
Schopnost duševně nemocných porozumět neverbální komunikaci

Beneš J.¹, Beran J.²

Klinika anesteziologie a resuscitace FN, Plzeň,

přednosta doc. MUDr. E. Kasal, CSc.¹

Psychiatrická klinika LF UK a FN, Plzeň,

přednosta doc. MUDr. J. Beran, CSc.²

Souhrn

Práce se zabývá hodnocením neverbálních podnětů psychiatrickými pacienty hospitalizovanými na Psychiatrické klinice v Plzni. Hodnocenými podněty bylo deset realistických kreseb postavy a 10 videosekvencí zachycujících interakci dvou osob. V obou případech se výsledky hodnocení pacientů (14 osob s diagnózou schizofrenie a 15 osob s diagnózou deprese) proti kontrolní skupině (n=44) významně odlišovaly.

Klíčová slova: deprese, schizofrenie, neverbální komunikace.

Summary

Beneš J., Beran J.: Ability to Understand Non-verbal Communication by Psychiatric Inpatients

The study aims at the judgements of non-verbal stimuli by patients hospitalised on the Department of Psychiatry in Pilsen. As stimuli we used ten realistic drawings of human figure and ten short video-sequences of interaction of two persons. In both cases the results of each of the group of patients (14 schizophrenics and 15 depressive patients) significantly differ from those of the control group (n=44).

Key words: depression, schizophrenia, non-verbal communication.

Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 8, pp. 422–424.

ÚVOD

Studiu duševně nemocných z hlediska jejich schopnosti porozumět neverbální komunikaci se zatím věnovalo v odborné literatuře jen málo pozornosti. Problematikou neverbálního chování u duševně nemocných se u nás zabýval hlavně Klein [6]. Studoval též interpretaci sémantických gest podle podnětových nákrešů u zdravých osob [5].

Zmínky o neverbální komunikaci u psychiatrických pacientů můžeme nalézt i v jiných pramelech [2, 5]. Většina prací se zabývá touto problematikou u schizofrenních pacientů. Práce věnované afektivním poruchám se omezují na vnímání výrazu obličeje [3]. V této souvislosti nás zaujala otázka, zda osoby s duševní poruchou hodnotí neverbální projevy odlišně než zdraví jedinci.

Zaměřili jsme se na pacienty schizofrenní a depresivní. Sledovali jsme jejich hodnocení při expozici kreslených podnětů zachycujících celou postavu (tedy nejen obličej) a hodnocení videozáznamů hraných situací.

SOUBOR A METODA

Zkoumaný soubor tvoří 15 pacientů s diagnózou depresivní poruchy (10 žen, 5 mužů) a 14 pacientů schizofrenních (5 žen, 9 mužů) hospitalizovaných na Psychiatrické klinice FN v Plzni v období od října 2000 do června 2001. Pacienti byli medikováni, měli léčebný režim, který umožňuje opustit oddělení v doprovodu. Průměrná délka hospitalizace do doby experimentu u skupiny depresivních pacientů činila 24 dny, u schizofrenních pak 28 dní. Průměrný věk depresivních pacientů byl 49, schizofreniků 27 let. Výběr osob sledovaného souboru vycházel z diagnózy stanovené lékaři kliniky. U depresivních pacientů jsme použili Zungovu sebehodnotící škálu deprese, abychom upřesnili aktuální stav. Poměr mezi prvním záchytem onemocnění a opakovanými hospitalizacemi byl u depresivních 8:7 a schizofreniků 6:8. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u depresivních VŠ-4/SS-9/ZŠ-2, u schizofreniků VŠ-7/SS-6/ZŠ-1. Kontrolní skupinu tvořilo 44 dobrovolníků (24 žen, 20 mužů) bez psychické poruchy (bez nápadností v osobní i rodinné anamnéze, bez známek psychické poruchy při krátkém rozhovoru a Zungův SDS index

<50). Průměrný věk této skupiny byl 34 let, dosažené vzdělání VŠ-19/SŠ-20/ZŠ-5.

Vlastní vyšetření se sestávalo ze dvou částí. Nejprve bylo respondentům předloženo deset realistických vyobrazení lidské postavy (5krát muž, 5krát žena) [9]. Mimika a gesta postav vyjadřovaly určité emoční ladění (hněv, nezájem, radost, vyzývavost atp.). Na podkladě zmíněných kreseb měli respondenti posoudit vstřícnost zobrazené postavy vůči sobě v imaginárním rozhovoru. Na tuto úlohu byl dán čas 1 minuta. Pro posouzení míry přátelskosti byla poskytnuta pětistupňová škála: postoj výrazně záporný, nepřátelský – odmítavý – neutrální – milý, příjemný – velmi příjemný, přátelský.

