

Engelsman /1959/ rozdeľuje projektívne metódy na techniky:

- 1/ motoricko-expressívne - rozbor písma, spôsob slovného vyjadrenia;
- 2/ perцепčne štruktúrované - ROR, TAT;
- 3/ aperцепčné, dynamické - hra, dopĺňovanie viet, poviedok, dejov, frustračné pokusy a pod.

Rembowski /1975/ na základe kritéria reakcie na podnety rozdeľuje projektívne metódy do týchto skupín: obrázkové, verbálne, grafické a hrové. Reakcie na podnety sa využívali v literatúre ako kritérium na triedenie podnetov, najmä pre svoju praktickú stránku pre možnosť klasifikácie každej projektívnej techniky.

Najprepracovanejšia je Frankova /1939/ klasifikácia projektívnych metód. Frank rozlišuje 5 druhov projektívnych metód. Cieľ vyšetrenia využíva ako kritérium triedenia. Pridržiava sa najmä diagnostického, vedecko-výskumného a terapeutického cieľa. Rozlišuje nasledovné techniky, ktoré označuje pojmom metódy:

1. Konštitutívne metódy, v ktorých s.o. organizuje neštruktúrovaný alebo málo štruktúrovaný materiál, plastelínu, zvuky, škvrny /ROR a iné/.

2. Konštruktívne metódy, pri ktorých sa triedi alebo zostavuje materiál vo väčšie celky a súvislosti - mozaikový postup, testy sveta, dediny ...

3. Interpretačné metódy - TAT, Rosenzweig, tu sa vyžaduje, aby jediniec interpretoval nejakú svoju skúsenosť, ktorá má preňho citový význam.

4. Katartické metódy, ktoré dávajú príležitosť k odreagovaniu napätia - Staabsovej bábková hra, test rozličných vzťahov a pod. Sú zamerané na pozorovanie neverbálnych reakcií, ako je výraz tváre, pohyb rúk a pod.

5. Refraktívne metódy - hodnotí sa prejav, písmo, reč, osobnosť jedinca sa prejavuje skomolením komunikačných foriem.

Semeonoff /1976/ vo svojom diele o projektívnych metódach kritizuje Frankovu klasifikáciu ako nepresnú, pretože niektoré testy by bolo možné zaradiť do dvoch alebo troch skupín. Na spôsob Guilfordovho triedenia intelektu predkladá trojdimenzionálnu klasifikáciu projektívnych metód:

1. Vlastnosti podnetu - zrakové, konkrétne, verbálne a pod.
2. Vlastnosti reakcie /asociačné, interpretačné, manipulačné/.
3. Cieľ vyšetrenia /opis, diagnóza, terapia/.

Z uvedeného prehľadu triedenia psychodiagnostických metód vyplýva, že klasifikácia vychádza z praktických a didaktických aspektov, preto voči každej z nich možno vzniesť námietku i podporujúce stanovisko najmä preto, že podľa uvedených triedení je ťažko presne zatriediť konkrétne projektívne testy do tej ktorej skupiny.

Spoločným znakom všetkých projektívnych metód je aplikácia podnetov, ku ktorým jedinec vyjadruje svoju mienku v závislosti od svojho psychického uspošobenia. Pri riešení podnetových problémov s.o. vyjadruje aj svoj postoj a správanie, ktoré je objektívne pozorovateľné analogicky ako v podmienkach experimentu.

Projektívne metódy našli svoje uplatnenie v praktickej diagnostike v klinickom experimentálnom výskume, preto sú hodnotené aj z hľadiska ich vhodnosti a použiteľnosti v klinickej psychológii.

7. Reliabilita a validita projektívnych metód

Reliabilita a validita je základnou otázkou každej metódy. Pri štúdiu reliability sa používali paralelné a retestové metódy. Podstatou validity projektívnych metód je zhodnosť priraďovania osobných črt k určitým produkciám. Pri štúdiu praktickej validity sa porovnávali výkony podľa diagnóz, ďalej bolo porovnávané správanie počas výkonu pri projektívnych skúškach a celkového psychiatrického pozorovania.

Najčastejšie bola skúmaná predikčná validita projektívnych techník, menej ich teoretická validita /pojmová validita/. V roku 1959 sa uskutočnilo vo Washingtone sympóziu o problémoch validity projektívnych metód. Fiske, Meehl, Henry, Hooker, Engel, Ames a ďalší predložili výsledky výskumu o validite projektívnych metód /cit. J. proj. Tech. 23, 3, 1959/.

Citovaní autori uvádzajú značné rozdiely v úrovni korelačných hodnôt, a to v rozpätí od 0,16 až po 0,98. Keďže výsledky výskumov boli zamerané na konkrétne projektívne testy, vrátili sa k nim pri rozbere jednotlivých projektívnych testov.

Z prehľadu teoretických prác o projektívnych metódach vyplýva, že i napriek veľkej vedeckej produkcii pretrvávajú nedostatky projektívnych metód z hľadiska ich teoretických východísk, štandardizácie, administrácie, spôsobu skórovania, adekvátnosti noriem, reliability a validity, čo dalo dokonca podnet k úvahám k kríze psychodiagnostických metód /Hertzova, 1970/. Prikláňame sa k názoru, že postavenie projektívnych metód sa napriek pretrvávajúcim protichodným postojom k nim nezmenilo. Na jednej strane sú to nadšení praktici, na strane druhej pochybujúci teoretici.

8. Prednosti a nedostatky projektívnych metód

Anastasiová /1976/ pokladá projektívne metódy za efektívny prostriedok, ktorý pomáha "prelomit ľady" v počiatočných kontaktoch psychológa s vyšetrovanou osobou. Prednosťou projektívnych metód je aj to, že každá odpoveď je pred s.o. pokladaná za správnu, preto miznú rozpaky a obranné

mechanizmy. Produkcie získané zásluhou projektívnych metód sú menej ovplyvnené snahou jedinca javiť sa v lepšom svetle ako je tomu pri dotazníkových metódach. V priebehu riešenia sa s.o. sústreďí na úlohu a tým sa strácajú snahy podávať tzv. želané odpovede. Pri ROR a TAT sa môžu získať rozdielne odpovede, ak sa s.o. naznačí, že niektoré odpovede sú žiaducejšie. Zistilo sa, že aj variácie vo verbálnej inštrukcii a vzťah psychológa k vyšetrovanému môže pôsobiť povzbudivo alebo utlmujúco. Tieto tzv. situačné premenné ovplyvňujú napr. počet odpovedí a iné dôležité charakteristiky výkonu.

Z uvedeného zistenia vyplýva, že problematika administrácie a podmienok testovania má väčší význam ako pri iných psychologických metódach. Veľkým problémom je objektivita skórovania aj vtedy, ak používame štandardný systém hodnotenia, pretože hodnotenie údajov závisí od vedeckej erudície a klinickej skúsenosti psychológa.

Ďalšou špecifickou vlastnosťou a aj nedostatkom projektívnych metód je nedostatok noriem získaných na reprezentatívnej populácii. Zvlášť v našich podmienkach je klinický psychológ nútený modifikovať prevzaté normy podľa svojich klinických skúseností. To však platí nielen pre projektívne testy, ale aj pre všetky prevzaté a na našu populáciu neštandardizované metódy. Väčšina kritických úvah sa týka teoretického základu, pretože mnohé z metód nevychádzajú z najvhodnejšej psychologickej koncepcie osobnosti.

K nedostatkom rátame aj terminologickú nejednotnosť a často aj obsahovú nejasnosť užívaných pojmov a snahu tvorenia vlastných termínov, platných len pre ten ktorý projektívny test. Nedostatočne využívané princípy psychometrie umožňujú únik do subjektivismu pri interpretácii výsledkov získaných prostredníctvom projektívnych metód. Napriek uvedeným nedostatkom projektívne metódy sú cenným diagnostickým a komunikačným nástrojom, najmä tie, u ktorých sú známe psychometrické kritériá.

Keďže projektívne metódy sú často používané na diagnostiku osobnosti, je dôležité, aby boli správne interpretované. Preto je potrebné, aby sa pri interpretácii výsledkov projektívnych metód bralo do úvahy aj to, že tieto metódy sú často používané na diagnostiku osobnosti, ktorá môže byť ovplyvnená rôznymi faktormi, ako napríklad stres, únava, choroba, atď.

9. Perspektívy projektívnych metód

Krizové obdobie pre projektívne metódy je spôsobené tým, že výskum sa nezameriava na teoretické východiská všeobecne akceptovateľnej teórie osobnosti a tiež aj preto, že sa vo výskume nedostatočne využívajú poznatky z metodológie. Nedostatky štandardizácie, reliability a validity spôsobujú neistotu v diagnostickej interpretácii, ale možno práve pre túto neistotu sa stávajú príťažlivými. Dôkazom toho je veľký záujem o vytvorenie nových projektívnych testov. Je nesporným faktom, že príčinou určitej krízy projektívnych metód je ich nadmerná produkcia a nedostatočná teoretická prepracovanosť. Budúcnosť projektívnych metód závisí od intenzívneho výskumu s dôrazom na presné kvantitatívne a kvalitatívne hodnotenie výsledkov. Zá-

visí teda od súčinnosti klinickej a psychometrickej interpretácie získaných nálezov.

V súčasnej dobe je úsilie hodnotiť projektívne metódy v pojmoch obvyklých psychometrických procedúr predčasné. Hoci sú projektívne metódy užitočným diagnostickým nástrojom, zostávajú ako doplnková metóda v rukách erudovaného psychológa. Keď porovnávame diagnostický efekt výkonových a projektívnych metód, vidíme rozdiely v tom, že výkonové metódy poskytujú úzky rámec informácií navzájom závislých, naproti tomu projektívne metódy poskytujú širšie rozpätie informácií, ale menej vzájomne súvisiacich. Projektívne metódy v klinickej diagnostike umožňujú postavenie hypotézy a určujú cestu jej verifikácie.

Údaje, ktoré získavame prostredníctvom projektívnych metód, môžu sa zmeniť od individua k individu, čo spôsobuje najväčšie ťažkosti pri ich objektívnom diagnostickom zhodnotení. Keďže ich hodnotenie je podmienené odbornou erudíciou a praktickou skúsenosťou, redukuje sa počet kvalifikovaných psychológov, ktorí sú schopní efektívne využívať projektívne metódy pre diagnostické ciele. Je dôležité, aby začínajúci klinický psychológ pristúpil k štúdiu najprv len jedného projektívneho testu, napr. Rorschachovho.

Po osvojení teoretických poznatkov a získaní potrebných klinických skúseností so začleňovaním izolovaného symptómu do príslušnej syndrómovej kategórie pristupuje psychológ k štúdiu iných projektívnych testov, začlenených do inej skupiny projektívnych techník, aby sa porovnaním získaných nálezov dopracoval k vedecky podloženej diagnóze a súčasne preveril diagnostickú spoľahlivosť aplikovaných testov. Všeobecne sa akceptuje požiadavka, aby štúdium projektívnych metód a praktická aplikácia jednotlivých projektívnych testov boli pod dozorom skúseného psychológa.

10. Delenie projektívnych metód

Z praktických dôvodov navrhujeme triedenie projektívnych metód do troch skupín, pričom ako kritérium triedenia využívame formy prejavu. Na základe formy prejavu s.o. na predkladané podnety a úlohy, delíme projektívne metódy na techniky:

- I. verbálne,
- II. manipulačné a
- III. grafické.

I. Verbálne techniky delíme na zrakovopodnetové a slovopodnetové.

1/ Ku zrakovopodnetovým technikám zaraďujeme nasledovné projektívne testy: A/ ROR, B/ Modifikované a odvodené testy ROR, C/ TAT, D/ Odvodené

testy z TAT, E/ Rosenzweigov test PF, F/ Szondiho test, G/ Test ruky.

2/ Ku slovompodnetovým patria a/ asociačný experiment, b/ test nedokončených viet.

II. Manipulačné techniky umožňujú projekcie na základe manipulácie s testovým materiálom. K týmto zaraďujeme: A/ Test sveta, B/ Bühlerovej obrázkový test sveta, C/ Test dediny, D/ Sceno test, E/ Farebný pyramídový test /FPT/.

III. Grafické techniky využívajú rozličné formy kresby, dokreslovania a odkreslovania. Zaraďujeme k nim nasledovné testy: a/ Goodenunghovej test, b/ Machoverovej test, c/ Baltruschov test, d/ Test "dom, strom, človek", e/ Test stromu, f/ Test tváre, g/ Warteggov test, h/ Bender-Gestalt test.

Z jednotlivých skupín projektívnych techník sme uviedli iba tie, z ktorými sme získali praktické skúsenosti s ich aplikáciou v rutinej psychologickojej diagnostike ako aj v klinickom a experimentálnom výskume. Zaujímavosťou je, že projekcia je v podstate jedným z najstarších a najjednoduchších spôsobov, ktorými človek vyjadruje svoje vnútorné pocity a emócie. Projekcia je teda jedným z najstarších a najjednoduchších spôsobov, ktorými človek vyjadruje svoje vnútorné pocity a emócie.

3. Teoretické východiská projektívnych metód

Vývoj projektívnych metód možno sledovať v súvislosti s vývojom psychologických teórií osobnosti a celkovými vedeckými poznatками. Samsonová (1985) sa zaoberala úlohou teoretických východísk vývoja projektívnych metód. Rozdeľuje ich na dve teoretické východiská: a) empirický a b) teoretický.

Keďže v roku 1932 vznikol pojem projektívna psychológia, ktorú sleduje v zmysle holistického chápania osobnosti, študuje psychologické funkcie a motivačné činnosti osobnosti. Aj keď na tento pojem v literatúre narážame, uvažujeme o ňom ako o charakteristike tzv. projektívnej psychológie. Táto oblasť psychológie sa zaoberá tým, ako sa prejavujú vnútorné procesy v človekovej mysli. Zaujímavosťou je, že osobnosť sa formuje pod vplyvom fyzického a sociálneho prostredia. V oblasti psychológie osobnosti sa zaoberáme tým, ako sa prejavujú vnútorné procesy v človekovej mysli. Zaujímavosťou je, že osobnosť sa formuje pod vplyvom fyzického a sociálneho prostredia.

Významom príkladu k teórii projektívnych metód teória osobnosti, ktorá sa zaoberá tým, ako sa prejavujú vnútorné procesy v človekovej mysli. Zaujímavosťou je, že osobnosť sa formuje pod vplyvom fyzického a sociálneho prostredia.

VI.

VERBÁLNO - PROJEKTÍVNE TECHNIKY, VIZUÁLNO - PODNETOVÉ

Do skupiny vizuálno-podnetových projektívnych techník sme zaradili všetky testy, ktoré umožňujú na základe zrakovej percepcie verbálne odpovede. K najznámejším technikám z tejto skupiny patrí Rorschachov test.

A. Rorschachov /ROR/ projektívny test

Rorschach vychádzal z hypotetického predpokladu, že jav projekcie sa najlepšie vyvoláva prostredníctvom mnohознаčných podnetov, preto predkladal s.o. málo štrukturované symetrické atramentové škvrny. V svojom diele "Psychodiagnostika" /1921/ zhrnul výsledky 9 ročného štúdia s interpretovaním štandardizovaných čierno-bielých a farebných škvŕn. Dejiny využitia škvŕn v psychologickú praxi sú bohaté, najmä pri rozvíjaní a diagnostikovaní fantázie a predstavivosti. Leonardo da Vinci viedol svojich žiakov k tomu, aby sa inšpirovali náhodnými škvrnami, pretože tieto škvrny dávajú podnet k rozličným kompozíciám. Podobne viedol svojich žiakov aj Botticelli. Kant sa zaoberal pareidoliami a poukazoval na ich súvislosť s afektami. Kerner napísal knihu "Klexografia" /1857/, v ktorej uvádza 50 atramentových škvŕn a k nim aj 39 veršov. Kerner videl v atramentových škvrnách rozličné obrazy, ktoré boli podmienené jeho stavom depresie.

Z hľadiska psychologického prvým predchodcom projektívnej techniky s atramentovými škvrnami bol Binet, ktorý v spolupráci s Henrim rozpracovali myšlienku využitia atramentových škvŕn pre diagnostické účely. Binetove a Henriho myšlienky boli rozpracované dvoma rozdielnymi školami, a to americkou a ruskou.

V Amerike Dearborn zostavil prvú sériu testov /1897/. Po ňom Kirkpatrick /1900/, Sharpová /1899/ a Whipple /1910/ uverejnili štandardizovanú sériu dvadsiatich škvŕn, ktoré exponovali pokusným osobám neobmedzene dlhú dobu. Bartlett /1916/, anglický psychológ, prvý zaviedol do škvrnkovej techniky farby.

V Rusku roku 1910 Rybakov vypracoval atlas pre experimentálno-psychologické vyšetrenia osobnosti. V atlase je uverejnených 8 atramentových škvŕn pre vyšetrenie fantázie a predstavivosti. Na základe týchto škvŕn určoval silu, ostrosť a realitu predstavovaných obrazov.

Rorschach so svojimi prácami začal roku 1911. Bohm /1951/ uvádza, že Rorschach nepoznal Whippleho a Rybakove práce, ale čerpal z poznatkov Kernerovej klexografie a podnetov Leonarda da Vinciho. Rorschach svojou sériou 15 tabuliek vypracoval test na diagnostiku celej osobnosti, preto sa často označuje testom osobnosti a charakteru.

1. Herman Rorschach /1884 - 1922/

Na krátkom životopise objaviteľa projektívnej psychodiagnostiky poukážeme na históriu vývoja Rorschachovho testu. Herman Rorschach sa narodil 8. novembra 1884 v Zürichu. V roku 1904 maturoval. Lekársku fakultu ukončil v roku 1909 v Zürichu. V roku 1922 zomrel na zanedbaný zápal slepého čreva.

Po skončení štúdia sa venoval psychiatrii a pracoval pod vedením Eugena Bleulera, Konstantina Monakova a bližšie sa zoznámil s učením psychoanalýzy. Od roku 1911 robil pokusy s klexografiou a jeho záujem o ňu sa prehĺbil roku 1917 z podnetu dizertačnej práce Henseho. Rorschachov test a celý materiál uverejnený v jeho knihe "Psychodiagnostika" vznikol v priebehu rokov 1918-1919. Rukopis knihy bol najprv 6-krát zamietnutý nakladateľmi a až Dr. Morgenthalerovi sa podarilo presadiť vydanie tejto knihy s určitými revíziami. Pôvodných 15 tabuliek bolo zredukovaných na 10. Prvé vydanie knihy bolo roku 1921. Z 1200 exemplárov prvého vydania bolo odpredaných iba niekoľko kusov. V čase úmrtia Hermana Rorschacha bolo prakticky celé vydanie ešte v nakladateľstve. Spoločne s Behnom Eschenburgom vyvinul paralelnú sériu, ktorá je dodnes známa ako Beh-Rorschachova paralelná séria.

Bohm /1951/ hodnotí Rorschacha ako neobyčajne nadaného muža so záujmom o umenie, s hlbokými vedomosťami z histórie, náboženstva, psychológie, folklóru a s veľkým jazykovým talentom. Zo slovanských jazykov ovládal ruštinu. Bol trikrát v Rusku. Zomrel sklamaný a deprimovaný pre neúspechy svojej práce. Vtedy nik nepredpokladal, aký ďalší osud čaká ROR test. Kritici vtedajšej doby zaujali buď kritický postoj, alebo sa uzavreli do mlčania. Po krátkom čase sa Rorschachova metóda stala najrozšírenejšou a najpopulárnejšou projektívnou metódou na celom svete. Vďaka tomu, že umožňuje diagnostiku osobnosti tak zdravého ako aj duševne chorého jedinca, udržiava si až do dnešných dní svoje primárne postavenie medzi projektívnymi metódami.

2. Vývin Rorschachovho testu

Po Rorschachovej smrti zásluhou jeho žiakov Behn-Eschenburga, Oberholzera, Morgenthalera, Zulligera a ďalších sa ROR stal najpopulárnejším testom na celom svete, o čom svedčia početné publikácie a monografie zao-

berajúce sa týmto testom. V svetovej literatúre bolo vydaných viac ako 300 monografií, z ktorých väčšina má charakter učebníc. V súčasnej dobe sa využívajú v aplikácii a interpretácii Rorschachovho testu pôvodné Rorschachove nemecké signovania, ktoré prepracoval Bohm /1951/, francúzske Loosli-Usteriová /1961/ a Beizmanová /1970/. Americké spracovania Rorschachovho testu autorov Rapaporta /1946/, Klopfera /1946/, Becka /1945/, Piotrowskeho /1957/, Hertzovej /1934/ a Smalla /1956/ tvoria odlišný systém v signovaní i interpretácii Rorschachových znakov.

Okrem uvedených nomenklatúr existujú latinské, ktoré sa využívajú s cieľom lepšieho porozumenia v medzinárodnom meradle. Čepelák a spol. /1957/ vypracovali české názvoslovie, ktoré uvádzajú v porovnaní s nemeckým, anglickým, francúzskym a latinským signovaním. Bohm /1951/ svojím dielom ovplyvnil európsky vývoj Rorschachovho testu. Európska modifikácia sa od americkej líši nielen v signovaní, ale aj v interpretácii ROR znakov. V mnohých európskych štátoch, v Poľsku, Maďarsku prebiehajú výskumy štandardizácie Rorschachovho testu.

U nás sa štandardizácia Rorschachovej metódy dosiaľ neurobila, preto pri administrácii a hlavne interpretácii sa pridrižujeme Rorschachových a Bohmových kritérií.

3. Teoretická podstata Rorschachovho testu

Rorschach vypracoval klinický diagnostický test na základe vyšetrenia 405 osôb duševne chorých. Empirickým spôsobom určil vzťahy interpretovanej škvrny k psychickým poruchám a chorobám. Podstatou Rorschachovho testu je spôsob interpretovania jednotlivých škvŕn. Každý človek iným spôsobom interpretuje predkladané podnety na základe svojho štruktúrneho usporiadania osobnosti, emocionálneho stavu, obsahu "ja" a charakteristických zmien osobnosti pod vplyvom duševnej choroby. Vývin psychologickéj interpretácie jednotlivých zložiek produkcie, najmä formy, farby, tieňovania, pohybu, lokalizácie, obsahu a ich kvality je závislý od teoretických východísk jednotlivých bádateľov. Rorschachov test podľa Piotrowskeho /1957/ sa opiera o teóriu percepcie. Piotrowski predpokladá, že asi 90% informácií sprostredkúva zrakový analyzátor. Produkcia odpovedí pri Rorschachových tabuľkách je závislá od výberu podnetov, determinovaných funkciou percepcie. To, čo si jedinec na tabuľke všimne, ktorý podnet z množstva bizarných obrazov si vyberie, závisí od funkcie celej osobnosti, jej mentálnej úrovne, záujmu, ako aj spôsobu emocionálneho prežívania. Je to multidimenzionálny prejav osobnosti, v ktorom sa odzrkadľujú zdravé aj narušené funkcie a vlastnosti osobnosti.

Výber podnetov sa uskutočňuje vedomými a nevedomými mechanizmami, ale ich formovanie sa uskutočňuje prostredníctvom doterajšej skúsenosti a sú-

časného psychického stavu.

Spontánny výber podnetov a hlavne spôsob ich verbálnej interpretácie umožňuje mechanizmom projekcie prejavenie sa relatívne stálych vlastností premorbidnej osobnosti i situačne prechodných, napr. symptómy reaktívnej psychózy a pod. Zhoda medzi reakciou skúšanej osoby na jednotlivé Rorschachove tabuľky a správaním sa v spoločenských podmienkach umožňuje uvažovať o vzťahu jedinca so sociálnym prostredím, o jeho reakciách na životné udalosti i o začlenenosti do sociálneho prostredia.

Dôležitou teoretickou i praktickou črtou Rorschachovho testu je odhaľovanie podstatných znakov osobnosti, ktoré určujú vývin osobnosti. Pokladá sa za formu štúdia osobnosti, ako aj techniku objektivizovania fenoménov osobnosti, zvlášť patologických.

Rorschach vo svojej pôvodnej práci /1921/ zistil niekoľko dôležitých faktorov, významných pre pochopenie ľudskej osobnosti, ktoré aj dnes majú všeobecnú platnosť. V jeho metóde majú dominantné miesto objavy spojenia formy a farby a formy a pohybu.

V prvom prípade dokázal, že tabuľky s farebnými škvrnami evokovali farebné odpovede, ktoré sú kvantitatívnym i kvalitatívnym ukazovateľom emocionálnej reakcie. Psychotici ignorovali formu a všimli si len farbu. To, že pri farbe išlo o skutočnú emocionálnu reakciu, dokázal Rorschach klinickým stavom choroby i poznatkami, že u normálnych ľudí sa farba spájala s formou. Týmto pozorovaním došiel k modelu extratenzívnej osobnosti, ktorá je klinicky identická s Jungovou extravertiou. Je to osobnosť, ktorá vo vonkajšom svete hľadá možnosti prejavu a uplatnenia.

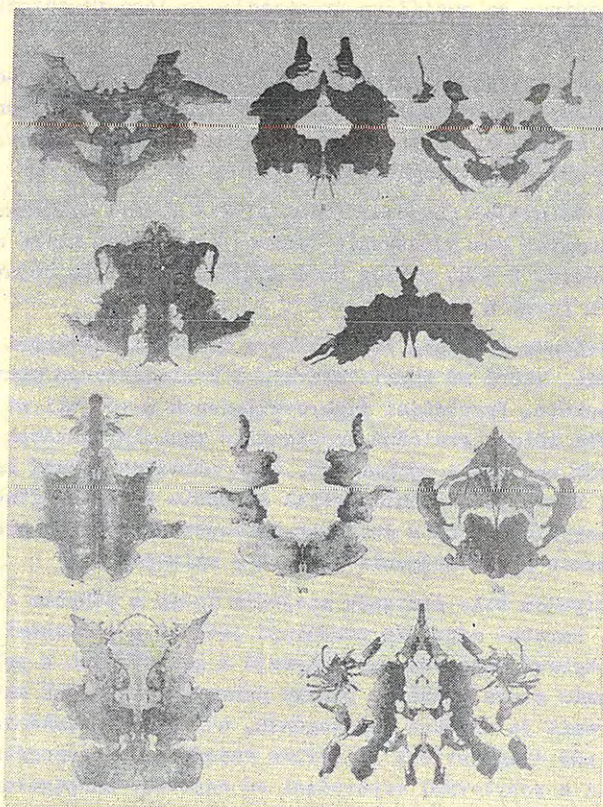
Druhým prípadom bolo zistenie spojenia formy s pohybom alebo oživenie formy pohybom. Farebné odpovede produkujú jedinci s poruchami nálady v smere eufórie. Pohybové odpovede sa vyskytujú u agitovaných a psychogénnych depresíí. V tomto stave fantázia pohybu nahrádza vlastnú aktivitu. U endogénnych depresíí je znížená dynamogénia, utlmená je fantázia pohybu, a to sa využíva ako diagnostické kritérium endogénnych a exogénnych depresíí. Medzi farebnými a pohybovými odpoveďami sú odpovede inšpirované tvarom a obrysmi škvrny a reprezentované intelektovou zložkou.

4. Testovací materiál

Rorschachova metóda sa skladá z 10 tabuliek štandardných atramentových škvŕn, ktoré vznikli kvapnutím atramentu alebo farby na biely papier a jeho preložením vznikol symetrický tvar. Každá tabuľka má svoju základnú pozíciu, z ktorej sa najľahšie vidí určitý obraz. Rorschach určil 4 druhy postavenia tabuliek /T 1-4/.

Poradie tabuliek má svoje logické zdôvodnenie a každá nasledujúca má vzťah k predchádzajúcej.

Obr. 18



Obrázok predstavuje ROR tabuľky, ktoré sa v uvedenej forme využívajú na označenie lokalizácie interpretovanej škvrny.

Na obrázku sú uvedené ROR tabuľky v tej forme, ktorá sa využíva ako súčasť protokolu na označenie lokalizácie odpovede.

Charakteristika tabuliek

Tabuľka 1 poskytuje veľa formových možností. Tabuľka 2 neočakávane uvádza červenú s čiernou farbou. Tabuľka 3 je obtiažnejšia z hľadiska interpretácie ako celku. Tabuľka 4 sa vyznačuje intenzívnou čiernou farbou. Tabuľka 5 je intenzívne čierna, ale z tvarového hľadiska najjednoduchšia. V tabuľke 6 je zdôraznené tieňovanie. Tvar je ťažko interpretovateľný. Tabuľka 7 sa vyznačuje svetlosivými formami, vzbudzujúcimi dojem nejasného tvaru. Tabuľky 8 až 10 sú farebné. Pri tabuľke 8 môže jedinec ignorovať farbu. Vo všeobecnosti sa toto pokladá za určitý emočný stres. Tabuľka 9 sa vyznačuje neprijemným vzorom a farebným usporiadaním, preto interpretácia je ťažká z emocionálneho a intelektového hľadiska. Tabuľka 10 predstavuje rozličné farby bez harmonickej skladby a celku. Interpretácia je ťažká. Pri tejto tabuľke sa zvyrazňuje emocionálna komponenta, či už v zmysle podpory, alebo brzdenia interpretácie.

5. Zásady postupu vyhodnotenia Rorschachových protokolov

Rorschachov test predstavuje experimentálnu skúškovú situáciu, pri ktorej sa postupuje štandardným spôsobom, ktorého podstata spočíva v tom, že experimentátor predkladaním inštrukcie neovplyvní spôsob interpretácie s.o. V každej Rorschachovej učebnici je uvedený presný návod administrácie protokolu so zdôvodnením merania latentnej doby od podania tabuľky po prvú odpoveď, ako aj priemerný čas na jednotlivé odpovede. Medzi hlavné kritériá patrí aj zaznamenanie celej slovnej produkcie, nielen k jednotlivým tabuľkám, ale aj k lokalizovaným častiam tej ktorej tabuľky. Zdôrazňuje sa nutnosť prehliadnutia tabuľky najprv v štandardnej, základnej polohe, a až potom ju môže s.o. ľubovoľne otáčať.

Vyhodnotenie sa uskutočňuje podľa 5 nasledovných kritérií:

- 1/ Či skúšaná osoba interpretuje celú škvrnu, alebo jednotlivé časti a detaily.
 - 2/ Ktoré determinanty ovplyvnili produkciu - formy, farba, tieň, po-
hyb.
 - 3/ Úroveň formy, pri ktorej sa porovnáva zhoda produkcie s podnetom.
 - 4/ Obsah je viazaný na predmety, ľudí, zvieratá a pod.
 - 5/ Obsah odpovede sa hodnotí z hľadiska frekvencie výskytu tzv. populárne odpovede alebo obsahove nezvyklé, originálne.
- Každá odpoveď sa označuje signatúrou.

V našej praxi využívame pôvodnú Rorschachovu signatúru a jej preklad.

6. Signatúra nemecká a slovenská

Nemecká		Slovenská	
Antw	- Antwort	Odp	- počet odpovedí
G	- Ganzantwort	C	- celková odpoveď
DG	- Bilddetail als Ganzes	DC	- detail hodnotený ako celok
D	- Detail	D	- detailná odpoveď
Dd	- Kleindetail	Dd	- drobný detail
DzW	- Zwischenfiguren	DmP	- medzipriestorová časť
Do	- Teilbild, ganz figur Oligofrenischer detail	Do	- detail oligofrenický časť obrazu videná ako celok
Erft	- Erfassungstypus	Post	- postihovací typ
Sukt	- Sukzession	Suk	- sukcesia
F	- Formantwort	F	- forma
B	- Bewegungsantwort	Po	- pohybová odpoveď
FFb	- Formfarbantwort	FFb	- formofarbová odpoveď
FbF	- Farbformantwort	FbF	- farboformová odpoveď
Fb	- Primäre Farbantwort	Fb	- čistá farbová odpoveď
FHd	- Form-Helldunkel	FJt	- formotieňovaná odpoveď
HdF	- Helldunkel-Form	JtF	- tieňovano-formová odpoveď
Hd	- Reine Helldunkel	Jt	- tieňovaná odpoveď
Erlbt	- Erlebnistypus	Záz.typ-	zážitkový typ
M	- Menschliche Ganzfigur	Č	- človek
T	- Tierfigur	Z	- zviera
Td	- Teil von Tierfigur	Zd	- zvierači detail
Obj.	- Lebloser Gegenstand	Obj.	- objekt
Ldsch	- Landschaft	Kr	- krajina
Blut	- Blut	Krv	- krv
T %	- Tierprozent	Z %	- percento zvieračích odp. Z + Zd
V %	- Vulgarantwort	V %	- percento populárnych bežných odpovedí
Orig.%	- Originalantworten	Orig.%	- percento originálnych odpovedí

Čepelák a spol. /1957/ navrhujú používanie nemeckých symbolov s českým názvoslovím. Uvádzajú podrobnejšiu signatúru nemeckú, anglickú, francúzsku a latinskú.

7. Zhodnotenie Rorschachovho protokolu

Podmienkou objektívneho kvantitatívneho zhodnotenia Rorschachových produkcií je preverenie lokalizácie ako aj vydifferentcovanie účasti farby pri formovej odpovedi. Každú odpoveď označujeme symbolmi, a to či išlo o odpoveď celkovú /C/, detailnú /D/, farebnú /Fb/, tieňovanú /Jt/, pohybovú /Po/. Označujeme obsah ako aj charakter odpovedí, či je populárna, bežná /V/, alebo zriedkavá, originálna /Orig./. Hodnotí sa: 1/ postihovací typ, 2/ formová ostrosť, 3/ zážitkový typ, 4/ obsah, 5/ originalita alebo popularnosť odpovede. Rorschach vypracoval postupy pre kvantitatívne zhodnotenie každej z 5 častí, z aspektu ktorých sa hodnotí jednotlivá odpoveď. Výskyt celkových detailných odpovedí poukazuje na spôsob percepcie, z ktorého sa určuje postihovací typ, alebo typ sukcesie.

a/ Postihovací typ

Za normálnych podmienok u duševne zdravého jedinca sa predpokladá percepčný postup od celku k detailom. Skúšaná osoba si tabuľku prehliadne ako celok a potom prechádza k jednotlivým častiam.

Na základe relatívneho výskytu jednotlivých znakov percepcie C - D - Dd usudzujeme na orientáciu inteligencie a systém myslenia. Napr. početné C+ sa interpretuje ako dobrá kombinačná schopnosť a C- je opakom týchto schopností. Častejšie sa vyskytuje u duševne chorých.

Rorschach /1921/ vypracoval normy výskytu C odpovedí v ROR protokole. V normálnom protokole je asi 1/4 C odpovedí, 2/3 D a 1/17 Dd odpovedí. Výskyt Dd odpovedí vždy znamená patologický znak. V niektorých prípadoch je výsledkom zvýšenej sebakontroly, trémy a podmienok testovej situácie. DmP odpovede poukazujú na opozíciu, konflikty s prostredím, agresivitu a pod. Dôkladnejšie zhodnotenie je možné v súvislosti so zážitkovým typom alebo výskytom zvláštnych fenoménov.

Sukcesia

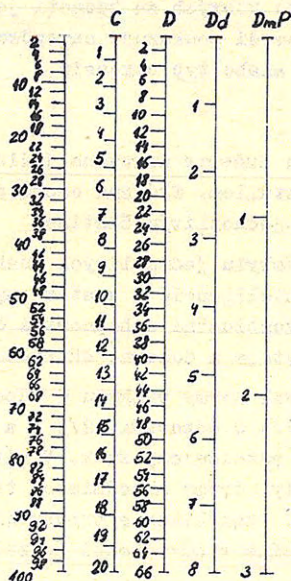
Rorschach na určenie typu postihovacieho spôsobu zaviedol pojem sukcesia, ktorým sa určuje poradie, ako sa prejavuje spôsob postihnúť k jednotlivým tabuľkám. Rozlišuje 5 druhov sukcesie, a to rigidná, usporiadaná, uvoľnená, roztrieštená a obrátená. Sukcesia je nezistiteľná v tom prípade, ak sme v protokole získali iba jednu odpoveď na každú tabuľku. Bohm /1951/, Tarcsayová /1940/ uvádzajú proporcionálne zastúpenie jednotlivých foriem percepcie, ktoré slúžia ako vodidlo pri určovaní sukcesie a postihovacieho typu. Podľa Tarcsayovej sa predpokladajú vzťahy medzi celkovými odpoveďami a jednotlivými elementmi postihovacieho typu.

Tabuľka 9

Postihovací typ

Počet
odp.

Jednotlivé elementy
postihovacieho typu



Na tabuľke je uvedené proporcionálne zastúpenie jednotlivých druhov odpovedí vzhľadom na celkový počet odpovedí. Tarcsayová, 1940.

Klopfer /1946/ navrhuje nasledovnú schému určenia sukcesie: O rigidnej sukcesii hovoríme vtedy, keď sa s.o. pridržiava schémy C-D-Dd pri všetkých 10 obrázkoch.

Ak tento metodický postup zisťujeme pri 7-9 obrázkoch, hovoríme o usporiadanej sukcesii, pri 3-6 o uvoľnenej a pri 0-2 o zmätenej.

Rigídna /prísna/ sukcesia predstavuje logický formalizmus, vernosť princípom, dôslednosť. V spojitosti s vysokým F+ poukazuje na úzkostlivosť, typickú pre obsedantné neurózy.

Usporiadaná forma sukcesie reprezentuje bežnú formu myslenia, preto sa najčastejšie vyskytuje u normálnych osôb. Vyskytuje sa pri organickom psychosyndróme a pri niektorých formách schizofrénie.

Uvoľnená sukcesia s nízkym F+ poukazuje na zníženú inteligenciu, s vysokým na umeleckú fantáziu. Uvoľnená sukcesia v spojitosti s FbF je mierou afektívnej lability.

Obrátená sukcesia D ku C sa vyskytuje u úzkostlivých osôb, ale v spojitosti s výskytom pohybových znamiená sklon k fantázii.

Zmätaná sukcesia je charakteristická pre schizofréniu alebo výraznú schizoidiu.

Postihovací spôsob interpretujeme vo vzťahu k iným kategóriám, pretože kvantitatívne zastúpenie jednotlivých znakov v schéme percepcie nadobúda kvalitatívnu hodnotu symptómového významu len pri komplexnom posúdení všetkých kategórií.

b/ Hodnotenie formy

Po zhodnotení postihovacieho spôsobu a typu sukcesie pristupujeme k určeniu formovej ostrosti, k určeniu podielu farieb na formovej produkcii, k zhodnoteniu pohybových odpovedí a napokon k diagnostike zážitkového typu. Tento zložitý vyhodnocovací postup sa robí podľa presných postupov, ktoré vypracoval Rorschach.

Úroveň formovej odpovede /F/ sa určuje podľa troch kritérií: výstižná forma F+, nepresná, zlá forma F-, neistá formová ostrosť F±. Formová ostrosť reprezentuje úroveň percepcie, preto jej percentuálne stanovenie má z diagnostického hľadiska veľký význam. F% je nepriamym ukazovateľom intelektovej úrovne. Pri výpočte formových odpovedí sa postupuje podľa vzorca:

$$F\% = \frac{/F+/.100}{/F+ / + /F- /} \quad /6/$$

napr. F = 14, F+ = 12, F- = 2

$$F\% = 1200 : 14 = 85,7\%$$

Druhým krokom je určenie účasti farby, tieňa a pohybu v obsahovej produkcii.

c/ Farbové odpovede

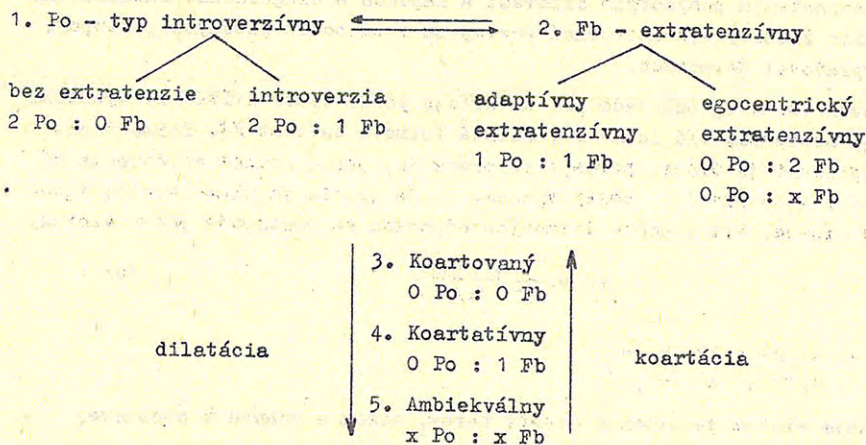
Pri hodnotení účasti farby na forme odpovedí sa vychádza z empirického poznatku, že odpovede krv, voda, oheň a pod., pri ktorých forma je zanedbaná, sa hodnotia ako čisté farbové odpovede. Tieto odpovede signujeme ako Fb /farbové/. Ak je farba i forma v rovnakej miere zastúpená v obsahovej produkcii, vtedy hovoríme o farbo-formovej odpovedi, signovanej ako FbF, a napokon, ak farba je len pridaná, prakticky nedeterminovala obsahovú produkciu, vyznačujeme ju ako formo-farbovú odpoveď, FFB. Zastúpenie farieb má v obsahovej produkcii rozhodujúci význam pri určovaní zážitkového typu. Rorschach určil jednotlivým druhom farbových odpovedí kvantitatívne hodnoty: Fb = 1,5; FbF = 1; FFB = 0,5 boda. Súhrnný počet všetkých hodnôt tvorí mieru farbových odpovedí.

d/ Pohybové odpovede

Tretím krokom je určenie výskytu pohybových produkcií, t.j. takých odpovedí, v ktorých rozhodujúcim determinantom bol pohyb, napr. tanečnica a pod. Výskyt pohybových odpovedí sa určuje v početnom vyhodnotení: jedna pohybová odpoveď = 1 bod. Za pohybovú odpoveď Rorschach pokladá len ľudský pohyb.

e/ Zážitkový typ

Na základe pomeru pohybových a farbových odpovedí Po:Pb Rorschach rozlišuje 5 základných zážitkových typov. Tieto podľa dominancie či už pohybu alebo farby môžeme deliť na podskupiny. Zážitkový typ uvádzame na schéme.



Zo schémy vyplýva, že zážitkový typ sa vyznačuje dvojakou polaritou: introverzia - extravergia; koartácia - dilatácia. Diagnostika zážitkového

typu je pomerne presná a je založená na pomerových vzťahoch.

Pri klinickej diagnostike vystačíme s určením pomeru farby a pohybu. Pôvodná Rorschachova klasifikácia predpokladá dva smery zážitkového typu introverzie a extratenzie, ktoré sú v podstate zhodné s Jungovou typológiou.

1/ Introverzívny typ /2 Po : 0 Fb/ je charakterizovaný produktívnou inteligenciou, stabilizovanou aktivitou, hlbokými interpersonálnymi vzťahmi v menšom okruhu stykov, zníženou prispôbivosťou. Typ x Po : 0 Fb predstavuje hlbokú introverziu ako pri depresii. Ide o typ bez prítomnosti extratenzie.

2/ Extratenzívny typ /0 Po : 2 Fb/ sa vyznačuje reproduktívnou inteligenciou, afektívnou prispôbivosťou, labilnou afektívnou, zmyslom pre realitu, širším okruhom stykov pri povrchnejších vzťahoch. Prehĺbením extratenzie vzniká egocentrický - extratenzívny typ /0 Po : x F/. Pokladá sa za chorobný typ pre oslabenú funkciu logického myslenia, nekoordinovanú afektívnosť a sugestibilitu. Objavuje sa pri defektnom intelektu, v senilnej demencii a pri schizofrénii.

Na základe koartácie a dilatácie Rorschach určuje 3 typy odstupňované zastúpením pohybových a farbových odpovedí:

3/ koartovaný typ /0 Po : 0 Fb/, ktorý je charakterizovaný afektívnou stereotypiou;

4/ koartatívny typ /1 Po : 0 Fb, 1 Po : 1 Fb/, ktorý sa vyznačuje depresívnym ladením;

5/ ambiekválny typ /x Po : x Fb/ reprezentuje manické naladenie a u zdravých tvorivú schopnosť.

Koartatívny typ /0 Po : 0 Fb/ a menej znížený /1 Po : 1 Fb/ sa vyznačujú využívaním vedomej pozornosti. Sú to jedinci charakterizovaní logickou disciplínou, útlmom emocionálnych prejavov, vysokou spoľahlivosťou.

f/ Diagnostika farbovej zložky zážitkového typu

Pri hlbšom rozboře zážitkového typu sa vychádza z Bashovho /1946/ triedenia farbových typov podľa toho, či sa Fb skladá z FFb, FbF, prípadne Fb. Od tejto skladby závisí vnútorná stabilita afektov. Bash rozoznáva lavý, stredný a pravý typ.

Tabuľka farbových typov

lavý typ:	12 FFb	0 FbF	0 Fb	
	10 FFb	1 FbF	0 Fb	= /Fb = 18/
	8 FFb	2 FbF	0 Fb	
	15 b	3 b	0 b	

stredný typ:

5 FFb	2 FbF	1 Fb	
4 FFb	4 FbF	0 Fb	= /Fb = 18/
<u>3 FFb</u>	<u>3 FbF</u>	<u>1 Fb</u>	
6 b	9 b	3 b	

pravý typ:

2 FFb	2 FbF	2 Fb	
1 FFb	1 FbF	3 Fb	= /Fb = 18/
<u>0 FFb</u>	<u>0 FbF</u>	<u>4 Fb</u>	
1,5 b	3 b	13,5 b	

Jednotlivé typy sú určené pomocou FFb, FbF, Fb v početnom zastúpení a v bodovom vyjadrení. Ľavý typ je dominantne zastúpený FFb odpoveďami, stredný typ FbF a pravý typ Fb odpoveďami, pričom hodnota Fb odpovedí je vo všetkých typoch konštantná /18/.

Bashove typy farieb majú skôr výskumný ako diagnostický význam. Ich využitie v diagnostike slúži na objasnenie emocionálnej zložky osobnosti vzhľadom na aktuálny stav a psychopatologické zmeny osobnosti. Hoci zážitkový typ je relatívne stabilný, mení sa pod vplyvom drog, alkoholu a pod.

Stančák, Fraenkel /1961/ zistili pri štúdiu účinku alkoholu na štruktúru osobnosti zmenu v zážitkovom type. Pod vplyvom alkoholu sa prejavili dva faktory, a to faktor formy a faktor farby. Faktor formy predstavoval zmenu zážitkového typu v smere koartívnom. Pri faktore farby pre dominanciu farebných odpovedí došlo k zmene zážitkového typu v smere extratenzívnom. Ukázalo sa, že hlavným regulátorom zmeny zážitkového typu boli intelektové a emocionálne funkcie.

Jednotlivé zložky zážitkového typu, čiže determinanty, reprezentujú črty, vlastnosti a funkcie osobnosti, preto ich interpretácia má kľúčový význam v diagnostike štruktúry osobnosti a prípadných chorobných zmien.

F+ je ukazovateľom intelektu, F- zasa poukazuje na zmeny osobnosti organicky podmienených, ale objavujú sa aj pri neurotických zmenách osobnosti. Pohybové odpovede predstavujú kreatívne schopnosti a vnútorné zážitkové bohatstvo. Farebné odpovede sú odzrkadlením afektivity. Odpovede typu FbF sú prejavom labilnej afektivity alebo náladovosti. Fb odpovede sú mierou impulzivitu alebo tzv. surových emócií.

g/ Obsahové odpovede a ich zhodnotenie

Obsahy jednotlivých odpovedí začleňujeme do príslušných kategórií, ktoré vyhodnocujeme percentuálnym zastúpením z celkového počtu odpovedí. Napr. ak je pri 21 odpovediach v ROR zastúpených 9 Z a 3 Zd, výpočet robíme podľa vzorca:

$$\frac{Z + Z_d}{\text{odp.}} \cdot 100 = 1200 : 21 = 57\%$$

/7/

Z je zvieracia odpoveď, Z_d je zvierací detail, odp. je počet všetkých odpovedí.

Týmto spôsobom sa určuje aj percentálne zastúpenie originálnych a populárnych odpovedí.

V obsahovej zložke sústreďujeme pozornosť na variabilitu obsahu a percentuálne zastúpenie takých obsahov ako sú zvieratá, človek, anatomicke sexuálne produkcie, rastliny a pod. Obsah odpovede je stále stredobodom poznosti a záujmu, pretože otvára možnosti získania hlbších informácií o osobnosti vyšetrovaného. Najväčšia pozornosť sa venovala takým obsahom, ktoré boli zaradené do symptomatologického okruhu zvláštnych fenoménov.

h/ Zvláštne fenomény

Zvláštne fenomény sú také faktory v Rorschachovom teste, ktoré nie je možné číselne merať, vážiť, ale pre ich psychopatologickú hodnotu majú veľký význam pri posúdení protokolu. Väčšinu zvláštnych fenoménov určil Rorschach. Početní bádatelia rozšírili význam zvláštnych fenoménov. Bohm /1951/ uvádza 72 zvláštnych fenoménov. Počet zvláštnych fenoménov sa neustále rozširuje a prehľbuje sa ich psychopatologická interpretácia. Dobrotka /1957/ rozpracoval defektné produkcie. Stančák /1957/ sa zaoberal problematikou sexuálnych obsahov ako aj obsahmi homocídnymi /Klím, Stančák, 1960/.

k/ Diagnostický význam populárnych a originálnych odpovedí

Rorschach pod pojmom populárne odpovede chápe také interpretácie, ktoré udáva každá tretia osoba. Populárne odpovede udávame v číslach výskytu a percentuálne sú empiricky stanovené pre každú tabuľku /Rorschach, Klopfer a ďalší/. Sú meradlom intelektuálneho kontaktu.

Neiger /1953/ zaviedol pojem realitný index /RI/, ktorý je určený počtom bodov dosiahnutých pri ROR vyšetrení. Ak sa vyskytne pri tabuľke III, V, VIII a X populárna odpoveď ako prvá, hodnotí ju 2 bodmi, ak je táto odpoveď v poradí druhá 1 bodom a pri absencii populárnej odpovede 0 bodov. S.o. môže dosiahnuť maximálne 8 bodov, ale za najoptimálnejší RI sa pokladá 6 bodov. RI index vyjadruje mieru kontaktu s realitou, avšak samotný nemá diferenciálno-diagnostický význam.

Podľa Rorschacha za originálne odpovede môžeme pokladať interpretácie, ktoré získavame u jednej zo 100 vyšetrených osôb. Originálne odpovede /Orig.+%/ poskytujú obraz o zameraní záujmov a o všeobecnom vzdelaní. Orig.-, zlé originály sa najčastejšie vyskytujú pri neurotickom, organickom alebo schizofrenickom narušení kontroly reality.

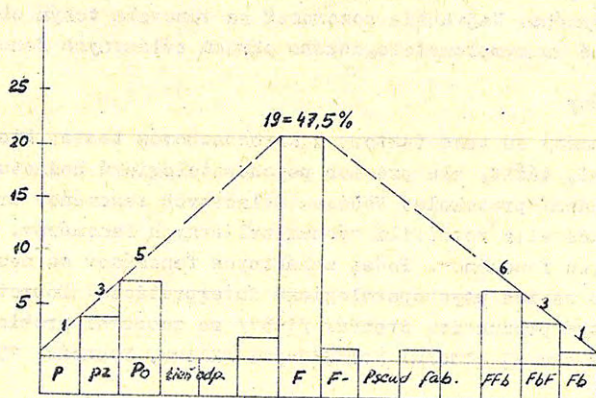
Z uvedeného náčrtu vyplýva, že podmienkou spoľahlivého posúdenia ROR testu je komplexná analýza všetkých ROR znakov.

Komplexné hodnotenie všetkých faktorov nám umožňuje vyčleniť prostredníctvom psychogramu diagnostické modely.

8. Diagnostika osobnosti prostredníctvom ROR

Graf 7

Štruktúra osobnosti



Graf predstavuje štruktúru osobnosti podľa determinát Rorschacha. Modifikované podľa Mönks, 1950.

Legenda: P = pohyb predmetov
 Poz = pohyb zvierat
 Po = ľudský pohyb
 tieňované odpovede
 čísla 1,3,5 = body

F = forma
 F- = zlá forma
 Fb' = pseudofarbové odpovede
 FFb = formo-farbové odpovede
 FbF = farbo-formové odpovede
 Fb = farbové odpovede
 čísla 1,3,6 = body
 F je určená numericky
 a percentuálne

Rorschachove vyšetrenie umožňuje diagnostiku osobnosti, jej základných črt, ktoré determinujú ľudské správanie. Črty osobnosti zisťované Rorschachovou metódou sú pokladané za základné a vystupujú v charakteristickej konfigurácii, ktorá sa hodnotí ako typ osobnosti. Pri hodnotení osobnosti sa berie do úvahy veľký počet znakov, ktoré reprezentujú či už teoretickú normu, typ alebo odlišnosť od normy, najmä v prípadoch, keď jedinec prekonal niektorú formu z duševných porúch alebo chorôb. Mons /1950/ navrhuje grafické rozloženie Rorschachových znakov, určené v kvantitatívnych jednotkách pre názornejšie posúdenie štruktúry osobnosti.

Ako vyplýva z grafu, štruktúra osobnosti je znázornená prostredníctvom základných determinánt prehodnotených podľa bodových jednotiek, ktoré sú oddiferencované navzájom piatimi bodmi. Najvýraznejšie je zastúpená forma, pretože formová ostrosť odzrkadľuje intelektovú zložku. Na ľavej strane sú uvedené hodnoty pohybových produkcií ako aj tieňové odpovede. Do jednej skupiny sú zaradené v štruktúre osobnosti preto, že sa hodnotia ako výsledok procesu alebo funkcie obrazotvornosti, prípadne ako reakcie na uvedomennú alebo neuvedomennú depresiu. Na pravej strane grafu sú zhrnuté farebné odpovede všetkých typov podľa Klopferovho skórovania.

Detailnejšia analýza osobnosti sa určuje podľa spôsobu sukcesie, typu prežívania, obsahovej zvláštnosti a rozmanitosti. Ďalej sa robí podľa výsledku symptomatologických odpovedí charakterizujúcich zvláštnosti osobnosti, na ktoré usudzujeme podľa obsahovej svojráznosti, ktoré sú známe ako zvláštne fenomény.

9. Diagnostické modely

Diagnostické modely predstavujú zoskupenie znakov, ktoré zovšeobecňujú jednotlivé diagnostické kategórie ako sú neurozy, schizofrénie, organický psychosyndróm a pod.

Goldfried a spol. /1971/ uvádzajú charakteristické znaky niektorých klinických syndrómov. Dosiaľ je všeobecne akceptovaných päť skórovacích systémov neurotických zmien osobnosti pre ich diagnostickú spoľahlivosť a platnosť. Miale a Harrower-Erikson /1940/ vypracovali skórovací systém neuroz, ktorý identifikuje neurozy a diferenciálne diagnosticky ich odlišuje od iných psychopatologických syndrómov.

Vychádzajúc z predpokladu, že všetky neurozy sa vyznačujú spoločnými symptómami, a to: 1/ nedostatkom vnútornej stability, 2/ infantílnou adaptáciou, 3/ neschopnosťou prispôbovania sa prostrediu, 4/ symptómami úzkosti a tenzie, 5/ obmedzenosťou spontaneity, stereotypie a pod.

Na základe štúdia zdravých a neurotikov vyčlenili 9 neurotických znakov, reprezentujúcich neurozy:

1. odp. < 25
2. Pohyb /Po/ < 2
3. FPo > Po
4. F% $\geq$ 50
5. Zlyhanie
6. FFb < 2
7. Z% $\geq$ 50
8. Farbový šok
9. Tieňový šok

2. Munroeová /1941, 1944/ vyčlenila 27 symptómových znakov. 3. Davidsonová /1943/ uvádza zoznam 17 znakov, ktoré využíva ako index adjustácie. 4. Muench /1947/ sa zamerail na vytvorenie diagnostického modelu pre osobnostnú a sociálnu adjustáciu a pre každú z nich vytvoril po 11 odlišných diagnostických znakov. 5. Fischer /1950/ podobne ako Munroeová, Davidsonová a Muench sa zamerail na vytvorenie skórovacích kritérií na základe Rorschachových znakov, ktoré sú klinicky pokladané za indikátory rozličného stupňa osobnostnej maladjustácie. Všetkých päť uvedených systémov alebo modelov neurózy spĺňa kritériá dobrej reliability zistovanej retestovou metódou, ako aj kritériá validity.

Suicídium

Denne na samovraždu umiera na svete okolo 1000 ľudí, 10 000 sa o ňu pokúša a okolo 50 000 sa samovraždou vyhrožuje. S rozvojom technickej revolúcie súvisí aj zvyšovanie počtu samovrážd a samovražedných pokusov. Problém suicídia sa prelína do viacerých vedných odborov, medzi ktorými má primárne postavenie klinická psychológia. Výskum suicídií podmienil vznik psychopatologických teórií, ktorých podstata spočíva v určení črt osobnosti predikujúcich jedinca k samovražednému konaniu pod vplyvom prostredia. Pri výskume presuicidálneho syndrómu, presuicidálnych osobnostných črt sa využíval Rorschachov test /Stančák, 1975/. Vznikli viaceré modely a systémy indukujúce suicidálne správanie.

Rorschachove indikátory suicídia, ktoré uvádzajú rozliční autori, rozdelujeme do troch skupín:

1/ Znaký alebo konfigurácie vychádzajúce z formálneho skórovania protokolov /Appelbaum a Holtzman, 1962, Beck, 1945, Kruger, 1954, Martin, 1951, Piotrowski, 1950, Rabin, 1946/.

2/ Znaký špecifického obsahu, o ktorých sa predpokladá, že odrážajú suicidálne tendencie /Costello, 1958, Fleischer, 1957, Lindner, 1946, Sapolský, 1963/.

3/ Indikátory ROR, ktoré berú do úvahy tak formálne ako aj obsahové elementy protokolu /Hertzová, 1948, White a Schreiber, 1952/.

Beck /1945/ na základe protokolov ROR hypoteticky predpokladá, že suicídne správanie sa vyznačuje úzkosťou, vnútorným konfliktom, neurotickou štruktúrou a zvýšenou inteligenciou. Vychádzajúc z Beckových hypotetických predpokladov Sakheim /1955/ a Fleischer /1957/ určili nasledovné indikátory suicídia v ROR metóde:

1. Výrazná úzkosť /tieňované šoky/
2. Neurotická štruktúra osobnosti /tendencie k zlyhaniu/
3. Vnútorný konflikt, ktorého indikátorom je farebný šok
4. Zmnožené pohybové odpovede
5. Tieňovaný šok na tabuľke IV zahŕňa aj tendenciu k zlyhaniu, predĺženie reakčného času a F- odpovede.

Fleischer /1957/ uvádza, že na základe prítomnosti štyroch z piatich znakov je možné oddiferencovať skupinu, ktorá sa pokúsila o samovraždu, prípadne ktorá sa suicídiom vyhŕžala, od skupiny bez znakov suicídia.

Martin /1951/ empiricky odvodil 17 znakov, ktoré signifikantne /na 1% úrovni/ diferencujú súbory s prekonaným samovražedným pokusom od neurotických súborov.

Zoznam znakov:

1. Počet D odpovedí je buď menší ako 6, alebo vyšší ako 20;
2. +D% je buď menšie ako 60, alebo vyššie ako 79;
3. ++ Počet FbF odpovedí je buď 1, alebo 2;
4. Celkový počet farebných odpovedí je vyšší ako 1;
5. ++ Vážená hodnota Fb je vyššia ako 1,0, ale menšia ako 3,5;
6. ++ Fb a/ alebo FbF odpovede sa objavujú po prvýkrát na karte VIII, IX, alebo X;
7. ++ Fb b/ alebo FbF odpovede sa v protokole objavujú, ale počet Jt a T /textura/ je 0;
8. Počet FFb a FbF odpovedí je menší ako 1;
9. Počet Jt je menší ako 1;
10. ++ Počet Jt a počet T sú menšie ako 1;
11. Diferencia medzi Po a Fb je menšia ako 1,5;
12. Celkový počet Č a Čd odpovedí je vyšší ako 6;
13. Počet obsahových kategórií je buď menší ako 6, alebo vyšší ako 13;
14. Pomer odpovedí na tabuľky VIII, IX, X k celkovému počtu odpovedí je vyšší ako 29%;
15. Počet V odpovedí je buď menší ako 3, alebo vyšší ako 6;
16. + Počet V odpovedí je menší ako 3 a F+% je vyšší ako 60%;
17. + Priemerný čas prvej odpovede na každú tabuľku je kratší ako 27 sekúnd.

Dvoma krížikmi sú označené znaky, ktoré výrazne diferencujú skupiny, jedným tie, ktoré diferencujú menej a neoznačené sú tie znaky, ktoré neprešli validizačnými štúdiami.

Martin /1951/ rovnako ako Daston a Sakheim /1960/ pokladajú za postačujúce k rozlíšeniu, ak je prítomných 7 alebo viac znakov. Ich výskyt predstavuje nebezpečenstvo suicídia.

Piotrowskeho /1950/ systém indikátorov suicídia predpokladá výskyt dvoch a viacerých tieňovaných odpovedí, $F+\%$ je nižšie ako 70, percento celkových odpovedí je vyššie ako 30 a počet farebných odpovedí je vyšší ako 2,5.

Ukázalo sa, že na základe 3-4 znakov nie je možné spoľahlivo diferencovať skupiny so suicidálnym pokusom, pretože podobná matica sa vyskytuje aj v iných skupinách.

Rabin /1968/ na suicidálne tendencie usudzuje na základe výskytu šokových fenoménov - farebného a tieňovaného. Appelbaum a Holtzman /1962/ pokladajú tieňované farby za patognomický znak a súčasne aj ukazovateľa suicidálnych tendencií. Ďalšími výskumami sa táto hypotéza nepotvrdila.

10. Indikátory vychádzajúce z obsahu

Lindner /1946/ pokladá IV. tabuľku za odhaľujúcu depresiu a suicidálne tendencie, ak sa získavajú k nej patognomické odpovede morbidného typu ako sú "skazené zuby, čierny dym, rozlámány a hnijúci kus dreva".

V našom výskume sa tento predpoklad nepotvrdil, pretože sme morbidné odpovede tohto druhu nezistili /Stančák, 1961/. Mnohí autori pokladajú morbidné odpovede za indikátory suicídia /Fleischer, 1957, Hertzová, 1948, Sakheim, 1955, White a Schreiber, 1952/. Sapolskeho /1963/ a Costellov /1958/ výklad obsahov neobjasňuje diagnostickú suicidálneho konania.

Kombinované obsahové a formálne indikátory

Hertzová /1948, 1949/ stanovila pôvodne 14 indikátorov suicídia, z ktorých 4 vylúčila pre nedostatočnú diskriminačnú silu. V poslednej verzii uvádza: 1/ neurotickú štruktúru, 2/ výraznú anxiétu, 3/ depresívne stavy, 4/ konstrikciiu, 5/ akútny konflikt, 6/ nutkavé stavy, 7/ agitovanosť, 8/ tendencie k rezignácii, 10/ únik od sveta.

Fischer /1951/, Sakheim /1955/ sa kriticky vyjadrujú o Hertzovej konfigurácii suicídia pre ich všeobecnú symptomatológiu neuroticko-úzkostno depresívnu. Ak sa polovica symptómov objavuje, je dôvodné podozrenie na nebezpečie suicídia.

11. Model schizofrénie

Diferenciálna diagnóza podľa ROR testu má dlhú históriu. Sú známe početné práce, ktoré oboznamujú čitateľov s diagnostickými modelmi na iden-

tifikáciu schizofrénie. Rapaport /1946/ sa pokúsil o vytvorenie modelu schizofrénie v ROR teste.

Piotrowski /1950, 1955/ vytvoril alfa index s cieľom identifikovať incipientné a pseudoneurotické formy schizofrénie v prípade, keď klinický obraz je nejasný alebo maskovaný. Alfa index diferencuje neurózy a psychózy, ako aj organické poškodenie mozgu. Abrams /1964/ na základe svojich porovnávacích štúdií poukázal na obmedzenú možnosť použitia Piotrowskeho alfa indexu na identifikáciu schizofrénie, pretože ho možno aplikovať len v niektorých prípadoch, kde sa dosiahne potrebné skóre.

Thiesen /1952/ vyvinul ROR model schizofrénie, ktorý obsahuje:

- a/ tri alebo viac anatomických odpovedí, 4 a viac sexuálnych odpovedí;
- b/ F+% je menšie ako 69;
- c/ žiadne Fb, alebo V a Z% je menšie ako 40;
- d/ anat. F% menšie než 69, Z% menšie ako 40 a viac ako 5 V odpovedí;
- e/ jedna alebo viac DC odpovedí a žiadne FFb odpovede.

Prítomnosť niektorého alebo viacerých znakov modelu poukazuje na diagnózu schizofrénie. Uvedená kombinácia znakov sa zriedkavo vyskytuje v individuálnych protokoloch, preto aj diagnostické využitie týchto modelov je obmedzené.

Delta index

Watkins a Stauffacher /1952/ vytvorili delta index na identifikáciu patologického deteriorovaného myslenia. Každá odpoveď alebo chyba v ROR protokole je skórovaná len podľa výskytu alebo nevyjadrenia sa /neprejavania sa/. Delta index obsahuje 15 odpovedí. Sú to tieto typy: 1. fabulizovaná, 2. fabulizovaná kombinovaná, 3. konfabulácia, 4. kontaminácia, 5. autistické myslenie, 6. zvláštna verbalizácia, 7. bizarná verbalizácia, 8. neurčité odpovede, 9. konfúzne odpovede, 10. inkoherencia, 11. symbolika, 12. vzťahové verbalizácie, 13. absurdné odpovede, 14. farbová deteriorácia, 15. narušená konceptuálnosť. Nedostatkom tohto diagnostického systému je, že ho môžeme použiť iba v stave akútnej psychózy, pretože v nepsychotických stavoch sa symptómy delta indexu neprejavujú ako organický psychosyndróm. Mnohí autori sa sústredili na určenie ROR znakov organicity, najmä Piotrowski /1957/, Hughes /1948/ a ďalší.

12. Model psychoorganického syndrómu

Piotrowski /1937/ pri štúdiu organického psychosyndrómu vyčlenil 10 znakov organického poškodenia mozgu:

- 1. Odp. počet odpovedí menší ako 15;
- 2. RČ - latentná doba dlhšia ako minúta;

3. Po - pohyb chýba, alebo je 1;
4. Fb - menovanie farieb;
5. F+% - nižšia ako 70;
6. V% - populárne odpovede pod 25%;
7. Opakovanie /prvá forma dobre, nasledujúce zle/;
8. Zlyhanie /neschopnosť dať odpoveď/;
9. Perplexity /neschopnosť vysvetliť tabuľku, napr. dva psy, hovorí "milujem psov";
10. Automatické frázy.

Napriek tomu, že Piotrowského znaky majú špecifický význam, nie je možné diagnostikovať organický psychosyndróm iba na základe týchto znakov. Hughes /1948/ vytvoril teoretický model 14 znakov organicity, z ktorých je 7 identických s Piotrowského znakmi. Skóre pod tri vylučuje organické poškodenie mozgu. Dörken a Kral /1952/ vyčlenili 7 znakov organickej lézie v ROR teste.

Aita a spol. /1947/ vyčlenili 9 znakov organicity. Evans a Marmorston /1964/ zozbierali všetky známe znaky organicity a zostavili zoznam 46 znakov, z ktorých 26 diferencuje organický psychosyndróm od neorganického na 1% hladine významnosti.

Z uvedeného prehľadu vyplýva, že ani jeden psychodiagnostický model nevystihuje celkom spoľahlivo psychopatológiu diagnostických okruhov. Je to podmienené viacerými činiteľmi. Skúsenosti ukázali, že v priebehu ROR vyšetrenia sa nemusí prejaviť v celom rozsahu klinický obraz. Duševne chorý v určitom štádiu choroby je schopný korekcie na určitú dobu asi 30 minút. Tento fakt vysvetľuje okolnosti, prečo sa v teste neprejavili klinické symptómy, zistené klinickou metódou. Zásluhou kompenzačných mechanizmov vystupujú do popredia relatívne zdravé zložky osobnosti. ROR metóda je metódou osobnosti a ňou sa odhaľujú aj iné zložky osobnosti, ktoré zastierajú tzv. čistý klinický obraz, či už neurozy, schizofrénie, organického poškodenia mozgu alebo suicidálnej poruchy osobnosti.

Napriek uvedeným nedostatkom jednotlivých diagnostických systémov a modelov tento trend vývoja ROR metódy tvorivým spôsobom rozvinul teóriu i praktickú aplikáciu tejto dosiaľ neprekonanej projektívnej metódy, predovšetkým získaním tzv. normatívnych dát, objektivizovaných hodnotami reliability a validity.

13. Reliabilita ROR testu

Reliabilita ROR testu bola mnohonásobne prebádaná. Fosberg /1941/ pri štúdiu reliability po štvornásobnom vyšetrení tých istých osôb dosiahol korelačné hodnoty v rozsahu 0,80 - 0,90. Prvý pokus urobil za štandardných podmienok, druhý s návodom urobiť čo najlepší dojem, tretí s návodom urobiť čo najhorší dojem a štvrtý so zreteľom na zvláštne detaily. Vernon /1933/ pri výskume reliability aplikoval metódu split-half. Porovnával tabuľky I, III, V, VI, X a II, IV, VII, VIII, IX. Korelačné koeficienty boli v rozpätí 0,33 až 0,91. Pri porovnaní hlavných ROR kategórií hodnoty korelačných koeficientov boli v rozpätí od 0,70 - 0,80.

Hertzová /1934/ robila split-half metódou s delením 20 ROR znakov. Koeficienty reliability sa pohybovali od 0,67 - 0,97. Jensen /1959/ pri štúdiu reliability na súbore schizofrenikov získal koeficient reliability 0,52. Z krátkého prehľadu vyplýva, že koeficienty reliability metódou split-half sú nekonštantné.

Väčšina výskumov zameraných na štúdium reliability využívala metódu test-retest v rozličnej časovej variácii. Hertzová /1934/ skúmala reliability 6 skóre v súbore 145 osôb a po dvojtyždňovom odstupe získala korelačné koeficienty pre jednotlivé znaky C% 0,83, D% 0,80, DmP% 0,76, Po% 0,61, Fb% 0,74, F% 0,77.

Swift /1944/ zistil korelačný koeficient v rozsahu 0,59 - 0,83. Baker, Creager /1954/ zistili medián reliability 0,78. Goldfried a spol. /1971/ uvádza, že v rokoch 1951 - 1955 bolo 168 štúdií zameraných na reliability a validitu. Reliabilita bola skúmaná metódou test-retest po rozličných časových odstupoch. Výskum reliability sa uberal dvoma smermi. Porovnali sa znaky ROR metódy a celé systémy diagnostických znakov. Hodnoty reliability ukázali, že diagnostické modely majú prediktívny význam pri diagnostikovaní hostility, úzkosti, homosexuality, suicidia, neurózy, schizofrenie, psychopatie, depresie, organického psychosyndrómu.

14. Validita ROR testu

Väčšina štúdií validity sa zameriavala na skórovací systém a na platnosť ROR metódy ako diagnostického nástroja v praktickej klinickej

diagnóze. Pri štúdiu validity sa využívali typy validity predikčnej a diagnostickej.

Z uvedeného vyplýva, že štúdium pravdepodobnej zhody medzi výsledkom testu a tým, čo máme pomocou testu zistiť, potvrdil diagnostickú hodnotu ROR metódy. V porovnávacích štúdiách s "blind diagnózou" sa zistila zhodnosť v 98% hlavnej diagnózy a v jednotlivých čiastkových diagnózach v 85% /Bohm, 1951/.

Je známe, že validita testu je závislá od interpretátora, od jeho schopnosti objektívne interpretovať výsledky v zhode s východiskovou teóriou osobnosti. Interpretátor však nevystupuje natoľko do popredia pri validizačných štúdiách za predpokladu, že protokoly sú vyhodnocované odborníkmi s dostatočnými praktickými a teoretickými skúsenosťami s administráciou a interpretáciou protokolov.

15. Prednosti a nedostatky ROR testu

Prednosti ROR testu spoívajú v možnosti využitia určitej teórie osobnosti pri interpretácii jednotlivých znakov ROR, ako aj v globálnom zhodnocovaní základných diagnostických kategórií v rutinej klinickej praxi a v experimentálnom výskume. Prax ukázala, že ROR najcennejšie informácie poskytuje vo forme určenia zážitkového typu. Formy zážitkového typu odzrkadľujú štruktúru osobnosti a jej zmeny v prípade duševnej choroby. Z praktických poznatkov vyplýva, že zmena zážitkového typu v smere koartácie, napr. pri endogénnych depresiách a jeho úprava po liečení, je mierou hĺbky choroby a vyliečenia.

ROR metóda pre široké aplikačné možnosti sa na celom svete využíva predovšetkým v klinickej psychológii, v diferenciálno-diagnostickej praxi a vo výskume. Je indikovaná všade tam, kde sa vyžaduje pohľad na štruktúru osobnosti. Nachádza svoje uplatnenie aj v poradenskej praxi, predovšetkým pri určení prognózy v jednotlivých povolaniach, najmä v priemysle, v doprave, vo vojenských profesiách a pod.

Podmienkou vedecky a prakticky užitočného využitia ROR testu je hlboká znalosť nielen administrácie, interpretácie, ale aj teórií osobnosti a psychopatológie. ROR test nie je univerzálnou metódou určenia diagnózy, pretože pre svoj široký pohľad na osobnosť sa nevyklučujú mož-

nosti mýlnych interpretácií a nespoľahlivých diagnóz. Toto nebezpečie sa znižuje, keď klinický psychológ pristúpi k štúdiu metódy po viacročnej klinickej skúsenosti s inými diagnostickými metódami. Empiricky sa predpokladá, že k štúdiu ROR metódy by mal klinický psychológ pristúpiť po 1 - 2 ročnej klinickej praxi. Je právom zaraďovaná medzi najťažšie psychodiagnostické metódy, preto po jej teoretickom zvládnutí môže psychológ pristúpiť k pokusnému administrovaniu a interpretácii aspoň 20 ROR protokolov.

B. Modifikácie Rorschachovho testu

Modifikované testy rozdeľujeme do troch skupín:

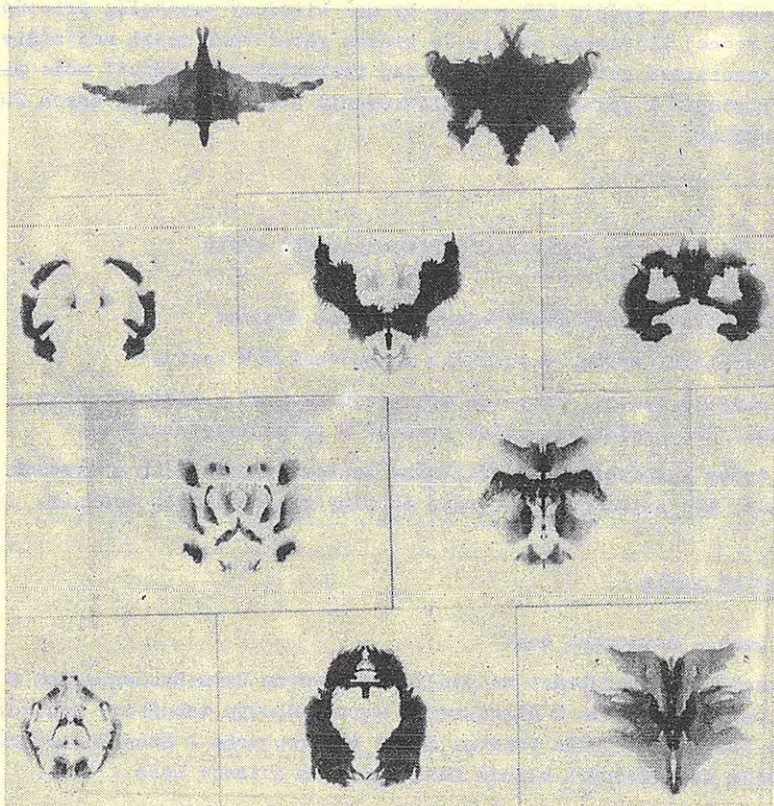
1. paralelná séria, v podstate rovnocenná ROR testu;
2. skupina testov, ktoré sa vyznačujú zmenami v administrácii a interpretácii ROR produkcií, avšak pracujú s pôvodnými tabuľkami;
3. testy vychádzajúce z odlišného testového materiálu a systému hodnotenia, ale zapadajúce do tejto skupiny projektívnych techník.

