

Kratochvíl, Stanislav; Fišerová, Věra

Psaní psychologických nálezů v klinické praxi

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. I, Řada pedagogicko-psychologická. 1972, vol. 21, iss. 17, pp. 211-225

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/112891>

Access Date: 16. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

PSANÍ PSYCHOLOGICKÝCH NÁLEZŮ V KLINICKÉ PRAXI

STANISLAV KRATOCHVÍL, VĚRA FIŠEROVÁ,
Katedra psychologie FF UJEP v Brně,
psychiatrická léčebna Kroměříž

K hlavním úkolům psychologa v klinické praxi patří vedle provádění psychoterapie především provádění psychologického vyšetření, které má vyústit v sestavení psychologické zprávy, v napsání psychologického nálezu. Způsob psaní psychologických nálezů se u nás vyvíjel živelně, spoluurčován požadavky jednotlivých pracovišť i tím, co jednotliví psychologové na základě vlastního zaměření a znalostí nabídli.

V souvislosti se zavedením výuky klinické psychodiagnostiky do rámce universitní výuky psychologie vznikla otázka, jakou formu psaní nálezů studentům nabídnout, jaké struktury psychologické zprávy je učít. Při řešení této otázky jsme se rozhodli opřít se o analýzu rutinních nálezů klinických psychologů. V r. 1965 jsme pomocí rozsáhlé korespondence získali typické psychologické nálezy ze třiceti českých a slovenských klinických pracovišť, při čemž jsme dbali toho, aby materiál zahrnul nálezy ze všech pracovišť, jejichž psychodiagnostickou práci v oblasti klinické psychologie bylo možno považovat za významnou nebo osobitou. Provedli jsme analýzu a klasifikaci těchto nálezů, porovnali jsme naše poznatky s údaji v literatuře a na tomto podkladě jsme se pokusili vypracovat schéma pro psaní nálezu, kterého by bylo možno používat při studentských klinických stážích a praxích.

Druhy psychologických nálezů

Z apriorního logického hlediska by bylo možno provést klasifikaci nálezů podle několika kritérií, např. podle výchozích dat, podle způsobů zpracování a podle stylu podání. Empirická analýza shromážděných nálezů ukázala, že při kombinaci kritérií s přihlédnutím jak k druhu včleněných dat, tak ke způsobu jejich zpracování, učlenění a syntézy i ke stylu zprávy, lze psychologické nálezy rozdělit do pěti charakteristických skupin: 1. nálezy vycházející z explorační, 2. nálezy orientované testově, 3. nálezy exploračně

testové, 4. nálezy narativní a 5. nálezy orientované na složky osobnosti. Uvedeme charakteristiky i typické ukázky jednotlivých druhů nálezů¹.

1. Nálezy vycházející z *explorace*

V nálezech tohoto typu jsou zachyceny pacientovy výpovědi, jsou podána více nebo méně uspořádaně relevantní anamnestická data, případně i získaná objektivní data od lidí, kteří pacienta znají, a na tomto základě je proveden závěr. Psycholog přináší do vyšetření svou psychologickou erudici a zkušenost, v samotném nálezu se však nevyskytuje nic specifického ve srovnání s nálezem např. psychiatra, opírajícího se o exploraci s rozbořením anamnézy rodinné, osobní a o popis současného onemocnění i současného psychického stavu. Tento druh psychologického nálezu bývá používán nejčastěji psychology pracujícími v ambulantní službě, kde je na vyšetření málo času a kdy poměrně krátký rozhovor musí vyústit v napsání zprávy pro odesílajícího lékaře nebo instituci. Dále je tento způsob používán i v lůžkových zařízeních některými psychology, kteří programově preferují explorační přístup a stavějí se kriticky nebo odmítavě k metodám testových. V nálezech tohoto druhu bývá též obvykle dávana přednost komplexnímu popisu osobnosti před analytickým rozbořením jejích jednotlivých složek.

Psychologické vyšetření A. B., 12 roků

Z anamnézy: matka léčena v psychiatrické ambulanci s reaktivním neurasthenickým stavem v klimakteriu, babička z otcovy strany snad neurotička, otec surový, hrubý, mladší sestra se léčila v PL (otrava léky), starší ve škole propadla. OA: těhotenství a porod bez poruch, váha 2 130 g, dítě kojeno 3 měsíce, sed v 7 měsících, chůze v 11 měsících, řeč – věty v 1½ roce, čistota od 15 měs., nepomočuje se, pravák. Choroby: v 7 měs. komoce mozku, pád z výše, byl v bezvědomí, hospitalizován v nemocnici. Výchova: u rodičů, mateřská škola od 3 roků, národní škola od 6 roků, nyní ukončil šestý postupný ročník, propadl z ruštiny. Z chování trojka pro útek z domova a záškoláctví. Matka přiznává nejednotnou výchovu a konflikty v manželství, žádá umístění dítěte v dětském domově.

Potíže: útek z domova. První útek do Prahy, jel na kole 10 hodin, přespal „u nějakého pána“, který mu dal najíst, druhý den pokračoval v cestě 40 km za Prahu, měl v úmyslu navštívit tetu. Druhý útek po týdnu opět do Prahy, vlakem, chtěl prý si koupit tiskací stroj a zkusit na něm psát. Seznámil se tam s chlapci, kteří také utekli z domova, vyměnili si adresy. Celou noc chodili po ulicích, neměli kde přespát. Ráno zadržen členy VB, rodiče si pro něj přijeli. Cestu vlakem hradil sám, vzal otci před útekem 200 Kčs a režijní slevu na dráhu. Třetí útek v červenci 1964 na Vranov s kamarádem o rok mladším, šli pěšky 70 km, přespali v Mor. Budějovicích na nádraží, druhý den se koupali na Vranovské přehradě a vrátili se zpět vlakem jako černí pasažéři.

Během vyšetření je chlapec sdílný, hovoří otevřeně, při líčení domácí atmosféry pláče. Cestování se mu líbí, neměl nikdy možnost jet s chlapci na výlet nebo pionýrský tábor, lituje, že otec má režii na ČSD a rodina nikam nejede. Doma není spokojen, těžce nese neutěšené rodinné poměry, zvláště konflikty mezi matkou a otcem („tatínek furt nadává, je sprostý k mámě a k holkám, matce říká děvko“). Citově fixován více na matku, straní jí, je zaujat proti otci, který je vulgární.

¹ Pokud jde o ukázky nálezů, bylo by možno mít k nim řadu kritických připomínek. Nálezy však nejsou míněny jako nálezy vzorové. Chtějí umožnit orientační pohled na skutečný stav rutinního psaní nálezů u nás a dokumentovat různorodost, která se týká jak druhu vřazovaných dat a organizace nálezů, tak stylu, délky, odbornosti a přesnosti závěrů a konec konců i celkové kvality nálezu. Diskuse o kvalitě nálezů přesahuje rámec tohoto sdělení.