V další části vyšetření bylo úkolem respondentů rozpoznat atmosféru rozhovoru dvou lidí. K tomu účelu byl použit videozáznam deseti hraných půlminutových sekvencí představujících interakci dvou herců v různých situacích (např. rozhovor dvou partnerů, návštěva u lékaře, hádka s prodávčem). Tento videozáznam byl vytvořen za spolupráce jedné dvojice herců, osoby v jednotlivých scénkách se tedy neměnily, docházelo jen k výměně rolí (na což byli respondenti předem upozorněni). K hodnocení atmosféry byla poskytnuta stejná pětistupňová škála jako pro kresbu.

Ke každému podnětu a jeho zhodnocení bylo přiřazeno bodové skóre od 1 do 10 vždy jako desetina procentuálního zastoupení dané odpovědi u kontrolní skupiny. Příklad: kresba č. 2–7 % respondentů označilo postavu za spíše odmítavou 1 (bod), 27 % za příjemnou, přátelsky nastavenou 3 (body), 66 % za velmi přátelskou 7 (bodů).

Takto pak byly obodovány všechny odpovědi. Zvlášť jsme sečetli bodová ohodnocení pro obrázky a pro videosekvence. Získali jsme tak dva indexy – InK (Index hodnocení kresby) a InV (Index hodnocení videa), u nichž platí, že čím nižší je jeho hod-

nota, tím menší je shoda respondenta s kontrolní skupinou.

Kromě zmíněných indexů jsme dále k posouzení povahy odchylky použili průměrnou odpověď souborů (kontrolní skupiny, depresivních, schizofrenních) pro danou situaci. Každé možné odpovědi zmíněné pětistupňové škály „velmi nepřátelský“ ... „velmi přátelský“ byla přidělena hodnota od 1 do 5. Průměrná odpověď je potom aritmetickým průměrem odpovědí souboru pro jednotlivou kresbu či projekci.

VÝSLEDKY

Index hodnocení kresby (InK), který nabývá v celém souboru hodnot od 25 do 70, jsme rozdělili s přihlédnutím ke směrodatné odchylce kontrolní skupiny (7,65) na 6 intervalů (tab. 1). Podobně hodnocení InV nabývá v celém souboru hodnot od 29 do 64. Soubor jsme obdobně rozdělili do 6 četnostních intervalů (tab. 2). Odchylky v hodnocení obou skupin (D i Sch) jsou statisticky významně (T-test, CHI-kvadrát test <0,05) odlišné od odpovědí kontrolní skupiny, a to jak v případě interpretací kresby tak videosekvencí.

V obou případech (kresby i videosekvence) se lišilo hodnocení odpovědí psychiatrických pacientů od kontrolní skupiny, přičemž schizofrenní pacienti dosahovali výrazně nižšího skóre než depresivní. U depresivních pacientů je shoda s kontrolní skupinou při hodnocení videosekvencí menší než při hodnocení kreseb.

U schizofrenních pacientů je oproti depresivním výraznější odchylka v indexu InK, tedy v hodnocení jednotlivých gest (chí kvadrát test rozložení četnosti s $p < 0,001$ a významná odlišnost v interpretaci 9 z 10 kreseb) než u InV.

Tab. 1. Interpretace kresby.

InK		25–31	32–39	40–47	48–55	56–63	64–70	Celkem
KS	N	0	0	8	14	15	7	44
	%	0,0	0,0	18,2	31,8	34,1	15,9	100
Dep	N	0	2	3	8	2	0	15
	%	0,0	13,3	20,0	53,3	13,3	0,0	100
<i>CHI kvadrát test = 11,33, p<=0,025</i>								
Sch	N	4	3	5	2	0	0	14
	%	28,6	21,4	35,7	14,3	0,0	0,0	100
<i>CHI kvadrát test = 31,64, p<=0,001</i>								

Tab. 2. Interpretace videozáznamu.

InV		29–34	35–40	41–46	47–52	53–58	59–64	Celkem
KS	N	0	1	7	12	18	6	44
	%	0,0	2,3	15,9	27,3	40,9	13,6	100
Dep	N	3	3	4	4	1	0	15
	%	20,0	20,0	26,7	26,7	6,7	0,0	100
<i>CHI kvadrát test = 19,19, p<=0,002</i>								
Sch	N	2	2	5	3	1	1	14
	%	14,3	14,3	35,7	21,4	7,1	7,1	100
<i>CHI kvadrát test = 15,47, p<=0,01</i>								

DISKUSE

Rozdíly v hodnocení předložených neverbálních podnětů se mezi kontrolní skupinou a oběma soubory psychiatrických pacientů podařilo nalézt. Je však otázkou, zda nás malý soubor osob opravňuje k potvrzení hypotézy. Studie byla koncipována jako pilotní. Naším hlavním záměrem bylo zjistit v rámci celkem jednoduchých podmínek vliv duševní poruchy na hodnocení neverbálních podnětů.