1. Paralelná séria

a/ Behn - Rorschach test

Rorschach v spolupráci so svojim asistentom Behn-Eschenburgom zostavili paralelnú sériu k štandardným Rorschachovým tabuľkám. Kontrolná séria je pomenovaná podľa tvorcov Behna a Rorschacha - Behn-Rorschach, alebo podľa začiatočných slabík mena oboch autorov BeRo - test.

Behn-Eschenburg predčasne zomrel /1932/. Získaný materiál s paralelnou metódou literárne nespracoval. Zulliger, priateľ Behn-Eschenburga a spolupracovník Rorschacha literárne spracoval výsledky Behn-Rorschachovej metódy. Roku 1941 uverejnil manuál k BeRo testu, ako aj porovnávacie výskumy s ROR testom. Porovnávacími výskumami dokázal, že paralelná séria spĺňa kritériá kontrolného testu. Porovnal BeRo a ROR podľa viacerých znakov a nezistil významné rozdiely. Eichler /1951/ pri štúdiu reliability retestovou metódou po 20 dňovom odstupe porovnal BeRo test v nasledovných kombináciách: BeRo-ROR, ROR-BeRo, ROR-ROR. Porovnával 12 hlavných kategórií a získal nasledovné korelácie: BeRo-ROR /0,65/; ROR-BeRo /0,56/ a ROR-ROR /0,68/.



Na obrázku je fotokópia BeRo tabuliek.

Zulliger: Behn-Rorschach test. H. Huber, Bern 1941.

Medzi hodnotami korelácií neboli štatisticky významné rozdiely. Zistenia potvrdzujú hypotetický predpoklad, že BeRo a ROR test sú pri rovnakých kritériách skórovania paralelné metódy.

Na základe vlastného 20 ročného longitudinálneho výskumu /dosiaľ nepublikovaného/ sme došli k záveru v zhode s literárnymi poznatkami, že BeRo test je rovnocennou metódou. Využitie paralelnej série je široké v diferenciálno-diagnostickom procese a vo výskume.

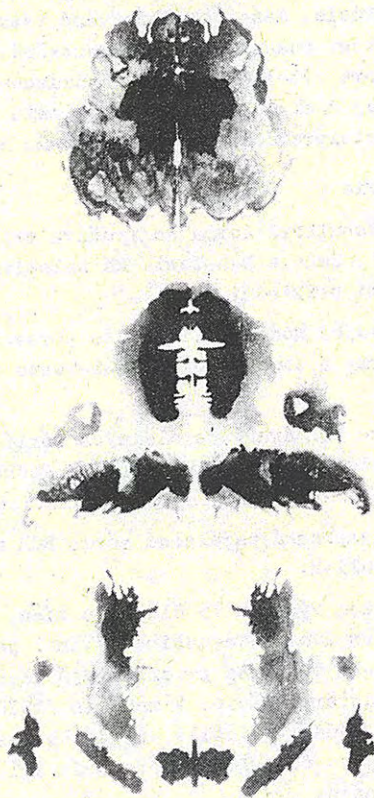
Aj keď ide o adekvátny alternatívny test v porovnaní so štandardným ROR testom, nenašla táto paralelná séria také uplatnenie v rutínnej a výskumnej praxi ako klasický Rorschachov test.

b/ Zulligerov Z - Test

Zulliger vypracoval vlastnú 3 obrázkovú variantu Rorschachovho testu v dvoch verziách pod názvom Z - Test /Zulliger Test/; Zulliger Diapositiv - Test /Dia - Z - Test, 1948/, Der Tafeln - Z - Test /T - Z - T, 1954/.

Obr. 20

Dia Z-test - tabuľky



Obrázková predloha k Dia-Z-testu.

Zulliger, H. Der Diapositiv-Z-Test, H. Huber, Bern 1948.

Z podnetu švajčiarskej armády vypracoval skupinový test, pretože ROR test a BeRo test nebolo možné prispôsobiť pre skupinové vyšetrenie. Dia-Z-Test vyvinul ešte roku 1942, ale uverejnil ho až roku 1948. Mal niekoľko sérií. Prvá verzia sa skladá zo štyroch obrázkov, druhá zo šiestich, posledná z troch, tieto boli štandardizované na 800 subjektoch.

Diapozitívy sa premietajú skupine 12 - 25 osôb. Prvý obrázok je šedo-čierny, druhý je doplnený červenou, zelenou a hnedou farbou, tretí je čiernej a červenej farby.

Zulliger predpokladá, že I. tabuľka podmieňuje najmenej jednu celkovú odpoveď, II. farebné produkcie a tretia najmenej jednu pohybovú odpoveď.

Skórovací systém je síce principiálne zhodný s ROR metódou, ale je doplnený o niektoré modifikácie. Naše nepublikované výskumy svedčia o tom, že Zulligerov diapozitívny test poskytuje len orientačné informácie o štruktúre osobnosti. Je vhodný pre výber osôb a ich zatriedenie do skupín, ale neosvedčuje sa pri precíznej analýze osobnosti pre malú produkciu odpovedí. Pri psychopatologickej interpretácii sa pridržujeme Bohmových kritérií.

c/ Iné paralelné série

Zulligerova /1969/ tabuľková forma sa využíva pri individuálnom vyšetrení. Vhodne dopĺňa ROR, BeRo a D-Z-Test. Má náležité rozpracované skórovanie doložené početnými príkladmi.

Salomon /1962/ vo svojej monografii uvádza porovnávacie štúdie tabuľkovej a diapozitívnej formy a zhodnotenie Dia-Z-Testu v klinickej diagnostike. .

V literatúre sú známe tri druhy paralelných sérií, a to: 1. Harrower Psychodiagnostic Inkblot Test /HPI, 1948/; 2. Der Fuchs-Rorschach-Test /FuRo, 1958/; 3. The Kataguchi-Rorschach /KaRo/ Inkblot Test /1970/.

Americká, nemecká i japonská paralelná séria ROR metódy zachováva štandardnú skladbu 10 tabuliek.

Ka-Ro test je výsledkom výskumu 15 členného tímu, ktorý v rokoch 1962 - 1969 pod vedením Jasufumi Kataguchiho vyvinul japonskú verziu ROR testu. Japonskí autori Ka-Ro testu sa pridržávajú Klopferovho systému administrácie skórovania a interpretácie. V manuále /1970/ Psychopsy, uvádzajú výsledky porovnávacích štúdií. Zistili, že Ka-Ro test v porovnaní s ROR vykazuje niektoré rozdiely vo formálnom skórovaní. Pri Ka-Ro sa častejšie objavuje tendencia k zlyhaniu.

2. Metódy rozličnej administrácie ROR testu

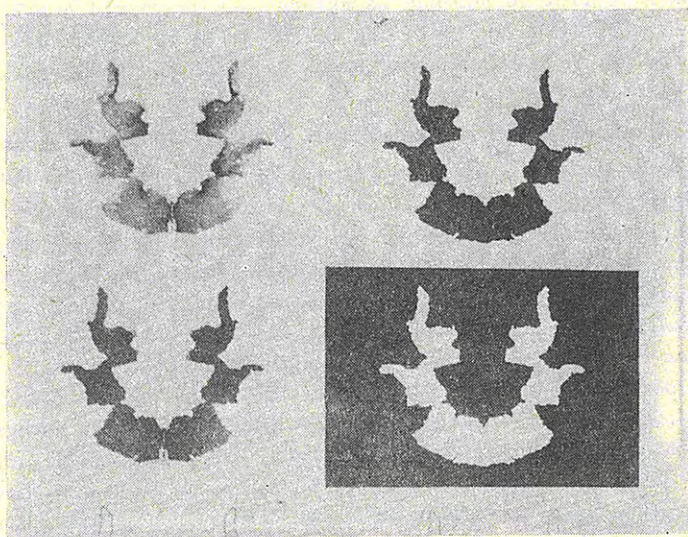
Do druhej skupiny patria skórovacie systémy preferujúce psychometrické kritériá: a/ Eysenckov Ranking Rorschach Test /1947/, b/ Munroeovej

/1953/, c/ Stonov /1953/ objektívny ROR test. Testy spočívajú v tom, že s.o. z predložených možných odpovedí na každú tabuľku vyberie jednu, ktorú pokladá za najpriliehavejšiu. Výsledky sa spracúvajú strojovou technikou.

Baughman /1958/ vypracoval odlišný spôsob ROR vyšetrenia, ktorý spočíva v tom, že sa s.o. predkladá každá tabuľka v 6 verziách ako je to uvedené na obrázku.

Obr. 21

Modifikované predlohy Rorschacha



Modifikácia tabuľky 7 uvedená podľa Baughmana, 1958.

Podstata opätovného preverenia spočíva v tom, že každá tabuľka je prezentovaná v šiestich modifikáciách za účelom navodenia väčšej slovnej pro-

dukcie. Analýza výsledkov objasnila závislosť štruktúry podnetu a počtu odpovedí.

3. Metódy odlišného testovacieho materiálu a systému hodnotenia

Testy škvrny

Do tretej skupiny patria testy vychádzajúce z techniky škvŕn, podobne ako Rorschachova metóda, ale počet tabuliek ako aj materiál testu je úplne odlišný.

Patrí sem: a/ Howard Ink Blot Test /HIBT, 1960/, skladajúci sa z 12 väčších tabuliek; b/ Helsinská modifikácia "Helsingfors test", ktorého autorom je Bruhn /1962/, sa skladá zo 14 menších tabuliek; c/ z tejto kategórie testov je najznámejší Holtzmanov test /1956, 1961/ známy pod menom Holtzman Inkblot Technique /HIT/. Martonová /1967/ uviedla túto techniku v našej literatúre.

"Holtzman Inkblot Technique" sa skladá z dvoch verzií A a B a každá z nich obsahuje 45 tabuliek a dve inštrukčné tabuľky. Na každú tabuľku sa vyžaduje jedna odpoveď. V klinickej praxi sa jedna z foriem využíva pri kontrolnom vyšetrení.

Štandardizácia testu bola urobená na podklade 2000 protokolov, a to súboru zdravých, dospelých a detí, psychiatrických pacientov /schizofrénia, depresia, oligofrénia/.

Administrácia testu, podávanie inštrukcie, meranie času je analogické ako pri Klopferovom systéme administrácie ROR metódy. Interpretácia je odlišná a vyznačuje sa tým, že každá odpoveď sa hodnotí z hľadiska 22 premenných. Získavajú sa 4 faktory: Faktor I je vymedzený smerom k integrovanosti pohybových odpovedí /Po/ a presnosti odpovedí /F+/. Faktor II je charakterizovaný početnými farebnými odpoveďami /Fb/, tieňovanými /Jt/, hostilnými /Ho/ a pohybovými /Po/. Faktor III je určený početnými patognomickými verbalizáciami anxióznymi /Ax/, hostilnými /Ho/, pohybovými odpoveďami /Po/. Faktor IV je daný počtom odpovedí a primeranosťou formovej ostrosti. Vyznačuje sa aj kritériami reakčného času, možnosťou zlyhania, úmerným počtom zvieracích odpovedí /Z/. Získavajú sa hrubé skóre v každej z 22 premenných a tie sa prevádzajú na vážené v percentuálnych hodnotách.

Reliabilita a validita

Reliabilita HIT bola študovaná zo štyroch hľadísk. Skúmala sa: 1. miera spoľahlivosti pri vyhodnocovaní tou istou osobou, 2. zmena spoľahlivosti medzi dvoma osobami, 3. konzistencia odpovede u tej istej osoby, 4. konzistencia odpovede v protokoloch A a B u tej istej osoby.

Reliabilita zisťovaná split-half metódou z 22 škál bola vysoká. Koeficient reliability bol v rozpätí od 0,8 do 0,9. Reliabilita skúmaná retestovou metódou bola nižšia. Po jednoročnom odstupe koeficient reliability bol 0,5, čo svedčí o stabilite HIT ako diagnostického nástroja /Buros, 1970/.

Validita bola študovaná porovnaním výsledkov HIT, MMPI, MPI. Korelácia medzi Beckovým a Holtzmanovým systémom bola v rozpätí 0,30 - 0,79. HIT je test dôkladne psychometricky prepracovaný a nazdávame sa, že z týchto príčin nachádza širšie uplatnenie v praktickej diagnostike a vo výskume.

Klasický ROR test v porovnaní s uvedenými paralelnými technikami, modifikovanými systémami a odvodenými testami si zachováva prioritné postavenie medzi projektívnymi testmi, pretože poskytuje ucelený obraz o štruktúre osobnosti a o funkcionálnych zmenách osobnosti. Rorschachov test je psychologickou skúškou fungujúcou ako mikroskop, ktorý odhaľuje v osobnosti jej nedostatočnú integrovanosť, výskyt patologických symptómov aj za okolností, keď tieto sa nezisťujú metódou pozorovania. V tom je najväčšia prednosť ROR techniky /Piotrowski, 1966/.

C. Tématický apercepčný test /TAT/

1. Dejiny a vývoj testu

Brittain /1907/ a Libby /1908/ sú predchodcami TAT /The Thematic Apperception Test/, pretože prví využívali zmysluplné obrazy pri štúdiu obrazotvornosti. Za bezprostredného predchodcu sa pokladá Schwartz /1931/, pretože zostavil sériu obrázkov so sociálnou tematikou pre diagnostické účely. Morgan a Murray /1935/ zostavili sériu obrázkov pomenovanú "Thematic Apperception Test" /TAT/. Murray /1938/ rozpracoval metodiku z hľadiska hlbinnno-psychologickej teórie ako aj jej praktickej aplikácie v diagnostickej a výskumnej činnosti. Hoci obrázky boli dva razy revidované, spôsob aplikácie sa nezmenil, menil sa a sústavne sa modifikuje len spôsob interpretácie.

TAT patrí medzi významné projektívne metódy v klinickej psychodiagnostike a jej podstata spočíva v tom, že podmieňuje reakcie vo forme slovných asociácií a úsudkov. TAT vyžaduje od s.o., aby hovorila o obsahu jednotlivých obrázkov. Murray /1938/ predpokladá, že s.o. interpretuje obrázky v súlade s predchádzajúcou životnou skúsenosťou a potrebami.

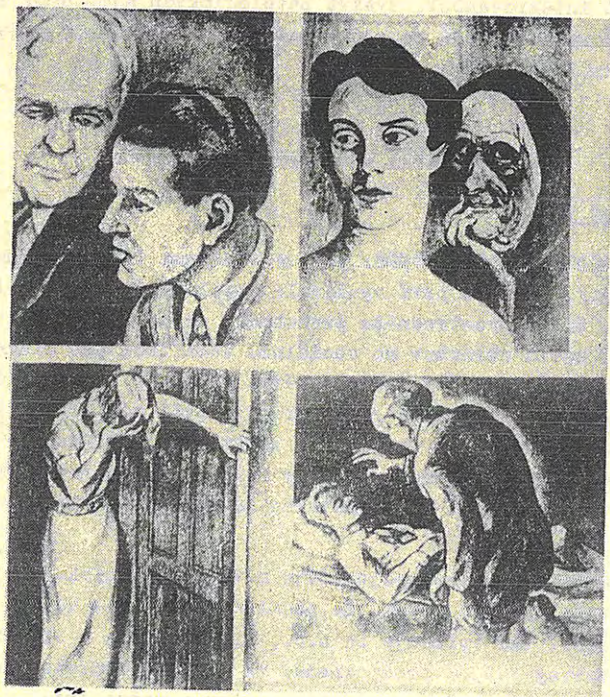
S.o. na príklade príhod vymyslených hrdinov odhaľuje vlastné zážitky, emócie a potreby. Hoci Murray si bol vedomý toho, že obraz nie je podstatný na to, aby sa mohla opísať určitá situácia, predsa starostlivo vyberal obrázky pre tieto účely. Vylúčil tie, ktoré sa ukázali ako málo efektné.

Vybral 30 obrázkov, ktoré boli podnetovo najvhodnejšie, a to obrázky aspoň s jednou ľudskou postavou, a postavou toho istého pohlavia a toho istého veku ako skúmaná osoba.

Bolo tiež potrebné vytvoriť sériu obrázkov pre mužov a chlapcov, ženy a dievčatá. S prihliadnutím na uvedené kritériá Murray /1938/ zostavil kombináciu 20 obrázkov pre uvedené 4 skupiny. Každá séria tabuliek je rozdelená na časť A a časť B, v ktorých je po 10 tabuliek.

Obr. 22

Ukážka z pôvodných predlôh TAT



Ilustrované obrázky sú zo skupín predlôh pre muža, chlapca, ženu a dievča. Murray, 1938.

199

V súhlase s teoretickými základmi TAT musí s.o. vyjadriť mnoho prvkov, na základe ktorých môže interpretátor vyznačiť základné potreby riadiace aktivity. Skutočnosť, že osnova vymyslenej historky sa točí okolo ľudí, dovoľuje poznať aj prostredie s.o., čo je dôležité pre charakteristiku vyšetrovanej osoby.

2. Podmienky vyšetrovania pomocou TAT

Ak chceme, aby rozprávanie k obrázkom TAT bolo prakticky užitočné, musí sa robiť podľa určitých pravidiel, ku ktorým patrí príprava s.o., atmosféra v priebehu vyšetrovania a rozdelenie vyšetrovania na časť A a B. Každá časť A a B sa skladá z 10 obrázkov a s.o. v priebehu 5 minút má na každý obrázok porozprávať dramatickú udalosť obsahujúcu viac než 300 slov. Po skončení vyšetrovania série A sa pristupuje k vyšetrovaniu pomocou série B až po určitom časovom odstupe, najskôr na druhý deň.

3. Interpretácia a interpretačné systémy

TAT nie je len významnou pomôckou pri štúdiu osobnosti, ale predovšetkým diagnostickou pomôckou, využívanou v klinickej psychológii.

Hodnota metódy je v priamom vzťahu s teoretickým základom interpretačného systému, preto pre jej hlbšie objasnenie významu a postavenia v rámci projektívnych metód uvádzame prehľad najdôležitejších interpretačných systémov.

Pôvodná technika interpretačného postupu, ktorú používal Murray a jeho spolupracovníci, spočívala v analýze príbehu podľa schémy potreba - tlak. Každá veta sa analyzuje z hľadiska potrieb hrdinu a tlaku okolia, ktorému je hrdina vystavený. Napr. On /hrdina/ ju miluje a ona ho odmieta. Potreba lásky sa stretáva s odmietaním. Každý príbeh je analyzovaný vo všetkých potrebách a tlakoch a každá potreba a tlak sú odstupňované vážnym skóre. Hodnotenie sa robí podľa tabuliek potrieb a tlakov.

Murray /1943/ definuje potrebu ako hypotetický proces, ktorý sa manifestuje predstavou za účelom určenia určitých objektívnych a subjektívnych "údajov". Tento proces prebieha v organizme a "údaje" sú aktom správania tohto organizmu. Potreba stimuluje organizmus do aktivity vtedy, keď sa v prostredí vyskytujú také elementy, na ktoré organizmus reaguje. "Tlak" definuje Murray ako usmerňujúcu tendenciu v objekte alebo situácii. Tlak je sila v okolí, ktorá aktivuje potrebu a sama o sebe je silou v indivíduu. Téma predstavuje interakciu medzi premennými tlakov a potrieb. Dôležitým znakom témy je, že subjekt berie na vedomie obsah podnetu.

Interpretačné východiská v TAT spočívajú v tom, že hrdina príbehu reprezentuje osobnosť s.o. Situácia, v ktorej sa hrdina nachádza, predstavuje sily /tlak/ v okolí, a to v minulosti, prítomnosti a budúcnosti, tak ako ich subjekt vníma. Murray zastáva názor, že s.o. je natoľko zaujatá úlohou, že si ani neuvedomuje, že obsah vymyslenej udalosti sa vzťahuje na samého skúšaného. Pravdepodobne na priamu otázku by nebol ochotný takto o sebe hovoriť.

Murrayov spôsob interpretácie sa v klinickej praxi málo používa pre zdĺhavosť. Skôr nachádza svoje uplatnenie v experimentálnom výskume /Reutt a Reuttová, 1960/.

4. Iné interpretačné systémy

Rewers a Tauber /1968/, Bellak /1971/, Semeonoff /1976/ podávajú literárny prehľad interpretačných systémov líšiacich sa od Murrayovho systému. Predkladáme charakteristiku iba niektorých interpretačných systémov, ktoré našli využitie v klinickej psychodiagnostike, so zdôraznením na tie, s ktorými máme vlastné klinické poznatky. Tomkins /1947/ vypracoval vlastnú kvalifikačnú schému na interpretáciu TAT. Dal si za cieľ vytvoriť z TAT diagnostický nástroj, ktorý by nebol natoľko ohraničený niektorými kategóriami osobnosti. Rozlišuje viaceré interpretačné postupy. Vychádza zo štyroch hlavných interpretačných kategórií obsahov v TAT. Sú to: a/ vektory, b/ úroveň, c/ podmienky, d/ zvláštne znaky.

a/ Vektory

Pod vektormi rozumie psychické vybavenie správania a reaktívnu pripravenosť. Rozlišuje 10 vektorov, smerov vzťahujúcich sa na javy, osoby, veci, na všetko, čo môže byť predmetom ľudského záujmu. Vektory označuje predložkami "na, od, s, pre, nad, pod, pri, von z, proti".

1. na - byť závislý, odkázaný "na seba";
2. od - smer od: byť pozitívne ocenený, napr. naučiť sa niečo od ...
3. k - smer k tomu: približovať si objekty s pozitívnym významom, napr. prechovávať ľudský vzťah k niekomu;
4. s - zúčastniť sa na objekte pozitívneho významu, napr. hrať sa s niekým, zabávať sa;
5. pre - dať objektu hodnotu, napr. pomáhať inej osobe urobiť pre ňu niečo;
6. nad - vládnuť nad objektmi, napr. ovládnuť osoby alebo veci, kontrolovať seba;
7. pod - ovládaný subjektom s negatívnou hodnotou. Napr. podrobiť sa;
8. pri - s: ovládaný objektmi s pozitívnou hodnotou, napr. identifikovať sa s obľúbeným objektom;

9. von z - vyhýbanie sa objektom, únik, napr. opustiť vlast;
10. proti - napadnúť objekty, napr. porušiť zákon, ohrozenie samovraždou a pod.

Druhé kritérium je rovina úrovne. Rozlišuje 17 druhov.

b/ Roviny úrovne

Pod rovinami rozumie stupne psychologických funkcií, ktoré boli v histórii TAT vyjadrené. Zaraďujeme sem:

1. opis objektov - to je roľnícky dom
2. udalosti - to sú narodeniny
3. správanie - kúpil, prenajal si pole
4. pocity, vnemy - prezrel si údolie
5. pozornosť - počíval, sústredil sa na šum
6. záujmy - bol zvedavý
7. ciele, zámery - plánoval urobiť niečo
8. zmýšľanie - bol nábožensky založený
9. myslenie - premýšľal nad problémom
10. očakávanie - myslel, že bude pršať
11. pranie - želal si niečo urobiť
12. nálada - bol rozhnevaný, deprimovaný
13. telesné pocity - udrieť si rameno
14. spomienky - spomínal na svoje detstvo
15. denné sny - predstavoval si, že bol veľkým huslistom
16. nočné sny - mal nočnú moru
17. zvláštne stavy - bol otrávený

Týmto rozličným úrovňami môžu a nemusia zodpovedať funkcie s príslušnými objektmi. V protokole sa majú zaznamenať v najjednoduchšom znení, aby sa z nich mohlo usudzovať na vonkajšie a vnútorné sily.

c/ Podmienky

Pod podmienkami rozumieme každý psychický, sociálny alebo telesný stav, ktorý sám nie je správaním, snažením alebo práním. Napr. hrdina stratil svojich rodičov, to je daná skutočnosť, a nie jeho pranie, úsilie. Podobne je to keď verí, myslí si, že mu chýbajú schopnosti. Aj tu ide o podmienku, ktorú si sám vybral, a nie o snaženie. Takto môže aj vnútorné stavy a pocity hrať rolu podmienok. To, že hrdina má depresiu alebo je nešťastný, je chápané ako podmienka, pretože tieto stavy nie sú jeho snahou alebo práním. Vtedy sa môže stať podmienka jeho práním, snahou, keď si želá napr. byť šťastným. Podmienky sa nevzťahujú k cieľom ale k stavom.

1. Stavy s negatívnym obsahom:

a/ stav nedostatku

napr. nedostatok schopností, záujmov, pocitov, energie, vedomostí, kontro-

ly, sily, zdravia, úspechu, objektov lásky, priateľov, pomoci, sympatií, potreby spolupatričnosti, peňazí, času atď.;

b/ strata

podobné objekty ako pod a/;

c/ prebytok

ako príklady slúžia aj tu predmety a javy z bodu a/, ale s negatívnou hodnotou, napr. hrdina verí, že má príliš veľa priateľov, peňazí, úspech, než je pre neho dobre;

d/ nebezpečenstvo

napr. nedostatok, strata alebo nadbytok, telesné poranenie, oheň, divé krvilačné zvery a pod.;

e/ štrukturovanie

napr. situácie sú isté alebo neisté, nemeniteľné alebo meniteľné;

f/ vnútorné stavy

napr. depresia, strach, pocity viny, neistota, konflikt ...

2. Stavy s pozitívnym, alebo neutrálnym obsahom:

a/ nadbytok - napr. po stave nedostatku;

b/ zisk bez práce - niekto pasívne prežíva hodnotné veci;

c/ primerané vlastníctvo - veci uvedené pod a/ nie sú v nedostatku ani v nadbytku, ale v dostačujúcej miere k dispozícii;

d/ istota - stavy oslobodené od strachu, nebezpečenstva, nedostatku a nadbytku;

e/ štrukturovanie - napr. stavy uvedené pod 1/c, ale hrdina sa cíti neprijímame a súhlasí s tým;

f/ vnútorné stavy - napr. stavy šťastia, optimizmu, istoty.

Do štvrtej kategórie zaraďujeme zvláštne stavy.

d/ Zvláštne stavy

Pod ztv. "qualifiers" rozumie Tomkins zvláštne vzťahy vektorov, alebo podmienok. Rozlišuje nasledujúce:

1/ časové charakteristiky

a/ kedy sa to stalo /minulosť, prítomnosť, budúcnosť/

b/ ako dlho to trvalo /stretol sa včera, pred mesiacom/;

2/ stupeň neistoty - nakoľko je tá vec istá? Je možná, pravdepodobná, istá, nepravdepodobná, neistá. Napr. mohol to urobiť, bude to pravdepodobne robiť, pravdepodobne to nebude robiť, či to bude iste robiť;

3/ intenzita - akú intenzitu má tá vec? Slabú, strednú, silnú. Napr. je mu sympatická, je do nej zaľúbený, má ju rád;

4/ negácia - napr. nechcel to urobiť, nestalo sa to, nemal to, čo chcel;

5/ pomocné funkcie - každý vzťah, prostriedok, cieľ, účel, napr. zarobil peniaze, aby pomohol svojim známym, priateľom. Vektor formy /z/ nahradený vektorom formy /pre/;

6/ kauzalita - danosti ju uspôsobili, pripravili k úspechu.

Tomkinsova schéma je založená na kvalitatívnom hodnotení každého príbehu, ktorý je skórovaný podľa vyššie uvedených kategórií, a to 10 vektorov, 17 úrovní, 12 podmienok a 6 zvláštnych znakov.

Tomkins sústreďuje svoju diagnostiku osobnosti na určité obsahy osobnostnej štruktúry a na okruhy rodinných, priateľských, lúboštných, manželských a všeobecne sociálnych vzťahov. Hoci je Tomkinsov systém pomerne komplikovaný, umožňuje diagnostiku osobnosti oveľa ľahšie ako Murrayov postup.

K starším interpretačným systémom patrí Wyattova schéma /1947/. Pri analýze TAT využíva 15 premenných: 1/ popis príbehu, 2/ vnímanie podnetov, 3/ odchýlky od typických odpovedí, 4/ anomálie, 5/ časový trend, 6/ úroveň interpretácie, 7/ ladenie príbehu, 8/ kvalita rozprávania, 9/ ústredná postava, 10/ ostatné postavy, 11/ interpersonálne vzťahy, 12/ vyhýbanie sa, 13/ tlaky, 14/ zakončenie, 15/ téma.

Obsahová náplň jednotlivých premenných poskytuje návod na psychologickú interpretáciu stavu osobnosti.

Eron /1948/ pri interpretácii TAT vychádza z normatívneho štatistického prístupu. Normy sú spracované k všetkým 20 obrázkom TAT pre dospelých mužov. Príbehy sa posudzujú podľa emocionálneho ladenia od smutného po veselý a podľa zakončenia od zlyhania po úspešné zvládnutie úlohy. Produkcie TAT sa hodnotia podľa vzoru 100 klasifikovaných tém. Základnými údajmi tohto systému sú frekvencia a neobvyklosť špecifického obsahu. Interpretácia osobnostnej štruktúry a obsahu závisí na teoretickej orientácii interpretátora. Eron svojim originálnym spôsobom spracovania nálezov dokázal, že TAT je psychologickou skúškou, ktorej výsledky sa nemusia analyzovať v zmysle psychoanalytickej teórie. Na túto stránku TAT poukázal aj Blejcher /1976/.

Hartman /1951/ pri interpretácii TAT využíva psychometrický prístup. Jeho cieľom bolo vytvoriť normy, ako základný predpoklad interpretácie.

Pozostáva z nasledovných postupov:

1/ Každý príbeh sa posudzuje podľa päť bodovej škály v 75 kategóriách zahrňujúcich všetky charakteristické odpovede;

2/ číselné hodnoty každej kategórie sú zahrnuté v konečnom výsledku;

3/ zo zoznamu 40 osobnostných premenných sa vyberajú tie, ktoré sú

významné v každej kategórii;

4/ takto získané údaje umožňujú zovšeobecnenie v zmysle klinického obrazu.

Piotrowski /1950/ síce nevypracoval nijakú systematickú formálnu interpretáciu TAT, ale rozoberá 8 pravidiel interpretačného postupu.

1. Je potrebné vychádzať z predpokladu, že TAT príbehy odzrkadľujú aktivitu a postoje individua.

2. Každá postava vyjadruje niektorý aspekt osobnosti s.o.

3. Najakceptovanejšie sú tie odpovede, ktoré sú podmienené podobnosťou medzi vyšetrovaným a TAT postavou.

4. Stupeň generalizácie ovplyvňuje ich validitu.

5. Príbehy nemusia nutne odrážať pravé črty, môže ísť o povrchné a stereotypné postoje.

6. Príbehy odzrkadľujú názory subjektu na osoby reprezentované obrázkami TAT.

7. Čím sú variabilnejšie odpovede, tým je menšia možnosť zovšeobecnenia.

8. Predpokladá sa, že téma v TAT sa manifestuje v správaní sa subjektu.

Piotrowski zdôrazňuje, aby sa pri interpretácii pamätalo na zásady, ktoré vypracoval, pretože sa ukázali byť diagnosticky úspešné.

McClelland a spol. /1953/ sa zameriaval výlučne na motiváciu výkonu a vytvoril mieru výkonu vyjadrenú v príbehu TAT. Príbeh z hľadiska výkonu je hodnotený iba vtedy, ak dosahuje znaky výkonu.

Rozlišujeme nasledovné kategórie skórovania:

1. Manifestovaná potreba výkonu.

2. Inštrumentálna aktivita.

3. Stanovenie cieľa, napr. príbeh dosahuje cieľa alebo sa objavuje frustrácia a zlyhanie.

4. Prekážky a bloky. Keď aktivita zameraná na cieľ je blokovaná alebo brzdená prekážkami.

5. Podporný tlak /nurturant/. Keď sa v príbehu objavuje osoba, ktorá pomáha dosiahnuť cieľ.

6. Afektívne stavy spojené s dosahovaním cieľa.

7. Téma úspechu.

Každý príbeh je skórovaný. Pochybné predstavy majú hodnotu 0, pozitívne +1. Celkové skóre sa získava algebraickým súčtom všetkých kategórií a je mierou motivácie výkonu a predpokladaného dosiahnutia úspechu.

Osobitnú kapitolu tvoria interpretačné systémy bez presných pravidiel, pri ktorých sa kladie dôraz na klinický dojem z prečítaných príbehov. Sú

to systémy, ktoré z hľadiska hlbinej psychológie interpretujú obsahy TAT.

V našej klinickej praxi s TAT sme získali skúsenosti s vyššie spomínaným Tomkinsovým hodnotením TAT, ako aj s interpretačnými systémami podľa Bellaka /1971/, Arnoldovej /1962/, Rapaporta a spol. /1946, 1968/, preto uvádzame najzákladnejšie charakteristiky týchto interpretačných systémov.

Bellak /1971/ pri interpretácii TAT vychádza z 10 interpretačných kategórií:

1. Hlavná téma. Vychádza z predpokladu, že jeden príbeh môže mať viac ako iba jednu základnú tému, a preto odporúča rozdelenie hlavnej témy na 5 úrovní:

- a/ deskriptívna úroveň - zhrnutie príbehu,
- b/ interpretačná úroveň - stanovenie zmyslu príbehu,
- c/ diagnostická úroveň - transformuje sa dojem z predchádzajúcich v definitívne tvrdenie,
- d/ symbolická úroveň - interpretácia symbolov,
- e/ úroveň spracovania - získať doplnujúce údaje, napr. konkrétne mená, miesto, výrazy a pod.

2. Hlavný hrdina je ten, ktorého najviac spomíname, ktorého subjektívne pocity najčastejšie uvádzame. Je to postava, s ktorou sa s.o. pravdepodobne indentifikuje. Ak sú o tom pochybnosti, môže byť za hlavného hrdinu pokladaná postava, ktorá sa na s.o. najviac podobá vekom, pohlavím a ostatnými charakteristikami. V jednom prípade môže byť viac ako jeden hrdina a s.o. sa môže identifikovať ešte s inou postavou okrem zjavného hrdinu.

3. Hlavné potreby a pudy hrdinu. Skúsenosti s TAT ukázali, že je možné vyčleniť 3 typy potrieb hlavného hrdinu. Potreby môžu byť potrebami vedúcimi k správaniu subjektu, môžu byť potrebami fantázie alebo latentne sa prejavujúcimi potrebami.

4. Koncepcia okolia. Na popísanie koncepcie okolia vystačí spravidla niekoľko pojmov, ako prostredie podporujúce, hostilné, vykorisťujúce, priateľské, ohrozujúce a pod.

5. Postavy videné ako ... TAT umožňuje aj videnie sociálnych vzťahov cestou postojov hrdinu k postavám rodičov, rovesníkov a mladších postáv.

6. Významné konflikty. Bellak doporučuje zamerať sa pri štúdiu konfliktu nielen na jeho povahu, ale aj na obranné mechanizmy, ktoré subjekt v konfliktnej situácii využíva, napr. samostatnosť-závislosť.

7. Podstata úzkosti - doporučuje určenie hlavných obáv.

8. Hlavné obranné mechanizmy proti konfliktom a obavám. Pomocou TAT je možné zisťovať nielen hlavné potreby individua, ale aj obranné mechanizmy, prostredníctvom toho, čo subjekt robí v boji proti konfliktom.

9. Adekvátne reakcie. Postoj voči priestupku poukazuje na organizáciu osobnosti. Napr. psychopatický hrdina ostáva bez subjektívneho trestu i po vražde, neurotický hrdina bude pykať i za mierny prejav agresie.

10. Integrácia "ja". Táto premena ukazuje, do akej miery je schopný subjekt dospieť ku kompromisu medzi pudmi a požiadavkami okolia.

Bellakove interpretačné kritériá TAT môžeme využiť i za podmienok odmietnutia psychoanalytickej koncepcie pri dôslednom zachovaní interpretačných znakov.

Arnoldovej /1962/ systém interpretácie TAT predstavuje kombináciu McClellandovho a Bellakovho systému na úrovni teoretickej. V praktickom spracovaní sa pridrižiava vlastného kvantitatívneho hodnotenia. Každý príbeh sa skóruje na päť bodovej škále podľa intenzity od +2 do -2. Skóre intenzity sa spočítava a výsledok predstavuje skóre konzistencie /consistency score/, ktoré je podľa tabuliek prepočítané na index motivácie /IM/. Skóre intenzity je určené nasledovnými kritériami:

- +2 = otvorená a pozitívna akcia.
- +1 = aktivita nie je manifestná, napr. plánovanie s pozitívnym postojom, alebo nie je veľmi pozitívna /napr. zlyhanie a potom nasleduje úspech/.
- 0 = neskórované príbehy /málo sa používa/.
- 1 = absencia pozitívnej akcie /sem patrí i úspech ako výsledok závislosti na druhých/.
- 2 = zjavne negatívna, impulzívna a nesprávna akcia alebo postoj, napr. náhodný úspech, ktorý dosiahol neprijateľnou činnosťou.

Arnoldová /1962/ rozlišuje 4 hlavné skórovacie kategórie a v každej z dvoch kategórií sa aplikujú vyššie uvedené skórovacie postupy.

I. Kategória obsahuje 6 subkategórií /výkon, neúspech, šťastie, aktívne snahy a ich absencia.

II. Správne - nesprávne - skórovanie, keď sú témou obsahy s etickou akciou alebo interpersonálnymi dôsledkami. Obsahuje tri subkategórie.

III. Medziludské vzťahy /akcie a postoje k iným a iných k hlavnej téme. Obsahuje 7 subkategórií. Je vymedzená konfrontácia človeka s človekom a človeka s okolím.

IV. Reakcie na neúspech - nepočíta sa do toho zlyhanie.

Arnoldová /1960/ doporučuje nasledovný postup pri interpretácii. Najprv sa musí preskúmať a nájsť zmysel "import" a jeho vzťah k cielavedomej aktivite alebo úspechu, prípadne k zlyhaniu. Potom sa ohodnotí v kategórii I, II, III, IV. Ak sa príbeh nedá zaradiť ani do jednej zo štyroch kategórií, potom treba znovu prečítať príbehy a zamerať sa na detaily, ktoré ovplyvňujú zmysel obsahov. Ak sú príbehy zadelené do kategórií, potom sa

téma posúdi podľa intenzity od +2 do -2. Celkový súčet sa prepočítava podľa tabuliek na index motivácie /IM/.

Prednosťou skórovacieho systému podľa Arnoldovej je spojenie kvalitatívneho posudzovania príhod TAT.

V našom výskume /Kovaničová a spol., 1978/ suicídií sme využívali index motivácie vo vzťahu k suicidálnemu konaniu. Tento spôsob hodnotenia je prínosom v diagnostike zisťovania medziludských vzťahov a postojov, teda v klinike neuróz, psychosomatických ochorení, psychopatií a v diagnostike psychoterapeutickej prognózy.

Rapaport a spol. /1946, 1968/ pri interpretácii TAT vychádza z dvoch hlavných tried, a to formálnej charakteristiky štruktúry príbehov a z formálnej charakteristiky štruktúry obsahu príbehov.

a/ V rámci formálnej charakteristiky príbehov rozlišuje tri aspekty:

1. Vyhotovenie inštrukcií.
2. Stálosť testovej produkcie, v ktorej diferencuje inter a intra-individuálnu stálosť. Interindividuálna stálosť sa hodnotí podľa expresívnych a agresívnych kvalít a intraindividuálna podľa jazykovej formy.
3. Charakteristika verbalizácie.

b/ Formálne charakteristiky obsahu príbehu. Pri formálnej charakteristike obsahov príbehov sa zameriava na:

1. Tón rozprávania.
2. Identifikácia s postavou príbehu a spomienkové príbehy.
3. Tendencie a postoje.
4. Zábrany a prekážky.

Rapaportov interpretačný systém vychádza z kvantitatívnej analýzy príbehov z oblasti jednotlivých diagnostických skupín, najmä z okruhu neurózy, depresie a schizofrénie.

Rapaportov prínos vo výskume TAT spočíva v tom, že rozpracoval charakteristické znaky slúžiace ako návod pre diagnostické začlenenie poviedky.

5. Reliabilita a validita TAT

Výskum reliability a validity TAT pokračuje aj v súčasnej dobe. Korchin /1976/ uvádza, že existuje cez 100 štúdií zameraných na výskum reliability a validity TAT. Reliabilita TAT bola študovaná tromi spôsobmi:

1. Mierou zhody medzi viacerými interpretátormi tohto istého príbehu so zameraním na črty s.o.

2. Podobnosť príbehov jednej a tej istej osoby pri opakovanom vyšetrení metódou test-retest.



3. Metódou split-half sa porovnávala časť A a B.

Podľa výsledkov sa zdá, že zhoda posudzovateľov je vyššia, keď interpretujúci si zvolili podobný spôsob skórovania. Údaje o reliabilite zisťovanej týmto spôsobom sa líšia. Hodnotenia sa robili na základe poradovej korelácie. Korelačné hodnoty boli v rozpätí od 0,30 do 0,90. Percentuálne významná zhoda sa dosiahla v 50 - 75%, jednoznačná zhoda bola v 10 - 15%.

Pri výpočte reliability retestovou metódou boli údaje závislé od časového odstupu. Koeficient reliability po dvoch mesiacoch bol 0,80, po 6 mesiacoch 0,60 a po 10 mesiacoch 0,50 /cit. Freeman, 1962/.

Split-half metódu využívali mnohí autori. McClelland a spol. /1953/ zistili koeficienty reliability 0,70 pre potrebu výkonu. Vyššie hodnoty reliability sa dosahujú, ak sa príbehy analyzujú vzhľadom k jednej väčšej premennej.

Z uvedeného vyplýva, že TAT spĺňa kritériá spoľahlivosti. Výsledky teda môžeme využívať na získanie informácií o organizácii osobnosti v čase vyšetrenia i na prognostické úvahy podľa stupňa stability a determinujúcich činiteľov v jej okolí.

Validita, čiže platnosť metódy sa skúmala nasledovnými spôsobmi:

1. porovnaním s diagnózou,
2. porovnaním charakteristík známych skupín s TAT,
3. porovnaním výsledkov TAT s ROR a porovnanie TAT s autobiografiou,
4. porovnaním pri experimentálne navodených zmenách.

1. Najčastejšie sa využívali porovnania s diagnózou. Harrison /1940/ uvádza nasledovné výsledky: koeficient validity v porovnaní s IQ bol 0,78. S diagnózou bola zhoda v 82% a s blind diagnózou bola zhoda v 74%.

2. Rapaport a spol. /1968/ zistili trendy pre depresie, indikácie paranooidného syndrómu a schizofrénie.

3. Porovnanie s autobiografiou; asi 30% podnecuje príbehy, ktoré odzrkadľujú minulú skúsenosť jedinca. Obyčajne sú to obsahy, s ktorými sa jedinec identifikuje. Kritici tejto metódy zastávajú názor, že informácie autobiografie ovplyvnia interpretáciu aj keď si to interpretátor neuvedomuje. Porovnaním TAT a ROR sa prejavila výrazná zhoda /Kovaničová a spol., 1978/.

4. Experimentálne vyvolané zmeny ovplyvnili príbehy v TAT. TAT sa robil v podmienkach neutrálnych, v stave relaxácie, v štádiu neúspechu a zlyhania. Uvedené podmienky charakteristiky ovplyvnili výkon v TAT. TAT je metóda, ktorá je zameraná na odhaľovanie potrieb, záujmov a konfliktov. Zároveň je aj metódou, ktorá poskytuje návod na exploráciu a aj formou explorácie.

6. Využitie TAT v diagnostike niektorých syndrémov

TAT je nielen cennou pomôckou pri výskume emócií, ale je diagnostickým nástrojom využívaným v psychopatologickej diagnóze. V rámci klinickej diagnózy nám TAT umožňuje získať informácie o povahe afektívneho správania skúmanej osoby. Na podklade TAT môžeme určiť druh duševnej choroby. TAT sa uplatňuje v diagnostike psychotických stavov /schizofrénia, depresia a iné psychózy/ a stavov nepychotických ako sú neurozy a psychopatie. Podľa Rapaporta a spol. /1950/ depresia vždy spôsobuje zníženie myšlienkového obsahu. S.o. podáva krátke poviedky, ktoré sú pochmúrne. Prejavujú sa bludné predstavy, stereotypie, poviedky o morálke, hriechu a pod.

Uvedieme poviedku depresívnej pacientky. K obrazu 3 GF povedala nasledujúcu poviedku: "To je dievča, ktoré stojí pred zatvorenými dverami. Vyhodili ju z domu, pretože je zlé dievča. Na nič sa nehodí, nechce pracovať, je lenivá. Potulovala sa, nestarala sa o príslušníkov rodiny. Nikde ju neprijmu a ona nevie kam ísť. Nemá žiadne zamestnanie, nič sa nenaučila, nevie pracovať. Je zúfalá, je ale sama vinná za svoj osud. Leží na ulici, nikto ju nechce, zahynie".

To sú zreteľne veľmi silne vyjadrené depresívne stavy, výčitky svedomia a sebaobviňovanie, silný pocit viny a tiež strach a zúfalstvo /Stern, 1952/.

7. Prehľad znakov depresie

1. Zníženie myšlienkového okruhu, z toho vyplývajúca znížená produkcia, ktorá sa prejavuje krátkosťou a jednotvárnosťou poviedok, fragmentárnosťou vyjadrovania a tým, že s.o. musí byť neustále podnecovaná k práci.
2. Poviedky sú smutné, končia sa pochmúrne.
3. S.o. sa často pýta, prečo jej ukazujeme také pochmúrne obrazy.
4. Vyskytujú sa fantáziou vysnené želania, rozprávania o láske, priateľstve a šťastí.
5. Vyskytujú sa bludné predstavy, výčitky svedomia, sebaobviňovanie, predstavy vlastnej neschopnosti, nedostatočnosti, vyčerpanosti a pod.
6. S.o. často stereotypne opakuje frázy o hriechu a morálke.
7. Postavy poviedok bývajú choré, prípadne duševne choré.
8. Majú príliš slabý charakter, alebo naopak, príliš nepoddajný charakter.

8. Schizofrénne znaky v TAT

Znaky schizofrénnych procesov väžia podľa Rapaporta a spol. /1968/ čiastočne vo zvláštnom druhu poviedok, čiastočne v reakciách s.o. na obraz. čiastočne v slovnom výraze a tiež konečne v postoji s.o. k vyšetrojú-

cej osobe a testovej situácii vôbec. Ďalším znakom je symbolické vysvetlenie detailov. Napr. most na 17 GF je interpretovaný ako "Ialia", ktorá oddeľuje život od smrti, slnce je pritom život alebo smrť". "Dievča nemá jasné o tom čo chce. Robotníci znamenajú zotročenie prácou, pretože musia robiť unavujúcu prácu. A dievča vie, že ak nenájde svoje miesto na slnci, stane sa jednou z robotníčok, alebo že všetko skončí vo vode. Koniec je neistý".

Ďalším symptómom je prerušenie kontaktu so svetom. Tu podávajú menovania autori ako príklad poviedku k obr. 14, v ktorej sa hovorí: "Ten muž je strážcom veže. Vo vnútri veže je úplná tma. Je tam iba jedno okno, okno v podobe dverí, ku ktorému každé ráno prichádza a díva sa dolu na ľudí, žijúcich na svete a na ich kultúru. Premýšľa, filozofuje vo svojom duchu o všetkých veciach, potom sa vracia späť k svojim povinnostiam do tmy veže uzavretej pred svetom".

Bizarné obsahy sú ďaleko častejšie v poviedkách osôb so schizofrénymi symptómami, ale ešte bez zjavnej psychózy. V príklade k obr. 18 DM s.o. hovorí: "Má halucináciu, že ho niekto zozadu chytá. Ide dolu po ulici, keď tu neviditeľná sila položí svoje suché prsty okolo jeho krku a pokúša sa ho zahrnúť. Potom spadne na zem, kde ho neskôr nájde policajný úradník mŕtveho. Bola to domienka, že niekto koho zabil prišiel späť a že mu bol na stopu".

Dôležitým znakom je inkoherencia poviedok, do ktorých sú primiešané poznámky a konštatovania, ktoré nemajú s dejom nič spoločného, ako je tomu v príklade k obr. 1:

"Ten chlapec cvičí na husliach a má nervózny žalúdok. Jeho matka si želá, aby bol najväčším huslistom na svete".

K poviedke 12 M: "Ona mala zbierku strelných zbraní, jedna z nich bola nabitá a on z nej na ňu stretil. Bol hlúpy, opitý /bolo to prepadnutie?/, nechcel to urobiť, dievča zabudlo guľku vybrať, on ju nemiloval a zastrelil ju /prečo?/, nechcel jej zbierku zbraní?"

Aj zvláštnosti slovného výrazu môžu niekedy poukazovať na schizofrénny proces, keď napr. k obr. 11 sa hovorí o "prišere, ktorá je vzorom aktivity". Alebo keď v poviedke k obr. 15 sa hovorí o pralese pomníkov, alebo sa hovorí, že ľudia sú prišerou úplne zmasakrovaní, alebo keď sa k obr. 3 BM hovorí: "Ja tu nevidím žiadnu známku života"...

Prehľad znakov schizofrénie

Znaky týkajúce sa obsahu:

- a/ obsah je neprijateľný, svojvoľný, nápadný,
- b/ symbolický výklad jednotlivých detailov,
- c/ prerušenie kontaktu so svetom,

- d/ bludný obsah a bizarná fantázia,
- e/ neurčité všeobecnosti,
- f/ nič nehovoriace údaje a roztrieštenosť, viac vecí je vzájomne prepletených,
- g/ inkoherencia poviedok,
- h/ vlastné zážitky s.o. sa miešajú a prepleťajú s dejom osoby,
- i/ tá istá poviedka pokračuje vo viacerých obrazoch, alebo sa s.o. pýta, či má v poviedke pokračovať na ďalších obrázkoch,
- j/ je dávané odôvodnenie pre postoj a správanie osôb v poviedkach,
- k/ posudzuje sa z morálneho hľadiska.

9. Emotivita, afektívna labilita

Tá sa prejavuje podľa Rapaporta a spol. /1950/ predovšetkým tým, že afektívna reakcia vyvolaná obrazom a prejavujúca sa postojom hrdinu poviedky je silne prehnaná. Afektívne nabité prehlásenia, kritické poznámky, opisy, svojvoľné ohraničovanie obsahu poviedok, prílišné zdôrazňovanie afektov v poviedkach, obmedzenie rozprávania na líčenie citovaných stavov osôb je charakteristické. Stretávame sa s ním predovšetkým u hysterických a depresívnych individuí. Afektívna labilita môže byť buď aspektom poruchy, ako vidíme pri depresiách, alebo môže byť charakterovým znakom vyšetrovaného.

Niekedy začne rozprávač svoju poviedku výkrikom "aký strašný obraz" alebo "na ten obraz sa nemôžem dívať", "vyvoláva vo mne strach", alebo "ukážte mi prosím nejaký iný obraz, menej škaredý". Alebo bývajú do poviedok vsunuté poznámky ako napr. "to vyzerá ako keby nejaký muž chcel vystúpiť na okno, nemôžem sa na to dívať, mám strach a mohlo by sa mi o tom snívať". Alebo keď rozprávač začal s poviedkou, preruší rozprávanie poznámkou: "k tomu nemôžem skutočne nič povedať, je to ohavné". Alebo: "Vaše obrazy vzbudzujú hrôzu, radšej mi ukážte nejaký iný". Alebo keď je dej poviedky rozložený ako v prípade, ktorý uvádza Rapaport a Schafer: "postava v popredí mi pripadá ako podozrivá stará žena, ktorá si človeka prezerá trochu zo strany. Nedíva sa na mňa práve sympaticky. A podľa môjho názoru nemá žiadny vzťah k osobe v popredí. Mám pocit, že osoba v popredí má nepriateľský vzťah k svetu".

10. Prednosti a nedostatky TAT

Z prehľadu vyplýva, že TAT umožňuje odkryť komplexy a konflikty s.o., zistiť vplyv exogénnych faktorov na psychický vývin a správanie jedinca. TAT prostredníctvom poviedok odhaľuje snahy, želania, obavy, nádej s.o. Murray /1943/ TAT prirovnával k rádioskopii tým, že umožňuje nahliadnuť

do patologických zmien osobnosti. TAT poskytuje dobrú príležitosť pre uplatnenie klinického pozorovania s.o. v priebehu vyšetrenia, správanie sa v testovej situácii.

TAT poskytuje údaje významné pre tvorbu diferenciálnej diagnózy, odhaľuje sociálne súvislosti so vznikom konfliktov. Formou metódy pozorovania umožňuje sledovať s.o. v testovej činnosti. TAT sa využíva v diagnostike psychopatií, sexuálnych porúch a aberácii ako aj neurotických stavov. V tom spočíva prednosť metódy a jej významné postavenie v súbore projektívnych techník.

V našej literatúre nenašla TAT širší ohlas práve pre jej teoretické východiská, ktoré sú nezlučiteľné s marxistickým chápaním osobnosti. Ukázalo sa však, že výsledky pomocou tejto metódy sa môžu vedecky užitočne interpretovať v zmysle istých teórií osobnosti. Na túto skutočnosť poukázal aj Blejcher /1976/ a mohli sme to potvrdiť aj v našom výskume /Kovaničová a spol. /1978/. Nedostatky TAT vystupujú do popredia, ak metódu porovnávame s ROR projektívnou metódou, pretože ROR poskytuje hlbší pohľad do štruktúry osobnosti, TAT skôr do jej obsahu. Prednosti ROR v porovnaní s TAT nie sú len v precíznejšej interpretácii, ale hlavne v tom, že odhaľuje štruktúru osobnosti a jej symptomatologické zmeny. Ďalšou nevýhodou metódy je výber poviedok a ich dramatické zauzlenie. Pacienti našej kliniky s intaktným intelektom neboli schopní porozprávať príbehy tristo slovné. Pri obsahove chudobných interpretáciách tabuliek TAT je aj psychologická interpretácia značne obmedzená.

Pri zvážení predností a nedostatkov sa prikláňame k názoru, že ide o užitočný projektívny test s možnosťou aplikácie v experimentálnom výskume i v klinickej diagnostike.

Odporúčame preto validizáciu TAT v našich spoločenských podmienkach a vo svetle marxistickej teórie osobnosti.

2. Odvodené testy TAT

Existujú metódy podobné a odvodené z TAT, z ktorých uvádzame štvorobrázkovú metódu Four-Picture-Test, ktorej autorom je Lennep /1948/. Jej vznik sa datuje od jej uverejnenia, ale metóda je známa v praktickej aplikácii od roku 1930. Svojim charakterom patrí skôr do skupiny metód analogických k TAT ako odvodených z nej. K testom odvodeným z TAT patrí:

1. Bellakova /1949/ detská verzia "Children's Apperception Test /CAT/. Známe sú aj iné verzie detského TAT zamerané na sociálne situácie v rodine.
2. Armstrongovej /1954/ a Jacksonov test /1964/.
3. Blumov test /1962/ - The Blacky Pictures.
4. Phillipsonov /1955/ - Object Relations Techniques.

5. Pickfordov /1963/ - Pickford Projective Pictures.

6. Rosenzweigov /1945/ obrázkový frustračný test, ktorý je najstarší a najznámejší z tejto skupiny. Tento test je aj v našej literatúre ako aj v praktickej diagnostike najprepracovanejší, preto uvádzame jeho podstatu.

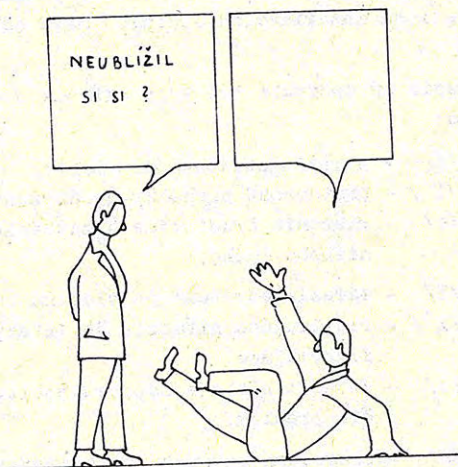
Rosenzweigov obrázkovo-frustračný test

Rosenzweigov obrázkovo-frustračný test - Rosenzweig Picture Frustration Study /P-F Study/, patrí do skupiny obrázkových projektívnych techník. Vychádza z psychoanalytickej teórie frustrácie a agresie. Vznik testu je podmienený experimentálnymi prácami, ktoré sa objavili roku 1930 /Rosenzweig, 1976/. Autor testu vychádza z teórie reakcie na frustráciu, založenú na základe poznatkov o agresívnom správaní.

Skladá sa z 24 obrázkov v dvoch verziách určených pre deti a dospelých. Dáva možnosti aplikácie od 14 rokov.

Obráz. 23

Rosenzweigov test P-F



Na obrázku sú dve osoby vo frustrujúcej situácii vyskytujúcej sa v bežnom živote. Osoba vľavo na každú otázku hovorí slová, ktoré buď pomáhajú opísať frustráciu druhého, alebo ktoré ho priamo frustrujú. Osoba vľavo je vždy znázornená s prázdnyim miestom, do ktorého s.o. na základe inštrukcie vpisuje prvú odpoveď, ktorá jej zide na um. Črty tváre a iné charakteristické znaky osôb sú vždy vynechané, úmyselne na všetkých obrázkoch.

Rosenzweig /1947, 1948/ predpokladá, že skúškou sa odhaľujú formy správania na bežnú záťaž - stres, ktoré sa prejavujú v procese adaptability. Test obsahuje situácie rozdelené do dvoch skupín.

Situácie brzdiace "ja" /ego-blocking/ sú také, v ktorých nejaká prekážka, či už osobná alebo neosobná, ruší, spôsobuje sklamanie, ochudobňuje alebo iným spôsobom priamo frustruje objekt. Je tu zahrnutých 16 situácií /1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24/.

V druhej skupine sú zahrnuté situácie /2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21/, ktoré predstavujú nejakú žalobu, obvinenie subjektu niekým iným, prípadne napadnutie.

Rosenzweig a spol. /1948/ vychádza z predpokladu, že sa subjekt vedome alebo nevedome stotožňuje s frustrovaným jedincom v každej zobrazenej situácii a premieta osobné zvláštnosti reaktivity v daných odpovediach. Pri hodnotení odpovedí sa zameriava na určenie smeru agresie a typu reakcie.

Pod smerom agresie sú zahrnuté tri typy agresie s dvoma obmenami v každom type. Sú to:

- | | | | |
|----|-----------------|------|---|
| 1/ | extrapunitive | /E/ | - agresia obrátená na okolie, |
| | extrapeditive | /E'/ | - prítomnosť prekážky je dôrazne vyznačená, |
| | extrapersistive | /e/ | - riešenie frustrujúcej situácie je očakávané od niekoho iného; |
| 2/ | intropunitive | /I/ | - agresia obrátená na vlastnú osobu, |
| | intropeditive | /I'/ | - frustrujúca situácia je interpretovaná ako ne-frustrujúca, |
| | intropersistive | /I/ | - subjekt sľubuje nápravu pocitu viny, aby vyriešil problém; |
| 3/ | impunitive | /M/ | - prevedená na snahu povzniesť sa nad frustráciou, |
| | impeditive | /M'/ | - prekážka vo frustrujúcej situácii je zmenšovaná takmer až k jej popretiu, |
| | impersistive | /m/ | - je vyjadrená nádej, že čas všetko vyrieši. |

Rozlišujeme tri typy reakcie:

1/ obstacle - dominance /O-D/ prevládanie prekážky, kde vystupuje v odpovedi prekážka spôsobujúca frustráciu;

2/ obrana "ja" /ego - defense E-D/ v tejto reakcii prevláda ego subjektu;

3/ pretrvávajúce potreby /need-persistence N-P/, kde je zdôraznené riešenie frustrujúceho problému. Kombináciou týchto šiestich kategórií vzniká pre každú položku 9 možných faktorov hodnotenia a dve varianty E a I. Kombináciu faktorov si názorne osvetlíme aj na ich trojstĺpcovom usporiadaní Rosenzweigovej schémy.

Extrapunitivita

Typ reakcie

O-D	E-D	N-P
E'	E	e
Zdôrazňuje prítomnosť rušivej prekážky.	Účitky, nepriateľstvo sú zamerané proti osobe alebo okoliu. S.o. agresívnym spôsobom popiera, že by bola zodpovedná za škodu, ktorá sa jej pripisuje.	Riešenie ťažkej situácie sa čaká od niekoho iného.

Intropunitivita

Typ reakcie

O-D	E-D	N-P
I'	I	i
S.o. nepokladá za rušivú, naopak za žiadúcu, niekedy zdôrazňuje svoje rozpaky.	S.o. kriticky hodnotí seba. I varianta. S.o. sa priznáva k chybe, ale popiera, že by to bolo skutočne nesprávne a poukazuje na nevyhnutné okolnosti.	S.o. chce nahradiť škodu a tak vo veci domí viny vyriešiť problémy.

Impunitivita

Typ reakcie

O-D	E-D	N-P
M	M	m
S.o. nechce priznať ťažkosti, rušivé situácie, zmenšuje ich význam a takmer dokazuje, že neexistujú.	Obchádza pokarhanie za rušenie alebo škodu. Pokladá situáciu za hotovú, nebolo vyhnutia a ten kto ju zavinil, je oslobodený od viny.	S.o. vyslovuje nádej, že čas alebo okolnosti vyriešia problém. Trpezlivosť je charakteristikou črtou.

Záznamový hárok

1/ Hodnotenie odpovedí a zostavovanie záznamového protokolu je detailnejšie uvedené v manuáli, preto uvádzame hlavné kroky vyhodnocovacieho postupu na príklade. Rosenzweig vypracoval normatívne skóre, ktoré sa objavujú v odpovediach normálnych ľudí, a tieto využíva ako kritériá zhodnosti so skupinou /G.C.R. = group conformity rating/.

Majú analogický význam ako populárne odpovede v Rorschachovom vyšetrení. Výskyt vhodných odpovedí z 12 možných sa označuje percentuálne. Napríklad je v zázname zhodných 8,5 z 12 možných, je to 71%.

2/ Ďalším krokom je zhodnotenie profilov a/ smeru agresie, b/ typu reakcie. Na základe výskytu faktorov sa vypočítava celková frekvencia 6 kategórií hodnotenia v percentuálnom vyjadrení. Takto získané percentá E, I, M, O-D, E-D, N-P predstavujú súhrnným spôsobom tendenciu subjektu, pokiaľ ide o smer agresie a typ reakcie.

Z ukážkového protokolu vyplýva, že v profile je primárne zastúpený E-D typ /obrana "ja"/ s extrapunitívnou agresiou, čiže agresiou zameranou na okolie.

3/ Na základe profilov faktorov sa určujú prevládajúce spôsoby reakcie, smeru alebo oboch ukazovateľov, i keď sú úviaže, na ktorých je toto súhrnné hľadisko založené, vyjadrené už v profilových hodnotách. Postupuje sa podľa troch vzorcov.

Prvý vzorec predstavuje konštatovanie relatívnej početnosti "smerovej" odpovede bez ohľadu na typ reakcie. Uvádzajú sa najvyššie extra-intro-impunitívne hodnoty. Podľa ukážkového protokolu najvyššie hodnoty sa získali v profile E-D /6 E, 5 I, 3 M, m/E I M - m/.

Druhý vzorec zahŕňa najvyššie hodnoty typu reakcie a určuje sa najvyšší faktor, čo do frekvencie po O-D, E-D a N-P. Vzorec pre typ reakcie

sa získa zistením najvyššieho počtu v každom zo stĺpcov E m - E'.

Tabuľka 11

Záznamový hárok P-F testu

Záznamový protokol Rosenzweigovej P-F metódy

Meno: Dátum vyšetrenia:
Pohlavie: Doba vyšetrenia:
Vek: Vyšetril:

Hodnotenie

Profily

O-D E-D N-P				O-D E-D N-P Celk. %			
1	M	M	i	E	2,5	6	35
2	J	I	i	I	2	5	33
3	E'			M	1,5	3	31
4		m		celk. 6	14	4	
5	E		i	%	25	58	17
6	J						
7	E	E		Vzorce			
8	M'	E		$E > J > M = m \quad 1 = 1,5 = 6,2\%$			
9	E	E	o	$E > m > E' = 2,5 = 10,4\%$			
10	E	E	m	$E > J > M = m \quad 1 = 4 = 17\%$			
11	E	M		Tendencie			
12	E'		m	žiadna			
13		m		$E \xrightarrow{0,50} a \xrightarrow{-0,40} J \quad a \xrightarrow{-0,33} M$			
14	J			$m \xrightarrow{0,33} E$			
15	M			$-0,38 \rightarrow J$			
16	J'			$N-P \xrightarrow{0,50}$			
17	J'			Poznámky			
18	M						
19	J	I					
20	E	J					
21	J	I					
22	M						
23	E	E					
24	M	M					

GCR = 71%

Záznamový hárok predstavuje vyhodnocovací postup P-F testu.

Tretí vzorec predstavuje tri najčastejšie zistené faktory v poradí veľkosti bez ohľadu na typ či smer. V ukázkovom protokole sú štyri najvyššie faktory 6 E, 5 I, 3 M a 3 m. Všeobecný vzorec pre protokol je E I /M - m/.

Na porovnanie početnosti je určený dodatočný vzorec medzi variantami E a I a ostatnými faktormi tak, aby bola odhadnutá úloha brzdiacich faktorov. Početnosť E a I je vyjadrená v percentách.

4/ Tendencie. Tu sa sleduje postup v riešení situácií, ktorý uplatňuje s.o. Skúšaný môže prechádzať z jedného smeru na druhý, napr. extrapunitívneho na intropunitívny a pod. Toto poradie je dôležité pre pochopenie reakcie na frustráciu, vypočítava sa tendencia postupu podľa vzorca:

$$\frac{a - b}{a + b} \quad /8/$$

pričom "a" predstavuje položky v úlohe /1, 12/ a "b" v úlohe /13, 24/. Vypočítava sa 5 typov tendencií. Prvé tri určujú smer agresie v rámci typu, štvrtá predstavuje smer agresie bez ohľadu na typ a piata tendencia sa týka rozloženia faktorov O-D, E-D, N-P bez ohľadu na smer agresie.

V manuáli sú uvedené normy jednotlivých meraní, zistených na základe vyšetrovaní 460 osôb vo veku 20 - 29 rokov, s rovnakým zastúpením oboch pohlaví, s náradom na skórovanie a interpretáciu výsledkov. Rosenzweig používa pojem typ reakcie, ale tento nepredstavuje typ osobnosti. Subjektívna reakcia na frustráciu je vo vzťahu s emocionálnou skúsenosťou, typom hodnotenia a môže vyjadrovať obranné mechanizmy mentálne narušených osôb.

Reliabilita a validita

Pôvodná verzia P-F bola štandardizovaná v Európe, Ázii a USA. Dosiaľ bolo uverejnených 500 prác za využitia Rosenzweigovej metódy. Väčšina prác bola zameraná na reliabilitu, validitu a na praktickú aplikáciu. Z bibliografického prehľadu za roky 1934 - 1974 vyplýva, že reliabilita skúmaná metódou test-retest poukazuje na spoľahlivosť testu. Uvádza sa v početných prácach koeficientmi reliability od 0,71 do 0,92.

Výskum validity sa uberal cestou preverenia platnosti metódy pomocou faktorovej analýzy, najmä výskumy zamerané na pojmovú validitu.

Rosenzweigova metóda našla široké uplatnenie v klinickej psychodiagnostike a pri výskume neuróz, depresie, schizofrénie, pri psychosomatických ochoreniach, pri psychopatických a asociálnych reakciách.

Rosenzweigov frustračný obrázkový projektívny test sa vo všeobecnosti považuje za užitočný nástroj pri výskume stresovej tolerancie. Získali sme cenné poznatky pri výskume príčin samovražedného konania a alkoholovej závislosti /Stančák, Gajancová, 1975/.

Kunda, Kúdelková /1973/ aplikovali P-F pri štúdiu chronického alkoholizmu. Zistili, že osobnosť alkoholika sa prejavuje v autoagresívnej orientácii. Reaktivita alkoholika sa odlišuje od kontrolnej skupiny v porovnávacích parametroch Rosenzweigovho testu.

Test je vhodný aj pre individuálnu diagnostiku tam, kde je potrebné vyjadriť sa o type reakcie na záťažové situácie. Test je indikovaný v diagnostike neuróz a porúch správania na báze psychopatickej osobnosti. Určitou prednosťou skúšky je to, že nevychádza z presne určenej teórie osobnosti, ale len z parciálnych postulátov teórie agresivity a stresu. Rosenzweig sa pridržiava v teoretickej analýze agresie a frustrácie psychoanalytického chápania, čo je síce nevýhodou metódy, ale umožňuje, aby sa základné pojmy vhodnejšie interpretovali aj z hľadiska nepsychoanalytického chápania agresie a frustrácie. Z týchto dôvodov sa prikláňame k názoru, že frustračno-obrázkový test je vhodný pre klinický výskum frustrácie a stresu, ako aj individuálnu diagnostiku v klinickej praxi, a v tom vidíme jeho prednosti.

Szondiho test /ST/

Obr. 24

Predloha k Szondiho testu



- | | |
|----------------------|----------------------------|
| Legenda: 1. hystéria | 5. depresia |
| 2. mánia | 6. paranoidná schizofrénia |
| 3. epilepsia | 7. sadizmus |
| 4. homosexualita | 8. katatónna schizofrénia |

Na obrázku sú uvedené tzv. typy duševných chorôb. Szondi, 1939.

Szondiho /1937, 1939/ fyziognomický test je založený na teoretickom predpoklade genetickej determinácie jednotlivých čŕt a charakteristík osobnosti v zmysle psychoanalytickej koncepcie. Test sa skladá zo série 6 obrázkov a na každom je 8 tvárí, ktoré predstavujú nasledovné diagnostické skupiny: homosexualita, sadizmus, epilepsia, hystéria, katatonna schizofrénia, paranoidná schizofrénia a mánia. Úlohou s.o. je vybrať z každého obrázku dve najsympatickejšie a dve najnesympatickejšie tváre. Skúška sa opakuje najmenej šesťkrát.

Každá reakcia je zatriedená do vektoru a faktoru. Szondi predpokladá štyri pudové vektory a každý z nich sa skladá z dvoch faktorov. Na každý faktor prináležia dve reakcie, takže na 4 vektory sa získava 16 reakcií.

Pudové vektory	Pudové faktory	Reprezentant pud. faktoru	Reakcie sympatická + nesympatická -
/4/	/8/		/16/
1. S /sexuálny pud/	h s	homosexuál sadista	h+ h- s+ s-
2. P /paroxysmálny pud/	e	epileptik hysterik	e+ e- hy+ hy-
3. Sch /pud "ja", schizofrénny vektor/	k	katatonik paranoik	k+ k- p+ p-
4. C /pud kontaktu/	d m	depresia mánie	d+ d- m+ m-

Na tabuľke sú uvedené symboly štyroch pudových vektorov a ich osem faktorov v podobe symbolov a diagnóz s možnosťou 16 reakcií v smere plus a mínus.

Podľa Szondiho /1939/ každý človek nesie v sebe 8 uvedených faktorov, ktoré sa vždy dedične po dvoch spájajú do štyroch vektorov. Na základe

spoločného pudového cieľa a rovnakej pudovej dráhy sa vytvárajú zvláštne pudové oblasti /S - sexuálny život, P - eticko-morálny život, Sch - život "ja", C - komutatívne a kontaktné vzťahy/. Tieto štyri oblasti vytvárajú nedeliteľný celok individuálneho života. Ak je niekto duševne chorý, je to osudovo dané zásluhou určitého špecifického osudového plánu, typického práve pre túto chorobu.

Arnold a Kohlman /1952/ poukazujú na vhodné využitie testu v diferenciálnej diagnostike epilepsie od iných diagnostických skupín. Hoci Mosser /1954/ zistil zhodu v experimente slepej diagnózy s klinickou až v 86%, poukazuje na nedostatky metódy, tak teoretickej ako praktickej povahy. Szondiho teória predstavuje najextrémnejšiu vedecky nepodloženú biologickú teóriu osobnosti, zúženú na štyri pudy.

Vedecky nepodložená je aj ich diagnostika. Voľba sympatickej tváre reprezentuje prejavene pudové tendencie a nesympatickej zasa skryté, ktorých manifestácia sa očakáva za zvláštnych okolností alebo duševných chorôb. Táto manifestácia sa predpokladá pri zhodnosti štyroch ocenení tváre.

Szondiho projektívna metóda je neakceptovateľná predovšetkým pre svoje psychoanalytické východiská chápania pudov i pre pojmovú svojvoľnosť, obmedzené možnosti interpretácie a predovšetkým pre vysvetľovanie vzniku choroby ako osudového javu.

Test nespĺňa psychometrické kritériá pre nízku reliabilitu /0,40 - 0,60/. Buros /1970/ uvádza negatívne správy o validite metódy. Ak zoberieme do úvahy aj teoretickú a metodologickú stránku testu, dôjdeme k záveru, že také testy nepatria do okruhu psychodiagnostických metód. Nazdávame sa, že by sa podobné testy nemali uvádzať v príručkách a učebniciach diagnostických metód. My sme ho uviedli preto, aby sme poukázali na nevedeckosť a praktickú bezvýznamnosť.

Test ruky - Hand Test /HT/

Kresba ruky ako podnet sa v psychologickom výskume využívala pred vznikom Hand Test /Carmichael a spol., 1937/, ale až Wagner /1962/, Bricklin a spol. /1975/ vytvorili z kresby ruky projektívny test. Test ruky pozostáva z 9 obrázkov ruky z rozmeroch 7,5 x 12,5 a jednej čistej karty.

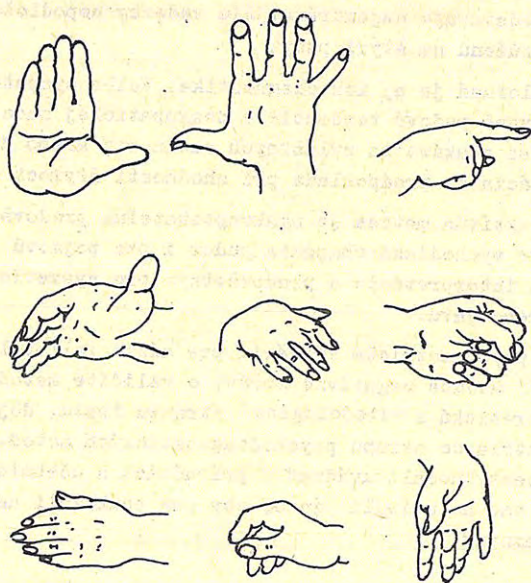
Na každom obrázku s výnimkou posledného, prázdneho, je rozličným spôsobom zobrazená ruka. S.o. hovorí, akú činnosť predstavuje zobrazená ruka. Administrácia testu je podobná ako pri ROR a TAT.

Zaznamenáva sa reakčná doba a produkcia na každý obrázok, teda aj na posledný prázdny. Test v porovnaní s inými projektívnymi metódami je dobre štruktúrovaný, relatívne jednoduchý, nenáročný na čas /asi 10 min./ a po-

merne citlivo odzrkadľuje súčasný stav osobnosti. Test nebol konštruovaný na základe vyhranenej teórie osobnosti, takže nestoja v ceste nijaké prekážky interpretovať výsledky v zmysle ktorejkoľvek teórie osobnosti. Test ruky sa môže aplikovať od 6 rokov do staroby. Primárne je indikovaný v klinickej praxi, ale nachádza svoje uplatnenie aj v poradenstve.