Zájmová oblast odpovídá asi 9–10 rokům, období chlapecké romantiky, vrcholí zájmy dobrodružného rázu, činí si nárok na volnost, pro kterou není rozumově zralý (intelekt snížen zvláště v oblasti úsudkového a pojmového myšlení). Záškoláctvím řeší i prospěchové potíže, ale bezprostřednějším důvodem k útekům je nepřizpůsobenost domácímu prostředí, které nevytváří předpoklady pro vyváženou dobrou výchovu.

Resumé: Útěky z domova a záškoláctví jako následek neuspořádaných rodinných poměrů s nesprávnou výchovou. Mentální retardace, snížený intelekt. Doporučujeme umístění v dětském domově.

2. Nálezy orientované testově

Psycholog používá k posouzení osobnosti a k řešení otázek, daných lékařem, testové baterie a popisuje v nálezu více nebo méně podrobně výsledky jednotlivých testů. Po formální stránce je nálezu uspořádán tak, že následuje popis jednoho testu za druhým. Jako výsledky jsou uváděny někdy přímo hodnoty dílčích skóre (např. zvýšené hodnoty diagnostických skóre v MMPI, PI, Cornell indexu apod.) a produkce je popisována v terminologii příslušného testu (koartovaný typ prožívání, selhání, barvový šok u Rorschachova testu), jindy jsou interpretovány výsledky testů spíše kvalitativně a v terminologii, bližší terminologii klinické. V závěru jsou dílčí výsledky syntetizovány a na tomto podkladě provedeno zodpovězení položených otázek.

Psychologické vyšetření C. D., 60 roků

Orientační diagnostický rozhovor, psychodiagnostická vyšetření: kognitivní, projekční, asociační (1. Wechsler–Bellevue, 2. Raven, 3. Rorschach, 4. slovní asociační experiment).

Rozhovor je pro malou spontaneitu pacienta chudý, místy neochota k dotazům, odpovídá kuse; hypomimický, subdepresivní, afektivně oploštělý. Uvádí strach z následků současného soudního vyšetřování, jinak nedovede udát žádné závažnější subjektivní obtíže.

1. Wechsler–Bellevue, verbální část

Verbální subtesty vykazují celkově výkon v pásmu těžšího podprůměru (IQ = 85). Rozptyl výkonu verbálních subtestů je nerovnoměrný, podprůměrný výkon u mnesické reprodukce čísel a u abstrakcí. (Kvantitativně vážené skóre: I = 7, II = 6, III = 3, IV = 7, V = 3). Výkon v oblasti informací má místy rovněž patognomické hodnoty v presentovaných údajích (např.: tucet je údajně 60 kusů, kopa 30 kusů, celá ČSSR má 1 milion obyvatel). Sociální vztahy místy zodpoví se simplexním egocentrismem, u obecnějších generalizací sociálních norem nedovede podat správné vysvětlení. U generalizací vesměs selhává, udá jen elementární vlastnosti diskrepantního charakteru nebo shodu na nejnižší úrovni (vesměs nulové skórování odpovědí). Intelekt je v deficitní úrovni, pro premorbidní oligofrenii anebo pro demenci však výkon nesevědí.

2. Raven

Nonverbální úkoly nechápe, transkripci na postupujících maticích provádí mechanicky a nahodile s nepružnou registrací změn zákonitosti struktur. Vyšetření Ravenovým testem přerušeno pro nepochopení úkolů v úrovni nonverbální abstrakce.

3. Rorschach

Protokol má některé patognomické hodnoty, typicky jsou zastoupeny rorschachovské příznaky organické syndromologie, příznaky schizoidní psychopatie a rysy deprese. Pro psychózu protokol nesevědí. Percepce: ostrost globální percepce je vesměs velmi dobrá ($G+%$ = 100), ostrost detailů je nižší ($F+%$ = 50). Pásmo dobré ostrosti snižuje stereotypní produkce defektní anatomie s polohovým určením, jinak $F+$ dobré. Sukcese nemá proti tabelaci žádnou úchytku, charakter sukcese je uspořádaný.

V dynamice percepcce nelze prokázat hlubší psychopatologické hodnoty. Emotivita: odpovídá Rorschachovým hodnotám extratenze ($ET = 0:3$), vyskytuje se projekce některých bizarních a defektních anatomických interpretací dle polohy, jinak stereotypie, bezradnost, afektivní oploštělost, subdepressivní ladění. Podle protokolu jsou suspektní reakční pohotovosti k impulsivním reakcím a asociálním postojům. Některé psychopatologické hodnoty mají výrazně schizoidní charakter, pro psychózu však nejsou dostatečně patognomické. Některé hodnoty, např. vysoké $V\%$ (+ 47), svědčí proti psychóze a potvrzují dobrý vztah k realitě. Intelektová invence je malá, fantazijní pohotovost chudá. Z diferenciatně diagnostických syndromů je patognosticky zvýšeno Hughesovo skóre organické intrakraniální patologie (skóre No = 6, tj. pásmo značně suspektní až zjevně patognomické organické syndromologie).

4. Slovní asociční experiment

Dynamika asociací je ve všech kriteriích patognomická. Latence: distribuce latencí vykazuje přesun k prolongacím reakčních dob, aritmetický průměr latencí je nad hranici průměru reakčních dob ($M = 4,2$). Distribuce latencí: do 2,2 vteřin = 28 %, 2,2"–5" = 36 %, 5,1"–10" = 36 %. Posloupnost latencí má místy chaotické výkyvy (u neutrálních afektivních stimulů). Asociace: extrasignální (!), perseverace, simplexní asociace (kvality elementárního charakteru), úzký kontrast. Reprodukce: 27 % +, 73 % ±. *Patognomický deficit v bezprostřední mnestické pohotovosti.*

Souhrn:

V popředí psychopatologického obrazu jsou smíšené hodnoty, které ukazují na schizoidně psychopatickou osobnost s poruchami afektivity a s deficitním intelektem (značně suspektní organická syndromologie). Pro psychózu nebo demenci nejsou protokolární výsledky dostatečně průkazné, oligofrenický defekt protokoly vylučují. Percepcce nemá žádné hlubší poruchy v dynamice percepční analýzy, ostrost forem interpretací je dobrá. Emotivita má patognomické hodnoty – subdepressivní ladění, afektivní oploštělost, reakční pohotovost k impulsivním reakcím a asociálním postojům. Některé hodnoty mají výrazně schizoidní charakter. Fantazijní pohotovost chudá, myšlenková invence je malá. Intelektové funkce jsou v deficitní úrovni – pásmo těžšího podprůměru ($IQ = 85$), rozptyl výkonů je nerovnoměrný. U generalizací a abstrakcí selhávání, nechápe např. nonverbální řešení Ravenova testu, u verbálních úkolů podává jen elementární řešení na nejnižší úrovni abstrakcí. Sociální vztahy vysvětluje se simplexním egocentrismem, jinak však „populární“ interpretace v Rorschachově protokolu jsou v pásmu průměrného optima a svědčí o adekvátní vazbě k realitě. Dynamika asociací je patognomická ve všech kriteriích: jsou vesměs prolongace až blokády latencí s posunem průměru do patognomicky bradypsychické produkce, kvalita asociací je rovněž zčásti patognomická (včetně extrasignálních asociací), mnestická reprodukce špatná, souhlasí s reprodukcí ve W–B. Většina hodnot svědčí vedle psychopatie pro suspektní organickou syndromologii (posttraumatický organický syndrom?). Schizofrenii protokoly neprokazují.