Je možné, že výsledky naší práce by byly ještě zřetelnější, kdyby bylo možno vybrat pacienty s floridním onemocněním okamžitě po přijetí a bez medikace. Tento požadavek je ovšem prakticky nesplnitelný. Proto jsme zvolili pro náš záměr takové období, kdy je pacient již schopen spolupracovat, ale jeho stav ještě není tak dobrý a stále potřebuje ústavní péči. Dozajista by bylo též zajímavé sledovat pacienty v delším časovém horizontu, tedy i po propuštění z ústavní péče, což by mohlo ukázat, zda prokázané odchylky v posuzování neverbálního chování přetrvávají i v období remise. Je otázkou, jaký vliv má schopnost duševně nemocných porozumět neverbální komunikaci, délka onemocnění a počet hospitalizací. V našem souboru bylo přibližně stejné zastoupení osob s prvozáchtem onemocnění a osob s opakovanou hospitalizací. Bohužel malý počet respondentů nám neumožňuje zhodnotit rozdíly mezi těmito skupinami. Dá se předpokládat, že s délkou onemocnění a s ním většinou související sociální izolací se bude hodnocení neverbálních podnětů dokonce zhoršovat [1].

Zvolené podněty (kresba a videosekvence) umožňují orientační hodnocení neverbálního chování. Kresba postavy byla podnětem pro hodnoce-

ní mimiky a gestiky, tedy podnětů, které jsou obecně pokládány za významnější pro vyjádření emocí [7]. Videozáznam interpersonální komunikace umožňuje hodnocení celého kompletního souboru podnětů v pohybu (tedy i haptiky a postiky). Výsledky práce poukazují na významnou poruchu hodnocení obou typů podnětů u schizofrenních pacientů.

U depresivních pacientů jsou poměrně velké odchylky od kontrolní skupiny v případě výrazně kladných či záporných podnětů. Jedná se možná o to, že nezaujímání extrémních poloh afektu je pro depresivního pacienta méně konfliktní [8]. Pro rozdílný charakter hodnocení neverbálních podnětů u depresivních pacientů a u schizofreniků svědčí také menší shoda s kontrolní skupinou při hodnocení videozáznamu. Obtížnost správně hodnotit komplexní podnět může souviset s menší jednoznačností podnětu a s tím spojenou náročností na hodnocení vzájemných vztahů jednotlivých prvků.

ZÁVĚR

Zjistili jsme, že u schizofrenních a depresivních pacientů je odlišné hodnocení neverbálního chování ve srovnání se zdravými osobami. U obou skupin duševních poruch se projeví významné odchylky v hodnocení podnětů statických (kreslené postavy) i dynamických (videosekvence). Dále je možno vysledovat specifické rysy v hodnocení u obou diagnóz. U schizofreniků je významněji postiženo hodnocení kresby, tedy jednotlivých statických gest a výrazů. Naopak u depresivních pacientů jsou výraznější odchylky ve vnímání komplexních podnětů. Spíše se u nich setkáváme s odlišným hodnocením síly emoce než její kvality ve srovnání se zdravými jedinci.

LITERATURA

1. **Blanchard, J. J., Horan, W. P., Brown, S. A.:** Diagnostic differences in social anhedonia: a longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 110, 2001, pp. 363–371.
2. **Edwards, J., Jackson, H. J., Pattison, P. E.:** Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: A methodological review. *Clinical Psychology Review*, 22, 2002, pp. 789–832.
3. **Gaebel, W., Wolwer, W.:** Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 242, 1992, pp. 46–52.
4. **Höschl, C., Liebiger, J., Švestka, J.:** *Psychiatrie*. Tigis, Praha, 2002.
5. **Klein, Z.:** Differences in the interpretation of some gestures between psychic normal persons (NP) and psychotic patients (PP). *Proceedings of the 3rd International Congress on Applied Ethology*. Berlin, 1993, pp. 563–565.
6. **Klein, Z.:** Struktura neverbálního chování u psychotických pacientů (Index DAEST). Souhrn abstrakt přednesených referátů XXI. Etologické konference, Č. Šternberk, 1994, s. 24–25.
7. **Nakonečný, M.:** *Základy psychologie*. Academia, Praha, 1998.
8. **Stevens, A., Price, J.:** *Evolutionary psychiatry*. Routledge, London, 2000.
9. **Thiel, E.:** *Řeč lidského těla*. Plasma Service, Bratislava, 1993.

Dodáno redakci: 29. 9. 2004

Po skončení recenzního řízení: 5. 9. 2005

MUDr. Jan Beneš

Přední cesta 18

326 00 Plzeň

e-mail: benes_jan@hotmail.com