Obraz 25

Test ruky - Hand Test



Typy rúk podľa Wagnera, 1962

Môže sa aplikovať individuálne aj skupinovo. Administrácia testu je vzhľadom na iné projektívne techniky jednoduchá, vyžaduje skúsenosti s administráciou, symbolickým skórovaním a poznatky psychologického obsahu o funkčnej činnosti ruky. Skórovacie symboly sa zapisujú na pravú stranu textu. Po skórovaní odpovedí sa vykoná ich kvantitatívne zatriedenie. Test sa hodnotí podľa 15 skórovacích kritérií zatriedených do štyroch kategórií.

A. Kategória interpersonálna

1. Náklonnosť - affection /Aff/ - vyjadruje sympatizujúci postoj k ľuďom.
2. Závislosť - dependence /Dep/ - závislosť od inej osoby, od jej benevolencie.
3. Komunikácia - communication /Com/ - predstavuje komunikáciu s inou osobou.
4. Exhibicionizmus - exhibicionism /Exh/ - situácia, v ktorej sa ruka predvádza.
5. Nariadenie - direction /Dir/ - ruka dominujúca.
6. Agresia - aggression /Agg/ - predstavuje zmocňujúcu sa ruku.

B. Kategória prostredia

7. Získanie - acquisition /Acq/ - zahrňujúce odpovede na dosiahnutie cieľa.
8. Neosobná aktivita - active impersonal /act/ - predstavuje neosobné tendencie.
9. Pasívne neosobné tendencie - passive impersonal /Pass/ - akčná tendencia nevyžaduje prítomnosť inej osoby.

C. Kategória maladjustácie

10. Tenzia - tension /Ten/ - vydáva sa určitá energia, ale nezískava sa nič.
11. Zmrzačenosť - crippled /Crip/ - ruka deformovaná.
12. Strach - fear /F/ - obava a strach z odplaty.

D. Kategória ústupu

13. Popísanie - description /Descr/ - ruka je len opísaná.
14. Zlyhanie - failure /Fail/ - s.o. nevie podať odpoveď na predkladané karty.
15. Bizarnosť - bizarre /Biz/ - odpovede s pravdepodobným halucinatórnam obsahom.

Vyhodnotenie sa uskutočňuje podľa manuálu /Wagner, 1962, Bricklin a spol., 1975/. Vyhodnotí sa výskyt typov odpovedí, ich celkový počet, vzájomný pomer, výskyt patologických interpretácií, reakčný čas. Výsledky sa porovnávajú so štandardnými hodnotami.

Dosiaľ bolo uverejnených okolo 90 prác s testom ruky. Väčšina z nich sa zaoberala problematikou detskeja adolescentnej populácie /Hoover, 1978/.

Dvanásť štúdií bolo zameraných na otázky dospeljej klinickej populácie. Test ruky dobre diferencuje skupinu neuróz a schizofrénie. Posledné výskumy dokazujú, že je indikovaný u organických psychóz, depresie, retardácie a asociálnej psychopatie.

Reliabilita a validita testu

Wagner /1962/ a jeho spolupracovníci ešte pred vydaním testu zhodnocovali jeho reliabilitu a validitu. Výskum dosiaľ nie je ukončený. Normy vypracovali na základe 1000 protokolov. Reliabilita bola postavená na základe 1000 protokolov troch skupín vysokoškolákov pomocou split-half metódy. Koefficient reliability bol od 0,85 do 0,96.

Panek a Stonerová /1979/ pri štúdiu reliability metódou test-retest na populácii zdravých osôb zistili, že koefficient reliability po 14-dňovom odstupe pre každý z 15 parametrov bol v rozsahu od 0,51 - 0,80.

Štúdie zamerané na validitu vychádzajú z porovnania patologických skupín. Celkové skóre diskriminuje normálnu populáciu od schizofrénie. Dosiaľ nebola uskutočnená systematická validita v zmysle psychometrických kritérií.

Výhody tejto metódy sú v jej časovej nenáročnosti, jednoduchej administrácii, ľahko zvládnuteľnej interpretácii. Môže sa v užívať ako doplnujúca metóda v sérii diagnostických techník. Ako samostatná metóda sa vhodne využíva pri skríningu súborov.

Test ruky patrí do skupiny tých projektívnych techník, ktoré sú ešte predmetom výskumu ich spoľahlivosti a diagnostickej platnosti.

E. Slovná asociačné projektívne techniky

Asociačný experiment /AE/

Do skupiny verbálnych projektívnych techník zaraďujeme jednu z najstarších psychologických metód, známu tiež pod menom slovný experiment. Je spojená s menom jej tvorca Francisa Galtona /1879/, ale predovšetkým s menom Junga.

Jung /1910/ z pôvodného asociačného testu vypracoval individuálnu metódu na diagnostiku osobnosti. Podstata metódy spočíva v tom, že skúšaná osoba má uviesť na podnet slovo, ktoré ju napadne. Jung zostavil 100 štandardných slovných podnetov a navrhol kritériá hodnotenia výsledkov, berúc do úvahy reakčný čas, obsah a výrazové emocionálne prejavy. Mimoriadnu pozornosť venoval reakciám na konfliktové podnety v zmysle zisťovania komplexov osobnosti. Aplikoval ju u neuróz pri zisťovaní patogénnych fenoménov. V experimentálnom výskume sa vychádzalo zo známej podstaty asociačného experimentu, v ktorom s.o. má na slovný podnet uviesť prvú asociáciu.

Podľa Woodwortha a Schlosberga /1960/ sa využívali štyri typy asociačných metód, a to voľné asociácie oproti kontrolovaným a diskrétné oproti kontinuálnym.

1/ Diskrétna voľná asociácia: s.o. na podnetové slovo uvádza prvé, ktoré sa objaví v súvislosti s použitým slovom. Dôraz je na latentnej dobe.

2/ Diskrétna kontrolovaná asociácia: s.o. odpovedá v zmysle určitej inštrukcie, napr. má odpovedať opakovane podnetového slova.

3/ Kontinuitná voľná asociácia: experimentátor predloží podnetové slovo a s.o. odpovedá sériou samostatných slov tak rýchle ako je to len možné.

4/ Kontinuitná kontrolovaná asociácia: napr. s.o. má uvádzať združené slová na podnetové slovo, napr. na slovo škola uvádza: učiteľ, žiak, trieda, kniha, zošit, pero ...

Asociačný experiment sa s úspechom využíval v klinickej praxi, o čom svedčia výskumy zhodnocujúce význam metódy v experimentálnom bádani a v klinickej diagnostike /Rapaport a spol., 1950/.

Asociačný experiment v experimentálnom výskume

Asociačný experiment v experimentálnom výskume využívali Galton, Wundt, McCattell a ich nasledovníci. Z Pavlovovej školy to boli Ivanov-Smolenskij, Gakkelová a ďalší. Zásluhou Ivanova-Smoleského sa asociačný experiment začal využívať vo výskume vyššej nervovej činnosti už roku 1928 /1952/.

Ivanov-Smolenskij vychádzal z teoretického predpokladu, že každé slovo materinského jazyka je v mozgovej kôre mnohokrát prepojené a pri jeho spojení s konfliktovou situáciou sa prejaví porucha v asociačnom slede. Z klinickej praxe je známe, že slová, ktoré majú vzťah ku konfliktovej situácii, sa líšia obsahom aj reakčným časom v porovnaní s indierentnými slovami. Ivanov-Smolenskij predpokladá, že konfliktné slová vyvolávajú útlm v systéme rečových spojov. Útlm vylúči komplikované, v ontogenéze neskoršie získané podmienené spoje a tak navodzuje prejav primitívnych, ontogeneticky starších reakcií. Poznatky získané pomocou asociačného experimentu umožňujú objektivizáciu niektorých psychopatologických fenoménov. V tom spočíva význam diagnostických kritérií asociačného experimentu.

Asociačný experiment ako psychodiagnostická metóda

Kent a Rosanoff /1938/, Rapaport a spol. /1946/, Gakkelová /1952/ a ďalší sa pričínili o rozpracovanie diagnostických kritérií. Výsledky asociačného experimentu umožňujú hodnotiť:

1/ Reakčný čas, t.j. dobu od expozície podnetového slova po začiatok slovnej reakcie.

2/ Frekvenciu určitého druhu odpovedí. Kent - Rosanoff /1938/ zostavili poradie slov najčastejšie sa vyskytujúcich v asociačnom experimente.

Na základe vyšetrenia 1000 zdravých osôb zistili, že sa 160 krát objavilo slovo nič, 158 krát špendlík, 152 krát ostrý atď. Zostavili index všeobecnej frekvencie.

3/ Klasifikácia odpovede. Je to najzávažnejšie kritérium, preto sa v literatúre stretávame s niekoľkými systémami klasifikácie asociácií. Najčastejšie sa objavujú odpovede typu a/ definície, b/ doplnky, c/ koordinované pojmy a príklady, d/ hodnotenie a osobné asociácie.

Klasifikácia sa týka: povrchnosti, plochosti odpovedí a skupinových rozdielov.

Jung /1910/ poukazoval na možnosti asociačného experimentu pri diagnostike epilepsie a hysterických neuróz. Kent - Rosanoff /1938/ s úspechom aplikovali asociačný experiment v klinike psychóz. Traugottová /1952/, Čistovič /1952/ aplikovali asociačný experiment v klinike psychóz. Traugottová /1952/ na základe rozsiahleho výskumu schizofrenie rozpracovala kritériá klasifikácie odpovede v náväznosti na poznatky Ivanova-Smolenského. Zostavila sériu 40 štandardných slov a indiferentné slová doplnila konfliktogénnymi.

Skúšanú osobu do testovej situácie uviedla inštrukciou a názornými príkladmi. Získané výsledky rozdelila do nasledujúcich klasifikačných kategórií:

I. nižšie asociácie: jednoduché asociácie spájajúce, odmietavé, echolalické, extrasignálne /ktoré nemajú k danému slovu nijaký vzťah/;

II. vyššie slovné asociácie: adekvátne k slovnému podnetu, viacslovné, keď predstavujú vetu alebo rad slov naväzujúcich na seba.

Zistila, že pre schizofréniu je charakteristické: 1/ predĺženie latentnej doby z priemernej 1-2 sekundy na 5-8 sekúnd; 2/ nízka kvalita odpovedí: zo skupiny nižších asociácií typu echolalických a extrasignálnych bola zastúpená v rozsahu 10 až 90%. Traugottovej klasifikácia slovných odpovedí našla ohlas aj v našej literatúre.

Kondáš /1961, 1962/ vo svojich prácach využíval asociačný experiment pri štúdiu etiológie porúch rečového prejavu psychóz schizofrénneho a neschizofrénneho typu. Zistil, že psychotici sa od kontrolnej skupiny líšili v asociačnom experimente v tých reakciách, ktoré boli primerané podnetu. Zmena asociačných vzťahov sa vyznačovala odlišnosťou myšlienkovno-asociačnej organizácie. Kondáš /1962/ pri štúdiu konfliktových podnetov vyčlenil črty konfliktogénnosti, ktoré sa prejavujú predĺžením reakčného času, poruchovou asociáciou a chybnou reprodukciou vlastnej asociácie.

Indikácie asociačného experimentu

Uplatňujú sa vo výskume, v psychodiagnostike pri odhaľovaní konfliktových situácií a pri posúdení klinického stavu. Využíva sa pri posúdení terapeutického efektu v psychofarmakologickej liečbe. Je vhodný pri všetkých formách duševných porúch a chorôb. Pre účely hodnotenia terapeutického efektu sme zostavili štyri 50-slovné série, pomocou ktorých sme objektivizovali terapeutický efekt psychofarmák.

Asociačný experiment je možné s úspechom využívať pri štúdiu niektorých porúch správania, napr. ako indikátor lži. Spravidla na slová krádež, vrecko, zásuvka sa u osôb, ktoré vedia o priestupku, významne predlžuje latentná doba, čo sa môže pokladať za indikátor konfliktovej situácie.

Reliabilita a validita asociačného experimentu

Hull a Lugoff /1921/ zhodnotili niektoré indikátory asociačného experimentu z hľadiska ich diagnostickej spoľahlivosti a platnosti. Dokázali, že indikátor reakčného času a narušených asociácií vysoko koreloval s emocionálnymi poruchami. Zistili, že u zdravých osôb sa len v 0,6% vyskytuje narušená asociácia, avšak iba vo forme tzv. dištancujúcich sa asociácií.

K prednostiam metódy patrí jej všestranné využitie ako projektívnej metódy pri odhaľovaní psychopatologických asociácií a konfliktných situácií a možnosťou ich vysvetlenia na základe teórie VNČ. Pri jej aplikácii v psychofarmakologickom výskume sa ukázalo, že indikátor reakčného času je objektívnym ukazovateľom dynamiky v klinickom obraze.

S úpravou klinického stavu, napr. depresívneho syndrómu, sa primerane skracuje doba latencie. V posledných rokoch sa asociačný experiment málo využíva v klinickej a výskumnej praxi. Pri skúmaní afektívneho významu sa uplatňuje skôr Osgoodova metóda /1957/ sémantického diferenciálu a v diagnostike zasa metódy, poskytujúce väčší počet kvantifikovaných parametrov.

Prikláňame sa k názoru, že asociačný experiment aj v súčasnom stave vývoja diagnostických metód nie je úplne prekonaný práve preto, že nie sú dostatočne ocenené indikátory z okruhu klasifikácie foriem a typov asociácie. Z týchto dôvodov sa nazdávame, že asociačný experiment nemá len historický význam v dejinách psychodiagnostických metód, ale patrí do okruhu psychodiagnostických techník, ktoré môžeme aplikovať, a to vo výskume a v praktickej diagnostike.

Iné projektívne verbálne techniky - technika dopĺňovania viet
Test nedokončených viet /Curtis Completion Form/ /CCF/

Curtis /1953/ tvorca testu nedokončených viet, vychádza z hypotetického predpokladu, že týmto testom sa meria emocionálne prispôsobenie. Odhaľuje emocionálne problémy s.o. a umožňuje ohodnotiť jeho vzťah k sociálnemu prostrediu. Je užitočným diagnostickým nástrojom v poradenskej a klinickej psychológii. V klinickej psychológii sa využíva iba ako pomocná metóda na doplnenie a verifikovanie výsledkov, získaných pomocou iných metód.

Test nedokončených viet v poslednej verzii sa skladá z 50 nedokončených viet. Úlohou s.o. je doplniť druhú polovicu vety. Napr. "Dnešné ženy sú ľahkomyselné". "Moja budúcnosť je beznádejná". Test nedokončených viet má charakter osobnostného testu. Skladá sa z troch okruhov viet A, B, C odzrkadľujúcich niektoré interpersonálne vzťahy, postoje a psychopatologické fenomény.

V skupine A sú vety ohodnocované dvoma bodmi. Obsahujú autonomistické vety - nepriateľské vzťahy, vzťahovačné, závistlivé, pesimistické, sabonisté, komplexy z detstva, konfliktne situácie.

Vety v skupine B sú ohodnocované jedným bodom. Výrazný únik pred zodpovednosťou.

Napokon vety v skupine C sú ohodnocované 0 bodmi. Ide o nehodnotiteľné odpovede.

Skúšobné vydanie testu bolo niekoľko ráz prepracované na základe ohodnotenia klinickými psychológmi a psychiatrami. Psychometrické zhodnotenie testu bolo na základe výskumu zdravých a psychiatrických pacientov.

Reliabilita

Reliabilita bola hodnotená pomocou split-half metódy. Výskumu sa podrobilo 133 osôb vo veku 15 - 58 rokov, a to 76 mužov a 57 žien. 50 osôb bolo duševne a telesne zdravých, 34 neuróz a 49 psychóz. Koeficient reliability bol 0,83.

Validita bola urobená na základe porovnania výsledkov testu s klinickým stavom. Ohodnotenie robili niekoľkí klinickí psychológovia nezávisle na sebe. Kritériom hodnotenia bolo prispôsobenie sa sociálnemu prostrediu, pretože testom sa zisťujú vzťahy k ľuďom, nie k veciam. Validita bola uskutocnená so skupinou 335 osôb vo veku 17 - 65 rokov. Jedna tretina s.o. boli ženy, 16% tvorili žiaci stredných a učňovských škôl. 175 osôb bolo telesne i duševne zdravých, 60 patrilo do skupiny neuróz a 100 do skupiny psychóz. Korelačný koeficient medzi kritériami prispôsobovania a výsledkami testu nedokončených viet bol nasledovný: 1/ normál - neurotici /0,97/; 2/ normál - psychotici - neurotici /0,98/; 3/ neurotici - psychotici

/0,73/. Keďže korelačný koeficient v skupine normál - neurotici - psychotici bol 0,98, je možné akceptovať teoretický predpoklad, že test je vhodný ako diferenciálno-diagnostický nástroj na rozlíšenie osôb dobre prispôsobených od neadekvátne prispôsobených, najmä neuróz a psychóz.

Prednosti testu nedokončených viet sú v psychometrickom spracovaní, v možnostiach využitia kvantitatívnych ukazovateľov v diagnostike emocionálnej prispôsobivosti.

Test pre svoju úzku zameranosť sa môže aplikovať len ako doplnujúca metóda iných projektívnych testov, najmä ROR, TAT a Rosenzweigovho testu frustrácie.

VII.

MANIPULAČNÉ PROJEKTÍVNE TECHNIKY

Do skupiny manipulačných projektívnych techník zaraďujeme všetky testy, ktoré umožňujú štúdium osobnosti a mechanizmu projekcie na základe výkonu technikou manipulácie s testovým materiálom. K nim patrí:

A. Test sveta

Lowenfeldová /1939/ svoju metódu Test sveta označovala pomenovaniami The World of Children a v neskorších prácach ju uvádzala ako "The Lowenfeld World Technique". Lowenfeldovej test sveta pozostáva z miniatúrnych domov, stromov, ľudí, zvierat a iných vecí, ktoré existujú vo svete. Aj keď technika hry sa v klinickej psychológii využívala /Kleinová, 1932/, Lowenfeldová objavila ďalekosiahle možnosti tejto miniatúrnej hry v detskej psychológii. Predpokladala, že jej technika "Test sveta" nie je testom v pravom slova zmysle, ale prostriedkom prístupu k detskej mysli. Je prostriedkom na vyjadrenie detských predstáv a pocitov. Ani v súčasnej dobe "Test sveta" nespĺňa kritériá testu v zmysle psychometrie.

Test sveta podmienil jeho modifikáciu. Test sveta modifikovala Bühlerová. Metóda Bühlerovej, Kellyho /1941/ Toy World Test, sa od Lowenfeldovej World Testu líši tým, že má určený počet znakov, 160 pre diagnostické ciele a 300 pre psychoterapeutické. Zaviedla modifikáciu s použitím piesku a drevených figúrok.

Test sveta je projektívna metóda zameraná na poznanie osobnosti a jej životného postoja. Vychádza z empirického predpokladu, že ľudia sa prejavujú nepriamo bez uvedomovania si svojho správania, keď majú k dispozícii potrebný materiál. Test je určený pre deti a dospelých a jeho aplikácia je častejšia a užitočnejšia v detskej klinickej psychológii.

Bühlerová a spol. /1951/ urobila štandardizáciu Lowenfeldovej testu sveta. V štandardizačnej štúdiu zhrnula poznatky viacerých výskumov robených v Anglicku, Nórsku, Holandsku, Rakúsku a USA.

Bolgarová a Fischer /1947/ na základe predchádzajúcich skúseností urobili vyšetrenia dospelých osôb. Sto dospelých osôb s rozdielnou vzdelanostnou úrovňou oboch pohlaví vyzvali, aby urobili konštrukciu sveta z 232 kusov. Pri skúške hodnotili správanie podľa stanovených kritérií. Posledná verzia Bühlerovej Testu sveta sa skladá zo 160 objektov /domy, ľudia, zvie-

ratá, stromy, atď./, ktoré sú prehľadne poukladané v krabici. Objekty sú zväčša vyrezané z dreva, malované. Autá, železnice, tanky sú z plastického materiálu. Pre diagnostické účely sa pokladá základný počet za dostačujúci. Pre účely terapeutické sa počet zvýšil na 300 kusov. Výskumami zistila, že pri konštrukcii sveta s.o. využívajú 70 - 150 kusov, preto sa 160 kusov pokladá za vyhovujúce množstvo. Modrý a zelený pevný papier sa dáva k dispozícii na vyhotovenie vodných tokov a lúk. Test sveta sa konštruuje na dlážke 2m². Pre účely terapeutické sa dáva prednosť konštrukcii na piesku.

Obr. 26

Test sveta



Test sveta a technika skúšky podľa Lowenfeldovej /1939/.

Predpokladá sa, že test sveta dopĺňa informácie o dynamike osobnosti, ktoré získava prostredníctvom ROR metódy a TAT. Podľa Bühlerovej stojí bližšie k ROR, pretože odhaľuje niektoré štrukturálne charakteristiky osobnosti, ako rigiditu, dezorganizáciu, izoláciu, agresiu a pod.

Zistené črty osobnosti sa môžu objektivizovať prostredníctvom iných metód, najmä projektívnych, dotazníkových a klinických. Konštrukcia sveta v teste je charakteristická usporiadaním v zmysle: 1/ poriadku alebo neporiadku, 2/ môže byť schématická alebo realistická, 3/ usporiadanie môže byť voľné, roztrúsené, alebo úzko nahromadené. Uprednostňuje sa pôvodná Lowenfeldovej kvalitatívna interpretácia. Kvalitatívna analýza sa opiera o šandardizačné štúdie.

Bolgarová a Fischer /1947/ určili šesť možných kritérií: 1/ výber, 2/ počet, 3/ formu, 4/ obsah, 5/ postoj, 6/ verbalizáciu, podľa ktorých sa hodnotí výsledok testu. U dospelých zdravých osôb je charakteristická voľba domu ako prvého predmetu. Deti ako prvý podnet vyberajú auto, lietadlo a emocionálne narušené deti zasa ploty. Bolgarová a Fischer /1947/ na základe konštrukcie sveta dochádzajú k diagnostickej kategorizácii a rozlišujú typ: praktický, logický, sociálny, vitálny, estetický. Podľa prevahy určujúcich znakov pristupujú k analýze osobnosti.

Bühlerová a spol. /1951/ uvádza nasledujúce typy konštrukcií svetov: uzavretý, schématický, usporiadaný, neusporiadaný, agresívny, neagresívny, prázdny... Napr. prázdne svety sú prejavom chudoby fantázie, nedostatku inteligencie, a zasa agresívne, znázorňujúce vojnu, sú prejavom hostility. Administrácia testu je podobná ako pri iných podobných projektívnych technikách. S.o. poskytuje iba toľko informácií, aby sa neovplyvnil výkon priamym usmernením.

Protokol testu pozostáva zo: 1/ symbolickej konštrukcie, poznámok o priebehu testu, 2/ konverzácie počas testu, 3/ z testových hárkov. Bolgarová a Fischer /1947/ uvádzajú rozdiely medzi skupinami jednotlivých psychiatrických diagnóz vzhľadom k typu konštrukcie, výberu a počtu použitých elementov.

Vo všeobecnosti sa Test sveta hodnotí len ako doplnujúci test. Dosiaľ nie je doriešená jeho šandardizácia pre dospelých. Nie sú vypracované presné hodnotiace kritériá, ktoré by boli prakticky a výskumne preverené. Prikláňame sa k názoru, že v súčasnej dobe test poskytuje vhodné podmienky na sledovanie jedinca v experimentálnej činnosti /reakcie a postoje/, z ktorých nepriamo môžeme usudzovať na niektoré črty osobnosti. Metóda svojím zameraním je vhodná pre longitudinálne sledovanie vývoja psychiky, patologických zmien osobnosti, zvlášť v pedopsychológii.

V psychodiagnostike dospelých Test sveta nenašiel významnejšie uplatnenie pre dosiaľ nezdôvodnené interpretačné kritériá.

B. Bühlerovej Obrázkový test sveta

Bühlerová, Manson /1956/ zostavili nový test Picture World Test - Obrázkový test sveta, ako ekvivalent Testu sveta pre dospelých. Materiál

obrázkového testu pozostáva z dvanásť scén alebo obrazov znázorňujúcich farmu, univerzitné mesto, vrchy, pobrežie, predmeste, kostol, zábavné podniky, zanedbané štvrte, nemocnicu, väznicu, vnútrozemie, prístav, sen, svet, vojnu, ničenie, dezercia-ústup.

S.o. zostavuje svet: buď ho nakreslí alebo využíva vyššie uvedené symboly. Nakoniec s.o. napíše k tomu svoj komentár.

Autorka predpokladá, že test je vhodný pre diagnostické ako aj terapeutické ciele. Môže sa aplikovať v individuálnom a v skupinovom vyšetrení. Bühlerovej obrázkový test sveta sa nestretol s ohlasom, pretože dosiaľ sa neobjavili práce s touto metódou. Test nebol štandardizovaný.

C. Test dediny

Do skupiny úkonových projektívnych techník zaraďujeme aj známy, v našej literatúre Stančákom /1963/ popísaný Test dediny. Autorom testu je Arthus /1949/, avšak Mabilie /1950, 1953/ ho prepracoval. Rigal a spol. /1956/ ho aplikovali v klinickej psychodiagnostike, pridržiavajúc sa skúseností, ktoré získali Arthus a Mabilie.

Rigal a spol. /1956/ vychádzali pri interpretácii výsledkov z hlbinnop psychologickéj teórie. Symboly niektorých figúr autori pomerne voľne psychoanalyticky interpretovali. Zastávajú názor, že test je vhodný prostriedok pre odhaľovanie konfliktov v klinike neuróz.

Modifikácia testu dediny

Stančák /1963/ vytvoril modifikáciu testu dediny tým, že jednotlivé stavebné súčiastky farebne prispôbil rázovitosti našich dedín a doplnil tromi novými komplexmi, traťou, vlakom, cintorínom. Zmenil užívanú obdĺžnikovú vyšetrovaciu plochu na skoro štvorcovú o rozmeroch 100 x 87 cm. S.o. má k dispozícii v krabici uložené nasledujúce figúrky: 22 malých domčekov, 10 väčších, z ktorých časť je označená za verejné budovy, ďalej vežu, loď kostola, hasičskú zbrojnicu, pommík, triangulačnú vežu, 3 podjazdy, most, 49 stromov troch druhov, 37 šikmých tyčiek. Neoznačeným figúrkam s.o. sama určí funkciu podľa svojej predstavy.

Administrácia testu

Skúšaná osoba sedí za stolom, na ktorom je vyšetrovacia drevená doska neurčitej farby, pripomínajúca zem. Uprostred je postavená zatvorená krabica so 146 figúrkami, z ktorých vyšetrovaná osoba má zhotoviť na celej ploche dedinu.

Do pokusu ju uvádzame slovami: "Postavte na tejto ploche dedinu podľa svojej predstavy. Materiál k tomu máte v krabici". Na ďalšie prípadné poznámky odpovedáme tak, aby sme riešenie neovplyvnili, napr. "robte ako chcete", "pokladajte to, za čo myslíte" a pod.

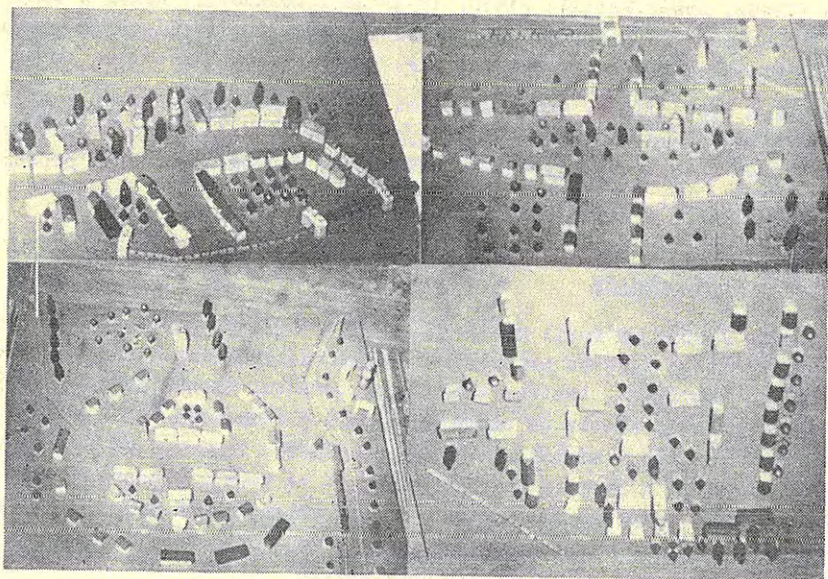
Experimentátor sedí za druhým stolom a nenápadne sleduje s.o. pri práci. Vypíňa protokol vyšetrovania, najmä tie body, ktoré sú založené na pozorovaní, a po skončení, keď s.o. prehlásí, že je s prácou hotová, dopíňa ho výpoveďami s.o. Starostlivo zaznamenávame komentár vyšetrovaného k postavenej dedine.

Obr. 27

Test dediny

1

2



3

4

Na obrázku sú uvedené rozličné typy a konštrukcie dedín. Skupina neuróz tvorila konštrukcie dedín s námestím /1, 2, 3/. Skupina psychóz tvorila dediny jednoduchých typov a neusporiadané /4/. Stančák /1963/.

V protokole sledujeme trvanie pokusu, pacientove prvé reakcie a to, či uvažoval, triedil, energicky vysypal celý obsah krabice, alebo postupne ho vyberal, ďalej ktoré objekty najprv postavil, držanie tela, výraz tváre, mimiku, spôsob práce, reč a celkové správanie, náladu, sústredenosť pri práci. Ako si všímal figúrky, či sa nepridržiaval predlohy vlastnej obce, voľba domu na bývanie, typ dediny a rozmiestnenie na ploche.

Dedinu v zmenšenej mierke sme prenášali na papier /zvláštny hárok/ pomocou pečiatok zhotovených pre tieto účely. Typické dediny sme fotografovali. Projekt sme zhodnocovali z hľadiska kvantitatívneho podľa množstva a druhu použitých figúrok.

Pri kvantitatívnom zhodnocovaní sme sa zameriavali na rozlíšenie racionálnych, logických riešení od schématických a patologických riešení od normálnych.

Test vyhodnocujeme podľa 18 základných parametrov s 59 položkami. V našom výskume sme zistili, že stanovené kritériá môžeme vhodne využiť v diferenciálnej diagnostike.

Súbor neuróz sa líši od normálov takmer vo všetkých kritériách, ale rozdiely nie sú také závažné, aby mohli byť smerodajným ukazovateľom v diferenciálnej diagnóze. Naproti tomu sa prejavili charakteristické znaky reprezentujúce paranooidné psychózy a organické psychosyndrómy.

V našej adaptácii testu dediny sme odmietli hodnotenie testu autorov psychoanalyticky orientovaných a vypracovali sme kritériá objektivizujúce správanie a výkon.

Monod /1965/, Macchielli /1960/, Zústová /1963/ sa zaoberali rozličnými variáciami Arthusovho testu, avšak dosiaľ nebol prehodnotený z hľadiska psychometrických kritérií. To je jedna z príčin, prečo test dediny nenašiel širšie uplatnenie v klinickej diagnostike. Nazdávame sa, že po štandardizácii by našiel svoje uplatnenie primárne v diagnostike psychóz, ako o tom svedčí výskum Kmecovej /1973/ a Gregorovej /1978/.

Prednosti aplikácie testu v diagnostike psychóz vidíme nielen vo svojráznom prejave a v záujme o test, ale aj vo vzácnej príležitosti komunikácie s vyšetrovaným v priebehu konštrukcie dediny. Pretože test nebol dosiaľ štandardizovaný, odporúčame ho využívať ako doplnkovú projektívnu techniku v rámci súboru osobnostných testov.

D. Lowenfeldovej mozaikový test /LMT/

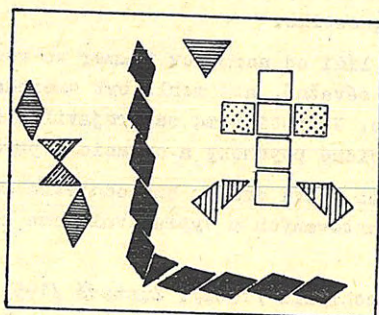
Lowenfeldová /1954/ charakterizovala mozaikový test ako projektívnu techniku, ktorá mala splniť analogické ciele ako klinické psychiatrické vyšetrenie. Svojím zameraním patrí medzi manipulačné techniky, pri ktorých

sa kladie dôraz na využitie farby pri štúdiu osobnosti a klinickej diagnostiky. Test je určený pre deti ako i dospelých. Mozaikový test obsahuje 456 štandardných tvarov v piatich formách:

- 1/ štvorce s 3 cm stranami
- 2/ kosoštvorce s uhlami 45° a 135°
- 3/ pravouhlé trojuholníky
- 4/ rovnostranné trojuholníky
- 5/ triangle

Obraz 28

Lowenfeldovej mozaikový test



modrá		červená	
zelená		čierna	
biela		žltá	

Materiál k mozaikovému testu podľa Lowenfeldovej,
1954.

Materiál je usporiadaný tak, že 3. a 5. forma je rozdelená na polovicu, 1. a 4. sa používa pre párové vzory. Všetky tvary sú v šiestich farbách /červená, zelená, modrá, žltá, biela a čierna/. Tvary sú 3 mm hrubé a sú zhotovené z plastickej hmoty. Materiál ukladá s.o. na ploche 31,5 x 26 cm. Inštrukcia je stručná. Pacient môže použiť toľko materiálu, koľko bude potrebovať, a bude pracovať tak dlho, dokiaľ nebude s výkonom spokojný.

Mozaika sa spravidla fotografuje a vyhodnocuje sa podľa toho, či výtvor je zaradený do reprezentačných, koncepčných alebo abstraktných foriem riešenia. Mozaiky tvaru líšky, šarkana, nosorožca pokladáme za infantilné alebo patologické.

Wideman /1955/ aplikoval mozaikový test u psychiatrických pacientov /psychoneurózy, organické psychosyndrómy, schizofrenie/ a zistil, že test dobre diferencuje normál od patologických skupín.

Pokiaľ ide o farby, pacienti preferovali bielu. Rozdiely v porovnaní s normálom a neurotikmi boli štatisticky významné. Schizofrenici sa vyhýbali aj žltej farbe.

Maier a Martin /1954/ aplikovali mozaikový test u organického psychosyndrómu. Vypracovali hodnotiace kritériá:

1. čiara - či je správne alebo nesprávne vzhľadom na tvar a farbu,
2. znak, s ktorým je subjekt spokojný,
3. znak v relácii k celkovému tvaru,
4. inkoharentné znaky,
5. konečná produkcia.

Zistené nálezy dávali do súvislosti s diagnózou organického poškodenia mozgu.

Reliabilita a validita testu

Horne a Lane /1966/ vykonali hodnotenie reliability na dvoch skupinách študentov metódou test-retest, po týždni a po troch mesiacoch. Došli k záveru, že časový odstup neovplyvnil výkon.

Aschough a Dana /1962/ pri diagnostickej validite porovnali Bender-Gestalt test a Mozaikový test vo vzťahu k diagnóze organického psychosyndrómu. Zhodnosť výsledkov testu s klinickou diagnózou poukazuje na dobrú diagnostickú validitu testu.

Z psychometrického hľadiska metóda spĺňa kritériá diagnostického testu. Aj keď sa dosiaľ získali väčšie skúsenosti v detskej klinickej psychológii, má svoje uplatnenie aj v klinike dospelých, najmä v diagnostike organického psychosyndrómu. Metóda nie je zatažená psychoanalytickou teóriou, čo umožňuje jej teoretické rozpracovanie v zmysle marxistickej teórie osob-

nosti. Domnievame sa, že metódu môžeme vhodne využiť aj pri výskume kreativity.

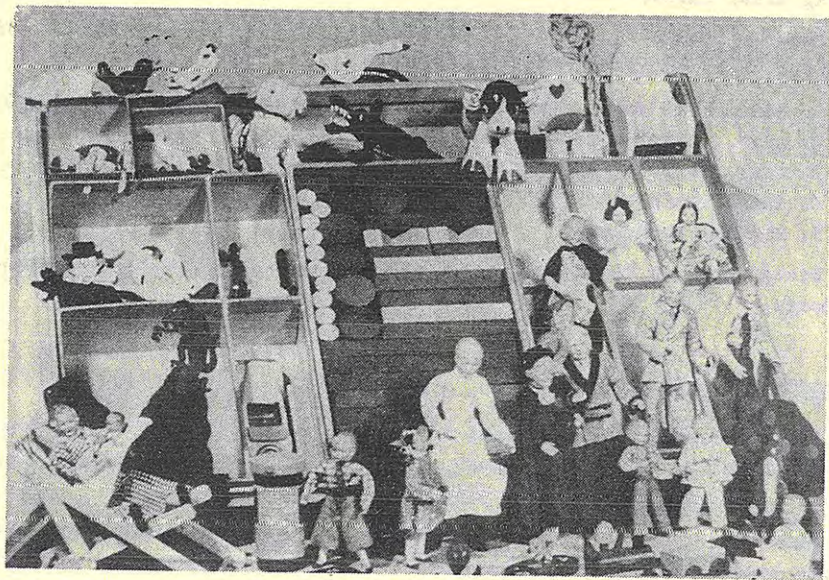
E. Sceno test

Do skupiny manipulačných projektívnych techník okrem Testu sveta, Testu dediny, Lowenfeldovej mozaikového testu, zaraďujeme aj Sceno test.

G. von Staabsová /1951/ vytvorila projektívnu techniku zameranú na štúdium emocionálnych vzťahov jedinca k ľuďom a k veciam. Vzťah k okolitému svetu sa znázorňuje prostredníctvom pohyblivých bábik. Bábiky sú pohyblivé v kĺboch, takže pózou, ktorú im určuje v scéne, sa vyjadrujú afekty.

Obr. 29

Sceno test



Materiál k Sceno testu podľa G. von Staabsovej /1951/.

Materiál je uložený v krabici a veko krabice slúži ako manipulačná doska. Materiál tvoria figúrky, zvieratá, stromy, autá, vlak a iné predmety z denného života. Jednotlivé bábiky sú rozdielnej veľkosti 8 - 15 cm

pre určenie funkcie otca, matky, detí a iných príbuzných. Do testovej úlohy sa deti aj dospelí uvádzajú slovami: "Vytvorte z tohto materiálu scénu, tak ako režisér tvorí scénu na javisku".

Pri interpretácii sa zohľadňuje postup pri práci, obsah scény a vlastný komentár. Test je indikovaný predovšetkým pre deti, ale môžeme ho úspešne aplikovať u dospelých v terapii neuróz, vo forenznnej psychológii a u psychóz.

Test vychádza z psychoanalytickej koncepcie a v týchto intenciách je rozpracovaná analýza jednotlivých symbolov vystupujúcich v scéne.

Preto ho v tejto forme v klinickej psychológii nemôžeme použiť. Po jeho teoretickom prehodnotení, štandardizácii a psychometrickom preverení mohol by byť vhodným diagnostickým nástrojom a prostriedkom v terapii neuróz u detí aj dospelých.

F. Farebný pyramídový test /FPT/

Ľudia majú vždy nejaký postoj k farbám a z toho poznatku sa zrodila myšlienka využitia farieb v testoch. Lüscher /1949/ vypracoval farebný test, pri ktorom použil štyri hlavné farby: žltú, červenú, modrú, zelenú a každá z nich mala štyri odtiene. Pokusné osoby si mali vybrať, ktorá farba je im najsympatickejšia. Z voľby farieb sa robili diagnostické úvahy o osobnosti pokusnej osoby.

Pfister /1950/ zdokonalil Lüscherovu metódu a prvý použil pyramídovú predlohu s 15 štvorčekmi /Farben Pyramiden Test - FPT/. S.O. majú za úlohu pokryť pyramídu štvorčekmi takých farieb, ktoré sa im najviac páčia. Meiss /1951/ metódu prepracoval zavedením kvantitatívnych ukazovateľov, Schaie /1964/ prispel k jej teoretickému prehĺbeniu. Farebný pyramídový test vychádza z empirických poznatkov psychológie farieb a ich vzťahu k emocionálnosti.

Analýza výberu farby v konštrukcii pyramídy umožňuje pohľad do štruktúry osobnosti a jej psychopatologických odlišností, do úrovne excitability i sebakontroly.

Psychologická interpretácia FPT predpokladá dokonalú znalosť psychológie farieb. Schaie a Meiss /1964/, Lüscher /1969/ v manuáli uvádzajú podrobnú charakteristiku jednotlivých farieb. 1/ Červená sa hodnotí ako farba silnej excitácie; 2/ oranžová je farba extravenzie a externalizovaného afektu; 3/ žltá farba je svojou kvalitou medzi červenou a oranžovou. Vyjadruje menej impulzívny charakter; 4/ zelená farba odzrkadľuje stabilné aspekty emocionality; 5/ modrá sa spája so stupňom vyváženosti, a to od vyváženej spokojnosti až po potlačenie citov; 6/ fialová je spojená so sil-

nou internalizáciou afektu, úzkosti a tenzie; 7/ hnedá reprezentuje prítomnosť silných primitívnych impulzov; 8/ biela je prejavom otvorenosti a senzitivity; 9/ sivá odzrkadľuje potlačenie afektívnych potrieb a odpovedí; 10/ čierna je ukazovateľom inhibície.

Charakteristika testu FPT

Materiál k testu je pyramída s 15 štvorčkami. Začína piatimi a v každom ďalšom riadku je o jeden menej - 4, 3, 2, 1. Na pyramídu sa prikladá 10 základných farieb, ktoré majú rozličné tóny. V skúške sa môžu použiť len farby v týchto tónoch:

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1. modrá - 4 tóny | 6. fialová - 3 tóny |
| 2. červená - 4 " | 7. hnedá - 2 " |
| 3. zelená - 4 " | 8. čierna - 1 " |
| 4. žltá - 2 " | 9. biela - 1 " |
| 5. oranžová - 2 " | 10. sivá - 1 " |

Ku skúške je potrebných 360 farebných štvorčekov so stranou o dĺžke 2,5 cm. Heiss /1951/ zaraďuje test medzi projektívne techniky, ktoré umožňujú pohľad do afektívnej zložky osobnosti i do štruktúry osobnosti. Heiss na základe skúšok s 826 osobami, ktoré zložili 2 210 pyramíd zastáva názor, že FPT je bližšie k ROR ako k TAT testu. V štatistickom výskume zistil, že s.o. najčastejšie volili tieto farby:

Tabuľka 13

Farba	Zdravé osoby	Muži	Ženy
modrá	20,2%	18,5	22
červená	17,6%	19,2	15,6
zelená	16,4%	17,8	14,8
žltá	12,6%	12,2	13,2
oranžová	10 %	11,1	8,7
fialová	7,3%	6,1	8,5
hnedá	6,9%	6,3	7,7
čierna	6 %	6,1	5,8
biela	2 %	2	2
sivá	1 %	0,7	1,7

Na tabuľke je uvedená preferencia farieb zdravých osôb. Prvý stĺpec predstavuje percentuálnu frekvenciu oboch pohlaví, druhý preferenciu mužov a v treťom stĺpci preferenciu farieb súboru žien.

Administrácia testu

Technika realizácie testu je veľmi jednoduchá. Pokusná osoba má za úlohu pokryť farebnými štvorčkami pyramídu. Farby môže voliť podľa vlastného uváženia. Pri ukladaní má úplnú voľnosť, pretože nezáleží ani na smere, ani na poradí, môže robiť zmeny pri zostavovaní pyramídy. Časovo nie je obmedzená. Test sa môže uskutočňovať za denného svetla i za umelého osvetlenia. Pôvodne s.o. zostavovala jednu pyramídu, ale to sa ukázalo nedostačujúce, preto sa zaviedlo skladanie najmenej troch pyramíd. S.o. skladala tri pyramídy, ktoré boli pekné, a neskôršie sa vyšetrenie rozšírilo o tri nepekné, ktoré nevyhovujú vkusu s.o., čiže vyšetrenie pozostáva zo šiest pyramíd.

Existujú aj iné modifikácie pokusu. Experimentátor zaznamenáva postup pri práci, zmeny ukladania, čas pri zostavení pyramídy a samotnú pyramídu.

Hodnotenie a interpretácia pyramídy podľa farebných vzorcov a syndromologickej klasifikácie

Farebný vzorec 1

Farebný vzorec 1 /Farbformel 1/ nás informuje o tom, v akom počte je zastúpená každá zo základných farieb vo všetkých troch pyramídach, ako to vyplýva z uvedeného príkladu podľa Heissa:

X	M	Č	Z	Ž	Or.	F	H	Čier.	B	S
1.	2	3	3	3	0	2	2	0	0	0
2.	4	2	2	2	2	2	1	0	0	0
3.	3	0	4	0	4	0	2	2	0	0
Spolu:	9	5	9	5	6	4	5	2	0	0
%	20	11	20	11	13	9	11	4	0	0

Na tabuľke je uvedené percentuálne zastúpenie jednotlivých farieb v troch pyramídach.

Farebný vzorec nám umožňuje usporiadanie farieb v percentuálnom výskyte vo všetkých pyramídach. Ukázalo sa, že poradie farieb má diagnostickú hodnotu. Heiss zaviedol analýzu pyramídy podľa vzorca 2 /Formel 2/.

Farebný vzorec 2 /Formel 2/

Podstata farebného vzorca 2 spočíva v určení konštantnosti výskytu určitých farieb. Skladá sa zo štyroch čísiel, napr. 0:3:6:1, ktoré určujú

ako sú zastúpené farby v troch, dvoch a jednej pyramíde, alebo či niektoré farby nechýbajú. Uvedené čísla sa hodnotia v hrubých skóre i v stenoch a sú označované symbolmi a kódmi. Označenie symbolov uvádzame v slovenskej a pôvodnej nemeckej terminológii /Heiss, 1951/.

1. Konštantný súčet farieb /KF/, Konstanzziffer /KZ/ - vyjadruje počet určitých farieb vo všetkých troch pyramídach. Reprezentuje stále a pevné črty osobnosti.

2. Pohyblivý súčet farieb /PF/, Beweglichkeitsziffer /BZ/ - nás informuje o tom, koľko farieb sa vyskytlo v dvoch pyramídach. Reprezentuje relatívne črty osobnosti.

3. Nestály súčet farieb /NF/, Unruheziffer /UZ/ - nás informuje o emocionálnej labilitate.

4. Chýbajúci súčet farby /ChF/, Fehlziffer /FZ/ - nás informuje o počte farieb nevyužitých v pyramídach.

Heiss zaviedol na základe ďalšieho hodnotenia štyroch čísel kritériá hodnôt celkového skóre farebného rozsahu a farebnej zmeny.

1. Rozsah farieb /RF/, Farbweitziffer /FWZ/ je súčtom prvých troch čísel $0 : 3 : 6 : 1 = 9/$.

2. Zmena súčtu farby /ZF/, Wechselziffer /WZ/ vyjadruje koľkokrát s.o. zmenila farby. Je výsledkom súčtu pomeru 2. a 3. čísla, t.j. 9, čiže relatívne kontinuitných a diskontinuitných farieb.

Rozsah použitých farieb /RF/, čiže Farbweitziffer /FWZ/ a zmena súčtu farby /ZF/, čiže Wechselziffer /WZ/ majú v absolútnom vyjadrení veľký diagnostický význam pri hodnotení osobnosti. Na ilustrovanom príklade /tabuľka 14/ si ukážeme postup výpočtu celkových skóre uvedených ukazovateľov.

Príklad:

<u>Symbole</u>	slovenské	KF	PF	NF	ChF
	nemecké	KZ	BZ	UZ	FZ
Kód		0	3	6	1
RF /FWZ/	$0 + 3 + 6 = 9$				
ZF /WZ/	$3 + 6 = 9$				

Hodnoty RF /FWZ/ nás informujú o schopnostiach osoby prijímať podráždenie. Podľa celkových skóre RF /FWZ/ sa rozlišujú nasledovné diagnostické kategórie:

1/ Hodnoty 2 - 5 reprezentujú osobu s obmedzenou schopnosťou prijímať podráždenie a nadväzovať kontakty.

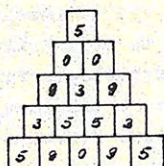
2/ Hodnoty 6 - 8 reprezentujú priemer.

3/ hodnoty 8 - 9 upozorňujú na človeka pohyblivého so schopnosťami nadväzovania kontaktov.

Tabuľka 14

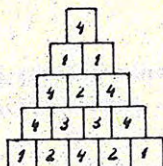
Farebný pyramídový test

Farebný vzorec



"PEKNE" PYRAMIDY

	I.	II.	III.	CELKOVÉ	STEN
1 ČERVENÁ	0	4	0	4	14/
2 ORANŽOVÁ	0	3	0	3	15/
3 ŽLTÁ	3	2	0	5	16/
4 ZELENÁ	0	6	0	6	14/
5 MODRÁ	5	0	4	9	16/
6 PURPÚROVÁ	0	0	4	4	16/
7 HNEDÁ	0	0	0	0	13/
8 BIELA	0	0	4	4	18/
9 SIVÁ	4	0	0	4	18/
0 ČIERNA	3	0	3	6	17/

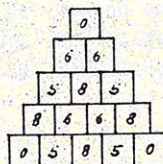


FAREBNÝ VZOREC 2

SYMBOLY
SLOVENSKÉ
NEMECKÉ

KF	PF	NF	ChF
KZ	BZ	NZ	FZ

KOD	0	3	6	1
STEN	6	5	7	5
FWZ /RF/	$0 + 3 + 6 = 9$			
WZ /ZF/	$3 + 6 = 9$			



SYNDROMY

NS	STEN	S+S	STEN
NS	19/3/	S+S	12/13/

AS	STEN
NS	14/19/

Farebný vzorec 1 sa určuje percentuálne alebo v stenoch vyjadrené zastúpenie farieb. Farebný vzorec predstavuje rozsah farbovej zmeny /RF, ZF/.

Syndrómy sú vyjadrené v stenoch NS - normosyndróm, Sts - stimulačný syndróm, As - achromatický syndróm.

Ukážka postupu vyhodnocovania farebných vzorcov.
Prispôbené podľa Semeonoffa, 1976.

Hodnoty ZF /WZ/ upozorňujú na stálosť alebo nestálosť osoby pri spracovaní podnetov podráždenia. Vysoké skóre reprezentuje človeka pohyblivého, nepokojného a nízke hodnoty sú prejavom konzervatívnych čŕt osobnosti.

Farebný vzorec 1 a 2 nám poskytuje prehľad o farebnej preferencii a farebnej šírke. Poukazujú na vedúcu farbu, ktoré farby sú v popredí, ktoré sú zatlačené, v akom súlade sú so štatistickou normou. Farebný vzorec 1 nám poskytuje obraz o zoradenosti farieb podľa stupňa intenzity a farebný vzorec 2 podľa stupňa kontinuity. Diagnostický význam farebného vzorca 2 je v poznaní, ktoré farby sú v popredí a ktoré sa môžu príležitostne prejavovať, a tieto môžeme interpretovať v zmysle psychológie farieb. Heiss zistil, že celý systém farieb je pohyblivý v smere vertikálnom, preto skúmal ako sa vyskytujú farby v skupinovom zostavení tzv. farebnom syndróme.

Farebný syndróm

Pod pojmom farebný syndróm sa chápe označenie určitej skupiny farieb s dostatočne zhodnými interpretatívnymi znakmi. Heiss /1951/ rozoznáva nasledovné farebné syndrómy:

I. Normový syndróm /NS/, Normasyndróm /NS/ - predstavuje súčet modrej, zelenej a červenej farby vyjadrený v %. Normálne hodnoty sú 50 - 60%, zvýšené sú nad 60%, znížené pod 50%, čo je ukazovateľom dezintegrácie. Schizofrenici mali hodnoty 48%, maniodepresivita, epilepsia, Tbc sa vyznačovali hodnotou 49%.

II. Stimulačný syndróm /StS/, Stimulation Syndróm /StS/. Stimulačné farby sú červená, žltá a oranžová. Normálne hodnoty sú 36 - 44%. Zvýšené hodnoty sú 45 - 60% a poukazujú na dilatáciu osobnosti. Znížené hodnoty sú 35 - 29% a svedčia o koartácii osobnosti.

Stimulačný syndróm nie je odzrkadlením žiadnej choroby. Zvýšené hodnoty stimulačného syndrómu sú len v experimente s aplikáciou stimulačných látok. Znížené hodnoty zistil u duševne chorých s prejavmi autizmu.

III. Achromatický syndróm /AS/, Unbuntensyndrom /US/. Je to syndróm nepestrých farieb. Ide o súčet bielej, čiernej a sivej farby. Priemerná hodnota je 9%. U normálnych osôb je percento týchto farieb zvýšené v stave psychického napätia. Zvýšené hodnoty zistil aj u exogénnych neuróz.

IV. Syndróm modrej-zelenej-fialovej farby, Blau-grün-violet Syndrom /BGVS/. Percentuálne hodnoty súčtu uvedených farieb sú analogické ako pri normovom syndróme, a teda aj ich psychologická charakteristika je analogická.

Forma pyramídy

Heiss /1951/ pri hodnotení formy rozlišuje tri skupiny foriem pyramídy, a to: I. kobercovú /Teppich/, II. vrstvovú, III. štruktúrálnu formu pyramídy. Každá z nich sa delí ešte na podskupiny.

I. Kobercová forma pyramídy

Farebné štvorčeky sú poukladané bez ohľadu na formu pyramídy. S.o. je zameraná na dosiahnutie harmonickej zmesi farieb. Pyramídy sa javia ako koberce. Vyskytuje sa v 19% dospeljej populácie a u detí častejšie. Rozlišuje tri formy kobercovej pyramídy:

a/ Čistý koberec /reiner Teppich/. Vyznačuje sa vyváženostou farieb, najmä svetlých a tmavých. Poukazuje na afektívnu dispozíciu.

b/ Roztrhaný koberec /zerrissener Teppich/. U normálnych ľudí je vzácný a u schizofrénie tvorí 1/3 postavených pyramíd. Dojem roztrhanosti spôsobuje biela farba.

c/ Štrukturovaný koberec /Teppich mit Ordnungsaussatz/. Pre tento typ je charakteristické zdôrazňovanie rohov, alebo osí pyramídy tou istou farbou. Prejavuje sa snaha pre štruktúrálny poriadok.

II. Vrstvová forma pyramídy

Pri usporiadaní pyramídy sú zdôraznené vrstvy pyramíd. S.o. kladie dôraz na rady, alebo vrstvy pyramídy. Vo všeobecnosti každý rad je odlišný od iného. Opäť rozoznávame niekoľko typov:

a/ jednofarebná vrstva /monochromatické/ einfarbige Schichtung. Celá pyramída je zložená z jedného farebného tónu, pričom každá vrstva je zložená z iného tónu tej istej farby. Je vždy znakom nejakej poruchy.

b/ Farebné vrstvy /multichromatické/, farbige Schichtung. Jednotlivé vrstvy pyramídy sú zložené z jednej farby.

c/ Symetrická vrstva, Symetrische Schichtung. Tento typ sa vyznačuje symetrickým poriadkom vo vnútri jednotlivých vrstiev pyramídy. Sú znakom lability, opatrnosti a bojzlivosti.

d/ Vrstva s tendenciou k štruktúre. Farebné vrstvy sú prerušené usporiadením, napr. špička a stred /srdce/ sú zložené z tej istej farby.

III. Štruktúrálna forma pyramídy

Štruktúry sa u normálnych dospelých ľudí objavujú asi v 52%. Rozlišujeme nasledovné štruktúry pyramídy:

a/ Symetrická štruktúra. Pod týmto pojmom Heiss /1951/ rozumie takú štruktúru, ktorá sa vyznačuje symetrickým usporiadením. Je tu prejavená tendencia regulácie afektivity.

b/ Plášťová pyramída. Vonkajšie strany pyramídy sú zložené z tej istej farby. Vnútrotná časť môže byť usporiadaná alebo neusporiadaná. Objavuje sa u neuróz.

c/ Asymetrická štruktúra. Sú to pyramídy, ktoré obsahujú rozličné trojuholníky. Sú znakom dobrého kontaktu so svetom a výrazom väčšej produktivity.

d/ Schodová štruktúra. Farby sú rozložené tak, že vytvárajú schody. Vyskytujú sa u zdravých osôb, ako aj u osôb s neurotickými zmenami osobnosti.

Iné hodnotiace faktory

Pri hodnotení pyramídy Heiss doporučuje prihliadať na iné hodnotiace faktory, a to tónovanie, časť, tendenciu, smer, spôsob uloženia a napokon čas na jednu pyramídu.

a/ O tónovaní hovoríme vtedy, keď sú farby poukladané prevažne podľa rozličných tónov. Vyjadruje to afektívne prispôbenie sa.

b/ Časť. Pyramída je buď vertikálne alebo horizontálne rozložená na dve polovice. Poukazuje na stav napätia.

c/ Tendencia. Keď nemôžeme zaradiť niektorú pyramídu do uvedených typov, vtedy hovoríme skôr o tendencii k vrstvám, štruktúre.

d/ Smer ukladania. Sú dve možnosti: buď zhora dole, alebo zdola hore. Zhora dole sa častejšie vyskytuje u dospelých a zdola hore u detí. Je to prejav vnútornej neistoty.

e/ Spôsob ukladania. Existujú dva spôsoby: tzv. lineárny, keď sú štvorčeky v radoch za sebou, alebo roztrieštený.

f/ Čas skladania pyramídy je 4 - 8 minút.

Velkoborský /1962/ aplikoval pyramídový test pri štúdiu dynamiky afektivity v terapeutickom procese u neuróz aj u psychóz a zastáva názor, že kritériá hodnotenia formy pyramídy sú najmenej prepracované.

Interpretácia farieb

Interpretácia farieb sa robí podľa manuálu, pretože jednotlivé skóre tej ktorej farby majú odlišnú charakteristiku. Napr. zvýšené skóre červenej farby je indikátorom zníženého prahu excitácie. Nízke skóre zasa reprezentuje afektívnu kontrolu. Všetky interpretácie sú založené na porovnaní s normatívnymi dátami, vyjadrenými v stenoch. Stenové skóre 5 - 6 reprezentuje normál, 4 reprezentuje úroveň mierne zníženú a 7 mierne zvýše-

nú. Stenové skóre 3 a menej alebo viac ako 7 reprezentujú extrémne citové variácie psychopatologicky interpretované.

Reliabilita a validita testu

Schaie a Heiss /1964/ uvádzajú prehľad štúdií zaoberajúcich sa diagnostickou validitou zameranou na užitočnosť tejto techniky pre psychiatrickú klasifikáciu.

Conrad a Juncker /1954/ skúmali FPT vo vzťahu ku konštitučným typom, a to k astenickému a pyknickému. Rozdiel bol iba v tom, že v pyramídach astenici mali výrazne zvýšenú fialovú farbu. Väčšina štúdií bola zameraná na zistenie patognomických znakov.

Wevetzer /1951/ skúmal skupinu 98 schizofrenikov, 25 maniodepresívnych a 70 epileptikov, porovnávajúc ich s kontrolnou skupinou 100 zdravých osôb. U chorých zistil pohyb farebnej hierarchie a hovorí o schéme "klesajúcich a stúpajúcich" farieb. Stúpajúce farby sú fialová, zelená, biela, sivá a hnedá, klesajúce žltá, modrá, červená a čierna. Týmto pohybom farieb sa líši skupina zdravých od chorých. Pohyb farieb potvrdil aj Brengelman /1957/. Patologická skupina ako celok mala vyššie zastúpenie zelenej, fialovej, bielej a sivej farby. Ak zhrnieme Conradove /1954/ a Brengelmanove /1955, 1957/ zistenia vidíme, že kontrolné skupiny vykazovali menšiu variabilitu ako patologické skupiny /schizofrénia, depresia, neurózy/. Patologické skupiny produkujú menej štrukturované pyramídy, pričom preferujú hnedú, fialovú a bielu farbu a tieto znaky možno považovať za patognomické indikátory.

Prednosti a nedostatky metódy

Medzi prednosti metódy patrí to, že Heiss pri hodnotení farby vychádzal z empirických poznatkov pozorovania chorých pri narábaní s farebnými štvorcami, zo štatistických údajov a experimentálnych zistení za aplikácie intoxikačných preparátov. K prednostiam patrí aj snaha zaviesť psychometrické kritériá. Schaie, Heiss /1964/ poukazujú na možnosti komputerového spracovania výsledkov.

Velkoborský /1962/ vidí prednosti metódy v tom, že ju možno využívať aj u pacientov s nižšou inteligenciou, pretože kladie minimálne požiadavky na intelekt. Pre pomerne ľahkú konštrukciu pyramídy a pre časovú nenáročnosť pacienti majú k testu kladný postoj. Možnosť overovania výsledkov inými projektívnymi testmi, najmä ROR, sa pokladá za jednu z predností FPT. Schaie, Heiss /1964/ poukazujú na vysoké korelácie FPT a 16-PF testu. K prednostiam skúšky patrí aj jej možnosť využitia ako projektívneho i ako

performačného testu. Nezvyklá terminológia využívaná v teste je presne obsahovo určená, čo pokladáme tiež za jednu z predností FPT.

Tým, že sa test opiera o nedostatočne prepracovanú teóriu psychológie farieb, ohraničuje sa aj diagnostická platnosť testu. Symbolika farieb je určená spoločenskou konvenciou, preto jej interpretácia sa vzťahuje na sociálno-kultúrne tradície, čo je jeden z nedostatkov FPT. Dosiaľ neboli ujasnené patognomické indikátory jednotlivých psychiatrických syndrómov. Konštrukcia pyramídy neposkytuje dostatočný priestor na uplatnenie tvorivej fantázie, preto nie je vylúčené, že duševne chorí ukladajú jednotlivé farby len náhodne. Zistené rozdiely medzi kontrolnou skupinou zdravých a duševne chorými sú závislé od mnohých premenných. Rozdiely môžu byť spôsobené v dôsledku náhodného, neuváženeho ukladania. Zastávame názor, že rozdiely sú primárne podmienené štrukturálnymi zmenami osobnosti. I pri uvedení možných nedostatkov je test indikovaný pri štúdiu afektívnej zložky osobnosti, jej dynamiky, o čom svedčia dobré výsledky testu pri sledovaní terapeutického efektu /Velkoborský, 1959/.

VIII.

GRAFICKÉ PROJEKTÍVNE TECHNIKY

Test kresby

V klinickej diagnostike sa s úspechom využívajú mnohé projektívne techniky založené na kresbe, dopĺňaní kresieb a odkresľovaní. Sú to najmä kresby ľudskej tváre, postavy, ruky, stromu, domu v rozličných kombináciách, napr. ako človek, strom, dom, dokresľovanie na základe započatej kresby a odkresľovanie rozličných tvarov.

A. Testy kresby ľudskej postavy

1. Medzi najstaršie skúšky patrí Goodenoughovej /1926/ kresba človeka, ktorá sa využíva predovšetkým ako metóda na určenie mentálneho vývoja. Aplikuje sa v detskej klinickej psychológii a pri mentálnej retardácii.

2. Machoverovej /1949/ test ľudskej postavy /Draw-A-Person Test DAP/ patrí medzi psychometricky najprepracovanejšie testy s možnosťou aplikácie od druhého roku života. S úspechom sa využíva v detskej klinickej psychológii. Výhodou testu je ľahká administrácia. Úlohou s.o. je nakresliť ľudskú postavu svojho a opačného pohlavia na papier formátu A₄. Manuál obsahuje presný návod psychologickéj interpretácie ľudskej postavy.

Reliabilita a validita testu

Koeficient reliability získaný metódou test-retest po 4 týždňovom odstupe svedčí o spoľahlivosti testu. Štúdium validity potvrdzuje, že normy pre vekové skupiny 1 - 12 rokov, 10 - 16 rokov, 13 - 18 rokov umožňujú určiť diagnostické znaky v teste kresby ľudskej postavy, a to znaky neuroticizmu, introverzie, agresivity, dezintegrácie, senzibility, spôsobilosti ku kontaktu medzi ľuďmi. Test je určený pre deti a mládež.

Význam testu potvrdzujú početné štúdie osobnosti za využitia Machoverovej testu. Zásluhou Machoverovej sa test kresby ľudskej postavy využíva v rozličných modifikáciách aj v klinike dospelých.

B. Baltruschova kresba ľudských postáv

Baltrusch /1956/ vo svojom teste Figure-Drawing-Test /FDT/ naväzuje na práce Goodenoughovej a Machoverovej. Predpokladá, že kresba ľudských postáv má význam u dospelých pre svoj projektívny obsah. Nakreslené ženské

a mužské postavy poskytujú kľúč k štruktúre osobnosti, k jej prispôsobeniu a dynamickej integrácii. Baltrusch svoju metódu /FDT/ vytvoril na základe výskumu dospelých a detí obidvoch pohlaví.

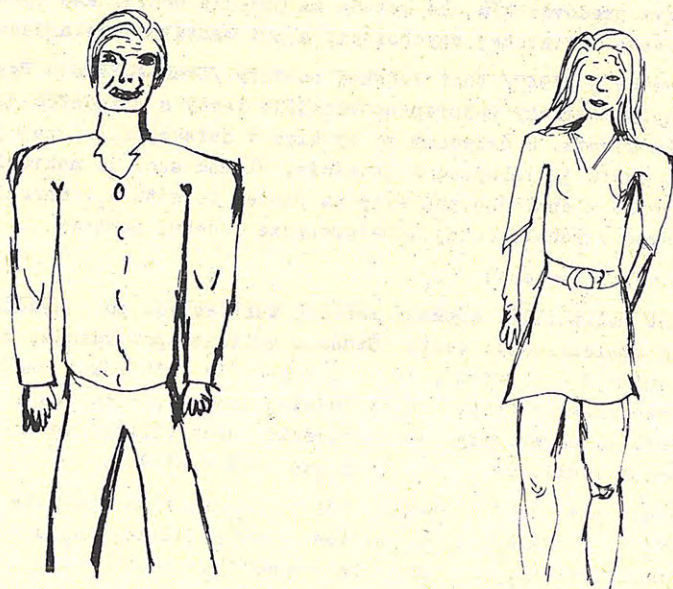
Administrácia testu

S.o. dostane list papiera formátu A₄, ktorý sa preloží na dve polovice, ceruzku a gumu. Má za úlohu nakresliť ľudskú postavu. Keď je s prácou hotová, do druhého poľa kreslí postavu opačného pohlavia. Experimentátor si všima, ktorým pohlavím začína. Priemerná doba kresby je 15 - 20 minút.

Po skončení kresby nasleduje rozhovor, ktorý začíname otázkou, napr. "Aký je to starý muž?, Ako sa tvári táto žena?, Akí má povahu?, Predstavte si, že by sa poznali: rozkazoval by muž žene, alebo opačne?". Od týchto otázok sa prechádza k zdravotne-psychickým problémom samotného pacienta.

Obraz 30

Baltruschova kresba ľudských postáv



Kresba muža a ženy pri rutinnom vyšetrení zdravého heterosexuálne založeného jedinca.

Ďalším postupom rozhovoru je konfrontácia kresby s vyšetrovanou osobou. Pri interpretácii sa musí postupovať podľa systému uvedeného v manuáli. Najvhodnejšie je pridržiavať sa Machoverovej schémy. Hodnotí sa veľkosť figúry, držanie tela, hodnotenie zručnosti, usporiadanie figúr /muž, žena/, proporcie, hrúbka čiar, postavenie figúr, perspektíva, konštrukcia figúr, vyjadrenie konfliktových momentov, forma hlavy, vlasy, oči, nos, ústa, uši, výraz tváre, krk pohlavná diferenciácia nakreslých figúr, ramená, ruky, dolné končatiny, odev, zdôraznené časti, zdôraznenie strednej línie, príslušenstvo, detailizovanie.

Pri hodnotení kresby berieme do úvahy výsledky rozhovorov vzťahujúcich sa na kresbu ako aj subjektívne ťažkosti. Interpretáciu kresby porovnávame s údajmi anamnézy. Pri hodnotení kresby rozlišujeme dve kategórie projekcie:

- a/ projekciu skutočnosti /napr. projekciu úzkosti/
- b/ projekciu želanú, na ktorú usudzujeme podľa postavy, s ktorou sa jedinec identifikuje.

Baltrusch doporučuje, aby sa test aplikoval spolu s inými projektívnymi metódami, najmä ROR, TAT a testom stromu. Je indikovaný u neuróz a psychosomatických chorôb. Dobre diferencuje prejav normálnej a neurotickej osobnosti.

Prejavy nesprávneho neurotického prispôsobenia sú určené nasledovnými znakmi:

- a/ zle nakreslené postavy,
- b/ známky konfliktu /gumovanie, tieňovanie, vynechania/,
- c/ známky sexuálneho konfliktu.

Brichcín a Koubek /1978/ využívajú FDT pri štúdiu pohlavnej dysfunkcie a sexuálnej agresie z aspektu diagnostického ako aj psychoterapeutického.

Baltruschova modifikácia sa od Machoverovej líši len vo veľkosti papieru, pretože Machoverová užíva formát A₄ pre každú kresbu, a tým, že metóda dosiaľ nebola psychometricky zhodnotená.

Nedostatkom testu je psychoanalytická interpretácia hodnotiacich znakov. Tým je sťažená interpretácia vo svetle iných teórií osobnosti. Pri aplikácii tohto testu sme sa stretli s averziou ku kresleniu, najmä u zdravých osôb. Zvlášť sa to prejavuje u jedincov, ktorí nevedia kresliť a neradi kreslia. Prikláňame sa k názoru, že test má svoje využitie pri výskume neuróz.

C. Test dom, strom, človek /House-Tree-Person/ /H-T-P/

Buck /1948/ vyvinul metódu kresby dom, strom, človek pri diagnostike dospelých osôb. Test kresby dom, strom, človek sa využíva na diagnostiku úrovne intelektu pri vyšetrení osobností. Je určená pre mládež od 15 rokov a dospelých.

Metóda sa môže aplikovať individuálne a kolektívne. Buck zdôrazňuje, že test nie je natoľko užitočný pri skupinovej aplikácii ako pri individuálnej administrácii.

Štandardizácia testu bola realizovaná na 140 osobách zatriedených do siedmich intelektových úrovní od imbecility po vysoký nadpriemer, a na 150 pacientoch rozličnej klinickej diagnózy, neurózy, psychopatie, epilepsie a psychózy.

Nie je nám známa reliabilita a validita testu v nefarebnom ani farebnom prevedení testu. Bola skúmaná validita testu vzhľadom na intelekt. Koefficient korelácie medzi H-T-P a W-B skúškou bol 0,746, čo svedčí o možnosti využitia skúšky aj pri diagnostike intelektu.

Buros /1975/ H-T-P techniku hodnotí ako doplňujúcu projektívnu metódu. Jej klinická užitočnosť spočíva v tom, aby sa test neaplikoval podľa rigidných kritérií a aby sa pri interpretácii prihliadalo na možnosti overovania pomocou iných psychologických metód. H-T-P, podobne ako iné projektívne metódy, môže byť užitočný v rukách skúseneho klinika.

Najviac námietok je zameraných na nízku validitu, nedostatočnú štandardizáciu, voľnú interpretáciu. Ak prihliadneme na skutočnosť, že Buck /1948/ pristupuje k interpretácii znakov vo svetle psychoanalýzy, dopĺňa sa tým počet negatívnych stránok testu.

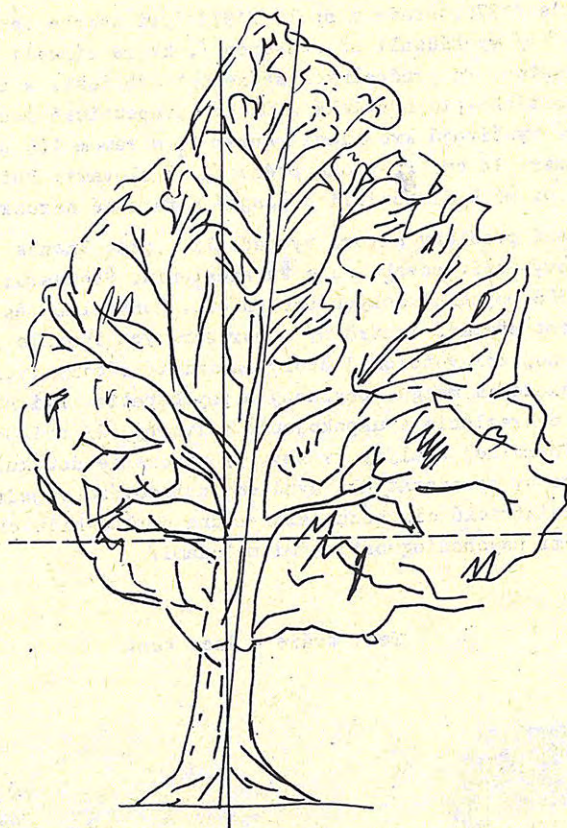
Test vyžaduje ešte ďalšie psychometrické zhodnotenie, aby sa stal užitočným diagnostickým nástrojom tak v klinickej praxi ako aj vo výskume.

D. Test stromu

Do skupiny kreslených projektívnych testov zaraďujeme aj Kochov test stromu s udomácneným pomenovaním "Baum test" /1952/. S.o. má za úlohu na formáte A₄ nakresliť strom.

Sú známe tri rozličné inštrukcie: 1/ nakreslite listnatý strom, 2/ nakreslite strom, ale nie ihličnatý, 3/ nakreslite ovocný strom.

Pri interpretácii kresby stromu sa postupuje podľa schémy, v ktorej sa hodnotí úroveň stromu, kmeň, vonkajšia línia kmeňa, povrch kmeňa, konáre, koruna a jej formy, doplnky, krajina, listy, plody, ovocie v korune stromu.



Test stromu podľa Kocha, 1952

Test stromu je indikovaný predovšetkým v detskej psychológii, ale aj v psychológii dospelých, v individuálnej, ale i kolektívnej aplikácii. Osvedčil sa v diferenciálno-diagnostických vyšetreniach psychóz. Údaje o reliabilite sú analogické ako pri teste dom, strom, človek. Validita zostáva otvoreným problémom. Test dobre koreluje s inými projektívnymi technikami, preto ho možno začleniť do série psychodiagnostických metód pri diagnostike psychóz a organických psychosyndrómov.

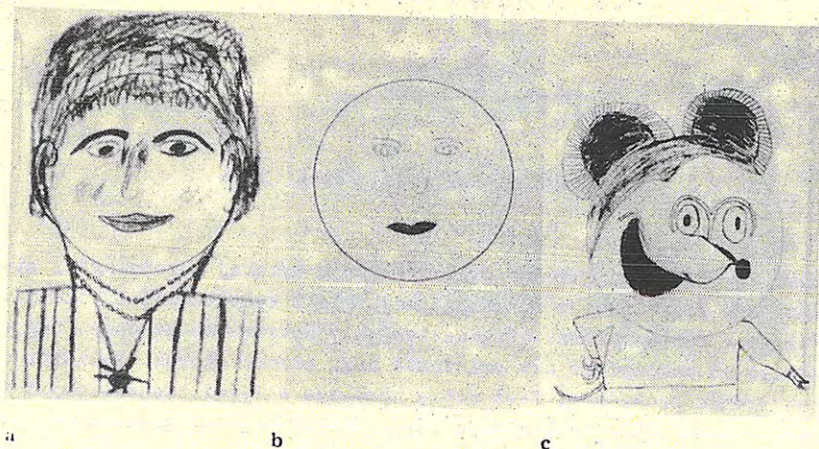
E. Test tváre

Autori Brade /1970, Brade a spol. /1973/ pri tvorbe testu ľudskej tváre /Face Test - FT/ vychádzali zo skúseností, ktoré získali s testom stromu a Warteggovým testom. Po predbežných skúsenostiach došli k záveru, že test poskytuje diagnosticko-prognostické a mnohé terapeutické podnety. Ako predlohu testu tváre využívajú kresliaci papier A₄ s rámom 1,5 cm od okraja a s kruhom o priemere 14 cm. Predlohu podávajú so slovami: "Utvorte z toho ľudskú tvár". S.o. má k dispozícii obyčajné a farebné ceruzky.