3. Nález exploráčně-testové

Tento druh nálezů klade do stejné roviny data, získaná explorací a pozorováním, a data, získaná pomocí testového vyšetření. Tam, kde je k dispozici psychiatrické vyšetření s běžným schématem (R. A., O. A., N. O., SPP), zaměřuje se záznam o exploraci zejména na osobnostní rysy a z anamnestických dat se citují nebo komentují pouze relevantní údaje, potřebné k vlastním úvahám a závěrům. Nález popisuje rovněž výsledky jednotlivých testů, většinou však podstatně stručněji, než nález, orientovaný testově. Někdy jsou testové údaje zařazeny až v druhé části nálezů a působí jako prostředek k doplnění explorace a zodpovězení zaměřených otázek, jindy nález testy začíná a následující explorace působí jako korigující a integrující činitel získaných testových dat.

Psychologické vyšetření E. F., 26 roků

Pacient je velmi sdílný, spontánně podrobně a barvitě popisuje svoje potíže. Se zřejmým zalíbením hovoří o svých duševních stavech a vlastnostech. Egocentricky zaujat sám sebou. Projevuje lehkou nedůvěru v dosavadní zdravotnickou péči.

Chce se ubezpečit, že se u něj nejedná o rakovinu, samostatně si domluvil vyšetření na krčním oddělení. V rodině neudává významnější konflikty, má konflikty spíše na pracovišti; stěžuje si na zneužívání nadřazeným a na nesprávné hodnocení spolupracovníků, kteří mu vytýkají nekolektivnost, uzavřenost a přílišné sebevědomí. Pacient je při exploraci i při dalším vyšetření až nadměrně důkladný, precísní, má sklon k pedanterii. Také artikulace je důkladná, až nepřirozeně správná.

Pacient udává, že všechno bere moc vážně. Není prý samotář, je jen uzavřený, vyhovuje mu užší společenstvo, zatím co ve velké či cizí společnosti se nedovede zařadit. Je prý citlivý, zejména na to, když je mu ubližováno, snad i vznětlivý, ale vždy se s úspěchem ovládá. Nedělá mu potíže dominantní role (odpovědnost, rozhodování, vedení), k submisivní úloze má výhrady. Přiznává, že je až příliš ctižádostivý. Často bývá i nedůvěřivý.

Raven:

Intelektový výkon nadprůměrný (IQ 114), pracovní tempo zpomalené (důkladnost!).

Ror.:

Neurotický protokol. Intelekt v normě, přiměřená kontrola realitou, značná vnitřní produktivita myšlení, schopnost intelektuálního kontaktu a sociálního přizpůsobení neporušena. Bohatě vyjádřená emotivita, převážně labilní až impulzivní; projevy dostatečné racionální kontroly a ovládání emocí. Znamky vnitřní nejistoty. Extratensivní typ prožívání.

MMQ:

Sebekritický. Skóre v pásmu mírných neurotických tendencí. Udává citlivost, úzkost, častou nespokojenost, rozpačitost, sníženou sebedůvěru a pocity méněcennosti, obtíže v sociální adaptaci.

MAS:

Skóre svědčí pro značnou anxiositu. Udává strach, úzkost, pocit zbytečnosti, neklid.

Leary:

Pacient se domnívá, že je málo sebevědomý, málo rázný, málo se dovede prosazovat a má sníženou sebedůvěru. Jeho ideálem je člověk dostatečně tvrdý, nezávislý, kritický. Z odpovědí: je dobrý vůdce, má rád odpovědnost, příliš se snaží o úspěch, je sobecký, nestrpí, aby ho někdo komandoval, snadno se urazí, těžko odpouští, je tvrdošijný, nikomu nedůvěřuje.

Závěr: Egocentricky zaujat sám sebou přehnaně důkladný, precísní, perfekcionistický. Nedůvěřivý postoj k okolí. Nadměrná ctižádost, ambiciosnost při subjektivních pocitech méněcennosti. Dominantní typ. Nadprůměrný intelekt. Mírné neurotické tendence. Anxiosita, carcinofobie.

4. Nález narativní

V nálezu tohoto druhu se volně, bez ostrých předělů prolíná citace anamnestických dat a pacientových výroků s poznatky psychologa na základě explorace i testových vyšetření. Psycholog při psaní nálezu nepostupuje podle podrobného schématu. Jde o plynulé vyprávění s konfrontováním dat různé provenience a s ilustrujícími odbočkami, diskusí, rozborem. Je věnována pozornost současně jak přítomnému stavu normálních i patologických vlastností osobnosti, tak dynamice jejich vývoje.

Psychologické vyšetření G. H., 27 roků

Intelligence: anamnesticky je zajímavé zhoršení školního prospěchu od třetí měš-tanky, tedy od počátku puberty. Vlastní výsledek testu je velmi dobrý, pacient má nadprůměrnou inteligenci, IQ = 115. Přítom myšlenkové procesy jsou čímsi narušeny,

jsou nevyrovnané a nespolehlivé. Především však nutno konstatovat poruchy výrazové, pacient je stále něčím rozptylován, něčím hluboce vnitřním a patrně patickým. V názorových testech je zřejmé residuálně kladné řešení, tj. pacient spontánně řeší úkoly hbitě a správně, při následující korekci se však dopouští chyb. Zamyšlení se nad věcmi jej vede do patických poloh. Celkově nutno uzavřít na incipientní deteriorační proces, je zde i typický levostranný zub ve Wechslerovi a pokles psychomotorického tempa. Nejde tedy o pouhou psychopatii nebo o charakterové rysy, porucha je hlubší. Zajímavé je i nižší IQ v oblasti názorové.

Projektivní vyšetření: pokus byl podniknut dvakrát, přitom se zajímavým rozpořem: pacient poprvé — přes všechnu snahu — nepodal ani jedinou odpověď. Protokol se vyznačoval stálými rozpaky, úsměvy: „Nic nemůžu na tom najít!“ Přitom nešlo o jednoduchý negativismus. Po Wechslerově testu s dalším sblížením dal se pacient pohnout k opakování Rorschacha a podal tentokrát 19 odpovědí. Hodnotím-li druhý protokol, mohu s jistotou zjistit rysy psychopatické a depresivní (neurotického typu) a s největší pravděpodobností vyloučit organický podklad choroby. Otázka je, v co může přítomný stav vyústit a jaká je prognóza. Velmi bizarní je složka emocionální: zde je též jádro celého onemocnění. Pacient produkuje sice oba šokové jevy, v prvním protokole rozpaky a selže dokonce i na V. tabulce, ale nedá ani jedinou barvou či stínovou odpověď. Pohybové odpovědi jsou přitom vesměs statické, detailní a kinestetické pojmání je bizarní. Pacient má odpor ke všemu běžnému a podřídivému, nerad se podílí na kolektivním myšlení, jeho základním postojem je protest. Tento protest může ovšem přerůst rámeč běžné sociální přípustnosti a může být později kvalifikován jako duševní choroba (v anamnéze dissociální a hebefrenní rysy). Báze, z níž protest vyrůstá, je báží deprese a zklamání. Anamnesticky je zde jasná souvislost s onemocněním a smrtí matčinou, suicidální pokusy nasazují pak zřetelně od chvíle, kdy se otec rozhodne znovu se oženit a skutečně se ožení. Vztah k nové matce je vysoce ambivalentní, právě tak k otci: otec se provinil tím, že se znovu oženil, macecha tím, že vstoupila na matčino místo; odtud protest proti oběma. Ale i pacient se patrně provinil, a to tím, že macecha mu není lhostejná; přízná dokonce, že „je hezká“ a „že se mu líbí“. Celá rozpolcenost je patrna i z toho, že ji dokonce nedokáže oslovit ani „matko“, ani jinak. Odtud polarity vůči otci i vůči zeměřelé matce — a tedy protest proti sobě. Hodnotíme-li jeho dissociální projevy, nalezneme v nich všechny tyto komponenty: např. pacient měl již ve škole trojku z mravů, dále přešel hranice do Rakouska a byl vrácen sovětskými úřady, provedl výbuch třaskavin na náměstí, slovně atakoval SNB atd., takže je odsouzen na jeden měsíc vězení podmíněně. Sám říká o sobě: „Nejsem blázen, jsem jenom lump.“ Přitom citový a sociální rozpor je tak závažný (připočteme-li k tomu hereditu a suicidia v příbuzenstvu), že celý stav stojí již na pomezí psychózy a prognosticky není příliš benigní. Suicidální pokusy budou patrně opakovány, jejich „nemotivovanost“ je jen zdánlivá, neboť jsou dostatečně motivovány citovými prožitky pacienta. Rovněž začátek schizofrenního onemocnění nelze vyloučit, svědčí pro ně celý postoj a chování, utlumenost, neadekvátnost, zarytost, dissociálnost, paušální vyhýbavé nekonkretní odpovědi. Za zmínku stojí jednak v chorobopise zmíněné dveře na elektrické knoflíky se šlapacím prahem — aby byl pacient sám; a zvláště líčení dopisu, který mu předčítal před propuštěním vychovatel, dopisu, o němž pacient naznačuje, že to mohl být dopis od jeho matky, třebaže ta je dávno mrtva. Velmi podezřelý je konečně celý produkční blok Rorschachova testu.

Závěr: Výrazná depresivní báze. Dissociální rysy ve smyslu protestu. Možnost vyústití ve schizofrenní onemocnění. Masivní suicidální nálož.

5. Nález orientované na složky osobnosti

V tomto nálezu jsou data systematicky seřazována podle složek osobnosti. Uvádějí se poznatky, k nimž došel vyšetřující o intelektu, o paměti, temperamentu, náladě, charakteru, postojích, patologických rysech apod., při čemž do výkladu jednotlivých složek jsou syntetizována dílčí data jak z různých použitých testů, tak z explorační, pozorování a anamnézy. Tato data bývají pouze místy citována jako doklad nebo ilustrace příslušných tvrzení.

Přichází upravený, chová se společensky, dobře se vpravuje do vyšetřovací situace, spolupracuje s ochotou a zájmem, pracuje se snahou o výkon po celou dobu vyšetření. Použité metody: Raven, Wechsler—Memory, Meili, TAT, Rosenzweig, Leary, doplňování vět, MMPI, zájmový dotazník, explorace.

Celkový intelektový výkon (podle Ravena) lehce nadprůměrný. Rychlost vnímání v mezích, kvalita postřehu je dobrá. Myšlení přímočaré, samostatnost myšlení je výkvná, úsudek logický a s výjimkou značně složitých situací pohotový. *Paměť* (dle testu Wechslera, Meiliho a reprodukce vybraných Ravenových matric) odpovídá celkovému intelektovému výkonu; úroveň paměťových funkcí se pohybuje převážně při horní hranici věkového průměru, pouze aktuální vstřípivost u bezsmyslového verbálního a vizuálního materiálu je v dolní polovině pásma průměru. Ojedinele se vyskytují nepřesné (konfabulované) údaje při reprodukcii. Schopnost učení a nácviku (W—M) je velmi dobrá, stejně tak schopnost změnit dynamický stereotyp. *Pozornost* kolísá, je ovlivněna neurotickými projevy pacienta (např. trémou), pacient je však schopen kvalitně se soustředit v klidných podmínkách (spíše v kratších, opakujících se intervalech než kontinuálně) a věku přiměřeným způsobem svoji pozornost distribuovat. Také celkové *psychomotorické tempo* osciluje podle situace, vcelku však nevybočuje z mezí průměru ani na jednu, ani na druhou stranu.

Afektivita (podle Rosenzweiga) je labilní. Ve frustrujících situacích je hostilita zaměřena převážně extrapunitivně. V typu reakce převažuje obrana vlastní osoby a zabývání se danou překážkou (tj. zdůrazňování frustrace samé), zatím co snaha nějakým způsobem situaci vyřešit je oproti normě snížena. To znamená, že na pacienta tak silně působí předmět frustrace, že vyčerpává jeho myšlenkovou energii, vyvolává v něm potřebu sebeobhajoby, a to do té míry, že mu nezbyvá čas na přímé řešení. Jedním z důsledků toho je i neobvyklost afektivních reakcí pacienta, jeho agresivita v situacích, kde jiní uznávají svoji vinu nebo pokládají situaci za nevyhnutelnou ($GCR\%_0 = 33$). Extrapunitivita je však potlačována submisivitou a neurotickými zábranami, vybíjí se naprázdno, nepřiměřeně. Nálada (TAT, observace) výkvná, kolísavá podle situace. Aktuálně dobrá nálada, vyplývající z momentální spokojenosti a úspěchů, překrývá pohotovost k dysforickým náladám a smutku. (Tak např. ve zřetelně autoprojekční povídce k obr. XX v TAT se hrdina cítí unaven životem, je osamocen, smutný, má pocit životní prázdnoty a závidí lidem, kteří žijí jinak než on.) V sexuální oblasti silně zábrany a poruchy, které významně ovlivňují další složky osobnosti, jako např. sebevědomí, náladu, sociální kontakt apod. V řadě povídek TAT (i u takových tabulek, které zpravidla vyvolávají asociace jiného druhu, jako např. u tab. I a VIII) je námětem líčeného příběhu manželský konflikt (nedorozumění, hádky, infidelita a rozvodové řízení), zklamání nebo obavy ze zklamání v erotickém a manželském vztahu a hostilita vůči ženě. Zpočátku převládá optimismus, pokud jde o řešení v budoucnu, hrdina „se vzbodí a začne znovu“, „jeho přání se splní“, „mělo by to dobře dopadnout, pokud je ochoten překonat pro něj nepříznivou část života“ apod. Postupně je však optimismus překrýván stále se stupňujícími pochybami a také tlakem pracovních povinností, kterým nakonec dává přednost před ženou. V posledních příbězích žije již hrdina osamocen a pouze závidí těm, kteří si dokázali život uspořádat jinak. Pacient je tedy v situaci, kdy se obává realizace i absence vztahu.