Pri stanovení predlohy autori vychádzali z prác Rawaka /1968/, ktorý zistil, že kruhový motív povzbudzuje ku kresleniu. Štandardizácia bola uskutočnená na 808 psychiatrických pacientoch. Kontrolné testy boli Warteggov test a test stromu. Kontrolný súbor zdravých tvorilo 90 probantov a 118 žiačok strednej zdravotníckej školy. Klinické súbory tvorili pacienti s organickým poškodením mozgu, psychózy a psychopatie. Pri skúške si všímajú: 1/ záujem o kreslenie a uspokojenie z tvorby, 2/ priebeh konkretizácie na základe formálnej analýzy kresby, 3/ utvorenie úsudku, čiže typické spôsoby štýlu kresby spracovať ako syndrómy obrazového vyjadrenia. Kresba neposkytuje psychiatrickú diagnózu, ale vhodne dopĺňa klinickú diagnózu v kontexte s inými psychodiagnostickými metódami.

Obr. 32

Test tváre - Face test



Kresby tváre uvedené podľa J. Brade a spol., 1973

Interpretácia kresby

Kresba ľudskej tváre sa hodnotí podľa 23 kritérií: 1/ či je nakreslená alebo odkreslená, 2/ akého pohlavia je tvár, 3/ spôsob zobrazenia, 4/ charakteristika tváre, 5/ emocionálny výraz, 6/ formálne zhotovenie, 7/ vedenie čiar, 8/ formálne tvorenie, 9/ spracovanie predtlačeného kruhu, 10/ spracovanie predtlačeného rámu, 11/ všeobecná proporcionalita, 12/ výskyt charakteristických znakov, 13/ znaky tváre, 14/ relatívna veľkosť znakov tváre, 15-17/ abnormálne zdôraznenie, 18/ tvorenie pozadia, 19/ viacfarebné prevedenie, 20/ plastické pôsobenie, 21/ výskyt písomných prvkov a symbolov, 22/ výskyt kvetnatých detailov, 23/ výskyt stereotypie.

1. Kontrolné súbory portrétovým spôsobom kreslili ľudskú tvár s veselým výrazom a dolným precenením tváre.

2. Pacienti s organickým poškodením mozgu nakreslili tvár neurčitého výrazu s chudobným formálnym vybavením, primitívnym stupňom charakterových znakov, nerealistické zafarbenie, stereotypie, precenenie hornej polovice.

3. Endogénne psychózy kreslili masky, extrémne, chudobné alebo bohaté vybavenie, grafická inkoherencia, chýbanie očí, nerealistické zafarbenie, ornamentálne stereotypie.

4. Psychopatia - výskyt zvieracích tvárí, originálne riešenie príslušných znakov, portrétové a karikatúrne poňatie, vyobrazenie oválnej tváre a precenením hornej polovice.

Na základe štúdia kresieb tvárí zostavili dva syndrómy zostavenia obrazu: 1/ prierezový syndróm, 2/ longitudinálny - vývinový syndróm.

1/ Prierezový syndróm sa skladá zo šiestich skupín: indiferentný, primitívny, rozpadový, geometrický, demonštratívny, inhibovaný a excitovaný.

2/ Longitudinálny vývinový syndróm sa skladá z troch skupín: stabilný obraz priebehu, kvantitatívna zmena obrazu, kvantitatívna zmena tváre /zmena štýlu/.

Autori napriek tomu, že nie je známa reliabilita testu predpokladajú, že test poskytuje podnety k explorácii, umožňuje vytvoriť vhodnú komunikáciu s terapeutickým efektom a je v službách psychologickéj diagnózy. Vzhľadom na to, že metódy kreslenia majú svoju tradíciu v psychologickéj diagnostike predpokladáme, že test sa môže zaradiť k takým testom ako je Warregov test a Kochov test stromu.

Pri formálnom hodnotení kresby sa vychádza z analýzy grafického prejavu. Nebola vykonaná korelácia charakteristických znakov určených v syndrómoch znázornenia a psychopatologických zmien osobnosti. V tomto štádiu poskytuje test iba podnety pre intuitívne posúdenie znakov.

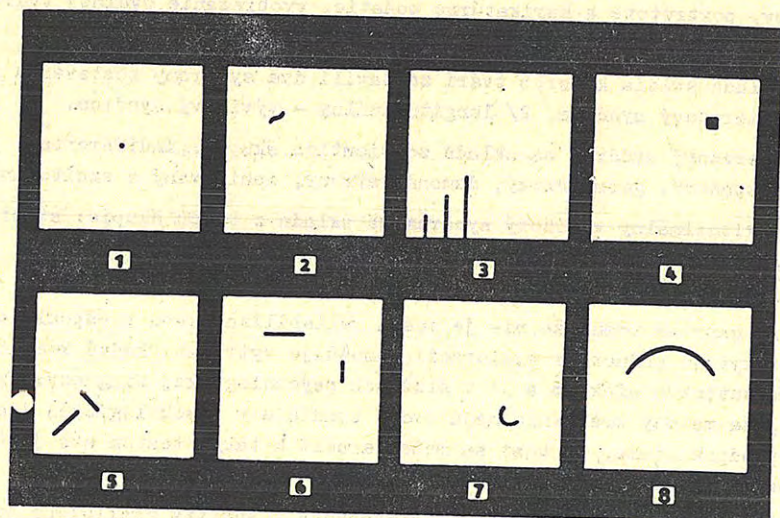
Test tváre - Face Test /FT/ nespĺňa kritériá testu, a preto interpretácia kresby sa hodnotí skôr klinicky s prihliadnutím na zatriedenie s.o. do diagnostickej kategórie. K nedostatkom metódy patrí aj to, že sa neopiera o ucelenú teóriu osobnosti. Presné pokyny interpretácie tváre poskytujú vhodné podmienky pre zhotovenie testu podľa psychometrických kritérií.

Domnievame sa, že ďalším výskumom sa prehĺbia interpretačné kritériá testu tváre ako projektívneho ale aj performačného testu.

F. Warteggov test /WTG/

Warteggov /1939/ kreslený test prešiel v priebehu 40 ročného vývoja niektorými zmenami vo vyhodnocovacích postupoch. Podstata testu však zostala nezmenená. S.o. má za úlohu dokresliť ceruzkou 8 štandardných podnetov, neurčite začatých kresieb, umiestnených v štvorcoch veľkosti 4 x 4 cm. Štvorce sú ohraničené čiernym rámčekom.

Obr. 33 Warteggov test



Obrázok predstavuje predlohu WTG testu v upravenej podobe. Pôvodný test je v zošitovej úprave.

Autor interpretuje v základnej práci z roku 1939 kresby v charakterových profiloch tým spôsobom, že jednotlivé duševné funkcie hodnotí z dvoch hľadísk. Pri citoch si všíma otvorenosť a citlivosť, pri rozume rozvážnosť a presnosť, pri vôli pudovosť a pevnosť.

V interpretačnom postupe z rokov 1953 a 1955 v charakterologickom profile vychádza z Lerschovho modelu vrstiev osobnosti. Pri tomto teste ide o zachytenie reakcie na predlohu, ktorú sa autor snaží zaradiť z hľadiska ontogenetického vývinu. Spôsoby reakcie sú hodnotené ako prejav najvyšších ontogenetických vrstiev. Na tieto usudzujeme podľa obsahu. Obsahy rozdelil do dvoch skupín, na adekvátne, štatisticky časté, a neadekvátne, vrátane patologických.

Schéma 5

WTG - Charakterologické schéma

			Predlona								Súč.	Štruktúral. nadst.				
			1	2	3	4	5	6	7	8		1-2	3-4	5-7	8-10	11-12
ENDOTÝPNY ZÁKLAD	Vitalita	Afektivita	2			2	2	1	1	1	8					
		Senzitivita	2	1												
	Prispôsobenie	Adaptívne	2	2	1	2	2	1			13					
		Introverziívne	0	1			2	2								
	Slna	Po uplodení	2			2	2	1	3	2	12					
		Idealizmus	0				1				1					
NADSTAVBA	Prsa-denie	Zameranie vôle	2	2		1	2	1	2	1	12					
		Pevnosť vôle	0					1	2	1	6					
	Odstup	Strieživosť	0				1	1			6					
		Presnosť	0	1			2	1								
		Odúbenosť	0	2			2	3	2		11					
	Výraz	Kolektivná formálnosť	2				2	1	2		5					
		Originalita	0			2		1	2	2	7					

Na schéme je uvedený spôsob interpretácie Warteggovej skúšky v číselnom a grafickom vyjadrení endotýmneho základu a nadstavby. /Protokol rutinného vyšetrenia/.

Pri diagnostikovaní profilu vrstiev vychádza z piatich hodnotiacich postupov. Všíma si: 1/ sled, v akom sa predlohy dokresľujú, 2/ profil vrstiev, v ktorom hodnotí reakciu na podnety, ako je prejdienie okraja, prekrytie podnetu, zanedbanie podnetu alebo jeho opakovanie. V profile kvalít sa hodnotí návaznosť kresby na podnet. Do akej miery bola kresba, obsahová skladba ovplyvnená kvalitou podnetu. Sem patrí perseverácia, asociácie, presun a doplnenie i charakterologická schéma. V tejto časti sa hodnotia formálne vlastnosti jednotlivých obrázkov, čiže spôsob spracovania, ako a čo je nakreslené. Za každú predlohu môže skúšaná osoba obdržať 0 - 3 body. Body získané za spracovanie i obsah sa vypočítavajú a výsledok môže byť graficky znázornený v profile.

Pre diagnostické účely má najväčší význam charakterologická schéma, pretože výsledky umožňujú charakterologickú alebo psychopatologickú interpretáciu.

Diagnostické hodnotenie charakterologickej schémy

Charakterologická schéma sa skladá z dvoch častí. Prvú časť schémy tvorí endotýmny základ, v druhej sú uvedené kritériá nadstavby.

I. Endotýmny základ zahŕňa: 1/ vitalitu, 2/ prispôsobenie sa, 3/ snahu.

1. Vitalita je charakterizovaná afektivitou a senzitivitou.
2. Prispôsobenie zasa adaptívnym alebo introvertným správaním.
3. Snaha sa určuje kritériami charakterizujúcimi túžbu po uplatnení, vyjadrenú pevným vedením línií a idealizujúcu obsahmi, napr. symbolickými, romantickými a kultovými.

II. Nadstavba sa skladá z dvoch charakteristík, presadenie a odstup.

1. Presadenie odzrkadľuje zameranosť a pevnosť vôle, ktoré sú určené pevnou, rovnou, cieľavedomou líniou za súčasnej uzavretosti kontúr.
2. Odstup sa skladá z uváženosti, pevnosti a oduševnenosti.

Charakterologická schéma je doplnená "výrazom", ktorý obsahuje hodnotenie celej kresby, jej obsahu z hľadiska originality. Wartegg /1953/ uvádza zoznam obsahov pre jednotlivé charakterologické kritériá.

Vo vyhodnocovaní postupe z roku 1963, ktorý sa označuje ako reflexografia, interpretuje profil vrstiev a profil kvalít. Pri interpretácii 1/ reflexibilného polárneho pomeru vychádza z profilu vrstiev. Bodovým súčtom označuje typ reakcií. Výsledná hodnota má význam pri diagnostikovaní vzrušivého útlmového alebo senzibilného typu osobnosti. 2/ Kvalitatívny polárny smer určuje, do akej miery bol podnet adekvátne spracovaný. Ide o pomer adekvátnych ku neadekvátnym kvalitám. Na základe uvedeného kvalitatívneho pomeru usudzujeme na niektoré vlastnosti osobnosti, ktoré sa týkajú sebaistoty, afektivity, vôľového presadenia. Je to

skôr úvahové konštatovanie, a nie diagnostické, pretože autor nepredložil dôkazy o platnosti týchto záverov.

3/ Tématický polárny pomer. Je to pomer bežných obsahov k originálnym.

Nová vyhodnocovacia verzia neprináša charakterologickú schému, predstavuje skôr snahu diagnostického využitia profilových kvalít. Autorov zámer vyznel nepresvedčivo, pretože sa opieral len o kazuistický materiál bez primeraného štatistického zhodnotenia, preto z diagnostického hľadiska je použiteľná iba ako charakterologická schéma.

Warteggovu metódu významným spôsobom doplnili Lossen a Schott /1952/, ktorí sa sústredili na časový sled kresieb. Kinget /1952/ zjednodušil interpretáčny postup. Takala /1964/ prispel k validite testu. Upravil faktory hodnotenia tak, aby sa dali matematicky spracovať. Kratochvíl a spol. /1964/ referoval o skúsenostiach s Warteggovým testom pri vyhodnotení 64 protokolov. Zaujal kritický postoj k teoretickej koncepcii osobnosti, hodnotiacim kritériám i k nízkej validite výsledkov pri zrovnaní s inými kritériami. Zásluhou Kratochvíla je k dispozícii skrátený Warteggov manuál, ktorý súčasne poskytuje aj dobrý prehľad o vývoji WTG metódy a hodnotiacich kritérií. Reliabilita testu doposiaľ nebola urobená.

Validita testu je spracovaná vo viacerých prácach. Wartegg /1955/, Takala a Hakkarainen /1953/, Kratochvíl /1964/.

Pri porovnaní Warteggovho testu s diagnostickými kritériami sa zistila úplná zhoda v 32%, čiastočná v 55% a nezhoda v 13%. Test je vhodný pre účely výskumné, ale je indikovaný aj v poradenstve. V klinickej psychológii nachádza uplatnenie v rámci testovej batérie pri diferenciálno-diagnostických vyšetreniach neuróz a psychóz.

Neujasnený teoretický základ, komplikovaná interpretácia, neujasnená terminológia spôsobujú najväčšie problémy pri interpretácii výsledkov. V tomto je najväčší nedostatok metódy.

G. Bender-Gestalt test ako projektívna technika /B-G/

Charakteristiku B-G testu sme už uviedli na str. 132. Znovu sa k nemu vraciame, pretože B-G test je známy v literatúre aj ako projektívna technika. Adaptáciu B-G testu ako projektívnej techniky urobil Hutt /1945, 1970/.

Benderová /1939/ bola prvá, ktorá poukázala na možnosť využitia B-G testu v psychopatológii, ale až Hutt /1945/ sa pokúsil o projektívnu interpretáciu jednotlivých testových fenoménov.

Hutt /1945/ vychádza z nasledovných hypotetických projektívnych princípov:

1/ B-G je perцепčno-motorická úloha, ktorá cestou projekcie odzrkadľuje momentálne črty osobnosti;

2/ nielen individuálna odpoveď na jednotlivé podnety, ale aj sukcesívne odpovede na túto predlohu dopĺňujú odpoveď a prispievajú k výsledku testu;

3/ projekcia potreby a konfliktov sa zvyrazňuje, ak jedinec dáva odpoveď na testové podnety vo fáze asociačnej;

4/ testová situácia, vzťahy medzi vyšetrovaným a vyšetrojúcim ovplyvňujú výkon a majú sa zohľadniť pri konečnom posúdení výsledku testu;

5/ perцепčno-motorický fenomén neodzrkadľuje len črty osobnosti, ale aj reziduálnu pamäť a skúsenosti, ktoré sú často potlačené v bezprostrednej verbálnej komunikácii a môžu sa uvoľniť pri interview, ako aj verbálnej a projektívnej technike. Kombinácia perцепčno-motorického výkonu so slovnými asociáciami odhaľuje nové dimenzie, čo prispieva ku komplexnejšiemu ohodnoteniu osobnosti;

6/ perцепčno-motorický výkon ovplyvnený vývojovými faktormi je produktom osobnosti práve tak ako aj perцепčných a motorických zručností.

Administrácia testu obsahuje tri fázy:

1/ fázu odkresľovania, ktorá je analogicky administrovaná ako pri forme výkonovej s tým rozdielom, že sa popisuje správanie a metodický postup pri práci;

2/ fázu elaborácie: s.o. má opätovne kresliť podľa predlohy, ale v zmenenej podobe, napr. menšie, alebo väčšie obrazce. Zmeny v kresbe majú navodiť príjemné pocity;

3/ asociačnú fázu, ktorej hlavná funkcia spočíva v odhalení asociačných obsahov pri fáze odkresľovania a fáze elaborácie. S.o. znovu má pred sebou predlohy, o ktorých hovorí čo znamenajú, čo o nich súdi. Výkon testu sa hodnotí podľa 26 kritérií a tie sa opäť zhodnocujú podľa škály, ktorá obsahuje 17 faktorov. Hrubé skóre v každom faktore sú prehodnotené na vážené. Normatívne hodnoty pre jednotlivé klinické skupiny sú nasledovné:

Tabuľka 15

Dg. skupina	V.s.
Normál	33,8
Neuróza	57,8
Schizofrénia	100,3
Org. psychosyndróm	103,3

Normatívne dáta vo forme V.s. sa využívajú pre účely diferenciálnej diagnózy v uvedených troch klinických skupinách.

Nazdávame sa, že aj keď je možné využiť test nielen ako performančný, ale aj projektívnu techniku, predsa hlavný význam metódy je v jej výkonovom aspekte.

IX.

DOTAZNÍKOVÉ METÓDY

Pri diagnostike osobnosti sa v širšom meradle využívajú dotazníkové metódy, ktorých cieľom je získať subjektívne údaje vyšetrovaného o vlastných postojoch, názoroch, potrebách, motívoch, záujmoch, vzťahoch, vlohách, schopnostiach, o povahe charakterových črt, o telesnom zdraví a o niektorých psychopatologických symptómoch. Dotazníky sú usporiadané tak, že nám umožňujú usudzovať na tieto vlastnosti buď priamo, alebo na základe konštelácie faktorov zahrnutých v jednotlivých dotazníkoch. Za dotazníkové metódy môžeme považovať iba tie, ktoré spĺňajú psychometrické kritériá. Široké uplatnenie dotazníkových metód v psychologickej praxi podmienilo ich vývoj.

Buros /1970/ uvádza 126 diagnostických dotazníkových metód a 58 hodnotiacich škál.

Dejiny dotazníkových metód

V roku 1867 Darwin zostavil prvý dotazník na výskum citových prejavov primitívnych národov. Bartholomäi v roku 1870 začal využívať dotazníkovú metódu v pedagogickej praxi. Lazurskij v Rusku začiatkom nášho storočia vypracoval dotazník so zameraním na štúdium endopsychickej a exopsychickej podmienenosti stavu osobnosti.

Heymans a Wiersma /1906/, Binet, Woodworth začali používať 90 položkový dotazník na zistenie neuropsychickej anomálie. Od tohto času sa rozšírili dotazníkové metódy v psychiatrickej praxi a vo výskume, ale aj v iných medicínskych odboroch /cit. Reisman, 1976/.

Woodworthov dotazník /1917/ Personal Data Sheet je pokladaný za prototyp dotazníka osobnosti. Pôvodne obsahoval 116 otázok, ale prešiel mnohými revíziami, takže počet položiek sa menil /Mathewsová, 1928/. Laird roku 1925 vyvinul dotazník so zameraním na duševnú hygienu /Colgate Mental Hygiene Test/. Dotazník mal postihnúť odchýlky od normy v zmysle neurotických tendencií. Test sa skladá z dvoch častí. Prvá časť obsahovala 75 otázok zameraných na neurotické symptómy a v druhej časti 53 otázok bolo prispôbených na diagnostiku extravenzie a introverzie.

Allport roku 1928 uverejnil dotazník Ascende Submission Study. Autor vychádzal z predpokladu, že osobnosť sa vyznačuje dvoma vlastnosťami, a to dominanciou a submisíou. So vzrastom jednej vlastnosti dochádza ku zníženiu druhej. Keďže tieto vlastnosti sa prejavujú len v určitých situáciách,

v teste sú opísané situácie pre možnosť potenciálne prejaveneho správania. Dotazník bol vypracovaný v dvoch verziách, zvlášť pre mužov a zvlášť pre ženy. Osoba mala vybrať jednu z troch odpovedí, áno - niekedy - nie. Uvedený dotazník v porovnaní s predchádzajúcimi sa vyznačoval vysokými parametrami reliability a validity. K významným dotazníkom z tohto obdobia patrí Thurstonov dotazník /1928/ Personality Shedule. Dotazník obsahoval 223 položiek zameraných na diagnostiku neurotických symptómov.

Bernreuter /1933/ uverejnil dotazník /Bernreuter Inventory Personality/, ktorý predstavuje multidimenzionálny prístup k štúdiu osobnosti. Získal ním sebestačnosť, introverziu, dominanciu, submisiu. Flanagan /1935/ zhodnotil dotazník pomocou faktorovej analýzy. Získal iba dva faktory, preto bol dotazník roku 1935 zrevidovaný a doplnený. Štandardizácia testu bola urobená na 388 mužoch a 456 ženách. Reliabilita uskutočnená metódou split-half a metódou test-retest ukázala v obidvoch prípadoch korelačné hodnoty 0,84. Validita testu bola 0,54 - 0,60. Supper /1942/ vysoko ocenil Bernreuterov dotazník ako výskumný nástroj, pre pozoruhodnú validitu a pre jeho možnosť využitia pri individuálnej psychodiagnostike.

Rozdelenie dotazníkových metód

Pri triedení dotazníkových metód vychádzame z kritérií, podľa ktorých môžeme každú z metód začleniť do príslušnej skupiny. Využívame kritérium diagnostickej zameranosti, kritérium konštrukcie a kritérium formy administrácie.

I. Podľa diagnostických oblastí delíme dotazníkové metódy na:

1. osobnostné
2. záujmové
3. afektivity
4. interpersonálnych vzťahov
5. symptomatické
6. postojové.

II. Podľa konštrukcie delíme metódy na teoretické a empirické vrátane hypoteticko-konštrukčných.

III. Podľa administrácie delíme na:

klasické
škálové - založené na subjektívnom hodnotení
ohodnocovacie škály - hodnotenie druhých.

Podľa analyzovaných kritérií uvádzame jednotlivé dotazníky na tabuľ-

ke.

Tabuľka 16

Tabuľka dotazníkových metód

I. Diagnostická oblasť

II. Spôsob administrácie	III. Konštrukcia	Osobnostné	Záujmové	Afektivity	Intp. vzťahy	Symptomatické	Postojové
Klasická administrácia	Teoretické	16 PF, HSPQ, KUD, Eysenck	Strong Kuder	Thurston IPAT Plutchik			Allport - Vernon
	Empirické	MMPI a modifikácie MMPI		Woodw. Mat.		KSAT MAS	
Škálové met. subjekt.	Teoretické			Nowlis Thayer	ICL sex. dot.		
	Empirické					Zung Beck	
Ohodnocovanie iných	Teoretické						
	Empirické					Goodrich Wittenborn	

Vysvetlivky: I. kritérium diagnostickej oblasti, II. kritérium administrácie,
III. kritérium konštrukcie

Z praktických dôvodov sme usporiadali dotazníky do troch skupín:

A/ osobnostné dotazníky konštruované na základe faktorovej analýzy a teórie osobnosti;

B/ empirické dotazníky;

C/ iné dotazníky, kde zahrňujeme dotazníky záujmové, postojoyé a ratingové škály.

Pritom je v prvých dvoch skupinách zdôraznené kritérium konštrukcie, v tretej skupine vychádzame z kritéria diagnostickej oblasti a administrácie.

A. Dotazníky osobnostné konštruované na základe faktorovej teórie

Cattellov 16-faktorový dotazník - 16 PF

Cattell: Sixteen Personality Factor Questionnaire /16 PF/

Dotazník 16 PF bol vydaný roku 1949, 1950 a roku 1957 bolo vydané druhé rozšírenie manuálu. V roku 1963 sa objavili práce, v ktorých sa syntetickým spôsobom zhodnocoval Cattellov 16 PF dotazník v klinickej psychológii. Pôvodné vydanie testu sa skladá z dvoch rovnocenných verzií A a B ako aj zo skrátenej verzie C. Známe sú tiež ďalšie skrátené formy D, E a F, určené pre ľudí s nižším vzdelaním. Každá z pôvodných verzií obsahuje 184 otázok, takže na každý z meraných faktorov pripadá 20 až 26 položiek. Hermochová a spol. zaviedli roku 1965 Cattellov 16 PF dotazník do našej literatúry.

Dotazník v českej verzii obsahoval 187 položiek. V praktickej diagnostike sa využíva forma A a B.

Teoretické východiská Cattellovej metódy

Cattell vychádzal pri konštrukcii osobnostných dotazníkov z induktívneho spôsobu analýzy osobnosti. Podľa Cattella je možné pomocou veľkého počtu znakov opísať všetky vlastnosti osobnosti. Pri získavaní charakteristík osobnosti vychádzal z troch odlišných informačných prameňov, a to zo seba pozorovania - Q /Questionnaire data/, pozorovania - L /Life data/ a z objektívnych testových meraní - T /Test data/.

Výsledky získané v jednotlivých kategóriách Q, L, T zhodnotili pomocou faktorovej analýzy, a tak získali 16 faktorov, ktoré umožňujú vyčerpá-

vajúcim spôsobom opísať všetky aspekty osobnosti. Cattell /1968/ predpokladal, že bude možné z každej formy Q, L a T získať tie isté faktory osobnosti. Získal 12 faktorov pomocou údajov sebaopozorovania a pozorovania. Identifikácia faktorov pomocou testových výsledkov nebola možná. Zo 16 faktorov boli faktory Q₁, Q₂, Q₃ a Q₄ reprezentované výsledkami získanými metódami sebaopozorovania. Je známe, že faktorovou metódou hodnotené výsledky umožňujú iba opis osobnosti, pretože je to metóda zameraná na klasifikáciu jednotlivých vlastností, a preto neumožňuje jej vysvetlenie. Cattell chápe osobnosť ako súhrn vlastností, v ktorých každá predstavuje formu správania. Osobnosť je všetkým tým, čo umožňuje predvídať, ako sa konkrétne osoba bude správať v určitej situácii, napr. či bude úspešná v štúdiu, v práci, ako bude reagovať na záťažové situácie pri neurotických zmenách osobnosti, či bude úspešná psychoterapia a pod. Z uvedeného vyplýva, že opis osobnosti umožňuje prognostické úvahy o pracovnej, výchovnej a terapeutickú úspešnosti, preto aj v týchto odboroch nachádza najväčšie uplatnenie, a to v poradenskej psychológii, v psychológii práce a v klinickej psychológii.

Šestnásť Cattellových nezávislých faktorov je bipolárnej povahy a sú vyhodnocované v stenoch. Priemerné hodnoty jednotlivých faktorov sú v rozsahu 5-6, nízke 1-4 a vysoké 7-10. Šestnásť faktorov osobnosti sa vyznačuje charakteristickou obsahovou náplňou. Jednotlivé faktory sú podrobne rozvedené v manuáli /Říčan, 1975/.

Hodnotenie faktorov

Interpretácia primárnych faktorov sa uskutočňuje podľa niekoľkých spôsobov: 1. Pri kvantitatívnom zhodnotení sa kladie dôraz na stenové hodnoty, čiže na charakteristiku faktorov prejavenej v smere plus alebo mínus. 2. Pri kvalitatívnom hodnotení sa uplatňujú formy psychologickéj charakteristiky každého z primárnych faktorov, ako aj kombinácie primárnych faktorov zhrnutých v sekundárnych faktoroch. 3. Pri klinickom zhodnotení sa berie do úvahy kritérium kvantitatívne aj kvalitatívne s dôrazom na konfiguráciu faktorov.

Konfiguráciou faktorov sa získali určité typy. Klasifikácia typov profilu faktorov umožňuje diagnostické triedenie a zároveň poskytuje ucelenejšie informácie o súčasnom stave osobnosti a o prognóze. V klinickej psychológii sa profily faktorov využívajú primárne vo výskume, ale majú význam aj v praktickej diagnostike.

Psychologická charakteristika primárnych faktorov

Psychologickú charakteristiku primárnych faktorov podávame na základe Cattellovej práce z roku 1957.

Faktor A: nízke skóre A- schizotýmia
vysoké skóre A+ afektotýmia

Tento faktor zodpovedá základnej dichotómii medzi schizotýmymi a cyklotýmymi s osciláciou nálady. Jedinci s hodnotami A+ dávajú prednosť zamestnaniu, pri ktorom prichádzajú do styku s ľuďmi. V živote sa riadia hľadiskom účelnosti. Jedinci s hodnotami A- najradšej pracujú sami, vyhýbajú sa kompromisom.

Faktor B: B- nízka inteligencia
B+ vysoká inteligencia

Tento faktor je testom inteligencie, ale pre obmedzený počet položiek mera-
júcich inteligenciu je málo reliabilný a má teda aj obmedzenú validitu. Ľu-
dia s vysokým B faktorom sú vo svojom konaní vytrvalejší a majú silné záuj-
my.

Faktor C: C- emočná instabilita /slabosť ega/
C+ emočná stabilita /vyššia sila ega/

Tento faktor poukazuje na emocionálnu zrelosť. Jedinci s hodnotami C- upa-
dajú ľahko do nepokoja a sú nespokojní nielen sami so sebou, ale aj so ži-
votnými podmienkami, rodinou, so svojim zdravím a pod. Ľahko sa manifestu-
je neuróza s fóbickou a psychosomatickou symptomatikou. Experimentálne sa
dokázalo, že ľudia s vyššími hodnotami C udržu-
jú lepšie skupinovú morálku. U neuróz sa zistili hodnoty v C faktore a neurotické symptómy sa zvýšili
v prípade zhoršenia životných podmienok, napr. pri odlúčení z rodinného
prostredia a pod. Jedinci s vysokými hodnotami C sa vhodnejšie vyrovnávajú
s rozličnými životnými problémami.

Faktor E: E- submisivita
E+ dominancia

Tento faktor bol v literatúre dobre prepracovaný. Bol predmetom výskumu
nielen u ľudí, ale aj u zvierat. Rozdielne sa prejavuje u mužov a žien.

Faktor F: F- desurgencia /vážny/
F+ surgencia /bezstarostný/

Tento faktor je najdôležitejším komponentom extravenzie. Surgencia sa naj-
viac prejavuje u rozličných typov neurózy, naproti tomu desurgencia pri
bolestiach hlavy, depresívnych neurózach a fóbických syndrómoch. Surgencia
sa zvyšuje po lobotómii, v psychoterapii a pri miernom alkoholickom opoje-
ní. Surgencia sa vekom stráca. Úbytok sa zisťuje už medzi 17 - 35 rokom.
Surgentní jedinci sú akceptovaní širokým okruhom ľudí. Sú prijímaní ako
pôsobilí rečníci.

Faktor G: G- malá sila superega /nesvedomitý/
G+ sila superega alebo charakter /svedomitý/

Tento faktor má určitú podobnosť s C faktorom, s viac zdôraznenou sebakon-
trolou. Odzrkadľuje kritériá morálky, preto G+ vyjadruje konkrétneho člo-

veka schopného koncentrovať sa. Na identifikáciu tohto faktora sú známe mnohé výkonové skúšky, ktorými sa zisťuje dôslednosť, stálosť a dobrá organizácia myšlienkového postupu. Tento faktor je veľmi nízky u psychopatov.

Faktor H: H- Threctia /plachý/
H+ Parmia /dobrodružný/

Faktor H bol určený aj prostredníctvom iných dotazníkových metód. Threctia reprezentuje schizotýmny temperament. Klinicky sa tento faktor spolu s faktorom A /schizotýmia/ považuje sa jeden z dvoch hlavných ukazovateľov schizofrenického vzorca A- a H- sa javí ako syndróm schizofrenického procesu. V prípade, že sa neprejavil špecifický chorobný proces A- a H- určujú chorobné črty osobnosti. Cattell predpokladá, že H reprezentuje širší konštitučný faktor "aktivitu a reaktivitu". Existujú dôkazy o tom, že je to jeden z tých faktorov osobnosti, ktoré sú dedičnej povahy. Osoba H- sa vyznačuje prevahou sympatického nervového systému, ktorý ju predisponuje reagovať na hrozby, vyhrážky, a odtiaľ pochádza názov threctia zo slova "threat reactive".

Naproti tomu Parmia reprezentuje konštitučnú nevnímavosť, určitú necitlivosť voči hrozbám a trestom. Hodnoty H+ sa zvyšujú s vekom. Tento faktor sa využíva v poradenskej psychológii pri voľbe povolania. Pri štúdiu klinických pracovníkov sa ukázalo, že osoby s vysokým H+ majú schopnosť viesť terapiu.

Faktor I: I- Harria /húževnatý/
I+ Premsia /citová závislosť/

Umelci v tomto faktore skórujú vyššie ako bežná populácia. Faktor je citlivý na kultúrne rozdiely. Európania dosahujú vyššie rozdiely ako Američania. Ženy majú vyššie hodnoty ako muži. Tiež starší v porovnaní s mladšími a psychotici v porovnaní s normálnymi jedincami. Harria reprezentuje ľudí nepoddajných, praktických a zreých. Premsia sa vyjadruje tiež ako "chránená emocionálna senzitivita". Charakterizuje jedincov, ktorí sú označovaní vlastnosťou ako opatrní. Faktor I v klinických podmienkach poukazuje na syndróm konverznej hystérie a hypochondrie. Premsia podmieňuje tendencie k neurotickým a psychotickým reakciám. Pri vysokom skóre v tomto faktore sa môžu prejavovať aj psychosomatické ťažkosti. U jedincov, u ktorých sa zistili v detstve rozličné choroby, operácie, mali zastúpenie hodnoty I-.

Faktor L: L- Alaxia /dôverčivý/
L+ Protensia /podozrievavý/

Tento faktor má významnejšie zastúpenie v mužskej populácii ako v ženskej. Pri duševných chorobách predstavuje paranoickú symptomatiku. Protension je odvodený z výrazu projection and inner tension. Protikladom tohto faktora je prívetivé uvoľnenie a pravdepodobne aj nedostatok ambícií a bojovnosti. Osoby s vysokými hodnotami protenzívnymi sú spupnej povahy, pritom úzkostliví. Osoby, ktoré skórujú v tomto faktore, zvyčajne majú vysoké hodnoty vo

faktore E /dominancia/. Vo všeobecnosti protenzívne osoby sa vyznačujú vysokým vnútorným nepokojom - tenziou, vyjadrenou v sociálnej neistote.

Faktor M: M- Praxernia /praktický/
M+ Autia /bohémsky/

M+ je najvýraznejšie zastúpená v sekundárnom faktore introverzie. Z psychologických fenoménov v M+ sú obsiahnuté hysteroidné symptómy ako aj tendencie závislosti. Naproti tomu praxernia sa vyznačuje praktickým záujmom o okolitý svet. Podľa najnovšej hypotézy M+ reprezentuje schopnosť temperamentu rozlišovať niektoré odlišnosti v rodinnom prostredí, napr. jedinec sa môže cítiť neuznaný v rodinnom prostredí, ale nie je preto znepokojený. Osoby s vysokými hodnotami M sú predisponované k nevhodnosti.

Faktor N: N- Naivita /úprimný/
N+ Sofistikovanosť /uhladený/

Faktor N v klinických podmienkach je možné využiť pri diagnózach sociálnej reakcie a správania. Reprezentuje formu intelektuálno-výchovného vývoja. Nesmie sa však stotožňovať s inteligenciou, aj keď s inteligenciou a dominanciou koreluje. Z klinických poznatkov vyplýva, že N faktor má súvislosť s určitou opatrnosťou a výkonnosťou. Je nápadne nízky u psychotikov aj u neuróz. Vysoké N je v negatívnej korelácii s úspechmi vo výchove. N- sa pozoruje u ľudí s prirodzeným záujmom a dobrým vzťahom k ľuďom.

Faktor O: O+ kľudná sebadôvera
O- sklon k pocitom viny

Faktor O reprezentuje neurotickú, depresívno-neurotickú a hypochondrickú symptomatiku. Pod tlakom vonkajšieho prostredia upadá do stiesnenej nálady a k sebaobviňovaniu. Z pestrej neurotickej symptomatiky najčastejšie prevláda úzkostná a fobická symptomatika. Faktor O- z hľadiska klinického je významným faktorom v depresívno-úzkostnom syndróme. Zisťuje sa nielen u neuróz, ale objavuje sa aj u psychóz.

Faktor Q₁: Q₁- Konzervatívna povaha
Q₁+ Radikalizmus

Faktor Q₁ vychádza z temperamentových a osobnostných črt, a vyjadruje aj vonkajšiu stránku správania. Odzrkadľujú sa v ňom postoje vyjadrujúce záujmy a vzťah k okolitému svetu. Pri neurotických zmenách osobnosti sú nízke hodnoty Q₁.

Faktor Q₂: Q₂- Závislosť na skupine
Q₂+ Sebestačnosť

Je to faktor introverzie. Osoby s nízkymi hodnotami v tomto faktore sú začlenené do sociálnej skupiny. Vysoké Q₂ dosahujú delikventi. Q₂ faktor sa výhodne využíva v diferenciálnej diagnostike medzi psychopatiou a normálnom.

Faktor Q₃: Q₃- Nízka sebakontrola
Q₃+ Vysoké utváranie sebacitu

Vysoké skóre v tomto faktore dosahujú osoby, ktoré sa v živote riadia podľa spoločensky žiadúcej formy. Vyznačujú sa svedomitou a ohľaduplnosťou k iným ľuďom. Hypoteticky reprezentuje úroveň vývoja vedomého sebacitu, event. mieru takej formy správania, ktorou sa snaží prispôbiť svojmu okoliu. V teste sa to prejavuje výberom odpovedí spoločensky žiadúcich.

Faktor Q₄: Q₄- Nízka ergická tenzia
Q₄+ Vysoká ergická tenzia

Q₄ reprezentuje jedincov napätých, úzkostlivých a vzrušených. Má väčší význam v pedagogickej a priemyselnej psychológii. Z hľadiska klinickej praxe faktor Q₄ spoločne s faktorom O umožňuje diferencovať neurózy od normálu a je jedným z troch najvýznamnejších faktorov odzrkadľujúcich všeobecnú úzkosť. Faktor Q₄ je abnormálne vysoký u maniodepresívnych psychóz a u psychopatií. Faktor Q₄ reprezentuje úroveň aktivácie vo forme vzrušenia a napätia a obajvuje sa aj u psychosomatických stavov doprevádzaných úzkosťou.

Profily a ich diagnostická hodnota

Cattell poukázal na možnosť využitia 16 PF v klinickej praxi na základe diagnostického hodnotenia konfigurácie profilov. Klasifikácia typov profilov v podobe klinických skupín poskytuje rozličné informácie o skúmanej osobe a umožňuje predvídať budúci vývoj osobnosti. Cattell /1957/ uvádza 28 profilov rozličných povolaní, analyzuje psychogramy ľudí, ktorí získali vo svojom povolaní dobré výsledky. Cattell /1963/ analogicky vypracoval 28 klinických profilov, ktoré sa opierajú o mnohotisícové vyšetrenia jednotlivých diagnostických skupín. Hypoteticky predpokladá, že faktory O+, C-, F- spoľahlivo diskriminujú klinické skupiny od normálnych osôb. Uvádzame tri typy profilov:

I. typ sa opiera o 449 vyšetrení osôb s dg. neurózy a charakterové poruchy. Pod diagnózou neuróza sú zahrnuté všetky formy neuróz a porovnávajú ich s normálnou populáciou.

Neurózy v porovnaní s kontrolnou skupinou sa vyznačujú: zvýšeným nepokojom /O+, Q₄+, Q₃-, E+/, introverziou /N+, F-, H-/, zvýšenou precitlivosťou /I+, A-/, submisivitou /E-/.

Prvý typ Cattell rozdelil na dve varianty, ktoré sa navzájom profilujú. Je to varianta reprezentujúca charakterové neurózy, do ktorých začleňujeme alkoholikov a narkomanov, a varianta reprezentujúca psychopatie asociálneho typu.

II. typ predstavuje psychosomatické choroby. V tomto type bolo vyšetrených 591 osôb s dg. psychosomatická choroba. Vyznačoval sa rozdielnym

typom profilu v porovnaní so skupinou neuróz. Psychosomatické ochorenie sa od neuróz líši faktorom G+, A-, N+.

III. typ profilu charakterizuje psychotikov. Bolo vyšetrených 501 osôb s dg. psychóza. Tento typ nie je dosiaľ náležite prepracovaný a spoľahlivo nediferencuje psychózy od iných porúch osobnosti. Cattell uvádza 6 dôležitých psychopatologických profilov: 1/ profil úzkostnej hystérie, 2/ neurózy, 3/ maniodepresívnych stavov, 4/ schizofrénie, 5/ psychopatie, 6/ asociálnej psychopatie /delikvencie/.

Profil schizofrénie sa vyznačuje vysokými hodnotami vo faktore C, E, Q₃ a ľahko zvýšenými aj v Q₄. V ostatných faktoroch sa podstatne profil nelíši od uvádzaných psychopatologických profilov.

Maniodepresívne stavy sa vyznačujú zvýšenými hodnotami vo faktore A, H, I, Q₄ a nízkymi hodnotami vo faktore L.

Skupina delikventov sa vyznačuje vysokými hodnotami vo faktore C, E, H a zníženými hodnotami vo faktore O. Cattell dokázal, že v skupine psychopatií je možné vyčleniť súbor delikventov, pretože tento má rozdielny typ profilu, ktorý sa skôr podobá normálnej populácii.

Psychopatie sa vyznačujú nasledovným profilom: G-, F+. E je presne neustálené, symptómy cyklotymie /A, H/ Q₄+. Delikventi majú G+, E+, Q₃+, F-, C+. Aj keď sa uvádzané profily v konkrétnej diagnóze nemusia prejavovať, v podstate psychologická charakteristika uvádzaných profilov poskytuje informácie pre stanovenie diferenciálnej diagnózy medzi neurózou a psychopatiou.

Diagnosticke využitie profilov sa stretlo v literatúre s určitým ohlasom, o čom svedčia aj práce našich autorov: Brichcín, Hampejsová, 1970; Borecký a spol., 1970; Hermochová, Hampejsová, 1966; Bricháček, Malotínová, 1971; Kožený, 1973; Hromátka, 1968, 1969; Mantlíková, Valničková, 1974; Říčan, 1970; Říčan, 1975 a ďalší.

Diagnosticke využitie sekundárnych faktorov

Cattell /Říčan, 1975/ uvádza osem sekundárnych faktorov, z ktorých štyri sú psychologicky charakterizované. Ako je známe, sekundárne faktory odvodené faktorovou analýzou z primárnych faktorov predstavujú širšie dimenzie osobnosti. Z uvedených sekundárnych faktorov, a to 1. introverzie, 2. úzkosti, 3. pathemie - cortertie a 4. nezávislosti sú pre klinické diagnostické ciele prakticky užitočné iba faktor introverzie a úzkosti.

Náplň klinických faktorov je rozdielne uvádzaná najmä v starších prácach. Sekundárny faktor introverzie-extraverzie je odvodený z primárnych faktorov A+, F+, H+, Q₂-, E+. Pri interpretácii všeobecného faktora intro-

verzie alebo faktora schizotýmie sa vychádza z konkrétneho rozboru hierarchie primárnych faktorov, ktoré umožňujú určovať smer reakcie jedinca.

Sekundárny faktor úzkosti je sytený primárnymi faktormi C-, L+, O+, Q₄+, Q₃-. Faktor anxiety umožňuje diagnózu úzkostnej neurózy alebo situácej úzkosti. Faktor úzkosti sa objavuje raz ako povahová črta, inokedy ako stav úzkosti /Cattell a spol., 1961/. V klinickej diagnostike je dôležité rozlišovať črty od stavov, a pretože sekundárny faktor úzkosti túto diferenciáciu neumožňuje, je potrebné pomocou iných psychodiagnostických metód, napr. prostredníctvom ROR, MMPI, MAS, určiť, či ide o povahové črty, alebo o stav úzkosti neurotického typu.

Sekundárne faktory diferencujú psychopatologické skupiny od normálnej populácie presnejšie ako primárne, a v tom spočíva ich diagnostická hodnota.

Reliabilita a validita 16 PF

Reliabilita testu bola urobená mnohými výskumami so zameraním pre každý faktor osobitne. Korelačné hodnoty retestovej metódy boli v priemere 0,80, v rozpätí od 0,72 - 0,93 pre 12 faktorov.

Pri zisťovaní validity testových výsledkov Cattell získal korelácie od 0,76 do 0,96 a pre 10 faktorov boli hodnoty nad 0,80. Validita testu bola zisťovaná so zameraním na predikciu správania. Cattell /1957/ zistil, že prognóza úspešnosti štúdia, úspechy v práci, sklon k nevhodnosti, neuroticizmus, psychotizmus je možné vyjadriť rozličnou konfiguráciou primárnych faktorov.

Z profilu primárnych faktorov vysvetlá, že schizotýmni jedinci pri rovnakej inteligencii ako cyklotýmni dosahujú lepšie výsledky v štúdiu. Pre úspešné štúdium je dôležitá vysoká inteligencia /B/, emocionálna zrelosť /C/, črty dominancie s nízkymi hodnotami vzhľadom na to, že ľudia s tendenciami dominovať často nemajú záujem o poučovanie.

Prednosti a nedostatky 16 PF

Prednosťou metódy 16 PF je to, že sa môže využívať vo výskume a v diagnostike. Má široké uplatnenie v mnohých oblastiach aplikovanej psychológie, a to v poradenskej, pracovnej, klinickej, pri výskume psychológie osobnosti a vo výskumoch sociálnej psychológie. Analogické verzie A a B umožňujú využitie aj v longitudinálnych výskumoch a v kontrolnej diagnostike. Medzi jej prednosti patrí aj jej široká variabilita interpretácie výsledkov. Individuálna psychologická charakteristika jednotlivých faktorov, konfigurácia faktorov a profilových typov, ako aj sekundárnych faktorov umožňuje diferenciálnu diagnózu.

V klinickej praxi a vo výskume sa s úspechom využíva pri triedení súborov neurotických, psychosomatických ako aj typov psychopatie, alkoholizmu a drogovej závislosti vôbec. Jej využitie v diagnostike psychóz t.č. neprináša presvedčivé výsledky, preto je indikovaná u nepsyhotických stavov. Najväčší význam v klinickej diagnóze spočíva v tom, že prítomnosť abnormálnych faktorov v smere plus alebo mínus, event. konštelácie faktorov, je možné overiť prostredníctvom iných diagnostických metód. Psychické vlastnosti reprezentované jednotlivými faktormi je možné vhodne preveriť prostredníctvom experimentálnych výskumov. Dotazník umožňuje iba charakteristiku a klasifikáciu osobnosti, ale neumožňuje vysvetlenie jednotlivých kombinácií faktorov. Pri vysvetľovaní sa musia využívať iné modely osobnosti. Z hľadiska psychometrického je nedostatkom metódy, že dotazník nie je doplnený validizačnou škálou ako je to pri MMPI alebo EOD dotazníku. Pomenovanie faktorov nezvyklými pojmami sťažuje ich psychologickú interpretáciu.

Nazdávame sa, že označenie faktorov písmenami nahrádza ich ťažkopádne a nezrozumiteľné označenie. Interpretácia typov profilov alebo aj základných faktorov vyžaduje dokonalú znalosť nielen psychologickú náplne samotných faktorov, ale aj bohaté klinické skúsenosti pri hodnotení spoločných, podobných a rozdielnych faktorov z hľadiska ich etiologickej návaznosti na štruktúru osobnosti. Dotazník sa môže aplikovať kvôli svojej štylistickej náročnosti u psychiatrických pacientov iba v skupine neuróz a psychopatií, psychosomatických chorôb, psychoorganického syndrómu za podmienok intaktného intelektu. Ak zoberieme do úvahy všetky prednosti a nedostatky metódy, najmä jej vysokú psychometrickú úroveň, širokú aplikačnú možnosť, vhodné využitie v klinickom výskume, ale aj v diagnostickej praxi, dôjdeme k záveru, že ide o metódu, ktorá má trvalé miesto v arzenáli psychodiagnostických metód v klinickej psychológii.

2. Osobnostný dotazník pre mládež /HSPQ/

Cattell, R. B., Cattell, M. D. L. /1963/ v dotazníku High School Personality Questionnaire /HSPQ/ pre mládež /12 - 18 rokov/ vychádzali z predpokladu, že vo všetkých životných obdobiach je možné merať štruktúru osobnostných vlastností pomocou jednotného metodologického postupu.

Balcar /1973/ vypracoval podrobný manuál v českej verzii pre formy A a B pozostávajúcej zo 142 položiek. Dotazník je určený pre vek 13 - 17 rokov. HSPQ meria 14 odlišných vlastností osobnosti určených faktormi A - Q₄. Sú to faktory: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, O, Q₂, Q₃, Q₄.

HSPQ vykazuje 12 faktorov zhodných so 16 PF, 4 faktory sa v HSPQ nevyskytli, ktoré sú len v 16 PF, a to faktor L, M, N a Q₁. Dva faktory sú charakteristické len pre súbor mladistvých, a to faktor D a faktor J.

Faktor D: D- flegmatický temperament

D+ excitabilita

D faktor reprezentuje neurotické správanie a prejavujú sa niektoré črty spoločné s faktorom C-. Jedinci s D+ majú nepokojný spánok, sú vzrušiví, ľahko upadajú do afektov. Tento faktor sa u detí prejavuje jasne, u dospelých netvorí jednotný faktor. Psychopatickí jedinci sa vyznačujú vysokou saturáciou v tomto faktore.

Faktor J: J- Zeppia /družný/

J+ Coasthenia /uzavretý/

Tento faktor sa niekedy vyznačuje ako faktor neurasténie a má určitý vzťah k schizofrénii, delíriom a k neurotickým zmenám osobnosti. Prejavuje sa v psychastenickéj a obsedantnej neuróze, ako aj v neurastenickom syndróme. Psychologická charakteristika zhodných faktorov zo 16 PF je síce analogická, ale každý z týchto faktorov obsahuje špecifické črty charakterizujúce skúmané vývojové obdobie.

Sekundárne faktory v HSPQ

Faktorovou koreláciou medzi primárnymi faktormi Cattell a spol. /1968/ dospel k štyrom sekundárnym faktorom, z ktorých najvýznamnejšie sú: faktor extravenzie a faktor úzkosti. Ich význam bol potvrdený aj výšetreniami prostredníctvom iných dotazníkových a performačných metód.

Sekundárne faktory podobne ako primárne boli získané na základe korelačných vzťahov medzi premennými vyabstrahovanými zo správania. Sekundárny faktor extravenzie označovaný ako Q_1 + Exvia /spoločenský/ a Q_1 - Invia /nespoločenský/ je sytený primárnymi faktormi, a to: A+, E+, F+ a H+.

Faktor úzkosti Q_{II} /úzkosť+ - integrovanosť-/ je v zhode so sekundárnym faktorom dospelých a je výsledkom primárnych faktorov C-, D+, O+, Q_3^- , Q_4 . Tento faktor reprezentuje úzkostnú povahu ako relatívne trvalú vlastnosť osobnosti a je vhodný z hľadiska diferenciálno-diagnostického na odlíšenie situačnej úzkosti.

Faktor Q_{III} /cortertia+ a pathemia-/ vyjadruje úroveň aktivácie. Skladá sa z primárneho faktora A-, E+, H+ a Q_3^- . Q_{III} je v súvislosti s depresívnymi stavmi, frustráciou, neuroticizmom, prípadne aj psychotizmom.

Faktor Q_{IV} /nezávislosť+ - ovplyvniteľnosť-/ je výsledkom primárnych faktorov E+, J+, O+, Q_2+ , Q_3+ a svedčí o vysokej sebakontrola spojenej s kritickým postojom k okoliu.

Výsledky získané v tomto dotazníku sú prehodnocované na steny a percentily.

Psychometrické kritériá ako reliabilita a validita svedčia o spoľahlivosti a platnosti meraných vlastností osobnosti. Dotazník HSPQ je cenným

- 275 -

doplnkom Cattellovej metódy 16 PF v tom, že je možné využívať ho v klinickej diagnostike u starších žiakov, ako aj u adolescentov pri objektivizovaní neurotických zmien osobnosti a psychopatického vývinu osobnosti.

3. Škála úzkosti /IPAT/

Cattell a Scheier /1963/ v manuáli dotazníka úzkosti Anxiety Scale Questionnaire /IPAT/ uvádzajú, že je výsledkom rozsiahleho výskumu so zameraním na diagnózu úzkosti. Cattell vychádza z predpokladu, že niektoré faktory zo 16 PF odhaľujú symptómy úzkosti, napr. faktory Q_3 -, C-, L, O; Q_4 . Škála úzkosti vychádza z položiek týchto faktorov: z faktora Q_3 - je zastúpených 8 položiek; z faktora L sú zastúpené štyri; z faktora O je zastúpených 12; z faktora Q_4 je zastúpených 10 položiek.

Škála úzkosti pozostáva zo 40 otázok. Na každú otázku skúšaná osoba si vyberá jednu z troch možných riešení, napr. často - niekedy - nikdy; áno, neviem, nie. Dotazník bol preverený na veľkom počte vyšetrených osôb. Reliabilita získaná retestovou metódou po týždňovom intervale bola +0,93, po dvojtýždňovom +0,78. Reliabilita skúmaná split-half metódou vykazovala koeficient reliability od +0,84 do +0,91.

Pojmová validita bola zisťovaná metódou pre celú škálu a je určená hodnotami +0,85 do 0,90. Priemerná korelácia medzi jednotlivými položkami od 0,40 do 0,92. V dvoch osobitných štúdiách sa skúmala korelačná závislosť psychiatrickej diagnózy k celkovému skóre úzkosti. Ukázalo sa, že bola vyššia korelácia medzi diagnózou a škálou úzkosti v porovnaní s inými faktormi osobnosti.

Škála úzkosti významne diferencuje zdravé osoby od úzkostných hysterických neuróz a úzkostných neuróz. Pri štatistickom porovnaní 795 zdravých osôb s 59 úzkostnými neurózami pomocou IPAT škály úzkosti boli rozdiely štatisticky významné na 1% štatistickej úrovni.

Hodnoty úzkosti sa využívajú ako indikátory citlivosti na terapiu, stres a záťažové situácie. Na analýze 2 000 pacientov zatriedených do 23 diagnostických skupín autori uvádzajú poradie výskytu úzkosti v jednotlivých psychiatrických syndrómoch. Najvyššie hodnoty dosahovali úzkostné stavy 8,1 a najnižšie maniodepresívne psychózy 5,6 /Cattell, Rieckels, 1968/.

Na veľkom počte študovaných osôb boli porovnané výsledky výskumov usku- točnených v Holandsku, Anglicku, Francúzsku, Taliansku, Japonsku, Indii a v Poľsku. Mali sme možnosť zoznámiť sa s výsledkami výskumov získaných v Poľsku ako aj s poľskou verziou, ktorú vypracoval Choynowski /1963/ na základe verzie z roku 1957. S touto verziou sme získali dobré klinické skúsenosti, zhodné s literárnymi údajmi.

Prednosti a nedostatky metódy

Ak zoberieme do úvahy presvedčivé výsledky, získané pomocou IPAT škály úzkosti pre ich zhodnosť s klinickým obrazom a diagnózou, vidíme, že ide o cenný diagnostický nástroj. Psychometrické kritériá reliability a validita svedčia o možnosti využitia metódy v individuálnej diagnostike a vo výskume.

Jednoduchá formulácia položiek, ľahká forma odpovede na otázky umožňuje aplikáciu škály v individuálnom a v kolektívnom vyšetrení. Škála je indikovaná u všetkých foriem duševných chorôb s výnimkou demencie a duševnej zaostalosti /retardácie/.

Každá symptomatická odpoveď je hodnotená bodmi 1 a 2. Pri celkovom hodnotení úzkosti sa vypočítava hrubé skóre, ktoré sa potom podľa príslušných tabuliek prehodnotí na stený. Okrem celkovej úzkosti hodnotia sa hrubé skóre dosahované v piatich faktoroch 16 PF a tie sa prenášajú na stenové podľa tabuliek. Priemerné hodnoty normálnej úzkosti v stenovom hodnotení sú 4 - 6, hodnoty 1 - 3 poukazujú na flegmatickú, dobre relaxovanú osobnosť, 8 svedčia o zjavnej úzkosti a hodnoty 9 - 10 poukazujú na úzkosť, ktorá vyžaduje terapeutickú intervenciu.

Interpretácia IPAT škály úzkosti sa robí podľa jednotlivých faktorov ich psychologickéj charakteristiky. Prednosti škály úzkosti sú v tom, že umožňuje sekundárny faktor 16 PF analyzovať buď celkovo, alebo v zmysle jednotlivých faktorov, takže sa v úzkostnej symptomatológii môže objasniť obsah úzkosti, napr. tenzia, paranoidná percepcia, depresia.

Oproti 16 PF má výhodu v jednoduchšej administrácii, v ľahkom a časovo nenáročnom vyhodnotení, ktoré trvá asi 2 minúty. Nazdávame sa, že ide o škálu takej diagnostickej hodnoty, ktorá by sa mala využívať v bežnej diagnostike a vo výskume.

Cattell je tvórcom aj ďalších štyroch dotazníkových metód.

4. Thurstonov dotazník temperamentu /TTS/

Thurstone /1953/ zostavil dotazník na diagnostiku 7 typov temperamentu /Thurstone Temperament Schedule - TTS/. Vychádzal z praktických potrieb vytvoriť metódu na diagnostiku dôležitých aspektov osobnosti, temperamentu a relatívne stálych črt osobnosti, ktoré sú málo závislé od vplyvov sociálneho prostredia a aktuálnej spoločenskej situácie.

Dotazník sa skladá zo 140 otázok, ktorými sa zisťuje sedem faktorov osobnosti a temperamentu. Sú to faktory:

1. Faktor aktivity - osoby s vysokým skóre v tomto faktore sa vyznačujú zvýšenou dynamikou. Obyčajne rýchlo hovoria, chodia, píšu a pod.

2. Faktor fyzickej sily - vigorous - reprezentuje fyzickú aktivitu s použitím väčších svalových skupín i veľkým výdajom energie. Jedinci s vysokým skóre v tomto faktore obľubujú šport i telesnú prácu.

3. Faktor impulzivity - impulsive - reprezentuje impulzívne, rýchlo sa rozhodujúce osoby, ktoré rady prechádzajú od úlohy k úlohe. Jedinci s vysokým skóre v tomto faktore reagujú bezprostredne na určité životné situácie a podnety.

4. Faktor dominancie - dominant - osoby s vysokým skóre v tomto faktore preberajú na seba zodpovednosť, preberajú úlohy riadenia, organizujú spoločenské podujatia. Sú to osoby, ktoré preberajú na seba úlohu vedúceho.

5. Faktor vyrovnanosti - stable - osoby s vysokým skóre v tomto faktore sú spokojné aj v kritických situáciách. Nevadí im, ak musia prerušiť prácu a pod.

6. Faktor sociability - sociable - vysoké skóre v tomto faktore reprezentuje ľudí so záujmom o spoločnosť iných ľudí. Majú schopnosť získať dôveru iných, napr. neznámy ľudia im ochotne porozprávajú o svojich problémoch.

7. Faktor uvažovania - reflective - vysoké skóre v tomto faktore reprezentuje ľudí, ktorí uprednostňujú uvažovanie o veciach pred samotnou činnosťou. Sú založení skôr teoreticky ako prakticky. Uprednostňujú prácu, ktorá vyžaduje presnosť, precíznosť a podrobnosť. Často berú na seba väčšiu povinnosť ako môžu vykonať.

Vyhodnotenie dotazníka sa robí prostredníctvom prehodnotenia hrubých skóre na centilové. Z vážených skóre sa získava grafický profil temperamentu, ktorý možno kvalitatívne ako aj kvantitatívne interpretovať.

Manuál obsahuje podrobné pokyny pre administráciu, skórovanie ako aj psychologickú interpretáciu každého faktora zvlášť, a tiež postup štatistického zhodnotenia jednotlivých položiek pomocou tetrachorickej korelácie. Sú uvedené tabuľky normálnych hodnôt pre mužov a ženy. Štandardizáciu testu robil na základe vyšetrenia 419 chlapcov, 504 dievčat vo veku 14 - 18 rokov a z populácie dospelých bolo 540 mužov a 496 žien úradníckej profesie. Normy v dospeljej populácii boli vypracované na základe vyšetrenia 1234 mužov a 657 žien.

Reliabilita bola hodnotená pomocou split-half metódy pre každú vekovú skupinu, pre každý zo 7 faktorov. Koefficienty reliability boli v rozsahu od 0,45 - 0,86. Pri porovnaní dotazníkovej metódy s inými metódami, vrátane dotazníkových, poukazuje na spoľahlivosť Thurstonovho dotazníka temperamentu. Validita bola skúšaná porovnávaním aktuálneho výkonu v performan-

ných testoch s kritériami úspechu v zamestnaní. Koeficient validity bol pre každý faktor rozdielny v rozsahu od 0,81 - 1,00. Vo všeobecnosti sa vo všetkých skupinách získavali hodnoty poukazujúce na vysokú predikčnú validitu dotazníka.

Thurstonovu dotazníkovú metódu temperamentu využívame v klinickej diagnostike ako aj vo výskumoch /Stančák, 1968/. Využitie metódy sa osvedčilo v diagnostike nepsychotických zmien osobnosti v kombinácii s dotazníkovými a projektívnymi metódami. Uvedená metóda sa môže využívať nielen v klinickej psychológii, ale aj v psychológii pracovnej a poradenskej. Bolo by vhodné túto metódu štandardizovať aj na našu populáciu pre jej široké možnosti aplikácie pri diagnostike osobnosti.

5. Eysenckove dotazníky

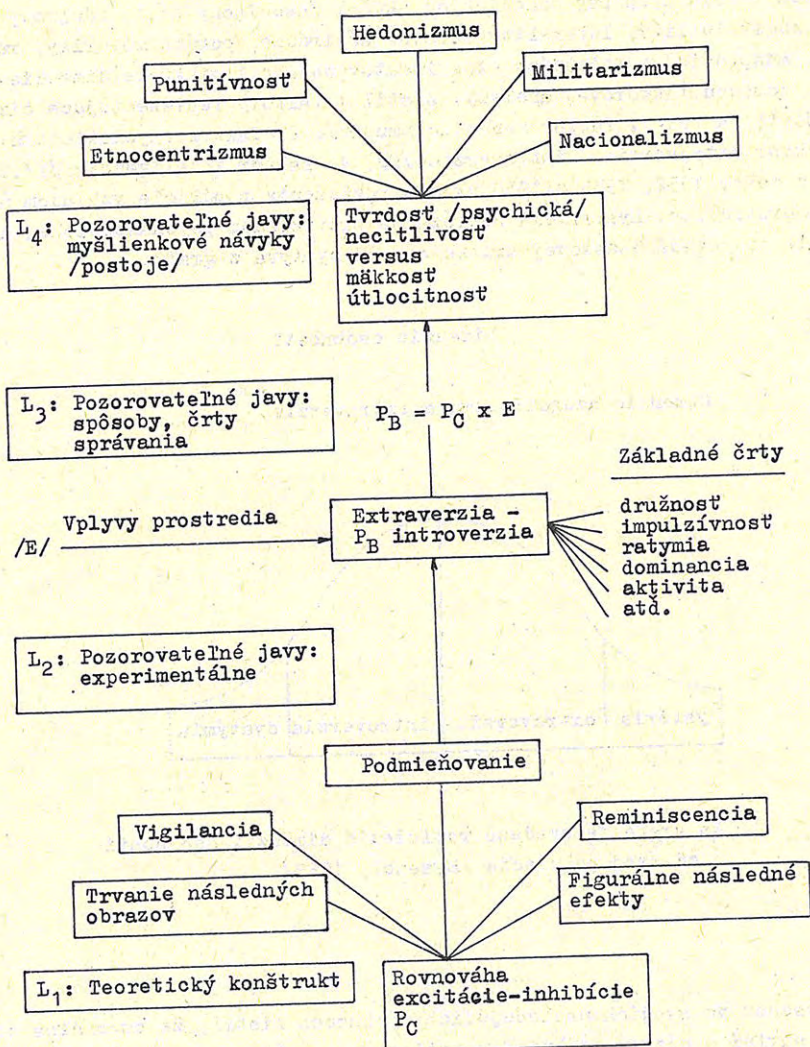
V priebehu posledných 30 rokov vytvoril Eysenck 9 diagnostických dotazníkových metód: 1/ Maudsley Medical Questionnaire MMQ /1947/; 2/ Maudsley Personality Inventory MPI /1959/; 3/ Maudsley Personality MPI /1959/ - skrátená forma; 4/ Eysenck Personality Inventory EPI /1964/; 5/ skrátená forma /1964/ EPI; 6/ Junior Eysenck Personality Inventory JEPI /1965/; 7/ PEN Inventory /1968/; 8/ Junior PEN Inventory /1969/; 9/ Eysenck Personality Questionnaire EPQ /1975/, ktoré sa využívali alebo aj v súčasnej dobe aplikujú s cieľom diagnostickým a výskumným. Konštrukcia Eysenckových dotazníkov vychádza z jeho teórie osobnosti. Diagnostická hodnota dotazníkových metód je podmienená využívaním teórie osobnosti. Keďže aplikácia Eysenckových osobnostných dotazníkových metód bez využitia teórie osobnosti by nemala väčší význam v rutinej alebo vedecko-výskumnej činnosti, uvedieme definíciu Eysenckovej teórie osobnosti.

Eysenck /1952/ definuje osobnosť ako relatívne trvalú organizáciu charakteru, temperamentu, intelektu spolu s fyzickými vlastnosťami, ktoré determinujú špecifické spôsoby prispôsobovania sa prostrediu. Podstatnou stránkou osobnosti je organizácia správania, preto aj jeho diagnostika je zameraná na klasifikáciu správania prostredníctvom vyčlenených čít a dimenzií osobnosti. Pri teoretickom predpoklade organizácie osobnosti vychádza zo 4-stupňovej úrovne, pričom každá z úrovní je merateľná psychodiagnostickými metódami.

Model osobnosti je uvedený na Eysenckovej schéme /1964/. Z modelu vyplýva, že na prvej úrovni sú konštitučné faktory týkajúce sa rovnováhy medzi excitáciou a inhibíciou. Druhá úroveň predstavuje konštitučné rozdiely v extra a introverzii, ktoré možno merať prostredníctvom experimentálnych metód. Tretia úroveň predstavuje správanie podmienené vzájomnými vzťahmi jedinca a prostredia. Štvrtá úroveň je reprezentovaná základnými črtami

Schéma 6

Vzťahy medzi konštitučnými aspektmi a
aspektmi správania extroverzie



Vysvetlivky: P - Personality /osobnosť/
B - Behavior /správanie/
E - Environment /prostredie/

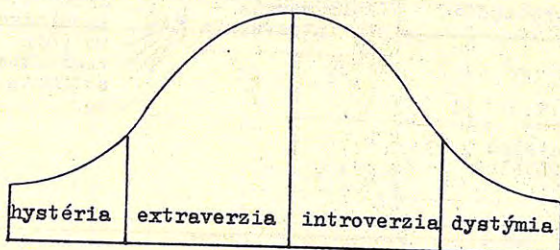
L - Level /úroveň/
C - Constitution

osobnosti /postoje, intelektová úroveň/. Eysenckov teoretický model osobnosti predstavujúci jej organizáciu má veľkú prednosť v tom, že každú z úrovní L_1 , L_2 , L_3 , L_4 je možné určiť pomocou psychodiagnostických metód. Eysenck pri štúdiu osobnosti vychádzal z jej vzťahu k duševným chorobám. Pomocou rozsiahlych psychologických skúšok /asociačný test, záujmový test, test sugestibility, laterality, úrovne aspirácie, porúch motoriky, rovnováhy, adaptácie/ a početných experimentov objasnil niektoré dimenzie osobnosti pomocou faktorovej analýzy. Zistil 4 faktory reprezentujúce dimenzie osobnosti, a to: 1. faktor neuroticizmu /N/, 2. faktor psychotizmu /P/, 3. faktor extravenzie - introverzie /E/, 4. faktor inteligencie /I/. V prácach z rokov 1952, 1953 a 1958 uvádza rozloženie populácie vzhľadom na faktor neuroticizmu. Hysterická neuróza je protikladom psychastenickej a rozloženie zodpovedá Gaussovej krivke ako to vyplýva z grafu.

Graf 8

Dimenzie osobnosti

Dimenzie neuroticizmu a extravenzie



Na grafe je uvedené rozloženie dimenzií osobnosti u zdravej populácie /Eysenck, 1958/

Eysenck vo svojich nasledujúcich výskumoch zistil, že emociálna citlivosť súvisí s nízkou odolnosťou voči stresu a táto predstavuje jednu zo zložiek neuroticizmu. Eysenck chápe neuroticizmus do určitej miery ako vrodenú vlastnosť autonómneho nervového systému, najmä toho systému, ktorý sa zúčastňuje na emocionálnom prežívaní a pomocou ktorého vznikajú trvalé a silné emócie. Protikladom tohto typu je typ s pomalšie sa vybavujúcimi

emóciami, a to iba za podmienok silnejších podnetov, pričom emócie sú spravidla slabé a prechodné. Túto vlastnosť je možné určiť pomocou faktora labilita verzus stabilita. Neuroticizmus sa pripisuje prvej skupine, t.j. skupine emocionálnej lability.

Faktory extravenzie a neuroticizmu sú v Eysenkových prácach náležite rozpracované vzhľadom na jeho teóriu osobnosti, faktor psychotizmu a inteligencie vyžaduje ešte ďalšie zdôvodnenie.

Eysenck pod pojmom psychotizmus chápe sklon čiže predispozíciu k psychóze. Psychotizmus zistený v normálnej populácii je nezávislý od neuroticizmu a extravenzie. Psychotizmus predstavuje nezávislú dimenziu osobnosti. Slovníkom faktorovej analýzy ho môžeme označiť ako ortogonálny faktor.

Vývoj Eysenckovej teórie osobnosti si osvetlíme na príklade dotazníkových metód usporiadaných na diagnostiku niektorých dimenzií osobnosti.

1. Prvou dotazníkovou metódou bol jednofaktorový dotazník Maudsley Medical Questionnaire /MMQ/ z roku 1947. Dotazník sa skladal zo 40 položiek a bol určený na diskrimináciu neuróz od zdravých osôb. Dotazník umožnil diagnostické triedenie neuróz na hystériu a psychasténiu. V súčasnej dobe sa tento dotazník nepoužíva. Má hlavne historickú hodnotu, lebo objektivizoval faktor neuroticizmu.

2. Druhým dotazníkom bol dotazník MPI - Maudsley Personality Inventory z roku 1959, ktorý oproti predchádzajúcim je zameraný na diagnostiku neuroticizmu a extravenzie. Ide o dvojfaktorový dotazník so 48 položkami rozdelenými na symptómy extravenzie a neuroticizmu.

3. MPI bol doplnený skrátenou verziou /1959/ a podľa psychometrických kritérií sa vyznačuje vysokými hodnotami reliability a validity. Reliabilita skúmaná metódou test-retest bola 0,85 - 0,90, a to tak pre neuroticizmus ako aj pre extravenziu. Validita bola robená na skupine neurotikov, psychopátov /väzňov/ a normálnych osôb. Uvedená metóda je už prekonaná a Eysenck vytvoril ďalšiu formu dotazníkových metód.

4. Eysenck Personality Inventory - EPI /1964/ forma A a B. EPI metóda pozostáva z 57 položiek. 24 otázok je zameraných na faktor extravenzie, 24 na faktor neuroticizmu a 9 položiek reprezentuje tzv. L - lži skóre. Konštrukcia uvedeného dotazníka bola robená na základe 30 000 vyšetrení. Eysenck /1964/ zistil, že faktor extravenzie je faktorom vyššieho radu, v ktorom sa môže vyčleniť faktor impulzivity a sociability ako faktory nižšieho radu. Zavedením položiek L - lži skóre sa zvyšuje diagnostická spoľahlivosť pri aplikácii uvedenej metódy. Tým, že sa dotazník skladá z dvoch rovnocenných verzií, formy A a B, možno ho využiť v širšom meradle pri objektivizovaní základných dimenzií osobnosti, extravenzie - introverzie, lability - stability.

Dotazník EPI /Eysenck, Eysencková, prekl. Kráľová a spol., 1968/ sa využíva v diagnostickej a výskumnej praxi. Svedčí o tom viac ako 450 publikácií, v ktorých sa využívala dotazníková metóda EPI. Je málo prác, ktoré by sa zaoberali psychometrickým výskumom tejto metódy: možno preto, že Eysenck a Eysencková v manuáli uvádzajú patričné údaje o metóde z hľadiska psychometrie. Reliabilita bola robená split half metódou a retestovou metódou. Pri oboch metódach reliabilita bola v rozsahu od 0,80 do 0,94 a od 0,74 do 0,91. Reliabilita oboch verzií svedčí o vysokej diagnostickej spoľahlivosti tejto metódy. Howarth, Browne /1974/ a Howarth /1976/ uvádzajú výsledky výskumov EPI, ktoré zhodnotili prostredníctvom faktorovej analýzy. V prvej práci získali 15 faktorov /1974/ a ďalším refaktorovaním Howarth /1976/ získal 12, z ktorých najdôležitejšie sú emocionálna prispôbenosť, sociabilita, impulzivita a dominancia. Z rozboru základných faktorov vyplýva, že tieto reprezentujú multidimenzionálnu mieru rozsahu základných dimenzií neuroticizmu a extravenzie. Jednotlivé faktory poskytujú hlbší pohľad na uvedené dimenzie, a to tak z hľadiska diagnostického ako aj výskumného. Porovnaním dimenzie neuroticizmu a extravenzie na základe získaných primárnych faktorov a ich obsahovej náplne vidíme, že extravenziu môžeme hlbšie a detailnejšie osvetliť prostredníctvom týchto faktorov ako dimenziu neuroticizmu.

5. Skrátená verzia EPI obsahuje 12 otázok. Verifikácia skrátenej formy bola vypracovaná na rozsiahlom výskume, ktorému sa podrobilo 1053 mužov a 854 žien. Skrátená verzia vysoko koreluje s neskrátenou verzou EPI, a to faktor extravenzie 0,81 a faktor neuroticizmu 0,79. Korelačné výsledky poukazujú na možnosť vhodného využívania skrátenej formy v diagnostickom procese. EPI metóda predstavuje v porovnaní s predchádzajúcimi dotazníkovými metódami oveľa hodnotnejšiu a citlivejšiu diagnostickú nástroj. Z hľadiska psychometrického je starostlivo spracovaný a výsledky sú zhodné aj s teóriou osobnosti, takže sú dobre interpretovateľné.

6. Junior Eysenck Personality Inventory /JEPI, 1965/ predstavuje adaptáciu EPI na nižšie vekové skupiny pre 7 - 16 rokov. Súčasná verzia JEPI sa opiera o vyšetrenie 2 770 osôb. JEPI sa skladá zo 60 položiek: 24 na extravenziu, 24 na neuroticizmus a 12 na lži skóre. Reliabilita stupnice bola vykonaná pomocou split half metódy, zvlášť pre skupinu chlapcov a dievčat. Priemer reliabilit bol v rozsahu 0,7 - 0,8. Z doterajších prác nemožno usudzovať o validite dotazníka i keď je treba poznamenať, že výskum validity v súčasnej dobe nie je ukončený.

7. Najnovšie Eysenckove dotazníky PEN Inventory a 8. Junior Pen Inventory vychádzajú z dotazníkov EPI a JEPI a líšia sa od predchádzajúcich tým, že sú doplnené o položky psychoticizmu. Verzia dospelých PEN Inventory pozostáva zo 78 otázok a Junior Pen Inventory z 95 otázok. Dotazník bol preverený na veľkom počte vyšetrených osôb oboch pohlaví, a to

z 332 dospelých zdravých osôb, 700 študentov, 310 psychotikov, 310 neuróz a 641 psychopatií - delikventov. Dotazník zatiaľ nemáme k dispozícii, ale podľa literárnych údajov sa javí ako najvhodnejší z doterajších Eysenckových dotazníkov najmä v tom, že z doterajších abstrahovaných faktorov objektivizuje faktory extravenzie, neuroticizmu a faktor psychotizmu.