Charakterové vlastnosti (Leary, doplňování vět): aktuální povaha pacienta je nejlépe charakterizována extrémní závislostí, důvěřivostí a silnou submisivitou (až do stupně neschopnosti jakéhokoli dominantního projevu — těžiště v Learym má signum 6-K-2). Další vlastnosti, zachycené při vyšetření, jsou jen doplněním a rozvedením těchto vlastností základních. Pacient je pasivní, neprůbojný, nesamostatný, vyžaduje radu a vedení, „nechá sebou vláčet“, záleží mu na souhlasu okolí, je responsivní (např. ochotný pomáhat, velkomyslný apod.), skromný, není schopen se prosadit, jednat rázně, agresivně, i když je toho zapotřebí. Pro většinu těchto vlastností je lidmi v okolí obilben, „působí dobrým dojmem“. Má silný vztah k penězům, dostatek finančních prostředků je mu životním cílem; může být jimi poměrně snadno ovlivněn (viz např. v DV způsob dokončení indiferentní věty Jistotou se míní ... „skutečnost, když jsem na tom finančně dobře“, dále např. Peníze jsou ... „dobrá věc, aby člověk poznal, že vůbec žije“ apod.). Nelze zde přehlédnout vliv stísněných materiálních poměrů v dětství. Sebevědomí je sníženo. Celkové je aktivní chování a jednání

exploranda značně nevyvážené. Se svými současnými vlastnostmi je krajně nespokojen (např. v DV: Jedna věc, kterou bych chtěl na sobě změnit ... „je to, že bych se chtěl stát dokonalejším“). Ideální obraz své osobnosti konstruuje proto zcela opačně, než jaký je ve skutečnosti. Vychází tak typ člověka egocentrického, na nikom a ničem nezávislého, jednjícího s velkou sebedůvěrou (těžiště v Learym 2-B-2).

Zájmový profil (dle dotazníku Z) zúžený, celkově nezvzrálý: převažují infantilně romantické a dobrodružné sklony na úkor zájmů uměleckých, sportovních a těch, které shrnujeme pod označení praktické. Ze speciálních zájmů je intenzivnější zájem o radiotechniku a fotografování.

Sociabilita pacienta je plná rozporů. Má na jedné straně značný zájem o pohyb ve společnosti a o sociální dění vůbec (DV), na druhé straně má z pohybu ve společnosti obavy, je ostýchavý, plachý, a působí proto dojmem člověka uzavřeného, který se sociálnímu kontaktu vyhýbá (MMPI). Jedním z důsledků toho je, že chápe řadu sociálních situací zkresleně, jeho reakce na ně jsou nezvzrálé a občas dokonce totožné s reakcemi psychopatických osob (MMPI). K narušení sociability přispívají i neurotické projevy, jako tréma, hypersensitivita apod., které působí blokády v jednání, takže v některých situacích není vůbec schopen jednat. Nesoulad s okolím pak působí zpětně na jeho chování a prohlubuje a zafixovává jeho neurotické potíže. Projekční techniky (TAT, DV) potvrzují subjektivní výpověď o dobrém vztahu k rodičům, a to lepším k matce než k otci, který zde figuruje jako přísná autoritativní postava. – Pacient je neschopen navázat a realizovat adekvátní erotický vztah; to vyvolává jeho hostilitu vůči ženám, související s tím, že se jich obává a zároveň po nich touží.

Diagnostické úvahy: provedená vyšetření (zde zvláště MMPI, TAT, DV) svědčí pro výraznější neurotické poruchy a obtíže (zvláště hypersensitivitu, obavy, nejistotu, plachost v sociálním kontaktu, snížené sebedůvědomí, ze somatických symptomů např. poruchy vazomotorické aj.), rozvíjející se na bázi konstituční psychastenie. Dále se u pacienta projevuje sklon k dysforickým rozladám, zvláště v zátěži. Má ambivalentní poměr k alkoholu (TAT), nelze vyloučit, že je to jeden z prostředků, kterým překrývá aktuálně se vyskytující problémy; je možno u něj hovořit o druhé fázi abusu.

Shrnutí:

Z anamnézy je výrazné onemocnění matky, která byla v době pacientova dětství opakovaně hospitalizována zřejmě pro periodickou depresi, při čemž byla pacientovi poskytována jen minimální výchovná péče. Na vývoji osobnosti dále negativně působily konflikty mezi rodiči, v nichž vystupoval jako prostředník a které skončily úplnou roztržkou. Jako jedináček nikdy plnohodnotně nezapadl do kolektivu. Byl zčásti tolerován pro svůj submisivní postoj, ale byl pro něj též objektem výsměchu. V pozdějším vývoji prožívá řadu odmítnutí v oblasti erotických vztahů, ztrácí sebedůvědomí, anticipuje svůj neúspěch u děvčat a svým chováním k němu sám přispívá.

Osobnost: intelektový výkon lehce nadprůměrný, úroveň paměťových funkcí průměrná, dobrá schopnost učení. Afektivita labilní, agresivita zaměřená navenek, ale potlačovaná, při frustraci zvýšená sebeobrana a nadměrné zabývání se překážkou. V sexuální oblasti silné zábrany, ambivalence až hostilita ve vztahu k ženám. Volní složka oslabena. Extrémní závislost, důvěřivost, submisivita. Silný vztah k penězům. Se svou povahou je nespokojen, má neúspěšnou snahu se změnit. Zúžené, celkově nezvzrálé zájmy.

Sociabilita: zájem o pobyt ve společnosti, ale obavy ze sociálních kontaktů, potencionálně také neurotický. Řada sociálních situací chápána zkresleně.

Diagnosticky: výraznější neurotické obtíže u anomální introvertované hypersensitivní osobnosti konstitučně psychasthenické. Sklon k dysforickým rozladám zvláště v zátěži.