9. Posledná verzia z dotazníkov PEN - Eysenck Personality Questionnaire - EPQ /Eysenck, Eysencková, 1975/ obsahuje tri faktory, a to psychotizmu - P, extravenzie - E, neuroticizmu - N a škálu ľži skóre - L. Forma EPQ obsahuje 25 položiek zameraných na diagnostiku psychotizmu.

Loo /1979/ v psychometrickom hodnotení EPQ dotazníka zistil, že reliabilita v súbore mužov bola 0,43 a v súbore žien 0,44. Výsledky zhodnotil pomocou faktorovej analýzy. Za využitia Varimaxovej metódy otáčania matric získal 16 faktorov, dobre interpretovateľných aj v EPI, ktoré zistili Howarth a Browne /1972/ a Howarth /1976/. Faktor psychotizmu osvetlil autor ďalším rotovaním faktorov a zistil, že faktor psychotizmu zahŕňa komponenty paranoie, psychopatie, ale aj znaky neuroticizmu, a to úzkosť a emocionalitu. V minulosti sa predpokladalo, že P faktor je odlišnou mierou emotionality, avšak nové výskumy poukazujú na to, že hoci P a N faktory sú nezávislé, predsa komponenty každej z nich sú v určitom vzťahu. Predpokladáme na základe štúdia položiek P faktora, že tieto reprezentujú agresívne antisociálne správanie na báze psychopatie. Vysoké skóre v tejto škále poukazuje skôr na predispozície k psychopatickým formám reakcií aj tendencie k psychotickému ochoreniu, ale nie je možné hodnotiť ho ako prejav psychotickej zmeny osobnosti v pravom slova zmysle.

Detailná analýza dosiaľ známych primárnych faktorov poukazuje aj na kognitívne komponenty, preto sa dá očakávať, že výskumami sa vyčlenia ďalšie faktory, najmä faktor inteligencie.

Prednosti a nedostatky Eysenckových metód

Prednosťou Eysenckových dotazníkov je ich návaznosť na jeho teóriu osobnosti. Na teoretickej úrovni sú jednotlivé dimenzie osobnosti precízne spracované a ich obsahová náplň je v súlade s nozologickými diagnostickými kategóriami, čo umožňuje psychodiagnostikovi hodnovernú interpretáciu zistených dimenzií vzhľadom na klinický stav. Keďže pomocou Eysenckových metód sa objektivizujú len niektoré dimenzie osobnosti, máme o klinickom stave k dispozícii iba zjednodušený obraz. Vysoké skóre napr. vo faktore neuroticizmu poukazuje skôr na tendencie ako na aktuálny stav neurotickej zmeny osobnosti. Štúdie zamerané na validizáciu Eysenckových dotazníkov, ako na to poukazuje Friedman a spol. /1976/, Wakefield a spol. /1976/, prispievajú k zhodnoteniu využitia Eysenckových dotazníkov v klinickej psycho-

diagnostike. V súvislosti s nedostatkami Eysenckových dotazníkov možno poukázať na niektoré nedostatky jeho teórie osobnosti, ktoré sa dotýkajú základných východísk teoretických a metodologických.

Nazdávame sa, že Eysenckove metódy, najmä EPI, u nás EOD /Eysenckov osobnostný dotazník/ majú svoje oprávnenie v klinickej psychodiagnostike pre ich návaznosť na teóriu. Najprv bola totiž postavená teória experimentálne overená, až potom vytvorená dotazníková metóda na meranie dimenzií osobnosti. Jednotlivé dimenzie sú výsledkom na seba naväzujúcich výskumov. Výskumy pomocou faktorovej analýzy sa využívali len ako dôkaz teoretickej konštrukcie osobnosti, a tým sa Eysenckova koncepcia líši od faktorových teórií osobnosti, ktoré vychádzajú zo získaných faktorov, ktoré tvoria podklad pre teóriu osobnosti.

B. Dotazníky konštruované na základe teórie osobnosti

Zo skupiny dotazníkových metód vychádzajúcich z teórie osobnosti predkladáme analýzu Plutchikovej metódy Indexu profilu emócií a Learyho dotazník Interpersonálnej diagnózy /ICL/. Do skupiny B sme ich zaradili pre teoretické východiská pri ich konštrukcii.

1. Index profilu emócií /IPE/

Plutchik a Kellerman /1966/ vyvinuli diagnostickú metódu "Emotions Profile Index" na meranie 8 primárnych emócií, ktoré sa podľa Plutchika /1962/ vyskytujú na všetkých evolučných stupňoch a majú význam pri prežití organizmu.

Metóda profilu a jej konštrukcia vychádza z prác Schaefera /1961/ a z Plutchikovej teórie emócií. V krátkosti uvedieme podstatu tejto teórie.

Plutchik /1962/ pri tvorbe svojej inštiktivistickej teórie vychádzal zo Scottovho /1958/ chápania postojových foriem správania, ktoré uviedol do súvislosti s emóciami ako formami odpovede, fyziologickou aktiváciou /arousal/ a inými systémami osobnosti ako sú procesy kognitívne. Poukázal tak na interakciu osobnosti a emócií, čím určil úlohu emócií v regulácii správania.

Stančák ml. /1978/ sa domnieva, že základné dimenzie emócií sú v interakcii s komplexom špecifických osobnostných vlastností a vytvárajú určitú formu regulácie emocionálneho správania. Regulácia sa aktualizuje cez emocionálne stavy. Psychické vlastnosti sa stávajú takto predikátormi určitého emocionálneho stavu.

Plutchik /1960, 1962/ stavia svoju teóriu na šiestich postulátoch:

1. Existuje malý počet primárnych, tzv. čistých emócií.
2. Všetky ostatné emócie sú zmiešané, sú výsledkom rozličnej kombinácie primárnych emócií.
3. Primárne emócie sa navzájom líšia fyziologickými atribútmi a formami prejavu.
4. Primárne emócie sú hypotetické konštrukty idealizovaných stavov, ktorých vlastnosti môžu byť odvodené od viacerých druhov dôkazov.
5. Primárne emócie môžu byť koncipované v pojmoch polaritných párov /bipolárne faktory/.
6. Každá emócia sa mení v stupni svojej intenzity alebo v úrovni aktivity. Emócia je primárnou vtedy, keď sa vzťahuje k biologickému adaptívnemu procesu, keď sa nachádza vo všetkých stupňoch evolučného vývoja, keď je nezávislá od neurálnych štruktúr a je závislá od introspekcie a primárne je prejavovaná v behaviorálnych znakoch.

Plutchik /1960, 1962/ dáva do súvislosti atribúty primárnych emócií s adaptívnymi formami správania:

Prototypné formy správania

1. Prijatie - incorporation
Vyjadruje tendencie akceptovať ľudí a veci. Je indikátorom pozitívnych sociálnych emócií.
2. Odpor - rejection
Poukazuje na tendencie odmietať ľudí, situácie alebo veci. Podielajú sa na ňom také emócie ako nechúť, nuda, zhnusenie.
3. Deštrukcia - destruction
Poukazuje na tendencie ničenia a útočenia. Vyskytuje sa v súvislosti so zlostou, iritáciou alebo znepokojením.
4. Únik - protection
Poukazuje na tendenciu úniku z boja a objavuje sa pri strachu, úzkosti, panike alebo obave.
5. Reprodukcia - reproduction
Vyjadruje také pocity ako pri erotických vzťahoch alebo pri dobrom kontakte s ľuďmi. Toto je dané emóciami rozkoše, radosti a pod.
6. Deprivácia - deprivation
Vyskytuje sa v takých formách správania ako pri strate objektu alebo človeka. Je príznačný smútkom, žiaľom alebo melanchóliou.
7. Orientácia - orientation
Emócia vzniká v stave prekvapenia. Je to reakcia podmienená neočakávaným zážitkom alebo neočakávaným kontaktom.

Primárne emócie

dôverný - acceptance

odmietanie - disgust

hnev - anger

strach - fear

radosť - joy

smútok - sadness

prekvapenie - surprise

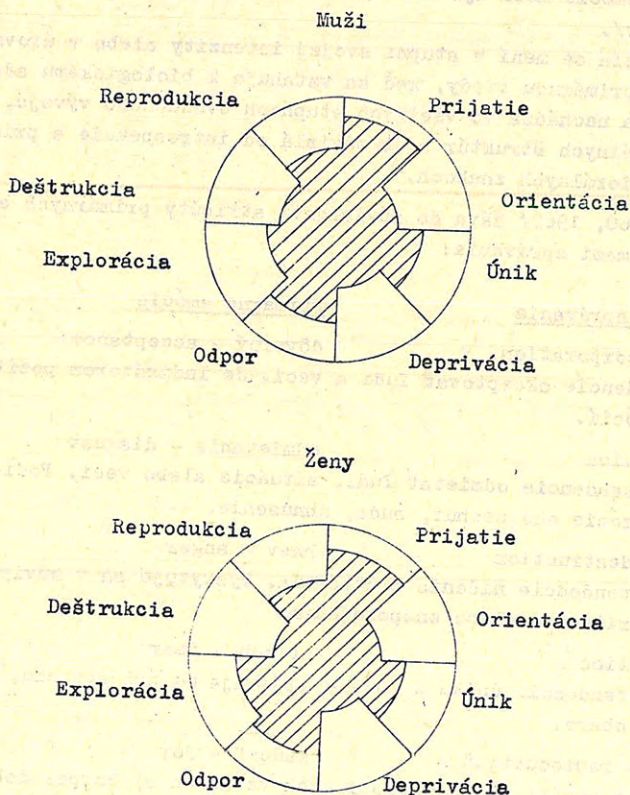
8. Explorácia - exploration

očakávanie - expectancy

Môže zahŕňať senzorickú aktivitu, napr. hľadanie, načúvanie, čuchanie a pod.

Plutchik /1962/ uvádza základné emócie v kruhovom znázornení ôsmych protikladných meócií, ako je to uvedené na grafe.

Graf 9



Na grafe sú uvedené priemerné hodnoty zdravých mužov a žien /Stančák, 1978/.

Kombináciou primárnych emócií vznikajú sekundárne emócie. Kombináciou dvoch primárnych emócií vzniká sekundárna emócia, tzv. diáda, a z ktorýchkoľvek troch primárnych emócií vzniká triáda. Napr. pýcha vzniká spojením zlosti a radosti. Radosť a prijatie tvoria lásku, priateľstvo. Plutchik /1962/ uvádza, že emócie stojace v kruhovom modeli vedľa seba vytvárajú primárne diády a posunutím o dva oktanty vznikajú terciárne diády.

Kombináciou ôsmich emócií možno rozlíšiť 56 sekundárnych emócií, z nich 24 diád a 32 triád. Ďalším diferencovaním na štyroch úrovniach intenzívnej premennej dostávame 224 emócií, vzhľadom na to, že každá z nich môže byť odlišnej úrovne, dostávame tisíceky rôznych emócií. Plutchikov /1962/ teoretický model emócií predpokladá, že kombinované emócie sú už vlastnosti osobnosti.

Schéma 7

Systém emócií podľa Plutchikovej teórie

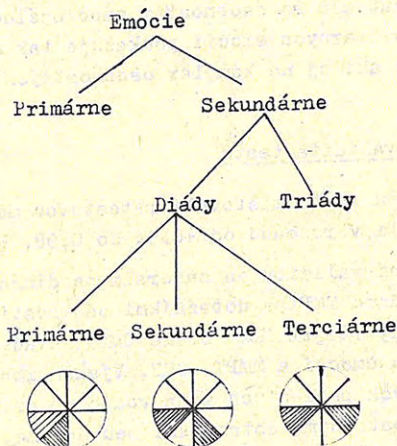
Kritérium delenia

Klasifikácia emócií podľa príslušného kritéria

Vzťah ku primárnym adaptačným schémam správania

Počet mixujúcich sa emócií

Vzájomná poloha mixujúcich sa emócií na kruhu emócií



Diády primárne, sekundárne a terciárne.

Konštrukcia metódy

Technická stránka metódy spočíva v tom, že podľa troch stupňov intenzity - vysoká, stredná, nízka, posudzovatelia určili pre každú z ôsmich emócií jedno, dve alebo tri adjektíva. V konečnej verzii získali 12 emocionálnych výrazov: dobrodružný, láskavý, uvažlivý, opatrný, pochmúrny, prehrý, poslušný, hašterivý, nedotklivý, rozpačitý, plachý, spoločenský.

V párovom zoskupení vytvorili z nich 62 dvojíc. Výberom jedného slova, ktoré najviac vystihuje povahové vlastnosti, získava sa profil ôsmich primárnych emócií doplnených o hodnoty bias, tzv. sociálnej žiadúcnosti, ktorá je zároveň ukazovateľom hodnovernosti výsledkov. Hodnoty v jednotlivých emóciách sú vyjadrené v percentách od 0 - 100.

Interpretácia indexu profilu emócií

Profil emócií môže byť interpretovaný v kvantitatívne percentuálnom vyjadrení v jednotlivých dimenziách, ale aj kvalitatívne so zameraním na ohodnotenie intenzity protikladných emócií. Vysoké skóre v jednej emócii spravidla predpokladá nízke hodnoty v protikladnej. Ak sú hodnoty v protikladných dimenziách približne rovnaké, poukazuje to na konflikty v emocionálnej oblasti. Konflikty sú podmienené aj veľkými rozdielmi medzi primárnymi emóciami. Na základe posúdenia stupňa konfliktu v emocionálnom profile môžeme usudzovať ako sa osobnosť v emocionálnom konflikte vyvíjala. Zastúpenie ôsmich primárnych emócií poukazuje tak na výskyt jednotlivých emocionálnych stavov ako aj na komplex osobnostných črt.

Reliabilita a validita testu

Reliabilitu testu zisťovali retestovou metódou a korelácie pre jednotlivé emócie boli v rozsahu od +0,94 do 0,98.

Pri skúmaní validity sa zamerali na diagnostickú zhodu indexu profilu emócií s výsledkom MMPI a dotazníkmi osobnosti, so škálou impulzivít, so škálou nálady /Clyde Mood Scale CMS/. Uvádzame výsledky korelácií medzi indexom profilu emócií a MMPI, CMS. Výskum robili na študentoch medicíny, hospitalizovaných pacientoch a na vodičoch motorových vozidiel. Výsledky v porovnaní s ostatnými dotazníkmi neuvádzame, pretože tieto metódy nie sú u nás všeobecne známe.

1. Faktor "Priятие" negatívne koreluje so škálou depresie a sociálnej introverzie s MMPI a s agresiou v CMS.

2. Faktor "Odpor" pozitívne koreluje s agresiou v CMS a negatívne s hystériou v MMPI.

3. Faktor "Deštrukcia" pozitívne koreluje s paranoiou v MMPI a agresiou v CMS.

4. Faktor "Únik" pozitívne koreluje so sociálnou introverziou v MMPI a negatívne s dominanciou.

5. Faktor "Reprodukcia" negatívne koreluje s depresiou a sociálnou introverziou v MMPI a negatívne s introverziou v CMS. Bias koreluje kladne so škálou K v MMPI.

6. Faktor "Deprivácia" pozitívne koreluje so škálou depresie v MMPI.

7. Faktor "Orientácia" pozitívne koreluje s impulzivitou a negatívne so sociálnou introverziou v MMPI.

8. Faktor "Explorácia" pozitívne koreluje so sociálnou introverziou v MMPI.

S uvedenou metódou pracujeme výskumne viac ako desať rokov. V nepublikovanej štandardizácii sme dospeli k analogickým profilom ako autori metódy /Stančák, 1975/. O dobrých výsledkoch tejto metódy referuje Koukola /1977/ a Hajková /1978/. Stančák ml. /1978/ sa sústredil na štúdium štyroch typov emócií zisťovaných Dia-Z-testom, ktorý obsahovú náplň určoval primárnymi dimenziami zisťovanými indexom profilu emócií.

Prednosti a nedostatky metódy

Prednosť metódy je v tom, že vychádza z relatívne presne vymedzených teoretických charakteristík primárnych emócií v zmysle inštruktivistickej teórie emócií a tak sa približuje k tým metódam, ktoré sa vyznačujú presnými teoretickými východiskami pri interpretácii kvantitatívnych hodnôt v emóciách.

Nedostatkom metódy je jej relatívne malá informovanosť o tom, či jediniec nepodával sociálne žiaduce odpovede, pretože hodnoty v bias nám nepoukazujú na spoľahlivosť voľby jednotlivých emocionálnych znakov v skutočnej závislosti od osobnostných vlastností a súčasného emocionálneho stavu. Môžeme iba hypoteticky predpokladať, čo sa aj skúsenosťou potvrdilo, že maladaptívne osoby vyberajú menej spoločensky žiaduce odpovede. Vzhľadom na uvedené prednosti a nedostatky metódy, je možné jej využitie v rutínnej psychodiagnostike ako aj vo výskume. Vhodná je tiež pre širokú indikáciu v klinike neuróz, psychosomatických ochorení, organických psychosyndrómov a psychopatie. Autori vypracovali prehľadný manuál, preto by bolo žiaduce, aby sa uvažovalo o vydaní tejto metódy a jej štandardizácii na našu populáciu.

2. Dotazník interpersonálnej diagnózy /ICL/

Learyho /1956, 1957/ interpersonálny diagnostický systém osobnosti vychádza z dotazníkovej metódy /An Interpersonal Check List - ICL/, ktorú vypracoval LaForge a Suczek /1955/. Leary túto metódu spresnil a zaviedol kvantitatívne hodnotenie podľa psychometrických kritérií. V súčasnej dobe Learyho metóda interpersonálnej diagnózy osobnosti sa využíva v klinickej psychológii v individuálnej a skupinovej psychodiagnostike, avšak významnejšie sa uplatňuje v klinickom výskume.

Leary vychádza z teoretického predpokladu, že ľudské správanie vyjadrené v interakcii so sociálnym prostredím je determinované osobnosťou, a preto z porúch interpersonálneho správania je možné usudzovať aj na samotnú osobnosť.

S podobnými analógiami sa stretávame v psychiatrickej praxi, keď na základe porúch správania určitého typu usudzujeme na diagnózu. Napr. črty vzťahovosti v správaní osobnosti sú dôsledkom psychickej zmeny osobnosti alebo duševnej choroby. Leary vytvoril svojim diagnostickým systémom predpoklady pre diagnostiku zdravej a duševne chorej osobnosti.

Leary vo svojom metodickom prístupe vychádza z teórie sociálnej psychológie a sociálnej psychiatrie a nadväzuje na koncepcie Horneyovej /1951/, Sullivana /1947/, Fromma /1932/ a ďalších. Tým, že svoju metódu postavil na striktné kritériá psychometrie, zjednodušil model osobnosti v teórii interakcie a nazdávame sa, že týmto zjednodušením prehýbil diagnostický význam svojej metódy.

Learyho interpersonálny diagnostický systém je zameraný na odhaľovanie prognózy v interpersonálnych vzťahoch, motivácie a určenia interpersonálneho konfliktu. Z týchto dôvodov je najväčšie využitie metódy v podmienkach klinickej psychológie v diagnostike psychoterapeutického efektu. Využíva sa aj na diagnostiku sociálnej začlenenosti v sociálnej štruktúre, napr. v pracovnom kolektíve, manželskom zväzku a pod.

Klasifikácia interpersonálneho správania

Leary /1957/ vychádza zo 16 vlastností osobnosti určených v kruhovom kontinuu. Z dvoch príslušných premenných získal 8 diagnostických kategórií. Tieto rozložil do dvoch dimenzií: DOM /dominancia - submisivita/, LOV /láska - hostilita/. Oktantové skóre sú vyjadrené horizontálnym LOV a vertikálnym DOM indexom. Obidva indexy sú komponentmi vektorového súčtu, ktorý sa vypočítava a graficky určuje. Leary pri diagnostike interpersonálnych vzťahov vychádza z 5-úrovňovej diagnostiky. Každá z úrovní používa špecifické metódy.

1. Prvá úroveň sa opiera o informácie získané na základe pozorovania alebo diagnostických metód, podľa ktorých sa určuje, ako sa človek javí iným, podľa ICL, situačných testov.

2. Druhá úroveň diagnostiky sa opiera o vlastný dotazník /Interpersonal Adjective Check List - ICL/, podľa ktorého sa jedinec sám ohodnocuje.

3. Tretia úroveň zahŕňa tzv. psychické súkromie - fantáziu a sny; na diagnostiku tejto roviny využíva TAT.

4. Štvrtá rovina diagnostikuje nevedomie - podľa neúmyselne vynechaných odpovedí /omission score, avoidance score/.

5. Piata rovina zachycuje ideálne "ja". Porovnanie klinického obrazu v rozličných rovinách tvorí jednu z podstatných zložiek Learyho diagnostického systému.

Výsledky získané vo všetkých rovinách môžeme dobre porovnať, pretože ich výpočet sa robí podľa toho istého vzorca a hrubé skóre sa prehodnocuje na štandardné podľa tabuliek. Podrobnejší rozbor jednotlivých úrovní pozri Kožený, Ganický /1976/.

Schéma interpersonálnych tendencií

Základnou metódou Learyho diagnostického systému je ICL dotazník, zaskrtávacía listina, ktorá obsahuje 128 položiek, 16 v každom oktante. V prvej polovici dotazníka sú uvedené položky charakterizujúce mieru adaptívneho správania a v druhej sú zachytené maladaptívne, extrémne. Na tabulke 16 uvádzame adaptívne kategórie označené číslovým kódom a všeobecným kódom, podobne aj maladaptívne kategórie.

Tabuľka 16

Kategórie pre interpersonálnu diagnózu adaptívneho a maladaptívneho správania

Adaptívne kategórie			Maladaptívne kategórie		
č.k.	verbálne kategórie	ob.k.	č.k.	verbálne kategórie	ob.k.
1	dominantný	A	1	autokratický	P
2	kompetentný	B	2	egocentrický	C
3	rázny	D	3	agresívny	E
4	kritický	F	4	podozrieavý	G
5	skromný	H	5	ponížený	I
6	konformný	J	6	hyperkonformný	K
7	kooperatívny	L	7	hyperafiliatívny	M
8	zodpovedný	N	8	hyperprotektívny	O

Na tabulke sú uvedené kategórie správania v číselnom /č. kategórie/ a obsahovom usporiadaní /obsah kategórie - ob.k./ vo forme oktantov.

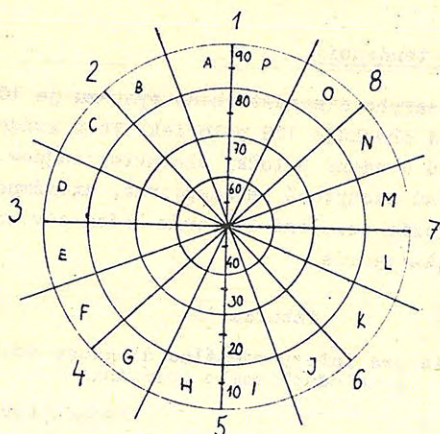
Všetkých 16 kategórií je uvedených na kruhovom diagrame, označených číslami 1 až 8 proti smeru hodinových ručičiek a v každom oktante sú uvedené 2 kategórie usporiadané podľa abecedného poradia.

Obsah jednotlivých kategórií je usporiadaný z hľadiska dimenzií tak, že od stredu začínajú s málo výraznými symptómami a na okraji sú ich maximálne prejavy.

Leary vypracoval pri hodnotení ICL niekoľko postupov, ktorými je možné získať indexy vyjadrujúce súhrnné výsledky.

Schéma 8

Vyhodnocovacia schéma podľa Learyho



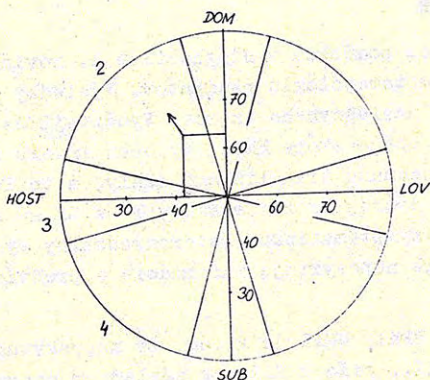
Diagnostická sieť osobnostných vlastností, na ktorej sú uvedené písmenami označené adaptívne a maladaptívne kategórie, rozdelené do 8 oktantov. Výskyt jednotlivých kategórií je určený stupňami 10 - 90.

I. Prvým krokom je súčet kladných odpovedí vo všetkých 16 faktoroch, alebo ich spojenie do ôsmich skupín, napr. AP, BC... Tak získava hrubú skóru pre jednotlivé oktanty, ktoré môžeme uviesť graficky na kruhovom diagrame. Najbežnejšia forma hodnotenia výsledkov sa robí pomocou výpočtu ťažiskového bodu, t.j. miesta na sieti. Tento bod predstavuje ťažiskový oktant, ktorý je súčasne aj diagnostickou kategóriou. Ťažiskový oktant je určený dvoma zložkami DOM a LOV. Leary predpokladá, že všetkých 16 diagnostických kategórií sa dá vyjadriť dvoma ortogonálnymi faktormi, z ktorých jeden sa znázorňuje vertikálne ako dominancia - submisia a druhý horizontálne ako

Schéma 9

Learyho hodnotenie osobnosti podľa výpočtu ťažiska

Ťažisko reálneho "ja" sa nachádza v 2. oktante



Legenda: DOM 64
LOV 42

agresia - láska. Všetky oktanty chápe ako vektory v rovine. Vektorovú zosťavu určuje rozličná nasýtenosť dvoma faktormi. Pri výpočte diagnostického ťažiska sa postupuje podľa nasledovných postupov: Na podklade oktantových Hs vypočítame indexy Hs pre DOM a LOV.

$$\begin{aligned} \text{DOM} &= \text{AP} - \text{HI} + 0,7 \quad / \text{NO} + \text{BC} - \text{FG} - \text{JK} / \\ &= 12 - 4 + 0,7 \quad / 5 + 10 - 5 - 7 / = 10,1 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{LOV} &= \text{LM} - \text{DE} + 0,7 \quad / \text{NO} - \text{BC} - \text{FG} + \text{JK} / \\ &= 9 - 8 + 0,7 \quad / 5 - 10 - 5 + 7 / = - 1,1 \end{aligned}$$

Jednotlivé znaky uvedené vo vzorci DOM a LOV predstavujú oktanty získané spojením adaptívnych a maladaptívnych kategórií, hodnota 0,7 predstavuje mieru korekcie pri výpočte indexu pre jednotlivé zložky.

Výpočtom komponent je možné previesť hrubé skóre na štandardizované podľa príslušných tabuliek a potom získané hodnoty DOM a LOV naniesť do kruhovej schémy na príslušnej osi. Napr. ak DOM = 64 a LOV = 42 ťažiskový bod bude v oktante 2 ako je uvedené na schéme 9. Oktant 2 predstavuje ego-centrizmus a kompetentívnu, tieto vlastnosti sú znakmi skúmanej osoby. Pri praktickom hodnotení protokolu doporučujeme postupovať podľa manuálu Kožený, Ganický /1976/ kde sú uvedené kroky postupu vyhodnocovania ICL ako aj tabuľky prevodu Hs skóre na T skóre.

Hodnotenie v prvej rovine

Hlavnou diagnostickou pomôckou v diagnostike I. roviny je škála MMPI. Tieto škály zachycujú symptomatológiu pacientov. Výsledky jednotlivých škál sa zhodnocujú podľa nasledovného vzorca. Využívajú sa T skóre, z ktorých sa vypočíta index hrubého skóre MMPI. Výpočet indexu sa zakladá na štyroch škálach. Boli vynechané tri klinické škály, a to Pa, Pd a Mf. Škála Pa sa vzťahuje skôr k druhej úrovni a škály Pd a Mf sú skôr pokladané za charakterologické než symptomatické. Interpersonálny význam Mf škály sa môže týkať charakteru, ale neposkytuje informácie o predvídaní správania /Pa, Pd, Mf/.

Diagnostický význam škály MMPI je v tom, že neposkytuje obraz o I. úrovni a určuje vzťah k III., čiže k TAT a k základným charakterologickým faktorom.

Na ilustrovanom príklade uvádzame postup využitia MMPI v diagnostike prvej roviny.

$$\begin{aligned} \text{DOM} &= / \text{MA} - \text{D} / + / \text{Hs} - \text{Pt} / \\ &= / 55 - 90 / + / 56 - 73 / = - 52 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{LOV} &= / \text{K} - \text{F} / + / \text{Hy} - \text{Sc} / \\ &= / 55 - 66 / + / 64 - 63 / = - 10 \end{aligned}$$

Do uvedeného vzorca sme dosadili čísla z jednotlivých škál MMPI s cieľom vypočítať index hrubých skóre. T hodnoty MMPI:

Ma	= 55
D	= 90
Hs	= 56
Pt	= 73
K	= 55
F	= 66
Hy	= 64
Sc	= 63

V uvedenom ilustrovanom príklade DOM = - 52 a štandardné skóre pre tento index je 39. LOV = - 10, ktorého štandardné skóre je 49. PgB = 40, HyD = 11.

Štandardné skóre sa využívajú na označenie polohy ťažiska v diagnostickej sieti. Okrem toho sa výsledky škály MMPI využívajú pri grafickom znázornení miery každého oktantu. Pre jednotlivé oktanty boli vybrané nasledovné škály: pre prvý oktant PgB/Barronova škála/, pre druhý oktant Ma škála, pre tretí oktant F škála, pre štvrtý oktant Sc škála, pre piaty oktant Pt škála, pre šiesty D škála, pre siedmy oktant HyD /škála poprenia hystérie/, pre ôsmy oktant škála K.Barronova škála tzv. sily "ega" a škála HyD sú založené na hrubých skóre. Tabuľky štandardných skóre sú tie isté ako pri prevedení škál MMPI na interpersonálne profily.

II. úroveň vychádza z hodnotenia seba pomocou ICL. Tento spôsob sa najčastejšie využíva v klinickej psychodiagnostike. O klinických skúsenostiach s ICL referuje Mellan /1965, 1966/.

Úroveň III zahŕňa interpersonálne vzťahy vyjadrené subjektom vo forme fantázie prostredníctvom projektívneho testu TAT. Hrubé skóre zaznamenávame po ich prevoде na štandardné vo forme vertikálnych a horizontálnych indexov na diagnostickej sieti. Výpočet vertikálneho a horizontálneho indexu sa uskutočňuje podľa toho istého vzorca ako v rovine 2 a 5. Interpretácia TAT sa robí podľa štandardného postupu tejto metódy /Tomkins, 1947/. Po výsledky k jednotlivým tabuľkám sú začlenené do príslušných oktantov, takže výsledky uvádzame graficky v sieťovom diagnostickom zázname, na ktorom určujeme diagnostické ťažisko.

Kompatibilita

Vytváranie harmonických medziludských vzťahov je závislé od kompatibility určitého interpersonálneho vzťahu, t.j. od zlučiteľnosti rôznych stránok správania partnerov. V diagnostike interpersonálneho vzťahu sa sústreďujeme na ohodnotenie indexu sebaopisu /Index of Self-Deception/, pri ktorom postupujeme tak, aby obaja partneri, napr. manžel, manželka, ohodnotili seba a svojho partnera. Rozdiely medzi tým, ako sa posúdil manžel a ako

ho posúdila manželka, sa nazýva sebaopis manžela, pri opačnom postupe ide o sebaopis manželky. Získané indikátory sebaopisov môžeme navzájom porovnávať a výsledky využívať s cieľom diagnostickým a terapeutickým. Podľa Learyho je možné sebaopis kvantitatívne určiť na základe určenia ťažiska v diagnostickej sieti. Sebaopis sa najčastejšie vypočítava na základe rozdielu medzi rovinami, napr. medzi prvou a druhou rovinou osobnosti. Ak porovnáваме dve osoby, ich interpersonálny vzťah /A a B/, zistíme ťažisko v rovine I a v rovine II u oboch osôb. Výpočet uskutočňujeme podľa nasledovného vzorca:

$$dS = \sqrt{x_1 - x_2^2 + y_1 - y_2^2}$$

pričom dS je rozdiel medzi jednotlivými rovinami,
x predstavuje os horizontálnu /agresia - láska/,
y predstavuje os vertikálnu /dominancia - submisia/.

Pri výpočte indikátoru sebaopisu osôb A a B využívame výsledky uvádzané v našom príklade roviny II.

$$d_A = \sqrt{67 - 66^2 + 83 - 63^2} = 401 = 20$$

$$d_B = \sqrt{67 - 56^2 + 83 - 51^2} = 1415 = 37$$

Indikátor sebaopisu osoby A je 20 a indikátor sebaopisu osoby B sa rovná 37, teda v našom prípade spočítaním sebaopisov oboch partnerov /D = $d_A + d_B = 20 + 37 = 57$ / získavame hodnotu opisu D, ktorá je indikátorom kompatibility dvoch osôb. Je ukazovateľom dynamiky interpersonálneho vzťahu a vyjadruje schopnosť prispôsobenia sa medzi dvoma partnermi v rámci interpersonálneho vzťahu. Čím je väčší rozpor v hodnotení prvej a druhej roviny, vyjadrený vysokou hodnotou sebaopisu, tým je interpersonálny vzťah pre oboch partnerov menej uspokojivý. Spravidla je preplnený konfliktmi. Označuje sa ako vzťah disharmonický, inkompatibilný, čiže nezlučiteľný.

Reliabilita a validita Learyho metódy

V našej literatúre Kožený a Ganický /1976/ urobili psychometrické zhodnotenie ICL a zistili pri retestovej metóde pri všetkých 16 dimenziách a oktantoch korelačné koeficienty v rozsahu 0,63 - 0,81. Úroveň korelačných koeficientov je analogická so zisteniami v predchádzajúcich validizačných štúdiách, ktoré uvádza Buros /1970/.

Validita bola uskutočnená pomocou korelácie oktantov ICL a faktorov 16 PF ako aj pomocou korelácie oktantových škál a FIRO - B. Autori získali výsledky potvrdzujúce validitu testu, ale aby mohli dáta o validite zovšeobecniť, bude potrebné vykonať ďalšie výskumy. Z ich práce vysvitá, že me-

tódu môžeme použiť v klinickom výskume pri diagnóze interpersonálnych vzťahov.

Rozbor viacerých validizačných štúdií poukazuje zhodnými výsledkami na to, že Learyho metódu je možné využiť pri diagnostike interpersonálnych vzťahov zdravých osôb ako aj osôb s neurotickou symptomatológiou.

Nedostatky a prednosti metódy

Všeobecným nedostatkom Learyho metódy sú jej teoretické východiská, ktoré v našich podmienkach sťažujú interpretáciu jednotlivých dimenzií a oktantov. Jednoznačne odmietame psychoanalytické východisko, a tým aj interpretáciu jednotlivých skóre v zmysle tejto teórie. Learyho metódu kriticky hodnotí Hoskovec a spol. /1963/. Prednosťou Learyho metódy je všeobecná platnosť jednotlivých oktantov a možnosť ich interpretácie v zmysle rozličných teórií osobnosti. Prednosti metódy spočívajú v jej využití v diagnostike interpersonálnych vzťahov ako aj pri určení vzťahu jedinca so sociálnym prostredím, a napokon v určení úrovne sebahodnotenia. Jej význam je aj vo využití prognostických úvah o psychoterapeutickom efekte. Kožený a Ganický /1976/ v manuáli uvádzajú presný návod praktickej aplikácie metódy, ako aj teoretické hodnotenie metódy s udaním noriem pre našu populáciu, takže sa metóda môže využívať v širšom meradle v tzv. malej psychiatrii, pri vytváraní skupín kolektívnej psychoterapie a zvlášť v manželskom a v predmanželskom poradenstve. Môžeme ju využívať v diagnostike interpersonálnych vzťahov v pracovných kolektívoch.

C. Empirické dotazníkové metódy

Medzi najvýznamnejšie metódy tejto skupiny patrí: Minnesota Multiphasic Personality Inventory /MMPI/.

1. MMPI

MMPI patrí k najrozšírenejším psychodiagnostickým metódam v klinickej psychológii v psychiatrických zariadeniach.

Dejiny metódy. Hathaway a McKinley začali vyvíjať v tridsiatych rokoch na Minnesotskej univerzite osobnostný dotazník. Po niekoľkoročnom zbieraní empirického materiálu a po štatistickom spracovaní uverejnili roku 1940 metódu pod titulom Minnesota Multiphasic Personality Inventory a o tri roky neskôr vydali celý test aj s manuálom. Od tých čias záujem o metódu rýchle vzrastal, o čom svedčí počet publikácií. Napr. roku 1963 bo-



lo uverejnených cez 1 200 prác, roku 1974 už 7 000 prác /Dahlstrom a spol., 1975/.

Pri konštrukcii dotazníka autori vychádzali z učebnicových charakteristík jednotlivých syndrémov. V prvej fáze vybrali viac ako 1 000 položiek, z ktorých diagnostický význam malo 550, zahŕňajúcich 26 symptómových oblastí, a tento počet položiek sa v ďalšom prepracovaní už nemenil. Pri konštrukcii položiek vychádzali zo zásady, že všetky otázky majú byť uvedené v indikatívnej forme v prvej osobe. Preto položky nemajú charakter otázok z hľadiska jazykového. Každá položka je uvedená na osobitnom lístku a jej klasifikácia sa uskutočňuje podľa troch kategórií, a to či skúmaná osoba s konštatovaním súhlasí, nesúhlasí, alebo či sa nemôže vyjadriť. V roku 1951 sa pôvodné tématické rozdelenie položiek doplnilo o oblasť maskulinity a feminity.

Štandardizácia

Štandardizácia dotazníka bola uskutočnená na základe vyšetrenia zdravých osôb, a to 470 žien a 340 mužov vo veku 16 - 65 rokov. V klinických podmienkach bola urobená štandardizácia na psychiatrických pacientoch nasledovných diagnostických skupín: 50 hypochondrií, 50 chizofrenikov, 20 psychasténií, 24 maniackých stavov /Hathaway a Meehl, 1954/. Za diagnosticky významné odpovede sa pokladali tie, pri ktorých bol rozdiel medzi skupinou zdravých a chorých pri smerodajnej odchýlke vyššej ako 2.

Vyhodnotenie výsledkov

Pri kvantitatívnom zhodnotení sa dáva jeden bod a pri nesúhlase 0. Podľa autorov tento jednoduchý spôsob hodnotenia 1 a 0 nezníži reliabilitu testu. Dotazník je rozdelený na 9 základných škál a tri kontrolné.

Z 550 položiek sa okolo 200 nezúčastňuje ani v jednej z uvedených škál a autori predpokladajú, že môžu byť podnetom pre vypracovanie dodatkových škál. Normalizácia výsledkov v jednotlivých škálach sa uskutočnila tým spôsobom, že sa vypočítaval v každej priemer hrubých skóre ako aj smerodajná odchýlka. Tieto boli podkladom pre výpočet vážených skóre vyjadrených v hodnotách T. Škála T obsahuje výsledky v rozpätí smerodajnej odchýlky 5 v smere plus a 5 v smere mínus. Stredná hodnota je 50 a smerodajná odchýlka 10. Najnižšie výsledky v škále môžu byť 0 a najvyššie 100. Ukázalo sa, že tento spôsob prehodnotenia hrubých skóre na vážené má za následok vyššie hodnoty v niektorých škálach. Z týchto dôvodov zaviedli autori metódy korekciu v platích klinických škálach - Hs, Pd, Pt, Sc, Ma - keď pri korekcii využili dodatkové hodnoty škály K.

Kontrolné škály - škály validity

Ku kontrolným škálam patrí škála L, K a F.

Škála L pozostávajúca z 15 položiek charakterizuje sociálne žiadúce správanie, ktoré sa však zriedkavo prejavuje u priemerných ľudí. Osoba si spravidla pripisuje mnoho kladných vlastností, a preto sa vo všeobecnosti hodnotí ako neúprimná, lebo v skutočnosti skrýva svoje chyby. Ak osoba v tejto škále dosahuje vysoké hodnoty, napr. 10 odpovedí, dá sa predpokladať, že skúšaná osoba sa chce javiť v lepšom svetle, alebo že má negatívny postoj voči testu. Na základe ďalších poznatkov Dahlstroma a spol. /1972/ možno predpokladať, že škála L meria naivnú tendenciu predstavenia sa v lepšom svetle, ale výsledky v tejto škále neoplyvňujú výsledky v klinických škálach. Pri hodnotení výsledkov v škále L sa má za to, že nie sú len prejavom momentálneho postoja k testu, ale sú odzrkadlením trvalých vlastností, predovšetkým všeobecného sebahodnotenia. Vysoké L skóre má podobný význam ako vysoké K skóre. V poslednej dobe sa v literatúre venovalo tejto škále veľa pozornosti /Listiak a spol., 1973, Sanocki, 1976/.

Škála K sa skladá z 30 položiek. Autori Hathaway a McKinley ju vyvinuli preto, aby získali výsledky závislé výlučne od postoja i celkového naladenia k testu, a nie od trvalých vlastností osobnosti. Dahlstrom a spol. /1972/ vyslovili názor, že výsledky v tejto škále sa môžu použiť na korekciu klinických škál v dôsledku nesprávneho postoja voči testu. Klinické skúsenosti ukazujú, že korekcia piatich klinických škál pripočítaním príslušnej hodnoty K prispela k zdokonaleniu MMPI.

Vysoké hodnoty v škále K reprezentujú družných, rozumných ľudí, schopných kontaktu, so širokými záujmami. Sú prejavom určitých trvalých vlastností osobnosti, od ktorých závisí spôsob odpovedí.

Nízke hodnoty sa pokladajú za prejav kritického postoja voči sebe a nákonnosť pripisovať si symptómy, ktoré v skutočnosti neexistujú, alebo ak áno, tak len v minimálnej miere. Jedincov s nízkym K skóre označujeme ako citlivých, nespokojných, individualistických. Dahlstrom a spol. /1972/, Hathaway a McKinley /1951/ v škále K vidia stupeň akceptovania seba. Tieto predpoklady boli potvrdené experimentálnym výskumom /Rosen, 1962/.

Škála F sa skladá zo 64 položiek. Výsledky v tejto škále poskytujú informácie o tom, či skúšaná osoba porozumela obsahu jednotlivých položiek a či pristúpila zodpovedne k hodnoteniu jednotlivých otázok. Z toho vyplýva, že škála F nemeria trvalé vlastnosti osobnosti, ale súčasný postoj k testovej situácii. 28 položiek tejto škály sa vyskytuje aj v iných škálach, najmä schizofrénie a paranoie.

Hathaway a McKinley určili normu pre americkú populáciu. Tri symptomatické odpovede mali hodnotu 50 T, 7 - 60 T, 12 - 70 T a 16 - 80 T /Sa-

nocki, 1967/. T hodnoty nad 80 sú znakom nevalidnosti výsledkov. Skúsenosti ukazujú, že pri vyšších F hodnotách sa prejavujú vyššími hodnotami aj klinické škály, najmä Hs. Vysoké F skóre má podobný význam ako nízke K skóre.

V mnohých výskumoch sa ukázalo, že kontrolné škály L, K a F sú závislé od úrovne schopnosti porozumieť iba v 5%. Vysvetlenie môžeme nájsť v tom, že škála F má mnohé položky psychotického obsahu, a preto pod vplyvom tendencií simulácií psychickej choroby môže dôjsť k zvýšeniu hodnôt v tejto škále. Svedčia o tom aj empirické poznatky, že pacienti s agravačnými tendenciami ako aj duševne chorí majú vysoké hodnoty v škále F.

Osoby s nízkymi hodnotami v škále F sa označujú ako submisívne, trpezlivé a lojálne. Naproti tomu osoby s vysokými hodnotami sú charakterizované menlivosťou postojev, nálad, nedostatkom osobnej disciplíny. Sú to osoby nekomfortné. Pretože škála F sa opiera o značný počet položiek, prejavili sa snahy interpretovať škálu F rozličným spôsobom. Poukazovalo sa na to, že škála F poskytuje určité informácie o psychotizme, o poruchách správania a o terapeutickej prognóze.

Blumberg /1967/ uvádza, že vyšší výskyt ako 16 zhodných odpovedí v škále F je prejavom hlbšej psychickej poruchy a pacienti sú rezistentní voči terapii. Sanocki /1976/ hovorí, že v dôsledku tejto nejasnosti zostáva interpretácia škály F určitým druhom umenia.

Škála "?" /Hathaway a McKinley, 1951/ zahŕňa odpovede, pri ktorých sa skúšaná osoba nemôže vyjadriť, nevie na ne odpovedať. Tvorcovia metódy predpokladajú, že aj touto škálou sa merajú určité vlastnosti osobnosti. Zvýšené hodnoty v tejto škále sa prejavujú so súčasne zvýšenými hodnotami depresie a psychasténie. Z povahy metódy vyplýva, že ak sú v tejto kategórii vysoké hodnoty, poškodzuje sa tým kvalita klinických škál.

Vo všeobecnosti majú kontrolné škály veľký diagnostický význam, aj keď voči ich psychometrickým kritériám a klinickým hodnotám sa objavujú v literatúre oprávnené námietky.

Klinické škály

Jednotlivé klinické škály majú špecifický diagnostický význam pri posúdení symptomatologických zmien osobnosti, avšak pre celkovú diagnózu je dôležitejší profil osobnosti získaný na základe výsledkov MMPI. Pre lepšie pochopenie diagnostického významu jednotlivých škál uvádzame ich stručnú charakteristiku.

1. Škála hypochondrie - Hs

Táto škála sa skladá z 33 položiek a výsledky v tejto škále určujú mieru obavy o svoje zdravie. Spravidla pacienti s vysokým skóre v tejto

škále majú neodôvodnené starosti o svoje telesné zdravie. Z 33 položiek tvoriacich škálu hypochondrie 24 reprezentuje symptómy neurotické, a preto sa objavujú aj v iných škálach. Hypochondrické symptómy sa môžu prejavovať buď ako primárne, alebo sprievodné pri iných psychických poruchách, napr. pri neuroze alebo depresii. Dahlstrom a spol. /1972/ poukazujú na to, že aj pri schizofrénii sa objavujú vysoké hodnoty tejto škály. Nízke hodnoty sa zisťujú u ľudí, ktorí si nechcú priznať svoje obavy. Vysokými hodnotami sa vyznačujú ľudia pesimistickí, plačliví, chodia od lekára k lekárovi, pretože pochybujú o schopnostiach lekára. Skutočným organickým ochorením sa hodnota Hs podstatne nezvyší, pretože škála Hs odzrkadľuje rozdiel medzi organickými, neurotickými a hypochondrickými symptómami. Pacienti trpiaci na organické choroby majú ľahko zvýšené Hs skóre. Vzostup hodnôt nad 65 poukazuje na psychickú komponentu, aj keď ide o somatické ochorenie.

Pokiaľ ide o reliabilitu vypočítanú na základe retestu, bola v rozmedzí od 0,80 do 0,90 /Dahlstrom a Welsh, 1965/.

2. Škála depresie - D

Podobne škála depresie /D/ sa vyznačuje vysokými hodnotami u všetkých pacientov, preto boli zavedené tzv. korekčné položky. Škála depresie sa skladá zo 60 položiek. V tejto škále sú uvedené depresívne symptómy rozličnej etiológie, najmä endogénnej, exogénnej a symptomatickej. Poskytuje informácie o smere zmeny osobnosti ako aj zmene nálady i celkovej aktivity. Zvýšené hodnoty sa objavujú aj pri negatívnom postoji k životu, nízkom sebahodnotení, ako aj pri suicidálnych úvahách. Reliabilita tejto škály zisťovaná retestom bola od 0,14 po 0,85 a podľa metódy split half bola od 0,35 do 0,84 /Dahlstrom, 1965/.

Klinické skúsenosti ukazujú, že táto škála je citlivá na meranie depresie, pretože pri zmene nálady a ústupe symptómov sa menia hodnoty v súlade s klinickým obrazom. Keď ide o reaktívnu depresiu, zvýšené hodnoty poukazujú na dobrú prognózu. Škála D spolu s Hs a Hy meria neurotické zmeny osobnosti. Osoby s vysokými D hodnotami sa popisujú ako utrápené, úprimné, skromné, emotívne. Keď sa nezistuje klinická symptomatológia, treba myslieť na "usmievajúcu sa depresiu". Pri tejto forme depresie je nebezpečie suicidálneho konania. Osoby s nízkymi D sú opisované ako milé, ochotné, prispôsobivé a prirodzené.

3. Škála hystérie - Hy

Škálu hystérie tvorí 60 položiek. Celkovým skóre v tejto oblasti sa určuje miera podobnosti symptómov skúmanej osoby so symptomatológiou pacientov trpiacich na konverznú hystériu. Položky po obsahovej stránke sú zamerané na fyziologické pochody jednotlivých orgánov, na ich odlišnosti od normy. Položky teda odzrkadľujú symptómy organické, neurologické, ale

aj symptómy začínajúceho psychotického procesu. Symptómy konverznej hystérie sa objavujú v stavoch stresovej situácie, ale keď sa prejavujú aj po odložení stresovej situácie, predstavujú charakteristické zmeny osobnosti trvalej povahy. Predpokladá sa, že iba táto škála z MMPI meria ten typ psychických porúch, ktorý patrí do syndrómu hystérie. Hysterická neuróza sa prejavuje dvoma formami, buď zvýšenými hodnotami v Hs, D a Hy, alebo zvýšenými hodnotami Hs a Hy a zníženými v D.

Ak je hodnota D vyššia ako Hy, poukazuje na to, že subjektívne ťažkosti sú väčšie ako príznaky. Osoby s vysokým Hy skóre sa opisujú ako srdečné, schopné nadšenia, dobrodružné, citlivé a utrápené. Ľudia s nízkymi Hy skóre sa opisujú ako skromní a bez veľkých záujmov. Väčšina otázok je symptomatická aj v iných škálach, a to tak klinických ako kontrolných. Reliabilita podľa retestovej metódy je v rozpätí od 0,16 do 0,88, avšak najčastejšie hodnoty boli 0,50 /Dahlstrom a Welsh, 1965/.

4. Škála psychopatie - Pd

Škála psychopatie bola vypracovaná na základe pozorovania osôb s asociačnými typmi správania /krádeže, alkoholizmus, narkománia, sexuálna agresia/. Škála psychopatie sa skladá z 50 položiek, z ktorých 18 je symptomatických aj v iných klinických škálach. Predpokladá sa, že škála psychopatie ohodnocuje symptómy podmienené poruchami adaptácie a všeobecné poruchy sociálneho správania. U osôb s asociačnými poruchami správania zisťujeme vysoké skóre v tejto škále. Najvšeobecnejším symptómom v tejto škále je narušenie vzťahov s rodičmi /korelácia 0,59/. Škála Pd sa hodnotí aj ako "škála charakteru" a nezodpovedá bezpodmienečne klinicky skupine psychopatie. Vysoké Pd hodnoty poukazujú na sociálne nezrelú, nerozvážnu osobnosť so sklonom k dobrodružnosti, alkoholu. Naproti tomu osoby s nižšími hodnotami Pd sú opisované ako vážne, dobrosrdečné, konvenčné, vyrovnané, s úzkym okruhom záujmov. Reliabilita získaná retestovou metódou aj split half metódou bola analogická ako v škále hystérie od 0,16 do 0,88.

5. Škála maskulinity a feminity - Mf

Táto škála bola dodatočne rozpracovaná a skladá sa zo 60 položiek, z ktorých 40 je symptomatických aj v iných škálach MMPI. Vysoké skóre v tejto škále u obidvoch pohlaví je ukazovateľom záujmu o iné pohlavie. Muži vykazujúci vysoké hodnoty Mf sú pasívni a nesamostatní. Nízke hodnoty charakterizujú mužov, ktorí sa vyznačujú túžbou po dobrodružstve, uvoľnenosťou, takým spoločenským stykom, telesnou silou a vytrvalosťou. Škála Mf u žien sa javí ako miera submisie a dominancie. Ženy s vysokými hodnotami sú sebaisté, dominantné a agresívne. Ženy s nízkymi hodnotami Mf sa javia ako súcitné, závislé, mäkké a pasívne. Muži s nízkymi hodnotami Mf a ženy s vysokými hodnotami sa opisujú analogickými vlastnosťami. Symptomatická hodnota tejto škály je pochybná, preto sa vo všeobecnosti neinterpretuje.

6. Škála paranoidity - Pa

Hathaway a McKinley /1951/ mali v úmysle vytvoriť čistú škálu paranoie, ale ukázalo sa, že hodnotami v tejto škále sa zisťujú symptómy paranoidného syndrómu. Škála obsahuje 40 položiek, z ktorých 25 je symptomatických aj v iných klinických škálach. Skóre v tejto škále poukazuje na paranoidné stavy, paranoidné reakcie a na schizofréniu paranoidného typu. Praktické skúsenosti ukázali, že vysoké hodnoty v tejto škále dosahujú aj precitliví a egocentrickí jedinci, i keď krajné hodnoty sú pozorované u paranoidných schizofrenikov. Našli sa však tiež jednotliví paranoidní pacienti, ktorí sa neprejavili vysokými hodnotami tejto škály. Vysoké hodnoty 80 a viac spravidla poukazujú na chorobnú abnormalitu. Jedinci s hodnotami 70 - 80 sa musia klinicky zhodnotiť. Osoby s vysokými hodnotami Pa sú charakterizované ako utrápené, senzitívne, emotívne. Osoby s nízkymi hodnotami sú pokladané za veselé, s optimistickým názorom na život a so sebadôverou.

Reliabilita tejto škály zisťovaná metódou split half bola pomerne nízka, od 0,05 do 0,86. Analogické hodnoty reliability boli získané aj pri retestovom hodnotení tejto škály. V porovnaní s inými klinickými škálami Pa má najnižšie hodnoty reliability, je teda diagnosticky menej spoľahlivá. Podľa našich skúseností sa objavujú aj u senzitívnych osôb bez klinických symptómov paranoidného syndrómu zvýšené hodnoty na tejto škále, preto pri jej hodnotení vychádzame z klinického stavu, prípadne ju verifikujeme inými metódami.

7. Škála psychasténie - Pt

Škála psychasténie sa skladá zo 48 položiek. Z nich len 9 je charakteristických pre psychasténiu. V tejto škále sa objavujú symptómy obsesie, fóbie, ale aj symptómy úľaku, nepokoja, nedôvery vo vlastné schopnosti, ďalej labilita nálady, poruchy koncentrácie, ba i symptómy psychotické. Mnohé položky sú symptomatické aj psychotických škálach. Vo všeobecnosti však škála psychasténie meria symptómy fóbické a obsedantné. Okrem uvedeného zahŕňa aj iné symptómy neurotické. Ľudia s vyššími hodnotami Pt sú označovaní ako utrápení, citliví, sentimentálni, ale fyzicky zdatní. S nižšími hodnotami sa stretávame u osôb, ktoré sú charakterizované ako vyrovnané, uvoľnené, sebaisté. Z hľadiska psychometrického je to škála, ktorá sa vyznačuje vysokou reliabilitou s hodnotami od 0,15 do 0,92 podľa retestovej metódy a podľa split half od 0,81 do 0,91 /Dahlstrom, Welsh, 1965/.

8. Škála schizofrénie - Sc

Skladá sa zo 78 položiek, z ktorých 30 je charakteristických pre klinický obraz schizofrénie /Welsh, 1952/. Ostatné symptómy sú nešpecifickej povahy a prejavujú sa aj v iných klinických škálach. Sanocki /1976/ uvádza, že táto škála len v 60% je zrovná s diagnózou schizofrénie. Má sa za to,

že v škále schizofrénie sa meria nezvyklosť myšlienkového postupu i správania. Autori pôvodne predpokladali, že touto škálou bude možné diagnostikovať typy schizofrénie /paranoidnú, hebefrenickú, katatonickú a simplexnú/, avšak tento cieľ sa dosiaľ nedosiahol.

Škála Sc zachycuje asi 60% všetkých prípadov, ktoré boli diagnostikované ako schizofrénie. Schizofrenici majú vo väčšine prípadov hodnoty medzi 80 - 90. Osoby s mierne zvýšenými hodnotami Sc sa často cítia odcudzení, bez porozumenia. Sú autistickí, so zlou schopnosťou medziludských vzťahov a kontaktov. Ľudia s vysokými hodnotami Sc sú označovaní ako utrápení, otvorení, odvážni, priateľskí, s estetickými záujmami. U ľudí, ktorých považujeme za nevyrovnaných, sú hodnoty Sc nižšie.

Reliabilita tejto škály pomocou retestovej metódy bola od 0,30 do 0,89 a split half metódy od 0,79 do 0,96, čiže sa získali najvyššie hodnoty reliability v tejto škále v porovnaní s inými klinickými škálami.

9. Škála hypománie - Ma

Škála hypománie zisťuje vlastnosti osobnosti, ktoré sú charakteristické pre jedincov s nadmernou produktivitou myslenia i činnosti. Do symptomatológie hypománie sa zaraďujú aj príznaky nadmernej aktivity, emocionálnej vzrušivosti a myšlienkovvej nestálosti. Po stránke emocionálnej sa prejavuje od eufórie cez vzrušivosť až po agresiu.

Škála hypománie sa skladá zo 46 položiek a iba 15 z nich je charakteristických pre hypomániu neurčitej etiológie. Táto škála iba v 60% umožňuje objektivizovanie hypomanického syndrómu. Ľudia so zvýšenými hodnotami Ma sú schopní nadšenia, dobrosrdeční, aktívni, tiež však ľahko popudliví, napätí, ľahko sa urazia a nahnevajú. Majú ťažkosti pri štúdiu, pretože svoje záujmy ľahko menia a rýchlo klesá ich výkonnosť. Sú opisovaní ako družní, úprimní, so sklonom k alkoholu. Nízke Ma hodnoty majú jedinci, ktorých označujeme ako apatických, nepružných, s nedostatkom motivácie.

Reliabilita tejto škály je nízka. Podľa metódy split half boli korelačné hodnoty od 0,33 do 0,64, čiže najnižšie spomedzi všetkých škál MMPI. Podľa retestovej metódy korelácie boli od 0,32 do 0,83 /Dahlstrom, Welsh, 1965/.

Validita

Autori vychádzali pri konštrukcii dotazníka z empirických poznatkov a v ďalšej etape empirické zistenie štatisticky overovali. Butcher /1969/ zahŕňa práce, ktoré sa zaoberajú validitou MMPI.

Podľa štúdií /Campbell, Piske, 1959/ validita jednotlivých škál MMPI bola vysoká v porovnaní s klinickým obrazom a testami ROR a TAT. Napr. šká-

la hypochondrie a hystérie bola určená korelačným koeficientom 0,71 vo vzťahu k ROR. Adams a Cooper /1969/ študovali validitu MMPI, jej všetkých škál a 6 ukazovateľov ROR. Zo 6 ROR znakov dva, pohyb a forma, vykazovali koreláciu 0,93.

Početné štúdie zaoberajúce sa interkoreláciou jednotlivých škál, ako aj štúdie za aplikácie faktorovej analýzy prispeli k objasneniu validity jednotlivých škál, najmä Marks a Sines /1969/, Listiak a spol. /1973/.

O tom, či s.o. otázkam porozumela a postupovala pri ich triedení podľa inštrukcií, usudzujeme na základe validizačných škál /L, K, F a "?"/.

Interpretácia výsledkov MMPI

V súčasnej dobe sa profil krivky MMPI hodnotí podľa kódového usporiadania výsledkov v jednotlivých škálach, ako aj podľa klinického posúdenia konfigurácie kriviek, ďalej podľa výskytu symptómov v jednotlivých škálach, ale aj podľa výpočtu diskriminačných funkcií pre jednotlivé oblasti pomocou diskriminačnej analýzy.

Hathaway a Meehl /1951/ zistili, že nie je rozhodujúce pri diagnostickom posúdení, aké výsledky dosiahla skúšaná osoba v jednej škále, ale to, že zvýšené alebo znížené hodnoty dominujúcej škály sa musia vyhodnocovať vzhľadom na hodnoty iných škál. Rozhodujúci je teda profil hodnôt jednotlivých symptómových oblastí.

Kódové hodnotenie

Hathaway a Meehl /1951/ vypracovali špeciálny systém kódovania výsledkov v jednotlivých škálach a klinické škály označili číslami 1 až 9 v takom slede ako boli analyzované. Na ľavej strane sú uvedené čísla škál s najvyššími hodnotami a na pravej s najnižšími. Na ľavej strane sú uvedené škály s vyššími hodnotami ako 70, po ktorých nasleduje apostrof. Niekedy sa udáva dvojitý apostrof, po škálach vyšších ako 90. Potom nasledujú škály s hodnotami do 54 a po pomlčke sú uvedené škály s hodnotami nižšími ako 46. Škály s hodnotami od 54 do 46 sa neuvádzajú. V zátvorke na konci kódu sa uvádzajú hodnoty škály 5. Ďalej podčiarkneme identické hodnoty a tie uvádzame v postupnom poradí. Keď ide o rozdiel jedného bodu, svedčí to o tom, že medzi škálami je nepatrný alebo zanedbateľný rozdiel. Okrem toho kód obsahuje aj tri kontrolné - validizačné škály, v ktorých sú uvedené surové, teda neprehodnotené výsledky.

Hathaway a Meehl /1961/ vypracovali atlas pre kódové vyhodnotenie MMPI. Jednotlivé kódy sú doložené krátkymi kazuistikami. Najbežnejší spôsob písania kódov je nasledovný:

Kódy podľa atlasu MMPI

?	L	F	K	Hs 1	D 2	Hy 3	Pd 4	Mf 5	Pa 6	Pt 7	Sc 8	Ma 9	Kód
50	50/4/	50/3/	61/18/	53	49	63	53	42	43	46	63	55	<u>389</u> -6 /42/ 4:3:18
53	53/5/	70/12/	40/7/	62	82	79	60	51	67	84	80	54	<u>7283</u> 614-/51/ 5:12:7
50	50/1/	53/14/	53/14/	49	34	51	47	55	65	48	52	59	'69-2 /55/ 1:4:14
50	53/5/	50/1/	55/15/	51	48	55	56	57	42	43	46	72	9' <u>43-67</u> /57/ 5:1:15
50	50/2/	78/15/	44/9/	76	92	70	76	63	77	96	94	68	<u>7826143</u> '9-/63/ 2:15:9
50	56/6/	80+/19/	31/2/	66	96	75	60	59	59	67	56	50	23' <u>71468</u> -X/59/ 6:19:2
50	70/10/	53/4/	66/21/	67	69	66	65	50	55	68	61	53	' <u>2713486</u> -X/50/ 10:14:21
50	53/5/	50/3/	61/18/	49	41	53	53	69	53	50	46	48	-/69/ 5:3:18
50	50/0/	53/4/	53/14/	45	52	44	48		52	50	46	54	<u>-31</u> 0:4:14

Na tabulke sú uvedené rozličné typy kódov /Hathaway, Meehl, 1951/

M : 30 : S : 83 +C₁ 12738'469 /67/ 4 : 8 : 14

M - pohlavie
30 - vek
S - stav
83 - deň hospitalizácie
C - doba vyšetrenia
- - vyšetrenie po prijatí do nemocnice
12738'469 /67/ - kód
/67/ - Mf
4 - L skóre
8 - F skóre
14 - K skóre

Tento kód predstavuje paranoidnú schizofréniu.

Profil krivky, ako aj kódového označenia uvádzame na nasledovnom príklade. Tabuľka 4 a 5, ako aj príklady rozpisu jednotlivých kódov vlastného klinického súboru. Na str. 306 sú uvedené ukážkové kódy.

V súvislosti s hodnotením kódov podľa atlasu sa objavilo mnoho námietok, najmä pre mechanické porovnanie výsledkov s kódmi uvádzanými v atlase, ktoré neumožňujú hlbšiu psychologickú analýzu diagnostických škál. Jedným zo spôsobov hodnotenia kódov je zatriedenie kriviek MMPI do klasifikačných skupín. Guthrie /1952/ predpokladá, že najväčší význam majú výsledky v dvoch alebo troch dominujúcich škálach. Spravidla išlo o porovnanie najvyšších a najnižších škál, na základe ktorých sa hodnotila krivka MMPI. Hodnotenie krivky pomocou Q-metódy umožňuje popísať diagnostické kategórie na najvšeobecnejšej úrovni /Dahlstrom, 1965, Sanocki, 1967, Stančák a spol., 1978/.

Klinická interpretácia profilu kriviek MMPI

Pri klinickej interpretácii profilu kriviek MMPI sa pridrižujeme hodnotenia škál s najvyššími hodnotami, s prihliadnutím na kombináciu vysokých a nízkych hodnôt v príbuzných škálach. Vo všeobecnosti vysoké skóre v jednotlivých škálach charakterizujeme nasledovne:

1. Hs /hypochondria/ - predstavuje nedôverčivosť, egocentrizmus, paranoidné postoje so všeobecnými ťažkosťami týkajúcimi sa telesného zdravia. Somatická stránka je zdôraznená pri súčasnom vysokom Sc. Naproti tomu vysoké Hs, Hy a K pri nízkom F, D, Pt a Sc predstavuje normál /cit. Carson v diele Butcher, 1969/.

2. Stupnica D - depresia - psychologicky vyjadruje obavu, strach, utiahnutosť, smútok. Pri vysokom D sú tieto symptómy vyjadrené v klinickom

obraze reaktívnej depresie. Vysoké D hodnoty sú súčasne aj indikátorom možnosti samovražedného konania. Vysoké hodnoty D v kombinácii s Hs, Hy predstavujú neurotickú trias, ktorá je niekedy doplnená aj hodnotami Pt. Klasické neurózy sa vyznačujú zvýšenými hodnotami v škálach Hs, D, Hy, Pt. Ak sú vysoké hodnoty len v D a Pt, predstavujú napätie a nervozitu. Naproti tomu vysoké hodnoty v F, D, Pd a Sc poukazujú na schizoidné osobnosti. Vysoké hodnoty v D, Pd, Pt a Sc predstavujú možnosti samovražedného konania v tom zmysle, že táto kombinácia sa prejavuje ako excitátor samovražedných tendencií.

3. Stupnica Hy - hystéria. Obsahuje položky telesných ťažkostí ako aj položky bez akejkoľvek emocionálnej alebo interpersonálnej symptomatológie. Ľudia s vysokými Hy sú upriamení na seba a v sociálnych vzťahoch sa niekedy prejavujú bez zábran. Vo všeobecnosti sa dá povedať, že ide o nezrelé osobnosti. Hy je vysoké pri psychózach. Majú svoj špecifický význam pri hysterickej neuróze, pri ktorej je vysoké aj Hs a nízke D, čiže neurotická trias má profil V. Pri zvýšenom K a nízkom F a Sc sa tento profil prisudzuje ľuďom, ktorí neznášajú porážky a sú vo všeobecnosti charakterizovaní ako nepríjemní ľudia.

4. Stupnica Pd - psychopatia. Vysoké hodnoty v tejto škále predstavujú negatívne vzťahy voči rodinnému prostrediu a spoločnosti. Spravidla bývajú tieto vzťahy plytké a nepriateľské. Nízke hodnoty v Pd získavame u osôb chladných. Vo všeobecnosti sú však vždy znakom poruchy správania, najmä ak sú spojené s vysokými hodnotami Ma. Agresívne správanie je určené zvýšenými hodnotami v škále Pd, Pa, Sc a Ma. Často sa tento model prejavuje v skupine delikventov.

5. Stupnica Mf - maskulinita - feminita. Škála maskulinity - feminity je ukazovateľom aktivity alebo pasivity vyjadrenej v záujmovej úrovni. Zvýšené hodnoty Mf u mužov predstavujú pasivitu, ženskosť, nízke zasa snahu javiť sa mužne. U žien vysoké Mf charakterizuje záujem o mužské pohlavie, tendencie k agresivite, a zasa nízke predstavuje symptómy pasivity, rezignovanosti. Pri súčasnom zvýšenom skóre v Pd predstavuje poruchy charakteru. Na druhej strane pri nízkom Pd a vysokom Mf sa prejavujú sklony k delikvencii. U žien sú tieto hodnoty výrazom nespokojnosti so svojím postavením. Hodnoty Mf majú význam aj pri posúdení depresie. Vo všeobecnosti v depresívnom modeli sa prejavujú nízke hodnoty v Mf.

6. Stupnica Pa - paranoia - psychologicky predstavuje všeobecnú precitlivosť a sklony k vzťahovačnosti. Platí zásada, že vysoké skóre poukazuje vždy na paranoiditu, ale nie každý paranoidný syndróm sa musí prejavovať vysokým skóre v tejto škále. Vysoké hodnoty Pa v kombinácii so zvýšenými hodnotami s Sc poukazujú na paranoidnú schizofréniu.

7. Stupnica Pt - psychasténia. Jednotlivé položky v uvedenej stupnici predstavujú symptómy úzkosti, sebaapodceňovania a pod. Vysoké hodnoty sú

ukazovateľom výraznej úzkosti a nízkej uvoľnenosti a sebadôvery. Ak je Pt doplnené vysokými hodnotami aj v D, vyjadruje napätie a všeobecnú nervozitu. Vysoké hodnoty nad 75 v kombinácii s analogickými hodnotami v Sc poukazujú na schizofrénnu psychózu.

8. Stupnica Sc - schizofrénia. Položky v tejto škále odzrkadľujú sociálnu izoláciu, všeobecné neuspokojenie a sociálne odcudzenie. Jedinci s vysokými hodnotami v tejto škále sa prejavujú v subjektívnom prežívaní a nepochopení. Vysoké hodnoty T nad 80 spolu s vysokými hodnotami F, Pd predstavujú konfiguráciu schizofrénnnej psychózy. Schizofrénnna psychóza sa festuje aj inými modelmi, a to vysokými F, D, Pd, Pt a napokon len vysokými hodnotami v Sc a Ma.

9. Stupnica Ma - hypománia. Položky v tejto škále zahŕňajú symptómy expanzivity, egoizmu a iritability. Veľmi nízke hodnoty dopĺňujú depresívny obraz, zníženú ľahostajnosť, apatiu. Ma sa študuje v najčastejšej kombinácii s D ako aj hodnotami K. Majú význam pri interpretácii submanického alebo depresívneho syndrómu.

10. Stupnica Si - sociálna introverzia. Táto škála je zameraná na diagnostiku medziludských vzťahov. Pri vysokých hodnotách v tejto škále sa prejavuje človek ako bojazlivý, utiahnutý. Niekedy sa môžu hodnoty nad 70 interpretovať ako schizoidné črty. Jedinci s nízkymi hodnotami sa vyznačujú vyvinutou spoločenskou aktivitou. Sú vo vzťahoch s ľuďmi vyumelkovaní, avšak nie sú schopní mať skutočné a úprimné vzťahy.

Z uvedeného vyplýva, že z hľadiska diferenciálno-diagnostického má väčší význam profil krivky MMPI ako celkové skóre v jednotlivých škálach, a to aj v tom prípade, keď sa významne odlišujú od normy.

Sú určité profily, ktoré sa najčastejšie vyskytujú u duševne narušených. Abnormálne profily v normálnej populácii sa vyskytujú v 15%. Iba 3% normálnych ľudí vykazuje hodnoty nad 70. Existujú kódy alebo konfigurácie, ktoré sa častejšie vyskytujú u abnormálnych ako u zdravých. Napr. spojenie D a Pt je u chorých mužov 12-krát častejšie ako u zdravých, avšak s hodnotami nad 70 je 25-krát častejšie ako u zdravých. Pokiaľ ide o výskyt kódov, u zdravých je najčastejšie spojenie Pa a Pd s hodnotami pod 70.

Zvýšené hodnoty Ma v kódovom vzorci nad 70 nachádzame 3-krát častejšie medzi zdravými v porovnaní s duševne narušenými.

1. Kódové vzorce typu 1,2 a 2,1 bez ohľadu na diagnózu sa objavujú pri rozličných bolestiach. Zdvih v oblasti 2,3 sa objavuje u neuróz /kód 12347869/.

2. Kódový vzorec 2,3 a 3,2 reprezentoval depresiu /231'74856/.

3. Kódové vzorce 2,7 a 7,2 mali depresie, prevahu mali psychózy manio-depresívne a involučné /2713846/.

Tabuľka 18
MMPI - súbor mužov

Protokol MMPI

č.škály	zn.	oblasť	muži			
			K	Ts	D	Sc
0	?	neviem	50	50	50	50
1.	L	L-skóre	55	51	58	50
2.	F	Validita	60	68	69	76
3.	K	Postoje	56	53	51	50

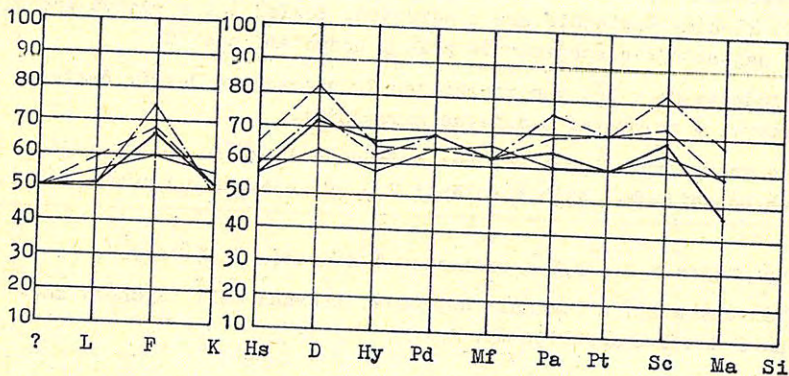
Legenda:

K - kontrolný súbor
Ts- tent. suicídii
D - depres. syndróm
Sc- schizofr. okruh

1.	Hs.	Hypochondria	55	55	67	59
2.	D.	Depresia	65	72	84	73
3.	Hy.	Hystéria	55	66	65	60
4.	Pd.	Psychopatia	64	69	65	69
5.	Mask.	Maskulinita	65	62	63	62
6.	Pa.	Paranoidita	60	66	69	77
7.	Pt.	Psychasténia	60	61	70	70
8.	Sc.	Schizofrénia	65	69	74	84
9.	Ma.	Mánia	57	56	58	63
10.	Si.	Soc. introv.				

Kód:

82461931
2'4863791
287'61439
8627'4931



Tabuľka 19
MMPI - súbor žien

Protokol MMPI

č.škály	zn.	oblasť	ženy			
			K	Ts	D	Sc
0	?	neviem	50	50	51	50
1.	L	L-skóre	55	58	57	58
2.	F	Validita	58	59	68	79
3.	K	Postoje	52	50	50	49

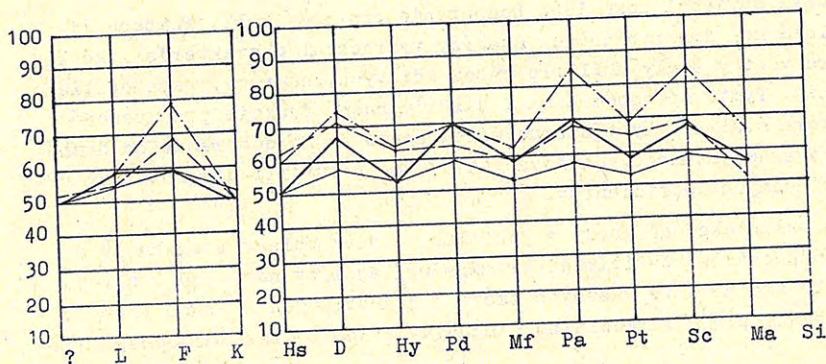
Legenda:

K - kontrolný súbor
Ts - tent. suicídii
D - depres. syndróm
Sc - schizofr. okruh

1.	Hs.	Hypochondria	50	50	60	62
2.	D.	Depresia	58	66	73	71
3.	Hy.	Hystéria	52	52	61	63
4.	Pd.	Psychopatia	59	69	64	70
5.	Fem.	Feminita	52	58	58	61
6.	Pa.	Paranoidita	58	70	68	63
7.	Pt.	Psychasténia	54	58	64	68
8.	Sc.	Schizofrénia	59	66	68	84
9.	Ma.	Mánia	56	56	51	64
10.	Si.	Soc. introv.				