Diskuse k druhům a stylu nálezů

Podané rozdělení nevychází z nějaké primární teoretické koncepce psychologické diagnostiky, nýbrž je odvozeno ze získaného materiálu a přihlíží především k rozdílům, které v něm vystupují nejvýrazněji, tj. k metodickým postupům získávání dat (explorace, testy, kombinace obojího) a ke

způsobu jejich organizace (podle metod, podle složek osobnosti, volným vyprávěním). Nálezy by bylo možno třídit z mnoha jiných hledisek, např. zda jde o nález v podmínkách ambulantních nebo v podmínkách hospitalizace, kde je možnost delšího pozorování, zda je vyšetření provedeno v rámci zařízení psychiatrického, v jiných oborech klinické medicíny (neurologie, gynekologie, sexuologie, traumatologie, pediatrie aj.) nebo vůbec mimo zdravotnický sektor (psychologické výchovné poradny a kliniky, nápravná zařízení ap.). Jiným hlediskem je, zda jde o vyšetření dospělého nebo dítěte. Podrobný a teoreticky zdůvodněný postup při podávání psychologické charakteristiky dítěte vypracoval u nás V. Smékal jako tzv. strukturně dynamickou charakteristiku².

Forma i obsah nálezu se liší podle toho, komu je nález určen, zda lékaři psychiatrovi, lékaři nepsychiatrovi, pedagogovi, soudu, veřejné instituci nebo slouží-li vlastní dokumentaci psychologa. Zvláště významným je zřetel k účelu nálezu, k problému, který má řešit, což může být např. určení úrovně intelektu, posouzení některé psychické funkce, posouzení osobnostních rysů, odhalení psychogenních mechanismů, příspěvek k diferenciální diagnostice, soudní posudek, doporučení pracovního zařazení nebo výchovných opatření apod. V této souvislosti bývá psychologický nález vůbec koncipován jako souhrn odpovědí na otázky, ať už přišly z vnějška, nebo vznikly v průběhu vlastního vyšetřování psychologem. Je-li otázka přesně formulovaná, dílčí a jednoduchá, je možno ji zodpovědět v několika větách bez jakéhokoliv systemizování dat nálezu. Odpovědi na specifikované otázky mohou jistě tvořit značnou část požadavků na klinického psychologa (někteří psychologové si takové kladení otázek přímo vymínují), v našem rozboru se však soustřeďujeme na nález komplexnější, který se snaží postihnout člověka s rysy normálními i patologickými v širším záběru, ve většině složek, závažných z psychologického hlediska.

Psaní podrobné anamnézy může být podstatnou součástí psychologického nálezu tam, kde psycholog pracuje bez kontaktu s psychiatrem (medicínské obory mimo psychiatrická zařízení, psychologické výchovné a jiné poradny, nápravná zařízení), nebo tam, kde psychiatr z jakéhokoliv důvodu nevěnuje ve vlastním vyšetření rozboru anamnézy potřebnou pozornost. Naproti tomu ve většině psychiatrických zařízení by byl popis anamnézy zbytečným duplikováním psychiatrova vyšetření, které je k dispozici v chorobopise. Explorace a to i explorace anamnézy může nebo má být nicméně podstatnou součástí psychologa vyšetření³, do vlastního nálezu však z ní psycholog vybírá pouze data, která věci již zjištěné doplňují nebo je ukazují v jiném světle, nebo data, potřebná jako východiska pro tvrzení a hypotézy, formulované v závěru.

Testové vyšetření bývá v psychiatrických a jiných zařízeních nezřídka požadováno jako důležitá nebo dokonce konstitutivní součást psychologické

² Smékal V.: Struktura psychologické charakteristiky osobnosti dítěte. *Psychol. a psychopatol. díteťa* 2, 3–22, 1967. Viz též Smékal V.: Teoretické problémy poznávání a charakterizování osobnosti, *SPFFBU I*, 1, 93–104, 1966.

³ Srnec J.: Úvod do psychologické diagnostiky. V: Syřiřtová E. a kol., Úvod do zdravotnické psychologie, *SPN*, Praha 1964.

kého vyšetření, zajišťující objektivitu⁴. Někteří psychiatři odmítají nález, vycházející pouze z explorace. Poukazují na to, že techniku explorace ovládají sami a že od psychologického vyšetření očekávají specifický příspěvek. Testově orientovaný nález takový specifický materiál přináší. Obsahuje data bez psychologa u nás většinou nedostupná, která může klinik integrovat do svých poznatků, podobně jako to dělá s laboratorními nálezy histologů, mikrobiologů, biochemiků apod. Podporuje tedy tento druh nálezů zřetelně *raison d'être* psychologické profese v diagnostice. Naproti tomu uvádí Klopfer⁵, že psycholog, jehož psychologický nález se skládá z popisu výsledků a skóre testů, regreduje do role laboranta a poškozuje jak pacienta, tak svoji profesi. Zralý klinický psycholog má pohlížet na úkol hodnocení člověka jako na úkol hodnocení globálního.

V nálezu exploračně testovém je referováno o využití obou základních zdrojů informací, dat testových i klinických. Data jsou prezentována odděleně a v závěru syntetizována. Je zde „laboratorní“ i globální pohled.

V souvislosti jak s testovým, tak s exploračně testovým typem nálezu bývá diskutována otázka, zda je vhodné popisovat výsledky jednotlivých testů a sdělovat je v terminologii příslušného testu. Pro psychologa, ať už při pozdějším kontrolním vyšetřování pacienta týmž psychologem nebo při přešetřování psychologem jiným, představují popsané testové výsledky data, odůvodňující závěry a umožňující porovnání závažnosti změn při ev. pozdějším zlepšení nebo při progresi choroby. Naproti tomu pro nepsychologa, jemuž je nález určen, je popis výsledků jednotlivých testů málo srozumitelný a může být někdy dokonce zavádějící (např. konfabulace v Rorschachově testu neznamená totéž co konfabulace v psychopatologii). Podle Klopfera⁶ tento způsob psaní zpráv znesnadňuje komunikaci a psychology izoluje. Ve zdravotnických zařízeních lze ovšem lékaře, jimž jsou nálezy určeny, na seminářích seznámit se základní terminologií nejčastěji užívaných testů, takže data přestanou být nesrozumitelná. Nežřídka bývá též zdůrazňováno, že psychiatrovi dokumentuje popis testových dat — i tehdy, když je nečte nebo jim nerozumí — psychologovu odbornost a podtrhuje dojem objektivnosti. Klopfer se však domnívá, že není zapotřebí, aby psycholog taktó prokazoval svoji odbornost a Hammond s Allenem⁷ považují sdělování psychologických dat „test za testem“ za naprosto nefunkční. U nás podobně Diamant⁸ doporučil, aby zpráva byla psána z hlediska zkoumané osobnosti a ne z hlediska jednotlivých zkoušek.