Kód:

842697-31
6'42879-31
2'86 7 4 3 1-9
8624'7 931



4. Kódové vzorce typu 2,8 a 8,2 charakterizovali depresiu. Vo väčšine prípadov išlo o depresívnu psychózu.

5. Kódové vzorce 3,1 a 1,3 charakterizujú konverznú hystériu /312'6478/.

6. Kódové vzorce 6,4 a 4,6 zachytávajú psychopatie /4'69827/.

7. Kódové vzorce 7,8 a 8,7 nachádzame častejšie u neuróz, potom u psychóz /87'246319/.

8. Kódové vzorce 4,9 a 9,4 nachádzame vo väčšine prípadov u psychopátov /4'981236/. Jednu štvrtinu tvorili psychózy.

Mnoho autorov sa zaoberalo diagnostickým významom profilov kriviek, ktoré sú súhrnne uvedené v prácach Dahlstrom a spol. /1972/ a ďalších.

Engelsmann /1959/ a Chodura /1966, 1969/ analyzujú MMPI v psychiatrickej diagnóze a došli k záveru, že uvedená metóda prispieva k hlbšiemu poznaniu osobnosti. Engelsman /1959/ vypracoval profily kriviek pre jednotlivé diagnostické skupiny. Na tabuľke uvádzame profily kriviek MMPI súboru mužov a žien z diagnostickej oblasti tent. suicídií, depresie a schizofrénie v porovnaní s kontrolným súborom.

Okruhovú hodnotenie MMPI

Chodura /1966/ predpokladá, že analýza jednotlivých škál zameraných na určitý okruh ťažkostí alebo postojov by prispela k plastickejšiemu posúdeniu saturácie symptómových položiek. Pri štúdiu rozlišovacích schopností jednotlivých položiek vychádzal pôvodne z ich okruhového zoskupenia. Zostavil 21 okruhových skupín. Tieto stupnice prevyšujú svojim počtom základné škály a slúžia k prehĺbeniu záverov profilových kriviek.

Klasifikácia profilov podľa diskriminačnej analýzy

Choynowski zaviedol roku 1966 hodnotenie profilov MMPI. Pomocou Fischerovej lineárnej diskriminačnej analýzy vypracoval charakteristické koeficienty pre všetky škály MMPI pre súbor zdravých, neurózy, psychopatie a schizofrénie. Týmto spôsobom získal diskriminačné funkcie pre uvedené syndrómy, ktoré štatisticky významne diferencujú jedno ochorenie od druhého. V našom výskume Stančák, Jaššová /1971/ sme potvrdili diagnostický význam diskriminačných koeficientov.

Zhodnosť klinickej diagnózy s profilom kriviek bola v rozsahu 89 a 92%. Naše skúsenosti s použitím diskriminačnej analýzy nás vedú k záveru, že štatistické zhodnotenie vážených skóre v jednotlivých škálach poskytuje dostatočné dôkazy pre diferenciálnu diagnózu. Princíp diskriminačnej funk-

cie spočíva v tom, že nám umožňuje určiť z dvoch alebo viacerých premenných, ktoré slúžia na oddiferencovanie skupín, tie najcharakteristickejšie, ktorými sa skupiny líšia.

V mnohých prípadoch je pri psychiatrickom klinickom hodnotení problematická diferenciálna diagnóza, napr. medzi neurózou a psychopatiou. Interpretácia MMPI pomocou lineárnej diskriminačnej analýzy túto diferenciáciu umožňuje so signifikantnou presnosťou.

Nedostatky a prednosti MMPI

Kritika MMPI sa dotýka mnohých nedostatkov tejto metódy, predovšetkým nejasnosti formulácie položiek. Pre ich štylistickú zložitost', dvojité zápor, ako aj formu tvrdenia môže sa metóda aplikovať len u jedincov s intaktným intelektom. Ďalšou výhradou je sťažené vyhodnocovanie, ktoré sa pripája k súboru námietok voči dotazníkovým metódam. Dotazníkové metódy poskytujú určitú formu sebahodnotenia, keď človek hovorí o svojom zdraví, o záujmoch alebo morálnych zásadách. V tejto súvislosti sa často poukazuje na možnosť nepresných údajov, a preto sa spochybňuje validita takto získaného materiálu.

Kritika sa zhoduje v tom, že dotazníky pri diagnostike osobnosti majú obmedzenú platnosť. Odpovede v dotazníkových metódach sa hodnotia len ako užitočné názory o sebe, nie ako reálne informácie. To znamená, že údaje v dotazníkoch majú čiastočne taký význam ako údaje o sebe pri rozhovore, ba častejšie sa hodnotia ako odraz vzťahu k sebe.

Zubin a spol. /1965/ začali pochybovať o tom, či dotazníky môžu byť spoľahlivým ukazovateľom vzťahu osoby k sebe samej práve na základe možnosti rozdielnej interpretácie jednotlivých položiek. Konštrukcia dotazníka MMPI vychádza z teoretického predpokladu, že keď vyšetrovaný opisuje svoju vlastnú minulosť alebo vyjadruje svoje vlastné názory, psychológ ich nechápe ako odraz alebo odzrkadlenie vzťahu k sebe, ale ako znaky niečoho potenciálne dôležitého, zatiaľ ešte neznámeho. Napr. skóre v škále Hs neurčujú diagnózu hypochondrie, ale určitú podobnosť s hypochondrickými symptómami. Táto podobnosť je významná v prispôbení a adaptácii na životné podmienky a teda významná aj diagnosticky.

V mnohých kritériách MMPI sa neprihliada na koncepčnú odlišnosť v porovnaní s inými dotazníkovými metódami. Kritika MMPI poukazovala na riziko vyplývajúce z nepochopenia otázok, zlej kooperácie, a pritom si nepovšimli efektívnosť indikátorov "L", "F", "K", ktoré sú potrebné pri rozbere osobnosti na základe MMPI. Neporozumenie alebo odpor k metóde sa prejaví vynechaním veľkého počtu položiek "?". Ak osoba popisuje hypotetickú osobnosť, objavujú sa zvýšené hodnoty v škále L, zjavné nepochopenie dotazníka sa

prejaví vysokými hodnotami v F. Tendencie k predstieraniam sa objektivizujú hodnotami K a súčasne s tými hodnotami korigujú výsledky v piatich klinických škálach.

Validizačné škály korigujú možnosť zneužitia odpovedí v MMPI. Napriek uvedeným prednostiam sa kritika zamerala na formy odpovedí, a to na odpovede odchylné od normy, odpovede sociálne žiadúce a podraďovanie sa odpovedovej formulácii. Tieto odpovede možno využiť diagnosticky, pretože ide o tendencie osobnosti pripustiť odlišnosti od normy.

Odpovede sociálne žiadúce

Jedinec poskytuje odpovede o sebe v takom svetle, aby bol pozitívne hodnotený a spoločensky akceptovaný. Aj keď tieto odpovede sú korigované škálou K, niektorí sa na túto korekciu pozerajú skepticky /Butcher, 1969/. Tieto námietky spochybňujúce MMPI neobstoja, pretože jeho konštrukcia vychádza z hypotézy, že znaky predstavujú potenciálne možnosti a tendencie, a nie konkrétne symptómy. Kritizovala sa aj nutnosť podriadenia sa odpovedovej formulácii pre jej nezvyklú formuláciu.

Block /1965/ navrhol zmenu formulácie niektorých položiek, ale touto zmenou sa priblížil charakterologickému hodnoteniu osobnosti.

Väčšina kritik MMPI vychádza z neporozumenia konštrukcie metódy. Na druhej strane kritika zameraná na jej význam a jej obmedzenia v diagnostike prispela k výskumu metódy, jej aplikačnej možnosti v klinickej praxi. Treba vychádzať zo zásady, že metóda bola vypracovaná na patologickom materiáli, preto jej využitie je vhodné v psychiatrickej praxi. Pri výskume normálnych jedincov je aplikácia metódy neadekvátna. Svedčia o tom aj údaje Littleho a Schneidmana /1959/, ktorí zistili malý vzťah medzi anamnestickými údajmi a MMPI.

Napokon nemožno očakávať, že by bolo možné užitočným spôsobom opísať komplexnosť ľudského správania, obmedzenou klinickou terminológiou uvedenou v škálach MMPI.

Kritika MMPI sa dotýka vhodnosti určitých diagnostických systémov, avšak tento postup sa v klinickej psychiatrii dodnes využíva pri klasifikácii duševných chorôb. Napriek všetkým výhradám proti dotazníkovým metódam MMPI nadobúda na svojej popularite, o čom svedčí viac než 7 000 publikácií, ktoré využívajú túto metódu. Boli vyvinuté mnohé metódy vyhodnotenia profilov ako aj spôsoby administrácie a vyhodnocovania výsledkov od ručného až po automatické.

MMPI patrí medzi základné psychodiagnostické metódy klinickej psychológie v psychiatrickej praxi. Mnohými klinickými výskumami bola dokázaná jej hodnota ako užitočného nástroja v klinickej diagnostike. Zdôrazňuje v súhlase s Butcherom a Telligenom /1978/, že MMPI je štandardná klinická

škála na meranie psychopatologických symptómov, nejde teda o metódu na diagnostiku osobnosti.

Mohli sme to potvrdiť vlastnými skúsenosťami s touto metódou aplikovanou v našej praxi. Aplikovali sme ju u viac ako 1 000 pacientov za účelom diferenciálno-diagnostickým aj za účelom výskumným.

2. Sovietska verzia MMPI

MMPI sa v ZSSR v diagnostickej praxi začalo využívať roku 1965, o čom svedčia práce Mirošnikova a Berezina /1967/, práce autorov Bespal'kova, Gilaševa /1971/, Sobčika /1971/, Goštautasa /1972/, Tonkonogija /1973/.

V rokoch 1965-1967 bola urobená reštandardizácia MMPI na Psychiatrickej klinike S.S. Korsakova v Moskve. Výsledky tejto štúdie sú spracované v samostatnej monografii /Berezin a spol., 1976/. Pri reštandardizácii autori vychádzali z pôvodnej verzie MMPI. Uskutočnili potrebné zmeny vzhľadom na transkultúrne rozdiely, ale iba do tej miery, aby sa nezmenila validizačná hodnota pôvodnej škály. Urobili nasledovné zmeny: 1/ odstránenie výrokov s dvojitým záporom, 2/ vylúčenie alebo zmena niektorých položiek, 3/ zmena formulácie pri zachovaní obsahu.

Otázky boli formulované v druhej osobe, čo umožnilo štylizáciu unifikáciu jednotlivých položiek. Okrem uvedených zásahov bol zavedený povinný výber kladných alebo záporných odpovedí za súčasného skrátenia položiek z 550 na 384. Autori vynechali tie položky, ktoré nezapadali do klinických a validizačných škál, a tým sa neporušila validita testu i pri menšom počte položiek.

Interpretácia

Výsledky testu sa interpretujú podľa profilov kriviek desiatich škál a ich vzájomného vzťahu. Stupnice validity L, F a K majú rovnaký význam ako v pôvodnom MMPI. Prejavili sa určité rozdiely v hodnotách indexu F - K, ale rozdiely sú z hľadiska diagnostického nevýznamné.

Klinické škály

Interpretácia profilu sa uskutočňuje dvoma spôsobmi, a to podľa pôvodného hodnotenia Hathaway a Meehla /1951/ a syndromologického hodnotenia. Autori Berezin a spol. /1976/ sa pri profiloch kriviek pridŕžavajú klinických syndrómov, a nie nozologických jednotiek, v čom vidíme obohatenie interpretácie jednotlivých škál. Syndromologické skupiny dávajú do vzájomné-

ho vzťahu so škálami MMPI, v ktorej spravídla najvýznamnejšiu úlohu hrá tzv. dominujúca škála.

1. Syndróm - somatizácia a úzkosť - je zastúpený 33 položkami v hypochondrickej škále. Hypochondrické tendencie sa prejavujú dvoma klinickými obrazmi:

a/ zdvihom na škále 1 /Hs/ a škále 2 /D/. S podobným profilom sa stretávame aj u úzkostných pacientov;

b/ naproti tomu zvýšenie v škále 1 /Hs/, 2 /D/ a 3 /Hy/ ako aj v škále 7 /Pt/ poukazuje na cenestopatický typ hypochondrie.

2. Syndromológia úzkosti a depresívnych tendencií je zastúpená profilom 2 /D/, ktorý je saturovaný 60 položkami. Izolovaný zdvih na škále 2 /D/ poukazuje skôr na úzkosť ako depresiu. Pri zmene úzkosti v depresiu sa znižuje profil v škále 9 /Ma/. Zvýšené hodnoty v 2 /D/ a nízke v 9 /Ma/ škále poukazujú na endogénnu formu depresie. Rozličné formy depresie sa vyznačujú zdvihom v škále 7 /Pt/ a 8 /sc/, za súčasného zníženia v škále 1 /Hs/ a 9 /Ma/.

3. Syndróm hysterickej úzkosti je charakterizovaný zdvihom v škále 3 /Hy/. Obsahuje 60 položiek, v ktorých sú zastúpené somatické symptómy a symptómy potláčania emocionálnych ťažkostí. U hysterických neuróz a psychopatií sa prejavuje zdvih v škále 3 /Hy/ za súčasného zvýšenia v škále 1 /Hs/, 4 /Pd/ a 7 /Pt/. Variabilita profilu je podmienená rôznorodosťou zastúpených symptómov.

4. Syndróm realizácie emocionálneho napätia v bezprostrednom správaní je charakterizovaný vrcholom na škále 4 /Pd/. Obsahuje 50 položiek vyjadrujúcich nespokojnosť so životom, so spolupatričnosťou k určitej skupine a postavením v nej, prežívaním nespravodlivosti a nepochopenia zo strany iných. Izolovaný zdvih v škále 4 /Pd/ sa objavuje u asociálnych psychopátov. Zdvih v škále 4 /Pd/ s rozličnými kombináciami, napr. so zdvihom v škále 7 /Pt/, 1 /Hs/ alebo 2 /D/ umožňuje charakterizovať druh psychopatie, najmä psychopatie s tendenciou k úzkosti, psychopatie s neschopnosťou prispôbiť sa sociálnemu prostrediu.

5. Syndróm povahových ťrť mužov a žien je reprezentovaný profilom 5 /Mf/ a obsahuje 59 položiek týkajúcich sa rozličných druhov profesionálnej činnosti, kultúrnych potrieb a záujmov. Vážené skóre odzrkadľuje úroveň identifikácie s tradičnou kultúrou a sociálnou úlohou muža alebo ženy. V klinických obrazoch sa prejavuje profil 5 /Mf/ v kombinácii so zdvihom v škále 2 /D/ a 9 /Ma/. Uvedená kombinácia profilov poukazuje na úzkostné alebo depresívne stavy.

6. Syndróm - rigidita afektu - je charakterizovaný zdvihom na škále 6 /Pa/, v ktorej je zastúpených 60 položiek vyjadrujúcich spojenie precit-

livelosti a vzťahovačnosti. Pri bludoch prenasledovania sa objavuje zdvih aj na škále 8 /Sc/. Rozličné kombinácie škály 6 /Pa/ so zdvihom v škále 1 /Hs/, 2 /D/, 8 /Sc/, ako aj v kombinácii so škálami validity L a K umožňujú diagnostické závery jednotlivých typov afektívnej rigidity, napr. depresívnej 2 /D/, 6 /Pa/; hypochondrickej 6 /Pa/, 1 /Hs/. Škála 6 /Pa/ umožňuje klinickú interpretáciu v diagnostickom a prognostickom smere.

7. Syndróm - fixácia úzkosti a obmedzujúce správanie - je reprezentovaný zdvihom v škále 7 /Pt/. Táto obsahuje 47 položiek a zahŕňa symptómy senzitivnosti, úzkosti, strachu, nedôvery v seba a pod. Tento syndróm sa vyznačuje podobným profilom ako úzkostno-depresívny syndróm. Podobný je aj u psychastenických psychopatií. Výrazné zvýšenie škály 7 Pt/ svedčí pre charakterologickú štruktúru psychastenickej neurózy, eventuálne jej dekompenzáciu. Zdvih škály 7 /Pt/ v rozličných kombináciách, najmä so škálou 4 /Pd/ a 2 /D/ poukazuje na kombináciu symptómov depresie a úzkosti pri neurotických zmenách osobnosti.

8. Syndróm autizmu - škála 8 /Sc/ obsahuje 78 položiek charakterizujúcich chizoidný syndróm, a to emočnú chladnosť, neadekvátnosť emócií, autistické hodnotenie a pod. Vrchol profilu na škále 8 /Sc/ poukazuje na stratu schopnosti interpersonálneho kontaktu a narušenie adekvátnych emocionálnych reakcií. Zdvih škály 8 /Sc/ v kombinácii so škálou 1 /Hs/ charakterizuje schizoidné osobnosti s hypochondrickými symptómami. Profil 2 /D/, 4 /Pd/ a 8 /Sc/ svedčí o hlboknej disharmónii osobnosti. Kombinácia 8 /Sc/ a 4 /Pd/ poukazuje na narušenú sociálnu adaptáciu. V škálach 6 /Pa/ a 8 /Sc/ sa odzrkadľujú paranoidné percepcie s bludnými predstavami.

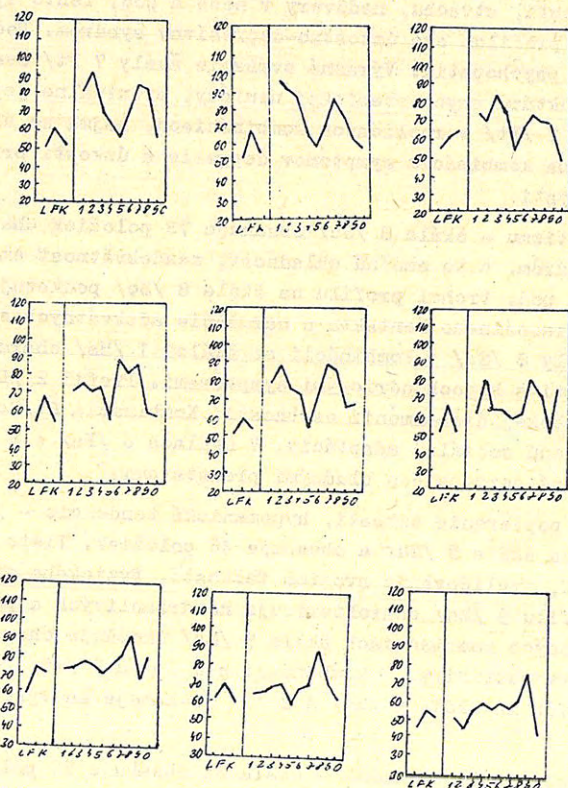
9. Syndróm - popieranie úzkosti, hypomanické tendencie - je charakterizovaný zdvihom na škále 9 /Ma/ a obsahuje 46 položiek. Tieto odrážajú aktivitu, otvorenosť, zveličovanie svojich ťažkostí, fyzického stavu a pod. Vysoký vrchol profilu 9 /Ma/ charakterizuje nezdržanlivých a podráždených jedincov. V rozličných kombináciách škála 9 /Ma/ umožňuje charakteristiku symptómov a celkovej aktivity. V kombinácii s 2 /D/ a 7 /Pt/ reprezentuje vodcovský typ. Zdvih na škále 9 /Ma/ a 2 /D/ poukazuje na vysokú úroveň aktivity.

10. Syndróm sociálneho kontaktu - škála Si obsahuje 70 položiek týkajúcich sa stupňa začlenenia do spoločenského prostredia. Vysoké hodnoty poukazujú na ťažkosti sociálneho kontaktu. Nízke hodnoty svedčia o záujme o ľudí. Kombinácie škály 0 /Si/ so škálou 9 /Ma/ a 3 /Hy/ sú charakteristické pre extravertované typy. Kombinácia 0 /Si/, 6 /Pa/, 9 /Ma/ reprezentuje sebaistotu, nezávislosť, dominanciu, vodcovstvo. Pre introvertov je charakteristický zdvih na škále 0 /Si/, 2 /D/ a 7 /Pt/. Izolovaný zdvih v škále 0 /Si/ sa môže hodnotiť ako autizmus alebo svojrázny prístup k medziľudským vzťahom. V kombinácii so škálou 8 /Sc/ poukazuje na schizoidné

typy osobnosti. Analyzované škály sú graficky ilustrované na krivkách
MMPI.

Graf 10

Sovietska verzia MMPI



Graf predstavuje 9 protokolov jednotlivých diagnostických skupín. Berezin a spol., 1976

Psychometrické kritériá

Reštandardizácia testu bola uskutočnená metódou stratifikovaného výberu. V prvej etape bolo vyšetrených 2 000 náhodne vybraných osôb. V druhej etape boli skúmané osoby rozdelené podľa veku, sociálneho postavenia a úrovne vzdelania. V poslednom výbere bolo 500 osôb - 250 mužov a 250 žien. Získané hrubé skóre sa hodnotilo podľa T-skóre v MMPI. Rozdiely boli len v škále 2 /D/, 7 /Pt/ a 8 /Sc/ oproti pôvodnej verzii, čo bolo podmienené prestavbou položiek a zmenou postupu. Nová štandardizácia je doplnená o tabuľky na prevod hrubého skóre na T-skóre s cieľom možnosti zostrojenia profilov pre obidve pohlavia.

Administrácia testu je analogická ako v MMPI, s rozdielom začleňovania kartičiek len v dvoch smeroch: súhlasím, nesúhlasím. Kartičková forma obsahuje 384 položiek, zošitová 377.

Aj keď sme nezískali praktickú skúsenosť so sovietskou verziou MMPI, predsa sa domnievame, že pri štandardizácii MMPI na našu populáciu by bolo vhodné zohľadniť získané skúsenosti, najmä odstrániť položky s dvojitým záporom, ktoré sú často zdrojom nesprávnej interpretácie položiek a tým aj nesprávneho diagnostického záveru.

3. Metódy odvodené z MMPI

K metódam odvodeným z MMPI, ktoré našli uplatnenie v klinickej psychológii, patrí Mitteneckerov a Tomanov test /P-I test/ a Taylorovej škála manifestovanej úzkosti /MAS/.

a/ Osobnostný a záujmový test /P-I/

Mittenecker a Toman /1951/ vyvinuli "Persönlichkeits und Interessen-test, P-I. Prepracovali MMPI v tom zmysle, že z pôvodného dotazníka vybrali 120 otázok zameraných na osobnosť a 94 otázok zo záujmových oblastí. Autori vychádzali z teoretického predpokladu, že medzi tzv. normou a duševnou chorobou existujú plynulé prechody. Dotazník je preto skôr zameraný na diagnostiku dimenzií osobnosti a nerobí si nároky objektivizovať psychotické zmeny osobnosti. Podľa diagnostického zamerania rozlišujeme dve časti, a to časť zameranú na diagnostiku osobnosti a časť na diagnostiku záujmov. Test zahŕňa 9 dimenzií osobnosti a 9 záujmových oblastí.

Dimenzie osobnosti:

A/ sebakritika - nedostatok sebakritiky /skóre v tejto kategórii je mierou schopnosti sebakritického zhodnotenia vlastného konania. Odchýlky od normy poukazujú na tendencie javiť sa v lepšom svetle/;

B/ sociálny postoj - nesociálny postoj /skóre je ukazovateľom postoja k ľuďom, ktorý je podmienený skúsenosťou, nie temperamentom a bezprostrednou emocionálnou reakciou na správanie ľudí/;

C/ extravertzia - introvertzia /skóre v tejto dimenzii sa kryje s bežne chápaným pojmom extravertzie a introvertzie/;

D/ neneurotický - neurotický /v tejto kategórii sa odzrkadľujú neurotické symptómy, najmä v spojitosti s inými областami, hlavne s kategóriami E, H a A/;

E/ nemanický - manický /tu sa odzrkadľujú klinické symptómy hypománie a mánie/;

F/ nedepresívny - depresívny /odzrkadľuje manifestované symptómy depresie a melanchólie/;

G/ neschizoidný - schizoidný /zachytáva tendencie ku schizoidným formám reakcie, ako aj schizoidnú symptomatológiu/;

H/ neparanooidný - paranooidný /zachytáva paranooidné tendencie a všeobecné tendencie k vzťahovateľnosti/;

I/ vegetatívne stabilný /odzrkadľuje neurotické symptómy z okruhu vegetatívnej symptomatológie/.

Zájumové oblasti:

O/ zisťuje všeobecnú pohotovosť vykonávať prácu skôr na vidieku alebo skôr v meste /vystihuje záujem vykonávať svoje povolanie na vidieku alebo v meste/;

P/ zručnosť /táto kategória meria záujem o povolanie vyžadujúce manuálnu zručnosť/;

Q/ vedecky /vysoké skóre v tejto kategórii poukazuje na trvalý záujem o vedeckú činnosť. Záujem je podmienený určitými osobnostnými črtami/;

R/ účtovníctvo alebo správa /skóre v tejto kategórii je ukazovateľom záujmu o činnosť ako je kancelárska práca, organizácia, účtovníctvo a pod./;

S/ styk s ľuďmi v obchode alebo hospodárstve /meria záujem o činnosť ako je styk so zákazníkmi, práca v obchode a pod./;

T/ výtvarné umenie /skóre v tejto kategórii má význam iba v súvislosti s inými kategóriami. Na základe kombinácie s U a V je možné zistiť sklon k určitým umeleckým činnostiam/;

U/ jazykovo-literárny /táto kategória reprezentuje záujem o spisovateľské, herecké, novinárske a iné príbuzné činnosti/;

V/ hudobný /táto kategória skúma záujem o hudbu, spev, kompozíciu a pod./;

W/ sociálne povolania /touto kategóriou sa určuje záujem o činnosť, ktorá vyžaduje pochopenie pre iného, lásku k nemu a trpezlivosť/.

Vyhodnotenie testu je analogické ako pri pôvodnej MMPI metóde. Výsledky určujú profil osobnosti vyjadrený graficky, ktorý sa interpretuje kvantitatívne a kvalitatívne. Uvedená verzia dotazníkovej metódy zodpovedá psychometrickým kritériám. Výskum reliability a validity sa robil izolovane z časti dotazníka diagnostikujúceho osobnosť a záujmové tendencie. Reliabilita P-I testu meraná retestovou metódou po 24 hodinách vykazovala korelačné koeficienty v priemere 0,87 a po troch mesiacoch 0,76. Validita testu sa zisťovala na základe porovnania s inými dotazníkovými metódami. Mitchell /1960/ vykonal koreláciu P-I s MMQ a korelačný koeficient bol 0,84. Niektoré dimenzie osobnosti v P-I teste mali vysoké pozitívne korelácie pri porovnaní s výsledkami tremoru ruky. Z prehľadu výskumov zameraných na validitu testu vyplýva, že ide o test spĺňajúci kritériá validity.

Alternatívna forma P-I testu zameraná na diagnostikovanie záujmov vykazovala pri štúdiu reliability vysoké korelácie. Po 24 hodinách retestovou metódou autori získali korelácie 0,89 a po troch mesiacoch 0,82.

Výskum validity svedčí o všeobecnej platnosti získaných výsledkov v tom, že P-I meria záujem, a nie predpoklady pre určitú formu záujmov. P-I dotazník sa s úspechom využíva v diagnostickej praxi a jeho výhodou je ľahká administrácia, menšia časová náročnosť. Nevýhodou zostáva, že sa nemôže aplikovať u psychóz a u ľudí s nižším vzdelaním a intelektom, kde nie sú predpoklady pre správne pochopenie jednotlivých položiek. Z klinických syndrómov je indikovaný u neuróz, psychopatií, organického psychosyndrómu, psychosomatických ochorení za predpokladu intaktného intelektu. Autori uvádzajú zoznam jednotlivých povolaní pre každú vyššie uvedenú oblasť.

Aj keď sme dotazník nepreverili v našej klinickej praxi, domnievame sa, že bez adekvátneho psychometrického zhodnotenia jednotlivých osobnostných dimenzií polaritne chápaných nemožno ho pokladať za užitočný diagnostický nástroj. Môže poskytnúť určité informácie o osobnosti, ktoré sa však musia overiť validnými diagnostickými technikami. V tejto verzii sme dotazník nezaradili do súboru testových metód pre jeho príliš široký diagnostický rozsah, teoreticky a psychometricky nezdôvodnený, a preto uprednostňujeme klasickú verziu MMPI.

b/ Škála manifestovanej úzkosti /MAS/

Taylorovej /1953/ škála manifestovanej úzkosti /Manifest Anxiety Scale - MAS/ je odvodená z piatich klinických škál MMPI. Taylorová vychádzala pri zostavovaní škály z empirických poznatkov o vzťahu vplyvu úzkosti na výkon. Je známe, že motivácia každého jedinca variuje v závislosti

od celkovej úzkosti. Autorka si dala za cieľ vytvoriť dotazníkovú metódu na meranie úrovne motivácie vo vzťahu k úzkosti metódou ceruzka - papier.

Vývoj metódy

Metóda prešla vývojom predovšetkým v skladbe položiek. V prvej verzii vybrala 200 položiek opisujúcich úzkostné stavy, reakcie. Vyčlenila 65 otázok, ktoré prešetrila u 352 študentov. V neskorších modifikáciách z pôvodných 65 položiek vyčlenila 50. Výskum týchto verzií bol vykonaný v rokoch 1948-1951 na 1971 študentoch. Ženy mali vyššie hodnoty v porovnaní s mužmi. Pretože rozdiely neboli štatisticky významné, boli stanovené rovnaké normy pre obidve pohlavia.

Spoľahlivosť testu bola skúmaná v dvoch fázach výskumu, a to retestovou metódou pomocou Pearsonových korelácií, po 5 mesačnom odstupe od prvého vyšetrenia. Do výskumu bolo zahrnutých 163 študentov. Korelačný koeficient bol 0,62. 113 študentov sa podrobilo retestovej metóde po 9-17 mesiacoch. Študenti boli rozdelení na dve skupiny. Korelačné hodnoty boli 0,81. Absolútne skóre po časovom odstupe sa podstatne nezmenilo. Retestovou metódou vyšetrila 50 pacientov s manifestovanými úzkostnými stavmi. Korelačné hodnoty boli 0,68.

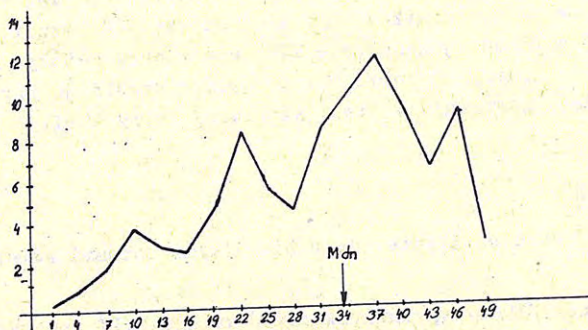
V druhej fáze výskumu sa autorka zamerala na zvýšenie korelačných koeficientov reliability, preto revidovala 28 položiek a týmto spôsobom získala novšiu verziu dotazníka. Pri retestovej metóde aplikovala obidve verzie. Zistila, že so staršou verziou dosahovala korelačné koeficienty 0,81 a s novšou 0,83. Hoci rozdiely medzi korelačnými hodnotami neboli štatisticky významné, zavedením revidovaných 28 položiek sa korelačná hodnota zvýšila na 0,85. V ďalšom výskume sa zamerala na preverenie novej verzie metódou retestu po 4-týždňovom odstupe, ktorým potvrdila predchádzajúce zistenia. Získala vyššie hodnoty v porovnaní so staršou verziou. Výskum bol uskutočnený na 179 jedincoch s korelačnými koeficientmi 0,88.

Validita dotazníka bola študovaná porovnaním výsledkov s klinickou diagnózou. Výskum robili na 103 psychiatrických pacientoch s klinickou diagnózou neuróza a psychóza. Rozloženie skóre bolo od 1 do 49 s mediánom 34, ako je uvedené na grafe.

V neskorších výskumoch bola validita MAS zhodnotená v zmysle Crombachových požiadaviek. Známe sú výsledky teoretickej a diagnostickej validity, ktoré zhrňa Spielberger /1966/.

Sarason /1960/ zistil, že bodové hodnoty v pásme 19 - 33 najspoľahlivejšie odzrkadľujú klinický obraz, v ktorom primárnym symptómom je úzkosť. Bodové hodnoty 1 - 18, 34 - 50 reprezentujú symptómy depresívnej symptomatológie.

Krivka úzkosti psychiatrických pacientov



Hodnoty skóre psychiatrických pacientov
J. A. Taylorová, 1953

V našej klinickej praxi využívame empiricky stanovené skóre, využívajúce na kvalitatívne zhodnotenie stupňa symptómov úzkosti. Bodové hodnoty 1 - 12 reprezentujú nízky stupeň úzkosti, 13 - 19 stredný, 20 - 23 manifestný klinický významný, 34 - 50 poukazuje na symptomatológiu primárne depresívnu.

Prednosti dotazníka MAS spočívajú v jeho ľahkej a rýchlej administrácii a interpretácii výsledkov. Je indikovaný pri objektivizovaní úzkostných symptómov v jednotlivých syndrómoch.

Glesser a spol. /1961/ poukazujú na užitočnosť dotazníka MAS pri výskume stupňa emocionálnej aktivácie. Koreluje s mnohými psychofyziologickými znakmi ako je KGR, pulz a dýchanie.

Nedostatkem dotazníka je jeho teoretická nejasnosť a predovšetkým nezodpovedaný prechod hodnotenia symptómov úzkosti a depresie. Nie je objasnené, prečo kvantitatívnym narastaním symptómov úzkosti dochádza k diagnostickej zmene.

V súhlase s Horáčkovou /1958/ pokladáme MAS za dobrú orientačnú diagnostickú pomôcku a metódu doplnkovú, indikovanú predovšetkým vo výskume úzkosti rozličnej etiológie, neuróz a depresívnych stavov. Vhodná je v praktickej diagnostike, preto by bolo užitočné túto metódu preveriť na našej populácii za použitia psychometrických kautel.

4. Dodatkové a skrátené verzie MMPI

Butcher a Telligen /1978/ odhadujú, že okolo 12% prác venovaných MMPI je zameraných na vývoj dodatkových škál a skrátených verzií. Dodatkové škály sa vymykajú z pôvodnej koncepcie MMPI empirickej metódy. Mnohé boli vytvorené podľa odlišných kritérií. Tieto skúšky nespĺňajú psychometrické kritériá, a preto zostávajú v tieni klasickej formy MMPI.

Skrátené verzie

V súčasnej dobe sa stretávame s niekoľkými formami skrátených verzií MMPI.

- a/ Kincannon /1968/ vyvinul skrátenú verziu MMPI pod názvom Mini-Mult. Obsahuje 71 položiek a 28 klinických škál.
- b/ Dean /1972/ zostavil verziu Midi-Mult.
- c/ Faschingbauerova verzia /FAM, 1974/ obsahuje 166 položiek.
- d/ Hugo /1971/ zostavil skrátenú verziu, ktorá obsahuje 173 položiek.
- e/ V Poľsku bola vyvinutá skrátená verzia MMPI pod názvom Diagnostyczny Kwestionariusz Osobowości - DKO /1974/. Skrátená verzia obsahuje 103 položiek pre mužov a 98 pre ženy a sú v nej zahrnuté všetky škály MMPI. Littman a Sanocki /1979/ skrátenú verziu štandardizovali v NDR a v Poľsku na súboroch pacientov s diagnózou schizofrénia, neuróza, alkoholizmus a pacientov z onkologických oddelení. Výsledky zhodnotené faktorovou analýzou potvrdili hypotetický predpoklad v tom, že skrátená verzia DKO/74 je validný diagnostický nástroj, vhodný pre praktickú diagnostiku a vo výskume.

Snahou nielen týchto, ale aj iných autorov bolo vypracovať také verzie, ktoré by pri skrátených položkách poskytli diagnostické závery rovnocenné s MMPI. Skúsenosti ukázali, že skrátené verzie nie sú dostatočnou náhradou za MMPI pri globálnom posúdení psychopatologických znakov meraných pomocou MMPI.

Symptómové dotazníky

K symptómovým dotazníkom zaraďujeme tie, ktoré boli konštruované s cieľom zachytiť aktuálny stav osobnosti, jej niektorých symptómov. K týmto patrí KSAT, BOD, KUD, W-M a iné. Vzhľadom na to, že sú to dotazníky, ktoré nespĺňajú vyhradené kritériá teoretických alebo empirických dotazníkov, pomenovali sme ich symptómové dotazníky, ktoré skôr patria do skupiny empirických dotazníkov.

1. Škála klasickej sociálno-situačnej anxiety a trémy /KSAT/

Kondášova škála situačnej úzkosti trémy /1973/ vychádza z poznatkov úzkostnej a fóbickej reakcie na situačné podnety. Tieto sa môžu prejavovať ako pohotovosť k reakciám u zdravých jedincov, ale tiež ako sprievodné symptómy niektorých psychických chorôb, alebo hlavné symptómy úzkostnej a fóbickej neurózy.

Kondáš /1973/ chápe pod pojmom anxiety situačný strach a trému, ale aj fóbie a úzkosť. Dotazník je známy v dvoch verziách. Prvá verzia vznikla roku 1965 v dvoch paralelných sériách so 45 položkami. Súčasná verzia obahuje 31 položiek, z ktorých 12 sa týka klasických fobií, 10 sociálnych situácií a 9 situácií trémy. Skladá sa z troch foriem. A forma pre deti a mládež, B forma pre dospelých a C forma pre telesne chorých.

Reliabilita a validita škály

Reliabilita bola uskutočnená retestovou metódou u 40 detí po 5 týždňovom časovom odstupe. Korelačné koeficienty boli 0,74, 0,73 a 0,71. Retestová metóda u vysokoškolákov vykazovala vyššie korelačné hodnoty 0,98.

Validita metódy v porovnaní s MAS a pri porovnaní s IPAT a EOD sa zdá byť dobrá. Interkorelácie boli 0,443 pri porovnaní s MAS a pri porovnaní s IPAT 0,334.

Z uvedeného vyplýva, že škála KSAT z hľadiska psychometrického sa javí ako spoľahlivá a hodnoverná metóda. Môžeme ju použiť v klinickej praxi pri diagnostikovaní pohotovosti k úzkosti a k tréme, ako aj pri objektivizovaní klinickej úzkosti. Kondáš /1973/ poukazuje na možnosti využitia tejto metódy aj pri sledovaní úpravy klinického stavu.

Kováč /1970/, Heřmánek /1970/, Horváthová /1972/ referujú o skúsenostiach s metódou KSAT v diagnostickej a výskumnej praxi. Prednosti metódy vidíme v tom, že autor pri zostavovaní škály vychádzal z teoretického predpokladu chápania strachu ako naučenej odpovede a zážitku. Jej nedostatkom je nedostatočné diferencovanie symptómov strachu, úzkosti ako vlastnosti osobnosti a úzkosti ako sprievodných symptómov pri jednotlivých formách

duševnej choroby, duševných úchyliek pri abnormálnych reakciách a neurotických syndrómoch.

Rozpracovanie metódy z hľadiska teoretického i psychometrického by bolo významným obohatením vlastných diagnostických prostriedkov.

2. Brnenský osobnostný dotazník /BOD/

Kratochvíl /1968/, 1973/ zostavil osobnostný neštandardizovaný dotazník, ktorý zachytáva priečny rez osobnosti, čiže súčasný stav osobnosti, a nie vývoj osobnosti. Obsahuje 160 položiek s nasledovnými osobnostnými kategóriami: charakter, potreby a záujmy, schopnosti a nadanie, vedomosti, zručnosti, zvyky, psychopatologické črty, zhodnotenie štruktúry osobnosti. Je zameraný skôr na psychopatologickú charakteristiku osobnosti v zmysle psychiatrickej klasifikácie. V dotazníku sú zahrnuté symptomologické položky z MMPI, P-I, Thurstonovho dotazníka, Eysenckovho, Cattellovho a Berge-rovho dotazníka.

V manuáli je uvedený podrobný postup pri administrácii a vyhodnocovaní jednotlivých položiek. Kratochvíl /1966, 1973/ uvádza, že definitívnou verziou bolo vyšetrených viac ako 200 psychiatrických pacientov na Psychiatrickej klinike v Brne a Kroměříži. Dotazník pre časovú nenáročnosť vyplňa v rutinej práci určitú medzeru pokiaľ ide o pomocku na zachytenie spektra aktuálnych vlastností osobnosti. Podľa našich skúseností dotazník je vhodným doplnkom doterajších dotazníkových metód, aj keď nespĺňa kritériá, na základe ktorých by bolo možné budovať psychologickú diagnózu.

3. Osobnostný dotazník /KUD/

Kudličkovej /1968/ osobnostný dotazník /KUD/ je pokusom o metódu na zisťovanie základných črt osobnosti duševne zdravého človeka. Základný výber dimenzií osobnosti vychádza z práce Kratochvíla a Jaroša /1967/ doplnenej vlastným výberom z rozličných literárnych prameňov. Pri výbere dotazníkových položiek vychádzala z nasledovných polaritných dimenzií osobnosti:

- aktivita - pasivita
- stabilita - labilita
- dominancia - submisia
- racionálnosť - zmyslovosť
- extraverzia - introverzia.

Konečná verzia obsahuje 80 položiek. Položky sú konštruované tak, aby sa výsledky mohli interpretovať na základe reakcií a postojov v sledovaných dimenziách osobnosti.

Reliabilitu a validitu testu autorka uskutočnila na súbore 260 vysokoškolačkov všetkých typov vysokých škôl, mužov aj žien. Reliabilita bola hodnotená pomocou retestovej metódy po dvojmesačnom časovom odstupe. Koeficienty reliability poslednej verzie dotazníka sú v rozsahu 0,80 - 0,96.

Autorka testu zisťovala pojmovú validitu. Korelačné koeficienty každej položky boli vypočítané podľa kritérií hrubých skóre položiek pólu, hrubých skóre výpovedí pólu a hrubých skóre celej dvojpolovej dimenzie. Zásady vyhodnocovania a interpretácie sú uvedené v manuáli. Hrubé skóre sa môže zaradiť do 9 stupňovej škály, pričom stupeň 1-3 predstavuje výrazné črty záporného pólu, 4-6 predstavuje normu, 7-9 predstavuje výrazné reakcie typu kladného pólu.

Říčan, Osecká /1971/ na základe vlastných skúseností pri porovnaní škály KUD a EOD poukazujú na niektoré prednosti dotazníka s návrhom na vypracovanie noriem pre jednotlivé dimenzie osobnosti, čím by sa spresnila jeho validita. Zistili, že by bolo potrebné psychologicky prepracovať bipolárne dimenzie osobnosti zhodnotené faktorovou analýzou. Autori sa nazdávajú, že škála introverzie a extravenzie by sa mala interpretovať ako sociabilita alebo sociálna introverzia. Zaujali kritický postoj k ostatným škálam racionálnosti - zmyslovosti.

Z uvedeného vyplýva, že škála introverzie a extravenzie, racionálnosti a zmyslovosti z hľadiska psychometrie spĺňa požiadavky diagnostických škál na základe navrhnutých numerických hodnotení. Naproti tomu škály stabilita-labilita, dominancia-submisia, aktívita-pasivita sa javia ako komplexy kvalitatívne odlišných vlastností.

Na základe predložených vlastností usudzujeme, že dotazník KUD predstavuje jednu z najvážnejších subjektívnych metód, preto je indikované jej využitie aj v psychiatrickej praxi. Bolo by potrebné pri reštandardizácii zohľadniť pripomienky Říčana a Oseckej /1971/, rozšíriť štandardizáciu aj na neurotickej a psychopatickej populácii, čím by sa rozšíril súbor diagnosticky užitočných dotazníkových metód v klinickej psychológii. Nazdávame sa, že ďalším výskumom dotazníka, teoretickým zdôvodnením jednotlivých vybraných dimenzií osobnosti z hľadiska konkrétnej teórie osobnosti by bolo možné vyvinúť metódu na diagnostiku osobnosti a jej porúch.

4. Woodworth - Mathewsov dotazník

Heuyer a spol. /1934/ prepracovali dotazník afektivity autorov Woodworth a Mathewsa, ktorý sa aj v súčasnej dobe využíva v detskej psychiatrii a v psychiatrii mladistvých. Pomocou 75 otázok, na ktoré skúšaná osoba odpovedá áno alebo nie, získavajú sa odpovede symptomatické pre každú z ôsmich oblastí:

1. jednoduchá emotivita
2. psychastenické obsesie
3. schizoidné tendencie
4. paranoidné tendencie
5. depresívne a hypochondrické tendencie
6. impulzívne a epileptické tendencie
7. instabilita
8. antisociálne tendencie

Každá oblasť má určený koeficient vypracovaný na základe štatistických kritérií. Vynásobením koeficientu počtom príslušných odpovedí sa určuje hodnota v diagnostikovaných klinických oblastiach.

Vážené skóre nad 120 poukazuje na odlišnosti od normy. Hierarchickým usporiadaním celkového skóre sa získava profil symptómov afektivity v klinických syndrómoch. Ide o jednoduchý psychodiagnostický dotazník vychádzajúci z empirických poznatkov symptomatológie afektívnych porúch. Zachytáva súčasný stav osobnosti, a preto patrí do skupiny subjektívnych metód, merajúcich horizontálny profil afektivity a tým aj celej osobnosti. Uvedená dotazníková metóda je vhodná len pre účely orientačného vyšetrenia, ktorým sa získavajú informácie o smere afektívnych porúch. V tom spočíva výhoda aj prednosti tejto dotazníkovej metódy. Avšak preto, že dotazník nebol zhodnotený podľa psychometrických kritérií, jeho diagnostická hodnota je problematická.

Iné dotazníky

Do skupiny iné dotazníkové metódy zaraďujeme: a/ záujmové dotazníky, b/ postojoyé dotazníky, c/ ohodnocovacie škály, ktoré sú indikované v klinickej diagnostike ako aj vo výskume.

a/ Záujmové dotazníky

Štúdium záujmov je podmienené novými poznatkami v oblasti psychológie osobnosti. Teoretické poznatky psychológie záujmov sa vhodne využívajú vo výchovnom systéme pri voľbe povolania a pod. Aj keď psychológia záujmov svojím významom sa dotýka mnohých odborov aplikovanej psychológie, napriek tomu doposiaľ neexistuje vyhovujúca teória záujmov.

V súvislosti s neobjasnenosťou záujmov objavujú sa aj problémy praktickej diagnostiky, ktorá sa opiera o charakteristiku ľudskej činnosti.

Záujmové diagnostické metódy delíme podľa Supp-ry /1972/ na dve skupiny, a to metódy:

1. objektívne /interakčné/
2. subjektívne /solipsistické/.

Ide o skupinu metód, ktoré pri skúmaní záujmov vychádzajú z objektívnych charakteristík, ako aj zo subjektívneho prežívania a hodnotenia záujmovej činnosti. Aj keď od I. svetovej vojny vznikol veľký počet záujmových dotazníkov, diagnostický význam majú iba tie záujmové testy alebo objektívne metódy, ktorých hodnota zodpovedá kritériám psychometrie, čiže keď štandardizácia, reliabilita a validita sa vzťahujú na skúmanú populáciu. Dotazníky experimentálne nepreverené a psychometricky nezhodnotené sú prakticky bez predikčnej hodnoty a bez diagnostického významu.

1. Podstata objektívnych psychodiagnostických metód spočíva v analýze interakcie organizmu a prostredia. Sú založené na metódach objektívneho pozorovania v jednotlivých formách spoločenského života, napr. v rodinnom prostredí, v škole, v záujmovej činnosti alebo štandardných experimentálnych podmienkach. Sleduje sa správanie jedinca v záujmovej činnosti, prípadne niektoré fyziologické ukazovatele ako je frekvencia pulzu, krvný tlak, kožno-galvanická reakcia, vasokontrakcia a vasodilatácia. Využitie psychofyziologických metód pri diagnostikovaní objektívneho prejavu záujmovej činnosti prispieva k hlbšiemu poznaniu celej osobnosti. Testovanie záujmov pre účely klinickej psychológie objektívnymi metódami sa chápe ako jedna z foriem objektívneho pozorovania osobnosti a jej výkonu, ako je napr. pracovné tempo, jeho zmena a pod.

2. Subjektívne /solipsistické/ dotazníkové metódy vychádzajú zo subjektívneho hodnotenia záujmu, preto sa opierajú o sebazpozorovanie. Reprezentatívnymi metódami v skupine subjektívnych metód sú dotazníky a škály zamerané na diagnostiku štruktúry záujmov.

Trnková /1965/ uvádza vo svojej prehľadnej práci 10 najznámejších anglosaských štandardizovaných záujmových dotazníkov a dotazníky našich autorov /Jurovský, Jurčo, Blaškovič, Hraše, Rollová a ďalší/. Z najznámejších dotazníkových metód sú dotazníky Stronga a Kudera.

1. Strong /1928, 1938, 1959/ vypracoval dotazník skladajúci sa zo 400 položiek zameraných na 8 profesií. Na predloženej otázke má s.o. voľbu výberu jednej z troch možných odpovedí: mám rád /L - like/, je mi to indiferentné /I - indifferent/, nepáči sa mi to /D - dislike/. Strongov dotazník /Vocational Interest Blank - SVIB/ obsahuje formu pre mužov a ženy. Vo všeobecnosti dotazník dobre diferencuje záujmy jednotlivca o povolanie od jeho všeobecných záujmov. SVIB je metóda, ktorá spĺňa psychometrické kritériá.

Pri štúdiu reliability retestovou metódou sa získali korelačné koeficienty v priemere 0,87. Validita Strongovho dotazníka bola skúšaná pomocou interkorelačných techník v niekoľkých profesiách, a to v profesii biológ,

lekár, architekt, výtvarný umelec. Z týchto dôvodov je dotazník najčastejšie využívaný v profesionálnej orientácii.

2. Kuder /1956/ sa vo svojich záujmových dotazníkoch vyvinutých v rokoch 1937-1956 sústredil na diferenciáciu záujmov v závislosti od predmetov, na ktoré sa vzťahujú, a na štúdium jednotlivých záujmov nezávislých na sebe. Kuder Preference Record - Occupational /KPR-O/ obsahuje 4 formy, a to formu A, ktorá meria preferenciu v piatich rozličných aktivitách /spoločenské, praktické, teoretické, submisívne a dominantné/. Formy B a C sú zamerané na diferenciáciu jednotlivých záujmov. Forma D analogicky ako Strongov dotazník meria záujem o konkrétnu činnosť alebo povolanie. Forma B je staršia verzia záujmového dotazníka a forma C bola opätovne prepracovaná roku 1948 a 1956. Pri štúdiu reliability retestovou metódou po 15 mesiacoch Kuder zistil u dospelých osôb a stredoškôľakov korelačné hodnoty v rozpätí od 0,75 do 0,92.

Normy boli vypracované na základe vyšetrenia 3 000 chlapcov a 4 000 dievčat zo škôl v rozličných častiach USA. Boli vypracované normy pre dospelé osoby na podklade vyšetrení 1 000 osôb náhodne vybratých. Druhá skupina 1 200 osôb v 75% reprezentovala zloženie populácie v zamestnaní.

Pri štúdiu validity sa prejavili nízke korelácie, nízke interkorelácie medzi ôsmimi škálami záujmov. Tieto interkorelácie poukazujú na nízku validitu záujmových dotazníkov a tým sa spochybňujú aj ich teoretické východiská štúdiá záujmov ako izolovanej vlastnosti osobnosti. Spochybňuje sa aj teoretický predpoklad výskytu záujmov nezávislých na sebe. Na druhej strane pri položkovej analýze, ktorou sa odlišujú určité povolania od normatívnej skupiny, sa ukázalo, že dotazníkom je možné záujmy o povolanie diferencovať, ale výsledky nemajú predikčnú hodnotu. Aj keď Kuderov dotazník v porovnaní so Strongovým nespĺňa psychometrické kritériá na tej úrovni ako Strongov, predsa sa vo všeobecnosti v literatúre zaraďuje medzi základné záujmové dotazníky.

V klinickej psychodiagnostike sa záujmové dotazníky využívajú v experimentálnom a klinickom výskume pri určení vhodnosti povolania po prekonej duševnej chorobe. Prekonané duševné choroby, ako je schizofrénia, a prekonané úrazy hlavy vedú často k ireverzibilným zmenám osobnosti, čo neraz podmieňuje aj zmenu profesionálnej orientácie. Diagnostikovaním záujmovej sféry, určením stupňa preferencie v jednotlivých povolaniach, ako aj výkonu zisteného výkonovými a projektívnymi technikami umožní objektívne posúdenie duševného stavu chorého i jeho začlenenie do pracovného procesu. V tom spočíva význam záujmových dotazníkov v klinickej psychológii, ba aj v praktickej diagnostike. So záujmovými metódami úzko súvisia metódy postojové, ktoré sa využívajú aj v klinickej psychodiagnostike.

b/ Postojové metódy

V klinickej psychológii sa využíva test hodnôt podľa Allporta. Test hodnôt bol prvý raz publikovaný roku 1931 a posledná verzia roku 1960. Test meria šesť základných hodnotových orientácií osobnosti podľa Sprangerovej typológie, a to: 1/ teoretickú, 2/ ekonomickú, 3/ estetickú, 4/ sociálnu, 5/ politickú, 6/ náboženskú.

Test pozostáva zo 45 položiek, zameraných na rôzne životné situácie. Skladá sa z dvoch častí. Na prvú časť sú možné dve a na druhú štyri alternatívne odpovede. Takto sa získava 120 odpovedí, čiže 20 na každú hodnotovú orientáciu. Súčtom bodov, ktoré sa po korekcii prenášajú do prehľadného profilu, a porovnaním odlišností od noriem sa získavajú miery preferencie jednotlivých orientácií osobnosti.

1/ Typ teoretický je zameraný na poznanie pravdy a hlavnou náplňou jeho života je usporiadanie a systematizácia poznatkov.

2/ Typ ekonomický sa zameriava na uspokojovanie telesných potrieb, preto sa sústreďuje na získanie prostriedkov bohatstva a blahobytu.

3/ Typ estetický za najvyššiu hodnotu pokladá harmóniu. Každú skúsenosť posudzuje z hľadiska pôvabu, symetrie a vhodnosti.

4/ Typ sociálny za najvyššiu hodnotu pokladá lásku k ľuďom. V tomto teste sa meria altruistický aspekt lásky.

5/ Typ politický - súťaženie a zápas hrajú v jeho živote veľkú úlohu. Politický typ sa zaujíma predovšetkým o moc. Vodcovia v akejkoľvek skupine majú v tejto stupnici spravidla vysoké skóre.

6. Typ náboženský - jedinci patriaci do tohto typu sú mystickí a snažia sa pochopiť vesmír ako celok a uviesť sa do vzťahu k tomu celku.

Reliabilita testu bola zisťovaná dvoma spôsobmi. Metódou split half, pri ktorej koeficient spoľahlivosti bol 0,90. Pri retestovej metóde koeficient spoľahlivosti bol po jednomesačnom odstupe 0,89 a po dvojmesačnom 0,88.

Validita testu bola skúmaná metódou položkovej analýzy a zistilo sa, že každá položka pozitívne koreluje s celkovým skóre príslušnej hodnoty na 1% hladine štatistickej významnosti. Pokiaľ ide o validitu testu, korelačné koeficienty medzi jednotlivými typmi neboli vysoké, takže sa nepotvrdili hypotetické predpoklady o možnosti vyvodzovať z testu iné základné typy. Normy boli vypracované na súbore 5 864 mužov a 2 475 žien.

Diagnostickej význam dotazníkovej metódy spočíva v možnosti určenia prevalencie jednotlivých typov hodnôt v postojov. Primárne je možné test využiť v poradniach pre voľbu povolania, manželských poradniach ako aj

v klinickej psychológii. Uvedený dotazník patrí medzi najznámejšie dotazníkové metódy využívané v rozličných oblastiach aplikovanej psychológie. Prednosti metódy spočívajú v ľahkej interpretácii získaných skóre v jednotlivých typoch na základe porovnania s normou príslušnej populácie. Dotazník spĺňa psychometrické testové kritériá, a preto patrí do súboru dotazníkov rutínnej diagnostiky a výskumu.

c/ Posudzovacie stupnice - ratingové škály

Posudzovacie stupnice so zaužívaným označením ratingové škály predstavujú ten druh psychodiagnostických metód, ktorý sa využíva pri kvantitatívnom hodnotení takých javov, ktoré nemôžeme merať na úrovni vyšších stupníc, napr. intervalových alebo pomerových. Samotný pojem "rating scale" je zložením anglického a latinského slova. Anglické slovo "rating" znamená známokovanie, posudzovanie a pojem "scale" je odvodený z latinského slova "scalae" čo znamená rebrík, schody. Z uvedeného vyplýva, že ratingové škály sú také psychodiagnostické metódy, ktoré umožňujú hodnotenie určitých javov, podnetov, osobnostných črt v podobe stupňov, napr. vyšší, nižší a pod. Ratingové škály slúžia na číselné vyjadrenie určitého javu na základe subjektívneho odhadu, preto ich charakterizujeme ako miery subjektívneho odhadu.

Škály a škálovanie v psychológii predstavuje zložitý problém merania a vzťahuje sa na oblasť meracieho nástroja - diagnostického nástroja i na oblasť štatistickej či meracej operácie. To je príčinou, že pojem škála v psychológii má široký význam a stretávame sa s ním aj pri označení iných metód, nielen pri posudzovacích stupniciach. Túto problematiku objasňuje Smidt /1970/ a vyčerpávajúci výklad problematiky škálových metód a škálovania podáva Bricháček /1978/.

V našej charakteristike posudzovacích stupníc sa sústreďujeme na ich objasnenie ako meracích nástrojov, zaužívaných v psychodiagnostike.

Ratingové škály majú bohaté dejiny. Vychádzajú z psychofyziky. Prvú posudzovaciu škálu zostavil Galton /1883/ na kvantifikáciu predstáv. Major /1895/ zisťoval ratingovou škálou afektívnu hodnotu farieb. Rozvoj ratingových škál zaznamenal veľký pokrok v 20-30-tych rokoch 20. storočia. Boli vyvinuté mnohé škály na hodnotenie ľudských schopností, preto najvýraznejšie sa uplatňovali v pedagogickej praxi na hodnotenie študijného efektu.

Vzniklo mnoho typov vyhodnocovacích škál: 1. škály na posúdenie správania, 2. škály na posúdenie klinického stavu, 3. škály vzájomného posúdenia, 4. posudzovacie stupnice expertov a pod. Množstvo rozličných škál si vyžiadalo ich systematické triedenie. Guilford /1954/ na základe kritéria administrácie rozdeľuje ratingové škály do piatich kategórií:

1. škály numerické,
2. škály grafické,
3. škály štandardné,
4. škály kumulované,
5. škály s nútenou voľbou.

1. Pri numerických škálach má s.o. za úlohu na číselnej stupnici s presne definovanými stupňami posúdiť a zaradiť jednotlivé javy. Numerická škála sa pre svoju relatívnu jednoduchosť zaraďuje k najpopulárnejším technikám.

2. Grafické posudzovacie škály. S.o. spravidla na úsečke má určiť, kde by umiestnila posudzovaný znak. Úsečky sú najčastejšie vo vodorovnej, ale aj v šikmej a zvislej polohe /teploměr/. Výhodou týchto škál je ich relatívna presnosť a jednoduchosť. Guilford /1954/ vypracoval všeobecné zásady konštrukcie grafických škál v snahe zvýšiť ich presnosť. V klinickej psychodiagnostike sa využívajú obidve škály, numerická i grafická, ako aj ich kombinácia.

3. Štandardné posudzovacie stupnice. Predpokladom aplikácie štandardných posudzovacích stupníc je znalosť normatívnych kritérií štandardných podnetov, vo vzťahu ku ktorým sa posudzuje určitý znak. Úlohou s.o. je pri radiť jednotlivé podnety či znaky k stanoveným normám. Postupujeme tak pri posúdení písma, ktoré ohodnocujeme podľa známok. Podobným spôsobom sa hodnotia niektoré športové výkony. Pri tejto forme posudzovacích stupníc je najväčším problémom stanovenie kritérií vo forme štandardných noriem. Z týchto dôvodov uvedená norma ratingových škál v porovnaní s predchádzajúcimi nie je natoľko využívaná. Z tejto skupiny je najznámejšia škála, ktorú uvádza Guilford, "Man - to - Man", ktorá sa využíva na hodnotenie schopnosti viesť niekoho v dôstojníckych povolaniach.

4. Kumulatívne posudzovacie škály. Podstata kumulatívnych škál spočíva v tom, že sa jednotlivým položkám prisudzuje určitý význam, napr. pre ich výskyt. Najčastejšou formou sú rozličné zaškrťavacie listiny s rozličnými adjektívami. Zaškrťávajú sa tie, ktoré najlepšie vystihujú určitú osobu. Kumulatívne škály sa v širokom meradle využívajú v klinickej psychodiagnostike a sú všeobecne známe ako "checklist" metódy.

5. Posudzovacie škály s nútenou voľbou. Úlohou s.o. je vybrať medzi rozličnými variantami vlastnosť, ktorá sa prejavuje vo väčšej miere v porovnaní s inou vlastnosťou. V škále je uvedený väčší počet znakov a z nich sa majú vybrať tie, ktoré vystihujú danú osobu. Napr. zo 4-5 znakov sa vyberá najvýstižnejší znak, ktorým je možné charakterizovať danú osobu. Z výsledkov je možné usudzovať na rozdiely medzi osobami, či už formou diskriminačného indexu, prípadne zisťovať ako sú jednotlivé črty osobnosti hodnotené skupinou posudzovateľov. Ak konštrukcia týchto škál vychádza z em-

pirických poznatkov, možno ich pokladať za hodnotný diagnostický nástroj.

Klasifikácia posudzovacích stupníc

Pri triedení posudzovacích stupníc sa najčastejšie využívajú kritériá konštrukcie škál a kritériá spôsobu posudzovania. Engelsmann /1968/ v účelovej publikácii /Zprávy č. 11/ podáva prehľad posudzovacích stupníc a metód škálovania využívaných v psychiatricko-psychologickej praxi. Pri ich triedení vychádza z diagnostického kritéria. Rozlišuje tieto skupiny posudzovacích stupníc:

1. kontrolné a diagnostické posudzovacie stupnice,
2. jednorozmerové na posúdenie depresie,
3. viacrozmerové, diferenciálno-diagnostické,
4. posudzovacie škály na hodnotenie prispôsobenia a správania,
5. posudzovacie škály využívané v rehabilitácii,
6. príbuzné posudzovacie stupnice,
7. posudzovacie stupnice pre deti.

Z praktických dôvodov pri triedení posudzovacích škál využívame kritériá administrácie spôsobu posudzovania.

Posudzovacie škály delíme na: I/ subjektívne - sebahodnocovacie, II/ škály posudzovania iných: a/ na základe subjektívneho hodnotenia, b/ na základe objektívnych ukazovateľov /pozorovanie, výkon v testoch, najmä performačných a osobnostných, posudky a pod./.

Z prvej skupiny posudzovacích stupníc sú najznámejšie škály:

- a/ nálady
- b/ správania
- c/ interpersonálnych vzťahov.

Zoznam týchto škál uvádza Buros /1970/. Malotinová, Hampejsová /1973/ sa zaoberajú teoretickými východiskami zisťovania subjektívnych stavov, čo zodpovedá pojmu nálada v zmysle Novlisovho chápania /1970/. Okrem rozboru niektorých škál, najmä Novlisovej, Thayerovej /1967, 1970/, Zuckermanovej /1960/ sa zaoberajú aj vlastnou škálou nálad pod názvom "dotazník nálad".

I. Predkladáme stručnú charakteristiku iba niekoľkých subjektívnych škál, ktoré využívame v diagnostickej i výskumnej praxi.

a/ Škály nálad

1. Nowlisova /1970/ metóda "The Mood Adjective Check-list" /MACL/ v skratenej 33 položkovej verzii pri štvorstupňovom hodnotení umožňuje diagnostikovať 12 faktorov nálady /agresiu, úzkosť, surgenciu, uvoľnenosť, koncentráciu, únavu, aktivitu, sociálne vzťahy, srdečnosť, smútok, sebec-

tvo, ľahostajnosť a septicizmus/. MACL umožňuje formou sebazpozorovania sledovať zmeny nálady, napr. v experimentálnych podmienkach, pri záťaži a pod. Prednosťou Nowlisovej škály je určenie obsahu jednotlivých faktorov, ktoré možno využiť i pri diagnostike osobnosti.

2. Clydova stupnica nálady /1963/ "Clyde Mood Scale" /CMS/, ktorá pozostáva zo 48 položiek odstupňovaných od 1 - 4. Škála sa využíva na hodnotenie zmien emotivity u zdravých ľudí a u ľudí duševne chorých. Možno ju využiť u všetkých foriem duševných porúch a chorôb. V porovnaní s inými sa Clydova stupnica ukázala ako najvalidnejšia pri posudzovaní účinku jednotlivých foriem terapie.

3. Thayer /1967, 1970/ vypracoval 52 položkovú škálu so štvorstupňovým hodnotením na diagnostiku štyroch faktorov aktivácie. Škála je známa pod názvom AD - ACL /Major Factors of Activation - Deactivation Adjective Check-List/. 1. Faktor všeobecnej aktivácie je sytený siedmimi položkami; 2. Faktor vysokej aktivácie je sytený piatimi položkami; 3. Všeobecný faktor deaktivácie je sytený siedmimi položkami; 4. Faktor aktivácie a spánku je sytený tromi položkami. Všetky faktory boli zhodnotené pomocou 15 fyziologických parametrov. Štatisticky významné korelácie medzi adjektívami škály a fyziologickými ukazovateľmi umožnili určiť obsah jednotlivých faktorov. Škála AD - ACL predstavuje významný diagnostický nástroj, ktorý sa vhodne aplikuje pri diagnostike emocionálneho stavu ako aj dynamiky nálady.

4. K rozšíreným ratingovým škálam patrí Zungova škála /1965/ merania depresie. Škála sa skladá z 20 položiek štvorstupňovo hodnotených. Hrubé skóre sa prenášajú podľa tabuliek na vážené skóre a výsledná hodnota je ukazovateľom stupňa depresie. Umožňuje nasledovné diagnostické triedenia: stupeň depresie, úzkostnej reakcie a prechodných situačných depresívnych reakcií.

5. Beckova stupnica depresie /1961/ obsahuje 21 štvorstupňových položiek. Celkové skóre získané v škále udáva mieru patológie. Metóda je vhodná na sledovanie zmien dynamiky klinického stavu, priebehu liečby, najmä depresívnych stavov.

b/ Škály správania

II. Do skupiny objektívnych škál zaraďujeme posudzovacie stupnice na hodnotenie klinického stavu a efektu komplexnej liečby. Ako kritérium sa v klinickej praxi využíva správanie sa pacienta pod vplyvom liečby, relácie z denných záznamov, výsledky z laboratórnych vyšetrení, kontrolných psychologických vyšetrení a interview. Medzi najznámejšie škály patrí:

1. Škála Vinařa a spol. /1963, cit. Engelsmann, 1967/, škála F, K, P na kvantifikáciu psychiatrickej symptomatológie pri sledovaní terapeutického efektu, najmä pri farmakoterapii. Škála F, K, P sa skladá z dvoch

častí. V prvej sú kvantifikované oblasti ako je spánok, nálada, sebahodnotenie, afekt a pohyblivosť, tempo reči, spoločenskosť.

Druhá časť sa skladá z ostatnej symptomatológie ako je orientácia, úzkosť a strach, halucinácie, bludy, myslenie, disimulácia, kritičnosť.

V prvej časti sa symptómy hodnotia bipolárne v rozpätí 1-4 alebo -1 až -4; nula zodpovedá norme. Druhá časť je bodovaná podľa stupňa 0 až 1.

2. Do kategórie všeobecných ratingových škál začleňujeme Goodrichovu /1953/ škálu ohodnocujúcu priebeh duševnej choroby. Škála je zameraná na kvantifikáciu symptómov hospitalizovaných pacientov. Obsahuje 28 položiek, rozdelených do 5 oblastí. Položky sa vyhodnocujú na štvorstupňovej škále. Každú skupinu poruchy, napr. afektivitu, myslenie možno určiť kvantitatívne.

3. Ratingová škála Malamuda a Sandsa /1947/ obsahuje 15 oblastí. Položky v jednotlivých kategóriách sú 6 bodové. Na základe celkových skóre sa určujú stupne miery psychotizizmu. Od 0 do 15 bodov - stav upravený alebo v remisii; 16-35 bodov - zjavná psychóza pri explorácii; 36-50 bodov - zjavný psychotický stav; nad 50 bodov - akútna psychóza.

4. Wittenbornova posudzovacia stupnica /1955/ sa skladá zo 72 položiek hodnotených podľa stupňa 0-3. Každá z uvedených položiek skóruje v 12 diagnostických kategóriách. Patrí medzi najrozšírenejšie škály aplikované pri hodnotení celkového duševného stavu, najmä psychotických pacientov.

V súčasnej dobe poznáme veľký počet ratingových škál, ktorými sa obohacuje diagnostický arzenál. Využívajú sa nielen v klinickej psychológii a psychiatrii, ale aj v iných oblastiach aplikovanej psychológie, najmä v poradenstve.

c/ Škály interpersonálnych vzťahov

Tu zaraďujeme škály na meranie interpersonálnych vzťahov, ktoré sa využívajú hlavne v sociologicky orientovaných výskumoch. Z tejto skupiny je v klinickej praxi najznámejší Learyho dotazník ICL.

Reliabilita a validita posudzovacích škál

Spolahlivosť posudzovacích škál je podmienená dvojakými zdrojmi chýb. Sú to chyby náhodné a chyby systematické, ktorých sa dopúšťa väčšina posudzovateľov. Systematické chyby sú neustále predmetom úvah o ich príčine a konštantnom výskyte.

1. Haló efekt patrí ku konštantným chybám. Objektívne posúdenie je ovplyvnené celkovým dojemom v smere pozitívnom alebo negatívnom.

2. Logické chyby v posudzovaní, ktoré sú spôsobené faktorom známosti. Ináč posudzujeme ľudí, ktorých poznáme a máme k nim dobrý vzťah, ako ľudí neznámych, prípadne tých, ku ktorým prechovávame negatívne vzťahy.

3. Chyby zapríčinené kontrastom. Často posudzujeme iných v kontraste k sebe, prípadne analogicky ako seba.

4. Chyby blízkej asociácie. Ak posudzujeme jedinca po krátkom časovom odstupe, môže sa stať, že ho posudzujeme rovnakým spôsobom.

5. Štýl posudzovania. Je známe, že jeden posudzovateľ je prísnejší, iný benevolentnejší.

6. Časová chyba. Ak posudzujeme nejakú vlastnosť, ktorá sa často vyskytuje, ohodnocujeme ju ináč ako vlastnosť, ktorá sa sporadicky vyskytuje.

Pri štúdiu spoľahlivosti posudzovacích škál postupujeme analogicky ako pri iných metódach za použitia tých istých techník: test-retest, paralelné techniky a split half metóda.

V porovnaní s inými metódami sú koeficienty reliability oveľa variabilnejšie a celkové kritériá sú voľnejšie. Tejto problematike sa dosiaľ v literatúre nevenovala väčšia pozornosť, pretože škálové metódy nie sú meracími nástrojmi v pravom slova zmysle.

Validita posudzovacích škál. Validitu posudzovacích škál nie je možné jednoznačne určiť. Je závislá od úrovne posudzovateľov, od posudzovaných psychických črt, nakoľko jedny možno ľahšie, presnejšie určiť, kým pri iných je posudzovateľ neistý.

Prednosti a nedostatky posudzovacích škál

Prednosť posudzovacích škál spočíva v možnosti posudzovania veľkého počtu znakov, podnetov, črt. Pre túto prednosť sa posudzovacie škály s obľubou využívajú vo všetkých odvetviach aplikovanej psychológie. K prednostiam posudzovacích škál patrí aj relatívne krátke trvanie administrácie.

Hlavným nedostatkom posudzovacích škál je ich sporná vedecká hodnota. Pri interpretácii posudzovacích škál, či už vzhľadom na výskumné alebo diagnostické ciele, musíme postupovať s určitou opatrnosťou. Posudzovacie škály sa môžu využívať v klinickej praxi ako doplnkové vyšetrovacie techniky.

Charakteristika dotazníkových metód

Diagnostickú hodnotu dotazníkových metód určujú psychometrické parametre. Štandardizácia dotazníkov je určená na veľkom počte vyšetrovaných osôb. Vysoká reliabilita vyjadruje relatívnu stálosť výsledkov pri opako-

vanom vyšetrení za pomerne rovnakých podmienok. Podobne aj validita je pri väčšine dotazníkových metód uvádzaná a je zárukou relatívnej platnosti získaných údajov. Dotazníkové metódy sa v psychometrických kritériách formálne približujú výkonovým testom. Niektoré dotazníky sa zasa skôr približujú k projektívnym metódam, pretože sa v nich nezisťuje, čo pokusná osoba sama o sebe súdi. Skôr ide o získanú obranu v osobnosti zo spôsobu riešenia otázok alebo iných úloh.

Podmienkou aplikácie dotazníkových metód je predpoklad, že vyšetrovaná osoba je schopná posúdiť a zhodnotiť svoj duševný stav. Z týchto dôvodov by sa mali dotazníkové metódy aplikovať u ľudí s priemernou a vyššou intelektovou úrovňou a u psychotických zmien len bez výraznejšej deteriorácie osobnosti.

Pri dotazníkových metódach sa predpokladá záujem a ochota k spolupráci, pretože výsledky dotazníkových metód možno ovplyvniť vedomým skreslením, zastieraním, nadsadzovaním /simulácia, disimulácia, agravácia/, takže pri takom postoji výsledky dotazníkových metód sú diagnosticky bezvýznamné. Toto nebezpečenie pri dotazníkových metódach existuje, a preto niektoré dotazníkové metódy obsahujú aj škály validity, napr. stupnice lživosti, ktoré určujú stupeň pravdivosti skúšanej osoby pri riešení otázok v dotazníkových metódach.

K nevýhodám dotazníkových metód patrí nezvyklosť písomného prejavu, niekedy aj nejasnosť formulácie niektorých otázok a často nezvyklosť skúšanej osoby presne uvažovať o sebe. V klinickej psychológii sú tieto nevýhody dotazníkového metódy zjavné, preto pacienti vypĺňajú dotazníky pod vedením klinického psychológa, ktorý v prípade potreby bližšie osvetlí zmysel otázky, aby sa tak zamedzilo nedbalému a povrchnému vypĺňaniu alebo, a to predovšetkým, nesprávnemu chápaniu formulácie otázok.

Dotazníkové metódy poskytujú informácie o určitých vlastnostiach osobnosti a symptómoch. Kvantitatívne ukazovatele osvetľujú štruktúru osobnosti a spresňujú informácie o nej. Nemožno od nich viac očakávať, iba to, čo môžu poskytnúť, preto vyšetrenie osobnosti sa neobmedzuje len na dotazníkové metódy.

Výhodou dotazníkových metód je ich krátka a rýchla aplikácia v individuálnej a skupinovej forme, ľahké vyhodnocovanie výsledkov a ich porovnanie s normatívnymi dátami. Jednoznačná interpretácia výsledkov a ich relatívna objektivita zvyšuje ich význam pri diagnostickom hodnotení subjektívnych zážitkov. Zásluhou kvantitatívnych údajov dotazníkové metódy umožňujú pochopiť dynamiku osobnosti v najširších súvislostiach. Význam dotazníkových metód spočíva aj v tom, že umožňujú nadviazať kontakt s vyšetrovanou osobou.

Pre uvedené výhody dotazníkových metód sa zvýšila ich popularnosť a záujem zo strany praktikov. Teoretici poukazovali zasa na ich nedostatky, najmä na možnosť diagnostických chýb.

V minulých rokoch sa dotazníkové metódy kritizovali najmä preto, že ich zásluhou sa oživovali staré teórie introspektívnej psychológie, ako aj pre ich spätosť s behaviorizmom, čo spochybňovalo ich teoretickú hodnotu a praktický diagnostický význam.

Napriek oprávneným teoretickým výhradám voči dotazníkovým metódam ich postavenie v komplexe diagnostických metód je nezastupiteľné, pretože poskytujú informácie o intenzite, hĺbke a miere subjektívneho prežívania. Svojím obsahovým zameraním sa najviac približujú ku klinickým metódam. Ich praktická užitočnosť v diagnostickej i vedecko-výskumnej činnosti podmieňuje záujem výskumu dotazníkových metód ako aj ich praktickú aplikáciu ako diagnostických testov.

Psychodiagnostická aktivita

Ke prečítaniu knihy si čitateľ môže položiť otázky, zvlášť začiatočník v odbore klinickej psychodiagnostiky, aká je súčasná psychodiagnostická aktivita, koľko času venuje klinický psychológ rutinej psychodiagnostike a ktoré z analyzovaných testov sú prvoradého významu.

Na začiatku rozvoja klinickej psychológie v 50 - 60-tych rokoch sa klinický psychológ primárne orientoval na psychodiagnostickú prax. Postupne sa presadzovala jeho účasť aj v praktickej psychoterapii. V našich podmienkach sa vývin klinickej psychológie dospelých ubera dvoma formami špecializácie, a to so zameraním výlučne na psychoterapiu, alebo na psychodiagnostiku. Väčšina praktických psychológov, najmä na psychiatrických oddeleniach, sa venuje obidvom formám činnosti, diagnostike i psychoterapii.

V psychodiagnostickej orientácii spočíva ťažisko práce v diagnostickom procese za využívania rozličných psychologických metód. Wade a Baker /1977/ zistili na základe prieskumu 500 klinických psychológov, že výkonové testy sa aplikujú v 35% a projektívne v 20%. Americký klinický psychológ venuje jednu tretinu času psychodiagnostike, jednu tretinu psychoterapii a jednu tretinu ostatnej činnosti. Nazdávame sa, že v našich podmienkach je rozdelený pracovný čas klinického psychológa analogicky.

Nováková, Říčan /1978/ vo svojom prieskume zistili rozdielnú frekvenciu aplikácie testov v porovnaní s Wadom a Bakerom /1977/. U nás sa Rorschachova metóda využíva v 88,6%, Wechslerova skúška inteligencie v 86,4% a MMPI v 50%.

Z uvedeného vyplýva, že uvedené metódy sú základným arzenálom psychodiagnostických metód každého klinického psychológa. Frekvencia metód zistená v štatistickom prehľade varíruje podľa zamerania jednotlivých pracovníkov. Na našom pracovisku sú na prvom mieste zastúpené metódy výkonové, potom dotazníkové a až na treťom mieste sú metódy projektívne.

Zdôrazňujeme, že súčasná psychodiagnostická aktivita sa môže osvetliť nielen kvantitatívnymi ukazovateľmi frekvencie použiteľnosti, ale predovšetkým odbornou úrovňou ich aplikácie, k čomu majú prispieť aj informácie uvedené v tejto knihe.

Etické zásady aplikácie psychodiagnostických metód

Pri analýze jednotlivých metód sme poukázali aj na etickú stránku a právnu zodpovednosť psychológa za odbornú administráciu a interpretáciu výsledkov aplikovaných testov. Nazdávame sa, že v závere knihy je vhodné opäť ich zrekapitulovať vo forme všeobecných zásad.

1. Klinický psychológ je členom tímu zdravotníckych pracovníkov, ktorý sa podieľa v úzkej spolupráci najmä s psychiatrom na starostlivosti o duševné zdravie pacientov. Zúčastňuje sa na všetkých formách tejto starostlivosti, v diagnostike, v terapii, v prevencii, v postgraduálnom výchovnom procese zdravotníckych pracovníkov a vo výskume.

2. Vo všetkých oblastiach svojej činnosti, najmä diagnostickej, využíva rozličné psychodiagnostické metódy, ktorými objektivizuje jednotlivé zložky osobnosti. V diagnostickom procese odhaľuje rozličné zážitky z pacientovho života a poznáva jeho minulosť v takom rozsahu ako žiaden iný odborník.

3. V záujme ochrany jedinca a nedotknuteľnosti jeho osobnosti musí psychológ v prvom rade prísne zachovávať psychologické tajomstvo. Psychológ nemá právo prezradiť informácie o vyšetrovanej osobe, ktoré získal pri výkone svojho povolania, ani také informácie získané inou cestou, ktoré by mohli osobnosť pacienta poškodiť. Psychológ nemôže tieto informácie bez súhlasu vyšetrovaného oznámiť ani najbližším rodinným príslušníkom. Získané informácie nemôže bez súhlasu vyšetrovaného oznámiť ani na súdnom pojednávaní, ak je tam prizvaný ako svedok. Bez súhlasu vyšetrovaného môže ako svedok uviesť iba skutočnosť, že sa podieľal na vyšetrení, ale nemôže uviesť psychologický náález. V prípade, že sa na súdnom pojednávaní zúčastňuje ako súdny znalec, vyjadruje sa k otázkam ktoré mu predložil súd, napríklad o spôsobilosti posudzovaného jedinca vytvoriť vyhovujúce výchovné prostredie, prípadne o jeho rozpoznávacej a vôľovej zložke, o jeho schopnostiach chápať zmysel trestného konania a pod. V súdnoznaleckom posudku sa nemôžu uviesť informácie subjektívnej povahy, ale iba všeobecná analýza symptómov, a to v takej zrozumiteľnej formulácii, aby sa vyšetrovaný mohol k znaleckému posudku vyjadriť.

Psychológ musí dodržiavať zásadu mlčanlivosti v spoločenských reláciách. Zdravotný stav pacienta nemôže byť predmetom spoločenskej konverzácie.

4. Etické zásady aplikácie diagnostických testov spočívajú v adekvátnej indikácii psychodiagnostických metód, v odbornej interpretácii ich výsledkov a v písomne spracovanom náleze takou formou, ktorá by nepoškodila osobnosť vyšetrovaného.

Pod pojmom adekvátna indikácia psychodiagnostických metód chápeme takú kombináciu testov, ktorou najracionálnejšie získavame presné informácie, vhodné pre postavenie diagnózy. Schraml /1970/ navrhuje kombináciu psychodiagnostických metód, ktorá sa pokladá za najefektívnejšiu pri diagnostike jednotlivých syndrémov psychotického i nepychotického ochorenia. Je dôležité urobiť psychologické vyšetrenie v čo najkratšom čase a tým prispieť k diagnostickému psychiatrickému záveru, aby sa mohlo urýchlene začať

s liečbou. Je neetické, ak zbytočne predlžujeme vyšetrenia a zatažujeme vyšetrovaného, napr. povinnosťou cestovať.

5. V prípade potreby vyšetrenia pre výskumné účely musíme pacienta požiadať o spoluprácu a získať jeho súhlas. V obrysoch ho oboznamujeme s cieľom našej výskumnej práce.

6. K etickým zásadám práce psychológa patrí aj dodržiavanie vymedzeného postavenia v tíme spolupracovníkov. Psychológ v tíme psychiater, psychológ, stredný zdravotnícky pracovník má spravidla vymedzenú kompetenciu, ktorá sa obmedzuje na voľbu psychodiagnostických a psychoterapeutických metód. Táto zásada sa v prípade psychoterapie vzťahuje na psychoterapiu vedúcu z pozície klinického psychológa.

V zmysle koncepcie klinickej psychológie podlieha psychológ vedúcemu psychológovi, ďalej vedúcemu oddelenia kliniky a riaditeľovi nemocnice. Túto formu podriadenia musí dodržiavať v pracovnom postupe i vo veciach organizačných. Porušenie subordinácie vedie spravidla k interpersonálnym konfliktom.

Psychológ je zodpovedný za výber psychodiagnostických metód, za spôsob ich administrácie a ich odbornú interpretáciu. Túto prácu môže kontrolovať jedine vedúci psychológ, ktorý súčasne organizačne zabezpečuje tímovú spoluprácu kolektívu psychológov a podieľa sa na tímovej spolupráci s psychiatrami.

7. Otázke spracovania psychologického nálezu sa venovala značná pozornosť. Kratochvíl, Fišerová /1972/ sa nazdávajú, že písomnou formou sa majú spracovávať tieto druhy nálezov:

1. nálezy vychádzajúce z explorácie,
2. nálezy opierajúce sa o testové metódy,
3. nálezy exploračné a testové,
4. nálezy naratívne,
5. nálezy orientované na jednotlivé zložky osobnosti.

Forma a obsah nálezu sú závislé od toho, komu je nález adresovaný: lekárovi, výchovnému poradcovi, inštitúcii a pod. Najčastejšie je však nález písaný pre potreby psychiatra, a to za účelom stanovenia psychiatrickej diagnózy. Nález má obsahovať informatívne údaje z osobnej anamnézy. Nesmú chýbať najmä tie údaje, ktoré môžu byť v priamej súvislosti s terajším ochorením, napr. rozličné traumatické zážitky a konflikty.

Rozbor aplikovaných testov sa orientuje na charakteristiku osobnosti a na opis symptómov s ich kvantitatívnym určením a kvalitatívnou analýzou. Záver nálezu má obsahovať všetky najdôležitejšie objektivizované symptómy, ktoré sú významné z hľadiska diferenciálnej diagnózy a ktoré umožňujú úvahu o prognóze vo vzťahu ku konkrétnej terapii, či už medikamentóznej, ale-

bo psychoterapeutickej. Janík a spol. /1978/ zastávajú názor, že psychológ podáva už viac-menej ucelenú správu pred započatím vlastnej terapie. Týmto sa však práca psychológa nekončí. Žiada sa, aby psychológ svoj obraz o pacientovi dopĺňal sledovaním vývinu jeho duševného stavu počas hospitalizácie alebo ambulantnej liečby. Zdravotný stav pacienta analyzuje vo forme konkrétnych vyšetrení. Súhrnný nález by psychológ mal písomnou formou spracovať pred prepustením pacienta. V tomto náleze by mal byť prehľadným spôsobom zachytený nález z prvého vyšetrenia a z kontrolných vyšetrení v porovnaní so súčasným stavom. Psychologické vyšetrenie je dlhodobý proces, ktorý musí mať svoju kontinuitu.

8. Pokiaľ ide o rozsah písomnej správy, možno akceptovať náhľady Janíka a spol. /1978/ v tom, že prvý nález by mal mať rozsah 60-100 strojom písaných riadkov. Kontrolné nálezy asi 15-20 riadkov a správa pred prepustením opäť okolo 60 riadkov. Tieto čísla majú pochopiteľne orientačný význam. Správa o psychologickom vyšetrení je súčasťou chorobopisu. Použité testové metódy sú však archivované osobitne. Testy aplikované u jedného pacienta sú archivované vždy pod tým číslom, ktoré zodpovedá záznamu v ambulantnej knihe. Okrem nacionálií sa v ambulantnej knihe uvádzajú i použité testové metódy a ich výsledky vo forme hesla IQ a pod.

Osobitné archivovanie psychologických testov je dôležité preto, aby nebolo možné zneužiť psychologické testy, napr. aby nedošlo k prezradeniu ich vyhodnocovacích kľúčov alebo foriem riešenia. Pri retestovom vyšetrení nám archivované testy z predchádzajúceho vyšetrenia umožňujú porovnanie výsledkov. Výber metód, ich administrácia a archivovanie je však len jednou stránkou etických zásad psychodiagnostiky. Druhou zásadou je uchrániť verejnosť pred poškodením, ktoré môže prameniť z nekvalifikovaného používania a interpretácie psychodiagnostických metód.

9. Vzhľadom na uvedené nebezpečenstvo sa vo všeobecnosti prijíma požiadavka, aby psychodiagnostické metódy v klinickej praxi mali právo používať výlučne klinickí psychológovia. N.p. Psychodiagnostické a didaktické testy túto zásadu prísne dodržiava, čo sa prejavuje napr. v tom, že metódy klinickej povahy zasiela na adresu psychológa, nie na adresu zamestnávateľa.

Nad otázkou, kto je kvalifikovaný psychológ, sa zamýšľal Řičan /1970/, Kolaříková /1971/. Zastávame názor, že pojem kvalifikovaný psychológ predpokladá taký stupeň špecializácie, ktorá umožňuje správne indikovať a vedecky interpretovať výsledky testových metód. Psychológ sa k tejto kvalifikácii dopracúva v priebehu svojej praktickej činnosti. Za kvalifikovaného odborníka môžeme pokladať psychológa až po trojročnej praxi, ak v priebehu tohto času získal pod vedením skúseného psychológa dostatočné teoretické i praktické skúsenosti, ktoré tvorivým spôsobom uplatňuje v psychodiagnostickom procese. V záujme zvyšovania kvalifikácie sa od psychológa vyžaduje,

aby sa podobne ako lekár podrobil i odbornej tzv. atestačnej skúške. Táto požiadavka je oprávnená, pretože kritérium minimálne trojročného pôsobenia ešte nie je jednoznačnou zárukou kvalifikácie. Pri presadzovaní potreby právnej ochrany psychologickéj profesie sa sleduje aj výlučné právo psychológov narábať s psychodiagnostickými testami podľa profesionálnej orientácie. Nie je to podmienené len stavovskými tendenciami alebo obavami, že by iný odborník nezvládol spôsob administrácie, ale tým, že existuje veľký počet testov, ktoré nespĺňajú vedecké kritériá. Ak metóda nevychádza z presne formulovanej koncepcie a jej psychometrické kritériá nie sú známe, potom poskytuje hrubé výsledky, ktoré sú často nehodnotiteľnej povahy. Psychológ v priebehu svojho pregraduálneho štúdia získal potrebný rozsah poznatkov o teoretickej podstate psychodiagnostických metód, takže nebezpečenstvo použitia podobných metód je minimálne, prípadne ich použitie hodnotí kriticky. Psychodiagnostické metódy vznikajú spravidla ako výsledok dlhodobého bádania rozličných tímov. Sústavným výskumom jednej a tej istej metódy sa prehlbujú formy jej interpretácie, čím sa dosahujú precíznejšie a stabilnejšie psychologické nálezy.

Hlavné nebezpečenstvo neodborného zaobchádzania s testami spočíva v neodbornej interpretácii tzv. negatívnych výsledkov. Jediniec môže za určitých okolností zlyhať pri inteligenčnom teste. Nízke skóre, ktoré mu takto prisúdime, je podkladom pre hodnotenie jeho rozumových schopností. Závery z tohto hodnotenia sú však v hrubom rozpore s realitou. Ak by sme nekriticky akceptovali tieto výsledky, môže sa nám stať, že jedinca s priemerne rozvinutými intelektovými schopnosťami budeme hodnotiť ako podpriemerného. Ak toto nebezpečenstvo reálne existuje, zvyšuje sa prirodzene vtedy, ak by testy aplikovali len zaškolení nepsychológovia. V súčasnej dobe je požiadavka odborného a kvalifikovaného zaobchádzania s testami neoddeliteľne spätá s požiadavkou odbornej špecializácie.

Testy určené pre klinické ciele by sa mali aplikovať len v tejto oblasti a mali by ich využívať klinickí psychológovia. Ak by sme v experimentálnej psychológii aplikovali u zdravej populácie napr. MMPI, výsledky takéhoto hodnotenia by spôsobili viac škody než úžitku. S rastúcimi nárokmi na znalosť psychodiagnostických metód sa prirodzenou formou presadzuje odborná špecializácia.

10. Pri otázkach etiky profesie psychológa sa poukazuje aj na charakterové vlastnosti psychológa.

a/ Vo všeobecnosti sa zdôrazňuje, aby to bol jediniec s úprimným záujmom o ľudí. b/ Pri práci s pacientom musí postupovať ohľaduplne, s pocitom plnej zodpovednosti. c/ To sa má prejavovať v taktnom, čestnom a optimistickom prístupe k pacientovi. d/ Klinický psychológ musí dbať o svoju povesť, svoj zovňajšok a o to, aby sa tešil povesti schopného a dobrého človeka,

aby pacient mal pocit, že mu môže zveriť aj intímne stránky zo svojho života. e/ Klinický psychológ musí kriticky hodnotiť svoje postoje k pacientom a spolupracovníkom i k iným odborníkom. f/ Klinický psychológ je aj verejný činiteľ, ktorého charakterové vlastnosti a odborná úroveň sú predmetom záujmu blízkeho okolia. Ono kriticky hodnotí jeho správanie nielen na pracovisku, ale i v súkromí. g/ Psychológ, ktorý nezvyšuje svoju kvalifikáciu a ktorý nekoriguje svoje správanie v zmysle zásad morálky socialistického človeka, hlboko poškodzuje nielen seba, ale i profesiu psychológa. Profesia psychológa kladie veľké nároky na charakterovú a odbornú úroveň jej predstaviteľov.

Predpokladáme, že preštudovaním knihy o psychodiagnostických metódach v klinickej psychológii získa čitateľ informácie o súčasnej psychodiagnostike a o jej mieste v klinickej psychológii, i informáci o dôležitosti dodržania etických zásad v profesii klinického psychológa.

LITERATURA

- Abrams, S.: A validation of Piotrowski's Alpha formula with schizophrenics varying in duration of illness, *Am. J. Psychiat.* 121, 45-47, 1964.
- Abt, L. E.: A theory of projective psychology, v Abt, L. E., Bellak, L. /red./ Projective psychology, A. A. Knoph, New York 1952.
- Adams, H. B., Cooper, C. D.: The Rorschach and MMPI: A concurrent validity J. proj. Tech., 27, 23-34, 1969.
- Aita, J. A., Reitan, M. R., Ruth, J. M.: Rorschach test as a diagnostic aid in a brain injury, *Am. J. Psychiat.*, 103, 770-779, 1947.
- Allport, G. W.: A test for ascendance - submission, *J. abnorm. soc. Psychol.*, 23, 118-136, 1928.
- Allport, G. W., Vernon, P. E.: A study of values, Houghton Mifflin, Boston 1931, 1960.
- Allport, G. W.: Personality, Constable and Co, London 1949.
- Allport, G. W.: Pattern and growth in personality, Holt, New York 1961.
- Ames, L. B.: Further check on the diagnostic validity of the Ames danger signals, *J. proj. Tech.*, 23, 291-298, 1959.
- Anthauer, R.: Intelligenz und Beruf, *Zeitschr. explor. angewandte Psychol.*, 1, 1953.
- Andert, J. N., Dinning, W. D., Hustak, Th. L., Kopitz, E. M.: Errors on the Bender - Gestalt for adult retardates: normative data; Percept. mot. Skills, 42, 451-454, 1976.
- Anastasi, A.: Fields of applied psychology, McGraw-Hill, New York 1964.
- Anastasi, A.: Psychological testing, Second ed., McMillan Company, New York 1976.
- Anochin, P. K.: Kibernetika i integrativnaja dejatel'nost', *Voprosy psichol.*, 3, 10-32, 1966.
- Appelbaum, S. A., Holtzman, P. S.: The color-shading response and suicide, *J. proj. Tech.*, 26, 155-161, 1962.
- Armitage, S. G.: An analysis of certain psychological tests use for the evaluation of brain injury, *Psychol. Monogr.*, T. 60, No. 1, 1946.
- Armstrong, M.: Children's responses to animal and human figures in the thematic pictures, *J. consult. Psychol.*, 18, 67-70, 1954.
- Arnold, M. B.: Emotion and personality, Vol. 2, Univ. Press., Columbia 1960.

- Arnold, M. B.: Story sequence analysis. A new method of measuring motivation and predicting achievement, Columbia Univ. Press, New York 1962.
- Arnold, O. H., Kohlmann, Th.: Kritik und Verwendbarkeit des Szondi - Testes in der klinischen Psychiatrie, Wiener Zeitschr. Nervenheilk., u. deren Grenzgebiete, 5, 90, 1952.
- Arnold, W.: Der Pauli-Test, München 1970.
- Arthus, H.: Une psychologie virtualiste: "Le Village"-test d'activité créatrice, Hartman, Paris 1949.
- Aschough, C., Dana, R. H.: Concurrent validities of the Mosaic and Bender - Gestalt tests, J. consult. Psychol., 26, 430-434, 1962.
- Babcock, H.: An experimental in the measurement of mental deterioration, Arch. Psychol., 117, 1-32, 1930.
- Babcock, H., Levy, L.: The Babcock test mental efficiency, Western Psychological Services, New York 1940.
- Baker, L. M., Creager, J. A.: Rating scale technique applied to Rorschach responses, J. clin. Psychol., 10, 373-375, 1954.
- Balcar, K.: HSPQ - Osobnostní dotazník pro mládež, Psychodiagn. a didaktické testy, n.p. Bratislava 1973.
- Baltrusch, H. J.: Klinisch-psychologische Erfahrungen mit dem Figure-Drawing-Test, Z. Psychosom. Med., 3, 29-40, 1956.
- Bandura, A., Walters, R. H.: Agresja w okresie dorastania, Warszawa 1968.
- Bang, R.: Das gezielte Gespräch, Ernst Reinhard Verlag, München 1968.
- Bash, K. W.: Über den differential diagnostischen Wert der Piotrowski-Zeichengruppen im Rorschach Versuch - Experientia, Bd. 2, 1946.
- Baughman, E. E.: Objectification of Rorschach inquiry and scoring, Research Grant: M-1027, Terminal Report, 1-83 /rukopis/, 1958.
- Baughman, E. E.: The role of the stimulus in Rorschach responses, Psychol. Bull., 55, 121-147, 1958.
- Beck, A. L.: Beck inventory test, Arch. gen. Psychiat., 4, 561-571, 1961.
- Beck, S. J.: Rorschach's test, Vol. II: A variety of personality pictures., Grune and Stratton, New York 1945.
- Bednárik, Š.: Intelektové testy v klinicko-psychologickej praxi, Čs. psychol., 13, 71-74, 1969.
- Beizmann, C.: Handbook for scorings of Rorschach responses, Grune, Stratton, New York 1970.
- Bell, J. E.: Projective techniques, Longmans Green and Comp., New York 1948.



- Bellak, L.: The use of the TAT in psychotherapy, J. nerv. ment. Dis. 110, 51-65, 1949.
- Bellak, L.: The TAT and CAT in clinical use, Grune and Stratton, New York 1971.
- Belmont, I., Herbert G., Brich, J., Karp, E.: The disordering of inter-sensory and intrasensory integration by brain damage, J. nerv. ment. Dis. 4, 141, 1966.
- Bender, L.: A visual motor Gestalt test and its clinical use, Amer. Orthopsychiat. Assoc., Res. Monogr. No. 3, 176, 1938.
- Bender, L.: Instructions for the use of visual motor Gestalt test, Am. Orthopsychiat. Assoc., New York 1946.
- Benton, A. L.: A visual retention test for clinical use, Arch. Neurol. Psychiat., 54, 212-216, 1945.
- Benton, A. L.: A multiple choice type of the visual retention test, Arch. Neurol. Psychiat., 64, 699-707, 1950.
- Benton, A. L.: Der - Benton - Test, Handbuch, Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1968.
- Berezin, F. B., Mirošnikov, M. P., Rožanec, R. V.: Metodika mnogostronnogo issledovaniya ličnosti, Medicina, Moskva 1976.
- Berkowitz, L.: The judgmental process in the personality functioning, Psychol. Review, 67, 130-142, 1960.
- Bernreuter, R. G.: The theory and construction of the personality inventory, J. soc. Psychol., 4, 387-405, 1933.
- Bespalko, I. G., Gilaševa, I. N.: O nekotorych metodičeskich i diagnostičeskich vozmožnostjach primeneniya MMPI., Ž. nevropatol. i psichiat., 71, 12, 1850, 1971.
- Binet, A., Henri, V.: La psychologie individuelle, Ann. psychol., 2, 411-463, 1895.
- Binet, A.: L'étude expérimentale de l'intelligence, Schleicher, Paris 1903.
- Binet, A., Simon, T.: Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux, Ann. Psychol., 11, 191-244, 1905.
- Binet, A., Simon, T.: Le développement de l'intelligence chez les enfants, Ann. Psychol., 14, 1-94, 1908.
- Binet, A.: Nouvelle recherches sur la mesure du niveau intellectuelle chez les enfants d'école, Ann. Psychol., 17, 145-201, 1911.
- Billingslea, F. Y.: The Bender - Gestalt: An objective scoring method and validiting data, J. clin. Psychol., 4, 1-28, 1948.

- Blejcher, V. M.: Kliničeskaja patopsichologia, Medicina UzSSR, Taškent 1976.
- Blejcher, V. M., Burlačuk, L. F.: Psihologičeskaja diagnostika intellekta i ličnosti, Izdat. viša škola, Kijev 1978.
- Block, J.: The challenge of responses sets: unconfounding meaning acquiescence and social desirability in the MMPI, Appleton - Century - Crofts, New York 1965.
- Blum, G. S.: A guide for the research use of the Blacky Pictures, J. proj. Tech., 26, 3-29, 1962.
- Blumberg, S.: MMPI F scale as an indicator of severity of psychopathology, J. clin. Psychol., 1, 1967.
- Bohm, E.: Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostik, Hans Huber, Bern 1951.
- Bolgar, H., Fischer, L. K.: Personality projection in the World test, Amer. J. Orthopsych., 17, 1, 1947.
- Borecký, M., Frater, A.: Psychologické charakteristiky strojníků těžních strojů a strojvedoucích vnitropodnikové dopravy, Čs. psychol., 14, 5, 484-487, 1970.
- Bourdon, B.: Observations sur la reconnaissance la discrimination et la association, Revue phil. de France, 1895.
- Brade, J.: Zur Problematik der Zeichentests in der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung einer eigenen Zeichenvorlage /Face - test/, Psychiat. Neurol. med. Psychol., 22, 329-338, 1970.
- Brade, J., Drees, L., Schneider, H. J.: Der Face - test. Eine neue Zeichenvorlage /Zur Problematik der Zeichentests in der psychiatrischen Diagnostik/, VEB, Gustav Fischer Verlag, Jena 1973.
- Breed, F. C.: Fundamental Assumptions in Educational Measurement, "Phi delta Kappa", 20, 118-123, 1937.
- Brengelmann, J. C.: Conrads Standardwahrscheinlichkeit in der Farbwahl: Eine Entgegnung, Z. exp. angew. Psychol., 3, 602-604, 1955.
- Brengelman, J. C.: Farbwahl und Variabilität der Farbwahl im Farbpjramiden-test, Arch. Psychiat. und Z. Ges. Neurol., 196, 296-306, 1957.
- Brihčín, M., Hampejšová, O.: Výsledky laboratorního měření zátěže dvojího typu, Čs. psych., 14, 1, 19-31, 1970.
- Brihčín, S., Koubek, K.: Pohlavní dysfunkce a její projekce v FDT, Košické sexuologické dni, 26.9.1978.
- Bricklin, B., Piotrowski, Z., Wagner, E.: The Hand Test, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois 1978.

- Brittain, H. L.: A study in imagination, *Ped. seminars*, 14., 137-207, 1907.
- Brown, E. C., Casey, A., Fisch, R. I., Neuringer, C.: Trail Making Test as a screening device for the detection of brain damage, *J. consult. Psychol.*, 22, 496-474, 1958.
- Bruhn, K.: Normalisierung einer projektiven Prüfungsmethode; Gruppen und Individualversuche mit dem Helsingfors - Test, *Commentationes Humanorum Litterarum*, 32, 2, Helsinki 1962.
- Brunner, J. F.: Perceptual theory and the Rorschach, *J. of Personality*, 2, 157-168, 1948.
- Řícháček, V., Břicháček, M., Malotínová, M.: Rozbor vztahů mezi parametry vybraných výkonových zkoušek, *Čs. psychol.* 13, 4, 357-366, 1969.
- Řícháček, V., Malotínová, M.: Vztahy mezi rysy osobnosti a parametry krátkodobé pracovní činnosti, *Čs. psychol.*, 15, 1, 1-11, 1971.
- Řícháček, V.: Úvod do psychologického škálování, *Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava 1978.
- Buck, J. N.: The H-T-P technique; a qualitative and quantitative scoring manual, *J. clin. Psychol. Monogr. Suppl.* No. 5, 120 s., 1948.
- Buhler, Ch., Kelly, G., Carrol, H. S.: World test standardisation studies, *Child Care Publications*, New York 1951.
- Bühler, Ch., Manson, M. P.: The picture World test: a new projective technique, *J. Psychol.*, 42, 303/16, 1956.
- Buros, O. K.: Personality tests and reviews, *Gryphon Press*, New Jersey 1970.
- Buros, O. K.: Intelligence tests and reviews. A monograph consisting of the intelligence sections of the seven mental Measurements Yearbooks /1938 - 72/, *The Gryphon Press*, New Jersey 1975.
- Burt, C.: The structure of the mind a review of the results of factor analysis, *Brit. J. educ. Psychol.* 19, 100-111, 176-199, 1949.
- Butcher, J. N.: /Ed./ MMPI - research developments and clinical applications, *McGraw Hill Book Co.*, New York 1969.
- Butcher, J. N., Tolligen, A.: Common methodological problems in MMPI research, *J. consult. clin. Psychol.*, Vol. 46, 4, 620-628, 1978.
- Cameron, N., Magaret, A.: Behavior pathology, *Houghton Mifflin*, Boston 1951.
- Campbell, N. R.: An account of the principles of measurement and calculation, *Longmans, Green and Co.*, London 1928.

- Campbell, D. T., Fiske, D. W.: Convergent and discriminant validation by the multitrait, multimethod matrix, Psychol. Bull. 56, 81-105, 1959.
- Campbell, D. T. a spol.: Varieties of projection in trait attribution, "Psychol. Monographs", 15, 1-33, 1964.
- Carmichael, L., Roberts, S. O., Wessel, N. Y.: A study of the judgment of manual expression as presented in still and motion pictures, J. soc. Psychol., 8, 115-142, 1937.
- Carson, R. C.: Interpretative Manual to the MMPI. In: Butcher, J. N. MMPI - Research developments and clinical applications, 279-296, McGraw Hill Book Co., New York 1969.
- Cattell, J. M.: Mental tests and measurements, Minds, 15, 373-381, 1890.
- Cattell, R. B.: Classical and standard score IQ, standardization of the I. P.A.T. Culture - fair intelligence scale 2, J. consult. Psychol., 15, 154-159, 1951.
- Cattell, R. B.: Personality and motivation structure and measurement, World Book, New York 1957.
- Cattell, R. B., Cattell, A. K. S.: Cattell cultur - fair intelligence test, Institute for personality and ability testing, Champaign, III, 1949, 1957, vid Heinzl a spol. 1970.
- Cattell, R. B., Stice, G.: The sixteen personality factor questionnaire, Champaign, III, rev. ed., 1950, 1957.
- Cattell, R. B., Knapp, R. R., Scheier, I. H.: Second - order personality factor structure in the objective test realm. J. consult. Psychol., 25, 345-352, 1961.
- Cattell, R. B., Scheier, I. H.: Ipat anxiety scale questionnaire, Second Handbook Edition, Champaign, Illinois 1963.
- Cattell, R. B.: Fluid and crystallized intelligence: A critical experiment, J. educ. Psychol., 1963.
- Cattell, R. B., Eber, H. W.: The 16 Personality factor test and handbook, 3 rd. ed., Urbana: IPAT, 1963.
- Cattell, R. B.: Principles of design in projective or misperception tests of personality. W. Anderson, H. H., Anderson, G. L. /ed./ : An introduction to projective techniques, Prentice - Hall, New York 1964, 55-98.
- Cattell, R.B.: The scientific analysis of personality, Penguin, Harmondsworth 1965.
- Cattell, R. B.: Triat - view theory of perturbations in ratings and self ratings /L - and Q - data/: Its application to obtaining pure scores

- trait in questionnaires, *Psychol. Review*, 75, 96-113, 1968.
- Cattell, R. B., Komlos, E., Tatro, D. F.: Significant differences of affective, paranoid and non-paranoid schizophrenics on primary source traits in the 16 P.F. Multivariate behavioral research, special issue, *Abstract*, 33-54, 1968.
- Cattell, R. B., Rickels, K.: The relationship of clinical symptoms and IPAT - factored test of anxiety, regression and asthenia: A factor analytic study, *J. nerv. ment. Dis.*, 146, 147-160, 1968.
- Cattell, R. B., Cattell, M. D. L.: Handbook for high school personality questionnaire, Institute for personality and ability testing, Champaign, Illinois 1968.
- Cattell, R. B.: How good is the modern questionnaire? General principles in evaluation, *J. Person. Assess.*, 38, 115-129, 1974.
- Claparède, E.: La genese de l'hypothese, *Archives de Psychologie*, XXIV, p. 69, Genève 1933.
- Clyde, D. J.: Manual for the Clyde mood scale, Biometric Laboratory Univ. of Miami, Corak Gables, Miami 1963.
- Cohen, J.: Wechsler memory scale performance of psychoneurotic, organic and schizophrenic groups, *J. consult. Psychol.*, 14, 371-375, 1950.
- Coombs, C. H.: Psychological scaling without and unit of measurement, *Psychol. Review*, 57, 145-158, 1950.
- Coombs, C. H., Dawes, R. M., Tversky, A.: Wprowadzenie do psychologii matematycznej, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977.
- Conrad, K., Juncker, D.: Über den Konstitutionstypologischen Wert des Heiss-Hiltmannschen Farbpyramidentests, *Z. menschl. Vererb. u. Konstitutionslehre*, 32, 259-276, 1954.
- Conrad, K.: Über das Problem der Farbwahl im Farbpyramidentest bei normalen und abnormalen Versuchspersonen. *Z. exp. ang. Psychol.*, 2, 33-50, 1954.
- Costello, C. G.: The Rorschach records of suicidal patients: An applications of a comparative matching technique, *J. proj. Tech.*, 22, 1958.
- Cronbach, L. J.: Essentials of psychological testing, Harper and Row, New York 1970.
- Curtis, J. W.: Test zdań niedokonczonych. Examiner manual for the Curtis completion form A, Science research associates, Inc. Chicago 1953.
- Čečer, M., Kovaliková, V.: Štandardizácia Ravenových progresívnych matric na populácii bratislavskej mládeže, In: *Dieta v strede psychologickéj starostlivosti*, SPN, Bratislava 1973.

- Čepelák, J., Diamant, J., Engelsman, F., Nevole, S., Urban, E.: Návrh českého názvosloví a jednotné signatury Rorschachova experimentu, Čs. psychol., 1, 356-357, 1957.
- Černaček, J.: Handedness as a quantitative estimation, J. Neurol. Sci., 1, 152-159, 1964.
- Čistovič, A. S.: Psichozy i ich lečeniye v svete učenija I. P. Pavlova, Leningrad 1952.
- Čulen, J.: A modification of Tapping test as an indicator of sensorimotor development and brain lesions, Studia Psychologica, 8, 71-73, 1966.
- Čulen, J.: Navodené "kritické" tempo ako ukazovateľ funkčnej zrelosti lézií CNS, Čs. psychol., 7, 570-572, 1968.
- Čulen, J.: Skriptá, FF UK, Bratislava 1965.
- Dahl, G.: Übereinstimmungsvalidität des HAWIE und Entwicklung einer reduzierten Testform, 1968, Psych. Neurol. and med. Psychol., 9, 1970.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., Dahlstrom, L. E.: An MMPI Handbook, Volume I., Clinical interpretation, Minneapolis, Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1972.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., Dahlstrom, L. E.: An MMPI Handbook, v. II., Research applications, Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1975.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S.: An MMPI Handbook - A guide to use in clinical practice and research, The Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1965.
- Daston, D. G., Sakheim, G. A.: Prediction of successful suicide from the Rorschach test, using a. sign. approach, J. proj. Tech., 24, 355-361, 1960.
- Davidson, H.: Personality and economic background, King's Crown Press, New York 1943.
- Dawidson, M.: Studies in the application of mental tests to psychotic patients, Brit. J. med. Psychol., 18, 1, 1939.
- Dean, E. A., Lengthened, M.: The Midi-Mult, J. clin. Psychol., 28, 68-71, 1972.
- Degan, J. W.: Dimensions of functional psychosis, Psychometr. Monogr., No. 6, 1952.
- Dobrotka, G.: Defektové predstavy v Rorschachovej metóde, v diele Verner, M. a kol.: Psychológia v zdravotníctve, SAV, Bratislava 1957.
- Doležal, J., Hampejšová, O.: Vliv některých forem informace a výkonu v Bourdonově testu, Čs. psychol., 9, 1, 5-15, 1965.

- Dörken, H., Kral, V. A.: The psychological differentiation of organic brain lesions and their localization by means of the Rorschach test, *Am. J. Psychiat.*, 108, 764-771, 1952.
- Drábková, H.: Zkušenosti s klinickým využitím psychodramatu u dětí. *Psychol. a patopsychol. dítěte*, 1, 82-84, 1966.
- Drake, W. E. Jr., Blumenkrant, J., Vitale, J. H.: Analysis of interpretation of the neurological index of mental impairment. Unpublished manuscript, 1973.
- Drey - Fuchs, Ch.: *Der Fuchs-Rorschach-Test /Fu-Ro-Test/*, Hogrefe, Göttingen 1958.
- Đurič, L.: Práceschopnosť a únava žiakov pri dvojsmennom striedavom vyučovaní, *SPN*, Bratislava 1965.
- Ebbinghaus, H.: Über eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten und ihre Anwendung bei Schulkindern, *Z. Psychol.*, 13, 401-459, 1897.
- Eichler, R. M.: Experimental stress and alleged Rorschach indices of anxiety, *J. abn. soc. Psychol.*, 46, 344-355, 1951.
- Elizur, A.: The psycho-organic syndrome: its assessment and treatment including manual for the Elizur test of Psycho-organicity, Western Psychol. Services, Los Angeles 1969.
- Engel, C.: The relationship between Rorschach responses and Attitudes toward parents, *J. proj. Tech.*, 23, 311-314, 1959.
- Engelsmann, F.: Naše zkušenosti s Minnesotským dotazníkem, *Čs. Psychiat.*, 55, 108-118, 1959.
- Engelsmann, F., Drdková, S.: Test organickej integrity, *Čs. psychol.*, 8, 137-147, 1964.
- Engelsmann, F.: Psychiatrické posuzovací stupnice a metody škálování, *Zprávy*, 11, 1967.
- Eron, L. D.: Frequencies of themes and identification in the stories of schizophrenics and non-hospitalized college students, *J. consult. Psychol.*, 12, 387-395, 1948.
- Esquirol, J. E. D.: *Die Geisteskrankheiten, in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde I., II.*, nem. prekl. Dr. W. Bernhard, Berlin 1938.
- Eštok, S.: Príručka k medzinárodnej klasifikácii chorôb, revízia 1975, Osveta, Martin 1978.
- Exner, J. E.: The influence of chromatic and achromatic color in the Rorschach, *J. proj. Tech.*, 23, 418-425, 1959.
- Eysenck, H. J.: *Dimensions of personality*, Routledge and Regan Paul, London 1947.

- Eysenck, H. J.: Maudsley Medical Questionnaire, Univ. London Press., London 1947.
- Eysenck, H. J.: Scientific study of personality, Routledge and Regan Paul, London 1952.
- Eysenck, H. J.: The structure of human personality, Methuen, London 1953.
- Eysenck, H. J.: Psychiatric diagnosis as a psychological and statistical problem, Psychol. Reports, 1, 3-17, 1955.
- Eysenck, H. J.: A short questionnaire for the measurement of two dimensions of personality, J. appl. Psychol., 42, 14-17, 1958.
- Eysenck, H. J.: Classification and the problem of diagnosis, In: Eysenck, H. J.: Handbook of abnormal psychopogy, Pitman Medical Publishing Co., London 1960.
- Eysenck, H. J.: Experiments in personality, In: Psychodynamics and psychodiagnostics, Routledge and Regan Paul, London 1960.
- Eysenck, H. J.: Handbook of abnormal psychology, Basic Books, New York 1961.
- Eysenck, H. J.: Anxiety and hysteria - a reply to Vernon Hamilton, Brit. J. Psychol., 50, 64-70, 1961.
- Eysenck, H. J.: Principles and methods of personality description, classification and diagnosis, Brit. J. Psychol., 55, 284-292, 1964.
- Eysenck, S. B. G.: Manual of the Junior Eysenck Personality Inventory, Univ. London Press., London 1965.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J.: The measurement of psychoticism: a study of factor stability and reliability, Brit. J. soc. and clin. Psychol., 7, 286-294, 1968.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J.: "Psychoticism" in children a new personality variable, Research in Education, 21-37, 1969.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J.: Manual of the Eysenck Personality Questionnaire, Hodder, Stoughton 1975.
- Evans, R. B., Marmorston, J.: Rorschach signs of brain damage in cerebral thrombosis, Percept. mot. Skills., 18, 977-988, 1964.
- Faschingbauer, T. R.: A 166 - item written short form of the groups MMPI: The FAM, J. consult. clin. Psychol., 42, 645-655, 1974.
- Fenlason, A.: Essentials in interviewing, Grune, Stratton, New York 1962.
- Ferracuti, F.: Sui compiti e sugli attributi dello psicologo in un centro di tossicologia del lavoro, Tesi, Università degli Studi, Roma 1955.

- Fischerová, J.: Amthauerův test struktury inteligence, Čs. psychol., 10, 520-524, 1966.
- Fischer, S.: Patterns of personality rigidity and some of their determinants, Psychol. Monographs, 64, 1950.
- Fiske, D. W.: Variability of response and the stability of scores and interpretations of projective protocols, J. proj. Tech., 23, 263-267, 1959.
- Flanagan, J. C.: Factor analysis in the study of personality, Stanford Univ. Press, Stanford, California 1935.
- Fleischer, M. S.: Differential Rorschach configuration of suicidal psychiatric patients, A psychological study of threatened, attempted and successful suicides, Unpublished doctoral dissertation, Yeshiva University, New York 1957.
- Fosberg, I. A.: An experimental study of the reliability of the Rorschach psychodiagnostic technique, Rorschach Res. Exch., 5, 72-84, 1941.
- Frank, L. K.: Projective methods for study of personality, J. Psychol., 8, 389-413, 1939.
- Frank, L. K.: Projective methods, Charles C. Thomas, Illinois 1948.
- Freeman, F. S.: Theory and practice of psychological testing, Holt, New York 1962.
- Frenkel - Brunswik, E.: Intolerance and ambiguity as an emotional and perceptual personality variable, J. Person., 18, 103-143, 1949.
- Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Int. Psychol. Verlag, Wien 1922.
- Friedman, A., Wakefield, Jr., Boblit, W. M. E., Surman, G.: Validity of psychoticism scale of the Eysenck Personality Questionnaire, Psychol. Reports, 39, 1309-1310, 1976.
- Friedman, H.: Perceptual recognition in schizophrenia: an hypothesis suggested by the use of the Rorschach test, J. proj. Tech., 17, 171-185, 1953.
- Friedman, F. S.: Theory and practice of psychological testing, Thinehart, Winstov, 3rd. ed., New York 1962.
- Fromm, E.: Über Methode und Aufgabe einer analytischen Sozialpsychologie, Z. Sozialforschung, Leipzig 1932.
- Fuller, G. B., Laird, J. T.: The Minnesota percepto-diagnostic test, J. clin. Psychol., 19, 1-33, 1963.
- Fuller, G. B.: The Minnesota percepto-diagnostic test /rev. ed./, J. clin. Psychol., Publishing Co., Brandon 1969.

- Fuller, G. B., Friedrich, D.: Differential diagnosis of psychiatric patients with the Minnesota percepto-diagnostic test, *J. clin. Psychol.*, 32, 2, 335-337, 1976.
- Galton, F.: Psychometric experiments, *Brain*, 2, 149-162, 1879.
- Galton, F.: Inquiries into human faculty and its development, London 1883.
- Galton, F.: Hereditary genius, London 1969.
- Gakkelová, L. B.: Metodika výskumu zaměřených řečových reakcí, *Sov. věda: Pedag.-psychol.*, 2, 438-443, 1952.
- Gakkelová, L. B.: Výsledky srovnávacího studia poruch VNČ při oligofrenii a senilní demenci, *Sov. věda: Lék.*, 430, 1953.
- Gerstman, S.: Rozmowa i wywiad w psychologii, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974.
- Gilliland, A. R.: Differential functional loss in certain psychoses, *Psychol. Bull.*, 37, 429, 1940.
- Gleser, G. C., Cronbach, L., Rajaratnam, N.: Generalizability of scores influenced by multiple sources of variance, Bureau of Educational Research, College of Education, University of Illinois 1961.
- Goldberg, L. R.: The effectiveness of clinician's judgments: the diagnosis of organic brain disease from the Bender-Gestalt test, *J. consult. Psychol.*, 23, 25-33, 1959.
- Golden, Ch. J., Hammke, Th. A., Purisch, A. D.: Diagnostic validity a standardized neuropsychological battery derived from Luria's neuropsychological tests, *J. consult. clin. Psychol.*, 46, 6, 1978.
- Goldfried, M. R., Stricker, G.: Weiner, I. B., Rorschach handbook of clinical research applications, Prentice - Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1971.
- Goldings, H. J.: On the avowal and projections of happiness, *J. Personal.*, 23, 30-47, 1954.
- Goldstein, K., Scheerer, M.: Abstract and concrete behavior, *Experimental study with special tests, Psychol. Monogr. No. 239*, 1941.
- Goldstein, K., Scheere, M.: Abstract and concrete behavior, *Amer. Psychol. Assoc.*, Michigan 1949.
- Goodenough, Fl. L., Harris, D. B.: Studies in the psychology of children's drawings: II, 1928 - 1949, *Psychol. Bull.*, 47, 369-433, 1950.
- Goodrich, D. W.: Quantification of the severity of overt psychotic symptoms, *Amer. J. Psychiat.*, 110, 334-341, 1953.
- Gordon, N. G.: The Trail Making Test in neuropsychological diagnosis, *J. clin. Psychol.*, 2, 28, 1972.

- Goštautas, A. A.: Primenenie ličnostnogo oprocnika v diagnostike paranoidnej šizofrenii, In: Matematičeskie metody v psichiatrii i nevrologii, Leningrad 1972.
- Graham, F. K., Kendall, B. S.: Performance of brain damage cases on memory - for designs tests, J. Abn. Soc. Psychol., 43, 303-314, 1946.
- Graham, F. K., Kendall, B. S.: Memory for Designs Test: Revised general manual perceptual motor skills, Monograph Supplement, No. 2, VII, 11, 147-188, 1960.
- Granjon, N. G.: Test gnozi palcowej, In: Zazzo, R.: Metody psychologicznego badania dziecka, PWN, Warszawa 1974.
- Grashey, H.: Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung, Arch. Psychiat., 16, 1885.
- Gregorová, D.: Príspevok k diagnostike nepočujúceho dieťaťa, Diplomová práca, FF UPJŠ, Košice 1978.
- Grzywak - Kaczyńska, M.: Metoda Rorschacha, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1967.
- Guensberger, E.: Všeobecná psychiatria a základy medicínskej psychológie, SPN, Bratislava 1963.
- Guilford, J. P.: Psychometric methode, McGraw - Hill, New York 1954.
- Guilford, J. P.: The structure of intellect, Psychol. Bull., 53, 267-293, 1956.
- Guilford, J. P., Comrey, A. L.: Pomiar w psychologii, Ossolineum, Wrocław 1961.
- Guilford, J. P.: Natura inteligencji człowieka, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978.
- Guislain, J.: Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten, nem. preklad Dr. Leahr, H., Berlin 1854.
- Gulliksen, H.: Quantitative training for research in social sciences, Research Bull., Princeton, N. J.: Educational Testing Service, 1950.
- Gutjahr, W.: Die Messung psychischer Eigenschaften, WEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1971.
- Guthrie, G. M.: Common characteristics associated with frequent MMPI profiles, 1952. In: Dahlstrom, G. W., Welsh, G. S.: Basic readings on the MMPI on psychology and medicine, Univ. Minnesota Press, Minneapolis 1972.
- Hafner, J. M., Corotto, L. V., Curnut, R. H.: The development of WAIS short form for clinical populations, J. clin. Psychol., 34, 4, 935-937, 1978.

- Hain, J. D.: The Bender-Gestalt test: A scoring method for identifying brain damage, J. consult. Psychol., 28, 34-40, 1964.
- Hajková, A.: Osobnost a vredová nemoc, Diplomová práce, FF UPJŠ Košice 1978.
- Halbower /cit. Meehl, P. E./: Problems in the acturial characterization of a person, In: Feigl, F., Scriven, M.: The foundations of science and the concepts of psychology and psychoanalysis, Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1959.
- Halstead, W. C.: Brain and intelligence: A quantitative of the frontal lobes, Univ. of Chicago Press, Chicago 1947.
- Halstead, W. C., Wepman, J. M.: The Halstead - Wepman aphasia screening test, J. Speech and Hearing Disorders, 14, 9-15, 1949.
- Hardesty, A., Laubes, B.: Hamburg - Wechsler Intelligenztest für Erwachsene, H. Huber, Bern und Stuttgart 1956.
- Hardesty, F. P., Priester, H.: Handbuch für den Hamburg - Wechsler Intelligenztest für Kinder, H. Huber, Bern und Stuttgart 1966.
- Harriett, W.: Delinquency and child neglect, Allen and Unwin, Ltd., London 1962.
- Harris, A. J., Shakow, D.: The clinical significance of numerical measures of scatter on the Stanford - Binet, Psychol. Bull., 34, 134-150, 1937.
- Harrison, R.: Studies in the use and validity of the TAT with mentally disordered patients, Char. Personal., 9, 1940.
- Harrison, R.: The TAT and ROR methods in personality investigation in clinical practice, J. Psychol., 15, 49-74, 1943.
- Harrower, Molly R.: Harrower psychodiagnostic inkblot test: A manual. Beverley Hills, Western Psychol. Service, New York 1948, 1966.
- Hartman, A. A.: In Schneidman, E. S. /ed./: Thematic test analysis, 83, Grune, Stratton, New York 1951.
- Hathaway, S., Meehl, P. E.: An atlas for the clinical use of MMPI, Univ. of Minnesota Press, Minneapolis 1951.
- Hathaway, S. R., McKinley, J. C.: Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Manual, the Psychological Co., New York 1951.
- Hathaway, S. R., Meehl, P. E.: Das Minnesota Personality Inventory, In: Stern, E.: Die Tests in der Klinischen Psychologie, Rasher Verlag, Zürich 1954, 282-314.
- Head, H.: Aphasia and kindred disorders of speech, Cambridge 1926.
- Healy, W., Bronner, A., Bowers, A. M.: The structure and meaning of psychoanalysis, John Wiley, New York 1930.

- Hebb, D. O.: Organisation of behavior, John Wiley, New York 1949.
- Heinzl, Z., Janoušková, N., Veverka, M.: C. F. 2A - Cattell culture fair intelligence test. Příručka pro administraci a vyhodnocování testu, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1970.
- Heiss, R., Hiltman, Hildegard: Der Farbpjramidentest nach Max Pfister, Hans Huber, Bern 1951.
- Heiss, R.: Handbuch der Psychologie, Psychologische Diagnostik, Dr. C. J. Hochgreffe, Göttingen 1964, 6. Band.
- Hermochová, S.: Zkušenosti s Cattellovým šestnáctifaktorovým dotazníkem osobnosti, Čs. psychol., 9, 338-342, 1965.
- Hermochová, S., Hampejsová, O.: Osobnostní profil československého psychologa, Čs. psychol., 10, 546-562, 1966.
- Hertz, M. R.: The reliability of the Rorschach inkblot test, J. appl. Psychol., 18, 461-477, 1934.
- Hertz, M. R.: Suicidal configurations in Rorschach records, Rorschach Res. Exch., 12, 3-58, 1948.
- Heřmánek, S.: Psychologické aspekty progresívnej artritídy a Bechterevovej choroby, Dipl. práca FF UK, Bratislava 1970.
- Heuyer, G., Courtial, Dublineau, Néron: Tests de caractere en neuropsychiatrie infantile, Annales Médico-psychologiques, 1934.
- Heymans, G., Viersma, E.: Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung, Zschft. Psychol., 42-46, 49-51, 1906.
- Holmes, D. S.: Dimensions of projection, Psychol. Bull., 69, 4, 248-269, 1968.
- Holtzman, W. H.: Development of an experimental inkblot test a new departure from the Rorschach, Amer. Psychologist, 11, 400, 1956.
- Holtzman, W. H., Thorpe, J. S., Swartz, J. D., Heron, E. W.: Inkblot perception and personality: Holtzman Inkblot Technique, Austin, Univ. Texas Press, 1961.
- Homola, M.: Motivace lidského chování, SPN, Praha 1972.
- Hooker, E.: What is the Criterion? J. proj. Tech., 23, 278-281, 1959.
- Hoover, T. O.: The Hand test: Fifteen years later, J. person. Asses., 128-139, 1978.
- Horáčková, E.: Měření úzkosti metódou J. A. Taylorové, Čs. Psychiat., 54, 322-327, 1958.
- Horne, E. P., Lane, W. P.: Constancy and creativity in patterning Mosaic test performance, J. gen. Psychol., 63, 165-170, 1966.

- Horney, K.: *Neue Wege in der Psychoanalyse*, Hans Huber, Bern - Stuttgart 1951.
- Hornowski, B.: *Analiza psychologiczna testu percepcyjnego - Progressive Matrices* - J. C. Ravena, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1959.
- Howarth, E., Browne, J.: *An item factor analysis of the Eysenck Personality Inventory*, J. soc. clin. Psychol., II, 162-174, 1974.
- Howarth, E.: *A Psychometric investigation of Eysenck's Personality Inventory*, J. Personal. Assess., Vol. 40, No. 2, 1976.
- Horváthová, A.: *Neurotické črty osobnosti a anxieta u telesne chybných detí*. Dipl. práca, FF UK, Bratislava 1972.
- Hoskovec, J., Kaňka, Z.: *Wechslerovy zkoušky W-B, WAIS, WISC, bibliografia, příloha zpráv ČSPS*, 3, č. 4, 1961.
- Hoskovec, J., Knobloch, F., Říčan, P.: *Learyho metoda interpersonální diagnózy osobnosti /pokus o ověření pojmové validity u skupiny neurotiků/*, Čs. Psychiat., 59, 304-310, 1963.
- Hoskovec, J., Kaňka, Z.: *Ravenovy progresivní matrice: bibliografie, Zprávy ČSPS*, 4, č. 6, 1963.
- Hoskovec, J., Říčan, P.: *Psychologické diagnostické pomůcky, Supplement k "Zprávám Čsl. psychol. společnosti při ČSAV"*, /Psychologický ústav KU/, Praha 1965.
- Howard, J. W.: *The Howard inkblot test*, J. clin. Psychol., 1960.
- Hrabal, V.: *Test struktury inteligence T-S-I. Příručka pro administraci, interpretaci a vyhodnocení testu, Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava 1973.
- Hromátka, J.: *Osobnostní determinanty odpovědného a neodpovědného jednání*, Vojenská psychol., 3, 5-119, 1969.
- Hromátka, J.: *Rozdíly profilů osobností odpovědných a neodpovědných osob v Cattellových 16 PF*, Čs. psychol., 12, 476-478, 1968.
- Hughes, R. M.: *Rorschach signs for the diagnosis of organic pathology*, Rorschach Res. Exch., 12, 165-167, 1948.
- Hugo, J. A.: *Abbreviation of the Minnesota Multiphasic Inventory through multiple regression*, Univ. of Alabama, 1971.
- Hull, C. L., Lugoff, L. S.: *Complex signs in diagnostic free association*, J. exp. Psychol., 4, 111-136, 1921.
- Hulicka, I. M.: *Age differences in Wechsler memory scale scores*, J. gen. Psychol., 109, 135-145, 1966.

- Hunt, H. F.: A practical clinical test for organic brain damage, *J. appl. Psychol.*, 27, 375-386, 1943.
- Hunt, J., Cofer, C. N.: Psychological deficit, In: Hunt, J. McV. *Personality and the behavior disorders*, II, Ronald, New York 1964.
- Hutt, M.: A Tentative guide for the administration and interpretation of the Bender-Gestalt test, U.S. Army, Adjutant General's School, New York 1945.
- Hutt, M.: An Atlas for the Hutt adaptation of the Bender-Gestalt Test, Grune, Stratton, New York 1970.
- Chapman, L. F., Wolff, H. G.: The cerebral hemispheres and the highest integrative functions of man, *A.M.A. Arch. Neurol.*, 1, 357-424, 1959.
- Chodura, I.: Některé problémy spojené s vyhodnocováním MMPI a s interpretací jeho výsledných hodnot, In: *Zprávy Čs. psychol. společnosti při ČSAV*, roč. 8, 1966.
- Chodura, I.: Příspěvek k hodnocení a používání Minnesotského dotazníku, *Čs. psychol.*, 8, 265-273, 1969.
- Choynowski, M.: Elementy teorii testów psychologicznych, In: *Przegląd psychologiczny*, 3, 151-182, 1959.
- Choynowski, M.: Cattell, R. B. *Arkusz samopoznania*, Pracownia Psychometryczna, PAN, Warszawa 1963.
- Choynowski, M.: Testowanie liniowej funkcji dyskryminacyjnej Fischera do diagnostyki za pomocy wielowymiarowego inwentarza osobowości /MMPI/, referát prednesený v Košiciach 1966.
- Christensen, A. L.: Lurias' neuropsychological investigation text, manual and test cards, Spectrum, Hastead Press, J. Wiley, New York 1975.
- Ivanov - Smolenskij, A. G.: O štúdiu súčinnosti prvej a druhej signálnej sústavy mozgovej kôry, *Sov. veda, Pedagogika - psychológie*, 42-54, 1952.
- Jackson, L.: A study of 200 school children by means of the test of family attitudes, *Brit. J. Psychol.*, 55, 333-354, 1964.
- Jackson, L.: Emotional attitudes towards the family in normal, neurotic and diliquent children, *Brit. J. Psychol.*, 41, 35-51, 173-185, 1964.
- James, W.: *Principles of psychology*, Holt, New York 1922.
- Janík, A., Langmeier, J., Říčan, P., Dušek, K.: Využití psychodiagnostiky v psychiatrii dospělých, *Čs. Psychiat.*, 74, 82-90, 1978.
- Jensen, R. A.: *The reliability of projective techniques: Methodology*, North - Holland, Amsterdam 1959.

- Jenkins, C. D., Roseman, R. H., Friedman, M.: Replicability of rating the coronary - prone behaviour pattern, *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 22, 16-22, 1968.
- Jung, C. G.: The association method, *Amer. J. Psychol.*, 2, 219-69, 1910.
- Jung, C. G.: Contribution to the psychological types, Bailliere, Tindal, Cox, London 1920.
- Kairov, I.: Poznavanie učníů w procese nauczania i wychowania, PZWS, Warszawa 1952.
- Katzenstein, A.: Psychologische Anamnese, A Berlin - Buch 1959.
- Kataguchi, J.: Psychopsy, Mannual for the Ka-Ro Inkblot Test, Kaneko Shobo, Tokyo 1970.
- Kear - Colwell, J. J., Heller, M.: A normative study of the Wechsler Memory Scale, *J. clin. Psychol.*, 34, 437-442, 1978.
- Keats, J. A.: Test theory, *Ann. Review Psychol.*, 18, 217-238, 1967.
- Kent, G. H.: Modification of the Kohs block design test, *J. appl. Psychol.*, 18, 578-598, 1934.
- Kent, G. H., Rosanoff, A. J.: Tree - association Test, In: Manual of psychiatry by A. J. Rosanoff, John Wiley, 884-957, New York 1938.
- Kerekjarto, M. von: Wahrnehmungstests zur Diagnose und Differentialdiagnose dez multiplen Sklerose. Eine Untersuchung mit dem Benton Visuellen Merkfähigkeitstest, dem Goldstein - Scheere Mosaiktest und dem Halstead Taktilen Leistungstest, *Z. exp. ang. Psychol.*, 8, 369-380, 1961.
- Kerlinger, F. N.: Základy výskumu chování, Academia, Praha 1972.
- Kimura, D.: Functional asymetry of the brain in dichotic listening, *Cortex* 3, 163-178, 1967.
- Kincannon, J. C.: Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items; The Mini - Mult., *J. consult. clin. Psychol.*, 32, 318-325, 1968.
- Kinget, G. M.: The drawing - completion test, Grune, Stratton, New York 1952.
- Klein, M.: The psychoanalysis of children, Hogarth Press, London 1932.
- Klimo, Z., Stančák, A.: Význam Rorschachovej metódy v súdnej psychiatrii, Zborník prác Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach, 3, 3-10, 1960.
- Klopfer, B.: The Rorschach Technique, World Book Co., New York 1946, 1954.
- Kmecová, E.: Projekčné metódy a ich využitie v klinickej praxi. Test dediny a jeho miesto v skupine konštruktívnych projekčných metód, Diplomová práca, FF UPJŠ, Košice 1973.

- Knight, R. F.: Introjection, projection and identification, *The psychoanal. Quart.*, 1, 334-341, 1940.
- Koffka, K.: Die Grundlagen der psychischen Entwicklung, Osterwick 1925.
- Kohs, S. C.: Intelligence measurement? A Psychological and statistical study based upon the block - design tests, McMillan, New York 1923.
- Koch, Ch.: The Tree Test, Hans Huber, Bern 1952.
- Kolaříková, L.: Struktura osobnosti, Sb. FF brněnské univ., 65-80, 11, 1962.
- Kolaříková, O.: K otázce oprávnění používat psychodiagnostických metod, *Čs. psychol.*, 15, 74-77, 1971.
- Kolaříková, O.: Přínos faktorových modelů osobnosti pro teorii vlastností a některá východiska jeho využití v psychodiagnostice, *Čs. psychol.*, 16, 4-5, 333-348, 1972.
- Kondáš, O.: Verbálne prejavy pri psychózach a ich psychodiagnostická hodnota, *Zborník FF UK - Psychologica*, roč. 12 /1/, 103-118, Bratislava 1961.
- Kondáš, O.: Analýza podnetových charakteristík v protokole asociáčného experimentu, *Zborník FF UK - Psychologica*, roč. 13 /II/, 135-151, Bratislava 1962.
- Kondáš, O.: Škála klasickej sociálno-situačnej anxiety a trémy, *Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava 1973.
- Kondáš, O.: *Klinická psychológia*, Osveta, Martin 1977.
- Koppitz, E. M.: The Bender-Gestalt test for young children, Grune, Stratton, New York 1964.
- Korman, M., Blumberg, S.: Comparative efficiency of some tests of cerebral damage, *J. consult. Psychol.*, 27, 303-309, 1963.
- Korchin, J. S.: Modern clinical psychology, Basic Books, Inc. Publishers, New York 1976.
- Košč, L.: Kohsove kocky, *Príručka, Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava 1974.
- Košč, L.: Základy teórie klinickej psychodiagnostiky, VÚDPAP, Bratislava 1975.
- Koukola, B.: Metoda k zjištění osobnostních rysů a emocí, *Čs. psychol.*, 21, 131-135, 1977.
- Kováč, D.: Sonda do štruktúry intelektu a osobnostného profilu nadaných detí, *Správa Ústavu experiment. psychológie SAV. č. 99*, Bratislava 1970.

- Kovaničová, M., Háberová, A., Stančák, A.: ROR a TAT v diagnostike suicídnych pokusov. In: *Psychológia a socialistický spôsob života*, 462-467, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1980.
- Kozielecki, J.: Model rozwiązywania problemów diagnostycznych, In: *Przeгляд Psychologiczny*, 15, 4, 1972.
- Kožený, J.: Standardizační studie FIRO - B dotazníků, *Čs. psychol.*, 17, 36-53, 1973.
- Kožený, J., Ganický, P.: Dotazník interpersonálnej diagnózy ICL; I. Psychometrické parametry, *Čs. psychol.*, 20, 96-113, 1976.
- Kraepelin, E.: Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1892.
- Kraepelin, E.: Die Arbeitskurve, Philosophische Studien, herausgeben von W. Wundt, Bd. 19, 1902.
- Krallová, M., Stančák, A., Smékal, V.: EOD - Eysenckov osobnostný dotazník /Eysenck Personality Inventory - EPI/, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1968.
- Kratochvíl, S.: Kresebný test Wartegův. Překlad. Der Zeichentest von Wartegg, WZT, In: Stern, E.: Die Tests in der klinischen Psychologie, Bd. II, Rasher, Zürich 1954.
- Kratochvíl, S.: Osobnostní dotazník BOD /h/, *Čs. psychol.*, 10, 268-269, 1966.
- Kratochvíl, S., Jaroš, M.: Rutinní posuzování osobnosti dospělých v klinické praxi, In: Tardý, V.: K problémům psychologie osobnosti, Academia, Praha 1967.
- Kratochvíl, S.: BOD /h/ Dotazník ke kvalitativnímu rozboru osobnosti, Sborník prací Fil. fakulty Brněnské univ., 17, 6-14, 1968.
- Kratochvíl, S., Fišerová, V.: Psaní psychologických nálezů v klinické praxi, Sborník prací Fil. fakulty Brněnské univ., 17, 211-225, 1972.
- Kretchmer, E.: Körperbau und Charakter, Verlag von Julius Springer, Berlin 1921.
- Kreutz, M.: Metody współczesnej psychologii, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1962.
- Kruger, A. K.: Direct and substitutive modes of tension - reduction in terms of developmental level: An experimental analysis by means of the Rorschach test, Unpublished doct. dissert., Clark Univ., Worcester, Mass. 1954.
- Kubička, L., Bursík, R., Jirásek, J.: Pražský detský Wechsler - PDW, Příručka, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1973.

- Kuder, G. F.: Kuder preference records - Vocational, Chicago 1956.
- Kudličková, E.: Osobnostní inventář /Brno/, Osobnostní dotazník KUD, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1968.
- Kunda, S., Kúdelková, E.: Rosenzweigov test u alkoholikov, Čs. Psychiat., 69, 310-316, 1973.
- Kun, M., Szegedi, M.: Az intelligencia mérése, Wechsler féle intelligencia teszt, Academia kiadó, Budapest 1972.
- Kuruc, J., Srnka, J., Čečer, M.: Bourdonova skúška pozornosti, Príručka, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1972.
- Kulpe, O.: Über die moderne Psychologie des Denkens, Internat. Monatschrift für Wissenschaft, Kunst u. Technik, 9, 1912.
- La Forge, R., Suczek, R. R.: The interpersonal dimensions of personality, III, An interpersonal checklist, J. Person., 24, 94-112, 1955.
- Laird, D. A.: Detecting abnormal behavior, J. abn. Psychol., 20, 128-141, 1925.
- Lashley, K. S.: Factors limiting recovery after central nervous lesions, J. nerv. ment. Dis., 88, 733-755, 1938.
- Leary, T.: Multilevel measurement of interpersonal behavior, a manual for the use of the interpersonal system of the personality, Psychol. consult. serv., Berkeley, Ca. 1956.
- Leary, T.: Interpersonal diagnosis of personality, The Roland Press, New York 1957.
- Leiter, R. G., Partington, J. E.: Manual for the Leiter - Partington adult performance scale, Psychol. Serv. Center, 1949.
- Leiter, R. G.: The Leiter adult intelligence scale, Stoelting Co., Chicago 1956.
- Lenep, D. J. van: The Picture test, In: Anderson and Anderson, 16, 149-180, 1948.
- Leontjev, A. N.: Działalność i osobowość, In: Reykowski, J., Ovčínikova, O., W., Obuchowski, K.: Studia z psychologji emocji, motywacji i osobowości, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1977.
- Lewicki, A.: Psychologia kliniczna, PWN, Warszawa 1972.
- Lewin, K.: Principles of topological psychology, McGraw Hill, New York 1935.
- Lewitow, N.: Zagadnienia psychologii charakteru, PWN, Warszawa 1956.
- Lezak, M. D.: Neuropsychological assessment, Oxford University Press, New York 1977.

- Libby, W.: The imagination of adolescents, *Amer. J. Psychol.*, 19, 249-252, 1908.
- Lindner, R. M.: Content analysis in Rorschach work, *Rorschach Res. Exch.*, 10, 121-129, 1946.
- Lindsley, G., Aronson, E. /eds./: The handbook of social psychology, Addison - Weseley, Reading, Mars, 1969.
- Lindzey, G.: On the classification of projective techniques, *Psychol. Bull.*, 2, 158-168, 1959.
- Listiak, R. L., Stone, A., Coles, G. J.: Clinicians multidimensional perceptions of MMPI scales, *J. clin. Psychol.*, 29, 29-31, 1973.
- Little, K. B., Schneidman, E. S.: Congruencies among interpretation of psychological test and anamnestic data, *Psychological monographs*, 73, 6, 476, 1959.
- Little, K. B.: Problems in the validation of projective techniques, *J. proj. Tech.*, 23, 287-290, 1959.
- Littmann, E., Sanocki, W.: Über einige Erfahrungen und Untersuchungen mit einer polnischen Kurzform des MMPI /DKO/ 74, *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, 31, 157-167, 1979.
- Loo, R.: A Psychometric investigation of the Eysenck Personality Questionnaire, *J. pers. Assess.*, 43, 1, 1979.
- Loosli - Usteri, M.: Praktisches Handbuch des Rorschach - Tests, Hans Huber, Bern 1961.
- Lorr, M. O., Connor, J. O., Stafford, J. W.: Confirmation on nine psychotic symptom patterns, *J. clin. Psychol.*, 13, 252-257, 1957.
- Loosen, H., Schott, G.: Gestaltung und Verläufsdynamik, Versuch einer prozessualen Analyse des Wartegg - Zeichentestes, Biel 1952.
- Löwenfeld, M.: The world pictures of children, *Brit. J. med. Psych.*, 18, 65-101, 1939.
- Löwenfeld, M.: The Löwenfeld Mosaic Test, Newman Neame, London 1954.
- Lundy, R. M.: The relationship of changes in assimilative projection to accepting and rejecting interpersonal groups and to the other of the groups, *J. soc. Psychol.*, 50, 327-333, 1959.
- Lurija, A. R. /red./: Schema nevropsichologičeskogo issledovanija, vyd. MGU, Moskva 1973.
- Lurija, A. R.: Ľudský mozog a psychické procesy, SPN, Bratislava 1975.
- Lüscher, M.: Psychologie der Farben, Test - Verlag, Basel 1949.
- Lüscher, M.: Lüscher-Test, 10th ed., Test - Verlag, Basel 1969.

- Mabille, P.: La technique du test village, *Revue de Morpho-Physiology humaine*, Paris 1950.
- Mabille, P., Raine, J.: Le test du village, *Presse Medicale* 37, 785-786, 1953.
- Maher, B. A., Martin, A. W.: Mosaic production in cerebroarterosclerosis, II., *J. consult. Psychol.*, 18, 40-42, 1954.
- Machač, M.: Vliv psychologického autoregulačního zásahu a dexfenmetrazinu na výkon ve škrtacím testu, *Čs. psychol.*, 12, 371-377, 1968.
- Machover, K.: Personality projection in the drawing of the human figure, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois 1949.
- Major, D. R.: On the affective tone of simple sense - impressions, *Amer. J. Psychol.*, 7, 57-77, 1895.
- Makarenko, A. S.: Wybrane prace pedagogiczne, PZWS, Warszawa 1950.
- Malamud, W., Sands, S. L.: A revision of the psychiatric rating scale, *Amer. J. Psychiat.*, 104, 231-237, 1947.
- Mantlíková, H., Valníčková, J.: Osobnostní profil pacientů s primárním glaukomem, *Čs. psychol.*, 18, 44-49, 1974.
- Marks, A., Sines, J. O.: Methodological problems of cookbook construction, In: Butcher, J. N.: *MMPI - Research developments and clinical applications*, Mc Graw Hill Book Co., New York 1969.
- Maršalová, L.: Metodologické základy psychologického výskumu, Psychologické a didaktické testy, Bratislava 1978.
- Martin, H.: A Rorschach study of suicide, Unpublished doctoral dissertation, University of Kentucky, Lexington, Ky. 1951.
- Martonová, F.: Holtzmanův test, *Čs. Psychiat.*, 63, 262-263, 1967.
- Matějček, Z.: Standardní psychologické vyšetření, In: Kučera, O. a kol.: *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*, SZdN, Praha 1961.
- Matějček, Z., Žláb, Z.: Zkouška laterality, *Psychodiagnostické a didaktické testy*, Bratislava 1972.
- Mathews, E.: A study of emotional stability of children, *J. Delinq.*, 8, 1-40, 1923.
- McClelland, D., Atkinson, J., Clark, R., Lowell, E.: *The Achievement motive*, Appleton - Century - Croft, New York 1953.
- McKinney, F.: *Psychology of personal adjustment* /3rd ed./, John Wiley, New York 1960.

- Medvecký, J.: Očné pozadie u neuróz a duševných chorôb, Brat. lek. listy, 34, 1382-1391, 1956.
- Medvecký, J., Stančák, A., Háberová, A., Lisická, K.: Tepingová skúška vo vzťahu k očnému pozadiu, Čs. Psychiat., 76, 26-28, 1980.
- Meehl, P. E.: Clinical versus statistical prediction, University of Minnesota Press, Minneapolis 1954.
- Meehl, P. E.: Problems in the acturial characterization of person, In: Feigl, M., Scriven, H.: The foundations of science and the concepts of psychology and psychoanalysis, Univ. Minnesota Press, Minneapolis 1959.
- Meili, R.: L'analyse de l'intelligence, Arch. de Psychol., 31, 1-64, 1946.
- Meili, R.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik, Hans Huber, Bern 1965.
- Meili, R.: Analytischer Intelligenztest /AIT/, Hans Huber, Bern 1971.
- Meili, R.: Podręcznik diagnostyki psychologicznej, PWN, Warszawa 1967.
- Mellan, J.: Způsob vyšetřování interpersonálních vztahů Learyho metodou, Čas. lék. českých, CIV, 20, 1965.
- Mellan, J.: Jednoduchý způsob administrace Learyho metody, Čs. psychol., 10, 513-519, 1966.
- Miale, F. R., Harrower - Erikson, M. R.: Personality structure in the psychoneuroses, Rorschach Res. Exch., 4, 71-74, 1940.
- Miglierini, B.: Je test CF 2A vhodný pre našich stredoškôlakov?, Čs. psychol., 16, 123-128, 1972.
- Michal, V.: Diagnostické interview, In: Švancara, J.: Diagnostika psychického vývoje, Avicenum, 1971, 1974.
- Michel, L.: Untersuchungen mit dem MMQ an normalen Erwachsenen, Diagnostica, 6, 136-151, 1960.
- Miles, W.: Age and human ability, Psychol. Rev., 40, 99, 1933.
- Miles, C. C., Miles, W. R.: The Correlation of intelligence scores and chronological age from early to late maturity, Am. J. Psychol., 44, 44-78, 1932.
- Miroškinov, F. B., Berezin, M. P.: Test MMPI kak metod objektivnoj ocenki psichofarmakologičeskogo effekta, In: Sovremennoe psichotropnyje sredstva. Diapazon dejstviya i metody ocenki Moskva 1967.
- Mittenecker, E., Toman, W.: Der P.I. - Test, Beih. z Wiener Zschr. Philos., Psychol. u. Pädag. Heft 1 A, 1951.
- Malotinová, M., Hampejsová, O.: První zkušenosti s pokusem o zjišťování subjektivních stavů, Čs. psychol., 17, 239-251, 1973.