Nález, který jsme nazvali narativním, vyhovuje pouze některým typům osobnosti psychologů, těm, kteří percipují skutečnost spíše vcelku, využívají intuice a obrazného způsobu myšlení, mají sklon k více uměleckému pojmání světa. Takový nález bývá poutavý, blízký hlubinným rozborům

⁴ Kratochvíl S., Jaroš M.: Rutinní posuzování osobnosti dospělých v klinické praxi. V: Tardy V. (red.): K problémům psychologie osobnosti. Academia, Praha 1967.

⁵ Klopfer W. H.: The psychological report. Grune and Stratton, New York 1960.

⁶ Op. cit.

⁷ Hammond K. R., Allen J. M.: Writing clinical reports. Prentice Hall, New York 1953.

⁸ Diamant J.: Psychologické metody zkoumání osobnosti. V: Základy soudní psychologie. Právnícký ústav min. spravedlnosti, Praha 1964.

psychoanalytiků nebo metaforizujícím úvahám daseinsanalytiků a často se stává malým literárním dílem. Stěží ovšem může být stavěn jako program nebo prosazován ve výuce.

I když každý z uvedených druhů nálezů může mít za určitých okolností své oprávnění, zdá se nejodůvodněnějším psát psychologický nález jako rozbor osobnosti, který postuje podle jednotlivých složek osobnosti a podle okruhů relevantních problémů (diagnostické rysy, psychogenní faktory apod.), při čemž je přímo prováděna syntéza dat z explorační, pozorovací, anamnézy i testů. Nález se tak stává logicky učeným podle psychologických kritérií. Testy, které byly použity, jsou vyjmenovány v úvodu, testový materiál je pro případné pozdější srovnání archivován u psychologa. Považujeme tento nález za nejvhodnější jak pro komunikaci s většinou žadatelů, tak pro supervizi u pokročilých studentů⁹.

Schema pro supervizi

Zprostředkujícím činitelem mezi vyhodnocením jednotlivých testů a psaním konečného nálezu a současně základnou pro diskusi při supervizi může být schema, které jsme připravili s přihlédnutím ke schématům, publikovaným Klopferem a Sundbergem a Tylerovou.

Klopferovo schema¹⁰ zkoumá tyto aspekty: 1. chování během testu, 2. intelektuální aspekty osobnosti, 3. afektivní aspekty osobnosti, 4. základní oblasti konfliktů, 5. adaptivní a maladaptivní techniky, 6. diagnostické rysy, 7. podněty pro prognózu.

Sundberg a Tylerová¹¹ upravují schema takto: 1. role v primárních skupinách, 2. funkční schopnosti a dovednosti, 3. emoční charakteristiky a ovládnutí, 4. intrapsychické konflikty a obranné mechanismy, 5. sebevědomí, hodnoty autority, 6. diagnostické dojmy, 7. indikace pro léčbu a rehabilitaci.

Od obou schemat se náš návrh liší vymezením jednotlivých osobnostních složek a problémových okruhů, při čemž se opíráme o výsledky brněnského průzkumu o požadavcích psychiatrů na psychologická vyšetření.¹²

Schema je zpracováno do formuláře, v němž svislé kolonky přísluší jednotlivým použitým metodám a řádky se týkají jednotlivých oblastí osobnosti a jejich problémových okruhů, vývoje a patologie (tab. č. 1).

⁹ Poznámka k plánu výuky. Považujeme za výhodné naučit studenty psaní nálezu, vycházejícího z explorační, v rámci praxe psychopatologické (6. semestr). V rámci navazující výuky klinické psychodiagnostice doporučujeme začít v první fázi, tj. při výcviku v používání jednotlivých testů, s psaním nálezu orientovaného testově nebo nálezu exploračně-testového (7. semestr) a v závěrečné fázi studenty podle dále popsaného schématu pro supervizi přivést k tomu, aby se dokázali odpoutat od popisu testových dat a psali integrovaný nález podle kritérií psychologických, tj. nález orientovaný na složky a problémové okruhy osobnosti (8. semestr).

¹⁰ Srovnej pozn. č. 5.

¹¹ Sundberg D., Tyler E.: *Clinical Psychology*. Methuen, London 1965.

¹² Srovnej pozn. č. 4.

Tab. č. 1

Schema pro integraci psychodiagnostických dat

Složky osobnosti a problémové okruhy	Explorace		Testy				
	1. Současný stav	2. Anamnéza	3. Raven	4. Wechsler	5. Rorschach	6. TAT	7. BOD(h)
<i>Chování</i> kontakt při vyšetření, spolupráce, vztah k úkolům							
<i>Intelekt</i> schopnosti, nadání, vědomosti, paměť							
<i>Temperament</i> aktivita, nálada, projevy emocí, dynamogenie							
<i>Charakter</i> postoje k hodnotám, k práci, sebevědomí, interspers. vztahy, vůle							
<i>Motivace</i> pudů, potřeby, zájmy, cíle							
<i>Oblasti konfliktů a stresů</i>							
<i>Faktory vývoje</i>							
<i>Anomální a patologické rysy</i>							

Při vyhodnocování jednotlivého testu se vypisují závěry do příslušných svislých kolonek¹³, při psaní nálezu se postupuje podle vodorovných řádků vyplněného formuláře. Řádky současně umožňují porovnat výsledky dílčích testů i explorace pro každou jednotlivou oblast (intelekt, temperament apod.). Někdy se získaná data vzájemně potvrzují a doplňují, jindy se mohou rozcházet (např. v Ravenovi pacient selže, ve Wechslerovi mu však vychází inteligence průměrná, nebo např. Rorschach svědčí pro emotivitu extratenzivního typu, zatímco v MMPI se pacient jeví jako introvert) a je zapotřebí data integrovat a vytvořit hypotézy pro výklad vzniklých rozporů.

Nález podružje strukturu, danou názvy jednotlivých řádků, jichž je možno přímo použít jako rozčleňovacích nadpisů. Nález má být ukončen závěrem, který shrnuje na 6–15 řádcích vše podstatné. Supervizor může na vyplněném formuláři dobře přehlédnout, na základě jakých dat student ke svým tvrzením o pacientově osobnosti dospěl a diskutovat oprávněnost jeho závěrů.

Závěrečné poznámky

Navržený způsob psaní nálezů předpokládá dostatek času ke komplexnímu psychologickému vyšetření jednotlivého pacienta. V běžné rutinní praxi s obvyklou časovou tísni však je účelné rozlišovat mezi dokumentační a komunikační funkcí nálezu a podle toho obsah i rozsah zprávy omezit. Někdy je v popředí ta, jindy ona funkce. Psycholog, který sám o jedinci rozhoduje, terapeuticky na něj působí, radí mu ap., vyhotovuje nálezy pouze za účelem dokumentačním a nemusí si dělat velké starosti s tím, zda jim budou rozumět nepsychologové. Jiná je situace, je-li vyšetření žádáno někým druhým. Nález pak plní především účel komunikační a v popředí je otázka, jakou má užitkovou hodnotu pro žadatele. Stručný závěr s heslovitým uvedením hlavních argumentů je ekonomičtější a může mít i větší užitkovou hodnotu než sebelépe uspořádané podrobné zhodnocení všech výsledků komplexního vyšetření. Závěry mají přispět k řešení případu a mají být věcné a jasné i pokud jde o navrhovaná opatření; většinou není radno spoléhat se na to, že si je „objednatel“ vyvodí sám. Tam, kde je psycholog zaměřen nejen na psychodiagnostiku, ale i na psychoterapii, stává se zvykem podat v závěru i názor na vhodnost psychoterapie, ev. i konkrétní plán psychoterapeutického postupu, případně vyjádřit i vlastní ochotu psychoterapii převzít.