- Molisch, H. B.: Projective methodologies, *Ann Review Psychol.*, 23, 577-614, 1972.
- Monod, M.: Valeur diagnostique et valeur pronostique de la combinaison test de Rorschach et test du Vallage, *C. R. Congr. Int. Rorschach Project.*, Paris 1965.
- Mons, W.: Principles and practice of the Rorschach personality test, J. B. Lippincott Co., Philadelphia 1950.
- Mordock, J. B.: A procedural Critique of "Bender-Gestalt test" of organic children: Accuracy of clinical judgement, *J. proj. Tech.*, 33, 489-491, 1969.
- Mordock, J. B., Terril, P. A., Novik, E.: The Bender-Gestalt test in differential diagnosis of adolescents with learning difficulties, *J. School. Psychol.*, 7, 4, 1968, 1969.
- Morgan, C. D., Murray, H. A.: A method for investigating phantasies: the Thematic Apperception Test, *Arch. Neurol. Psychiat.*, 34, 289-306, 1935.
- Moser, U.: The Determination of the relative strength of masculine - feminine drives by means of Szondi procedure, *J. proj. Tech.*, 18, 1, 75-88, 1954.
- Mucchielli, R.: Le jeu du Monde et le Test du Village imaginaire, Presses Universitaires de France, Paris 1960.
- Muench, G. A.: An evaluation of non directive psychotherapy by means of Rorschach and other tests, *Applied. Psychol. Monographs*, 13, 1-163, 1947.
- Munroe, R. L.: Test of personality: Rorschach techniques, *Inspection Rorschach in contributions towards medical psychology by Weider, A.* The Ronald Press, New York 1953.
- Munroe, R. L.: The inspection techniques, *Rorschach Res. Exch.*, 5, 166-191, 1944.
- Murphy, G.: Personality Herper and Brothers Publishers, New York 1947.
- Murray, H. A.: Explorations in personality, Univ. Press, New York, Oxford 1938.
- Murray, H. A.: Thematic Apperceptive Test, Harvard Univ. Press, Cambridge Mass 1943.
- Murstein, B. I., Pryer, R. S.: The concept of projection: A review, *Psychol. Bull.*, 56, 353-374, 1959.
- Murstein, B. I.: The projection of hostility on the Rorschach and as a result of ego - threat, *J. proj. Tech.*, 20, 418-428, 1956.

- Musil, J. V.: Použití testu struktury inteligence na naší populaci do 19 let, Čs. psychol., 15, 262-267, 1971.
- Neiger, St.: Der Aufforderungscharakter der Rorschach Tafeln, Innsbruck 1953.
- Nováková, D., Říčan P.: Statistický pohled na klinická psychologická vyšetření, Čs. psychol., 22, 122-125, 1978.
- Nowlis, W.: Mood. Behavior and experience, In: Arnold, M. B.: Feelings and emotions Academic Press, New York 1970.
- Oehorn, A.: Experimentelle Studien zur Individualpsychologie, Psychol. Arbeiten, 92-151, 1896.
- Osgood, G. E., Suci, G. J., Tannenbaum, P. H.: Measurement of Meaning, Univ. of Illinois Press, Urbana 1957.
- Otis, A. S.: Otis self-administering test of mental ability, Yonkers on Hudson, New York 1922 - 1929.
- Panek, P. R., Stoner, S.: Test - retest reliability of the Hand test, J. Person. Assess., 43, 2, 1935-1937, 1979.
- Pardel, T., Hrabovský, M., Pardel, M.: Dlhodobé počítanie /Remplein/, Príručka, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava, v tlači.
- Partington, J. E., Leiter, R. G.: Partington Pathways test, Psychol. Serv. Center J., 9-19, 1949.
- Partington, J. E.: Detailed instructions for administering Partington's Pathways test, Psychol. Serv. Center J., 46-48, 1949.
- Pascal, G. R., Suttell, B. J.: The Bender-Gestalt test: Quantification and validity for adults, Grune, Stratton, New York 1951.
- Pauli, R.: Untersuchungen zur Methode des forlaufenden Addierens, Z. ang. Psychol., Beih., 29, 1921.
- Pavlov, I. P.: Polnoje sobranije sočinenij, Izd. Akad. Nauk., Moskva 1951.
- Pearson, K.: The Grammar of science, London 1929.
- Penrose, L. S., Raven, J. C.: A new series of perceptual test: Preliminary communication, Brit. J. Med. Psychol., 18, 1, 1936.
- Pfister, M.: Der Farbyramidentest, Psychol. Rdsch., 1, 192-194, 1950.
- Phillipson, H.: The object relations technique, 7, 144, 148, 149, Tavistock, London 1955.
- Piaget, J.: The psychology of intelligence, Brace and World, Harcourt, New York 1950. Preklad: Psychologie inteligence, SPN, Praha 1970.
- Pickford, R. W.: Pickford projective pictures, Tavistock, London 1963.

- Pichot, P.: *Mentální testy*, SPN, Praha 1970.
- Piotrowski, Z.: The Rorschach inkblot method in organic disturbances of the central nervous system, *J. nerv. ment. Dis.*, 86, 525-537, 1937.
- Piotrowski, Z.: A new evaluation of the Thematic Apperception Test, *Psychol. Anal. Rev.*, 101-127, 1950.
- Piotrowski, Z., Lewis, N. D. C.: An experimental Rorschach diagnostic aid for some forms of schizophrenia, *Amer. J. Psychiat.*, 107, 360-366, 1950.
- Piotrowski, Z.: Defense attitude associated with improvement in schizophrenia and measurable with a modified Rorschach test, *J. nerv. ment. Dis.*, 122, 1955.
- Piotrowski, Z.: *Perceptanalysis*, A fundamentally reworked, expanded and systematized Rorschach method, McMillan, New York 1957.
- Platonov, K. K.: *Problemy sposobnostej*, Moskva 1972.
- Plutchik, R.: The multifactor - analytic theory of emotion, *J. Psychol.*, 50, 153-171, 1960.
- Plutchik, R.: *The emotions, Facts, theories and a new model*, Randon House, New York 1962.
- Plutchik, R., Kellerman, H.: *Manual for emotions profile index*, Bronx Sate Hospital, New York 1966.
- Płużek, Z.: *Wartość testu WISKAD dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej*, KUL, Lublin 1971.
- Porch, B. E.: *Porch index of communicative ability* Consulting Psychologist Press, Palo Alto 1967.
- Purisch, A. D., Golden, Ch. J., Hammeke, Th. A.: Discrimination of schizophrenic and brain injured patients by a standardized version of Luria's neuropsychological tests, *J. consult. clin. Psychol.*, 46, 6, 1978.
- Puškin, V. N.: *Psychologie a kybernetika*, SPN, Praha 1974.
- Rabin, A. I.: Test - score patterns in schizophrenia and nonpsychotic states, *J. psychol.*, 12, 91-100, 1941.
- Rabin, A. I.: Homicide and attempted suicide: A Rorschach study, With discussion by S. J. Beck *Amer. J. Orthopsych.*, 16, 516-523, 1946.
- Rabin, A. I.: *Projective techniques in personality assessment*, Springer Publishing Company, Inc., New York 1968.
- Raiskup, J. Ch.: *Bourdonov test pozornosti: Manuál, Psychodiagnostické a didaktické testy*, n.p., Bratislava 1968.

- Rapaport, D., Brown, J. F.: Concept formation and personality research,
Paper read at meeting of the American Psychol. Assoc., Evanston, Ill.,
1941.
- Rapaport, D., Gill, M., Schafer, B. S.: Diagnostic psychological testing,
Chicago 1946, 1950.
- Rapaport, D., Gill, M., Schafer, R.: Diagnostic psychological testing, Rev.
ed. by R. R. Holt, International Universities Press, New York 1968.
- Rapaport, D., Webb, W.: An attempt to study intellectual deterioration by
premorbid and psychotic testing, J. consult. Psychol., 14, 95-98, 1950.
- Raven, J. C.: Standardization of progressive matrices, Brit. J. Med. Psy-
chol., 19, 137-150, 1938.
- Raven, J. C.: Progressive matrices /A, Ab, B/, H. K. Lewis, London 1947.
- Raven, J. C.: Guide to using progressive matrices, H. K. Lewis, London
1956.
- Raven, J. C.: Guide to the standard progressive matrices, H. K. Lewis,
London 1960.
- Raven, J. C.: Advanced progressive matrices, Set 2: 1962 Revision, In:
Buros, O. K.: Intelligence tests and reviews Rahway, New Jersey 1975.
- Rawak, F.: Der Kreis - Test, Z. Nervenheilk., Wien, 26, 91-98, 1968.
- Reisman, J. M.: A history of clinical psychology, John Wiley, New York
1976.
- Reitan, M. R.: Investigation of the validity of Halstead's measures of bio-
logical intelligence, Arch. Neurol. Psychiat., 73, 1955.
- Reitan, M. R.: The relation of the Trial Making Test to organic brain
damage, J. consult. Psychol., 19, 393-394, 1955.
- Reitan, M. R.: Trial Making Test, Manual for administering scoring and
interpretation, University Indianapolis, Medical Center, Indiana 1956.
- Reitan, M. R.: Validity of Trial Making, as indicator of organic brain
damage, Percept. motor. Skills, 8, 271-276, 1958.
- Reitan, M. R., Tarshes, Elaine, L.: Differential affects of lateralized
brain lesions on the Trial Making Test, J. nerv. ment. Dis., 129,
257-262, 1959.
- Reitan, M. R., Davison, L. A.: Clinical neuropsychology: current status
and applications, Winston, Wiley, New York 1974.
- Reitan, M. R.: Neurological and physiological basis of psychopathology,
Annual Rev. Psychol., 27, 189-216, 1976.

- Rembowski, J.: Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży, PWN, Warszawa 1975.
- Remplein, H.: Beiträge zur Typologie und Symptomatologie der Arbeitskurve, Barth, Leipzig 1940.
- Repán, Ľ.: Ravenova skúška pre dospelých, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1968.
- Reutt, J., Reuttová, N.: Badanie osobowości metodą TAT Murraya, PWN, Warszawa 1960.
- Rewers, W. J., Tauber, K.: Der Thematische Apperzeptionstest /TAT/, Handbuch zur Verwendung des TAT Psychologischen Persönlichkeitsdiagnostik, Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart 1968.
- Reykowski, J.: Przedmiot diagnozy "Zeszyty naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace Psychologiczno-pedagogiczne", zeszyt 10, Kraków 1969.
- Reykowski, J., Smoleńska, Z.: Základy psychologické diagnózy v pojetí regulační teorie osobnosti, Čs. psychol., 22, 310-324, 1978.
- Říčan, P.: Přínos faktorové analýzy k poznání schopnosti, Čs. psychol., 6, 248-268, 1962.
- Říčan, P., Heinzl, Z., Janoušková, N.: Dimenzionalita Cattellova osobnostního dotazníku, Čs. psychol., 14, 332-341, 1970.
- Říčan, P.: Kdo má právo používat psychodiagnostických metod? Čs. psychol., 14, 366-367, 1970.
- Říčan, P.: Test intelektového potenciálu, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1971.
- Říčan, P., Osecká, L.: Psychometrický rozbor dotazníka KUD, Čs. psychol., 15, 55-61, 1971.
- Říčan, P.: Psychologie osobnosti, Orbis, Praha 1972.
- Říčan, P.: 16 PF "šestnáctifaktorový dotazník", Příručka pro administraci, interpretaci a vyhodnocování testu, 2. přepracované vydání, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1975.
- Říčan, P.: Ravenova zkouška pro dospělé, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1976.
- Říčan, P.: Úvod do psychometrie, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1977.
- Ridzoňová, L.: Zmeny psychických funkcií a osobnosti pri lokalizovaných poškodeniach ľudského mozgu, Dipl. práca, FF UPJŠ, Košice 1978.
- Rigal, M., Schnetzler, J. P., Dutertre, F.: Contribution á l'étude du test du village, Ann. Med. Psych., 114, 577-597, 1956.

- Richarz, F.: Ueber psychische Untersuchungsmethoden, Allg. Ztschr. Psychiatrie, 13, 256-314, 1856.
- Rokeach, M.: Studies in beauty, Relationship between beauty in women dominance and security, J. Soc. Psychol., 17, 181-190, 1943.
- Rosen, A.: Development of the MMPI scale based on a reference group of psychiatric patients, Psychol. Monogr., 76, 8, 1962.
- Rorschach, H.: Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments, Deutenlassen von Zufallsformeln, Ernst Bercher, Bern 1921.
- Rosenzweig, S.: The picture - association method and its application in study of reactions to frustration, J. Personality, 14, 3-23, 1945.
- Rosenzweig, S., Fleming, E. E., Clarke, H.: Revised scoring manual for the Rosenzweig Picture - Frustration study, J. Psychol., 24, 165-208, 1947.
- Rosenzweig, S., Fleming E. E., Rosenzweig, L.: The children's form of the Rosenzweig Picture - Frustration Study, J. Psychol., 26, 141-191, 1948.
- Rosenzweig, S., Rosenzweig, L.: Guide to research on the Rosenzweig Picture - Frustration /P-F/ Study, 1934-1974 J. Pers. Assess., 40, 599-606, 1976.
- Rossolimo, G. J.: Die psychologischen Profile, Zur Methodik der quantitativen Untersuchung der psychischen Vorgänge in normalen und psychologischen Fällen, Klin. Psychol. nerv. Krankh., 6, 249-326, 1911; 7, 22-26, 1912.
- Rösler, H. D., Schmidt, H. D., Szewczyk, H.: Persönlichkeit, Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1976.
- Rubinstein, S. J.: Experimentalnye metodiki patopsichologii, Praktičeskoe rukovodstvo. Medicina, Moskva 1970.
- Rubinstein, S. L.: Základy obecné psychologie, Stát. pedg. nakladatelství, Praha 1967.
- Russel, E. W., Neuringer, G., Goldstein, G.: Assessment of brain damage, A neuropsychological key approach, John Wiley - Interscience, New York 1970.
- Russel, E. W.: The Bender-Gestalt and the Halstead-Reitan battery, A case study, J. clin. Psychol., 32, 2, 355-361, 1976.
- Sakheim, G. A.: Suicidal responses on the Rorschach test, A validation study, J. nerv. ment. Dis., 122, 332-344, 1955.

- Salomon, F.: Fixation, regressions et homosexualité dans les tests de type Rorschach, *Rev. Franc. Psychoanal.*, 1962.
- Sanocki, W.: Profile osobowości więźniów młodocianych na podstawie badań kwestionariuszem MMPI, *Przegląd Penitencjarny*, 2, 28-43, 1967.
- Sanocki, W.: Kwestionariusze osobowości w psychologii, PWN, Warszawa 1976.
- Sapolsky, A.: An indicator of suicidal ideation on the Rorschach test, *J. proj. Tech.*, 27, 332-335, 1963.
- Sarason, J. G.: Empirical findings and theoretical problems in the use of anxiety scales, *Psychol. Bull.*, 57, 403-415, 1960.
- Sarbin, T. R., Taft, R., Bailey, D. E.: Clinical inference and cognitive theory, Holt, Rinehart, Winston, New York 1960.
- Sargent, H.: Projective methods: their origins, theory and application in personality research, *Psychol. Bull.*, 42, 257-293, 1945.
- Sarno, M. T.: The functional communication profile: Manual of directions, Institute of Rehabilitation Medicine, Univ. Medical Center, New York 1969.
- Sawyer, J.: Measurement and prediction clinical and statistical, Goodstein, R. L. /ed./, Readings in personality assess., John Wiley, London 1971.
- Schaefer, E. S.: Converging conceptual models for maternal behavior and for child behavior, In: Glidewell, J. C. /ed./: Parental Attitudes and Child Behavior, Charles C. Thomas, Springfield, New York 1961.
- Schaie, K. W.: A factor analysis of the color Pyramid test in children and adolescents, In preparation 1964.
- Schaie, K. W., Heiss, R.: Colour and personality, Hans Huber, Bern, Stuttgart 1964.
- Sharp, A. A.: The diagnostic significance of a visual memory drawing test, *J. Abn. Soc. Psychol.*, 44, 517-527, 1949.
- Schmidt, H. D.: Posudzovanie ľudského správania rating - škálami, SPN, Bratislava 1970.
- Schneidman, E. S.: The MAPS test with children, W. A. I. Rabin, M. R. Harworth /red./: Projective techniques with children, Grune, Stratton, New York 1965.
- Schnell, H.: Differential diagnosis of aphasia with the Minnesota Test, Univ. Minnesota Press, Minneapolis 1965.
- Schraml, W. J.: Das psychodiagnostische Gespräch /Exploration und Anamnese/, In: H. Thomae: Handbuch der Psychologie - Psychologische Diagnostik, Verlag für Psychologie - C. J. Hogrefe, Göttingen 1964.

- Schraml, W. J.: Klinische Psychologie, Verlag Hans Huber, Bern 1970.
- Schürer, M.: Pokus o novou techniku rozhovoru s dítětem, 2. konferencia psychologův, Praha 1959.
- Schürer, M.: Porovnání hodnot nejužívanějších zkoušek intelektu u difilní mládeže, Čs. psychol., 8, 24-34, 1964.
- Schwartz, L. A.: Social - Situation pictures in the psychiatric interview, Paper presented at the meeting of the Am. Orthopsychiatric Association, 1931.
- Scott, J. P.: Animal behavior, Univ. Chicago Press, Chicago 1958.
- Sears, R.: Experimental studies of projection, I. Attribution of traits J. soc. Psychol., 7, 151-163, 1936.
- Secord, P. F., Jourand, S. M.: The appraisal of body - cathexis and the self, J. consult. Psychol., 17, 343-347, 1953.
- Sečenov, I. M.: Izbrannyje filosofskije i psihologičeskije proizvedenija, M. Gospolizdat, 1947.
- Sequin, E.: Idiocy: Its treatment by the physiological method, /Reprinted from original ed. of 1866./ Bureau of publications Teachers College, Columbia University, New York 1907.
- Semeonoff, B.: Projective techniques, John Wiley, New York 1976.
- Senka, J., Daniel, J.: Vypracovanie a overenie diagnostických pomôcok pre psychologický výber v niektorých strojárskych profesiách, ČSVÚP, Bratislava 1969.
- Shapiro, M. B.: Experimental studies of a perceptual anomaly, I. Initial experiments. J. ment. Sci., 97, 90-96, 1951.
- Shatin, L.: The relationship between ROR and TAT, J. proj. Tech., 19, 317-331, 1955.
- Sheldon, W. H.: The varieties of temperament, Harper, New York 1942.
- Shipley, W. C.: A self-administering scale for measuring intellectual impairment and deterioration, J. Psychol., 9, 371-377, 1940.
- Shipley, W. C.: Institute of living scale, Calif. Western Psychol. Serv., Los Angeles 1946.
- Shipley, W. C.: Progressive matrices, A perceptual test intelligence, In: Buros, O. K.: Intelligence tests and reviews, Gryphon, New Jersey 3, 258, 1975.
- Silverman, F. L.: Some personality correlates of attributive projection, Percept. motor. Skills., 4, 947-953, 1963.

- Skorny, Z.: Metody badań i diagnostyka psychologiczna, Ossolineum, Wrocław 1974.
- Slater, F.: The association between age and score in the Progressive Matrices test, Brit. J. Psychol., 1, 64-69, 1947.
- Slater, P.: Scores of different types of neurotics on tests of intelligence, Brit. J. Psychol., 1, 1948.
- Slavson, R. S.: A textbook in analytic group psychotherapy, Int. Univ. Press, New York 1964.
- Sloan, W., Newman, J. R.: The Development of a Wechsler - Bellevue short form, J. Person. Psychol., 8, 347-353, 1955.
- Small, L.: Rorschach location and scoring manual, Grune, Stratton, New York 1956.
- Smékal, V.: Testová příručka Analytického testu inteligence A-I-T, Psycho-diagnostické a didaktické testy, Bratislava 1970.
- Smékal, V.: Teorie měření, In: Švancara, J. a spol.: Diagnostika psychického vývoje, Avicenum, 1971, 1974.
- Smith, A.: Neuropsychological testing in neurological disorders, In: Friedlander, W. J. /ed./, Advances in neurology, 7, Raven Press, New York 1975.
- Snell, L.: Ueber Simulation der Geistesstörung, Allg. Ztschr. Psychiatrie, 13, 1-32, 1856.
- Sobčik, L. N.: Posobie po primeneniju psichologičeskoj metodiki MMPI, Moskva 1971.
- Sommer, R.: Lehrbuch der psychologischen Untersuchungsmethoden, Berlin, Wien 1899.
- Spearman, Ch. E.: "General intelligence" objectively determined and measured, Am. J. Psychol., 15, 201-293, 1904.
- Spearman, Ch. E.: The abilities of man, Macmillan, New York 1927.
- Spielberger, Ch. D.: Anxiety and behavior, Academic Press, New York 1966.
- Spranger, E.: Lebensformen, Verlag Max Niemayer, Halle 1928.
- Spree, O., Benton, A. L.: Simulation of mental deficiency on a visual memory test, Amer. J. ment. Deficit., 67, 909-913, 1963.
- Spree, O., Benton, A. L.: Comparative studies of some psychological tests for cerebral damage, J. nerv. ment. Diss., 140, 323-333, 1965.
- Spree, O., Benton, A. L.: Neuropsychological comprehensive examinations for aphasia, Victoria, B. C., Neuropsychology Laboratory, Department of Psychology, Univ. of Victoria, 1966, 1969.

- Šrnec, J., Diamant, J.: Zkouška relativní stálosti mentálního deficitu, Čs. psychol., 7, 357-362, 1963.
- Šrnec, J.: Metodologické problémy psychologie. In: Diamant, J., Urban, E. /red./: Lékařská psychologie. SZN, Praha 1969.
- Staabs, G. von: Der Sceno - Test, Anfb. S. Hirzel, Stuttgart 1951.
- Stančák, A.: Rorschachove vyšetrenie pri tzv. sexuálnych neurózach, Brat. lek. listy, 37-41, č. 9, 551-557, 1957.
- Stančák, A.: Kombinácia amfetamínu s chlorpromazínom, In: Chlorpromazín a reserpin v psychiatrii, Krajské nakl. Plzeň, 43-48, 1958.
- Stančák, A., Fraenkel, E.: Faktorová analýza Rorschachových nálezov u neuróz pred a po aplikácii alkoholu, Čs. psychol., 5, 363-372, 1961.
- Stančák, A.: Niektoré naše skúsenosti o vplyve alkoholu na duševnú činnosť, Čs. psychol., 5, 143-148, 1961.
- Stančák, A.: Najčastejšie príčiny hospitalizácie detí a mladistvých na psychiatrii s osobitným zreteľom na problém samovrážd, In: Problémy psychológie dieťaťa a mládeže, SPN, Bratislava 1961.
- Stančák, A.: Test dediny ako projekčná metóda v psychiatrii, Čs. psychol., 7, 3, 252-258, 1963.
- Stančák, A.: The effects of alcohol and combination with doffeine on trained performance in Bourdon's experiment, Activ. Nerv. Super., 6, 209, 1964.
- Stančák, A.: Emócie v psychofyziologickom experimente, SAV, 95-98, Bratislava 1968.
- Stančák, A., Jaššová, Z.: Význam hodnotenie MMPI pomocou lineárnej diskriminačnej analýzy v diferenciálnej diagnostike, In: Kondáš, O., Vonko-mer, J.: Psychológia a zdravý vývin osobnosti, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1971.
- Stančák, A.: Benderovej "geštaltový test" a Graham-Kendallovej test v neuropsychologickej diagnostike, In: Uplatnenie psychologických vied v rozvinutej socialistickej spoločnosti, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1974.
- Stančák, A., Gajancová, D.: Hypnabilita a technika hypnotizácie, Čs. psychol., 19, 157-162, 1975.
- Stančák, A.: Problémy samovraždy, Záverečná správa výskumnej úlohy VII. - 3 - 3/3, 1975.
- Stančák, A., Jaššová, Z.: Motivácia samovražedného konania, Referát na 4. symp. o aktuálnych otázkach sociálnej psychiatrie, Kroměříž 1976.
- Stančák, A., Fraenkel, E., Jaššová, Z.: Suicidálne typy podľa metódy MMPI, Psychológia a socialistický spôsob života, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1980. 454-461.

- Stančák, A., Vaľová, L.: Štýl správania ako rizikový faktor IM, Psychológia a socialistický spôsob života, Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1980, 425-431.
- Stančák, A. ml.: Využitie Dia-Z-testu a profilu emócií pri analýze emocionálnej štruktúry, Anot. stud. věd. prací celostátního kola, Brno 1978.
- Stagner, R.: Theories of personality, In: Wolman, B.: Handbook of clinical psychology, McGraw Hill, 277-332, New York 1965.
- Stern, E.: Experimentale Persönlichkeitsanalyse nach dem Murray-Test, Rasher Verlag, Zürich 1952.
- Stern, E.: Andere subjective Tests insbesondere der Fragebogen von Eysenck und die Charaktertests von Heuyer, In: Stern, E.: Die Tests in der klinischen Psychologie, Räscher Verlag, Zürich 1954, 318-338.
- Stern, E.: Test in der klinischen Psychologie, Rascher, Zürich 1954, 1955.
- Stern, W.: Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung, Der 5. Kongr. expl. Psychol., Leipzig 1912.
- Stevens, S. S.: Handbook of experimental psychology, Mathematics, Measurement and Psychophysics, John Wiley, New York 1951.
- Stone, C. P., Girdner, J., Albrecht, R.: An alternate form of the Wechsler memory scale, J. Psychol., 22, 199-206, 1946.
- Stone, H.: Relationship of hostile aggressive behavior to aggressive content on the Rorschach and Thematic Apperception Test, Unpubl. doctoral dissertation, Univ. California, Los Angeles 1953.
- Strong, E. K.: Vocational Interest Blank for Men /women/, revised manual, Palo Alto, California 1959.
- Sullivan, H. S.: Conceptions of modern psychiatry, Washington 1947.
- Sundberg, N. D., Tyler, L. E.: Clinical psychology, An introduction to research and practice, Methuen and Co. Ltd., London 1963.
- Supper, D. E.: The Bernreuter personality inventory, Psychol. Bull., 39, 94-125, 1942.
- Supper, D. E.: The use of multifactor tests in guidance, Abdr. V. Personnel Guid. J., 1956-57, 1958.
- Supper, D. E.: Psychologia zainteresowań, PWN, Warszawa 1972.
- Suppes, P.: Foundations of measurement, Stanford University Press, Stanford, California 1957.
- Swift, J. W.: Reliability of Rorschach scoring categories with pre-school children, Child. Developm., 15, 207-216, 1944.

- Szasz, T. S.: The use of naming and the origin of the myth of mental illness, *Am. Psychol.*, 16, 59-65, 1961.
- Szondi, L.: Analysis of marriages, In: *Acta Psychologica*, Vol. III, Martius Nijhoff, The Hague, No. 1, 1937.
- Sznirman, A. L.: Psychologičeskije osnovy izučeniya ličnosti učaščichsa, *Soviet. Pedag.*, Nr. 10, 1948.
- Syrištová, E., Srnec, J., Kubička, L., Matějček, Z.: Úvod do zdravotnické psychologie, SPN, Praha 1964.
- Syrištová, E.: Psychologické a psychopatologické koncepce normality, In: Syrištová a kol.: K problematice normality osobnosti, SPN, Praha 1970.
- Švancara, J.: Příspěvek k explorační metodice v dětské psychologické praxi, *Čs. psychol.*, 7, 363-369, 1963.
- Švancara, J.: Diagnostika psychického vývoje, Avicenum, Praha 1971, 1974.
- Švancara, J.: Kompendium vývinové psychologie, SPN, Praha 1975.
- Takala, M., Hakkarainen, M.: Über Faktorenstruktur und Validität des Wartegg - Zeichentests, *Annales Academiae Scientiarum Fennicae*, Helsinki 1953.
- Takala, M.: Studies of the Wartegg drawing completion test, *Annales Academiae Scientiarum Fennicae*, Helsinki 1964.
- Tarcsay, I.: Pszichodiagnostika, A Rorschach - vizsgálat és a klinikai alkalmazása, Réneyi Károly, Budapest 1940.
- Taylor, J. A.: A personality scale of manifest anxiety, *J. abn. Psychol.*, 48, 285-290, 1953.
- Těplov, B. M.: Psychologia, "Nasza Ksiegarnica", Warszawa 1950.
- Těplov, B. M.: Schopnosti a nadání, SPN, Praha 1951.
- Terman, L. M.: The measurement of intelligence, Houghton Mifflin, Boston 1916.
- Terman, L. M., Merrill, M. A.: Stanford Binet intelligence scale, Manual for the third revision, Form L-M Houghton Mifflin, Boston 1960.
- Terman, L. M., Merrill, M. A.: Stanford-Binet Intelligence scale, 1972 norms edition, Houghton Mifflin, Boston 1973.
- Thayer, R. E.: Measurement of activation through self-report, *Psychological Reports*, 20, 663-678, 1967.
- Thayer, R. E.: Activation states as assessed by verbal report and four physiological variables, *Psychophysiology*, 7, 86-94, 1970.
- Thiesen, J. W.: A pattern analysis of structural characteristics of the Rorschach test in schizophrenia, *J. consult. Psychol.*, 16, 365-370, 1952.

- Thorndike, L. L.: The measurement of intelligence, Columbia Univ. Press, New York 1927.
- Thorne, F. C.: Clinical judgement: A study of clinical errors, J. clin. Psychol., 1961.
- Thurstone, L. L.: Personality Schedule, Univ. Chicago, Chicago 1928.
- Thurstone, L. L.: The learning function, J. gen. Psychol., 3, 469-491, 1930.
- Thurstone, L. L.: Primary mental abilities: Psychometr. Monogr., No. 1, Univ. Chicago Press, Chicago 1938.
- Thurstone, I. L.: Examiner manual for the Thurstone temperament schedule, Science Research Associates, Chicago 1953.
- Tien, H. C.: Organic Integrity Test /OIT/, A quick diagnostic aid to rule in organic brain diseases, A. M. A. Arch. General Psychiat., 3, 43-52, 1960.
- Tien, H. C.: Tien's OIT /organic integrity test/, Psychodiagnostic Test Company, Michigan 1965.
- Tomkins, S.: The Thematic Apperception Test, The theory and technique of interpretation, Grune, Stratton, New York 1947.
- Tonkonogij, I. M.: O primeniji psihologičeskich metodik dla vybora metodov i ocenki effektivnosti reabilitacionnyh vozdejstvij, In: Reabilitacija bolnyh nervnymi i psichičeskimi zabolevanijami, Izd. NII im. Bechtereva, Leningrad 1973.
- Torgerson, W. S.: Theory and methods of scaling, John Wiley, New York 1958.
- Trnková, M.: Dotazníky ke zjišťování zájmu, Čs. psychol., 9, 343-348, 1965.
- Traugott, N. N., Čistovič, A. S.: K voprosu ob osobennostiach vyššej nervnoj dejatel'nosti pri chroničeskom vrede, Tr. ins. fyziol. im. I. P. P. Tom I., 413, 1952.
- Traugott, N. N.: O vlijaniji aktivnoj terapiji na rečovyje reakcii šizofrenikov v slovesnom experimente, Tr. inst. fyziol. im. I. P. P., I, 436, 1952.
- Tyler, L. E.: Testy i pomiary w psychologii, PWN, /ser. "Omega"/, Warszawa 1967.
- Velkoborský, J.: Dynamika afektivity v barevném pyramidovém testu, Čs. Psychiat., 35, 414-419, 1959.
- Velkoborský, J.: K otázce hodnocení formální stránky barevného pyramidového testu, Čs. psychol., 6, 369-373, 1962.
- Vencovský, E., Dobiáš, J.: Psychiatrie, Avicenum, Zdrav. nakl., Praha 1976.

- Vernon, P. E.: The Rorschach inkblot test, /Bibliography No. 1/, Brit. J. med. Psychol., 13, 89-118, 179-200, 271-291, 1933.
- Vernon, P. E.: The structure of human abilities, John Wiley, New York 1950.
- Vinař, J.: Ektodermo- mesenchýmový vztah v neurologii, Severografia, n. p., Liberec 1949.
- Vinař, O., Váňa, J., Grof, S.: FKP - Kvantifikace psychiatrické symptomatologie k posouzení výsledku farmakoterapie u psychóz, In: Engelsman, F.: Psychiatrické posudzovací stupnice a metody škálování, Zprávy č. 11, Výzkumná ústav psychiatrický, Praha 1967.
- Vonkomer, J., Miglierini, B., Michal, V.: Štandardizácia testu T-S-I, /rukopis/, 1971.
- Wade, T. C., Baker, T. B.: Opinions and use psychological tests, Am. Psychologist, 32, 874-882, 1977.
- Wagner, E. E.: Hand test: Manual for administration, scoring and interpretation, Charles C. Thomas, Springfield, New York 1962.
- Wahler, H. J.: A comparison of reproduction errors made by brain - damaged and control patients on a memory-for-designs test, J. abn. soc. Psychol., 52, 251-255, 1956.
- Wakefield, J. A., Sasek, J., Brubaker, M. L., Friedman, A. F.: Validity study of the Eysenck Personality Questionnaire, Psychol. Reports, 39, 115-120, 1976.
- Wallen, W. R.: Psychologia kliniczna, PWN, Warszawa 1964.
- Wartegg, E.: Gestaltung and Charakter, Leipzig 1939.
- Wartegg, E.: Schichtdiagnostik, Hegrefe, Göttingen 1953.
- Wartegg, E.: Der Zeichentest, In: Stern, E.: Die Tests in de klinischen Psychologie, II, Rascher, Zürich 1955.
- Wartegg, E.: Exeperimentelle Psychodiagnostik, In: Müller-Hegeman: Moderne neurologisch-psych. Diagnostik, Hirtzel, Leipzig 1963.
- Watson, Ch. G., Uecker, A. E.: Validation of the Minnesota Percepto - diagnostic test, J. Consult. Psychol., 30, 461-462, 1966.
- Watkins, J. G. and Stauffacher, J. C.: An index of pathological thinking in the Rorschach, J. proj. Tech., 16, 276-286, 1952.
- Watson, Ch. G.: The separation of hospital organics from schizophrenics eith three visual motor screening test, J. clin. Psychol., 24, 412-414, 1968.
- Watson, Ch. G., Benton, A. L.: Copying and reproduction from memory tasks in differentiation of brain - damage and control psychiatric patients, Percept. mot. Skills, 42, 1107-1112, 1976.

- Wechsler, D.: The measurement of adult intelligence, Williams and Wilkins, Baltimore, MDs 1939.
- Wechsler, D.: A standardized memory scale for clinical use, J. Psychol., 19, 87-95, 1945.
- Wechsler, D.: Wechsler intelligence scale for children, Psychological Corporation, New York 1949.
- Wechsler, D.: Wechsler adult intelligence scale, Psychological Corporation, New York 1955.
- Wechsler, D.: La Mesure de l'Intelligence de l'Adulte, Press Universitaires de Paris, 1961.
- Weidlich, Sigrid: Diagnosticum für Cerebralschädigung, Verlag Hans Huber, Bern 1972.
- Welsh, G. S.: A factor study of the MMPI using scales with item overlap eliminated, Amer. Psychologist, 7, 371, 1952.
- Wells, F. L.: Mental tests in clinical practice, World Book Co., Yankers on Hudson, N. Y. 1927.
- Wepman, J. M., Jones, L. V.: Studies in aphasia: an approach to testing, University Chicago Education - Industry Service, Chicago 1961.
- Wertheimer, M.: Studies in the Theory of Gestalt Psychology, Psychol. Forsch., 4, 301-350, 1923.
- Wewtzer, K. H.: Befunde bei Psychosen, In: Heiss, R. and Hiltman, H.: Der Farbpymiden - Test, Hans Huber. Bern 1951.
- Whiple, G. M.: Manual of mental and physical tests, Part, In: Simpler processes, Baltimore 1914.
- Whiple, G. M.: Manual of mental and physical tests, 2nd ed., Baltimore 1924.
- White, M. A., Schreiber, H.: Diagnosing "suicide risks" on the Rorschach, Psychiatric Quartelly. Suppl., 26, 161-189, 1952.
- Wideman, H. R.: Development and initial validation of an objective scoring method for the Lowenfeld Mosaic test, J. proj. Tech., 19, 177-191, 212-215, 216, 217, 1955.
- Wittenborn, R. J.: Wittenborn Psychiatric Rating Scale, The Psychological Corp., New York 1955.
- Woodworth, R. S.: Personal data sheet, C. H. Stoelting, Chicago 1917.
- Woodworth, R. S., Schlosberg, H.: Experimentálna psychológia, vyd. SAV, Bratislava 1960.

- Wright, C.: The qualitative performance of delinquent boys the Porteus Maze Test, J. consult. Psychol., 8, 24-26, 1944.
- Wyatt, F.: The scoring and analysis of the Thematic Apperception Test, J. Psychol., 24 319-330, 1947.
- Yates, A. J.: The validity of some psychological tests of brain damage, Psychol. Bull., 51, 359-379, 1954.
- Yates, A. J.: The use of vocabulary in the measurement of intellectual deterioration, J. ment. Sci., 102, 409-440, 1956.
- Yerkes, R. M. /ed./: Psychological examining in the United States Army, Memories of the National Academy of Sciences, New York 1921.
- Yoakum, C. S., Yerkes, R. M.: Army Mental Tests, Holt, New York 1920.
- Zazzo, R.: Metody psychologicznego badania dziecka, PWN, Warszawa 1974.
- Zejgarniková, B. V.: Úvod do psychopatológie, SPN, Bratislava 1972.
- Zimet, C. N., Fishman, D. B.: Psychological deficit in schizophrenia and brain damage, Ann. Rev. Psychol., 21, 113-154, 1970.
- Ziobro, H.: Zainteresowania kulturalne młodzieży internackiej w zasadniczej szkole zawodowej, In: Zainteresowania Srodowisko kulturalne, Poziom umysłowy, Wrocław 1961.
- Zubin, J. et al.: A biometric approach to prognosis in schizophrenia, In: Hoch, P. H., Zubin, J. /eds./: Comparative epidemiology of the mental disorders, Grune, Stratton, New York 1961, /143-203/.
- Zubin, J. et al.: An experimental approach to projective techniques, John Wiley, New York 1965.
- Zubin, J., Jervis, G.: Psychopatology of mental development, Grune, Stratton, New York 1967.
- Zuckerman, M.: The development of an affect check list for measurement of anxiety, J. consult. Psychol., 24, 457-462, 1960.
- Zulliger, H.: Ein fuhrung in den Behn-Rorschach Test, Hans Huber, Bern 1941.
- Zulliger, H.: Der Diapositiv-Z-Test, Hans Huber, Bern 1948.
- Zulliger, H.: Der Tafeln-Z-Test, Hans Huber, Bern 1954.
- Zung, W. K.: A self-rating depression scale, Arch. Gen. Psychiat., 12, 63-67, 1965.
- Zust, R.: Das Dorfspiel; Diagnostische und Therapeutische Auswertung eines Testverfahrens nach Henri Arthus, Hans Huber, Bern und Stuttgart 1963.

MENNÝ REGISTER

A

Abrams, S. 187
 Abt, L. E. 159, 160
 Adams, H. B. 305
 Aita, J. A. 188
 Allport, G. W. 33, 141, 142, 153,
 154, 262, 331
 Ames, L. B. 164
 Amthauer, R. 44, 84, 85
 Anastasiová, A. 19, 20, 47, 48, 89,
 164
 Andert, J. N. 133
 Anochin P. K. 74
 Appelbaum, S. A. 184, 186
 Armitage, S. G. 120
 Armstrong, M. 212
 Arnoldová, M. B. 146, 205, 206,
 221
 Aronson, E. 21
 Arthus, H. 233, 235
 Aschough, C. 237

B

Babcocková, H. 96, 97
 Baker, L. M. 189, 340
 Balcar, K. 273
 Baltrusch, H. J. 249, 250, 251
 Bandura, A. 33
 Bang, R. 28
 Bartholomäi 262
 Bartlett, F. C. 168
 Barron, E. 295
 Bash, K. W. 179
 Baughman, E. E. 194, 195
 Beck, J. S. 170, 184, 185, 197
 Beck, A. L. 335
 Bednárik, Š. 80
 Behn - Eschenburg, H. 169, 191

Bechterev, V. M. 40, 41
 Beizmannová, C. 170
 Bell, J. E. 155, 161, 162
 Bellak, L. 200, 205, 206, 212
 Belmont, I. 136
 Benderová, L. 132, 136, 259
 Benton, A. L. 113, 120, 127, 128,
 129, 130, 131, 132, 141
 Berezin, F. B. 44, 315, 318
 Berkovitz, L. 157, 159
 Bernoulie 49
 Bernreuter, R. G. 263
 Bepaľko, I. G. 315
 Billingslea, F. Y. 136, 137
 Binet, A. 42, 50, 60, 61, 89, 141,
 168, 262
 Bingham, W. 50, 62
 Blaškovič, O. 329
 Blejcher, V. M. 44, 80, 86, 103,
 203, 212
 Bleuler, E. 169
 Block, G. S. 314
 Blum, G. S. 212
 Blumberg, S. 140, 300
 Bobertag, O. 141
 Bohm, E. 169, 170, 175, 181, 194
 Bolgarová, H. 230, 232
 Borecký, M. 271
 Botticelli, S. 168
 Bourdon, B. 141
 Brade, J. 254
 Breed, F. C. 50
 Brengelman, J. C. 247
 Brichcín, M. 251, 271
 Bricklin, B. 221, 223
 Brittain, H. L. 197
 Brown, E. C. 100, 120
 Browne, J. 282, 283
 Bruhn, K. 196

Brunner, J. F. 160

Břicháček, V. 15, 141, 271, 332

Buck, J. N. 252

Bühler, Ch. 230, 231, 232, 233

Burlačuk, L. F. 44, 80, 86, 103

Buros, O. K. 43, 100, 103, 126,
132, 140, 156, 197, 221, 252,
296, 334

Burt, C. 65, 67, 68, 69

Butcher, J. N. 304, 307, 314, 324

C

Cameron, D. E. 157

Campbell, N. R. 50, 159, 304

Canfield, A. A. 52

Carmichael, L. 221

Carson, R. C. 307

Cattell, R. B. 54, 72, 75, 82,
154, 155, 160, 265, 266, 268,
270, 271, 272, 273, 274, 275

Cattell, J. Mc Keen 41, 42, 50,
62, 141, 225

Claparède, E. 30

Clyde, D. J. 335

Cofer, C. N. 96

Cohen, J. 126

Coombs, C. H. 51

Comrey, A. L. 46, 49, 51

Conrad, K. 247

Cooper, C. D. 305

Costello, C. G. 184, 186

Creager, J. A. 189

Cronbach, L. J. 48, 51, 54, 56,
58, 103, 322

Curtis, J. W. 228

Č

Čečer, M. 46, 77, 81

Čepelák, J. 170, 174

Černáček, J. 115, 118

Čistovič, A. S. 226

Číž, W. F. 41

Čulen, J. 148, 149

D

Dahl, G. 100

Dahlstrom, W. G. 298, 299, 301, 302,
303, 307

Darwin, Ch. 262

Daston, D. G. 186

Davidson, H. 187

Dawidson, M. 75

Dean, A. E. 324

Dearborn, G. 168

Degan, J. W. 19

De Moivreá 49

Diamant, J. 83, 113

Dobiáš, J. 61

Dobrotka, G. 46, 181

Doležal, J. 142

Dörken, H. 188

Drábková, H. 34

Drake, W. E. 113

Drdková, S. 121

Drey - Fuchs, Ch. 194

Ď

Ďurič, L. 142

E

Ebbinghaus, H. 61

Eichler, R. M. 191

Elizur, A. 113

Engel, C. 164

Engelsmann, F. 121, 163, 312, 334,
335

Eron, L. D. 203

Esquirol, J. E. D. 39

Eštok, S. 98

Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G.

19, 42, 154, 155, 160, 162,

194, 270, 278, 281, 282, 283,

284

Evans, R. B. 188

F

- Farrand, L. 141
 Faschingbauer, T. R. 324
 Fenlason, A. 28
 Fechner, G. Th. 49
 Ferracuti, F. 130
 Fishman, D. B. 120
 Fischer, M. S. 183, 186, 230
 Fischerová, J. 84, 85
 Fiske, D. W. 164, 304
 Fišerová, V. 342
 Flanagan, J. C. 263
 Fleischer, M. S. 184, 185, 186
 Fosberg, I. A. 189
 Frank, L. K. 155, 161, 163
 Fraenkel, E. 180
 Frenkel - Brunswick, E. 158
 Freeman, F. S. 208
 Freud, S. 151, 156
 Friedman, A. 157
 Friedman, H. 283
 Fridrich, D. 138
 Fromm, E. 290
 Fuller, G. B. 137, 138

G

- Galton, F. 42, 49, 61, 65, 155,
 224, 225, 332
 Gakkelová, L. B. 225
 Ganický, P. 291, 294, 296, 297
 Gauss, K. F. 49, 280
 Gajancová, D. 218
 Gertsman, S. 28
 Gilliland, A. R. 100
 Gilaševa, I. N. 315
 Gleser, G. C. 323
 Goldberg, L. R. 136
 Golden, Ch. J. 111, 112
 Goldfried, M. R. 183, 189
 Goldings, H. J. 157
 Goldstein, K. 83, 96
 Goodenoughová, Fl. L. 249

- Goddard, H. H. 62, 64
 Goodrich, D. W. 336
 Gordon, N. G. 120
 Goštautas, A. A. 116
 Graham, F. K. 138, 139, 140
 Granjon, N. G. 116
 Grashey, H. 41
 Grzywak - Kaczyńska, M. 46
 Gregorová, D. 235
 Guensberger, E. 17
 Guilford, J. P. 46, 49, 51, 67, 69,
 70, 71, 72, 332, 333
 Guislain, J. 39
 Gulliksen, H. 51
 Guthrie, G. M. 307
 Gutjahr, W. 48

H

- Hafner, J. M. 102
 Hain, J. D. 140
 Haines, T. H. 62
 Hajková, A. 289
 Halbower, C. C. 25
 Hakkarainen, M. 259
 Halstead, W. C. 96, 105, 113, 115
 Hampejsová, O. 142, 271, 334
 Hardesty, F. P. 89
 Harriett, W. 33
 Harris, A. J. 100
 Harrison, R. 208
 Harrower-Erikson, M. R. 183
 Hartman, A. A. 203
 Hathaway, S. 297, 298, 299, 300,
 303
 Head, H. 116, 120
 Healy, W. 156
 Hebb, D. G. 113
 Heller, M. 126
 Heinzl, Z. 82
 Hein, J. D. 137
 Heiss, R. 239, 240, 242, 244, 245,
 246, 247

Henri, A. F. 168
 Henry, W. E. 164
 Hens, Sz. 169
 Hermánek, S. 324
 Herbart, J. F. 49
 Hermochová, S. 265, 271
 Hertzová, M. R. 164, 170, 184,
 186, 189
 Heuyer, G. 327
 Heymans, G. 262
 Hilksón 123
 Hippocrates 30
 Hooker, E. 164
 Holmes, D. S. 157, 159
 Holtzman, W. H. 184, 186, 197
 Homola, M. 151
 Hooverová, T. O. 223
 Horne, E. P. 238, 290
 Horney, K. 290
 Hornowski, B. 45, 77, 81
 Horáčková, E. 324
 Horváthová, A. 325
 Hoskovec, J. 54, 89, 141, 297
 Howarth, E. 282, 283
 Howard, J. W. 195
 Hrabal, V. 85
 Hromátka, J. 271
 Hughes, R. M. 187, 188
 Hugo, J. A. 324
 Hull, C. L. 227
 Hulická, I. M. 126
 Hunt, H. F. 96, 112
 Hutt, M. 137, 259

CH

Chapman, L. F. 113
 Chodura, I. 311
 Choynowski, M. 48, 51, 275, 312
 Christensenová, A. L. 45, 108,
 109, 111, 112

I

Ivanov - Smolenskij, A. G. 225,
 226

J

Jackson, L. 212
 James, W. 152
 Janík, A. 343
 Jaroš, M. 326
 Jaššová, Z. 312
 Jenkins, C. D. 32
 Jensen, A. R. 189
 Jones, L. 114
 Juncker, D. 247
 Jung, C. G. 154, 155, 224, 226
 Jurčo, M. 329
 Jurovský, A. 329

K

Kaczyńska - Grzywak, M. 46
 Kairov, I. 30
 Kant, I. 168
 Kaňka, Z. 89
 Kataguchi, J. 194
 Katzenstein, A. 35
 Kear - Collwell, J. J. 126
 Kent, G. H. 83, 225, 226
 Kellerman, H. 284
 Kelly, G. 230
 Kerner, J. 168
 Kerekjarto, M. 130
 Kerlinger, F. N. 28, 33
 Kimura, D. 115
 Kincannon, J. C. 324
 Kinget, G. M. 259
 Kirkpatrick, E. 168
 Kleinová, M. 230
 Klimó, Z. 181
 Klopfer, B. 170, 176, 181, 183,
 194, 196
 Kmecová, E. 235

Knight, R. F. 157
Koffka, K. 76
Kohlman, Th. 221
Kohs, S. G. 82
Koch, Ch. 252, 253, 255
Kolaříková, L. 151, 343
Kondáš, O. 15, 26, 28, 46, 59,
151, 226, 325
Kopitzová, E. M. 133
Korchin, J. S. 207
Korman, M. 140
Korsakov, S. S. 31, 41, 43
Košč, L. 18, 19, 46, 83, 84
Koubek, K. 251
Koukola, B. 289
Kováč, D. 325
Kovalíková, V. 46, 77, 81
Kovaničová, M. 207, 208, 212
Kozielecki, J. 21, 22
Kožený, J. 271, 291, 294, 296, 297
Kraepelin, E. 40, 61, 144, 145
Kral, V. A. 188
Krallová, M. 282
Kratochvíl, S. 259, 326, 342
Kretchmer, E. 31, 154
Kreutz, M. 30, 45
Kruger, A. K. 184
Kubička, L. 89
Kudelková, E. 218
Kuder, G. F. 330
Kudličková, E. 326
Kuhlman, N. F. - Anderson, J. E.

64

Kunda, S. 218
Kun, M. 45, 89
Kuruc, J. 143
Külpe, O. 123

L

La Forge, R. 290
Laird, D. A. 137, 262
Lane, W. P. 237

Lashley, K. S. 113
Laubes, B. 89
Lazurskij, A. F. 262
Leary, T. 290, 292, 293, 296, 297,
336
Leiter, R. G. 120, 121
Lennep, D. J. 212
Leontjev, A. N. 74, 152, 153
Leonardo da Vinci 168, 169
Lersch, Ph. 256
Lewicki, A. 28
Lewin, K. 152
Lewitow, N. 30
Lezak, M. D. 113
Libby, W. 197
Lindner, R. M. 184, 186
Lindsley, G. 21
Lindzey, G. 162
Lisická, K. 139
Listiak, R. L. 299, 305
Little, K. B. 314
Littmann, E. 324
Loo, R. 283
Lorr, M. O. 19
Lossen, H. 259
Loosli, Usteri, M. 170
Lowenfeld, M. 230, 231, 235, 238
Lüscher, M. 239
Lugoff, L. S. 227
Lundy, R. M. 157
Lurija, A. R. 19, 44, 108, 109,

111

M

Mabille, P. 233
Maher, B. A. 237
Machač, M. 142
Machover, K. 249, 251
Major, D. R. 332
Makarenko, A. 30
Malamud, W. 336
Malotinová, M. 273, 334

Mantliková, H. 273
Manson, M. P. 232
Marks, A. 305
Marmorston, J. 188
Maršálová, L. 15, 54, 58
Martin, H. 184, 185, 186, 237
Martonová, F. 196
Matejček, Zl. 83, 118
Mathews, E. 262, 327
Mc Clelland, D. 204, 206, 208
Mc Kinney, F. 20
Mc Kinley, J. C. 297, 299, 300,
303
Medvecký, J. 121, 149
Meehl, P. E. 25, 26, 164, 298, 305
Meili, R. 28, 30, 46, 72, 73, 87,
88
Mellan, J. 295
Merrilová, M. A. 62
Miale, F. R. 183
Miglierini, B. 82
Michal, V. 28, 33, 34
Michel, L. 321
Miller, G. E. 64
Miles, C. C. 95
Miles, W. 95
Mittenecker, E. 319
Mirošnikov, F. B. 315
Molisch, H. B. 155
Monakov, C. 169
Monod, M. 235
Mons, W. 183
Mordock, J. B. 136
Morgan, C. D. 197
Morgenthaler, W. 169
Moser, V. 221
Mucchielli, R. 235
Muench, G. A. 184
Munroe, R. L. 184, 194
Murray, H. A. 197, 198, 199, 203,
211
Murstein, B. I. 157, 158, 159
Murphy, G. 158

Musil, J. V. 85, 86

N

Neiger, St. 181
Newman, J. R. 102
Nováková, D. 340
Nowlis, W. 334

O

Oehor, A. 40, 61
Osecká, L. 327
Osgood, G. E. 227
Otis, A. S. 62, 64

P

Panek, P. R. 224
Pardel, T. 145, 146
Partington, J. E. 119, 120
Pascal, G. R. 53, 131, 132, 134,
137
Pauli, R. 146
Pavlov, I. P. 154
Pearson, K. 42, 61
Penrose, L. S. 76
Pfister, M. 239
Phillipson, H. 212
Piaget, J. 30, 60, 61, 65, 116
Pickford, R. W. 213
Pichot, P. 48
Pileková, E. 123
Piotrowski, Z. 170, 184, 186, 187,
188, 197, 204
Platonov, K. K. 103
Plutchik, R. 284, 285, 286, 287
Plužeková, Z. 46
Porch, B. E. 114
Porteus, S. D. 64
Priester, H. 89
Pryer, R. S. 159
Purisch, A. D. 111, 112
Puškin, V. N. 71

Q

Quetelet, A. 49

R

Rabin, A. I. 101, 184, 186
 Raiskup, J. Ch. 141, 144
 Rapaport, D. 100, 101, 156, 170,
 187, 205, 207, 208, 209, 211,
 225
 Rawak, F. 76, 77, 254
 Raven, J. M. 76, 77, 78
 Reisman, J. V. 59, 64, 262
 Reitan, M. R. 106, 107, 111, 113,
 115, 119, 120, 121
 Rembowski, J. 46, 163
 Remplein, H. 144, 147
 Repán, Ľ. 77
 Reutt, J. 46, 200
 Reuttová, N. 46, 200
 Rewers, W. J. 200
 Reykowski, J. 23
 Řičan, P. 15, 45, 48, 54, 58, 71,
 73, 77, 79, 151, 266, 271,
 327, 340, 343
 Ridzoňová, L. 125
 Rickels, K. 275
 Rigal, M. I. 233
 Richarz, F. 40
 Rokeach, M. 31
 Rollová 329
 Rosanoff, A. J. 225, 226
 Rosen, A. 299
 Rorschach, H. 60, 168, 175, 181,
 197
 Rosenzweig, S. 213, 214, 216, 218,
 219
 Rösler, H. D. 45
 Rossolimo, G. I. 41
 Rubinštejn, S. L. 74
 Rubinštejnová, S. J. 83
 Russel, E. W. 115
 Rybakov, Th. E. 41, 168, 169

S

Sakheim, G. A. 185, 186
 Salomon, F. 194
 Sands, S. L. 336
 Sanocki, W. 299, 300, 303, 324
 Sapolski, A. 184, 186
 Sarason, J. G. 322
 Sarbin, T. R. 19
 Sargentová, H. 159, 160
 Sarno, M. T. 115
 Sawyer, J. 25, 26
 Scott, J. P. 284
 Sears, R. 157
 Secord, P. F. 31
 Sečenov, I. M. 41
 Semeonoff, B. 163, 200
 Senka, K. 141
 Seguin, E. 39, 59
 Shakow, D. 100
 Shapiro, M. B. 83
 Sharp, A. A. 130
 Sharpová, E. 141, 168
 Sheldon, W. H. 31, 154
 Sheerer, M. 83, 96
 Shipley, W. C. 80, 113
 Shürer, M. 34, 83
 Schale, K. W. 239, 247
 Schaefer, E. S. 284
 Scheier, I. H. 275
 Schmidt, H. D. 45
 Schnell, H. 114
 Schneidman, E. S. 60, 314
 Schraml, W. J. 28, 35, 341
 Schreiber, J. 184, 106
 Schlosberg, H. 224
 Schott, G. 259
 Schwartz, L. A. 197
 Simon, Th. 42, 61
 Sines, J. O. 305
 Silverman, F. L. 157
 Skorny, Z. 28, 31
 Slater, P. 80

Slavson, K. S. 28
Sloan, W. 102
Small, L. 170
Smékal, V. 19, 34, 88, 151
Smith, A. 112
Smidt, A. 332
Smolenska, Z. 23
Snell, L. 40
Sobčik, L. N. 315
Sommer, R. 41
Spearman, Ch. E. 42, 60, 66, 75,
76, 77, 84
Spielberger, Ch. D. 322
Spranger, E. 154, 331
Spreen, O. 113, 114, 120, 131
Srnc, J. 83, 113
Staabs, G. 163, 238
Stančák, A. 32, 46, 133, 136, 137,
140, 142, 143, 146, 180, 181,
184, 186, 218, 233, 234, 278,
286, 289, 312
Stančák, A. ml. 284, 289
Stauffacher, J. C. 187
Stagner, R. 154
Stenquist, J. L. 64
Stern, E. 30, 53, 209
Stern, W. 52, 60, 61
Stevens, S. S. 50
Stone, C. P. 126
Stone, H. 193, 195
Stonerová, S. 224
Strong, E. K. 330
Suczek, R. R. 290
Sullivan, H. S. 290
Sundberg, N. D. 19, 26
Supper, D. E. 160, 263, 328
Suppes, P. 51
Suttelová, B. J. 53, 131, 132,
134, 137
Syřiřtová, E. 35, 151
Szegedi, M. 45, 89
Szewczyk, H. 45
Sznirman, A. L. 30

Szondi, L. 220, 221
Swift, J. W. 189

Š

Švancara, J. 15, 19, 28, 34, 46

T

Takala, M. 259
Tarcayová, I. 175, 176
Tarshes, E. L. 120
Tauber, K. 200
Tylorová, J. A. 319, 321
Těplov, B. M. 30, 74, 75
Telligen, A. 314, 324
Terman, L. M. 42, 60, 62
Thayer, R. E. 334, 335
Tien, H. C. 121, 122, 123
Thiesen, J. W. 187
Thorndike, E. L. 60, 61, 141
Thorne, F. C. 19
Thurstone, L. L. 66, 67, 84, 263,
276, 277
Tokarskij, A. A. 41
Toman, W. 319
Tomkins, S. S. 200, 202, 203, 205,
295
Tonkonogij, I. M. 315
Torgeson, W. S. 51
Traugottová, N. N. 226
Trnková, M. 329
Tylerová, L. E. 19, 26, 160

U

Uecker, A. E. 138

V

Valová, L. 32
Valničková, J. 271
Velkoborský, J. 246, 247, 248
Vencovský, E. 61
Vernon, P. E. 67, 68, 189

Vinář, J. 149, 335
Vladyčko, S. D. 41
Voltair, F. M. 158
Vonkomer, J. 85

W

Wade, T. C. 340
Wagner, E. E. 221, 222, 223, 224
Wahler, I. 130, 131
Wakefield, J. A. 283
Wallen, W. R. 28, 31, 46
Walters, R. H. 33
Wartegg, E. 255, 256, 257, 258,
259
Watkins, J. G. 187
Watson, Ch. G. 136, 138, 141
Weber, E. H. 49
Wechsler, D. 44, 79, 89, 94, 98,
100, 125, 126
Weidlichová, S. 123, 124, 125
Wells, F. L. 62, 126
Welsh, G. S. 301, 302, 303, 304
Wepman, J. M. 114, 115
Wertheimer, M. 132, 137
Wevetzer, K. H. 247
White, M. A. 184, 186
Whipple, G. M. 62, 141, 168, 169

Wideman, H. R. 237
Wiersma, E. 262
Wittenborn, R. J. 336
Woodworth, R. S. 224, 262, 327
Wolf, H. G. 113

Wright, C. 160
Wundt, W. 40, 41, 225
Wyatt, F. 203

Y

Yates, A. J. 97, 113
Yerkes, R. M. 62, 63
Yoakum, C. S. 63

Z

Zazzo, R. 116, 118, 141
Zeigarniková, B. V. 41
Zimet, C. N. 120
Ziobro, H. 33
Zubin, J. 20, 313
Zuckerman, M. 334
Zulliger, H. 169, 191, 192, 193, 194
Zung, W. K. 335
Zust, K. 235

Ž

Žláb, Z. 118

VECNÝ REGISTER

A

afázia 112
 agravácia 80
 agresia 213
 akomodácia 65
 algebraická operácia 78
 alternatívny 111
 ambivalentný 179
 anamnéza 15, 34, 35
 anamnéza psychiatrická 35
 anamnéza psychologická 35
 - syntéza 37
 - technika 35
 anomistický 143
 anxieta 325
 aperceptívny 160
 asimilácia 65
 autoexpanzívny 160
 automatický stabilizátor 156

B

batéria 105
 behaviorizmus 32, 152
 blokáda 149

C

centily 274, 277
 coasenia 274
 cortertia 271, 274

D

debilita 98
 defensia 215
 defekt 14, 111
 demencia 32, 41, 103
 dependabilita 54
 depresia 32

determinizmus 24, 28
 deteriorácia 86, 93, 95, 96, 98,
 103, 122, 123, 140
 deteriorácia - index 96, 97, 100
 deteriorácia - škály 96, 97
 diáda 287
 diadochokinéza 118
 diagnostické fázy 21
 diagnóza 16, 17, 18, 19, 24, 25,
 37, 147
 diagnóza - blind 208
 diagnóza - modely 20, 21, 22
 diagnóza psychiatrická 18
 diagnóza psychologická 18, 20, 290
 difúzny 104
 dichotomia 67
 dimenzie - extraverzie 281, 282,
 283
 neuroticizmus 281, 282, 283
 psychoticizmus 281, 282, 283
 diskriminačná analýza 312
 diskurzívny 110
 disfunkcia 83
 distorzia 160
 divergentné 71
 dlhodobá skúška počítania 145
 dominancia 109, 112, 115, 116, 118
 dotazníkové metódy 262
 dejiny 262
 rozdelenie 263
 dotazníkové metódy - AD - ACL 335
 Beck 335
 BOD 326
 Cattell 16-PF 265
 Cattellove faktory 267
 Cattell - HSPQ 273
 IPAT 275
 Cattellove sekundárne faktory
 271

CMS 335
DKO/74 324
Dot. interakčné 329
Dot. solipsistické 329
EPI 281
EPQ 283
FAM 324
F.K.P 335
Goodrich 336
KEAT 325
KUDER 330
KUD 326
Leary ICL 290
MACL 334
Malamud - Sands 336
MAS 321
Mini - Mult 324
Midi - Mult 324
MMPI 42, 297
MMQ 281
MPI 281
Osobnostný a záujmový dotaz-
ník P. I. 319
PEN 282
Plutchik IPE 284
Postojové 331
SVIB 329
Thurstone - temperament 276
Wittenborn 336
W - M 327
Záujmové dotazníky 328
Zung 335
dysartria 114

E

eeg 108
echolalický 226
endopsychický 262
endotýmny 258
etické zásady 341
eufória 171
excitabilita 239
exopyschický 262

explicitný 155
explorácia 34
expresívny 110
externalizácia 110
extrapenditive 214
extrapensistive 214
extrapunitive 214
extrasignálny 226
extratenzívny 171, 179, 180
extraverzia 154, 171
exvia 274

F

Faktor "g" 42, 66, 80, 82
"s" 66, 90
"v, z, x" 90
- celku 87
- extravenzie 280
- inteligencie 280
- komplexnosti 73, 87
- neuroticizmu 280
- plastičnosti 73, 87
- plynulosti 73, 87
- primárny 66, 267, 269, 270,
274
- psychiticismu 280
- sekundárny 66, 271, 281

faktory emócií 288
faktory temperamentu 277
farebný vzorec 241
fenotiazín 146
FIRO 296
frustrácia 213
fylogenetický 132

G

geštalt 136

H

halucinácie 30
haló efekt 237
holistická 152

- homocídny 181
hypománia 32
- CH
- chlorpromazín 133
chromofília 123
- I
- idiocia 98
imaginárny 160
imbecilita 99
implicitný 155
impeditívne 214
impersistívne 214
impunitívne 214
import 206
index mozgového poškodenia 107
index 115, 116, 117
 adjustácia 184
 alfa 187
 realitný 181
indikátor lži 227
integrácia 136
integrita 116
inteligencia 60, 74
 analytická 75
 faktorové teórie int. 65
 fluidná 72, 82
 genetické teórie int. 65
 intuitívna 75
 kryštalizovaná 72
 opisná 75
 praktická 75
 teoretická 75
 tvorivá 75
inteligencia - typy 88
 rozloženie 98
intelligenčný kvocient 51, 52, 98
Interpretačné systémy TAT 200
 podmienky 201
 úroveň 201
 vektory 200
 zvláštne stavy 202
- Interpretačné schémy TAT 202
 Arnoldovej 206
 Bellakova 205
 Eronova 203
 Hartmanova 203
 McClellandova 204
 Piotrowského 204
 Rapaportova 207
 Tomkinsova 203
 Wyattova 203
- interindividuálny 15
intraindividuálny 16
intropeditívne 214
intropunitívne 214
intropersistívne 214
introverzívny 179
ipselaterálny 115
- K
- kataraktický 163
kategória operácia 70
kategória správania 292
kategória interpersonálna
 prostredia 223
 maladjustácie 223
kinestetický 110
klexografia 168, 169
koartatívny 179, 180, 244
koartovaný 179, 180, 244
kódové hodnotenie 305, 309
kompatibilita 295
konštrukt 155
konštitutívny 163
konštruktívny 163
konzistencia 56, 57
konvergentné 70, 71
kód 25, 98
korelácia 50
Kritériá zhodnosti G. C. R. 216
kvalifikovaný psychológ 343

L

lateralita 119

M

maladaptácia 36

matice 76

postupné 76

progresívne 76

štandardné 76

maskované symptómy 17

medián 50

mentálny test 41

metódy klinické 17, 18, 22, 24,

27, 37

testové 17, 18, 22, 24, 34,

37, 43

metódy klinické:

interview 33, 34

pozorovanie 30, 31

rozhovor 28, 29, 30

technika rozhovoru 29

metódy projektívne 155, 156, 159,

164, 165, 166

definícia 161

delenie 166

klasifikácia 161

modely 16, 19, 20, 21, 74, 150,

153

modely ROR 183

neurotický 183

psychoorganického syndrómu 187

schizofrénie 186

suleidia 106

monochromatický 245

morfofilizmus 123

motív 152, 153

multichromatický 245

N

nálada 32

nález 342

narkoanalýza 17

neogenéza 76

neuropsychológia 103

neuróza 17

neuroticizmus 154

norma 25, 31, 34, 43

nozológia 18, 40, 147

O

okruhové hodnotenia 312

ortogonálny 26

organický psychosyndróm 17, 100

osobnosť 151

P

pathemia 271, 274

PEG 108

percentily 52

perseverácia 130

postoje - typy 331

postuláty 285

potreby 152

prekrývanie 130

presuicidálny 184

primárne emócie 285

princíp analógie 78

prístup formálny 26, 27

neformálny 26, 27

klinický 108

testový 105

produkcie originálne 181

produkt 71

profil faktorov 267

profil kriviek 307

profil 25

projekcia 156, 157

atributívna 157, 159

autistická 157, 158

casandram 158

kontrastu 159

panglasovská 158

podobnosti 158

racionalizačná 158, 159

projektívna psychológia 159
psychodiagnostika 15, 16, 17, 44
psychodiagnostická aktivita 340
psychogram 270
psychometria 16, 50
psychopsy 194
psychosomatické choroby 36
psychóza 17, 30, 100
pudové faktory 220
 oblasti 220
 vektory 220
pyramída 240
poruchy reči 32
 - afázia 32

R

reč 32
reflexografia 258
refraktívny 163
reliabilita 51, 54, 77, 110, 111,
 131, 189, 272, 274
 paralelné formy 55, 88, 197,
 207, 224, 237, 249,
 296, 337
 split - half 55, 82, 85, 102,
 143, 164, 189, 197,
 207, 224, 228, 275,
 277, 282, 301, 303,
 304, 331, 337
 test - retest 54, 79, 85, 88,
 123, 134, 138, 140,
 146, 149, 189, 191,
 218, 282, 301, 303,
 304, 321, 322, 325,
 327, 329
 depentabilita 54
rovina typov 67

S

scatter 89, 99, 100
 - deviácia 99
scattrogram 94

semantický diferenciál 227
sieť hodnôt 23
signovanie 170, 174
simulácia 40
schizofrénia 177
schopnosť 73, 74,
schopnosti centrálna 72
 lokálne 72
 sprostredkované 72
skórovací systém 183
stabilizátor 156
staniny 52
steny 52, 146, 246, 266, 274
strangulácia 32
stratégia 16, 18
stresová tolerancia 218
stroboskop 106
stupnice 50
subtest 90, 91, 97
subtest bezstratový /B/ 95
 stratový /S/ 95
suicídium 184
sukcesia 174, 177, 183
syndróm longitudinálny 255
 prierezový 255
sympatikus 32
symptóm 18

Š

škála 90, 111
škálovanie 50, 51
škály klinické 300, 315, 316
škály posudzovacie 332
škály validizácie 299
škicovitost' 130
škvŕna 168, 170, 196
šok 185
štandardizácia 51
štruktúra "ja" 23

T

taxonomia 18



techniky grafické 167
manipulačné 167
verbálne 167

teória behavioristická 152
holistická 152
inštiktivistická 284
marxistická 152
neogenetická 76
poľa 151

Testy /všeobecne/:

definícia 47, 48, 160
dejiny 38, 42
dotazníkové 42
inteligencie 42, 60, 61
performačné 42, 75
projektívne 43

Testy iné:

Asociačný experiment 225
Benderovej B-G 53, 132, 133
Benton 117
BeRo 191, 192
Board 105
Času 106
Dia - Z - Test 193, 194
Dediny 233
Dom, strom, človek 252
Elizur 113
Farebný syndróm 244
Farebný test 240
Farebný vzorec 241
FDT 249
Flicker 106
Forma pyramídy 245
FuRo 194, 196
Geštalťový 132
Graham - Kendallovej 138
Halstead - Reitan modifiká-
cia 107
Hand test 221
Helsingfors 196
HIT 196
Index 113
KaKo 194

Komplexné testy 75, 84
Komunikácie 115
Kresby 249
Lezakovej 113
Mentálny 41
Minesotský 113
MPDT 137
Mozaikový 236
Nedokončených viet 228
Odvođené testy z TAT /CAT/ 212
OIT 137
Oscilácie 106
Organického poškodenia 112
Pamäti 125
PAP 245
Parciálne 75
PDW 89
Pickford 213
Porteus - Maze test 64
Ranking RRR 194
Rečový 106
Retenčný 127
Rorschach 168 - 197
Rosenzweig 213
- smer agresie 217
- typ reakcie 36
Rozumovej bystrosti 41
Rytmu 106
Sceno test 238
Sčítania 144
Shipley 113
Smith 112
Sovietska verzia MMPI 315
Stenguistov 64
Strom 252
Sveta 230
Szondi 219
Škrtací - Bourdon 141
TAT 42, 197, 198
TAT emotivita 210
TAT znaky depresie 209
TAT znaky schizofrénie 209,
210

Teping 25, 147

TMT 120

Testy inteligencie:

AIT 75, 86, 87, 88

Alfa 62, 63

Beta 62, 63, 75, 92

Binet - Simon 61

Cattellov /C.F./ 75, 82

Domino 81

Goddardov 64

HAWIE 88, 89, 103

HAWIK 89

IST - test štruktúry inteligencie 75, 84, 85, 86

Kohs 75, 82

Kuhlman - Anderson 64

MAWI 89, 103

Millerov test analógie 64

Otisov test 64

Raven 75, 76 - 82

Stanford - Binet 62

Termanov test schopnosti 64

WAIS 89

W - B 90, 93

tolerancia 36

topický 108, 111

transformácia 33, 71

triáda 287

trieda 71

typ postihovací 175

typ zážitkový 175

typy pracovnej krivky 145

U

únava 144

V

validita 51, 55, 77, 82, 84, 88,
110, 123, 124, 135, 138,
140, 164, 197, 208, 228,
249, 259, 274, 296, 304,
325, 330, 331

- diagnostická 56, 85, 111,
149, 237, 321

- konštruktová 58

- kongruentná 56

- obsahová 57

- pojmová 57, 218, 275

- praktická 56

- prognostická 56, 85, 103,
143

VNČ 30

Z

Zeppia 275

SKRATKY TESTOV

P - M	Progresive matrices
CF	Culture fair
ĽMD	Ľahká mozgová disfunkcia
AIT	Analytický test inteligencie
TSI	Test štruktúry inteligencie
IST	Intelligenz-Struktur-Test
W - B	Wechsler - Bellevue
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale
WPPSI	Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence
WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children
HAWIE	Hamburg - Wechsler Intelligenztest für Erwachsene
HAWIK	Hamburg - Wechsler Intelligenztest für Kinder
MAWI	A Wechsler - féle Intelligencia Teszt
PDW	Pražský dětský Wechsler
Dn	Deteriorácia normálu
D	Deteriorácia
IQ	Intelligenčný kvocient
WHO	World Health Organization
SB	Stanford - Binet
EEG	elektroencefalografia
PEG	pneumoencefalografia
RTG	röntgen
T - skóre	vážené skóre
TMT	Trail Making Test
OIT	Organic Integrity Test
G.K.	Graham, Kendallová
MQ	Memory Quotient - mnestický kvocient
B - G	Bender Gestalt Test
MPDT	Minesotský percepčno diagnostický test
Bd	Bourdon
MMY	Mental Measurement Yearbook
S - Č - R	Stimulácia - činnosť - reakcia
R. I.	Realitný index
ROR	Rorschach
BeRo	Behn - Rorschach
D - Z - T	Dia - Z - Test
HPI	Harrover Psychodiagnostice Inkblot Test
KaRo	Kataguchi - Rorschach

10.12.19

HIT	Holtzman Inkblot Technique
Fu - Ro	Fuchs - Rorschach Test
TAT	Thematic Apperception Test
CAT	Children's Apperception Test
G. C. R.	Group Conformity Rating
P. F.	Picture Frustration Study /Rosenzweig/
HT	Hand Test
HIBT	Howard Ink Blot Test
AE	Asociačný experiment
ST	Szondiho test
CCF	Courtis Completion Form
LMT	Lowenfeldovej mozaikový test
TWT	Toy World Test /Bühlerová/
FPT	Farebný pyramídový test
DAP	Draw - A Person Test /Machowerová/
FDT	Figure - Drawing - Test /Baltrusch/
H - T - P	House - Tree - Person /dom - strom - človek/
FT	Face Test /test tváre/
Wtg	Wartegg
16 PF	Sixteen Personality Factors /16 faktorový osobnostný dotazník/
Q. L. T.	Questionnaire, Life, Test data
HSPQ	High School Personality Questionnaire
IPAT	Institute for Personality and Ability Testing
TTS	Thurstone Temperament Schedule
MMQ	Mandsley Medical Questionnaire
MPI	Mandsley Personality Inventory
EPI	Eysenck Personality Inventory
JEPI	Junior Eysenck Personality Inventory
PEN	Psychoticism, Extraversion, Neuroticism
JPEN	Junior Psychoticism, Extraversion, Neuroticism
EPQ	Eysenck Personality Questionnaire
IPE	Emotions Profile Index
CMS	Clyde Mood Scale
ICL	Interpersonal Check List
DOM	Dominancia - submisia
LOV	Láska - hostilita
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
P - I	Persönlichkeits und Interessen test /Mittenecker/
MAS	Manifest Anxiety Scale
FAM	Faschingbauer Abbreviated MMPI
DKO/74	Diagnostyczny Kwestionariusz Osobowości
Midi - Mult	Skrátená forma MMPI - stredná

asblach
noue
neuly

HBI, QL

Mini - Mult	Skrátená forma MMPI - mini
KSAT	Škála klasickej situačnej anxiety a trémy
BOD	Brnenský osobnostný dotazník
KUD	Kudličkovej dotazník
W - M	Woodworth - Mathews
SVIB	Strong Vocational Interest Blank
KPR - O	Kuder Preference Record Occupational
MACL	The Mood Adjective Check List
AD - ACL	Major Factors of Activation - Deactivation Adjective
F. K. P.	Farmakoterapia, Kvantifikácia, Psychózy
F. K. D.	Farmakoterapia, Kvantifikácia, Depresia

539-ty
1/19-7/19
L. Radimský