Je třeba též vzít do úvahy skutečnost, že psychologické vyšetření často nevede k jednoduchým, snadno sdělitelným poznatkům. I když zde klade-

¹³ V tabulce č. 1 jsou v kolonkách pro testy uvedeny názvy testů (Raven, Wechsler, Rorschach, TAT, BOD/h) pouze jako příklad. Ve skutečnosti jsou na formuláři vynechána volná okénka, do nichž si student sám wpisuje názvy testů, které si pro řešení daného úkolu u daného pacienta zvolil. Mimo uvedené testy to bývá nejčastěji Wechslerův test paměti, interpersonální test Learyho, PI-test, MMPI, test Rosezweigův, Warteggův, dotazník Woodworth-Mathewsové, Kudličkové, Cornell-index, MMQ, doplňování vět, testy organicity aj., nejčastěji v kombinaci: 1–2 testy výkonové, 1–2 testy dotazníkové, 1–2 testy projekční. Na rozdíl od Klopfera připojujeme vedle kolonek pro testy rovněž kolonky pro data získaná explorací. Ve formuláři se samozřejmě v každé kolonce vyplňují okénka jen u těch složek osobnosti a problémových okruhů, k nimž má příslušná metoda co říct.

me důraz na písemné zachycení dat a výcvik schopnosti písemné formulace závěrů či hypotéz, nedomníváme se, že by se komunikace se žadateli o vyšetření měla omezit jen na písemnou formu. V době, kdy se prosazuje týmová spolupráce v klinické práci, měly by se poznatky jak z komplexního vyšetření, tak z dalšího sledování pacientova stavu a zhodnocování nových okolností komunikovat mezi členy týmu pružně, v přímém osobním styku a v přímé souvislosti s řešením konkrétních otázek.

ПИСАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СООБЩЕНИЙ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Станислав Кратохвил, Вера Фишорова

В связи с преподаванием клинической психодиагностики студентам психологии возникает вопрос, какой организации данных психологического исследования надо учить. Чтобы получить сведения о современном состоянии в рутинной практике в этой области в Чехословакии, мы совершили анализ 65 психологических сообщений, которые были получены от 30 опытных клинических психологов из различных институций и различных частей страны.

Оказалось возможным разделить сообщения на пять типов:

1. *Сообщения ориентированные клинически*: они опираются о экспорацию, наблюдение и анализ анамнеза и составлены по привычных схемах анамнеза и современного психического состояния,
2. *Сообщения, исходящие из тестов*: состоят из подробного описания результатов отдельных психологических тестов,
3. *Сообщения клиничко-тестовые*: объединяют тестовый подход с клиническим. Начинают они или с описания результатов тестов и во второй части их ставят на очную ставку с данными клиническими, или начинают с разбором сообщений испытуемого лица, стремясь во второй части подкрепить возникшие гипотезы результатами подходящих тестов,
4. *Сообщения нарративные*: ползуются формой свободного рассказывания, в котором переплетается цитирование анамнестических данных и сообщений испытуемого лица с сведениями психолога, опирающимися как на тесты на клиническое впечатление, при чем преобладает стремление постигнуть динамические связи,
5. *Сообщения ориентированные на составные части личности*: данные распределяются по составным частям личности и по сферам ее проблем. В описаниях этих компонентов данные клинические и данные тестовые уже практически интегрируются.

Каждый из описанных типов сообщений может иметь свое обоснование в связи с различными обстоятельствами, но для практических занятий студентов можно рекомендовать тип пятый.

Для контроля работы студентов на практиках авторы разрабатывают схему обработки результатов исследования (таблица 1), исходя из предложений Клопфера, но видоизменяя его категории. Результаты, приобретенные отдельными методами (в том числе как тестами избранной батареи так разговором и наблюдением) записываются в графы бланка вертикально. Следующее горизонтальное чтение бланка совпадает со схемой основных частей личности и ее проблем и составляет основание для сравнения отдельных результатов и писания сообщения. Схема состоит из следующих пунктов: 1. описание поведения во время исследования, 2. интеллект (мышление, способности, знания, память), 3. темперамент (аффективный аспект, личности), 4. характер (отношения и воля), 5. мотивация (потребности, интересы, цели), 6. области конфликтов и стрессов, 7. факторы развития и 8. аномальные и патологические черты.

Особенное внимание надо обратить на подытожение всех существенных данных в коротком точном резюме.

WRITING PSYCHOLOGICAL REPORTS IN CLINICAL PRACTICE

St. Kratochvíl, V. Fišerová

Training in clinical psychodiagnostics should give the student besides other skills also an understanding how to organize obtained data and how to write psychological reports. The question was raised what kind of approach to this task was the most advantageous. The way of writing psychological reports differs in Czechoslovakia in different places. The present study is based on an analysis of psychological reports, obtained from 30 clinical psychologists from representative hospitals and clinics in the country.

The reports can be empirically divided into five groups:

- 1) reports based on exploration and observation: they follow the patterns used by psychiatrists,
- 2) test-oriented reports: they bring description of the results of psychodiagnostic tests,
- 3) reports based both on tests and exploration: they start either with the description of single test results which are followed by data based on exploration or vice versa,
- 4) narrative reports: they use a form of free narration in which all kind of data are mixed together and interspersed with the psychologist's comments, aimed at understanding the dynamics of traits and events,
- 5) personality-oriented reports: they also do not give separately results of each single test and of exploration, but they integrate all data under the headings systematically arranged according to the aspects of personality (intelligence, emotionality, motivation etc.) and its problem areas.

Each of the described types of reports was found to be valuable under some circumstances. The personality-oriented report, however, seems to be most communicative and also most practical for students' training.

The authors propose a sheet with a schema for organization of the test results and exploration (Table 1), which is a modification of a schema proposed by Klopfer (1960) and Sundberg and Tyler (1965). The data obtained by single methods enter into the columns. The rows lead to a confrontation of the data in particular areas and form a basis for the organization of the final report into the following paragraphs: 1) description of behavior during the examination, 2) intelligence, 3) temperament, i. e. the emotional component of personality, 4) character, including attitudes and will, 5) motivation, particularly needs and interests, 6) areas of conflict and stress, 7) developmental factors, and 8) abnormal and pathological traits.

Translated by the authors

